

Modellerprobung „Überleitungsmanagement und Behandlungspflege in der Kurzzeitpflege“

STUDIEN
BERICHT

Modellerprobung „Überleitungsmanagement und Behandlungspflege in der Kurzzeitpflege“

Bernd Deckenbach
Claudia Pflug

mit Unterstützung durch
Grit Braeseke
Tobias Woköck
Franziska Meyer
Cornelia Peters
Alina Berle

Abschlussbericht

für das Bundesministerium für Gesundheit

Berlin, Oktober 2019

Autoren

Dr. Bernd Deckenbach
Claudia Pflug
IGES Institut GmbH
Friedrichstraße 180
10117 Berlin

Inhalt

1. Titel und Verantwortliche	9
2. Zusammenfassung	10
3. Einleitung	11
4. Erhebungs- und Auswertungsmethodik	14
4.1 Bestandsaufnahme	14
4.2 Interventionsstudie	14
4.2.1 Ausgangshypothesen	14
4.2.2 Beschreibung der Interventionen	15
4.2.3 Evaluation der Modellerprobung	17
5. Arbeits- und Zeitplan sowie Durchführung der Modellerprobung	22
5.1 Arbeits- und Zeitplan	22
5.2 Durchführung der Modellerprobung	23
5.2.1 Ablauf der Bestandsaufnahme	23
5.2.2 Ablauf der Interventionsstudie	25
5.2.3 Ablauf der Evaluation	28
6. Ergebnisse	32
6.1 Ergebnisse der Bestandsaufnahme	32
6.1.1 Zur Größe und Struktur der Einrichtungen	32
6.1.2 Zu Aufnahmeanlässen und Folgeversorgung der Pflegegäste	34
6.1.3 Zum Umsetzungsstand des Überleitungsmanagements	35
6.1.4 Zur Umsetzung der Behandlungspflege	37
6.2 Ergebnisse für das Überleitungsmanagement in den Modelleinrichtungen	38
6.2.1 Zur Aufnahmesituation und zur Folgeversorgung der Pflegegäste	38
6.2.2 Zum Leistungsgeschehen im Überleitungsmanagement	40
6.2.3 Zur Umsetzung der Empfehlungen des Praxisleitfadens	45
6.2.4 Befragungsergebnisse zum Überleitungsmanagement	50
6.3 Ergebnisse für die Behandlungspflege	55
6.3.1 Zum Leistungsgeschehen in der Behandlungspflege	55
6.3.2 Befragungsergebnisse zur Behandlungspflege	63
6.4 Weitere Befragungsergebnisse	64
6.4.1 Zur Entwicklung der Mitarbeiterzufriedenheit	64
6.4.2 Zur betrieblichen Entwicklung der Modelleinrichtungen	67
6.4.3 Zu den Rahmenbedingungen des Überleitungsmanagements und der Behandlungspflege der solitären Kurzzeitpflege	68
7. Zusammenfassende Diskussion der Ergebnisse und Gesamtbeurteilung	71

8. Gender Mainstreaming Aspekte	79
9. Zur Verbreitung der Projektergebnisse	80
10. Zur möglichen Verwertung der Projektergebnisse (Nachhaltigkeit/Transferpotenzial)	81
11. Verwendete Literatur	83
Abbildungen	5
Tabellen	7

Abbildungen

Abbildung 1:	Zeitplan der Modellerprobung	22
Abbildung 2:	Übersicht: Projektablauf Modellerprobung	25
Abbildung 3:	Verwendung des durch die zusätzlich eingestellten Fachkräfte geschaffenen Arbeitszeitvolumens: Alle Modelleinrichtungen	27
Abbildung 4:	Anteile nach ausschließlicher Zuständigkeit der pflegerischen Leitung für die Kurzzeitpflege	33
Abbildung 5:	Prozentuale Verteilung der Pflegegäste nach Aufnahmearnlass	39
Abbildung 6:	Anteil von Pflegegästen, bei denen der weitere Verbleib bei Aufnahme nicht geklärt war nach Aufnahmearnlässen	39
Abbildung 7:	Verteilung der Aufwände für das ÜLM in Minuten je Verweiltag	42
Abbildung 8:	Entwicklung von Vereinbarungen zwischen Modelleinrichtungen und Pflegediensten zur Pflegeüberleitung (Angaben in Prozent)	48
Abbildung 9:	Anteil der Pflegegäste aus dem Krankenhaus, bei denen kein weiteres Gespräch stattfand im Projektverlauf und gesamt	49
Abbildung 10:	Anzahl dokumentierter Beratungsgespräche zur Entlassungsvorbereitung pro Pflegegast nach Aufnahmearnlass und Gesamt	50
Abbildung 11:	Bewertung von Wichtigkeit und Umsetzung einzelner Aufgaben des Überleitungsmanagements durch die Pflegegäste	51
Abbildung 12:	Zufriedenheit der Pflegegäste mit ihrer Entlassungsvorbereitung und mit ihrer Versorgung nach der Kurzzeitpflege (Angaben in Prozent)	52
Abbildung 13:	Entwicklung der Information der Ärztinnen und Ärzte über Aufnahmen und Entlassungen ihrer Patientinnen und Patienten (Angaben in Prozent)	53
Abbildung 14:	Entwicklung der Zufriedenheit der Ärztinnen und Ärzte mit dem Informationsaustausch mit den Modelleinrichtungen (Angaben in Prozent)	54
Abbildung 15:	Entwicklung der Bewertung des Überleitungsmanagements (ÜLM) durch Mitarbeitende der Modelleinrichtungen (Angaben in Prozent)	55

Abbildung 16:	Verteilung der Aufwände für die Behandlungspflege in Minuten je Verweiltag	58
Abbildung 17:	Entwicklung der Zufriedenheit der Ärztinnen und Ärzte mit der Umsetzung ihrer Anordnungen für die Behandlungspflege (Angaben in Prozent)	64
Abbildung 18:	Angaben der Mitarbeitenden zu der Frage: Hat sich Ihre Arbeitssituation durch das zusätzliche Personal verbessert? (Angaben in Prozent)	65
Abbildung 19:	Einschätzung der Mitarbeitenden zu Veränderungen durch die Personalaufstockung bezogen auf die Betreuung der Pflegegäste (Angaben in Prozent)	67

Tabellen

Tabelle 1:	Übersicht: Vorgesehene Befragungen im Rahmen der Evaluation	19
Tabelle 2:	Übersicht über Evaluationsfragen und -methoden	21
Tabelle 3:	Verteilung der Modelleinrichtungen, die an der Befragung teilgenommen haben, nach Bundesländern	24
Tabelle 4:	Für die Modellerprobung ausgewählte Einrichtungen	26
Tabelle 5:	Berichtszeiträume und -tage der Tätigkeitsberichte (TB)	29
Tabelle 6:	Anzahl abgeschlossener Aufenthalte in der Kurzzeitpflege im Jahr 2018: Gesamt und in den Tätigkeitsberichten dokumentiert	30
Tabelle 7:	Rücklauf der schriftlichen Befragungen bis zum 31.01.2019	30
Tabelle 8:	Verteilung der Kurzzeitpflegeeinrichtung nach Anzahl vorgehaltener Plätze	32
Tabelle 9:	Anteil weiterer, durch die Träger der befragten Kurzzeitpflegeeinrichtungen vorgehaltener Pflegeeinrichtungen	33
Tabelle 10:	Verteilung der Aufnahmeanlässe in die Kurzzeitpflege	34
Tabelle 11:	Folgeversorgung nach Entlassung aus der Kurzzeitpflege	35
Tabelle 12:	Freitextkommentare zum Thema "Überleitungsmanagement"	36
Tabelle 13:	Freitextkommentare zum Thema "Behandlungspflege"	38
Tabelle 14:	Entwicklung der prozentualen Verteilung der Entlassungsarten im zeitlichen Verlauf	40
Tabelle 15:	Durchschnittliche Aufwände für ÜLM in Minuten pro Pflegegast und Verweildauertag im Zeitverlauf und gesamt	41
Tabelle 16:	Exemplarische Fallbeschreibungen von Kurzzeitpflege-Aufhalten mit sehr hohem Zeitaufwand für das Überleitungsmanagement	44
Tabelle 17:	Aufwände für ÜLM in Minuten pro Pflegegast und pro Verweiltag nach Aufnahmeanlass	45
Tabelle 18:	Anzahl Modelleinrichtungen, die angaben, die Empfehlungen des Praxisleitfadens umzusetzen	46

Tabelle 19:	Prozentuale Anteile der Pflegegäste, bei denen die erforderlichen Unterlagen bei Aufnahme nicht vorlagen	46
Tabelle 20:	Durchschnittliche Aufwände für Behandlungspflege in Minuten pro Pflegegast und Verweildauertag	56
Tabelle 21:	Aufwände für Behandlungspflege in Minuten pro Pflegegast und pro Verweiltag nach Aufnahmeanlässen	57
Tabelle 22:	Exemplarische Fallbeschreibungen von Kurzzeitpflege-Aufenthalten mit sehr hohem behandlungspflegerischen Aufwand	59
Tabelle 23:	Zeitaufwände für Behandlungspflege in Minuten pro Pflegegast und pro Verweiltag nach Pflegegraden	60
Tabelle 24:	Anteil der Pflegegäste, die die angegebenen behandlungspflegerische Maßnahmen erhalten haben: Gesamt und nach Aufnahmeanlässen*	61
Tabelle 25:	Durchschnittlicher Zeitaufwand nach Art der Maßnahme sowie Anteil der Maßnahme am Gesamtaufwand für Behandlungspflege	62
Tabelle 26:	Prozentuale Verteilung der Pflegegäste nach der Anzahl unterschiedlicher behandlungspflegerischer Maßnahmen sowie durchschnittliche Anzahl unterschiedlicher Maßnahmen pro Pflegegast	63
Tabelle 27:	Freitextantworten der Mitarbeitenden zur Veränderung ihrer Arbeitssituation durch das zusätzliche Personal	66
Tabelle 28:	Angaben der Modelleinrichtungen zur Entwicklung der Auslastung und des Betriebsergebnisses	68

1. Titel und Verantwortliche

Titel des Projektes

Modellerprobung „Überleitungsmanagement und Behandlungspflege in der Kurzzeitpflege“

Förderkennzeichen

ZMVI 1 2517ZPK700

415-43164-1/700

Leitung und Projektmitarbeitende

Für alle im folgenden genannten Personen gilt folgende Postanschrift.

IGES Institut GmbH | Friedrichstraße 180 | 10117 Berlin

- Dr. Bernd Deckenbach (Projektleitung)
Bernd.Deckenbach@iges.com | 030-23080989
- Dr. Grit Braeseke (Projektleitung)
Grit.Braeseke@iges.com | 030-230809958
- Claudia Pflug (Projektmitarbeitende)
Claudia.Pflug@iges.com | 030-230809454
- Tobias Woköck (Projektmitarbeitende)
Tobias.Woköck@iges.com | 030-230809741
- Franziska Meyer (Projektmitarbeitende)
Franziska.Meyer@iges.com | 030-230809416
- Cornelia Peters (Projektmitarbeitende)
Cornelia.Peters@iges.com | 030-230809603
- Alina Berle (Projektmitarbeitende)
Alina.Berle@iges.com | 030-23080969

Laufzeit

28.04.2017 – 27.04.2019

Fördersumme

702.233,00 €

2. Zusammenfassung

Ein systematisches Überleitungsmanagement (ÜLM) sowie eine fachgerechte Behandlungspflege spielen für die Erfüllung der gesetzlichen Aufgaben der Kurzzeitpflege gem. § 42 SGB XI sowie für die pflegerische Versorgungsqualität in Kurzzeitpflegeeinrichtungen eine zentrale Rolle. Das IGES Institut führte daher vom 28.04.2017 bis zum 27.04.2019 eine vom Bundesgesundheitsministerium geförderte Modellerprobung mit folgenden Zielsetzungen durch:

1. Bestandsaufnahme: Ermittlung der aktuellen Umsetzung des ÜLM und der Behandlungspflege durch eine schriftliche Befragung, an der 69 Kurzzeitpflegeeinrichtungen teilnahmen.
2. Interventionsstudie: Empirische Ermittlung der Effekte einer verbesserten Personalausstattung und einer konzeptionellen und prozessbegleitenden Unterstützung für Aufgaben des ÜLM und der Behandlungspflege auf die Qualität der Versorgung in neun Modelleinrichtungen.

Das Leistungsgeschehen im ÜLM und in der Behandlungspflege und die damit verbundenen Zeitaufwände konnten differenziert nach Aufnahmeanlässen erstmals für die Kurzzeitpflege in Deutschland erhoben werden. Die fallbezogene Erfassung bei 1.926 Pflegegästen in neun Modelleinrichtungen ergab einen durchschnittlichen Zeitaufwand für das ÜLM von 106,4 Minuten pro Pflegegast sowie 6,7 Minuten pro Verweildauertag. Für behandlungspflegerische Maßnahmen wurde ein durchschnittlicher Zeitaufwand von 20 Minuten pro Verweildauertag und von 314,8 Minuten pro Pflegegast ermittelt. Es zeigte sich zudem, dass das ÜLM und die Behandlungspflege nach Aufnahmen aus dem Krankenhaus und aus häuslichen Krisensituationen deutlich zeitaufwändiger sind als bei sonstigen Aufnahmeanlässen. Im Verlauf der Interventionsstudie konnte in den Modelleinrichtungen durch die Bereitstellung zusätzlicher Personalressourcen und durch einen intensiven fachlichen Austausch ein fachlich fundiertes und effektives ÜLM etabliert sowie die Umsetzung der Behandlungspflege verbessert werden. Ein Praxisleitfaden für das ÜLM in der Kurzzeitpflege wurde im Projektverlauf erprobt und weiterentwickelt. Die Befragung von Pflegegästen der Modelleinrichtungen ergab, dass ihnen eine systematische Entlassungsvorbereitung sehr wichtig ist und zugleich eine hohe Zufriedenheit mit der Vorbereitung ihrer weiteren Versorgung besteht. Zufriedenheit der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die Zufriedenheit von weiterversorgenden Pflegediensten mit dem ÜLM sowie die Zufriedenheit der Ärztinnen und Ärzte mit der Umsetzung angeordneter behandlungspflegerischer Maßnahmen ist im Verlauf der Modellerprobung gestiegen. Insgesamt stellen die durch die Modellerprobung gewonnen Erkenntnisse und Erfahrungen eine gute fachliche Grundlage für die Verbesserung des Überleitungsmanagements, der Behandlungspflege und der allgemeinen Versorgungsqualität von Kurzzeitpflegeeinrichtungen, insbesondere hinsichtlich ihrer „Weichenstellerfunktion“ nach Krankenhausaufenthalt und bei häuslichen Krisensituationen dar. Maßnahmen für einen nachhaltigen Praxistransfer der Projektergebnisse und die Weiterentwicklung der Rahmenbedingungen für die „Weichenstellerfunktion“ der Kurzzeitpflege werden vorgeschlagen.

3. Einleitung

Die Sicherung der ambulanten pflegerischen Versorgung von Pflegebedürftigen in ihrer gewohnten häuslichen Umgebung ist ein wesentliches gesundheitspolitisches Ziel. Hier setzt die Kurzzeitpflege gemäß § 42 SGB XI an: Kann die häusliche Pflege nach einer stationären Behandlung des Pflegebedürftigen, bei häuslichen Krisensituationen, z. B. bei Überlastung oder Erkrankung einer Pflegeperson, zeitweise nicht im erforderlichen Umfang sichergestellt werden, haben Pflegebedürftige Anspruch auf stationäre Kurzzeitpflege. Somit wird der Kurzzeitpflege durch den Gesetzgeber eine zentrale „Weichenstellerfunktion“ innerhalb der pflegerischen Versorgungskette zugewiesen, die an entscheidender Stelle, z. B. der postakuten Versorgung in individuellen Pflegeverläufen, angesiedelt ist.

Die Versorgung von Pflegebedürftigen in Einrichtungen der Kurzzeitpflege erfolgte langjährig sowohl auf Grundlage von § 42 SGB XI (Kurzzeitpflege) als auch von § 39 SGB XI (Verhinderungspflege). In Abgrenzung zu den im Wortlaut der Kurzzeitpflege nach § 42 SGB XI genannten Fällen griff die „Verhinderungs- und Urlaubspflege“ des § 39 SGB XI bei pflegerischen Versorgungssituationen, die zumeist nicht durch krisenhafte bzw. medizinisch und pflegerisch schwierige Akutsituationen, sondern durch eine gewisse Planbarkeit gekennzeichnet waren: Die Aufnahmetermine in die Kurzzeitpflege sind in diesen Fällen oftmals lange vorab vereinbart und die weitere häusliche Versorgung ist zumeist geklärt. Es war gängige Praxis, dass Leistungen der Verhinderungs- und Kurzzeitpflege kombiniert werden, indem Pflegebedürftige, welche auf der Grundlage des § 42 SGB XI in eine Kurzzeitpflegeeinrichtung aufgenommen wurden, nach zeitlichem Ablauf des Leistungsanspruchs auf Kurzzeitpflege ihren Aufenthalt auf Grundlage des § 39 SGB XI verlängerten. Seit 2015 ist im SGB XI ausdrücklich in § 42 SGB XI geregelt, dass die Mittel nach § 39 SGB XI auch für eine Kurzzeitpflege verwendet werden können¹, zugleich ist die zeitliche Höchstdauer einer Kurzzeitpflege auf acht Wochen pro Kalenderjahr erhöht worden. Rechtlich betrachtet handelt es sich nun in allen Fällen somit um eine Kurzzeitpflege, zur besseren Unterscheidung wird in dieser Studie aber die oben beschriebene Fallgruppe weiterhin als „Verhinderungs- und Urlaubspflege“ bezeichnet. Seit 2016 bzw. 2017 haben zudem nach dem Recht der gesetzlichen Krankenversicherung auch Patientinnen und Patienten, die nicht pflegebedürftig sind (im Sinne des SGB XI), sowie Pflegebedürftige des Pflegegrades 1 nach einem Krankenhausaufenthalt, nach einer ambulanten Operation oder nach einer ambulanten Krankenhausbehandlung Anspruch auf Kurzzeitpflege entsprechend § 42 SGB XI, wenn die Leistungen der häuslichen Krankenpflege nicht ausreichend sind (§ 39c SGB V). Die unterschiedlichen Aufnahmearläufe führen zu einer großen Heterogenität des in Kurzzeitpflegeeinrichtungen versorgten Klientels.

Das IGES Institut hat im Jahre 2013 im Auftrag des Bundesgesundheitsministeriums eine Studie zu Qualitätskriterien für eine fachgerechte Kurzzeitpflege durchgeführt (Deckenbach et al. 2013) und die Studienergebnisse auf einer Fachtagung Ende 2014 vorgestellt. Die Ergebnisse der Studie und der Fachtagung machen

¹ Ferner kann nach §45b SGB XI der Entlastungsbeitrag für die Kurzzeitpflege eingesetzt werden.

deutlich, dass es sich bei der Kurzzeitpflege gem. § 42 SGB XI um einen sehr anspruchsvollen pflegerischen Leistungsbereich mit einer, im Vergleich zu anderen Pflegeformen, erhöhten Leistungsintensität und -komplexität handelt. Dies trifft insbesondere auf die pflegerische Versorgung in der Übergangsphase unmittelbar nach einem akutstationären Aufenthalt zu, welche mit spezifischen pflegfachlichen, organisatorischen, koordinierenden sowie psychosozialen Anforderungen verbunden ist.

Die IGES-Studie hat u.a. herausgearbeitet, dass ein systematisches Überleitungsmanagement sowie eine fachgerechte Behandlungspflege für die Erfüllung der gesetzlichen Aufgaben der Kurzzeitpflege gem. § 42 SGB XI und die pflegerische Versorgungsqualität eine zentrale Rolle spielen. Das im Rahmen der Studie entwickelte Anforderungsprofil enthält daher u.a. mehrere Qualitätskriterien für das Überleitungsmanagement und die Durchführung der Behandlungspflege in der Kurzzeitpflege.

Aus den Rückmeldungen der Kurzzeitpflegeeinrichtungen, die an der Fachveranstaltung teilgenommen haben sowie aus verschiedenen weiteren Projekten des IGES Instituts im Bereich Pflege, u.a. im Zusammenhang mit der Einführung der entbürokratisierten Pflegedokumentation, liegen Hinweise vor, dass die personellen Ressourcen der Kurzzeitpflegeeinrichtungen für die Erfüllung der Qualitätsanforderungen an eine fachgerechte Behandlungspflege sowie an das Überleitungsmanagement vielfach nicht ausreichen. Systematisch erhobene Daten zu den Rahmenbedingungen und zur Umsetzung von Überleitungsmanagement und Behandlungspflege in der Kurzzeitpflege bei Pflegegästen nach stationärem Aufenthalt und in sonstigen Krisensituationen liegen derzeit allerdings nicht vor.

Vor diesem Hintergrund führte das IGES Institut zusammen mit neun solitären Kurzzeitpflegeeinrichtungen ab April 2017 eine zweijährige anwendungsorientierte Modellerprobung mit folgenden Zielstellungen durch:

1. Ermittlung des gegenwärtigen Standes der Umsetzung von Aufgaben des Überleitungsmanagements sowie von Art und Umfang der pflegerischen Leistungen bei Personen nach Krankenhausaufenthalten und in Krisensituationen in der Kurzzeitpflege (Bestandsaufnahme).
2. Empirische Ermittlung der Effekte einer verbesserten Personalausstattung und einer konzeptionellen und prozessbegleitenden Unterstützung für Aufgaben des Überleitungsmanagements und der Behandlungspflege auf die Qualität der Versorgung (Interventionsstudie).

Über die Projektstruktur der Modellerprobung, das methodische Vorgehen, den Zeitplan und den Ablauf informieren die Kapitel 1, 4 und 5 des vorliegenden Abschlussberichtes. Kapitel 6 stellt die Ergebnisse der Bestandsaufnahme und der Interventionsstudie dar.

Die abschließenden Kapitel dieses Berichtes enthalten eine zusammenfassende Diskussion der Projektergebnisse, Informationen zur geplanten Verbreitung der

Projektergebnisse sowie Hinweise und Empfehlungen zur möglichen weiteren Verwertung der Projektergebnisse.

4. Erhebungs- und Auswertungsmethodik

4.1 Bestandsaufnahme

Für die Ermittlung des gegenwärtigen Umsetzungsstandes des Überleitungsmanagements sowie der behandlungspflegerischen Versorgung von Kurzzeitpflegegästen war eine schriftliche Befragung von solitären Kurzzeitpflegeeinrichtungen vorgesehen.

Die Befragung sollte folgende Themenkomplexe erfassen:

- Strukturelle Angaben, wie z. B. Trägerschaft, Anzahl vorgehaltene Pflegeplätze, Anzahl der Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen, jährliche Fallzahlen
- Angaben zur Zusammensetzung des Klientels der Kurzzeitpflegeeinrichtungen, insbesondere zu den jeweiligen Anteilen von Pflegegästen, die die Kurzzeitpflege nach stationären Aufenthalten und aufgrund von Krisensituationen bzw. im Rahmen der Urlaubs- und Verhinderungspflege in Anspruch nehmen. Weitere zu erhebende Klientenmerkmale umfassen u. a. Alter, Geschlecht, Pflegegrad sowie die pflegerische Weiterversorgung nach dem Kurzzeitpflegeaufenthalt (ambulanter Pflegedienst, stationäre Langzeitpflege, Rehabilitation usw.)
- Derzeitiger Umsetzungsstand des Überleitungsmanagements: Aufgaben, Leistungen, personelle Besetzung
- Art und Umfang behandlungspflegerischer Leistungen

Für die Bestandsaufnahme wurde die Befragung von insgesamt 100 solitären Kurzzeitpflegeeinrichtungen angestrebt. Bei der Auswahl der Einrichtungen für die Befragung sollte die Anzahl solitärer Kurzzeitpflegeeinrichtungen in den einzelnen Bundesländern, die Einrichtungsgröße sowie die Trägerschaft berücksichtigt werden.

Über den Ablauf und die Ergebnisse der Bestandsaufnahme informieren die Kapitel 5.2.1 und 6.1.

4.2 Interventionsstudie

4.2.1 Ausgangshypothesen

Ausgangspunkte für das methodische Vorgehen der Interventionsstudie waren folgende Annahmen:

1. Die in der IGES-Studie entwickelten qualitativen Anforderungen an ein systematisches Überleitungsmanagement werden derzeit aus folgenden Gründen in den Kurzzeitpflegeeinrichtungen nicht bzw. nur ansatzweise umgesetzt:

- gering ausgeprägtes Problembewusstsein in den Einrichtungen für die Bedeutung des Überleitungsmanagements und für die Qualität der Versorgung insgesamt,
 - Personalmangel (keine geeigneten Bewerberinnen und Bewerber am Arbeitsmarkt verfügbar),
 - fehlende bzw. nicht ausreichende Qualifikationen und Kompetenzen des Personals für die spezifischen Aufgaben des Überleitungsmanagements sowie mangelnde Refinanzierung des dafür erforderlichen Personals.
2. Die Ausstattung mit Pflegefachkräften in der Kurzzeitpflege ist bezogen auf die Anforderungen im Bereich Behandlungspflege meist unzureichend.

Vorbehaltlich der Verfügbarkeit von Fachkräften am Arbeitsmarkt sollten die genannten Probleme mit einer Intervention bearbeitet werden, die sowohl eine fachliche Unterstützung und Anleitung als auch eine personelle Aufstockung beinhaltet.

