

Landespflegebericht



**nach § 2 des Niedersächsischen Pflegegesetzes
(NPflegeG)**

Hannover, im Dezember 2005

Vorwort



Das Ministerium für Soziales, Frauen, Familie und Gesundheit legt hiermit den ersten Bericht über den Stand und die voraussichtliche Entwicklung der pflegerischen Versorgung in Niedersachsen – den Landespflegebericht – vor. Es entspricht damit seiner Verpflichtung nach dem Niedersächsischen Pflegegesetz (NPflegeG) in der Fassung vom 26. Mai 2004.

Eine kontinuierliche Beobachtung der Versorgungssituation der pflegebedürftigen Menschen im Land und eine vorausschauende Strukturplanung sind vor dem Hintergrund der demographischen und gesellschaftspolitischen Entwicklungen unter Berücksichtigung der finanziellen Res-

ourcen zwingend erforderlich. Der Landespflegebericht enthält dazu Aussagen in regionaler Gliederung auf der Ebene der kreisfreien Städte und Landkreise. Er bietet eine gute Datengrundlage und Orientierungshilfe für alle, die für die Gestaltung der Lebensverhältnisse der auf Pflege und Betreuung angewiesenen Menschen in Niedersachsen an deren Lebensort ebenso wie auf überörtlicher Ebene Verantwortung tragen. Hierin einzubeziehen sind neben dem Land im Rahmen seiner bundesrechtlich übertragenen Verantwortung für die Vorhaltung einer leistungsfähigen, zahlenmäßig ausreichenden und wirtschaftlichen pflegerischen Versorgungsstruktur und den Kommunen im Rahmen ihrer allgemeinen Daseinsfürsorge für ihre Einwohnerinnen und Einwohner, neben den Pflegekassen und anderen Kostenträgern und den Anbietern von ambulanten und stationären Pflegeleistungen und ihren Verbänden auf Landesebene z. B. auch die Vertreter des Handwerks, der Wirtschaft und des Handels, der Kirchen und Verbände und nicht zuletzt der Selbsthilfeorganisationen und -gruppierungen.

Der Landespflegebericht knüpft nach der Gesetzeslage wie in seinem Aufbau und Inhalt an den Pflegerahmenplan aus dem Jahr 2000 an. Damit wird die Abbildung von Entwicklungen in den letzten fünf Jahren möglich. Der Bericht legt hierauf einen besonderen Schwerpunkt. Durch eine zwischenzeitlich verbesserte Datenlage sind verlässliche Informationen über Zahl und Struktur der pflegebedürftigen Menschen und der Angebote in der Pflege in Niedersachsen vorhanden. Gleiches gilt für die Erkenntnisse zur Qualität der pflegerischen Versorgung, nicht hingegen für die Situation von Bevölkerungsgruppen mit besonderem Hilfebedarf wie Demenzkranke oder pflegebedürftige Migrantinnen und Migranten. Hier besteht weiterhin Informationsbedarf.

Bestandsanalysen, Vorausberechnungen zur zahlenmäßigen Entwicklung des Pflegebedarfs und Einschätzungen über strukturelle Entwicklungen, die der Bericht enthält, erlauben es letztlich, Entwicklungsbedarf, ggf. auch solchen auf örtlicher Ebene, zu erkennen und, dem gesetzlichen Auftrage entsprechend, Vorschläge zur Anpassung der vorhandenen an die notwendige pflegerische Versorgungsstruktur zu machen.

Hierzu ist festzustellen: Wir brauchen ein vielfältigeres, flexibleres und besser aufeinander abgestimmtes und vernetztes Angebot an professionellen und niedrigschwelligen Hilfen, das den Bedürfnissen der pflegebedürftigen Menschen und ihrer Angehörigen verstärkt Rechnung trägt und gleichwohl mittel- bis langfristig bezahlbar bleibt bzw. durch entsprechende Finanzierungsgrundlagen bezahlt werden kann. Dafür bedarf es entsprechender bundesgesetzlicher Rahmenbedingungen. CDU, CSU und SPD haben auf Bundesebene im Koalitionsvertrag vom 11. November 2005 unter anderem mit den Grundsätzen zur Strukturreform und langfristigen Finanzierung der Pflegeversicherung, mit der Ankündigung der Verbesserung der Leistungen zur medizinischen Rehabilitation vor und bei Pflege, des Ausbaues von Prävention als eigenständiger Säule der gesundheitlichen Versorgung sowie der Verbesserung der Voraussetzungen für ehrenamtliches und bürgerschaftliches Engagement richtige Weichen gestellt. Die Landesregierung wird die angekündigten Reformprozesse im Rahmen ihrer Möglichkeiten unterstützen und konstruktiv begleiten. Das gilt insbesondere für die Umsetzung auf der Landesebene.

Die Versorgungsbedingungen für pflegebedürftige Menschen in Niedersachsen bieten für eine Weiterentwicklung der Angebotsstrukturen sehr gute Voraussetzungen. Diese Potenziale müssen gezielt genutzt werden. Dabei wird es vor allem auf die Erhaltung und Stärkung der Bereitschaft zu privatem und freiwilligem Engagement zur Unterstützung der von Pflegebedürftigkeit betroffenen Menschen an ihrem Wohnort und zur Vermeidung von Pflege ankommen.

Die langfristige Sicherung einer qualitätvollen Versorgung der auf Hilfe, Unterstützung und Pflege in unserem Land angewiesenen Menschen ist eine Aufgabe von hohem Stellenwert. Wir alle müssen ihr uns heute stellen, um die Voraussetzungen für eine lebenswerte Zukunft aller Generationen in einer alternden Gesellschaft zu schaffen. Das gilt besonders für alle Menschen, die auf praktische Solidarität, auf Unterstützung und Hilfe im Alltag und bei Pflege angewiesen sind, Ich wünsche mir, dass der Landespflegebericht hierzu impulsgebend beiträgt.

Mechthild Ross-Luttmann

Inhalt

Inhaltsverzeichnis	Seite 1- 8
Teil A:	
Versorgungsstand und Entwicklungsbedarf der pflegerischen Versorgung in Niedersachsen - Kurzfassung	9- 65
1. Pflegebedürftige Menschen in Niedersachsen	10
2. Pflegerische Versorgung	17
2.1 Pflegedienste und Pflegeheime	17
2.2 Angebote im Vor- und Umfeld von Pflege	23
2.3 Qualität der Versorgung	26
3. Entwicklung des Pflegebedarfs	32
3.1 Zahl pflegebedürftiger Menschen bis 2020 / 2050	32
3.2 Einschätzungen zur strukturellen Entwicklung	34
4. Personengruppen mit besonderem Hilfebedarf	39
▪ Kinder	39
▪ Personen mit dementiellen Erkrankungen	41
▪ Pflegebedürftige Menschen mit Behinderungen	43
▪ Personen mit fortschreitenden Immunkrankheiten oder mit Schädel-Hirn-Trauma	45
▪ Migrantinnen und Migranten	48
▪ Sterbende	50
5. Personal in der Pflege	51
6. Entwicklungsbedarf	54
▪ Stärkung von Selbstbestimmung, Wahlfreiheit und Marktautonomie pflegebedürftiger Menschen	54
▪ Differenzierung, bedarfs- und bedürfnisgerechte Anpassung der traditionellen pflegerischen Versorgungsstruktur	55
▪ Ausbau von Angeboten zur Vermeidung von Pflegebedürftigkeit sowie zu deren Minderung	57

▪ Entwicklung und Ausbau von Hilfeangeboten für Personen mit besonderem Hilfebedarf	Seite 57
▪ Ausbau des Angebotes an Betreutem Wohnen, Umstrukturierung und Qualifizierung des Wohnungsbestandes	61
▪ Stärkung der Befähigung und Bereitschaft zur privaten und ehrenamtlichen Pflege und zur Alltagshilfe bei Pflegebedürftigkeit und in deren Vorfeld	62
▪ Personalbestands- und Nachwuchssicherung in der professionellen Pflege	62
▪ Qualitätssicherung und Qualitätsentwicklung in der Pflege	63
▪ Deregulierung, Verwaltungsvereinfachung, Entbürokratisierung	63
▪ Neuordnung der Leistungsstrukturen und langfristige Finanzierung der Pflegeversicherung.	64

Teil B:	Seite
Bericht über den Stand und die voraussichtliche Entwicklung der pflegerischen Versorgung	66-664
Einführung	67- 80
1. Gesetzlicher Auftrag, rechtlicher Bezugs- und Handlungsrahmen	67
2. Strukturpolitische Aufgabe	71
3. Aufbau und Inhalt des Berichts, Reichweite der Aussagen	73
4. Datengrundlagen	78
 I. Stand der pflegerischen Versorgung	 81-534
1. Pflegebedürftige Menschen in Niedersachsen	81 -165
1.1 Sozio-demographische Merkmale, Pflegebedarf, Art der pflegerischen Versorgung	81
1.1.1 Exkurs: Versicherte und Leistungsempfängerinnen /Leistungsempfänger der Privaten Pflege-Pflichtversicherung	105
1.2 Regionale Verteilung und Strukturen	114
1.3 Personen mit besonderem Hilfebedarf	130
1.3.1 Kinder	130
1.3.2 Pflegebedürftige Jugendliche, sowie Erwachsene jungen und mittleren Alters	135
1.3.3 Personen mit dementiellen Erkrankungen	146
1.3.4 Menschen mit Behinderungen,	151
1.3.5 Personen mit fortschreitenden Immunkrankheiten (MS, Aids) oder mit Schädel-Hirn-Trauma	154
1.3.6 Migrantinnen und Migranten	157
2. Inanspruchnahme von Leistungen nach dem Pflegeversicherungsgesetz	166-188
2.1 Nachfrage nach Leistungen für Pflege	166
2.2 Feststellung der Pflegebedürftigkeit bei Erst- und Wiederholungsbegutachtungen und bei Widersprüchen	173
2.3 In Anspruch genommene Leistungen	182

3.	Pflegerische Versorgungsstruktur	Seite 189-434
3.1	Pflegedienste und Pflegeheime	189
3.1.1	Bestand und zahlenmäßige Entwicklung der Pflegeeinrichtungen im Überblick	190
3.1.1.1	Pflegedienste	191
3.1.1.2	Pflegeheime	194
3.1.2	Ambulante Pflegeeinrichtungen (Pflegedienste)	202
3.1.2.1	Leistungs-, vertrags- und förderrechtlicher Hintergrund	202
3.1.2.2	Angebotsstruktur	204
3.1.2.3	Regionale Verteilung	209
3.1.2.4	Zusammenfassende Bewertung	212
3.1.3	Teilstationäre Pflegeeinrichtungen (Tages- und Nachtpflege)	212
3.1.3.1	Leistungs-, vertrags- und förderrechtlicher Hintergrund	212
3.1.3.2	Angebotsstruktur	214
3.1.3.3	Regionale Verteilung	219
3.1.3.4	Zusammenfassende Bewertung	223
3.1.4	Kurzzeitpflegeeinrichtungen	225
3.1.4.1	Leistungs-, vertrags- und förderrechtlicher Hintergrund	225
3.1.4.2	Angebotsstruktur	228
3.1.4.3	Regionale Verteilung	235
3.1.4.4	Zusammenfassende Bewertung	238
3.1.5	Einrichtungen der vollstationären Dauerpflege (vollstationäre Pflegeheime)	240
3.1.5.1	Leistungs-, vertrags- und förderrechtlicher Hintergrund	240
3.1.5.2	Angebotsstruktur	242
3.1.5.3	Regionale Verteilung	252
3.1.5.4	Zusammenfassende Bewertung	271
3.2	Personal in Pflegediensten und Pflegeheimen	272
3.2.1	Personal in Pflegediensten	272
3.2.1.1	Zahl der Beschäftigten	272
3.2.1.2	Strukturmerkmale der Beschäftigten und ihrer Tätigkeit	278
3.2.1.3	Regionales Strukturbild	300

	Seite
3.2.2 Personal in Pflegeheimen	302
3.2.2.1 Zahl der Beschäftigten	302
3.2.2.2 Strukturmerkmale der Beschäftigten und ihrer Tätigkeit	308
3.2.2.3 Regionales Strukturbild	326
3.2.3 Strukturvergleich Pflegedienste / Pflegeheime	328
3.3 Vergütungen	330
3.3.1 Vergütungen von ambulanten Pflegeleistungen	332
3.3.2 Vergütungen von Leistungen der vollstationären Dauerpflege	339
3.3.2.1 Vergütungen für allgemeine Pflegeleistungen für vollstationäre Dauerpflege	340
3.3.2.2 Entgelte für Unterkunft und Verpflegung	348
3.3.2.3 Investitionskosten	349
3.3.3 Vergütungen von teilstationären Pflegeleistungen (Tages- und Nachtpflege)	352
3.3.4 Vergütungen von Leistungen der Kurzzeitpflege	356
3.4 Angebote für Personen mit besonderem Hilfebedarf	360
3.4.1 Kinder	360
3.4.2 Personen mit dementiellen Erkrankungen (soweit nicht in 3.6)	371
3.4.3 Menschen mit Behinderungen,	380
3.4.4 Personen mit fortschreitenden Immunerkrankungen (MS, Aids) oder Schädel-Hirn-Trauma	387
3.4.5 Migrantinnen und Migranten	395
3.4.6 Sterbende (Hospizdienste und stationäre Hospize)	401
3.5 Angebote des Betreuten Wohnens	406
3.5.1 Betreutes Wohnen – Bindeglied und Alternative zum Pflegeheim	406
3.5.2 Betreute Wohnungen für alte Menschen	415
3.5.3 (Ambulant) Betreute Wohngemeinschaften	423
3.6 Niedrigschwellige Betreuungsangebote (§ 45c SGB XI) und gerontopsychiatrische Zentren	425
3.6.1 Niedrigschwellige Betreuungsangebote	425
3.6.2 Gerontopsychiatrische Zentren	433

	Seite
4. Qualität der pflegerischen Versorgung	435-529
4.1 Grundsätzliche Feststellungen zur Sach- und Rechtslage	435
4.1.1 Gesellschaftspolitische Bedeutung einer qualitätsgesicherten Pflege	435
4.1.2 Rechtlicher Rahmen der Qualitätssicherung, -entwicklung und -prüfung	436
4.1.3 Objektivierbarkeit und Vergleichbarkeit von Qualität in der Pflege – Grundsätze, Verfahren und Instrumente	444
4.2 Stand der Entwicklung in Niedersachsen	454
4.2.1 Qualität in der ambulanten und in der stationären Pflege nach Erkenntnissen des Medizinischen Dienstes	454
4.2.2 Qualität der häuslichen Pflege bei Pflegegeldbezug	471
4.2.3 Arbeitsgemeinschaften nach § 20 Heimgesetz	479
4.2.4. Einrichtungsinterne Qualitätsentwicklung und Zertifizierungen	484
4.2.5 Ausbildung und Weiterqualifizierung in den Pflegeberufen	490
4.2.6 Landesweite Personalinitiative Pflege	511
4.2.7 Einzelmaßnahmen zur Qualitätsentwicklung und Qualitätssicherung	516
4.3 Bürokratieabbau in der Pflege	518
5. Strukturentwicklung und Maßnahmenförderung im Vor- und Umfeld von Pflege	529-534
II. Entwicklung des Pflegebedarfs	535-605
1. Zahl der Pflegebedürftigen aufgrund der demographischen Entwicklung (Status-quo-Prognose)	535
1.1 Datengrundlagen und Annahmen zur Entwicklung der Pflegebedürftigkeit	535
1.2 Altersspezifische Entwicklung der Bevölkerung in Niedersachsen	542

	Seite
1.3 Pflegebedürftige Menschen in Niedersachsen – Vorausberechnung bis 2020 / 2050	546
1.3.1 Gesamtentwicklung	546
1.3.2 Entwicklung in den verschiedenen Lebensaltern	550
1.3.3 Entwicklung in den kreisfreien Städten und Landkreisen bis 2020	557
2. Einschätzungen zur strukturellen Entwicklung	563
2.1 Pflegebedürftigkeit im Alter	564
2.2 Private Unterstützungs- und Hilfpotentiale	568
2.3 Institutionelle Pflege und komplementäre Versorgung	582
2.4 Personal	587
3. Personen mit besonderem Hilfebedarf	594
▪ Kinder	594
▪ Personen mit dementiellen Erkrankungen	594
▪ Menschen mit Behinderungen	598
▪ Personen mit fortschreitenden Immunkrankheiten (MS, Aids) oder Schädel-Hirn-Trauma	600
▪ Migrantinnen und Migranten	603
▪ Sterbende	605
III. Vorschläge zur Anpassung der vorhandenen pflegerischen Versorgungsstruktur an die notwendige pflegerische Versorgungsstruktur	606-664
1. Kapazitätsentwicklung bei Pflegediensten und Pflegeheimen	607
2. Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen für Pflegebedürftige	614
2.1. Anpassung der Versorgungsstrukturen an veränderte und sich ändernde Anforderungen	614
2.1.1 Allgemeine Grundsätze	614
2.1.2 Ambulante Pflege (Pflegedienste)	618
2.1.3 Teilstationäre Pflege und Kurzzeitpflege	624
2.1.4 Vollstationäre Dauerpflege	624
2.2 Flankierende Maßnahmen im Vor- und Umfeld von Pflege	629
2.2.1 Ausbau betreuter Wohnangebote	630
2.2.2 Maßnahmen zur Stützung des privaten Hilfe- und Pflegepotentials	632
2.2.3 Vernetzung der Angebote und Anbieter	636

	Seite
2.3 Entwicklung und Ausbau von Angeboten für Personengruppen mit besonderem Hilfebedarf	639
2.3.1 Kinder	639
2.3.2 Personen mit dementiellen Erkrankungen	641
2.3.3 Menschen mit Behinderungen	643
2.3.4 Personen mit fortschreitenden Immunkrankheiten oder mit Schädel-Hirn-Trauma	645
2.3.5 Migrantinnen und Migranten	648
2.3.6 Sterbende	652
3. Personalbestands- und Nachwuchssicherung	653
4. Weiterentwicklung der rechtlichen Rahmenbedingungen zur Sicherung und zur Verbesserung der Versorgungsqualität	657
 Anhang¹	 661
1. Tabellen	662-800
2. Verzeichnis der Tabellen im Text	801-804
3. Verzeichnis der Tabellen im Anhang	805-811
4. Verzeichnis der Abbildungen	812-819
5. Verzeichnis der Quellen	820-822

¹ Im Vorab-Druck nicht enthalten; Anforderung ggf. bei MS unter Tel.: 0511/120-5826 oder
michael.hartmann@ms.niedersachsen.de

Teil A:
Versorgungsstand und Entwicklungsbedarf der pflegerischen
Versorgung in Niedersachsen – Kurzfassung

1. Pflegebedürftige Menschen in Niedersachsen²

Sachverhalt	Abschnitt in Teil B
<u>Empfängerinnen und Empfänger von Leistungen der Pflegeversicherung insgesamt</u> - Ende 2003 erhielten 218.363 Personen in Niedersachsen Leistungen der Pflegeversicherung. Das waren 2,73% der Bevölkerung; im Bundesdurchschnitt waren es 2,52%. - Zwischen Ende 1999 und Ende 2003 ist die Zahl der pflegebedürftigen Personen um 9.100 Personen bzw. 4,4% gestiegen; bundesdurchschnittlich betrug der Anstieg 3,0%. - Der Anstieg ist zurückzuführen auf: – die steigende Zahl der älteren Bevölkerung (65 J. u. älter: 1,7%) <u>und</u> – die Dauer des Leistungsbezugs (im Durchschnitt 8,2 Jahre!). - Der Anstieg ist <u>nicht</u> zurückzuführen auf: - die Nachfrage nach Leistungen der Pflegeversicherung; diese hat in Niedersachsen zwischen 1997 und 2004 um rd. 4% abgenommen; - die Feststellung des Vorliegens von Pflegebedürftigkeit im Sinne des SGB XI durch den MDKN; der Anteil ist über die Jahre nahezu gleich geblieben. - Der Anstieg fiel geringer aus als nach der Bevölkerungsentwicklung zu erwarten gewesen wäre (sinkende Prävalenz von Pflegebedürftigkeit). Das gilt grundsätzlich für alle Altersgruppen, besonders aber für die hochaltrigen Personen; hier sank der Anteil bei den Personen im Alter von 80 u. m. Jahren zwischen Ende 1999 und Ende 2003 von 35,6% auf 33,4%.	I.1.1 I.2.1 I.2.2 I.1.1
<u>Geschlecht, Alter, Grad der Pflegebedürftigkeit</u> - Frauen machen fast 70% aller pflegebedürftigen Personen aus; der Anteil ist über die Jahre konstant geblieben. Er steigt mit zunehmendem Alter aufgrund der höheren Lebenserwartung der Frauen. Im Alter unter 65 Jahren überwiegen die Männer; bei den Kindern sind annähernd 60% Jungen. - Die große Zahl der pflegebedürftigen Frauen im Alter ist nicht nur auf deren aus Gründen der höheren Lebenserwartung gegenüber den Männern größere Zahl, sondern auch maßgeblich durch einen vergleichsweise zum anderen Geschlecht höheren Anteil an pflegebedürftigen Personen (höhere Pflege-Prävalenz) zurück zu führen. Beide Faktoren wirken insoweit additiv zusammen. In den jüngeren Lebensjahren überwiegt Pflegebedürftigkeit bei den Männern. - Pflegebedürftigkeit in frühen und mittleren Lebensjahren ist sehr selten (unter 65 J. weniger als 1%). Auch die Menschen im so genannten 3. Lebensalter (zwischen 65 bis 80 Jahre) sind noch verhältnismäßig selten pflegebedürftig (5.5%). Im hohen Lebensalter nehmen Art und Schwere der Beeinträchtigungen stark zu; ein Drittel der 80-Jährigen und Älteren sind mindestens erheblich pflegebedürftig im Sinne des SGB XI.	I.1.1

² Quellen:

1) Pflegebedürftige gesamt: Statistisches Landesamt / statistisches Bundesamt: Pflegestatistik 1999 / 2001 / 2003, jeweils 15.12. / 31.12. (Bezieherinnen und Bezieher von Pflegegeld)

