

Kurzzeitpflege in der Region

Kurzzeitpflege in der Region

Teil I: Kurzzeitpflege und Regionalstruktur

Erich Hartmann

Band 205
Schriftenreihe des Bundesministeriums
für Familie, Senioren, Frauen und Jugend

Verlag W. Kohlhammer

Die Deutsche Bibliothek – CIP-Einheitsaufnahme

Hartmann, Erich:

Kurzzeitpflege in der Region Teil I und Teil II / Erich Hartmann, Marianne Heinemann-Knoch. [Hrsg.: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend]. – Stuttgart : Kohlhammer, 2002

(Schriftenreihe des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend; Bd. 205)
ISBN 3-17-017222-0

In der Schriftenreihe des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend werden Forschungsergebnisse, Untersuchungen, Umfragen usw. als Diskussionsgrundlage veröffentlicht. Die Verantwortung für den Inhalt obliegt der jeweiligen Autorin bzw. dem jeweiligen Autor.

Alle Rechte vorbehalten. Auch fotomechanische Vervielfältigung des Werkes (Fotokopie/Mikrokopie) oder von Teilen daraus bedarf der vorherigen Zustimmung des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend.

Herausgeber: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend
10118 Berlin

Titelgestaltung: 4 D Design Agentur, 51427 Bergisch-Gladbach

Gesamtherstellung: DCM • Druckcenter Meckenheim, 53340 Meckenheim

Verlag: W. Kohlhammer GmbH
2002

Verlagsort: Stuttgart
Printed in Germany

Gedruckt auf chlorfrei holzfrei weiß Offset

Vorwort

Kurzzeitpflege ermöglicht pflegebedürftigen älteren Menschen den Aufenthalt in einer stationären Einrichtung für einen begrenzten Zeitraum. Dies ist eine wichtige Hilfe, wenn aufgrund einer Krisensituation Angehörige die Pflege eine Zeitlang nicht leisten können oder eine Auszeit brauchen. Nach einem Krankenhausaufenthalt gibt Kurzzeitpflege die Chance, sich zu orientieren und in Ruhe zu entscheiden, ob ein Heim oder die ambulante Betreuung der richtige Weg ist. Die Pflegebedürftigen haben in dieser Phase die Möglichkeit, sich in der Sicherheit der Rund-um-die-Uhr-Versorgung einer stationären Einrichtung zu erholen. Maßnahmen wie eine Wohnraumanpassung können ergriffen werden, um ein selbständiges Leben wieder zu ermöglichen.

Die Studie „Kurzzeitpflege in der Region“ gibt einen guten Überblick über die derzeitige Situation in Deutschland. Der erste Teil der Studie ‚Kurzzeitpflege und Regionalstruktur‘ gibt Aufschluss über die soziodemografischen Daten von Nutzerinnen und Nutzern und über die rechtlichen und finanziellen Rahmenbedingungen der Kurzzeitpflegeeinrichtungen. Der ökonomische Spagat zwischen Qualitätsanspruch und unregelmäßiger Auslastung in Kurzzeitpflegeeinrichtungen ist ebenso ein Thema wie mögliche Lösungswege. Unter Berücksichtigung verschiedener Einflussfaktoren wird praxisnah der Bedarf an Plätzen in der Kurzzeitpflege geschätzt.

Im zweiten Teil der Studie wird die Situation der Nutzerinnen und Nutzer von Kurzzeitpflegeeinrichtungen genauer analysiert. Dabei geht es unter anderem um die Pflegesituation vor der Aufnahme, den Anlass des Aufenthaltes, die Veränderungen des Gesundheitszustands in der Kurzzeitpflege und die Pflegeleistungen. Die Untersuchung gibt ein differenziertes Bild über die Gruppe der Nutzerinnen und Nutzer und die erbrachte Pflege.

Die Ergebnisse bilden eine wichtige Grundlage für Überlegungen, wie die Struktur- und Prozessqualität in der Kurzzeitpflege weiterentwickelt werden kann.



Dr. Christine Bergmann
Bundesministerin für Familie, Senioren, Frauen und Jugend

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis	7
Auszüge aus dem SGB XI (Stand: 1. Januar 2000)	11
Teil I: Kurzzeitpflege und Regionalstruktur	
1 Einführung	17
1.1 Ausgangslage	17
1.2 Methodischer Ansatz	20
2 Daten der ausgewählten Regionen	22
2.1 Auswahlkriterien und geographische Lage	22
2.2 Sozio-demografische Daten	26
2.2.1 Pflegebedürftige	26
2.2.2 Bevölkerung in den ausgewählten Regionen	33
2.3 Rechtlicher Rahmen	36
3 Rahmendaten der Kurzzeit-Pflegeeinrichtungen	46
3.1 Einrichtungsdaten	46
3.1.1 Trägerschaft	46
3.1.2 Organisationsstruktur	47
3.1.3 Kapazität	50
3.1.4 Pflegepersonal	51
3.2 Kostensätze	55
3.2.1 Pflegesätze	55
3.2.2 Entgelt für Unterkunft und Verpflegung sowie gesondert berechenbare Aufwendungen (Investitionszulagen)	61
3.3 Aufwendungen für die Nutzer	63
3.4 Finanzielle Entlastung pflegebedürftiger Nutzer durch gestaffelte Finanzierungssätze der Pflegekassen	68
4 Nutzer der Kurzzeit-Pflegeeinrichtungen	71
4.1 Sozio-demografische Merkmale	71
4.1.1 Alter	71
4.1.2 Geschlecht	73
4.2 Grad der Pflegebedürftigkeit	74
4.3 Dauer des Aufenthalts	76
4.4 Häufigkeit der Inanspruchnahme	79
4.5 Kostenträger	81
4.6 Vergleichende Zusammenfassung	84

5	Belegung der Kurzzeit-Pflegeeinrichtungen	87
5.1	Belegungsvorgaben	88
5.2	Nominal-, Ist- und erforderliche Belegung	89
5.3	Ursachenanalyse der erreichten Belegung	93
5.3.1	Tagesaktuelle Belegung	93
5.3.2	Belegung und Pflegestufen der Pflegegäste	96
5.4	Maximal erreichbare Belegung	99
6	Einzugsgebiete und Nutzerverteilung	101
6.1	Einzugsbereiche	101
6.2	Standort der Einrichtungen und Nutzerkonzentration	102
6.3	Zusammenspiel verschiedener Kurzzeit-Pflegeeinrichtungen	108
6.4	Zusammenfassende Bewertung	112
7	Vergleichende Darstellung von Nutzern und Nicht-Nutzern der Kurzzeit-Pflegeeinrichtungen	114
7.1	Altersstruktur	114
7.2	Geschlecht	116
7.3	Pflegestufen	117
7.4	Empfänger von Sozialhilfe	119
7.4.1	Pflegebereich	119
7.4.2	Unterkunft und Verpflegung sowie Investitionszulagen	121
7.5	Zusammenfassende Bewertung	123
8	Anmerkungen zur Bestimmung des regionalen Bedarfs an Kurzzeit-Pflegeplätzen	126
8.1	Einflußgrößen des Bedarfs	127
8.1.1	Nutzer pro Pflegeplatz	127
8.1.2	Zahl der Nutzer	130
8.2	Nutzerquoten ausgewählter Regionen	131
8.3	Bedarf an Kurzzeit-Pflegeplätzen	135
8.4	Ergebnisvergleich verschiedener Bedarfsbestimmungsver- fahren	137
9	Wirtschaftliche Schlußfolgerungen für den Betrieb von Kurzzeit-Pflegeeinrichtungen	143
9.1	Kosten- und Erlösstruktur	143
9.2	Auswirkungen auf die wirtschaftliche Situation der Kurzzeit- pflege	150
9.3	Vorschläge zur Verbesserung des Angebots an Kurzzeit- Pflegeeinrichtungen	153
	Literaturverzeichnis	160

Teil II: NutzerInnen und Leistungsspektrum von Kurzzeitpflege

Einleitung	165
1 Persönliche Daten	168
2 Häusliche Pflegesituation der Gäste und Anlaß für ihre Aufnahme in die Kurzzeitpflege	182
3 Gesundheitliche Einbußen und Alltagsfähigkeiten	207
4 Hilfen des Pflegepersonals	219
5 Entlassung und Überleitung	227
6 Fazit	237
Tableau typischer NutzerInnen von Kurzzeitpflege nach Anspruchsgrundlage für Aufenthalt	238
Literatur	241

Auszüge aus dem SGB XI (Stand: 1. Januar 2000)

Dritter Abschnitt: Leistungen

Erster Titel

Leistungen bei häusliche Pflege (§§ 36 bis 40)

§ 37

Pflegegeld für selbst beschaffte Pflegehilfen

(1) Pflegebedürftige können anstelle der häuslichen Pflegehilfe ein Pflegegeld beantragen. Der Anspruch setzt voraus, dass der Pflegebedürftige mit dem Pflegegeld dessen Umfang entsprechend die erforderliche Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung in geeigneter Weise selbst sicherstellt. Das Pflegegeld beträgt pro Kalendermonat:

1. für Pflegebedürftige der Pflegestufe I 400 Deutsche Mark,
2. für Pflegebedürftige der Pflegestufe II 800 Deutsche Mark,
3. für Pflegebedürftige der Pflegestufe III 1 300 Deutsche Mark.

(1)

(2)

§ 39

Häusliche Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson

Ist eine Pflegeperson wegen Erholungsurlaubs, Krankheit oder aus anderen Gründen an der Pflege gehindert, übernimmt die Pflegekasse die Kosten einer notwendigen Ersatzpflege für längstens vier Wochen je Kalenderjahr; § 34 Abs. 2 Satz 1 gilt nicht. Voraussetzung ist, dass die Pflegeperson den Pflegebedürftigen vor der erstmaligen Verhinderung mindestens zwölf Monate in seiner häuslichen Umgebung gepflegt hat. Die Aufwendungen der Pflegekasse dürfen im Einzelfall 2 800 Deutsche Mark im Kalenderjahr nicht überschreiten. Bei einer Ersatzpflege durch Pflegepersonen, die mit dem Pflegebedürftigen bis zum zweiten Grad verwandt oder verschwägert sind oder mit ihm in häuslicher Gemeinschaft leben, wird vermutet, dass die Ersatzpflege nicht erwerbsmäßig ausgeübt wird; in diesen Fällen dürfen die Aufwendungen der Pflegekasse den Betrag des Pflegegeldes der festgestellten Pflegestufe nach § 37 Abs. 1 nicht überschreiten. Zusätzlich können von der Pflegekasse auf Nachweis notwendige Aufwendungen, die der Pflegeperson im Zusammenhang mit der Ersatzpflege entstanden sind, übernommen werden. Die Aufwendungen der Pflegekasse nach den Sätzen 4 und 5 dürfen zusammen den in Satz 3 genannten Betrag nicht übersteigen.

Zweiter Titel

Teilstationäre Pflege und Kurzzeitpflege (§§ 41 und 42)

§ 42

Kurzzeitpflege

(1) Kann die häusliche Pflege zeitweise nicht, noch nicht oder nicht im erforderlichen Umfang erbracht werden und reicht auch teilstationäre Pflege nicht aus, besteht Anspruch auf Pflege in einer vollstationären Einrichtung. Dies gilt:

1. für eine Übergangszeit im Anschluss an eine stationäre Behandlung des Pflegebedürftigen oder
2. in sonstigen Krisensituationen, in denen vorübergehend häusliche oder teilstationäre Pflege nicht möglich oder nicht ausreichend ist.

(2) Der Anspruch auf Kurzzeitpflege ist auf vier Wochen pro Kalenderjahr beschränkt. Die Pflegekasse übernimmt die pflegebedingten Aufwendungen, die Aufwendungen der sozialen Betreuung sowie in der Zeit vom 1. Juli 1996 bis zum 31. Dezember 2001 die Aufwendungen für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege bis zu dem Gesamtbetrag von 2 800 Deutsche Mark im Kalenderjahr.

Dritter Titel

Vollstationäre Pflege (§ 43)

§ 43

Inhalt der Leistung

(1) Pflegebedürftige haben Anspruch auf Pflege in vollstationären Einrichtungen, wenn häusliche oder teilstationäre Pflege nicht möglich ist oder wegen der Besonderheit des Einzelfalles nicht in Betracht kommt.

(2) Die Pflegekasse übernimmt die pflegebedingten Aufwendungen, die Aufwendungen der sozialen Betreuung sowie in der Zeit vom 1. Juli 1996 bis zum 31. Dezember 2001 die Aufwendungen für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege bis zu dem Gesamtbetrag von 2 800 Deutsche Mark monatlich; dabei dürfen die jährlichen Ausgaben der einzelnen Pflegekasse für die bei ihr versicherten stationär Pflegebedürftigen im Durchschnitt 30 000 Deutsche Mark je Pflegebedürftigen

nicht übersteigen. Die Pflegekasse hat jeweils zum 1. Januar und 1. Juli zu überprüfen, ob dieser Durchschnittsbetrag eingehalten ist.

(3) Die Pflegekassen können bei Pflegebedürftigen der Pflegestufe III über die Beträge nach Absatz 2 Satz 1 hinaus in besonderen Ausnahmefällen zur Vermeidung von Härten die pflegebedingten Aufwendungen, die Aufwendungen der sozialen Betreuung sowie in der Zeit vom 1. Juli 1996 bis zum 31. Dezember 2001 die Aufwendungen für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege bis zu dem Gesamtbetrag von 3 300 Deutsche Mark monatlich übernehmen, wenn ein außergewöhnlich hoher und intensiver Pflegeaufwand erforderlich ist, der das übliche Maß der Pflegestufe III weit übersteigt, beispielsweise bei Apallikern, schwerer Demenz oder im Endstadium von Krebserkrankungen. Die Ausnahmeregelung des Satzes 1 darf bei der einzelnen Pflegekasse für nicht mehr als fünf vom Hundert der bei ihr versicherten Pflegebedürftigen der Pflegestufe III, die stationäre Pflegeleistung erhalten, Anwendung finden.

(4) Wählen Pflegebedürftige vollstationäre Pflege, obwohl diese nach Feststellung der Pflegekasse nicht erforderlich ist, erhalten sie zu den pflegebedingten Aufwendungen einen Zuschuss in Höhe des in § 36 Abs. 3 für die jeweilige Pflegestufe vorgesehenen Gesamtwertes.

(5) In der Zeit vom 1. Januar 1996 bis 31. Dezember 2001 übernimmt die Pflegekasse abweichend von Absatz 2 Satz 1 und Absatz 3 Satz 1 die pflegebedingten Aufwendungen, die Aufwendungen der medizinischen Behandlungspflege und der sozialen Betreuung pauschal:

1. für Pflegebedürftige der Stufe I in Höhe von 2 000 Deutsche Mark monatlich,
2. für Pflegebedürftige der Stufe II in Höhe von 2 500 Deutsche Mark monatlich,
3. für Pflegebedürftige der Stufe III in Höhe von 2 800 Deutsche Mark monatlich,
4. für Pflegebedürftige, die nach Absatz 3 als Härtefall anerkannt sind, in Höhe von 3 300 Deutsche Mark monatlich;

insgesamt darf der von der Pflegekasse zu übernehmende Betrag 75 vom Hundert des Gesamtbetrages aus Pflegesatz, Entgelt für Unterkunft und Verpflegung und gesondert berechenbaren Investitionskosten nach § 82 Abs. 3 und 4 nicht übersteigen. Die jährlichen Ausgaben der einzelnen Pflegekasse dürfen ohne Berücksichtigung der Härtefälle im Durchschnitt 30 000 Deutsche Mark je Pflegebedürftigen nicht übersteigen. Höhere Aufwendungen einer einzelnen Pflegekasse sind nur zulässig, wenn innerhalb der Kassenart, der die Pflegekasse angehört, ein

Verfahren festgelegt ist, das die Einhaltung der Durchschnittsvorgaben von 30 000 Deutsche Mark je Pflegebedürftigen innerhalb der Kassenart auf Bundesebene sicherstellt.

Gemeinsames Rundschreiben der Spitzenverbände der Krankenkassen zu den leistungsrechtlichen Vorschriften des Pflege- Versicherungsgesetzes (Pflege VG)

vom 28. Oktober 1996

Häusliche Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson
§ 39 SGB XI
(Auszüge)

1. Allgemeines

(1) Ist eine Pflegeperson an der Pflege gehindert, hat der Pflegebedürftige für die Dauer von bis zu 4 Wochen (28 Kalendertage) je Kalenderjahr zusätzlich zur Sachleistung Anspruch auf Ersatzpflege. Bei Empfängern von Pflegegeld tritt die Leistung der Ersatzpflege an die Stelle des Pflegegeldes. Für den ersten und letzten Tag der Ersatzpflege wird das Pflegegeld noch gezahlt (siehe Ziffer 3 Abs. 2 zu § 37 SGB XI). Für die Ersatzpflege kann die Pflegekasse im Einzelfall 2.800 DM im **Kalenderjahr** übernehmen, die Zahlung bezieht sich dabei auf das Kalenderjahr und nicht auf die Pflegeperson(en). Hieraus wird deutlich, dass der Anspruch auf Ersatzpflege in zweifacher Hinsicht – von der Dauer her und auf einen Höchstbetrag – begrenzt ist. Die Ersatzpflege kann zum einen durch eine nicht erwerbsmäßig pflegende Person (z.B. Angehörige, Nachbarn, Bekannte) und zum anderen durch eine zugelassene Pflegeeinrichtung nach § 72 SGB XI (z.B. ambulante Pflegedienste, Familienentlastende Dienste) sowie andere nicht zugelassene Dienste, die im Rahmen einer Erwerbstätigkeit die Ersatzpflege durchführen (z.B. Dorfhelferinnen, Betriebshelferinnen) erbracht werden.

Darüber hinaus ist auch bei stundenweiser Leistungserbringung ein Abbruch möglich, wobei jedoch der Höchstbetrag von 2.800 DM weiterhin gilt. Erfolgt eine stundenweise Leistungserbringung durch eine nicht erwerbsmäßig pflegende Person, sollte eine entsprechende Beratung durch die Pflegekasse erfolgen. In der Regel ist für diesen Personenkreis der Anspruch auf Ersatzpflege nach § 39 Satz 4 SGB XI auf die Höhe des Pflegegeldes begrenzt (siehe auch Ziffer 2 Abs. 3). Hier kann es für den Pflegebedürftigen günstiger sein, keine Ersatzpflege zu beantragen, da der Anspruch auf Ersatzpflege sowieso auf die Höhe des Pflegegeldes begrenzt ist und bei einem Verzicht auf Beantragung der

Ersatzpflege der Gesamtanspruch durch die stundenweise Verhinderung der Pflegeperson nicht geschmälert wird.

Des weiteren können die Kosten der Ersatzpflege bis zum Höchstbetrag von 2.800 DM ohne anteilige Kürzung zusätzlich zur (ungekürzten) Pflegesachleistung nach § 36 SGB XI erstattet werden. Dies kann im Einzelfall – bei einem Pflegebedürftigen der Pflegestufe III – dazu führen, dass in einem Monat bis zu 5.600,00 DM und in Härtefällen sogar bis zu 6.550,00 DM von der Pflegekasse übernommen werden.

(2) Auf die Dauer des Leistungsanspruchs nach § 39 SGB XI wird die Zeit einer Leistungsgewährung nach § 42 SGB XI nicht angerechnet.

1 Einführung

1.1 Ausgangslage

Eine angemessene soziale Infrastruktur zu errichten und vorzuhalten erfordert nicht nur die Kenntnis des Bedarfs an einzelnen Einrichtungsarten, sondern auch die der Bedarfsänderungen sowie die wechselseitige Beeinflussung verschiedener Einrichtungen untereinander. Nur in der Gesamtschau einer Region lässt sich abschätzen, ob die geplanten oder vorgehaltenen Einrichtungen für die betroffenen Bevölkerungsschichten bedürfnisgerecht sind.

Von dieser auf die Region bezogenen Gesamtschau geht auch das Sozialgesetzbuch SGB XI in seinen Zielvorstellungen aus, indem es zunächst die pflegerische Versorgung der Bevölkerung als gesamtgesellschaftliche Aufgabe definiert und fortfährt:

Die Länder, die Kommunen, die Pflegeeinrichtungen und die Pflegekasse wirken unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes eng zusammen, um eine leistungsfähige, regional gegliederte, ortsnahe und aufeinander abgestimmte ambulante und stationäre pflegerische Versorgung der Bevölkerung zu gewährleisten. Sie tragen zum Ausbau und zur Weiterentwicklung der notwendigen pflegerischen Versorgungsstrukturen bei; das gilt insbesondere für die Ergänzung des Angebots an häuslicher und stationärer Pflege durch neue Formen der teilstationären Pflege und Kurzzeitpflege sowie für die Vorhaltung eines Angebots von die Pflege ergänzenden Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation. Sie unterstützen und fördern darüber hinaus die Bereitschaft zu einer humanen Pflege und Betreuung durch hauptberufliche und ehrenamtliche Pflegekräfte sowie durch Angehörige, Nachbarn und Selbsthilfegruppen und wirken so auf eine neue Kultur des Helfens und der mitmenschlichen Zuwendungen (§ 8 SGB XI).

Das besondere Gewicht, welches der Gesetzgeber auf die Ergänzung des pflegerischen Angebots durch teilstationäre Pflege und durch Kurzzeitpflege legt, erklärt sich aus dem Vorrang für häusliche und teilstationäre Pflege sowie Kurzzeitpflege (§ 3 SGB XI); Anspruch auf Pflege in vollstationären (Langzeit-) Pflegeeinrichtungen besteht nur dann, wenn häusliche oder teilstationäre Pflege nicht möglich ist oder wegen der Besonderheit des einzelnen Falles nicht in Betracht kommt (§ 43 (1) SGB XI).

Bezugsgröße für die Planung der sozialen Infrastruktur insgesamt oder einzelner Versorgungseinrichtungen ist die Region. Sollen Einrichtungen der Kurzzeitpflege den Vorgaben genügen, müssen sie leistungsfähig, regional gegliedert, ortsnah und mit den ambulanten und stationären pflegerischen Einrichtungen abgestimmt sein.

Für die Planung der Kurzzeit-Pflegeeinrichtung bedeutet dies im einzelnen, dass

- die Leistungen den vorgegebenen Standards für Qualität und Wirtschaftlichkeit entsprechen müssen (*leistungsfähig*);
- regionale Belange bei der Planung und dem Betrieb zu berücksichtigen sind, wobei ein einheitliches Kurzzeit-Pflegemodell nicht vorgesehen ist (*regional gegliedert*);
- möglichst viele kleine Einheiten zu errichten sind, so dass auch die Kurzzeitpflege im gewohnten sozialen Umfeld erbracht wird (*ortsnah*)
 - das Recht der Nutzer auf Wahlfreiheit zwischen Einrichtungen verschiedener Träger (§ 3 (2) SGB XI) wird dadurch in der Regel erst ermöglicht;
- Kurzzeitpflege als (Komplementär-) Einrichtung zur Unterstützung und Stabilisierung der häuslichen Pflege mit den ambulanten und stationären pflegerischen Einrichtungen sowohl in Bezug auf die Kapazität als auch die Einbindung *abgestimmt* werden muss, da nur so bedürfnis- und bedarfsgerechte Kapazitäten geschaffen werden können.

Besteht im Bereich der zuständigen Behörde eine Arbeitsgemeinschaft aus den Trägern der Sozialhilfe und den Verbänden der Wohlfahrtspflege entsprechend § 95 BSHG, so sind im Rahmen dieser Arbeitsgemeinschaft Fragen der bedarfsgerechten Planung zur Erhaltung und Schaffung von Langzeit- und Kurzzeit-Pflegeeinrichtungen in partnerschaftlicher Zusammenarbeit zu beraten (§ 11 (3) HeimG).

Inwieweit diese Vorgaben der Praxis genügen, sollte anhand ausgewählter Regionen und Kurzzeit-Pflegeeinrichtungen überprüft werden.

Dafür waren zunächst die für die jeweilige Region geltenden Rahmenbedingungen für Kurzzeitpflege sowie die sozio-demografischen Daten des hauptsächlich als Nutzer in Frage kommenden Personenkreises (ältere pflegebedürftige Menschen) zu ermitteln. Bei den Einrichtungsdaten galt es, nicht nur die Anzahl der verfügbaren Plätze und deren Nutzungsgrad festzustellen, sondern auch die Ursachen herauszufinden, weshalb Angaben über den Bestand an Kurzzeit-Pflegeeinrichtungen bzw. -plätze so stark divergieren (vgl. I. Bundespflegebericht 1998: Länderumfrage Januar 1997, VDAK September 1997). Ferner waren die Kostensätze der Einrichtungen zu vergleichen und die Gesamtbelastung für die Pflegegäste darzustellen: Wieviel kostet ein Kurzzeit-Pflegeaufenthalt?

Um diese Frage beantworten zu können, waren nicht nur die Kostensätze, sondern auch die Dauer des Aufenthalts der Pflegegäste zu er-

mitteln. Dies erfolgte im Rahmen einer Nutzeranalyse, die sich im hier vorliegenden I. Teil der Untersuchung mit den ‚harten‘ Nutzerdaten wie sozio-demografische Merkmale, Grad der Pflegebedürftigkeit, Dauer und Häufigkeit der Inanspruchnahme sowie die Kostenträger beschäftigt. Aus den Daten der Nutzer konnten durch die Einbeziehung verschiedener Vergleichsgrößen auch Informationen über die Komplementärgruppe der Nicht-Nutzer abgeleitet werden.

Einer der Eckpunkte für die Bestimmung des Bedarfs an Kurzzeitpflege ist die Art und der Umfang der Inanspruchnahme bestehender Einrichtungen. Hierfür war nicht nur die Belegung nach der Personenzahl, sondern auch nach dem Pflegeaufwand der Pflegegäste zu ermitteln, anschließend werden die Vorgaben für die Besetzung mit Pflegepersonal und die Höhe der Pflegesätze durch die Pflegestufe der Gäste bestimmt. Um die durch die kurze Aufenthaltsdauer in der Kurzzeitpflege verursachten starken Schwankungen der Belegung und des Pflegeaufwands der Gäste – und damit des Personalbedarfs und der Erlöse – erfassen zu können, mussten neue Methoden für die Berechnung und Darstellung tagesaktueller Werte entwickelt werden. Ein zentraler Gesichtspunkt war hierbei die Frage, welche Belegung bei der Kurzzeitpflege als realistischer Wert anzusehen ist?

Eine zweite ‚Säule‘ der Bedarfsbestimmung stellt die auf den Standort der Einrichtung bezogene Nutzerverteilung bzw. -konzentration dar:

- Welche Bedeutung hat der Standort in Bezug auf die Inanspruchnahme?
- Was passiert, wenn mehrere Einrichtungen ihre Dienste anbieten?
- Wird durch das Angebot der Leistung erst die Nachfrage geweckt?
- Ist die Forderung nach Wohnortnähe durch eine eigenständige Kurzzeitpflege entsprechender Größe realisierbar?

Aus den verschiedenen Zwischenergebnissen ließen sich Faktoren für die Bestimmung des Bedarfs an Kurzzeitpflege in einer Region ermitteln und Bedarfszahlen errechnen. Allerdings ergeben noch so praxisnahe Bedarfszahlen dann keinen Sinn, wenn trotz großzügiger Investitionshilfen Kurzzeit-Pflegeeinrichtungen aus betriebswirtschaftlichen Gründen nicht errichtet bzw. bestehende unzureichend genutzt oder gar geschlossen werden, weil sich der Betrieb ‚nicht rechnet‘, d.h. Verluste erzielt werden oder zumindest wahrscheinlich sind. Durch entsprechende Änderungen der Pflegesätze bzw. der Belegungsvorgaben könnte die wirtschaftliche Situation eigenständiger Kurzzeitpflege soweit zu verbessern ist, dass der Vorhalt einer ausreichenden Anzahl von auch

qualitativen Ansprüchen genügenden Kurzzeit-Pflegeplätzen zu sichern wäre.

Es konnte gezeigt werden, dass trotz höherer Aufwendungen bei der Kurzzeitpflege sowohl für die Pflegekassen als auch für die Träger der Sozialhilfe ambulante Betreuung *inklusive* Kurzzeitpflege wesentlich kostengünstiger als Heimpflege ist.

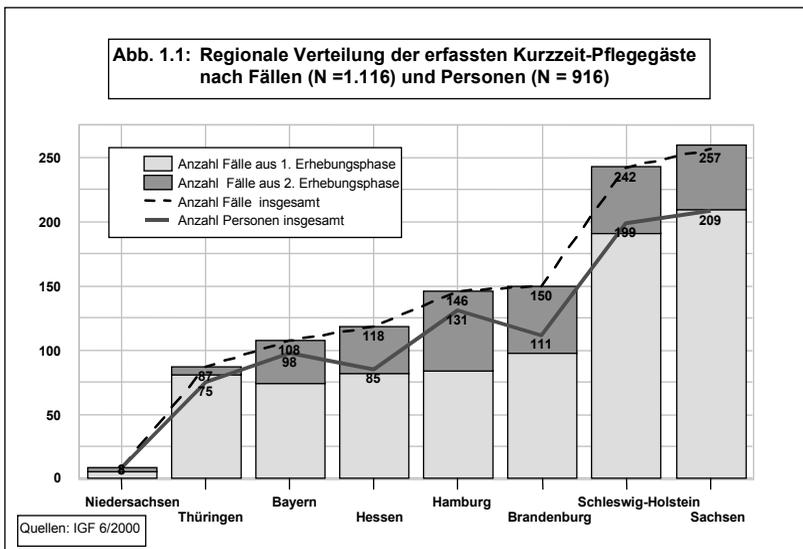
1.2 Methodischer Ansatz

Sowohl die Belegung von Kurzzeit-Pflegeeinrichtungen als auch die Zusammensetzung der Pflegegäste ist starken Schwankungen unterworfen. Die Verschiebung des Erhebungszeitpunkts um nur wenige Tage hätte bewirken können, dass sich die Zahl der anwesenden Gäste verdoppelt oder halbiert hätte. Sogar das vollständige Fehlen von Nutzern in der Kurzzeitpflege wäre mögliches Resultat bei einzelnen Einrichtungen gewesen. Eine Stichtagserhebung hätte höchstwahrscheinlich ein falsches Ergebnis geliefert und wurde deshalb nicht durchgeführt.

Für eine längerfristige Begleitforschung mit den üblichen Verfahrensschritten (Erstellung und Test der Erhebungsinstrumente, Datenerhebung, Auswertung) reichten einerseits die zur Verfügung stehende Zeit und die Projektmittel nicht aus. Andererseits waren die als erforderlich angesehenen Informationen über die Auswertung von Bestandsdaten der Einrichtungen nicht zu gewinnen. Als Lösung bot sich an, beide Erhebungsverfahren zu kombinieren. Zunächst wurden die anonymisierten Nutzerdaten für den Zeitraum von 12 Monaten teilweise rückwirkend, teilweise parallel erhoben (I. Erhebungsphase). Da dabei nur wenige Kerndaten erfasst werden konnten (Prinzip des kleinsten gemeinsamen Nenners), schloss sich daran eine vertiefende Nutzererhebung auf der Grundlage spezieller Fragebögen an (II. Erhebungsphase). Die Ergebnisse beider Nutzererhebungen wurden in Bezug auf ihre Signifikanz überprüft (Chi²- und U-Test). Alle getesteten Variablen (Alter, Geschlecht, Aufenthaltsdauer) wiesen keine signifikanten Abweichungen auf, so dass die in der vertiefenden Nutzeranalyse gefundenen Zusammenhänge mit hoher Wahrscheinlichkeit für die Gesamtheit der Daten gelten.

Insgesamt wurden 1.116 Pflegegäste (Fälle) erfasst. Davon entfielen auf die I. Erhebungsphase 822 und auf die II. Erhebungsphase 294 Fälle. Da im Lauf der Erhebung manche Gäste mehrmals Kurzzeitpflege in Anspruch nahmen, ist die Zahl der Personen (916) geringer als die Zahl der Fälle. Das Ziel, eine für alle Regionen annähernd gleiche

Zahl von Nutzern ausweisen zu können, erwies sich auf Grund der unterschiedlichen Platzzahl und Auslastung der einzelnen Einrichtung als nicht realisierbar. Dennoch konnte mit einer Ausnahme (Niedersachsen) für jede Region eine für statistische Zwecke ausreichende Fallzahl untersucht werden (vgl. Abb. 1.1).



Ferner wurden Daten der Einrichtungen erhoben, die deren wirtschaftliche Rahmenbedingungen widerspiegeln. Wegen der zum Teil fehlenden Einzelausweise von Kosten- und Leistungsdaten für die Kurzzeitpflege vor allem dann, wenn es sich um eingestreute Plätze handelte, wurden einzelne Fragenkomplexe (z.B. Personalbedarf) nicht auf der Grundlage von Einrichtungsdaten, sondern nur als Einzelfälle beispielhaft dargestellt oder anhand von Indikatoren abgeleitet.

Trotz der mit der Befragung und Datenerhebung verbundenen erheblichen Mehrarbeit für die Leitung und Mitarbeiter der Einrichtungen war die Kooperationsbereitschaft sehr groß. „Wir nehmen diese Zusatzbelastung auf uns,“ so ein Heimleiter, „weil in der Kurzzeitpflege endlich etwas passieren muss – so kann es nicht weitergehen!“

2 Daten der ausgewählten Regionen

Für die Inanspruchnahme von Kurzzeitpflege wird eine Vielzahl von Gründen genannt. Als hauptsächliche Faktoren gelten die Anzahl der ambulant versorgten Pflegebedürftigen, die Zahl der älteren bzw. hochbetagten Menschen sowie das verfügbare Angebot an ambulanten und stationären Diensten. Als bedeutsam anzusehen sind aber auch die rechtlichen Bedingungen, unter denen die Neueinrichtung oder Modernisierung von Kurzzeit-Pflegeeinrichtungen finanziert und betrieben werden können. Dieser Rahmen soll im nachfolgenden Abschnitt für die ausgewählten Regionen so ortsnah, wie es die Datenlage erlaubt, dargestellt werden.

2.1 Auswahlkriterien und geographische Lage

Um die Verschiedenartigkeit der Kurzzeit-Pflegeeinrichtungen zu gewährleisten und den Projektrahmen nicht zu sprengen, sollten die auszuwählenden Einrichtungen folgenden Standort-Kriterien genügen:

- Einbeziehung der Hälfte aller Bundesländer,
- ein ‚ausgewogenes‘ Verhältnis von neuen zu alten Ländern sowie
- von groß-, mittel- und ländlich-städtischen Gebieten.

Diesen Vorgaben wurde dahingehend zu genügen versucht, dass zunächst in der Mitte der Republik auf einer Nord-Süd-Achse sämtliche, auf einer West-Ost-Achse nur die östlichen Bundesländer als in Frage kommend bestimmt wurden. Aus jedem dieser Bundesländer wurden entsprechend der Vorgaben eine Region ausgewählt und in Bezug auf das Vorhandensein von Kurzzeit-Pflegeeinrichtungen hin überprüft. Soweit Auswahlmöglichkeiten bestanden, wurde das Prinzip des möglichst großen Unterschieds sowohl bei den Regionen als auch der Organisationsform der Einrichtung zu realisieren versucht.

Die getroffene Regionalauswahl ist in Tabelle 2.1 dargestellt:

Tabelle 2.1: Ausgewählte Regionen

Bundesländer	Großstadt	Mittelstadt	ländlich-städtisch
Bayern	München		
Brandenburg		Brandenburg/ Havel	
Hamburg	Hamburg		
Hessen		Kassel	
Niedersachsen			Landkreis Uelzen
Sachsen	Dresden		
Schleswig-Holstein			Landkreis Plön
Thüringen			Kyffhäuserkreis

Von den acht ausgewählten Bundesländern sind 3 den neuen, 5 den alten Ländern zugehörig. Dem Kriterium ‚Großstadt‘ genügten auf den vorbestimmten Auswahlachsen zwei Städte mit jeweils mehr als 1 Million Einwohner, ihre Auswahl war mangels entsprechender Alternativen vorgegeben. Bei den ‚Mittelstädten‘ wurde auf unterschiedliche Einwohnerzahl und sonstige Besonderheiten geachtet. Die Auswahl fiel auf

- die Stadt Dresden, weil zukünftig in der Stadt Kurzzeitpflege flächendeckend vorgehalten werden soll,
- die Stadt Kassel wegen des besonders hohen Anteils von Senioren im Stadtteil Wilhelmshöhe und
- die Stadt Brandenburg auf Grund der Besonderheiten bei der Umstrukturierung von Pflegeeinrichtungen.

Als ‚ländlich-städtische‘ Gebiete wurden ausgewählt

- die Landkreise und die Stadt Uelzen wegen der Ferne und
- der Landkreis Plön wegen der Nähe zu einer größeren Stadt,
- der Kyffhäuserkreis auf Grund der strukturellen Veränderungen (weitgehender Wegfall des Bergbaus) in der gesamten Region.

Die angestrebte regionale Unterschiedlichkeit dürfte somit gewährleistet sein.

Die geographische Lage der ausgewählten Regionen ist in den beiden Karten ‚Deutschland – nördlicher Teil‘ und ‚Deutschland – südlicher Teil‘ wiedergegeben, sie ist als kursiv geschriebener, unterstrichener Name hervorgehoben.

Deutschland - nördlicher Teil





2.2 Sozio-demografische Daten

Die Verschiedenartigkeit der Regionen bedingte höchst unterschiedliche Quellen und Bestände von Daten mit abweichender Aktualität. Die jeweilige Gesamt-Einwohnerzahl sowie die der Senioren zu einem einheitlichen zeitnahen Zeitpunkt darzustellen, war auf Grund der Datenlage in den einzelnen statistischen Landesämtern und kommunalen Statistikämtern – trotz teilweiser Sonderauswertungen speziell für die Zwecke dieser Untersuchung – nicht möglich. Um Verzerrungen zu minimieren und die Vergleichbarkeit der Einzeldaten zu gewährleisten, wurde der zeitliche Stand so nahe wie möglich auf den Untersuchungszeitraum ‚1999‘ bezogen. Dies gelang jedoch nicht in allen Fällen, so spiegeln beispielsweise die Bevölkerungsdaten für das gesamte Bundesgebiet (Statistisches Jahrbuch 1999) den Stand vom 31.12.1997 wieder. Bei Vergleichsrechnungen auf der Grundlage der Bevölkerungsstatistik für die Bundesrepublik Deutschland musste deshalb bei anderen Daten auf ältere ‚kompatible‘ Bestände zurückgegriffen werden, obwohl aktuellere Einzelstatistiken zur Verfügung gestanden hätten.

2.2.1 Pflegebedürftige

Die Anzahl der zu Hause lebenden Pflegebedürftigen einer Region ist wahrscheinlich der gewichtigste Bedarfsindikator für die Nutzung der Kurzzeitpflege. Leider waren kleinräumig-regional gegliederte Daten, die alle dort lebenden Pflegebedürftigen erfassen (Bestandsdaten), für die meisten Regionen nicht verfügbar. Einzelne Pflegekassen veröffentlichten zwar kleinräumig gegliederte Bestandsdaten, hierin sind aber nur die bei ihnen versicherten Pflegebedürftigen (z.B. AOK Thüringen 1999), nicht aber die bei anderen gesetzlichen oder privaten Pflegekassen Versicherten enthalten. Die von den Medizinischen Diensten der Krankenkassen zur Verfügung gestellten Daten (z.B. MDK Bayern 1998) enthalten zwar alle pflegeversicherten Neuzugänge des Berichtjahres in kleinräumiger Darstellung, nicht aber den Bestand der Pflegebedürftigen. Lediglich für die Großstädte München (Sozialreferat 1999) und Hamburg (BAGuS 2000) wurde die Zahl der zu Hause lebenden Pflegebedürftigen für aggregierte Stadtbezirke ermittelt. In den anderen Regionen ist diese Zahl der zu Hause lebenden Pflegebedürftigen nicht bekannt¹.

1 Die nach Redaktionsschluss (Juli 2000) veröffentlichten Daten für Niedersachsen (Pflegerahmenplan 2000) konnten leider nicht mehr eingearbeitet werden.

So lange entsprechende kleinräumig ausgewiesene Daten in den meisten Regionen fehlen und dort, wo sie verfügbar sind, sie nur für größere Bezirke ausgewiesen wurden,² bleibt nur der Bezug auf die Bestandsdaten der Pflegebedürftigen für die Bundesrepublik Deutschland.

Tabelle 2.2: Anzahl der Leistungsempfänger der sozialen Pflegeversicherung* nach Pflegestufen

Ambulant Betreute	Pflegestufe 1	Pflegestufe 2	Pflegestufe 3	gesamt	Index (1997 = 100)
Stand: Jahresende					
1995	---	---	---	1.061.418	88,6
1996	508.462	507.329	146.393	1.162.184	97,0
1997	568.768	486.338	142.997	1.198.103	100,0
1998	607.188	463.721	135.573	1.206.482	100,7
30.06.99	639.199	467.622	137.589	1.244.410	103,9
Stationär Betreute					
Stand: Jahresende					
1995	---	---	---	---	---
1996	111.856	162.818	109.888	384.562	83,1
1997	159.467	189.862	113.278	462.607	100,0
1998	187.232	209.751	112.509	509.492	110,1
30.06.99	195.147	216.274	111.507	522.928	113,0
Pflegebedürftige gesamt					
Stand: Jahresende					
1995	---	---	---	---	---
1996	620.318	670.147	256.281	1.546.746	93,1
1997	728.235	676.200	256.275	1.660.710	100,0
1998	794.420	673.472	248.082	1.715.974	103,3
30.06.99	834.346	683.896	249.096	1.767.338	106,4

* Ohne privat Versicherte (rd. 70.000)

Quelle: <http://www.bmggesundheits.de>; Stand: Juli 2000

Zum Stichtag 30.6.1999 lebten in der Bundesrepublik Deutschland 1,78 Millionen Pflegebedürftige, die Leistungen nach dem SGB XI bezogen. Davon wurden 70 % zu Hause und 30 % in stationären Einrichtungen betreut. Die Relation ‚stationär zu ambulant Betreute‘ veränderte sich seit 1997 zu Gunsten der vollstationär Betreuten³: Der Anteil der am-

2 Auch bei diesen Daten kann eine gewisse Unschärfe nicht ausgeschlossen werden, da sie auf der Grundlage von ‚Rechenmodellen‘ (München) bzw. ‚Hochrechnungen‘ (Hamburg) ermittelt wurden.

3 1997 ist das erste vollständige Jahr, in dem auch Pflegebedürftige in Heimen Leistungen nach dem SGB XI erhielten.

bulant betreuten Pflegebedürftigen erhöhte sich bis Mitte 1999 um 4 %, derjenige der stationär betreuten Pflegebedürftigen stieg im selben Zeitraum aber um 13%. Auch die Verteilung der Leistungsempfänger innerhalb der einzelnen Pflegestufen unterlag Veränderungen: Sowohl bei den ambulant als auch stationär betreuten Pflegebedürftigen nahm der Anteil der Leistungsempfänger der Pflegestufe 1 zu, während sich der Anteil der Pflegestufe 2 und 3 verminderte.

Tabelle 2.3: Verteilung der Leistungsempfänger der sozialen Pflegeversicherung* nach Pflegestufen

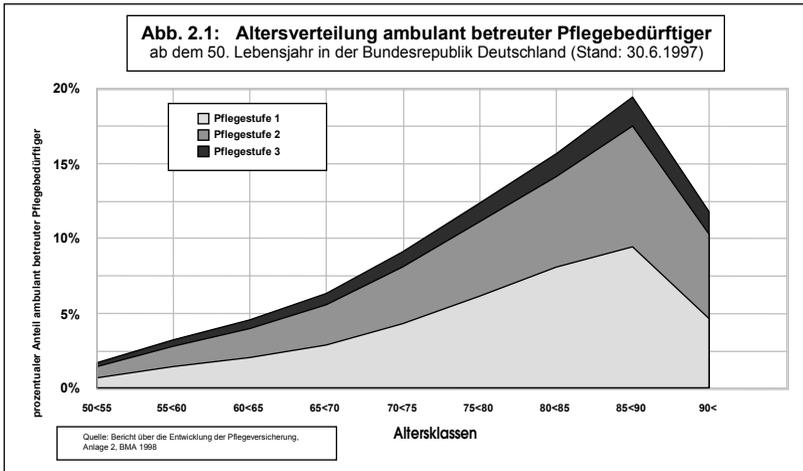
Ambulant Betreute	Pflegestufe 1	Pflegestufe 2	Pflegestufe 3
Stand: Jahresende			
1996	43,8%	43,7%	12,6%
1997	47,5%	40,6%	11,9%
1998	50,3%	38,4%	11,2%
30.6.1999	51,4%	37,6%	11,1%
Stationäre Betreute			
Stand: Jahresende			
1996	29,1%	42,3%	28,6%
1997	34,5%	41,0%	24,5%
1998	36,7%	41,2%	22,1%
30.6.1999	37,3%	41,4%	21,3%
Pflegebedürftige gesamt			
Stand: Jahresende			
1996	40,1%	43,3%	16,6%
1997	43,9%	40,7%	15,4%
1998	46,3%	39,2%	14,5%
30.6.1999	47,2%	38,7%	14,1%

* Ohne privat Versicherte

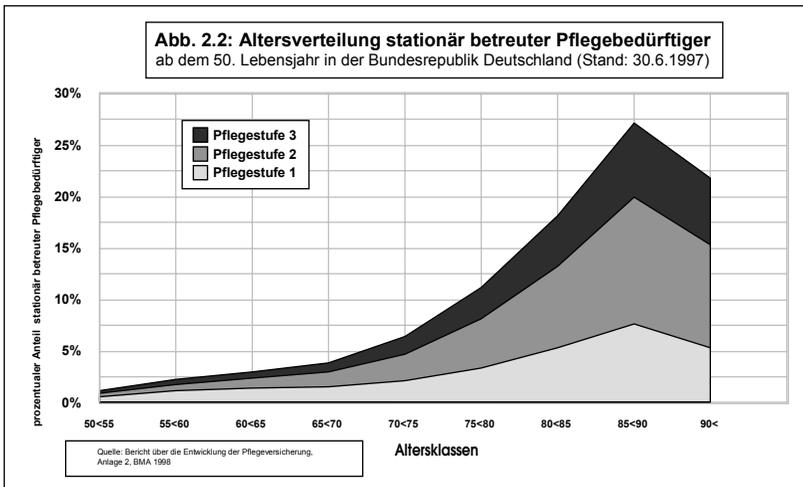
Quelle: <http://www.bmggesundheit.de>; Stand: Juli 2000

Aus diesen Werten für eine kleinräumige Regionen Schätzwerte bezüglich der Anzahl der Pflegebedürftigen ableiten zu wollen, ist sicherlich nicht zulässig. Da aber Pflegebedürftigkeit mit höherem Alter stark zunimmt (vgl. Abb. 4.1 und 4.2), könnte allein die Altersstruktur einer Region dann als Indikator für die Zahl Pflegebedürftiger und damit potentieller Nutzer dienen, wenn es sich um Einrichtungen handelt, die fast ausschließlich von alten oder hochbetagten Menschen in Anspruch genommen werden. Da Pflegebedürftigkeit hauptsächlich bei den Hochbetagten und als relativ konstanter Faktor auftritt, kann – so lange keine besseren Daten vorhanden sind – aus der altersspezifischen Quote der Pflegebedürftigen die Zahl der Pflegebedürftigen einer Region grob ge-

schätzt werden, indem man den Anteil der Pflegebedürftigen einer Altersgruppen auf die entsprechende Bevölkerung einer Region überträgt.



Von den ambulant betreuten Pflegebedürftigen sind 60 % 70 Jahre oder älter, die am stärksten besetzte Altersgruppe sind die 85 bis 90jährigen mit 19,4 %. Auch bei den vollstationär versorgten Pflegebedürftigen sind die meisten zwischen 85 und 90 Jahre alt (27 %), 78 % der den in Heimen lebenden Menschen sind mindestens 70 Jahre alt.



Die aktuellsten Daten für die Altersverteilung lagen zum Zeitpunkt der Untersuchung für die Pflegebedürftigen (30.6.1997, BMA 1998) und die Einwohner der Bundesrepublik Deutschland (31.12.1997, Statistisches Jahrbuch 1999) für 1997 vor. Aus diesen Datenquellen lässt sich der Anteil der Pflegebedürftigen an der Gesamtbevölkerung der einzelnen Altersklassen errechnen (vgl. Tabelle 2.4).

Tabelle 2.4: Anteil der pflegebedürftigen Leistungsempfänger nach SGB XI an den jeweiligen Altersgruppen der Einwohner der BRD

Tabelle 2.4 a: Ambulant Betreute

Altersklassen	Pflegestufe			Gesamt
	1	2	3	
Anteil an der Altersklasse der Bevölkerung der BRD				
50<55	0,19%	0,18%	0,06%	0,44%
55<60	0,29%	0,27%	0,09%	0,64%
60<65	0,48%	0,46%	0,13%	1,07%
65<70	0,84%	0,79%	0,22%	1,85%
70<75	1,49%	1,29%	0,35%	3,13%
75<80	2,84%	2,25%	0,57%	5,66%
80<85	6,29%	4,76%	1,16%	12,21%
85<90	10,05%	8,60%	2,06%	20,70%
90<	12,38%	14,97%	4,02%	31,37%
Anteil nach Pflegestufen	47,32%	41,77%	10,90%	100,0%
Anteil a. d. Gesamtsumme	33,44%	29,52%	7,71%	70,67%

Tabelle 2.4 b: Stationär Betreute

Altersklassen	Pflegestufe			Gesamt
	1	2	3	
Anteil an der Altersklasse der Bevölkerung der BRD				
50<55	0,06%	0,03%	0,02%	0,11%
55<60	0,08%	0,05%	0,03%	0,17%
60<65	0,12%	0,09%	0,05%	0,26%
65<70	0,16%	0,15%	0,10%	0,42%
70<75	0,26%	0,33%	0,21%	0,81%
75<80	0,56%	0,80%	0,52%	1,89%
80<85	1,51%	2,28%	1,39%	5,18%
85<90	3,00%	4,83%	2,85%	10,68%
90<	5,17%	9,89%	6,32%	21,38%
Anteil nach Pflegestufen	29,74%	43,25%	27,01%	100,00%
Anteil a. d. Gesamtsumme	8,72%	12,69%	7,92%	29,33%

Tabelle 2.4 c: Pflegebedürftige gesamt

Altersklassen	Pflegestufe 1	Pflegestufe 2	Pflegestufe 3	Gesamt
	Anteil an der Altersklasse der Bevölkerung der BRD			
50<55	0,25%	0,21%	0,09%	0,54%
55<60	0,37%	0,32%	0,12%	0,81%
60<65	0,60%	0,54%	0,19%	1,33%
65<70	1,01%	0,94%	0,32%	2,26%
70<75	1,76%	1,62%	0,56%	3,93%
75<80	3,40%	3,05%	1,10%	7,55%
80<85	7,80%	7,04%	2,55%	17,39%
85<90	13,04%	13,42%	4,91%	31,38%
90<	17,54%	24,86%	10,35%	52,75%
Anteil nach Pflegestufen	42,16%	42,21%	15,63%	100,00%

Quellen: Statistisches Jahrbuch der Bundesrepublik Deutschland 1999, Tabelle 3.11;
BMA: Bericht über die Entwicklung der Pflegeversicherung 1998, Anlage 2;
eigene Berechnung

Tabelle 2.4 sei am Beispiel der 85 bis 90jährigen erläutert: Der Anteil der Pflegebedürftigen an den Einwohnern der Bundesrepublik Deutschland dieser Altersgruppe belief sich im zweiten Halbjahr 1997 auf 31,38 %. Dieser Prozentsatz setzt sich zusammen aus 13,0 % der Einwohner dieser Altersklasse, die Pflegestufe 1 erhalten hatten, die Pflegestufe 2 war 13,4 % und Pflegestufe 3 war 4,9 % zuerkannt worden. Von den Pflegebedürftigen der 85 bis 90jährigen wurden 20,70 % ambulant und 10,68 % stationär betreut.