4.2.2 Beschreibung der Interventionen

4.2.2.1 Finanzielle Zuwendung für zusätzliche personelle Ressourcen für das Überleitungsmanagement und die Behandlungspflege

Bis zu zehn teilnehmende Kurzzeitpflegeeinrichtungen (im weiteren „Modelleinrichtungen“ genannt) sollten, befristet für 12 Monate, einen Betrag von 50.000 Euro für zusätzliche Personalressourcen erhalten, welche

- ausschließlich für Tätigkeiten und Aufgaben in den Bereichen Überleitungsmanagement und für pflegerische Leistungen mit Schwerpunkt Behandlungspflege sowie
- vorrangig für Pflegegäste im Anschluss an eine stationäre Behandlung oder in sonstigen Krisensituationen

eingesetzt werden durften.

Diese zusätzlichen Personalressourcen sollten durch Neueinstellungen von Pflegefachkräften oder auch durch Aufstockungen vorhandener Teilzeitstellen geschaffen und ggf. möglichst auf zwei Teilzeitkräfte mit jeweils 50 Prozent der regulären Arbeitszeit verteilt werden. Sofern zwei Teilzeitstellen neu geschaffen wurden, sollte eine der Stellen auch durch eine Sozialarbeiterin bzw. einen Sozialarbeiter besetzt werden (für Tätigkeiten im Bereich des Überleitungsmanagements), die zweite Stelle hätte dann in jedem Fall durch eine Pflegefachkraft besetzt werden müssen.

Der Einsatz des Personals für die im Projekt vorgesehenen Aufgaben und Tätigkeiten sollte im Rahmen der engen Zusammenarbeit mit dem IGES Institut und der

direkten Kontakte zu den betreffenden Personen sowie bei Vor-Ort-Besuchen für Evaluationszwecke geprüft werden.

4.2.2.2 Wissenschaftliche-fachliche Begleitung und Unterstützung der teilnehmenden Einrichtungen

Projekthandbuch und Praxisleitfaden

Den teilnehmenden Einrichtungen sollte zu Beginn der Interventionsstudie ein Projekthandbuch folgenden Inhalts zur Verfügung gestellt werden:

1. Eine zusammenfassende Beschreibung des methodischen Vorgehens der Modellerprobung mit allen zum Einsatz kommenden Erhebungsinstrumenten
2. Die Kontaktadressen der Projektleitung sowie der teilnehmenden Einrichtungen und Projekttermine
3. Ein Praxisleitfaden zum systematischen Überleitungsmanagement in der solitären Kurzzeitpflege: Der Praxisleitfaden sollte auf der Grundlage des in der IGES-Studie entwickelten Anforderungsprofils Maßnahmen, Aufgaben und Dokumentation des Überleitungsmanagements in der solitären Kurzzeitpflege beschreiben

Bei der Erstellung des Praxisleitfadens wurden zudem folgende weitere Grundlagen berücksichtigt:

- Ergebnisse der Bestandsaufnahme zum Überleitungsmanagement (siehe Kap. 6.1),
- Pflegewissenschaftliche Erkenntnisse zum Überleitungsmanagement (inkl. Expertenstandard Entlassungsmanagement) sowie
- die für das Überleitungsmanagement in der Kurzzeitpflege relevanten rechtlichen Grundlagen, vertraglichen Vorgaben und Richtlinien.

Die im Projektverlauf gewonnenen Erkenntnisse und Erfahrungen sollten in eine überarbeitete, finale Version des Praxisleitfadens einfließen und sollten zur Nutzung für interessierte solitäre Kurzzeitpflegeeinrichtungen zur Verfügung gestellt werden. Der Praxisleitfaden ist diesem Abschlussbericht als Anhang beigelegt.

Projektbegleitende Veranstaltungen und Aktivitäten

1. Zum Start der Interventionsstudie wurde eine zweitägige Auftaktveranstaltung am IGES Institut in Berlin für die im Rahmen der Interventionsstudie eingestellten Mitarbeitenden und die pflegerischen Leitungskräfte der teilnehmenden Kurzzeitpflegeeinrichtungen durchgeführt. Die Veranstaltung sollte der Einführung in die Aufgaben des Überleitungsmanagements dienen und über den Ablauf der Interventionsstudie informieren.
 2. Im Projektverlauf sollten insgesamt drei eintägige Reflexionstreffen mit den im Überleitungsmanagement eingesetzten Mitarbeitenden stattfinden.
-

Diese Treffen sollten zum Erfahrungsaustausch zwischen den an der Modellerprobung teilnehmenden Einrichtungen, zur Vorstellung und Diskussion von Praxisbeispielen anhand exemplarischer Fälle aus dem Überleitungsmanagement und der Behandlungspflege sowie zur Klärung fachlicher und organisatorischer Fragen dienen. Die Reflexionstreffen sollten jeweils gegen Ende des dritten, sechsten und neunten Projektmonats im IGES Institut in Berlin stattfinden.

3. Zum kontinuierlichen fachlichen Austausch zwischen den Kurzzeitpflegeeinrichtungen sollte ein durch das IGES Institut technisch und redaktionell betreutes Online-Forum eingerichtet werden.
4. Für den engmaschigen bilateralen Austausch zwischen dem IGES Institut und den einzelnen Einrichtungen sollte ein zweimonatiger telefonischer Jour-Fixe etabliert werden.
5. Im Rahmen einer Abschlussveranstaltung sollten die Ergebnisse der Modellerprobung vorgestellt und mit Vertretungen der teilnehmenden Kurzzeitpflegeeinrichtungen und des Bundesministeriums für Gesundheit diskutiert werden.

Zugleich sollten die aufgeführten Veranstaltungen und Aktivitäten auch der Überprüfung der Einhaltung der Zuwendungsbedingungen durch die teilnehmenden Kurzzeitpflegeeinrichtungen dienen.

4.2.3 Evaluation der Modellerprobung

4.2.3.1 Fragestellungen der Evaluation

Im Rahmen der Evaluation sollten folgende Fragestellungen beantwortet werden:

1. Wie entwickelte sich das Leistungsgeschehen des Überleitungsmanagements und die damit verbundenen Zeitaufwände?
 2. Wie entwickelte sich das Leistungsgeschehen in der Behandlungspflege des Überleitungsmanagements und die damit verbundenen Zeitaufwände?
 3. Wie wurden die Empfehlungen des Praxisleitfadens umgesetzt und wie wurde das Überleitungsmanagement in die Versorgungsprozesse und Abläufe der Modelleinrichtungen eingebunden?
 4. Wie stellten sich die Effekte zusätzlicher personeller Ressourcen aus Einrichtungssicht dar?
 5. Wie entwickelte sich die Arbeitszufriedenheit der Mitarbeitenden im Projektverlauf?
 6. Wie zufrieden waren die Pflegekräfte mit dem Überleitungsmanagement?
 7. Wie entwickelte sich die qualitative Bewertung des Überleitungsmanagements und der Behandlungspflege der Modelleinrichtungen durch weiterversorgende Pflegedienste bzw. -einrichtungen sowie durch die Ärztinnen und Ärzte?
-

8. Wie entwickelten sich Belegung, Auslastung und weitere betriebswirtschaftliche Kenngrößen der Modelleinrichtungen?

4.2.3.2 Methodik der Evaluation

Für die Bearbeitung der genannten Fragestellungen der Evaluation sollte ein breites Spektrum qualitativer und quantitativer Instrumente und Verfahren zum Einsatz gebracht werden, die im Folgenden näher beschrieben werden:

Auswertung der Tätigkeitsberichte zum Überleitungsmanagement und zur Behandlungspflege

Die teilnehmenden Einrichtungen sollten in einem vom IGES Institut vorgegebenen semistandardisierten Berichtsformat in dreimonatigen Abständen berichten über:

- die durch die projektfinanzierten Fachkräfte erbrachten Leistungen und über den zeitlichen Umfang ihres Einsatzes im Überleitungsmanagement, der Behandlungspflege bzw. bei der Unterstützung der Evaluation,
- die Zusammensetzung des Klientels der Einrichtung (z. B. Anzahl aufgenommener Pflegegäste, Verweildauer, Aufnahmeanlässe, Weiterversorgung usw.)
- die organisatorische Entwicklung des Überleitungsmanagements und dessen Integration in Versorgungsabläufe der Einrichtung,
- die internen Effekte der zusätzlichen Personalressourcen,
- das Leistungsgeschehen im Überleitungsmanagement, z. B. Häufigkeit und Themen der Gesprächskontakte mit Patientinnen und Patienten und Angehörigen, Kontakte mit weiterversorgenden Hausärztinnen und Hausärzten, Pflegediensten und Pflegeeinrichtungen, Aktivitäten zur Heil- und Hilfsmittelversorgung usw.,
- das Leistungsgeschehen in der Behandlungspflege, z. B. Art und Anzahl durchgeführter behandlungspflegerischer Maßnahmen sowie
- die Zeitaufwände für Aktivitäten des Überleitungsmanagements und Maßnahmen der Behandlungspflege.

Die Auswertung der Tätigkeitsberichte sollte eine wesentliche Grundlage für die Beantwortung der Evaluationsfragen 1 bis 4 sowie 8 darstellen.

Auswertung der Ergebnisse projektbegleitender Veranstaltungen und Aktivitäten

Durch die systematische Analyse des Verlaufs und der Ergebnisse der in Kapitel 4.2.2.2 dargestellten projektbegleitenden Veranstaltungen und Aktivitäten zur fachlichen Unterstützung der teilnehmenden Einrichtungen sollten insbesondere Erkenntnisse für die Umsetzung des Praxisleitfadens und über die Einbindung des

Überleitungsmanagements in die Versorgungsprozesse und Abläufe der Modelleinrichtungen (Evaluationsfrage 3) gewonnen werden.

Befragungen

Für die Beantwortung der Evaluationsfragen 3 bis 8 sollten Befragungen der unten genannten Personengruppen durchgeführt werden.

Alle Befragungen sollten innerhalb der folgenden Zeitintervalle erfolgen:

- Befragungswelle t1: 1. - 3. Monat der Interventionsstudie
- Befragungswelle t2: 9. - 12. Monat der Interventionsstudie

Für die Evaluation der Modellerhebung waren die in der folgenden zusammengefassten und im Folgenden näher beschriebenen Befragungen vorgesehen.

Tabelle 1: Übersicht: Vorgesehene Befragungen im Rahmen der Evaluation

Befragte Personengruppen	Angestrebte Anzahl ausgefüllter Fragebögen pro Einrichtung*	Angestrebte Anzahl ausgefüllter Fragebögen insgesamt**
Mitarbeitende	***	***
Einrichtungsleitung	2 ****	20 ****
Pflegegäste und Angehörige	70	700
Ärztenschaft	10	100
Weiterversorgende Pflegedienste und Therapeuten	10	100

Quelle: IGES

Anmerkungen: * Befragungswellen t1 und t2
 ** Bei 10 teilnehmenden Kurzzeitpflegeeinrichtungen
 *** Anzahl der Mitarbeitenden variiert
 **** Interviews

- *Befragungen der Mitarbeitenden:* Alle Pflegefach- und Hilfskräfte, Betreuungskräfte sowie fest in der Kurzzeitpflegeeinrichtung angestelltes therapeutisches Fachpersonal und Sozialarbeitende sollten schriftlich zu ihrer Bewertung der Umsetzung des Überleitungsmanagements in der Einrichtung (Evaluationsfrage 3), den Effekten der zusätzlichen Personalressourcen (Evaluationsfrage 4), ihrer Arbeitszufriedenheit und ihrer subjektiv empfundenen Arbeitsbelastung (Evaluationsfrage 5) befragt werden.
- *Befragung der Einrichtungsleitung/ Einrichtungsbesuche:* Die Leitungen der teilnehmenden Einrichtungen sollten im Rahmen von Interviews zu Bewertung der Umsetzung des Überleitungsmanagements in der Einrichtung (Evaluationsfrage 3), den Effekten der zusätzlichen Personalressourcen

(Evaluationsfrage 4), zur Belegungs- und sonstigen betriebswirtschaftlichen Situation ihrer Einrichtung (Evaluationsfrage 8) sowie zum Ablauf der Modellerprobung insgesamt befragt werden. Das erste Interview sollte im Rahmen eines Einrichtungsbesuches durch das IGES Institut durchgeführt werden, das zweite Interview sollte telefonisch erfolgen. Die Einrichtungsbesuche durch das IGES Institut sollten auch zu der Information über die Umsetzung der vorgesehenen Interventionen in der Einrichtung und zur Klärung von Fragen zur Modellerprobung vor Ort dienen.

- *Befragung der Pflegegäste und ihrer Angehörigen:* Die Pflegegäste und ihre Angehörigen sollten durch Vertreter des Überleitungsmanagements gefragt werden, ob sie an der schriftlichen Befragung teilnehmen wollen. Sollten sie zustimmen, sollten sie bei Entlassung aus der Kurzzeitpflege einen Fragebogen erhalten und gebeten werden, diesen ca. zwei Wochen nach Entlassung auszufüllen und per Freiumschlag an das IGES Institut zu senden. Erfragt werden sollte deren Zufriedenheit mit der Entlassungsvorbereitung (Evaluationsfrage 6). Angestrebt war, möglichst 30 Pflegegäste pro Befragungswelle und Modelleinrichtung zu befragen.
 - *Befragung von den verordnenden Ärztinnen und Ärzten:* Die verordnenden Ärztinnen und Ärzte sollten zu ihrer Bewertung des Überleitungsmanagements und der Umsetzung der von ihnen angeordneten behandlungspflegerischen Maßnahmen in den Modelleinrichtungen per Fragebogen befragt werden (Evaluationsfrage 7). Angestrebt war eine Teilnahme von fünf Ärztinnen bzw. Ärzten pro Befragungswelle und Modelleinrichtung.
 - *Befragung von weiterversorgenden Pflegediensten und Pflegeeinrichtungen:* Die weiterversorgenden Pflegedienste und Pflegeeinrichtungen sollten zu ihrer qualitativen Bewertung des Überleitungsmanagements der Modelleinrichtung per Fragebogen befragt werden (Evaluationsfrage 7). Angestrebt war eine Teilnahme von fünf Pflegediensten oder – einrichtungen pro Befragungswelle und Modelleinrichtung.
-

Die folgende Tabelle 2 gibt Auskunft über die zur Beantwortung der Evaluationsfragen vorgesehenen Instrumente:

Tabelle 2: Übersicht über Evaluationsfragen und -methoden

Evaluationsfragen (Nr. / Stichwort)	Auswertungen				Befragungen		
	Tätigkeits- berichte	Projekt- begleitung	Mitarbei- tende	Leitung	Pflege- gäste	Ärzte- schaft	Pflege- dienste
1. Leistungen Überleitungsmanagement	X						
2. Leistungen Behandlungspflege	X						
3. Umsetzung Leitfaden / Einbindung Überleitungsmanagement	X	X	X	X			
4. Interne Effekte durch zusätzliches Personal	X	X	X	X			
5. Zufriedenheit Mitarbeitende			X				
6. Zufriedenheit Pflegegäste					X		
7. Bewertung durch Ärzteschaft und Pflegedienste						X	X
8. Entwicklung Belegung u. a.	X			X			

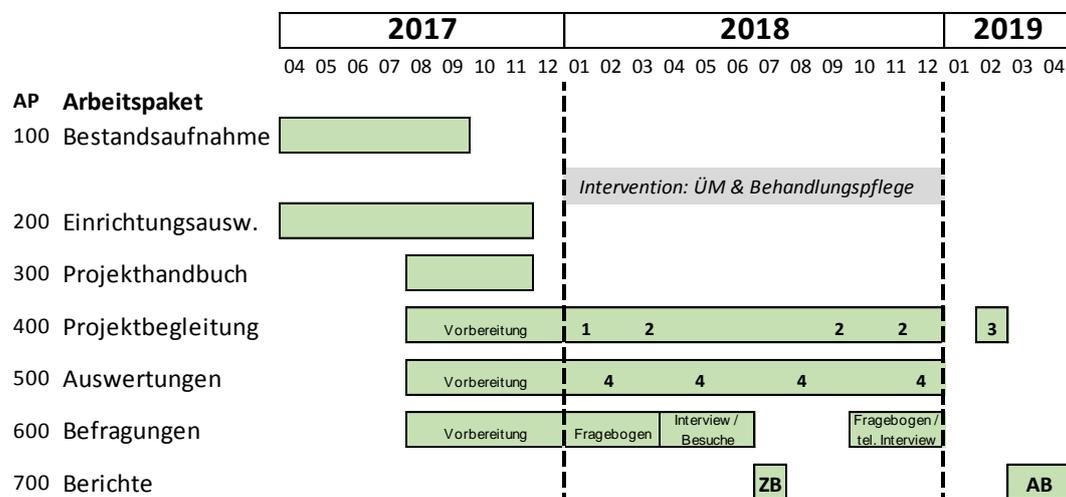
Quelle: IGES

5. Arbeits- und Zeitplan sowie Durchführung der Modellerprobung

5.1 Arbeits- und Zeitplan

Die Laufzeit des Projektes betrug 24 Monate. Im April 2017 wurde mit der Gewinnung von solitären Kurzzeitpflegeeinrichtungen für die Befragungen im Rahmen der Bestandsaufnahme und mit der Einrichtungsauswahl für die Interventionsstudie begonnen. Die Befragungen zur Bestandsaufnahme wurden von Juni bis September 2017 durchgeführt. Ab August/September 2017 wurde das Projekthandbuch für die Interventionsstudie erstellt und die Erhebungsinstrumente für die begleitende Evaluation der Interventionsstudie entwickelt. Die zwölfmonatige Tätigkeit der mit Zuwendungsmitteln neu eingestellten Mitarbeitenden für das Überleitungsmanagement und zur Unterstützung der Behandlungspflege (Interventionsphase) begann Anfang 2018. Nach Ablauf der zwölfmonatigen Interventionsstudie erfolgte die Auswertung der erhobenen Daten. Die Ergebnisse flossen in die Überarbeitung des Leitfadens ein, der abschließend im Februar 2019 auf der Abschlussveranstaltung vorgestellt wurde.

Abbildung 1: Zeitplan der Modellerprobung



Quelle: IGES
 1 = Auftaktveranstaltung
 2 = Reflexionstreffen
 3 = Abschlussveranstaltung
 4 = Tätigkeitsberichte
 ZB = Zwischenbericht
 AB = Abschlussbericht

5.2 Durchführung der Modellerprobung

5.2.1 Ablauf der Bestandsaufnahme

Im Zeitraum vom 17.07.2017 bis 18.08.2017 wurden in mehreren Wellen insgesamt 239 Modelleinrichtungen in allen Bundesländern per E-Mail kontaktiert und gebeten, an der Befragung teilzunehmen. Für das Ausfüllen des Fragebogens wurde ein Honorar von 400 Euro angeboten. Die Rücksendefrist der Fragebögen endete am 30.11.2017. Bis zu diesem Zeitpunkt wurden 69 Fragebögen an das IGES Institut zurückgesendet. Dies entspricht einer Rücklaufquote von 69 Prozent bezogen auf die angestrebte Fallzahl von 100 Einrichtungen bzw. von 29 Prozent bezogen auf die Anzahl ausgesandter Fragebögen. Mit Ausnahme von Brandenburg und Thüringen sowie dem Saarland haben sich Modelleinrichtungen an der Befragung aus allen Bundesländern beteiligt. Besonders hoch war der Rücklauf aus Nordrhein-Westfalen und aus Sachsen (siehe Tabelle 3).

Tabelle 3: Verteilung der Modelleinrichtungen, die an der Befragung teilgenommen haben, nach Bundesländern

Bundesland	Anzahl
Schleswig-Holstein	2
Hamburg	1
Niedersachsen	7
Bremen	4
Nordrhein-Westfalen	24
Hessen	4
Rheinland-Pfalz	1
Schleswig-Holstein	2
Baden-Württemberg	1
Bayern	2
Saarland	0
Berlin	4
Brandenburg	0
Mecklenburg-Vorpommern	6
Sachsen	12
Sachsen-Anhalt	1
Thüringen	0
GESAMT	69

Quelle: IGES

Die erreichte Rücklaufquote für die Bestandsaufnahme bewegte sich im Bereich des derzeit im Pflegesektor bei Befragungen Erreichbaren. Einige Einrichtungen antworteten auf unsere Anfrage, dass sie zwar sehr interessiert an der Befragung seien, sich aber angesichts der angespannten Personalsituation nicht in der Lage sähen, den Fragebogen auszufüllen.

5.2.2 Ablauf der Interventionsstudie

5.2.2.1 Übersicht über den Gesamtverlauf

Abbildung 2 gibt eine Übersicht über den Gesamtverlauf der Modellerprobung. Alle dort angeführten Projektschritte konnten termingerecht abgeschlossen werden.

Abbildung 2: Übersicht: Projektablauf Modellerprobung

	Jan 18	Feb 18	Mrz 18	Apr 18	Mai 18	Jun 18	Jul 18	Aug 18	Sep 18	Okt 18	Nov 18	Dez 18	Jan 19	Feb 19
Auftaktveranstaltungen (2 Tage)	1													
Erste Befragungswelle														
Einrichtungsbesuche und Leitungsinterviews (durch IGES)														
Reflexionstreffen (eintägig)			2a					2b			2c			
Abgabe Tätigkeitsberichte			3a			3b		3c				3d		
Zweite Befragungswelle														
Abschlussveranstaltung														4

Projektrelevante Termine:

1 Auftaktveranstaltung 25./26.01.2018

2a Erstes Reflexionstreffen 12.03.2018 (09.00 - 17.00 Uhr), IGES Institut Berlin

2b Zweites Reflexionstreffen 30.08.2018 (09.00 - 17.00 Uhr), IGES Institut Berlin

2c Drittes Reflexionstreffen 15.11.2018 (09.00 - 17.00 Uhr), IGES Institut Berlin

3a Abgabe 1. Tätigkeitsbericht 30.03.2018

3b Abgabe 2. Tätigkeitsbericht 15.06.2018

3c Abgabe 3. Tätigkeitsbericht 21.08.2018

3d Abgabe 4. Tätigkeitsbericht 21.12.2018

4 Abschlussveranstaltung

Quelle: IGES

Der Verlauf der Interventionen sowie der einzelnen Maßnahmen im Rahmen der fachlich-wissenschaftlichen Begleitung und der Evaluation werden im Folgenden näher dargestellt.

5.2.2.2 Finanzielle Zuwendung für zusätzliche Personalressourcen

Auswahl und Teilnahme der Modelleinrichtungen

Gemeinsam mit der Bitte um die Teilnahme an der Befragung (siehe Kap. 5.2.1) wurden die per E-Mail kontaktierten Modelleinrichtungen über Ziele, Ablauf der Modellerprobung sowie über die Voraussetzungen für eine geförderte Teilnahme informiert und zur Teilnahme aufgefordert. Von den 239 kontaktierten bekundeten 51 Modelleinrichtungen ihr Interesse, an der Modellerprobung teilzunehmen. Gemäß Förderbescheid konnten maximal zehn Modelleinrichtungen gefördert werden. Daher wurde eine Auswahl von zehn Modelleinrichtungen unter Anwendung folgender Kriterien getroffen:

- Solitäreinrichtung
- Teilnahme an der schriftlichen Befragung im Rahmen der Bestandsaufnahme
- Unterschiedliche Einrichtungsgröße (Mindestgröße: 15 Pflegeplätze)
- Möglichst hoher Anteil von Pflegegästen nach stationären Aufenthalten oder aufgrund sonstiger Krisensituationen
- Berücksichtigung möglichst vieler Bundesländer (darunter mindestens zwei Einrichtungen aus Nordrhein-Westfalen)
- Berücksichtigung von Ballungsgebieten sowie kleinstädtisch-ländlichen Regionen
- Ausgewogene Mischung von unterschiedlichen Umsetzungsständen des Überleitungsmanagements
- Berücksichtigung von unterschiedlichen Trägerarten

Auf der Grundlage der genannten Kriterien wurden folgende solitäre Kurzzeitpflegeeinrichtungen für die Teilnahme an der Modellerprobung ausgewählt:

Tabelle 4: Für die Modellerprobung ausgewählte Einrichtungen

Bundesland	Ort	Bezeichnung der Einrichtung	Anzahl Plätze
Sachsen	01796 Pirna	Diakonisches Altenzentrum Graupa	20
Hamburg	22391 Hamburg	Solitäre Kurzzeitpflege im Hospital zum Heiligen Geist	38
Niedersachsen	37154 Northeim	DRK Wohn- und Pflegezentrum Am Wieter	22
Bremen	28239 Bremen	DIAKO KURZZEITPFLEGE gGmbH	25
Nordrhein-Westfalen	33102 Paderborn	St. Johannisstift Dietrich-Bonhoeffer-Haus Kurzzeitpflege	25
Nordrhein-Westfalen	48143 Münster	Kurzzeitpflegestation der Raphaelsklinik Münster GmbH	23
Hessen	36304 Alsfeld	Amandus Kurzzeitpflege	20
Bayern	82223 Eichenau	Ev. Pflegezentrum Eichenau Hilfe im Alter gGmbH Kurzzeitpflege	16
Berlin	12587 Berlin	Kurzzeitpflege Werlseestraße	16
Mecklenburg-Vorpommern	18437 Stralsund	Wohlfahrtseinrichtungen der Hansestadt Stralsund gGmbH / Pflegehotel Stralsund solitäre Kurzzeitpflege	18

Quelle: IGES

Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) und das Bundesverwaltungsamt (BVA) wurden über die Auswahl der Einrichtungen informiert und stimmten zu. Die geförderten Einrichtungen und das IGES Institut schlossen eine mit dem BMG und dem BVA abgestimmte schriftliche Vereinbarung zur Durchführung der Modellerprobung, in der Voraussetzungen und Verpflichtungen der Einrichtung festgelegt wurden. Alle Vereinbarungen mit den teilnehmenden Modelleinrichtungen lagen im Dezember 2017 vor.

