

Niedersächsischer
LANDES
PFLEGE
BERICHT
2015

nach § 2 des Niedersächsischen Pflegegesetzes

vorgelegt vom Niedersächsischen Ministerium für Soziales,
Gesundheit und Gleichstellung



Niedersächsisches Ministerium
für Soziales, Gesundheit
und Gleichstellung

Inhaltsverzeichnis

Abbildungsverzeichnis	5
Tabellenverzeichnis	14
Abkürzungsverzeichnis	17
Glossar.....	19
Niedersächsischer Landespflegebericht 2015 (Kurzfassung)	25
II Entwicklung der Pflegebedürftigkeit und Stand der pflegerischen Versorgung.....	41
1. Bevölkerungsentwicklung	41
2. Pflegebedürftige Menschen in Niedersachsen	62
2.1. Soziodemografische Merkmale	68
2.2 Art der pflegerischen Versorgung	76
2.3 Regionale Verteilung und Strukturen.....	90
2.4 Entwicklungen der Pflegebedürftigkeit.....	99
3. Nachfrage nach Leistungen der Pflegeversicherung	115
4. Pflege in der eigenen Häuslichkeit.....	122
4.1 Private Pflegepersonen	122
4.1.1 Ausgangslage	122
4.1.2 Entwicklung der familiären Pflege	126
4.1.3 Kurzbewertung	140
4.2 Ambulante Pflegeeinrichtungen	142
4.2.1 Ausgangslage	142
4.2.2 Entwicklung der Angebotsstruktur	143
4.2.3 Kurzbewertung	148
4.3 Teilstationäre Pflegeeinrichtungen (Tages- und Nachtpflege)	150
4.3.1 Ausgangslage	150
4.3.2 Entwicklung der Angebotsstruktur	150
4.3.3 Kurzbewertung	155
4.4. Kurzzeitpflegeeinrichtungen.....	156
4.4.1 Ausgangslage	156
4.4.2 Entwicklung der Angebotsstruktur	157
4.4.3. Kurzbewertung	161
4.5 Betreuungs- und Entlastungsleistungen nach § 45b SGB XI.....	162
4.5.1 Ausgangslage	162
4.5.2 Niedrigschwellige Betreuungs- und Entlastungsangebote.....	164
4.5.3 Zusätzliche Betreuungs- und Entlastungsleistungen der Pflegedienste.....	171
4.5.4 Kurzbewertung	172
4.6 Ehrenamt und Selbsthilfe nach § 45d SGB XI	173
4.6.1 Ausgangslage	173

4.6.2 Entwicklung der Angebotsstruktur	175
4.6.3 Kurzbewertung	177
4.7 Senioren- und Pflegestützpunkte Niedersachsen	177
4.7.1 Ausgangslage	177
4.7.2 Entwicklung der Angebotsstruktur	178
4.7.3 Kurzbewertung	178
4.8 Pflegeberatung, Pflegekurse und -trainings.....	179
4.8.1 Ausgangslage	179
4.8.2 Entwicklung der Angebotsstruktur	180
4.8.3 Kurzbewertung	184
4.9 Ambulante betreute Wohnformen	184
4.9.1 Ausgangslage	184
4.9.2 Entwicklung der Angebotsstruktur	187
4.9.3 Kurzbewertung	188
5. Vollstationäre Dauerpflege	190
5.1. Ausgangslage.....	190
5.2 Entwicklung der Angebotsstruktur	190
5.3. Kurzbewertung	201
6. Angebote für besondere Personengruppen	203
6.1 Pflegebedürftige (schwerstkranke) Kinder und Jugendliche.....	203
6.2 Menschen mit Behinderung	219
6.3 Menschen mit Demenzerkrankungen	223
6.4 Menschen mit AIDS-Erkrankungen	227
6.5 Menschen mit Schädel-Hirn-Trauma.....	230
6.6 Menschen mit Migrationshintergrund	233
6.7 Unheilbar Kranke und sterbende Menschen	242
7.1 Qualitätsentwicklung und -sicherung in der professionellen Pflege	249
7.2 Qualitätsentwicklung und -sicherung in der häuslichen Pflege bei Pflegegeldbezug	256
7.3 Qualitätsentwicklung und -sicherung in den Landkreisen und kreisfreien Städten	259
8. Berufstätigkeit und Ausbildung in der Pflege	262
8.1 Personal in ambulanten Pflegeeinrichtungen.....	266
8.2 Personal in den stationären Pflegeeinrichtungen	277
8.3 Personalbeschaffung.....	289
8.4 Personalbindung.....	302
(siehe Anhang II.8.4-A-C)	314
8.5 Prognose der personellen Entwicklung in ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen	314
8.6 Kurzbewertung	318
9. Vergütung von Pflegeleistungen.....	320

10. Strukturentwicklung und Maßnahmenförderung im Umfeld von Pflege	332
10.1. Niedersachsenbüro „Neues Wohnen im Alter“	332
10.2 Landesagentur „Generationendialog Niedersachsen“	333
10.3 Niedersachsen-Forum „Alter und Zukunft“	334
10.4 Bürgerschaftliches Engagement und Selbsthilfe	334
10.5 Technische Unterstützungssysteme in der Pflege	337
10.6 Mehrgenerationenhäuser	339
10.7 Wettbewerb Pflege im Quartier	340
10.8 Norddeutsches Zentrum zur Weiterentwicklung der Pflege	341
10.9 Weitere Maßnahmen	342
11. Annahmen und Tendenzen zur zukünftigen Entwicklung der Verteilung nach Versorgungsarten	345
III Maßnahmen und Empfehlungen zur Anpassung der vorhandenen pflegerischen Versorgungsstrukturen an die notwendigen pflegerischen Versorgungsstrukturen.....	360
1. Maßnahmen zur Stärkung der Rolle der Kommunen in der Pflege	361
1.1 Weiterentwicklung der Beratungsstrukturen	362
1.2 Örtliche Pflegeberichterstattung und Pflegekonferenzen	363
1.3 Gesundheitsregionen Niedersachsen.....	363
1.4 Das „Zukunftsforum Niedersachsen“ – Der Niedersächsische Demografiebeirat	364
2. Stärkung der häuslichen Pflege.....	366
2.1 Stärkung der ambulanten Pflege im ländlichen Raum	366
2.2 Stärkung der teilstationären Pflege im ländlichen Raum	367
2.3 Stärkung der Selbsthilfe	368
2.4 Ausbau der Betreuungs- und Entlastungsangebote nach § 45a - c SGB XI.....	368
2.5 Stärkung der Pflege durch Angehörige.....	368
2.6 Förderung eines altersgerechten Wohnumfeldes.....	371
3. Fachkräftesicherung im Pflegebereich	375
3.1 Steigerung der Attraktivität der Pflegeausbildung.....	375
3.2 Verbesserung der Rahmenbedingungen des Pflegeberufs	378
3.3 Gewinnung von Pflegefachkräften aus dem Ausland.....	381
3.4 Bündelung und Koordinierung der Aktivitäten zur Fachkräftesicherung.....	383
4. Berücksichtigung besonderer Versorgungsbedarfe.....	386
4.1 Pflegebedürftige und schwerstkranken Kinder und Jugendliche	386
4.2 Menschen mit Migrationshintergrund	386
4.3 Menschen mit einer Demenzerkrankung	387
4.4 Lesben, Schwule, Bisexuelle, Transsexuelle, Transgender und Intersexuelle	389
5. Weiterentwicklung der gesetzlichen Rahmenbedingungen der Pflegeversicherung.....	391
5.1 Umsetzung der Pflegestärkungsgesetze	391
5.2 Übertragung des PSG II auf das SGB XII.....	391

5.3	Stärkung der Strukturverantwortung der Länder in der Pflege	392
5.4	Evaluation der Auswirkungen des PSG II auf die Entwicklung der Vergütungen in den Pflegeberufen	393
5.5	Verzahnung von SGB V und SGB XI.....	393
	Literaturverzeichnis.....	394

Anhang

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Verteilung nach Altersgruppen in den Bezirken Braunschweig, Hannover, Lüneburg und Weser-Ems (Quelle: LSN, Bevölkerungsfortschreibung 31. Dezember 2013)	42
Abbildung 2: Entwicklung der Gruppe der 80-Jährigen und Älteren in den Jahren 1999 bis 2013 (Quelle: LSN, Bevölkerungsfortschreibung 31. Dezember 1999, 2001, 2003, 2005, 2007, 2009, 2011, 2013).....	43
Abbildung 3: Anteil der 65-Jährigen und Älteren an der Gesamtbevölkerung in regionaler Gliederung in Prozent (Quelle: LSN, Bevölkerungsfortschreibung Basis Mikrozensus, 31. Dezember 2013)	45
Abbildung 4: Anteil der Altersgruppe der 20- bis 65-Jähriger an der Gesamtbevölkerung in regionaler Gliederung in Prozent (Quelle: LSN, Bevölkerungsfortschreibung Basis Mikrozensus, 31. Dezember 2013)	47
Abbildung 5: Bevölkerungsvorausberechnung in den Jahren 2020 bis 2060 - Variante 1 und 2 – je 1.000 (Quelle: 13. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung für Niedersachsen, LSN 2015).....	49
Abbildung 6: Bevölkerungsvorausberechnung für Niedersachsen in Altersgruppen in den Jahren 2020 bis 2060 je 1.000 – Variante 2 (Quelle: 13. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung für Niedersachsen, LSN 2015).....	50
Abbildung 7: Bevölkerungsvorausberechnung in Altersgruppen der unter und über 65-Jährigen, Differenz in den Jahren 2020 bis 2060 – je 1.000 und in Prozent – Variante 2 (Quelle: 13. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung für Niedersachsen, LSN 2015)....	50
Abbildung 8: Bevölkerungsvorausberechnung des Anteils der über 80-Jährigen, Differenz von 2020 in den Jahren 2060 – je 1.000 und in Prozent – Variante 2 (Quelle: 13. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung für Niedersachsen, LSN 2015).....	51
Abbildung 9: Vorausberechnung der Gesamtbevölkerung in Niedersachsen in den Jahren 2020, 2025 und 2031 (Quelle: LSN, Bevölkerungsfortschreibung 31. Dezember 2013, Bevölkerungsvorausberechnung bis 2031)	52
Abbildung 10: Vorausberechnungen der Bevölkerung in Altersgruppen in den Jahren 2020, 2025 und 2031 (Quelle: LSN, Bevölkerungsfortschreibung 31. Dezember 2013, Bevölkerungsvorausberechnung bis 2031)	53
Abbildung 11: Vorausberechnung der über 80-Jährigen in den Jahren 2010 bis 2013 (Quelle: LSN, Bevölkerungsfortschreibung 31. Dezember 2013, regionale Vorausberechnung der Bevölkerung Niedersachsens bis zum Jahr 2031).....	54
Abbildung 12: Vorausberechnungen der Bevölkerung in den Bezirken in den Jahren 2020, 2025 und 2031 (Quelle: LSN, Bevölkerungsfortschreibung 31. Dezember 2013, Bevölkerungsvorausberechnung bis 2031)	54
Abbildung 13: Voraussichtliche Entwicklung der Bevölkerungszahl in den Landkreisen und kreisfreien Städten im Bezirk Braunschweig in den Jahren 2013 bis 2031 (Quelle: LSN, Bevölkerungsfortschreibung 31. Dezember 2013, regionale Vorausberechnung der Bevölkerung Niedersachsens bis zum Jahr 2031).....	55
Abbildung 14: Voraussichtliche Entwicklung der Bevölkerungszahl in den Landkreisen und kreisfreien Städten im Bezirk Hannover in den Jahren 2013 bis 2031 (Quelle: LSN, Bevölkerungsfortschreibung 31. Dezember 2013, regionale Vorausberechnung der Bevölkerung Niedersachsens bis zum Jahr 2031).....	56
Abbildung 15: Voraussichtliche Entwicklung der Bevölkerungszahl in den Landkreisen und kreisfreien Städten im Bezirk Lüneburg in den Jahren 2013 bis 2031 (Quelle: LSN, Bevölkerungsfortschreibung 31. Dezember 2013, regionale Vorausberechnung der Bevölkerung Niedersachsens bis zum Jahr 2031).....	57
Abbildung 16: Voraussichtliche Entwicklung der Bevölkerungszahl in den Landkreisen und kreisfreien Städten im Bezirk Weser-Ems in den Jahren 2013 bis 2031 (Quelle: LSN,	

Bevölkerungsfortschreibung 31. Dezember 2013, regionale Vorausberechnung der Bevölkerung Niedersachsens bis zum Jahr 2031).....	58
Abbildung 17: Voraussichtlicher Anstieg der über 90-Jährigen und Älteren von 2013 bis 2031 in Prozent (Quelle: LSN, Bevölkerungsfortschreibung 31. Dezember 2013, regionale Vorausberechnung der Bevölkerung Niedersachsens bis zum Jahr 2031)	59
Abbildung 18: Pflegequoten in Niedersachsen und bundesweit im Jahr 2013 (Quellen: LSN, Pflegestatistik 2013, Bevölkerung Basis Zensus 2011, 31. Dezember 2013, Statistisches Bundesamt, Pflegestatistik 2013).....	63
Abbildung 19: Pflegebedürftige differenziert nach Pflegestufen in Prozent im Jahr 2013 (Quellen: LSN, Pflegestatistik 2013, Statistisches Bundesamt, Pflegestatistik 2013).....	64
Abbildung 20: Verteilung der Pflegestufen in den Jahren 1999, 2007 und 2013 (Quelle: LSN, Pflegestatistik 1999, 2007, 2013).....	64
Abbildung 21: Pflegebedürftige differenziert nach Altersgruppen in Prozent im Jahr 2013 (absoluten Zahlen) (Quelle: LSN, Pflegestatistik 2013)	69
Abbildung 22: Pflegequote differenziert nach Altersgruppen im Jahr 2013 (Quelle: LSN, Pflegestatistik 2013, Bevölkerungsfortschreibung 2013)	70
Abbildung 23: Entwicklung der Zahl pflegebedürftiger Kinder im Alter bis zum 15. Lebensjahr in den Jahren 1999 bis 2013 (Quelle: LSN, Pflegestatistik 1999, 2001, 2003, 2005, 2007, 2009, 2011 und 2013).....	70
Abbildung 24: Entwicklung der Pflegequoten bei Kindern bis zum 15. Lebensjahr in den Jahren 1999, 2007 und 2013 (Quellen: LSN, Pflegestatistik 1999, 2007 und 2013, Bevölkerungsfortschreibung 31. Dezember 1999, 31. Dezember 2007 und 31. Dezember 2013).....	71
Abbildung 25: Verteilung der Pflegebedürftigen differenziert nach Geschlecht in den Jahren 2007 (innerer Kreis) und 2013 (äußerer Kreis) (Quelle: LSN, Pflegestatistik 2007 und 2013)	72
Abbildung 26: Verteilung der Pflegebedürftigen an der Gesamtzahl in Prozent differenziert nach Alter und Geschlecht im Jahr 2013 (Quelle: LSN, Pflegestatistik 2013).....	73
Abbildung 27: Verteilung der über 90-jährigen männlichen und weiblichen Pflegebedürftigen in den Jahren 1999, 2007 und 2013 (Quelle: LSN, Pflegestatistik 1999, 2007 und 2013).....	74
Abbildung 28: Pflegequote differenziert nach Geschlecht und Alter im Jahr 2013 (Quelle: LSN, Pflegestatistik 2013, Bevölkerungsfortschreibung 2013).....	75
Abbildung 29: Entwicklung der Anzahl der Pflegegeldempfängerinnen und Pflegegeldempfänger in den Jahren 1999, 2007, 2009, 2011 und 2013 (Quelle: LSN, Pflegestatistik 1999, 2007, 2009, 2011, 2013).....	82
Abbildung 30: Steigerungsraten der Pflegegeldempfängerinnen und Pflegegeldempfänger in Niedersachsen und bundesweit in Prozent in den Jahren 2009, 2011 und 2013 (Quelle: LSN, Pflegestatistik 2007, 2009, 2011, 2013, Destatis 2015, Pflegestatistik 2013)	83
Abbildung 31: Anteil der Pflegebedürftigen differenziert nach Trägerschaft der ambulanten Pflegedienste im Jahr 2013 in Prozent (Quelle: LSN, Pflegestatistik 2013)	84
Abbildung 32: Durch ambulante Pflegedienste versorgte Pflegebedürftige differenziert nach Pflegestufen im Jahr 2013 in Prozent (Quelle: LSN, Pflegestatistik 2013)	84
Abbildung 33: Durch vollstationäre Einrichtungen mit Dauerpflegeangebot versorgte Pflegebedürftige differenziert nach Pflegestufen im Jahr 2013 in Prozent (Quelle: LSN, Pflegestatistik 2013).....	85
Abbildung 34: Verteilung der Pflegestufen der Nutzerinnen und Nutzer von Tagespflege im Jahr 2013 in Prozent (Quelle: LSN, Pflegestatistik 2013)	86
Abbildung 35: Pflegestufen der Nutzerinnen und Nutzer von Kurzzeitpflege im Jahr 2013 in Prozent (Quelle: LSN, Pflegestatistik 2013)	87
Abbildung 36: Verteilung der Leistungsarten differenziert nach Pflegestufen im Jahr 2013 in Prozent (Quelle: LSN, Pflegestatistik 2013).....	89