Dass der ausschließliche Bezug auf das Alter der Pflegebedürftigen durchaus akzeptable Schätzwerte zu liefern imstande ist, zeigt sich beim Vergleich der Quoten, die in den Städten München und Hamburg für die dort lebenden Pflegebedürftigen ermittelt wurden (Skalierung nach den jeweiligen Vorgaben der Städte):

Tabelle 2.5 a: Vergleich der Anteile ambulant betreuter Pflegebedürftigen an der Bevölkerung

Altersklasse	München	Bundesrepublik Deutschland
	Anteile an der Bevölkerung je Altersklasse	
50<60	0,5%	0,6%
60<70	1,3%	1,4%
70<80	4,1%	4,2%
80<90	14,4%	15,8%
90<	28,9%	31,4%

Quellen: München: Sozialreferat Stadt München 1999; sonst: eigene Berechnung

Die Abweichungen zwischen den in München ermittelten und den auf der Grundlage der Altersverteilung der Bundesrepublik Deutschland berechneten Werten betragen in den Altersklassen bis 80 Jahre nur jeweils 0,1, bei den folgenden beiden Altersklassen 1,4 bzw. 2,5 Prozentpunkte. Die auf der Basis des altersbezogenen Schätzwertes errechnete Zahl der Pflegebedürftigen in München weicht von der dort ausgewiesenen um + 7 % ab.

Zu sehr ähnlichen Ergebnissen führt der Vergleich mit den für Hamburg errechneten Werten für die Gesamtzahl der Pflegebedürftigen; eine Aufschlüsselung nach ambulant bzw. stationär Betreuten liegt nicht vor:

Tabelle 2.5 b: Vergleich der Anteile der Pflegebedürftigen an der Bevölkerung

Altersklasse	Hamburg	Bundesrepublik Deutschland
	Anteile an der Bevölkerung je Altersklasse	
50<55	0,71%	0,54%
55<60	1,04%	0,81%
60<65	1,59%	1,33%
65<70	2,53%	2,26%
70<75	4,22%	3,93%
75<80	7,18%	7,55%
80<	23,47%	27,56%

Quellen: BAGuS Hamburg, Rahmenplan der pflegerischen Versorgung (Entwurf vom 10.1.2000); sonst: eigene Berechnung

Im Vergleich zu den Quoten Hamburgs betragen die Abweichungen bis zu den Altersklassen der noch nicht 80jährigen weniger als 0,5 Prozentpunkte. Lediglich bei den ab 80jährigen ist die Differenz mit 4,1 Prozentpunkten erheblich größer. Die für die Bundesrepublik Deutschland errechneten Quoten ergäben auch für Hamburg eine um 7 % höhere Anzahl Pflegebedürftiger.

Der Anteil der Pflegebedürftigen scheint zumindest bei den höheren Altersgruppen ein relativ konstanter Faktor zu sein und legt damit nahe, aus der Altersstruktur der Bevölkerung einer Region die ungefähre Zahl der Pflegebedürftigen abzuleiten. In welchem Umfang der hier vermutete Zusammenhang tatsächlich gegeben ist und mit welcher Genauigkeit und Wahrscheinlichkeit – eventuell unter Zuhilfenahme anderer Indikatoren – sich damit die Zahl der Pflegebedürftigen auch kleinräumig bestimmen lässt, wäre im Rahmen einer anderen Untersuchung empirisch zu erforschen.

2.2.2 Bevölkerung in den ausgewählten Regionen

Für die Einrichtungsstandorte und die Bezugsregionen sind jeweils alle Einwohner sowie die Bevölkerungsgruppen, die das 65. bzw. das 80. Lebensjahr vollendet hatten, dargestellt. Die Spalte ‚Anteile an der nächst höheren Region‘ gibt hierarchisch gegliedert den Anteil der jeweiligen Region an ihrer ‚übergeordneten‘ Bezugsgröße als Prozentwert wieder. Die Spalten ‚Anteil an der Gesamtbevölkerung der Region‘ zeigen das Gewicht der entsprechenden Bevölkerungsgruppe in der jeweiligen Bezugsregion an (vgl. Tabelle 2.6).

Nimmt man die für die Bundesrepublik Deutschland geltenden Mittelwerte als Vergleichswert, so zeigt sich, dass in den ausgewählten Standorten von Kurzzeitpflege-Einrichtungen der Anteil der Einwohner, die 65 Jahre oder älter sind, mit einer Ausnahme⁴ über dem Durchschnitt von 15,8 % liegen. Den höchsten Anteil bei den ab 60jährigen weisen die Stadtteile Kassel-Wilhelmshöhe mit 27 % und Dresden-Altstadt mit 26 % auf.

Auch bei den ab 80jährigen sind die Stadtteile Dresden-Altstadt und Kassel-Wilhelmshöhe ‚Rekordhalter‘. Bei dieser Altersgruppe sind die Unterschiede zwischen diesen Städten aber wesentlich ausgeprägter. Während in Dresden-Altstadt der Anteil der Hochbetagten bei 6,7 %

4 Stadt Brandenburg/Havel mit 15,1 %.

Tabelle 2.6: Bevölkerung der Einrichtungsstandorte und der Bezugsregionen

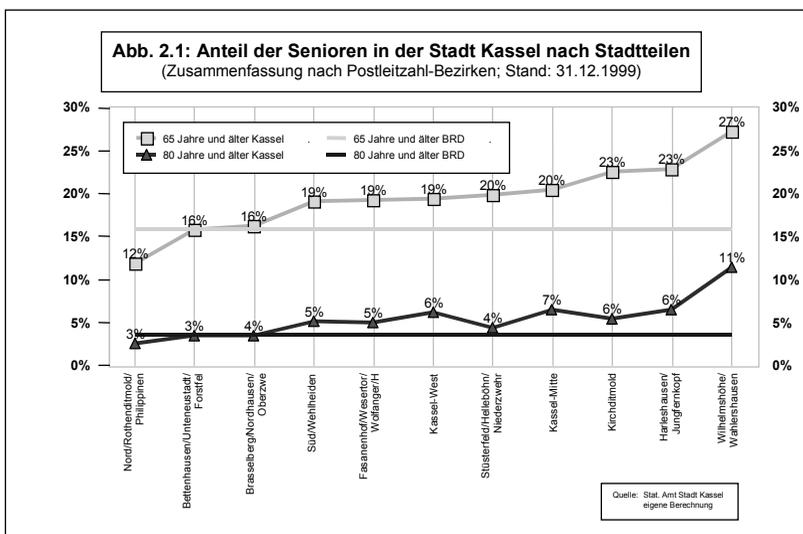
Stand: Ende 1998		Einwohner					
		gesamt Personen (Tausend)	Anteil an der nächst- höheren Region	65 Jahre und älter Personen (Tausend)	Anteil a. d. Ge- samtbe- völkerung der Region	80 Jahre und älter Personen	Anteil a. d. Ge- samtbe- völkerung der Region
Land	Bayern	12.056,7	14,7%	1.890,0	15,7%	---	---
kreisfreie Stadt	München	1.323,1	11,0%	208,7	15,8%	51.178	3,87%
Stadtbezirk	Laim/Schw. Höhe	72,3	5,5%	15,4	21,3%	---	---
Stadtbezirk	Feldm/Hasenberg	53,7	4,1%	12,7	23,6%	---	---
	I						
Land	Brandenburg	2.561,7	3,1%	359,6	14,0%	77.952	3,04%
kreisfreie Stadt	Brandenburg/H.	82,5	3,2%	12,5	15,1%	2.852	3,46%
Land	Hamburg	1.696,1	2,1%	285,9	16,9%	72.517	4,28%
Bezirk	HH-Mitte	228,3	13,5%	33,9	14,9%	7.783	3,41%
Stadtteil	Horn	35,9	2,1%	6,8	18,9%	1.592	4,44%
Stadtteil	Hamm (N+S+M)	35,3	2,1%	7,3	20,8%	1.887	5,34%
Land	Hessen	6.031,3	7,4%	960,5	15,9%	---	---
kreisfreie Stadt	Kassel	192,5	3,2%	36,1	18,8%	9.717	5,05%
Stadtteil	Wilhelmshöhe	11,0	5,7%	3,0	27,3%	1.268	11,50%
Land	Niedersachsen	7.832,3	9,5%	1.272,2	16,2%	---	---
Landkreis	Uelzen	97,0	1,2%	18,7	19,3%	4.631	4,78%
Stadt	Uelzen	35,3	36,5%	7,1	20,0%	1.906	5,39%
restl. Landkreis	Uelzen	61,6	63,5%	11,7	18,9%	2.725	4,42%
Land	Sachsen	4.537,6	5,5%	778,8	17,2%	---	---
kreisfreie Stadt	Dresden	472,0	10,4%	79,6	16,9%	19.627	4,16%
Stadtbezirk	Altstadt	52,0	11,0%	13,7	26,4%	3.465	6,70%
Stadtbezirk	Pieschen	39,4	8,3%	6,7	17,0%	1.678	4,26%
Land	Schlesw.- Holstein	2.749,6	3,4%	440,9	16,0%	108.758	3,96%
kreisfreie Stadt	Kiel	230,5	8,4%	38,1	16,5%	10.682	4,64%
Landkreis	Plön	130,8	4,8%	20,6	15,7%	4.910	3,75%
Stadt	Preetz	13,4	10,3%	1,9	14,0%	501	3,73%
Ort	Schönkirchen	6,3	4,8%	1,1	7,8%	227	1,69%
Ort	Laboe	5,1	3,9%	0,6	4,2%	114	0,85%
Land	Thüringen	2.484,9	3,0%	385,3	15,5%	---	---
Landkreis	Kyffhäuserkreis	96,1	3,9%	15,6	16,3%	2.841	2,96%
Stadt	Artern	7,1	7,4%	1,2	16,3%	---	---
Bundesrepublik Deutschland		82.057,4	100,0%	12.966,4	15,8%	3.028.300	3,69%

Quellen: Bundesländer: Statistisches Jahrbuch der Bundesrepublik Deutschland 1999, Tabellen 3.1 und 3.6;
sonst: Statistische Landesämter und lokale Quellen

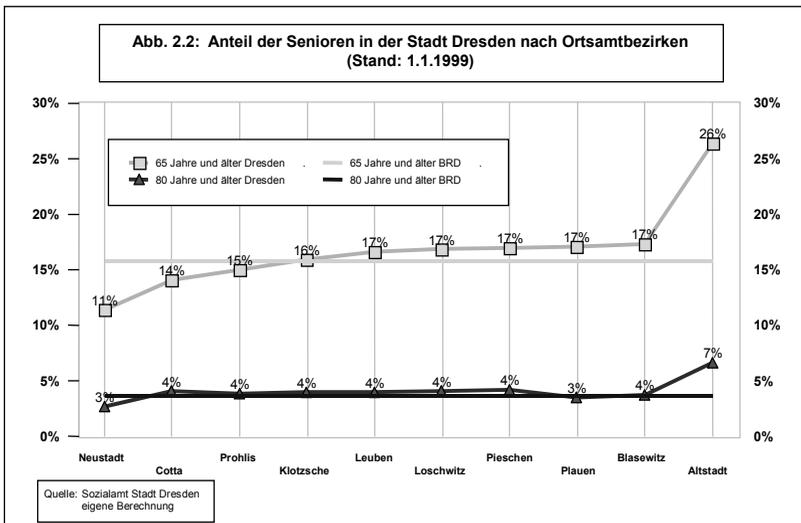
liegt und damit Werten in anderen Regionen nahe kommt, beträgt er in Kassel-Wilhelmshöhe 11,5 % (!) der Gesamtbevölkerung. In beiden Stadtteilen ist somit zwar jeder vierte Einwohner 60 Jahre oder älter, während aber in Kassel-Wilhelmshöhe fast die Hälfte der ‚Senioren‘ 80 Jahre oder älter sind, beträgt ihr Anteil in Dresden-Altstadt 25 %.

Im Bundesdurchschnitt liegt der Anteil der Einwohner, die 80 Jahre oder älter sind, bei 3,7%. Der Anteil der ab 80jährigen an den Senioren liegt bei ca. 25 %.

Dass diese Extremwerte nicht für alle Stadtteile Kassels bzw. Dresdens gelten, zeigen nachfolgende Abbildungen 2.1 und 2.2:



Zwar ist der Anteil der Senioren in allen Altersgruppen in Kassel-Wilhelmshöhe am höchsten, aber auch in den meisten anderen Bezirken liegt der Seniorenanteil über dem Bundesdurchschnitt (15,8 % bei den ab 65jährigen und 3,7 % bei den ab 80jährigen Einwohnern).



In Dresden ist weder der Anteil der ab 65jährigen, noch derjenige der ab 80jährigen in den meisten Bezirken überdurchschnittlich vertreten, vielmehr entspricht ihr Anteil in etwa dem Mittelwert der Bundesrepublik Deutschland. Der zweite Bezirk, in dem eine von uns erfasste Kurzzeit-Pflegeeinrichtung liegt, ist der Stadtteil Pieschen. Dort sind in Bezug auf die Altenpopulation keine Besonderheiten festzustellen.

Da das Ziel bei der Auflistung regionaler Bevölkerungszahlen die Ermittlung des Nutzerpotentials für Kurzzeit-Pflegeeinrichtungen ist, muss für jede Region zusätzlich untersucht werden, ob nicht der hohe Anteil alter Menschen in einzelnen Stadtbezirken durch eine besondere Konzentration von stationären Pflegeeinrichtungen zustande kommt. Wäre dies der Falls, müssten die Zahlen entsprechend ‚bereinigt‘ werden, da die in Langzeit-Pflegeheimen lebenden Menschen als Nutzer der Kurzzeitpflege in der Regel nicht in Frage kommen (vgl. Abschnitt 8).

2.3 Rechtlicher Rahmen

Die ausgewählten Einrichtungen verteilen sich auf acht verschiedene Bundesländer. Dementsprechend gelten neben den Gesetzen, Verordnungen und Vereinbarungen auf Bundesebene auch die in den jeweiligen Ländern verbindlichen rechtlichen Vorgaben auf Landesebene, d.h. es sind zusätzlich (achtmal) die dort geltenden Gesetze, Verordnungen und Vereinbarungen einzubeziehen. Bei gegebener Vielfalt konnte nur

auf solche Aspekte eingegangen werden, die auf Landesebene von besonderer Bedeutung für die Einrichtung und den Betrieb von Kurzzeit-Pflegeeinrichtungen sein dürften.

Dies sind im wesentlichen die Themenbereiche und ihre hauptsächlichen Fragestellungen:

– **Bedarfsplanung**

Wer ist in welchem Umfang für die Planung sozialer Einrichtungen zuständig?

– **Investitionsförderung und wirtschaftliche Auflagen**

An welche Bedingungen ist die Förderung der Neueinrichtung oder Modernisierung von Pflegeeinrichtungen geknüpft und wie hoch sind die Förderquoten bzw. -beträge?

Gibt es Vorgaben für die Organisationsform und Größe der Einrichtungen? Welche Vorgaben bestehen für die Verteilung der gesondert berechenbaren Aufwendungen (Investitionszulagen) und für die Auslastung der Einrichtung?

– **Bewohnerbezogene Zuwendungen zu den Betriebskosten**

Gibt es Zuwendungen, welche die Nutzer der Kurzzeit- oder Ersatzpflege direkt entlasten und wie ist ggf. die Vergabe geregelt?

– **Vernetzung und Kooperation**

Wie soll erreicht werden, dass das Zusammenwirken der verschiedenen Einrichtungsarten primär an den Bedürfnissen der Nutzer ausgerichtet ist?

– **Allgemeines**

Bestehen Besonderheiten, welche für den Betrieb von Kurzzeit-Pflegeeinrichtungen von Interesse sein könnten?

Bei der Fülle des Materials konnten die Themenbereiche für die einzelnen Bundesländer nur in Stichworten dargestellt werden. Auf Grund der Vielzahl von Gesetzen, Verordnungen und Übereinkünften, der Schwierigkeiten beim Zugang zu einzelnen Quellen sowie der noch nicht abgeschlossenen Erstellung von Rahmenplänen kann keine Garantie im Hinblick auf die Vollständigkeit und die Aktualität nachfolgend aufgelisteter rechtlicher Rahmenbedingungen gegeben werden.

Bayern		
A. Bedarfsplanung		
Land (Art. 8 AGPflegeVG)	Beteiligt sich an der Finanzierung der betriebsnotwendigen Investitionsaufwendungen für bedarfsgerechte Pflegeeinrichtungen durch die Gewährung von Zuwendungen.	
Bezirke (Art. 7 AGPflegeVG)	Sind verpflichtet zu gewährleisten, dass bedarfsgerechte vollstationäre Pflegeeinrichtungen rechtzeitig und ausreichend zur Verfügung stehen.	
Landkreis/ Kreisfreie Städte (Art. 5 und 6 AGPflegeVG)	Sind verpflichtet zu gewährleisten, dass bedarfsgerechte ambulante Pflegedienste sowie teilstationäre und Kurzzeitpflegeeinrichtungen rechtzeitig und ausreichend zur Verfügung stehen.	
Landespflegeausschuß (§ 1 AVPflegeVG)	Beratung über Fragen der Finanzierung und des Betriebes von Pflegeeinrichtungen in Bayern.	
örtliche Pflegekonferenz	nicht vorgesehen	
B. Investitionsförderung und wirtschaftliche Auflagen		
Als förderungsfähige Festbeträge gelten für Investitionen (§ 31 (1) AVPflegeVG)	Herstellung/ Anschaffung	Modernisierung/ Umstrukturierung
pro Platz in der Tagespflege	Baumaßnahme 72.000 Innenerstaussstattung 6.000 Miete/Pacht 10.800	Baumaßnahme 24.000 Innenerstaussstattung 6.000 Miete/Pacht 10.800
pro Platz in der Nachtpflege	Baumaßnahme 80.000 Innenerstaussstattung 10.000 Miete/Pacht 10.800	Baumaßnahme 52.000 Innenausstattung 10.000 Miete/Pacht 10.800
pro Pflegeplatz in der Kurzzeitpflege	Baumaßnahme 104.000 Innenerstaussattung 10.000 Miete/Pacht 15.200	Baumaßnahme 52.000 Innenausstattung 10.000 Miete/Pacht 15.200
pro Pflegeplatz in der vollstationären (Dauer-)Pflege	Gesamtmaßnahme 90.000	Gesamtmaßnahme 60.000
Die Anteilsfinanzierung beträgt höchstens (§ 31 (2) bei AVPflegeVG) bei		
Teilstationären und Kurzzeit -Pflegeeinrichtungen	k.A.	80 %
Vollstationärer (Dauer-)Pflege	k.A.	60 %
Land und Kommunen beteiligen sich zu je 50 % an der Finanzierung der o.g. Beträge (§ 31 (1) AVPflegeVG).		
Zur angemessenen Größe der zu fördernden Einrichtungen gibt es keine Vorgaben.		
Förderungsfähige Aufwendungen sind in gleichen Tagesbeträgen auf die Zahl der Plätze der Pflegeeinrichtung zu verteilen (§ 35 AVPflegeVG)		
Als Berechnungsgrundlage gelten für	Auslastung/Jahr	Berechnungstage
teilstationäre Einrichtungen	60 %	k.A.
Kurzzeitpflege	75 %	k.A.
Dauerpflege	95 %	k.A.
C. Bewohnerbezogene Zuwendungen zu den Betriebskosten		
Nicht vorgesehen		
D. Vernetzung/Kooperation		
Die Landesverbände der Pflegekassen schließen mit den Vereinigungen der Träger von Krankenhäusern und Rehabilitationseinrichtungen gemeinsam und einheitlich eine Vereinbarung zu dem Zweck, den nahtlosen Übergang von der Krankenhaus- oder Rehabilitationsbehandlung zu einer notwendigen Pflege im Sinn des SGB XI durch eine zugelassene Pflegeeinrichtung zu regeln (Art. 10 AGPflegeVG).		
Förderfähig sind nur solche Maßnahmen, deren Bedarf von der kreisfreien Gemeinde bzw. dem Landkreis festgestellt worden ist (Pkt. 1.1 der Hinweise zum Verfahren der staatlichen Förderung...) und die den Qualitätssvorgaben des SGB XI und den darauf beruhenden Vorschriften sowie den fachlichen Zielen des Landes und dem Grundsatz der <i>Vernetzung</i> entsprechen (§ 28 (1) AVPflegeVG).		
E. Allgemeines		
Als Rahmenbedingungen für eine pflegerische Infrastruktur werden genannt (Begründung Art. 1 AGPflegeVG):		
- Grundsatz für Bedarfsgerechtigkeit ist „Bedarf decken, aber nicht wecken“ (keine Planung und Förderung von Überkapazitäten),		
- Leistungsfähigkeit, insbesondere hinsichtlich Qualität und Wirtschaftlichkeit der Pflegeeinrichtungen,		
- Regionale Gliederung, also insbesondere Berücksichtigung der örtlichen Gegebenheiten und Besonderheiten, keine zentralen Pflegeeinrichtungen, soweit örtliche dezentrale Pflegeeinrichtungen möglich sind,		
- Nahtloses Ineinandergreifen und nahtloser Übergang zwischen Pflegeeinrichtung, Krankenhaus, Rehabilitationseinrichtung (Versorgungskette, Netzwerk etc.).		

Brandenburg		
A. Bedarfsplanung		
Land (§ 1 (2); § 3 (1); § 4 (1); § 5 (2) PflegeG)	Ist verantwortlich für die Vorhaltung der teilstationären und vollstationären Versorgungsstruktur einschließlich der Einrichtungen der Tages- und Nachtpflege sowie der Kurzzeitpflege. Es stellt im Einvernehmen mit den Landkreisen und kreisfreien Städten einen Landespflegeplan auf. Es fördert Pflegeeinrichtungen nur dann, wenn sie durch Versorgungsvertrag nach SGB XI zugelassen sind.	
Landkreise/kreisfreie Städte (§ 1 (2); § 3 (3); § 4 (1); § 5 (2) PflegeG)	Sind verantwortlich für die Vorhaltung ganzheitlicher und vernetzter ambulanter Versorgungsstrukturen mit dem Ziel, die Aufnahme in eine teil- oder vollstationäre Einrichtung zu vermeiden, hinauszuschieben oder zu verkürzen. Sie erstellen die Investitionsplanung für ambulante Pflegeeinrichtungen und fördern diese entsprechend der für die Landesförderung geltenden Regeln.	
Landespflegeausschuss (§ 1 PflegeAV)	Berät bei Fragen der Finanzierung und des Betriebes von Pflegeeinrichtungen (§ 92 SGB XI). Er ist bei der Aufstellung des Landespflegeplans anzuhören (§ 3 (1) PflegeG).	
örtliche Pflegekonferenz	Zur Vorbereitung eines Landespflegeplanes führt das MASGF Regional-Konferenzen für das Gebiet eines Landkreises/einer kreisfreien Stadt durch. Auf der Grundlage des Ergebnisses der Regionalkonferenz entscheidet das MASGF unter Abwägung des ermittelten zukünftigen Bedarfs und der Zielsetzung des § 1 Landespflegegesetz über die Aufnahme einer Einrichtung der Altenpflege in den Landespflegeplan (Pkt. 2.1, Erlass für die Aufstellung eines Landespflegeplans).	
Bedarf an Kurzzeit-Pflegeplätzen	Die Bedarfsbestimmung für Angebote der Kurzzeitpflege hat noch nicht das fachliche Niveau für AHP erreicht. Zur Konkretisierung des Bedarfs wird deshalb Bezug auf Empfehlung des KDA genommen. Danach soll eine Größenordnung von 0,3 % der über 75 Jahre alten Bevölkerung die Bedarfsgröße an Kurzzeit-Pflegeplätzen ergeben (Pkt. 1.2.9.1, Amtsblatt für Brandenburg Nr. 51/22.12.99).	
B. Investitionsförderung und wirtschaftliche Auflagen		
Höchstbeträge für die als betriebsnotwendig geltenden Investitionen sind nicht vorgesehen, das Land legt den erforderlichen Finanzbedarf je Investitionsvorhaben fest (§ 4 (2) PflegeG).		
Die maximale Förderung beträgt für		
Kurz-, Teilzeit und Langzeitpflege (§ 3 (2) PflInVV) bis zu 100 %		
Für Pflegeplätze wird der Baukostenzuschuss bis zu 90 % der förderungsfähigen Investitionskosten gewährt (Pkt. 5.5.1 Richtl. über Zuwdg. zu Investitionsmaßnahmen i.R. des Investitionsprogramms Pflege 1996/1999)		
Für die Berechnung der gesondert berechenbaren Aufwendungen gilt, dass der Teil der betriebsnotwendigen Aufwendungen, der nicht durch Förderung abgedeckt ist, in gleichen Tagesbeträgen gleichmäßig auf die Zahl der Plätze der Pflegeeinrichtung zu verteilen ist (§ 6 (1); (2) InvestUmBV)		
Als Berechnungsgrundlage gelten für	Auslastung/Jahr	Berechnungstage
Teilstationäre Einrichtungen	85 %	k.A.
Kurzzeitpflege	90 %	k.A.
Dauerpflege	98 %	k.A.
C. Bewohnerbezogene Zuwendungen zu den Betriebskosten		
Nicht vorgesehen		
D. Kooperation/Vernetzung		
Ziel des PflegeG ist eine regional gegliederte, ortsnahe und aufeinander abgestimmte ambulante, teilstationäre und vollstationäre Versorgung von kranken, behinderten, chronisch psychisch kranken und suchtmittelabhängigen Menschen zu gewährleisten (§ 1 (1) PflegeG).		
E. Allgemeines		
Bei den Projekten für alte, kranke und behinderte Menschen sind die Träger verpflichtet, in ihrer Einrichtung auf Anforderung des zuständigen Trägers der Sozialhilfe vorrangig Menschen mit einem besonderen Pflegebedarf aufzunehmen und auf Dauer zu betreuen (Pkt. 3 der Anlage 1 der Richtlinien über Zuwendungen zu Investitionsmaßnahmen im Rahmen des Investitionsprogramms Pflege 1996/1999).		
Die Bedarfsprognose für Plätze der vollstationären Pflege wird ermittelt aus den Daten des empirisch festgestellten Inanspruchnahme-Verhaltens zum Stichtag 31.12.1998 und der Bevölkerungsprognose (Basisjahr 1995) unter Berücksichtigung von Faktoren, die das künftige Inanspruchnahme-Verhalten beeinflussen können (Erlass für die Aufstellung eines Landespflegeplans, Pkt. 7.2.2). Der Rahmenvertrag zur Sicherstellung der Kurzzeitpflege gemäß § 75 SGB XI im Land Brandenburg (§1) bezieht sich ausschließlich auf Kurzzeitpflege nach § 42 SGB XI, nicht aber auf Ersatzpflege nach § 39 SGB XI.		

Hamburg		
A. Bedarfsplanung		
Land (§ 4 HmbLPG)	Die zuständige Behörde erstellt einen Rahmenplan für eine bedarfsgerechte und regional gegliederte Versorgungsstruktur, auf dessen Grundlage ein jährliches Förderprogramm von ihr erstellt wird.	
Bezirke (§ 1 (2) HmbLPG)	Wirken zusammen mit der zuständigen (Landes-)Behörde, den Sozialhilfeträgern, den Pflegekassen sowie Organisationen der Pflegebedürftigen bei der Umsetzung der Ziele des HmbLPG mit.	
Landespflegeausschuß (§ 1 LPAVO)	Berät über Fragen der Finanzierung und des Betriebs von Pflegeeinrichtungen. Er kann insbesondere Empfehlungen zum Aufbau eines regional und fachlich gegliederten Versorgungssystems, zur Pflegevergütung, zur Gestaltung und Bemessung der Entgelte bei Unterkunft und Verpflegung und zur Berechnung von Zusatzleistungen abgeben.	
Pflegekonferenzen (§ 2 (2) HmbLPG)	Können von den Pflegekassen, den Trägern der pflegerischen Versorgung sowie den zuständigen Behörden zur Sicherung und qualitativen Weiterentwicklung der pflegerischen Versorgung eingerichtet werden.	
B. Investitionsförderung und wirtschaftliche Auflagen		
Als betriebsnotwendig gelten Investitionen bis zu folgenden Höchstbeträgen		
	Herstellung/ Anschaffung	Modernisierung/ Umstrukturierung
pro Platz teilstationärer Pflegeeinrichtungen (§ 6 (1) LPGVO)	60.000	k.A.
pro Pflegeplatz in der Kurzzeit- und Langzeitpflege (§ 4 (2) LPGVO)	180.000	k.A.
Kostenverteilung:	Bauten- und Außenanlagen	75,0 %
	technische Anlagen	17,5 %
	Einrichtung und Ausstattung	7,5 %
Ein maximaler Förderungsanteil ist nicht festgelegt.		
Zur angemessenen Größe der Einrichtungen gibt es keine Vorgaben .		
Förderungsfähige Aufwendungen sind in gleichen Tagesbeträgen auf die Zahl der Plätze der Pflegeeinrichtung zu verteilen		
Als Berechnungsgrundlage gelten für	Auslastung/ Jahr	Berechnungs- tage pro Jahr
Teilstationäre Einrichtungen (§ 6 (1) LPGVO)	90 %	252
Kurzzeitpflege (§ 6 (1) LPGVO)	98 %	(365)
Vollstationäre (Langzeit-)Einrichtungen (§ 5 (2) LPGVO)	98 %	(365)
C. Bewohnerbezogene Zuwendungen zu den Betriebskosten		
Pflegebedürftige, die in zugelassenen Wohnpflegeeinrichtungen vollstationär gepflegt und ganztätig versorgt werden, erhalten einkommensabhängige Einzelförderung zu den gesondert berechenbaren Einzelaufwendungen, sofern die Freie und Hansestadt Hamburg diese aus Sozialhilfemitteln übernehmen würde (§ 12 HmbLPG).		
Für den Einsatz von Einkommen und Vermögen gelten – mit Ausnahme der Unterhaltsansprüche nach § 91 BSHG – die Bestimmungen des BSHG entsprechend (§ 11 (2) LPGVO).		
D. Vernetzung/Kooperation		
Die Pflegekassen, die Einrichtungsträger sowie die zuständigen Behörden wirken darauf hin, dass die für die Pflegebedürftigen zur Verfügung stehenden Hilfen koordiniert und die geeigneten Maßnahmen der ärztlichen Behandlung, Behandlungspflege, Prävention und Rehabilitation, Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung sowie andere gesundheits- und sozialpflegerische Maßnahmen nahtlos und störungsfrei ineinandergreifen (§ 2 (1) HmbLPG).		
E. Allgemeines		
„...für Kurzzeitpflege (wird) grundsätzlich von einer Anbindung an vollstationäre Dauer-Pflegeeinrichtungen ausgegangen ... so dass Einrichtungen der Kurzzeitpflege in die Förderregulieren stationärer Einrichtungen eingebunden werden können.“ Mitteilung des Senats an die Bürgerschaft, Pkt. 3.3.2, Drs. 15/2794 v. Feb. 1995		

Hessen		
A. Bedarfsplanung		
Land (§4 (1) HessAGPflegeG)	Beschließt Rahmenplan für die erforderliche Versorgungsstruktur, die Grundsätze und die Bedarfsanhaltswerte	
Landkreis/kreisfreie Städte (§ 4 (2) HessAGPflegeG)	Bedarfsplanung der erforderlichen Pflegeeinrichtungen im Benehmen mit den angehörigen Gemeinden	
Landespflegeausschuss (§ 4 (1) HessAGPflegeG)	Wirkt bei der Aufstellung des Rahmenplanes des Landes mit	
Örtliche Pflegekonferenz	Nicht vorgesehen	
Der Bedarf an Pflegeheimen ist nach Maßgabe des landesweiten Rahmenplans entsprechend der Wohnbevölkerung im Alter von 65 und mehr Jahren ortsnah zu ermitteln (§ 4 (1) VPFfPflege).		
B. Investitionsförderung und wirtschaftliche Auflagen		
Als betriebsnotwendig gelten Investitionen bis zu folgenden Höchstbeträgen:		
	Herstellung/ Anschaffung	Modernisierung/ Umstrukturierung
pro Platz teilstationärer Pflegeeinrichtungen	k. A.	k. A.
pro Pflegeplatz in der Kurzzeit- und Langzeitpflege	k. A.	k. A.
Die Höhe der Investitionsförderung wird von der zuständigen Landesbehörde festgelegt (§5 (3) VPFfPflege)		
Der maximale Förderungsanteil (§ 5 (2) VPFfPflege) beträgt für		
Teilzeit-/Kurzzeitpflege	Bis zu 90 %	
Langzeitpflege	Bis zu 70 %	
Verbundsysteme	Bis zu 75 %	
Für den nicht geförderten Anteil können für Darlehen im Rahmen von Maximalanteilen die marktüblichen Zinsen sowie 2 % Tilgung berechnet werden.		
Angemessene Größe der Einrichtungen		
Teilstationäre Einrichtungen	k. A.	
Kurzzeitpflege	k. A.	
Dauerpflege	Mehr als 100 Pflegeplätze je Einrichtung sind zu vermeiden	
Förderungsfähige Aufwendungen sind in gleichen Tagesbeträgen auf die Zahl der Plätze der Pflegeeinrichtung gleichmäßig zu verteilen (§ 6 (6) VPFfPflege)		
Als Berechnungsgrundlage gelten für	Auslastung/Jahr	Berechnungstage
Teilstationäre Einrichtungen	k. A.	k. A.
Kurzzeitpflege	k. A.	k. A.
Dauerpflege	k. A.	k. A.
C. Bewohnerbezogene Zuwendungen zu den Betriebskosten		
Nicht vorgesehen		
D. Vernetzung/Kooperation		
Die Pflegekassen sollen ihre Leistungen mit anderen Sozialleistungsträgern, insbesondere mit solchen der gesetzlichen Krankenversicherung, der Altenhilfe und der Eingliederungshilfe für Behinderte, mit dem Ziel einer ganzheitlichen Versorgung der Pflegebedürftigen abstimmen (§ 2 HessAGPflegeG).		
D. Allgemeines		
Als vordringlich gelten Tages- und Kurzzeitpflege sowie Rehabilitationsangebote im Verbund mit Pflegeeinrichtungen (§ 5 (4) VPFfPflege).		

Niedersachsen		
A. Bedarfsplanung		
Land (§ 3 NpflgeG)	Das Fachministerium erstellt für das Gebiet des Landes einen räumlich gegliederten <i>Rahmenplan</i> , der spätestens alle drei Jahre fortzuschreiben ist.	
Landkreis/kreisfreie Städte (§ 4 NpflgeG)	Erstellen räumlich gegliederte <i>Pflegepläne</i> und schreiben diese fort; dabei ist der <i>Pflegerahmenplan</i> zu berücksichtigen.	
Landespflegeausschuss (§1 PflegeausschußVO)	Beratung über Fragen der Finanzierung und des Betriebes von Pflegeeinrichtungen.	
örtliche Pflegekonferenz (§ 5 NpflgeG)	Behandeln Fragen der pflegerischen Versorgung der Bevölkerung, der notwendigen pflegerischen Versorgungsstruktur, der Koordinierung von Leistungsangeboten.	
B. Investitionsförderung und wirtschaftliche Auflagen		
Als betriebsnotwendig gelten Investitionen bis zu folgenden Höchstbeträgen (§ 1 DVO-NpflgeG):		
	Herstellung/ Anschaffung	Modernisierung/ Umstrukturierung
pro Platz teilstationärer Pflegeeinrichtungen	60.000	40.000
pro Pflegeplatz in der Kurzzeit- und Langzeitpflege	150.000	120.000
Die maximale Förderung beträgt für		
Kurz- und Teilzeitpflege (§11 NpflgeG)	Höchstens 80 % des Fremdkapitals	
Langzeitpflege (§ 12 NpflgeG)	Zinskosten für höchstens 80 % des Fremdkapitals	
Für die Berechnung der gesondert berechenbaren Aufwendungen gilt, dass bei einer maximalen Laufzeit von 30 Jahren das eingesetzte Eigenkapital mit einem Zinssatz von 3 %, das Fremdkapital mit dem Zinssatz des amtlichen Diskontsatzes zuzüglich 3 % Punkte einfließen kann (§ 5 DVO-NpflgeG).		
Die Förderung kann versagt werden, wenn die Einrichtung nicht ortsnah und nicht von angemessener Größe ist (§ 8 (2) NpflgeG). An einem Standort gelten als angemessene Größe (§ 3 DVO-NpflgeG) bei		
Teilstationäre Einrichtungen	nicht mehr als 15 Plätze	
Kurzzeitpflege	nicht mehr als 20 Pflegeplätze	
Dauerpflege	nicht mehr als 40 Pflegeplätze	
Förderungsfähige Aufwendungen sind in gleichen Tagesbeträgen auf die Zahl der Plätze der Pflegeeinrichtung zu verteilen (§ 9 DVO-NpflgeG)		
Als Berechnungsgrundlage gelten für	Auslastung/Jahr	Berechnungstage
teilstationäre Einrichtungen	85%	250 Tage
Kurzzeitpflege	90%	360 Tage
Dauerpflege	95%	360 Tage
C. Bewohnerbezogene Zuwendungen zu den Betriebskosten		
Bewohnerbezogener Aufwendungszuschuss in Höhe der gesondert berechenbaren Aufwendungen nach § 9 NpflgeG ausschließlich für Pflegebedürftige i.S. des § 14 SGB XI in der vollstationären Dauerpflege , sofern sie bedürftig i. S. der VO sind (§ 13 NpflgeG).		
D. Vernetzung/Kooperation		
Die Verbände der Leistungsträger und die Verbände der Träger der Einrichtungen pflegerischer, gesundheitlicher und sozialer Versorgung sowie der medizinischen Rehabilitation sollen ihre Leistungen so miteinander abstimmen, dass ein nahtloses Ineinandergreifen dieser Versorgungsleistungen gewährleistet ist. Empfehlungen des Landespflegeausschusses sind angemessen zu berücksichtigen (§ 2 NpflgeG).		
E. Allgemeines		
„Kurzzeitpflege als selbständige Pflegeleistung [Solitär oder eigenständige Abteilung, vgl. Pkt. 3] ist insgesamt aufwendiger und kostenintensiver als eine stationäre Dauerpflege [oder eingestreute Kurzzeit-Pflegeplätze, A.d.V.]. Neben den erhöhten Anforderungen sowie der medizinischen Rehabilitation sollen ihre Leistungen so miteinander abstimmen, dass ein erhöhter Verwaltungsaufwand wegen der im Vergleich für Dauerpflege deutlich reduzierten Verweildauer. Die Vergütungen für diese Form der Kurzzeitpflege sollten daher nicht unter denen der Dauerpflege liegen.“ Gemeinsames Informationsschreiben der Verbände der gesetzlichen Pflegekassen in Niedersachsen vom 7. Juli 1997; Kurzzeitpflege – Vertragliche Beziehungen der Pflegekassen zu den Leistungserbringern nach dem siebten Kapitel des SGB XI; Pkt. 3.1.		

Sachsen		
A. Bedarfsplanung		
Land (§§ 3 (1); 4 (1) SächsPfle-geG)	Das Staatsministerium für Soziales, Gesundheit und Familie stellt einen Rahmenplan auf, der den zu erwartenden Bedarf an Pflegeplätzen in stationären Pflegeeinrichtungen in Form von Orientierungsdaten ausweist. Der Rahmenplan soll in der Regel alle 3 Jahre aktualisiert werden. Nach Maßgabe der Orientierungsdaten und auf der Grundlage der Pflegeeinrichtungspläne stellt das Staatsministerium Investitionsprogramme auf.	
Landkreise/kreisfreie Städte (§ 3 (2); SächsPflegeG)	Die Landkreise und kreisfreien Städte sind verpflichtet, jeweils für ihr Gebiet Pflegeeinrichtungspläne gemäß der Orientierungsdaten des Landes aufzustellen. Dabei sollen die im Planungsgebiet vertretenen Pflegeeinrichtungsträger angehört werden. Die Pflegeeinrichtungspläne weisen die für das Gebiet erforderlichen Pflegeplätze aus.	
Landespflegeausschuss (§ 1PflegeAVO)	Berät bei Fragen der Finanzierung und des Betriebes von Pflegeeinrichtungen und ist bei der Aufstellung des Landespflegeplans anzuhören (§ 3 (1) PflegeG).	
Örtliche Pflegekonferenz	Nicht vorgesehen	
B. Investitionsförderung und wirtschaftliche Auflagen		
Förderungsvoraussetzung ist, dass die Maßnahme in das Investitionsprogramm aufgenommen, die vom zuständigen Staatsministerium festgesetzte Kostenobergrenze eingehalten wird und eine Förderempfehlung des fachlich zuständigen Koordinierungsausschusses vorliegt (§ 5 PflhVO).		
Die maximale Förderung beträgt (§ 8 (1) PflhVO) für Langzeitpflege	80 %	
für teilstationäre Pflegeeinrichtungen und Kurzzeitpflege	90 %	
Für die Planung des Neubaus, die Erweiterung und des Umbaus von vollstationären und teilstationären Altenpflegeeinrichtungen, deren Gesamtkosten voraussichtlich 500.000 DM (ohne Mehrwertsteuer) übersteigen werden und die in den Pflegeeinrichtungsplan aufgenommen sind, ist das Urteil des <i>Koordinierungsausschusses</i> einzuholen (Bekanntmachung...über den Koordinierungsausschuss für Investitionen in der Altenpflege).		
Stationäre Pflegeeinrichtungen können den Pflegebedürftigen betriebsnotwendige Aufwendungen gesondert berechnen, soweit diese Aufwendungen durch öffentliche Förderung nicht vollständig gedeckt sind. Als Kostenobergrenze für die Berechnung dieser Aufwendungen gelten im allgemeinen (§12 (1), (2) PflhVO):		
Für Herstellung, Anschaffung, Wiederbeschaffung und Ergänzung	Inventarwert	Gesamtplatzwert
Teilstationäre Einrichtungen	6.750	75.000
Vollstationäre Einrichtungen	13.500	150.000
Zusätzlich können Aufwendungen für Instandsetzung, Darlehenszinsen sowie Mieten und Pachten nach den Vorgaben des § 12 (2) als gesondert berechenbare Aufwendungen geltend gemacht werden.		
Bei der Verteilung der gesondert berechenbaren Aufwendungen auf die Pflegebedürftigen gilt (§ 13 (3) PflhVO):	Auslastung pro Jahr	Berechnungstage
Vollstationäre (Langzeit-)Pflege	96 %	k.A.
Kurzzeitpflege	90 %	k.A.
Teilstationäre Pflege	85 %	k.A.
C. Bewohnerbezogene Zuwendungen zu den Betriebskosten		
nicht vorgesehen		
D. Kooperation/Vernetzung		
Ziel des SächsPflegeG ist es, die rechtlichen Instrumente für eine Bedarfsplanung im Pflegebereich zu schaffen und die finanzielle Förderung der zugelassenen Pflegeeinrichtungen zu regeln. Der Vorrang der häuslichen Pflege ist zu beachten. Ambulante Pflege geht der teilstationären, diese der vollstationären vor. Die Angebote der pflegerischen Versorgung sollen aufeinander abgestimmt werden (§ 1 (3) SächsPflegeG).		
E. Allgemeines		
Zuwendungen für Neu-, Um- und Erweiterungsbauten werden nur gewährt, wenn sie den Bewertungskriterien des Sächsischen Staatsministeriums für Soziales, Gesundheit und Familie entsprechen (ebenda, Ausgaben 1998, Pkt. 4.4.3), danach gilt für Kurzzeit-Pflegeeinrichtungen :		
Bedarfsrichtwert für Kurzzeit-Pflegeplätze (Pkt. 2.2.1)		
0,09 % der ab 65jährigen Bevölkerung, korrigierbar nach dem tatsächlichen Bedarf		
Form, Anbindung und Größe (Pkt. 2.2.2)		
A: Eigene Abteilung in einem Pflegeheim mit 10 bis 12 Plätzen in Einzelzimmern, bestehende eingestreute Betten sollen zusammengefasst werden oder		
B: Solitäreinrichtungen (nur als Ausnahme zulässig in Ballungsgebieten) mit 20 bis 24 Plätzen.		
Für eine Übergangszeit können ‚Auffüllbetten‘ für die Urlaubspflege vorgehalten werden. Die Anbindung kann an ambulante Dienste, Tagespflege-Einrichtungen oder vollstationäre Pflegeeinrichtungen erfolgen.		

Schleswig-Holstein		
A. Bedarfsplanung		
Land (§ 3 (4) LPflegeG)	Bedarfsplanung für Pflegeeinrichtungen, die überregionalen Bedarf abdecken oder unmittelbar unter Aufsicht des Landes stehen, obliegen dem Ministerium für Arbeit, Soziales, Jugend und Gesundheit.	
Landkreis/ kreisfreie Städte (§ 3 (1) LPflegeG)	Erstellen für ihr Gebiet <i>Bedarfspläne</i> und schreiben diese regelmäßig fort; dabei sind die Empfehlungen des Landespflegeausschusses sowie die Zielsetzungen und Leitvorstellungen des Landes zu berücksichtigen. Die Kreise haben die kreisangehörigen Gemeinden zu beteiligen.	
Landespflegeausschuss (§ 1 LPAVO)	Erstellt Empfehlungen für den Aufbau und die Weiterentwicklung eines regional und fachlich gegliederten Versorgungssystems einander ergänzender Pflegedienste und Pflegeheime; zu Pflegevergütung; zur Gestaltung und Bemessung des Entgelts für Unterkunft und Verpflegung sowie zur Berechnung der Zusatzleistungen.	
Örtliche Pflegekonferenz	nicht vorgesehen	
B. Investitionsförderung und wirtschaftliche Auflagen		
Als betriebsnotwendig gelten Investitionen bis zu folgenden Höchstbeträgen (§ 1 DVO-NPflegeG):		
	Herstellung/ Anschaffg.	Modernis./ Umstruktur.
Pro Platz teilstationärer Pflegeeinrichtungen	80.000 DM	60.000 DM
Pro Pflegeplatz in der Kurzzeit- und Langzeitpflege	165.000 DM	123.750 DM
Die maximale Förderung beträgt für		
Ambulante, teilstationäre oder Kurzzeitpflege (§ 3 LPflegeGVO)	Bis zu 80 %	
Vollstationäre Pflege	Bis zu 60 %	
Der durch die öffentliche Hand finanzierte Anteil der Aufwendungen wird zu 39 % vom Land und zu 61 % von den jeweils zuständigen Kreisen und kreisfreien Städten getragen (§ 4 (5) LPflegeG).		
Nicht durch öffentliche Zuschüsse gedeckte Kosten der Maßnahme sollen zu Hälfte durch Eigenmittel gedeckt sein (§ 2 (6) 3 LPflegeGVO).		
Zur angemessene Größe der Einrichtungen gibt es keine Vorgaben		
Förderungsfähige Aufwendungen sind in gleichen Tagesbeträgen auf die Zahl der Plätze der Pflegeeinrichtung zu verteilen (§ 10 (5) LPflegeGVO)		
Als Berechnungsgrundlage gelten für die	Auslastung/Jahr	Berechnungstage
teilstationäre Einrichtungen	85%	tats. Betriebstage/J
Kurzzeitpflege	85%	kA.
Dauerpflege	95%	kA.
C. Bewohnerbezogene Zuwendungen zu den Betriebskosten		
Für teilstationäre Pflege und Kurzzeitpflege werden Zuschüsse zu laufenden betriebsnotwendigen Investitionsaufwendungen in Höhe von 90 % der gesondert berechenbaren Aufwendungen gewährt, bei teilstationärer Pflege höchstens 20,- DM und bei Kurzzeitpflege höchstens 30,- DM täglich (§ 7 LPflegeGVO). Die Anspruchsberechtigung besteht ausschließlich für Kurzzeitpflege nach § 42 SGB XI, nicht aber für Ersatzpflege nach § 39 SGB XI (§6 (1) LPflegeGVO).		
D. Vernetzung/Kooperation		
Das Land, die Kreise, kreisfreien Städte und Gemeinden sowie die Pflegeeinrichtungen, Pflegekassen, Krankenkassen, Unternehmen der privaten Pflegeversicherung und deren Verbände wirken unter Beteiligung der Medizinischen Dienste der Krankenversicherung eng und vertrauensvoll im Interesse der Pflegebedürftigen zusammen. Sie haben ... für ein nahtloses Ineinandergreifen der Leistungen ambulanter, teilstationärer und stationärer Pflegeeinrichtungen zu sorgen (§ 1 (2)LPflegeG).		
Die gesetzlich festgelegten Aufgabenbereiche der Kostenträger und der Heimaufsichtsbehörden stimmen im wesentliche überein. In jedem Kreis und in jeder kreisfreien Stadt wird eine Arbeitsgruppe gebildet, der die Landesverbände der Pflegeklassen, die Träger der Sozialhilfe und die Heimaufsichtsbehörden angehören. Unter Berücksichtigung der regionalen Gegebenheiten verständigen sich die Arbeitsgruppen über die wahr-zunehmenden Aufgaben (Empfehlungen...zur Beratung und der Prüfung vollstationärer Pflegeeinrichtungen und Einrichtungen der Kurzzeitpflege v. 18. Juli 1997).		
D. Allgemeines		
Zur Verbesserung der sozialpflegerischen und pflegerischen Versorgung können Zuwendungen zu Maßnahmen und Projekten u.a. gewährt werden, welche die Vernetzung von Pflegeeinrichtungen im Sinne des § 71 SGB XI mit gesundheits- und sozialpflegerischen Angeboten, die nicht im SGB XI erfasst sind, zum Ziel haben (Richtlinien zu § 7 LPflegeG).		

Thüringen		
A. Bedarfsplanung		
Land (§§ 2; 3 (2) ThürAGPfleVG)	Verantwortung für die Vorhaltung sowie Förderung der teil- und vollstationären Versorgungsstruktur. Bedarfsrichtwerte der örtliche Pflegepläne.	
Landkreis/ kreisfreie Städte (§ 2 ThürAGPfleVG)	Verantwortung für die Vorhaltung sowie Förderung der teil- und ambulanten Versorgungsstruktur, sie erstellen den örtlichen Pflegeplan.	
Landespflegeausschuss nach § 92 SGB XI (§ 1 ThürVOLPflA-SGB XI)	Beratung über Fragen der Finanzierung und des Betriebs von Pflegeeinrichtungen. Einvernehmliche Empfehlungen zum Aufbau und zur Weiterentwicklung eines regional und fachlich gegliederten Versorgungssystems einander ergänzender Pflegedienste und Pflegeheime, zur Pflegevergütung, zur Gestaltung und Bemessung der Entgelte für Unterkunft und Verpflegung und zur Berechnung von Zusatzleistungen.	
Örtliche Pflegekonferenz	Nicht vorgesehen	
Der Minister für Soziales und Gesundheit wird ermächtigt, im Einvernehmen mit dem Innenminister durch Rechtsverordnung das Nähere über den örtliche Pflegeplan, insbesondere zu den Bedarfsanhaltswerten zu regeln (§ 3 (2) ThürAGPfleVG). Das Ministerium für Soziales und Gesundheit stellt im Einvernehmen mit den Landkreisen und kreisfreien Städten, den Landesverbänden der Pflegekassen, dem Verband der privaten Krankenversicherung e.V. und nach Anhörung des Landespflegeausschusses einen Landespflegeplan für teilstationäre und vollstationäre Pflege einschließlich der Kurzzeitpflege auf (§ 5 (1) ThürAGPfleVG).		
B. Investitionsförderung und wirtschaftliche Auflagen		
Als betriebsnotwendig gelten Investitionen bis zu folgenden Höchstbeträgen (§ 17 (1) ThürAGPfleVG):		
	Herstellg/ Anschaffg.	Modernis/ Umstrukt.
Pro Platz teilstationärer Pflegeeinrichtungen	75.000 DM	56.250 DM
Pro Pflegeplatz in der Kurzzeit- und Langzeitpflege	150.000 DM	112.500 DM
In vollstationäre Einrichtungen integriert teilstationäre Pflegeeinrichtungen	60.000 DM	45.000 DM
Ein maximaler Förderungsanteil ist nicht festgelegt, der Zuwendungsempfänger muss lediglich Eigentümer, Erbauberechtigter oder – falls sich das Grundstück im Eigentum einer Gebietskörperschaft befindet – im Besitz eines zum Zeitpunkt der Bewilligung auf mindesten 25 Jahre abgeschlossenen Miet-, Pacht- oder Nutzungsvertrages sein (§ 15 (4) ThürAGPfleVG).		
Als angemessene Größe der Einrichtungen gelten (§ 11 (1) ThürAGPfleVG):		
Teilstationäre Einrichtungen (Tagespflege)	Mindestens 12 Plätze	
Vollstationäre Einrichtungen inklusive Kurzzeitpflege	Mindestens 60 bis 120 Plätze	
Der Anteil der Pflegeplätze in Einzelzimmern an der Gesamtpflegeplatzzahl der Einrichtung soll 80 % nicht unterschreiten (§ 11 (2) ThürAGPfleVG).		
Förderungsfähige Aufwendungen sind in gleichen Tagesbeträgen auf die Zahl der Plätze der Pflegeeinrichtung zu verteilen		
Als Berechnungsgrundlage gelten (§ 22 (2) ThürAGPfleVG) für	Auslastung/J.	Berech.-Tage *
Teilstationäre Einrichtungen	75 %	365 Tage
Kurzzeitpflege	75 %	365 Tage
Vollstationäre Einrichtungen	95 %	365 Tage
* Maßgeblich bei der Zugrundelegung der Auslastungsquoten ist das Kalenderjahr (365 Tage) und nicht die tatsächlichen Öffnungszeiten (Amtliche Begründung zu § 22 des ThürAGPfleVG).		
Für die Wiederbeschaffung und Ergänzung von kurzfristigen Anlagegütern, für kleine bauliche Maßnahmen sowie die Instandhaltung von Anlagegütern erhalten Einrichtungen eine Pauschalförderung (§ 10 (1) ThürAGPfleVG). Pro anerkannten Pflegeplatz werden für vollstationäre Pflegeeinrichtungen, die sich im Eigentum des Zuwendungsempfängers befinden, jährlich 2.900 DM gewährt (1. ThürAGPfleVG-PVO).		
C. Bewohnerbezogene Zuwendungen zu den Betriebskosten		
Nicht vorgesehen		
D. Kooperation/Vernetzung		
Eine ortsnahe sowie aufeinander abgestimmte ambulante, teilstationäre und vollstationäre pflegerische Versorgung durch freigemeinnützige, private und öffentliche Träger ist sicherzustellen (§ 1 (1) ThürAGPfleVG).		
E. Allgemeines		
„Die Mindestkapazität orientiert sich an betriebswirtschaftlichen Erfordernissen. Danach sind bei Einrichtungen der Tagespflege 12 und bei vollstationären Einrichtungen 60 Pflegeplätze die untere Grenze, um eine Einrichtung wirtschaftlich führen zu können.“ (Amtliche Begründung zu § 11 (1) 1 des ThürAGPfleVG).		