Die Amandus Kurzzeitpflege Alsfeld ist zum 31.03.2018 ausgeschieden, da die eingestellte Pflegefachkraft gekündigt hat und kein Ersatz gefunden werden konnte.

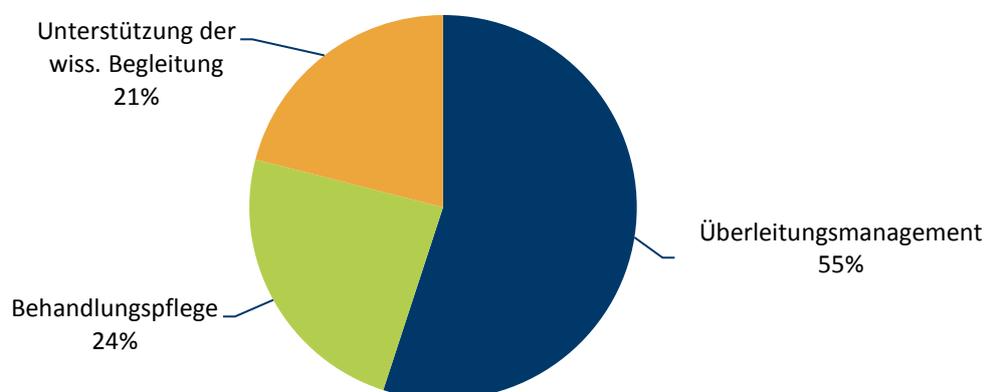
Die Kurzzeitpflege LebensNah e. V. Rendsburg hat bis Mai 2018 ohne Förderung teilgenommen. Die Einrichtung wurde geschlossen.

Die übrigen 9 Einrichtungen haben vom 01.01.2018 bis 31.12.2018 kontinuierlich an der Modellerprobung teilgenommen.

Einsatz der zusätzlichen Personalressourcen

Die von den Modelleinrichtungen gemäß der in Kapitel 4.2.2.1 beschriebenen Vorgaben zusätzlich geschaffenen Personalressourcen wurden überwiegend im Überleitungsmanagement eingesetzt. Etwa ein Viertel der Arbeitszeit der zusätzlich eingestellten Pflegefachkräfte entfiel auf Tätigkeiten in der Behandlungspflege. Für die Unterstützung der wissenschaftlichen Begleitung, z. B. durch die Erstellung der Tätigkeitsberichte, die Mitwirkung bei Befragungen und die Teilnahme an projektbegleitenden Veranstaltungen wurden 21 Prozent des zusätzlichen Arbeitsvolumens aufgewendet.

Abbildung 3: Verwendung des durch die zusätzlich eingestellten Fachkräfte geschaffenen Arbeitszeitvolumens: Alle Modelleinrichtungen



5.2.2.3 Ablauf der wissenschaftlich - fachlichen Begleitung

Praxisleitfaden zum systematischen Überleitungsmanagement in der solitären Kurzzeitpflege

Die im Projektverlauf gewonnenen Erkenntnisse und Erfahrungen flossen in eine überarbeitete, finale Version des Praxisleitfadens ein und wurden zur Nutzung für interessierte solitäre Kurzzeitpflegeeinrichtungen zur Verfügung gestellt. Der Praxisleitfaden ist diesem Abschlussbericht als Anhang beigelegt.

Projektbegleitende Veranstaltungen und Aktivitäten

Die geplanten projektbegleitenden Veranstaltungen wurden wie vorgesehen mit den Projektverantwortlichen der Modelleinrichtungen durchgeführt (siehe Kapitel 4.2.2.2). Vorrangige Themen im Rahmen der Auftaktveranstaltung sowie der drei eintägigen Reflexionstreffen waren:

- Erfahrungsaustausch zur Umsetzung des Überleitungsmanagements und der Behandlungspflege,
- Gemeinsame Entwicklung von Lösungen für häufige Probleme im Zusammenhang mit dem Überleitungsmanagement, wie z. B. bei der Übernahme von Pflegegästen aus dem Krankenhaus und zur Kooperation mit Hausärztinnen und Hausärzten,
- Klärung von Fragen zur Erstellung der Tätigkeitsberichte und zur Durchführung der Befragungen,
- Vorstellung und Diskussion von (Zwischen-)Auswertungen der Tätigkeitsberichte und der Befragungen,
- Praktische Umsetzung und Weiterentwicklung der Empfehlungen des Praxisleitfadens.

Die Ergebnisse der projektbegleitenden Veranstaltungen wurden protokolliert und in den vorliegenden Abschlussbericht aufgenommen.

Das zum kontinuierlichen fachlichen Austausch zwischen den Modelleinrichtungen eingerichtete Online-Forum wurde kaum genutzt. Als Begründungen gaben die Projektverantwortlichen an, dass vorhandene Kommunikationskanäle, wie z. B. E-Mail, Telefon und insbesondere die Projektveranstaltungen für einen Erfahrungsaustausch ausreichend gewesen seien. Zudem konnte die Online-Plattform aufgrund technischer Restriktionen in einigen Modelleinrichtungen nicht genutzt werden.

5.2.3 Ablauf der Evaluation

5.2.3.1 Erstellung und Auswertung der Tätigkeitsberichte

Tabelle 5 zeigt die Berichtszeiträume und die Berichtstage der Tätigkeitsberichte. Das Zeitintervall zwischen den einzelnen Tätigkeitsberichten war erforderlich zur

Aufbereitung der im Berichtszeitraum erhobenen Angaben und Daten durch die Modelleinrichtungen, sowie zur Überprüfung und ggf. Rücksprache durch das IGES Institut bei unplausiblen oder unvollständigen Angaben. Insgesamt konnte das Leistungsgeschehen im Überleitungsmanagement und in der Behandlungspflege in den Modelleinrichtungen für 276 Tage des Jahres 2018 im Rahmen der Tätigkeitsberichte erfasst werden.

Tabelle 5: Berichtszeiträume und -tage der Tätigkeitsberichte (TB)

TB	Berichtszeitraum	Anzahl Berichtstage
1.	01.02. - 23.03.2018	51
2.	26.03. - 08.06.2018	75
3.	25.06. - 24.08.2018	61
4.	17.09. - 14.12.2018	89
Gesamt		276

Quelle: IGES

Die neun Modelleinrichtungen, die kontinuierlich an der Modellerprobung teilnahmen, wiesen im Jahr insgesamt 3.467 abgeschlossene Aufenthalte von Pflegegästen in der Kurzzeitpflege auf (d. h. der Aufenthalt in der Kurzzeitpflege wurde in 2018 begonnen und abgeschlossen). 63,4 Prozent der abgeschlossenen Kurzzeitpflegeaufenthalte fielen in die Berichtszeiträume der Tätigkeitsberichte. Der Zeitaufwand für Aktivitäten des Überleitungsmanagements bzw. für die Behandlungspflege wurde für 55,6 bzw. 49,7 Prozent der abgeschlossenen Kurzzeitpflegeaufenthalte in den Tätigkeitsberichten dokumentiert (siehe Tabelle 6).

Tabelle 6: Anzahl abgeschlossener Aufenthalte in der Kurzzeitpflege im Jahr 2018: Gesamt und in den Tätigkeitsberichten dokumentiert

Beschreibung	Anzahl
Abgeschlossene Kurzzeitpflegeaufenthalte im Jahr 2018 (d. h. in 2018 aufgenommene <u>und</u> entlassene Pflegegäste)	3467
Abgeschlossene Kurzzeitpflegeaufenthalte in den Berichtszeiträumen der Tätigkeitsberichte	2197
Abgeschlossene Kurzzeitpflegeaufenthalte, für die der Zeitaufwand für das Überleitungsmanagement dokumentiert wurde	1926
Abgeschlossene Kurzzeitpflegeaufenthalte, für die der Zeitaufwand für die Behandlungspflege dokumentiert wurde	1722

Quelle: IGES

5.2.3.2 Ablauf der Befragungen

Schriftliche Befragungen

Die erste Befragungswelle (t1) konnte aufgrund eines zusätzlichen Schulungsbedarfs der Projektverantwortlichen in den Modelleinrichtungen statt wie vorgesehen im Januar erst Mitte Februar 2018 begonnen werden und wurde entsprechend bis Ende April 2018 verlängert. Die zweite Befragungswelle (t2) konnte hingegen wie vorgesehen umgesetzt werden. Während die Beteiligung bei Mitarbeitenden, Ärztinnen bzw. Ärzten und Pflegediensten bzw. -einrichtungen als zufriedenstellend bewertet werden kann, blieb der Fragebogenrücklauf bei den Pflegegästen zwar deutlich unter dem angestrebten Wert für die neun durchgehend teilnehmenden Modelleinrichtungen (N=630), die erreichte Rücklaufquote von 40 Prozent muss allerdings vor dem Hintergrund bewertet werden, dass die Befragung in einer für die Pflegegäste belastenden Übergangsphase kurz nach der Entlassung aus der Kurzzeitpflege stattfand (siehe Tabelle 7).

Tabelle 7: Rücklauf der schriftlichen Befragungen bis zum 31.01.2019

Anzahl eingegangener Fragebögen	Ärztenschaft		Mitarbeitende		Pflegedienste / -einrichtungen		Pflegegäste	
	t1	t2	t1	t2	t1	t2	t1	t2
Befragungswelle	t1	t2	t1	t2	t1	t2	t1	t2
Gesamt	48	35	84	74	34	32	149	102

Quelle: IGES

Interviews mit den Einrichtungsleitungen und Einrichtungsbesuche

Die Interviews mit den Modelleinrichtungen sowie die Einrichtungsbesuche konnten wie vorgesehen (siehe Kapitel 4.2.3.2) durchgeführt werden. Die Ergebnisse der Interviews und der Einrichtungsbesuche wurden protokolliert und werden an den entsprechenden Stellen im folgenden Ergebniskapitel berichtet.

6. Ergebnisse

6.1 Ergebnisse der Bestandsaufnahme

6.1.1 Zur Größe und Struktur der Einrichtungen

Die meisten der Kurzzeitpflegeeinrichtungen, die an der Befragung teilgenommen hatten, halten zehn bis zwanzig Pflegeplätze vor (siehe Tabelle 8). Die kleinste teilnehmende Einrichtung verfügte über sieben, die größte über 38 Pflegeplätze.

Tabelle 8: Verteilung der Kurzzeitpflegeeinrichtung nach Anzahl vorgehaltener Plätze

Anzahl Plätze	Anzahl Einrichtungen	Anteil in Prozent
<10	3	4,3%
10-14	27	39,1%
15-20	29	42,0%
21-25	7	10,1%
>25	3	4,3%
GESAMT	69	100,0%

Quelle: IGES

Tabelle 9 zeigt die Anteile weiterer durch die Träger der befragten Kurzzeitpflegeeinrichtungen vorgehaltenen Pflegeeinrichtungen. Zwei Drittel der Kurzzeitpflegeeinrichtungen gehören einem Träger an, der auch stationäre Langzeitpflege anbietet. Darüber hinaus werden von der Mehrheit der Träger auch betreutes Wohnen und ähnliche Wohnformen sowie ambulante Pflegedienste und Tagespflegeeinrichtungen vorgehalten. Hospiz- und Palliativeinrichtungen sowie Akutkrankenhäuser nehmen demgegenüber deutlich geringere Anteile ein.

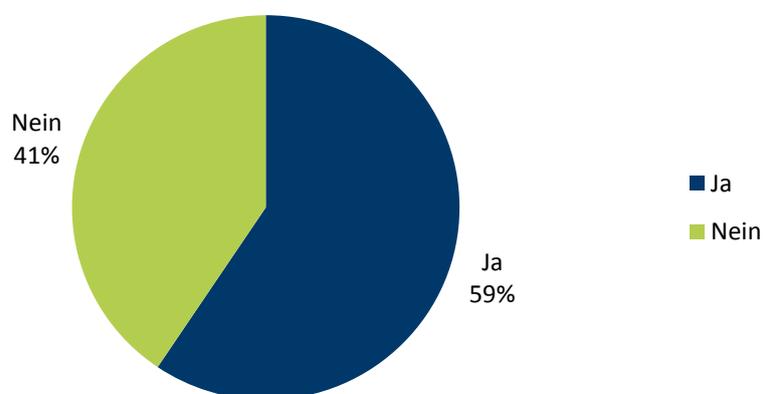
Tabelle 9: Anteil weiterer, durch die Träger der befragten Kurzzeitpflegeeinrichtungen vorgehaltener Pflegeeinrichtungen

Pflegeeinrichtung	Anteil Träger*
Ambulanter Pflegedienst	59,4%
Tagespflege	58,0%
Stationäre Langzeitpflege	66,7%
Hospiz / Palliativeinrichtung	14,5%
Rehabilitationseinrichtung	1,4%
Akutkrankenhaus	17,4%
Sonstige (bspw. Pflege-WG, betreutes Wohnen)	52,2%

Quelle: IGES, *Mehrfachnennungen möglich

Die Mehrheit der befragten Kurzzeitpflegeeinrichtungen gab an, dass die pflegerische Leitung ausschließlich für die Kurzzeitpflege zuständig sei (siehe Abbildung 4). Dies traf insbesondere auf Einrichtungen mit weniger als 15 Pflegeplätzen zu.

Abbildung 4: Anteile nach ausschließlicher Zuständigkeit der pflegerischen Leitung für die Kurzzeitpflege



Quelle: IGES

6.1.2 Zu Aufnahmeanlässen und Folgeversorgung der Pflegegäste

Die Kurzzeitpflegeeinrichtungen, die an der Befragung teilgenommen hatten, nahmen im Jahr 2016 durchschnittlich 267 Pflegegäste auf. Die meisten Einrichtungen (ca. 60 Prozent) bewegten sich in einem Bereich von 100 bis 300 aufgenommenen Pflegegästen pro Jahr. Durchschnittlich 45 Prozent der Pflegegäste wurden im Anschluss an einen Krankenhausaufenthalt in die Kurzzeitpflege aufgenommen. Bei Aufnahmen aus der Häuslichkeit handelt es sich mehrheitlich um Urlaubs- und Verhinderungspflege. Bei durchschnittlich 16 Prozent erfolgte die Aufnahme aufgrund einer häuslichen Krisensituation. Aufnahmen auf der Grundlage des am 01.01.2016 in Kraft getretenen § 39 c SGB V erfolgten bei durchschnittlich 5 Prozent der Fälle (siehe Tabelle 10).

Tabelle 10: Verteilung der Aufnahmeanlässe in die Kurzzeitpflege

Aufnahmeanlass	Prozentualer Anteil an allen Aufnahmen	Minimal-/Maximalwerte
Anschluss an einen Krankenhausaufenthalt	44,8%	10% / 90%
Kurzzeitpflege bei fehlender Pflegebedürftigkeit (§ 39 c SGB V)	4,8%	0% / 50%
Häusliche Krisensituation	15,9%	1% / 60%
Urlaubs und Verhinderungspflege / Sonstige	34,9%	5% / 80%

Quelle: IGES

Zwei Drittel der Pflegegäste der befragten Einrichtungen wurden in die Häuslichkeit entlassen, ein Viertel in stationäre Langzeiteinrichtungen. Ca. 10 Prozent wurden in ein Akutkrankenhaus oder in eine Rehabilitationseinrichtung (rück-) verlegt. 4 Prozent verstarben während des Aufenthaltes in der Kurzzeitpflege (siehe Tabelle 11).

Tabelle 11: Folgeversorgung nach Entlassung aus der Kurzzeitpflege

Folgeversorgung	Durchschnittlicher Anteil an allen Aufnahmen	Minimal- / Maximalwerte
Häuslichkeit	65,3%	5% - 100%
Stationäre Langzeitpflege, Pflege-WG oder Hospiz	25,2%	6% - 90%
Akutkrankenhaus oder Rehabilitationseinrichtung	9,5%	0% - 38%
Während Kurzzeitpflege verstorben	4,2%	0% - 15%

Quelle: IGES

Auffällig ist die große Schwankungsbreite zwischen den Einrichtungen sowohl bei den Aufnahmeanlässen als auch bezüglich der weiteren Versorgung. Dies deutet auf eine große Heterogenität bei der Zusammensetzung des Klientels der befragten Kurzzeitpflegeeinrichtungen hin.

6.1.3 Zum Umsetzungsstand des Überleitungsmanagements

Organisation des Überleitungsmanagements

41 Prozent der befragten Kurzzeitpflegeeinrichtungen gaben an, dass die Aufgaben des Überleitungsmanagements zentral durch speziell dafür vorgesehene Mitarbeitende, zumeist durch die leitende Pflegekraft oder Sozialarbeitende, übernommen werden. Bei der Mehrzahl der Einrichtungen (59 Prozent) sind demgegenüber grundsätzlich alle Pflegefachkräfte für alle anfallenden Aufgaben des Überleitungsmanagements zuständig.

78 Prozent der befragten Kurzzeitpflegeeinrichtungen dokumentieren die für die Entlassungsvorbereitung erforderlichen Informationen auf einem gesonderten Dokument. 10 Prozent der befragten Kurzzeitpflegeeinrichtungen gaben an, schriftliche Vereinbarungen mit zuweisenden Krankenhäusern abgeschlossen zu haben, die bei Aufnahme vorliegen müssen.

Leistungen und Aufgaben des Überleitungsmanagements

Die Befragung ergab, dass in der Einschätzung der Mehrzahl (88 Prozent) der befragten Einrichtungen der Aufwand für das Überleitungsmanagement in den letzten Jahren zugenommen hat.

Bei der Aufnahme in die Kurzzeitpflege stellt die Beschaffung der erforderlichen Unterlagen (Pflegeüberleitungsbogen, Entlassungsbericht bzw. Arztbrief, Medikationsplan, Verordnungen, Anordnungen usw.) eine wesentliche Anforderung an

das Überleitungsmanagement dar. Die Kurzzeitpflegeeinrichtungen wurden daher nach dem Anteil ihrer Pflegegäste befragt, bei denen nach ihrer Einschätzung die erforderlichen Unterlagen bei Aufnahme nicht vollständig vorlagen. Dies war bei durchschnittlich 42 Prozent der poststationären Aufnahmen, bei 45 Prozent der Aufnahmen bei häuslichen Krisensituationen, sowie bei 24 Prozent der sonstigen Aufnahmeanlässe der Fall. Lagen bei einem Pflegegast die erforderlichen Unterlagen bei Aufnahme nicht vollständig vor, betrug der Zeitaufwand für deren Beschaffung durchschnittlich 75 Minuten.

Eine weitere Aufgabe der Entlassungsvorbereitung stellt die Klärung und Vorbereitung der weiteren Versorgung nach der Kurzzeitpflege dar. Bei durchschnittlich 37 Prozent der Pflegegäste der befragten Kurzzeitpflegeeinrichtungen war der weitere Verbleib nach dem Aufenthalt in der Kurzzeitpflege bei Aufnahme nicht geklärt. Der durchschnittliche zeitliche Aufwand für die Entlassungsvorbereitung betrug für alle Pflegegäste 59 Minuten. Betrachtet man die Angaben der Kurzzeitpflegeeinrichtungen differenziert nach Aufnahmeanlass, zeigen sich deutlich höhere geschätzte durchschnittliche Zeitaufwände für die Entlassungsvorbereitung von aus dem Krankenhaus (durchschnittlich 83 Minuten) bzw. aus häuslichen Krisensituationen aufgenommene (durchschnittlich 66 Minuten) Pflegegäste als für Pflegegäste, die im Rahmen der Urlaubs- oder Verhinderungspflege aufgenommen wurden (durchschnittlich 31 Minuten).

Die folgenden Freitextkommentare zum Thema „Überleitungsmanagement“ illustrieren die Probleme und Herausforderungen aus Sicht der befragten Kurzzeitpflegeeinrichtungen:

Tabelle 12: Freitextkommentare zum Thema "Überleitungsmanagement"

„Hoher Zeitaufwand durch häufige Ein- und Auszüge (teilweise bis zu fünf an einem Tag). Hoher Zeitaufwand durch Einzugs- und Abschlussgespräche mit Angehörigen, Betreuern, usw.“

„Wenig Zeitressourcen der Pflegekräfte zur zufriedenstellenden Weiterleitung an andere Institutionen, weites Einzugsgebiet von behandelnden Ärztinnen und Ärzten, dadurch hoher Zeitaufwand, um Unterlagen, Rezepte, usw. zu besorgen.“

„Der Beratungsaufwand für die Überleitung in die häusliche Pflege weist ebenfalls eine stetig steigende Tendenz auf.“

„Insgesamt ist beim Überleitungsmanagement eine gute Koordination und Vernetzung erforderlich. Dazu müssen Prozesse klarer definiert werden.“

„Es bleibt trotz aller Beratung und Absprachen ein schweres Unterfangen alle Unterlagen rechtzeitig zu erhalten, da Angehörige und Kunden es immer noch als unsere Verpflichtung ansehen, alle Unterlagen selbstständig einzuholen.“

Quelle: IGES

6.1.4 Zur Umsetzung der Behandlungspflege

Bei nahezu allen Pflegegästen wurde eine orale Medikamentengabe angeordnet. Durchschnittlich 72 Prozent der aus dem Krankenhaus aufgenommenen und 55 Prozent der anderen Pflegegäste erhielten weitere behandlungspflegerische Leistungen. Als häufigste behandlungspflegerische Leistungen wurden, neben der oralen Medikamentengabe, Messungen der Vitalwerte, Blutzuckerkontrollen sowie subkutane Medikamentengaben (vor allem Insulin) angegeben. Bei aus dem Krankenhaus aufgenommenen Pflegegästen nahmen zusätzlich Wundversorgung, Sonden- und Katheterpflege sowie Leistungen der Kompressionstherapie einen hohen Anteil ein.

Die Befragung ergab deutliche Unterschiede beim Zeitaufwand für die Behandlungspflege abhängig vom Aufnahmeanlass: Der geschätzte tägliche Zeitaufwand für die Behandlungspflege von Pflegegästen nach Krankenhausaufenthalt oder aus häuslichen Krisensituationen lag mit durchschnittlich 43 Minuten deutlich über dem für Pflegegäste, die zur Urlaubs- und Verhinderungspflege in die Kurzzeitpflege aufgenommen wurden (27 Minuten). Entsprechend höher wurde auch der Anteil der Behandlungspflege an der gesamten Pflege- und Betreuungszeit bei Pflegegästen nach akutstationärem Aufenthalt (durchschnittlich 30 Prozent) oder häuslicher Krisensituation im Vergleich mit allen anderen Pflegegästen (durchschnittlich 19 Prozent) durch die befragten Modelleinrichtungen eingeschätzt.

Die reibungslose und kontinuierliche Verordnung von behandlungspflegerischen Maßnahmen ist für die Kurzzeitpflege sehr wichtig. Eine Möglichkeit, die nahtlose Medikamentenversorgung zu gewährleisten, stellen Kooperationsvereinbarungen mit niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten dar, die sich darin verpflichten, während des Aufenthalts in der Kurzzeitpflege auch Pflegegäste zu versorgen, die zuvor nicht deren Patientinnen und Patienten waren. 78 Prozent der befragten Modelleinrichtungen gaben an, diese Möglichkeit zu nutzen. Generell wird jedoch die Kooperation mit Ärztinnen und Ärzten im Bereich der Behandlungspflege durch die Einrichtungen eher problematisch eingeschätzt: Die Aussage "Es ist für uns in der Regel unproblematisch, die erforderlichen Verordnungen für Medikamente und behandlungspflegerische Maßnahmen für unsere Pflegegäste rechtzeitig zu erhalten" traf

- für keine der befragten Kurzzeitpflegeeinrichtungen „voll und ganz“,
- für 37 Prozent „eher“,
- für 53 Prozent „eher nicht“ und
- für 10 Prozent der befragten Kurzzeitpflegeeinrichtungen „gar nicht“

zu.

Die Freitextkommentare der befragten Kurzzeitpflegeeinrichtungen thematisieren vor allem steigende Aufwände für die Behandlungspflege nach Krankenhausaufenthalt und Schwierigkeiten in der Zusammenarbeit mit den Hausärztinnen und Hausärzten.