Abbildung 37: Anzahl der Leistungsempfängerinnen und Leistungsempfänger in regionaler Gliederung im Jahr 2013 (Quelle: LSN, Pflegestatistik 2013)	91
Abbildung 38: Gesamtpflegequote in regionaler Gliederung im Jahr 2013 (Quelle: LSN, Pflegestatistik 2013, Bevölkerungsfortschreibung 31. Dezember 2013)	92
Abbildung 39: Gesamtpflegequote und Anteil über 65-Jähriger an der Gesamtbevölkerung im Jahr 2013 in Prozent (Quelle: LSN, Pflegestatistik 2013, Bevölkerungsfortschreibung 31. Dezember 2013)	94
Abbildung 40: Verteilung der Pflegebedürftigen nach Leistungsart in regionaler Gliederung im Jahr 2013 in Prozent (Quelle: LSN, Pflegestatistik 2013)	96
Abbildung 41: Anteil der Pflegegeldempfängerinnen und Pflegegeldempfänger im Jahr 2013 in Prozent (Quelle: LSN, Pflegestatistik 2013)	98
Abbildung 42: Vorausberechnungen der Zahl Pflegebedürftiger in den Jahren 2020 bis 2060 (Quelle: LSN, Pflegestatistik 2013, Bevölkerungsfortschreibung 31. Dezember 2013, regionale Bevölkerungsvorausberechnungen bis 2031, 13. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung)	100
Abbildung 43: Differenz der Pflegebedürftigenzahlen in Niedersachsen zwischen den Jahren 2020 bis 2060 in Prozent (Quelle: LSN, Pflegestatistik 2013, Bevölkerungsfortschreibung 31. Dezember 2013, regionale Bevölkerungsvorausberechnungen bis 2031, 13. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung)	101
Abbildung 44: Gesamtpflegequote nach Status-Quo-Berechnungen in den Jahren 2020 bis 2060 - Variante 1 und 2 (Quelle: LSN, Pflegestatistik 2013, Bevölkerungsfortschreibung 31. Dezember 2013, 13. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung)	102
Abbildung 45: Differenz zwischen den Vorausberechnungen von Pflegebedürftigen in den Jahren 2013 bis 2020, 2020 bis 2025 und 2025 und 2031 in Prozent (Quelle: LSN, Pflegestatistik 2013, Bevölkerungsfortschreibung 31. Dezember 2013, Bevölkerungsvorausberechnungen bis 2031)	104
Abbildung 46: Differenz zwischen den Vorausberechnungen von Pflegebedürftigen in den Jahren 2013 bis 2031 in Prozent (Quelle: LSN, Pflegestatistik 2013, Bevölkerungsfortschreibung 31. Dezember 2013, Bevölkerungsvorausberechnungen bis 2031)	105
Abbildung 47: Voraussichtliche Entwicklung der Pflegebedürftigkeitszahlen differenziert nach Geschlecht in den Jahren 2013, 2020, 2025 und 2031 (Quelle: LSN, Pflegestatistik 2013, Bevölkerungsvorausberechnungen bis 2031)	106
Abbildung 48: Veränderung der Pflegebedürftigkeitszahlen differenziert nach Geschlecht in den Jahren 2013 bis 2031 in Prozent (Quelle: LSN, Pflegestatistik 2013, Bevölkerungsvorausberechnungen bis 2031)	107
Abbildung 49: Steigerungsraten der Pflegebedürftigkeitszahlen in den Jahren 2013 bis 2031 in Prozent (Quelle: LSN, Pflegestatistik 2013, Bevölkerungsvorausberechnung bis 2031)	110
Abbildung 50: Steigerungsraten der Pflegebedürftigkeitszahlen im Bezirk Braunschweig in den Jahren 2013 bis 2031 in Prozent (Quelle: LSN, Pflegestatistik 2013, Bevölkerungsvorausberechnung bis 2031)	111
Abbildung 51: Steigerungsraten von Pflegebedürftigkeitszahlen im Bezirk Hannover in den Jahren 2013 bis 2031 in Prozent (Quelle: LSN, Pflegestatistik 2013, Bevölkerungsvorausberechnung bis 2031)	112
Abbildung 52: Steigerungsraten von Pflegebedürftigkeitszahlen im Bezirk Lüneburg in den Jahren 2013 bis 2031 (Quelle: LSN, Pflegestatistik 2013, Bevölkerungsvorausberechnung bis 2031)	112
Abbildung 53: Steigerungsraten von Pflegebedürftigkeitszahlen im Bezirk Weser-Ems in den Jahren 2013 bis 2031 in Prozent (Quelle: LSN, Pflegestatistik 2013, Bevölkerungsvorausberechnung bis 2031)	113

Abbildung 54: Gesamtzahl der Pflege-Begutachtungen in den Jahren 2010 bis 2014 (Quelle: MDKN, 2015)	115
Abbildung 55: Gesamtzahl und Anzahl ambulanter und stationärer Pflege-Begutachtungen in den Jahren 1999, 2007 und 2013 (Quelle: MDKN)	116
Abbildung 56: Erst-, Folge- und Widerspruchsgutachten bei ambulanten Begutachtungen in den Jahren 2010 und 2014 (Quelle: MDKN, 2015)	117
Abbildung 57: Erst-, Folge- und Widerspruchsgutachten bei stationären Begutachtungen in den Jahren 2010 und 2014 (Quelle: MDKN, 2015).....	117
Abbildung 58: Ambulante und stationäre Begutachtungen nach Erledigungsart in den Jahren 2010 und 2014 in Prozent (Quelle: MDK N, 2015).....	120
Abbildung 59: Verwandtschaftsbeziehung der Hauptpflegeperson zur pflegebedürftigen Person im Jahr 2010 in Prozent (Quelle: BMG 2011, Seite 27)	128
Abbildung 60: Wöchentlicher Zeitaufwand der Hauptpflegeperson für die Pflege in den Jahren 1998 und 2010 in Stunden (Quelle: BMG 2011, Seite 29).....	130
Abbildung 61: Dauer der Pflegeübernahme in Prozent (Quelle: Institut für Demoskopie Allensbach 2012, Seite 3).....	131
Abbildung 62: Erwerbsquoten privater Pflegepersonen in den Jahren 2001 und 2012 (Quelle: Geyer/Schulz 2014, Seite 297).....	132
Abbildung 63: Umfang der Erwerbsbeteiligung von Pflegepersonen differenziert nach dem Geschlecht in Prozent (Quelle: Keck et al. 2012, Seite 93)	132
Abbildung 64: Angebot betrieblicher Maßnahmen zur Vereinbarkeit von Pflege und Beruf in Prozent (Quelle: Zentrum für Qualität in der Pflege 2015a, Seite 8).....	134
Abbildung 65: Gründe für die Nichtinanspruchnahme der kurzzeitigen Freistellung bei Pflegeeintritt in Prozent (Quelle: BMG 2011, Seite 33, Mehrfachnennungen möglich).....	135
Abbildung 66: Gründe für die Nichtinanspruchnahme der Pflegezeit (Quelle: BMG 2011, Seite 33, Mehrfachnennungen möglich)	136
Abbildung 67: Kritische Einschätzung der Umsetzbarkeit der Freistellungsregelungen für Pflegenden aus betrieblicher Sicht in Prozent (Quelle: Zentrum für Qualität in der Pflege 2015, Seite 11, Antwortkategorie: Umsetzbarkeit weniger gut oder überhaupt nicht möglich).....	137
Abbildung 68: Belastungsniveau der Hauptpflegeperson in den Jahren 1998 und 2010 in Prozent (Quelle: BMG 2011, Seite 29)	138
Abbildung 69: Belastungsniveau von privaten Pflegepersonen in Prozent (Quelle: Techniker Krankenkasse 2013, Seite 11)	138
Abbildung 70: Beanspruchungserleben von privaten Pflegepersonen in Prozent (Quelle: Techniker Krankenkasse 2013, Seite 11).....	139
Abbildung 71: Informationen über Leistungen der Pflegeversicherung bei pflegenden Angehörigen in Prozent (Quelle: BMG 2011, Seite 53)	140
Abbildung 72: Anzahl der Pflegedienste in regionaler Gliederung im Jahr 2013 (Quelle: LSN, Pflegestatistik 2013).....	145
Abbildung 73: Verhältnis der Anzahl der durch Pflegedienste versorgten Pflegebedürftigen zu der Anzahl der über 65-jährigen Einwohnerinnen und Einwohner je 1.000 im Jahr 2013 (Quelle: LS, Pflegestatistik 2013)	146
Abbildung 74: Entwicklung der Anzahl von Tagespflegeeinrichtungen seit dem Jahr 1999 (Quelle: LSN, Pflegestatistik 1999, 2003, 2007, 2010, 2013)	151
Abbildung 75: Entwicklung der Anzahl der Tagespflegeplätze seit dem Jahr 1999 (Quelle: LSN, Pflegestatistik 1999, 2003, 2007, 2013, Daten der AOK Niedersachsen aus dem Jahr 2010).....	152
Abbildung 76: Entwicklung des Anteils der Trägerschaft der Tagespflegeeinrichtungen seit dem Jahr 2007 in Prozent (Quelle: LSN, Pflegestatistik 2007, 2013)	152
Abbildung 77: Verfügbare Plätze der Tagespflege in solitären Tagespflegeeinrichtungen in regionaler Gliederung im Jahr 2013 (Quelle: LSN, Pflegestatistik 2013)	154

Abbildung 78: Verhältnis der Anzahl der Tages- und Nachtpflegeplätze zu der Anzahl der über 65-jährigen Einwohnerinnen und Einwohner je 1.000 im Jahr 2013 (Quelle: LS, Pflegestatistik 2013).....	155
Abbildung 79: Entwicklung der Anzahl der „eingestreuten“ Kurzzeitpflegeplätze und der Plätze in solitären Kurzzeitpflegeeinrichtungen seit dem Jahr 1999 (Quelle LSN, Pflegestatistik 1999, 2007, 2013).....	158
Abbildung 80: Entwicklung des Anteils der Träger der solitären Kurzzeitpflegeeinrichtungen seit dem Jahr 2007 in Prozent (Quelle LSN, Pflegestatistik 2007, 2013).....	158
Abbildung 81: Verfügbare Plätze der Kurzzeitpflege in regionaler Gliederung im Jahr 2013 (Quelle: LSN, Pflegestatistik 2013)	160
Abbildung 82: Verhältnis der Anzahl der Kurzzeitpflegeplätze zu der Anzahl der über 65-jährigen Einwohnerinnen und Einwohner je 1.000 im Jahr 2013 (Quelle: LS, Pflegestatistik 2013).....	161
Abbildung 83: Zusätzliche Betreuungs- und Entlastungsleistungen nach § 45b SGB XI (Quelle: Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e. V. 2015).....	163
Abbildung 84: Zusätzliche Betreuungs- und Entlastungsleistungen nach § 45b SGB XI (Quelle: Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e. V. 2015).....	164
Abbildung 85: Anzahl anerkannter Anbieter NBEA in Niedersachsen in den Jahren 2005, 2010 und 2015 (Quelle: LSN, 10,2005; 10,2010; 06,2015).....	166
Abbildung 86: Anzahl Ehrenamtlicher in NBA – Verteilung nach Anzahl der Ehrenamtlichen im Jahr 2012 in Prozent (Quelle: Wolff/Brandes 2013)	167
Abbildung 87: Anerkannte und geförderte NBA in den Jahren 2005, 2010 und 2014 (Quelle: Landesamt für Soziales, Jugend und Familie (LS), 2015)	168
Abbildung 88: Inanspruchnahme von NBA und ihre Verteilung nach Angebotsart im Jahr 2011 in Prozent (Quelle: Wolff/Brandes 2013)	169
Abbildung 89: Durchschnittliche Inanspruchnahme einer Betreuungsart pro Anbieter im Jahr 2011 (Quelle: Wolff/Brandes 2013).....	170
Abbildung 90: Regionale Verteilung von niedrigschwelligen Betreuungs- und Entlastungsangeboten in Niedersachsen im Jahr 2015 (Quelle: Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung 06/2015).....	171
Abbildung 91: SPN Niedersachsen in regionaler Verteilung (Quelle: Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung 2015)	178
Abbildung 92: Arten von Pflegeheimen und ihre Verteilung im Jahr 2013 in Prozent (Quelle: LSN, Pflegestatistik 2013)	191
Abbildung 93: Anteile der Träger der vollstationären Einrichtungen mit Dauerpflegeangebot differenziert nach Angebot im Jahr 2013 in Prozent (Quelle: LSN, Pflegestatistik 1999, 2007, 2013).....	194
Abbildung 94: Anzahl der verfügbaren Dauerpflegeplätze differenziert nach Trägerschaft im Jahr 2013 (Quelle: LSN, Pflegestatistik 2013).....	194
Abbildung 95: Vollstationäre Einrichtungen mit Dauerpflegeangebot differenziert nach Größe in den Jahren 2007 und 2013 in Prozent (Quelle: LSN, Pflegestatistik 2013, 2007).....	195
Abbildung 96: Entwicklung des Raumangebotes in vollstationären Einrichtungen mit Dauerpflegeangebot in den Jahren 1999, 2007 und 2013 (Quelle: LSN, Pflegestatistik 1999, 2007, 2013).....	196
Abbildung 97: Anzahl der Plätze in vollstationären Einrichtungen mit Dauerpflegeangebot in regionaler Gliederung im Jahr 2013 (Quelle: LSN, Pflegestatistik 2013)	198
Abbildung 98: Verhältnis der Anzahl der Plätze in vollstationären Einrichtungen mit Dauerpflegeangebot zu der Anzahl der über 65-jährigen Einwohnerinnen und Einwohner je 1.000 im Jahr 2013 (Quelle: LS, Pflegestatistik 2013)	199