3 Rahmendaten der Kurzzeit-Pflegeeinrichtungen

In den ausgewählten Regionen Träger und Mitarbeiter von Kurzzeitpflege-Einrichtungen zu finden, die trotz der mit dem Projekt für sie verbundenen Mehrbelastung zur Mitarbeit bereit waren, erwies sich wider Erwarten als nicht besonders schwierig. Es herrschte die Grundhaltung vor, dass dann, „wenn man etwas verbessern will, auch dafür etwas tun muss“ (Aussage einer Pflegedienstleiterin). Die meisten waren der Meinung, dass sich in der Kurzzeitpflege etwas ändern müsse und verbanden mit ihrer Mitarbeit die Erwartung, dass sich mit Hilfe dieser Untersuchung auch etwas ändern würde.

Trotz dieser allgemeinen Aufgeschlossenheit ließ sich das Projekt nicht im begonnen Umfang realisieren. Eine Einrichtung (Nr. 7) stellte den Betrieb während der Untersuchung aus wirtschaftlichen Gründen ein. Die Leitung wollte nicht mehr verantworten, dass andere Leistungsbe- reiche des Trägers die Kurzzeitpflege intern weiterhin subventionierten. Unter den gegebenen Rahmenbedingungen sei in absehbarer Zeit eine Eigenfinanzierung nicht zu erreichen.

Nur für eine Übergangszeit nach ihrer Neueröffnung stellte Einrichtung 14 für die Kurzzeitpflege Plätze zur Verfügung. Nachdem das Haus mit Langzeit-Pflege- gästen belegt war, wurden Kurzzeit-Pflegeplätze nicht mehr zur Verfügung gestellt.

Bei einer anderen (Nr. 11) stellte sich später heraus, dass die dort vorgehaltene und offiziell ausgewiesene Kurzzeitpflege nur den in ihren Einrichtungen wohnenden Menschen, nicht aber der Allgemeinheit zur Verfügung steht. Auch diese Einrichtung kam für den weiteren Verlauf der Untersuchung nicht mehr in Frage.

Da in den jeweiligen Regionen noch andere Kurzzeit-Pflegeeinrichtungen tätig waren, konnten die Ausfälle weitgehend ausgeglichen werden, qualitative Einbußen in Bezug auf das Untersuchungsergebnis entstanden dadurch nicht.

3.1 Einrichtungsdaten

3.1.1 Trägerschaft

Primäres Auswahlkriterium der Untersuchung war die Region. Als Sekundärkriterium galt, Einrichtungen in möglichst vielfältiger Trägerschaft

zu gewinnen. Dies konnte bei dem in den meisten Regionen nur geringen Angebot an Kurzzeitpflege nicht vollständig realisiert werden. Bei den gemeinnützigen, nicht-kommunalen Trägern konnten dem Caritasverband angehörige Einrichtungen wegen des Fehlens entsprechender Kurzzeit-Pflegeangebote in den ausgewählten Regionen nicht einbezogen werden, andere Verbände sind dementsprechend etwas übergewichtet. Bei den Einrichtungen in kommunaler Trägerschaft gelang es, sowohl Eigenbetriebe als auch einen in eine private Rechtsform überführten Betrieb zur Mitarbeit zu gewinnen. In privater Trägerschaft stellte sich nur eine Einrichtung zur Verfügung. Bei einer ursprünglich vorgesehenen zweiten kommerziell ausgerichteten Einrichtung, die ein überregional tätiger Träger von mehreren Alteneinrichtungen betreibt, wurde die Mitarbeit bei der Untersuchung seitens des Vorstands ohne Angabe von Gründen verweigert.

Tabelle 3.1: Verbandszugehörigkeit der Träger

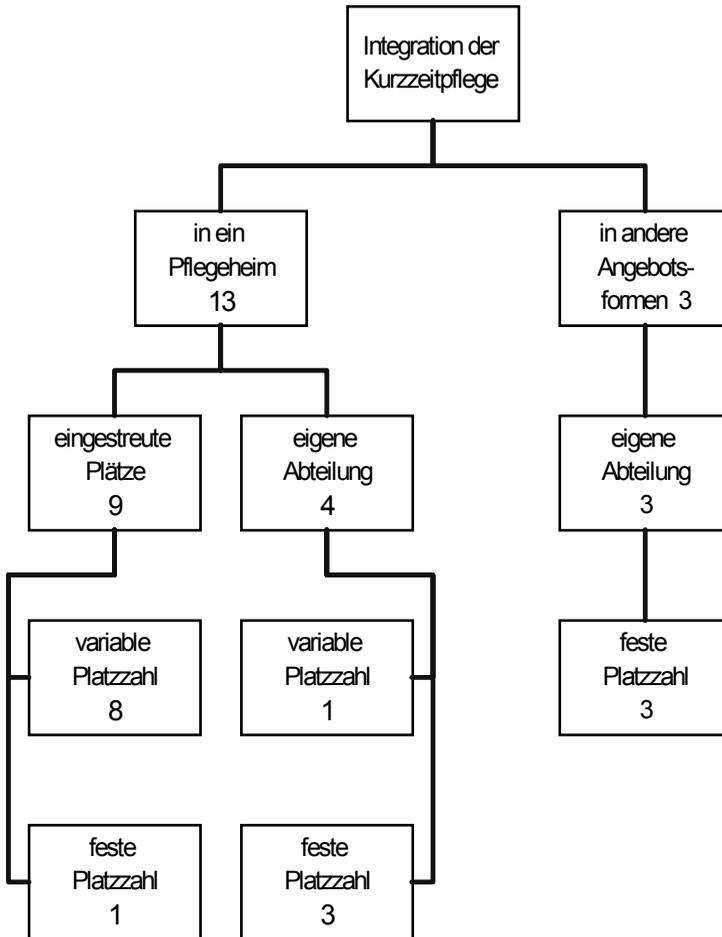
	Anzahl Einrichtungen
Arbeiterwohlfahrt	1
Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband	4
Deutsches Rotes Kreuz	1
Diakonisches Werk	6
Kommunalbetrieb privaten Rechts	1
Kommunaler Eigenbetrieb	2
<u>Privater Träger</u>	<u>1</u>
Gesamtzahl der Einrichtungen	16

Insgesamt waren drei Viertel der Einrichtungen in Wohlfahrtsverbänden organisiert, drei Einrichtungen befanden sich in kommunaler und eine Einrichtung in privater Trägerschaft.

3.1.2 Organisationsstruktur

Die verschiedenen Organisationsformen im Überblick zeigt Abb. 3.1, für die einzelnen Einrichtungen Tabelle 3.2

Abb. 3.1: Organisationsstruktur der Kurzzeit-Pflegeeinrichtungen (Anzahl Einrichtungen)



Die von uns ausgewählten Kurzzeit-Pflegeeinrichtungen (16) waren in den meisten Fällen (13) in eine Langzeit-Pflegeeinrichtung integriert. Zusätzlich wurde in unterschiedlicher Kombination Ambulante Dienste, Betreutes Wohnen und Tagespflege angeboten (5 Einrichtungen). In 9 Einrichtungen wurde Kurzzeitpflege als ‚eingestreute Plätze‘ (eingestreute Betten) vorgehalten, die Kapazität wurde in 8 Fällen an Angebots- und Nachfragefaktoren angepasst (variable Platzzahl), eine Einrichtung hielt ein festes Kontingent von Plätzen (feste Platzzahl) für die

Kurzzeitpflege vor. Die restlichen vier in Langzeit-Pflegeeinrichtungen integrierten Kurzzeitpflegen waren eigenständige Abteilung, drei davon mit fester, eine mit variabler Platzzahl. Nicht Teil von Langzeit-Pflegeeinrichtungen waren drei Kurzzeitpflegen. Je eine Einrichtung wurde zusammen mit Betreutem Wohnen, mit Ambulanten Diensten bzw. einer Tagespflege betrieben. Alle waren als eigene Abteilung mit fester Platzzahl ausgewiesen.

Zusätzlich zu diesen als ‚hauptsächlich‘ benannten Einrichtungsarten wurden von den Trägern der Kurzzeitpflege noch andere Typen sozialer Einrichtung betrieben (vg. Tabelle 3.2).

Tabelle 3.2: Organisationsstruktur der Kurzzeit-Pflegeeinrichtungen

Nr.	ist integriert in ein(e)	Kurzzeitpflege		ferner gehören zur Einrichtung	
		wird betrieben			
		als	mit		
1	Pflegeheim	eingestreuete Plätze	variabler Platzzahl	Tagespflege	
2	Pflegeheim	eigene Abteilung	variabler Platzzahl	Ambulante Dienste	Betreutes Wohnen
3	Betreutes Wohnen	eigene Abteilung	fester Platzzahl	Ambulante Dienste	
4	Pflegeheim	eingestreuete Plätze	variabler Platzzahl		
5	Pflegeheim	eingestreuete Plätze	variabler Platzzahl		
6	Pflegeheim	eingestreuete Plätze	variabler Platzzahl		
7	Ambulante Dienste	eigene Abteilung	fester Platzzahl		
8	Pflegeheim	eigene Abteilung	fester Platzzahl	Tagespflege	spez. Wohnbereich
9	Pflegeheim	eigene Abteilung	fester Platzzahl	Ambulante Dienste	Tagespflege
10	Pflegeheim	eigene Abteilung	fester Platzzahl		
11	Pflegeheim	eingestreuete Plätze	fester Platzzahl		
12	Pflegeheim	eingestreuete Plätze	variabler Platzzahl	Ambulante Dienste	Betreutes Wohnen
13	Pflegeheim	eingestreuete Plätze	variabler Platzzahl		
14	Pflegeheim	eingestreuete Plätze	variabler Platzzahl		
15	Tagespflege	eigene Abteilung	fester Platzzahl	Ambulante Dienste	Betreutes Wohnen
16	Pflegeheim	eingestreuete Plätze	fester Platzzahl		

3.1.3 Kapazität

Die einfache Frage: ‚Wie viele Plätze hat eine Kurzzeit-Pflegeeinrichtung‘, lässt sich nicht eindeutig beantworten. Dies gilt nicht nur für Einrichtungen mit variablen, sondern auch mit festen Plätzen. Die Platzzahl kann die genehmigte oder beantragte Anzahl meinen, es kann aber auch das mit den Kostenträgern ausgehandelte Kontingent darstellen, welche sich aus den vorgegebenen Belegungsquoten ergibt. Eine weitere Variante stellt die zusätzliche Schaffung von Plätzen bei besonders hoher Nachfrage durch die Nutzung von (im Sinne der HeimMindBau) ausreichend große Einzelzimmern als Doppelzimmer. Eine andere, dass Kurzzeit- oder Ersatzpflege, obwohl sie offiziell ausgewiesen, anerkannt und zugelassen ist, nur für die Nutzung der in den eigenen Einrichtungen wohnenden Menschen, nicht aber für die Allgemeinheit zur Verfügung steht.⁵

Von den 16 Einrichtungen wiesen 13 eine feste (genehmigte) Platzzahl aus, drei Einrichtungen mit variabler Platzzahl sahen sich zur Angabe der Kapazität der Kurzzeitpflege nicht imstande. Von den insgesamt ausgewiesenen 98 Plätzen entfielen 88 auf Kurzzeit- und 10 auf Ersatzpflege. Ausschließlich Ersatzpflege bietet Einrichtung Nr. 3 an. Es handelt sich bei diesen Werten jeweils um Nominalgrößen, die über die tatsächliche (physische) Anzahl der Plätze in den meisten Einrichtungen nur bedingte Aussagekraft haben. Die Platzzahl der Einrichtungen, wie sie sich anhand der Nutzung ergibt, wird in Abschnitt 6 dargestellt. Die von den Einrichtungen angegebene Platzzahl für Kurzzeitpflege,⁶ aufgeteilt nach Pflegeplätzen für die Betreuung im Rahmen der Kurzzeitpflege nach § 42 und solchen, die ‚nur‘ für die Ersatzpflege nach § 39 SGB XI zugelassen sind sowie die in den Einrichtungen insgesamt vorgehaltenen stationären Plätze (Pflege- und Tagespflege, Betreutes Wohnen) zeigt nachfolgende Tabelle 3.3:

⁵ Diese Einrichtungen werden hier nicht berücksichtigt.

⁶ Ferner bestand (besteht?) die Möglichkeit, „dass Pflegeheime für Teile ihres Bettenkontingents zusätzlich zur Zulassung zur Dauerpflege auch eine Zulassung zur Kurzzeitpflege vorsehen können, obwohl das Bettenkontingent nur einmal vorgehalten wird. Daraus resultiert ein theoretisches Leistungsangebot, das de facto nicht vorhanden ist“ (Informationsschreiben Niedersachsen Juli 1997).

Tabelle 3.3: Kurzzeit- und Ersatzpflegeplätze sowie die Gesamtzahl aller vollstationären Plätze der einzelnen Einrichtungen

Einrichtung	Pflegeplätze für			Gesamtzahl stationärer Plätze der Einrichtung
	Kurzzeitpflege	Ersatzpflege	gesamt	
1	2		2	162
2	6		6	27
3	---	4	4	220
4	Variabel		variabel	112
5	Variabel		variabel	83
6	1		1	80
7	10	6	16	16
8	14		14	138
9	10		10	213
10	13		13	79
11	5		5	68
12	10		10	60
13	1		1	39
14	variabel		variabel	80
15	10		10	22
<u>16</u>	<u>6</u>		<u>6</u>	<u>322</u>
angegebenen Plätze	88	10	98	1.505

In den ausgewählten Regionen wurde Kurzzeitpflege in den meisten Fällen (13) von mittleren (~ 40 bis 80 Plätze) bzw. großen Einrichtungen angeboten (vgl. die letzte Spalte in Tabelle 3.3). Die Einrichtungen mit erheblich weniger als 40 Plätzen (Nr. 2, 7, 15) boten zusätzlich ambulante Pflegeleistungen sowie sonstige Dienste an.

3.1.4 Pflegepersonal

Die Personalbemessung für vollstationäre Pflegeeinrichtungen war in den von der Untersuchung tangierten Bundesländern unterschiedlich geregelt. Für Hamburg, Niedersachsen und Schleswig-Holstein gibt es über die Personalschlüssel vertragliche Regelungen zwischen den Pflegekassen und den Verbänden der Einrichtungsträger. Für die anderen Bundesländer lagen uns zwar zum Teil Richtwerte über die Höhe

der Pflegesätze in Abhängigkeit von den Pflegestufen⁷, nicht aber direkte Vorgaben für die Personalschlüssel vor. Regionale oder überregionale Sonderregelungen speziell für das Pflegepersonal für die Kurzzeitpflege gibt es in den von uns untersuchten Regionen nicht.

Tabelle 3.4: Personalbemessung für Pflegepersonal in vollstationären Pflegeeinrichtungen

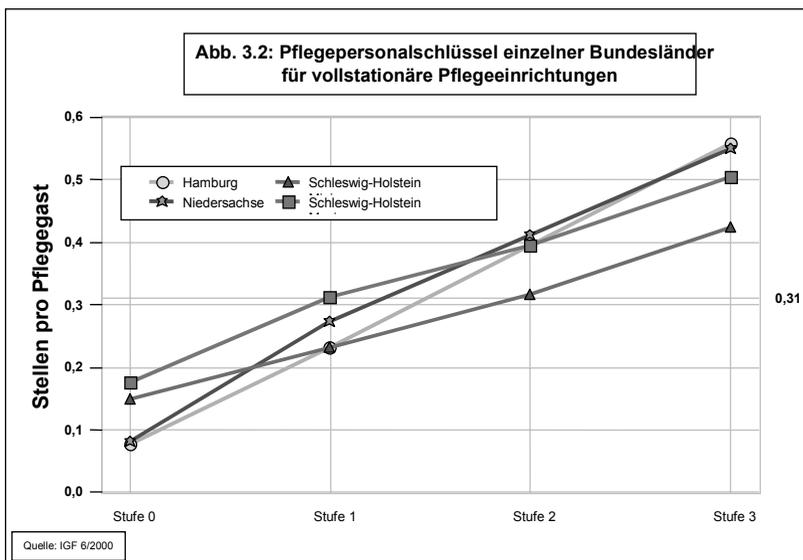
	Stufe 0	Stufe 1	Stufe 2	Stufe 3	Zusätzliche Stellen/ Qualitätsanforderungen
Hamburg					
Personalschlüssel	1 : 13,04	1 : 4,30	1 : 2,53	1 : 1,79	Pflegedienstleitung 1 Stelle pro Heim
Verhältniszahlen	0,3	1	1,7	2,4	Fachkräfteanteil 50 %
Niedersachsen					
Personalschlüssel	1 : 12,16	1 : 3,65	1 : 2,43	1 : 1,82	Pflegedienstleitung 1 Stelle pro Heim
Verhältniszahlen	0,3	1	1,5	2,0	Fachkräfteanteil ausreichend für die Sicherung der Qualität
Schleswig-Holstein					
Personalschlüssel Minimum	1 : 12	1 : 6	1 : 4	1 : 2,8	Nachwache für die ersten 20 Plätze = 2,29 Stellen, danach Personalschlüssel 1 : 20
Verhältniszahlen	0,5	1	1,5	2,1	
Personalschlüssel Maximum	1 : 9	1 : 4,05	1 : 3,05	1 : 2,28	
Verhältniszahlen	0,5	1	1,3	1,8	

Quellen: Hamburger Rahmenvereinbarung über Eckpunkte zur Ermittlung der Pflegesätze und Entgelte für Unterkunft und Verpflegung für 1998; Rahmenvertrag zu vollstationären Dauerpflege gemäß § 75 (Niedersachsen 1998), § 21; Grundzüge für die Vergütungs- und Entgeltsverhandlungen für vollstationäre Pflegeeinrichtungen für 1999, Schleswig-Holstein August 1998, Pkt. 3.1

Die Vorgaben der einzelnen Bundesländer weichen zum Teil erheblich voneinander ab. Dies gilt sowohl für die Personalbemessung als auch für den in Abhängigkeit von den Pflegestufen konzidierten Mehr- bzw. Minderbedarf an Personal. Besonders ausgeprägt sind diese Unterschiede in Pflegestufe 3: Während in Hamburg der Personalschlüssel bei 1 : 1,79 bzw. um das 2,4fache über dem der Pflegestufe 1 zugebilligten Wert liegt, soll in Niedersachsen bei fast gleichem Personal-Soll der Mehrbedarf an Personal in Pflegestufe 3 nur doppelt so hoch wie in Pflegestufe 1 sein. Die pauschalen Zuschläge für die Pflegedienstleitung bzw. die Nachwachen erschweren Vergleiche zusätzlich.

⁷ Da die Pflegesätze neben den variablen auch fixe Kostenanteile enthalten, sind ihre Verhältniszahlen zum Vergleich von Personalschlüsseln ungeeignet.

In der nachfolgenden Abbildung 3.2 wird versucht, die Gemeinsamkeiten bzw. Unterschiede der Personalschlüssel⁸ zu veranschaulichen:



Die Ermittlung des in der Kurzzeitpflege tätigen Pflegepersonals ist in den meisten Einrichtungen nicht möglich. Hauptursache dafür ist, dass auf Grund der Organisationsstruktur die erforderlichen pflegerischen Tätigkeiten unabhängig davon, ob es sich um Kurzzeit- oder Langzeitpflege, ambulante oder Tagespflege handelt, häufig von denselben Mitarbeitern verrichtet werden. Obwohl inzwischen alle Einrichtungen den Vorgaben der Pflege-Buchführungsverordnung (PBV) bezüglich eines kaufmännischen Rechnungswesens genügen, wird eine verursachungsgerechte interne Leistungsverrechnung und damit eine detaillierte Aufnahme der Tätigkeiten nach dem Ort der Entstehung (noch) nicht durchgeführt. Der damit verbundene Aufwand wäre wahrscheinlich auch zu groß⁹ und wird von den Kostenträgern anscheinend auch nicht gefordert.

8 Für die Einbeziehung der Personalschlüssel für Nachtwachen in Schleswig-Holstein wurde derjenige für die ersten 20 Plätze (1: 8,7) verwendet. Die Stellenanteile für die Pflegedienstleitung wurde wegen fehlender Vorgabe für die Einrichtungskapazität nicht ausgewiesen.

9 Bei gleichen Pflegesätzen sowohl für die Kurzzeit- als auch die Langzeitpflege würden sich die nicht gedeckten Zusatzkosten der Kurzzeitpflege noch weiter erhöhen und einen weiteren Grund für die Nichtaufnahme bzw. Schließung von Kurzzeitpflegen bedeuten.

In den Einrichtungen mit Mitarbeitern, die ausschließlich in der Kurzzeitpflege tätig sind, ist die Ausweisung des in der Kurzzeitpflege tätigen Pflegepersonals zwar möglich, die Aussagekraft solcher allgemeiner Darstellung ist jedoch sehr eingeschränkt. Für die konkrete Personalbemessung wäre die Kenntnis der tatsächlichen Verteilung der Pflegestufen der Pflegegäste notwendiger Berechnungsfaktor, um die für die einzelne Einrichtung erforderliche bzw. akzeptierte Pflegepersonalbesetzung ermitteln zu können. Dies mag für Langzeit-Pflegeeinrichtungen mit durchschnittlichen Aufenthaltsdauern von – je nach Heimtyp – 3 bis 6 Jahren (Schneekloth 1998) noch weitgehend problemlos möglich sein. Für Kurzzeit-Pflegeeinrichtungen mit einer mittleren Verweildauer der Pflegegäste von ca. 3 Wochen, erheblichen Unterschieden bei den Pflegestufen und damit des nominalen Personalbedarfs (vgl. Abschnitt 5), ist eine entsprechende Personalplanung kaum zu realisieren. Insofern hat die nachfolgende Darstellung der Pflegepersonalbesetzung einer Kurzzeit-Pflegeeinrichtung (Tabelle 3.4) eher illustrativen Wert. Die Frage, ob und wann eine gegebene Stellenbesetzung ausreicht, kann erst im Zusammenhang mit der tatsächlichen Belegung einer Einrichtung beantwortet werden.

Tabelle 3.5: Personalbesetzung einer Kurzzeit-Pflegeeinrichtung mit 13 Pflegeplätzen

Dienststart	Art der Beschäftigung	Personen	Stellen
Pflegedienstleitung	Vollzeit	1	1,00
Ex. Pflegekräfte	Vollzeit	2	2,00
	Teilzeit	2	1,75
Sonstige Pflegekräfte	Vollzeit		
	Teilzeit	1	0,26
Summe Pflegepersonal		5	4,01
Summe inklusive Pflegedienstleitung		6	5,01
Pflegepersonal- schlüssel	Pflegepersonal inkl. Pflegedienstleitung	1 : 3,24	1 : 2,59

Entsprechend dem Pflegepersonalschlüssel für Pflegepersonal sind in der als Beispiel ausgewählten Einrichtung 0,31 Stellen pro Pflegeplatz (inklusive Pflegedienstleitung 0,38 Stellen) vorzuhalten. Bezogen auf die Personalvorgaben (vgl. Abb. 3.2) müsste dieser Personalschlüssel für die Versorgung von Pflegebedürftigen ausreichen, die im Mittel in Niedersachsen die Pflegestufe 1,3 und in Hamburg Pflegestufe 1,5 aufweisen. In Schleswig-Holstein entspricht es den Richtlinien, dass in einer Einrichtung, in der die Pflegebedürftigen eine mittlere Stufe von 1,0 haben, mit dem gleichen Personalbestand versorgt werden, wie in

einer anderen, in der die Heimbewohner eine durchschnittliche Pflegestufe von 2,0 erreichen.

3.2 Kostensätze

Die Art der Vergütung ist für vollstationäre Pflegeeinrichtungen¹⁰ im Pflege-Versicherungsgesetz geregelt. Danach erhalten zugelassene Pflegeheime eine leistungsgerechte Vergütung für die allgemeine Pflegeleistung (Pflegevergütung) sowie bei stationärer Pflege ein angemessenes Entgelt für Unterkunft und Verpflegung. Die Pflegevergütung umfasst bei stationärer Pflege auch die medizinische Behandlungspflege und die soziale Betreuung; sie ist von den Pflegebedürftigen oder deren Kostenträgern zu tragen. Für Unterkunft und Verpflegung bei stationärer Pflege hat der Pflegebedürftige selbst aufzukommen. Soweit betriebsnotwendige Investitionsaufwendungen durch öffentliche Förderung nicht vollständig gedeckt sind, kann die Einrichtung dem Pflegebedürftigen diesen Teil der Aufwendungen gesondert berechnen (§82 (1;3) SGB XI).

Die in unsere Untersuchung einbezogenen Einrichtungen waren alle *anerkannt* und – mit einer Ausnahme (Nr.3)- *zugelassene* Einrichtungen im Sinne des § 72 (1) SGB XI, d.h. sie hatten mit den Pflegekassen einen Versorgungsvertrag für den Betrieb der Kurzzeitpflege abgeschlossen.

3.2.1 Pflegesätze

Die Pflegesätze sind das Entgelt der Heimbewohner oder ihrer Kostenträger für die voll- oder teilstationäre Pflegeleistung des Pflegeheims sowie die medizinische Behandlungspflege und die soziale Betreuung. Die Pflegesätze sind nach dem Versorgungsaufwand, den der Pflegebedürftige benötigt, in drei Pflegeklassen einzuteilen. Bei der Zuordnung der Pflegebedürftigen zu den Pflegeklassen sind die Pflegestufen gemäß §15 zugrunde zu legen. Die Pflegesätze müssen einem Pflegeheim bei wirtschaftlicher Betriebsführung ermöglichen, seinen Versorgungsauftrag zu erfüllen (§84 (1; 2) SGB XI).

Pflegesätze nach den Pflegeklassen 1 bis 3 wurden in 13 Einrichtungen erhoben. Für Pflegebedürftige, die (noch) nicht die Kriterien zumindest der Pflegestufe 1 erfüllen, werden Pflegesätze der Stufe 0 berechnet.

¹⁰ Auch bei Kurzzeit-Pflegeeinrichtungen handelt es sich um vollstationäre Pflegeeinrichtungen, vgl. § 42 (1) SGB XI.

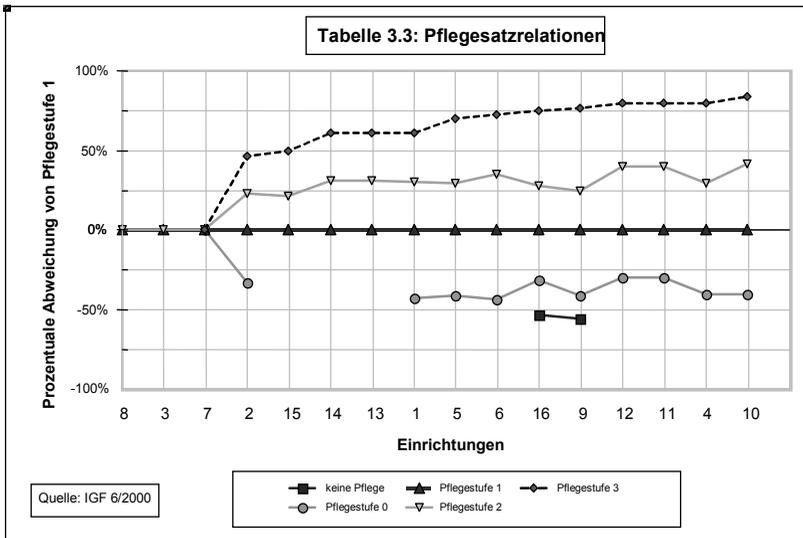
Eine Ausnahme hiervon bilden die Einrichtungen Nr. 9 und Nr. 16, dort ist noch die zusätzliche Stufe für ‚keine Pflege‘ vorhanden. Drei Einrichtungen berechneten unabhängig von der Pflegestufe einen Einheitspflegesatz, obwohl zwei davon (Nr. 7 und 8) nach den Vorgaben des SGB XI zu differenzierten Pflegesätzen verpflichtet wären. Begründet wurde dies damit, dass die Pflegekassen sich bis zum Zeitpunkt der Erhebung (Mitte 1999) nicht zu einer entsprechenden Vereinbarung imstande sahen, da entsprechende Rahmenverträge auf Landesebene fehlen würden. Die dritte Einrichtung (Nr.3) ist als ausschließlicher Anbieter von Ersatzpflege nicht zur Abstufung der Pflegesätze verpflichtet.

Die Pflegesätze im einzelnen zeigt nachfolgende Tabelle 3.6:

Tabelle 3.6: Pflegesätze der Kurzzeit-Pflegeeinrichtungen pro Belegungstag im II. Halbjahr 1999

Einrichtung	Pflegesätze pro Belegungstag für die Bereiche				
	keine Pflege	Stufe 0	Stufe 1	Stufe 2	Stufe 3
1		44,51 DM	77,80 DM	101,57 DM	125,35 DM
2		58,86 DM	87,51 DM	107,97 DM	128,44 DM
3		115,00 DM	115,00 DM	115,00 DM	115,00 DM
4		36,94 DM	61,57 DM	80,04 DM	110,84 DM
5		50,00 DM	85,00 DM	110,00 DM	145,00 DM
6		40,00 DM	71,00 DM	96,00 DM	122,50 DM
7		155,10 DM	155,10 DM	155,10 DM	155,10 DM
8		129,90 DM	129,90 DM	129,90 DM	129,90 DM
9	31,07 DM	41,35 DM	70,29 DM	87,88 DM	124,48 DM
10		51,60 DM	86,50 DM	122,99 DM	159,41 DM
11		57,44 DM	82,06 DM	114,89 DM	147,72 DM
12		51,21 DM	73,15 DM	102,41 DM	131,68 DM
13		nicht vorgesehen	54,00 DM	71,00 DM	87,00 DM
14		nicht vorgesehen	54,00 DM	71,00 DM	87,00 DM
15		76,92 DM	76,92 DM	93,31 DM	115,38 DM
16	27,88 DM	40,70 DM	59,24 DM	75,81 DM	103,59 DM

Welcher Versorgungsaufwand für Pflegebedürftige der einzelnen Pflegestufen als erforderlich erscheint, lässt sich bei gestaffelten Pflegesätzen anhand der Quotienten der Pflegesätze untereinander abschätzen. Bezugsgröße ist üblicherweise der Pflegesatz der Pflegestufe 1 (vgl. z.B. Grundsätze Brandenburg 1999; Hamburger Rahmenvereinbarung 1998). Die Relationen sind als prozentuale Abweichung in Abbildung 3.3 ausgewiesen.



Einrichtungen mit Einheitspflegesätzen weisen keine Abweichung aus. Würde bei allen Einrichtungen mit gestaffelten Pflegesätzen der Mehr- bzw. Minderbedarf der verschiedenen Pflegestufen gleich bewertet, so würde dies in Abb. 3.3 eine Gerade mit konstantem Prozentwert für jede Pflegestufe ergeben. Tatsächlich streut bei der Pflegestufe 0, soweit vorhanden – der Minderaufwand zwischen 30 % bis 42 %, bei der Stufe ‚keine Pflege‘ betrug er 53% bzw. 56 %. Ein Mehrbedarf von 21 % bis 42 % wird den Einrichtungen für die Pflegestufe 2 konzediert. Für die Pflegestufe 3 liegt dieser Wert zwischen 46 % und 84 %.

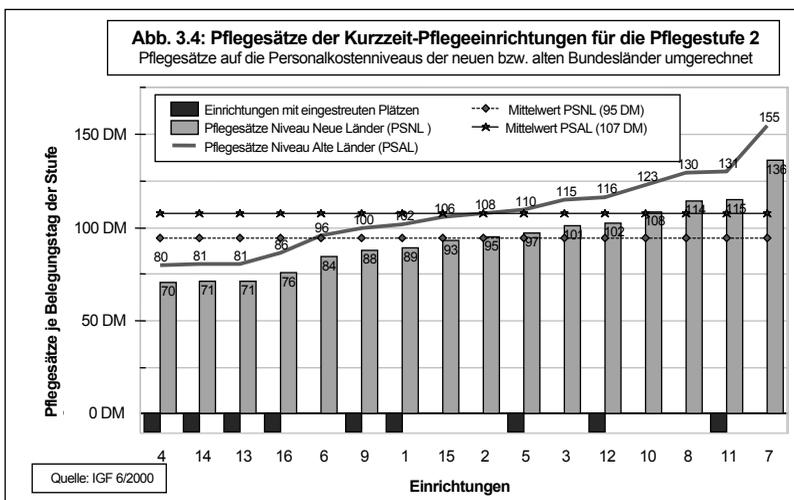
Die starken Unterschiede um fast das Doppelte in den Pflegestufen 2 und 3 sind sachlich kaum zu begründen. Weshalb soll der Mehrbedarf für die Stufe 3 (für Einrichtung 2 = 46 %) nur unwesentlich höher sein als der für die Stufe 2 (Einrichtung 10 = 42 %)? Unterschiedliche Sachkosten können als Erklärung nicht herangezogen werden, die Pflegesätze enthalten je nach Pflegestufe nur Sachkostenanteile zwischen 12 % in Stufe 1 und 7 % in Stufe 3,¹¹ alles andere sind Personalkosten. Da die Personalkosten aller Einrichtungen aber nach im Prinzip gleichen

11 Grundsätze Brandenburg 1999, Pkt. 2.3 und 2.4:
Pflegebedingte Sachkosten

	Pflegesätze	Sachkostenanteil
Pflegestufe 1	60,27 DM	11,73%
Pflegestufe 2	74,93 DM	9,44%
Pflegestufe 3	105,44 DM	6,71%
Härtefall	124,34 DM	5,69%

Tarifsystemen bestimmt werden, können Ursache dieser Abweichungen nur unterschiedliche Personalstärke und/oder -zusammensetzung sein.¹²

Eine weitere Möglichkeit der Bewertung der Pflegesätze ist der Vergleich der Pflegesätze untereinander. Dabei ist jedoch zu berücksichtigen, dass es sich hier teils um Einrichtungen in den neuen, teils in den alten Ländern handelt. Da hauptsächlich Kostenanteil der Pflegesätze Aufwendungen für das Personal sind und im Jahr 1999 die Tarifvergütung nach BAT-Ost 86,5 % der Sätze nach BAT-West betrug, müssen die Werte zum Vergleich an das jeweils andere Kostenniveau umgerechnet werden. Als Umrechnungsfaktor wurde der Wert 0,88 eingesetzt.¹³ Die Ergebnisse sind für die Pflegestufe 2 in Abbildung 3.4 dargestellt:



Im Mittel betragen die Pflegesätze der Pflegestufe 2 nach dem Kostenniveau der alten Länder 94,54 DM, nach dem der alten Länder 107,43 DM. In einem Intervall von +/- 15 % vom Mittelwert liegen neun der Einrich-

12 Nach den Regeln des BAT könnten auch das Dienstalter bzw. der Status einen (geringen) Teil der Unterschiede erklären

13 Die Tarifvergütung nach BAT-Ost beträgt 86,5 % des Westniveaus. Hauptsächlich Kostenanteil der Pflegesätze sind Aufwendungen für Personal. Neben der Vergütung für das Pflegepersonal sind darin auch 50 % der Vergütung für Leitung, Verwaltung und Hauswirtschaft enthalten. Der Sachkostenanteil beträgt nach der Modellberechnung für Brandenburg je nach Pflegestufe zwischen 12 % und 7 % (Grundsätze Brandenburg 1999, Pkt. 2.3 und 2.4). Geht man für Pflegestufe 2 von einem Sachkostenanteil von 10 % aus, so ergibt dies einen Wert von $0,88 = [(0,865 \times 0,9) + (1 \times 0,1)]$, mit dem die Pflegesätze der Einrichtungen der alten Länder und von 1,14, mit dem diejenigen der neuen Länder multipliziert werden müssen, um jeweils vergleichbar zu sein.

tungen, darüber drei und darunter vier Einrichtungen. Der Maximalwert ist fast doppelt so hoch wie der Minimalwert. Die erhebliche Streuung der Pflegesätze durch die Art der Einbindung der Einrichtungsplätze erklären zu wollen, liefert kein eindeutiges Ergebnis. Zwar sind die Einrichtungen mit den niedrigsten Pflegesätzen – mit Ausnahme von Einrichtung Nr. 6 – solche mit eingestreuten Plätzen, aber auch bei den mittleren und höchsten Pflegesätzen sind Einrichtungen mit eingestreuten Plätzen zu finden.

Als weitere Hypothese käme in Frage, dass hohe Pflegesätze durch besondere Zuschläge für die Kurzzeitpflege verursacht werden. Die Ergebnisse der Überprüfung dieser Vermutung zeigt Tabelle 3.7:

Tabelle 3.7: Pflegesätze der Kurzzeitpflege im Verhältnis zu denen in der Langzeitpflege

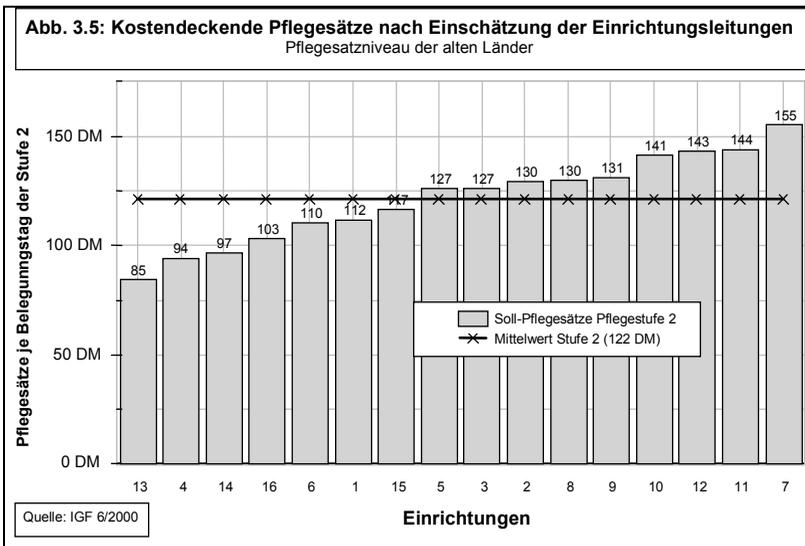
Einrichtung	Pflegesätze für			
	Stufe 0	Stufe 1	Stufe 2	Stufe 3
1	gleich	gleich	gleich	gleich
2	gleich	gleich	gleich	gleich
3	---	---	---	---
4	gleich	gleich	gleich	gleich
5	gleich	gleich	gleich	gleich
6	gleich	gleich	gleich	gleich
4	---	---	---	---
8	---	166%	130%	116%
9	gleich	113%	114%	115%
10	110%	111%	111%	112%
11	gleich	gleich	gleich	gleich
12	gleich	gleich	gleich	gleich
13	---	132%	124%	112%
14	---	103%	gleich	92%
15	---	---	---	---
16	gleich	gleich	gleich	gleich

Neun der dreizehn an Langzeit-Pflegeeinrichtungen angeschlossenen Kurzzeitpflegen enthalten unverändert die dort geltenden Pflegesätze. Vor der Langzeitpflege nach oben abweichende Pflegesätze weisen nur die Einrichtungen Nr. 8, 9, 10 und 13 auf. Für Kurzzeitpflege dürfen zwischen 11 % und 66 % mehr berechnet werden. In Einrichtung Nr. 14 ist zwar der Pflegesatz in der Kurzzeitpflege in Pflegestufe 1 um 3 % höher, in Stufe 3 ist er aber um 8 % *niedriger* als in der Langzeitpflege.

Die Annahme, dass die höheren Pflegesätze (vgl. Abb. 3.4) durch Sonderpflegesätze für Kurzzeitpflege verursacht würden, bestätigt sich nicht.

Pflegesätze, die aus der Sicht der Leitung der Einrichtung als angemessen erscheinen, ergaben ebenso wenig ein klares Bild. Ob die Pflegesätze den Kurzzeit-Pflegeeinrichtungen ermöglichen, in allen Fällen kostendeckend zu arbeiten, erschien zumindest bei den Einrichtungen mit den niedrigeren Sätzen fraglich. Es war zu erwarten, dass hier gewünschte Pflegesatzanhebungen am höchsten ausfallen würden. Für die Pflegesätze der oberen Preisklassen müsste dagegen gelten, dass die Kosten weitgehend gedeckt sind, der Wunsch nach höheren Pflegesätzen – soweit er überhaupt vorhanden ist – würde sich in geringen Sätzen ausdrücken. Insgesamt konnte man davon ausgehen, dass weitgehend nivellierte Kostensätze die Folge sein würden, schließlich sind mit den Pflegesätzen im wesentlichen die Pflegepersonalkosten und nicht unterschiedliche Einrichtungsstandards zu finanzieren.

Diese Erwartung erwies sich als falsch. Nicht nur, dass das Gefälle zwischen den Pflegesätzen der Einrichtungen weitgehend gleich blieb, auch die Reihenfolge der Einrichtungen änderte sich nur um maximal 3 Positionen. Lediglich Einrichtung Nr. 9 wechselten vom unteren in das obere Preisdrittel (vgl. Abb. 3.5).



Im Mittel wurde eine 20%ige Anhebung der Pflegesätze als notwendig erachtet, sieben Einrichtungen wären auch mit ca. 10 % zufrieden gewesen, in vier Einrichtungen wurde die Meinung vertreten, dass 25 % bis 50 % erforderlich seien.

Obwohl durch die Pflegesätze weitgehend die Aufwendungen für das Pflegepersonal finanziert werden und in allen Einrichtungen ungefähr nach dem gleichen Tarifsysteem entlohnt wird, streut die Höhe der Pflegesätze erheblich. Dies gilt sowohl für die absolute Höhe der Sätze als auch ihre Relation in Bezug auf die Pflegestufen. Ein in der Aufwendigkeit der Pflegebedürftigen begründeter Erklärungsansatz für die Höhe der Pflegesätze ist nicht zu finden. Der Eindruck einer gewissen Willkür bei der Pflegesatzfestlegung – sowohl seitens der Kostenträger als auch der Einrichtungen – lässt sich nicht vermeiden.

3.2.2 Entgelt für Unterkunft und Verpflegung sowie gesondert berechenbare Aufwendungen (Investitionszulagen)

Von den Pflegebedürftigen sind die Entgelte für Unterkunft und Verpflegung (§ 87 SGB XI) sowie die betriebsnotwendigen Investitionsaufwendungen zu tragen, die durch öffentliche Förderung nicht vollständig gedeckt sind (§ 82 (3) SGB XI). In einigen Bundesländern¹⁴ erhalten die Einrichtungen Zuwendungen zu den gesondert berechenbaren Aufwendungen (Investitionszulagen) zur Entlastung der Pflegegäste. In der nachfolgenden Tabelle 3.8 wird der von den Nutzern – unabhängig von ihrem Pflegeaufwand – pro Belegungstag zu tragende Aufwand (Nutzerentgelte) dargestellt. Für die Einrichtungen Nr. 1 und Nr. 2 werden die Zuwendungen nur für Kurzzeit-Pflegegäste nach § 42 SGB XI bezahlt, nicht aber für Pflegegäste, die Ersatzpflege (§ 39 SGB XI) erhalten oder Selbstzahler sind.¹⁵ Anstatt der Netto- müssen dann die Brutto-Nutzerentgelte von Pflegegästen entrichtet werden.

14 Sachsen, Schleswig-Holstein und Thüringen

15 §§ 6; 7 LPflegeGVO Schleswig-Holstein, Maximalförderung für die Kurzzeitpflege höchstens 30 DM pro Tag.

Tabelle 3.8: Nutzerentgelt pro Belegungstag

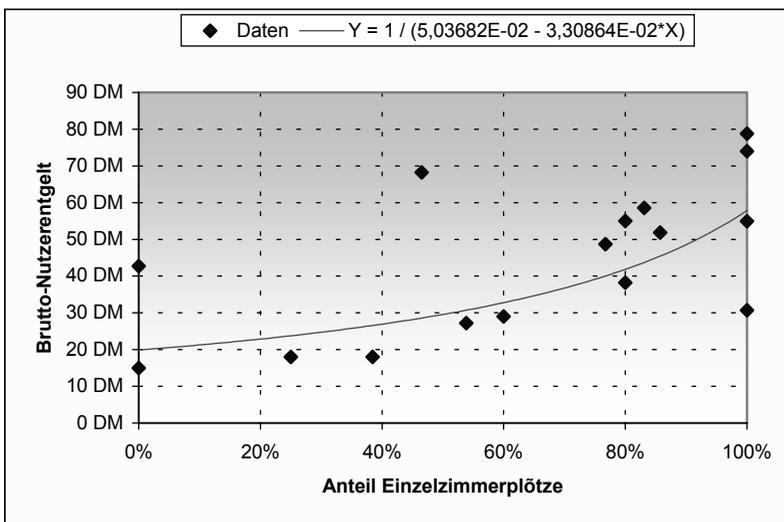
Einrichtung Nr.	Unterkunft und Verpfle- gung	Investitions- zulagen	Brutto- Nutzerent- gelte	. /. Zuwendun- gen	Netto- Nutzerent- gelte
1	40,83 DM	27,40 DM	68,24 DM	24,67 DM	43,57 DM
2	28,53 DM	26,50 DM	55,02 DM	23,84 DM	31,18 DM
3	15,00 DM	---	15,00 DM	---	15,00 DM
4	29,26 DM	22,62 DM	51,88 DM	---	51,88 DM
5	35,00 DM	23,55 DM	58,55 DM	---	58,55 DM
6	31,30 DM	17,38 DM	48,68 DM	---	48,68 DM
7	12,00 DM	6,00 DM	18,00 DM	---	18,00 DM
8	18,00 DM	---	18,00 DM	---	18,00 DM
9	29,18 DM	1,49 DM	30,67 DM	---	30,67 DM
10	48,99 DM	25,03 DM	74,02 DM	---	74,02 DM
11	23,68 DM	31,29 DM	54,97 DM	---	54,97 DM
12	32,31 DM	46,45 DM	78,76 DM	---	78,76 DM
13	27,21 DM	---	27,21 DM	---	27,21 DM
14	29,00 DM	---	29,00 DM	5,56 DM	23,44 DM
15	27,00 DM	11,19 DM	38,19 DM	9,96 DM	28,23 DM
16	27,00 DM	15,75 DM	42,75 DM	0,57 DM	42,18 DM
Mittelwert	28,39 DM	12,88 DM	41,28 DM	4,04 DM	37,24 DM

Auch bei den Nutzerentgelten streuen die Werte erheblich. Die Brutto-Nutzerentgelte betragen im Durchschnitt 41,28 DM, der Minimalwert lag bei 15,- DM, der Maximalwert bei 78,76DM pro Tag. Davon entfielen im Mittel auf die Kosten für Unterkunft und Verpflegung durchschnittlich ca. zwei Drittel der Aufwendungen, ein Drittel auf Investitionszulagen. Hauptsächlich aus der unterschiedlichen Subventionspraxis in der Vergangenheit erklären sich die verschiedenen Beträge für die noch zu finanzierenden (restlichen) Investitionskosten. Ob sich die Unterschiede der Kostenanteile für Unterkunft und Verpflegung in entsprechender Qualität ausdrücken oder durch andere Mechanismen zustande kommen, kann im Rahmen der Untersuchung nicht für alle potentiellen Komponenten beantwortet werden.

Als (Teil-)Erklärung für die Unterschiede lässt sich der Anteil der Plätze in Einzelzimmern an der Gesamtplatzzahl isolieren: Je höher der Platzanteil in Einzelzimmern ist, desto höher sind auch die Brutto-Nutzerentgelte. Dieser Zusammenhang wird statistisch zu 45 % (r^2) bestätigt (vgl. die Regressionsanalyse in Abb. 3.6), für das Komplement zu 100%

sind andere Ursachen maßgebend. Die Kosten für Unterkunft und Verpflegung allein ergeben einen geringeren Zusammenhang (31%).

Abb. 3.6: Statistischer Zusammenhang zwischen dem Anteil der Einzelzimmerplätze an der Gesamtzahl der Plätze und den Brutto-Nutzerentgelten



3.3 Aufwendungen für die Nutzer

Die Aufwendungen für die Nutzer der Kurzzeitpflege setzen sich zusammen aus

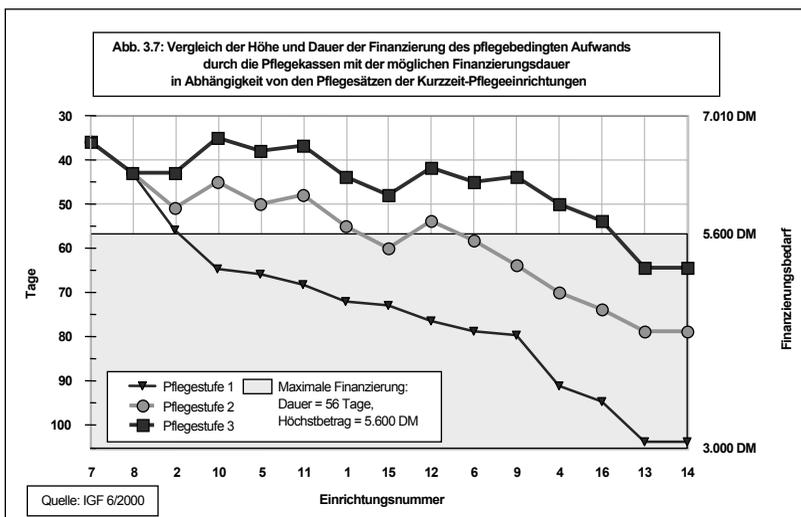
- den Entgelten für Unterkunft und Verpflegung,
- den ungedeckten Investitionskosten, eventuell erhobenen
- Kosten für Zusatzleistungen¹⁶ sowie
- die durch die Pflegekassen nicht gedeckten Pflegekosten.

Der von den Pflegegästen zu tragende Anteil an den Pflegekosten entsteht – im Gegensatz zu den Netto-Nutzerentgelten – nicht in jedem Fall, sondern nur dann, wenn der Rahmen für die Gewährung der ‚pflegebedingten Aufwendungen‘ überschritten wird, d.h. die Pflegekosten

¹⁶ Wenn über die notwendigen Leistungen hinaus besondere Komfortleistungen bei Unterkunft und Verpflegung oder zusätzliche betreuersch-pflegerische Leistungen gewährt werden, darf das Pflegeheim gesondert ausgewiesene Zuschläge von den Pflegebedürftigen verlangen (§ 88 (1) SGB XI).

für Kurzzeit- oder Ersatzpflege pro Kalenderjahr *jeweils* 2.800 DM überschreiten oder *jeweils* länger als vier Wochen dauern. Da eine Verbindung von Kurzzeit- und Ersatzpflegeaufenthalten beim Vorliegen der sonstigen Anspruchsvoraussetzungen zulässig ist,¹⁷ können Aufenthalte von bis zu acht Wochen Dauer mit bis zu 5.600 DM finanziert werden.