Tabelle 13: Freitextkommentare zum Thema "Behandlungspflege"

<p>„Die Anzahl der aus dem Krankenhaus aufgenommenen Gäste nimmt, aufgrund der reduzierten Liegezeiten im Krankenhaus, stetig zu. Die Behandlungspflege wird spürbar aufwendiger, da Therapien im Krankenhaus nicht beendet werden können. Der Beratungsaufwand für die Überleitung in die häusliche Pflege weist ebenfalls eine stetig steigende Tendenz auf.“</p> <p>„Es wäre wünschenswert, wenn behandlungspflegerische Leistungen separat abgerechnet werden können. Derzeit werden sie über die allgemeine Pflegepauschale abgerechnet.“</p> <p>„Problematisch ist die Aufnahme aus dem Krankenhaus zu sehen, da erst nach Erhalt des Arztbriefes ein Kontakt des Hausarztes durch die Angehörigen erfolgen kann. Dementsprechend stehen Anordnungen durch den Hausarzt deutlich zeitlich verzögert der Kurzzeitpflege zur Verfügung.“</p> <p>„Außerdem ist die Betreuung der Kurzzeitpflegegäste durch den Hausarzt schwierig, da die Hausärzte mit Niederlassungen außerhalb unserer Stadt selten bereit sind, Hausbesuche durchzuführen.“</p> <p>„Wir bekommen Medikamente vom Krankenhaus, allerdings nur für drei Tage. Bei einer Entlassung am Freitag ist es ziemlich schwierig am Montag alle notwendigen Medikamente zu organisieren um eine optimale Versorgung des Patienten zu gewährleisten.“</p> <p>„In vielen Fällen kann der Hausarzt die Versorgung des Patienten auf Grund der örtlichen Entfernung nicht mehr übernehmen. Hier müssen wir oft betteln, dass ein ortsansässiger Arzt die weitere Versorgung des Patienten übernimmt.“</p> <p>„Vielleicht würde sich dies bessern, wenn für die Ärzte ein finanzieller Anreiz bestünde (spezielles Budget).“</p>
--

Quelle: IGES

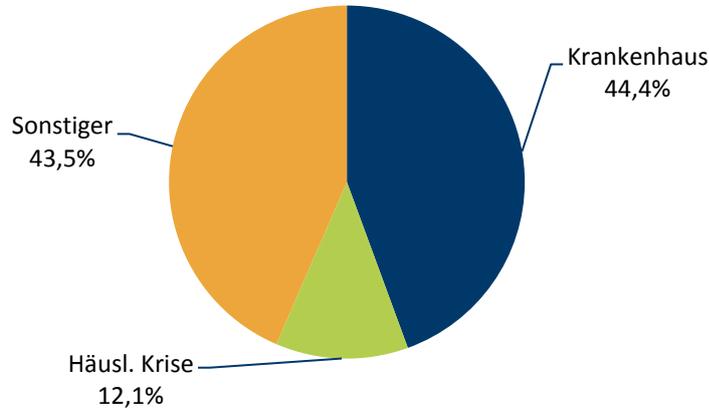
6.2 Ergebnisse für das Überleitungsmanagement in den Modelleinrichtungen

6.2.1 Zur Aufnahmesituation und zur Folgeversorgung der Pflegegäste

Die meisten Pflegegäste kamen im Anschluss an einen Krankenhausaufenthalt in die Modelleinrichtungen. Ein etwas geringerer Anteil entfiel auf Aufnahmen aus sonstigen Aufnahmeanlässen. Dabei handelte es sich zumeist um geplante Aufnahmen aufgrund eines Urlaubs oder einer sonstigen zeitweisen Verhinderung von Angehörigen oder anderen Pflegepersonen. Deutlich weniger Pflegegäste wurden aus häuslichen Krisensituationen, hervorgerufen durch kurzfristige, nicht planbare Ereignisse, wie beispielsweise Verschlechterung des Gesundheitszustandes des Pflegegastes, kurzfristige Zunahme der Pflegebedürftigkeit oder durch den plötzlichen Ausfall einer Pflegeperson aufgenommen (siehe Abbildung 5).²

² Diese Definition für „Krisensituation“ wurde gemeinsam mit den an der Interventionsstudie teilnehmenden Modelleinrichtungen entwickelt. § 42 SGB XI benennt als Voraussetzungen für

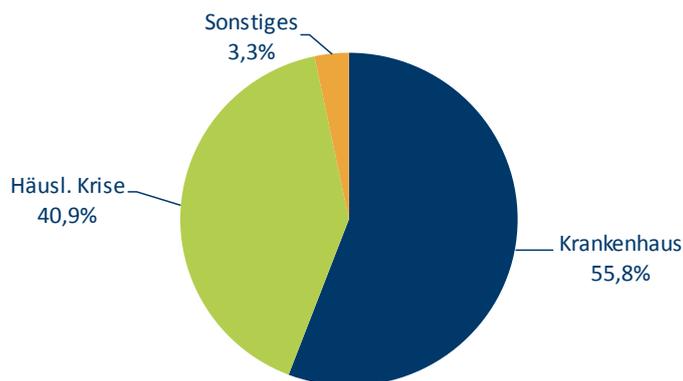
Abbildung 5: Prozentuale Verteilung der Pflegegäste nach Aufnahmeanlass



Quelle: IGES

Klärungsbedarf hinsichtlich des weiteren Verbleibs nach dem Aufenthalt in der Kurzzeitpflegeeinrichtung bestand nahezu ausschließlich bei Aufnahmen aus dem Krankenhaus und aus häuslichen Krisensituation. Nach stationären Aufenthalten war die Folgeversorgung zum Zeitpunkt der Aufnahme bei deutlich mehr als der Hälfte der Pflegegäste ungeklärt. Bei Aufnahmen aus häuslichen Krisensituationen war dies bei 41 Prozent der Pflegegäste der Fall (siehe Abbildung 6).

Abbildung 6: Anteil von Pflegegästen, bei denen der weitere Verbleib bei Aufnahme nicht geklärt war nach Aufnahmeanlässen



Quelle: IGES

Kurzzeitpflege neben stationären Behandlungen „sonstige Krisensituationen, in denen vorübergehend häusliche oder teilstationäre Pflege nicht möglich oder nicht ausreichend ist“, spezifiziert „Krisensituation“ aber nicht näher.

Während der Interventionsstudie wurden zwei Drittel der Pflegegäste der teilnehmenden Modelleinrichtungen nach Hause entlassen. Im zeitlichen Verlauf zeigte sich eine Zunahme des Anteils nach Hause entlassener Pflegegäste um ca. 12 Prozent. Zugleich gingen die Anteile der Entlassungen in die stationäre Langzeitpflege und stationäre Behandlung um 30 bzw. 18 Prozent zurück. Im Vergleich mit dem Jahr 2017 wurden etwas mehr Pflegegäste nach Hause und deutlich weniger in die stationäre Langzeitpflege, jedoch deutlich mehr in stationäre Behandlungen (siehe Tabelle 14) entlassen.

Tabelle 14: Entwicklung der prozentualen Verteilung der Entlassungsarten im zeitlichen Verlauf

Tätigkeitsbericht (TB)	Entlassungsart				Gesamt
	Nach Hause	Stationäre LZ-Pflege, WG, Hospiz	Akutkrankenhaus, Reha	Verstorben	
1. TB	62,0%	19,5%	14,6%	4,0%	100,0%
2. TB	65,8%	16,3%	15,8%	2,2%	100,0%
3. TB	66,8%	16,6%	11,9%	4,7%	100,0%
4. TB	69,3%	13,7%	11,6%	5,4%	100,0%
Gesamt (2018)	66,6%	16,0%	13,4%	4,1%	100,0%
Gesamt (2017)*	64,8%	23,5%	8,6%	3,1%	100,0%

Quelle: IGES *Auf Basis nachträglicher Angaben der Einrichtungen für 2017

6.2.2 Zum Leistungsgeschehen im Überleitungsmanagement

Tabelle 15 zeigt die für die Berichtszeiträume der vier Tätigkeitsberichte sowie für den Gesamtzeitraum der Modellerprobung (2018) erfassten Zeitaufwände in Minuten (Mittelwert, Minimal- und Maximalwerte) für das Überleitungsmanagement in den teilnehmenden Modelleinrichtungen pro Pflegegast und pro Verweildauer-tag. Demnach wurden im Gesamtzeitraum der Interventionsstudie durchschnittlich 6,7 Minuten pro Verweildauer-tag und 106,4 Minuten pro Pflegegast für Aktivitäten des Überleitungsmanagements aufgewendet. Im zeitlichen Verlauf zeigt sich ein kontinuierlicher Rückgang der durchschnittlichen Zeitaufwände sowohl pro Verweildauer-tag als auch pro Pflegegast.

Der Rückgang der durchschnittlichen Zeitaufwände für das Überleitungsmanagement ist aus Sicht der Modelleinrichtungen vorrangig darauf zurückzuführen, dass

im Verlauf der Interventionsstudie die Organisation und die Abläufe des Überleitungsmanagements kontinuierlich verbessert und zunehmend effektiver gestaltet worden seien.

Tabelle 15: Durchschnittliche Aufwände für ÜLM in Minuten pro Pflegegast und Verweildauertag im Zeitverlauf und gesamt

Tätigkeitsbereich		Pro VWT	Pro PG
1.	Min	0,0	0,0
	MW	7,5	121,0
	Max	300,0	485,0
2.	Min	0,5	10,0
	MW	7,3	111,6
	Max	207,0	660,0
3.	Min	0,4	15,0
	MW	6,6	102,0
	Max	337,0	390,0
4.	Min	0,6	4,0
	MW	6,1	97,9
	Max	222,0	658,0
Gesamt	Min	0,0	0,0
	MW	6,7	106,4
	Max	337,0	660,0

Quelle: IGES

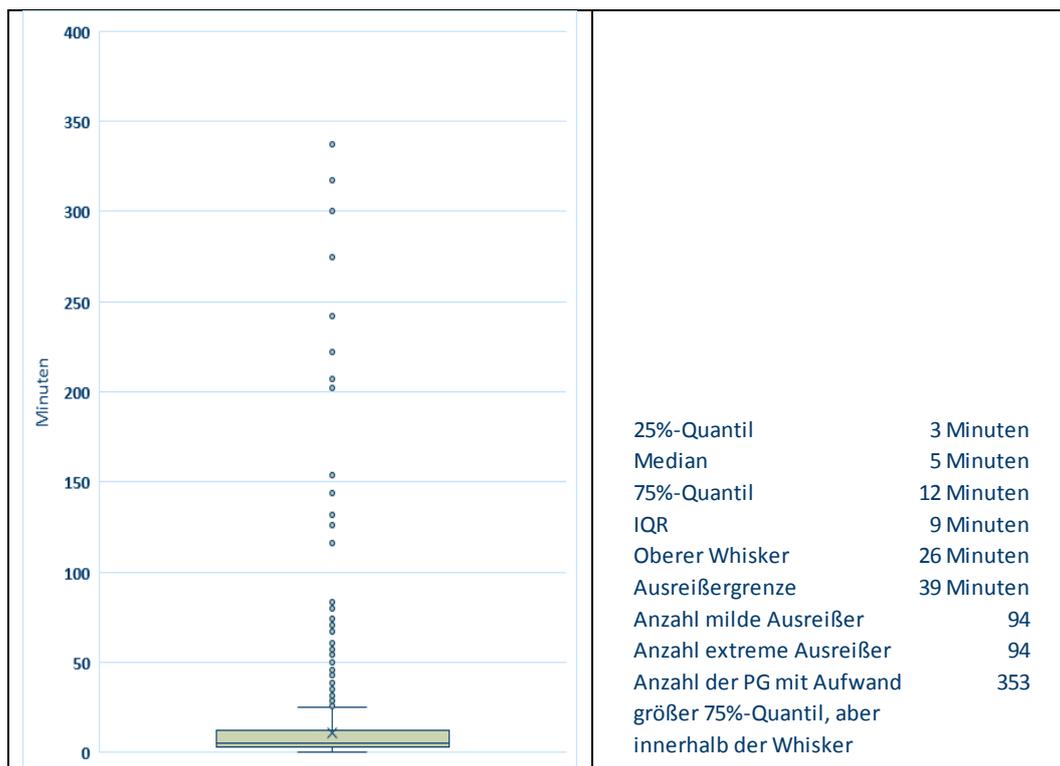
Die fallbezogen erfassten Zeitaufwände für das Überleitungsmanagement ergaben Maximalwerte, die die durchschnittlichen Zeitaufwände um ein Vielfaches übertrafen. Der höchste pro Verweildauertag erfasste Zeitaufwand betrug 337 Minuten; bezogen auf einen Pflegegast betrug der Maximalwert 660 Minuten.

Durch Rücksprache mit den Modelleinrichtungen wurde sichergestellt, dass es sich bei den dokumentierten Fällen mit extrem hohen Zeitaufwänden nicht um Erfassungsfehler, sondern um reale Zeitaufwände handelt.

In Abbildung 7 **Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.** ist die Verteilung der Aufwände für das Überleitungsmanagement (ÜLM) in Minuten je Verweiltag als Boxplot dargestellt. Im Mittel beträgt der Aufwand für das Überleitungsmanagement 5 Minuten je Verweiltag (Median). Bei 25 Prozent der Pflegegäste geben die befragten Einrichtungen einen Aufwand von weniger als drei Minuten (25 Prozent-Quantil) je Verweiltag an und bei 75 Prozent der Pflegegäste beträgt der Aufwand für das Überleitungsmanagement weniger als 12 Minuten je Verweiltag.

Aus der Darstellung ist ersichtlich, dass der Aufwand für das Überleitungsmanagement je Verweiltag, der in den Tätigkeitsberichten der Einrichtungen angegeben wird, eine große Streuung aufweist. Bei 353 Pflegegäste betrug der zeitliche Aufwand für das Überleitungsmanagement zwischen 12 Minuten (75 Prozent-Quantil) und 26 Minuten (oberer Whisker)³ je Verweiltag. 94 Pflegegäste weisen einen Aufwand von 26 Minuten bis 39 Minuten (Ausreißergrenze) auf. Bei weiteren 94 Pflegegästen betrug der Aufwand für das Überleitungsmanagement mehr als 39 Minuten je Verweiltag.

Abbildung 7: Verteilung der Aufwände für das ÜLM in Minuten je Verweiltag



Quelle: IGES

³ Die Whisker stellen die außerhalb der Box liegenden Werte dar. Die Box entspricht dem Bereich, in dem die mittleren 50 % der Daten liegen. Die Länge der Whisker entspricht maximal dem 1,5-Fachen des Abstandes zwischen der oberen und unteren Begrenzung der Box (Interquartilsabstand).

Die „extremen Ausreißer“ (N=94) mit Aufwänden von mehr als 39 Minuten pro Verweiltag für das Überleitungsmanagement wiesen Zeitaufwände von bis zu 337 Minuten pro Verweildauertag auf. Die Subgruppe der „extremen Ausreißer“ weist im Vergleich mit der Gesamtheit aller in den Tätigkeitsberichten erfassten Pflegegäste, einen deutlich höheren Anteil von Aufnahmen aus dem Krankenhaus (59 Prozent vs. 44 Prozent) sowie eine deutlich geringere durchschnittliche Verweildauer auf (4 Tage vs. 16 Tage). Von den 10 Pflegegästen mit dem höchsten Zeitaufwand für das Überleitungsmanagement pro Verweildauertag (144 bis 337 Minuten) waren acht Pflegegäste nur einen Tag und zwei Pflegegäste nur zwei Tage in der Kurzzeitpflege.

Als Gründe für extrem hohe Aufwände für einzelne Pflegegäste nannten die Modelleinrichtungen das Zusammenwirken folgender Aspekte:

1. Unzureichende Entlassungsvorbereitung und lückenhafte Überleitungsinformationen durch Krankenhäuser oder vorversorgende Pflegedienste und Ärztinnen bzw. Ärzte
2. Schwere Grunderkrankungen der Pflegegäste mit vielfältigen pflegerischen und medizinischen Versorgungsbedarfen
3. Ungeklärte Folgeversorgung bei Aufnahme oft kombiniert mit Meinungsverschiedenheiten zwischen Pflegegästen und Angehörigen sowie teilweise auch Pflegekräften zur aktuellen und weiteren pflegerischen Versorgung
4. Familiäre und psychosoziale Probleme

Die Aufnahme eines Pflegegastes mit einem extrem hohen Zeitaufwand für das Überleitungsmanagement kann Pflegefachkräfte oft mehrere Stunden pro Verweiltag binden und, da solche diese Situationen zumeist nicht abseh- und planbar sind, zu starken Beeinträchtigungen der Abläufe in den Kurzzeitpflegeeinrichtungen führen. In den Tätigkeitsberichten sollten die Modelleinrichtungen beispielhaft Fälle schildern, für die das Überleitungsmanagement sehr zeitaufwändig waren. Die folgende Auswahl von Fallbeschreibungen verdeutlicht mit welchen Herausforderungen Kurzzeitpflegeeinrichtungen bei der Vorbereitung der Entlassung und der Folgeversorgung konfrontiert sein können (siehe Tabelle 16).

Tabelle 16: Exemplarische Fallbeschreibungen von Kurzzeitpflege-Aufenthalten mit sehr hohem Zeitaufwand für das Überleitungsmanagement

1. „Gast kam aus Krankenhaus; sollte bei Gewichtszunahme zurückverlegt werden.; Gewicht und Bauchumfang wurden regelmäßig gemessen, die Werte an Hausarzt gefaxt und Kontakt mit der Ehefrau gehalten; Gast war teilweise sehr aggressiv dem Pflegepersonal aber auch seiner Ehefrau gegenüber, als eine starke Gewichtszunahme laut Protokoll zu sehen war, wurde Hausarzt telefonisch kontaktiert und Gast sollte akut-stationär aufgenommen werden, dies lehnten Ehefrau und Gast ab, da er nur in ein bestimmtes Krankenhaus wollte und man vorher ein Bett organisieren müsste. Rettungswagen war schon organisiert, diese standen auf Station um Gast mitzunehmen; Gast lehnt Transport ab. Erneut Kontakt mit Arztpraxis aufgenommen um ihnen mitzuteilen, dass Gast Krankenhausaufnahme ablehnt. Im weiteren Verlauf mehrere Versuche einer Aufnahme in ein Akutkrankenhaus. Ehefrau und Arztpraxis wurden weitere Male darüber informiert. Verlegung erst nach sehr vielen Telefonaten und Gesprächen mit Gast, Ehefrau, Hausarzt und Krankenhaus möglich“.
2. „Pflegegast mit Migrationshintergrund; spricht kein Deutsch. Sohn nicht berufstätig. Sozialamt. Gesetzliche Betreuerin eingeschaltet, die keinen Heimplatz findet. Einige Telefonate mit ihr, immer ergebnisoffen. Dies zieht sich über 4 Monate hin. Kollegen der KZP schalten Sozialamt erneut ein – 3 Wochen später wird Gast in ein Pflegeheim verlegt. Bis zur Verlegung erfolgten zahlreiche Gespräche mit dem Sohn und der Betreuerin und einige Telefonate mit dem Sozialamt.“
3. „Kostenklärung durchs Amt für Soziale Dienste und Gesundheitsamt. Gast selbst uneinsichtig. Pflegedienst lehnt ambulante Versorgung ab...“

Quelle: IGES

Die von den Modelleinrichtungen dokumentierten häufigsten Themen der Gespräche mit weiterversorgenden Personen, weiterversorgenden Pflegediensten oder Pflegeeinrichtungen, niedergelassenem therapeutischen Fachpersonal oder Hilfsmittellieferanten waren:

- Klärung und Vorbereitung der Weiterversorgung nach dem Kurzzeitpflegeaufenthalt, insbesondere Verbleib in der Häuslichkeit oder stationäre Langzeitversorgung,
- Organisation und Koordination verordneter Physio- und Ergotherapien sowie weiterer Heilmittelanwendungen,
- Hilfsmittelversorgung,
- Beratung zu ambulanten Pflegediensten,
- pflegfachliche Beratung (z. B. zur Sturzprophylaxe, zum Umgang mit Inkontinenz, zur Medikation und zum Pflegegrad),
- praktische Organisation am Entlassungstag (z. B. Transportkosten und Übergabe an Angehörige) sowie
- rehabilitative Anschlussversorgung.

Betrachtet man die durchschnittlichen Zeitaufwände für das Überleitungsmanagement nach Aufnahmeanlässen zeigt sich, dass diese bei Aufnahmen aus häuslichen Krisensituationen am höchsten, bei poststationären Pflegegästen etwas geringer und bei sonstigen Aufnahmeanlässen deutlich geringer waren (siehe Tabelle 17)

Tabelle 17: Aufwände für ÜLM in Minuten pro Pflegegast und pro Verweiltag nach Aufnahmeanlass

		Aufnahmeanlass		
		Krankenhaus	Häusl. Krise	Sonstige
Pro Pflegegast	Min	8,0	10,0	0,0
	MW	120,3	121,8	88,1
	Max	485,0	660,0	375,0
Pro Verweiltag	Min	0,8	0,5	0,0
	MW	6,8	7,1	6,5
	Max	337,0	300,0	80,0

Quelle: IGES

6.2.3 Zur Umsetzung der Empfehlungen des Praxisleitfadens

Tabelle 18 zeigt, wie sich der Umsetzungsstand der Empfehlungen des Praxisleitfadens im Projektverlauf entwickelt hat. Die Anzahl der Modelleinrichtungen, die angaben, die Empfehlungen des Praxisleitfadens vollständig umzusetzen, stieg an. Für alle Empfehlungen des Praxisleitfadens stieg die Anzahl der Einrichtungen an, die angaben, die jeweiligen Empfehlungen im Zeitraum zwischen dem ersten und vierten Tätigkeitsbericht vollständig umzusetzen. Drei Empfehlungen wurden gegen Ende der Interventionsstudie von allen, die übrigen Empfehlungen von den meisten Modelleinrichtungen umgesetzt.

Tabelle 18: Anzahl Modelleinrichtungen, die angaben, die Empfehlungen des Praxisleitfadens umzusetzen

Empfehlung	1.TB	4. TB
Systematische Akquisition der erforderlichen Unterlagen bei Aufnahme	7	9
Erste pflegfachliche Einschätzung der weiteren Versorgung bei Aufnahme	4	7
Abstimmung der Entlassplanung mit allen Beteiligten	6	9
Beratung der Pflegegäste und ihrer Angehörigen zur Folgeversorgung	7	9
Übermittlung des Entlassungstermins an weiterversorgende Ärztinnen und Ärzte und Pflegeeinrichtungen	7	8
Schriftliche Festlegung des Überleitungsmanagements	5	8

Quelle: IGES

Im Folgenden wird die Entwicklung der Umsetzung einzelner Empfehlungen des Praxisleitfadens durch die Modelleinrichtungen näher betrachtet.

Das Vorliegen aller erforderlichen Unterlagen bei Aufnahme in die Kurzzeitpflege stellt eine wesentliche Anforderung an das Überleitungsmanagement dar. Tabelle 19 zeigt, dass dies den Modelleinrichtungen im Verlauf der Interventionsstudie zunehmend besser gelang: der Anteil der Pflegegäste, bei denen Unterlagen bei der Aufnahme nicht vorlagen, war bei allen Aufnahmen und bei Aufnahmen aus dem Krankenhaus rückläufig.

Tabelle 19: Prozentuale Anteile der Pflegegäste, bei denen die erforderlichen Unterlagen bei Aufnahme nicht vorlagen

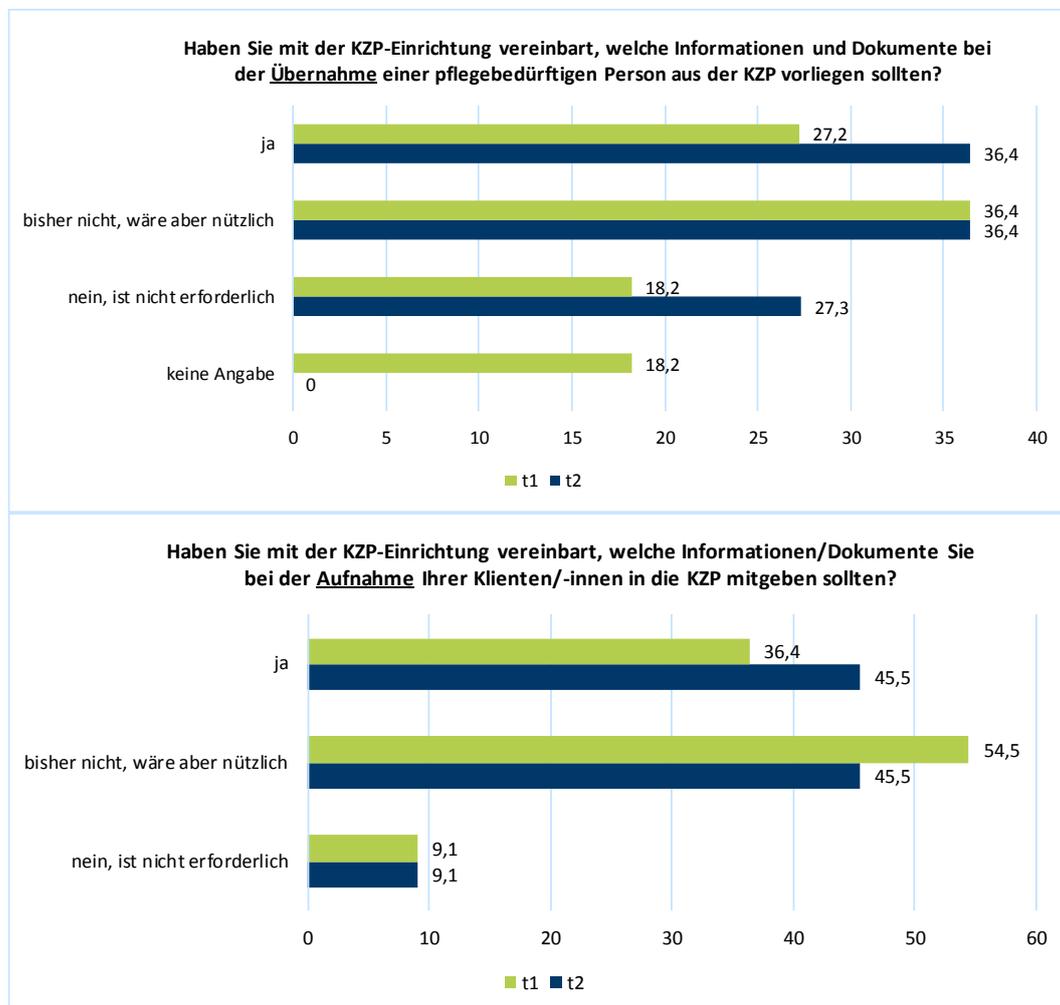
Tätigkeitsbericht	Alle Aufnahmen	Aufnahmen aus dem Krankenhaus
1.	32,1%	37,1%
2.	23,4%	30,2%
3.	15,8%	15,1%
4.	28,4%	29,6%
Gesamt	24,8%	28,4%

Quelle: IGES

Die Verpflichtung der Krankenhäuser durch § 39 Abs. 1a SGB V zu einem Entlassmanagement, hat in der Erfahrung der Modelleinrichtungen nur wenige der zuweisenden Krankenhäuser zu einem verbesserten Informationsverhalten bei der Überleitung von Patientinnen und Patienten in die Kurzzeitpflege veranlasst. Die Modelleinrichtungen berichteten, dass Verbesserungen im Informationsverhalten der Krankenhäuser vor allem durch persönliche und, falls erforderlich, wiederholte Vorsprache der für das Überleitungsmanagement zuständigen Pflegefachkraft bei den Krankenhausleitungen erreicht worden seien. Der hierfür erforderliche Zeitaufwand sei nur durch die zusätzlichen Personalressourcen im Rahmen der Interventionsstudie darstellbar gewesen.