Abbildung 99: Grundgesamtheit der pflegebedürftigen Kinder und Jugendlichen unter Berücksichtigung des Anteils schwerstkranker und hochgradig versorgungsbedürftiger Personen	205
Abbildung 100: Pflegebedürftige Kinder und Jugendliche differenziert nach Altersgruppen im Jahr 2013 in Prozent (Quelle: LSN, Pflegestatistik 2013)	206
Abbildung 101: Anteil der Pflegestufen bei Kindern und Jugendlichen bis zum 20. Lebensjahr sowie bei Erwachsenen ab dem 65. Lebensjahr im Vergleich im Jahr 2013 in Prozent (Quelle: LSN, Pflegestatistik 2013)	207
Abbildung 102: Anteil der pflegebedürftigen Kinder und Jugendlichen differenziert nach Altersstufen im Jahr 2013 in Prozent (Quelle: LSN, Pflegestatistik 2013)	207
Abbildung 103: Pflegebedürftige Kinder und Jugendliche bis zum 20. Lebensjahr differenziert nach Pflegestufen (Quelle: LSN, Pflegestatistik 2013).....	208
Abbildung 104: Verteilung der Leistungsarten bei Kindern und Jugendlichen der Pflegestufe III im Vergleich mit allen Pflegebedürftigen der Pflegestufe III im Jahr 2013 in Prozent (Quelle: LSN, Pflegestatistik 2013)	210
Abbildung 105: Versorgungsangebote für pflegebedürftige schwerstkranke Kinder und Jugendliche in Niedersachsen im Jahr 2015 (Quelle: Expertenbefragung und Befragung unterschiedlicher Kranken- und Pflegekassen in Niedersachsen).....	211
Abbildung 106: Entwicklung der Anzahl der schwerbehinderten Menschen in Niedersachsen in den Jahren 2003 bis 2013 (Quelle: Statistisches Bundesamt, Statistik der schwerbehinderten Menschen 2003, 2005, 2007, 2009, 2011, 2013).....	220
Abbildung 107: Anteil der Menschen mit Zuwanderungsgeschichte an der Bevölkerung in Prozent (Quelle: Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung 2014, S. 35).....	234
Abbildung 108: Verteilung der Altersgruppen nach Migrationshintergrund in Prozent (Quelle: BMG 2011, Seite 60)	235
Abbildung 109: Verteilung der Pflegestufen nach Migrationshintergrund in Prozent (Quelle: BMG 2011, Seite 60)	236
Abbildung 110: Inanspruchnahme von Leistungen der Pflegeversicherung durch Menschen mit und ohne Migrationshintergrund in Prozent (Quelle: BMG 2011, Seite 61).....	237
Abbildung 111: Einschätzung der Möglichkeiten der Informationsbeschaffung über die Pflegeversicherung nach Migrationshintergrund in Prozent (Quelle: BMG 2011, Seite 61)	238
Abbildung 112: Anzahl der kommunalen Gebietskörperschaften, die im Jahr 2015 über einen örtlichen Pflegebericht verfügen (Quelle: Eigene Befragung).....	260
Abbildung 113: Anzahl der kommunalen Gebietskörperschaften, die die Pflegeberichterstattung bis zum Jahr 2015 fortgeschrieben haben (Quelle: Eigene Befragung)	260
Abbildung 114: Anzahl der kommunalen Gebietskörperschaften, die im Jahr 2015 örtliche Pflegekonferenzen durchführen (Quelle: Eigene Befragung).....	261
Abbildung 115: Entwicklung der Anzahl der Beschäftigten in Pflegediensten und stationären Pflegeeinrichtungen in den Jahren 1999, 2007 und 2013 (Quelle: LSN, Pflegestatistik 1999, 2007, 2013).....	263
Abbildung 116: Struktur der Beschäftigung in den Pflegeberufen im Jahr 2013 in Prozent (Quelle: LSN, Pflegestatistik 2013)	265
Abbildung 117: Anzahl der Beschäftigten differenziert nach Altersgruppen in stationären Pflegeeinrichtungen und ambulanten Pflegediensten im Jahr 2013 (Quelle: LSN, Pflegestatistik 2013).....	266
Abbildung 118: Anzahl der Beschäftigten in ambulanten Pflegediensten in den Jahren 1999, 2007 und 2013 (Quelle: LSN, Pflegestatistik 1999, 2007 und 2013)	266

Abbildung 119: Entwicklung der durchschnittlichen Zahl der Beschäftigten je ambulanter Pflegedienst in den Jahren 1999, 2007 und 2013 (Quelle: LSN, Pflegestatistik 1999, 2007 und 2013).....	267
Abbildung 120: Entwicklung der Anzahl der Beschäftigten in ambulanten Pflegediensten differenziert nach Trägerschaft in den Jahren 1999, 2007 und 2013 (Quelle: LSN, Pflegestatistik 2007 und 2013).....	268
Abbildung 121: Anzahl der Beschäftigten differenziert nach Altersgruppen in ambulanten Pflegediensten im Jahr 2013 (Quelle: LSN, Pflegestatistik 2013).....	269
Abbildung 122: Beschäftigungsverhältnisse in ambulanten Pflegediensten im Jahr 2013 in Prozent (Quelle: LSN, Pflegestatistik 2007 und 2013).....	270
Abbildung 123: Überwiegender Tätigkeitsbereich in ambulanten Pflegediensten im Jahr 2013 in Prozent (Quelle: LSN, Pflegestatistik 2013).....	271
Abbildung 124: Überwiegende Tätigkeitsbereiche in ambulanten Pflegediensten differenziert nach Geschlecht im Jahr 2013 in Prozent (Quelle: LSN, Pflegebericht 2013).....	272
Abbildung 125: Berufsabschlüsse und ihre Häufigkeit in ambulanten Pflegediensten im Jahr 2013 (Quelle: LSN, Pflegestatistik 2013).....	273
Abbildung 126: Entwicklung der Anzahl der Pflegefachkräfte in Pflegediensten in den Jahren 1999, 2007 und 2013 (Quelle: LSN, Pflegestatistik 1999, 2007 und 2013).....	275
Abbildung 127: Entwicklung der Anzahl der Beschäftigten in stationären Pflegeeinrichtungen in den Jahren 1999, 2007 und 2013 (LSN, Pflegestatistik 1999, 2007 und 2013).....	278
Abbildung 128: Entwicklung der durchschnittlichen Anzahl der Beschäftigten je stationärer Pflegeeinrichtung in den Jahren 1999, 2007 und 2013 (Quelle: LSN, Pflegestatistik 1999, 2007 und 2013).....	278
Abbildung 129: Anzahl der Beschäftigten in stationären Pflegeeinrichtungen differenziert nach Angebot in den Jahren 1999, 2007 und 2013 (Quelle: LSN, Pflegestatistik 1999, 2007 und 2013).....	279
Abbildung 130: Entwicklung der Anzahl der Beschäftigten in stationären Pflegeeinrichtungen differenziert nach Trägerschaft in den Jahren 1999, 2007 und 2013 (Quelle: LSN, Pflegestatistik 2013 und 2007).....	280
Abbildung 131: Anzahl der Beschäftigten differenziert nach Altersgruppen in stationären Pflegeeinrichtungen im Jahr 2013 (Quelle: LSN, Pflegestatistik 2013).....	281
Abbildung 132: Beschäftigungsverhältnisse in stationären Pflegeeinrichtungen im Jahr 2013 in Prozent (Quelle: LSN, Pflegestatistik 2007 und 2013).....	282
Abbildung 133: Überwiegende Tätigkeitsbereiche in stationären Pflegeeinrichtungen im Jahr 2013 in Prozent (Quelle: LSN, Pflegestatistik 2013).....	283
Abbildung 134: Überwiegende Tätigkeitsbereiche in stationären Pflegeeinrichtungen differenziert nach Geschlecht im Jahr 2013 in Prozent (Quelle: LSN, Pflegebericht 2013).....	284
Abbildung 135: Berufsabschlüsse und ihre Häufigkeit in stationären Pflegeeinrichtungen im Jahr 2013 (Quelle: LSN, Pflegestatistik 2013).....	285
Abbildung 136: Anzahl der Pflegefachkräfte in stationären Pflegeeinrichtungen in den Jahren 1999, 2007 und 2013 (Quelle: LSN, Pflegestatistik 1999, 2007 und 2013).....	286
Abbildung 137: Dauer der Besetzung offener Stellen differenziert nach Sektor in Prozent (Quelle: Schultz/Dankers 2015, Seite 14).....	290
Abbildung 138: Dauer der Besetzung offener Stellen differenziert nach dem Urbanisierungsgrad in Prozent (Quelle: Schultz/Dankers 2015, Seite 15).....	290
Abbildung 139: Verhältnis zwischen offenen Stellen und Arbeitslosen differenziert nach Qualifikation in Niedersachsen (Quelle: Bundesagentur für Arbeit 2015).....	291
Abbildung 140: Verhältnis zwischen gemeldeten Stellen und Arbeitslosen unter den Altenpflegehilfskräften in Deutschland (Quelle: Bundesagentur für Arbeit 2015).....	292
Abbildung 141: Verhältnis zwischen gemeldeten Stellen und Arbeitslosen unter den examinierten Altenpflegekräften in Deutschland (Quelle: Bundesagentur für Arbeit 2015).....	292

Abbildung 142: Anzahl der Auszubildenden in der Altenpflege in den Jahren 2005 bis 2014 (Quelle: MK, Schulstatistik 2005 bis 2014).....	294
Abbildung 143: Eintritt in Maßnahmen zur beruflichen Weiterbildung in Deutschland in den Jahren 2012 bis 2014 (Quelle: Bundesagentur für Arbeit 2015)	300
Abbildung 144: Anteile von Beschäftigungs- und Unterbrechungszeiten im Berufsverlauf in Prozent (Quelle: Joost et al. 2009, Seite 26ff).....	304
Abbildung 145: Bewertung der langfristigen Tätigkeit im Pflegeberuf und Kompensationsmöglichkeiten von Einkommenseinbußen in Prozent (Quelle: Theobald et al. 2013, Seite 100).....	305
Abbildung 146: Einbindung in körperlich belastende Tätigkeiten differenziert nach Sektor in Prozent (Quelle: Theobald et al. 2013, Seite 82, Antwortkategorie: mehr oder weniger jeden Tag)	306
Abbildung 147: Subjektives Belastungsempfinden durch psychische Belastungsfaktoren in Prozent (Quelle: Wissenschaftliches Zentrum der AOK 2014, Seite 30)	307
Abbildung 148: Quantitative Belastungen differenziert nach Sektoren in Prozent (Quelle: Theobald et al. 2013, Seite 75, Antwortkategorien: ja; meistens; mindestens einmal in der Woche)	308
Abbildung 149: Arbeitsinhalte als Ressource in Prozent (Quelle: Theobald et al. 2013, Seite 80, Antwortkategorien: ja; meistens; ja, ich stimme zu; ja, sehr)	308
Abbildung 150: Arbeitszeit von Beschäftigten mit Kindern im Vergleich mit Beschäftigten ohne Kinder in Prozent (Quelle: Theobald et al. 2013, Seite 106)	311
Abbildung 151: Handlungsfelder für eine bessere Vereinbarkeit von Beruf und Familie in ambulanten Pflegediensten und Pflegeheimen in Prozent (Quelle: Schultz/Dankers 2015, Seite 21f)	312
Abbildung 152: Monatliche Median-Bruttoentgelte von Vollzeitbeschäftigten in den Pflegeberufen in Deutschland in Euro (Quelle: Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung 2015, Seite 11).....	313
Abbildung 153: Monatliche Median-Bruttoentgelte von Fachkräften in der Altenpflege nach Bundesländern in Euro (Quelle: Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung 2015, Seite 15).....	314
Abbildung 154: Anzahl der Pflegebedürftigen im Jahr 2013 und Vorausberechnungen für die Jahre 2020, 2025 und 2031 für die Landkreise Lüchow-Dannenberg und Vechta und die Stadt Delmenhorst (Quelle: LSN, Pflegestatistik 2013, Bevölkerungsvorausberechnung bis 2031)	346
Abbildung 155: Voraussichtliche Steigerungsrate der Versorgungsarten in den Jahren 2013 bis 2031 in Prozent in den Landkreisen Lüchow-Dannenberg und Vechta und der Stadt Delmenhorst (Quelle: LSN, Pflegestatistik 2013, Bevölkerungsvorausberechnung bis 2031)	348
Abbildung 156: Anzahl der Pflegebedürftigen in den Altersgruppen der 80-Jährigen und Älteren im Jahr 2013 und Vorausberechnungen für die Jahre 2020, 2025 und 2031 im Landkreis Lüchow-Dannenberg (Quelle: LSN, Pflegestatistik 2013, Bevölkerungsvorausberechnung bis 2031)	349
Abbildung 157: Anteil der 15- bis 65 -Jährigen gegenüber dem Anteil der über 65-Jährigen im Landkreis Lüchow-Dannenberg im Jahr 2013 und Vorausberechnungen für die Jahre 2020, 2025 und 2031 in Prozent (Quelle: LSN, Bevölkerungsfortschreibung 31.12.2013, Bevölkerungsvorausberechnung bis 2031)	350
Abbildung 158: Anzahl der Pflegebedürftigen in den Altersgruppen der 80-Jährigen und Älteren im Jahr 2013 und Vorausberechnungen für die Jahre 2020, 2025 und 2031 im Landkreis Vechta (Quelle: LSN, Pflegestatistik 2013, Bevölkerungsvorausberechnung bis 2031).....	351