2) Leistungsbezieherinnen und Leistungsbezieher der privaten Pflege-Pflichtversicherung: Verband der privaten Krankenversicherung e. V., Köln, unveröffentlicht, Stand 31.12.2003

3) Daten zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit: Medizinischer Dienst der Krankenkassen

Abbildung A 1:

Pflegebedürftige Menschen in Niedersachsen im Jahr 2003¹⁾

Anzahl: davon weiblich: Pflegequote ²⁾ :		218 363 67,9 % 2,73 %	
Pflegestufe in %		Art der Pflegeleistung	
I	48,7 %	Pflegegeld	100 028 (45,8 %)
II	36,3 %	Ambulante Pflege	47 398 (21,7 %)
III	15,0 %	Tagespflege	1 233 (0,6 %)
		Kurzzeitpflege	1 544 (0,7 %)
		Vollstationäre	
		Dauerpflege	68 160 (31,2 %)

Kinder (0 bis unter 15 Jahre)	
Anzahl:	7 518
davon weibl.:	41,6 %
Pflegequote:	0,59 %
Pflegestufe	
I	47,9 %
II	32,6 %
III	19,5 %
Art der Pflegeleistung	
Pflegegeld	92,6 %
Ambulante	
Pflege	7,1 %
Kurzzeit- und	
Tagespflege	0,0 %
Vollstationäre	
Dauerpflege	0,3 %

Jugendliche und junge Erwachsene (15 bis unter 40 Jahre)	
Anzahl:	9 752
davon weibl.:	44,7 %
Pflegequote:	0,38 %
Pflegestufe	
I	39,3 %
II	35,6 %
III	25,1 %
Art der Pflegeleistung	
Pflegegeld	87,8 %
Ambulante	
Pflege	8,4 %
Kurzzeit- und	
Tagespflege	0,2 %
Vollstationäre	
Dauerpflege	3,6 %

Erwachsene mittleren Alters (40 bis unter 65 Jahre)	
Anzahl:	23 040
davon weibl.:	47,3 %
Pflegequote:	0,86 %
Pflegestufe	
I	48,7 %
II	35,0 %
III	16,3 %
Art der Pflegeleistung	
Pflegegeld	64,8 %
Ambulante	
Pflege	14,6 %
Kurzzeit- und	
Tagespflege	0,6 %
Vollstationäre	
Dauerpflege	20,0 %

Ältere Menschen (65 bis unter 80 Jahre)	
Anzahl:	61 442
davon weibl.:	59,2 %
Pflegequote:	5,54 %
Pflegestufe	
I	51,7 %
II	35,4 %
III	12,9 %
Art der Pflegeleistung	
Pflegegeld	50,1 %
Ambulante	
Pflege	22,7 %
Kurzzeit- und	
Tagespflege	1,5 %
Vollstationäre	
Dauerpflege	25,7 %

Alte Menschen (80 Jahre und älter)	
Anzahl:	116 611
davon weibl.:	80,3 %
Pflegequote:	33,41 %
Pflegestufe	
I	47,9 %
II	37,4 %
III	14,7 %
Art der Pflegeleistung	
Pflegegeld	33,7 %
Ambulante	
Pflege	24,9 %
Kurzzeit- und	
Tagespflege	1,4 %
Vollstationäre	
Dauerpflege	40,0 %

¹⁾ Quelle: Niedersächsisches Landesamt für Statistik, Pflegestatistik 2003 (Stand: 15.12.2003)

²⁾ in % der Bevölkerung

Sachverhalt	Abschnitt in Teil B
▪ Je älter die pflegebedürftigen Personen sind, umso häufiger greifen sie auf die Unterstützung durch Pflegedienste, Tages- und Kurzzeitpflege zurück oder wechseln ins Pflegeheim über. ▪ Knapp die Hälfte aller pflegebedürftigen Personen waren Ende 2003 Pflegestufe I zugeordnet (erheblich pflegebedürftig), 36% Pflegestufe II (schwer pflegebedürftig), 15% Pflegestufe III (schwerst pflegebedürftig; einschl. Härtefälle). Die Werte entsprechen weitgehend dem Bundesdurchschnitt. ▪ Zwischen 1999 und 2003 ist der Anteil der Personen in Pflegestufe I gestiegen (um 3,5%), derjenige in Pflegestufe III um 1,4% gesunken. Dieser Trend gilt bundesweit; er ist auf das Begutachtungsverhalten der MDK-Gemeinschaft zurückzuführen. ▪ Mit steigendem Grad der Pflegebedürftigkeit steigt auch die Inanspruchnahme professioneller Hilfen. Ende 2003 nahmen über die Hälfte der Personen in Pflegestufe I nur Pflegegeld in Anspruch, dagegen nur knapp 30% der Pflegestufe III. Bei der vollstationären Pflege waren die Verhältnisse fast umgekehrt (knapp 22% in Pflegestufe I, fast 50% in Pflegestufe 3). <u>Art der pflegerischen Versorgung</u> ▪ Annähernd 70% der pflegebedürftigen Personen in Niedersachsen werden zu Hause gepflegt (Ende 2003). Das entspricht dem Bundesdurchschnitt. ▪ Ausschließlich Pflegegeld beziehen 47% (Bund: 48,5%). Einen Pflegedienst nehmen 22% in Anspruch (Bund: dto.), zwei Drittel hiervon allerdings nur ergänzend zum Pflegegeld (Kombileistung).³ Knapp ein Drittel (31%) aller pflegebedürftigen Menschen in Niedersachsen lebt in einem Pflegeheim (Bund: 29,5%). ▪ Der Anteil der häuslich gepflegten Personen hat sich seit Ende 1999 leicht verringert (3%). Die Abnahme erfolgte nur bei den Personen, die keine professionelle Pflegehilfe in Anspruch nehmen (Pflegegeldbezieherinnen und -bezieher). ▪ Dementsprechend sind Zahl und Anteil derjenigen gestiegen, die (ergänzend) Pflegedienste in Anspruch nehmen oder in einem Pflegeheim leben. Ende 2003 nahmen 18 % Personen mehr ambulante Pflege, 14% mehr vollstationäre Dauerpflege in Anspruch. Die Inanspruchnahme von Heimpflege ist also vergleichsweise geringer gestiegen als diejenige von Pflegediensten, aber in absoluten Zahlen waren dies mehr (stationär: +8385; ambulant: +7465). Im Bundesdurchschnitt war die Entwicklung tendenziell gleich, nur etwas weniger stark ausgeprägt. ▪ Der überproportionale Anstieg bei den Pflegesachleistungen in Verbindung mit den im Vergleich zum Pflegegeld wesentlich höheren Sachleistungsbeträgen hat zu erheblichen Ausgabensteigerungen in der Pflegeversicherung geführt. ▪ Die steigende Inanspruchnahme bei den Pflegesachleistungen ist weniger auf die gestiegene Zahl der alten Menschen als auf die Dauer der Pflegebedürftigkeit (s. o.) zurückzuführen. Die seit 1997 laufend gestiegene Zahl der Wiederholungsbegutachtungen des MDKN zur Feststellung einer Heimpflegebedürftigkeit ist hierfür ein Indiz.	I.1.1

³ einschl. anteilig Bezieherinnen und Bezieher von Tages- und Kurzzeitpflegeleistungen

Sachverhalt	Abschnitt in Teil B
▪ Über 70% der Erstanträge auf ambulante Leistungen der Pflegeversicherung werden – seit Jahren gleichbleibend – positiv beschieden, um 85% derjenigen auf (voll-)stationäre Pflege. ▪ In 75 – 85% aller Fälle werden zuerst Leistungen der häuslichen Pflege gewählt. Im weiteren Verlauf erfolgt, nach zwischenzeitlicher Höherstufung bei weiterhin häuslicher Versorgung, zu etwa der Hälfte ein Wechsel in die stationäre Versorgung. ▪ Die Inanspruchnahme von Tagespflege ist zwar gestiegen, jedoch nach wie vor auf sehr niedrigem Niveau. Bei der Kurzzeitpflege – vor allem der so genannten Urlaubspflege – ist ein stetiger und deutlicher Anstieg zu verzeichnen.	I.1.1.
<u>Regionale Verteilung</u> ▪ Hinsichtlich der sozio-demographischen Merkmale der Leistungsempfängerinnen und Leistungsempfänger bestehen in den Landkreisen und kreisfreien Städten keine nennenswerten Unterschiede zum Landesdurchschnitt. ▪ Im Verhältnis zur Bevölkerung – auch zur älteren Bevölkerung – überproportional viele pflegebedürftige Menschen leben in den Landkreisen. Auch die Zunahme der Zahl der Leistungsempfängerinnen und –empfänger der Pflegeversicherung zwischen 1999 und 2003 hat zu fast 95% dort stattgefunden. Den stärksten Zuwachs haben die kommunalen Gebietskörperschaften in den ehemaligen Regierungsbezirken Weser-Ems und Lüneburg erfahren; im Anteil an der Bevölkerung liegen dennoch beide Regionen nach wie vor unter dem Landesdurchschnitt von 27,3 pflegebedürftigen Personen auf 1000 Einwohner. Im ehemaligen Regierungsbezirk Hannover hat sich die Zahl der pflegebedürftigen Personen kaum erhöht; in ihrem Anteil an der Bevölkerung ist sie sogar gesunken. ▪ Zwischen den einzelnen Kommunen haben sehr unterschiedliche Entwicklungen stattgefunden. In einigen Kommunen hat die Zahl der pflegebedürftigen Personen abgenommen. ▪ Diese Fakten sind aus der Altersstruktur und der Altersentwicklung der Bevölkerung in den Gebietskörperschaften allein nicht zu erklären. Weitere Merkmale wie die Attraktivität der Region, das Angebot an Diensten und Einrichtungen (Vielfalt, Qualität, Preis) etc., die Zuwanderung in die jeweilige Gebietskörperschaft auslösen, können von Einfluss (gewesen) sein. ▪ Keine klaren Deutungsmuster ermöglichen auch die Daten zur Inanspruchnahme der unterschiedlichen Leistungen (Pflegegeld, ambulante Pflege, vollstationäre Pflege). Tendenziell kann ein gewisser Zusammenhang zum vorhandenen Angebot an familienexternen Diensten und Einrichtungen, bei der Inanspruchnahme von Pflegeheimen auch zum Angebot an Betreuten Wohnformen festgestellt werden. Zusammenfassung: Eine Deutung der Entwicklungen und Zusammenhänge ist nur auf örtlicher Ebene z. B. im Zuge der Erarbeitung der örtlichen Pflegeberichte möglich.	I.1.2

Abbildung A 2

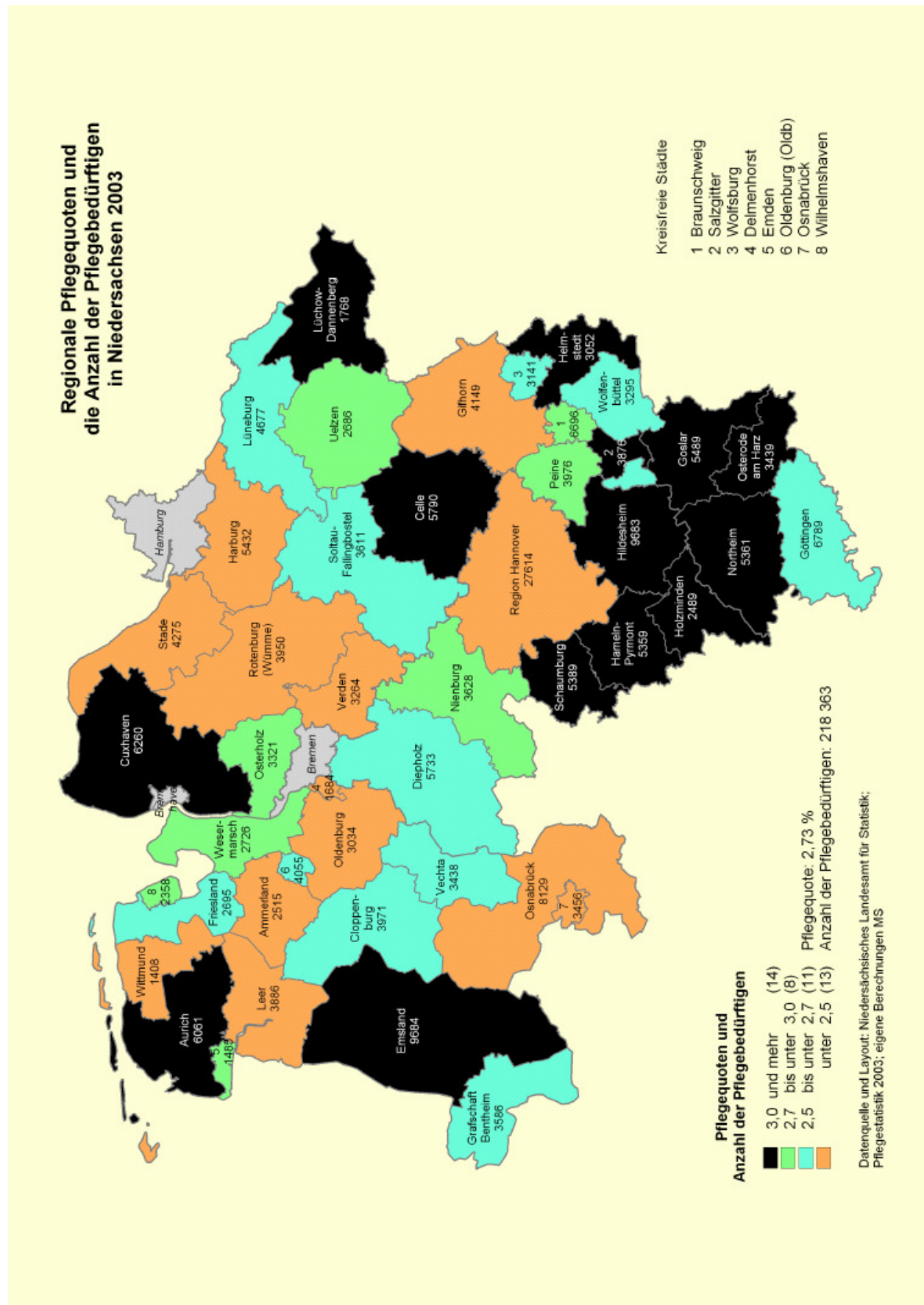
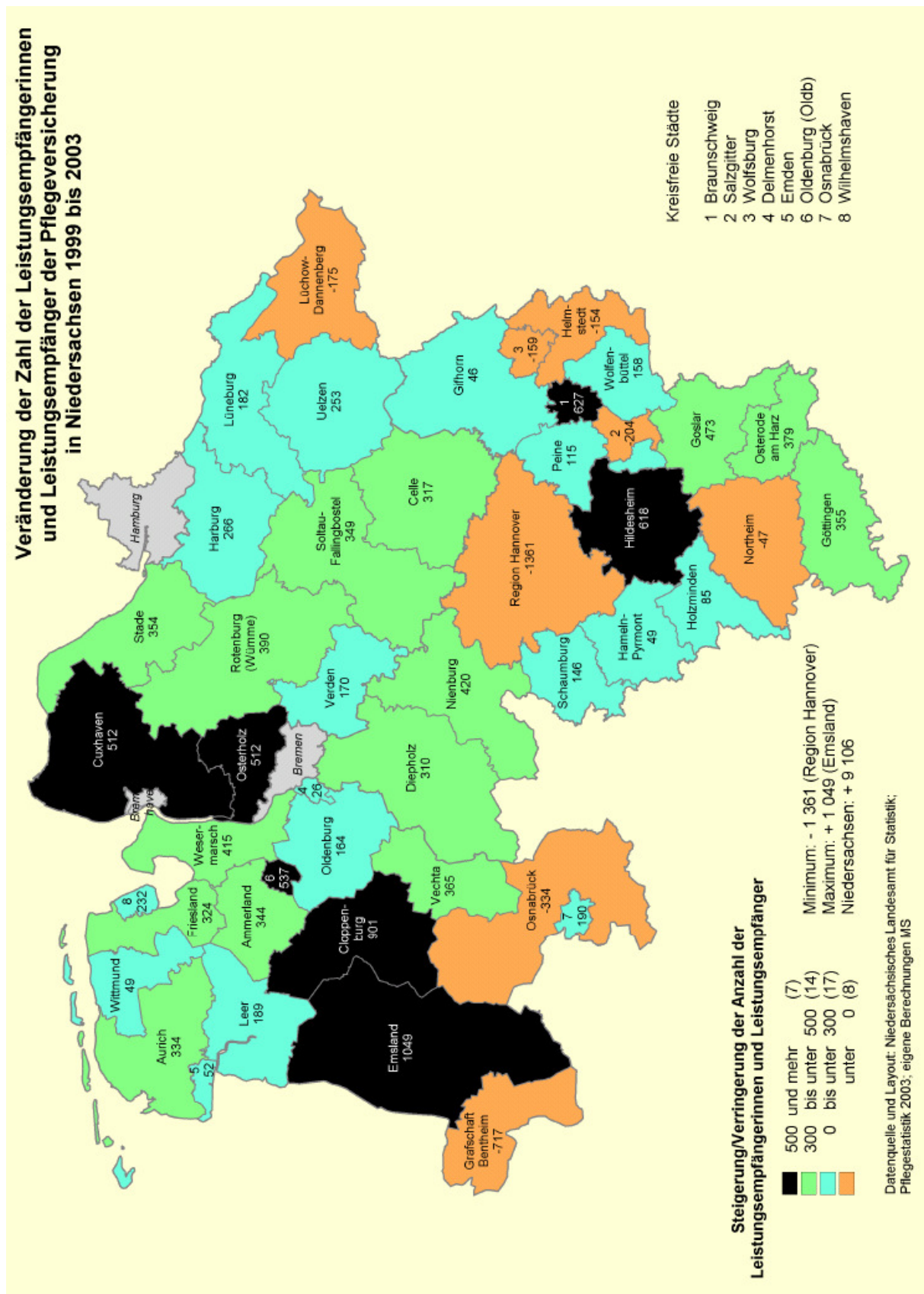


Abbildung A 3



Sachverhalt	Abschnitt in Teil B
<u>Vergleich: soziale Pflegeversicherung / private Pflegepflichtversicherung⁴</u> ▪ Ende 2003 waren im Bundesgebiet 11,3% aller Versicherten in der privaten Pflegepflichtversicherung versichert (8,92 Mio. Personen). Die Zahl stieg seit 1997 um 12%. ▪ 3% der privat Pflegepflichtversicherten sind 80 und mehr Jahre alt, rd. 5% der Versicherten in der sozialen Pflegeversicherung. ▪ Ende 2003 erhielten rd. 3% der sozial Pflegeversicherten Leistungen, aber nur 1,3% der privat Pflegepflichtversicherten. Allerdings betrug der Anstieg der Leistungsbezieherinnen und –bezieher zwischen 1999 und 2003 dort 13,5%; über alle Versicherten lag er nur bei 3%. ▪ Der Anteil der privat pflege-pflichtversicherten pflegebedürftigen Frauen liegt mit 61% deutlich unter dem Anteil insgesamt (Bund und Niedersachsen 2003 bei 68%). ▪ Bei den privat Pflegepflichtversicherten setzt(e) der Leistungsbezug vergleichsweise durchschnittlich erst in höherem Lebensalter ein. Sie waren / sind häufiger in Pflegestufe II und III. ▪ Hinsichtlich der Art der gewählten Leistungen bestehen keine nennenswerten Unterschiede; der Anstieg bei der Inanspruchnahme stationärer Pflegeleistungen lag bei den privat Pflegepflichtversicherten noch über demjenigen bei allen Leistungsempfängerinnen und –empfängern. Zusammenfassung: ▪ Die private Pflegepflichtversicherung hat derzeit und auf absehbare Zukunft das geringere Risikopotential. ▪ Die vergleichsweise stärkeren Entwicklungen auf der Ausgabenseite stellen vor diesem Hintergrund auch auf absehbare Zukunft keine Gefährdung der Finanzierbarkeit der Leistungen dar.	I.1.1.1

⁴ auf Niedersachsen bezogene Daten liegen nicht vor.