Bei Aufnahmen aus dem häuslichen Bereich sollten den Kurzzeitpflegeeinrichtungen Pflegeüberleitungsdokumente der ambulanten Pflegedienste am Aufnahmetag vollständig vorliegen. Zugleich sind die weiterversorgenden Pflegedienste- und -einrichtungen in hohem Maße darauf angewiesen, dass ihnen bei Übernahme eines Pflegegastes nach einem Kurzzeitpflegeaufenthalt alle aus ihrer Sicht erforderlichen Informationen zur Verfügung stehen. Um den Informationsfluss zwischen Kurzzeitpflegeeinrichtungen und Pflegediensten bzw. -einrichtungen bei Übernahmen von gemeinsamen Pflegegästen bzw. Klienten zu verbessern, wird im Praxisleitfaden die Vereinbarung von Standards zu Umfang und Inhalt der Überleitungsdokumente empfohlen. Vor- und weiterversorgende Pflegedienste und -einrichtungen wurden gefragt, ob sie mit der Kurzzeitpflegeeinrichtung vereinbart haben, welche Informationen und Dokumente bei der Aufnahme von Pflegegästen in bzw. bei (Rück-)übernahme aus der Kurzzeitpflegeeinrichtung vorliegen sollten. Wie Abbildung 8 zeigt, sind im Verlauf der Interventionsstudie mehr derartige Vereinbarungen getroffen worden: bezogen auf die Aufnahme in die Kurzzeitpflegeeinrichtungen ist der Anteil der Pflegedienste, die angaben, dass eine entsprechende Vereinbarung getroffen worden sei von 27,2 Prozent in der ersten Befragungswelle (t1) auf 36,4 Prozent in der zweiten Befragungswelle gestiegen. Bezogen auf die (Rück-)übernahme von Pflegegästen stiegen die entsprechenden Anteilswerte von 36,4 Prozent auf 45,5 Prozent an.

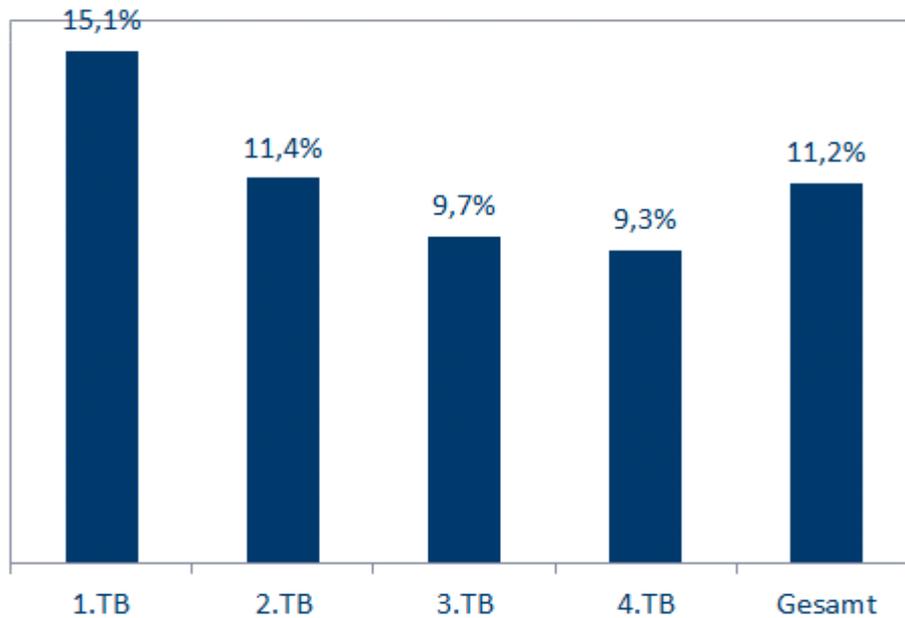
Abbildung 8: Entwicklung von Vereinbarungen zwischen Modelleinrichtungen und Pflegediensten zur Pflegeüberleitung (Angaben in Prozent)



Quelle: IGES

Gemäß Praxisleitfaden sollte nach dem Aufnahmegespräch möglichst ein weiteres Beratungsgespräch zur Entlassungsvorbereitung und Folgeversorgung mit allen Pflegegästen und Angehörigen stattfinden. Insgesamt konnte der Anteil der Pflegegäste, bei denen kein weiteres Beratungsgespräch zur Entlassungsvorbereitung stattfand, verringert werden. Insbesondere bei Aufnahmen aus dem Krankenhaus konnte eine deutliche Reduktion des Anteils der Pflegegäste ohne weiteres Beratungsgespräch von 15 auf 11 Prozent erreicht werden (siehe Abbildung 9).

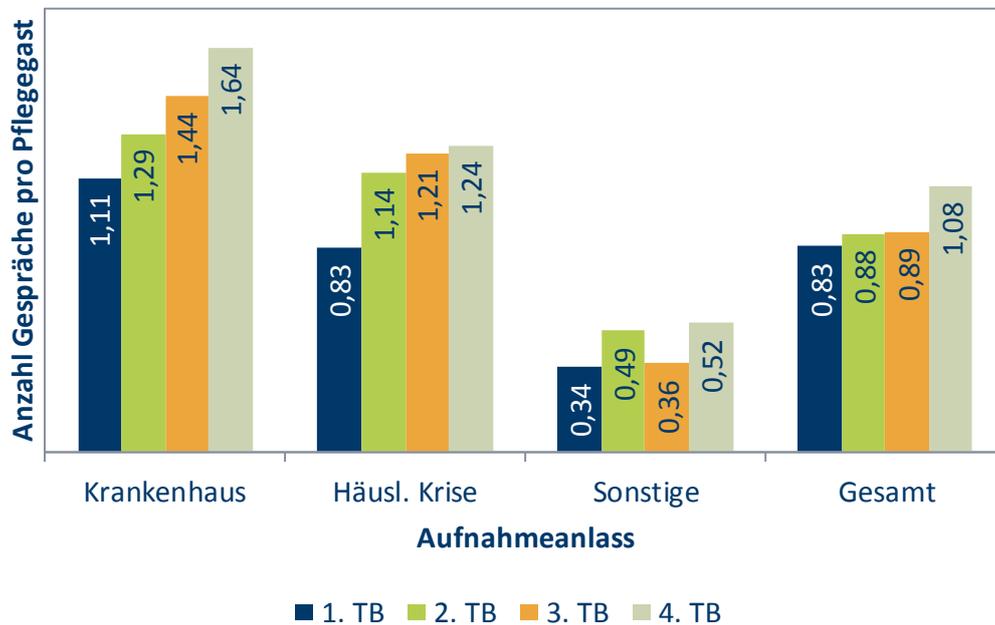
Abbildung 9: Anteil der Pflegegäste aus dem Krankenhaus, bei denen kein weiteres Gespräch stattfand im Projektverlauf und gesamt



Quelle: IGES

Im Verlauf der Interventionsstudie dokumentierten die Modelleinrichtungen die Durchführung von insgesamt 2.372 Beratungsgesprächen mit Pflegegästen und/oder Angehörigen. Abbildung 10 stellt die Entwicklung der Anzahl dokumentierter Beratungsgespräche zur Entlassungsvorbereitung pro Pflegegast im Projektverlauf und gesamt dar. Es zeigt sich, dass die Modelleinrichtungen ihre Beratungsaktivitäten auf Pflegegäste aus dem Krankenhaus oder aus häuslichen Krisensituation fokussierten, d. h. auf Aufnahmearlässe, bei denen die weitere Versorgung in hohem Maße ungeklärt ist (siehe hierzu auch Abbildung 10). Die Anzahl dokumentierter Beratungsgespräche pro Pflegegast war bei Aufnahmen nach stationären Aufenthalten und aus häuslichen Krisensituationen deutlich höher als bei sonstigen Aufnahmearlässen.

Abbildung 10: Anzahl dokumentierter Beratungsgespräche zur Entlassungsvorbereitung pro Pflegegast nach Aufnahmeanlass und Gesamt



Quelle: IGES

Die Entscheidungen über den weiteren Verbleib nach dem Kurzzeitpflegeaufenthalt fielen in nahezu allen Fällen im Konsens mit den Pflegegästen und den Angehörigen. Die Modelleinrichtungen gaben im Verlauf der Interventionsstudie insgesamt lediglich 55 Fälle an, in denen der weitere Verbleib der Pflegegäste nicht den Empfehlungen der Kurzzeitpflegeeinrichtung entsprach.

Alle Modelleinrichtungen passten ihre internen Abläufe für das Überleitungsmanagement auf der Grundlage der im Praxisleitfaden empfohlenen Prozessschritte für das Überleitungsmanagement an. Sieben Einrichtungen übernahmen den im Praxisleitfaden vorgeschlagenen Dokumentationsbogen zur Entlassungsvorbereitung in ihre Ablaufplanung (siehe Anhang Praxisleitfaden).

6.2.4 Befragungsergebnisse zum Überleitungsmanagement

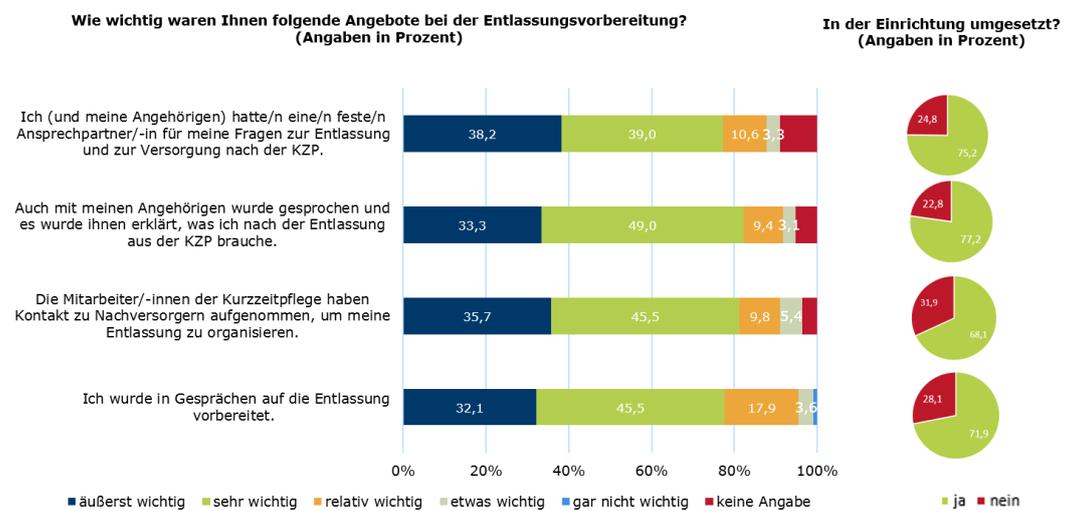
Im Folgenden werden die Ergebnisse der schriftlichen Befragungen von Pflegegästen, Ärztinnen und Ärzten und Pflegeeinrichtungen sowie Mitarbeitenden der Modelleinrichtungen zu ihrer Bewertung des Überleitungsmanagements im Verlauf der Interventionsstudie dargestellt.

6.2.4.1 Bewertung des Überleitungsmanagements durch Pflegegäste

Die Pflegegäste wurden gefragt, wie wichtig ihnen einzelne Angebote der Modelleinrichtungen bei der Entlassungsvorbereitung waren. Die Befragung ergab,

dass es für ca. 80 Prozent der Pflegegäste äußerst wichtig bzw. sehr wichtig ist, eine feste Ansprechpartnerin bzw. einen festen Ansprechpartner für Fragen zur Entlassung, für Gespräche zur Vorbereitung der Entlassung und der Versorgung nach dem Kurzzeitpflegeaufenthalt sowie für die Kontaktaufnahme der Einrichtung mit nachversorgenden Diensten und Einrichtungen zur Verfügung zu haben. Die meisten Pflegegäste gaben zudem an, dass die genannten Angebote zur Entlassungsvorbereitung durch die Einrichtung umgesetzt wurden (siehe Abbildung 11).

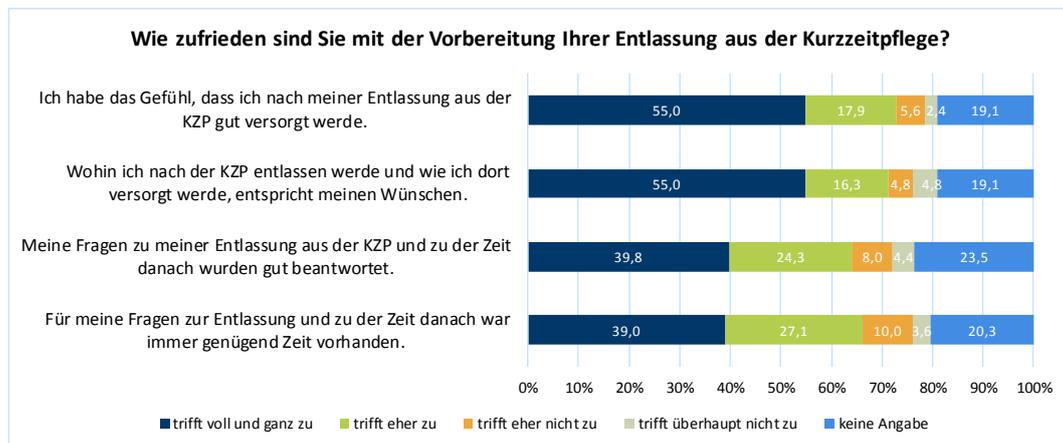
Abbildung 11: Bewertung von Wichtigkeit und Umsetzung einzelner Aufgaben des Überleitungsmanagements durch die Pflegegäste



Quelle: IGES

Die Pflegegäste wurden auch nach ihrer Zufriedenheit mit der Entlassungsberatung der Modelleinrichtung sowie mit ihrer Versorgung unmittelbar nach ihrer Entlassung aus der Kurzzeitpflege befragt. Für zwei Drittel der Pflegegäste war es „voll und ganz“ bzw. „eher“ zutreffend, dass ihre Fragen zur Entlassung gut und mit ausreichender Zeit beantwortet wurden. Auch mit ihrer Versorgung unmittelbar nach Entlassung aus der Kurzzeitpflege war der überwiegende Teil der Pflegegäste zufrieden (siehe Abbildung 12).

Abbildung 12: Zufriedenheit der Pflegegäste mit ihrer Entlassungsvorbereitung und mit ihrer Versorgung nach der Kurzzeitpflege (Angaben in Prozent)



Quelle: IGES

6.2.4.2 Bewertung durch Pflegedienste und –einrichtungen

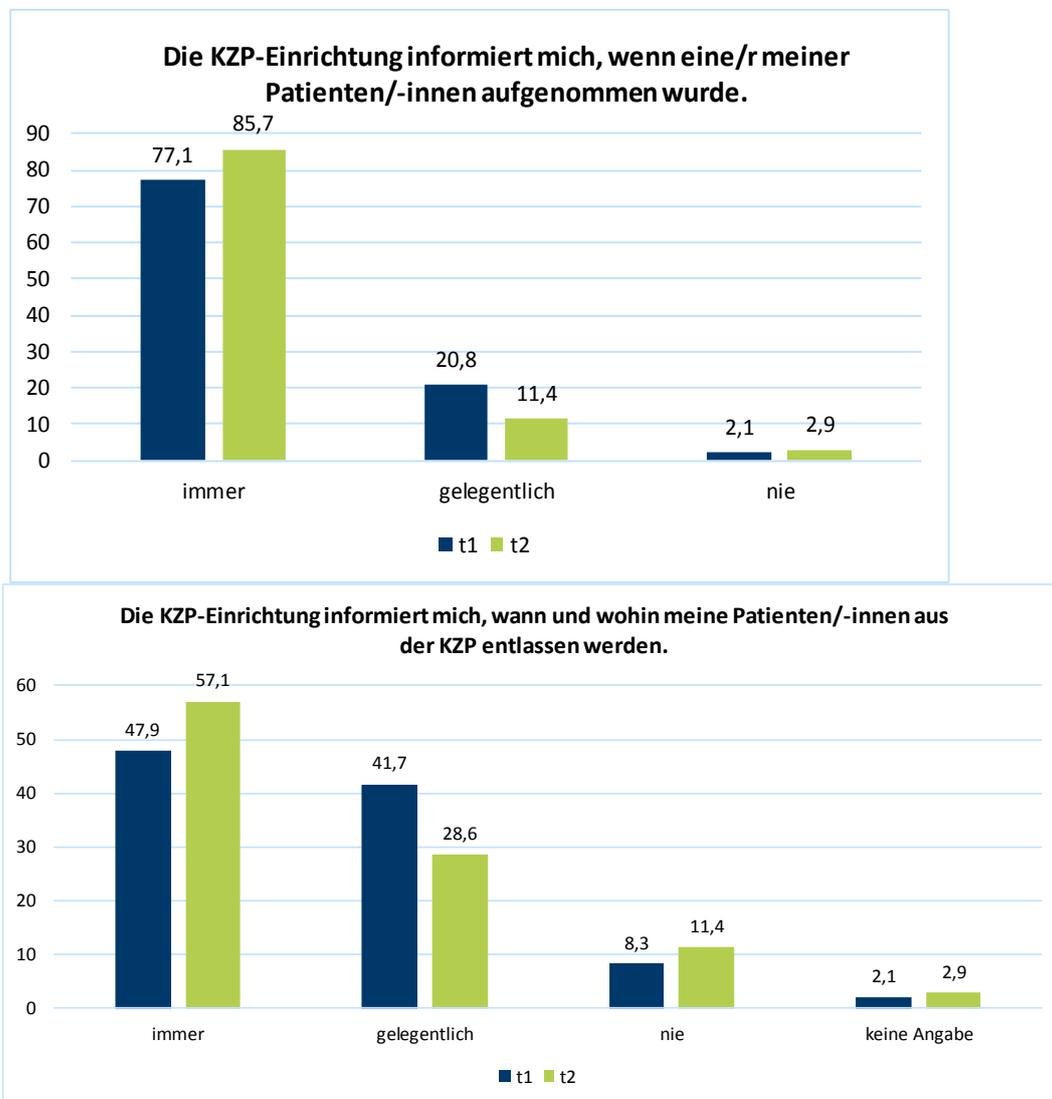
Bezüglich der Überleitungsprozesse der Modelleinrichtungen konnte die Zufriedenheit der Pflegedienste und -einrichtungen, ausgehend von einem sehr hohen Niveau bereits zur ersten Befragungswelle im Projektverlauf stabilisiert bzw. noch etwas gesteigert werden: Der Anteil der Pflegedienste und -einrichtungen, die sich als „äußerst zufrieden“ mit dem Überleitungsprozess der Modelleinrichtungen äußerten, stieg von 14,7 auf 30 Prozent an.

6.2.4.3 Bewertung durch Ärztinnen und Ärzte

Auch in der Bewertung der Ärztinnen und Ärzte hat sich das Überleitungsmanagement der Modelleinrichtungen im Verlauf der Interventionsstudie verbessert.

85 Prozent der befragten Ärztinnen und Ärzte gaben an, dass es ihnen äußerst bzw. sehr wichtig sei, dass sie über Aufnahmen und Entlassungen ihrer Patientinnen und Patienten in bzw. aus der Kurzzeitpflege informiert werden. Im Verlauf der Modellerprobung ist der Anteil der Ärztinnen und Ärzte, die angaben, über die Aufnahme einer ihrer Patientinnen und Patienten in die Kurzzeitpflege immer informiert worden zu sein, von 77,1 auf 85,7 Prozent gestiegen. Bei Entlassungen aus der Kurzzeitpflege stiegen die entsprechenden Anteile von 41,7 auf 57,1 Prozent (siehe Abbildung 13).

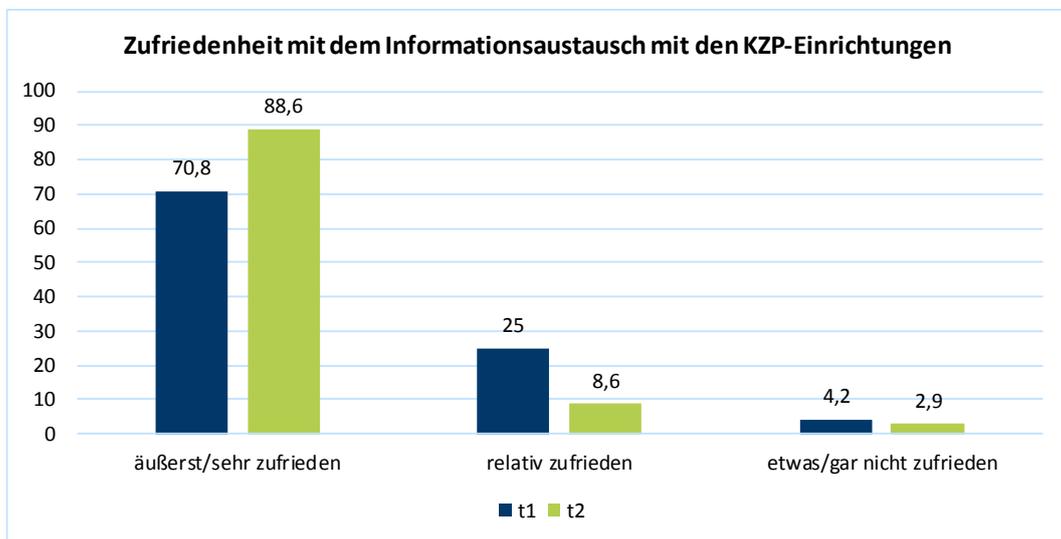
Abbildung 13: Entwicklung der Information der Ärztinnen und Ärzte über Aufnahmen und Entlassungen ihrer Patientinnen und Patienten (Angaben in Prozent)



Quelle: IGES

In der Bewertung der Ärztinnen und Ärzte hat sich auch der Informationsaustausch mit den Modelleinrichtungen im Verlauf der Interventionsstudie insgesamt deutlich verbessert. Der Anteil der Ärztinnen und Ärzte, die angaben, „äußerst“ bzw. „sehr zufrieden“ mit dem Informationsaustausch mit den Modelleinrichtungen zu sein, erhöhte sich in der zweiten Befragungswelle um 17,8 Prozentpunkte auf 88,6 Prozent (siehe Abbildung 14).

Abbildung 14: Entwicklung der Zufriedenheit der Ärztinnen und Ärzte mit dem Informationsaustausch mit den Modelleinrichtungen (Angaben in Prozent)

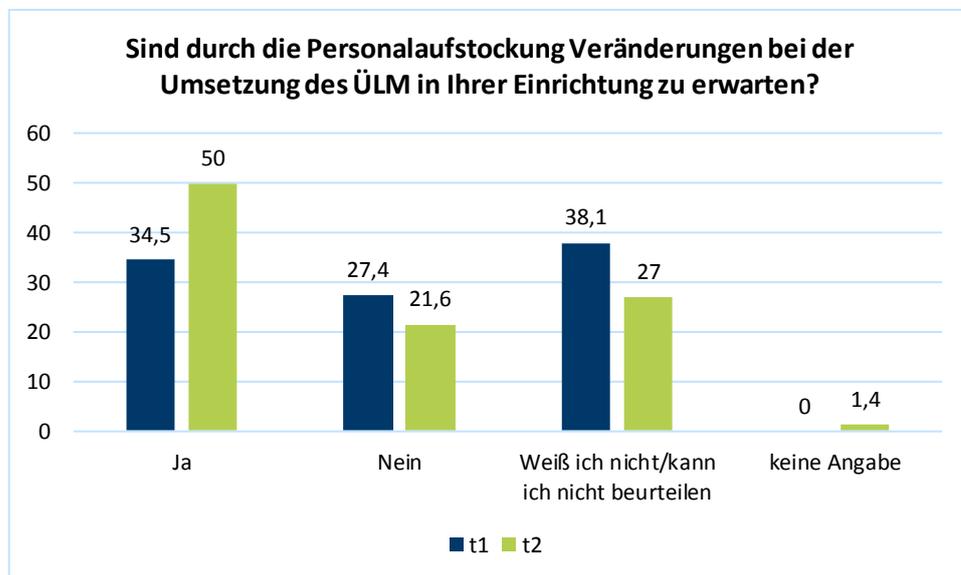


Quelle: IGES

6.2.4.4 Bewertung durch Mitarbeitende der Einrichtungen

Aus Sicht der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Modelleinrichtungen hat sich das Überleitungsmanagement in ihren Einrichtungen verbessert. Der Anteil der Mitarbeitenden, die bejahten, dass die zusätzlichen Personalressourcen zu Veränderungen bei der Umsetzung des Überleitungsmanagements geführt haben stieg von 34 Prozent in der ersten (t1) auf 50 Prozent in der zweiten Befragungswelle (t2) (siehe Abbildung 15).