Abbildung 159: Anteil der 15- bis 65 -Jährigen gegenüber dem Anteil der über 65-Jährigen im Landkreis Vechta im Jahr 2013 und Vorausberechnungen für die Jahre 2020, 2025 und 2031 in Prozent(Quelle: LSN, Bevölkerungsfortschreibung 31.12.2013, Bevölkerungsvorausberechnung bis 2031)	352
Abbildung 160: Anzahl der Pflegebedürftigen in den Altersgruppen der 80-Jährigen und Älteren im Jahr 2013 und Vorausberechnungen für die Jahre 2020, 2025 und 2031 in der kreisfreien Stadt Delmenhorst (Quelle: LSN, Pflegestatistik 2013, Bevölkerungsvorausberechnung bis 2031)	353
Abbildung 161: Anteil der 15- bis 65-Jährigen gegenüber dem Anteil der über 65-Jährigen in der kreisfreien Stadt Delmenhorst im Jahr 2013 und Vorausberechnungen für die Jahre 2020, 2025 und 2031 in Prozent (Quelle: LSN, Bevölkerungsfortschreibung 31.12.2013, Bevölkerungsvorausberechnung bis 2031)	353
Abbildung 162: Anteil der Männer unter den Pflegebedürftigen im Jahr 2013 und Vorausberechnungen für die Jahre 2020, 2025 und 2031 in Prozent (Quelle: LSN, Pflegestatistik 2013, Bevölkerungsvorausberechnung bis 2031).....	354
Abbildung 163: Anzahl demenzkranker Personen im Jahr 2013 und Vorausberechnung bis ins Jahr 2031 im Landkreis Lüchow-Dannenberg (Quelle: LSN, Bevölkerungsfortschreibung 2013, Bevölkerungsvorausberechnung bis 2031)	355
Abbildung 164: Anzahl demenzkranker Personen im Jahr 2013, prognostizierte Anzahl im Jahr 2031 im Landkreis Vechta (Quelle: LSN, Bevölkerungsfortschreibung 2013, Bevölkerungsvorausberechnung bis 2031)	356
Abbildung 165: Anzahl demenzkranker Personen im Jahr 2013, prognostizierte Anzahl im Jahr 2031 im Landkreis Vechta (Quelle: LSN, Bevölkerungsfortschreibung 2013, Bevölkerungsvorausberechnung bis 2031)	356
Abbildung 166: Zwiebelmodell zur Gesundheitswirtschaft (Institut für Arbeit und Technik 2009).....	384

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1 und 2: Abkürzungsverzeichnis	14
Tabelle 1: Bevölkerung in Niedersachsen differenziert nach Altersgruppen und Geschlecht im Jahr 2013 (Quelle: LSN, Bevölkerungsfortschreibung Basis Mikrozensus, 31. Dezember 2013).....	41
Tabelle 2: Anteil der 65-Jährigen und Älteren und der 80-Jährigen und Älteren an der Gesamtbevölkerung im Jahr 2013 in Prozent (Quelle: LSN, Bevölkerungsfortschreibung Basis Mikrozensus, 31. Dezember 2013).....	44
Tabelle 3: Voraussichtliche Veränderung in der Bevölkerungsanzahl in den Bezirken in den Jahren 2013 bis 2031 (Quelle: LSN, Bevölkerungsfortschreibung 31. Dezember 2013, regionale Vorausberechnung der Bevölkerung Niedersachsens bis zum Jahr 2031).....	55
Tabelle 4: Leistungsempfängerinnen und Leistungsempfänger in den Jahren 1999 bis 2013 (Quellen: LSN, Pflegestatistik 1999, 2001, 2003, 2005, 2007, 2009, 2011 und 2013)	62
Tabelle 5: Gesamtzahl der Pflegebedürftigen differenziert nach Geschlecht und Pflegequoten in den Jahren 2009, 2011 und 2013 (Quellen: LSN, Pflegestatistik 2009, 2011, 2013, Bevölkerung Basis Zensus 2011, 31. Dezember 2013)	75
Tabelle 6: Leistungsansprüche auf Pflegegeld, Pflegesachleistungen und Betreuungs- und Entlastungsleistungen differenziert nach Pflegestufen	78
Tabelle 7: Verteilung der Leistungsbezieherinnen und Leistungsbezieher in der ambulanten und stationären Pflege in den Jahren 1999, 2007 und 2013 in Prozent (Quelle: LSN, Pflegestatistik 1999, 2007, 2013).....	81
Tabelle 8: Verteilung der Leistungsbezieherinnen und Leistungsbezieher auf Leistungsarten in den Jahren 1999, 2007 und 2013 (Quelle: LSN, Pflegestatistik 1999, 2007, 2013).....	81
Tabelle 9: Verteilung der Leistungsarten in Abhängigkeit von der Pflegestufe im Jahr 2013 (Quelle: LSN, Pflegestatistik 2013)	88
Tabelle 10: Voraussichtliche Entwicklung der Anzahl der Pflegebedürftigen in den Jahren 2020, 2025 und 2031 (Quelle: LSN, Pflegestatistik 2013, Bevölkerungsfortschreibung 31. Dezember 2013, Bevölkerungsvorausberechnungen 2020, 2025, 2031).....	103
Tabelle 11: Differenz zwischen der voraussichtlichen Anzahl von Pflegebedürftigen in den Jahren 2013 bis 2020, 2020 bis 2025 und 2025 bis 2031 (Quelle: LSN, Pflegestatistik 2013, Bevölkerungsfortschreibung 31. Dezember 2013, Bevölkerungsvorausberechnungen 2020, 2025, 2031).....	103
Tabelle 12: Entwicklung der Anzahl der Pflegebedürftigen nach Alter differenziert in den Jahren 2020, 2025 und 2031 (Quelle: LSN, Pflegestatistik 2013, Bevölkerungsvorausberechnung bis 2031)	105
Tabelle 13: Ambulante und stationäre sowie Begutachtungen von PEA in den Jahren 2010 bis 2014 (Quelle: MDKN, 2015)	116
Tabelle 14: Anzahl ambulanter Begutachtungen nach Erledigungsart in den Jahren 2010 bis 2014 (Quelle: MDKN, 2015)	119
Tabelle 15: Anzahl stationärer Begutachtungen nach Erledigungsart in den Jahren 2010 bis 2014 (Quelle: MDKN, 2015)	119
Tabelle 16: Anzahl isolierter PEA Begutachtungen nach Erledigungsart in den Jahren 2010, 2011, 2012, 2013 und 2014 (Quelle: MDKN, 2015)	121
Tabelle 17: Im häuslichen Umfeld durch Angehörige (und ambulante Dienste) versorgte Pflegebedürftige in den Jahren 2007 und 2013 in relativen Zahlen und Prozent (Quelle: LSN, Pflegestatistik 2013).....	127
Tabelle 18: Ambulante Pflegedienste differenziert nach Trägerschaft in den Jahren 2013, 2007 und 1999 (Quelle: LSN, Pflegestatistik 2013, 2007 und 1999)	143
Tabelle 19: Leistungsangebot der ambulanten Pflegedienste in den Jahren 2007 und 2013 in Prozent (Quelle: LSN, Pflegestatistik 2013, 2007)	144

Tabelle 20: Förderung nach § 45c SGB XI in den Jahren 2010 bis 2014 (Quelle: LS, 2015)	168
Tabelle 21: Förderung nach § 45d SGB XI 2010 bis 2014 (Quelle: LSN, 2015)	176
Tabelle 22: Anzahl der Pflegeberaterinnen und Pflegeberater, Art der Pflegeberatung, Anzahl der Beratungen und Versorgungspläne, Anzahl der Pflegegeldempfängerinnen und -empfänger im Jahr 2014 (Quelle: Angaben der Landesverbände der Pflegekassen und der PKV, 2015)	181
Tabelle 23: Angebot von Pflegekursen und Pflegetrainings, Anzahl der Pflegekurse, Anzahl der Teilnehmenden, Anzahl der Pflegetrainings und spezifischen Beratungen im Jahr 2014 (Quelle: Angaben der Landesverbände der Pflegekassen und der PKV, 2015)	183
Tabelle 24: Pflegeheime differenziert nach Art der Einrichtung in den Jahren 2007 und 2013 (Quelle: LSN, Pflegestatistik 2013, 2007)	191
Tabelle 25: Vollstationäre Einrichtungen mit Dauerpflegeangebot differenziert nach Anzahl, Kapazitäten und durchschnittlicher Platzzahl in den Jahren 2007 und 2013 (Quelle: LSN, Pflegestatistik 2013, 2007)	192
Tabelle 26: Entwicklung der Anzahl der vollstationären Einrichtungen mit Dauerpflegeangebot differenziert nach Trägerschaft in den Jahren 1999, 2007 und 2013 (Quelle: LSN, Pflegestatistik 1999, 2007, 2013)	193
Tabelle 27: Vollstationäre Einrichtungen mit Dauerpflegeangebot differenziert nach Größe und Trägerschaft im Jahr 2013 (Quelle: LSN, Pflegestatistik 2013)	196
Tabelle 28: Inanspruchnahme von Leistungen der Pflegeversicherung differenziert nach Altersstufen (Quelle: LSN, Pflegestatistik 2013)	209
Tabelle 29: Inanspruchnahme von Leistungen der Pflegeversicherung bei Kinder und Jugendlichen differenziert nach Pflegestufen im Jahr 2013 (Quelle: LSN, Landespflegestatistik 2013)	209
Tabelle 30: Noten für ambulante Pflegedienste in Niedersachsen und bundesweit im Jahr 2014 (Quelle: DatenClearingStelle 2015, Seite 3)	254
Tabelle 31: Noten für stationäre Pflegeeinrichtungen in Niedersachsen und bundesweit im Jahr 2014 (Quelle: DatenClearingStelle 2015, Seite 4)	254
Tabelle 32: Beschäftigte in Pflegediensten und stationären Pflegeeinrichtungen differenziert nach Berufsabschluss im Jahr 2013 (Quelle: LS, Landespflegestatistik 2013)	264
Tabelle 33: Auszubildende der Altenpflege in den Jahren 2010 bis 2014 (Quelle: Niedersächsisches Kultusministerium, Schulstatistik 2010 bis 2014)	294
Tabelle 34: Auszubildende der Gesundheits- und Krankenpflege in den Jahren 2010 bis 2014 (Quelle: Niedersächsisches Kultusministerium, Schulstatistik 2010 bis 2014)	297
Tabelle 35: Auszubildende der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege in den Jahren 2010 bis 2014 (Quelle: Niedersächsisches Kultusministerium, Schulstatistik 2010 bis 2014)	298
Tabelle 36: Auszubildende der Pflegeassistenten in den Jahren 2010 bis 2014 (Quelle: Niedersächsisches Kultusministerium, Schulstatistik 2010 bis 2014)	299
Tabelle 37: Entwicklung des Personalbedarfs bis zum Jahr 2020 (Quelle: LSN, Pflegestatistik 2013, Bevölkerungsfortschreibung 2015, regionale Vorausberechnung der Bevölkerung Niedersachsens bis 2060)	315
Tabelle 38 Entwicklung des Personalbedarfs auf der Grundlage der Variante W1 bis zum Jahr 2030 (Quelle: LSN, Pflegestatistik 2013, Bevölkerungsfortschreibung 2015, regionale Vorausberechnung der Bevölkerung Niedersachsens bis 2060)	315
Tabelle 39: Entwicklung des Personalbedarfs bis zum Jahr 2020 (Quelle: LSN, Pflegestatistik 2013, Bevölkerungsfortschreibung 2015, regionale Vorausberechnung der Bevölkerung Niedersachsens bis 2060)	316
Tabelle 40: Entwicklung des Personalbedarfs bis zum Jahr 2030 (Quelle: LSN, Pflegestatistik 2013, Bevölkerungsfortschreibung 2015, regionale Vorausberechnung der Bevölkerung Niedersachsens bis 2060)	316

Tabelle 41: Nachwuchsbedarf in der Altenpflege bis zum Jahr 2030 (Quelle: CIMA Institut für Regionalwirtschaft GmbH 2014, Seite 4).....	317
Tabelle 42: Tagespflegesätze vollstationärer Dauerpflegeeinrichtungen nach Pflegeklassen und Trägerschaft in Euro im Jahr 2013 (Quelle: LSN, Pflegestatistik 2013)	324
Tabelle 43: Tagespflegesätze vollstationärer Dauerpflegeeinrichtungen nach Pflegeklassen in Euro in den Jahren 1999, 2007 und 2013 (Quelle: LSN, Pflegestatistik 1999, 2007 und 2013)	325
Tabelle 44: Tagespflegesätze vollstationäre Dauerpflegeeinrichtungen nach Pflegeklassen und Trägerschaft in Euro im Jahr 2013 (Quelle: LSN, Pflegestatistik 2013)	325
Tabelle 45: Geringste und höchste Vergütungsklasse in vollstationären Dauerpflegeeinrichtungen im Jahr 2013 (Quelle: LSN, Pflegestatistik 2013).....	326
Tabelle 46: Geringste und höchste Vergütungsklasse in teilstationären Pflegeeinrichtungen im Jahr 2013 (Quelle: LSN, Pflegestatistik 2013).....	328
Tabelle 47: Geringste und höchste Vergütungsklasse in Kurzzeitpflegeeinrichtungen im Jahr 2013 (Quelle: LSN, Pflegestatistik 2013)	329
Tabelle 48: Gesamtpflegequote und Anteil der 65- und über 65-Jährigen an der Gesamtbevölkerung von den Landkreisen Lüchow-Dannenberg und Vechta und der Stadt Delmenhorst im Jahr 2013 in Prozent (Quelle: LSN, Pflegestatistik 2013, Bevölkerungsfortschreibung 2013)	345
Tabelle 49: Zahl der Pflegebedürftigen differenziert nach Versorgungsarten für die Landkreise Lüchow-Dannenberg und Vechta und die Stadt Delmenhorst in relativen Zahlen und in Prozent (Quelle: LSN, Pflegestatistik 2013).....	346
Tabelle 50: Verteilung der Versorgungsarten in den Jahren 2020, 2025 und 2031 im Landkreis Lüchow-Dannenberg (Quelle: LSN, Pflegestatistik 2013, Bevölkerungsvorausberechnung bis 2031)	347
Tabelle 51: Verteilung der Versorgungsarten in den Jahren 2020, 2025 und 2031 im Landkreis Vechta (Quelle: LSN, Pflegestatistik 2013, Bevölkerungsvorausberechnung bis 2031).....	347
Tabelle 52: Verteilung der Versorgungsarten in den Jahren 2020, 2025 und 2031 in der Stadt Delmenhorst (Quelle: LSN, Pflegestatistik 2013, Bevölkerungsvorausberechnung bis 2031)	347
Tabelle 53: Modellberechnungen zur Verteilung der Pflegebedürftigen nach Versorgungsarten in den Landkreisen Lüchow-Dannenberg und Vechta und der Stadt Delmenhorst im Jahr 2031 (Quelle: LSN, Pflegestatistik 2013, Bevölkerungsvorausberechnung bis 2031)	357
Tabelle 54: Modellberechnung zur Verteilung der Pflegebedürftigen nach Versorgungsarten im Landkreis Lüchow-Dannenberg und der Stadt Delmenhorst im Jahr 2031 (Quelle: LSN, Pflegestatistik 2013, Bevölkerungsvorausberechnung bis 2031).....	358
Tabelle 55: Modellberechnung zur Verteilung der Pflegebedürftigen nach Versorgungsarten im Landkreis Lüchow-Dannenberg und der Stadt Delmenhorst im Jahr 2031 (Quelle: LSN, Pflegestatistik 2013, Bevölkerungsvorausberechnung bis 2031).....	358
Tabelle 56: Modellberechnung zur Steigerung der Pflegebedürftigenzahlen und in Prozent nach Versorgungsarten in den Landkreisen Lüchow-Dannenberg und Vechta und der Stadt Delmenhorst im Jahr 2031 (Quelle: LSN, Pflegestatistik 2013, Bevölkerungsvorausberechnung bis 2031)	359