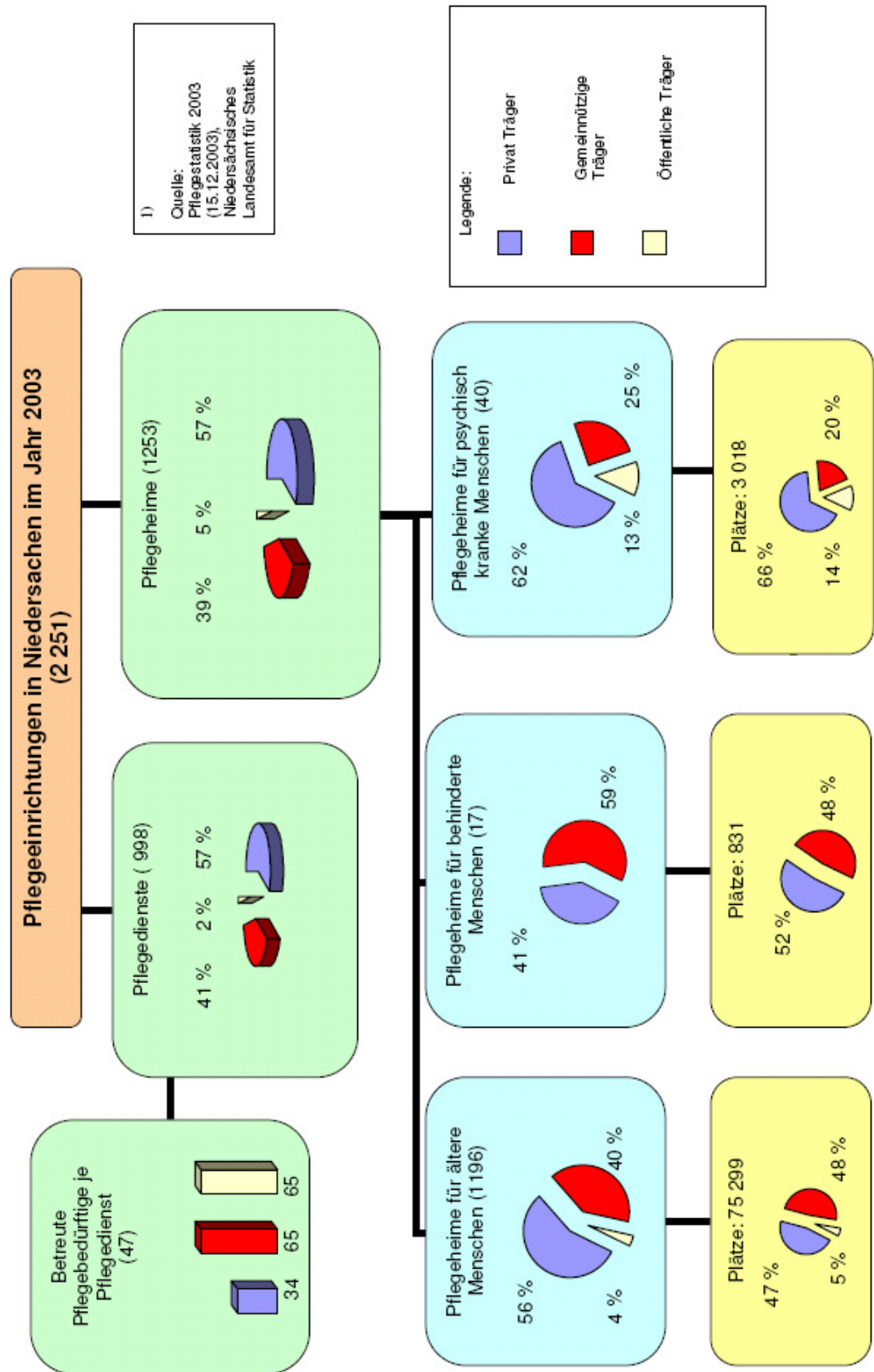
Sachverhalt	Abschnitt in Teil B
<u>Pflegedienste</u> - Ende 2003 gab es in Niedersachsen annähernd 1000 Pflegedienste; das entspricht dem durchschnittlichen Versorgungsstand im Bundesgebiet. Das Angebot ist flächendeckend; in den Landkreisen und kreisfreien Städten gibt es zwischen 5 und 112 Pflegedienste (Region Hannover). - Im Unterschied zu anderen Ländern hatte Niedersachsen zwischen Ende 1999 und Ende 2003 noch per Saldo einen Zuwachs um 76 Dienste (8%). Bei Pflegediensten sind Zu- und Abgänge (u. a. auch durch Zusammenlegungen) keine Seltenheit. Bundesweit ist die Zahl der Pflegedienste im genannten Zeitraum um 2% zurückgegangen. - Durchschnittlich betreuen die Pflegedienste ca. 50 Personen – mehr noch als 1999. Die Zahl der durchschnittlich betreuten Personen ist im Vergleich zu den meisten anderen Bundesländern in Niedersachsen groß. Die durchschnittliche Versorgungsdichte liegt bei 6 Personen je 1000 Einwohner bzw. 29 Einwohnern im Alter von 65 und mehr Jahren. Zwischen den kommunalen Gebietskörperschaften gibt es deutliche Unterschiede; sie sind auf die Altersstruktur der Bevölkerung, aber auch weitere örtliche Gegebenheiten zurückzuführen. - Private Träger machen inzwischen den größten Anteil aus (57%); es folgen Pflegedienste in gemeinnütziger Trägerschaft (41%); nur 2% sind in öffentlicher (kommunaler) Trägerschaft. Die Pflegedienste in gemeinnütziger und in öffentlicher Trägerschaft betreu(t)en durchschnittlich fast doppelt so viele pflegebedürftige Personen wie diejenigen in privater Trägerschaft (65 / 34). - Die allermeisten Pflegedienste bieten außer den Leistungen nach SGB XI noch Leistungen der häuslichen Krankenpflege sowie ergänzende Leistungen wie Essen auf Rädern etc. an. Seit In-Kraft-Treten der besonderen Leistungen für zeitweise Betreuung von Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz (§ 45b SGB XI) bieten inzwischen 278 Pflegedienste auch solche Betreuungsleistungen an. - Über 100 Pflegedienste sind Wohneinrichtungen zugeordnet – ein zunehmender Markt für ambulante Pflege, Betreuung und Service –, 21 Krankenhäusern, Reha-Einrichtungen und Hospizen; 7 erbringen als Familienentlastende Dienste Leistungen der Betreuung und Pflege bei Menschen mit (geistigen) Behinderungen. - Die Vergütung der ambulanten Pflegeleistungen erfolgen überwiegend in Form von Komplexleistungen. In Niedersachsen kommen z. Z. vier Leistungskomplexe zur Anwendung; für die Kunden fehlt es daher an Markttransparenz. Die Landesorganisationen der Pflegekassen streben die Vereinheitlichung des Vergütungssystems an (Leistungskomplexxatalog Niedersachsen 2002). Rund 60% der Pflegedienste werden inzwischen nach diesem Leistungskomplexxatalog vergütet. Vereinbarungen über Vergütungsstruktur und Einzelver-	I.3.1.1.1 / I.3.1.2 s. auch I.3.6 s. auch I.3.4.3 I.3.3.1

Sachverhalt	Abschnitt in Teil B
▪ gütungen unterliegen der Vertragsgestaltung zwischen Kostenträgern und Leistungsanbietern; das Land hat hierauf rechtlich keinen Einfluss und ist bei den Pflegediensten auch nicht Vertragspartei. ▪ Zur Sicherung der häuslichen Pflege fördert das Land die Investitionsaufwendungen der Pflegedienste durch eine landeseinheitliche Pauschale in Zuordnung zu den erbrachten Pflegeleistungen (§ 9 NPflegeG). Den pflegebedürftigen Kunden werden diese Kosten dementsprechend von den Pflegediensten nicht in Rechnung gestellt. Die Landesregierung hat im Zuge der Novellierung des NPflegeG zum 1. Jan. 2004 die von der Vorgängerregierung eingeführte „Deckelung“ der Förderung rückgängig gemacht. Damit werden die Investitionskosten wieder voll vom Land übernommen. Die Förderung kommt allen, die Pflegeleistungen durch Pflegedienste in Anspruch nehmen, zugute; das sind z. Z. rund 50.000 Personen. Im Jahr 2005 stellte das Land hierfür 22,5 Mio. € bereit.	I.3.3.1
<u>Pflegeheime</u> ▪ In Niedersachsen gab es Ende 2003 1253 zugelassene Pflegeheime mit zusammen 79.148 Plätzen. Hiervon waren jeweils etwas über 95% Heime bzw. Pflegeplätze für alte Menschen. Daneben gab es 17 Pflegeheime für Menschen mit Behinderungen (831 Plätze) und 40 Pflegeheime für pflegebedürftige psychisch kranke Menschen (3.018 Plätze). ▪ Die durchschnittliche Platzzahl der Heime liegt bei 63 / 49 / 75,5 Plätzen. Aus der Entwicklung der letzten Jahre ist ein Trend zu größeren Einrichtungen erkennbar (z. B. 1999 in Altenpflegeeinrichtungen durchschnittlich 61 Plätze). ▪ Die Versorgung der Bevölkerung mit Pflegeheimplätzen (99 Plätze je 10.000 EW) liegt in Niedersachsen deutlich über dem Bundesdurchschnitt (86,4 Pl. / 10.000 EW). ▪ In der Zeit von Ende 1999 bis Ende 2003 ist die Zahl der vollstationären Pflegeplätze um 9.281 Plätze (13,3%) gestiegen! Davon waren 95% Plätze in Altenpflegeheimen. Bundesweit betrug der Platzanstieg durchschnittlich 11%. ▪ Der Anstieg der Platzzahlen bezog sich fast ausschließlich auf Einrichtungen der Dauerpflege. Der Entwicklungsprozess ist zugleich gekennzeichnet durch Strukturveränderungen zugunsten monofunktionaler Einrichtungen unter Aufgabe von angeschlossenen Tages- oder Kurzzeitpflegeangeboten. Die Zahl der Plätze in eingliedrigten Einrichtungen der Dauerpflege ist dementsprechend sogar um 11.146 Plätze (18,1%) gestiegen. ▪ Die zusätzliche Zahl an Pflegeplätzen übersteigt die Zunahme an Empfängerinnen und Empfängern von Leistungen der vollstationären Dauerpflege in Niedersachsen. Die „freien Kapazitäten“ werden durch Bewohnerinnen und Bewohner belegt, die der Heimbetreuung bedürfen, aber nicht pflegebedürftig im Sinne von SGB XI sind (so genannten Pflegestufe „Null“ oder „G“). Einige bleiben auch ungenutzt; Einrichtungsträger beklagen zunehmend Leerstände. Die diesbezüglichen Auswirkungen sind zwiespältig: Leerstände erhöhen die Marktmacht der Nachfrager; zugleich können sie qualitätsmindernd für die Bewohner der Einrichtungen wirken. Die Marktanpassungsstrategien der Einrichtungsträger werden abzuwarten sein.	I.3.1.1.2 s. auch I.3.1.3 und I.3.1.4

⁵ Quelle: AOKN, unveröffentlicht

Abbildung A 4:

Pflegeeinrichtungen in Niedersachsen 2003¹⁾ nach Einrichtungsarten, Trägern und Platzkapazitäten



⁶ Hierunter werden alle Angebote verstanden, die keine Pflegeleistungen im Sinne des SGB XI oder SGB V beinhalten, aber direkt oder indirekt auf die Versorgung und Betreuung pflegebedürftiger Personen oder auf die Vermeidung oder die Verzögerung des Eintretens von Pflegebedürftigkeit gerichtet sind.

Sachverhalt	Abschnitt in Teil B
▪ Das Land fördert darüber hinaus auf freiwilliger Basis das „Informationsbüro für niedrigschwellige Betreuungsangebote“ bei der Landesvereinigung für Gesundheit e. V., Hannover als Informations- und Beratungsstelle, um den Aufbau solcher Angebote flächendeckend in Niedersachsen zu erreichen. ▪ Familien, die dementiell erkrankte Personen betreuen, haben oft keine hinreichenden Kenntnisse über die vorhandenen Hilfsmöglichkeiten und das erforderliche Hilfearrangement. Ambulante gerontopsychiatrische Zentren übernehmen entsprechende Beratungen und Vermittlungen. Sie richten sich vor allem an Menschen mit akuten Krankheitssymptomen und deren Angehörige. ▪ In Hannover gibt es z. Z. drei Ambulante gerontopsychiatrische Zentren mit aufeinander abgestimmten Einzugsbereichen. Ein weiteres solches Zentrum ist in Braunschweig bekannt. ▪ Zwei der vorgenannten Zentren bieten mit Förderung des Landes überregionale Beratung zum Aufbau weiterer ambulanter gerontopsychiatrischer Zentren bzw. zur Verbesserung der gerontopsychiatrischen Versorgungsstruktur auf örtlicher Ebene an.	I.3.6.2
<u>Sonstige Angebote und Maßnahmen im Vor- und Umfeld von Pflege</u> ▪ Angebote und Maßnahmen im Vor- und Umfeld von Pflege reichen über praktische Hilfen zur Alltagsbewältigung, Beratung und Vermittlung von Hilfe- und Unterstützungsleistungen, die Organisation von Selbst- und Nachbarschaftshilfe bis zur Organisation der Zusammenarbeit der Pflegedienste und –einrichtungen, der Anbieter der gesundheitlichen Versorgung, der Bildungsträger, des kommunalen Sozialdienstes etc. in Form eines Care-Managements. Die Angebote sind vielzählig, kleinteilig, oft nur auf begrenzte Gebiete (z. B. Stadtteile) beschränkt. Nur einige Kommunen ermöglichen Hilfe- und Ratsuchenden eine Orientierung und die gezielte Auswahl durch die Herausgabe von Seniorenratgebern oder ähnlichen Informationsmaterialien. Diese Strukturen erschweren auch den überregionalen Informationstransfer und –austausch zur Entwicklung vergleichbarer örtlicher Angebote oder Organisationsformen im Sinne von best-practice erheblich. Mit der Förderung des Regionalen Dialog „Innovative lokale Altenpolitik“ im Rahmen des „Dialog Soziales Niedersachsen“ hatte das Land ein Verfahren zum intra- und interkommunalen Informations- und Erfahrungsaustausch erprobt. Die grundsätzliche Eignung dieses Verfahrens wurde von den beteiligten Kommunen nicht bestritten; der Aufwand wurde jedoch als auf Dauer mit den verfügbaren Personalkapazitäten nicht leistbar angesehen. Die Entwicklung der o. g. Datenbank über alle auf die Hilfe und Unterstützung der älteren und ggf. pflegebedürftigen Einwohnerinnen und Einwohner gerichteten Angebote („Informationsplattform Altenhilfe“) soll nunmehr die Grundlage für bessere Informationen auf örtlicher und auf überörtlicher Ebene bieten. ▪ Das Land hat darüber hinaus durch eine Reihe von weiteren Maßnahmenförderungen zur Entwicklung der örtlichen Altenhilfestrukturen bzw. für pflegebedürftige Menschen und ihre Angehörigen beigetragen bzw. trägt im Rahmen laufender Förderung dazu bei. Beispielhaft werden hier die Mehrgenerationenhäuser erwähnt.	I.5

2.3 Qualität der Versorgung

Sachverhalt	Abschnitt in Teil B
<u>Grundsätzliche Anmerkungen</u> ▪ Die Würde des Menschen auch im Falle von Pflegebedürftigkeit, physischer Gebrechlichkeit und geistigem Verfall durch bestmögliche Anwendung medizinisch-pflegerischer Erkenntnisse und persönliche Zuwendung zu achten und zu bewahren und dabei Beschwerden so weit möglich zu beseitigen oder zu lindern ist der handlungsleitende Anspruch einer qualitätvollen Pflege. An ihm wird sie sich auch in Zukunft trotz steigender Zahl der zu pflegenden, versorgenden und betreuenden Menschen unverändert messen lassen müssen. ▪ Für eine solche Bemessung mangelt es allerdings nach wie vor an operationalisierten Kriterien der „notwendigen Leistungen“ und der diesbezüglich zu erbringenden Qualität. Die gesetzlichen Vorgaben reichen dazu nicht aus; der Gesetzgeber hat die Definitionsmacht der so genannten Selbstverwaltung überantwortet (§ 80 Abs. 1 SGB XI). Die gesetzlich geforderten Maßstäbe zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflege in der vom Pflegequalitäts-Sicherungsgesetz geforderten Form sind bislang trotz Einigung in fachlicher Hinsicht wegen der von den kommunalen Spitzenverbände befürchteten finanziellen Folgen nicht zu Stande gekommen. Die in den letzten Jahren entwickelten und inzwischen auch mehrjährig erprobten Verfahren zur Qualitätsprüfung des MDK sowie von Verfahren zur Einführung und Fortentwicklung eines betriebsinternen Qualitätsmanagements und die Erarbeitung von Expertenstandards für Pflegesachverhalte von zentraler Bedeutung (z. B. Dekubitus- oder Sturzprophylaxe) haben dennoch schrittweise zu einer Konkretisierung der Prüfgegenstände und Prüfraster geführt, die auch trägerseitig weitgehend akzeptiert wird. Der Entwicklungsprozess ist allerdings keinesfalls als abgeschlossen zu bezeichnen. Die Umsetzung der zum 1. Jan. 2006 in Kraft tretenden Prüfrichtlinie der Spitzenverbände der Pflegekassen mit den anliegenden Fragenkatalogen zur Qualitätsprüfung bei ambulanten und bei stationären Pflegeeinrichtungen wird insofern mit Interesse zu verfolgen sein. ▪ Angestrebt wird auch eine Vereinheitlichung der Prüfinstrumentarien von MDK und Heimaufsicht (Koalitionsvertrag vom 11. Nov. 2005); in Niedersachsen laufen in diesem Sinne bereits Gespräche zwischen den Beteiligten auf der Fachebene unter Moderation des MS.	I.4.1
<u>Ergebnisse von Qualitätsprüfungen des MDKN</u> ▪ Der MDKN hat in den vergangenen Jahren jährlich ca. 15% der Pflegeeinrichtungen geprüft. Weit überwiegend handelte es sich dabei um Pflegeheime. Die Ausweitung des Prüfumfanges auf ca. 20 % der Einrichtungen ist geplant. Es sind sieben Prüfteams mit regionalen Schwerpunkten tätig. Aus den Berichten des MDKN (erstmalig für den Zeitraum Mai 2000 – April 2001) folgen, zusammenfassend, folgende wesentlichen Erkenntnisse: ▪ Ca. 90 % der (stationären) Pflegeeinrichtungen leisten gute bis angemessene Pflege.	I.4.2.1

Sachverhalt	Abschnitt in Teil B
▪ Die Situation in den Pflegeeinrichtungen hat sich in den letzten Jahren verbessert. Dennoch sind die Ergebnisse in Teilbereichen nach wie vor nicht immer zufriedenstellend. Dies betrifft vor allem Bereiche wie - Pflegeprozessplanung und –umsetzung, - Vollständigkeit und z. T. auch Qualität der baulichen und sächlichen Ausstattung, - Vollständigkeit der Pflegedokumentation, - Ernährung und Flüssigkeitszufuhr - Pflegeprophylaxen allgemein und Dekubitusprophylaxe im besonderen. Bei den letztgenannten zeigen die niedersächsischen Heime im Ländervergleich allerdings einen vergleichsweise sehr hohen Anteil guter Pflege. Es ist zu hoffen, dass dieses Niveau gehalten wird.	I.4.2.1
<u>Qualitätssicherung bei Pflegegeldbezug</u> ▪ Die Hälfte aller pflegebedürftigen Menschen in Niedersachsen stellt nach einer entsprechenden Bestätigung durch den MDK im Rahmen der Erstbegutachtung die Pflege ausschließlich mit privater Hilfe selbst sicher. Der Bundesgesetzgeber hat dennoch im Sinne einer Verlaufsbeobachtung aus fachlicher Sicht den Beratungsbesuch nach § 37 Abs. 3 SGB XI als Instrument der Qualitätssicherung bei häuslicher Pflege mit Pflegegeldbezug eingeführt. Der Beratungsbesuch ist bei Pflegestufe 1 und 2 halbjährlich, bei Pflegestufe 3 vierteljährlich verpflichtend in Anspruch zu nehmen. Die Beratung erfolgt durch Pflegedienste nach Wahl der/des Pflegebedürftigen. Pflegebedürftige Personen mit dementiellen Erkrankungen haben Anspruch auf eine Beratung in doppelter Häufigkeit. ▪ Nach den Erkenntnissen der Pflegekassen ist die häusliche Pflege bei Pflegegeldbezug nur in sehr seltenen Ausnahmefällen nicht gesichert. ▪ Allerdings lässt die Tatsache, dass diese Beurteilung von Pflegediensten abgegeben wird, gewisse Zweifel an der Eignung des Verfahrens als Instrument der Qualitätssicherung aufkommen. Vielmehr sollte die derzeitige Möglichkeit des Einsatzes von durch die Pflegekassen beauftragten jedoch nicht bei ihnen angestellten Pflegekräften im Zuge der anstehenden Novellierung des SGB XI verbindlich vorgesehen werden. ▪ Die Inanspruchnahme der Möglichkeiten für eine intensivere Beratung und Unterstützung der pflegenden Angehörigen von dementiell erkrankten Personen ist derzeit noch sehr gering. Die verpflichtenden Beratungsbesuche durchführenden Pflegefachkräfte der Pflegedienste sollten den betroffenen Familien verstärkt nahelegen, von dem zusätzlichen Beratungsangebot verstärkt Gebrauch zu machen. ▪ Qualitätssicherung bei häuslicher Pflege mit Pflegegeldbezug erfolgt zudem durch flankierende Angebote. Hierzu zählt die Übernahme von Kosten durch die Pflegeversicherung für - Heil- und für technische Hilfsmittel, - die Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes, - Pflegekurse einschl. Beratung und praktische Unterweisung im häuslichen Bereich. Diese Möglichkeiten werden von den betroffenen Familien zunehmend in Anspruch genommen. Dennoch sollte – insbesondere im Rahmen der Beratungsbesuche – gezielt verstärkt für ihre Nutzung geworben werden.	I.4.2.2

Sachverhalt	Abschnitt in Teil B
<u>Arbeitsgemeinschaften nach § 20 Heimgesetz</u> ▪ Zum Zweck der Effektivitätssteigerung und zur Koordination von Prüfungen und Maßnahmen zur Qualitätssicherung in Pflegeheimen sind die für die Qualitätssicherung in der Pflege Verantwortlichen – Pflegekassen und ihre Verbände, MDK, Heimaufsichten und Sozialhilfeträger – zur Zusammenarbeit in Form von Arbeitsgemeinschaften verpflichtet (§ 20 HeimG, § 117 SGB XI). ▪ In Niedersachsen sind solche Arbeitsgemeinschaften flächendeckend eingerichtet (20 AGs). Die Zusammenarbeit gestaltet sich nach dortiger Auskunft gut. 2002/2003 wurden 192 Prüfungen von MDK und örtlicher Heimaufsicht gemeinsam durchgeführt. ▪ Zur weiteren Verbesserung der Zusammenarbeit erarbeiten die Beteiligten z. Z. auf Landesebene unter Moderation des MS eine Empfehlung zur Vereinheitlichung des Prüfverfahrens und der Prüfinhalte und –instrumente sowie der arbeitsteiligen Aufgabenwahrnehmung.	I.4.2.3
<u>Einrichtungsinterne Qualitätsentwicklung und Zertifizierung</u> <i>einrichtungsinterne Qualitätsentwicklung</i> ▪ Qualität in der Pflege kann sich nur aus einem einrichtungsinternen Prozess heraus entwickeln. Die Träger der Pflegedienste und Pflegeheime sind dementsprechend zum betriebsinternen Qualitätsmanagement und dessen Weiterentwicklung gesetzlich verpflichtet. Die Qualitätsprüfungen des MDK lassen erkennen, dass der durch den Bundesgesetzgeber diesbezüglich angestoßene Entwicklungsprozess vielfach noch andauert. ▪ Die Landesregierung hat ihn im Blick auf die besonderen Umsetzungsschwierigkeiten kleinerer Einrichtungen (Pflegedienste, kleinere Pflegeheime) im Rahmen einer Projektförderung über zwei Jahre unterstützt. Die teilnehmenden Einrichtungen haben dies als sehr hilfreich betrachtet. Mittlerweile haben sich auch die träger- und verbandsseitigen Anstrengungen um systematisches Qualitätsmanagement in den Einrichtungen deutlich verstärkt. ▪ Eine zusätzliche Beförderung des Umsetzungsprozesses wird auch von der zu Jahresbeginn 2005 von der Schiedsstelle nach § 76 SGB XI getroffenen Festlegung zur Refinanzierung von Qualitätssicherungsbeauftragten in den stationären Einrichtungen erwartet. <i>Zertifizierungen</i> ▪ Im Rahmen von Maßnahmen zur Qualitätssicherung unterziehen sich Pflegeeinrichtungen zunehmend Verfahren der (verbandsinternen) Zertifizierung. Die Anwendung solcher externer Qualitätssicherungsverfahren kann sowohl für den betriebsinternen Qualitätsentwicklungsprozess als auch als Kennzeichen geprüfter Qualität für die Nachfrage(r) nach Pflegeleistungen von Nutzen sein. Derzeit sind bundesweit ca. 10% der Einrichtungen auf der Grundlage eines anerkannten Zertifizierungsverfahrens geprüft.	I.4.2.4