Abbildung 15: Entwicklung der Bewertung des Überleitungsmanagements (ÜLM) durch Mitarbeitende der Modelleinrichtungen (Angaben in Prozent)



Quelle: IGES

6.3 Ergebnisse für die Behandlungspflege

6.3.1 Zum Leistungsgeschehen in der Behandlungspflege

In Tabelle 20 werden Zeitaufwände in Minuten (Mittelwert, Minimal- und Maximalwerte) für ärztlich angeordnete Maßnahmen der Behandlungspflege pro Pflegegast und pro Verweildauertag für die Berichtszeiträume des zweiten bis vierten Tätigkeitsberichts⁴ dargestellt. Im Gesamtzeitraum wurden durchschnittlich 20 Minuten pro Verweildauertag und 314,8 Minuten pro Pflegegast für behandlungspflegerische Maßnahmen aufgewendet. Im Verlauf der Interventionsstudie lässt sich - wie für die Zeitaufwände des Überleitungsmanagements - ein kontinuierlicher Rückgang der durchschnittlichen Zeitaufwände sowohl pro Verweildauertag als auch pro Pflegegast feststellen. Als Grund für diesen Rückgang führen die Modelleinrichtungen an, dass durch die detaillierte Erfassung der Zeitaufwände für behandlungspflegerische Maßnahmen ineffektive Abläufe erkannt und optimiert worden seien.

⁴ Der Berichtszeitraum des ersten Tätigkeitsberichts diente zur Erprobung der Erfassung der Zeitaufwände für die Behandlungspflege durch die Modelleinrichtungen anhand einer kleinen Stichprobe (N=5). Daher werden die Ergebnisse des ersten Tätigkeitsberichtes zur Behandlungspflege nicht dargestellt.

Tabelle 20: Durchschnittliche Aufwände für Behandlungspflege in Minuten pro Pflegegast und Verweildauertag

Tätigkeitsbericht		Pro VWT	Pro PG
2.TB	Min	0,0	0,0
	MW	22,3	333,7
	Max	190,7	5736,0
3.TB	Min	0,0	0,0
	MW	20,0	308,5
	Max	143,5	2600,0
4.TB	Min	0,0	0,0
	MW	18,7	306,6
	Max	367,2	3110,0
Gesamt	Min	0,0	0,0
	MW	20,0	314,8
	Max	367,2	5736,0

Quelle: IGES

Die durchschnittlichen Zeitaufwände für ärztlich angeordnete Maßnahmen der Behandlungspflege unterschieden sich - abhängig von den Aufnahmeanlässen - deutlich. Nach Krankenhausaufenthalten betrug der durchschnittliche Zeitaufwand pro Pflegegast 389,5 Minuten sowie 22,8 Minuten pro Verweiltag und lag damit deutlich höher als bei Aufnahmen aus sonstigen Anlässen. Auch waren Aufnahmen aus häuslichen Krisensituationen mit deutlich höheren behandlungspflegerischen Aufwänden verbunden als Aufnahmen aus sonstigen Anlässen. Unterschiede zwischen geplanten und ungeplanten Aufnahmen aus der Häuslichkeit werden durch die Modelleinrichtungen damit erklärt, dass Pflegegäste aus häuslichen Krisen oftmals schwerere Grunderkrankungen aufweisen bzw. aus einer akuten Verschlechterung der gesundheitlichen Situation heraus aufgenommen werden müssten (siehe Tabelle 21).

Tabelle 21: Aufwände für Behandlungspflege in Minuten pro Pflegegast und pro Verweiltag nach Aufnahmeanlässen

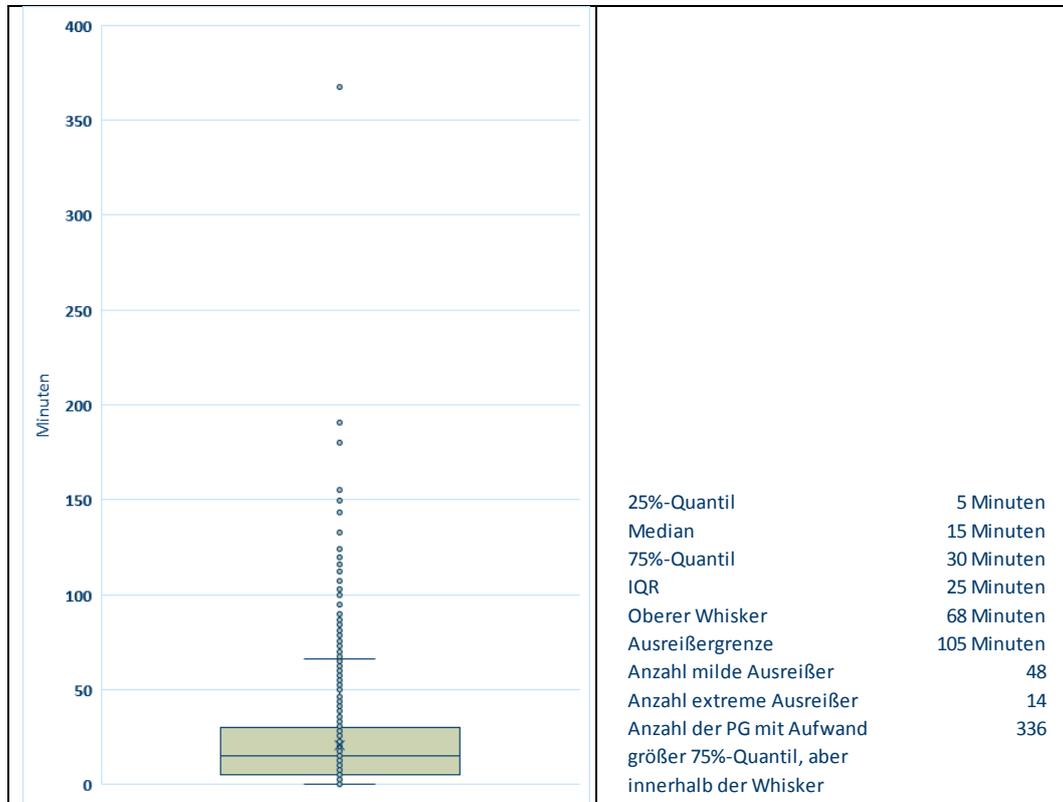
		Aufnahmeanlass		
		Krankenhaus	Häusl. Krise	Sonstige
Pro Pflegegast	Min	0,0	0,0	0,0
	MW	389,5	322,0	233,9
	Max	5736,0	3110,0	2713,0
Pro Verweiltag	Min	0,0	0,0	0,0
	MW	22,8	19,0	16,9
	Max	367,2	122,1	180,0

Quelle: IGES

In Abbildung 16 ist die Verteilung der Aufwände für die Behandlungspflege in Minuten je Verweiltag als Boxplot dargestellt. Bei 25 Prozent der Pflegegäste geben die befragten Einrichtungen einen täglichen Behandlungsaufwand von weniger als fünf Minuten an (25 Prozent-Quantil) und 75 Prozent der Pflegegäste weisen einen Behandlungsaufwand von weniger als 30 Minuten auf.

Aus der Darstellung ist ersichtlich, dass der Aufwand für die Behandlungspflege je Verweiltag, eine große Streuung aufweist. Bei 336 Pflegegäste betrug der Behandlungsaufwand zwischen 30 Minuten (75 Prozent-Quantil) und 68 Minuten (oberer Whisker) und weitere 48 Pflegegäste weisen einen Behandlungsaufwand von 68 Minuten bis 105 Minuten (Ausreißergrenze) auf. Bei 14 Pflegegästen betrug der Behandlungsaufwand je Verweiltag mehr als 105 Minuten.

Abbildung 16: Verteilung der Aufwände für die Behandlungspflege in Minuten je Verweiltag



Quelle: IGES

Wurden extrem hohe Zeitaufwände für die Behandlungspflege dokumentiert, erfolgte analog zur Erfassung der Aufwände für das Überleitungsmanagement eine Rücksprache mit den Modelleinrichtungen, um Erfassungsfehler auszuschließen. Zudem wurden die Modelleinrichtungen gebeten, anonymisierte Kurzbeschreibungen von Fällen mit extrem hohem behandlungspflegerischen Aufwand zu erstellen. Die folgende Auswahl exemplarischer Fallbeschreibungen aus den Modelleinrichtungen illustriert die komplexen Anforderungen an die Behandlungspflege, die oftmals nur mit einem sehr hohen Zeitaufwand zu bewältigen sind (siehe Tabelle 22).

Tabelle 22: Exemplarische Fallbeschreibungen von Kurzzeitpflege-Aufenthalten mit sehr hohem behandlungspflegerischen Aufwand

1. „Pflegegast aus dem KH mit Dekubitus Grad 4, immobil, Parkinson kachektisch, neue PEG-Versorgung aufgrund Schluckproblemen. Wohnortswechsel, daher neue Arztsuche (Hausärztin bzw. Hausarzt, Neurologin bzw. Neurologe). Pflegegast akzeptiert Lagerungen nicht, mehrere Änderungen der PEG- Ernährung erforderlich. Verschiedene Versuche der Wundversorgung, neuer Hausarzt kennt Pflegegast noch nicht. Jedes Mal neue Anordnung vom Hausarzt notwendig. Angehörige machen andere Angaben als Pflegepersonal, daher ständige Korrektur der Behandlungspflege.“
2. „Gast kam aus häuslicher Krisensituation und hatte vor der Aufnahme in die Kurzzeitpflege vom Neurologen eine neue Tablette verordnet bekommen, welche aber nicht auf dem Mediplan stand ... zu Hause gestürzt und in den folgenden Tagen nach Aufnahme laut Angehörigen wesensverändert. Von Seiten der KZP-Einrichtung wurde mehrmals Kontakt mit dem Neurologen und Hausarzt aufgenommen. Von den Ärztinnen und Ärzten kam niemand zum Hausbesuch, es solle weiter beobachtet werden, da die neu verordneten Medikamente auch Wesensveränderungen machen könne...“
3. „Pflegegast kam direkt von Intensivstation zu uns: Chronische Wundversorgung, anfangs VAC-Therapie. Kompressionstherapie, Isolation aufgrund VRE, Dauerkatheter, Dialysepflichtig (Mo/Mi/Fr). Es war Freitagvormittag. Laut Arztbrief Marcumar erforderlich, keine Marcumar-Anordnung dabei, keinerlei Wochenendmedikation. Nach telefonischer „Drohung“, dass wir den Gast um 15 Uhr zurückschicken würden, wenn wir die benötigten Medikamente und Anordnungen nicht bekämen kam ca. 1,5 h später der Leiter Intensivstation persönlich vorbei, um alle Medikamente vorbei zu bringen. Vor Ort berichtete er uns, dass eine Verlegung von der Intensivstation auf eine Normalstation nicht möglich gewesen sei – alle Normalstationen verweigerten eine Aufnahme. Unklare Weiterversorgung keine Angehörigen in der Stadt ... Reha-Anträge abgelehnt, da Pat. (noch) nicht rehafähig ist...“

Quelle: IGES

Tabelle 23 zeigt die durchschnittlichen Zeitaufwände für die Behandlungspflege nach Pflegegraden. Es zeigt sich eine deutliche Zunahme des Zeitaufwandes sowohl pro Pflegegast als auch pro Verweiltag ab Pflegegrad 4. Aufnahmen auf der Grundlage von § 39c SGB V (Kurzzeitpflege bei fehlender Pflegebedürftigkeit) wiesen den höchsten behandlungspflegerischen Zeitaufwand pro Pflegegast auf (siehe Tabelle 23).

Tabelle 23: Zeitaufwände für Behandlungspflege in Minuten pro Pflegegast und pro Verweiltag nach Pflegegraden

		Pflegegrad						
		2	3	4	5	Beantragt	Kein PG	§39c SGB V
Pro Pflegegast	Min	0,0	0,0	0,0	0,0	3,0	0,0	0,0
	MW	320,4	282,4	360,6	378,9	187,6	124,0	438,4
	Max	5736,0	3084,0	4495,0	2860,0	1356,0	614,0	2090,0
Pro Verweiltag	Min	0,0	0,0	0,0	0,0	0,2	0,0	0,0
	MW	19,0	19,3	24,6	28,0	11,5	9,1	22,6
	Max	180,0	367,2	149,8	190,7	61,6	31,0	120,0

Quelle: IGES

In den Tätigkeitsberichten wurde auch differenziert erfasst, wie viele Pflegegäste welche behandlungspflegerischen Maßnahmen erhielten und mit welchen zeitlichen Aufwänden die einzelnen Maßnahmen verbunden waren.

Die folgende Tabelle 24 zeigt, jeweils bezogen auf die Anzahl der Pflegegäste mit erfasstem behandlungspflegerischen Zeitaufwand, den Anteil der Pflegegäste, die die genannten, ärztlich angeordneten behandlungspflegerischen Maßnahmen erhalten haben. Demnach stellen Messungen der Vitalzeichen sowie sonstige Medikamentengaben (wie z. B. subkutane Injektionen) die nach der oralen Medikamentengabe am häufigsten verordneten behandlungspflegerischen Maßnahmen dar. Bei einer nach Aufnahmeanlässen differenzierten Betrachtung zeigt sich zudem, dass nach Krankenhausaufenthalten deutlich mehr Wundversorgungen, Verbandwechsel, sonstige Medikamentengaben, Stoma- und Katheterpflegemaßnahmen sowie Inhalationen und Sauerstoffgaben verordnet wurden als bei sonstigen Aufnahmeanlässen (siehe Tabelle 24).

Tabelle 24: Anteil der Pflegegäste, die die angegebenen behandlungspflegerische Maßnahmen erhalten haben: Gesamt und nach Aufnahmeanlässen*

Art der Maßnahme	Aufnahmeanlass			
	Gesamt	Krankenhaus	Häusl. Krise	Sonstige
<i>Anzahl Pflegegäste mit erfasstem behandlungspflegerischen Zeitaufwand</i>	1722	742	255	724
Orale Medikamentengabe	93,5%	95,3%	93,3%	91,7%
Sonstige Medikamentengabe	36,4%	46,8%	29,8%	28,0%
Messung der Vitalzeichen	41,8%	42,9%	56,9%	35,4%
Wundversorgung / Verbandwechsel	19,4%	31,0%	11,8%	10,2%
Kompressionstherapie	13,6%	11,7%	14,9%	14,9%
Inhalationen, Absaugen und O2- Gabe	7,3%	10,2%	5,9%	4,8%
Stoma- und Katheterpflege	12,4%	18,6%	9,8%	6,9%
PEG-Versorgung u.ä.	8,4%	7,1%	9,4%	9,4%
Sonstige Maßnahmen	9,9%	11,3%	9,4%	8,6%

Quelle: IGES * Mehrfachnennungen möglich

Nahezu 60 Prozent des Gesamtaufwandes für die Behandlungspflege entfielen auf Medikamentengaben. Die orale Medikamentengabe ist die mit Abstand zeitaufwändigste behandlungspflegerische Einzelmaßnahme: Sie nahm annähernd die Hälfte des zeitlichen Gesamtaufwandes für Behandlungspflege der Modelleinrichtungen ein. Pro Pflegegast wurden durchschnittlich 146 Minuten, pro Verweiltag 9,3 Minuten für diese Maßnahme aufgewendet. Sonstige Maßnahmen der Behandlungspflege nahmen demgegenüber einen deutlich geringeren Anteil am zeitlichen Gesamtaufwand ein (siehe Tabelle 25).

Tabelle 25: Durchschnittlicher Zeitaufwand nach Art der Maßnahme sowie Anteil der Maßnahme am Gesamtaufwand für Behandlungspflege

Art der Maßnahme	Durchschnittlicher Zeitaufwand in Minuten		Anteil am Gesamtaufwand
	Pro Pflegegast	Pro Verweiltag	
Orale Medikamentengabe	146,4	9,3	46,5%
Sonstige Medikamentengabe	35,2	2,2	11,2%
Messung Vitalzeichen	27,0	1,7	8,6%
Wundversorgung / Verbandwechsel	23,2	1,5	7,4%
Kompressionstherapie	17,4	1,1	5,5%
Inhalationen, Absaugen und O2-Gabe	8,1	0,5	2,6%
Stoma- und Katheterpflege	18,2	1,2	5,8%
PEG-Versorgung u.ä.	29,7	1,9	9,4%
Sonstige Maßnahmen	9,5	0,6	3,0%
Alle Maßnahmen	314,8	20,0	100,0%

Quelle: IGES

Tabelle 26 zeigt die prozentuale Verteilung der Pflegegäste nach der Anzahl unterschiedlicher behandlungspflegerischer Maßnahmen sowie die durchschnittliche Anzahl unterschiedlicher Maßnahmen pro Pflegegast differenziert nach Aufnahmeanlässen. Demnach wurden, bezogen auf alle Pflegegäste durchschnittlich 2,4 unterschiedliche behandlungspflegerische Maßnahmen verordnet. 80 Prozent der Pflegegäste erhielten bis zu vier, 35 Prozent drei oder vier und 7 Prozent der Pflegegäste mehr als vier unterschiedliche Maßnahmen. Nach stationären Aufenthalten wurden deutlich mehr unterschiedliche behandlungspflegerische Maßnahmen angeordnet als bei den anderen Aufnahmeanlässen. Der Anteil der Pflegegäste, denen drei oder vier Maßnahmen verordnet wurden, war bei Aufnahmen aus dem Krankenhaus mit 40 Prozent doppelt so hoch wie bei den sonstigen Aufnahmeanlässen. 11,8 Prozent der poststationären Pflegegäste erhielten mehr als vier unterschiedliche Maßnahmen. Bei den sonstigen Aufnahmeanlässen betrug der entsprechende Anteilswert hingegen nur 2,6 Prozent.

Tabelle 26: Prozentuale Verteilung der Pflegegäste nach der Anzahl unterschiedlicher behandlungspflegerischer Maßnahmen sowie durchschnittliche Anzahl unterschiedlicher Maßnahmen pro Pflegegast

Anzahl unterschied. behandlungspflg. Maßnahmen pro Pflegegast	Gesamt	Aufnahmearlass		
		Krankenhaus	Häusl. Krise	Sonstige
0	2,6%	1,3%	2,4%	4,0%
1	22,5%	16,7%	17,6%	30,2%
2	33,0%	30,1%	40,8%	33,3%
3	22,8%	25,5%	22,4%	20,0%
4	12,1%	14,7%	11,0%	9,8%
5	5,0%	8,1%	4,3%	2,1%
6	1,7%	3,0%	1,6%	0,4%
7	0,3%	0,7%	0,0%	0,1%
Gesamt	100%	100%	100%	100%
Durchschnittliche Anzahl untersch. Maßnahmen pro Pflegegast	2,4	2,8	2,4	2,1

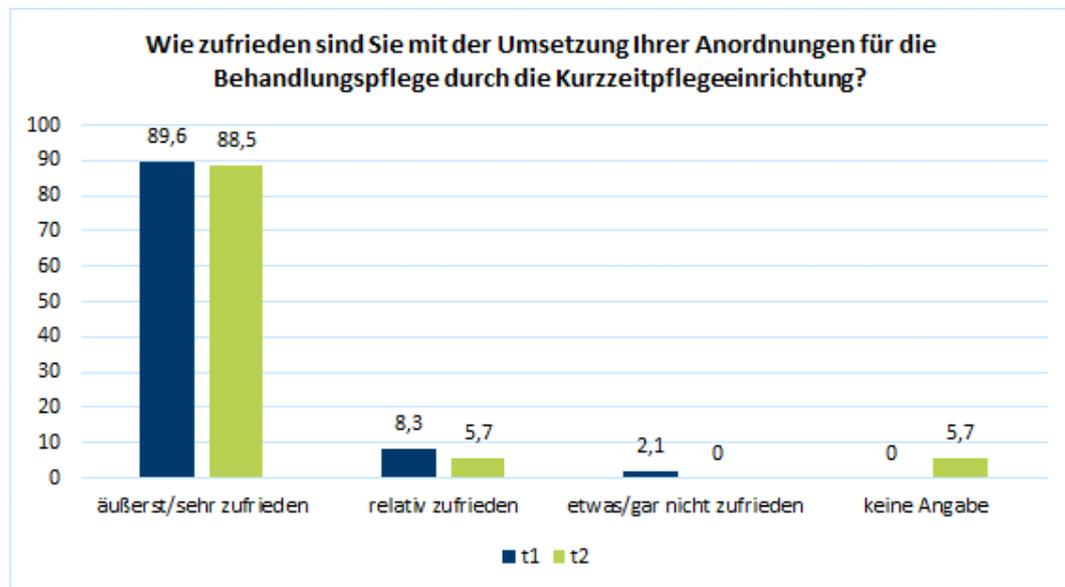
Quelle: IGES

6.3.2 Befragungsergebnisse zur Behandlungspflege

Im Vergleich zum Überleitungsmanagement war die Bewertung der Entlastungseffekte in der Behandlungspflege durch die Modelleinrichtungen weniger positiv: Sechs der neun Modelleinrichtungen bejahten die Frage, ob die Schaffung zusätzlicher Personalressourcen im Gesamtverlauf der Interventionsstudie zu einer Entlastung in der Behandlungspflege geführt habe. Wurde keine Entlastung für die Einrichtung festgestellt, wurde dies vorrangig durch Probleme bei der Einbindung der zusätzlichen Pflegefachkräfte in bestehende Abläufe in der Behandlungspflege begründet.

Abbildung 17 stellt die Ergebnisse der Befragung der Ärztinnen und Ärzte zu ihrer Zufriedenheit mit der Umsetzung ihrer Anordnungen für behandlungspflegerische Maßnahmen dar. Demnach ist die Zufriedenheit der Ärztinnen und Ärzte, ausgehend von einem bereits erreichten hohen Niveau in der ersten Befragungswelle (t1) im Verlauf der Interventionsstudie noch etwas gestiegen. Nahezu alle befragten Ärztinnen und Ärzte äußerten sich „äußerst“ oder „sehr zufrieden“ mit der Umsetzung ihrer Anordnungen durch die Behandlungspflege.

Abbildung 17: Entwicklung der Zufriedenheit der Ärztinnen und Ärzte mit der Umsetzung ihrer Anordnungen für die Behandlungspflege (Angaben in Prozent)



Quelle: IGES

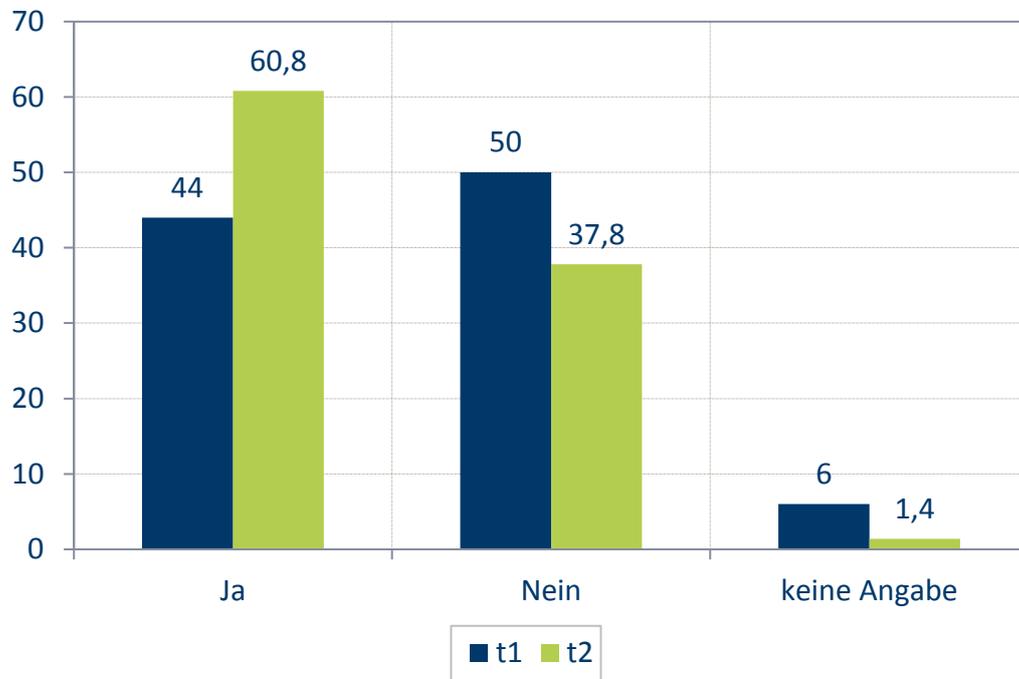
6.4 Weitere Befragungsergebnisse

Im Folgenden werden die Ergebnisse der Befragungen zu den Themen „Zufriedenheit der Mitarbeitenden“ und der betriebswirtschaftlichen Entwicklung dargestellt.