Abkürzungsverzeichnis

AAL	Ambient Assisted Living
AAP	Ambulante (geronto-)psychiatrische Pflege
AL	Aktenlage
AltPflG	Altenpflegegesetz
BA	Bundesagentur für Arbeit
BAMF	Bundesamt für Migration und Flüchtlinge
BGF	Betriebliche Gesundheitsförderung
BGM	Betriebliches Gesundheitsmanagement
BI	Bundesministerium des Inneren
BISS	Bundesinteressenvertretung schwuler Senioren
BKK	Betriebskrankenkassen
BMFSFJ	Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BMWi	Bundesministerium für Wirtschaft und Technologie
BRi	Begutachtungs-Richtlinie Pflege
DAH	Deutsche AIDS-Hilfe
DDN	Diakonischer Dienstgeberverband Niedersachsen e. V.
DZA	Deutsches Zentrum für Altersfragen
ESF	Europäischer Sozialfond
fan	Freiwilligenakademie Niedersachsen e. V.
FED	Familienentlastende Dienste
FPfZG	Familienpflegezeitgesetz
GAL	Forschungsverbund zur Gestaltung altersgerechter Lebenswelten
GeMiNie	Gesundheit für Migrantinnen und Migranten in Niedersachsen
GIZ	Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
HB	Aktenlage Hausbesuch
hkk	Handelskrankenkasse
HTA	Health Technology Assessment
ICD 10	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems
ISB	Individuelle Schwerstbehindertenbetreuung
KKH	Kaufmännische Krankenkasse
KoStellen	Koordinierungsstellen Frauen und Wirtschaft
KrPflAPrV	Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Berufe in der Krankenpflege
KrPflG	Krankenpflegegesetz
LINGA	Landesinitiative Niedersachsen Generationengerechter Alltag
LS	Landesamt für Soziales, Jugend und Familie
LSN	Landesamt für Statistik Niedersachsen
LVG & AFS	Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e. V.
MDKN	Medizinischer Dienst der Krankenversicherung Niedersachsen
MDS	Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen
MFAS	Ministerium für Frauen, Arbeit und Soziales
MS	Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung
NBA	Niedrigschwellige Betreuungsangebote

NBEA	Niedrigschwellige Betreuungs- und Entlastungsangebote
NDZ	Norddeutsches Zentrum zur Weiterentwicklung der Pflege
NFW	Niedersächsische Fachstelle für Wohnberatung
NHeimG	Niedersächsisches Heimgesetz
NPflegeG	Niedersächsisches Pflegegesetz
PEA	Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz
PflegEFördVO	Verordnung zur Durchführung der Förderung von Pflegeeinrichtungen
PfIWG	Pflege-Weiterentwicklungsgesetz
PNG	Pflegeneuausrichtungsgesetz
PrävG	Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention
PSG	Pflegestärkungsgesetz
PSP	Pflegestützpunkte
RKI	Robert-Koch-Institut
SAPV	Spezialisierte ambulante pädiatrische Palliativversorgung
SGB XI	Sozialgesetzbuch XI
SLFG	Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau
SMS	Sozialmedizinische Stellungnahmen
SPN	Senioren- und Pflegestützpunkte Niedersachsen
SSB	Seniorenservicebüros
VBF	Verkürzte Begutachtungsfrist
vdek	Verband der Ersatzkassen
ZAV	Zentrale Auslands- und Fachvermittlung
ZQP	Zentrum für Qualität in der Pflege

Glossar

Datengrundlagen und wesentliche Begriffe dieses Landespflegeberichts werden in dem folgenden Glossar erläutert.

Datengrundlage

Die zentrale Datengrundlage des Landespflegeberichts bildet die seit 1999 alle zwei Jahre durchgeführte Pflegestatistik des Bundes nach § 109 Abs. 1 SGB XI. Die Daten werden jeweils mit Stand 15. Dezember in den Jahren 1999, 2001, 2003, 2005, 2007, 2009, 2011 und 2013 vom Landesamt für Statistik Niedersachsen (LSN) erhoben. Die Pflegestatistik bildet die wesentliche Datengrundlage für folgende Berichtsgegenstände:

- Stand und Entwicklung der Zahl der pflegebedürftigen Menschen, ihre soziodemographischen Merkmale, in Anspruch genommene Leistungen der Pflegeversicherung und Schweregrad der Pflegebedürftigkeit,
- Stand und Entwicklung der Pflegedienste und Pflegeheime unter Berücksichtigung der Trägerschaft, wesentlicher Nutzergruppen sowie der Vergütung der erbrachten Leistungen,
- Personal in Pflegeeinrichtungen unter Berücksichtigung des Arbeitsumfangs, der Qualifikation und den überwiegenden Tätigkeitsbereichen.

Die Daten liegen regionalisiert nach Landkreisen und kreisfreien Städten vor. Aus datenschutzrechtlichen Gründen dürfen kleinräumige und damit identifizierbare Datenmengen nicht veröffentlicht werden (Veröffentlichungsverbot). Das gilt insbesondere für die Einrichtungen der Tagespflege und der Kurzzeitpflege.

Neben der Pflegestatistik werden als Datengrundlagen folgende Statistiken und Berichte herangezogen:

- Daten des Landesamtes für Statistik Niedersachsen zur Fortschreibung der niedersächsischen Bevölkerungsentwicklung und zur regionalen Bevölkerungsvorausberechnung,
- 13. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung des Bundesamtes für Statistik,
- Geschäfts- und Leistungsstatistik der gesetzlichen Pflegekassen nach § 79 SGB IV,
- Geschäfts- und Leistungsstatistik des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung Niedersachsen (MDKN),
- Pflegeberichte des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS),
- Berichte aus empirischen Untersuchungen (siehe Quellenverzeichnis),
- Berichte des Statistischen Bundesamtes Deutschland - Veröffentlichungen zur Pflegestatistik,

- Ergebnisse einer Befragung der kommunalen Gebietskörperschaften in Niedersachsen,
- Ergebnisse einer Befragung der gesetzlichen Pflegekassen,
- Ergebnisse von Experteninterviews mit Anbietern von Versorgungsleistungen für pflegebedürftige, schwerstkranke Kinder und Jugendliche.

Begriffserläuterungen

- **Eingeschränkte Alltagskompetenz**

Durch demenzbedingte Fähigkeitsstörungen, geistige Behinderungen oder psychische Erkrankungen können Menschen in ihrer Alltagskompetenz auf Dauer erheblich eingeschränkt sein. Sie sind dann auf Betreuung und Beaufsichtigung angewiesen. Für die Bewertung der dauerhaften und regelmäßigen Schädigungen oder Störungen sind die in § 45a Abs. 2 SGB XI genannten Kriterien maßgeblich.

- **Hauptpflegeperson**

Nach § 19 SGB XI gilt diejenige Person als Pflegeperson, die einen pflegebedürftigen Menschen in der häuslichen Umgebung nicht erwerbsmäßig mindestens 14 Stunden in der Woche pflegt. Diese trägt in der Regel die primäre Verantwortung für die Sicherstellung der pflegerischen Versorgung. Hauptpflegepersonen sind deutlich mehr als andere Helferinnen und Helfer an der Pflegeversorgung beteiligt, nicht selten pflegen sie auch ohne Beteiligung anderer.

- **Hochaltrigkeit**

Der Beginn der Hochaltrigkeit, auch „Viertes Alter“ genannt, wird als das Alter angesehen, zu dem noch 50 % der Geburtskohorte am Leben sind. In der aktuellen Periodensterbetafel für Deutschland werden 51 % der Männer 80 Jahre und 52 % der Frauen 85 Jahre alt. In Forschung und Praxis werden allerdings für beide Geschlechter gleiche Altersstufen angenommen, so dass in Deutschland meistens ab dem Alter von 80 Jahren von Hochaltrigkeit gesprochen wird.

- **Pflegearrangement**

Ein Pflegearrangement ist eine Zusammenstellung und Abstimmung von Akteuren verschiedener Art, die das Ziel verfolgen, einen bestimmten Grad der pflegerischen Versorgung zu realisieren. Akteure in der häuslichen Pflegeversorgung sind zum Beispiel Angehörige, ambulante Pflegedienste, Anbieter von Betreuungs- und Entlastungsleistungen, Haushalts- und Mahlzeitendienste oder Tagespflegeeinrichtungen.

- Pflegebedürftigkeit

Pflegebedürftigkeit bezeichnet einen Zustand, in dem eine Person durch eine Krankheit oder Behinderung in unterschiedlichem Ausmaß, jedoch dauerhaft, nicht in der Lage ist, alltäglichen Aktivitäten und Verrichtungen selbstständig nachzugehen und deshalb Hilfe zur Bewältigung der daraus resultierenden Defizite benötigt. Gemäß § 14 SGB XI sind Personen pflegebedürftig, die wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, in erheblichem oder höherem Maße der Hilfe bedürfen. Grundlage dieses Berichts ist mithin noch der derzeit geltende (somatisch geprägte) Pflegebedürftigkeitsbegriff. Statistisch als Pflegebedürftige erfasst werden Personen, die Leistungen nach dem SGB XI erhalten.

Mit dem geplanten stufenweisen Inkrafttreten des Pflegestärkungsgesetzes II wird zum 01. Januar 2017 der Pflegebedürftigkeitsbegriff neu definiert. Vorgesehen ist die Einführung von fünf Pflegegraden anstelle von drei Pflegestufen, die eine individuellere Einstufung ermöglichen. Körperliche, geistige und psychische Einschränkungen werden gleichermaßen erfasst und in die Einstufung einbezogen. Der Maßstab für die Eingruppierung bildet der Grad der Selbstständigkeit in den sechs Bereichen Mobilität, kognitive und kommunikative Fähigkeiten, Verhaltensweisen und psychische Problemlagen, Selbstversorgung, Bewältigung von und selbstständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen sowie Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte.

- Pflegende Angehörige

Der Begriff „Pflegende Angehörige“ geht über den der Familienangehörigen hinaus und schließt neben leiblichen Verwandten und der Ehepartnerin beziehungsweise dem Ehepartner auch nicht-eheliche Beziehungen, enge Freunde und Bekannte ein. Pflegende Angehörige sind Personen aus diesem Kreis der Angehörigen, die einen Teil der oder die gesamte Betreuung und Pflege bei einer ihnen bekannten Person ehrenamtlich durchführen. Die zusätzliche Inanspruchnahme professioneller Pflegedienste oder anderer Pflegeleistungen ist möglich.

- Pflegequote

Die Pflegequote stellt den prozentualen Anteil Pflegebedürftiger an der jeweiligen Bevölkerungsgruppe dar.

- Prävalenz

Unter Prävalenz wird die (relative) Häufigkeit von Krankheitsfällen oder von Pflegebedürftigkeit zu einem bestimmten Zeitpunkt verstanden. Die Prävalenz lässt Rückschlüsse darauf zu, wie viele Menschen einer bestimmten Gruppe definierter Größe an einer bestimmten Krankheit erkrankt beziehungsweise pflegebedürftig geworden sind.

I Einführung

Das Niedersächsische Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung (MS) legt den Landespflegebericht 2015 nach § 2 Satz 1 des Gesetzes zur Planung und Förderung von Pflegeeinrichtungen nach dem Elften Buch Sozialgesetzbuch (Niedersächsisches Pflegegesetz – NPflegeG) vor. Nach § 2 Satz 1 NPflegeG erstellt das MS für das Gebiet des Landes einen räumlich gegliederten Bericht über den Stand und die voraussichtliche Entwicklung der pflegerischen Versorgung, den Landespflegebericht. Er soll auch Vorschläge zur Anpassung der vorhandenen pflegerischen Versorgungsstruktur an die notwendige pflegerische Versorgungsstruktur enthalten. Die räumliche Gliederungsebene im vorliegenden Bericht bilden die Landkreise, kreisfreien Städte und die Region Hannover. Der Landespflegebericht ist nach § 2 Satz 3 NPflegeG alle fünf Jahre fortzuschreiben. Im Jahr 2000 hat das MS – seinerzeit Ministerium für Frauen, Arbeit und Soziales (MFAS) – den sog. Pflegerahmenplan vorgelegt. Mit dem vorliegenden Landespflegebericht 2015 wird an die Strukturen und Inhalte der Landespflegeberichte 2005 und 2010 angeknüpft und im Sinne von § 2 Satz 3 NPflegeG fortgeschrieben.

Die Regelungen des NPflegeG zur Pflegeberichterstattung auf Landesebene und auf kommunaler Ebene finden ihre rechtliche Begründung im Elften Sozialgesetzbuch (SGB XI). Nach § 9 SGB XI sind die Länder für die Vorhaltung einer leistungsfähigen, zahlenmäßig ausreichenden und wirtschaftlichen pflegerischen Versorgungsstruktur verantwortlich. „Das Nähere zur Planung und zur Förderung der Pflegeeinrichtungen wird durch das Landesrecht bestimmt“.¹ Mit den Regelungen zu den §§ 2 – 6 NPflegeG hat der Landesgesetzgeber den bundesrechtlichen Auftrag umgesetzt und die rechtlichen Grundlagen für die Wahrnehmung der strukturpolitischen Verantwortung auf Landes- wie auf kommunaler Ebene geschaffen.

Die Inhalte des Landespflegeberichts sind in ihrer Grundstruktur durch § 2 NPflegeG vorgegeben. Er umfasst neben dieser Einführung (Teil I) einen Bericht zur Entwicklung des Pflegebedarfs sowie einen Bericht zum Stand der pflegerischen Versorgung (Teil II). Im letzten Teil werden Maßnahmen und Empfehlungen zur Anpassung der vorhandenen pflegerischen Versorgungsstrukturen an die notwendigen pflegerischen Versorgungsstrukturen aufgeführt (Teil III).

¹ Pflegeeinrichtungen im vorgenannten Sinne sind die gemäß § 71 SGB XI und §§ 72, 73 SGB XI zur pflegerischen Versorgung durch Versorgungsvertrag zugelassenen Pflegedienste und Pflegeheime.