Die Folgen dieser Regelungen für die Kurzzeit-Pflegeeinrichtungen zeigt Abb. 3.7:



Mit einer Ausnahme (Einrichtung 2) wird von allen Einrichtungen mit gestaffelten Pflegesätzen bei voller zeitlicher Ausschöpfung (56 Tage pro Jahr) der Höchstbetrag (5.600DM) in der Pflegestufe 1 nicht erreicht. Der verfügbare Betrag würde je nach Einrichtung für 65 bis 104 Tage Kurzzeit-Pflegeaufenthalt ausreichen. In Pflegestufe 2 könnte in 7 Einrichtung der Maximalaufenthalt finanziert werden, bei Ausschöpfung des Kontingents stünden noch für bis zu 23 Tage Finanzmittel zu Verfügung. Bei sechs Einrichtungen reichen die 5.600 DM nur für 45 bis 55 Tage Aufenthalt. In Pflegestufe 3 kann der gesetzlich vorgesehene Maximalaufenthalt nur in zwei Einrichtungen vollständig finanziert werden. In den anderen Einrichtungen reicht der Höchstbetrag dazu nicht aus, in Einrichtung Nr. 10 können damit gerade mal 35 Tage, d.h. weniger als zwei Drittel des vollen Aufenthalts mit dem Finanzierungsanteil der Pflegekassen abgedeckt werden. In den Einrichtungen mit Einheitspfe-

¹⁷ Gemeinsames Rundschreiben der Spitzenverbände der Krankenkassen zu den leistungsrechtlichen Vorschriften des Pflege-Versicherungsgesetzes vom 28. Oktober 1996

gesetz¹⁸ reicht der Pflegekassenbeitrag in keinem Fall für die vollständige Aufenthaltsdauer aus, die Nutzer müssen einheitlich in allen Pflegestufen 1.690 DM (Nr. 8) bzw. 3.100 DM selbst bezahlen (Nr. 7).

Wie sich die gegebenen Finanzierungsmodalitäten auf die Aufwendungen der Pflegekassen auswirken, zeigt Tabelle 3.9:

Tabelle 3.9: Einsparungen der Pflegekassen durch nicht in Anspruch genommene Finanzierungsanteile für Kurzzeit- und Ersatzpflege bei einem Aufenthalt von 56 Tagen pro Jahr

Einrichtung	Pflegestufe 1	Pflegestufe 2	Pflegestufe 3
	DM	DM	DM
1	1.243,20	0,00	0,00
2	699,44	0,00	0,00
4	2.152,08	1.117,76	0,00
5	840,00	0,00	0,00
6	1.624,00	224,00	0,00
9	1.663,76	678,72	0,00
10	756,00	0,00	0,00
11	1.004,64	0,00	0,00
12	1.503,60	0,00	0,00
13	2.576,00	1.624,00	728,00
14	2.576,00	1.624,00	728,00
15	1.292,48	374,64	0,00
16	2.282,56	1.354,64	0,00
Mittlere Einsparungen pro Fall der gestaffelten Pflegesätze	1.554,90	538,29	112,00
Nominalaufwand	5.600,--	5.600,--	5.600,--
Effektiver Aufwand	4.045,10	5.061,71	5.488,--
Anteiliger Aufwand	72,2 %	90,4 %	98,0 %

18 Da Einrichtung 3 ausschließlich Ersatzpflege anbietet, können hier nur maximal 28 Tage mit 2.800 DM finanziert werden. Bei gegebenem Pflegesatz reicht dieser Betrag für höchstens 24 Tage.

Die Pflegekassen *sparten* trotz voller Nutzung des Zeitkontingents von 56 Tagen pro Fall im Mittel der Kurzzeit-Pflegeeinrichtungen mit *gestaffelten* Pflegesätzen.

- Pflegestufe 1	1.555 DM
- Pflegestufe 2	538 DM
- Pflegestufe 3	112 DM.

Im Durchschnitt wenden sie 72 % der verfügbaren Finanzmittel in Pflegestufe 1, 90 % in Pflegestufe 2 und 98 % in Pflegestufe 3 auf. Bei den Einrichtungen mit den niedrigsten Pflegesätzen (Nr. 13 und 14) sind nur 54% (Pflegestufe 1), 71 % (Pflegestufe 2) bzw. 87 % (Pflegestufe 3) der zulässigen Höchstsätze einzusetzen. Die Pflegesätze in den Einrichtungen mit einheitlichem Pflegesatz schöpfen das finanzielle Kontingent voll aus, bei den Pflegekassen entstehen keine Einspareffekte.

Gleichzeitig müssen die Nutzer der Einrichtungen, sofern sie den ihnen gesetzlich zugebilligten Zeitrahmen von 56 Tage pro Jahr für die Pflegeleistung vollständig in Anspruch nehmen, im Durchschnitt zusätzlich entrichten:

- Pflegestufe 1	keine Zuzahlung
- Pflegestufe 2	257,73 DM
- Pflegestufe 3	1.354,30 DM.

Bei entsprechenden Pflegesätzen müssten die Gäste allein für die Pflege in Stufe 2 bis zu 1.287DM, in Stufe 3 sogar bis zu 3.327 DM (Einrichtung Nr. 10) zuzahlen, wenn sie das Zeitkontingent von Kurzzeit- und Ersatzpflege ausschöpfen würden. Zusammen mit den Netto-Nutzerentgelten führt dies zu erheblichen Belastungen der Nutzer (vgl. Tabelle 3.10).

Tabelle 3.10: Belastung der Nutzer der Kurzzeit-/Ersatzpflege bei voller Ausschöpfung des Zeitkontingents von 56 Tagen pro Jahr

Einrichtung Nr.	Eigenbeteiligung bei der Pflege				Netto-Nutzerentgelt*	Gesamteigenleistung			
	Stufe 0	Stufe 1	Stufe 2	Stufe 3		Stufe 1	Stufe 2	Stufe 3	Stufe 0
	DM	DM	DM	DM	DM	DM	DM	DM	DM
1	2.492,56	0,00	87,92	1.419,60	3.130,74	3.130,74	3.218,66	4.550,34	4.932,54
2	3.296,16	0,00	446,32	1.592,64	2.413,54	2.413,54	2.859,86	4.006,18	5.042,18
4	2.068,64	0,00	0,00	607,04	2.905,28	2.905,28	2.905,28	3.512,32	4.973,92
5	2.800,00	0,00	560,00	2.520,00	3.278,80	3.278,80	3.838,80	5.798,80	6.078,80
6	2.240,00	0,00	0,00	1.260,00	2.726,08	2.726,08	2.726,08	3.986,08	4.966,08
9	2.315,60	0,00	0,00	1.370,88	1.717,52	1.717,52	1.717,52	3.088,40	4.033,12
10	2.889,60	0,00	1.287,44	3.326,96	4.145,12	4.145,12	5.432,56	7.472,08	7.034,72
11	3.216,64	0,00	833,84	2.672,32	3.078,32	3.078,32	3.912,16	5.750,64	6.294,96
12	2.867,76	0,00	134,96	1.774,08	4.410,56	4.410,56	4.545,52	6.184,64	7.278,32
13	3.024,00	0,00	0,00	0,00	1.523,76	1.523,76	1.523,76	1.523,76	4.547,76
14	3.024,00	0,00	0,00	0,00	1.312,55	1.312,55	1.312,55	1.312,55	4.336,55
15	4.307,52	0,00	0,00	861,28	1.580,88	1.580,88	1.580,88	2.442,16	5.888,40
16	2.279,20	0,00	0,00	201,04	2.362,08	2.362,08	2.362,08	2.563,12	4.641,28
Mittelwert gestaffelte Pflegesätze	2.832,44	0,00	257,73	1.354,30	2.660,40	2.660,40	2.918,13	4.014,70	5.388,36
7	8.685,60	3.085,60	3.085,60	3.085,60	1.008,00	4.093,60	4.093,60	4.093,60	9.693,60
8	7.274,40	1.674,40	1.674,40	1.674,40	1.008,00	2.682,40	2.682,40	2.682,40	8.282,40
Mittelwert Einheitspflugesätze	7.980,00	2.380,00	2.380,00	2.380,00	1.008,00	3.388,00	3.388,00	3.388,00	8.988,00
Mittelwert gesamt	3.518,78	317,33	540,70	1.491,06	2.440,08	2.757,42	2.980,78	3.931,14	5.868,31

* Kurzzeit-Pflegeeinrichtungen in Schleswig-Holstein: 28 Tage mit, 28 Tage ohne Zuwendungen

Im Mittel haben Pflegebedürftige im Sinn des SGB XI bei einer Aufenthaltsdauer von 56 Tagen im Jahr in der ersten Pflegestufe 2.757 DM, in der zweiten 2.981 DM und in der dritten 3.931 DM aus Eigenmitteln zu finanzieren, im Höchstfall sogar 4.145 DM in Stufe 1 bis 7.472 DM in Stufe 3 (Einrichtung Nr. 10). Da der Pauschalbetrag der Pflegekassen nicht dynamisiert ist, wird die Belastung der Pflegebedürftigen mit jeder Pflege- und Entgeltanhebung weiter steigen.

Am härtesten trifft es aber die nach SGB XI Nicht-Pflegebedürftigen, soweit sie – und das ist der Regelfall – den Aufenthalt ohne Kostenerstattung selbst zu finanzieren haben: Für acht Wochen in der Kurzzeit-/Ersatzpflege müssen sie im Mittel 5.868 DM selbst bezahlen, im Extremfall (Einrichtung Nr. 7) können sich die Belastungen sogar auf fast 10.000 DM belaufen.

3.4 Finanzielle Entlastung pflegebedürftiger Nutzer durch gestaffelte Finanzierungssätze der Pflegekassen

Zumindest für die Pflegebedürftigen nach SGB XI wäre finanzielle Entlastung dadurch möglich, dass die pauschale Vergütung der Pflegekassen nicht als einheitlicher Pauschalbetrag, sondern nach Pflegestufen gestaffelt vergütet würde. Für die hier untersuchten Kurzzeit-Pflegeeinrichtungen mit gestaffelten Pflegesätzen sei dies als Rechenbeispiel *modellhaft* dargestellt (vgl. Tabelle 3.11).

Für die Pflegebedürftigen der untersuchten Einrichtungen führen die für Pflegestufe 1 um 900DM auf 4.700 DM reduzierten und für Pflegestufe 3 um 1.700 DM auf 7.300 DM erhöhten Finanzierungsbeiträge der Pflegekassen zu geringeren Belastungen als der ursprüngliche, nur für Pflegestufe 2 beibehaltene Wert. Zwar kommt es dabei in Pflegestufe 1 zu geringfügiger Mehrbelastung (im Mittel + 31 DM, im Einzelfall bis 200 DM), dies wird aber durch die erhebliche Verminderung der Eigenbeteiligung in Stufe 3 ausgeglichen (im Mittel 1.148DM). Reichte in Stufe 3 die pauschal gewährte Pflegevergütung in der überwiegenden Zahl der Fälle nicht aus (11 von 15), ist Eigenbeteiligung bei der vorgenommenen Staffelung nur noch in vier Einrichtungen erforderlich. Der ursprüngliche Maximalbeitrag von ca. 3.300 DM reduziert sich auf 1.600 DM (Einrichtung Nr. 10).

Tabelle 3.11: Auswirkungen gestaffelter Finanzierungsbeiträge der Pflegekassen

Finanzierungsbeiträge der Pflegekassen	Pflegestufe 1	Pflegestufe 2	Pflegestufe 3	Einsparung Pflegekassen im Verhältnis zum Maximalwert jeder Pflegeklasse		
	4.700 DM	5.600 DM	7.300 DM	Mehrbelastung Gäste		
Einrichtung	Pflegestufe 1	Pflegestufe 2	Pflegestufe 3	Pflegestufe 1	Pflegestufe 2	Pflegestufe 3
Nr.	DM	DM	DM	DM	DM	DM
1	0,00	87,92	0,00	343,20	0,00	280,40
2	200,56	446,32	0,00	0,00	0,00	107,36
4	0,00	0,00	0,00	1.252,08	1.117,76	1.092,96
5	60,00	560,00	820,00	0,00	0,00	0,00
6	0,00	0,00	0,00	724,00	224,00	440,00
9	0,00	0,00	0,00	763,76	678,72	329,12
10	144,00	1.287,44	1.626,96	0,00	0,00	0,00
11	0,00	833,84	972,32	104,64	0,00	0,00
12	0,00	134,96	74,08	603,60	0,00	0,00
13	0,00	0,00	0,00	1.676,00	1.624,00	2.428,00
14	0,00	0,00	0,00	1.676,00	1.624,00	2.428,00
15	0,00	0,00	0,00	392,48	374,64	838,72
16	0,00	0,00	0,00	1.382,56	1.354,64	1.498,96
Mittelwert gestaffelte Pflegesätze	31,12	257,73	268,72	686,02	538,29	726,42

Trotz der im Verhältnis zur Reduzierung in Stufe 1 mehr als doppelt so hohen Steigerung in Pflegestufe 3 ergeben sich insgesamt keine wesentlichen Änderungen der finanziellen Aufwendung für die Pflegekassen, da erheblich weniger Pflegebedürftige der Stufe 3 als der Stufe 1 zugeordnet sind. Welche Auswirkungen sich im einzelnen ergeben, ist in Tabelle 3.12 dargestellt. Dafür wurde zunächst der effektive Aufwand der Pflegekassen, jeweils nach den gestaffelten und pauschalen Finanzierungssätzen berechnet und mit dem Anteil der in dieser Untersuchung vorgefundenen Pflegebedürftigen in der Kurzzeitpflege (vgl. Abschnitt 4.3) pro Pflegestufe multipliziert. Die Zeilensumme ergibt den durchschnittlichen Aufwand pro Fall nach pauschalierter bzw. gestaffelter Finanzierung. Die Differenz zeigt den Mehr- bzw. Minderaufwand an. Zur Kontrolle wurde das gleiche Verfahren nochmals mit den 1997 in der Bundesrepublik Deutschland lebenden ambulant betreuten Pflegebedürftigen (BMA 1998), die 50 Jahre und älter sind, angewendet.

Tabelle 3.12: Abschätzung der Auswirkung gestaffelter Finanzierungssätze auf die Pflegekassen

	Pflegestufe 1	Pflegestufe 2	Pflegestufe 3	
Pauschale Finanzierung				
Nominalaufwand	5.600,00	5.600,00	5.600,00	
Einsparung	1.554,90	538,29	112,00	
effektiver Aufwand	4.045,10	5.061,71	5.488,00	
Gestaffelte Finanzierung				
Nominalaufwand	4.700,00	5.600,00	7.300,00	
Einsparung	686,02	538,29	726,42	
effektiver Aufwand	4.013,98	5.061,71	6.573,58	
Pflegebedürftige ambulant betreute BRD 1997				
	47,30%	41,77%	10,90%	
Kurzzeitpflege 1999/2000				
	44,17%	40,56%	15,27%	
Finanzierungsaufwand bzw. -änderung für die Pflegekassen				
Verteilung nach den ambulant betreuten Pflegebedürftigen in der BRD 1997				
	Pflegestufe 1	Pflegestufe 2	Pflegestufe 3	GESAMT
gestaffelte Finanzierung	1.898,61	2.114,28	716,52	4.729,41
pauschale Finanzierung	1.913,33	2.114,28	598,19	4.625,80
Differenz	-14,72	0,00	118,33	103,61
Verteilung nach den Pflegebedürftigen der Kurzzeitpflege				
gestaffelte Finanzierung	1.772,94	2.052,89	1.004,01	4.829,85
pauschale Finanzierung	1.786,69	2.052,89	838,21	4.677,79
Differenz	-13,75	0,00	165,81	152,06

Je nach unterstellten Anteilen der Pflegebedürftigen in den Pflegestufen ergeben sich im Rahmen der hier ermittelten Pflegesätze in der Kurzzeitpflege für eine gestaffelte Finanzierung der Kurzzeit- und Ersatzpflege Mehraufwendungen von 100 bzw. 150 DM pro Fall. Der Höchstbetrag von derzeit 5.600 DM wird aber in keinem der Rechenbeispiele erreicht, es verbleiben noch Reserven von 800 DM bis 900 DM.

Die Untersuchung der tatsächlichen Auswirkungen gestaffelter Finanzierungssätze für die Kurzzeit- bzw. Ersatzpflege sowohl auf die Eigenbeteiligung der Nutzer als auch auf die Aufwendungen der Pflegekassen bleibt einem größer angelegten Forschungsprojekt vorbehalten. Darin könnten auch die optimalen Finanzierungssätze für die einzelnen Pflegestufen ermittelt werden.

4 Nutzer der Kurzzeit-Pflegeeinrichtungen

Grundlage des nachfolgenden Abschnitts sind die Daten aus den Erhebungsteilen I und II, d.h. sie repräsentieren 916 Personen, denen 1.116 Kurzzeit-Pflegeaufenthalte zuzuordnen waren. Da hierbei nur nach dem Prinzip des ‚kleinsten gemeinsamen Nenners‘ vorgegangen werden konnte, stehen für diesen Teil der Auswertung nur die Variablen zur Verfügung, die auch in den Bestandsdaten des ersten Untersuchungsteils enthalten waren. Die vertiefende Nutzeranalyse ist dem zweiten Teil der Untersuchung vorbehalten.

4.1 Sozio-demografische Merkmale

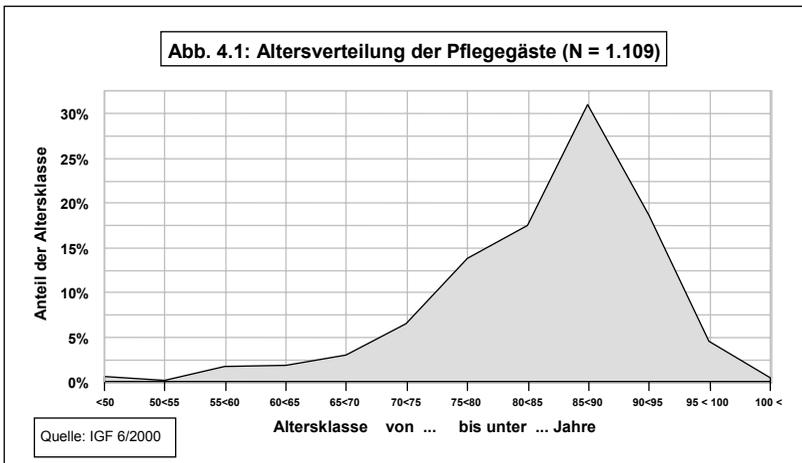
4.1.1 Alter

In Kurzzeit-Pflegeeinrichtungen werden hauptsächlich hochbetagte Menschen betreut und gepflegt: Fast drei Viertel (72,1 %) der Gäste waren 80 Jahre und älter, 90 Jahre und älter traf noch fast auf ein Viertel zu (23,5 %), fünf Gäste (0,5 %) hatten bereits ihren hundertsten Geburtstag gefeiert. Der Anteil der Personen, die das 60. Lebensjahr noch nicht erreicht hatten, betrug 2,6 %.

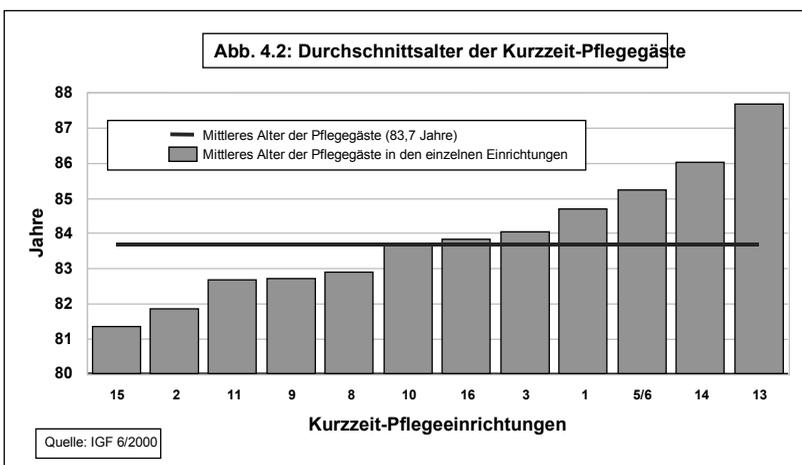
Tabelle 4.1: Altersverteilung der Pflegegäste

Alter in Jahren von... bis unter..	Anteil pro Alters- klasse	Absteigend kumuliert
<50	0,6%	100,0%
50<55	0,3%	99,4%
55<60	1,7%	99,1%
60<65	1,9%	97,4%
65<70	3,0%	95,5%
70<75	6,6%	92,5%
75<80	13,8%	85,9%
80<85	17,6%	72,1%
85<90	31,0%	54,6%
90<95	18,6%	23,5%
95 < 100	4,5%	5,0%
100 <	0,5%	0,5%
Fälle gültig		1.109
keine Angaben		7
Fälle gesamt		1.116

Im Mittel waren die Pflegegäste 83,7 Jahre alt. Die meisten Nutzer (31 %) sind der Altersgruppe der 85 bis 90jährigen zugehörig.

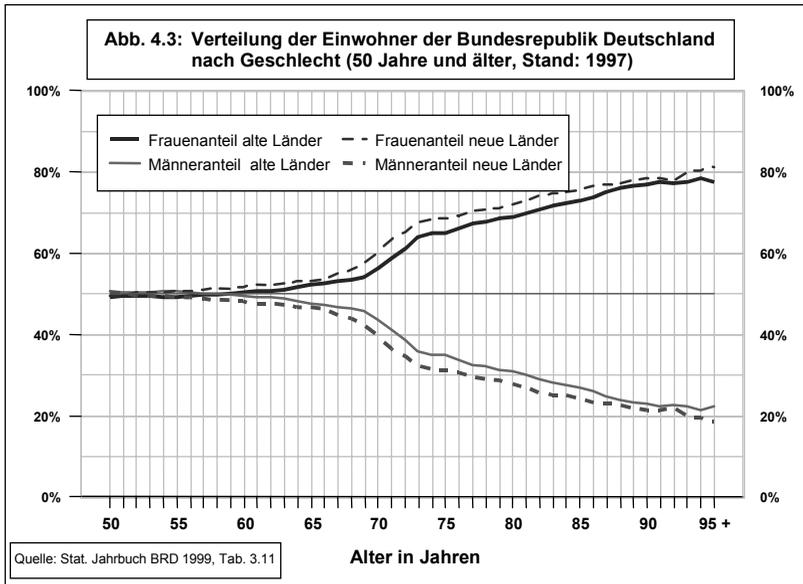


In den einzelnen Einrichtungen lag das mittlere Alter der Gäste zwischen 81,3 und 87,7 Jahren. Welche Ursachen für die erhebliche Abweichung von bis zu 6,4 Jahren in Frage kommen, lässt sich mit den vorhandenen Daten nicht beantworten. Auffallend ist jedoch, dass die Einrichtung mit dem niedrigsten Durchschnittsalter (Nr. 15) auch die niedrigste und die beiden Einrichtungen mit den im Mittel ältesten Pflegegästen (Nr.13 und 14) mit die höchste mittleren Pflegestufen aufweisen. Ein gesicherter statistischer Zusammenhang über alle Einrichtungen ist jedoch nicht festzustellen.



4.1.2 Geschlecht

Die hauptsächlichen Nutzer der Kurzzeit-Pflegeeinrichtungen sind mit einem Anteil von 75,5 % Frauen, ‚nur‘ 24,5 % waren Männer. Diese scheinbare Ungleichverteilung erklärt sich weitgehend aus dem hohen Alter der Gäste. Ab ca. dem 60. Lebensjahr gilt: Je höher das Alter, desto höher ist der Anteil der Frauen an der jeweiligen Altersklasse (vgl. Abb. 4.3).



Statistisch entspricht dem ermittelten Durchschnittsalter von 83,7 Jahren in den neuen Ländern ein Frauenanteil von 75 %, in den alten Ländern von 73 %. Bei der gegebenen Verteilung der Pflegegäste nach neuen und alten Ländern ist ein Frauenanteil von 74,6 % der ‚normale‘ Erwartungswert.

Die festgestellte Geschlechtsverteilung über alle Einrichtungen liegt damit nahe an der Verteilung, die statistisch zu erwartenden gewesen wäre.

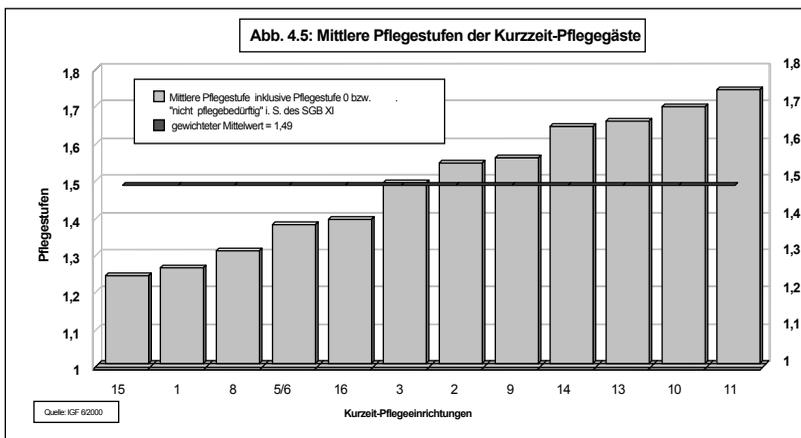
4.2 Grad der Pflegebedürftigkeit

Anerkannt pflegebedürftig nach Maßgabe des SGB XI waren 87 % der Kurzzeit-Pflege Gäste. Das bedeutet jedoch nicht, dass die verbleibenden 13 % nicht pflegebedürftig waren: In diese Gruppe fallen sowohl Pflegebedürftige, deren Anerkennung durch den MDK noch ausstand, weil die Kürze der verfügbaren Zeit zur Begutachtung nicht ausreichte oder weil Widerspruch gegen eine Entscheidung eingelegt wurde. Ferner Personen, die zwar hilfe-, nicht aber pflegebedürftig sind (so genannte Pflegestufe 0). Des weiteren akut Kranke, die voraussichtlich weniger als ein halbes Jahr pflegebedürftig sein werden und somit die gesetzlichen Anforderungen für die Anerkennung als Pflegebedürftige nicht erfüllen (§ 14 (1) SGB XI). Die Anteile im einzelnen konnten wegen der Erhebungstechnik der ersten Phase (Auswertung von Bestandsdaten) mangels entsprechender Aufzeichnungen in den meisten Einrichtungen nicht ermittelt werden, im 2. Teil der Untersuchung wird auf diesen Personenkreis näher eingegangen. Die Verteilung der Pflegebedürftigkeit in den einzelnen Einrichtungen sowie im Mittel aller Einrichtungen zeigt nachfolgende Tabelle 4.2.

Tabelle 4.2: Grad der Pflegebedürftigkeit

Einrichtung Nr.	Anzahl Fälle	nicht pflege- bedürftig nach SGB XI	Pflegestufe		
			I	II	III
1	27	7,4%	70,4%	11,1%	11,1%
2	170	14,7%	28,2%	45,3%	11,8%
3	45	13,3%	46,7%	17,8%	22,2%
5/6	8	---	62,5%	37,5%	---
8	108	25,0%	29,6%	35,2%	10,2%
9	150	13,3%	36,0%	32,7%	18,0%
10	146	6,2%	37,0%	38,4%	18,5%
11	118	11,9%	25,4%	39,8%	22,9%
13	26	---	42,3%	50,0%	7,7%
14	61	6,6%	37,7%	41,0%	14,8%
15	203	17,2%	52,2%	25,6%	4,9%
<u>16</u>	<u>54</u>	<u>9,3%</u>	<u>46,3%</u>	<u>40,7%</u>	<u>3,7%</u>
Anzahl Fälle	1.116	147	428	393	148
Anteile	100,0%	13,2%	38,4%	35,2%	13,3%

Zum Vergleich des Grades der Pflegebedürftigkeit in den Einrichtungen bietet sich an, die ordinal ausgerichteten Pflegestufen entsprechend ih-



rer nominalen Ausrichtung zu quantifizieren¹⁹. Bewertet man die Pflegestufe ‚nicht pflegebedürftig nach SGB XI‘ mit ‚0‘ und die anderen Pflegestufen mit 1 bis 3, so ergibt sich über alle Einrichtung eine mittlere Pflegestufe von 1,49 (Abb. 4.5).

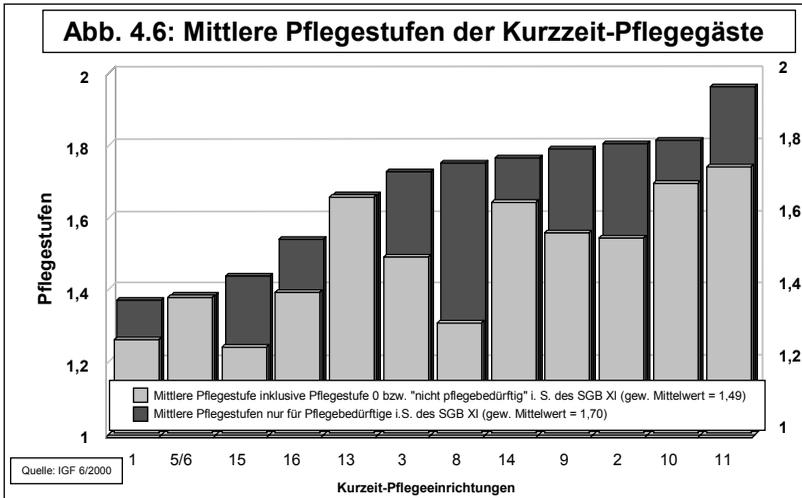
Auch hierbei sind einrichtungsspezifisch erhebliche Unterschiede festzustellen: Das Minimum liegt bei 1,23 (Einrichtung Nr. 15), das Maximum bei 1,74. Das Gewicht dieses Unterschiedes von ‚nur‘ einer halben Pflegestufe wird deutlich, wenn man sich vergegenwärtigt, dass der Bedarf an Pflegepersonal und – als Folge gestaffelter Pflegesätzen – die Höhe der Erlöse von den Pflegestufen abhängig sind (vgl. Abschnitt 5.3.2). Ein um eine halbe Pflegestufe veränderter mittlerer Aufwendigkeitsgrad bedeutet beispielsweise in Hamburg eine Erhöhung des Bedarfs an Pflegepersonal um 35 % und eine Steigerung der Erlöse aus Pflege um 21 %.²⁰

Obwohl Einrichtung Nr. 3 ausschließlich Ersatzpflege anbietet, entspricht ihre mittlere Pflegestufe dem Durchschnittswert, ihr Anteil an der Betreuung von Pflegegästen der Stufe 3 weist mit den höchsten Wert auf. Dass es sich hierbei um *keinen* Einzelfall handelt, wird im Rahmen der vertiefenden Nutzeranalyse aufgezeigt (Teil II, Kap. 2).

¹⁹ Die hier verwendete Berechnungsmethode unterstellt einen linearen Verlauf der Pflegestufen und damit der Aufwendigkeit der Pflegebedürftigen. Eine andere – im Prinzip genauere – Methode wäre die Gewichtung der Pflegestufen anhand von Aufwendigkeitskriterien, beispielsweise mit Hilfe der Personalschlüssel oder der Pflegesätze. Weil einheitliche Vorgaben fehlen, kann diese Methode nicht angewendet werden.

²⁰ Die Werte gelten für die Differenz zwischen Pflegestufe 1 und 2 um eine halbe Pflegestufe; Personalschlüssel nach den Rahmenvereinbarung über Eckpunkte zur Ermittlung der Pflegesätze in Hamburg (1998); Pflegesätze nach den 1999 geltenden Pflegesätzen der Einrichtung 10.

Wegen unterschiedlich hoher Anteile an Nicht-Pflegebedürftigen weicht in einzelnen Einrichtungen der mittlere Pflegebedarf aller Gäste – und damit die Rechenbasis für die Pflegesätze – von den nach SGB XI betreuten zum Teil erheblich ab (vgl. Abb. 4.6).



Die Pflegegäste, die im Sinn des SGB XI pflegebedürftig sind, weisen im Mittel die Pflegestufe 1,7 aus.

4.3 Dauer des Aufenthalts

Bei der Ermittlung der Aufenthaltsdauer der Kurzzeit-Pflegegäste zählen Aufnahme- und Entlassungstag jeweils als voller Belegungstag. Nur wenn am Tag der Aufnahme auch die Entlassung erfolgt (erfolgen musste), zählt dies nur als ein Tag. Dies kam in 5 Fällen vor.

Zwei Drittel aller Pflegegäste blieben 8 bis 28 Tage. Kurzaufenthalt von bis zu einer Woche Dauer kam in 12 % aller Fälle vor, länger als 28 Tagen blieben 11 % der Gäste (Fälle). Die Aufenthaltsdauer betrug im Mittel 22,42 Tage.

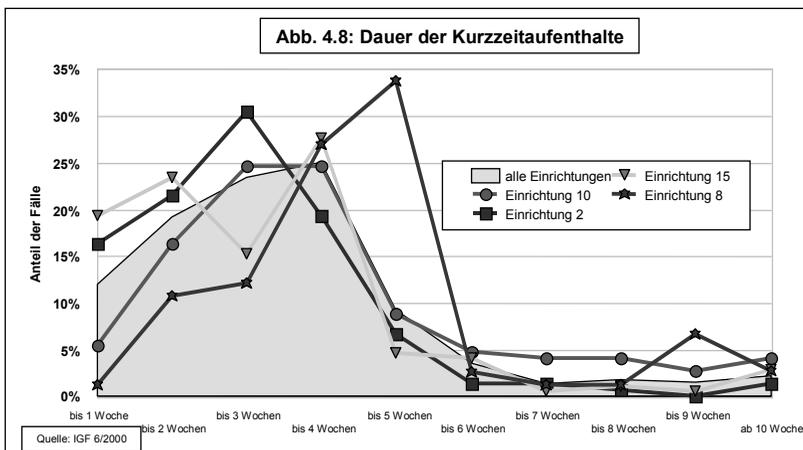
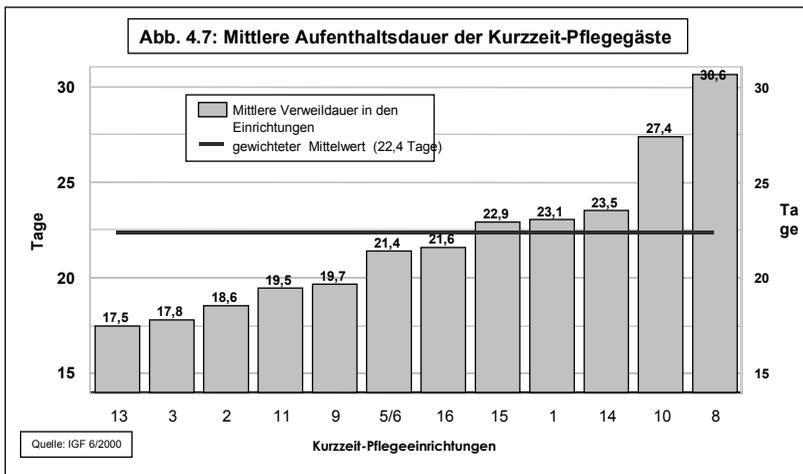
Tabelle 4.3: Dauer pro Aufenthalt

Tage	Anzahl	Anteil	kumuliert
1 bis 3	29	2,62%	2,62%
4 bis 7	104	9,39%	12,00%
8 bis 14	214	19,31%	31,32%
15 bis 21	260	23,47%	54,78%
22 bis 28	278	25,09%	79,87%
29 bis 35	104	9,39%	89,26%
36 bis 42	40	3,61%	92,87%
43 bis 49	16	1,44%	94,31%
50 bis 56	21	1,90%	96,21%
57 bis 63	17	1,53%	97,74%
64 bis 70	4	0,36%	98,10%
71 bis 77	4	0,36%	98,47%
78 bis 84	4	0,36%	98,83%
85 bis 91	2	0,18%	99,01%
92 bis 99	3	0,27%	99,28%
<u>100 und mehr</u>	<u>8</u>	<u>0,72%</u>	<u>100,00%</u>
Anzahl Fälle	1.108	100,00%	
Keine Angaben	8		

Sowohl die mittlere Aufenthaltsdauer als auch die Verteilung der Häufigkeiten wich bei den einzelnen Einrichtungen zum Teil von den über alle Einrichtungen errechneten Werten erheblich ab. Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer war in den Extremwerten um 5 Tage (22 %) kürzer (Einrichtung 13) bzw. um 6 Tage (37 %) länger (Einrichtung 8) als es dem Mittelwert über alle Einrichtungen entsprochen hätte. Bei fünf Einrichtungen lag die Abweichung innerhalb eines Intervalls von +/- einem Tag (vgl. Abb. 4.6).

Auch bei der Verteilung der Häufigkeiten ergeben sich teilweise erhebliche Unterschiede. Kurzaufenthalte von bis zu einer Woche Dauer machen in manchen Einrichtungen bis zu 30 %, in anderen nur 1 % aller Fälle aus. Konzentriert sich in einer Einrichtung (Nr. 10) der Aufenthalt der Hälfte aller Gäste auf den Zeitraum von ca. 3 Wochen (15 bis 27 Tage), so sind in einer anderen (Nr. 8) 60 % der Gäste rund 4 Wochen (22 bis 35 Tage) anwesend. Dagegen bleiben in Einrichtung Nr. 2 fast ein Drittel der Gäste wenig länger als 2 Wochen (15 bis 21 Tage). In Einrichtung Nr. 15 ist jedoch gerade diese Aufenthaltsdauer relativ selten, hier sind Aufenthalte von weniger als 2 Wochen und mehr als drei Wochen die häufigsten Werte. Aufenthalte von mehr als 42 Tagen (6 Wochen und länger) bildeten in den Einrichtungen Nr.2 und Nr. 15 mit 4 % bzw. 5 % der Fälle die Ausnahme, während in Einrichtung Nr. 10 und Nr. 8

Aufenthalte dieser Dauer eher die Regel (15 % bzw. 12 % der Fälle) waren (vgl. Abb. 4.7 und Tabelle A4 im Anhang).



Mit ursächlich für die festgestellten Unterschiede war, dass in einigen Einrichtungen die Aufenthaltsdauer im Regelfall von vornherein begrenzt war, während bei anderen keine Einschränkungen bestanden. War der Aufenthalt begrenzt, durften die Gäste in der Regel höchstens drei bis vier Wochen bleiben, in Ausnahmesituationen (wenn z.B. der Umbau zur rollstuhlgerechten Wohnung entsprechend lange dauerte) wurde aber von dieser Regelung abgewichen. Die Einrichtungen mit den längsten mittleren Verweildauern (Nr. 8 und Nr. 10) bieten unbe-

grenzten Aufenthalt an. Der Umkehrschluss – in Einrichtungen mit kurzer durchschnittlicher Verweildauer ist der Aufenthalt begrenzt – ist jedoch nicht verallgemeinerungsfähig, da nur in einigen von ihnen ein Zeitlimit bestand. Als Erklärung für einen kurzen Verbleib dürfte auch die Knappheit des Platzangebotes eine Rolle spielen. Dies gilt generell für Einrichtungen mit eingestreuten Betten und saisonal für alle Einrichtungen (vgl. Abschnitt 5.3). Auch Komfortgesichtspunkte (Unterbringung im Einzel- oder Doppelzimmer) und nicht zuletzt die Kosten für die Nutzer sind hier als mögliche Gründe zu nennen.

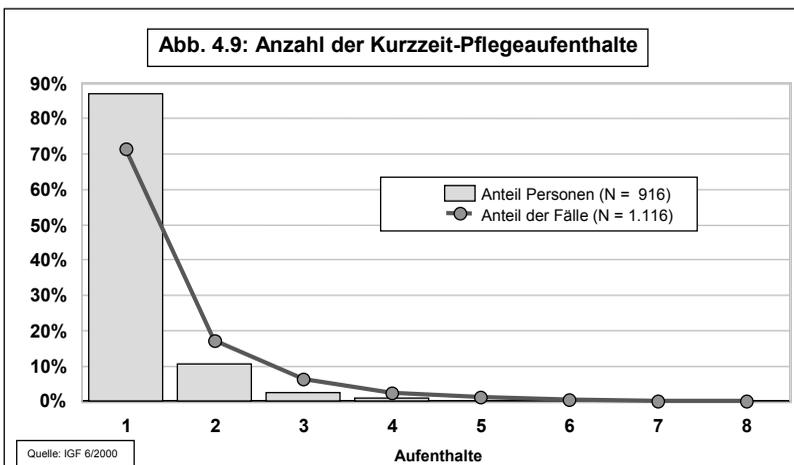
Argument für die Limitierung des Aufenthalts war zum einen die Knappheit des Platzangebots, zum anderen – so zwei Heimleiter – die zum Zeitpunkt der Erhebung noch geltende Regelung, dass es sich bei einem Aufenthalt in einer vollstationären Pflegeeinrichtung, der über vier Wochen dauert, um einen Langzeit-Aufenthalt handelt und damit das Heimgesetz uneingeschränkt gilt, so dass bei längerem Aufenthalt zusätzliche Aufwendungen entstünden. Mit der im Rahmen der Neuregelung des Heimgesetzes vorgesehenen Änderung gilt als Langezeitpflege erst eine Aufenthaltsdauer von mehr als *drei* Monaten (§ 1a.4). Es bleibt abzuwarten, ob sich dadurch die Verweildauer im Mittel verlängert oder ob auch diese Änderung der Rahmenbedingungen keinen merklichen Einfluss auf die Aufenthaltsdauer haben wird (vgl. Abschnitt 4.6).

4.4 Häufigkeit der Inanspruchnahme

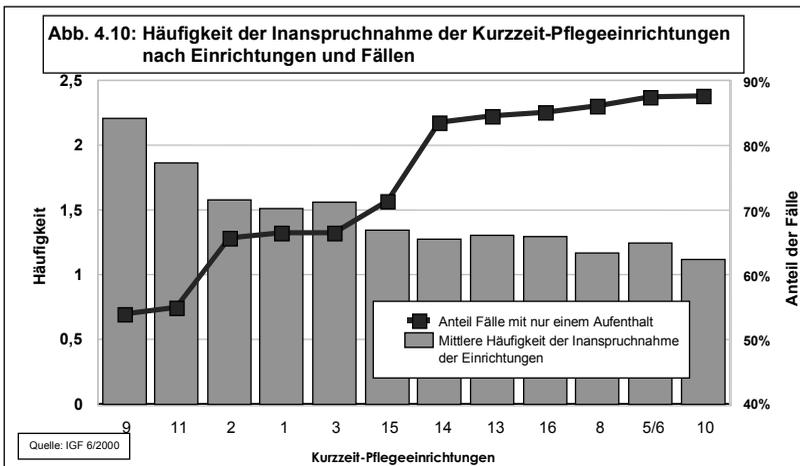
Die Häufigkeit der Inanspruchnahme²¹, d.h. die Anzahl der Kurzzeit-Pflegeaufenthalte pro Person, stellt – neben der Aufenthaltsdauer – einen wichtigen Planungsfaktor für die Bereitstellung entsprechender Pflegeinfrastruktur dar. Je häufiger (und je länger) Kurzzeitpflege in Anspruch genommen wird, desto mehr Plätze müssen unter ansonsten gleichen Bedingungen vorgehalten werden, um die Nachfrage zu decken.

Der Regelfall ist ein nur einmaliger Kurzzeit-Pflegeaufenthalt: 87 % der Personen, entsprechend 72 % der Fälle, waren nur einmal in der Kurzzeitpflege. Zweimal besuchten 10 % (17 % der Fälle) und mehr als zweimal 3 % der Gäste (10 % der Fälle) die Einrichtungen (vgl. Abb. 4.9).

²¹ Um Fehler bei der Darstellung der Aufenthaltshäufigkeit zu vermeiden, ist die Unterscheidung zwischen der Zahl der Fälle und der Anzahl der Personen zwingend. So verkörpert z.B. ein Pflegegast, der sechs Mal in der Kurzzeitpflege war, *sechs* Fälle, aber nur *eine* Person. Nur bei den Einmalnutzern ist die Zahl der Fälle und die der Personen identisch



In den Einrichtungen sind im einzelnen erhebliche Unterschiede festzustellen. So reicht die Quote der Nutzer mit nur einmaligem Aufenthalt von 54 % bis 87 % der Fälle. Die mittlere Häufigkeit der Inanspruchnahme²² liegt zwischen 1,12 (Nr. 10) und 2,21 (Nr. 9), der (gewichtete) Mittelwert für die Gesamtheit liegt bei 1,53 (vgl. Abb. 4.10).



²² Die mittlere Häufigkeit der Inanspruchnahme wurde auf der Grundlage der Aufenthaltshäufigkeit der einzelnen Gäste berechnet, d.h. es wurden auch Aufenthalte mitgezählt, die vor dem Zeitraum der Erhebung lagen. Der Quotient aus der Zahl der Fälle und der Personen (Gesamtzahl der Fälle : Gesamtzahl Personen = 1,22) ergibt einen zu niedrigen Wert.

Zur Vermeidung von Missverständnissen sei an dieser Stelle darauf hingewiesen, dass von der Häufigkeit der Inanspruchnahme allein nicht auf die Qualität der Leistungen der Einrichtung geschlossen werden darf. Ob jemand einen Kurzzeit-Pflegeaufenthalt wiederholt, wird nicht nur von der subjektiven Zufriedenheit mit den Leistungen, sondern auch von der häuslichen Versorgungssituation, der Dauer der ambulanten Betreuung sowie der durch den Aufenthalt verursachten Kostenbelastung (in Verbindung mit der persönlichen Einkommenssituation) bestimmt. Auch bei starker Nachfrage und versuchter Gleichbehandlung der Anfrager sind Mehrfachaufenthalte nur eingeschränkt möglich. Ähnliches gilt bei Neueinrichtung bzw. kurzer Betriebsdauer einer Kurzzeitpflege.

4.5 Kostenträger

Die Finanzierung eines Kurzzeit-Pflegeaufenthalts ist davon abhängig, ob ein Gast entsprechend der Vorgaben des § 14 SGB XI pflegebedürftig ist oder ob er diesen Kriterien nicht genügt. Anerkannte Pflegebedürftige können, sofern sie anspruchsberechtigt sind, pro Kalenderjahr sowohl 28 Tage Kurzzeitpflege (§ 42 SGB XI) als auch 28 Tage Ersatzpflege (§39 SGB XI) beanspruchen. Für jeden dieser Aufenthalte vergütet die zuständige Pflegekasse jeweils bis zu 2.800 DM. Insgesamt sind durch die Pflegekassen somit innerhalb eines Kalenderjahres 56 Tage Kurzzeit- bzw. Ersatzpflege (auch zusammenhängend) zu genehmigen und dafür bis zu 5.600 DM zu bezahlen. Darüber hinaus gehende Aufenthalte oder Pflegekosten hat der Betroffene selbst oder – beim Vorliegen entsprechender Bedingungen – der Träger der Sozialhilfe zu finanzieren.

Unterkunft und Verpflegung (Vollpension) sowie den Investitionskostenanteil (gesondert berechenbare Aufwendungen) hat der Gast einer Kurzzeit-Pflegeeinrichtung selbst oder ggf. der Träger der Sozialhilfe zu bezahlen. Zu den Investitionskosten gewähren einzelne Bundesländer Zuwendungen, die mit den Einrichtungen abgerechnet werden. Zusatzleistungen hat der Nutzer allein zu tragen. Für Sozialhilfeempfänger kommen diese Leistungen in der Regel nicht in Frage. Medizinische Leistungen werden, sofern sie vom Arzt verordnet wurden, über die Krankenkassen abgerechnet.

Für Gäste von Kurzzeit-Pflegeeinrichtungen, die nicht pflegebedürftig im Sinn des SGB XI sind, entfällt die entsprechende Kostenübernahme durch die Pflegekassen, die Nutzer oder ggf. der Träger der Sozialhilfe müssen auch für diese Kosten aufkommen.

Tabelle 4.4: Finanzierung der Leistungen eines Kurzzeit-Pflegeaufenthalts

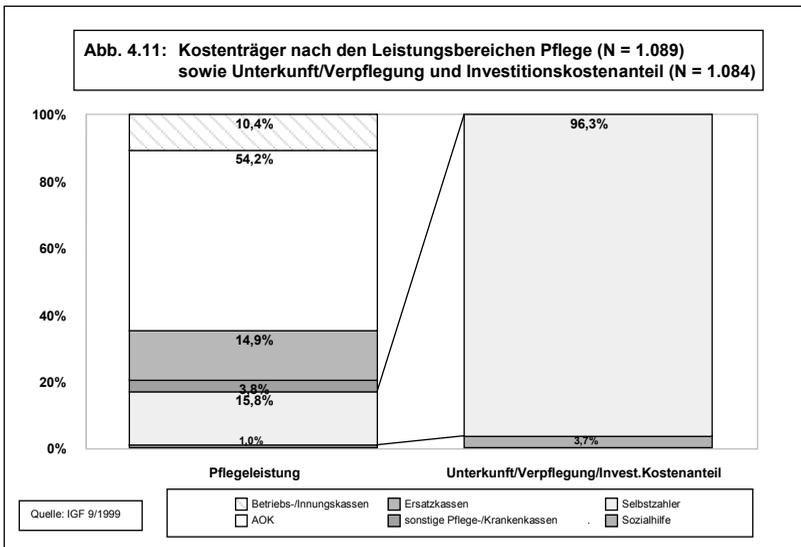
Art der Leistung Art der Leistung	Pflegegast ist nach den Vorgaben des SGB XI		
	Nicht pflegebedürftig	pflegebedürftig	
		Kurzzeitpflege	Ersatzpflege
Pflege (bis 2001 inklusive Behandlungspflege und soziale Betreuung)	Pflegebedürftiger ggf. Sozialhilfe	Pflegekasse maximal 2.800 DM für höchstens 28 Tage	Pflegekasse maximal 2.800 DM für höchstens 28 Tage
Unterkunft und Verpflegung	Pflegebedürftiger ggf. Sozialhilfe	Pflegebedürftiger ggf. Sozialhilfe	Pflegebedürftiger ggf. Sozialhilfe
Investitionskostenzuschuss (gesondert berechenb. Aufwendungen)	Pflegebedürftiger ggf. Sozialhilfe	Pflegebedürftiger ggf. Sozialhilfe; teilw. Zuwendungen	Pflegebedürftiger ggf. Sozialhilfe
Zusatzleistungen	Pflegebedürftiger	Pflegebedürftiger	Pflegebedürftiger
Medizinische Behandlung	Krankenkasse ggf. Sozialhilfe	Krankenkasse ggf. Sozialhilfe	Krankenkasse ggf. Sozialhilfe

Im Rahmen dieser Untersuchung wurden die Kostenträger für den Kurzzeit- bzw. Ersatzpflegeaufenthalt getrennt nach den Leistungsbe-
reichen ‚Pflege‘ sowie ‚Unterkunft/ Verpflegung und Investitionskosten‘
ermittelt (vgl. Abb. 4.10).

Häufigster Kostenträger der Pflegeleistung sind mit 54 % aller Fälle die
Allgemeinen Ortskrankenkassen. Diese starke Gewichtung wird vor al-
lem durch die Versicherungsstruktur der neuen Bundesländer hervorge-
rufen, dort war in 70 % aller Fälle die AOK Kostenträger. In den alten
Ländern betrug der Anteil der AOK-Versicherten 41 %.

Auf die Ersatzkassen entfielen 15 % und auf die Betriebs- und Innungs-
kassen 10 % der Kostenträgerschaft für die Pflege.

Unter dem Begriff ‚sonstige Pflege-/Krankenkassen‘ sind Pflegekassen
zusammengefasst, die den anderen Kassenarten nicht zuzuordnen sind
und nur vereinzelt auftraten wie beispielsweise die Seekasse oder die
Bundesknappschaft. Ferner sind darin die (wenigen) Personen enthal-
ten, denen die Pflegekosten von ihrer *Krankenkasse* finanziert wurde. In
der Kategorie ‚sonstige‘ sind 4 % der Fälle enthalten.



Zwischen den Pflegegästen, welche die Pflegekosten selbst finanzieren und den privat Versicherten ist keine klare Abgrenzung möglich, da auch letztgenannte zunächst in Vorleistung treten und ihre Ausgaben später von ihrer Kasse (teilweise) ersetzt bekommen. Beide erscheinen für die Einrichtungen als ‚Selbstzahler‘ und werden in der Regel nicht unterschieden. Dieser Terminologie wurde gefolgt und beide zusammen ausgewiesen. Dieser Gruppe gehören bei den Pflegekosten 16 % an.

Nur in einem Prozent aller Fälle war der Träger der Sozialhilfe Kostenträger für die Pflegeleistung.