6.4.1 Zur Entwicklung der Mitarbeiterzufriedenheit

Die Arbeitszufriedenheit der Mitarbeitenden der Modelleinrichtungen hat sich im Verlauf der Interventionsstudie deutlich verbessert. In der ersten Befragungswelle (t1) gaben 44 Prozent der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter an, mit ihrer Arbeitssituation insgesamt zufrieden zu sein. Zur zweiten Befragungswelle (t2) stieg der Anteil der zufriedenen Mitarbeitenden auf 60 Prozent an (siehe Abbildung 18).

Abbildung 18: Angaben der Mitarbeitenden zu der Frage: Hat sich Ihre Arbeitssituation durch das zusätzliche Personal verbessert? (Angaben in Prozent)



Quelle: IGES

Die Antworten der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter auf die Frage, wodurch sich die Veränderung ihrer Arbeitssituation durch das zusätzliche Personal bemerkbar gemacht habe, sind in der folgenden Tabelle 27 wiedergegeben.

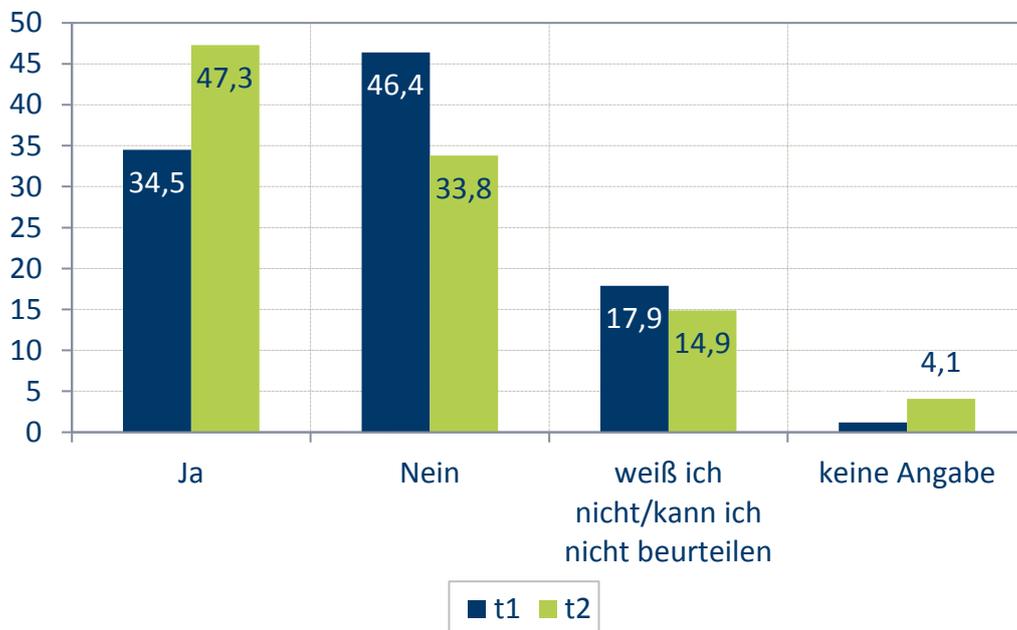
Tabelle 27: Freitextantworten der Mitarbeitenden zur Veränderung ihrer Arbeitssituation durch das zusätzliche Personal

<p>Positive Bewertungen:</p> <ul style="list-style-type: none">• „Entlastung der Pflegefachkräfte“• „strukturiere Abläufe (fester AP)“• „Ärztinnen bzw. Ärzte können teilweise schneller reagieren“• „keine Organisation, keine Telefonate, gute Absprachen, geteilte Arbeit, mehr Zeit für Gäste + Angehörige, Druckentlastung im Kopf, nur positiv zu befürworten“• „weniger Zeitdruck, mehr Zeit für die Pflege“• „gelöstere Atmosphäre in meinen Augen“• „Verbesserung der Qualität der Versorgung“• "ausführlichere Pflegeanamnese möglich, wegen mehr Zeit, die wiederum unsere Versorgung vereinfacht (man "kennt" die Bewohner besser)"• „Entlastung der Pflegefachkräfte“• „bessere Kommunikation“• „Kontakt mit behandelten Ärztinnen und Ärzten wird sofort erledigt bzw. aufgenommen“• "Pflegegäste und deren Angehörigen werden bezüglich der Entlassung besser beraten“ <p>Kritische Bewertungen:</p> <ul style="list-style-type: none">• „Zusätzlich (neue) Tätigkeiten“• „Es wird uns dadurch zwar viel abgenommen, jedoch auch gleichzeitig noch mehr zugemutet an Tätigkeiten, die wir auch noch zusätzlich machen sollen“• „Es wird dem Pflegegast viel zugesichert und den Angehörigen zu viel abgenommen“• „Eine Stelle mehr ist ein Tropfen auf dem heißen Stein...“• „Die Arbeit der Überleitungskollegin geht an meiner vorbei“
--

Quelle: IGES

In der Einschätzung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter haben sich auch die allgemeine Betreuungssituation der Pflegegäste in den Modelleinrichtungen im Verlauf der Interventionsstudie durch die zusätzlichen Personalressourcen verbessert. Der Anteil der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die durch die Personalaufstockung Veränderungen in der Betreuung ihrer Pflegegäste, z. B. durch mehr Zeit für Gespräche feststellten ist von 34,5 Prozent in der ersten Befragungswelle (t1) auf 47,3 Prozent in der zweiten Befragungswelle (t2) gestiegen (siehe Abbildung 19).

Abbildung 19: Einschätzung der Mitarbeitenden zu Veränderungen durch die Personalaufstockung bezogen auf die Betreuung der Pflegegäste (Angaben in Prozent)



Quelle: IGES

6.4.2 Zur betrieblichen Entwicklung der Modelleinrichtungen

Die Ergebnisse der Interviews mit den Einrichtungsleitungen zur Entwicklung der Auslastung und zur allgemeinen betrieblichen Entwicklung lassen sich folgendermaßen zusammenfassen:

- Die Abläufe im Überleitungsmanagement sind in allen Einrichtungen effizienter geworden.
- Alle Einrichtungen gaben an, durch die Interventionsstudie wertvolle Erkenntnisse für die Verbesserung der Abläufe nicht nur im Überleitungsmanagement, sondern auch für die Gesamteinrichtung gewonnen zu haben.
- Überwiegend wird ein Vorteil darin gesehen, dass Aufgaben des Überleitungsmanagements zentralisiert durch speziell dafür vorgesehene Mitarbeitende wahrgenommen werden.

Tabelle 28 fasst die Angaben der Einrichtungsleitungen zur Entwicklung der Auslastung sowie des Betriebsergebnisses – ohne Berücksichtigung der finanziellen Förderung im Rahmen der Interventionsstudie – im Jahr 2018 im Vergleich zum Vorjahr zusammen. Demnach hat sich die Auslastung von vier Modelleinrichtungen während der Interventionsstudie im Vergleich zum Vorjahr verbessert, bei vier weiteren Modelleinrichtungen ist die Auslastung unverändert geblieben. Als ein wesentlicher Faktor für eine verbesserte oder stabile Auslastung wurden die im

Verlauf der Interventionsstudie erreichten Verbesserungen des Überleitungsmanagements genannt. Demgegenüber wurden Veränderungen des Betriebsergebnisses vorrangig auf die Ergebnisse von Pflegesatzverhandlungen mit den Kostenträgern zurückgeführt.

Tabelle 28: Angaben der Modelleinrichtungen zur Entwicklung der Auslastung und des Betriebsergebnisses

Entwicklung 2018 im Vergleich zum Vorjahr	Auslastung	Betriebsergebnis
Verbessert	4 Einrichtungen	3 Einrichtungen
Verschlechtert	1 Einrichtung	1 Einrichtung
Stabil	4 Einrichtungen	4 Einrichtungen
Keine Angabe		1 Einrichtung

Quelle: IGES

Alle Modelleinrichtungen gaben an, die auf der Grundlage des Praxisleitfadens im Verlauf der Interventionsstudie weiterentwickelten Leistungen und Abläufe im Überleitungsmanagement beizubehalten. Vier Einrichtungen haben vor, die im Rahmen der Interventionsstudie speziell für Aufgaben des Überleitungsmanagements geschaffenen Stellen, vorbehaltlich einer stabilen personellen und wirtschaftlichen Entwicklung zumindest teilweise weiterzuführen.

6.4.3 Zu den Rahmenbedingungen des Überleitungsmanagements und der Behandlungspflege der solitären Kurzzeitpflege

Im Rahmen der Interviews mit den Einrichtungsleitungen und im Rahmen von Projektveranstaltungen wurden auch die Auswirkungen von vertraglichen und gesetzlichen Rahmenbedingungen auf das Überleitungsmanagement und die Behandlungspflege in der Kurzzeitpflege sowie generell auf solitäre Kurzzeitpflegeeinrichtungen thematisiert. Die diesbezüglichen Aussagen des Leitungspersonals der Modelleinrichtungen werden im Folgenden zusammengefasst:

- Die Leitungen der Modelleinrichtungen sprachen in den Interviews und darüber hinaus eine Reihe von Rahmenbedingungen an, die durch die Interventionen der Interventionsstudie nicht beeinflusst werden konnten. Diese sind jedoch aus Sicht der Leitungen der Modelleinrichtungen von wesentlicher Bedeutung für die weitere Entwicklung, nicht nur für das Überleitungsmanagement und die Behandlungspflege, sondern für die solitäre Kurzzeitpflege insgesamt. Die Leitungen der Modelleinrichtungen erwarten einen weiter steigenden Bedarf von Kurzzeitpflegeplätzen nach Krankenhausaufenthalten. Der in den Ergebnissen der Interventionsstudie gezeigte hohe Bedarf für Organisation, Koordination und Beratung im Rahmen des

Überleitungsmanagements sowie für behandlungspflegerische Maßnahmen werde weiter zunehmen, da die Pflegegäste immer früher entlassen würden.

- Die bestehenden *Landesrahmenverträge zur Kurzzeitpflege* gemäß § 75 SGB XI seien inhaltlich weitgehend identisch mit den Rahmenverträgen für die stationäre Langzeitpflege. Die Unterschiede der Kurzzeitpflege zur stationären Langzeitpflege hinsichtlich Versorgungsauftrag („Weichensteller- und Klärungsfunktion“) und Leistungsgeschehen (insbesondere im Überleitungsmanagement), würden nicht ausreichend berücksichtigt.
- Auch die geltenden *Qualitätsprüfungsrichtlinien (QPR)* würden den Spezifika der Kurzzeitpflege nicht gerecht. Die aktuellen, ab November 2019 geltenden QPR enthielten zwar in einigen Detailpunkten (z. B. beim Stichprobenverfahren) neue, spezifischere Regelungen für die Kurzzeitpflege, sähen aber im Wesentlichen weiterhin für Kurzzeitpflegeeinrichtungen dieselben Qualitätsprüfungen wie für die stationäre Langzeitpflege vor. Qualitätsaspekte des Überleitungsmanagements würden nur bei Verlegungen aus der Einrichtung in ein Krankenhaus berücksichtigt. Die für die Kurzzeitpflege weitaus relevanteren Überleitungsaufgaben, wie z. B. bei der Vorbereitung der Folgeversorgung und der Entlassung in die Häuslichkeit, würden in der QPR nicht berücksichtigt.
- Die Regelungen zum *Entlassmanagement gem. § 39 SGB V* haben aus Sicht der Modelleinrichtungen zu keinen wesentlichen Verbesserungen bei der Übernahme von Pflegegästen nach Krankenhausaufenthalten geführt. Die meisten Krankenhäuser, von denen Pflegegäste übernommen worden wären, hätten die Bereitstellung von erforderlichen Unterlagen und Dokumenten für die weitere Versorgung in der Kurzzeitpflege (insbesondere Arztbriefe, Information zur Medikation, Verordnungen) seit Einführung der Regelung nicht wesentlich verbessert. Diesbezügliche Veränderungen seien - wenn überhaupt - nur durch wiederholte und persönliche Interventionen durch die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Überleitungsmanagements bei den zuständigen Stellen in den Krankenhäusern erreicht worden. Ohne das Modellprojekt wären diese Aktivitäten personell und zeitlich nicht zu realisieren gewesen.
- *Weitere Rahmenbedingungen* erschwerten es, eine solitäre Kurzzeitpflegeeinrichtung wirtschaftlich zu betreiben:
 - Die unterschiedlichen Aufwände für aus dem Krankenhaus und aus der Häuslichkeit aufgenommene Pflegegäste schlagen sich aber derzeit nicht in den Vergütungsgrundsätzen für Kurzzeitpflegeeinrichtungen nieder. Der Aufenthalt beispielsweise eines medizinisch und pflegerisch stabilen Pflegegastes, der zu einem lange geplanten Aufenthalt wegen des Urlaubs einer Pflegeperson in die Kurzzeitpflege komme und dessen Weiterversorgung geklärt sei, werde derzeit gleich vergütet wie der Aufenthalt eines nach einem akutstationären Aufenthalt aufgenommenen Pflegegastes, für den mehrere, anspruchsvolle behandlungspflegerische Maßnahmen angeordnet

- sind und bei dem oft mit einem hohen zeitlichen Aufwand zu klären sei, ob eine Entlassung in die Häuslichkeit möglich ist.
- Der Aufwand für die Behandlungspflege in der Kurzzeitpflege werde unzureichend vergütet und müsse daher künftig nicht pauschal, sondern fall- und leistungsbezogen - analog zu der ambulanten Behandlungspflege gemäß SGB V - vergütet werden.
 - Die verhandelten Personalschlüssel entsprächen nicht dem tatsächlichen, nicht zuletzt auch durch Leistungen der Behandlungspflege und des Überleitungsmanagements hervorgerufenen Bedarf und trügen zu einer strukturellen Unterfinanzierung der Kurzzeitpflege bei.
-

7. Zusammenfassende Diskussion der Ergebnisse und Gesamtbeurteilung

Die anwendungsorientierte Modellerprobung „Überleitungsmanagement und Behandlungspflege“ hatte zwei Zielsetzungen:

1. Ermittlung des gegenwärtigen Standes der Umsetzung von Aufgaben des Überleitungsmanagements sowie von Art und Umfang der behandlungspflegerischen Leistungen bei Personen nach Krankenhausaufenthalten und in Krisensituationen in der Kurzzeitpflege (Bestandsaufnahme).
2. Empirische Ermittlung der Effekte einer verbesserten Personalausstattung und einer konzeptionellen und prozessbegleitenden Unterstützung für Aufgaben des Überleitungsmanagements und der Behandlungspflege auf die Qualität der Versorgung (Interventionsstudie).

Im Folgenden werden die Ergebnisse der Bestandsaufnahme und der Interventionsstudie unter Bezugnahme auf die in Kapitel 4.2.3.1 formulierten Evaluationsfragen zusammenfassend dargestellt und diskutiert.

Zur Entwicklung des Leistungsgeschehens im Überleitungsmanagement und in der Behandlungspflege (Evaluationsfragen 1 und 2)

Im Rahmen der Bestandsaufnahme konnte - erstmals für die Kurzzeitpflege in Deutschland - durch die schriftliche Befragung von 69 Kurzzeitpflegeeinrichtungen sowie durch die kontinuierliche und detaillierte fallbezogene Erfassung des Zeitaufwandes in den neun Modelleinrichtungen das Leistungsgeschehen im Überleitungsmanagement und in der Behandlungspflege differenziert nach Aufnahmeanlässen erhoben werden. Dadurch konnten die unterschiedlichen Anforderungen, Aufgaben und Aktivitäten und die damit verbundenen Zeitaufwände im Gesamtablauf des Überleitungsmanagements von der Aufnahme bis zur Entlassung detailliert erfasst werden.

Sowohl die Bestandsaufnahme als auch die Interventionsstudie zeigen, dass die Aufnahmeanlässe der Pflegegäste mehrheitlich den Kriterien des § 42 SGB XI entsprachen. Poststationäre Aufnahmen stellten mit einem Anteil von 44 bis 48 Prozent den häufigsten Aufnahmeanlass dar: Annähernd die Hälfte der Pflegegäste kamen nach einem Krankenhausaufenthalt in die Kurzzeitpflege. Zwischen 12 und 16 Prozent der Aufnahmen erfolgten aus häuslichen Krisensituationen.

Bei der Aufnahme von Pflegegästen stellt die Beschaffung der für die Versorgung in der Kurzzeitpflege erforderlichen Unterlagen und Dokumente (z. B. Arztbriefe, Verordnungen, Pflegeüberleitungsbögen usw.) ein wesentliches Problem dar. Dies betrifft insbesondere Aufnahmen aus dem Krankenhaus und aus häuslichen Krisensituationen. Für den häufigsten Aufnahmeanlass, den poststationären Aufnahmen betrug der Anteil der Pflegegäste ohne vollständige Unterlagen in der Einschätzung der im Rahmen der Bestandsaufnahme befragten Kurzzeitpflegeeinrichtungen 42 Prozent. Die Bestandsaufnahme zeigte auch, dass die Beschaffung fehlender Aufnahmedokumente mit einem erheblichen Zeitaufwand für die Kurzzeitpfe-

geeinrichtungen verbunden ist: Pro Pflegegast ohne vollständige Aufnahmeunterlagen mussten durchschnittlich 75 Minuten aufgewendet werden. Zu Beginn der Interventionsstudie lag der Anteil der Pflegegäste ohne vollständige Aufnahmeunterlagen bei allen Aufnahmeanlässen bei 32 Prozent, bei Aufnahmen aus dem Krankenhaus bei 37 Prozent. Im Verlauf der Interventionsstudie gingen die Anteile von Pflegegästen ohne ausreichende Aufnahmeunterlagen auf 28,4 Prozent (alle Aufnahmen) bzw. 29,6 Prozent (Krankenhausaufnahmen) zurück.

Ein weiterer Schwerpunkt des Überleitungsmanagements liegt in der Vorbereitung der Entlassung und der Folgeversorgung der Pflegegäste. Die Bestandsaufnahme ergab einen Zeitaufwand von durchschnittlich 68 Minuten pro Pflegegast für die Entlassungsaktivitäten. Für alle Aktivitäten des Überleitungsmanagements in der Kurzzeitpflege - von der Aufnahme bis zur Entlassung - wurde ein durchschnittlicher Zeitaufwand von 106,4 Minuten pro Pflegegast sowie von 6,7 Minuten pro Verweildauertag ermittelt. Pro Pflegegast aus häuslichen Krisensituationen oder nach stationären Aufenthalten waren durchschnittlich 120 Minuten erforderlich; deutlich mehr als für sonstige Aufnahmeanlässe (88 Minuten). Eine auf der Grundlage von 166 Falldokumentationen in Baden-Württemberg durchgeführte Untersuchung zur Beratung von nach Krankenhausaufenthalten aufgenommenen Pflegegästen in Kurzzeitpflegeeinrichtungen ermittelte einen ähnlich hohen Zeitaufwand, nämlich durchschnittlich 2,2 Stunden für die Beratung eines Pflegegastes (Bär et al. 2015). Im Verlauf der Interventionsstudie gingen die durchschnittlichen Zeitaufwände für Aktivitäten des Überleitungsmanagements in den Modelleinrichtungen um durchschnittlich 19 Prozent zurück. Dies ist aus Sicht der Modelleinrichtungen vorrangig darauf zurückzuführen, dass die Organisation und die Abläufe des Überleitungsmanagements im Verlauf der Interventionsstudie kontinuierlich verbessert und zunehmend effektiver gestaltet worden seien.

Wie für das Überleitungsmanagement zeigten Bestandsaufnahme und Interventionsstudie auch für die Behandlungspflege, dass sich die Zeitaufwände abhängig vom Aufnahmeanlass deutlich unterscheiden: Im Gesamtzeitraum der Interventionsstudie wurden von den teilnehmenden Modelleinrichtungen für ärztlich angeordnete behandlungspflegerische Maßnahmen durchschnittlich 20 Minuten pro Verweildauertag und 314,8 Minuten pro Pflegegast aufgewendet. Nach Krankenhausaufenthalten betrug der durchschnittliche Zeitaufwand pro Verweildauertag 22,8 Minuten und pro Pflegegast 389,5 Minuten. Damit lag dieser deutlich höher als bei Aufnahmen aus sonstigen Anlässen. Auch Aufnahmen aus häuslichen Krisensituationen waren, verglichen mit sonstigen Aufnahmeanlässen mit deutlich höheren behandlungspflegerischen Aufwänden verbunden.

Die differenzierte Erfassung einzelner behandlungspflegerischer Maßnahmen zeigte, dass eine orale Medikamentengabe bei nahezu allen Pflegegästen erfolgte und annähernd die Hälfte des Gesamtaufwandes für die Behandlungspflege einnahm. Weitere 11 Prozent des Gesamtaufwandes entfielen auf nicht-orale Medikamentengaben. Für poststationäre Pflegegäste waren zudem deutlich mehr weitere behandlungspflegerische Einzelmaßnahmen, wie z. B. Wundversorgung, Verbandwechsel, Stoma- und Katheterpflege erforderlich. Bei Pflegegästen nach

stationären Aufenthalten wurden zudem deutlich mehr unterschiedliche Maßnahmen angeordnet als bei sonstigen Aufnahmeanlässen. Der Anteil der Pflegegäste, denen drei oder vier Maßnahmen verordnet wurden, war bei Aufnahmen aus dem Krankenhaus mit 40 Prozent doppelt so hoch wie bei den sonstigen Aufnahmeanlässen. 11,8 Prozent der poststationären Pflegegäste erhielten mehr als vier unterschiedliche Maßnahmen. Insgesamt wurden bei aus dem Krankenhaus übernommenen Pflegegästen durchschnittlich 2,8, bei Aufnahme aus sonstigen Anlässen hingegen 2,1 unterschiedliche behandlungspflegerische Maßnahmen verordnet. Ein Vergleich mit Ergebnissen von Untersuchungen zur Behandlungspflege in Pflegeheimen zeigt, dass die durch die Modellerprobung ermittelten Aufwände für behandlungspflegerische Maßnahmen in der Kurzzeitpflege höher sind als in der stationären Langzeitpflege: Rothgang et al. verweisen auf Untersuchungen, die für die Behandlungspflege in der stationären Langzeitpflege durchschnittliche Zeitaufwände im Bereich von 6 bis 14 Minuten pro Verweiltag ergaben. Eine Untersuchung zur medizinischen Behandlungspflege in der stationären Altenpflege kam zu dem Ergebnis, dass ca. 70 Prozent der Bewohner Behandlungspflege erhalten (Leopold 2017).

Die Verteilung der Zeitaufwände sowohl für das Überleitungsmanagement als auch für die Behandlungspflege wiesen in allen Modelleinrichtungen eine große Streuung auf. Insbesondere fällt auf, dass bei vielen Pflegegästen die durchschnittlichen Zeitaufwände um ein Vielfaches übertroffen werden. Werden diese extrem zeitaufwändigen Pflegegäste mit der Gesamtheit aller in den Tätigkeitsberichten erfassten Pflegegäste verglichen, weisen diese einen deutlich höheren Anteil von Aufnahmen aus dem Krankenhaus sowie eine deutlich geringere durchschnittliche Verweildauer auf⁵. Die Aufnahme eines Pflegegastes mit einem extrem hohen Zeitaufwand für das Überleitungsmanagement, kann Pflegefachkräfte oft mehrere Stunden pro Verweiltag binden und insbesondere, wenn derartige Situationen aufgrund unvollständiger Überleitungsinformationen der vorversorgenden Einrichtungen nicht abseh- und planbar sind, zu starken Beeinträchtigungen der Abläufe in den Kurzzeitpflegeeinrichtungen führen.

Insgesamt zeigt das Leistungsgeschehen im Übergangsmanagement und in der Behandlungspflege, dass das Klientel in Kurzzeitpflegeeinrichtungen sehr heterogen ist. Die zumeist kurzfristig erfolgenden und daher nicht planbaren Aufnahmen nach Krankenhausaufenthalten und aus häuslichen Krisensituationen aufgenommene Pflegegäste führen durchweg zu deutlich mehr Leistungen des Überleitungsmanagements und der Behandlungspflege als sonstige Aufnahmeanlässe.

⁵ Auch die Untersuchung von Bär et al. ergab bei aus Krankenhäusern aufgenommenen Pflegegästen eine starke Streuung der Zeitaufwände für Beratungs- und Unterstützungsaktivitäten im Rahmen der Entlassungsvorbereitung aus der Kurzzeitpflege auf. Demnach lag die Gesamtdauer der Beratungskontakte pro Pflegegast zwischen 5-10 Minuten und 10 Stunden (Bär et al. 2015).

Zur Umsetzung des Praxisleitfadens und zur Einbindung des Überleitungsmanagements in die Abläufe der Modelleinrichtungen (Evaluationsfrage 3)

Der Praxisleitfaden für das Überleitungsmanagement in der Kurzzeitpflege wurde im Projektverlauf gemeinsam mit den Modelleinrichtungen fachlich weiterentwickelt und durch Praxisbeispiele ergänzt. Er stellt nunmehr eine Grundlage für die praktische Umsetzung des Überleitungsmanagements in solitären Kurzzeitpflegeeinrichtungen dar.

Der Verlauf und die Ergebnisse der Interventionsstudie zeigen, dass durch die Bereitstellung zusätzlicher Personalressourcen und durch einen intensiven fachlichen Austausch ein fachlich fundiertes und effektives Überleitungsmanagement etabliert sowie die Umsetzung der Behandlungspflege und die Versorgungsqualität allgemein verbessert werden konnte. Die Empfehlungen des Praxisleitfadens wurden im Verlauf der Interventionsstudie durch die Modelleinrichtungen kontinuierlich besser realisiert. Drei der insgesamt sechs Empfehlungen wurden am Ende der Interventionsstudie von allen, die übrigen drei Empfehlungen von den meisten Modelleinrichtungen umgesetzt.