Die Ausführungen zum Pflegebedarfsaufkommen und zur Kapazitätsentwicklung der pflegerischen Infrastruktur basieren auf der Grundlage von verfügbaren Ist-Daten und Vorannahmen zur Bevölkerungsentwicklung. Die Pflegebedarfsentwicklung und Personalentwicklung können nur als Trends abgebildet werden. Konkrete Bedarfsprognosen mit Aussagen zur zukünftigen Entwicklung von Pflegeplätzen und Pflegediensten können hingegen nur auf der Grundlage differenzierter und regionalisierter Analysen abgeleitet werden. Diese liegen nicht vor.

Niedersächsischer Landespflegebericht 2015 (Kurzfassung)

Der niedersächsische Landespflegebericht 2015 schreibt – gemäß § 2 Satz 3 NPflegeG – die zuletzt im Jahr 2010 dargelegten Entwicklungen der pflegerischen Versorgung in Niedersachsen fort. Er basiert im Wesentlichen auf den zum 15.12.2013 erhobenen Daten der Pflegestatistik nach § 109 Abs. 1 SGB XI. Gemäß den gesetzlichen Vorgaben finden drei Themenkomplexe im Landespflegebericht besondere Berücksichtigung: die Entwicklung des Pflegebedarfs, der Stand der pflegerischen Versorgung und die Maßnahmen und Empfehlungen zur Sicherstellung der pflegerischen Versorgung.

1. Bevölkerungsentwicklung

In Niedersachsen leben Ende des Jahres 2013 insgesamt 7.790.559 Menschen, davon 49,1 % Männer und 50,9 % Frauen. 21,2 % der Bevölkerung ist älter als 65 Jahre und 5,5 % älter als 80 Jahre. Während sich die Gesamtbevölkerung seit dem Jahr 2007 um 1,4 % verringert hat, ist der Anteil der Bevölkerungsgruppe der über 80-Jährigen in diesem Zeitraum um 43,4 % gewachsen. Es handelt sich hierbei um den Personenkreis, der das höchste Pflegebedürftigkeitsrisiko trägt. Die Landkreise und kreisfreien Städte in Niedersachsen weisen dabei sehr unterschiedliche altersbezogene Bevölkerungsstrukturen auf.

Die Gesamtbevölkerung wird sich bis zum Jahr 2031 voraussichtlich um 348.317 Personen weiter verringern (- 4,5 %). Gleichzeitig setzt sich die Zunahme des Anteils der über 65-Jährigen weiter fort: Die Altersgruppe der 65- bis 70-Jährigen wächst um 232.170 Personen (+ 60 %) und die Altersgruppe der über 90-Jährigen um 75.241 Personen (+ 114,2 %). Im Gegenzug sinken die Bevölkerungszahlen in den Gruppen der 0- bis 15-Jährigen um 129.604 (-12,3 %) und der 15- bis 65-Jährigen um 724.370 (-14,2 %). Bis Ende 2060 wird die niedersächsische Bevölkerung voraussichtlich von 7.790.559 Personen im Jahr 2013 bei stärkerer Zuwanderung auf circa 6.682.600 oder bei schwächerer Zuwanderung auf circa 6.222.200 zurückgehen. Die Bevölkerungszahl wird in diesem Zeitraum somit um rund 1.107.959 Personen (- 16,6 %) beziehungsweise 1.568.359 Personen (- 20,1 %) sinken. Die Zahl der über 65-Jährigen wird bis ins Jahr 2040 steigen und danach voraussichtlich zurückgehen. In den höheren Altersgruppen wird die Bevölkerungszahl der über 85-Jährigen bis 2060 steigen, jedoch die Altersgruppe der 80- bis 85-Jährigen leicht sinken.

Während die Gesamtbevölkerung im ehemaligen Regierungsbezirk Weser-Ems weitestgehend stabil bleibt, ist in den ehemaligen Regierungsbezirken Braunschweig, Hannover und Lüneburg mit einer Reduktion der Bevölkerungszahl zu rechnen. In den kommunalen Gebietskörperschaften bestehen teilweise gravierende Unterschiede hinsichtlich der prognostizierten Entwicklung der verschiedenen Altersgruppen.

2. Pflegebedürftige Menschen in Niedersachsen

Ende des Jahres 2013 sind in Niedersachsen 288.296 Personen gemäß § 14 Abs. 1 SGB XI pflegebedürftig. Hinzu kommen 9.764 Menschen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz ohne eine Pflegestufe. 64,7 % der Pflegebedürftigen in Niedersachsen sind weiblich und 35,3 % männlich.

Die Anzahl der Pflegebedürftigen hat in den vergangenen Jahren stetig zugenommen, wobei seit dem Jahr 1999 ein Gesamtanstieg um 37,8 % zu verzeichnen ist. Die Pflegequote beläuft sich im Jahr 2013 auf 3,7 % (Frauen: 4,7 % und Männer 2,7 %) und hat sich gegenüber dem Jahr 1999 (2,6 %) deutlich gesteigert. Die Zunahme der Zahl pflegebedürftiger Menschen beruht dabei auf der demografisch bedingten „doppelten Alterung“ mit sinkenden Geburtenzahlen und steigender Lebenserwartung in der Gesellschaft.

163.183 der Pflegebedürftigen in Niedersachsen (56,6 %) sind in der Pflegestufe I, 88.745 (30,8 %) in der Pflegestufe II und 34.647 (12 %) in der Pflegestufe III. 1.721 Personen (0,6 %) wurden noch keiner Pflegestufe zugeordnet. Seit Einführung der Pflegestatistik ist der Anteil der Pflegebedürftigen mit Pflegestufe I kontinuierlich gestiegen.

69,2 % der Leistungsempfängerinnen und Leistungsempfänger werden im Jahr 2013 in der eigenen Häuslichkeit versorgt (199.405 Personen) und 30,8 % in der stationären Dauerpflege (88.891 Personen). Im Jahr 2007 wurden 68,3 % ambulant und 31,7 % stationär versorgt. 131.408 Personen werden 2013 ausschließlich von Angehörigen gepflegt (45,6 %). Dieser hohe Anteil familiärer Pflege hat sich seit 2007 nicht verändert. 2.946 Personen nehmen Kurzzeitpflege und 8.728 Personen Tages- oder Nachtpflege in Anspruch (Stichtagserhebung). Im Vergleich zum Jahr 2007 (Kurzzeitpflege: 1.781 Personen, Tages- und Nachtpflege: 1.884 Personen) haben sich die absoluten Zahlen der Nutzerinnen und Nutzer stark erhöht. Je niedriger die Pflegestufe ist, desto öfter wird Pflegegeld in Anspruch genommen. Im Gegenzug steigt mit zunehmender Pflegestufe der Anteil der in stationären Einrichtungen der Dauerpflege versorgten Personen.

Bis zum Jahr 2030 werden nach vorliegenden Vorausberechnungen mindestens 90.000 Pflegebedürftige (rund 380.000 Pflegebedürftige) zu der im Jahr 2013 bestehenden Anzahl hinzukommen. Die höchste Zahl Pflegebedürftiger wird circa im Jahr 2050 mit 500.000 Leistungsempfängerinnen und Leistungsempfänger erwartet.

3. Nachfrage nach Leistungen der Pflegeversicherung

Im Jahr 2014 fanden in Niedersachsen insgesamt 192.482 Pflege-Begutachtungen durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen statt (2010: 169.019 Pflege-Begutachtungen), wobei 145.579 Begutachtungen auf den ambulanten (75,6 %) und 35.953 (18,7 %) auf den stationären Bereich entfielen. Von den Begutachtungen waren 94.279 Erstgutachten, 78.415 Folgegutachten und 8.656 Widersprüche. Sowohl im ambulanten wie auch im stationären Sektor werden die meisten Begutachtungen bei Hausbesuchen durchgeführt.

4. Pflege in der eigenen Häuslichkeit

Ein zentrales Ziel der Pflegeversicherung besteht darin, der häuslichen Pflege soweit wie möglich den Vorrang vor der stationären Versorgung zu gewähren. Im Jahr 2013 wurden etwa sieben von zehn Pflegebedürftigen im häuslichen Umfeld versorgt (69,2 %). Im Zeitvergleich ist dieser Anteil nahezu stabil geblieben (71,2 %).

4.1 Private Pflegepersonen

In Niedersachsen werden im Jahr 2013 insgesamt 165.583 der 285.350 pflegebedürftigen Menschen² im häuslichen Umfeld von Angehörigen (und teilweise unterstützt durch ambulante Pflegedienste) versorgt.³ Dies entspricht einem Anteil von 58,0 %. Im Jahr 2007 belief sich diese Anzahl noch auf 139.777 Personen (58,6 %). Hinzu kommen 67.997 Pflegebedürftige (23,8 %), die zwar ausschließlich Sachleistungen von Pflegediensten beziehen (2007: 23,4 %), jedoch mehrheitlich zusätzlich noch von Angehörigen versorgt werden. Diese Beobachtung belegt, dass private Pflegepersonen – primär Töchter, (Ehe-)Partnerinnen und (Ehe-)Partner – trotz familiärer Wandlungsprozesse und zunehmenden Frauenerwerbstätigkeitsquoten nach wie vor eine der zentralen Säulen im Versorgungssystem darstellen. Mehrheitlich übernehmen zwar noch immer Frauen die Hauptpflegeverantwortung, der Anteil der Männer hat sich jedoch im Zeitraum zwischen 1999 und 2010 von 20 % auf 28 % erhöht. Die überwiegende Mehrheit aller Hauptpflegepersonen (67 %) befindet sich im erwerbsfähigen Alter zwischen dem 20. und dem 64. Lebensjahr. 24 % sind zwischen 65 und 79 Jahre alt und 9 % älter als 80 Jahre. 61 % der Frauen und 67 % der Männer, die sich zumindest eine Stunde pro Werktag um eine pflegebedürftige Person kümmern, gehen einer Berufstätigkeit nach, wobei bei den pflegenden Frauen seit dem Jahr 2001 ein Anstieg um 24 % und bei den pflegenden Männern um 21 % zu beobachten ist. 66,7 % der erwerbstätigen Pflegenden ist dabei in Vollzeit erwerbstätig.

² Ohne Kurzzeit-, Tages- und Nachtpflege

³ Hierbei handelt es sich um die Bezieherinnen und Bezieher von Geldleistungen und Kombinationsleistungen.

Um erwerbstätige Pflegende bei der Vereinbarkeit beider Lebensbereiche zu unterstützen, trat am 01. Januar 2015 das Gesetz zur besseren Vereinbarkeit von Familie, Pflege und Beruf in Kraft, das Regelungen des Pflegezeitgesetzes und des Familienpflegezeitgesetzes zusammenführt. Die hier vorgesehenen zeitlichen Freistellungsmöglichkeiten in Form der kurzzeitigen Freistellung, der Pflegezeit und der Familienpflegezeit werden gegenwärtig jedoch nach Auskunft der Pflegekassen noch kaum in Anspruch genommen.

Die Pflege eines Angehörigen ist sowohl für berufstätige wie auch für nicht berufstätige Pflegepersonen nicht selten mit erheblichen Belastungen verbunden: 77 % der Hauptpflegepersonen fühlen sich zumindest eher stark belastet, wobei sie ein signifikant höheres Belastungsniveau aufweisen als die Durchschnittsbevölkerung.

4.2. Ambulante Pflegeeinrichtungen

Insgesamt bestehen gegenwärtig 1.231 ambulante Dienste, die zusammengekommen 67.997 Personen versorgen. Die Anzahl der Dienste hat sich seit 1999 kontinuierlich ausgeweitet. Der Anstieg belief sich seit 2007 auf 10,7 % und entspricht somit der Entwicklung auf der Bundesebene. Zuwächse verzeichnen dabei insbesondere die Dienste in privater Trägerschaft, die gegenwärtig bereits zwei Drittel der Pflegedienste ausmachen (66,4 %). Der Anteil der freigemeinnützigen Dienste beläuft sich auf 32,1 %, der Anteil der öffentlichen Dienste auf 1,5 %. Gegenüber dem Jahr 2007 wurden 22 % mehr Personen versorgt.

97,9 % der Dienste erbringt nicht nur Leistungen im Rahmen des SGB XI, sondern auch andere Leistungen, primär häusliche Krankenpflege oder Haushaltshilfe nach SGB V.

Eine regional differenzierte Betrachtung belegt, dass sich die Versorgungssituation in den unterschiedlichen kommunalen Gebietskörperschaften stark unterscheidet. Es bestehen allerdings Hinweise auf besondere Herausforderungen der ambulanten Versorgung im ländlichen Raum: So belegt die Analyse der Erreichbarkeitssituation in Niedersachsen, dass in einigen ländlichen Bereichen Niedersachsens die Einsatzorte von ambulanten Pflegediensten nicht innerhalb einer Anfahrtstrecke von 25 bis 30 Kilometern erreicht werden können.

29 % der im Rahmen der Erstellung des Landespflegeberichts befragten kommunalen Gebietskörperschaften gibt an, dass aus ihrer Sicht die ambulante Infrastruktur in ihrem Zuständigkeitsgebiet nur teilweise oder eher nicht den bestehenden Bedarfen entspricht.

4.3 Teilstationäre Pflegeeinrichtungen (Tages- und Nachtpflege)

Eine der prägenden Entwicklungen in den vergangenen Jahren stellt die umfassende Ausweitung des Angebots an Tagespflegeangeboten dar. Es beläuft sich gegenwärtig auf 336 Einrichtungen, davon 315 solitäre Einrichtungen, und hat sich seit dem Jahr 2007 nahezu verdreifacht. Gegenwärtig sind 6.414

Plätze verfügbar. Gegenüber dem Jahr 2007 hat sich diese Zahl mehr als vervierfacht. Auch die Zahl der im Durchschnitt verfügbaren Plätze pro Einrichtung hat sich seither von rund 14 Plätzen auf rund 21 Plätze drastisch erhöht.

47 % der Tagespflegeeinrichtungen befindet sich in privater, 51,8 % in freigemeinnütziger und 1,2 % in öffentlicher Trägerschaft. Der Anteil der Tagespflegeeinrichtungen in privater Trägerschaft an der Gesamtzahl hat sich seit Ende 2007 um 26 % erhöht, wohingegen der Anteil der Tagespflegeeinrichtungen in freigemeinnütziger Trägerschaft in fast identischem Maße abgenommen hat.

Wenngleich noch immer deutliche regionale Differenzen bestehen, profitieren grundsätzlich alle Landkreise, kreisfreien Städte und die Region Hannover von der Ausweitung des Angebots. Diese positive Entwicklung ist maßgeblich auf die Ausweitung der Leistungsansprüche, die verbesserte Möglichkeit der Kombination mit anderen ambulanten Leistungen und die Ausweitung des anspruchsberechtigten Personenkreises im Zuge des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes und des Pflege-Neuausrichtungsgesetzes zurückzuführen. Mit Einführung des Pflegestärkungsgesetzes I haben sich nunmehr noch weitere Leistungsverbesserungen ergeben, so dass mit einem weiteren Ausbau des Tagespflegeangebots zu rechnen ist.