Die Kosten für Unterkunft/Verpflegung und anteilige Investitionen trugen zu 96,3 % die Betroffenen selbst. Sozialhilfe musste in 3,7 % der Fälle in Anspruch genommen werden. Damit lag der Anteil der Empfänger von Sozialhilfe erheblich unter dem Satz, der für Pflegebedürftige in Privathaushalten mit 4,7 % in den neuen und 5,6 % in den alten Ländern ermittelt wurde (Schneekloth/Müller 1999, S. 42). Den überwiegenden Teil aller Sozialhilfeempfänger (24 Fälle = 60 %) wies Einrichtung Nr. 10 auf (zu den möglichen Ursachen vgl. Abschnitt 7.4.2).²³

²³ Die nächst höhere Anzahl wies mit 5 Fällen Einrichtung Nr. 2 aus. Dies entspricht 3,4 % der dort betreuten Fälle. In den anderen Einrichtungen war Sozialhilfebedarf – wenn überhaupt – nur in Einzelfällen gegeben.

4.6 Vergleichende Zusammenfassung

Wie gezeigt werden konnte, bestehen zwischen den Nutzerdaten der einzelnen Einrichtungen und den Mittelwerten aus der Gesamtzahl zum Teil erhebliche Unterschiede. Dies wirft die Frage auf, ob die in diesem Abschnitt dargestellten Werte verallgemeinerungsfähig sind oder ob die jeweiligen Ergebnisse ausschließlich die Gegebenheiten vor Ort widerspiegeln.

Zu diesem Zweck werden zunächst unsere Durchschnittsergebnisse den Resultaten einer Studie zur Kurzzeitpflege von 1991 (Häberle 1992) gegenübergestellt:

Tabelle 4.5: Ergebnisvergleich

Erhebung Zeitraum	Häberle 1991	IGF 1999/2000	Veränderung	
			absolut	Prozent
Kurzzeit-Pflegegäste				
Durchschnittsalter (Jahre)	81,3	83,7	2,4	3,0%
Frauenanteil *	75,0%	75,5%	0,5%	0,7%
Aufenthaltsdauer (Tage)	22,77	22,42	-0,35	-1,5%
Anteil der Einmalnutzer an den Fällen	64,00%	71,50%	7,5%	11,7%
Häufigkeit der Inanspruch- nahme	1,91	1,53	-0,38	19,9%
Anteil Sozialhilfeempfänger	9 % („Sozialhilfe zahlt alles“)	1,0 % Pflege 3,7 % Unterk./ Verpflegung	nur sehr eingeschränkt vergleichbar	
Pflegestufen		nicht vergleichbar		

* nur alte Länder

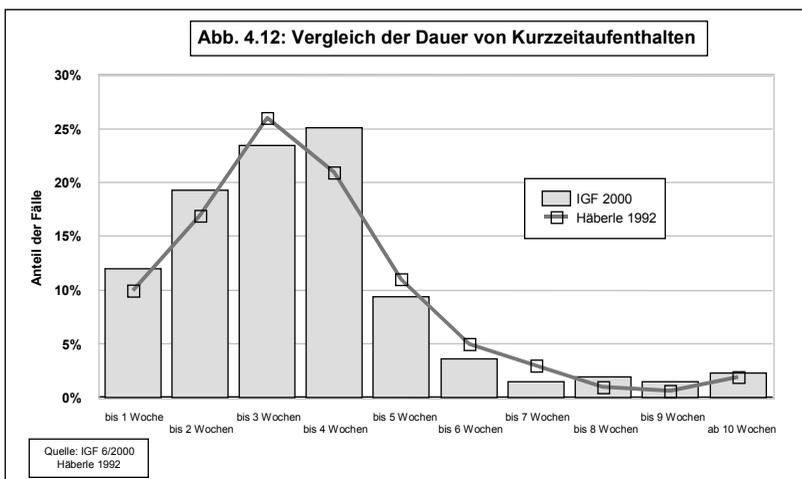
Geringe Unterschiede bei den Nutzerdaten ergeben sich für das Alter, den Frauenanteil sowie die Aufenthaltsdauer, während die Häufigkeit der Inanspruchnahme bzw. der Anteil der Einmalnutzer sowie der Sozialhilfeempfänger erhebliche Abweichungen aufzeigen. Nicht vergleichbar sind die Pflegestufen der Nutzer von Kurzzeitpflege, da die von Häberle (1992) verwendeten Kategorien nicht den Einteilungen nach SGB XI entsprechen (konnten).

Die Erhöhung des mittleren Alters der Nutzer von Kurzzeitpflege ist ein seit Jahren zu beobachtender Prozess. So weist eine Untersuchung zur Kurzzeitpflege für 1988 ein Durchschnittsalter der Nutzer von 80,0 Jahre aus (Heinmann-Knoch u.a. 1992). Diese Entwicklung scheint in der Langzeitpflege nicht stattzufinden, dort blieb das Durchschnittsalter

zwischen 1994 und 1998 konstant bei 81 Jahren (Schneekloth 1999, S. 132).

Dem durch das gestiegene Durchschnittsalter erhöhten Erwartungswert für den Anteil der Frauen entspricht in etwa die (geringfügige) Erhöhung des Frauenanteils.

Weitgehend unverändert ist seit 1991 mit nur 0,3 Tagen Differenz die mittlere Aufenthaltsdauer in der Kurzzeitpflege. Dass es sich hierbei mit hoher Wahrscheinlichkeit nicht nur um eine zufällige Übereinstimmung handelt, zeigt auch die sehr ähnliche Verteilung der Häufigkeiten in den einzelnen Zeitspannen (vgl. Abb. 4.12)²⁴. Zwar hat sich inzwischen der häufigste Aufenthalt von 15 bis 21 Tagen („bis 3 Wochen“) auf das Zeitintervall „22 bis 28 Tage“ verschoben, die Veränderung beträgt jedoch lediglich 2 bzw. 4 Prozentpunkte.



Während die mit der allgemeinen Entwicklung konform gehende Verteilung von Alter und daraus ableitbar – Geschlecht nicht überrascht, erstaunt die Stabilität der Aufenthaltsdauer insofern, als zwischenzeitlich durch SGB XI andere rechtliche Rahmenbedingungen für Kurzzeit- und Ersatzpflege gelten.

24 $R^2 = 94\%$

Im Rahmen dieser Untersuchung lässt sich jedoch nicht beurteilen

- ob die Wirksamkeit der neuen Regelungen, welche die Übernahme der Pflegekosten sowohl für Kurzzeit- als auch für Ersatzpflege jeweils bis zu 28 Tagen und bis zu 2.800DM pro Pflegeart und Kalenderjahr vorsieht, nur eingeschränkt zum Tragen kommen (hierfür sprechen einige Argumente, vgl. die Abschnitt 3.3 und 9) oder
- ob die Bedürfnisse der zu Hause lebenden Pflegebedürftigen und ihrer pflegenden Angehörigen in Bezug auf die Dauer der Inanspruchnahme von Kurzzeitpflege eine relativ konstante Größe darstellen, die von äußeren Rahmenbedingungen nur bedingt verändert werden können.

Erhebliche Unterschiede weist die Häufigkeit der Inanspruchnahme der Kurzzeitpflege auf: Der Anteil der Einmalnutzer stieg von 64 % auf 71,5 %, die mittlere Nutzungshäufigkeit verringert sich von 1,9 auf 1,5. Ob die in Abschnitt 4.4 dargestellten Ursachen die geringere Nutzungshäufigkeit erklären oder ob andere Ursachen in Frage kommen, kann ebenfalls nicht bewertet werden.

Der Anteil der Sozialhilfeempfänger hat sich – erwartungsgemäß – durch die Finanzierung der Pflege erheblich reduziert. Diese Reduzierung geht einher mit der Verminderung der Empfängerquote von Sozialhilfe bei Pflegebedürftigen in Privathaushalten: Im Jahr 1991 waren in dieser Gruppe in den alten Ländern noch 14 %, in den neuen Ländern 9 % Sozialhilfeempfänger, deren Anteil reduzierte sich auf 5,6 % bzw. 4,7 % im Jahr 1998 (Schneekloth/Müller 1999).

Die Ähnlichkeit der Resultate unserer Erhebungen und der von Häberle in Bezug auf die Kategorien Alter, Geschlecht und Aufenthaltsdauer lässt vermuten, dass diese Teilergebnisse so stabil sind, so dass sie zu regionalen und überregionalen Planungszwecken herangezogen werden könnten. Die Validität der Resultate gilt aber nur für die Gesamtzahl aller Einrichtungen und damit für eine große Zahl von Kurzzeit-Pflegegästen. Als Planungshilfe eignen sich diese Werte dementsprechend nur für größere Gebiete. Die erheblichen Abweichungen der Ergebnisse in den einzelnen Einrichtungen zeigt, dass für die kleinräumige Planung oder die Einrichtung einzelner Kurzzeit-Pflegeabteilungen die Daten *nicht* geeignet sind. Für diesen Zweck sollten Bezugsgrößen des direkten Umfeldes herangezogen werden (vgl. Hartmann u.a. 1998).

5 Belegung der Kurzzeit-Pflegeeinrichtungen

Bei der Festlegung der Kostensätze für die Pflege sowie für Unterkunft und Verpflegung, genau wie bei den Vorgaben für die Kostenverteilung der nicht geförderten Investitionskosten, wird von einer zu erreichenden (Mindest-)Belegung der Einrichtungen ausgegangen. Gelingt den Einrichtungen diese Belegung im Mittel zu realisieren, so erzielen sie die kalkulierte Kostendeckung: Beim Unterschreiten entstehen Defizite, beim Überschreiten Überschüsse²⁵.

Das Erreichen einer hohen Belegung wird erschwert durch

- eine geringe Zahl von Plätzen (Kapazität), da ein zwischenzeitlich nicht belegter Platz in einer kleinen Einrichtung prozentual höher gewichtet als bei einer großen;
- kurze (mittlere) Aufenthaltsdauer und damit häufige Wechsel der Pflegegäste, weil dann eine Belegung ohne Leerzeiten immer schwieriger wird (Problem der Pufferung) und
- die Unsicherheit in Bezug auf die Dauer des Aufenthalts.

Für Kurzzeit-Pflegeeinrichtungen treffen die Kriterien ‚kurze und unsichere Aufenthaltsdauer‘ stets zu, ‚geringe Platzzahl‘ ist dann gegeben, wenn sie als Solitär oder eigene Abteilung betrieben werden. Eine der Langzeitpflege vergleichbare hohe Auslastung ist deshalb bei eingestreuten Plätzen nur bedingt²⁶, bei eigenständigem (Teil-)Betrieb nur durch veränderte Rahmenbedingungen zu erreichen.

Die Einrichtungen stecken dabei in einem Dilemma: Einerseits gilt, dass eine hohe Belegungsquote die Kostensätze ‚drückt‘. Da niedrigere Kostensätze gegenüber den Kostenträgern im Rahmen von Pflegesatzverhandlungen und bei den Kunden (Inanspruchnahme) leichter zu realisieren sind, besteht bei allen Beteiligten ein Interesse an einer hohen Auslastung der Einrichtung. Andererseits bedeutet aber ein höherer Belegungsgrad, dass es immer schwieriger wird, diese Belegung auch zu erreichen und somit auch Erlöse zu erzielen, die ein befriedigendes wirtschaftliches Ergebnis ermöglichen.

25 Die Berechnung der Kostensätze geschieht im Prinzip nach folgender Formel:
$$\frac{\text{Gesamtkosten pro Jahr}}{\text{Anzahl der Plätze} \times 365 \text{ Tage} \times \text{Belegungsquote}} = \text{Kostensatz pro Tag und Platz}$$

26 Wenn Kurzzeitpflege ausschließlich als ‚Lückenfüller‘ der Langzeiteinrichtungen eingesetzt wird, kann dies sogar zur Verbesserung der Auslastung in der Langzeitpflege führen. Die Qualität solcher ‚Kurzzeitpflege‘ bedarf wohl keiner Diskussion.

Wie und mit welchen Vorgehensweisen die Einrichtungen dieses Problem zu lösen versuchten, soll in den folgenden Abschnitten näher dargestellt werden.

5.1 Belegungsvorgaben

Die erforderliche Belegung wird für die Pflegesätze sowie den Kostensatz für Unterkunft und Verpflegung im Rahmen von Pflegesatzverhandlungen, für die Umverteilung der nicht durch Zuwendungen finanzierten Investitionen (Investitionskostenzuschüsse) durch Vorgaben der Länder festgelegt. Welche Belegung von den einzelnen Einrichtungen zu erreichen war, damit die kalkulierte Kostendeckung erzielt wird, zeigt Tabelle 5.1:

Tabelle 5.1: Kalkulierte und vorgegebene Belegung für die verschiedenen Kostensätze

Nr.	Einrichtung*		Kalkulierte Belegung für die Festlegung der Kostensätze für Pflege sowie für Unterkunft und Verpflegung	Vorgegebene Belegung nach den Richtlinien der Länder für die Verteilung der Investitionszulagen**
	Anbindung an	organisiert als		
14	Pflegeheim	eingestreute Plätze	77,0%	75 %
15	Tagespflege	eigene Abteilung	85,0%	90 %
10	Pflegeheim	eigene Abteilung	85,0%	98 %
7	Ambulante Dienste	eigene Abteilung	86,0%	75 %
16	Pflegeheim	eingestreute Plätze	90,0%	90 %
8	Pflegeheim	eigene Abteilung	90,4%	75 %
4	Pflegeheim	eingestreute Plätze	95,0%	90 %
5	Pflegeheim	eingestreute Plätze	95,0%	90 %
1	Pflegeheim	eingestreute Plätze	96,0%	85 %
2	Pflegeheim	eigene Abteilung	96,0%	85 %
6	Pflegeheim	eingestreute Plätze	97,0%	90 %
11	Pflegeheim	eingestreute Plätze	98,0%	k.A.
13	Pflegeheim	eingestreute Plätze	k.A.	75 %
9	Pflegeheim	eigene Abteilung	k.A.	90 %
3	Betreutes Wohnen	eigene Abteilung	entfällt (Ersatzpflege)	entfällt
12	Pflegeheim	eingestreute Plätze	k.A.	k.A.

* vgl. Tabelle 3.2

** vgl. Zusammenstellungen der Gesetze, Verordnungen und Richtlinien in Abschnitt 2.3

Die Soll-Belegung im Rahmen der Kostensätze für Pflege sowie Unterkunft und Verpflegung variiert zwischen 77 % und 98 %. Auf Grund der besseren Auslastungsmöglichkeiten von Plätzen, die in die Langzeitpflege eingestreuten sind, wäre zu erwarten gewesen, dass die Einrichtungen mit eigener Abteilung für die Kurzzeitpflege niedrigere und mit eingestreuten Plätzen höhere Belegungsvorgaben zu erfüllen haben. Dies trifft nicht zu. Zwar sind mit 85 % bzw. 86 % für einige Einrichtungen mit eigener Kurzzeit-Pflegeabteilung relativ niedrige Belegungsquoten vorgesehen, den niedrigsten Wert mit 77 % weist aber eine Einrichtung mit eingestreuten Plätzen aus. Ab einer Belegungsvorgabe von 95 % sind – soweit Angaben vorliegen – nur noch Einrichtungen mit eingestreuten Plätzen zu finden. Dass sich darunter auch eine Einrichtung (Nr. 2) mit einer eigener Kurzzeit-Pflegeabteilung befindet, stellt nicht den Versuch dar, neue Konzepte in der Kurzzeitpflege zu erproben, sondern erwuchs aus der wirtschaftlichen Notwendigkeit, sich an eine Soll-Belegung von 96 % anpassen zu müssen.

Noch etwas ausgeprägter mit 75 % bis 98 % ist die Bandbreite für die Belegungsvorgaben bei der Verteilung der nicht gedeckten Investitionskosten. Aus welchen Gründen die Ländervorschriften so stark voneinander abweichen, ist nicht ersichtlich.

Anlass zur Verwunderung gibt der Vergleich zwischen den Vorgaben für die Investitionskostenzuschläge und die Kostensätze. Erfüllen zum Beispiel Einrichtungen die Norm für die Kostensätze, so machen sie nach den Vorgaben für die Investitionskosten noch Verluste. Aber auch die Umkehrung ist möglich: Bereits vor dem Erreichen der Belegungsquoten für die Kostensätze werden bei den Investitionsumlagen bereits Überschüsse erzielt. Gleiche Vorgaben für beide Quoten sind nur in einem Fall (Nr. 16) gegeben.

Da Art, Höhe und Laufzeit der Pflegesätze und des Entgelts für Unterkunft und Verpflegung zwischen den Träger des Pflegeheimes sowie den Pflegekassen und dem zuständigen Träger der Sozialhilfe verhandelt (§ 85 SGB XI) und dabei auch die Belegungsquoten festgelegt werden, würde sich aus Gründen der Einheitlichkeit eine Übernahme der Vorgaben für die Kostensätze auch für die Investitionskosten anbieten.

5.2 Nominal-, Ist- und erforderliche Belegung

Die bereits im Zusammenhang mit der Kapazität der Einrichtungen dargestellten Schwierigkeiten bei der Quantifizierung (vgl. Abschnitt 3.1.3)

treten in noch stärkerem Maß bei der Benennung der Belegung auf. Welche Bezugsgröße soll als Basis dienen, damit die Ergebnisse vergleichbar sind? Nimmt man die Nominalkapazität, so unterschlägt man, dass in manchen Einrichtungen diese durch die Belegung mit Langzeit-Pflegegästen für die Kurzzeitpflege zwischenzeitlich nicht zur Verfügung standen. Andere wiederum belegen bei entsprechender Nachfrage – oder weil sie durch die kalkulierten Belegungsquoten zu entsprechender Auslastung gezwungen sind – weit über diese Platzzahl hinaus ihre Einrichtung mit Kurzzeit-Pflegegästen. Dient hingegen die maximale Anzahl der Plätze, die in einem Zeitraum belegt werden (Maximalzahl)²⁷ als Berechnungsgrundlage, so wird bei den Einrichtungen mit eingestreuten Plätzen der (falsche) Eindruck einer geringen Kapazitätsauslastung erweckt, da die zwischenzeitliche Nutzung für die Langzeitpflege darin nicht enthalten ist. Auch für Einrichtungen, die in Zeiten besonders großer Nachfrage zusätzliche Plätze beispielsweise durch die Nutzung einzelner Zimmer als Doppelzimmer anbieten, wird eine zu niedrige Belegung ausgewiesen.

Aus diesen Gründen wurden Belegungsquoten sowohl auf der Basis der Nominalkapazität, als auch der höchsten benötigten Platzzahl (Maximalkapazität) berechnet. Welcher dieser Werte der richtige ist, ist nicht entscheidbar. Zum Vergleich wurde ihnen die kalkulierte Belegung gegenübergestellt (vgl. Tabelle 5.2). Nur dort, wo die nominale und die tatsächliche Zahl der Plätze übereinstimmt, sind auch die jeweiligen Belegungsquoten identisch und dann als Vergleichswert mit der kalkulierten Belegung geeignet, wenn zwischenzeitlich keine Nutzung durch Langzeit-Pflegegäste erfolgte.

Angaben über die tatsächliche Auslastungsquote einer Einrichtung sind unter den vorgefundenen Bedingungen in der Regel nicht möglich.²⁸

27 Als Maximalzahl ist die Zahl der Plätze definiert, die zur Verfügung stehen mussten, um die vorgefundene Belegung zu realisieren. Durch die Berechnung von Aufnahme- und Entlassungstag als je einen Aufenthaltstag kann es zu Überschneidungen dann kommen, wenn an einem Tag zwei Personen einen Platz nutzen. Diese Fälle sind berücksichtigt und führen zu keiner Erhöhung der Maximalzahl.

28 Auf die Schwierigkeiten bei der Bestimmung der Platzzahl und der Auslastungskontingente weisen auch Schneekloth u.a. (1999) S. 188 f. hin.

Tabelle 5.2: Einrichtung in Abhängigkeit von den Kapazitätsvorgaben

Einrichtung Nr.	Nominal- kapazität Plätze	Belegung im Jahresablauf		Belegungsquote		
		von ... bis ... Plätze	mittlere Belegung Plätze	von der Nominal- kapazität	von der erforder- lichen Maximal- kapazität	nach der kalkulier- ten Bele- gung
Kurzzeitpflege in einer Langzeit-Pflegeeinrichtung als eingestreute Plätze						
6	1	0 – 1	0,1	6%	6%	97%
13	1	0 – 5	0,9	87%	17%	k.A.
5	(1)	0 – 1	0,2	23%	23%	95%
1	2	0 – 3	0,9	45%	30%	96%
16	6	0 – 5	2,4	41%	41%	90%
11	5	0 – 6	3,8	75%	62%	98%
14	---	13 – 0	---	---	---	77%
Kurzzeitpflege in einer Langzeit-Pflegeeinrichtung als eigene Abteilung						
8	14	1 – 10	4,5	32%	55%	90%
2	6	1 – 9	6,0	101%	67%	96%
9	10	2 – 7	5,0	49%	70%	k.A.
10	13	5 – 13	9,8	75%	75%	85%
Kurzzeitpflege in sonstigen Einrichtungen als eigene Abteilung						
3	4	0 – 4	1,6	40%	40%	---
15	10	4 – 14	9,3	93%	72%	85%

Würde die Belegung aller Einrichtungen in der üblichen ‚querschnittorientierten‘ Form ausgewiesen, so entspräche dies bei den hier erfassten Einrichtungen einem Vorhalt von 73 Kurzzeit-Pflegeplätzen, die durchschnittlich zu 61 % ausgelastet waren und die damit der in anderen Untersuchungen festgestellten mittleren Belegung (59 %, Brandt u.a. 1997) sehr nahe kämen. Bei einer Betrachtungsweise, die sich an der konkreten Situation der einzelnen Einrichtungen orientiert, ergibt sich hingegen ein wesentlich anderes Bild.

Von den Einrichtungen, die Kurzzeitpflege als eingestreute Plätze in Langzeit-Pflegeeinrichtungen vorhalten, überschritten drei die für Kurzzeitpflege zur Verfügung stehende nominale Platzzahl nicht (Nr. 5, 6 und 16). Sie nutzten ihr Platzkontingent nur zwischen 6 % und 34 % für Kurzzeitpflege. Bei drei anderen (Nr. 1, 11 und 13) reichte die Nominalkapazität zwischenzeitlich nicht aus, so dass Plätze aus dem Bereich Langzeitpflege benutzt werden mussten. Sie erreichten eine Belegung von nominal 45 % bis 87 %, bezogen auf die erforderliche (genutzte) Platzzahl zwischen 17 % und 62 %. Eine Einrichtung (Nr. 14) ist nicht vergleichbar, da Kurzzeitpflege nach der Neueröffnung nur solange an-

geboten wurde, wie die verfügbaren Plätze nicht für die Langzeitpflege in Anspruch genommen wurden. Nach der vollständigen Belegung mit Langzeit-Pflege Gästen wurde die Kurzzeitpflege eingestellt, eine Wiederaufnahme des Angebots ist nicht geplant.

Bei den Kurzzeitpflegen, für die eine eigene Abteilung eines Pflegeheims zur Verfügung stand, wurde das Nominalkontingent in zwei Fälle (Nr. 8 und 9) nicht ausgeschöpft. Die erreichten Belegungsquoten lagen bei 32 % bzw. 49 % der nominalen und bei 55 % bzw. 70% der genutzten Plätze. Eine Einrichtung (Nr. 2) belegte zeitweise bis zur Hälfte mehr Plätze als sie auswies. Dadurch gelang es ihr, eine 101 %ige Belegung ihrer nominalen Kapazität zu erreichen, bezogen auf die maximale benutzte Platzzahl waren es 67 %. Nur eine Einrichtung (Nr. 10) belegte ausschließlich ihr Kontingent für die Kurzzeitpflege, zusätzliche Plätze von der Langzeitpflege wurden nicht beansprucht. Sie erreichte eine Belegung von 75%.

Bei den Kurzzeit-Pflegeeinrichtungen, die in andere Einrichtungsformen integriert waren, standen einer Einrichtung (Nr. 3) nur die nominal ausgewiesenen Plätze zur Verfügung, die auch genutzt wurden; sie erreichte eine 40 %ige Belegung. Die andere Einrichtung (Nr. 15) konnte bei Bedarf mehr Plätze nutzen, als sie nominal auswies. Dadurch erreichte sie eine Nominalbelegung von 93 %. Bezogen auf die genutzte Platzzahl betrug die Belegung 72 %.

Von den Kurzzeit-Pflegeabteilungen, die als eigene Abteilung organisiert sind, erreichten zwei (Nr. 2 und Nr. 15) einen der kalkulierten Belegung entsprechenden Grad der Auslastung. Dies war in beiden Fällen jedoch nur dadurch möglich, dass sie bei Bedarf mehr Plätze in Anspruch nehmen konnten, als sie als Kapazität nominal auswiesen. Zwei andere (Nr. 8 und Nr. 10) erreichten dieses Ziel nicht. Bei Einrichtung Nr. 8 war die Nachfrage nach Kurzzeitpflege nicht so hoch, dass das gesamte Kontingent erforderlich gewesen wäre. In Einrichtung Nr. 10 wurde zwar die Kapazität genutzt, wegen fehlender Zusatzplätze war eine höhere Auslastung nicht zu erzielen. Für die beiden anderen fehlen Bezugsgrößen, Vergleiche sind nicht möglich.

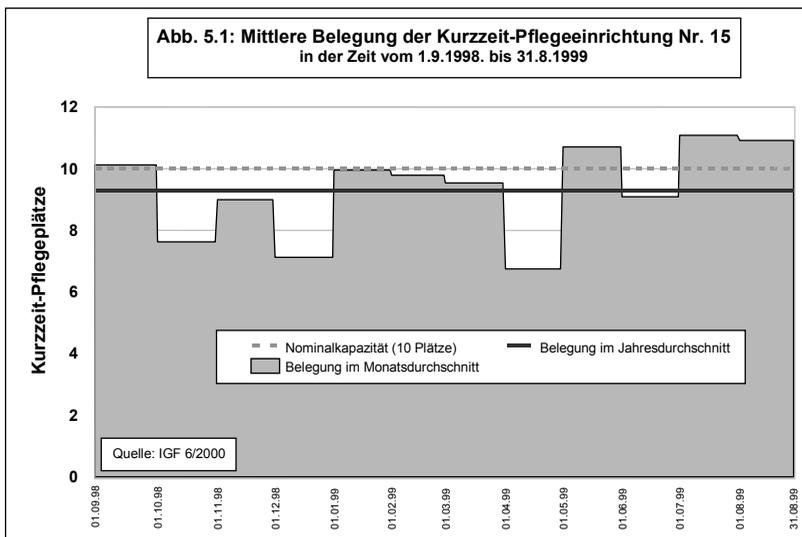
Bei den Einrichtungen mit eingestreuten Plätzen kann die Auslastung nur für die Gesamteinrichtung, nicht aber für die Kurzzeitpflege ermittelt werden. In allen Fällen wurde die Gesamtauslastung als zufriedenstellend bis sehr gut angegeben.

5.3 Ursachenanalyse der erreichten Belegung

5.3.1 Tagesaktuelle Belegung

Auf Grund der kurzen Aufenthaltsdauern verändert sich die Belegungssituation einer Kurzzeit-Pflegeeinrichtung so schnell, dass die für die Langzeitpflege genügende Ausweisung der Durchschnittsbelegung pro Monat oder pro Jahr unzureichend ist; sie verharmlost die tatsächliche Situation. Nur wenn die Belegung nach der Anzahl der Personen und des Grades ihrer Pflegebedürftigkeit tagesaktuell dargestellt wird,²⁹ werden die Dynamik – und zum Teil ‚Dramatik‘ – der Veränderung und die sich daraus ergebenden Probleme sichtbar.

Wie sich die Auslastung im Rahmen einer monats- oder jahresdurchschnittlichen Belegungsberechnung darstellt, sei am Beispiel der Einrichtung Nr. 15 gezeigt (vgl. Abb. 5.1):

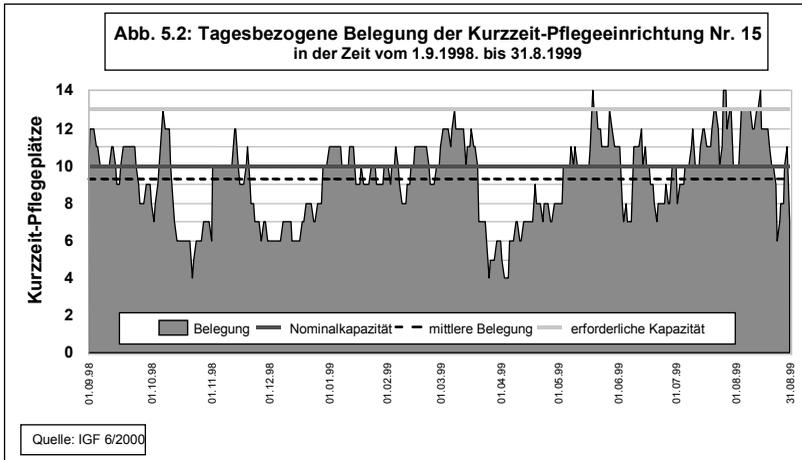


Bei einer Kapazität von nominal 10 Plätzen waren im Mittel 9,3 Plätze belegt. Es gibt Monate mit durchschnittlicher, guter und geringer Auslastung, die Belegung variierte zwischen knapp 7 und 11 Plätzen. Okto-

²⁹ Für die Darstellung der tagesaktuellen Belegung war zunächst ein neues Verfahren zu entwickeln. Hierfür wurde eine Matrix erstellt, deren Zeilen die Kalendertage und deren Spalten die einzelnen Pflegegäste während eines Jahres darstellten. Jeder Gast erhält für jeden Anwesenheitstag in seiner Spalte eine 1. Die Summe pro Zeile ergibt die Anzahl der Anwesenheitstage pro Kalendertag, die Summe der Spalten die Anwesenheitstage pro Pflegegast.

ber, Dezember und April sind die ‚schlechten‘, Mai, Juli und August die ‚guten‘ Monate.

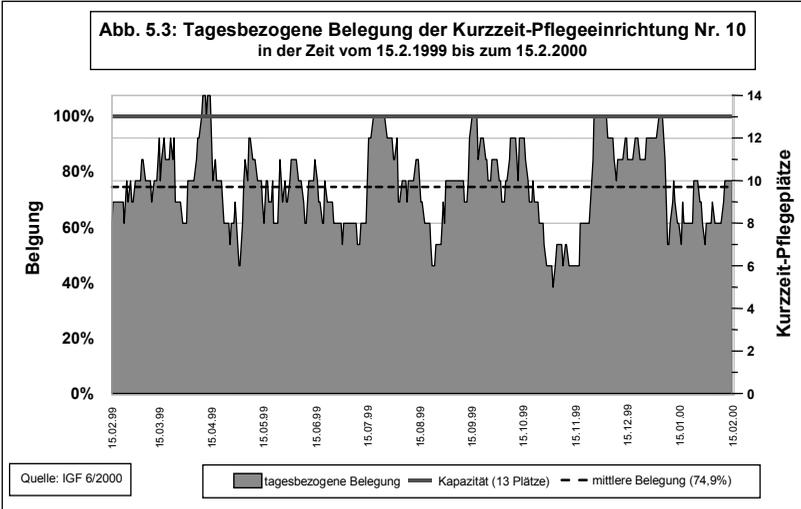
Wie sich die tagesaktuelle Belegung tatsächlich darstellte zeigt Abb. 5.2:



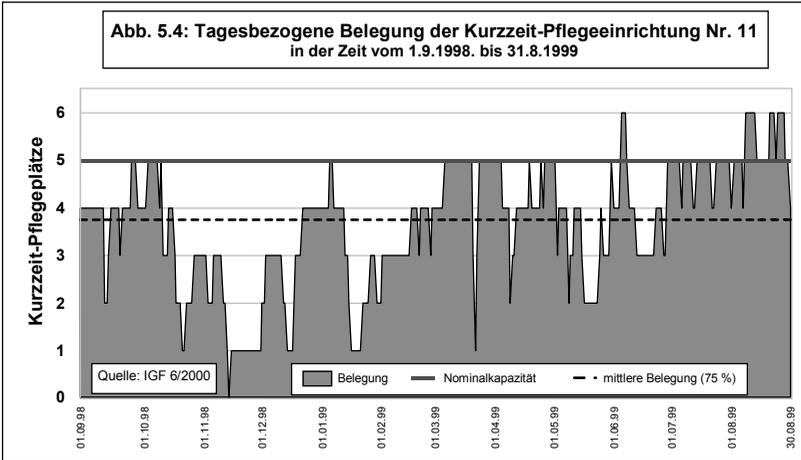
Die tatsächliche Nutzung betrug 4 bis 13 Plätze.³⁰ Extreme Belegungsschwankungen waren häufig, es kam vor, dass sich Überbelegung (12 Plätze) innerhalb einer Woche zur minimalen Belegung von nur noch 4 Plätzen verwandelte (März 1999). Nur in zweieinhalb Monaten wurde die Nominalbelegung nicht überschritten, in den anderen neuneneinhalb Monaten war dagegen Überbelegung die Regel.

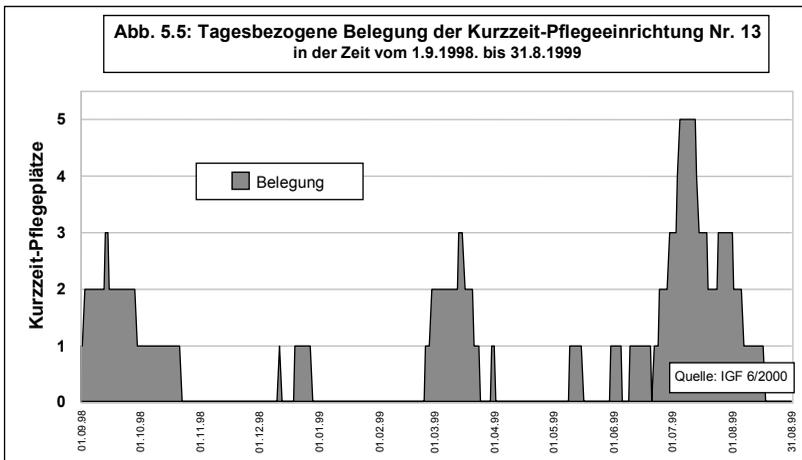
Diese großen Belegungsunterschiede sind keine Sondererscheinung von Einrichtung Nr. 15, sie waren in allen Einrichtungen zu beobachten. Wurde keine Überbelegung zugelassen (Einrichtung Nr. 10), so bewirkte dies zwar eine Dämpfung der Ausschläge ‚nach oben‘, verhinderte aber nicht Belegungseinbrüche (vgl. Abb. 5.3).

³⁰ Die Belegung des vierzehnten Platzes ist nur scheinbar, sie kommt durch die Zählung des Aufnahme- und Entlassungstages als je ein voller Tag zustande.



Einrichtungen mit eingestreuten Plätzen und variabler Belegung wiesen noch extremere Belegungsstrukturen auf. Hier variierte die Belegung mit Kurzzeit-Pflegegästen zwischen (kurzfristige) Null und einem Wert geringfügig über der Nominalbelegung (Einrichtung 11, vgl. Abb. 5.4) bis hin zu mehrmonatigen Perioden, in denen keine Kurzzeit-Pflegegäste untergebracht waren und kurzzeitiger Intensivnutzung während der Ferienzeit (Einrichtung Nr. 13, vgl. Abb. 5.5).





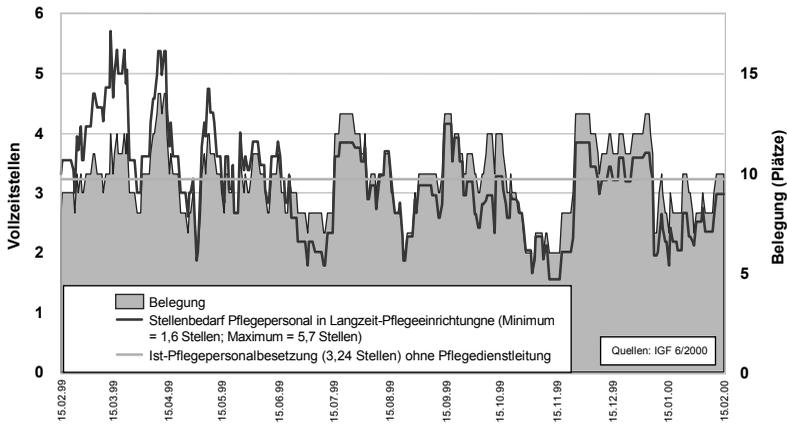
5.3.2 Belegung und Pflegestufen der Pflegegäste

Die personenbezogene Nutzung ist nur eine Komponente der Belegung. Als zweite variable Größe ist die Pflegestufe und damit der Pflegebedarf der Gäste einzubeziehen, da sowohl der Pflegepersonalbedarf als auch die Pflegesätze – und damit die Erlöse – vom Grad der Pflegebedürftigkeit (mit) bestimmt werden. Für die Pflegeaufwendigkeit – z.B. Pflegedauer nach Pflegestufe pro Tag und Gast – sind keine einheitlichen Bestimmungsgrößen vorhanden. Hilfsweise wurde deshalb für die als Referenzeinrichtung verwendete Einrichtung Nr. 10 geltenden Personal-Äquivalenzziffern für die Langzeitpflege³¹ auf die Pflegestufe der Gäste bezogen und in Relation zur Belegung gesetzt. Während die Darstellung der Belegung jeden Pflegegast als gleichwertig ansieht, werden die Gäste durch die Personal-Äquivalenzziffern entsprechend ihrem Pflegeaufwand gewichtet. Die Folge ist, dass sich die verschiedenen Aufwendigkeitsgrade tendenziell ausgleichen, aber auch verstärken können.

Die Unterschiede zwischen einfacher und gewichteter Belegung sind in Abb. 5.6 dargestellt.

31 Äquivalenzziffern: Stufe 0 = 0,33; Stufe 1 = 1; Stufe 2 = 1,7; Stufe 3 = 2,4; Schneekloth /Müller (1999, S.145ff) ermittelten auf empirischer Basis als Durchschnittswerte für Stufe 0 = 0,23; Stufe 1 = 1; Stufe 2 = 1,83; Stufe 3 = 2,43.

Abb. 5.6: Vergleich des Pflegepersonalbedarfs für Langzeit-Pflegeeinrichtungen mit der Ist-Pflegepersonalbesetzung der Kurzzeit-Pflegeeinrichtung Nr. 10
Erhebungszeitraum: 15.2.1999 bis 15.2.2000

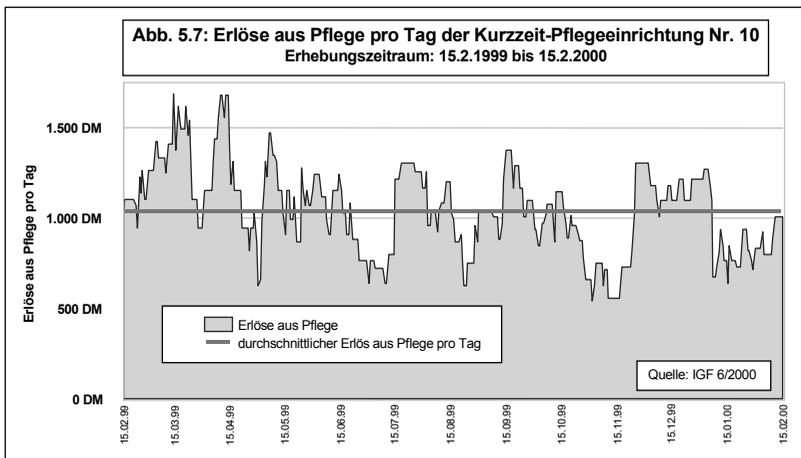


Der Personalbedarf folgt in weiten Teilen der Belegung: Mehr Pflegegäste erfordern mehr, weniger Pflegegäste weniger Personal. Diese Grundtendenz kann in manchen Perioden erheblich verstärkt werden. So erforderte die an sich schon hohe Belegung im März/April 1999 durch die Aufnahme eines besonders hohen Anteils Schwerstpflegebedürftiger noch mehr personelle Ressourcen, als es der Belegung entsprochen hätte. Der Personalbedarf war zeitweise fast doppelt so hoch wie die Ist-Personalbesetzung (5,7 : 3,24 Stellen). Umgekehrt war im Juni/Juli und November der durch den Pflegeaufwand der Pflegegäste bedingte Personalbedarf noch niedriger, als es der an sich schon geringen Belegung entsprochen hätte (1,6 bzw. 1,7 Stellen). Aber auch dämpfende Effekte sind zu verzeichnen. So war der Personalbedarf Ende Juli und Oktober 1999 sowie um die Jahreswende nur unwesentlich höher als die mittlere Personalbesetzung, obwohl die Belegung erheblich über dem Durchschnitt lag.

Unter diesen Umständen erscheint eine gezielte Personaleinsatzplanung bereits angesichts der Schwankungsintensität und -höhe als äußerst problematisch. Bedenkt man, dass im Rahmen vorausschauender Planung die zukünftigen Verläufe nur wenige Wochen im voraus bekannt und auch diese noch mit entsprechender Unsicherheit behaftet sind (kurzfristige Absagen, vorzeitiger Abbruch des Aufenthalts), ist eine Personalanpassung anhand des Bedarfs kaum möglich. Personelle Unter- und Überbesetzung sind systemimmanent, sie können durch

kurzfristigen Einsatz von Aushilfskräften höchstens gedämpft, nicht aber vermieden werden.

Auf Grund der gestaffelten Pflegesätze bewirken die Belegung und die Pflegestufen der Pflegegäste gemeinsam die Höhe der Erlöse aus Pflege. Die Verstärkungs- und Dämpfungseffekte sind denen des Pflegepersonalbedarfs ähnlich (vgl. Abb. 5.7).



Die heftigen ‚Ausschläge‘ lassen sich in der Praxis kaum beeinflussen, da die Pflegegäste nicht nach dem Prinzip der optimalen Belegung selektiert werden können. Solange die konkrete Bedarfssituation der Gäste ein Vergabekriterium für die Kurzzeit-Pflegeplätze ist, wird keine auch nur annähernd konstante Personalbedarfs- und Erlössituation zu erzielen sein. Ein erlösgesteuerter Personalvorhalt, wie er beispielsweise in mehreren Langzeit-Pflegeeinrichtungen Baden-Württembergs praktiziert wird (Hastedt in: Schmidt u.a. 1999), ist in der Kurzzeitpflege nicht möglich.

In diesem Zusammenhang sei die Frage zur Diskussion gestellt, ob nicht eine weniger ausgeprägte Staffelung der Pflegesätze oder ein Einheitspflegesatz den Gegebenheiten der Kurzzeitpflege besser entspräche als die gegenwärtige Situation. Schließlich sind wesentlicher Inhalt der Finanzierung durch die Pflegesätze die Pflegepersonalkosten – und diese sind (s.o.) zumindest in Einrichtungen mit eigener Abteilung in der Kurzzeitpflege nur in geringem Maß an die Bedarfssituation anzupassen. Hinzu kommt, dass der Finanzierungsanteil der Pflegekasernen unabhängig von der Pflegestufe als Einheitsatz gewährt wird und

in Kombination mit dem derzeitigen System erhebliche Brüche aufweist (vgl. Abschnitt 3.3). Diesen komplexen Problemkreis zu diskutieren bedürfte es einer Expertengruppe aus Praktikern und Wissenschaftlern unterschiedlicher Fachdisziplinen. Darüber zu entscheiden ist allerdings Aufgabe des Gesetzgebers, da die Staffelung der Pflegesätze in § 15 SGBXI zwingend vorgeschrieben ist.

5.4 Maximal erreichbare Belegung

Eine der Langzeitpflege vergleichbare hohe Auslastung würde eine konstant hohe (Über-) Nachfrage nach Kurzzeitpflege voraussetzen. Dies ist nicht der Fall, vielmehr wird trotz der „naheliegenden Vorteile der Kurzzeitpflege die unbefriedigende Nutzung“ konstatiert (Pflegerahmenplan Niedersachsen 2000, S. 201). Zum Erzielen hoher (Durchschnitts-) Belegung stehen aus der Sicht der Einrichtungen im Prinzip nur noch zwei Strategien zur Verfügung:

- Die variable Nutzung verfügbarer Plätze für Kurz- und Langzeitpflege in Form von eingestreuten Plätzen oder
- der Vorhalt von Reservekapazität.

Den wirtschaftlichen Vorteilen einer variablen Nutzung als eingestreute Plätze stehen erhebliche inhaltliche Nachteile gegenüber. Da für das Freiwerden eines Heimplatzes in der Regel der Tod eines Heimbewohners ursächlich ist, sind weder die räumliche Lage noch der Zeitpunkt der Verfügbarkeit vorherbestimmbar. Das Zufallsprinzip ersetzt die Planung eines Kurzzeit-Pflegeaufenthalts, zeitraumbezogene Wünsche der Betroffenen oder ihrer pflegenden Angehörigen können nicht berücksichtigt werden. Kurzfristige Aufnahme auf Grund häuslicher Krisensituationen oder nach einem Krankenhausaufenthalt sind in der Regel nicht möglich; die Einhaltung der Qualitätsvorgaben für die Kurzzeitpflege ist erschwert (Gemeinsame Grundsätze der Qualitätssicherung 1996).

Das Vorhalten von Reservekapazität birgt die Gefahr, dass zu Zeiten höchster Belastung des Pflegepersonals – der Vollauslastung der Einrichtung – durch die Nutzung von Reserveplätzen die Personalbelastung die Zumutbarkeitsgrenze übersteigt. Leidtragende sind dann nicht nur die Pflegekräfte, sondern auch die Pflegegäste. Dennoch dürfte bei entsprechender Flexibilität des Personaleinsatzes (Aushilfen, Mehrarbeit) innerhalb enger Grenzen (z.B. für die kurzfristige Überschneidung von Belegungszeiten) die Aktivierung von Platzreserven sinnvoll sein. Diese Flexibilisierung wird in Sachsen angeregt: „Neben den ganzjährigen laut Versorgungsvertrag vorgehaltenen Pflegeplätzen können für

eine Übergangszeit bei Bedarf sogenannte ‚Auffüllbetten‘ für Urlaubspflege genutzt werden.“ (Bewertungskriterien für Investitionen 1998). Wenn allerdings die Überbelegung die Regel (vgl. Abb. 5.2) und nicht die Ausnahme zu sein hat, weil ansonsten die durch die Kostensätze vorgegebene Belegung nicht erreicht werden kann und Verluste drohen, ist dieses Konzept abzulehnen.

Die unter inhaltlich-personalen Gesichtspunkten beste Lösung ist der Vorhalt einer festen Platzzahl in einer eigenständigen Abteilung, wie sie in Einrichtung Nr. 10 vorhanden ist. Mit diesem Konzept wird jedoch zwingend eine relativ geringe Belegung in Kauf genommen. Die dort erreichte 75 %ige Auslastung stellt bereits einen sehr hohen, bei fester Platzzahl kaum noch steigerungsfähigen Wert dar.³² Die im Rahmen der Pflegesatzverhandlung vorgegebene 85 %ige Auslastung dürfte kaum erreichbar sein. Zwar könnte die Belegung durch etwas flexiblere Handhabung der Kapazität (z.B. einen Reserveplatz) noch geringfügig erhöht und damit die Ertragssituation verbessert werden. Das kalkulierte Betriebsergebnis für diese Kurzzeit-Pflegeabteilung dürfte aber auch mit dieser Platzreserve nicht erzielbar sein.

³² Im Vergleich zu den ‚Belegungsquoten von der erforderlichen Maximalkapazität‘ erreicht Einrichtung Nr. 10 den höchsten Wert der Kurzzeitpflege mit eigener Abteilung (vgl. Tabelle 5.2).

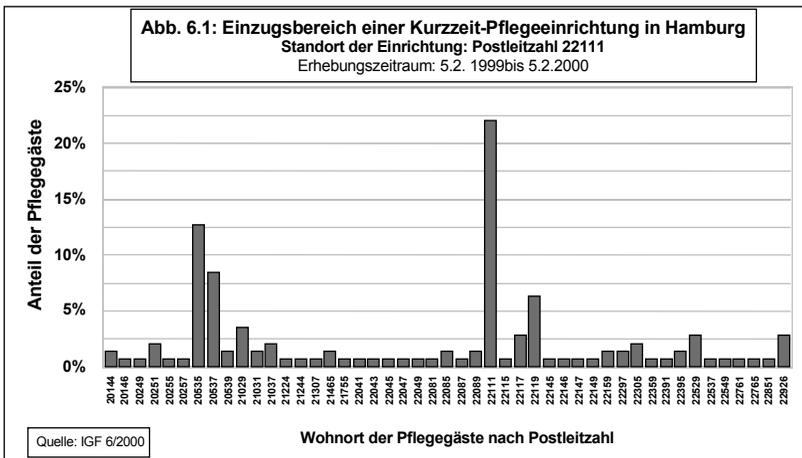
6 Einzugsgebiete und Nutzerverteilung

Der Gesetzgeber bestimmt, dass die ambulante und stationäre pflegerische Versorgung der Bevölkerung u.a. ortsnahe zu sein hat (§ 8 (2) SGB XI). Ob und in welchem Umfang dies bei den von uns untersuchten Kurzzeit-Pflegeeinrichtungen zutrifft, soll im folgenden Abschnitt anhand der Wohnbezirke der Nutzer dargestellt werden. Aus Gründen des Datenschutzes war eine genauere Lokalisierung als die über die Postleitzahl (PLZ) der Anschrift nicht zulässig (selbstverständlich ohne Namensangabe). Der damit erzwungene Bezug auf PLZ-Bezirke verursachte allerdings diverse ‚statistisch-darstellerische‘ Probleme:

- Kommunale, städtische und sogar Landesgrenzen sind mit denjenigen der PLZ-Bezirke häufig nicht identisch. Demzufolge waren teilweise Sonderauswertungen durch statistische Ämter oder Schätzwerte mittels Interpolation erforderlich, um auch für die PLZ-Bezirke demografische Daten ausweisen zu können.
- Kartografische Darstellungen der einzelnen PLZ-Bezirke standen nur für größere Städte zur Verfügung (Postleitzahlenbuch 1993). Die Darstellung des ländlichen Raumes beschränkt sich auf zusammengefasste (Ober-)Bezirke (Übersichtskarte der Postleitzahlen 1993). Eine detaillierte kartografische Wiedergabe der Einzugsbezirke musste deshalb unterbleiben.
- Die im nachfolgenden Abschnitt dargestellte Nutzerverteilung auf der Grundlage ungewichteter PLZ-Bezirke dient lediglich der Veranschaulichung der Verteilung. Für die Berechnung der Nutzerquoten (vgl. Abschn. 8 f.) wurden die PLZ-Bezirke sowohl mit der Einwohnerzahl als auch -struktur gewichtet.

6.1 Einzugsbereiche

Die Einzugsbereiche von Kurzzeit-Pflegeeinrichtungen differieren erheblich. Die Zahl der PLZ-Bezirke, in denen die Pflegegästen einer Einrichtung wohnen, war in Hamburg mit 47 am höchsten (vgl. Abb. 6.1), in Uelzen mit ausschließlicher Konzentration auf das Stadtgebiet und damit nur einen PLZ-Bezirk am niedrigsten.



Die Größe des Einzugsgebietes – genauer: die Anzahl der PLZ-Bezirke – wird primär durch die Einwohnerzahl des Ortes bestimmt, in dem die Einrichtung ihren Standort hat. Je größer der Ort, desto umfangreicher ist das Einzugsgebiet ($r^2 = 0,75$). Inhaltlich ist dieser statistische Zusammenhang damit zu begründen, dass in ländlichen Gebieten mit geringer Bevölkerungsdichte die einzelnen PLZ-Bezirke größere Bereiche als in städtischen Ballungsräumen abdecken. Die Entfernungen zu einer Kurzzeit-Pflegeeinrichtung sind dementsprechend groß und mit öffentlichen Verkehrsmitteln manchmal nur schwer zu überbrücken. Umgekehrt sind in Großstädten die PLZ-Bezirke relativ kleinflächig, die Wege auch durch mehrere PLZ-Bezirke hindurch sind kurz und mit öffentlichen Verkehrsmitteln in der Regel leicht zu bewerkstelligen. Liegt allerdings eine Einrichtung am Rand einer Großstadt (wie Nr. 1 und – mit Einschränkungen – Nr. 3), so ist nicht die Einwohnerzahl der Randgemeinde, sondern die der Großstadt bestimmend.³³

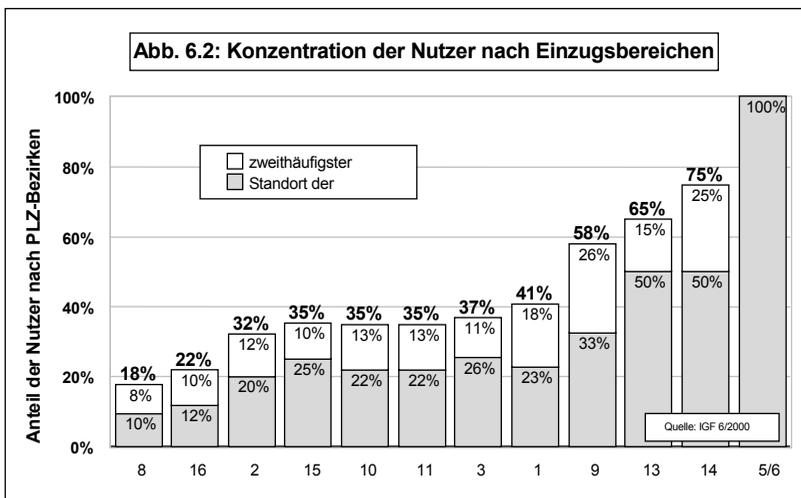
6.2 Standort der Einrichtungen und Nutzerkonzentration

Am Standort der Einrichtungen wohnten in allen Fällen die meisten Nutzer. Unabhängig vom Regionaltyp des Einrichtungsstandortes (vgl. Abschnitt 2.1) oder von dessen sozio-demografischer Besonderheit (vgl. Abschnitt 2.2) galt: Im Bezirk der Einrichtung wurde stets die höchste

³³ Ein zweiter Faktor ist die Zahl der Nutzer: Je mehr Gäste eine Einrichtung besuchen, desto weiter streuen auch ihre Herkunftsbezirke ($r^2 = 0,60$). Diese Abhängigkeit resultiert jedoch zum Teil daraus, dass die in größeren Städten gelegenen Einrichtungen auch mehr Plätze aufweisen ($r^2 = 0,29$), eine statistische Unabhängigkeit dieser Variable ist somit nicht gegeben.