Sachverhalt	Abschnitt in Teil B
▪ Die Ergebnisse der Qualitätsprüfungen der medizinischen Dienste lassen allerdings nach den von dort zugrunde gelegten Prüfkriterien bislang noch keine Unterschiede in der Ergebnisqualität bei zertifizierten und nicht zertifizierten Pflegeeinrichtungen erkennen. ▪ Die Markttransparenz für die Kunden wird gegenwärtig durch die Vielzahl und Verschiedenartigkeit der Zertifizierungsangebote beeinträchtigt. Die auf Anregung der niedersächsischen Landesorganisationen der Pflegekassen derzeit durch den MDS in Erarbeitung befindlichen Anforderungskatalog an Zertifizierungsverfahren sollen die Transparenz erhöhen. Ziel ist die Anerkennung von Zertifizierungsverfahren zur Verringerung der Zahl von Qualitätsprüfungen durch den MDK (Entbürokratisierung, Entlastung der Einrichtungsträger). Dies würde von der Landesregierung begrüßt. Eine gesetzliche Verpflichtung der Pflegeeinrichtungen zur Zertifizierung wird aus grundsätzlichen Erwägungen (Selbstverantwortung der Leistungsanbieter) und zur Vermeidung weiterer bürokratischer Auflagen für die Dienste und Einrichtungen weiterhin abgelehnt.	I.4.2.4
<u>Ausbildung und Weiterqualifizierung in den Pflegeberufen</u> ▪ Eine qualifizierte professionelle Pflege setzt eine entsprechende Aus-, Weiter- und Fortbildung voraus. Eine solche umfasst neben den fachlichen Aspekten die Persönlichkeitsbildung zur Sicherung der gerade in der Pflege besonders bedeutsamen personalen Qualifikationen. ▪ Die Landesregierung hat im Rahmen ihrer Zuständigkeit für die Umsetzung der einschlägigen bundesrechtlich geregelten Berufsausbildungsgesetze (Altenpflegegesetz, Krankenpflegegesetz etc.) sowie in eigener Zuständigkeit (Ausbildung in der Heilerziehungspflege, Gesetz und Verordnung über die Berufszulassung und die Weiterbildung in den anderen Heilberufen) dem aktuellen Stand der theoretischen und praktischen Erkenntnisse entsprochen und gesetzliche und untergesetzliche Voraussetzungen geschaffen. Eine Neuordnung der so genannten Helferberufe in Form einer integrierten Ausbildung wird angestrebt. Die Ergebnisse eines dazu laufenden Schulversuches sind abzuwarten. ▪ Die Erkenntnisse des MDKN aus den Qualitätsprüfungen lassen allerdings einen Fortbildungsbedarf im Personalbestand der Pflegedienste und Pflegeheime erkennen. Die Träger der Einrichtungen sind aufgerufen, hier ggf. ihre Anstrengungen zu verstärken. ▪ An den derzeit 77 Altenpflegesschulen in öffentlicher und freier Trägerschaft werden in 2005 4.818 Schülerinnen und Schüler ausgebildet. Die Zahl ist seit dem Jahr 2000 um rd. 800 Schülerinnen und Schüler gewachsen, in der Altenpflegehilfe im selben Zeitraum von 139 auf 1107 Personen. ▪ In der Krankenpflege sind in der Folge der bundesgesetzlichen Neuregelungen zur Vergütung der stationären Behandlung (Fallpauschalengesetz) die Zahlen der Ausbildungsverhältnisse leicht rückläufig. Sie sanken in der Erwachsenenpflege von rd. 6.200 in 2000 auf rd. 5.800 Schülerinnen und Schüler in 2005, in der Kinderkrankenpflege von rd. 700 auf 675. In der Krankenpflegehilfe erfolgte dem entgegen ein geringer Anstieg von 124 auf 154 Schülerinnen und Schüler.	I.4.2.5

Sachverhalt	Abschnitt in Teil B
▪ Positiv stellt sich auch die Entwicklung in der Heilerziehungspflege-Ausbildung dar. Hier erfolgte zwischen 2000 und 2005 ein Anstieg um rd. 350 auf insgesamt 1.850 Schülerinnen und Schüler. In der Heilerziehungshilfe konnte die Zahl von rd. 100 auf 140 gesteigert werden. ▪ Nach einhelligen Berichten aus der Praxis kann derzeit der Nachwuchsbedarf in der Pflege mit den Absolventinnen und Absolventen der Ausbildungen gedeckt werden. Zugleich erfolgt die Ausbildung dem Bedarf auf dem Arbeitsmarkt entsprechend: MS und MK sind keine grundsätzlichen Beschäftigungsprobleme für Pflegefach- und –hilfskräfte bekannt. ▪ Nach wie vor nicht voll befriedigen ist die Bereitschaft der Träger von Pflegediensten und Pflegeheimen, Plätze für die praktische Ausbildung bereitzustellen. Mit Unterstützung des MS in der Pflegesatzkommission ist es gelungen, den Refinanzierungsbetrag für die Altenpflegeausbildungsvergütung von bisher 6.125 Euro auf 7.300 Euro anzuheben. Die diesbezüglichen Auswirkungen auf das Ausbildungsverhalten der Einrichtungsträger sind abzuwarten. Die Wiedereinführung eines Umlageverfahrens zur lastengerechten Finanzierung der Ausbildungsvergütung kommt für die Landesregierung derzeit aus rechtlichen Gründen (kein derzeitiger oder absehbarer Mangel an Fachkräften) sowie angesichts des hiermit verbundenen außerordentlichen Verwaltungsaufwandes nicht in Betracht. ▪ Hinsichtlich der Zahl der Umschülerinnen und Umschüler wird deren Entwicklung vor dem Hintergrund der bundesgesetzlichen Neuregelungen zur Begrenzung der Förderung von Weiterbildungen in den anderen Heilberufen durch die Bundesagentur für Arbeit von 3 auf 2 Jahre und veränderter Förderstrategien in Richtung auf kurzfristige Maßnahmen abgewartet werden müssen. Das Land hat sich bereit erklärt, die Kosten der theoretischen Ausbildung im dritten Ausbildungsjahr zu übernehmen. Die zusätzlichen Kosten für die Einrichtungsträger sind über den Pflegesatz refinanzierbar. Die derzeitige Entwicklung erscheint noch nicht beunruhigend: Mit Stand vom 30.11.2005 hatte der Anteil der Umschülerinnen und Umschüler in der Altenpflege von bislang rd. 26% auf 18% abgenommen. Die weitere Entwicklung wird von MK und MS in Zusammenarbeit mit dem Landesarbeitskreis „Personalinitiative Pflege“ (s. u.) laufend beobachtet.	I.4.2.5
<u>Personalinitiative Pflege</u> ▪ Die demographische Entwicklung erfordert eine rechtzeitige und kontinuierliche Personalbestands- und Nachwuchssicherung in der Pflege. MS (damals MFAS) hat hierzu Ende 2001 eine „Personalinitiative Pflege“ angeregt. Dieser Vorschlag fand bei allen Beteiligten große Zustimmung. Es bildete sich ein landesweiter Arbeitskreis. Das Land förderte auf einen Zeitraum von drei Jahren eine Leitstelle mit koordinierenden Aufgaben. ▪ Der Landesarbeitskreis hat gemeinsam mit der Leitstelle u. a. mehrfach erfolgreich eine Imagekampagne für die Ausbildung in der Altenpflege durchgeführt. Tätigkeiten des Landesarbeitskreises und der Leitstelle sind – neben einer Job- und Ausbildungsbörse – auf der Homepage der Leitstelle unter www.pflegeleitstelle-niedersachsen.de abrufbar. Die Homepage wird mit Förderung durch das Land weiterhin gepflegt.	I.4.2.6

Sachverhalt	Abschnitt in Teil B
▪ Der Landesarbeitskreis hält auch nach Ablauf der Förderung der Leitstelle zu Ende Mai 2005 seine Tätigkeit aufrecht; es wurde eine enge Kooperation mit dem Landespflegeausschuss vereinbart.	I.4.2.6
<u>Einzelmaßnahmen des Landes zur Förderung der Qualitätsentwicklung in der Pflege</u> Neben den genannten Aktivitäten zur Qualitätssicherung und –entwicklung in der Pflege durch die Schaffung von rechtlichen Grundlagen zur Aus- und Weiterbildung in den Pflegeberufen und durch Maßnahmen zur Personalbestands- und Nachwuchssicherung hat die Landesregierung in den vergangenen Jahren die Qualitätsentwicklung bei den Pflegeeinrichtungen durch eine Reihe von Maßnahmen mit Impulscharakter unterstützt. Als solche sind beispielhaft zu nennen: - Die Auslobung eines Qualitätspreises für stationäre und für ambulante Pflegeeinrichtungen, - Die Förderung einer Maßnahme zur betriebsinternen Qualitätsentwicklung kleiner Pflegeeinrichtungen (s. o.), - Die Förderung eines landeszentralen Pflege-Notruftelefons. Das Letztgenannte ist auch nach Ablauf der Landesförderung beim SoVD Niedersachsen weiterhin erreichbar.	I.4.2.7

3. Entwicklung des Pflegebedarfs

3.1 Zahl pflegebedürftiger Menschen bis 2020 / 2050 (Status-quo-Prognose)

Vorbemerkung:

Die nachfolgenden Vorausberechnungen basieren auf unterschiedlichen Annahmen zur demographischen Entwicklung.⁷ Im Übrigen werden gegenüber heute unveränderte Verhältnisse unterstellt, z. B. hinsichtlich der alters- und geschlechtsspezifischen Häufigkeit des Auftretens von Pflegebedürftigkeit oder der leistungsrechtlichen Bestimmungen des SGB XI (**was passiert, wenn nichts passiert?**). Die Ergebnisse sind insoweit im Sinne von Trendaussagen zur Kennzeichnung von Größenordnungen zu interpretieren (siehe auch nachfolgend 3.2)

Sachverhalt	Abschnitt in Teil B
<i>Alle nachfolgenden Daten beziehen sich auf die Fußnote zu 1) und zu 2a).</i> - Bis zum Jahr 2020 würden für Niedersachsen unter den vorgenannten Voraussetzungen <u>rechnerisch</u> zwischen rd. 263.550 und 273.750 pflegebedürftige Menschen anzunehmen sein. Das wären rd. 45.200 (20,7%) bzw. 55.400 (25,4%) Personen mehr als heute (Ende 2003), jahresdurchschnittlich ein Anstieg zwischen 3.000 und 3.700 Personen. Zum Vergleich: zwischen Ende 1999 und Ende 2003 betrug die jährliche durchschnittliche Zunahme 2.277 Personen. - Bis 2050 wäre eine Zunahme auf insgesamt rd. 393.350 pflegebedürftige Personen zu erwarten. Dabei wird entsprechend der Berechnungsgrundlage – 10. Koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung (s. Fußnote) – ein geringer Anstieg der durchschnittlichen Lebenserwartung unterstellt. Im Jahr 2050 wären demnach rd. 175.100 pflegebedürftige Personen in Niedersachsen mehr als heute zu versorgen. Dies wäre eine Steigerung gegenüber dem Jahresende 2003 um 80%. Jahresdurchschnittlich wären es rd. 3.900 Personen mehr. - Die Entwicklung verläuft in den verschiedenen Altersstufen entsprechend der demographischen Entwicklung unterschiedlich. Unter denselben Annahmen wie vorstehend (keine oder eine nur geringe Entwicklung der durchschnittlichen Lebenserwartung; s. Fußnote) folgt: - Die Zahl der pflegebedürftigen Kinder (bis unter 15 J.) sinkt von z. Z. 7518 bis 2020 um 14,9 – 17,1% , bis 2050 um 24,1%. - Die Zahl der pflegebedürftigen Jugendlichen und jungen Erwachsenen (15 bis unter 40 J.) sinkt von 9.752 bis 2020 um 5,5 – 7,9%, bis 2050 um 17,4%. - Die Zahl der pflegebedürftigen Erwachsenen mittleren Alters (40 – unter 65 J.) steigt von 23.040 bis 2020 um 9,4 – 10,7%, sinkt dann bis 2050 um 11,4%. Für 2050 ergibt sich damit gegenüber 2003 eine Abnahme um 3,0% .	II.1.3.1 II.1.3.2

⁷ 1) Statistisches Landesamt: Regionale Bevölkerungsvorausberechnung für Niedersachsen bis 2020; zentrale Annahme: keine Veränderung der durchschnittlichen Lebenserwartung gegenüber heute (Jungen: 74,9 J. / Mädchen: 80,7 J..)

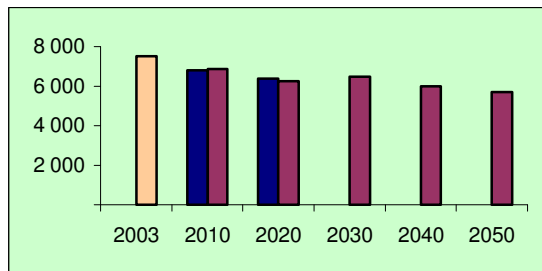
2) Statistisches Bundesamt: 10. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung; zentrale Annahmen:

a)	leichte Erhöhung der Lebenserwartung:	Jungen: 78,9 J. / Mädchen: 85,7 J.
b)	mittlere Erhöhung der Lebenserwartung:	Jungen: 81,1 J. / Mädchen: 86,6 J.
c)	starke Erhöhung der Lebenserwartung:	Jungen: 82,6 J. / Mädchen: 88,1 J.

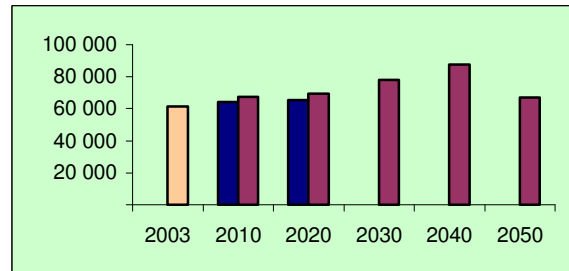
Abbildung A 5:

Voraussichtliche Entwicklung der Zahl der pflegebedürftigen Menschen in Niedersachsen nach Altersgruppen bis zum Jahr 2050

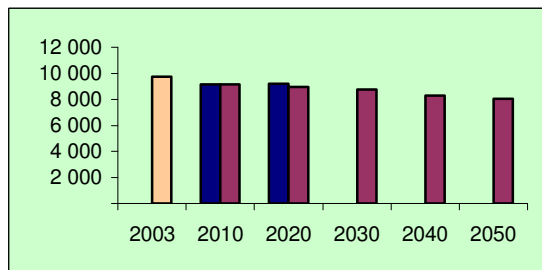
Kinder (0 bis unter 15 Jahren)



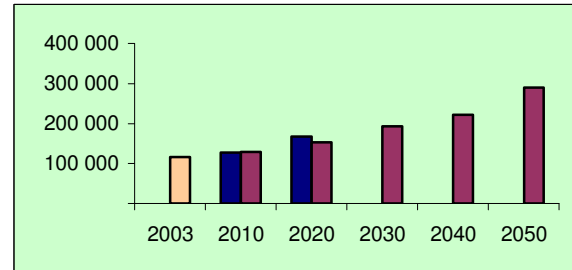
Ältere Menschen (65 bis unter 80 Jahren)



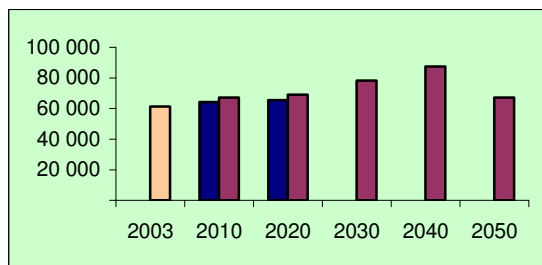
Jugendliche und junge Erwachsene (15 bis unter 40 Jahren)



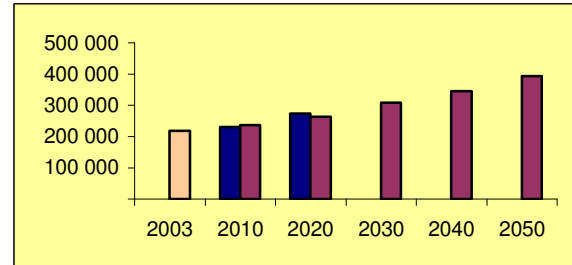
Alte Menschen (80 Jahre und älter)



Erwachsene mittleren Alters (40 bis unter 65 Jahren)



Pflegebedürftige Menschen insgesamt



Menschen im Alter von... bis unter ...	2003 ¹⁾	2010		2020		2030	2040	2050
		Regionale Berechn. NLS ²⁾	Variante 2 ³⁾	Regionale Berechn. NLS ²⁾	Variante 2 ³⁾	Variante 2 ³⁾	Variante 2 ³⁾	Variante 2 ³⁾
unter 15	7 518	6 879	6 801	6 247	6 395	6 473	6 015	5 708
15 - 40	9 752	9 152	9 160	8 980	9 218	8 751	8 283	8 051
40 - 65	23 040	23 178	23 406	25 799	25 209	22 929	21 063	22 344
65 - 80	61 442	67 158	64 236	69 251	65 407	78 248	87 633	66 970
80 und älter	116 611	129 620	127 137	153 258	167 515	192 594	221 463	290 270
insgesamt	218 363	235 987	230 739	263 535	273 744	308 995	344 457	393 343

¹⁾ Anzahl der pflegebedürftigen Personen in Niedersachsen am 15.12.2003; Quelle: Niedersächsisches Landesamt für Statistik; Pflegestatistik 2003 nach § 109 SGB XI

²⁾ Voraussichtliche Anzahl der pflegebedürftigen Personen bis 2020; Vorausberechnung des MS auf der Grundlage der alters- und geschlechtsspezifischen Pflegequoten - Stand: 15.12.2003 (status - quo - prognose)-; Grundlage: Nds. Landesamt für Statistik: Regionale Bevölkerungsprognose für Niedersachsen bis 2020; Basisannahmen kein Anstieg der durchschnittlichen Lebenserwartung, mittleres Wanderungssaldo entsprechend der 10. koordinierten Bevölkerungsprognose des Statistischen Bundesamts

³⁾ Voraussichtliche Anzahl der pflegebedürftigen Personen bis 2050; Vorausberechnung des MS auf der Grundlage der alters- und geschlechtsspezifischen Pflegequoten - Stand: 15.12.2003 (status - quo - prognose)-; Grundlage: Statistisches Bundesamt: 10. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung; Basisannahmen geringer Anstieg der durchschnittlichen Lebenserwartung, mittleres Wanderungssaldo (Variante 2)

Sachverhalt	Abschnitt in Teil B
- Die Zahl der pflegebedürftigen älteren Menschen (65 bis unter 80 J.) steigt von 61.442 bis 2020 um 6,5 – 11,3%, bis 2050 um 9,0%. Von 2020 bis 2030 – also in nur 10 Jahren – erfolgt zwischenzeitlich ein Anstieg um 19,6% (12.840 Personen); danach nimmt die Zahl um 14,4% (11.280 Personen) ab. - Die Zahl der pflegebedürftigen alten Menschen (80 J. u. älter) steigt von 116.611 bis 2020 um 23,9 – 43,7% (36.650 – 50.900 Personen), bis 2050 um 148,9% (173.660 Personen).	II.1.3.2

3.2 Einschätzungen zur strukturellen Entwicklung

Vorbemerkung:

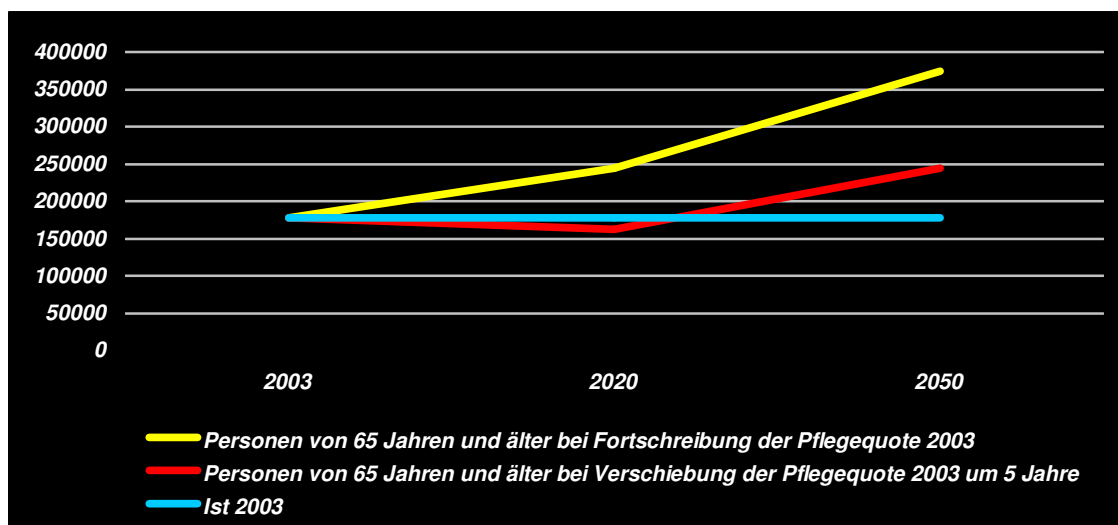
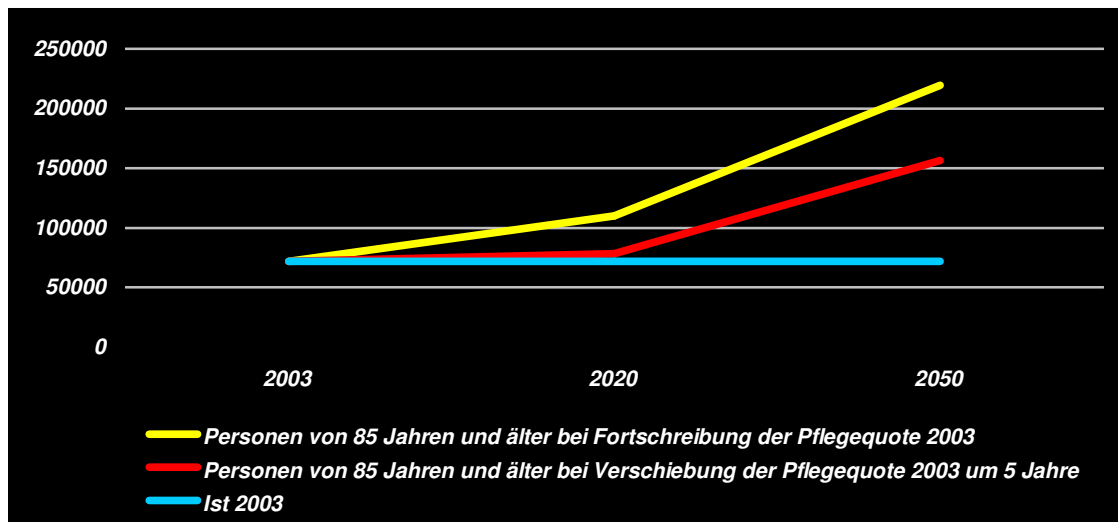
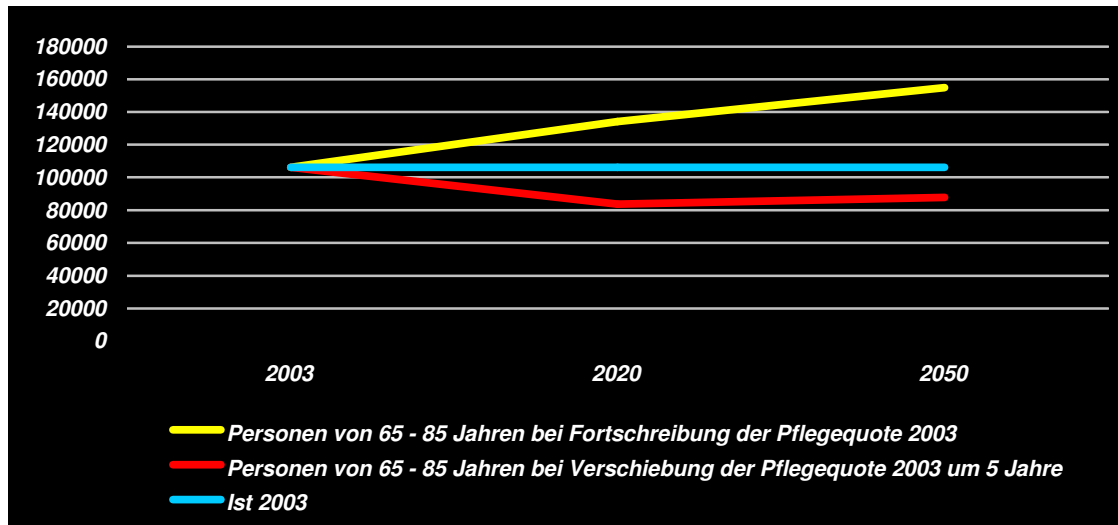
Die Vorausberechnungen zur Zahl der pflegebedürftigen Personen (3.1) unterstellen für die Zukunft gegenüber heute weitestgehend unveränderte Verhältnisse. Dies kann realistischerweise jedoch nicht erwartet werden. Vielmehr werden Rahmenbedingungen wie der Zugang zu Leistungen der Pflegeversicherung (z. B. verstärkter Einbezug dementiell erkrankter Personen⁸) oder ein späterer Eintritt von Pflegebedürftigkeit im Zuge der fortschreitenden Lebenserwartung erheblichen Einfluss auf die Zahl der zu versorgenden Menschen haben. Ebenso werden Art und Umfang der zu erbringenden Pflege-, Versorgungs- und Betreuungsleistungen durch Pflegedienste und Pflegeheime wesentlich von der Entwicklung des privaten Pflegepotentials sowie der komplementären Angebote zur Sicherung der häuslichen Versorgung abhängen. Solchen Zukunftsszenarien wurde in Form begründeter Einschätzungen nachgegangen (**was passiert, wenn was passiert?**)⁹. Hinsichtlich der Ableitungen und Begründungen der nachfolgenden Feststellungen und Schlussfolgerungen wird auf Abschnitt B II.2 hingewiesen.

Sachverhalt	Abschnitt in Teil B
<u>Verschiebung des Eintrittsalters von Pflegebedürftigkeit aufgrund verlängerter Lebenserwartung</u> Die auch für die Zukunft zu erwartende Verlängerung der Lebenserwartung wird mit einer längeren Dauer der in relativer Gesundheit / ohne Pflegebedürftigkeit zu verbringenden Lebenszeit einhergehen. Hierfür spricht die Entwicklung der vergangenen Jahrzehnte, das zunehmende individuelle und öffentliche gesundheits- und umweltbewusste Handeln bzw. die fortschreitende Entwicklung von solches Handeln unterstützenden Strukturen und Angeboten. Hoch wahrscheinlich ist auch ein weiterer medizinisch-therapeutischer Fortschritt insbesondere bei Alterserkrankungen.	II.2.1

⁸ siehe folgender Abschnitt 4. und Abschnitt B II.3

⁹ zur Frage des zukünftigen Personalbedarfs siehe Abschnitt 5. und B II.2.4

Abbildung A 6: Vorausberechnung der Zahl der pflegebedürftigen Menschen in den oberen Altersgruppen unter alternativen Annahmen zu Entwicklung des Anteils dieser Personen an der altersgleichen Bevölkerung (Pflegequote) in Niedersachsen bis 2050 ¹⁾



- 10. Koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung, Variante 5
- altersspezifische Pflegequoten auf Grundlage Bevölkerung von Niedersachsen 31.12.2003 und Leistungsbeziehenden und bezieher der Pflegeversicherung am 15.12./31.12.2003 gem. Pflegestatistik 2003

Sachverhalt	Abschnitt in Teil B
▪ Ein daraufhin nur um wenige Jahre hinausgeschobenes Eintrittsalter von Pflegebedürftigkeit (in der heutigen Definition) bei den älteren Menschen hätte angesichts der alterungsbedingten Häufung von Pflegebedürftigkeit einen erheblich geringeren Anstieg der Zahl der pflegebedürftigen Menschen zur Folge: Bei einer „Verschiebung“ der Prävalenzen von Pflegebedürftigkeit in den höheren Lebensaltersgruppen um fünf Jahre wäre für die 85-Jährigen und Älteren bis 2020 eine im Vergleich zum Ergebnis der konventionellen Schätzung (s. 3.1) um 31.300 Personen (43,5%) niedrigere Zahl pflegebedürftiger Personen anzunehmen; für 2050 beträgt die Differenz rd. 63.100 Personen (87,8%). Anstelle einer Zahl von insgesamt 244.200 pflegebedürftigen Menschen im Alter von 65 Jahren und mehr wären in 2020 nur 162.350 (heute: 178.107), in 2050 anstelle von 374.600 nur 244.300 Personen pflegerisch zu versorgen. Gegenüber dem heutigen Stand wäre dies nur ein Zuwachs um 66.200 Personen (37,2%) Diese Zahlen verdeutlichen die Sinnhaftigkeit bzw. Notwendigkeit von Maßnahmen jedweder Art, die flankierend zur erwarteten „natürlichen“ Verlängerung der „gesunden Lebenszeit“ dem Entstehen von Pflegebedürftigkeit vorbeugen bzw. deren Eintritt verzögern. Die diesbezüglich von CDU, CSU und SPD in dem Koalitionsvertrag vom 11. Nov. 2005 angekündigten Maßnahmen und Zielvorgaben werden vor diesem Hintergrund vom MS ausdrücklich begrüßt.	II.2.1
<u>Entwicklung des privaten Pflegepotentials</u> ▪ Der zukünftige Bedarf an Familien ergänzenden und Familien ersetzenden Hilfeleistungen für pflegebedürftige Menschen und damit auch der privat wie von der Solidargemeinschaft der Versicherten und der öffentlichen Hand aufzubringenden Finanzmittel für solche Pflege-, Versorgungs- und Betreuungsangebote wird entscheidend durch die Entwicklung der zur Pflege und Unterstützung verfügbaren und bereiten Personen im privaten Umfeld der pflegebedürftigen Personen und deren Belastbarkeit abhängen. ▪ Für die vergangenen zehn Jahre seit In-Kraft-Treten des SGB XI ist eine unveränderte Bereitschaft zur privaten Pflege festzustellen. Die deutlich gestiegene Zahl der pflegebedürftigen Menschen wurde weiterhin in nahezu demselben Umfang aus dem privaten Umfeld heraus gepflegt. Der Anteil der in Pflegeheimen umfassend außerfamiliär versorgten Personen ist lediglich um 2% gestiegen. Nach wie vor stellen nahe Angehörige den größten Teil der Pflegepersonen. Der Anteil der männlichen Personen (Ehepartner, Söhne) hat sich erhöht; die privaten Pflegearrangements sind vielgestaltiger geworden. ▪ Deutlich gestiegen ist allerdings die Zahl derjenigen, die ergänzende professionelle Pflege durch Pflegedienste in Anspruch nehmen.¹⁰	II.2.2

¹⁰ siehe 1. und Abschnitt B 1.1

Sachverhalt	Abschnitt in Teil B
▪ Das private Pflegepotential wird auch zukünftig weitgehend unverändert zur Verfügung stehen. Gründe: - Die Bevölkerungszahl in den für private Pflegeleistung typischen Altersgruppen nimmt mittelfristig (2020) zu, langfristig (2050) hat sie nahezu denselben Umfang wie heute. - Pflegegeld und ergänzende Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegepersonen sowie eventueller privater Zuzahlungsbedarf für externe Pflege- und Betreuungsleistungen stellen unverändert wichtige Entscheidungskriterien für die Übernahme privater Pflegetätigkeit dar, - Der auch für die Zukunft zu erwartende Prozess der Tendenz zur Verkleinerung der Haushaltsgrößen („Singularisierung“) wird angesichts einer „Vernachlässigung“ der Generationen die Erreichbarkeit von privaten Hilfeleistungen grundsätzlich erhalten. - Die altengerechte Wohnungsversorgung mit ergänzender Betreuung wird auch künftig zunehmen. ▪ Mit einer zukünftig voraussichtlich höheren und in höheres Lebensalter hinein dauernden Erwerbstätigkeit von Frauen wird sich allerdings die Frage der Vereinbarkeit mit privater Pflegetätigkeit verstärkt stellen. Hier bedarf es familienunterstützender Maßnahmen. ▪ Die Stabilität des Angebotes an privater Hilfe und Unterstützung bei Pflegebedürftigkeit wird zudem zukünftig verstärkt abhängen vom Umfang, von der Qualität und von der klientengerechten Vermittlung von externen professionellen und freiwilligen / ehrenamtlichen Dienst-, Beratungs- und Betreuungsleistungen. Das gilt insbesondere im Blick auf die nach heutigem Kenntnisstand zu erwartende steigende Zahl dementiell erkrankter Menschen. Niedrigschwellige Betreuungsangebote und ambulante gerontopsychiatrische Zentren, wie sie vom Land gefördert werden, leisten einen wichtigen Beitrag zur Stärkung der privaten Unterstützung. Die derzeitigen leistungsrechtlichen Bestimmungen des SGB XI sind für die Entwicklung komplementärer und flankierender Unterstützungsleistungen und Angebote zur häuslichen Pflege nicht förderlich.	II.2.2
<u>Auswirkungen auf den institutionellen Versorgungsbedarf und auf den Finanzbedarf bei Annahme gegenüber heute unveränderten Versorgungsstrukturen</u> ▪ Ende 2003 nahmen 22% der pflegebedürftigen Personen in Niedersachsen die Unterstützung durch Pflegedienste in Anspruch, 32% lebten im Pflegeheim.¹¹ ▪ Für den Fall, dass sich an diesen Verhältnissen zukünftig nichts ändert und dass die Vorausberechnungen zur zukünftigen Zahl der pflegebedürftigen Menschen in Niedersachsen zutreffen, wären die Folgen - bei der ambulanten Pflege eine Zunahme bis 2020 um 20 – 25% (10.000 – 12.200 Personen), bis 2050 um 80% (38.600 Personen), - bei der vollstationären Dauerpflege (gleiche Zuwachsraten wie ambulant) eine Zunahme bis 2020 um 14.050 – 17.250 Personen, bis 2050 um 54.550 Personen.	II.2.3

¹¹ siehe 1. und Abschnitt B I.1.1

Sachverhalt	Abschnitt in Teil B
▪ Bei diesen Zahlen liegen die Annahmen der Bevölkerungsvorausberechnungen zugrunde, dass es zu keinem bzw. zu einem geringen Anstieg der Lebenserwartung kommt.¹² ▪ Die daraus für die privaten Haushalte folgenden zusätzlich privat aufzubringenden Mittel können nicht näher bestimmt werden; über die Höhe der von dort über die Leistungen der Pflegeversicherung hinaus aufgebrauchten Mittel zur Sicherung der häuslichen Pflege liegen keine Erkenntnisse vor. Der Umfang solche Mittel dürfte allerdings angesichts der Tatsache, dass nur ca. ein Drittel der häuslich Gepflegten den Pflegesachleistungsbetrag voll ausschöpft, nicht allzu hoch anzunehmen sein. ▪ Anders würden sich die Verhältnisse darstellen für die Bewohnerinnen und Bewohner von Pflegeheimen im Blick auf den grundsätzlich durch sie zu entrichtenden Investitionsbetrag, für Land und Kommunen als Träger der Sozialhilfe, für das Land im Rahmen der Förderung von Investitionsaufwendungen nach dem Niedersächsischen Pflegegesetz (NPflegeG) und die Pflegeversicherung. So wäre z. B. bis 2050 ein Refinanzierungsbedarf für die zusätzlich zu errichtenden Pflegeheimplätze in Höhe von 9 bis 10 Mrd. € anzunehmen. Für das Land wäre in 2050 ein Erstattungsbetrag an die Kommunen in etwa in Höhe des Doppelten des heutigen Betrages von rd. 95 Mio. € für die von dort erbrachten Leistungen für von den sozialhilfeberechtigten Heimbewohnerinnen und Heimbewohnern zu zahlenden Investitionskosten der Einrichtungen anzunehmen. Ein weiterer Sozialhilfe-Mehrbedarf folgt aus den für bedürftige Heimbewohnerinnen und Heimbewohner zusätzlich aufzubringenden Leistungen für nicht durch die Pflegeversicherung abgedeckte Vergütungen für die Pflege und für aus der Sozialhilfe zu zahlenden Entgelte für Unterkunft und Verpflegung. Der hierfür anfallende Finanzmehrbedarf errechnet sich auf 14,8 bis 18,1 Mio. € für 2020 und 57,3 Mio. € für 2050. Land und Kommunen wären nach derzeitiger Rechtslage (Quotales System) in etwa mit jeweils der Hälfte dieser Beträge belastet. Das Land hätte zudem – bei unverändertem Förderbetrag und unverändertem Leistungsvolumen der Pflegedienste – bis 2020 einen Anstieg des Fördermittelvolumens für die Pflegedienste von derzeit rd. 23,2 Mio. € (Ausgaben 2004) auf 28,1 bis 29,2 Mio. €, bis 2050 in Höhe von 42,1 Mio. € zu vergegenwärtigen. Der nicht näher bezifferbare zusätzliche Mittelbedarf für die Förderung der teilstationären und der Kurzzeitpflegeeinrichtungen käme hinzu. Für die Pflegekassen in Niedersachsen käme es allein bei den vollstationären Dauerpflegeleistungen 2050 zu zusätzlichen Ausgaben von rd. 840 bis 998 Mio. €. ▪ Diese Beträge stehen unter dem Vorbehalt vielfältiger Annahmen. Sie sind daher nur Modellrechnungen und Trendanzeigen. Sie zeigen aber gleichwohl erneut die dringende Notwendigkeit aller Maßnahmen zur Vermeidung oder Verzögerung von Pflegebedürftigkeit und zur Stützung des privaten Pflegepotentials durch flankierende Hilfen vor allem im niedrigschwelligen Bereich auf örtlicher Ebene.	II.2.3

¹² Erläuterung siehe 3.1 und Abschnitt B II.1.1

[illegible]

Sachverhalt	Abschnitt in Teil B
▪ Seit der Vorlage des Pflegerahmenplans des MS (damals MFAS) im Mai 2000 hat die Versorgung pflegebedürftiger / schwerstkranker / -behinderter Kinder und ihrer Familien vielfältig Verbesserungen und Weiterentwicklungen erfahren. Als solche sind u. a. zu nennen: - das Kinderhospiz Löwenherz als Kurzzeit- und Dauerpflegeeinrichtung für Kinder mit begrenzter Lebenserwartung, - die Verbesserung der Information der betroffenen Familien sowie aller mit der Aufgabe der gesundheitlichen, sozialen und pflegerischen Versorgung professionell und ehrenamtlich befassten Institutionen und Organisationen durch die Broschüre des MS „Hilfen für Familien mit schwerstkranken Kindern in Niedersachsen“ (4. Auflage in Vorbereitung), - die Erweiterung des Angebotes an auf die häusliche Pflege schwerstkranker Kinder ausgerichteter Krankenpflegedienste (Kinderkrankenpflegedienste) von 7 auf 12 solcher Angebote, - das Angebot einer häuslichen Kinderkrankenpflege nach einer stationären Behandlung (Schwerpunkt „Übergangspflege“) von bisher 22 (von 34) Kinderkliniken bzw. Abteilungen für Kinder- und Jugendmedizin an Allgemeinkrankenhäusern, - ein neues bzw. erweitertes Angebot an Kurzzeitpflegeeinrichtungen (insbes. für wachkomatöse und beatmungspflichtige Kinder (im Bau bzw. in Planung), - ein Katalog für Leistungen häuslicher Kinderkrankenpflege für schwerstkranke Kinder sowie von Qualitätsmaßstäben für solche Leistungen (Anerkennung durch die Krankenkassen im Rahmen der Vergütung), - ein Konzept zur Fortbildung von Kinderkrankenschwestern in allgemeinen Pflegediensten (in Erprobung), - die Einrichtung eines „Runden Tisches schwerstkranke Kinder“ zur fachlichen Beratung des MS im Blick auf die Entwicklung der Versorgungsstrukturen für schwerstkranke / -behinderte / pflegebedürftige Kinder. Die meisten der vorgenannten Maßnahmen wurden durch Förderung des Landes ermöglicht bzw. unterstützt. ▪ Daneben befinden sich – ebenfalls mit Förderung durch das Land – weitere Projekte in der Erprobung oder in Vorbereitung. Sie zielen im Besonderen ab auf die Beratung betroffener Eltern und die koordinierte Vermittlung von Hilfen im häuslichen Umfeld (Case-Management) sowie auf die Kooperation und Vernetzung der örtlichen Dienste, Einrichtungen und Selbsthilfegruppen vor Ort (Care-Management). Hierzu zählen z.B. - die Erprobung eines klinikgestützten Case-Managements im städtischen und im ländlichen Siedlungsraum, - die Erprobung fachlicher Beratung von Elterngruppen sehr kleiner Frühgeborener; - die Erarbeitung und Erprobung eines landeseinheitlichen Konzepts zur Beratung von Eltern mit pflegebedürftigen Kindern im häuslichen Bereich nach § 45 SGB XI. - die Begutachtung zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit bei Kindern durch Fachkräfte der Kinderkrankenpflege beim MDKN. Im Fall der erfolgreichen Erprobung dieser Versorgungsbausteine wird ihre flächendeckende Umsetzung bzw. Anwendung angestrebt. Der Entwicklungsprozess wird mit Unterstützung des Landes insofern weitergeführt.	I.3.4.1