Während Tagespflegeangebote sich zunehmend etablieren, spielt Nachtpflege weiterhin nur eine untergeordnete Rolle: Eigenständige Nachtpflegeeinrichtungen bestehen weiterhin keine. Wenn überhaupt sind eingestreute Plätze auf Anfrage verfügbar, wobei 21 Einrichtungen in Niedersachsen im Jahr 2013 entsprechende Angebote vorhalten. Seit 2007 hat sich die Anzahl der Einrichtungen, die dieses Angebot vorhält, in Niedersachsen halbiert.

4.4. Kurzzeitpflegeeinrichtungen

Im letzten Landespflegebericht war ein Rückgang des Kurzzeitpflegeangebots festgestellt worden. Diese Entwicklung hat sich nunmehr umgekehrt. Während im Jahr 2007 noch 23 selbstständige Kurzzeitpflegeeinrichtungen mit 332 Plätzen existierten, ist das Angebot seitdem auf 39 Einrichtungen mit 562 Plätzen gestiegen. Auch die Zahl eingestreuter Plätze hat sich seither von 3.589 Plätzen auf 4.215 Plätzen gesteigert. Insgesamt wird dieses Angebot im Jahr 2013 von 2.946 Pflegebedürftigen genutzt, so dass die Inanspruchnahme gegenwärtig hinter dem Angebot zurückbleibt.

47,4 % der Kurzzeitpflegeplätze befinden sich in privater, 50 % in freigemeinnütziger und 2,6 % in öffentlicher Trägerschaft. Während der Anteil der Einrichtungen in privater Trägerschaft seit 2007 deutlich zugenommen hat (+12,6 %), hat sich der Anteil der Einrichtungen in freigemeinnütziger und in öffentlicher Trägerschaft reduziert (-2,2 % und -10,4 %).

Eingestreute Plätze der Kurzzeitpflege sind gegenwärtig in allen kommunalen Gebietskörperschaften Niedersachsens verfügbar. Dies gilt nicht für Plätze in solitären Einrichtungen: Nur in 13 der 46 kommunalen Gebietskörperschaften bestehen diese.

4.5 Betreuungs- und Entlastungsleistungen nach § 45b SGB XI

Mit Einführung des Pflegestärkungsgesetz I am 01. Januar 2015 wurden niedrigschwellige Betreuungsangebote, die vormals nur für Versicherte mit eingeschränkter Alltagskompetenz bezogen werden konnten, nun auf alle Leistungsempfängerinnen und Leistungsempfänger im Sinne des SGB XI ausgedehnt und unter dem Begriff Niedrigschwellige Betreuungs- und Entlastungsangebote (NBEA) zusammengefasst. Im Juni 2015 existieren 401 vom Land Niedersachsen anerkannte Leistungsanbieter, wobei sich diese Zahl seit 2010 um 62 Anbieter erhöht hat. Ende 2011 halten 85 % der Leistungsanbieter Angebote für demenzkranke, 36 % für geistig behinderte und 35 % für psychisch kranke Pflegebedürftige vor. Im Jahr 2012 wurden pro Anbieter durchschnittlich 28 ehrenamtlich Tätige in der Betreuung eingesetzt, die insgesamt 79 Betreuungsstunden pro Woche leisten. Auf die Gesamtzahl der Anbieter hochgerechnet engagieren sich in Niedersachsen im Jahr 2012 rund 10.000 Freiwillige in diesem Versorgungssegment. Insbesondere in einigen ländlichen Räumen ist die Anzahl der anerkannten NBEA noch gering und ein wohnortnahes Angebot somit nicht gewährleistet.

Zugelassene ambulante Pflegedienste mit Versorgungsverträgen nach § 72 SGB XI können ebenfalls Leistungen der Betreuung oder Entlastung anbieten, wobei diese anders als bei den niedrigschwelligen Betreuungs- und Entlastungsangeboten nicht von ehrenamtlichen, sondern von hauptamtlichen Beschäftigten erbracht werden. Im Juli 2015 sind in Niedersachsen 1.006 Pflegedienste (81,7 % aller Pflegedienste) als Erbringer zusätzlicher Betreuungs- und Entlastungsleistungen bei den gesetzlichen Pflegekassen anerkannt. 2010 belief sich die Anzahl dieser Dienste auf 900.

4.6 Ehrenamt und Selbsthilfe nach § 45d SGB XI

Im Zeitraum zwischen 2010 und 2014 förderte das Land Niedersachsen nach § 45d SGB XI jährlich 34 Selbsthilfekontaktstellen und durchschnittlich 125 Selbsthilfegruppen. Im Jahr 2014 beantragten Selbsthilfekontaktstellen aus 29 Landkreisen und kreisfreien Städten eine Förderung für durchschnittlich vier bis fünf Selbsthilfegruppen. Mitglieder der geförderten Selbsthilfegruppen sind insbesondere pflegende Angehörige, aber auch pflegebedürftige Menschen mit spezifischen Diagnosen, wie zum Beispiel Schlaganfall, Multiple Sklerose oder auch beginnende Demenz.

4.7 Senioren- und Pflegestützpunkte Niedersachsen

Seit Januar 2014 wurden die Seniorenservicebüros und die Pflegestützpunkte in eine neue Beratungsstruktur – die Senioren- und Pflegestützpunkte (SPN) – zusammengeführt. Diese Einrichtungen übernehmen umfassende Aufgaben im Bereich der Einzelfallberatung, Vernetzung von Versorgungsangeboten und in der Förderung des bürgerschaftlichen Engagements in der häuslichen Versorgung. Im August 2014 existierten in Niedersachsen 45 SPN. Feststellbar ist eine zunehmende Nachfrage nach den Dienstleistungen der Senioren- und Pflegestützpunkte.

4.8 Pflegeberatung, Pflegekurse und -trainings

Mit dem Anspruch auf individuelle Beratung und Hilfestellung im Sinne eines individuellen Fallmanagements soll die Versorgungssituation Pflegebedürftiger verbessert, die Angehörigen im Pflegeprozess begleitend informiert und entlastet und so auch die häusliche Pflege gestärkt werden. Die bisherige Umsetzung der §§ 7 und 7a SGB XI durch die Pflegekassen erfolgt in sehr unterschiedlicher Form, so dass davon ausgegangen werden kann, dass die Versicherten uneinheitliche Beratungsstrukturen vorfinden. Gleiches gilt für die Pflegekurse, die die Pflegekassen gemäß § 45 Abs. 1 SGB XI anbieten sollen, um Fertigkeiten für die eigenständige Durchführung der Pflege zu vermitteln.

4.9 Ambulante betreute Wohnformen

Zu den ambulant betreuten Wohnformen werden Angebote des betreuten Wohnens und ambulant betreute Wohngemeinschaften gezählt. Die Zahl der geförderten Altenwohnungen belief sich zwischen 2010 und 2014 relativ konstant auf 130 Wohnungen. Insgesamt wurden 636 Wohnungen, davon 138 Wohnungen als Betreutes Wohnen, gefördert. Die Anzahl der ambulant betreuten Wohngemeinschaften in Niedersachsen ist nicht genau zu beziffern. Bei der AOK Niedersachsen sind derzeit 210 Adressen von Wohngemeinschaften gemeldet. Für alle Kostenträger hochgerechnet ist davon auszugehen, dass circa 800 pflegebedürftige Personen in ambulant betreuten Wohngemeinschaften leben und dort pflegerisch versorgt werden. Insgesamt ist eine kontinuierliche Zunahme festzustellen.

5. Vollstationäre Dauerpflege

In Niedersachsen bestehen Ende des Jahres 2013 1.778 Pflegeheime mit zusammen 107.618 Pflegeplätzen. Bei 1.424 dieser Heime handelt es sich um Einrichtungen mit Dauerpflegeangebot, die insgesamt 99.984 Plätze vorhalten. Gegenüber dem Jahr 2007 (1.307 Einrichtungen mit insgesamt 87.946 Plätzen) hat sich die Platzkapazität um 13,7 % ausgeweitet. Bei der überwiegenden Mehrheit von 1.327 Einrichtungen mit Dauerpflegeangebot handelt es sich um Einrichtungen für ältere Menschen (93,2 %). Private Träger waren mit einem Anteil von 61,3 %, freigemeinnützige mit 36,5 % und öffentliche mit 2,2 % an diesen Einrichtungen vertreten. Einrichtungen in privater Trägerschaft sind deutlich kleiner (durchschnittlich 65 Plätze) als Einrichtungen in freigemeinnütziger Trägerschaft (durchschnittlich 79 Plätze) und öffentlicher Trägerschaft (durchschnittlich 72 Plätze). Insgesamt zeichnet sich in den letzten Jahren ein deutlicher Trend hin zu einer Kapazitätsausweitung. Die überwiegende Mehrheit der Dauerpflegeplätze befindet sich in 1-Bettzimmern (64,1 %). Dieser Anteil hat sich in den letzten Jahren stetig vergrößert. Ende 2013 waren die Kapazitäten an Dauerpflegeplätzen in Niedersachsen zu 87,1 % ausgelastet. Insgesamt kann niedersachsenweit von einem flächendeckenden, quantitativ ausreichenden Angebot ausgegangen werden. In einigen Landkreisen und kreisfreien Städten bestehen gegenwärtig sogar Überkapazitäten.

6. Angebote für besondere Personengruppen

Die pflegerische Versorgung von pflegebedürftigen, schwerstkranken Kinder und Jugendliche, Menschen mit Behinderung, Menschen mit Demenzerkrankungen, Menschen mit AIDS-Erkrankungen und Schädel-Hirn-Trauma, Menschen mit Migrationshintergrund sowie Unheilbar kranke und sterbende Menschen stellt eine besondere Herausforderung dar.

Pflegebedürftige, schwerstkranke Kinder und Jugendliche

Die Gruppe der schwerstkranken und pflegebedürftigen Kinder und Jugendlichen bildet zwar mit 11.682 Leistungsempfängerinnen und Leistungsempfängern eine anteilmäßig kleine Gruppe unter den Pflegebedürftigen. Im Vergleich mit der Gesamtheit der Pflegebedürftigen weist diese jedoch häufig eine umfassende Pflegebedürftigkeit auf, die auf schwerste Erkrankungen und Behinderungen zurückzuführen ist. Seit 2007 hat sich die Zahl der pflegebedürftigen Kinder und Jugendlichen um 1.877 Personen erhöht. 6.505 (55,7 %) der pflegebedürftigen Kinder und Jugendlichen sind der Pflegestufe I, 3.231 (27,7 %) der Pflegestufe II und 1.930 Personen (16,5 %) der Pflegestufe III zuzuordnen. Im Vergleich zu erwachsenen Pflegebedürftigen über 65 Jahren ist der Anteil der pflegebedürftigen Kinder und Jugendlichen in der Pflegestufe III besonders hoch. 93,4 % beziehen Pflegegeld, 5,3 % Leistungen der ambulanten Pflegedienste und 1,4 % stationäre Dauerpflege. Tages- und Kurzzeitpflege wurden lediglich von einer sehr geringen Anzahl pflegebedürftiger Kinder und Jugendlicher in Anspruch genommen.

In Niedersachsen besteht für diesen Personenkreis ein Versorgungsangebot, das sich aus ambulanten (spezialisierten) Pflegediensten und Hospizdiensten, Sozialmedizinischer Nachsorge, Plätzen in einer solitären Kurzzeitpflegereinrichtung und in anderen Einrichtungen mit Kurzzeitpflegeangebot (zum Beispiel Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen, der Eingliederungshilfe und der Jugendhilfe), Dauerpflegeplätzen insbesondere in Einrichtungen der Behindertenhilfe, Plätzen in zwei stationären Kinder- und Jugendhospizen sowie spezialisierte ambulante pädiatrische Palliativversorgung zusammensetzt.

Menschen mit Behinderung

In Niedersachsen leben zum Jahresende 2013 rund 664.802 schwerbehinderte Menschen. Über die Entwicklung der Zahl pflegebedürftiger Menschen mit einer Behinderung liegen keine Erkenntnisse vor. Es ist jedoch von einer Zunahme des altersbedingten Pflegebedarfs auszugehen.

Um ihren Versorgungsbedarf zu decken, können neben dem generell bestehenden Anspruch auf Leistungen des SGB XI insbesondere Familienentlastende Dienste, individuelle Schwerbehindertenbetreuung und Einrichtungen der Eingliederungshilfe in Anspruch genommen werden.

Menschen mit Demenzerkrankungen

Demenzerkrankungen sind die häufigste pflegebegründende Diagnose und lösen zumeist eine längere Pflegedauer aus. Rund 148.000 Menschen in Niedersachsen sind Ende 2013 an einer Demenz erkrankt. Mit dem Anstieg der Zahl älterer und hochaltriger Menschen in der Gesellschaft wird auch ihre Zahl deutlich steigen. Die jeweiligen Betroffenenengruppen benötigen spezielle Versorgungsangebote in Form von Beratung, Selbsthilfe und Betreuung sowie zur Entlastung der betreuenden Angehörigen. Die Pflege von demenzkranken Pflegebedürftigen ist mit besonders hohen Belastungen verbunden.

Menschen mit AIDS-Erkrankungen

Die Zahl der im Jahr 2013 in Niedersachsen mit HIV-Infektionen und AIDS lebenden Menschen wird auf circa 4.400 geschätzt. Über den Anteil pflegebedürftiger HIV-Infizierter beziehungsweise AIDS-Erkrankter liegen keine genauen Zahlen vor. In einem fortgeschrittenen Stadium der Krankheit ist jedoch auch das Vorliegen von Pflegebedürftigkeit im Sinne des SGB XI sehr wahrscheinlich. In Niedersachsen können AIDS-erkrankte Pflegebedürftige im vorstationären Bereich in Hannover Aufnahme in ein Angebot des Betreuten Wohnens oder bei ungesicherten Wohnverhältnissen in ein Einzelwohnprojekt finden. Außerdem besteht ein offenes ambulantes Versorgungssystem, das sich durch die multiprofessionelle und interdisziplinäre Zusammenarbeit von Medizin, Sozialarbeit und hochqualifizierter Pflege auszeichnet.

Menschen mit Schädel-Hirn-Trauma

Zur Anzahl der (beatmungspflichtigen) Schädel-Hirn-Geschädigten der Phase F bestehen in Niedersachsen aktuell keine verlässlichen empirischen Daten. Es liegt jedoch die Vermutung nah, dass die Zahl der Schädel-Hirngeschädigten der „Phase F“ aufgrund des medizinischen Fortschrittes bei der Erst- und Langzeitbehandlung sowie in der Pflege in den letzten zwei Dekaden deutlich gestiegen ist und auch zukünftig noch zunehmen wird. In Niedersachsen existieren mehrere Pflegeheime, die sich auf diesen Personenkreis spezialisiert haben. Je nach Beeinträchtigung und dem daraus resultierenden Hilfebedarf werden Menschen mit erworbenen Hirnschädigungen aber auch in anderen Pflegeeinrichtungen und Einrichtungen der Eingliederungshilfe oder durch spezialisierte Pflegedienste betreut.