Nachfrage nach Kurzzeitpflege verzeichnet. Entsprechend der Auswahlkriterien der Einrichtungen war in den verschiedenen Gebieten die Zahl der angebotenen Kurzzeit-Pflegeplätze und die der dort wohnenden hochbetagten Einwohner – und damit (wahrscheinlich) der ambulant betreuten Pflegebedürftigen – sehr unterschiedlich (vgl. Tabelle 2.6). Die Konzentration der Nutzer kann insofern nicht mit einem hohen Anteil bzw. einer großen Anzahl Pflegebedürftiger in diesen Regionen erklärt werden. Vielmehr hat der Umkehrschluss zu gelten, dass nämlich dort, wo eine Kurzzeit-Pflegeeinrichtung ihre Dienste anbietet, die Nachfrage angeregt wird. Das Angebot induziert – zumindest in der gegenwärtigen Situation geringen Platzangebots – die Nachfrage! Je näher die Menschen an ‚ihrer‘ Kurzzeit-Pflegeeinrichtung wohnen, desto selbstverständlicher ist für sie auch deren Nutzung.

Die Belegung durch die Nutzer, die am Standort der Einrichtung wohnen, variiert allerdings erheblich. In Einrichtungen mit großer Streubreite können 10 % bereits der Maximalanteil sein, während in einem anderen Gebiet alle Nutzer (100 %) in einem PLZ-Bezirk wohnen. Da diese Spannbreite auch darin begründet sein kann, dass einige Einrichtungen am Rand ihres PLZ-Bezirks liegen und damit der Nachbarbezirk letztlich fast genau so nahe liegt, wie der nominal zugehörige Bezirk, wurde der Nachbarbezirk, der die höchsten Nutzeranteile aufweist, zur Darstellung des Konzentrationsgrades mit einbezogen, um Verzerrungen auszugleichen (vgl. Abb. 6.2).



Der Konzentrationsgrad, dargestellt anhand des Anteils der Nutzer, die ihren Wohnort am oder in der Nähe des Standorts der Kurzzeit-Pflegeeinrichtungen haben, weist markante Strukturen auf. Aus der dargestellten Verteilung lassen sich drei verschiedene Ausprägungen erkennen. Aus dem direkten Umfeld der Einrichtung kommen die Gäste zu

- weniger als einem Viertel (2 Einrichtungen),
- ungefähr einem Drittel (5 Einrichtungen) und
- zu mehr als der Hälfte (4 Einrichtungen).

Eine Einrichtung (Nr. 1) lässt sich so nicht eindeutig zuordnen.

Ursächlich für diese Verteilung könnte die Zahl der Nutzer sein: Je weniger Gäste eine Einrichtung hat, desto geringer ist die Streuung in Bezug auf ihren Wohnort und desto stärker konzentrieren sie sich im Nahbereich. Diese Annahme bestätigt sich nicht. Zwischen dem dargestellten Konzentrationsgrad und der Zahl der Gäste besteht kein statistischer Zusammenhang ($r^2 = 0,02$).

Dagegen lässt sich aus der geographischen Lage der Einrichtungen, ähnlich wie in Abschnitt 6.1 dargestellt, ein Teil der Konzentrationsunterschiede erklären. In ländlichen Gebieten mit geringer Bevölkerungsdichte kommen die Gäste überwiegend aus dem näheren Umfeld, das Einzugsgebiet erscheint standortkonzentriert. In Großstädten sind die Wege auch für nominal entfernt Wohnende relativ kurz, die Standortkonzentration ist geringer.

Dieser Erklärungsansatz wird in Tabelle 6.1 anhand der drei PLZ-Bezirke mit dem höchsten Nutzeranteil näher untersucht.

Tabelle 6.1: Nähe der Nutzer zum Standort von Kurzzeit-Pflegeeinrichtungen

Einrichtung	Struktur des Einrichtungsstandorts und des Einzugsbereich	Postleitzahl	Anteil der Nutzer in den drei am stärksten besetzten Bezirken Nutzeranteil Summe	
Typ I : Standortferne Nutzerverteilung				
8	Standort großstädtisch	x0339	9,5%	
	innerstädtischer Bezirk	x0689	8,1%	
	außerstädtischer Bezirk	<u>x1389</u>	<u>6,8%</u>	24,4%
16	Standort großstädtisch	x1069	12,0%	
	Nachbarbezirk	x1159	10,0%	
	<u>innerstädtischer Bezirk</u>	<u>x1139</u>	<u>10,0%</u>	32,0%

Einrichtung	Struktur des Einrichtungsstandorts und des Einzugsbereich	Postleitzahl	Anteil der Nutzer in den drei am stärksten besetzten Bezirken Nutzeranteil Summe	
Typ II: Standortnahe Nutzerverteilung				
2	Standort ländlich- großstädtisch	x4232	20,2%	
	Nachbarbezirk außerhalb des Landkreises	x4149	11,9%	
	Nachbarbezirk außerhalb des Landkreises	<u>x4148</u>	<u>9,0%</u>	41,1%
15	Standort großstädtisch	x1129	25,3%	
	Nachbarbezirk <u>Nachbarbezirk</u>	x1139 <u>x1127</u>	10,0% <u>7,1%</u>	42,4%
10	Standort großstädtisch	x2111	22,0%	
	Nachbarbezirk <u>Nachbarbezirk</u>	x0535 <u>x0537</u>	12,8% <u>8,5%</u>	43,3%
11	Standort städtisch	x4131	22,0%	
	Nachbarbezirk	x4121	12,2%	
	<u>Nachbarbezirk</u>	<u>x4132</u>	<u>9,7%</u>	43,9%
3	Standort ländlich- großstädtisch	x4239	25,7%	
	Bezirk außerhalb des Land- kreises	x4106	11,4%	
	Nachbarbezirk	<u>x4148</u>	<u>8,6%</u>	45,7%
TYP III: Standortkonzentrierte Nutzerverteilung				
1	Standort kleinstädtisch- ländlich	x4211	22,7%	
	Nachbarbezirk	x4250	18,2%	
	<u>Nachbarbezirk</u>	<u>x4223</u>	<u>9,2%</u>	50,1%
9	Standort mittelstädtisch	x4772	32,7%	
	innerstädtischer Nachbarbezirk	x4770	25,5%	
	<u>außerstädtischer Nachbarbezirk</u>	<u>x4789</u>	<u>13,3%</u>	71,5%
13	Standort kleinstädtisch- ländlich	x6556	50,0%	
	Nachbarbezirk	x6567	15,0%	
	Nachbarbezirk	<u>x6571</u>	<u>15,0%</u>	80,0%
14	Standort kleinstädtisch- ländlich	x6556	50,0%	
	Nachbarbezirk	x6571	24,9%	
	Nachbarbezirk	<u>x6577</u>	<u>11,5%</u>	86,4%
5/6	Standort städtisch-ländlich	<u>x9525</u>	<u>100,0%</u>	100,0%

Quelle: IGF 6/2000

Alle Einrichtungen, bei denen mehr als 50 % der Gäste aus nur drei PLZ-Bezirken kommen, hatten ihren Standort in Städten mit weniger als

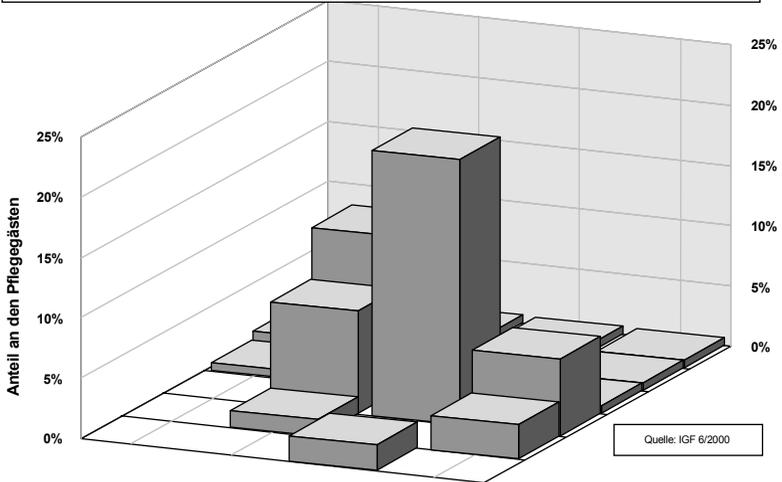
85 Tausend Einwohnern oder in ländlichen Gebieten. Sie lassen sich dem Typ III: ‚Standortkonzentrierte Nutzerverteilung‘ zuordnen. Das nur knappe Überschreiten des Grenzwertes von Einrichtung Nr. 1 erklärt sich aus ihrer Zwitterstellung. Zwar ist die geografische Lage eindeutig ländlich-kleinstädtisch, da aber 5 % ihrer Gäste aus einer nahen Großstadt kommen (vierthäufigster Wert), bestätigt ihre tendenzielle Indifferenz die hier verwendete Typologie.

Befindet sich der Standort der Einrichtung zwar in einer ländlichen Region, aber am Rand einer Stadt mit mehr als 200 Tausend Einwohner, so gilt diese Zuordnung nicht. Diese wie auch die direkt in solchen Städten gelegenen Kurzzeit-Pflegeeinrichtungen erreichten in ihrem PLZ-Bezirk 22 % bis 26 %, in ihrem Nahbereich 41 % bis 46 % ihrer Gäste. Trotz geringer und leicht zu überwindenden größeren Entfernungen kommt dennoch ein hoher Anteil der Nutzer aus dem Nahbereich. Einrichtungen dieser Standorte entsprechen dem Typ II: ‚Standortnahe Nutzerverteilung‘. Sind jedoch Kurzzeit-Pflegeeinrichtung und eventuell vorhandene ambulante Dienste desselben Trägers an unterschiedlichen Standorten eines Gebiets angesiedelt, so wird aus dem Standortbezirk des ambulanten Dienstes auch bei größerer Entfernung ein ‚Nahbereich‘ und die Gäste kommen relativ häufig auch aus diesem Bezirk. Erst an dritter Stelle steht ein ländlich-großstädtisch strukturierter Nachbarbezirk. Diese teilweise Indifferenz findet ihren Niederschlag im höchsten Prozentwert des Typs II (Einrichtung Nr. 3).

Beispielhaft für Typ II sei die Verteilung der Nutzer im Nahbereich der Einrichtung Nr. 10 herangezogen: Trotz der im Verhältnis zu den anderen Einrichtungen breitesten Streuung der PLZ-Bezirke (vgl. Abb. 6.1) wohnen fast zwei Drittel aller Fälle im näheren Umfeld der Einrichtung.

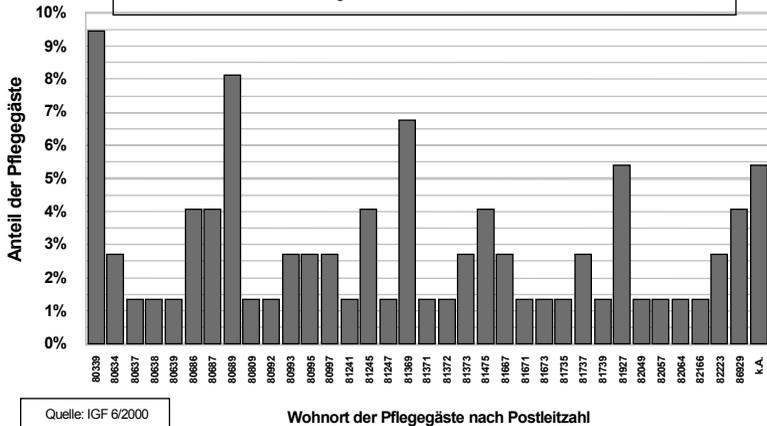
Dem Typ III, ‚Standortferne Nutzerverteilung‘ mit weniger als einem Drittel der Nutzer in drei PLZ-Bezirken, sind zwei Einrichtungen zuzuordnen. Die Ursachen für die geringe Konzentration auf den Standort dürften eher individuell in der Einrichtung und/oder in ihrem Umfeld zu suchen sein. An Gemeinsamkeiten ist nur festzustellen, dass beide Einrichtungen in großen Städten ihren Standort haben und sie ihre nominale Platzzahl für die Kurzzeitpflege auch zu Zeiten hoher Nachfrage nicht vollständig ausschöpfen (vgl. Tabelle 5.2). Als Beispiel für einen individuellen Grund kann die Situation in München gelten: Da im September 1999 Einrichtung Nr. 7 ihren Betrieb auf Grund nicht zu erzielender Kostendeckung einstellte, übernahm Einrichtung Nr. 8 einen Teil der Gäste. Da Einrichtung Nr. 7 im Norden von München, Einrichtung Nr. 8 aber im Südwesten der Stadt liegt, wurde das Einzugsgebiet entsprechend vergrößert (vgl. Abb. 6.4).

Abb. 6.3: Wohnorte (nach PLZ-Bezirken) und Herkunftshäufigkeit (Fälle) der Pflegegäste im Nahbereich der Kurzzeit-Pflegeeinrichtung Nr. 10
 Erfasster Anteil: 64,5 % aller Fälle Zeitraum: 5.2.1999 bis 5.2.2000



Die Lage der einzelnen Säulen entspricht in etwa der geografischen Lage der PLZ-Bezirke; Standort der Einrichtung = höchste Säule

Abb. 6.4: Einzugsbereich einer Kurzzeit-Pflegeeinrichtung in München
 Standort der Einrichtung: Postleitzahl 80339
 Erhebungszeitraum: 1.9.1998. bis 31.8.1999



Quelle: IGF 6/2000

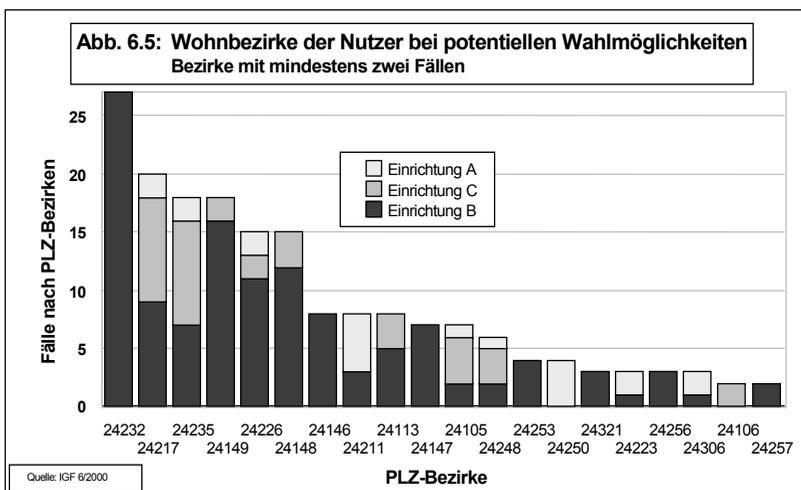
Wohnort der Pflegegäste nach Postleitzahl

Festzuhalten bleibt, dass trotz unterschiedlicher Nutzerkonzentration am Standort stets die höchste Inanspruchnahme zu verzeichnen ist.

6.3 Zusammenspiel verschiedener Kurzzeit-Pflegeeinrichtungen

„Die Pflegebedürftigen können zwischen Einrichtungen und Diensten verschiedener Träger wählen“ (§ 2 (2) SGB XI). Dieses Wahlrecht ist in Bezug auf Kurzzeitpflege nur sehr eingeschränkt zu realisieren, da teilweise keine oder nur zeitlich und räumlich beschränkte Angebote zur Verfügung stehen. In den von uns ausgewählten Regionen bestand, bedingt durch diverse Ausfälle von Einrichtungen, nur in drei Regionen die Möglichkeit für die Nutzer, zwischen verschiedenen Kurzzeitpflegeeinrichtungen wohnortnah eine Auswahl treffen zu können.³⁴

Die Wohnbezirke und die getroffene Auswahl der Einrichtung durch die Nutzer sei am Beispiel von drei Einrichtungen an unterschiedlichen Standorten im Landkreis Plön (Randbezirk der Stadt Kiel) dargestellt (vgl. Abb. 6.5):



34 Die Ausfälle betrafen München (Einrichtung Nr. 7 stellte ihren Betrieb wegen nicht zu erzielender Kostendeckung ein) und Kassel (Einrichtung Nr. 12 stellte ihre Plätze nur Gästen zur Verfügung). Die Auswahlmöglichkeit in Artern bestand nur für eine Übergangszeit, nachdem Einrichtung Nr. 14 ihre Plätze mit Langzeit-Pflegegästen belegt hatte, wurde Kurzzeitpflege nicht mehr angeboten. Auf Grund der beschränkten Platzzahl in Uelzen war die Auswahlmöglichkeit nur minimal und wurde hier vernachlässigt.

Die Pflegegäste am Standort der Einrichtung B (PLZ 24232) wählten ausschließlich die örtliche Kurzzeitpflege. Diese ‚Standorttreue‘ war bei den anderen beiden nicht gegeben, die Pflegegäste aus diesen Bezirken nutzten auch eine (PLZ 24211) bzw. zwei (PLZ 24235) andere Einrichtungen. Von der Wahlmöglichkeit wurde auch in anderen Bezirken – aber nicht in allen – Gebrauch gemacht. Auch wenn eine der Ursachen für die vorgefundene Verteilung die unterschiedliche Kapazität der Einrichtungen sein dürfte,³⁵ bleibt doch festzuhalten, dass bei bestehenden Wahlmöglichkeiten in der Regel auch von diesen – aus welchen Gründen auch immer – Gebrauch gemacht wurde.

Am stärksten wurde aber stets die Einrichtung ‚vor Ort‘ in Anspruch genommen.

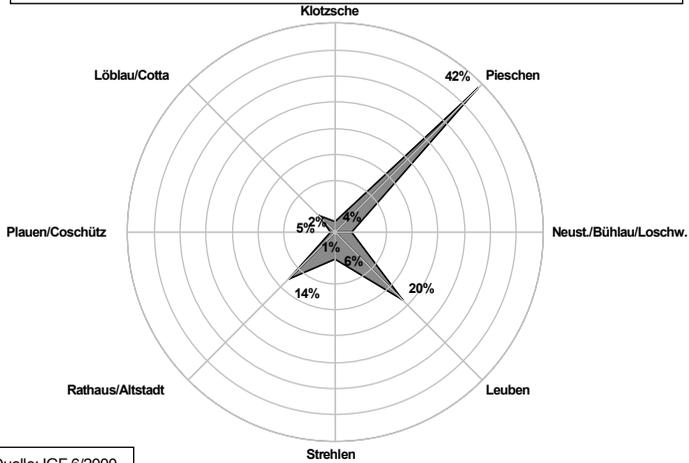
Ähnliches war auch bei den Einrichtungen festzustellen, die im selben Ort, aber in anderen Stadtteilen ansässig waren. Trotz gegebener ‚Überkreuz-Nutzung‘, d.h. Einwohner des einen Bezirks nutzen nicht nur die Einrichtung ihres Bezirks, sondern auch die entfernter liegende, wurde die Einrichtung im eigenen Bezirk stets durch die dort Wohnenden am stärksten frequentiert.

Die Nutzerverteilung nach Stadtteilen sei anhand der Einrichtungen in Dresden zunächst einzeln (Abb. 6.6 a und 6.6 b) und dann in ihrer Summe (Abb. 6.6 c) dargestellt. Dabei entspricht die Lage der Bereiche in der Grafik in etwa denen in der Stadt.

³⁵ Mittlere belegte Platzzahl pro Jahr: Einrichtung A = 0,9 Plätze; Einrichtung B = 6,0 Plätze; Einrichtung C = 1,6 Plätze

Abb. 6.6 a: Einzugsbereich der Kurzzeit-Pflegeeinrichtung A

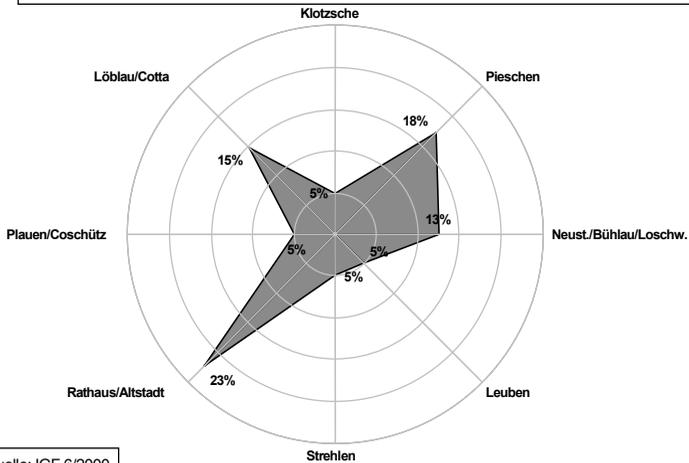
Auf das Stadtgebiet entfallender Anteil: 95 %
Erhebungszeitraum: 1.9.1998 bis 31.8.1999



Quelle: IGF 6/2000

Abb. 6.6 b: Einzugsbereich der Kurzzeit-Pflegeeinrichtung B

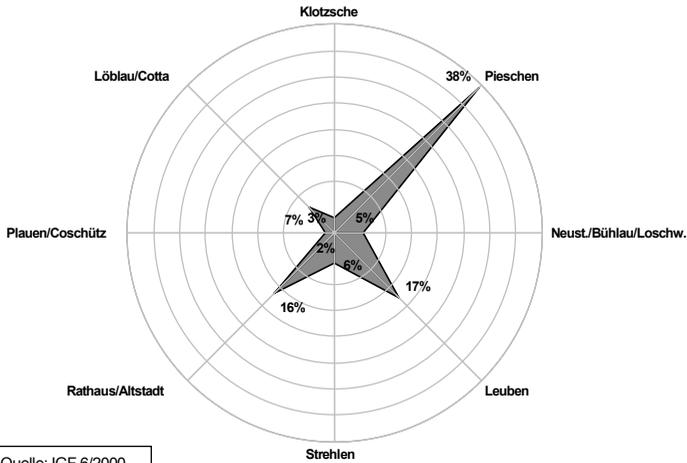
Auf das Stadtgebiet entfallender Anteil: 88 %
Erhebungszeitraum: 1.9.1998 bis 31.8.1999



Quelle: IGF 6/2000

Abb. 6.6 c: Einzugsbereich der Kurzzeit-Pflegeeinrichtungen A und B

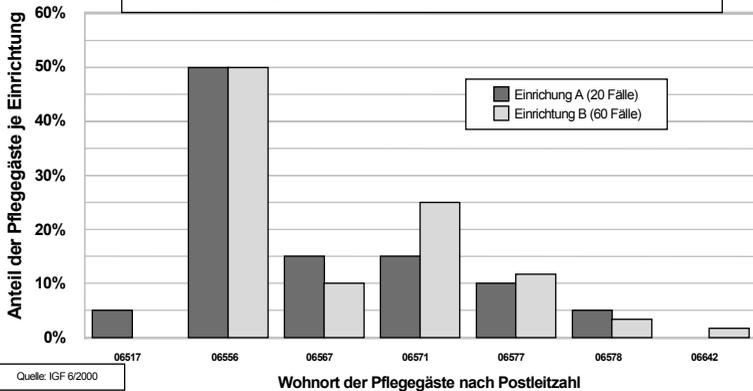
Auf das Stadtgebiet entfallender Anteil: 93,6 %
Erhebungszeitraum: 1.9.1998 bis 31.8.1999



Quelle: IGF 6/2000

Abb. 6.7: Einzugsbereich von Kurzzeit-Pflegeeinrichtungen in Artern

Standort der Einrichtungen: Postleitzahl 06556
Erhebungszeitraum: 1.9.1998, bis 31.8.1999



Quelle: IGF 6/2000

Jede Einrichtung hat den stärksten Nutzerstamm in ihrem Stadtteil, Einrichtung A in Pieschen, Einrichtung B in Bezirk Altstadt/Rathaus. Aber auch im Standort-Bezirk der jeweils anderen Einrichtung wohnen Gäste der Kurzzeitpflege. In beiden Einrichtungen kommen die Gäste aus allen Stadtbezirken, Einrichtung Nr. 15 ist aber erheblich stärker standort-

zentriert (42% der Gäste kommen aus diesem Bezirk) als Einrichtung Nr. 16 (23 %). Die Einrichtungen sind teils ergänzend, teil konkurrierend tätig. Sind Einrichtungen wie (zeitweise) in Artern am gleichen Standort tätig (im gleichen PLZ-Bezirk), so kommen ihre Gäste im wesentlichen aus den gleichen Bezirken. Die Kapazität der Einrichtung hat darauf keinen Einfluss (vgl. Abb. 6.7).

6.4 Zusammenfassende Bewertung

In Bezug auf die Einzugsgebiete und den Standort der Kurzzeit-Pflegeeinrichtungen wurden folgende Zusammenhänge festgestellt:

1. Für die Einzugsgebiete der Kurzzeit-Pflegeeinrichtung gilt: Je größer die Stadt, desto größer ist auch das Einzugsgebiet (die Anzahl der PLZ-Bezirke).
2. Unabhängig von der Größe oder der Regionalstruktur wohnen am Standort der Einrichtung stets die meisten Pflegegäste.
3. Der Grad der Konzentration auf den Standort ist im wesentlichen von der Regionalstruktur abhängig:
 - In städtisch-ländlichen Regionen sind die Nutzer am stärksten auf den Standort konzentriert (Konzentrationsgrad 50 % bis 100 %, Typ III: *Standort-konzentrierte* Nutzerverteilung),
 - in großstädtischen und großstadtnahen ländlichen Gebieten war *standortnahe* Nutzerverteilung die Regel (Konzentrationsgrad 40 % bis 45 %, Typ II),
 - aber auch niedrigere Nutzerkonzentration (unter 33 %, Typ I: *Standortferne* Nutzerverteilung) kam in Großstädten vor.
4. Bestehen Wahlmöglichkeiten, werden sie auch wahrgenommen. Trotz der Bevorzugung des Standortes im Wohnumfeld werden auch Einrichtung in anderen Bezirken genutzt.

Im Ergebnis bedeuten diese Zusammenhänge für die **Kapazität** von Kurzzeit-Pflegeeinrichtungen, dass

- je größer die Stadt (Ballungsraum) ist, desto größer **darf** die Einrichtung sein,
- je kleiner die Stadt ist, desto kleiner **muss** die Einrichtung sein,

wenn ein ausreichendes Angebot **ortsnah** bereitgehalten werden soll. Die Nutzerkonzentration war am Standort stets am höchsten. Da die Zahl der ambulant betreuten Pflegebedürftigen in anderen Bezirken nicht niedriger war (vgl. Abschnitt 9), ist sicherlich die Annahme berechtigt, dass durch das Vorhandensein von Kurzzeit-Pflegeeinrichtungen der Bedarf erst geweckt wird. Auch wenn damit gegen einen Grundsatz

der Bedarfsgerechtigkeit bei der Schaffung sozialer Infrastruktur, nämlich „Bedarf decken, nicht wecken“³⁶ verstoßen werden könnte: Zum einen hat der Gesetzgeber der Bereitstellung eines ausreichenden Angebots an Kurzzeit-Pflegeplätzen zur Ergänzung des ambulanten pflegerischen Angebots einen hohen Stellenwert eingeräumt (§ 3 SGB XI). Zum anderen verursachen ambulante Pflege inklusive Kurzzeitpflege in der Regel sowohl für die Pflegekassen und den Träger der Sozialhilfe als auch für die Betroffenen und ihre Angehörigen geringere Kosten als vollstationäre Langzeitpflege (Hartmann 1999), so dass auch unter wirtschaftlichen Gesichtspunkten der Ausbau bedarfsgerechter Kurzzeitpflege wünschenswert ist. Bedarfsgerecht heißt aber nicht nur ‚vom Platzangebot her ausreichend‘, sondern auch – und hier verifiziert das Nachfrageverhalten die gesetzliche Formulierung – ‚ortsnah‘ angesiedelt.

Erst muss ein ausreichendes Angebot geschaffen werden, damit eine dem Bedarf entsprechende Nachfrage entstehen kann.

36 Begründung zu Artikel 1 AGPflegeVG Bayern.

7 Vergleichende Darstellung von Nutzern und Nicht-Nutzern der Kurzzeit-Pflegeeinrichtungen

Erhebt man die Daten der Nutzer von Kurzzeit-Pflegeeinrichtungen, so stellt sich auch die Frage, wer wohl die Personen sein könnten, welche die Einrichtung nicht nutzen. Bei gegebenem unzureichenden Bestand an Kurzzeit-Pflegeplätzen kann hierauf ohne weitere Untersuchung eine Antwort spontan gefunden werden: Nicht-Nutzer von Kurzzeitpflege sind zunächst und vor allem diejenigen, für die kein bedürfnisgerechtes Leistungsangebot zur Verfügung steht. Wobei ‚bedürfnisgerecht‘ nicht nur von der Platzzahl her ausreichend meint, sondern sich weitgehend an den Bedürfnissen der Nutzer orientiert, nämlich nach Unterbringung

- im gewünschten Zeitraum (zeitnah),
- in der Nähe (ortsnah),
- in Zimmern mit entsprechend zeitgemäßem Standard (in der Regel Einzelzimmer) und
- zu Kosten, die nicht (vorübergehende) Sozialhilfebedürftigkeit bedingen.

Neben den erheblichen Versorgungslücken, die durch das Fehlen entsprechender Einrichtungen ohne Zweifel bestehen (vgl. Abschnitt 8), lässt sich aber auch anhand der Strukturdaten der Nutzer erkennen, welche Gruppen von zu Hause betreuten Pflegebedürftigen in den Einrichtungen unter- bzw. überrepräsentiert sind.

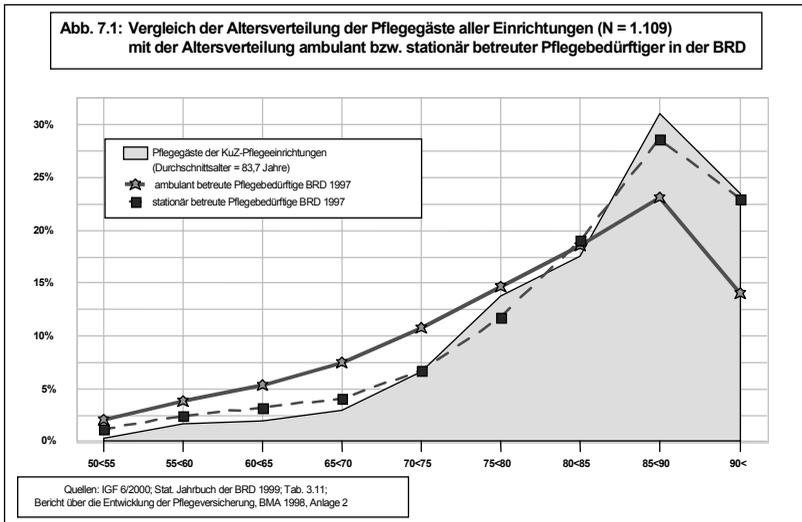
7.1 Altersstruktur

Als erster Vergleich bietet sich die Altersverteilung der Pflegegäste mit derjenigen der Pflegebedürftigen in der Bundesrepublik Deutschland³⁷ an (vgl. Abb. 7.1).

Da Kurzzeit-Pflegegäste zuvor ambulant betreut wurden, wäre für sie eine Altersverteilung zu erwarten gewesen, die in etwa derjenigen der ambulant betreuten Pflegebedürftigen gleicht. Die Annahme erwies sich als falsch. Für die Gesamtzahl aller Kurzzeit-Pflegegäste entspricht die Altersverteilung im wesentlichen derjenigen von Pflegebedürftigen, die in vollstationären Langzeit-Pflegeeinrichtungen untergebracht sind. Diese Verteilung ergibt sich nicht nur für die Gesamtheit, sondern auch in ähnlicher Form bei den einzelnen Einrichtungen. Stets war die Gruppe

³⁷ Dieser Vergleich ist wegen der relativen starken Altersabhängigkeit von Pflegebedürftigkeit (vgl. Abschnitt 2.2.1) angebracht.

der Personen, die 80 Jahre oder älter waren, höher und die der noch nicht 75jährigen niedriger, als es der Altersstruktur der ambulant Betreuten entsprochen hätte.



Diese ‚unerwartete‘ Verteilung könnte darin begründet sein, dass es sich bei den Pflegegästen um spezielle Gruppen von zu Hause lebenden Pflegebedürftigen handelt, die besonders alt waren. Beispielsweise um Gäste, die nach einer stationären Behandlung aufgenommen wurden (§ 42 (1) SGB XI) oder deren Aufenthalt als Übergangszeit vor einem stationären Aufenthalt diente. Diese Hypothese erklärt die vorgefundene Verteilung nicht. Die Gäste, welche anschließend in eine Langzeiteinrichtung überwechselten, waren im Mittel gleich alt wie der Gesamtdurchschnitt. Die aus stationärer Behandlung Kommenden waren zwar im Durchschnitt um 2,7 Jahre älter als die Pflegegäste, da aber nur 3 % diesem Personenkreis angehörten, ist ihr statistischer Einfluss viel zu gering, um die Abweichung zu erklären.

Auch die unterschiedlichen Zeitbezüge der statistischen Daten – die Altersverteilung der Gesamtbevölkerung und der Pflegebedürftigen entsprechen dem Stand von 1997, die der Nutzer der Kurzzeitpflege dem von September 1998 bis Februar 2000 – erklären die unterschiedliche Verteilung nicht. Zwar hat das Durchschnittsalter der Gäste von Kurzzeitpflegen in den letzten 8 Jahren um 2,4 Jahre zugenommen (Häberle 1992), dies bewirkte aber nur eine Seitwärtsverschiebung der Maximal-

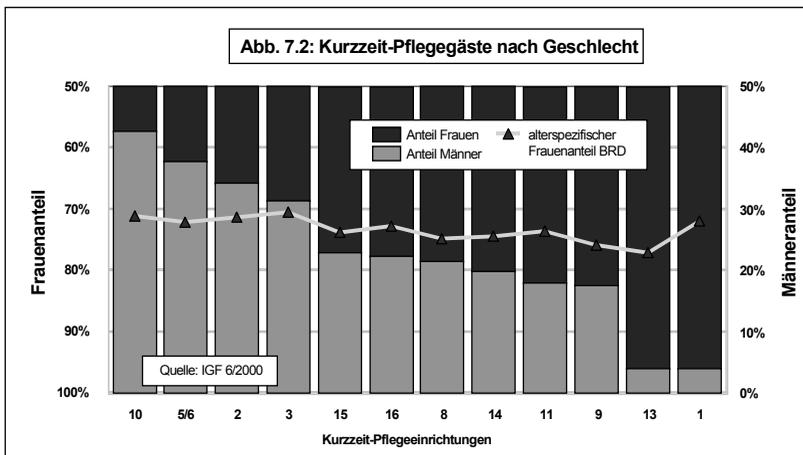
werte, nicht aber eine Altersverteilung, welche derjenigen der ambulant betreuten Pflegebedürftigen entsprochen hätte.

Da keine Sonderfaktoren die Altersverteilung beeinflussen, bleibt die Feststellung, dass die Altersgruppe der ambulant betreuten Pflegebedürftigen unter 75 Jahren unter- und die der ab 80jährigen überrepräsentiert ist. Welche Ursachen dafür in Frage kommen, kann mangels entsprechender Erhebungen bei den Nicht-Nutzern nicht beantwortet werden.

7.2 Geschlecht

Eine geschlechtsspezifische Bevorzugung oder Benachteiligung konnte im Mittel aller Einrichtungen nicht festgestellt werden. Statistische Vergleiche der Verteilung der Pflegegäste nach Geschlecht sowohl in Bezug auf den Anteil der Doppel- bzw. Einzelzimmer, der Organisationsform (eigene Abteilung versus eingestreute Plätze) als auch der Anzahl der Plätze ergaben keine signifikanten Zusammenhänge.³⁸

In einigen Einrichtungen war dagegen der Männer- bzw. Frauenanteil erheblich höher, als er gemäß dem Durchschnittsalter der Gäste zu erwarten gewesen wäre (vgl. Abb. 7.2).



Vergleicht man die Geschlechterverteilung mit dem jeweiligen Alterserwartungswert (vgl. Abb. 4.4), so weisen zwei Einrichtungen (Nr. 1 und

38 Regression von $R^2 = 0,03$ bis $0,19$; keine Signifikanz

Nr. 13) eine deutlich höhere Repräsentanz an Frauen aus. In Einrichtung Nr. 10 sind dagegen Männer überproportional vertreten.

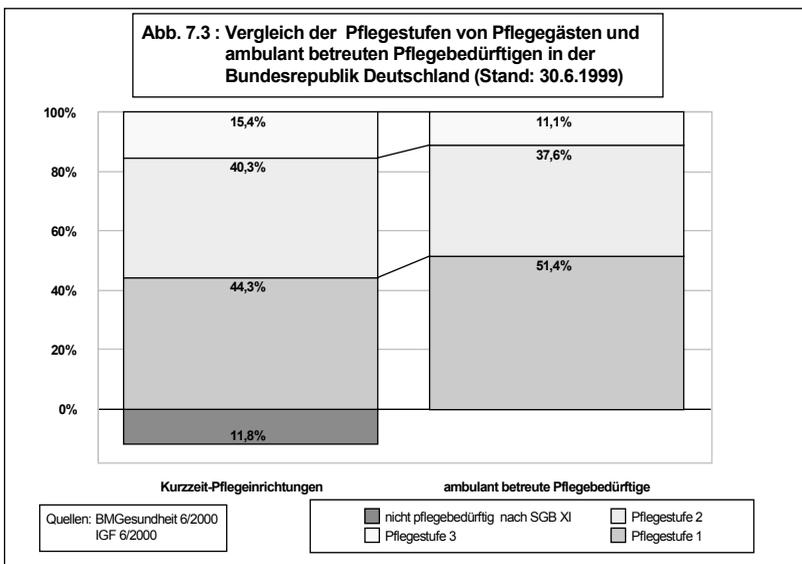
Erklärungsansätze, die für alle Einrichtungen gelten könnten, waren nicht zu finden, insofern dürften die Ursachen – sofern es sich hier nicht um zufällige Abweichungen handelt – in den jeweiligen Einrichtungen zu suchen sein. Auf spezielle Nachfrage konnten die Einrichtungsleitungen dafür keine Gründe angeben.

7.3 Pflegestufen

Von den Gästen der Kurzzeit-Pflegeeinrichtungen waren zum Zeitpunkt der Aufnahme 87 % pflegebedürftig und 13 % nicht pflegebedürftig im Sinn des SGB XI (vgl. Tabelle 4.2). Da von den Nicht-Pflegebedürftigen bis zur (oder nach) der Entlassung noch ca. ein Drittel als pflegebedürftig anerkannt und eingestuft wurden (vgl. Teil II), ist der Anteil der Pflegebedürftigen entsprechend zu korrigieren, d.h. der Anteil der Nicht-Pflegebedürftigen reduziert sich auf knapp 10,6 %, derjenige der Pflegebedürftigen beträgt dann knapp 90 %.

Beim Vergleich der Nutzer der Kurzzeitpflege mit den ambulant betreuten Pflegebedürftigen der Bundesrepublik Deutschland ist die Zahl der Pflegebedürftigen als einheitliche Bezugsgröße (100 %-Wert) einzusetzen. Da den Nicht-Pflegebedürftigen der Kurzzeitpflege in der Gesamtbevölkerung kein (sinnvoller) Vergleichswert gegenüber steht, fehlt dafür eine entsprechende Ausweisung bei den ambulant betreuten Pflegebedürftigen (vgl. Abb. 7.3).

Die Anteile der Pflegebedürftigen in den Kurzzeit-Pflegeeinrichtungen der Pflegestufe 3 sind um 4,3 Prozentpunkte und die der Pflegestufe 2 um 2,7 Prozentpunkte höher, während die der Pflegestufe 1 um 7,1 Prozentpunkte niedriger als bei den ambulant betreuten Pflegebedürftigen der Bundesrepublik Deutschland sind. Auf der Basis ‚Pflegebedürftige‘ entsprechend der Einstufung nach SGB XI waren 11,8 % nicht pflegebedürftig (als Anteil aller Nutzer: 10,6%).



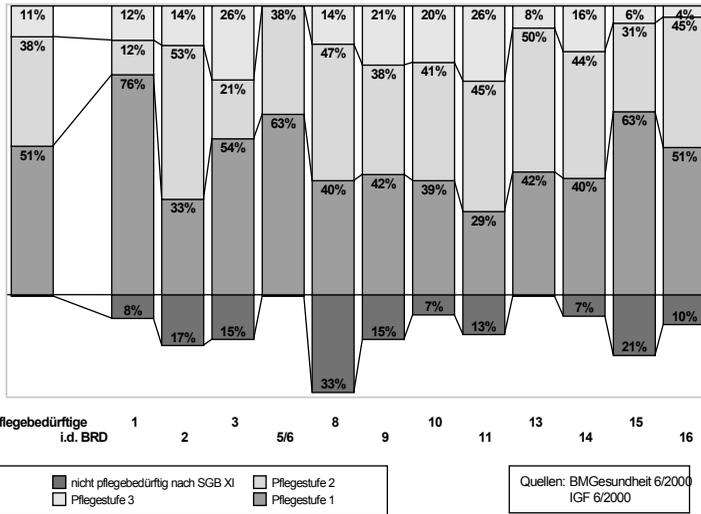
Die Betreuung eines vergleichsweise hohen Anteils Schwerstpflegebedürftiger ist, bezogen auf die einzelnen Einrichtungen,³⁹ nicht verallgemeinerungsfähig (vgl. Abb. 7.4).

Der Anteil der Pflegestufe 3 liegt zwischen 0 % und 26 %, von Pflegestufe 2 zwischen 12 % und 53 % sowie von Pflegestufe 1 zwischen 29 % und 76 %. In zwei Einrichtungen wurden ausschließlich Pflegebedürftige betreut, in den anderen betrug der Anteil der Nicht-Pflegebedürftigen bis zu 33 %.

Auch wenn die Zahl und die Pflegestufen ambulant betreuter Pflegebedürftiger für die meisten Regionen nicht ausgewiesen ist, dürfte sich die Verteilung nicht wesentlich von derjenigen auf Bundes- oder Landesebene unterscheiden. Insofern könnten die teilweise geringen Anteile der Pflegestufen 2 und 3 in den einzelnen Einrichtungen (Nr. 1; 5/6 und 15) eine Unterversorgung Schwerstpflegebedürftiger in den entsprechenden Bezirken anzeigen. Ob hierfür spezielle Nachfragestrukturen in den Regionen (z.B. besonders hohe Anteile Schwerstpflegebedürftiger in Langzeit-Pflegeheimen) oder belegungsstrategische Gründe bei den Einrichtungen ursächlich sind, lässt sich im Rahmen unserer Untersuchung nicht beantworten.

³⁹ Bei den einzelnen Einrichtungen wurde wegen zu geringer Fallzahlen keine Korrektur für die nachträglich eingestufteten Pflegebedürftigen vorgenommen

7.4: Vergleich der Pflegestufen in der Kurzzeitpflege und der ambulant Betreuten in der BRD



7.4 Empfänger von Sozialhilfe

7.4.1 Pflegebereich

Im Jahr 1998 erhielten 4 % bis 5 % aller in Privathaushalten lebenden Pflegebedürftigen Hilfe zur Pflege nach dem BSHG (§ 68 und § 69).⁴⁰ Diese Marge lässt sich nicht ohne weiteres als Vergleichsgröße für die Beurteilung des Anteils an Nutzern von Kurzzeit-Pflegeeinrichtungen nutzen, die Sozialhilfe zur Finanzierung der Pflege in Anspruch nehmen mussten. Vielmehr ist zu berücksichtigen, dass die Quoten mit dem Alter der Empfänger erheblich variieren,⁴¹ d.h. die spezielle Altersverteilung der Nutzer von Kurzzeitpflege ist in die Vergleichsberechnung einzube-

40 Wegen möglicher Mehrfachnennungen bei den Sozialhilfeempfängern können nur Quotenintervalle angegeben werden. Die Berechnung erfolgte aus der Summe

- der Sozialhilfeempfänger außerhalb von Einrichtungen (Hilfe zur Pflege zusammen), Tabelle B 1.1.1, Statistisches Bundesamt, Sozialleistungen, Fachserie 13, Reihe 2, Sozialhilfe 1998;
- der ambulant versorgten Empfänger von Pflegeleistungen nach dem SGB XI 1998, BMGesundheit 6/2000.

Bei den in vollstationären Einrichtungen Untergebrachten betrug die Quote der Empfänger von Hilfe zur Pflege bis zu 30 %.

41 Die Quoten der Sozialhilfeempfänger der jüngeren Pflegebedürftigen sind höher als bei den älteren.

ziehen. Ferner ist zu beachten, dass auch Personen, die entsprechend der Einstufung nach SGB XI nicht als pflegebedürftig gelten, trotzdem Hilfe zur Pflege erhalten können (sogenannte Pflegestufe 0). Dieser Personenkreis wurde hier ebenso wenig berücksichtigt wie die Empfänger ‚anderer Leistungen ohne Gewährung von Pflegegeld‘ (vgl. Tabelle 7.1).

Tabelle 7.1: Altersverteilung pflegebedürftiger, ambulant betreuter Bezieher von Leistungen nach BSHG und SGB XI (1998)

Ambulant betreute Bezieher von Leistungen	Anzahl Personen in der Altersgruppe von ... bis unter						Personen gesamt alter
	60<65	65<70	70<75	75<80	80<85	85 u. älter	
nach SGB XI							
Pflegestufe 1	23.858	33.679	50.582	72.341	94.105	164.090	438.656
Pflegestufe 2	22.631	31.543	43.743	57.280	71.241	159.547	385.987
Pflegestufe 3	6.584	8.688	11.703	14.650	17.374	40.149	99.151
SGB XI gesamt	53.073	73.910	106.028	144.271	182.720	363.786	923.788
nach BSHG (Hilfe z. Pflege)							
erheblicher Pflegebedarf *	1.175	1.089	1.190	1.355	1.242	2.528	8.579
schwerer Pflegebedarf *	838	890	967	1.040	919	2.366	7.020
schwerster Pflegebedarf *	596	519	570	477	485	1.368	4.015
BSHG gesamt	2.609	2.498	2.727	2.872	2.646	6.262	19.614
Pflegebedürftige gesamt	55.682	76.408	108.755	147.143	185.366	370.048	943.402
davon: Anteil der Leistungsempfänger							
nach SGB XI	95,31%	96,73%	97,49%	98,05%	98,57%	98,31%	97,92%
nach BSHG	4,69%	3,27%	2,51%	1,95%	1,43%	1,69%	2,08%

* Die Pflegestufen nach BSHG entsprechen den Pflegestufen 1 bis 3 nach SGB XI (vgl. § 68 (6) BSHG).

Quellen: Statistisches Bundesamt, Sozialleistungen, Fachserie 13, Reihe 2, Sozialhilfe 1998; BMGesundheit, Ambulant versorgte Empfänger von Pflegeleistungen nach dem SGB XI 1998; eigene Berechnung.

Von den Nutzern der Kurzzeit-Pflegeeinrichtungen bezogen 1,1% Leistungen nach dem BSHG zur Finanzierung der Kosten für Pflege. Dieser Prozentsatz repräsentiert nur den Personenkreis, der Hilfe zur Pflege nach den §§ 68 und 69 BSHG erhält. Personen, die Ansprüche auf Leistungen der Pflegeversicherung haben, treten hier nicht als

Empfänger von Sozialhilfe in Erscheinung, obwohl sie durchaus andere Leistungen nach dem BSHG beziehen können (z.B. Hilfe in besonderen Lebenslagen, Hilfe zum Lebensunterhalt).

Der Anteil der ab 60jährigen Pflegebedürftigen, die nicht in Einrichtungen lebten und Hilfe zur Pflege bezogen, betrug 1998 in der Bundesrepublik Deutschland je nach Altersklasse zwischen 4,7 % und 1,4%. Für pflegebedürftige Sozialhilfeempfänger, deren Alterszusammensetzung der Altersverteilung der pflegebedürftigen Nutzer der Kurzzeit-Pflegeeinrichtung entsprächen, ergibt sich ein Anteil von 1,8 % an den ambulant betreuten Pflegebedürftigen. Dieser Bezugswert wird von den Empfängern von Hilfe zur Pflege in der Kurzzeitpflege im Bereich ‚Pflege‘ mit einem Wert von 1,1 % nur geringfügig unterschritten.⁴²

Der Anteil der Empfänger von Hilfe zur Pflege entspricht in der Gesamtheit aller untersuchten Kurzzeit-Pflegeeinrichtungen in etwa dem der Vergleichsgruppe für die Bundesrepublik Deutschland. Eine *Über- oder Unterrepräsentanz* der Nutzer – und damit auch der Nicht-Nutzer der Kurzzeitpflege – ist *nicht festzustellen*.

7.4.2 Unterkunft und Verpflegung sowie Investitionszulagen

Zur Finanzierung der Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung sowie für die Investitionskosten mussten 3,7% der Nutzer Sozialhilfe in Anspruch nehmen (vgl. Abb. 4.10). In den einzelnen Einrichtungen lag die Quote zwischen 0 % und 17 % (vgl. Tabelle 7.2).

42 In den einzelnen Einrichtungen lagen die Anteile zwischen 0 % und 3 %. Wegen der geringen Anzahl der in Frage kommenden Nutzer (11 Fälle) erscheint eine weiterführende Analyse hier als nicht angebracht.

Tabelle 7.2: Anteil der Sozialhilfeempfänger bei der Finanzierung von Unterkunft und Verpflegung sowie der Investitionskostenzuschüsse

Einrichtung	Anteil der Sozialhilfeempfänger an den Nutzern	Anteil der Sozialhilfeempfänger an der Gesamtzahl
1	0,0%	0,0%
2	2,9%	12,5%
3	2,2%	2,5%
5/6	0,0%	0,0%
8	1,9%	5,0%
9	0,7%	2,5%
10	17,1%	62,5%
11	0,0%	0,0%
13	7,7%	5,0%
14	3,3%	5,0%
15	1,0%	5,0%
<u>16</u>	<u>0,0%</u>	<u>0,0%</u>
Fälle gesamt	40	100,0%

Auffallend ist der hohe Anteil von Sozialhilfeempfängern in Einrichtung Nr. 10. Jeder sechste Pflegegast und damit fast zwei Drittel aller ausgewiesenen Sozialhilfeempfänger wurde in dieser Einrichtung betreut. Die Ursachen für diese starke Häufung sind vielschichtig:

- Die Einrichtung liegt in einer Großstadt in einem Gebiet mit einem hohen Anteil sozial schwacher Einwohner;
- pauschale Zuwendungen zur Finanzierung der Investitionszulagen werden in diesem Bundesland nicht gewährt;
- die Einrichtung erhebt das höchste (Netto-)Nutzerentgelt, d.h. die Kostenbelastung für die Nutzer ist am stärksten von allen Einrichtungen, für die entsprechende Daten erhoben wurden (vgl. Tabelle 3.8);
- die örtlichen Bestimmungen sehen vor, dass auf Antrag vom Träger der Sozialhilfe Zuschüsse zur Finanzierung des Kostenanteils für die Investitionen ohne Vermögensprüfung und ohne Heranziehung der Angehörigen gewährt wird;
- in der Einrichtung ist eine sozialpädagogische Fachkraft (teilzeit-) beschäftigt, die für die Aufnahme, Beratung und ggf. Beantragung von Sozialhilfe zuständig ist.