Das Vorliegen aller erforderlichen Unterlagen bei Aufnahme in die Kurzzeitpflege stellt eine wesentliche Anforderung an das Überleitungsmanagement dar. Dies gelang den Modelleinrichtungen im Verlauf der Interventionsstudie zunehmend besser: der Anteil der Pflegegäste, bei denen Unterlagen bei der Aufnahme nicht vorlagen, war bei allen Aufnahmen und bei Aufnahmen aus dem Krankenhaus rückläufig.

Gemäß Praxisleitfaden sollte nach dem Aufnahmegespräch möglichst ein weiteres Beratungsgespräch zur Entlassungsvorbereitung und Folgeversorgung mit allen Pflegegästen und Angehörigen stattfinden. Insgesamt konnte der Anteil der Pflegegäste, bei denen kein weiteres Beratungsgespräch zur Entlassungsvorbereitung stattfand verringert werden. Insbesondere bei Aufnahmen aus dem Krankenhaus konnte eine deutliche Reduktion des Anteils der Pflegegäste ohne weiteres Beratungsgespräch von 15 auf 11 Prozent erreicht werden. Zugleich zeigte sich, dass die Modelleinrichtungen ihre Beratungsaktivitäten auf Pflegegäste aus dem Krankenhaus oder aus häuslichen Krisensituation fokussierten, d. h. auf Aufnahmeanlässe, bei denen die weitere Versorgung oft ungeklärt ist.

Alle Modelleinrichtungen passten ihre internen Abläufe für das Überleitungsmanagement auf der Grundlage der im Praxisleitfaden empfohlenen Prozessschritte für das Überleitungsmanagement an. Sieben Einrichtungen übernahmen den im Praxisleitfaden vorgeschlagenen Dokumentationsbogen zur Entlassungsvorbereitung in ihre Ablaufplanung (siehe Anhang Praxisleitfaden).

Zu den Effekten zusätzlicher personelle Ressourcen aus Einrichtungs- und Mitarbeitersicht (Evaluationsfragen 4 und 5)

Die Projektverantwortlichen und die Leitungen der Modelleinrichtungen gaben an, dass die Schaffung zusätzlicher Personalressourcen, nach einer Phase mit organisatorischen Anpassungen zu Beginn der Interventionsstudie zu einer anhaltenden

personellen Entlastung und zu effektiveren Abläufen des Überleitungsmanagements in den Einrichtungen geführt habe.

Im Vergleich zum Überleitungsmanagement fiel die Bewertung der Entlastungseffekte in der Behandlungspflege durch die Modelleinrichtungen weniger positiv aus: Sechs der neun Modelleinrichtungen bejahten die Frage, ob die Schaffung zusätzlicher Personalressourcen im Gesamtverlauf der Interventionsstudie zu einer Entlastung in der Behandlungspflege geführt habe. Wurde keine Entlastung für die Einrichtung festgestellt, wurde dies vorrangig durch die fehlende Einbindung der zusätzlichen Pflegefachkräfte in bestehende Abläufe in der Behandlungspflege begründet.

Auch in der Bewertung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Modelleinrichtungen haben die zusätzlichen Personalressourcen zu einer verbesserten Umsetzung des Überleitungsmanagements in ihren Einrichtungen geführt. Zudem hat sich die allgemeine Arbeitszufriedenheit der Mitarbeitenden im Verlauf der Interventionsstudie deutlich verbessert. Der Anteil der Mitarbeitenden, die angaben, mit ihrer Arbeit zufrieden zu sein, stieg von 44 Prozent in der initialen Befragungswelle auf 60 Prozent in der zweiten Befragung gegen Ende der Interventionsstudie an. Als Begründung für die gestiegene Arbeitszufriedenheit wurde neben der personellen Entlastung u. a. auch Verbesserungen der Arbeitsabläufe nicht nur im Überleitungsmanagement, sondern auch in der gesamten Einrichtung angegeben.

Zur Zufriedenheit der Pflegegäste mit dem Überleitungsmanagement (Evaluationsfrage 6)

Die Befragung der Pflegegäste ergab, dass die Vorbereitung ihrer Entlassung für die meisten Pflegegäste ein sehr relevantes Thema ist und zugleich eine hohe Zufriedenheit mit der Entlassungsplanung der Modelleinrichtungen besteht. Für die meisten Pflegegäste sind feste Ansprechpersonen für Fragen zur Entlassung, und zur Versorgung nach dem Kurzzeitpflegeaufenthalt sowie eine rechtzeitige Kontaktaufnahme der Einrichtung mit nachversorgenden Diensten und Einrichtungen sehr wichtig. Die meisten Pflegegäste gaben zudem an, dass die Angebote zur Entlassungsvorbereitung durch die Einrichtung auch während ihres Aufenthaltes in der Modelleinrichtung umgesetzt wurden.

Zwei Drittel der Pflegegäste gaben an, dass ihre Fragen zur Entlassung gut und mit ausreichender Zeit beantwortet wurden und dass sie gut auf die Zeit nach dem Kurzzeitpflegeaufenthalt vorbereitet worden seien. Auch mit ihrer Versorgungssituation unmittelbar nach Entlassung aus der Kurzzeitpflege, war der überwiegende Teil der Pflegegäste zufrieden.

Zur Bewertung des Überleitungsmanagements und der Behandlungspflege der Modelleinrichtungen durch Pflegedienste und Ärzteschaft (Evaluationsfrage 7)

Die Zufriedenheit der Pflegedienste und -einrichtungen mit dem Überleitungsmanagement der Modelleinrichtungen konnte, ausgehend von einem sehr hohen Niveau bereits zur ersten Befragungswelle im Projektverlauf, beibehalten bzw. noch etwas gesteigert werden: Der Anteil der Pflegedienste und -einrichtungen, die sich

als „äußerst zufrieden“ mit dem Überleitungsprozess der Modelleinrichtungen äußerten, verdoppelte sich im Verlauf der Interventionsstudie auf 30 Prozent.

Auch in der Bewertung der Ärztinnen und Ärzte hat sich das Überleitungsmanagement der Modelleinrichtungen im Projektverlauf verbessert. 85 Prozent der befragten Ärztinnen und Ärzte gaben an, dass es ihnen äußerst bzw. sehr wichtig sei, über Aufnahmen und Entlassungen ihrer Patientinnen und Patienten in bzw. aus der Kurzzeitpflege informiert zu werden. Im Verlauf der Interventionsstudie ist der Anteil der Ärztinnen und Ärzte, die angaben, über die Aufnahme einer ihrer Patientinnen und Patienten in die Kurzzeitpflege stets informiert worden zu sein, von 77,1 Prozent auf 85,7 Prozent gestiegen. Bei Entlassungen aus der Kurzzeitpflege stiegen die entsprechenden Anteile von 41,7 Prozent auf 57,1 Prozent.

Die Zufriedenheit der Ärztinnen und Ärzte mit der Behandlungspflege in den Modelleinrichtungen, ist ausgehend von einem bereits erreichten hohen Niveau in der ersten Befragungswelle im Verlauf der Interventionsstudie etwas gestiegen. Nahezu alle der befragten Ärztinnen und Ärzte äußerten sich gegen Ende der Interventionsstudie als „äußerst“ oder „sehr zufrieden“ mit der Umsetzung der von ihnen verordneten behandlungspflegerischen Maßnahmen.

Zur Entwicklung von Belegung, Auslastung und weiteren betriebswirtschaftlichen Kenngrößen der Modelleinrichtungen (Evaluationsfrage 8)

In der Bewertung der Modelleinrichtungen sind die Abläufe im Überleitungsmanagement im Verlauf der Interventionsstudie effizienter geworden. Überwiegend wird eine Zentralisierung der Aufgaben des Überleitungsmanagements auf speziell dafür vorgesehene Pflegefachkräfte bevorzugt. Darüber hinaus gaben Modelleinrichtungen an, durch die Interventionsstudie wertvolle Erkenntnisse für die Verbesserung der Abläufe nicht nur im Überleitungsmanagement, sondern auch für die Gesamteinrichtung gewonnen zu haben.

Die Auslastung von vier Modelleinrichtungen hat sich während der Interventionsstudie im Vergleich zum Vorjahr verbessert, bei vier weiteren Modelleinrichtung ist die Auslastung unverändert geblieben. Als ein wesentlicher Faktor für eine verbesserte oder stabile Auslastung wurden die im Verlauf der Interventionsstudie erreichten Verbesserungen des Überleitungsmanagements genannt. Demgegenüber wurden Veränderungen des Betriebsergebnisses vorrangig auf die Ergebnisse von Pflegesatzverhandlungen mit den Kostenträgern zurückgeführt.

Fazit und Schlussfolgerungen

Durch die Bestandsaufnahme und die Interventionsstudie konnten die Zielsetzungen der Modellerprobung erreicht werden.

Das Leistungsgeschehen im Überleitungsmanagement und in der Behandlungspflege und die damit verbundenen Zeitaufwände konnten differenziert nach Aufnahmeanlässen erstmals für die Kurzzeitpflege in Deutschland erhoben werden. Die fallbezogene Erfassung der Zeitaufwände für das Überleitungsmanagement bei 1.926 Pflegegästen in neun Modelleinrichtungen ergab durchschnittlich 106,4

Minuten pro Pflegegast sowie 6,7 Minuten pro Verweildauertag. Für angeordnete behandlungspflegerische Maßnahmen wurde bei 1.722 Pflegegästen ein durchschnittlicher Zeitaufwand von 20 Minuten pro Verweildauertag und von 314,8 Minuten pro Pflegegast ermittelt. Ein Vergleich mit entsprechenden Untersuchungen in Pflegeheimen deutet darauf hin, dass die Aufwände für behandlungspflegerische Maßnahmen in der Kurzzeitpflege höher sind als in der stationären Langzeitpflege.

Die Ergebnisse der Modellerprobung verdeutlichen auch die hohe Heterogenität des in Kurzzeitpflegeeinrichtungen versorgten Klientels:

- Das Überleitungsmanagement und die Behandlungspflege von Pflegegästen nach Krankenhausaufenthalten und aus häuslichen Krisensituationen ist deutlich aufwändiger als für Pflegegäste, die aus anderen Anlässen in die Kurzzeitpflege aufgenommen wurden.
- Die Verteilung der Zeitaufwände für das Überleitungsmanagement und für die Behandlungspflege wiesen eine große Streuung auf. Bei vielen Pflegegästen wurden die durchschnittlichen Zeitaufwände um ein Vielfaches übertroffen. Pflegegäste mit extrem hohen Zeitaufwänden für das Überleitungsmanagement und für die Behandlungspflege kamen zumeist aus dem Krankenhaus und waren nur wenige Tage in der Kurzzeitpflege: Dies führte vielfach dazu, dass Pflegefachkräfte oft mehrere Stunden pro Verweiltag für Behandlungspflege und das Überleitungsmanagement eines Pflegegastes gebunden waren und in der Folge die Abläufe in den Kurzzeitpflegeeinrichtungen oftmals beeinträchtigt wurden.

Die detaillierte Erfassung der im Rahmen der Entlassungsvorbereitung auftretenden Problemlagen und Aufgaben sowie die exemplarischen Fallbeschreibungen verdeutlichen die hohen inhaltlichen, kommunikativen und organisatorischen Anforderungen an die mit dem Überleitungsmanagement befassten Pflegefachkräfte in der Kurzzeitpflege. Diese Anforderungen sind in einzelnen Fällen inhaltlich mit denjenigen der Pflegeberatung gem. §7a SGB XI bzw. mit denjenigen des Fallmanagements vergleichbar.⁶

Der Verlauf und die Ergebnisse der Interventionsstudie zeigen, dass durch die Bereitstellung zusätzlicher Personalressourcen und durch einen intensiven fachlichen Austausch

- ein fachlich fundiertes und effektives Überleitungsmanagement etabliert sowie
- die Umsetzung der Behandlungspflege verbessert werden konnte.

Ein Leitfaden für das Überleitungsmanagement in der Kurzzeitpflege wurde im Projektverlauf durch die Modelleinrichtungen erprobt, gemeinsam weiterentwickelt und durch Praxisbeispiele ergänzt. Er stellt nunmehr eine Grundlage für die

⁶ Zu ähnlichen Schlussfolgerungen kommt auch die bereits zitierte Untersuchung von Bär et. al.

praktische Umsetzung des Überleitungsmanagements in solitären Kurzzeitpflegeeinrichtungen dar. Die Empfehlungen des Praxisleitfadens wurden im Verlauf der Interventionsstudie durch die Modelleinrichtungen kontinuierlich besser umgesetzt.

Die Befragung von Pflegegästen der Modelleinrichtungen ergab, dass ihnen eine systematische Entlassungsvorbereitung sehr wichtig ist und zugleich eine hohe Zufriedenheit mit der Vorbereitung der Entlassung und der weiteren Versorgung durch die Einrichtungen besteht. Aus der Sicht der Ärztinnen und Ärzte von in den Modelleinrichtungen versorgten Pflegegästen sowie von weiterversorgenden Pflegediensten und -einrichtungen hat sich der Informationsaustausch mit den Modelleinrichtungen im Verlauf der Interventionsstudie verbessert. Die überwiegende Mehrheit der Ärztinnen und Ärzte sowie der Mitarbeitenden der Pflegeeinrichtungen gaben zudem an, mit dem Überleitungsmanagement der Modelleinrichtungen sehr zufrieden zu sein. Die Zufriedenheit der Ärztinnen und Ärzte mit der Umsetzung angeordneter behandlungspflegerischer Maßnahmen durch die Modelleinrichtungen stieg, ausgehend von einem bereits hohen Ausgangsniveau, bis zum Abschluss der Interventionsstudie etwas an.

Die Arbeitszufriedenheit von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Modelleinrichtungen ist im Verlauf der Interventionsstudie deutlich gestiegen. Als Hauptgründe für die gestiegene Arbeitszufriedenheit wurden neben der Arbeitsentlastung durch die zusätzlichen Personalressourcen auch verbesserte Abläufe, nicht nur im Überleitungsmanagement, sondern allgemein in der Versorgung der Pflegegäste genannt. Auch aus Sicht der Einrichtungsleitungen konnten die Abläufe sowohl im Überleitungsmanagement als auch in der Gesamteinrichtung im Verlauf der Interventionsstudie verbessert werden. Die Empfehlungen des Praxisleitfadens werden von allen Modelleinrichtungen auch künftig weitgehend umgesetzt. Vier Einrichtungen haben vor, die im Rahmen der Interventionsstudie speziell für Aufgaben des Überleitungsmanagements geschaffenen Stellen zumindest teilweise weiterzuführen, vorausgesetzt, die personelle und wirtschaftliche Situation der Einrichtung entwickelt sich stabil. Die Rückmeldungen der Projektverantwortlichen und der Leitungen der Modelleinrichtungen machen jedoch auch deutlich, dass derzeit geltende Regelungen, insbesondere die Qualitätsprüfungsrichtlinien (QPR) und die Landesrahmenverträge gemäß § 75 SGB XI sowie die Vergütungsstrukturen für Kurzzeitpflegeeinrichtungen Leistungen und Aufwände für Überleitungsmanagement und Behandlungspflege nur unzureichend berücksichtigten und daher eine langfristige Fortführung und qualitative Weiterentwicklung dieser Leistungsbereiche nach Auslaufen der Projektförderung erschwerten.

Insgesamt stellen die durch die Modellerprobung gewonnenen Erkenntnisse und Erfahrungen eine gute fachliche Grundlage für die Verbesserung des Überleitungsmanagements, der Behandlungspflege und der allgemeinen Versorgungsqualität von Kurzzeitpflegeeinrichtungen, insbesondere hinsichtlich ihrer „Weichenstellerfunktion“ nach Krankenhausaufenthalten und bei häuslichen Krisensituationen dar.

8. Gender Mainstreaming Aspekte

Aus dem Verlauf und den Ergebnissen des Modellvorhabens ergeben sich keine Gender Mainstreaming Aspekte.

9. Zur Verbreitung der Projektergebnisse

Der Abschlussbericht und der Praxisleitfaden werden nach Abnahme durch das BMG allen Modelleinrichtungen sowie allen Kurzzeitpflegeeinrichtungen, die ihr Interesse an der Modellerprobung zum Ausdruck gebracht und an der schriftlichen Befragung im Rahmen der Bestandsaufnahme teilgenommen haben zugesendet.

Über die Ergebnisse der Modellerprobung wird auf der Website des IGES Institutes berichtet. Der Abschlussbericht sowie der Praxisleitfaden werden als Download zur Verfügung gestellt.

Es wird zudem vorgeschlagen, eine Fachveranstaltung zu den Ergebnissen der Modellerprobung durchzuführen.

10. Zur möglichen Verwertung der Projektergebnisse (Nachhaltigkeit/Transferpotenzial)

Auf der Grundlage der im Rahmen der Modellerprobung gewonnenen Erkenntnisse wird für die Weiterentwicklung von vertraglichen Rahmenbedingungen und von gesetzlichen Regelungen mit Relevanz für die Kurzzeitpflege empfohlen, insbesondere folgende Aspekte zu berücksichtigen:

1. Die Modellerprobung liefert empirische Belege für die bereits in der IGES-Studie zu den Qualitätskriterien der Kurzzeitpflege (Deckenbach 2013) festgestellten Unterschiede zwischen den Versorgungsbedarfen von Pflegegästen, die nach Krankenhausaufenthalten und häuslichen Krisensituationen bzw. Pflegegästen, die aus anderen Anlässen aufgenommen wurden. Zugleich wird auch die Schlussfolgerung der Studie unterstützt, wonach eine strukturelle Differenzierung der Kurzzeitpflege erforderlich ist, welche die unterschiedlichen Versorgungsbedarfe und Bedürfnisse der o.g. Zielgruppen berücksichtigt.
2. Die deutlich höheren Anforderungen und Aufwände für das Überleitungsmanagement und die Behandlungspflege bei Aufnahme aus Krankenhäusern und häuslichen Krisensituationen sollten auch leistungsrechtlich berücksichtigt werden.
3. Die Leistungsbeschreibungen in den bestehenden Landesrahmenverträgen zur Kurzzeitpflege gemäß § 75 SGB XI sind weitgehend identisch mit denjenigen für die stationäre Langzeitpflege. Erforderlich erscheint daher eine bessere Beachtung der Besonderheiten der Kurzzeitpflege hinsichtlich Versorgungsauftrag („Weichenstellerfunktion“) und Leistungsgeschehen (insbesondere im Überleitungsmanagement).
4. Für Kurzzeitpflegeeinrichtungen kommen derzeit die Qualitätsprüfungsrichtlinien (QPR) für die vollstationäre (Langzeit-) Pflege zur Anwendung. Hilfreich für eine qualitative Weiterentwicklung der Kurzzeitpflege wäre eine gesonderte QPR oder zumindest gesonderte QPR-Abschnitte für Kurzzeitpflegeeinrichtungen, die insbesondere die i. d. R. deutlich kürzere Verweildauer von Kurzzeitpflegegästen berücksichtigt und daher auch Qualitätsaspekte des Überleitungsmanagements einbezieht.

Durch die Weiterführung der Umsetzung des Praxisleitfadens und die teilweise Beibehaltung von geschaffenen Personalressourcen für das Überleitungsmanagement kann nach dem Auslaufen der Förderung von nachhaltigen Effekten der Modellerprobung in den teilnehmenden Kurzzeitpflegeeinrichtungen ausgegangen werden. Es ist darüber hinaus zu erwarten, dass bei vielen, insbesondere solitären Kurzzeitpflegeeinrichtungen, die Ergebnisse des Abschlussberichtes und insbesondere die Empfehlungen und Hinweise des Praxisleitfadens auf großes Interesse stoßen werden, da diese auf der Grundlage der praktischen Erfahrungen in den Modelleinrichtungen entwickelt wurden.

Vor diesem Hintergrund wird empfohlen,

- die Ergebnisse der Modellerprobung im Rahmen einer Fachveranstaltung einer größeren Fachöffentlichkeit vorzustellen und zu diskutieren und

- zur Ermittlung der weiteren Entwicklung des Überleitungsmanagements und der Behandlungspflege in Kurzzeitpflegeeinrichtungen und zur Überprüfung der Nachhaltigkeit der Effekte der Modellerprobung eine erneute schriftliche Befragung (Follow-up) bei den Modelleinrichtungen sowie bei den Kurzzeitpflegeeinrichtungen, die an der Bestandsaufnahme teilgenommen haben durchzuführen.

11. Verwendete Literatur

Bär M, Schönemann-Gieck P & Süs E (2015): Vom Heim nach Hause. Abschlussbericht eines Modellprojektes zur Beratung von Kurzzeitpflegegästen nach Krankenhausaufenthalt.

https://sozialministerium.baden-wuerttemberg.de/fileadmin/redaktion/m-m/intern/downloads/Downloads_Pflege/Innovationsprogramm-Pflege_Abschlussbericht-Projekt_VHnH_2015.pdf (Abruf am: 14.12.2018)

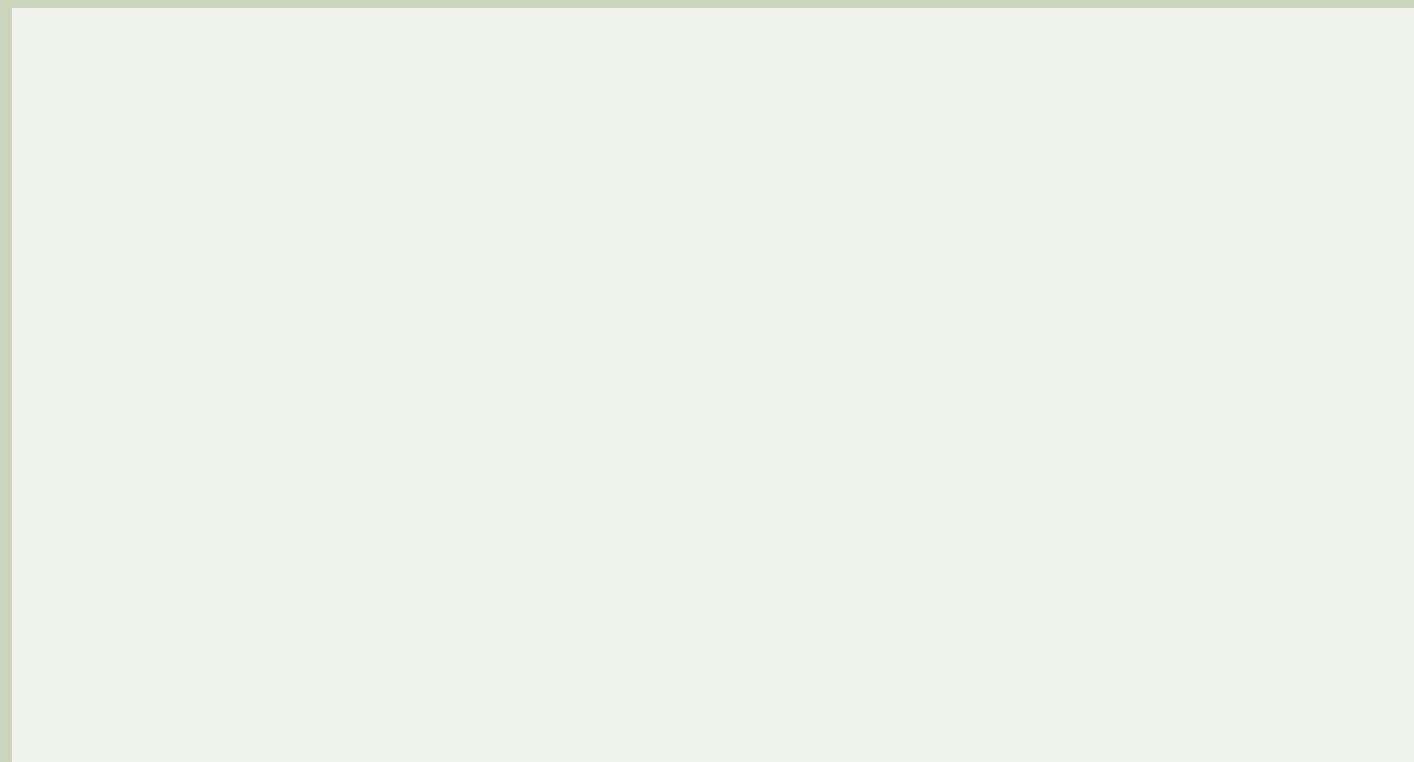
Deckenbach B, Stöppler C & Klein S (2013). Qualitätskriterien für eine fachgerechte Kurzzeitpflege. (§ 42 SGB XI). Abschlussbericht an das Bundesministerium für Gesundheit. IGES-Institut, Berlin. https://www.iges.com/e6/e1621/e10211/e5076/e11653/e11654/e11666/attr_objis11667/IGES_Qualitaetskriterien_Kurzzeitpflege_WEB_ger.pdf

Leopold D (2017): Medizinische Behandlungspflege. Ermittlung des Bedarfs beim Übergang in die stationäre Altenpflege. Verband katholische Altenhilfe (VKAD).

Rothgang H, Fünfstück M, Neubert L & Czwikla J (2015): Versorgungsaufwände in stationären Pflegeeinrichtungen. Schriftenreihe Modellprogramm zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung Band 13. Herausgeber: GKV Spitzenverband. Berlin.

https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/presse/publikationen/schriftenreihe/GKV_Schriftenreihe_Pflege_Band_13.pdf

(Abruf am: 08.01.2019)



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