¹³ siehe 3.1 und Abschnitt B II.1.3.1

Sachverhalt	Abschnitt in Teil B
▪ Zur Versorgungslage dementiell erkrankter Menschen und ihrer Angehörigen mit die häusliche Pflege und Betreuung unterstützenden Hilfen sowie bei stationärer Versorgung im Heim liegen dem MS mangels einer systematischen Erfassung nur Einzelerkenntnisse vor. Danach sind – zwischen den kommunalen Gebietskörperschaften nach Zahl und Art sehr unterschiedliche und örtlich oder personell sehr begrenzte – Angebote in nicht unerheblicher Zahl anzunehmen. Von der mit Förderung durch das Land in Vorbereitung befindlichen Datenbank zu Leistungen und Angeboten der Eingliederungs- und der Altenhilfe¹⁴ wird eine deutliche Verbesserung des Informationsstandes erwartet. ▪ Hinsichtlich der Einzelbeispiele wird auf die Ausführungen im Abschnitt B.I.3.4.2 verwiesen. Dies betrifft auch mit Förderung durch das Land initiierte oder unterstützte Angebote. In diesem Zusammenhang ist noch einmal die Förderung der niedrigschwelligen Betreuungsangebote und der gerontopsychiatrischen Zentren hervorzuheben.¹⁵ ▪ Verallgemeinernd kann jedoch von einer bislang keineswegs befriedigenden Versorgungssituation ausgegangen werden. Dies betrifft sowohl die Wohn- und Betreuungsbedingungen der dementen Bewohnerinnen und Bewohner von Pflegeheimen – trotz verschiedener landesweit, z. T. auch über die Grenzen Niedersachsens hinaus, bekannter Einrichtungen mit Vorbildfunktion (gut und dennoch nicht teuer). Dies betrifft des weiteren im Bereich der ambulanten Versorgung u. a.: - die Kenntnisse der niedergelassenen (Haus-)Ärzte über (frühe) Diagnose und Therapie von Demenz, - den Informationstransfer über vorhandene Angebote an die Pflege- und Betreuungspersonen, - eine zu geringe „Demenzorientierung“ im Krankenhaus, - die Unterstützung der pflegenden Angehörigen in Form zugehender Beratung, und koordinierender Vermittlung trotz zum Teil vorhandener guter Rechtsgrundlagen (Beratung nach § 37 Abs. 3 und § 45 SGB XI) und - (von positiven Ausnahmen abgesehen, s. B I.3.4.2) den Mangel an perpetuierten Aktionen auf örtlicher Ebene zur Aufklärung und Sensibilisierung für Fragen der Demenz und zum adäquaten Umgang mit dementiell erkrankten Menschen. Nicht zuletzt beeinträchtigen auch die leistungs- und vertragsrechtlichen Bestimmungen des SGB XI eine bessere Versorgung der demenzkranken Personen bzw. die Entwicklung entsprechender Versorgungsstrukturen. Die Förderatbestände der §§ 45 b und c SGB XI für Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz sind dem Ansatz nach richtig, aber nicht ausreichend.	I.3.4.2

¹⁴ „Informationsplattform Altenhilfe“; siehe 2.2 und Abschnitt B I.3.5.1

¹⁵ siehe 2.2 und Abschnitt B I.3.6

Sachverhalt	Abschnitt in Teil B
<u>Pflegebedürftige Menschen mit Behinderungen</u> ▪ Menschen mit Behinderungen sind bei Vorliegen von Pflegebedürftigkeit im Sinne des SGB XI nach diesem Gesetz grundsätzlich leistungsberechtigt. Im Falle einer häuslichen pflegerischen Versorgung erhalten sie die üblichen Leistungen nach §§ 36 – 42 SGB XI, bei Aufenthalt in einem Pflegeheim nach § 43 SGB XI. Pflegebedürftige Menschen mit Behinderungen, die in einer vollstationären Einrichtung der Hilfe für behinderte Menschen leben (vorrangiger Zweck der Einrichtung: Eingliederungshilfe) erhalten für dortige Pflegeleistungen einen Betrag von höchstens 256 Euro monatlich (§ 43a i. V. m. § 71 Abs. 4 SGB XI). ▪ Über die Zahl der häuslich gepflegten Menschen mit Behinderungen liegen aufgrund der zu den übrigen pflegebedürftigen Personen unterschiedslosen Leistungsgewährung nach dem SGB XI keine Angaben vor. Es ist aber nach überschläglichen Schätzungen keine bedeutende Zahl anzunehmen. In vollstationären Pflegeeinrichtungen leben nach Angaben des Niedersächsischen Landesamtes für Soziales, Jugend und Familie (LS) rd. 1000 Personen. ▪ Die meisten pflegebedürftigen Menschen mit Behinderungen leben im Fall einer stationären Versorgung in Einrichtungen der Hilfe für Menschen mit Behinderungen; in Niedersachsen waren dies in 2004 schätzungsweise 6.700 – 6.800 Personen. Ihr Anteil an allen Leistungsbezieherinnen und –bezieher liegt damit bei (nur) rd. 3%. Ihre Zahl ist in den letzten Jahren kontinuierlich gestiegen, von 1998 bis 2004 um durchschnittlich 220 Personen. Die Bewohnerinnen und Bewohner der vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen sind derzeit zu rd. 85% unter 60 Jahre alt. ▪ Pflegebedürftige Menschen mit Behinderungen können bedingt auf ambulante und stationäre Pflegeangebote zurückgreifen. In der ambulante Pflege bieten 17 Familienentlastende Dienste (FED) als zugelassene Pflegedienste neben den Betreuungs- auch Pflegeleistungen an. Das sind zwei Drittel aller FED in Niedersachsen. Zwei weitere FED befinden sich im Anerkennungsverfahren. Die FED werden vom Land im Rahmen freiwilliger Leistungen gefördert. Ihre Zahl hat sich seit Vorlage des Pflegerahmenplans vom Mai 2000 um 6 Dienste erhöht. Insbesondere schwer körperbehinderte Menschen können die Hilfen der Individuellen Schwerbehindertenbetreuung (ISB) in Anspruch nehmen. Diese Dienste bieten grundsätzlich auch selbst oder in Kooperation mit zugelassenen Pflegediensten Leistungen der häuslichen Pflege nach dem SGB XI an. Neue Daten zum Angebotsbestand liegen nicht vor; 1992 waren es 92 Dienste. Im August 2004 standen 414 Plätze für Zivildienstleistende für Erwachsene und 165 für Kinder zur Verfügung; sie waren zu 22% bzw. 18% belegt. Dies ist deutlich weniger als 1998 (Datenstand Pflegerahmenplan). Bereits nach Bericht der LAG der freien Wohlfahrtspflege aus 1992 wurden die abnehmende Zahl von Zivildienstleistenden durch eine Zunahme von beschäftigten Fach- und Hilfskräften ausgeglichen. Dem MS liegen keine Erkenntnisse dahingehend vor, dass die Nachfrage nach Hilfeleistungen mit dem derzeitigen Angebot nicht befriedigt werden kann. Menschen mit Behinderungen in häuslicher Pflege stehen im Übrigen für Pflegeleistungen grundsätzlich alle zugelassenen Pflegedienste zur Verfügung. Ob die von dort bereitgestellten Leistungen den ggf. besonderen Anforderungen behinderter Menschen genügen, kann nicht gesagt werden. Dem MS liegen allerdings auch keine diesbezüglichen Beschwerden vor.	I.1.3.4 I.3.4.3 I.1.3.4 I.3.4.3

Sachverhalt	Abschnitt in Teil B
<u>Personen mit fortschreitenden Immunkrankheiten (MS, Aids) oder mit Schädel-Hirn-Trauma</u> <i>Multiple-Sklerose-Kranke</i> ▪ Circa 10.000 Menschen in Niedersachsen sind an MS erkrankt. Dies sind nach Schätzungen des Landesverbandes Niedersachsen der Deutschen Multiple Sklerose Gesellschaft (DMSG) 1000 Personen mehr als zum Zeitpunkt des Pflegerahmenplans im Jahr 2000. Über die ambulant oder stationär pflegebedürftigen MS-Kranken gibt es keine Angaben; auch seitens des Landesverbandes der DMSG konnten keine diesbezüglichen Einschätzungen vorgenommen werden. In Anbetracht der in den letzten Jahre deutlichen medizinisch-therapeutischen Fortschritte und einem durchaus nicht immer zur Pflegebedürftigkeit führenden Krankheitsverlauf muss eine recht geringe und tendenziell eher abnehmende Zahl unterstellt werden. Dies bedürfte allerdings der Verifizierung im Rahmen spezieller Untersuchungen. Gleiches gilt aus denselben Gründen für die zukünftige Entwicklung. ▪ MS tritt in der Regel in jüngeren bis mittleren Lebensjahren auf; Frauen sind erheblich häufiger betroffen. Dies führt bei fortgeschrittenen Krankheitsstadien, die die ständige Anwesenheit einer Betreuungsperson erfordern, zu erhöhtem Bedarf an familienexterner stationärer Versorgung; für Männer bestehen unter den gegebenen gesellschaftsstrukturellen Bedingungen für eine innerfamiliäre Pflege bessere Voraussetzungen. ▪ Die ambulante pflegerische Versorgung der MS-Kranken erfolgt im Regelfall durch allgemeine Pflegedienste. Lediglich im Raum Hannover hat sich ein Pflegedienst u. a. auf die Gruppe der MS-Kranken spezialisiert. Hinweise auf eine unzureichende ambulante pflegerische Versorgung liegen dem Sozialministerium gleichwohl nicht vor. ▪ Mangels geeigneterer spezieller Angebote oder aus Gründen der räumlichen Nähe zum Herkunftsort leben vollstationär pflegebedürftige MS-Kranke nach Aussagen des Landesverbandes der DMSG zum Teil in Altenpflegeheimen. Diese sind für den überwiegend jungen Personenkreis, der zudem über einen langen Zeitraum in den Einrichtungen leben muss, grundsätzlich ungeeignet. Vier Einrichtungen in Celle, Hannover, Lehre-Wendhausen und Osnabrück sind speziell auf MS-krankte Personen ausgerichtet. Nach Kenntnis des Landesverbandes der DMSG befinden sich vereinzelt Wohngruppen an Pflegezentren in Planung, so z. B. in der Region Braunschweig. Die DMSG sieht Bedarf an stationären Pflegeplätzen noch im Raum Oldenburg; ansonsten sieht sie gegenwärtig den Bedarf als im Wesentlichen gedeckt an. ▪ Die überwiegend jüngeren pflegebedürftigen MS-Kranken bevorzugen nach Erkenntnissen der DMSG zunehmend betreute Wohnangebote (ggf. in Zuordnung zu einem Pflegeheim) als für sie geeignetes Lebensumfeld. Für die Zukunft sollte dies verstärkt bedacht werden. Ein solches Angebot könnte auch den Widerspruch zwischen gewünschter Wohnortnähe und weiter entfernten Spezialeinrichtungen entschärfen. Es wird davon ausgegangen, dass diesbezügliche Impulse auf örtlicher Ebene durch die Ortsgruppen der DMSG oder ihre vier regionalen Beratungsstellen mit Unterstützung durch den Landesverband erfolgen.	I.1.3.5 und II.3 I.3.4.4 III.2.3

Sachverhalt	Abschnitt in Teil B
<i>Aids-Kranke</i> ▪ Nach den Erfahrungen aus der Praxis sind am Vollbild von AIDS erkrankte Personen in der Regel auch pflegebedürftig nach SGB XI. Schätzungen des Robert-Koch-Instituts gehen derzeit von rd. 3.000 HIV infizierten Personen, davon 2.300 Männer, in Niedersachsen aus – erstmals seit 2004 wieder steigend. Die Zahl der Aidskranken wird mit 350 angenommen. Zwischen 30 – 50% der HIV-Infizierten und Aidskranken leben in der Region Hannover. ▪ Aidskranke, für die häusliche Pflege ausreicht, können im Raum Hannover auf einen u. a. auf diese Erkrankung besonders ausgerichteten Pflegedienst zurückgreifen. Die Niedersächsische AIDS-Hilfe kooperiert zudem mit einer großen Zahl anderer Pflegedienste. Aufgrund einer Zunahme komplexer Krankheitsbilder kommen aber diese Dienste zunehmend an qualifikatorische Grenzen. Dies wird nach Einschätzung der AIDS-Hilfe noch zunehmen. ▪ Für Personen, die auf eine umfassende Versorgung angewiesen sind, bieten das der Hannöverschen AIDS-Hilfe e. V. angegliederte „Lighthouse“ sechs Wohnplätze (mit ambulanter Pflege) an. Darüber hinaus besteht ein Angebot des integrierten Versorgungszentrums „SIDA plus“. Dieses kooperiert mit Kliniken und Pflegeheimen und bietet in diesem Kontext eine begrenzte Zahl von Pflegeplätzen und so genannten „Auffangwohnungen“ an. Diese Angebote richten sich vorrangig an pflegebedürftige akut und chronisch an AIDS erkrankte Menschen in unsicherer oder ungeeigneter Wohnsituation. Außerdem wird auch an der MHH eine kleine Zahl von Pflegeplätzen vorgehalten. Für alle anderen Regionen sind dem MS auch nach Nachfrage bei der Niedersächsischen AIDS-Hilfe keine vergleichbaren Angebote bekannt. ▪ Nach Auskunft von „Lighthouse“ besteht dort ein dauerhaft zu belegender Platzbedarf an ca. 5 weiteren Wohnplätzen. ▪ Die durch verbesserte medikamentöse Therapie zum Teil deutlich verlängerte Lebenserwartung bei HIV-Infizierten und Aidskranken führt andererseits zu schwereren und komplexeren Krankheitsbildern und in diesem Zusammenhang nach den Erfahrungen aus der Praxis zu einer steigenden Zahl von pflegebedürftigen sowie schwerer pflegebedürftigen Personen unter den betroffenen Personen (s. o.). Dies wird noch zunehmen. Die Hannöversche AIDS-Hilfe rechnet mit einem Anstieg von 10 - 20%. Erforderlich sind nach dortiger Auffassung vermehrte und verbesserte ambulante Angebote, um durch möglichst frühzeitige pflegerische Intervention nachfolgenden stationären Pflege- und Versorgungsbedarf weitest möglich hinauszuschieben oder sogar zu vermeiden. Sollte dies nicht gelingen, käme es zu einem gegenüber dem heutigen Stand deutlich vermehrten stationären Versorgungsbedarf, der im gängigen Angebot der Pflegeeinrichtungen nicht bzw. nicht angemessen befriedigt werden kann.	I.1.3.5 I.3.4.4 II.3

Sachverhalt	Abschnitt in Teil B
▪ Einschätzungen zur voraussichtlichen Entwicklung der Zahl der betroffenen Personen sind nicht möglich. Nach Auskunft der LAG Phase F ist der Bedarf an vollstationären Pflegeplätzen auf mittlere Frist im derzeitigen Bestand zu decken. Als unzureichend ist nach Auskunft des Verbandes Schädel-Hirn-Patienten in Not e. V. vor dem Hintergrund des großen Anteils häuslich gepflegter Personen das Angebot an Kurzzeitpflege-Möglichkeiten zur Entlastung der Pflegepersonen zu sehen. Auch die ambulante Pflege ist nach dortiger Auffassung nicht immer hinreichend auf die besonderen Belange dieses Personenkreises und der pflegenden Angehörigen abgestellt. ▪ Bauliche und personelle Anforderungen an Nachsorgeeinrichtungen der Phase F richten sich nach dem unter Mitwirkung des MS erarbeiteten „Rahmenkonzept zur vollstationären Pflege von Schädel-Hirngeschädigten in Pflegeeinrichtungen der Phase F in Niedersachsen“, das vom Landespflegeausschuss mit Datum vom 9. Okt. 2000 als Empfehlung beschlossen und im März 2004 ergänzt wurde. Sofern sie Kurzzeitpflege anbieten, erhalten die Spezialpflegeeinrichtungen Investitionskostenförderung nach § 10 NPflegeG. Dies würde auch für den Fall zusätzlicher diesbezüglicher Angebote gelten. ▪ Die LAG der Nachsorgeeinrichtungen hat zudem für ihre Einrichtungen Qualitätsanforderungen für Stationäre Einrichtungen der Phase F formuliert, die in die Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen nach § 80a SGB XI einfließen und insoweit auch eine Grundlage für die Vergütungsvereinbarungen für solche Einrichtungen bilden. ▪ Für die zukünftige Entwicklung der Versorgung von Schädel-Hirngeschädigten der Phasen F und G wird davon ausgegangen, dass, wie in der Vergangenheit, zusätzliche Angebote in Abhängigkeit von der Bedarfslage angeboten werden. Insoweit ist derzeit kein besonderer Handlungsbedarf festzustellen.	II.3 und III.2.3
<u>Migrantinnen und Migranten</u> ▪ Leistungen der Pflegeversicherung werden unabhängig von der Nationalität der von Pflegebedürftigkeit betroffenen Personen gewährt. Über die Zahl der Leistungsempfängerinnen und –empfänger besteht daher keine Kenntnis. Näherungsweise ist daher für eine Abschätzung auf die Altersstruktur der Migrantinnen und Migranten zurückzugreifen. ▪ Ende 2004 lebten in Niedersachsen 28.111 ausländische Frauen und 30.792 ausländische Männer im Alter von 60 u. m. Jahren (0,35% / 0,38% der Gesamtbevölkerung). Für den Fall einer unterstellten, der deutschen Bevölkerung entsprechenden, Inanspruchnahme von Leistungen der Pflegeversicherung (9,4% der Altersgruppe) würde für die ausländische Bevölkerung unter den pflegebedürftigen Menschen in Niedersachsen eine Zahl von rd. 5.550 Personen anzunehmen sein. Dies wären 2,5% aller Empfängerinnen und Empfänger von Pflegeversicherungsleistungen Ende 2003. Die Zahl ist allerdings unter gewissen Vorbehalten zu sehen angesichts - einer festgestellten höheren Morbiditätsrate vor allem bei ausländischen Männern aufgrund besonderer Gesundheitsbelastungen im Erwerbsleben und allgemein im Vergleich zur deutschen Bevölkerung schlechteren Lebensbedingungen mit der Folge einer höheren Wahrscheinlichkeit des Auftretens von Pflegebedürftigkeit einerseits,	I.1.3.6

Sachverhalt	Abschnitt in Teil B
- andererseits zum Teil zu unterstellender Unkenntnis über die Leistungsansprüche sowie bekannter Zugangsbarrieren zur Inanspruchnahme insbesondere von außerfamiliären Pflegeangeboten mit der Folge einer geringeren Inanspruchnahme der Leistungen der Pflegeversicherung. Ob sich diese Einflussvariablen im Ergebnis aufheben, kann nicht gesagt werden. ▪ Für die Gesamtbevölkerung lag der Anteil der pflegebedürftigen Bevölkerung Ende 2003 bei 2,73%. Für die ausländische Bevölkerung ist angesichts ihrer Altersstruktur (derzeit noch) von einer deutlich geringeren Prävalenz von Pflegebedürftigkeit auszugehen als für die deutsche Bevölkerung. Die 5.550 pflegebedürftigen Personen stellten 1,03 % der ausländischen Bevölkerung Niedersachsens zu Ende 2004 dar. ▪ Die ausländische Bevölkerung ist regional sehr unterschiedlich stark vertreten. Insoweit befinden sich auch die Kommunen bzw. die dort ansässigen Pflegekassen und die Anbieter von Pflege- und Betreuungsleistungen hinsichtlich der Nachfrage nach Versorgungsleistungen in sehr unterschiedlicher Situation. So hatte z. B. die Landeshauptstadt Hannover Ende 2003 einen Ausländeranteil von knapp 17%, in Lüchow-Dannenberg waren es 2,5%. ▪ Die derzeitige Altersstruktur der Migrantinnen und Migranten lässt für die Zukunft einen erheblichen Anstieg der Älteren unter ihnen erwarten. Hierzu trägt vor allem auch die Tatsache bei, dass die Migrantinnen und Migranten eine dauerhafte Rückkehr in ihr Heimatland kaum mehr realisieren. Für Niedersachsen wäre bis zum Jahr 2020 eine Zahl von rd. 199.000 ausländischen Mitbürgerinnen und Mitbürgern im Alter von 60 u. m. Jahren anzunehmen. Bei Fortschreibung der Pflegequote der Gesamtbevölkerung von 9,4% wären danach 2010 12.250 pflegebedürftige Migrantinnen und Migranten anzunehmen. Für 2020 wären es 18.750, für 2030 26.850. Das entspricht Steigerungsraten von 121 / 238 / 384%. ▪ Die vorstehende Annahme einer zukünftig der Gesamtbevölkerung entsprechenden Pflegequote erscheint nicht unberechtigt. Bei längerem Aufenthalt in Deutschland ist grundsätzlich eine Anpassung an den Kenntnisstand über Leistungsansprüche und Versorgungsangebote der deutschen Bevölkerung wahrscheinlich. Außerdem sind die o. g. Nutzungsbarrieren nur für einen Teil der ausländischen Bevölkerung anzunehmen. ▪ Die geringe Zahl von pflegebedürftigen Personen mit Migrationshintergrund und die genannten Zugangsprobleme führen zu einer (noch) geringen Nachfrage nach ambulanten und stationären Pflegeleistungen. Ambulante Pflegeleistungen werden etwas mehr nachgefragt. ▪ Bislang sind vier Pflegedienste mit spezieller Ausrichtung auf Migrantinnen und Migranten bekannt. Alle sind in Hannover ansässig. Die Zahl hat sich gegenüber dem Jahr 2000 verdoppelt. Das spricht für einen zunehmenden Bedarf an solchen Angeboten insbesondere in Kommunen mit hohem Ausländeranteil. ▪ Eine landeszentrale Beratungsstelle bildet das vom Land mit geförderte Ethnomedizinische Zentrum. Mit der „Kooperativen Migrationsarbeit“ wurde in Niedersachsen in den vergangenen Jahren ein landesweites Netzwerk zur Integration von Migrantinnen und Migranten geschaffen. Information und Beratung z. T. in den Heimatsprachen bieten vereinzelt auch Krankenkassen sowie die o. g. Pflegedienste an. Mit finanzieller Unterstützung des Landes wurde ein mehrsprachiger Seniorenkompass erstellt.	II.3 I.3.4.5