Zwar erklären diese Komponenten nur in ihrer Summe den hohen Anteil von Sozialhilfeempfängern, dennoch ist auffällig, dass in einigen Einrichtungen keine oder nur als Einzelfälle von Sozialhilfeempfängern vorkommen, obwohl auch für sie zumindest eine Teil der aufgelisteten

Charakteristika zutrifft. Dies gilt für die anderen in Großstädten liegenden Einrichtungen (Nr. 8, 15 und 16) ebenso wie für solche in der mittleren und gehobenen Preisklasse (über 40 DM, Nr. 5, 6 und 16). Denn auch wenn wesentliche Kriterien nicht erfüllt waren, weil z.B. sehr niedrigen Kostensätzen (unter 20 DM pro Tag) berechnet wurden (z.B. Nr. 3)⁴³ oder die Einrichtung in einer Kleinstadt liegt (Nr. 13 und 14),⁴⁴ waren die Gäste nicht nur Selbstzahler.

Der Anteil der Bezieher von Sozialhilfe bei den Pflegebedürftigen, die in Privathaushalten leben, beträgt 5,4 % (Schneekloth/Müller 1999). Nimmt man diesen Wert als Bezugsgröße, so sind nur in den Einrichtungen Nr. 10 und Nr. 13 Sozialhilfeempfänger ausreichend vertreten. Da ein Aufenthalt in der Kurzzeitpflege immer mit zusätzlichen Belastungen für die Nutzer oder ihre Angehörigen verbunden ist, müsste der Anteil der Empfänger von Sozialhilfe in der Kurzzeitpflege höher sein als bei der Referenzgruppe, den Pflegebedürftigen in Privathaushalten.

Insofern erscheint die Aussage zulässig, dass *Sozialhilfeempfänger* in den meisten Kurzzeit-Pflegeeinrichtungen *unterrepräsentiert* sind oder, in der Umkehrung, dass Sozialhilfeempfänger relativ häufiger zu den Nicht-Nutzern gehören als Selbstzahler. Wie hoch ein ‚angemessener‘ Anteil von Sozialhilfeempfängern zu sein hätte, lässt sich jedoch im Rahmen dieses Projekts nicht feststellen.

7.5 Zusammenfassende Bewertung

Nicht-Nutzer von Kurzzeit-Pflegeeinrichtungen sind insbesondere in Gebieten zu finden, in denen für ambulant betreute Pflegebedürftige kein angemessenes Angebot an Kurzzeit-Pflegeplätzen zur Verfügung steht. Dies ist vor allem dann gegeben, wenn Kurzzeitpflege überhaupt nicht angeboten wird. Eine nominal ausreichende Zahl von Plätzen ist erst bedarfsgerecht, wenn

- die potentiellen Nutzer die gewünschte Aufenthaltszeit weitgehend selbst bestimmen können (zeitnah),
- die Einrichtung im häuslichen Umfeld (ortsnah) liegt,
- die Zimmer zeitgemäßen Standard (Einzelzimmer) aufweisen und

43 Generell gilt, dass aus der Höhe der Nutzerentgelte nicht auf die Quoten der Sozialhilfeempfänger geschlossen werden kann ($R^2 = 0,18$; nicht signifikant).

44 Die Kleinstadt weist allerdings erhebliche soziale Probleme auf, die Arbeitslosenquote liegt bei über 30 % (nachrichtlich von einer Einrichtungsleitung).

- die Kostenbelastung nicht dazu führt, dass bereits Nutzer mit durchschnittlichem Einkommen (vorübergehend) Sozialhilfeempfänger werden.

Aber auch wenn das Angebot im hier dargestellten Sinn als ausreichend anzusehen wäre, können Defizite dann vorhanden sein, wenn aus der Zielgruppe ‚ambulant betreute Pflegebedürftige‘ einzelne Gruppierungen nicht angemessen vertreten sind. Dies wurde für folgende Teilbereiche untersucht:

Tabelle 7.3: Repräsentanz verschiedener Gruppierungen bei den Nutzern der Kurzzeit-Pflegeeinrichtungen

Beurteilungskriterium	Vergleichsgröße	In den Kurzzeit-Pflegeeinrichtungen waren	
		überrepräsentiert	unterrepräsentiert
Alter der Nutzer	Altersverteilung ambulant betreuter Pflegebedürftiger in der Bundesrepublik Deutschland	Altersgruppe ab 80 Jahre	Altersgruppe unter 75 Jahre
Geschlecht	altersspezifische Geschlechterverteilung in der Bundesrepublik Deutschland	im Mittel keine; in einzelnen Einrichtungen geschlechtsspezifische Unter/Überrepräsentanz	
Pflegestufen	Verteilung der Stufen der Pflegebedürftigkeit ambulant betreuter Pflegebedürftiger in der Bundesrepublik Deutschland	im Mittel aller Einrichtungen Pflegestufe 2 und 3	im Mittel aller Einrichtungen Pflegestufe 1
		in einzelnen Einrichtungen Unter-/Überrepräsentanz aller Pflegestufen	
Sozialhilfeempfänger - Bereich Pflege	altersspezifische Verteilung der Empfänger von Hilfe zur Pflege in der Bundesrepublik Deutschland	keine festgestellt	
Sozialhilfeempfänger - Bereich Unterkunft/ Verpflegung und Investitionszulagen	Quoten in den einzelnen Einrichtungen	Einrichtung Nr. 10	in Einrichtungen mit geringen oder fehlenden Anteilen von Sozialhilfeempfängern

Den in den Einrichtungen unterrepräsentierten Nutzergruppen entsprechen bei den Nicht-Nutzern zu Hause lebende pflegebedürftige Personen, die Kurzzeitpflege relativ wenig in Anspruch nehmen.

Dies ist nicht zwingend mit schlechter Bedarfsdeckung gleichzusetzen. So kann die häusliche Versorgungssituation jüngerer Pflegebedürftiger ebenso wie bei den in Pflegestufe 1 eingestuftten besser als die der ab 85jährigen bzw. der Pflegebedürftigen höherer Pflegestufen sein. Entsprechend geringer wäre dann die Nachfrage dieser Gruppen, eine Diskriminierung fände nicht statt. Dies erscheint insofern plausibel, als

andere – negative – Interpretationen, wie beispielsweise selektive Belegungspolitik der Einrichtungen, auf Nachfragen nicht bestätigt wurden.

Ein positiver Erklärungsansatz dafür, dass Sozialhilfeempfänger nicht oder nur sehr selten aufgenommen wurden, wäre eine entsprechend ‚gehobene‘ Einkommensstruktur und damit geringer Sozialhilfebedarf in der Region. Eher scheinen aber Schwellenängste oder Informationsdefizite bei den Infragekommenden für die geringe Inanspruchnahme ursächlich zu sein. Obwohl diese Hemmnisse durch entsprechende Beratung und Hilfen abzubauen wären, dürften noch in vielen Fällen Defizite zu bestehen, da die Möglichkeit, seitens der Einrichtungen oder einrichtungsübergreifend entsprechende Beratung nicht nur passiv, sondern aktiv intervenierend anzubieten, auf Grund der Personalausstattung häufig nicht gegeben ist. Dies verwundert insofern, als Beratung in den verschiedenen Sozialgesetzen zwingend vorgeschrieben ist (§8 (2) BSHG; §14 SGB I; §7 (2) SGB XI) und ‚Vernetzung‘ in den Landesgesetzen und -verordnungen als Teilziel bei der Schaffung entsprechender Pflegeinfrastruktur hervorgehoben wird (vgl. Abschnitt 2.3). Die Umsetzung dieser Vorgaben scheint aber vor Ort noch nicht so erfolgt zu sein, dass auch alle potentiellen Nutzer ihren rechtlichen Anspruch darauf (§ 93 BSHG) realisieren können.⁴⁵ Es ist zu befürchten, dass diese Defizite solange bestehen bleiben, wie die Finanzierung diesbezüglicher Beratung nicht gesichert ist (vgl. Hartmann u.a., Seniorenberatung in NRW 1999).

45 Dort, wo zunächst in der Anlaufphase der Kurzzeitpflege eine volle Stelle für die Beratung finanziert wurde (Einrichtung Nr. 10), ist diese Stelle inzwischen wegen fehlender Kostenübernahme der Pflegekassen halbiert worden. Es steht zu befürchten, dass die erzielten Erfolge, die sich u.a. in Form einer hohen Quote von Sozialhilfeempfängern bei den Nutzern niederschlugen, zukünftig nicht mehr erreichbar sein werden.

8 Anmerkungen zur Bestimmung des regionalen Bedarfs an Kurzzeit-Pflegeplätzen

Zur Ermittlung der erforderlichen Kurzzeit-Pflegeplätze für eine Region (X Plätze pro Y Einwohner der Kategorie Z) wurden bisher zwei Verfahren verwendet, nämlich die normative Vorgabe in Form von Richt- oder Anhaltswerten auf Grund von Erfahrungswerten (z.B. Rheinland Pfalz: § 13 LpflgeHGDVO) oder die Ableitung des Bedarfs aus spezifischen Daten der Kurzzeitpflege früherer Perioden (Häberle 1992; Bergstermann u.a. 1998). Beide Verfahren orientieren sich an Bedingungen, die vor dem Inkrafttreten des SGB X galten.⁴⁶ Da sich aber mit der Einführung des SGB XI die Rahmenbedingungen für vollstationäre Pflegeeinrichtungen in der Bundesrepublik Deutschland und damit auch die Bezugsgrößen, auf die sich die Bestimmungsverfahren stützen, sehr stark verändert haben, enthalten sie notwendigerweise bereits in den Grundannahmen erhebliche Verzerrungen.⁴⁷

Obwohl die Notwendigkeit des Vorhalts eines quantitativ und qualitativ ausreichenden Angebots von Kurzzeit-Pflegeplätzen allgemein anerkannt ist, differieren die Vorstellungen darüber, was als ‚angemessen‘ anzusehen ist erheblich. Allein schon die Feststellung des aktuellen Versorgungsstandes mit Plätzen bereitet (verständlicherweise, vgl. Abschnitte 3.1.3 und 5.2) erhebliche Schwierigkeiten, da sich die Zahlenangaben je nach Quelle erheblich unterscheiden. Dies gilt sowohl für die Zahl der Einrichtungen als auch für die Zahl der Plätze.⁴⁸ Deshalb werden z.B. im Pflegerahmenplan für Niedersachsen (Mai 2000, S. 102) in Bezug auf die vorhandenen Plätze „keine Verhältnisse zur Einwohnerzahl oder zur Zahl der Hochaltrigen hergestellt, um Missdeutungen bezüglich des Versorgungsstandes ... zu vermeiden.“

Da sich schon die Bestandsaufnahme der Kurzzeitpflege schwierig gestaltet, ist davon auszugehen, dass die Festlegung von Bedarfsricht-

46 Nach Häberle waren 1991 die Pflegebedürftigen der oberen beiden Stufen die hauptsächlichsten Nutzer der Kurzzeitpflege; Bergstermann u.a. berufen sich darauf. Nach unserer Untersuchung gehören lediglich 49 % der Kurzzeitpflegenutzer den oberen Pflegestufen (2 und 3) an, dementsprechend sind den Stufen 0 und 1 51 % zugehörig.

47 Dies gilt nicht nur für die Art der Finanzierung, sondern auch – und vor allem – in Bezug auf die inhaltliche Neugestaltung, so wurden z.B. die Pflegestufen erstmalig für die gesamte Bundesrepublik Deutschland einheitlich festgelegt.

48 Bundesrepublik Deutschland: Länderumfrage (Januar 1997) 1.862 Kurzzeit-Pflegeeinrichtungen; Verband der Angestelltenkrankenkassen (September 1997): 4.364 Kurzzeit-Pflegeeinrichtungen (1. Pflegebericht, BMA 1998); Niedersachsen: Heimaufsichtsbehörde (31.7.1997) 150 Kurzzeit-Pflegeeinrichtungen mit 950 Plätzen; Landesorganisation der Pflegekassen (19.4.1999) 370 Kurzzeit-Pflegeeinrichtungen mit ca. 2.000 Plätzen – trotz „zwischenzeitlicher Abnahme an Einrichtungen und Plätzen“ (Pflegeplan Niedersachsen 2000, S. 103).

werten noch größere Probleme bereitet. Insofern ist nicht verwunderlich, dass es in den meisten Bundesländern keine verbindlichen Vorgabewerte gibt. Richtwerte – soweit sie in den Untersuchungsregionen vorhanden waren – wurden nur unter Vorbehalt benannt und als ‚vorläufig‘ gekennzeichnet. Für den Richtwert des Freistaates Sachsen gilt darüber hinaus (Bewertungskriterien für Investitionen Juli 1998), dass er wegen regionaler Unterschiede „nach dem tatsächlichen Bedarf nach oben oder unten korrigiert werden“ soll. Für Brandenburg wird zwar ein fester Wert „übernommen“, gleichzeitig wird aber beklagt, dass „die Bedarfsbestimmung für Angebote der Kurzzeitpflege für alte Menschen noch nicht das fachliche Niveau der Bedarfsbestimmung für APH-Plätze erreicht“ hat (Amtsblatt für Brandenburg, Dezember 1999, S. 1239).

8.1 Einflussgrößen des Bedarfs

Hier soll nunmehr der Versuch unternommen werden, ausschließlich aus Daten bzw. Bedingungen, die *nach* dem Inkrafttreten des SGB XI gewonnen wurden bzw. galten, ein Verfahren zur Abschätzung des Bedarfs zu entwickeln. Auch dabei bleiben – dies entspricht dem Wesen von Schätzungen – erhebliche Unsicherheiten bestehen. Um diese zu verringern, wird nicht von einem festen Richtwert, sondern von einem Minimal- und einem Maximalwert ausgegangen. Dabei entspricht der Minimalwert der eher vorsichtigen Einschätzung des Bedarfs, wie er bei der Neueinrichtung von Kurzzeitpflege angemessen sein dürfte. Der Maximalwert stellt die optimistische Prognose dar, nämlich eine von den Betroffenen angenommene Kurzzeit-Pflegeeinrichtung.

Formal lässt sich der Bedarf an Kurzzeit-Pflegeplätzen dadurch berechnen, dass man die Anzahl der potentiellen Nutzer durch die Anzahl der Personen dividiert, die mit einem Pflegeplatz pro Jahr versorgt werden können:

Bedarf an Kurzzeit-Pflegeplätzen =	Anzahl Nutzer (Personen) ----- Anzahl Personen pro Pflegeplatz
-------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------

8.1.1 Nutzer pro Pflegeplatz

Die ‚Anzahl Personen pro Pflegeplatz‘ kann nach folgendem Rechenchema ermittelt werden:

Tabelle 8.1: Berechnungsschema für die ‚Anzahl Personen pro Pflegeplatz‘

Rechenschema	Berechnungs- beispiel (Basis: Mittelwerte der Einrichtungen)
Tage pro Jahr	365
: mittlere Aufenthaltsdauer (Tage)	: <u>22,4</u>
maximale Anzahl von Nutzern pro Jahr	16,3
: mittlere Häufigkeit der Inanspruchnahme	: <u>1,48</u>
maximale Anzahl von Personen pro Jahr	11,0
x erreichbare Auslastung (%)	x <u>0,75</u>
Anzahl Personen pro Kurzzeit-Pflegeplatz	<u>8,25</u>

Dieses Rechenschema besteht aus folgenden Einzelschritten:

- Die Anzahl der **Nutzer** (im Sinn von Fällen) eines Kurzzeit-Pflegeplatzes pro Jahr ergibt sich aus der Division der Jahrestage durch die mittlere Aufenthaltsdauer (vgl. Abschnitt 4.3) der Gäste (= 16,3 Nutzer).
- Für die Anzahl der **Personen**, die pro Jahr im Höchstfall (bei 100 %iger Auslastung) einen Platz belegen können, ist die Zahl der Nutzer durch die mittlere Häufigkeit (vgl. Abschnitt 4.4) der Inanspruchnahme zu dividieren (= 11,0 Personen).
- Um die **tatsächliche Anzahl der Personen** zu ermitteln, die pro Jahr einen Platz nutzen können, ist zu berücksichtigen, dass die Belegung eines Platzes in der Kurzzeitpflege nicht permanent möglich ist (Problem der Pufferung). Die Einbeziehung der Nicht-Nutzung des Platzes (vgl. Abschnitt 5) erfolgt über die Multiplikation mit dem Quotienten der Auslastung (= 8,25 Personen bei 75 %iger Belegung).

Bei der Bewertung des Ergebnisses der Beispielsrechnung ist zu beachten, dass für die Aufenthaltsdauer die Mittelwerte der Gesamtheit der hier untersuchten Einrichtungen und für die Auslastung die Quote einer eigenständigen Kurzzeit-Pflegeabteilung verwendet wurde. Im Einzelfall kann das Ergebnis aber erheblich vom berechneten Durchschnittswert abweichen:

Tabelle 8.2: Anzahl Personen, die pro Kurzzeit-Pflegeplatz in einem Jahr betreut werden kann (nach Einrichtung bei 100%iger Belegung)

Einrichtung Nr.	Mittlere Aufenthaltsdauer	Häufigkeit der Inanspruchnahme	Personen pro Einrichtung/Platz
9	19,7	2,2	8,4
11	19,5	1,9	9,9
8	30,6	1,2	9,9
1	23,1	1,5	10,5
10	27,4	1,2	11,6
6	21,4	1,4	12,2
15	22,9	1,3	12,3
2	18,6	1,6	12,3
14	23,5	1,3	12,4
16	21,6	1,3	13,0
3	17,8	1,6	13,2
13	17,5	1,3	16,0
Mittelwert	22,4	1,5	11,0

Die Auslastungsquote ist wiederum von der Organisationsform der Einrichtung abhängig:

- Bei eingestreuten Plätzen ohne festes Platzkontingent ist von der Belegung des Langzeit-Pflegeheims auszugehen (95 % bis 98 %),
- für eigenständige Abteilungen ohne Reserveplätze dürften 75 % bis 80 % den Höchstwert der erreichbaren Belegungsquote darstellen,
- in Mischformen sind dazwischen liegende Werte realistisch, in Einzelfällen können o.g. Grenzwerte über- bzw. unterschritten werden (vgl. Abschnitt 5).

Trotz aller Abweichungen kann als verallgemeinerungsfähiges (Teil-) Ergebnis festgehalten werden:

In einer Kurzzeit-Pflegeeinrichtung mit einer Kapazität von zehn (festen) Plätzen können im Mittel 85 Personen pro Jahr betreut werden.

8.1.2 Zahl der Nutzer

Potentielle Nutzer von Kurzzeit-Pflegeeinrichtungen sind

- alle Pflegebedürftigen nach den Vorgaben des § 14 SGB XI bzw. den §§ 68 und 69 BSHG, die ambulant betreut werden;
- pflegebedürftige kranke oder behinderte Personen, die auf Grund der voraussichtlichen Dauer der Pflegebedürftigkeit von weniger als sechs Monaten *nicht* Leistungsempfänger nach SGB XI (§ 14 (1)) sind und ggf. nach anderen Rechtsbestimmungen (z.B. Empfänger von häuslicher Krankenpflege nach § 37 SGBV⁴⁹) Leistungen erhalten;
- Hilfebedürftige, die bei Abwesenheit der sie versorgenden Person sich selbst nicht versorgen können.

Die Anzahl der Personen, die Kurzzeitpflege in Anspruch nehmen, aus der Anzahl potentieller Nutzer ableiten zu wollen, würde – auch wenn diese Zahl bekannt wäre (ist sie nicht) – die Kenntnis entsprechender Verhaltensweisen der in Frage kommenden Menschen oder von Indikatoren voraussetzen, die diese repräsentieren. Dies ist beim gegenwärtigen Stand der Erkenntnis (noch?) nicht möglich.

Zur Bestimmung der in Frage kommenden Nutzer von Kurzzeitpflege wird daher ein pragmatischer Ansatz gewählt. Ausgangspunkt ist die Zahl der Nutzer der Kurzzeitpflege, wie sie von uns in einzelnen Regionen festgestellt wurde. Da die Bezugsgröße ‚Personen‘ sind, wurde die Zahl der Nutzer (Fälle) durch die Häufigkeit der Inanspruchnahme dividiert.

Die so ermittelte Personenzahl wurde zur Vergleichbarkeit der verschiedenen Werte durch die dort wohnende Bevölkerung, die mindestens 80 Jahre alt ist und nicht in Heimen wohnt, dividiert. Der Bezug nur auf diese und nur eine Altersklasse liegt in der schwierigen kleinräumigen Datenlage begründet: Die Anzahl der ambulant betreuten Pflegebedürftigen war nicht, die Altersverteilung der Hochbetagten nur zum Teil bekannt. Der Bezug auf die ab 80jährigen erfolgte wegen der entsprechenden Altersverteilung der Nutzer der Kurzzeitpflege: 72 % aller Nutzer gehören dieser Altersklasse an.⁵⁰ Die ‚Ausgrenzung‘ der Heim-

49 Leistungen der häuslichen Krankenpflege dürfen jedoch nur verordnet werden, wenn sie „im Haushalt des Versicherten oder seiner Familie erbracht werden. Für die Zeiten des teil- oder vollstationären Aufenthalts in ... Pflegeheimen kann häusliche Krankenpflege nicht verordnet werden. Voraussetzung ist ferner (für die Gewährung häuslicher Krankenpflege, A.d.V.), dass der Versicherte keine Leistungen der Pflegeversicherung bezieht.“ (Richtlinien häusliche Krankenpflege v. 2.2.2000, Pkte. I 3 und 5; II 8)

50 Mit abnehmendem Alter nimmt zwar der erfasste Anteil der Nutzer der Kurzzeitpflege zu, da aber der Anteil der Nicht-Nutzer sich noch schneller vergrößert, nimmt die Genauigkeit ab.

bewohner liegt darin begründet, dass sie in der Regel als Nutzer von Kurzzeitpflege nicht in Frage kommen. Würden sie in die Berechnung einbezogen, würde das Nachfragerpotential als zu hoch, die erreichte Bedarfsdeckung (Nutzerquote) als zu niedrig ausgewiesen. Dies macht sich vor allem in Regionen mit einer starken Konzentration von Altenpflegeeinrichtungen bemerkbar, wie sie beispielsweise in der Stadt Kassel, Ortsteil Wilhelmshöhe, anzutreffen ist (vgl. Abb. 2.1). Dort lag im Januar 2000 der Anteil der ab 80jährigen bei 11 % (!). Bereinigt um die in Heimen lebenden Personen dieser Altersgruppe⁵¹ ergibt sich ein Anteil von noch 3,6%. Dieser Wert entspricht in etwa dem mittleren Anteil der ab 80jährigen an der Bevölkerung der Bundesrepublik Deutschland (vgl. Tabelle 2.6).

Das Ergebnis – die Nutzerquote – ist ein Prozentwert, der den Anteil der Nutzer der Kurzzeitpflege an der Bevölkerung ausweist, die das 80. Lebensjahr vollendet hat.

$\text{Nutzerquote (\%)} = \frac{\text{Nutzer der Kurzzeitpflege der Region (Personen)}}{\text{Bevölkerung, die 80 Jahre und älter ist}}$

In der Umkehrung bedeutet dies, dass dann, wenn die Nutzerquote bekannt ist, die Zahl der Nutzer der Kurzzeitpflege berechnet werden kann.

Da die Nutzerquote eine Vielzahl von Werten zwischen 0 % (keine Inanspruchnahme der Kurzzeitpflege in dieser Region) und einem unbekanntem Höchstwert betragen kann, sind für die Abschätzung realistische Eckwerte einzusetzen. Als Höchstwert bietet sich zunächst die höchste in einer Region bereits erreichte Quote an. Den unteren Grenzwert bildet ein Wert, der im Umfeld von Kurzzeit-Pflegeeinrichtungen häufig erreicht wurde.

Die Nutzerquote stellt die zentrale Bestimmungsgröße für den Bedarf an Kurzzeit-Pflegeplätzen dar!

8.2 Nutzerquoten ausgewählter Regionen

Zur differenzierten Darstellung der Nutzerquoten wurden zum einen die Regionen ‚Landkreis Plön/Stadt Kiel‘ herangezogen, weil dieses Gebiet sowohl für städtische als auch ländliche Regionen exemplarisch ist,

⁵¹ Der Anteil der Heimbewohner, die mindestens 80 Jahre alt sind, beträgt nach einer Untersuchung von Schneekloth (1998) 67 %.

zum anderen die großstädtische Region ‚Stadt Dresden‘. Weitere Auswahlkriterien waren, dass die erforderlichen demografischen Daten für diese Gebiete (fast) vollständig vorliegen, mehrere Kurzzeit-Pflegeeinrichtungen in der Region tätig sind und sich eine Region in den alten, eine in den neuen Ländern befindet.

Tabelle 8.3: Berechnungsschema für die Nutzerquote in einer Region in Bezug auf die nicht in Heimen lebende Bevölkerung 80 Jahre und älter

	:	Nutzer (Fälle) von Kurzzeitpflege einer Region pro Jahr
		Mittler Häufigkeit der Inanspruchnahme
Personen, die pro Jahr die Kurzzeitpflege nutzen		
	./.	Bevölkerung einer Region 80 Jahre und älter
		Pflegeheimbewohner 80 Jahre und älter
:	Potentielle Nutzer dieser Altersgruppe	
Nutzerquote x 100		
Nutzerquote (%)		

Die Referenzregionen wiesen folgende Ergebnisse auf (vgl. Tabelle 8.4):

Die höchste Nutzerquote in der Region Landkreis Plön/Stadt Kiel wurde für den Bezirk Schönkirchen (PLZ 24232), dem Standort der Kurzzeit-Pflegeeinrichtung Nr. 2, mit 6 % ermittelt. Dieser Prozentsatz war auch der höchste festgestellte Wert aller untersuchten Bezirke. In dieser Region, einem geografisch zusammenhängenden Gebiet mit insgesamt 126.000 Einwohnern und 5.700 nicht in Heimen lebenden Personen, die 80 Jahre und älter sind, wurden während eines Jahres in den untersuchten drei Einrichtungen insgesamt 88 Personen in der Kurzzeitpflege betreut. Dies entspricht einer mittleren Nutzerquote von 2,5 % Andere Kurzzeit-Pflegeeinrichtungen waren nach Angaben der Betreiber in diesem Gebiet nicht tätig.

Tabelle 8.4: Quoten der Nutzer (Personen) von Kurzzeitpflege bezogen auf die nicht in Heimen lebende Bevölkerung 80 Jahre und älter

PLZ	den PLZ zugeordnete Regionen bzw. Bezirke	geografische Lage	Einwohner gesamt	davon: 80 Jahre und älter (nicht in Heimen lebend)	Anteil an der Bevölk.	Nutzer Kurzzeit- pflege Personen	Nutzer- quote an der Bevölk. 80 Jahre und älter
Region Landkreis Plön/							
Stadt Kiel							
24232	Schönkirchen	Lkr. Plön	7.547	271	3,6%	16	6,0%
24217	Schönberg	Lkr. Plön	5.389	180	3,3%	7	3,7%
24149	Neumühlen/Diedrichsdorf	Stadt Kiel	12.238	424	3,5%	11	2,6%
24235	Laboe/Probstei -N (Wentdorf u.a.)	Lkr. Plön	7.815	492	6,3%	11	2,2%
24226	Heikendorf	Lkr. Plön	8.016	435	5,4%	9	2,1%
24211/5 0	Preetz/Preetz-Land	Lkr. Plön	10.406	407	3,9%	7	1,8%
24146	Elmschenhagen-Süd	Stadt Kiel	11.013	380	3,4%	5	1,3%
24148	Ellerbek/Wellingsdorf	Stadt Kiel	13.608	820	6,0%	9	1,1%
24147	Klausdorf/KIEL-Elmschenhagen-N.	Ldkr. Plön/Kiel	12.856	389	3,0%	4	1,1%
24113	Hassee	Stadt Kiel	17.337	765	4,4%	5	0,6%
24105	Brunswik/Düsterbrok/Blücherplatz	<u>Stadt Kiel</u>	<u>19.624</u>	<u>1.222</u>	<u>6,2%</u>	<u>4</u>	<u>0,3%</u>
		Summe	125.849	5.785	4,6%	88	2,5%
Region Stadt Dresden							
01069	Altstadt	Stadt Dresden	23.776	634	2,7%	12	1,9%
01067	Altstadt	Stadt Dresden	11.646	546	4,7%	1	0,3%
01129	Pieschen	Stadt Dresden	15.863	765	4,8%	34	4,4%
01127	Pieschen	Stadt Dresden	10.745	378	3,5%	10	2,6%
01139	Mickten/Kadiz	Stadt Dresden	14.858	583	3,9%	16	2,7%
01277	Striesen O./Blasewitz/ Gruna/Seidn.	<u>Stadt Dres- den</u>	<u>28.022</u>	<u>955</u>	<u>3,4%</u>	<u>10</u>	<u>1,0%</u>
		Summe	104.910	3.862	3,7%	82	2,1%

In der Stadt Dresden betrug die höchste gemessene Nutzerquote 4,4 % im PLZ-Bezirk 01129, einem Teilbezirk des Stadtteils Pieschen. Die tatsächliche Nutzerquote lag dort aber sicherlich erheblich höher, da für diesen Bezirk neben den bereits erfassten 10 Kurzzeit-Pflegeplätzen noch weitere 12 Plätze eines anderen Anbieters in diesem Bezirk ausgewiesen sind. Im Nachbarbezirk (PLZ 01127) lag die Nutzerquote bei

2,6 %, auch dort ist eine Kurzzeit-Pflegeeinrichtung (9 Plätze) tätig (vgl. Tabelle 8.5).

Tabelle 8.5: Bestand und Planung von Pflegeplätzen in stationären Einrichtungen in der Stadt Dresden

PLZ-Berzirk	Ortsamtsbezirk	Plätze (Stand: I. Quartal 2000)			Plätze (Planung 2010)		
		Langzeit-Pflege	Kurzzeit-Pflege	Tages-Pflege	Langzeit-Pflege	Kurzzeit-Pflege	Tages-Pflege
01067	Altstadt	416	16	0	314	22	36
01069	Altstadt	275	0	0	96	0	0
01097	Neustadt	0	0	27	0	0	12
01099	Neustadt	191	0	0	66	0	0
01109	Klotzsche	112	0	0	80	0	24
01127	Pieschen	0	9	0	k.A.	k.A.	k.A.
01129	Pieschen	0	22	12	70	10	12
01159	Cotta/Altstadt	312	18	0	234	6	22
01169	Cotta	583	16	15	447	10	15
01187	Plauen	68	4	12	68	4	12
01217	Prohlis	95	5	0	0	0	12
01219	Prohlis/Altstadt	106	10	0	0	0	0
01239	Prohlis	280	15	16	220	15	16
01259	Leuben	257	0	0	240	17	12
01277	Blasewitz	38	14	27	0	0	12
01279	Leuben	0	0	12	0	0	12
01307	Altstadt/ Blasewitz	236	49	12	230	10	12
01324	Loschwitz	36	0	0	70	0	12
01326	Loschwitz	89	0	0	146	10	12
01462	Cotta	0	0	0	60	0	0
01465	Klotzsche	62	0	0	62	0	0
01474	Loschwitz	21	0	0	k.A.	k.A.	k.A.
01723	außerhalb Dresdens	0	0	0	20	0	0
<u>01728</u>	<u>außerhalb Dresdens</u>	<u>60</u>	<u>0</u>	<u>0</u>	<u>60</u>	<u>0</u>	<u>0</u>
	Dresden gesamt	3.237	178	133	2.483	104	233

Quelle: Sozialamt Stadt Dresden, Januar 2000

In den anderen untersuchten Regionen ergaben sich folgende Nutzerquoten:

- Im Nahbereich der Kurzzeit-Pflegeeinrichtung in **Kassel** zwischen 2,2% und 4,8%, für das gesamt Stadtgebiet lag der Anteil bei 1,5 %.

- Für **Hamburg** wurde – trotz breitester Streuung der Wohnbezirke der Nutzer (größtes Einzugsgebietes aller Einrichtungen, vgl. Abschnitt 6.1) – für den Nahbereich der Einrichtung zwischen 2,0 % und 2,5% ermittelt.
- In **München** lagen die Quoten, bedingt durch die vermutlich auf Sondereinflüsse zurückzuführende geringe lokale Konzentration der Nutzer (vgl. Abschnitt 6.2), unter einem Prozent.
- Für die anderen Regionen sind wegen besonderer Umstände bei der Nutzung der Kurzzeitpflege bzw. fehlender kleinräumig differenzierter Daten keine Aussagen möglich.

Aus diesen Rahmendaten lassen sich nunmehr die Eckwerte der Nutzerquoten und damit für den Bedarf an Kurzzeit-Pflegeplätzen festlegen. Als (vorläufige) Obergrenze der erreichbaren Nutzung kann der hier ermittelt höchste Wert von 6,0 % eingesetzt werden, als realistischer unterer Grenzwert erscheint eine Quote von 2,0 % als angemessen, da dieser Wert im Umfeld der meisten Kurzzeit-Pflegeeinrichtungen erreicht bzw. überschritten wurde. Mit anderen Worten ausgedrückt:

Die Anzahl der potentiellen Nutzer von Kurzzeitpflege beträgt zwischen 2 % und 6 % der Einwohner einer Region, die 80 Jahre oder älter sind und nicht in Heimen leben.

8.3 Bedarf an Kurzzeit-Pflegeplätzen

Aus den Eckwerten für die potentiellen Nutzer und der Personenzahl, die pro Pflegeplatz betreut werden kann, lässt sich nunmehr nach der in Abschnitt 8.1 dargestellten Formel der Bedarf an Kurzzeit-Pflegeplätzen ableiten.

$$\text{Bedarf an Kurzzeitpflegeeinrichtungen} = \frac{(\text{Einwohner 80 Jahre und älter}) \times \text{Nutzerquote}(0,02 \text{ bis } 0,06)}{85 \text{ Nutzer (pro Einrichtung mit 10 Plätzen)}}$$

Die Bedarfsermittlung auf der Grundlage der minimalen Nutzerquote stellt den Einstiegswert dar, d.h. dass die danach ermittelte Anzahl von Kurzzeit-Pflegeeinrichtungen geeignet ist, in der Anfangsphase des Aufbaus eines flächendeckenden Angebots an Kurzzeitpflege bedarfsgerecht zu sein. Mit steigendem Bekanntheitsgrad von Kurzzeitpflege und entsprechender Akzeptanz bei den Nutzern und ihren Angehörigen, aber auch den (potentiellen) Kostenträgern, könnte dann der Ausbau in Richtung des Maximalwertes erfolgen. Der Bezugswert ‚Einrichtung mit 10 Plätzen‘ und damit 85 Nutzern pro Jahr stellt die anerkannte Untergrenze für wirtschaftlich zu führende eigenständige Abteilungen sowohl

in der Langzeit- als auch Kurzzeitpflege dar (Lenz (KDA) 1987, Häberle 1992, Hartmann u.a. 1994). Die Erweiterung auf 12 Plätze (Mindestkapazität für Thüringen, § 11 (1) ThürAG PflegeVG) könnte bei Bedarf zu einem späteren Zeitpunkt oder in Form variabler Plätze erfolgen (vgl. Abschnitt 5.3.3). Es sei nochmals darauf hingewiesen, dass es sich bei den hier vorgestellten Bedarfswerten nur um *Anhaltswerte*, nicht aber um wertgenaue Empfehlungen handeln kann, da die notwendigerweise zu treffenden Annahmen keine exakte Festlegung auf einzelne Werte zulassen.

Für die von uns untersuchten Regionen ergibt sich nachfolgender Mindest- bzw. Höchstbedarf an Kurzzeit-Pflegeeinrichtungen mit je 10 Plätzen (vgl. Tabelle 8.6):

Tabelle 8.6: Erforderliche Anzahl an Kurzzeit-Pflegeeinrichtungen mit 10 Plätzen in den untersuchten Regionen

Bundesland	Region	Einwohner 80 Jahre und älter *		Potentielle Nutzer v. Kurzzeitpflege		Nutzer je Kurzzeit-Pflegeeinrichtung mit 10 Pl.	Erforderliche Anzahl an Kurzzeit-Pflegeeinrichtungen mit 10 Plätzen	
		Personen	Gesamtbevölker.	Min. 2,00%	Max. 6,00%		Min.	Max.
Bayern	München	51.178	3,87%	1.024	3.071	85	12	36
Brandenburg	Brandenburg/Bdb.	2.852	3,46%	57	171	85	1	2
Hamburg	Hamburg	72.517	4,28%	1.450	4.351	85	17	51
Hessen	Kassel	9.117	5,05%	182	547	85	2	6
Niedersachsen	Landkr. Uelzen	4.631	4,78%	93	278	85	1	3
Sachsen	Dresden	19.627	4,16%	393	1.178	85	5	14
Schleswig-Holstein	Kiel	10.682	3,75%	214	641	85	3	8
Schleswig-Holstein	Landkr. Plön	4.910	4,64%	98	295	85	1	3
Thüringen	Kyffhäuserkreis	2.841	2,96%	57	170	85	1	2

* einschließlich der Heimbewohner, die 80 Jahre oder älter sind

Entsprechend der großen Zahl Hochbetagter ergibt sich für die Großstädte ein Mindestbedarf von 5 (Dresden), 12 (München) und 17 (Hamburg) Einrichtungen, so dass dort der Forderung nach Ortsnähe sicherlich genügt werden kann. Diesem Prinzip würde auch noch entsprochen, wenn die in Heimen lebenden Pflegebedürftigen, die 80 Jahre oder älter sind, in die Berechnung einbezogen⁵² oder die Einrichtungen mit 12 Plätzen konzipiert würden und dadurch einzelne Einrichtungen nicht

52 Die Einbeziehung wurde unterlassen, da für die ab 80jährigen Heimbewohner in fast allen Regionen Daten fehlen.

erforderlich wären. Auch für Gebiete mit regional übergreifender Ausrichtung der Einrichtungen, wie sie beispielsweise im Landkreis Plön im Randbereich der Stadt Kiel praktiziert wird, ist sehr wohl – wie auch in Kassel mit zwei Einrichtungen – ausreichende Wohnortnähe zu erzielen. Ob nur eine Einrichtung für Brandenburg/Havel diesem Kriterium genügt, kann hier nicht beurteilt werden.

Eindeutig nicht ausreichend im Sinn eines ortsnahen Angebots von Kurzzeitpflege dürfte die rechnerische Bedarfsgerechtigkeit von nur einer Einrichtung für einen gesamten Landkreis wie Uelzen oder den Kyffhäuserkreis sein. Hier widersprechen sich die Prinzipien ‚inhaltliche konzeptionelle Eigenständigkeit‘ und ‚Wirtschaftlichkeit‘, wonach für eine eigenständige Abteilung mindesten 10 Plätze erforderlich sind, und die auch von den Nutzern gewünschte ‚Ortsnähe‘. **Für diese Gebiete – und dies gilt wahrscheinlich für die meisten ländlichen Regionen – wäre als Kompromiss denkbar, statt einer zentralen Einrichtung kleinere Platzkontingente in Langzeit-Pflegeheimen in unterschiedlichen Gemeinden zur Verfügung zu stellen. Bedingung wäre allerdings, dass diese Plätze ausschließlich für die Kurzzeitpflege vorgehalten und auch hierfür – abweichend von eventuell bestehenden Förderrichtlinien (z.B. Thüringen) – entsprechende Investitionszuschüsse bewilligt und besondere Pflegesätze festgelegt werden, die höher als die für die Langzeitpflege zu sein hätten.** Für (groß-) städtische Regionen und ihre Randbezirke besteht allerdings kein Grund, vom Prinzip der eigenständigen Abteilung mit mindestens zehn Plätzen abzuweichen.

8.4 Ergebnisvergleich verschiedener Bedarfsbestimmungsverfahren

Zur Ermittlung der Bedarfsanhaltswerte war eine Vielzahl von Annahmen und Abschätzungen erforderlich. Deshalb soll nachfolgend versucht werden, den Stellenwert des Ergebnisses anhand eines Vergleichs mit den verschiedenen Verfahren (vgl. Tabelle 8.7) zur Bedarfsbestimmung von Kurzzeit-Pflegeplätzen anhand konkreter Bedarfsprognosen für einzelne Regionen zu ermitteln:

Tabelle 8.7: Verfahren zur Bestimmung des Bedarfs an Kurzzeit-Pflegeplätzen

Verfahren in	Bezugsgruppe ist die Bevölkerung	davon ein Anteilswert von	Faktor
Rheinland-Pfalz	65 Jahre und älter	0,20 %	---
Brandenburg	65 Jahre und älter	0,30 %	---
Sachsen	75 Jahre und älter	0,09%	---
Verfahrensvorschläge			
Bergstermann u.a. für Nordrhein-Westfalen	ambulant betreute Pflegebedürftige der Pflegestufen II und III		x mittlere Aufenthaltsdauer in der Kurzzeitpflege (nach Häberle 22,14 Tage) : 365 Tage pro Jahr : erwartete Auslastung (85 %)
Häberle	75 Jahre und älter	0,20%	---
Hartmann	80 Jahre und älter	2 – 6 %	: mittlere Personenzahl pro Pflegeplatz in der Kurzzeitpflege (8,5 Personen)

Der nach diesen Vorgaben berechnete Bedarf an Kurzzeit-Pflegeplätzen, wie er für die Regionen Landkreis Plön/Stadt Kiel sowie die Stadt Dresden sein würde, zeigt nachfolgende Tabelle 8.8:

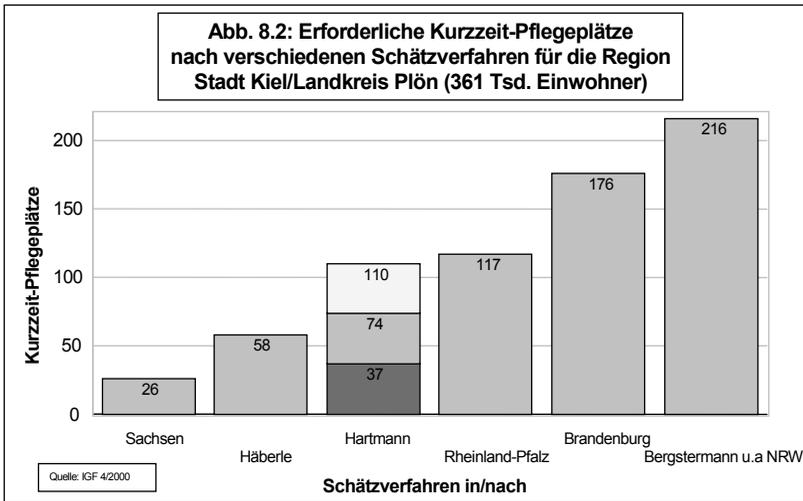
Tabelle 8.8: Berechnung des Bedarfs an Kurzzeit-Pflegeplätzen nach unterschiedlichen Verfahren für die Regionen Plön/Kiel und Dresden

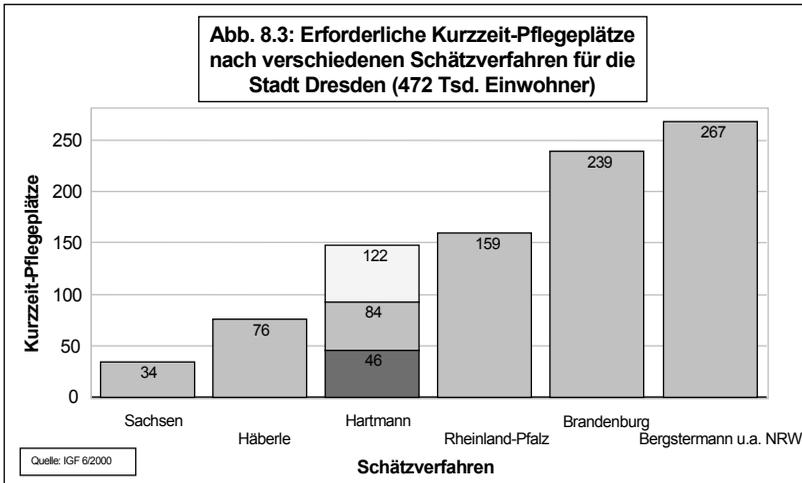
Verfahren in/nach	Bezugsgruppe	Region Plön/Kiel		Dresden	
		Anzahl Personen der Bezugsgruppe	erforderliche Anzahl Kurzzeit-Pflegeplätze	Anzahl Personen der Bezugsgruppe	erforderliche Anzahl Kurzzeit-Pflegeplätze
Rheinland-Pfalz	Ab-65-jährige	58.690	117	79.637	159
Brandenburg	Ab-65-jährige	58.690	176	79.637	239
Sachsen	Ab-75-jährige	28.835	26	38.036	34
Bergstermann u.a. Nordrhein-Westfalen	ambulant betreute Pflegebedürftige der Stufen 2 + 3	3.024 *	216	3.937 *	281
Häberle	Ab-75-jährige	28.835	58	38.036	76
Hartmann	Ab-80-jährige	15.592	37 – 110	19.627	46 -139

* Berechnet auf der Grundlage der Altersverteilung ambulant betreuter Pflegebedürftiger in der Bundesrepublik Deutschland

Die Ergebnisse und damit die Vorstellungen darüber, welche Anzahl von Pflegeplätzen der Kurzzeitpflege in einem bestimmten Gebiet als angemessen anzusehen ist, divergieren unabhängig von der Bezugsregion erheblich. Der Maximalwert (Bergstermann u.a.) ist acht mal so hoch wie der Minimalwert (Sachsen), auch der zweithöchste Wert (Brandenburg) übertrifft das Minimum immer noch um das ca. Siebenfache.

Der Veranschaulichung der Unterschiede bei den Bedarfvorgaben für die beiden Referezregionen dienen nachfolgende Abb. 8.2 und 8.3:





Die eigenen Vorschläge bezüglich des angemessenen Bedarfs bestehen aus drei verschiedenen Werten, nämlich dem Minimalwert auf der Grundlage einer Nutzerquote von 2%, einem mittleren Wert mit einer Quote von 4 % und dem Maximalwert, dem eine Nutzerquote von 6% der ab 80jährigen Einwohner der Region entspricht. Der Minimalwert mit einem rechnerischen Bedarf von 37 (Kiel/Plön) bzw. 46 (Dresden) Plätzen übersteigt den für Sachsen gültigen Wert um ca. ein Drittel, beträgt aber nur ca. die Hälfte bis zu einem Sechstel der anderen Vorgaben.

Zur Verdeutlichung der Unterschiede wurde auf der Grundlage der Ergebnisse der einzelnen Vorgaben die entsprechende Nutzerquote für die Bevölkerungsgruppe '80 Jahre und älter' in gleicher Weise berechnet, wie sie für den eigenen Vorschlag Verwendung findet (vgl. Tab.8.9).

Tabelle 8.9: Berechnung der Nutzerquote für die Bevölkerungsgruppe ‚80 Jahre und älter‘ entsprechend der Bedarfsvorgaben

(Als Basis dienen die gerundeten Bedarfsvorgaben aus Tab. 8.8)

Verfahren für/nach	rechnerisch zu Grunde liegende Nutzerquote der Bevölkerung 80 Jahre und älter
Bergstermann u.a. Nordrhein-Westfalen	12%
Brandenburg	10%
Rheinland-Pfalz	7%
Hartmann Maximalwert	6%
Hartmann Mittelwert	4%
Häberle	3%
Hartmann Minimalwert	2%
Sachsen	1,5%

Die für den Minimalwert gewählte Nutzerquote von 2 % stellt einen sehr vorsichtigen Schätzwert dar. Mit 1,5 % ist nur noch die für Sachsen berechnete Quote niedriger. Hierbei ist zu berücksichtigen, dass der dort verwendete Wert nicht eine fixe Größe darstellt, sondern Über- oder Unterschreitungen ausdrücklich zulässig sind. Dies zeigt sich auch in der für Dresden ausgewiesenen Anzahl von Kurzzeit-Pflegeplätzen: Derzeitiger Stand 178 Plätze, bis 2005 ist eine Reduzierung auf 104 geplant. Auch wenn diese Plätze nur teilweise für die Kurzzeitpflege genutzt würden (vgl. Abschnitt 5 und Tabelle 5.2), dürfte die effektive Anzahl der Kurzzeit-Pflegeplätze in Dresden sowohl gegenwärtig als auch im Rahmen der Planung erheblich über dem errechneten Vorgabewert von 34 Plätzen liegen.

Der vorgeschlagene *Einstiegswert* für ein bedarfsgerechtes Angebot mit einer Nutzerquote von 2 % auf der Grundlage der Bevölkerung, die 80 Jahre oder älter ist und nicht in Heimen lebt, erscheint vor diesem Hintergrund als realistische Größe. Als *Zielgröße* dürfte eine Ausstattung mit Kurzzeit-Pflegeplätzen, die einer Nutzerquote von 6 % entspricht, mittelfristig als angemessen einzuschätzen sein. Planungswerte, die von höheren als 6 %igen Nutzerquoten ausgehen, sollten jedoch erst dann realisiert werden, wenn eine entsprechende Auslastung der Einrichtungen gewährleistet ist.

Tabelle 8.10: Berechnung der Nutzerquoten am Beispiel der Stadt Kiel

KIEL	Einwohner insgesamt		davon: in Heimen lebend (Altersverteilung geschätzt nach Schneekloth 1998)		davon: nicht in Heimen lebend		Gäste der Kurz- zeit- pflege	Nutzerquoten						
	Postleitzahlen und älter und jünger	Postleitzahlen und älter und jünger	Postleitzahlen und älter und jünger	Postleitzahlen und älter und jünger	Postleitzahlen und älter und jünger	Postleitzahlen und älter und jünger								
Stadtbezirke	65 Jahre	75 Jahre	80 Jahre	65 Jahre	75 Jahre	80 Jahre	65 Jahre	75 Jahre	80 Jahre					
Alt-/Vorstadt/Exerzierpl./ Dampferhof	24103	1.967	1181	697	450	383	302	1.517	799	396	1	0,05%	0,08%	0,14%
Brunswik/Düsterbrook/ Blücherplatz	24105	3.769	2193	1222				3.769	2.193	1.222	7	0,19%	0,32%	0,57%
Wik	24106	2.871	1399	676				2.871	1.399	676	2	0,07%	0,14%	0,30%
Suchsdorf	24107	1.373	512	237	2	2	1	1.371	510	236	0	0,00%	0,00%	0,00%
Hasseldieksd./Mettenhof	24109	2.735	1218	641	48	41	32	2.687	1.177	609	2	0,07%	0,16%	0,31%
Russee	24111	672	255	106				672	255	106	0	0,00%	0,00%	0,00%
Hassee	24113	3.327	1857	1169	603	513	404	2.724	1.344	765	7	0,21%	0,38%	0,60%
Südfriedhof	24114	2.207	1271	790	335	285	224	1.872	986	566	0	0,00%	0,00%	0,00%
Schreventeich	24116	1.975	1123	655	121	103	81	1.854	1.020	574	0	0,00%	0,00%	0,00%
Ravensberg	24118	1.545	877	492				1.545	877	492	0	0,00%	0,00%	0,00%
Gaarden/Kronsburg	24143	2.725	1380	772	61	52	41	2.664	1.328	731	1	0,04%	0,07%	0,13%
Moor-/Weilsee/ Rönne/Meimersdorf	24145	1.132	478	225				1.132	478	225	1	0,09%	0,21%	0,44%
Elmschenhagen-Süd	24146	1.697	852	460	120	102	80	1.577	750	380	8	0,47%	0,94%	1,74%
Elmschenhagen-Nord	24147	732	333	180				732	333	180	7	0,96%	2,10%	3,89%
Ellerbek/Wellingdorf	24148	3.140	1547	820	113	96	76	3.027	1.451	744	15	0,48%	0,97%	1,83%
Naumühlen/Diedrichsdorf	24149	2.169	1010	558	200	170	134	1.969	840	424	18	0,83%	1,78%	3,23%
Holtenau/Pries/ Schilks./Friedrichsort	24159	4.083	1888	982	213	181	143	3.870	1.707	839	1	0,02%	0,05%	0,10%
Summe	38.119	19.374	10.682	2.266	1.926	1.518	1.151	35.853	17.448	9.164	70	0,18%	0,36%	0,66%

9 Wirtschaftliche Schlussfolgerungen für den Betrieb von Kurzzeit-Pflegeeinrichtungen

Die Pflege-Buchführungsverordnung (§ 7 PflegeBV) schreibt zwar vor, dass die Kosten- und Leistungsrechnung die Ermittlung und Abgrenzung der Kosten der jeweiligen Betriebszweige ermöglichen muss,⁵³ wenn aber „eine Abgrenzung nicht möglich [ist], haben die erforderlichen Zuordnungen zu den verschiedenen Leistungsbereichen auf der Grundlage von vorsichtigen und wirklichkeitsnahen Schätzungen zu erfolgen“ (§ 4 Abs. 3 Nr. 2 Satz 2 PflegeBV). Zum Zeitpunkt der Erhebung sah sich keine Einrichtung imstande, die Kosten des Betriebszweigs ‚Kurzzeitpflege‘ verursachungsgerecht auszuweisen. Deshalb muss nachfolgend die Darstellung von Kosten- und Leistungsdaten auf der Grundlage vorsichtiger und wirklichkeitsnaher Modellannahmen erfolgen.

9.1 Kosten- und Erlösstruktur

Um die wirtschaftlichen Zusammenhänge des Betriebs einer Kurzzeit-Pflegeeinrichtung beurteilen zu können, sind nicht nur die Kosten und Erlöse in ihrer jeweiligen Höhe, sondern auch ihre Veränderung in Abhängigkeit von den wesentlichen Einflussgrößen darzustellen.

Im gegebenen System der Kostensätze sind die Erlöse variabel in Bezug auf die Belegung (Anzahl Fälle), die Erlöse aus Pflege sind zusätzlich noch von den Pflegestufen der Nutzer abhängig. Die Zuwendungen werden in Abhängigkeit von der Zahl der Nutzer gewährt.

53 § 7 PflegeBV:

Die Kosten- und Leistungsrechnung muss die Ermittlung und Abgrenzung der Kosten der jeweiligen Betriebszweige sowie die Erstellung der Leistungsnachweise nach den Vorschriften des SGB XI ermöglichen. Dazu gehören als **Mindestanforderungen** (Hervorhebung durch den Verf.):

1. Die Pflegeeinrichtungen haben die auf Grund ihrer Aufgaben und Strukturen erforderlichen Kostenstellen zu bilden...
2. Die Kosten sind aus der Buchführung nachprüfbar abzuleiten.
3. Die Kosten und Leistungen sind verursachungsgerecht nach Kostenstellen zu erfassen; sie sind darüber hinaus den anfordernden Kostenstellen zuzuordnen...
4. Die Kosten und Leistungen sind verursachungsgerecht den Kostenträgern zuzuordnen...
5. Bei Einrichtungen mit mehreren Pflegeeinrichtungen oder gemischten Pflegeeinrichtungen muss eine verursachungsgerechte Abgrenzung der Kosten und Erträge mit anteiliger Zuordnung auf verschiedene Einrichtungen erfolgen; § 4 Abs. 3 Nr. 2 Satz 2 gilt entsprechend.

Tabelle 9.1: Berechnungsschema für die Erlöse aus Kurzzeitpflege

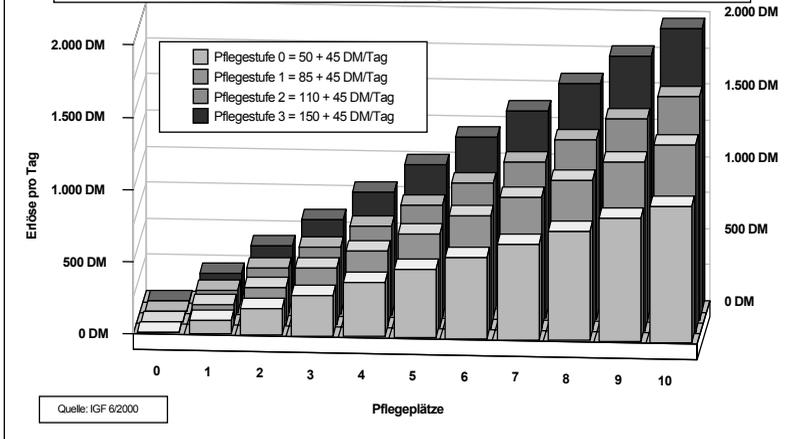
	Pflegesatz Stufe 0 x Nutzer Stufe 0
+	Pflegesatz Stufe 1 x Nutzer Stufe 1
+	Pflegesatz Stufe 2 x Nutzer Stufe 2
+	Pflegesatz Stufe 3 x Nutzer Stufe 3
+	Pflegesatz Härtefall x Anzahl Härtefälle
+	Kostensatz Unterkunft/Verpflegung x Gesamtzahl der Nutzer
+	Investitionskostenzulage x Gesamtzahl der Nutzer
+	Zuwendungen x Gesamtzahl der Nutzer
+	Zusatzleistungen x Empfänger der Leistungen
=	Erlöse aus Kurzzeitpflege

Die Höhe der Pflegesätze sowie der Kostensätze für Unterkunft und Verpflegung wird im Rahmen von Pflegesatzverhandlungen mit den Pflegekassen für eine zukünftige Periode ‚prospektiv‘ bestimmt (§ 82 (1) SGB XI). Dabei wird auch der Grad der Belegung – und letztlich auch die Zusammensetzung der Pflegegäste nach Pflegestufen – vorgegeben, bei dem im Rahmen der ermittelten Pflegesätze Kostendeckung erzielt wird. Die Investitionskostenzulagen sind heimspezifisch aus dem Anteil der nicht geförderten Investitionen der Einrichtung zu ermitteln (§ 82 (3) SGB XI). Der von den Nutzern dafür zu vergütende Betrag errechnet sich aus der Gesamthöhe, dividiert durch die Sollbelegung. Die dafür einzusetzende Belegungsquote wird auf Landesebene festgelegt (vgl. Tabelle 5.1). Nutzerbezogene Zuwendungen werden in den einzelnen Bundesländern – sofern solche vorgesehen sind (vgl. Tabelle 3.8) – einheitlich für alle Einrichtungen oder in Abhängigkeit von der Höhe der Investitionszulagen⁵⁴ gewährt. Die Sätze für die Zusatzkosten sind üblicherweise regional auf dem Verhandlungswege zwischen den Pflegekassen und den Verbänden der Einrichtungsträger bestimmt worden.

Für eine auf der Grundlage der vorgefundenen Pflege- und Kostensätze (vgl. Tabellen 3.6 und 3.8) konstruierte Modell-Kurzzeitpflege mit 10 Plätzen ergäben sich in Abhängigkeit von der Belegung und den Pflegestufen der Pflegegäste folgende Erlöse pro Tag (vgl. Abb. 9.1):

54 „Bei teilstationärer Pflege oder Kurzzeitpflege werden Zuschüsse in Höhe von 90 % der gesondert berechenbaren Aufwendungen gewährt, ... bei Kurzzeitpflege höchstens 30 DM täglich.“ § 7 LPflegeGVO Schleswig-Holstein, März 1998.

Abb. 9.1: Belegungs- und pflegestufenabhängige Erlöse aus Pflege, Unterkunft und Verpflegung sowie ungedeckte Investitionskosten einer Modell-Kurzzeitpflege mit 10 Plätzen



Mit den Erlösen sollen die Aufwendungen für Pflege, für Unterkunft und Verpflegung sowie für nicht gedeckte Investitionskosten finanziert werden. Ziel wirtschaftlichen Handelns aus der Sicht der Einrichtung ist, für jeden einzelnen Bereich zumindest Kostendeckung zu erzielen.

Für den Bereich Pflege wurden in Anlehnung an die für das Land Brandenburg ermittelte Kostenverteilung für Pflegeeinrichtungen (Grundsätze Brandenburg 1999, Pkt. 2.3 und 2.4) die Kosten aufgesplittet. Berechnungsgrundlage ist der Betrag, welcher der Kostendeckung bei einer Belegung von 85 % entspricht. Bei einer Kombination von Pflegestufen entsprechend dem Mittelwert aller untersuchten Einrichtungen (vgl. Tabelle 9.4) entspricht dies Tageserlösen bzw. -kosten für den Bereich Pflege von 832 DM. Der Anteil der Pflegepersonalkosten beträgt dabei 74,5 %, für Leitungs-, Verwaltungs- und Sachkosten sind 25,6 % aufzuwenden (vgl. Tabelle 9.2).

Tabelle 9.2: Zusammensetzung der Kosten des Bereichs Pflege

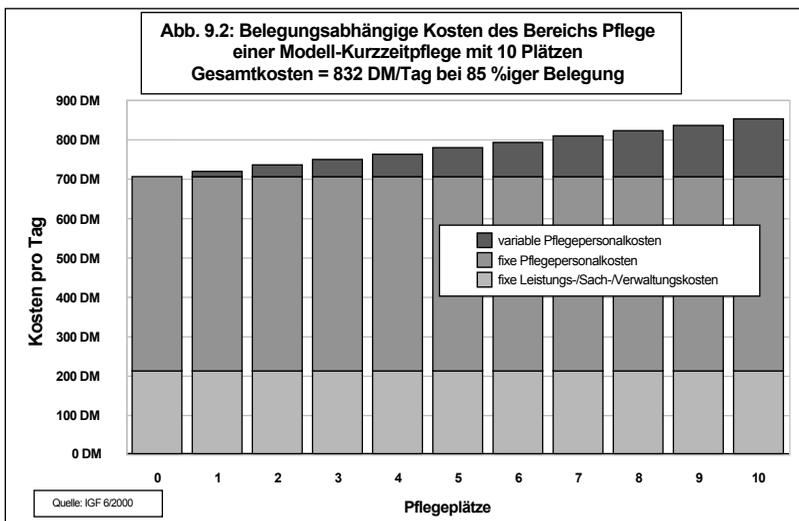
Erlöse:	kostendeckende Tageserlöse für Pflege bei 85 %iger Belegung		831,62 DM
Kosten:	Kosten pro Tag	Kostenanteile	
Pflegepersonalkosten Festangestellte	495,30 DM	80,0%	59,6%
<u>Pflegepersonalkosten geringfügig Beschäftigte</u>	<u>123,82 DM</u>	<u>20,0%</u>	<u>14,9%</u>
Pflegepersonalkosten gesamt	619,12 DM	100,0%	74,5%
Leistungs- und Verwaltungskosten	127,50 DM		15,3%
<u>Sachkostenanteil</u>	<u>85,00 DM</u>		<u>10,2%</u>
Gesamtkosten des Bereichs Pflege		100,0%	831,62 DM

Für den Bereich Pflege entstehen Personalkosten für das fest angestellte Pflege- und Verwaltungspersonal sowie die dem Pflegesektor zuzuordnenden Sachkosten unabhängig von der Belegung und vom Grad der Pflegebedürftigkeit der Gäste, sie stellen somit belegungsfixe Kosten dar. Lediglich der Teil der Pflegepersonalkosten, der durch geringfügig Beschäftigte erbracht werden darf (20 % der Pflegeleistung, § 20 (2) der Empfehlungen der Pflegekassen zu Kurzzeitpflege, 11/1996), ist als belegungsvariabler Kostenanteil anzusehen. Der unterschiedliche Personaleinsatz der fest angestellten Mitarbeiter im Tagesablauf (Dienst nach Arbeitsanfall) hat dagegen keinen (direkten) Einfluss auf die Kostenverursachung⁵⁵ und ist im hier betrachteten Zusammenhang nicht als kostenvariabel anzusehen. Möglichkeiten, die Personalkosten an den Aufwand anzupassen (z.B. Mehrarbeit mit Freizeitausgleich), d.h. auch die fest angestellten Pflegekräfte in Abhängigkeit von der Belegung und/oder dem Aufwendigkeitsgrad der Pflegegäste einzusetzen, bestehen aus tariflichen Gründen, aber auch wegen des geringen Planungshorizonts (er beträgt nach Aussage eines Heimleiters weniger als einen Monat), nur in sehr eingeschränktem Umfang.⁵⁶

Die Darstellung der belegungsabhängigen und -unabhängigen Kosten des Bereichs Pflege für eine Modelleinrichtung mit 10 Plätzen zeigt nachfolgende Abb. 8.2.

55 Ein indirekter Einfluss auf die Kosten ist jedoch dadurch gegeben, dass durch optimale Organisation Mehrkosten vermieden werden.

56 Aus Gründen der Vereinfachung wurde der 20 %ige Leistungs- mit dem Kostenanteil gleichgesetzt. Auf Grund geringerer Kosten pro Zeiteinheit für die geringfügig Beschäftigten im Verhältnis zu den Festangestellten müsste ein niedriger Kostenanteil eingesetzt werden. Insofern gleicht dieser Effekt die im Modell vernachlässigten Möglichkeiten teilweiser (geringer) Kostenanpassung beim fest angestellten Pflegepersonal wieder aus.



Ähnlich wie für den Pflegesektor sind auch für den Bereich Unterkunft und Verpflegung sowie für die nicht geförderten Investitionsaufwendungen die zugehörigen Kosten und ihr Verhalten in Bezug auf die Belegung und die Pflegestufe der Bewohner zu ermitteln. Hierbei ist zu berücksichtigen, dass für die kostendeckende Sollbelegung bei Unterkunft und Verpflegung in der Regel andere Vorgaben gelten als für die nicht geförderten Investitionskosten (vgl. Tabelle 5.1).

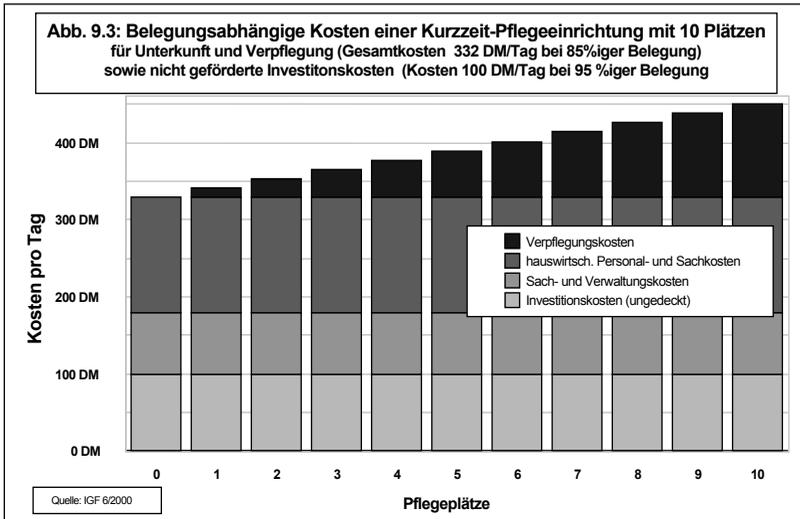
Tabelle 9.3: Zusammensetzung der Kosten der Bereiche Unterkunft und Verpflegung sowie nicht gedeckte Investitionsaufwendungen

kostendeckende Tageserlöse für Unterkunft und Verpflegung bei 85 %iger Belegung 332,00 DM
 kostendeckende Tageserlöse für nicht gedeckte Investitionskosten bei 95 %iger Belegung 100,00 DM
 kostendeckende Tageserlöse gesamt 432,00 DM

	Kosten	Kostenanteile	
Verpflegung	102,00 DM	23,6%	
Hauswirtschaft	150,00 DM	34,7%	
Sach- und Verwaltungskosten	80,00 DM	18,5%	
<u>nicht gedeckte Investitionskosten</u>	<u>100,00 DM</u>	<u>23,1%</u>	
Gesamtkosten des Bereichs		100,0%	432,00 DM

Die in diesem Bereich entstehenden Kosten für Hauswirtschaft, die Sach- und Verwaltungskosten sowie die nicht gedeckten Investitionskosten werden im allgemeinen weder von der Anzahl noch von der Pflegestufe der Pflegegäste beeinflusst. Lediglich die Aufwendungen für

Verpflegung⁵⁷ sind von der Zahl der betreuten Personen abhängig, also variable Kosten (23,6 %).



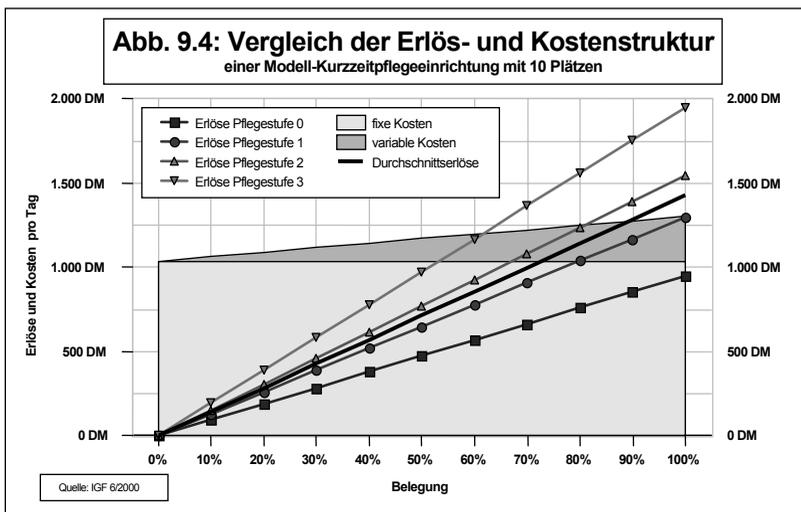
Als letzter Schritt sind für den Vergleich der Kosten- und Erlösstruktur die zu kalkulierenden mittleren Erlöse zu berechnen. Dafür wurden die jeweiligen Anteile der Pflegegäste nach Pflegestufen entsprechend der hier untersuchten Einrichtungen (vgl. Tabelle 4.2) mit dem jeweiligen Pflegesatz multipliziert (gewichtet) und der mittlere (kalkulatorische) Pflegesatz ermittelt.

⁵⁷ Für die Modellberechnung wird vereinfachend unterstellt, dass die gesamten Verpflegungskosten belegungsabhängig sind. Dies wäre beispielsweise der Fall, wenn die Verpflegung angeliefert und ausschließlich mengenabhängig zu vergüten wäre.

Tabelle 9.4: Berechnung des mittleren (kalkulatorischen) Pflegesatzes

	Kostensätze für		Gesamterlös	mittlerer	mittlerer Erlös
	Pflege	Unterkunft und Verpflegung; Investitionskost.	nach Pflegestufen pro Tag	Anteile der Pflegestufen	pro Pflegeplatz und Tag
Pflegestufe 0	50,00 DM	45,00 DM	95,00 DM	13,2%	12,54 DM
Pflegestufe 1	85,00 DM	45,00 DM	130,00 DM	38,4%	49,92 DM
Pflegestufe 2	110,00 DM	45,00 DM	155,00 DM	35,2%	54,56 DM
<u>Pflegestufe 3</u>	<u>150,00 DM</u>	<u>45,00 DM</u>	<u>195,00 DM</u>	<u>13,2%</u>	<u>25,82 DM</u>
Mittlerer (kalkulatorischer) Gesamtkostensatz				100,0%	142,84 DM
Mittlerer (kalkulatorischer) Pflegesatz					97,84 DM

Mit Hilfe der vorliegenden Daten können nunmehr die Zusammenhänge zwischen Erlös- und Kostenstruktur modellhaft dargestellt werden (vgl. Abb. 9.4):



Als Ergebnisse sind aus Abb. 9.4 abzuleiten:

1. Je niedriger die Pflegestufen der Pflegegäste sind, desto geringer sind die Erlöse. Die Zusammensetzung der Pflegegäste ist kaum zu beeinflussen, eine „Beschränkung des Angebots auf Leistungen bestimmter Pflegestufen ist nicht zulässig,⁵⁸ Erlösverbesserung durch

⁵⁸ § 7 (5) des Versorgungsvertrags nach § 72 SGB XI (Kurzzeitpflege) für das Land Berlin (Stand: 2000)

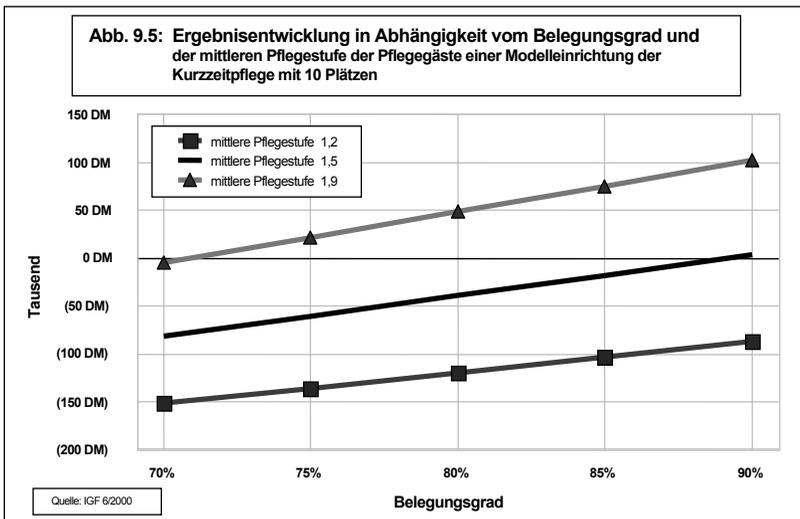
selektive Belegungsstrategien ist nicht möglich. Hinzu käme, dass durch die Abweisung von Pflegegästen das Risiko, die geforderte Auslastung nicht zu erreichen steigen und damit die Verlustursache nur verlagert würde.

2. Kostendeckung ist bei *ausschließlicher* Belegung mit Pflegegästen
 - der Pflegestufe 0 überhaupt nicht,
 - der Pflegestufe 1 bei 100 %iger
 - der Pflegestufe 2 bei 81 %iger und
 - der Pflegestufe 3 bei 62 %iger Auslastung zu erzielen.
3. Der kostendeckende Belegungsgrad der kalkulierten Belegung (= Durchschnittserlöse) liegt nicht bei 85 %, wie es den Vorgaben für die Kostensätze entspräche, sondern auf Grund der Sollbelegung für die nicht gedeckten Investitionskosten (95 %) bei 89 %.
4. Eine automatische Anpassung der Kosten an die Erlöse ist wegen der hohen Fixkostenanteile weder bei der Belegung, noch bei den Pflegestufen in nennenswertem Umfang gegeben. Eine Erlösorientierung bei der Personalbemessung, wie sie in Einrichtungen der Langzeitpflege teilweise praktiziert wird (Wohlfahrtswerk Baden-Württemberg, Hastedt in: Schmidt u.a. 1999), d.h. nur so viel – oder so wenig – Personal einzusetzen, wie durch aktuelle Erträge auch finanziert werden kann, ist auf Grund des engen Planungshorizonts und der geringen absoluten Zahl der Pflegekräfte (vgl. Tabelle 3.5) nur im Rahmen der zulässigen Aushilfen (variable Pflegepersonal-kosten) durchführbar.⁵⁹

9.2 Auswirkungen auf die wirtschaftliche Situation der Kurzzeitpflege

Welche Folgen die dargestellten Zusammenhänge auf eine entsprechende Modelleinrichtung hätten, wenn eine Belegung von 70 % bis 90 % erzielt worden wäre *und* die mittlere Pflegestufe jeweils dem gemessenen Minimal-, Maximal und Durchschnittswert (vgl. Tabelle 4.2) entspräche, ist in Abb. 9.5 dargestellt.

⁵⁹ Wenn bei erhöhtem Bedarf Personal aus der Langzeitpflege eingesetzt wird, besteht dann die Gefahr interner Subventionierung, wenn die Kosten nicht in der Kurz-, sondern in der Langzeitpflege ausgewiesen werden.



Unter den gegebenen (realistischen) Rahmenbedingungen der Modelleinrichtung wäre bei einer mittleren Pflegestufe von 1,2 auch bei 90 %iger Auslastung noch keine Kostendeckung erreicht worden. Das jährliche Defizit würde je nach Auslastung zwischen 152.000 DM und 87.000 DM liegen. Hätten die Pflegestufen der Gäste im Mittel einem Wert von 1,5 entsprochen, würde Kostendeckung bei 89 %iger Belegung erreicht. Dem maximalen Überschuss von 3.150 DM bei 90 %iger Belegung stünde eine Defizit von 82.000 DM bei 70 %iger Belegung gegenüber. Auch bei der nominal kostendeckenden Belegung von 85 % würden noch Verluste in Höhe von 18.000 DM entstehen. Erst wenn der mittlere Aufwendigkeitsgrad 1,9 erreichen würden, wäre ein positives Ergebnis bereits ab einer Belegung von 71 % zu erzielen (zu den Ergebnissen im einzelnen vgl. Tabelle 9.5).

Das Risiko, Verluste verzeichnen zu müssen, ist sehr hoch, Möglichkeiten der Gewinnerzielung sind letztlich nicht gegeben. Da finanzielle Reserven kaum gebildet werden können, sind eventuell auftretende Defizite nicht ausgleichbar. Das wirtschaftliche Risiko beim Betrieb einer Kurzzeit-Pflegeeinrichtung in der Form einer auch wirtschaftlich eigenständigen Abteilung bedarf unter den derzeitigen Bedingungen eines finanziell potenten Trägers, der willens und in der Lage ist, die Einrichtung ggf. zu subventionieren.

Tabelle 9.4: Ergebnisentwicklung in Abhängigkeit von der Belegung und der Pflegebedürftigkeit der Pflegegästeeiner Modell-Kurzzeitpflege mit 10 Plätzen

	mittlere Stufe der Pflegebedürftigkeit		
	1,2	1,5	1,9
Belegung 70 %			
Kosten Bereich Pflege	810 DM	810 DM	810 DM
<u>Kosten Unterk. + Verpfleg., Investitionen</u>	<u>414 DM</u>	<u>414 DM</u>	<u>414 DM</u>
Gesamtkosten pro Tag	1.224 DM	1.224 DM	1.224 DM
<u>Erlöse pro Tag</u>	<u>808 DM</u>	<u>1.000 DM</u>	<u>1.211 DM</u>
Überschuss (+)/ pro Tag	-416 DM	-224 DM	-12 DM
Defizit (-) pro Jahr	-151.886 DM	-81.726 DM	-4.490 DM
Anteil am Erlös	-52%	-22%	-1%
Belegung 75 %			
Kosten Bereich Pflege	817 DM	817 DM	817 DM
<u>Kosten Unterk. + Verpfleg., Investitionen</u>	<u>420 DM</u>	<u>420 DM</u>	<u>420 DM</u>
Gesamtkosten pro Tag	1.238 DM	1.238 DM	1.238 DM
<u>Erlöse pro Tag</u>	<u>865 DM</u>	<u>1.071 DM</u>	<u>1.298 DM</u>
Überschuss (+)/ pro Tag	-372 DM	-166 DM	61 DM
Defizit (-) pro Jahr	-135.685 DM	-60.513 DM	22.239 DM
Anteil am Erlös	-43%	-15%	5%
Belegung 80 %			
Kosten Bereich Pflege	824 DM	824 DM	824 DM
<u>Kosten Unterk. + Verpfleg., Investitionen</u>	<u>426 DM</u>	<u>426 DM</u>	<u>426 DM</u>
Gesamtkosten pro Tag	1.251 DM	1.251 DM	1.251 DM
<u>Erlöse pro Tag</u>	<u>923 DM</u>	<u>1.143 DM</u>	<u>1.385 DM</u>
Überschuß (+)/ pro Tag	-327 DM	-108 DM	134 DM
Defizit (-) pro Jahr	-119.470 DM	-39.287 DM	48.982 DM
Anteil am Erlös	-35%	-9%	10%
Belegung 85 %			
Kosten Bereich Pflege	832 DM	832 DM	832 DM
<u>Kosten Unterk. + Verpfleg., Investitionen</u>	<u>432 DM</u>	<u>432 DM</u>	<u>432 DM</u>
Gesamtkosten pro Tag	1.264 DM	1.264 DM	1.264 DM
<u>Erlöse pro Tag</u>	<u>981 DM</u>	<u>1.214 DM</u>	<u>1.471 DM</u>
Überschuß (+)/ pro Tag	-283 DM	-49 DM	207 DM
Defizit (-) pro Jahr	-103.255 DM	-18.060 DM	75.725 DM
Anteil am Erlös	-29%	-4%	14%
Belegung 90 %			
Kosten Bereich Pflege	839 DM	839 DM	839 DM
<u>Kosten Unterk. + Verpfleg., Investitionen</u>	<u>438 DM</u>	<u>438 DM</u>	<u>438 DM</u>
Gesamtkosten pro Tag	1.277 DM	1.277 DM	1.277 DM
<u>Erlöse pro Tag</u>	<u>1.038 DM</u>	<u>1.286 DM</u>	<u>1.558 DM</u>
Überschuss (+)/ pro Tag	-239 DM	9 DM	281 DM
Defizit (-) pro Jahr	-87.054 DM	3.152 DM	102.454 DM
Anteil am Erlös	-23%	1%	18%

9.3 Vorschläge zur Verbesserung des Angebots an Kurzzeit-Pflegeeinrichtungen

Auch wenn die hier gezeigten Zusammenhänge nur modellhaft dargestellt werden konnten, so sind die Ergebnisse auf Grund der empirisch fundierten Rahmendaten in die Alltagspraxis solcher Kurzzeitpflegen übertragbar, die als eigenständige Abteilung⁶⁰ mit eigener Wirtschaftsverantwortung geführt werden (sollen). Die Praxisnähe erhält diese Modellberechnung – und ihre Ergebnisse – auch dadurch, dass in vielen Förderrichtlinien der Länder ausdrücklich klargestellt wird, dass eingestreute Kurzzeit-Pflegeplätze nicht die Angebotsform ist, welche den qualitativen Vorgaben und Vorstellungen entspricht. So ist z.B. nach den Förderrichtlinien für den Freistaat Sachsen (Bewertungskriterien 1998) für die Investitionsförderung Voraussetzung, dass „Kurzzeitpflege als ganzjähriges eigenständiges Angebot“ vorgehalten und „in bestehenden Pflegeeinrichtungen ... Kurzzeit-Pflegeplätze (bisherige ‚Streubetten‘) innerhalb eines Wohnbereichs (ehemalige Stationen) zusammengefasst“ werden. Auch von Pflegekassen wird ausdrücklich darauf hingewiesen: „Eine an den Bedürfnissen der Pflegebedürftigen orientierte Kurzzeitpflege unterscheidet sich in den Inhalten und in der Zielsetzung von den übrigen Pflegeangeboten. Deswegen werden für die Kurzzeitpflege grundsätzlich eigenständige Angebote in wirtschaftlich selbständigen Bereichen favorisiert“ (Verbände der gesetzlichen Pflegekassen Niedersachsen 1997, Pkt. 3).

Ursache der schlechten wirtschaftlichen Rahmenbedingungen für den Betrieb einer eigenständigen Kurzzeit-Pflegeabteilung ist die unzureichende Finanzierung der Betriebskosten. Wie gezeigt werden konnte, liegt sie vor allem darin begründet, dass Belegungsvorgaben von 85 % bis 98 % für Kurzzeitpflege unter regulären Bedingungen⁶¹ nicht erreichbar ist. Realistisch erscheint unter den gegebenen Umständen (vgl. Abschnitt 5.3.1) ein Auslastungssoll zwischen 70 % und 80 %. Auch bei diesem Wert handelt es sich um keine leicht zu erreichende Norm, schließlich wird im Mittel nur eine Belegung von ca. 60 % erreicht (vgl. Tabelle 5.2 sowie Brandt et al, 1997).

Eine Reduzierung der Belegungsvorgaben bedeutet unter ansonsten gleichen Bedingungen die Anhebung der Kostensätze. Da davon ausgegangen werden kann, dass auch zwischen der Nachfrage nach Kurzzeitpflege und den Preisen – genauer: den Belastungen für die Nutzer – ein Zusammenhang besteht, würde bei höheren (Netto-) Nutzeraufwen-

60 Für ausschließlich der Kurzzeitpflege vorbehaltene Plätze (vgl. Abschnitt 8.3) gilt ähnliches.

61 ‚Regulär‘ meint hier, dass weder Reservebetten in größerer Zahl vorgehalten, noch variable Belegung auf Kosten andere Abteilungen praktiziert wird.

dungen (vgl. Tabelle 3.19) die Nachfrage sinken. Da (noch) geringere Inanspruchnahme von Kurzzeitpflege den gewünschten Effekt, nämlich den Ausbau einer leistungsfähigen Kurzzeitpflege, konterkarieren würde, dürfen für die Nutzer auch bei höheren Kostensätzen keine höheren Belastungen entstehen. Dies kann nur dadurch erreicht werden, dass die Nutzer pauschal oder einzeln Zuwendungen erhalten und/oder bei den Pflegesätzen der Finanzierungsanteil durch die Pflegekassen erhöht wird.

Als pauschales Zuwendungsmodell könnte hierbei die für Schleswig-Holstein geltende Regelung (§ 7 LpflegeGVO) Vorbild sein. Dort werden 90 % der nicht gedeckten Investitionskosten bis zu einem Höchstbetrag von 30,- DM täglich den Einrichtungen pauschal als Zuschuss gewährt. Hier wäre allerdings anzuregen, die Förderung auch auf die Ersatzpflege nach § 39 SGB XI auszudehnen, schließlich ist diese, abgesehen von der erforderlichen (häuslichen) Mindestpflegedauer von einem Jahr, inhaltlich der Kurzzeitpflege gleich gestellt. Hinzu kommt, dass sie von Pflegebedürftigen der höheren Pflegestufen relativ häufiger in Anspruch genommen wird, als Kurzzeitpflege nach § 42 (vgl. Abschnitt 4.2).

Auch Zuwendungen als Einzelförderung ist möglich, wie sie beispielsweise in Hamburg praktiziert wird (§ 8 f LPGVO). Der Nachteil dieses Verfahrens besteht zum einen im hohen Verwaltungsaufwand sowohl für die Einrichtung als auch für die bewilligende Behörde (Sozialamt), zum anderen in der tendenziell abschreckenden Wirkung der Überprüfung der Einkommenssituation. Dass diese Methode dennoch wirksam sein kann, zeigt der hohe Anteil der als ‚Empfänger von Sozialhilfe‘ ausgewiesenen Nutzer der Kurzzeit-Pflegeeinrichtung Nr. 10 (vgl. Tabelle 7.2).

In den nachfolgenden Berechnungsbeispielen wird allerdings davon ausgegangen, dass der zusätzliche Finanzierungsaufwand ausschließlich von den Pflegekassen erbracht wird. Diese Vorgehensweise erscheint insofern als berechtigt, als die von den Pflegekassen derzeit aufzubringenden Finanzierungssätze von je 2.800 DM für die Kurzzeit- und Ersatzpflege in der Praxis nicht ausgeschöpft werden (vgl. Abschnitt 3.3 und 3.4) und die Pflegekassen – neben den Trägern der Sozialhilfe – den größten Nutzen bei ambulanter Betreuung Pflegebedürftiger verzeichnen können. Vorgeschlagen wird hier eine Anhebung des ‚mittleren‘ Pflegesatzes um 25 %. Im Rahmen der Modellrechnung entsprechen diesem Steigerungssatz rund 25 DM *pro Pfl egetag*, bei Aus-

schöpfung der Höchstdauer von Kurzzeit- und Ersatzpflege wären je 700 DM zusätzlich aufzubringen.⁶²

Wegen der weitgehend invariablen Kostenstruktur (vgl. Abschnitt 9.2) sollte diese Erhöhung nicht prozentual pro Pflegesatz, sondern unabhängig von der Pflegestufe als Festbetrag erfolgen. Die finanziellen Folgen dieser Vorgehensweise werden nachfolgend berechnet. In diesen Rechenvorgang einbezogen ist der rechnerische Vergleich der Kosten, die den Pflegekassen bei ambulanter Versorgung inklusive eines einmonatigen Kurzzeit-Pflegeaufenthalts einerseits und der Unterbringung in einer Einrichtung der Langzeitpflege andererseits während eines Jahres entstehen.

62 Bei diesem Steigerungssatz handelt es sich um einen groben (!) Schätzwert, der auf folgenden Modell-Annahmen beruht:

Bei 75 %iger Belegung entstehen Tagesdefizite von 166 DM bzw. 372 DM bei einer mittleren Stufe des Pflegebedarfs von 1,5 bzw. 1,2 (vgl. Tabelle 9.4).

Einer Belegung von 75 % entsprechen in einer Einrichtung mit 10 Plätzen durchschnittlich 7,5 belegte Plätze pro Tag; eine Steigung des mittleren kalkulierten Pflegesatzes (vgl. Tabelle 9.4) um 25 % \times 25DM ergibt einen Mehrerlös von $7,5 \times 25 \text{ DM} = 187,50 \text{ DM}$ pro Tag.

Mit dem erhöhten Pflegesatz würde bei einer Auslastung von 75 % und einer mittleren Pflegestufe von 1,45 Kostendeckung erzielt. Diese Pflegestufe entspricht in etwa dem vorgefundenen Mittelwert in den Einrichtungen (vgl. Abb. 4.5).

Tabelle 9.6: Vergleich des Aufwands für die Pflegekassen zwischen häuslicher Versorgung inklusive Kurzzeitpflege und Unterbringung in einem Pflegeheim

Zeile		Pflegestufe 1	Pflegestufe 2	Pflegestufe 3
	1. Unterbringung im Pflegeheim (§ 43)			
1	Gesamtkostensätze (Pflege; Unterkunft+Verpfleg.; Investitionen)	130,- DM	155,- DM	195,- DM
2	Gesamtkosten pro Person und Jahr	47.450 DM	56.575 DM	71.175 DM
3	davon: Vergütung durch die Pflegekasse (§ 43 (5) SGB XI)	<u>24.000 DM</u>	<u>30.000 DM</u>	<u>33.600 DM</u>
4	Anteilprüfung (höchstens 75 % des Gesamtkostensatzes)	51%	53%	47%
5	zu finanzierender Eigenanteil der Pflegebedürftigen	23.450 DM	26.575 DM	37.575 DM
6	2. Häusliche Versorgung inklusive Kurzzeitpflege			
7	a. beim Bezug von Pflegesacheleistung (§ 36)			
8	11 Monate häusliche Pflege	8.250 DM	19.800 DM	30.800 DM
9	1 Monat Kurzzeitpflege zu modifizierten Sätzen (vgl. Tab. 3.12)	<u>2.350 DM</u>	<u>2.800 DM</u>	<u>3.650 DM</u>
10	Vergütung durch die Pflegekassen pro Jahr	10.600 DM	22.600 DM	34.450 DM
11	Einsparung der Pflegekasse (Zeile 3 ./ Zeile 10)	13.400 DM	7.400 DM	-850 DM
12	<u>./ pauschale Erhöhung der Pflegesätze der Kurzzeitpflege</u>	<u>700 DM</u>	<u>700 DM</u>	<u>700 DM</u>
13	Einsparung der Pflegekassen pro Jahr bei Empfängern von Pflegesacheleistung	12.700 DM	6.700 DM	-1.550 DM
14	b. beim Bezug von Pflegegeld (§ 37)			
15	11 Monate häusliche Pflege	4.400 DM	8.800 DM	14.300 DM
16	1 Monat Kurzzeitpflege zu modifizierten Sätzen (vgl. Tab. 3.12)	<u>2.350 DM</u>	<u>2.800 DM</u>	<u>3.650 DM</u>
17	Vergütung durch die Pflegekassen pro Jahr	6.750 DM	11.600 DM	17.950 DM
18	Einsparung der Pflegekasse (Zeile 3 ./ Zeile 17)	17.250 DM	18.400 DM	15.650 DM
19	<u>./ pauschale Erhöhung der Pflegesätze der Kurzzeitpflege</u>	<u>700 DM</u>	<u>700 DM</u>	<u>700 DM</u>
20	Einsparung der Pflegekassen pro Jahr bei Empfängern von Pflegegeld	16.550 DM	17.700 DM	14.950 DM

Für die Unterbringung Pflegebedürftiger im Pflegeheim müssen die Pflegekassen pro Jahr 24.000 DM in Pflegestufe 1, 30.000 DM in Pflegestufe 2 und 33.600 DM in Pflegestufe 3 aufwenden. Die Betroffenen oder ihre Angehörigen bzw. der Träger der Sozialhilfe hätten in etwa den gleichen Betrag als Eigenfinanzierungsanteil aufzubringen.⁶³

Den Aufenthaltskosten in der Langzeitpflege wurden die Aufwendungen für die häusliche Versorgung inklusive eines einmonatigen Kurzzeit-Pflegeaufenthalts⁶⁴ gegenübergestellt. Die dabei von den Pflegekassen

63 Für die Berechnung wurden die Pflegesätze der Modell-Kurzzeitpflege auch für die Langzeitpflege verwendet.

64 Aus Gründen der Modellvereinfachung wurde die Höchstdauer von 28 Tage als ein Monat gewertet.

zu tragenden Leistungen wurden nach der Art der in Anspruch genommenen Leistung für die Pflegesach- und Geldleistung gesondert berechnet. Für die (Teil) Finanzierung des Kurzzeit-Pflegeaufenthalts wurden zunächst die an die Pflegesätze angepassten aufwandneutralen Finanzierungssätze eingesetzt (vgl. Abschnitt 3.4). Mit Ausnahme der Pflegebedürftigen der Stufe 3, die Pflegesachleistung beziehen, verursacht häusliche Pflege inklusive Kurzzeitpflege für die Pflegekassen erheblich geringere Kosten als Heimpflege. Dies gilt auch, wenn der für die Kurzzeitpflege vorgeschlagene Erhöhungsbetrag von 25,- DM pro Tag bzw. 700,- DM pro Jahr berücksichtigt wird. Auch dann sparen die Pflegekassen zwischen 15.000 und 18.000 DM bei den Empfängern von Pflegegeld und 6.700DM bzw. 12.700 DM bei den Beziehern von Pflegesachleistung in den Pflegestufen 2 bzw. 1. Lediglich bei Pflegestufe 3 ist der Aufwand bei häuslicher Versorgung um 1.500 DM höher als bei stationärer Langzeitpflege.

Um die einzelnen Beträge zueinander in Bezug setzen zu können bietet sich an, die Art der empfangenen häuslichen Leistung der pflegebedürftigen Nutzer der Kurzzeitpflege einzubeziehen (vgl. auch Teil II, Tabelle 2.6.):

Tabelle 9.7: Leistungsbezug pflegebedürftiger Nutzer der Kurzzeitpflege nach Pflegestufen

Empfänger von		Pflegestufe	Pflegestufe	Pflegestufe	gesamt
		1	2	3	
Geldleistung	Fälle	51	42	14	107
	Zeilen %	47,7%	39,3%	13,1%	
	Spalten %	53,7%	42,0%	42,4%	
	Gesamt %	22,4%	18,4%	6,1%	46,9%
Kombinationsleistung	Fälle	24	50	15	89
	Zeilen %	27,0%	56,2%	16,8%	
	Spalten %	25,3%	50,0%	45,5%	
	Gesamt %	10,5%	21,9%	6,6%	39,0%
Pflegesachleistung	Fälle	20	8	4	32
	Zeilen %	62,5%	25,0%	12,5%	
	Spalten %	21,1%	8,0%	12,1%	
	Gesamt %	8,8%	3,5%	1,8%	14,1%
Summe	Fälle	95	100	33	228
	Gesamt %	41,7%	43,9%	14,5%	100%

Von den in der II. Phase der Untersuchung befragten Nutzern der Kurzzeitpflege (294) bezogen 228 Leistungen von den Pflegekassen, davon

erhielten 47 % Geldleistung, 39 % Kombinationsleistung und 14 % Pflegesachleistung.

Nimmt man die hier vorgefundene Verteilung als Gewichtungsfaktoren für die verschiedenen Differenzbeträge zwischen Heimpflege und häuslicher Versorgung inklusive Kurzzeitpflege (vgl. Tabelle 9.6),⁶⁵ so ergibt sich ein mittlerer Einsparungsbetrag pro Person von 13.860 DM. Bezogen auf die einzelnen Pflegestufen sind die Ausgaben der Pflegekassen für ambulante und Kurzzeitpflege im Durchschnitt um 15.250 DM in Pflegestufe 1, 14.070 DM in Pflegestufe 2 und 9.200 DM in der dritten Pflegestufe geringer als für Heimpflege (vgl. Tabelle 9.8). Diese Einsparungseffekte ergeben sich in jedem Jahr bei elfmonatiger ambulanter Pflege und einem einmonatigem Kurzzeit-Pflegeaufenthalt. Würde man die tatsächliche mittlere Aufenthaltsdauer von nur 22 Tage zugrunde legen, wären die Einspareffekte noch höher.

Tabelle 9.8: Einspareffekte ambulanter Pflege inklusive Kurzzeitpflege im Verhältnis zur Heimpflege (gewichtet) pro Person und Jahr

Einsparungseffekte pro Pflegestufe (vgl. Tabelle 9.6)	Pflegestufe 1	Pflegestufe 2	Pflegestufe 3			
Geldleistung	16.550 DM	17.700 DM	14.950 DM			
Kombinationsleistung	14.625 DM	12.200 DM	6.700 DM			
Pflegesachleistung	12.700 DM	6.700 DM	-1.550 DM			
gewichtet nach der Nutzerverteilung (vgl. Tabelle 9.7)						
a.) nach Pflegestufen						
Geldleistung	53,7%	8.885 DM	42,0%	7.434 DM	42,4%	6.342 DM
Kombinationsleistung	25,3%	3.695 DM	50,0%	6.100 DM	45,5%	3.045 DM
Pflegesachleistung	21,1%	2.674 DM	8,0%	536 DM	12,1%	-188 DM
Einsparung pro Pflegestufe und Nutzer	100,0%	15.253 DM	100,0%	14.070 DM	100,0%	9.200 DM
b.) pro Nutzer						
Geldleistung	22,4%	3.702 DM	18,4%	3.261 DM	6,1%	918 DM
Kombinationsleistung	10,5%	1.539 DM	21,9%	2.675 DM	6,6%	441 DM
Pflegesachleistung	8,8%	1.114 DM	3,5%	235 DM	1,8%	-27 DM
Zwischensummen	41,7%	6.355 DM	43,9%	6.171 DM	14,5%	1.332 DM
durchschnittliche Einsparung pro Nutzer			100,0%	13.859 DM		

Obwohl mit den vorliegenden Daten weder über die tatsächliche Zahl der Heimaufenthalte, die durch ein entsprechendes Angebot von Kurzzeitpflege vermeidbaren wären, noch über die effektiven Einsparungen, die erzielt werden könnten, Angaben möglich sind, sollten die hier vorgestellten Zahlenwerte als ausreichende Argumentationshilfe für den zügigen Ausbau und eine am tatsächlichen Aufwand orientierte Finanzierung des laufenden Betriebes der Kurzzeitpflege genügen. Wenn die

65 Kombinationspflege wurde mit dem Mittelwert aus Pflegesach- und Geldleistung bewertet.

Zahl der pflegebedürftigen Heimbewohner schneller als die der ambulant Betreuten steigt (vgl. Tabelle 2.2) und dies zu Lasten der ersten beiden Pflegestufen geht (1998 bis Mitte 1999: + 4,2 % bzw. + 3,1 %), während sich der Anteil der Heimbewohner der Pflegestufe 3 sogar verringert (-0,9 %), dürfte an der Notwendigkeit eines verbesserten ambulanten Leistungsangebots – und Kurzzeitpflege dient wie teilstationäre Pflege der Unterstützung und Stabilisierung der häuslichen Pflege – wohl kaum Zweifel bestehen.

Das Wirtschaftlichkeitsgebot dahingehend zu interpretieren, dass für Kurzzeitpflege besonders knapp bemessene Pflege- oder Kostensätze gewährt bzw. nicht realisierbare Belegungsquoten vorgegeben werden, bewirkt eher das Gegenteil von Kosteneinsparung. Den Trägern der Sozialhilfe, die stets Partei bei Pflegesatzvereinbarungen (§ 85 (2) 2 SGB XI) und Mitglied der Pflegesatzkommission sind (§86 (1) SGB XI), sei in Erinnerung gerufen, dass im Jahr 1998 der Anteil der Bezieher von Sozialhilfe bei den ambulant betreuten Pflegebedürftigen ca. 5 %, bei den Heimbewohnern in den neuen Ländern 29 %, den alten Ländern sogar 44 % betrug. Der Netto-Aufwand pro Sozialhilfeempfänger belief sich 1997 bei häuslicher Pflege auf 12.000 DM, bei Heimbewohnern auf 22.000 DM (Schneekloth/Müller 1999, S. 28, 42 u. 179). Von den Nutzern der Kurzzeitpflege mussten lediglich 1 % bei der Pflegeleistung sowie 3,7 % bei den Kosten für Unterkunft, Verpflegung und Investitionszulagen die Sozialhilfe in Anspruch nehmen (vgl. Abschnitt 4.5).

Wenn gelten soll: „Leistungen der teilstationären und Kurzzeitpflege gehen den Leistungen der vollstationären Pflege vor“ (§ 3 SGB XI), muss auch ein entsprechendes Leistungsangebot vorgehalten werden können. Sowohl die Gewährung großzügiger Fördermittel für den Ausbau und die Modernisierung der Kurzzeitpflege als auch die Feststellung, dass eingestreute Plätze den qualitativen Standards nicht genügen, bewirken für sich alleine nicht die vom Gesetzgeber gewünschten Effekte. Zu niedrige Kostensätze lassen nur noch die Entscheidung offen, die qualitativen Standards zu senken, die Einrichtung zu schließen – oder von einer Eröffnung abzusehen.

„Die Pflegesätze müssen einem Pflegeheim bei wirtschaftlicher Betriebsführung ermöglichen, seinen Versorgungsauftrag zu erfüllen“ (§ 84 (2) SGB XI)!

Literaturverzeichnis

- Amtsblatt für Brandenburg (22. Dezember 1999), 10 Jahrgang, Nr. 51, Ministerium für Arbeit Soziales, Gesundheit und Frauen, Landespflegeplan – Teil A
- Bergstermann, A., Rosendahl, b., Zängl, P. (März 1998) Indikatorgestütztes Planungsmodell zur Pflegeinfrastruktur, Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales (Hrsg.), Düsseldorf
- Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung (Januar 1998) Bericht über die Entwicklung der Pflegeversicherung, Bonn
- Freie und Hansestadt Hamburg (10.1.2000) Rahmenplan der pflegerischen Versorgungsstruktur, Entwurf
- Gaßmann, R., Schönberg, F., Zängl, P. (Mai 1998) Ermittlung indikatorgestützter Bedarfsrichtwerte für Schleswig-Holstein, Teil 1, Bestandsberichte, Band A und K, Dortmund
- Häberle, G-F. (1992) Kurzzeitpflege in der Bundesrepublik, Schriftenreihe des Bundesministeriums für Familie und Senioren, Band 8, Stuttgart, Berlin, Köln
- Hartmann, E., Heinemann-Knoch, M., Scholze, J. (1999) Gründungs- und Krisenberatung für Einrichtungen der Kurzzeitpflege, Schriftenreihe des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Band 168.2, Stuttgart, Berlin, Köln
- Hartmann, E., Heinemann-Knoch, M., Korte, E., Seniorenberatung in Nordrhein-Westfalen, Berlin, Hamburg 1999
- Heinmann-Knoch, M, Claussen, F., Hartmann, E. (1994) Praxisanleitung zur Errichtung von Kurzzeitpflege, Schriftenreihe des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Band 168.1, 2. Auflage Stuttgart, Berlin, Köln
- Institut für Sozialforschung und Sozialwirtschaft e.V. (ISO) (1997) BMA-Modellprogramm, Verbesserung der Situation der Pflegebedürftigen', Sachstandsbericht der wissenschaftlichen Begleitung, unveröffentlichtes Manuskript, Saarbrücken
- Landeshauptstadt München Sozialreferat (4.3.99) Zuhause lebende Pflegebedürftige in München, Auswertung der Daten des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherungen
- Landeshauptstadt München Sozialreferat (Mai 1998) Kurzzeitpflege für ältere Menschen in München, Bedarfsplanung 1998
- Niedersächsisches Ministerium für Frauen, Arbeit und Soziales (Mai 2000) Pflegerahmenplan nach § 3 des Niedersächsischen Pflegegesetzes (NPflegeG), Hannover
- Schmidt, R., Entzian, H., Giercke, K-I., Klie, T (Hrsg) (1999) Die Versorgung pflegebedürftiger alter Menschen in der Kommune, Frankfurt/M.

- Schneekloth, U., Müller, U. (1998) Hilfe- und Pflegebedürftige in Heimen, Schriftenreihe des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Band 147.2, 2. Auflage, Stuttgart, Berlin, Köln
- Schneekloth, U., Müller, U. (1999) Auswirkungen der Pflegeversicherung, Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Stuttgart, Berlin, Köln
- Staatsministerium für Soziales, Gesundheit und Familie Freistaat Sachsen (Juli 1998) Bewertungskriterien für Investitionen der stationären Altenpflege im Freistaat Sachsen, Dresden
- Statistisches Bundesamt (1999), Statistisches Jahrbuch 1999 für die Bundesrepublik Deutschland
- Statistisches Bundesamt (1999), Sozialleistungen, Fachserie 13, Reihe 2: Sozialhilfe 1998
- Vollmer, R, Vollmer, P (Stand: Juli 2000), SGB XI, Soziale Pflegeversicherung, Pflegehandbuch, Loseblattsammlung in 13 Bänden, Remagen