Sachverhalt	Abschnitt in Teil B
▪ Personen mit Migrationshintergrund der so genannten 2. Generation sind zunehmend in Pflegeeinrichtungen und Pflegediensten tätig oder wählen eine Ausbildung in einem Pflegeberuf. Die Thematik der Pflege von Personen mit Migrationshintergrund ist vielerorts Gegenstand einer (fach-)öffentlichen Diskussion, von Fortbildungen des Personals von Pflegediensten und Pflegeheimen sowie an Alten- und Krankenpflegeschulen. <u>Sterbende</u> ▪ Ein Leben zu Hause möglichst bis zum Lebensende ist der Wunsch der meisten Menschen. Dieser Wunsch bleibt zunehmend mehr Menschen unerfüllt. Sie sterben im Krankenhaus oder im Pflegeheim. Betroffen sind vor allem alte Menschen, aufgrund ihrer durchschnittlich längeren Lebensdauer überwiegend Frauen. Betroffen ist aber auch eine steigende Zahl von Menschen jüngeren oder mittleren Alters mit tödlichen Erkrankungen. Die Individualisierung der Lebensvollzüge hat auch hier zunehmend zum Fehlen persönlicher Hilfe geführt oder aber ein Verbleib in der Familie ist wegen der Besonderheiten der Erkrankung mit der Folge eines besonderen Hilfebedarfs (insbes. palliativ-medizinische Versorgung) nicht möglich oder überlastet die pflegenden Angehörigen. Diesen Situationen und Entwicklungen fachlich und durch persönliche Zuwendung zu begegnen hat sich die Hospizbewegung zur Aufgabe gemacht. Nach Angaben der Hospiz Stiftung Niedersachsen sind gegenwärtig ca. 8000 freiwillige Helferinnen und Helfer in insgesamt 104 ambulanten Hospizdiensten (zwei hiervon speziell für sterbende Kinder) in der Sterbebegleitung im häuslichen Bereich tätig. Dies stellt nicht nur für die sterbenden Menschen und ihre Angehörigen eine außerordentliche Hilfe dar; auch Heim- oder Krankenhausaufenthalte noch für die letzte Lebenszeit werden hierdurch vermieden. ▪ Daneben bestehen 12 stationäre Hospize. Hier finden vor allem jüngere Menschen und solche mittleren Alters mit tödlichen Erkrankungen fachlich qualifizierte medizinisch-pflegerische und psycho-soziale Versorgung ebenso wie Ansprache, Trost und Geborgenheit. Mit dem Kinderhospiz Löwenherz in Syke besteht zudem ein besonderes Angebot für sterbende Kinder oder für solche mit lebensbedrohlichen Krankheiten und die jeweiligen Familien. Das Kinderhospiz dient daher sowohl dem Aufenthalt für die letzte Lebenszeit als auch für vorübergehende Aufenthalte zur Entlastung der Familien. Das Land hat mit einem Betrag von 772.000 Euro maßgeblich zur Errichtung des Kinderhospizes beigetragen. ▪ Stationäre Hospize und ambulante Hospizdienste erhalten Leistungen der Krankenversicherung auf der Grundlage des § 39a SGB V. Bei Vorliegen eines Versorgungsvertrages als Pflegeeinrichtungen nach § 72 SGB XI – hiervon ist in der Regel auszugehen – erhalten sie für pflegerische Leistungen Vergütungen aus Mitteln der Pflegeversicherung. Daneben besteht ein Anspruch auf Investitionskostenförderung aus Landesmitteln nach den Bestimmungen des Niedersächsischen Pflegegesetzes (NPflegeG). ▪ Die Hospiz Stiftung Niedersachsen – eine Initiative der Kirchen – unterstützt die ehrenamtliche Hospizarbeit. ▪ Vor diesem Hintergrund wird davon ausgegangen, dass sich das Angebot an stationären Hospizen und ambulanten Hospizdiensten nachfrageorientiert entwickeln wird.	I.3.4.6 I.1.3.1 und 1.3.2 I.3.4.6 II.3 und III.2.3

5. Personal in der Pflege

Sachverhalt	Abschnitt in Teil B
<u>Personalbestand, -entwicklung und -struktur</u> ▪ Ende 2003 waren in den niedersächsischen Pflegediensten insgesamt 20.715 Personen beschäftigt, je Pflegedienst durchschnittlich 20,8 Personen. Sie betreuten durchschnittlich 2,3 Personen. Gesundheits- und Krankenpflegekräfte machten 30%, Altenpflegerinnen und Altenpfleger 13% des Personals aus. ▪ In den (Alten-)Pflegeheimen (teilstationär, Kurzzeitpflege, vollstationäre Dauerpflege) waren zum selben Zeitpunkt 57.316 Personen beschäftigt – durchschnittlich 46. Einschließlich der Heimbewohnerinnen und Heimbewohner der so genannten Pflegestufe „Null“ oder „G“ (ca. 6.200 Personen) versorgten sie im Durchschnitt 1,3 Personen. In Pflegeheimen für Menschen mit Behinderungen war das Verhältnis 1 : 1, in solchen für psychisch kranke Menschen 1 : 1,16. Der Anteil der Pflegefachkräfte (im Sinne des SGB XI) betrug 30%; davon waren 70% Altenpflegerinnen und Altenpfleger. ▪ Der durch den Anstieg der Zahl der pflegebedürftigen Personen zwischen Ende 1999 und Ende 2003 erforderliche Personal-Mehrbedarf konnte durch ein entsprechendes Angebot an Arbeitskräften auf dem Arbeitsmarkt und Neuausbildungen in der Alten- und Krankenpflege (einschl. Helferberufe) nahezu vollständig ausgeglichen werden. Im Übrigen ist festzuhalten: ▪ Bestand und Struktur des Personals in den Pflegediensten und Pflegeheimen sind gleichermaßen den jeweiligen örtlichen Bedingungen angepasst. ▪ In beiden Versorgungsbereichen war für die Jahre von Ende 1999 bis Ende 2003 ein erheblicher Personalzuwachs zu verzeichnen. Dies gilt überdurchschnittlich für fachlich ausgebildetes Personal. Besonders qualifizierte Teilzeitarbeitsverhältnisse aber auch Vollzeitbeschäftigungen erhielten Zuwächse. ▪ Pflegedienste und Pflegeheime in Niedersachsen entsprechen hinsichtlich des Verhältnisses von Beschäftigten zur Zahl der betreuten Personen dem Bundesdurchschnitt. ▪ Pflegedienste unterscheiden sich von Pflegeheimen durch eine deutlich geringere Quote an Vollzeitbeschäftigungen. Allerdings ist die Quote der qualifizierten Teilzeitbeschäftigungen hoch. ▪ Pflegedienste beschäftigen durchschnittlich mehr Personen in Teilzeitarbeitsverhältnissen mit geringer Stundenzahl und in geringfügigen Beschäftigungen. Bei letzteren entspricht der Anteil den rahmenvertraglichen Vereinbarungen (möglichst nicht über 20%). ▪ Sowohl bei Pflegediensten als bei Pflegeheimen geht die Entwicklung in Richtung auf den vermehrten Einsatz von Fachpersonal.	I.3.2

Sachverhalt	Abschnitt in Teil B
▪ Die Pflegedienste verzeichnen einen überproportionalen Anstieg von Altenpflegerinnen und Altenpflegern. ▪ Der bei weitem größte Teil der Beschäftigten in den Pflegediensten und Pflegeheimen ist weiblich; diesbezüglich sind für die Zeit von Ende 1999 bis Ende 2003 kaum Veränderungen zu verzeichnen. Männliche Beschäftigte nehmen vergleichsweise häufiger als im Durchschnitt ihrer Präsenz in den Pflegeeinrichtungen Leitungsaufgaben und Aufgaben im technischen Dienst wahr. ▪ Sowohl in den Pflegediensten als auch in den Pflegeheimen entsprechen die Tätigkeitsbereiche der Beschäftigten ihren Ausbildungen im Sinne eines unter fachlichen wie betriebswirtschaftlichen Aspekten effektiven Personalmanagements. ▪ Die regionalen Strukturprofile sind vielfältig. In Anbetracht der Überlagerung der unterschiedlichen ortsspezifischen Ausprägungen der verschiedenen Strukturmerkmale der Beschäftigten und ihrer Tätigkeiten sind keine siedlungsstrukturellen oder anderweitig begründbaren Strukturmuster zu erkennen. Die Bewertung der Gegebenheiten ist nur auf örtlicher Ebene durch die Beteiligten möglich.	I.3.2
<u>Personalbedarf</u> ▪ Zur Erhaltung des derzeitigen Versorgungsstandes der auf professionelle Hilfe durch Pflegedienste und Pflegeheime angewiesenen Personen würde sich, unter Zugrundelegung der vorausgerechneten Entwicklung der Zahl der pflegebedürftigen Personen in Niedersachsen¹⁶, folgender Personal-Mehrbedarf errechnen: - 2020: Personal-Mehrbedarf gesamt: 13.700 – 17.250 (+ 17,6 – 22,1%), Pflege-Fachpersonal Altenpflege: 2.570 – 3.250 Personen, Pflege-Fachpersonal Krankenpflege: 2.090 – 2.850 Personen, - 2050: Personal-Mehrbedarf gesamt: 58.900 (+ 75,5%) Pflege-Fachpersonal Altenpflege: 11.200 Personen Pflege-Fachpersonal Krankenpflege: 8.350 Personen. ▪ Bei geringer steigender Zahl an pflegebedürftigen Menschen aufgrund eines mit Verlängerung der durchschnittlichen Lebenserwartung späteren Eintritts von Pflegebedürftigkeit¹⁷ wäre ein entsprechend deutlich geringerer Personalbedarf anzunehmen.	II.2.4

¹⁶ siehe 3.1 und Abschnitt B II.1.3.1; hier erneut Annahme: keine oder nur eine geringe Verlängerung der durchschnittlichen Lebenserwartung

¹⁷ siehe 3.2 und Abschnitt B II.2.1

Sachverhalt	Abschnitt in Teil B
▪ Der zusätzliche Fachkraftbedarf könnte im Fall der Fortschreibung der derzeitigen Nachfrage nach und des derzeitigen Angebots an Ausbildungsplätzen in der Alten- und der Gesundheits- und Krankenpflege selbst unter Anrechnung von Ersatzbedarf wegen ausscheidender Pflege-Fachkräfte gesichert werden. ▪ Gleiches gilt zumindest mittelfristig (bis 2020) für den Personalbedarf insgesamt, auch unter Berücksichtigung der demographischen Entwicklung in der nachwachsenden Generation. Für die langfristige Entwicklung bis 2050 ist grundsätzlich dasselbe anzunehmen; allerdings verringern sich die Rekrutierungsspielräume deutlich. Kompensatorische Maßnahmen zur Erhöhung des Erwerbspersonenpotentials insbesondere von Frauen (z. B. verbesserte Voraussetzungen zur Vereinbarkeit von Erwerbstätigkeit und Kinderbetreuung) könnten diese Wirkungen ausgleichen oder doch verringern.	II.2.4

6. Entwicklungsbedarf

Vorbemerkungen:

1. Die nachfolgenden Ausführungen konzentrieren sich auf den in Anbetracht der voraussichtlichen demographischen und sozio-ökonomischen Entwicklung grundlegenden Entwicklungsbedarf in der pflegerischen Versorgung sowie in deren Vor- und Umfeld. Zu den Vorschlägen im einzelnen, deren Begründung und Adressaten – insbesondere auch, soweit sie speziell niedersächsische Verhältnisse betreffen – wird auf Abschnitt III von Teil B verwiesen.
2. Der Koalitionsvertrag von CDU, CSU und SPD vom 11. November 2005 enthält zu nahezu allen Bereichen, für die nachfolgend ein Entwicklungsbedarf beschrieben wird, Zielvorgaben und konkrete Aufgaben und Maßnahmen, die von der neuen Bundesregierung umgesetzt werden sollen. Insoweit wird auf entsprechende Hinweise hierauf weitgehend verzichtet; zu den Einzelheiten des Koalitionsvertrages wird ebenfalls auf Teil B III, hier vor allem Abschnitt 2.1.1 „Allgemeine Grundsätze“ verwiesen.
Die Ausführungen des Koalitionsvertrages zur Thematik der Pflege (im weitesten Sinne) stimmen mit den Auffassungen der Landesregierung überein.

Entwicklungen in der pflegerischen Versorgung und Versorgungsstruktur sowie hinsichtlich der Vermeidung und Verzögerung von Pflegebedürftigkeit oder zu deren Minderung werden bislang in vielerlei Hinsicht durch die bundesrechtlichen Rahmenbedingungen und die darauf hin im Rahmen der so genannten Selbstverwaltung entwickelten untergesetzlichen Regelungen eingeschränkt bis verhindert. Die unzureichenden leistungsrechtlichen Bestimmungen im SGB XI und SGB V zur Umsetzung des Grundsatzes Reha vor Pflege oder die Bindung der Leistungen in der professionellen Pflege an konventionelle Angebote (Pflegedienste, Pflegeheime) sind hierfür gute Beispiele.

Die Realisierung des nachfolgend dargestellten Entwicklungsbedarfs wird darum maßgeblich von der Umsetzung der Vorgaben des Koalitionsvertrages abhängen.

3. Die angekündigten gesetzgeberischen und weiteren Maßnahmen lassen umfangreiche Auswirkungen auf das System der pflegerischen Versorgung erwarten. Vor diesem Hintergrund ist auch für das Niedersächsische Pflegegesetz ein Anpassungsbedarf nicht auszuschließen.

Sachverhalt	Abschnitt in Teil B
<u>Stärkung von Selbstbestimmung, Wahlfreiheit und Marktautonomie pflegebedürftiger Menschen</u> ▪ Die derzeitige versorgungsstrukturelle Situation in der ambulanten und der stationären Pflege verlangt hinsichtlich der in Anspruch zu nehmenden Leistungen in hohem Maß die Anpassung der pflegebedürftigen Menschen an die von Anbieterseite gesetzten Bedingungen. Letztere werden wesentlich durch die gesetzlichen Vorgaben des Leistungs- und Vertragsrechts im SGB XI geprägt. ▪ Es bedarf daher eines durchgehenden Perspektivwechsels zur Sichtweise und den Bedürfnissen der betroffenen Personen und der sie Pflegenden. Eine entsprechende Feststellung trifft auch den Koalitionsvertrag vom 11.11.05. Es soll dafür ein Zielkatalog erarbeitet werden.	III.2.1

Sachverhalt	Abschnitt in Teil B
▪ Erforderlich sind zugleich differenziertere, flexiblere und vernetzte Versorgungsangebote insbesondere auch niedrigschwelliger Art, die den individuellen Lebenslagen der betroffenen Menschen und ihrer Angehörigen stärker Rechnung tragen. Hierfür bedarf es entsprechender bundesgesetzlicher Regelungen insbesondere im Leistungs- und Vertragsrecht des SGB XI. Diesbezüglich hilfreiche Hinweise sind aus dem laufenden Modellprojekt der Spitzenverbände der Pflegekassen zur Erprobung eines „persönlichen Budgets“ und der – allerdings auf Menschen mit Behinderungen bezogenen – gleichartigen Erprobung in Niedersachsen zu erwarten. ▪ Dessen ungeachtet kann anhand von Beispielen auch aus Niedersachsen festgestellt werden, dass auch unter gegebenen Rahmenbedingungen von den Trägern der Dienste und Einrichtungen und dem Personal sowie durch eine systematische Information über Angebote und deren Koordination auf örtlicher Ebene günstige Bedingungen für die betroffenen Menschen und ihre Angehörigen im o. g. Sinne geschaffen werden können. <u>Differenzierung, bedarfs- und bedürfnisgerechte Anpassung der traditionellen pflegerischen Versorgungsstruktur¹⁸</u> ▪ Pflegedienste und Pflegeheime werden auch in Zukunft unverzichtbare Bausteine der pflegerischen Versorgungsstruktur sein. ▪ Grundsätzlich kann auch für die Zukunft trotz steigender Zahl pflegebedürftiger Menschen eine ausreichende Zahl pflegebereiter Personen im privaten Bereich angenommen werden. Ein Bedarf an flankierenden Hilfe- und Betreuungsleistungen ist aber bereits heute festzustellen. Er wird zunehmen. Pflegedienste sollten sich vermehrt dieser Aufgabe durch Bereitstellung oder Vermittlung von vor allem niedrigschwelligen Hilfen zur Alltagsbewältigung und Betreuung sowie durch Intensivierung ihrer Beratungsfunktion im Sinne von Case-Management stellen. ▪ Im Sinne einer stärker auf den individuellen Hilfebedarf ausgerichteten Leistungserbringung erscheint darüber hinaus die heute überwiegend praktizierte Leistungsform in Gestalt von Komplexleistungen überdenkenswert. ▪ Aufgrund der Erkenntnisse aus den Qualitätsprüfungen des MDK ist Anpassungsbedarf vor dem Hintergrund der steigenden Zahl von dementiell erkrankten Personen auch im Bereich der Fachkenntnis im Umgang mit diesem Personenkreis im Sinne vermehrter Fortbildung zu sehen. Das gilt auch für die stationären Pflegeeinrichtungen.	III.2.1.1

¹⁸ Diesbezüglich wird auch auf die Ergebnisse der Arbeitsgruppen I und II des „Runden Tisch Pflege“ beim Bund hingewiesen (www.bmgs.de oder www.bmfsfj.de)

Sachverhalt	Abschnitt in Teil B
▪ Der Ausbau von Tagespflegeangeboten ist wünschenswert. Die Änderung der leistungsrechtlichen Bestimmungen für die Tagespflege wäre dafür eine wichtige Voraussetzung. Das Land leistet durch die Förderung der Investitionskosten unverändert einen entscheidenden Beitrag zur Sicherung des bestehenden Angebotes und grundsätzlich auch zu dessen Ausbau. Die Empfehlung des Landespflegeausschusses über die Gestaltung und den Betrieb von Tagespflegereinrichtungen aus 1998 stellt nach Aussagen aus der Praxis nach wie vor eine geeignete Grundlage dar. Auch unter den gegebenen Rahmenbedingungen sind in Abhängigkeit von der örtlichen Situation wirtschaftlich tragfähige Angebote möglich. Mit dem zunehmenden Angebot an (betreuten) Altenwohnungen wird sich auch die Frage nach dem Verbleib der Wohnungsinhaberinnen und –inhaber bei steigendem Pflege- und Betreuungsbedarf vermehrt stellen. Tagespflegereinrichtungen in Zuordnung von Altenwohnkomplexen oder zum Wohnungsbestand von Wohnungsbaugesellschaften bzw. –genossenschaften mit einem hohen Anteil an alten Wohnungsinhaberinnen und –inhabern könnten hierfür ein geeignetes Angebot darstellen. Hierzu sind gute Beispiele bekannt. ▪ Kurzzeitpflegeeinrichtungen stellen mit ihrem Aufgabenschwerpunkt der Pflege nach Krankenhausaufenthalt einen sehr wichtigen Versorgungsbaustein zur Sicherung der häuslichen Pflege und Heimvermeidung dar. Auch ihre Nutzung leidet zum Teil an bundesrechtlichen Vorgaben des SGB XI bezüglich Personen, die einen nur vorübergehenden Pflegebedarf aufweisen. Die leistungsrechtliche Abgrenzungsproblematik zwischen dem SGB XI und dem SGB V ist in dem Koalitionsvertrag vom 11.11.05 grundsätzlich angesprochen. Im Verfahren der angekündigten Beseitigung von Schnittstellen u. a. zwischen Kranken- und Pflegeversicherung wird diese Frage insoweit mit zu klären sein. Darüber hinaus wird sich der Landespflegeausschuss in 2006 mit der Umsetzung seiner Empfehlung über „Leistungen und die Gestaltung von Kurzzeitpflegeeinrichtungen in Niedersachsen“ und ggf. hieraus abzuleitender Maßnahmen befassen. ▪ Die stationären Einrichtungen der Dauerpflege leisten zu weit überwiegendem Teil eine dem derzeitigen Wissensstand entsprechende Pflege und tragen für Wohn- und Aufenthaltsbedingungen Rechnung, die den Bedürfnissen und Wünschen der Bewohnerinnen und Bewohner entgegenkommen. Anpassungs- und Entwicklungsbedarf grundsätzlicher Art erscheint dennoch gegeben in - der Umsetzung neuer pflegewissenschaftlicher Erkenntnisse, - der Entwicklung des betriebsinternen Qualitätsmanagements einschließlich der diesbezüglichen Qualifizierung der Leitungskräfte, - der Versorgung der Bewohnerinnen und Bewohner mit dementiellen Erkrankungen, - der Auswahl oder Fortbildung von Personal mit ausländischer Herkunft bezüglich der Kenntnisse der deutschen Sprache. Die Forderung nach einer verbesserten Versorgung der Bewohnerinnen und Bewohner mit einer dementiellen Erkrankung stellt insbesondere ab auf die Umsetzung neuzeitlicher Erkenntnisse zur dementengerechten Milieugestaltung und auf die Organisation der Betreuung und Tagesstrukturierung dieser Personen.	

Sachverhalt	Abschnitt in Teil B
▪ Die in dem Koalitionsvertrag vom 11.11.05 angekündigte bessere Berücksichtigung des allgemeinen Beaufsichtigungs- und Betreuungsbedarfs von altersdemmenten Menschen wird solche Anpassungsleistungen ggf. unterstützen. ▪ Auch die festgestellten regionalen Unterschiede bei den Wohnstandards¹⁹ allgemein bedürfen auf örtlicher Ebene einer näheren Befassung. <u>Ausbau von Angeboten zur Vermeidung von Pflegebedürftigkeit sowie zu deren Minderung</u> ▪ Der Ausbau solcher Angebote erhält vor dem Hintergrund der demographischen Entwicklung für die Zukunft nicht zuletzt unter finanzpolitischen Gesichtspunkten eine außerordentlichen Bedeutung. Dies gilt auch für den Fall einer mit der zu erwartenden Verlängerung der Lebenserwartung einhergehenden Verlängerung des in relativer Gesundheit verbrachten Lebensabschnitts. ▪ Hinsichtlich der Umsetzung dieses Zieles wird es zum einen auf die angekündigten bundesgesetzlichen Regelungen eines Präventionsgesetzes und zu einer sachgerechten Zuordnung und Finanzierung von Leistungen der medizinischen Rehabilitation vor und bei Pflegebedürftigkeit ankommen. ▪ Von besonderer Bedeutung ist zudem der Ausbau alten- bzw. pflegegerechter Wohnbedingungen mit flankierender ambulanter und teilstationärer Betreuung.²⁰ ▪ Von nicht minder großer Bedeutung sind alle Maßnahmen der unterschiedlichsten Träger zur Unterstützung eines gesunden Alterns. Der Gesundheitsvorsorge und Gesundheitsförderung seitens der Krankenkassen und den Aktivitäten und Angeboten im Rahmen der örtlichen Seniorenarbeit und kommunalen Altenpflege und –hilfe sowie der örtlichen Bildungsträger kommt hier besondere Bedeutung zu. Die diesbezüglich bereits heute vielfältigen Angebote müssen fortgesetzt und intensiviert werden. Das Land leistet hierzu durch Förderung von Maßnahmen und Programmen ebenfalls einen deutlichen Beitrag.	III.2.1
<u>Entwicklung und Ausbau von Hilfeangeboten für Personen mit besonderem Hilfebedarf</u> <i>Kinder</i> ▪ Die seitens des MS im Pflegerahmenplan vom Mai 2000 und durch die beiden Beschlüsse des Niedersächsischen Landtages vom 13. Juni 2001 und 26. Jan. 2005 angeregte und auf den Weg gebrachte Entwicklung zur Verbesserung der Situation schwerstkranker / -behinderter / pflegebedürftiger Kinder und deren Eltern wird mit Unterstützung des Runden Tisches kontinuierlich weiter verfolgt. ▪ Für die laufenden Erprobungen werden deren Ergebnisse abzuwarten und dann unter dem Aspekt einer Übertragung auch auf andere Teile des Landes zu	III.2.3

¹⁹ Abschnitt B I.3.1.5.3

²⁰ s. vorangehender Abschnitt A 2.2

Sachverhalt	Abschnitt in Teil B
▪ prüfen sein. Vor dem Hintergrund der demographisch bedingten Abnahme der Zahl der betroffenen Kinder wird sich die Frage des Ausgleichs zwischen berechtigten Anforderungen an die Versorgung und der Wirtschaftlichkeit der Versorgungsstrukturen verschärft stellen. Die Auflösung bzw. Verringerung dieses Spannungsverhältnisses wird in einer Konzentration der stationären Angebote und dem Ausbau ambulanter Hilfestrukturen gesehen. <i>Personen mit dementiellen Erkrankungen</i> ▪ Für den Personenkreis der dementiell erkrankten (alten) Menschen ist trotz festzustellender vielfältiger Verbesserungen insbesondere im Blick auf - das öffentliche Bewusstsein über diese Erkrankungen und die damit einhergehenden Verhaltensformen der betroffenen Menschen, - den Ausbau eines niedrigschwelligen Betreuungsangebotes sowie eines Angebotes zur Beratung der betroffenen Familien zur Vernetzung der Hilfestrukturen auf örtlicher Ebene mit Förderung des Landes und - den Auf- und Ausbau eines Angebotes an Ambulanten Betreuten Wohngemeinschaften ein erheblicher Entwicklungsbedarf festzustellen. Er erhält vor dem Hintergrund des zu erwartenden Anstiegs der Zahl der an Demenz leidenden Personen im Falle ausbleibender präventiver Hilfen und medizinisch-therapeutischer Fortschritte auch eine erhebliche quantitative und damit finanzpolitische Dimension. ▪ Auch sind die Datengrundlagen über die betroffenen Personen und die für sie vorhandenen Angebote auf örtlicher Ebene unzureichend. Erstere könnten durch eine geringfügige Ergänzung der gesetzlichen Grundlage zur Pflegestatistik nach § 109 SGB XI verbessert werden, für letztere werden entsprechende Daten aus der mit Förderung des Landes in Entwicklung begriffenen Datenbank „Informationsplattform Altenhilfe“) erwartet. ▪ Ein wesentliches Problem stellt – auch aus verbandlicher Sicht – die unzureichende Kenntnis der niedergelassenen Hausärzte über Verfahren zu frühzeitigen Erkennung von dementiellen Erkrankungen und zu deren Therapie dar. ▪ Vor diesem Hintergrund wurde der Landesfachbeirat Psychiatrie vom MS formal mit der Erarbeitung eines zukunftsfähigen Konzepts für ein abgestuftes flächendeckendes System der Versorgung und Unterstützung von Menschen mit dementiellen Erkrankungen beauftragt. <i>Pflegebedürftige Menschen mit geistigen oder seelischen Behinderungen</i> ▪ Pflegebedürftige Menschen mit Behinderungen, die zu Hause leben, können im Fall eines externen Hilfe- und Pflegebedarfs neben den allgemeinen Pflegediensten auf einige besondere Hilfeangebote zurückgreifen – die landesseitig geförderten Familienentlastenden Dienste (FED) und die Individuelle Schwerstbehindertenbetreuung (ISB), sofern diese zugleich als Pflegedienste nach SGB XI zugelassen sind oder mit solchen Diensten kooperieren. FEDs richten sich speziell an Personen mit geistigen Behinderungen, ISBs sind im besonderen auf Personen mit schwersten körperlichen Behinderungen ausgerichtet. Ob das derzeitige Angebot bedarfsdeckend ist, konnte mangels entsprechender Daten nicht abschließend geklärt werden. Von den Interessenvertretungen der behinderten Menschen und ihrer Angehörigen sowie den Verbänden der in diesem Versorgungssegment tätigen Leistungsanbieter wird erwartet, dass konkreter Bedarf artikuliert wird. Bei den FED befinden sich z. Z. in diesem Sinne zwei Angebote im Anerkennungsverfahren hinsichtlich der Landesförderung.	III.2.3

Sachverhalt	Abschnitt in Teil B
▪ Hinsichtlich der (voll-)stationären Pflege und Versorgung von Menschen mit Behinderungen ist anzunehmen, dass - Pflegeeinrichtungen im Sinne des SGB XI aufgrund der derzeitigen Versorgungsinfrastruktur für Menschen mit Behinderungen, die im Schwerpunkt auf Leistungen der Eingliederungshilfe nach dem SGB XII ausgerichtet ist, auch auf mittlere Sicht eher die Ausnahme bilden und sich in Abhängigkeit von dem erkannten Bedarf – wie bisher – nachfragegerecht entwickeln werden. - vollstationäre Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen im Sinne von § 71 Abs. 4 SGB XI, in denen die bei weitem überwiegende Zahl (pflegebedürftiger) Menschen lebt, künftig im Blick auf die zu erwartende deutliche Steigerung des Alters ihrer Bewohnerinnen und Bewohner ihre baulich-räumliche und ihre Personalstruktur verstärkt auf pflegerischen Versorgungsbedarf werden ausrichten müssen, um einen dauerhaften Verbleib der pflegebedürftigen Bewohnerinnen und Bewohner im gewohnten Lebensumfeld zu ermöglichen. ▪ MS wird als Geschäftsstelle des Landespflegeausschusses eine Befassung dieses Gremiums mit der Frage der Entwicklung der pflegerischen Versorgung für Menschen mit Behinderungen anregen. <i>Personen mit fortschreitenden Immunkrankheiten oder mit Schädel-Hirn-Trauma</i> ▪ In Niedersachsen leben z. Z. ca. 10.000 Personen, die an <u>Multipler Sklerose</u> (MS) erkrankt sind. Außer in der Region Hannover steht ihnen kein auf diese Krankheit speziell ausgerichteter Pflegedienst zur Verfügung. Der Landesverband Niedersachsen der Deutschen Multiplen Sklerose Gesellschaft (DMSG) sieht dennoch lediglich für Personen mit vollstationärem Hilfebedarf einen Versorgungsbedarf im Raum Oldenburg. Anzustreben sind nach dortiger Sicht für umfassend(er) versorgungs- und pflegebedürftige MS-Kranke vermehrt Angebote des Betreuten Wohnens – ggf. in Zuordnung zu einem Pflegezentrum. Herkömmliche (Alten-)Pflegeheime entsprechen in der Regel vor allem nicht den Erfordernissen der zumeist jüngeren Erkrankten an eine angemessene Lebensgestaltung. ▪ Das MS geht davon aus, dass die Arrondierung der pflegerischen Versorgung von der LAG der DMSG bedarfsangepasst auf örtlicher Ebene verfolgt und ggf. diesbezüglich mit möglichen Vertragspartnern auf der Leistungserbringer- und der Kostenträgerseite Beratungen erfolgen. ▪ <u>Aids-Kranke</u>: Auf die Ausführungen in Abschnitt III.2.3 wird verwiesen. ▪ Für <u>Schädel-Hirngeschädigte</u> der Phase „F“ (aktivierende vollstationäre Dauerpflege) erscheint auf mittlere Sicht die vollstationäre Versorgung im Einrichtungsbestand gesichert. Im Fall weiteren Bedarfs ist anzunehmen, dass diesem, wie bisher, von Seiten der Leistungsanbieter und der Kostenträger nachfragegerecht entsprochen werden wird. Gleiches ist für Einrichtungen für schädel-hirngeschädigte Personen der so genannten Phase „G“ (pflegebedürftige Personen mit erheblichem Rehabilitationspotential) anzunehmen.	III.2.3

Sachverhalt	Abschnitt in Teil B
▪ Die Empfehlung des Landespflegeausschusses für ein Rahmenkonzept für Nachsorgeeinrichtungen der Phase F und das Qualitätssicherungskonzept der Landesarbeitsgemeinschaft der Nachsorgeeinrichtungen Phase F in Niedersachsen für solche Einrichtungen bilden eine gute Entwicklungsgrundlage für einen angemessenen, landeseinheitlichen Qualitätsstandard zur pflegerischen Versorgung dieses Personenkreises. ▪ Zwei Drittel der Personen mit einem Schädel-Hirn-Trauma werden privat von Angehörigen betreut und gepflegt. Letzteren stehen verschiedene Selbsthilfe-Organisationen beratend zur Seite. Von dort wird vor allem ein Bedarf an vorübergehenden Entlastungshilfen in Form von Kurzzeitpflegeangeboten gesehen. Den in der o. g. LAG vertretenen Einrichtungsträgern ist dies bekannt; sie werden im Rahmen wirtschaftlich vertretbarer Lösungen verstärkt Angebote machen. Das MS fördert eine Kurzzeitpflegeeinrichtung für wachkomatöse Kinder; für ein weiteres Angebot laufen die Beratungen im „Runden Tisch schwerstkranken Kinder“. <i>Migrantinnen und Migranten</i> ▪ Die zu erwartende steigende Zahl an älteren Migrantinnen und Migranten wird zu einem Anstieg auch der Zahl pflegebedürftiger Personen unter der ausländischen Bevölkerung in Niedersachsen führen. Grundsätzlich ist dafür der Auf- und Ausbau transkultureller bzw. kultursensibler Pflege- und Betreuungsangebote zu fordern. ▪ Andererseits ist zu bedenken, dass - nur für einen Teil der ausländischen Bevölkerung besondere Zugangsschwierigkeiten zu den vorhandenen Angeboten angenommen werden können, - ein Zuzug solcher Gruppen nach Deutschland nur noch in sehr geringem Umfang erfolgt und - eine Angleichung der ausländischen Bevölkerung mittleren Alters an den Informationsstand und das Inanspruchnahmeverhalten bezüglich der Leistungen der Pflegeversicherung an dasjenige der deutschen Bevölkerung stattfindet. Eine Unterstützung des Auf- und Ausbaus ethnospezifischer Pflege- und Betreuungsangebote sollte darum nur dann und nur dort erfolgen, wo ein entsprechender Bedarf erkannt oder artikuliert wird. Dies setzt allerdings eine kontinuierliche diesbezügliche Aufmerksamkeit voraus. Kommunen mit einem hohen Ausländeranteil sind hier besonders angesprochen. <i>Sterbende (Hospizdienste und stationäre Hospize)</i> ▪ Das Angebot an ambulanten Hospizdiensten und stationären Hospizen hat in den letzten Jahren nicht zuletzt aufgrund der Förderung auf der leistungsrechtlichen Grundlage des § 39a SGB V und der Förderung der Investitionsaufwendungen der stationären Hospize durch das Land nach dem NPflegeG in Niedersachsen eine positive Entwicklung erfahren. Von einer entsprechenden nachfrageorientierten Weiterentwicklung dieser Angebote wird ausgegangen. Die Förderung der stationären Hospize nach dem NPflegeG wird fortgesetzt. Für sterbensranke Kinder wird der Bedarf durch das mit Landesmitteln errichtete Kinderhospiz Löwenherz als derzeit abgedeckt gesehen.	III.2.3

Sachverhalt	Abschnitt in Teil B
<u>Ausbau des Angebotes an Betreutem Wohnen, Umstrukturierung und Qualifizierung des Wohnungsbestandes</u> ▪ Betreute Wohnformen (mit ambulanter Pflege) bilden ein wichtiges Bindeglied zwischen privater häuslicher und vollstationärer Pflege. In vielen Fällen können sie – ein entsprechendes Versorgungs-, Pflege- und Betreuungsarrangement unterstellt – Heimaufenthalte verhindern oder deutlich hinauszögern. Ihr Ausbau erscheint daher besonders wünschenswert. Adressat sind hier vorrangig die örtliche Wohnungswirtschaft, die örtlichen Anbieter von Versorgungs-, Betreuungs- und Pflegeleistungen (auch solche im Bereich von Nachbarschaftshilfe und ehrenamtlicher Betreuung) und die Kommunen im Rahmen ihrer Bebauungs- und Bauleitplanung sowie der kommunalen Senioren- und Altenhilfepolitik. Adressat sind aber auch die Träger von Pflegeheimen. Erwiesenermaßen könnten viele Heimbewohnerinnen und Heimbewohner der Pflegestufe „Null“ oder „G“, selbst solche der Pflegestufe I und selbst im Falle leichter dementieller Erkrankungen in den Pflegeheimen benachbarten Betreuten Wohnungen leben. Eine Reihe solcher Beispiele auch in Niedersachsen sind bekannt. ▪ Erforderlich ist zudem eine alten- und pflegegerechte Umstrukturierung und Qualifizierung des Wohnungsbestandes zur Vermeidung und Verzögerung von Heimaufhalten, zum möglichst dauerhaften Verbleib der alt gewordenen oder alt werdenden Wohnungsinhaberinnen und Wohnungsinhaber in der angestammten Wohnung und unter Wirtschaftlichkeitsaspekten aus Sicht der Wohnungseigentümer. Viele Wohnungen im Bestand entsprechen diesen Anforderungen nicht. Adressat ist hier in erster Linie die örtliche Wohnungswirtschaft. Des weiteren scheinen die gesetzlichen Möglichkeiten zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes (§ 40 Abs. 4 SGB XI) noch nicht hinreichend genutzt. ▪ Die Sonderform der ambulant Betreuten Wohngemeinschaft kann vor allem für Personen mit fortgeschrittenem Stadium der Demenz eine angemessene Alternative zum Pflegeheim sein. Angesichts der Tatsache, dass sich kürzlich eine Landesarbeitsgemeinschaft der Anbieter solcher Wohngemeinschaften in Niedersachsen gebildet hat, kann von dort von einem Interesse an einem Ausbau dieser Wohnform ausgegangen werden. ▪ Obwohl vielfach körperlich und / oder geistig beeinträchtigt, unterliegen Bewohnerinnen und Bewohner von Betreuten Wohnungen im Unterschied zum Pflegeheim keinem besonderen staatlichen Schutz vor Übervorteilung und Schlechtleistung. Hier ist insoweit Entwicklungsbedarf zu sehen. Zu bevorzugen sind dabei staatsfreie Verfahren zur Qualifizierung und Qualitätsprüfung in selbstverpflichtender Form. Die diesbezüglichen Erfahrungen mit solchen Verfahren z. B. in Berlin für Betreute Wohngemeinschaften oder in NRW für Altenwohnanlagen werden abzuwarten sein. Die mit Landesförderung in Erarbeitung befindlichen Qualitätskriterien für ambulant betreute Wohngemeinschaften können hierfür eine gute Grundlage bilden.	III.2.2.1

Sachverhalt	Abschnitt in Teil B
<u>Stärkung der Befähigung und Bereitschaft zur privaten und ehrenamtlichen Pflege und zur Alltagshilfe bei Pflegebedürftigkeit sowie in deren Vorfeld</u> ▪ Private Pflege und die Betreuung pflegebedürftiger Angehöriger stellt oft eine Belastung bis zur Überforderung der Pflegenden dar. Oftmals sind auch Information und Beratung über vorhandene Angebote, die entlastend wirken könnten, unzureichend. ▪ Erforderlich ist ein Ausbau niedrigschwelliger Angebote zur Unterstützung der häuslichen Pflegefähigkeit sowie koordinierende Beratung und Vermittlung von Hilfeangeboten (Case-Management). Das Land wird eine diesbezügliche Modellerprobung des SoVD Niedersachsen in Form trägerunabhängiger Beratung auf Kreisebene im Fall einer Förderung durch die Spitzenverbände der Pflegekassen finanziell unterstützen. ▪ Wichtige rechtliche Grundlagen für die Beratung pflegender Angehöriger bestehen bereits in den Beratungsbesuchen nach § 37 SGB XI und den Schulungen für pflegende Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen nach § 45 SGB XI. Sie müssen zielgerechter und vermehrt eingesetzt werden. Den Pflegediensten obliegt hier eine besondere Verantwortung; sie eröffnet aber auch wirtschaftliche Perspektiven. ▪ Sofern nicht besondere (pflege-)fachliche Kenntnisse erforderlich sind, kann Beratung, die im Schwerpunkt auf die Vermittlung von Hilfen ausgerichtet ist, auch durch freiwillige Helferinnen und Helfer unter fachliche Anleitung und Begleitung erfolgen. ▪ Die Versorgung der pflegebedürftigen Menschen leidet zudem an der mangelnden Koordination der Angebote durch unzureichende oder unsystematische Kooperation der Anbieter (hierunter sind grundsätzlich auch solche nichtprofessioneller Hilfen und kommunale Stellen eingeschlossen). Es bedarf vermehrt bzw. verstärkt einer Abstimmung auf örtlicher Ebene. Das Instrument der örtlichen Pflegekonferenz sollte mehr genutzt werden.	III.2.2.2 und 2.2.3
<u>Personalbestands- und Nachwuchssicherung in der professionellen Pflege</u> ▪ Ein dringender Handlungsbedarf scheint hier weder kurz- noch mittelfristig gegeben. Es ist anzunehmen, dass selbst unter Berücksichtigung der Auswirkungen der demographischen Entwicklung – Anstieg der Zahl der zu Pflegenden, Verringerung des Erwerbspersonenpotentials (nur langfristig) – auf absehbare Zeit genügend Fach- und Hilfspersonal zur Verfügung steht. Dies enthebt die für Aus-, Fort- und Weiterbildung und für das Personal in Pflegediensten und Pflegeheimen Verantwortlichen nicht der Notwendigkeit einer laufenden Beobachtung der Personalentwicklung und der Ausbildungszahlen. Der nach Anregung durch das MS gebildete Landesarbeitskreis „Personalinitiative Pflege“ wird in diesem Sinne seine Arbeit auch künftig fortsetzen. Der Landesarbeitskreis wird sich in diesem Zusammenhang auch mit der Frage der Entwicklung bei den Umschülerinnen und Umschülern befassen. Das Kultus- und das Sozialministerium sind Mitglieder im Landesarbeitskreis. ▪ Die durch eine integrierte Pflegeausbildung angestrebte größere Einsatzflexibilität wird von der Landesregierung grundsätzlich unterstützt. Für die in der Zuständigkeit des Landes liegenden so genannten Helferberufe läuft ein entsprechender Schulversuch. Im Übrigen liegt die Gesetzgebungskompetenz beim Bund. Das Thema ist in dem Koalitionsvertrag angesprochen.	III.3.

Sachverhalt	Abschnitt in Teil B
<u>Qualitätssicherung und Qualitätsentwicklung in der Pflege</u> - Qualitätssicherung und Qualitätsentwicklung in der Pflege ist originäre Aufgabe der Träger von Diensten und Einrichtungen, der Pflegekassen und ihrer Verbände auf Landes- und auf Bundesebene und der durch sie Beauftragten (MDK). Insoweit wird hier nur die Feststellung getroffen, dass nach den vorliegenden Erkenntnissen des MDKN bei vielen Pflegeeinrichtungen in Teilbereichen Entwicklungsbedarf gesehen wird. Dies gilt besonders für die (Weiter-) des betriebsinternen Qualitätsmanagements und die Umsetzung neuer Erkenntnisse der Pflegewissenschaft und –praxis. Positive Entwicklungen sind allerdings ebenso feststellbar wie Einrichtungen, die hervorragende Pflege und Betreuung leisten. Die Situationen in Niedersachsen weichen nicht vom Gesamtbild der Dienste und Heime in der Bundesrepublik ab. Im Übrigen wird auf die ausführliche Situationsdarstellung in Abschnitt B 4. Verwiesen. - Die Landesregierung ist grundsätzlich bereit, wie in der Vergangenheit auch weiterhin auf Wunsch der Beteiligten moderierend tätig zu werden. Auch der Landespflegeausschuss sieht sich hier in begleitender und anregender Funktion.	I.4
<u>Deregulierung, Verwaltungsvereinfachung, Entbürokratisierung</u> - Verwaltungsvereinfachung, Deregulierung und Entbürokratisierung sind zentrale Anliegen der Landesregierung. Das gilt auch für die Pflege. Mit der Novellierung des Niedersächsischen Pflegegesetzes zum 01.01.2004 wurden unklare Rechtsverhältnisse beseitigt, überholte oder unzweckmäßige Vorschriften aufgehoben und die Förderung der Pflegedienste und Pflegeheime auf Regelungen zur Unterstützung der häuslichen Pflege konzentriert. - Auf Anregung des MS hat der Landespflegeausschuss Leitlinien zur Pflegedokumentation erarbeiten lassen und mit Datum vom 28.10.2004 als Empfehlung beschlossen. Damit wurden in Niedersachsen auf untergesetzlicher Ebene für die Praxis Wege zur Entlastung der Pflegedienste und Pflegeheime aufgezeigt bei gleichzeitiger Sicherung der fachlichen und rechtlichen Anforderungen an die Pflegedokumentation im Rahmen einer individuellen Pflegeprozessplanung. Die Leitlinien stimmen damit mit dem entsprechenden Anliegen des Koalitionsvertrages vom 11.11.2005 überein. - Unter Moderation des MS hat eine Arbeitsgruppe der Vertragsparteien auf Fachebene weitere Möglichkeiten des Bürokratieabbaus in der Pflege ausgelotet und auf den Weg gebracht. Neben Absprachen über Verfahrensweisen insbesondere im Zusammenhang mit der Verordnung häuslicher Krankenpflege nach § 37 SGB V hat die Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen in Zusammenarbeit mit den Landesorganisationen der Krankenkassen Hinweise für die niedergelassene Ärzteschaft zur Verordnung solcher Leistungen erarbeitet. Dies soll künftig zu einem reibungsloseren und damit insbesondere für die Pflegedienste aufwandsverringenden Verfahren führen.	I.4.3 und III.4