Menschen mit Migrationshintergrund

In Niedersachsen leben im Jahr 2012 rund 1,4 Millionen Menschen mit Migrationshintergrund. Schätzungen zufolge weisen etwa 13.200 von ihnen einen Pflegebedarf auf. Pflegebedürftige mit Migrationshintergrund beziehen deutlich häufiger Pflegegeld als Sach- oder Kombinationsleistungen. Demgegenüber werden teilstationäre Pflegeleistungen, Kurzzeit- und Verhinderungspflege weniger genutzt. Der Zugang zu professionellen Versorgungsangeboten wird erleichtert, wenn diese der soziokulturell

geprägten Lebens- und Bedürfnislage dieses Personenkreises Rechnung tragen. Neben mehreren kultursensiblen Pflegeangeboten bestehen in Niedersachsen weitere Ansätze, darunter zum Beispiel eine Datenbank, die die kultursensiblen Versorgungsangebote bündelt.

Unheilbar Kranke und sterbende Menschen

Die Palliativversorgung und die Hospizarbeit haben das gemeinsame Ziel, die Lebensqualität von unheilbar kranken und sterbenden Menschen zu verbessern. In Niedersachsen besteht ein breit gefächertes Angebot. Neben 129 ambulanten Hospizdiensten und 26 stationären Hospizen existieren mehr als 60 stationäre Palliativeinrichtungen an Krankenhäusern. Diese Einrichtungen bilden die Grundlage für den Aufbau eines flächendeckenden Netzes von derzeit 37 Palliativstützpunkten. Außerdem sind niedersachsenweit 44 spezialisierte ambulante Palliativversorgungsteams tätig.

7. Qualität der pflegerischen Versorgung

Qualitätsentwicklung und -sicherung in der professionellen Pflege

Gemäß § 112 Abs. 1 SGB XI sind die Träger der Pflegeeinrichtungen dafür verantwortlich, die Qualität der erbrachten Leistungen sicherzustellen und kontinuierlich weiterzuentwickeln. Verbindliche Anforderungen an die Qualität und Qualitätssicherung in den Einrichtungen sowie die Entwicklung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements sind in den Maßstäben und Grundsätzen zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität formuliert (§ 113 SGB XI). Sie bilden die Grundlage zur Beurteilung der Qualität einer Pflegeeinrichtung. Im Rahmen der Qualitätsprüfungen werden Noten für die Qualität der Gesamteinrichtung und die Qualität einzelner Bereiche der Einrichtung vergeben, die in den Transparenzberichten nach § 115 Abs. 1a SGB XI festgehalten werden. In Niedersachsen wurden im Zeitraum zwischen Juli 2014 und Juli 2015 1.144 ambulante und 1.555 stationäre Einrichtungen geprüft. Die Gesamtnoten lagen im Durchschnitt in Niedersachsen bei 1,2 für ambulante Dienste und 1,3 für stationäre Dienste und entsprechenden Durchschnittsnoten auf Bundesebene. Im Vergleich zum Berichtsjahr 2009/2010 haben sich die Noten sowohl bundesweit wie auch in Niedersachsen verbessert. Mit dem Pflegestärkungsgesetz II werden sich Veränderungen des Qualitätssicherungs- und Qualitätsprüfsystems vollziehen. So sollen die Maßstäbe und Grundsätze zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität überarbeitet und die Pflege-Transparenzvereinbarungen durch ein neues Instrument zur vergleichenden Qualitätsberichterstattung abgelöst werden. Davon unabhängig wird in den Jahren 2015 und 2016 in einem bundesweiten Projekt ein vereinfachtes Pflegedokumentationssystem eingeführt. In Niedersachsen wurde bereits im September 2015 die angestrebte Teilnahmequote von 25% erreicht.

Qualitätsentwicklung und -sicherung in der häuslichen Pflege bei Pflegegeldbezug

Auch in häuslichen Versorgungssettings, in denen Angehörige die Pflege unter Bezug von Pflegegeld selbst sicherstellen, bestehen Maßnahmen zur Sicherung einer qualitativ hochwertigen Versorgung. Hierzu zählt die Beurteilung einer bedarfsgerechten pflegerischen Versorgung im Zuge der Begutachtung der Pflegebedürftigkeit durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen gemäß § 18 Abs. 1 SGB XI, die Beratung von Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen in der eigenen Häuslichkeit nach § 37 Abs. 3 SGB XI sowie die Pflegekurse der Pflegekassen nach § 45 SGB XI.

Qualitätsentwicklung und -sicherung in den Landkreisen und kreisfreien Städten

Auf kommunaler Ebene werden ebenfalls Maßnahmen zur Erfassung und Sicherstellung einer bedarfsgerechten Pflegeinfrastruktur ergriffen. Hierzu zählen zum einen die nach § 3 NPflegeG zu verfassen- den örtlichen Pflegeberichte über den Stand und die voraussichtliche Entwicklung der pflegerischen Versorgung, die nach einer Befragung aus dem Jahr 2015 von rund der Hälfte der befragten kommunalen Gebietskörperschaften erstellt werden. Zum anderen sind hierunter die örtlichen Pflegekonferenzen zu fassen, die in weniger als der Hälfte der Gebietskörperschaften stattfinden.

8. Berufstätigkeit und Ausbildung in der Pflege

Von Ende 2007 bis Ende 2013 konnte ein deutlicher Anstieg der Inanspruchnahme von ambulanten und stationären Pflegeleistungen festgestellt werden. Entsprechend ist in diesem Zeitraum in den ambulanten Diensten und stationären Einrichtungen ein erheblicher Personalzuwachs zu verzeichnen: Waren im Jahr 2007 89.002 Personen in den niedersächsischen Pflegeeinrichtungen tätig, beläuft sich diese Anzahl im Jahr 2013 auf insgesamt 112.399 Personen. 86,7 % der Beschäftigten sind weiblich und 13,3 % sind männlich. Die Anzahl der Pflegefachkräfte beträgt dabei 38.110 (33,9 %) und die Anzahl der Beschäftigten in Pflegehelferberufen 10.072 Personen (9 %). Im Vergleich zum Jahr 2007 hat sich der Anteil der Pflegefachkräfte um 3,4 % und der Anteil der Pflegehelferberufe um 0,7 % verringert. Demgegenüber hat sich zum Beispiel der Anteil der Beschäftigten mit sonstigen Berufen um 3,1 % erhöht. 72 % der Beschäftigten arbeiten in Teilzeit- und 28 % in Vollzeitarbeitsverhältnissen.

Personal in ambulanten Pflegediensten

Ende des Jahres 2013 arbeiteten insgesamt 32.144 Personen in den ambulanten Pflegediensten Niedersachsens. Im Jahr 2007 belief sich diese Anzahl auf 24.003 Personen. Je Pflegedienst sind somit im Jahr 2013 im Durchschnitt 26,1 Personen beschäftigt. Die Zahl der betreuten Pflegebedürftigen ist im Verhältnis zu den Beschäftigten geringfügig gesunken und liegt bei 2,1, dagegen ist das Verhältnis von Fachkräften zu Pflegebedürftigen etwas gestiegen (4,7). 54,9 % der Beschäftigten entfallen auf Pflegedienste in privater Trägerschaft, 43,3 % auf solche in freigemeinnütziger Trägerschaft und 1,8 % auf

Dienste in öffentlicher Trägerschaft. Die Anzahl der Vollzeitbeschäftigten liegt mit 19,2 % deutlich niedriger als in der stationären Pflege. 40,4 % sind in Teilzeitarbeitsverhältnissen über 50 % eines Vollzeitarbeitsverhältnisses, 17,7 % in Teilzeitarbeitsverhältnissen unter 50 % und 22,7 % in geringfügigen Beschäftigungsverhältnissen tätig. Der Anteil der Pflegefachberufe liegt bei 54,3 % und hat sich gegenüber dem Jahr 2007 geringfügig reduziert. Die größte Untergruppe bilden Angehörige des Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflegeberufs mit 25,8 %, gefolgt von Altenpflegerinnen und Altenpflegern mit 19 %. Die Pflegehelferberufe haben einen Anteil von 9,4 %.

Personal in den stationären Pflegeeinrichtungen

In den stationären Pflegeeinrichtungen Niedersachsens arbeiten Ende des Jahres 2013 80.255 Personen. Im Jahr 2007 belief sich diese Zahl auf 64.969 Personen. Im Schnitt sind in jeder stationären Pflegeeinrichtungen 45,1 Beschäftigte tätig, wobei jede Beschäftigte beziehungsweise jeder Beschäftigte im Schnitt 1,2 Pflegebedürftige versorgt. Gegenüber dem Jahr 2007 hat sich das Verhältnis zwischen der Anzahl der Beschäftigten und den versorgten Pflegebedürftigen nicht verändert. 53,1 % der Beschäftigten entfallen auf Einrichtungen in stationärer, 44,3 % auf Einrichtungen in freigemeinnütziger und 2,6 % auf Einrichtungen in öffentlicher Trägerschaft. Der Anteil der Vollzeitbeschäftigten ist mit 37 % deutlich höher als in der ambulanten Pflege. 38,8 % sind in Teilzeitarbeitsverhältnissen über 50 % eines Vollzeitarbeitsverhältnisses, 16,7 % in Teilzeitarbeitsverhältnissen unter 50 % eines Vollzeitarbeitsverhältnisses und 12,8 % in geringfügigen Beschäftigungsverhältnissen tätig. Das Profil der Berufsabschlüsse der in den stationären Einrichtungen Beschäftigten unterscheidet sich maßgeblich von dem Profil im ambulanten Bereich. Kennzeichnend für den stationären Bereich sind insbesondere der geringere Anteil an Pflegefachkräften und der höhere Anteil an un- und angelernten Kräften. Unter den Pflegefachkräften, die 38,3 % aller Beschäftigten im stationären Sektor ausmachen, nehmen Altenpflegerinnen und Altenpfleger mit 22,1 % den größten Anteil ein.

Personalgewinnung

In Anbetracht des wachsenden Personalbedarfs kommt der Personalgewinnung in vielen niedersächsischen Pflegeeinrichtungen ein zunehmend wichtiger Stellenwert zu. Anfang des Jahres 2015 sind mehr als 2.000 offene Stellen bei der Bundesagentur für Arbeit gemeldet, wobei sich zwei Drittel dieser Stellen an Pflegefachkräfte richten. Das Missverhältnis zwischen vakanten Stellen und arbeitssuchenden Pflegekräften führt dazu, dass offene Stellen in diesem Segment sich selten sofort besetzen lassen: Stellen, die sich an Pflegefachkräfte richten, sind im Durchschnitt bis zu 122 Tage unbesetzt.

Angesichts dieser Situation kommt der Aus- und Weiterbildung von Pflegekräften ein bedeutsamer Stellenwert zu. Ende 2014 werden in den 95 niedersächsischen Berufsfachschulen für Altenpflege insgesamt 6.817 Schülerinnen und Schüler ausgebildet. Verglichen mit den Zahlen aus den Vorjahren zeigt

sich ein deutlicher Anstieg, der sich auf 38,4 % seit dem Jahr 2005 beläuft. 85 % der Schülerinnen und Schüler absolvieren ihre Ausbildung in stationären Einrichtungen. 14 % der Ausbildungsplätze konnten - insbesondere aufgrund der fehlenden Eignung der Bewerberinnen und Bewerber - nicht besetzt werden. Außerdem ist das Ausbildungsgeschehen in der Altenpflege durch starke Diskontinuitäten im Verlauf geprägt. Die Berufsfachschulen verzeichneten im Jahr 2013 insgesamt 450 Abbrüche der Ausbildung. Es ist aber zu erwarten, dass sich die Einführung der Schulgeldfreiheit in Niedersachsen zum 01. Februar 2015 weiter positiv auf die Absolventenzahlen auswirken wird.

Auch die Förderung der beruflichen Weiterbildung zur Altenpflegerin oder zum Altenpfleger durch die Bundesanstalt für Arbeit stellt eine wichtige Strategie zur Fachkräftesicherung dar. Zwischen November 2013 und Oktober 2014 treten in diesem Bundesland insgesamt 760 Personen in die Förderung der beruflichen Weiterbildung zur Altenpflegerin oder zum Altenpfleger ein, wobei in den letzten Jahren eine erhebliche Steigerung der Anzahl der geförderten Weiterbildungen zu verzeichnen ist. Auch die staatlich anerkannten Weiterbildungen (zum Beispiel zum Pflegedienstleiter oder zur Pflegedienstleiterin) werden in der Praxis gut angenommen. Insgesamt durchliefen 426 Personen im Jahr 2014 diese Qualifizierungen. Darüber hinaus stehen in Niedersachsen auch diverse Studienangebote zur Verfügung, die Pflegekräften eine akademische Qualifizierung ermöglichen.

Personalbindung

Für die Sicherstellung einer hinreichenden Personalausstattung in den Pflegeeinrichtungen ist auch die langfristige Bindung des Personals bedeutsam. Unterschiedliche Studien geben Hinweise darauf, dass die Berufsverläufe von Beschäftigten im Altenpflegesektor im Vergleich mit anderen Berufsgruppen kürzer sind und ein höheres Maß an Diskontinuität aufweisen. Der Anteil der Beschäftigten mit langen Berufsverläufen über 20 Jahre ist dabei im stationären Sektor weitaus geringer als im ambulanten Sektor. Pflegekräfte ohne formale Qualifikation und Pflegehilfskräfte weisen in beiden Beschäftigungsbereichen deutlich geringere Berufsverweildauern auf als Fachkräfte.

Im internationalen Vergleich ist der Anteil derjenigen Altenpflegekräfte, die einen Ausstieg aus dem Beruf in Erwägung ziehen, in Deutschland verhältnismäßig hoch. Nur ein Fünftel aller Beschäftigten kann sich vorstellen, bis zum regulären Renteneintrittsalter im Berufsfeld der Altenpflege tätig zu sein. Dies gilt für Beschäftigte im stationären Sektor wieder in besonderem Maße.

Als Gründe für die diskontinuierliche Beschäftigung und die Fluktuationsneigung in diesem Berufsfeld werden primär das Belastungsgeschehen der Beschäftigten und damit verbundene gesundheitliche Beeinträchtigungen diskutiert. Aber auch fehlende Möglichkeiten zur Verbindung des Pflegeberufs mit familiären Aufgaben stellen in diesem Zusammenhang eine zentrale Einflussgröße dar. Von großer Bedeutung ist darüber hinaus die Entgeltsituation im Pflegesektor: Fachkräfte in der Altenpflege verdie-

nen im Jahr 2013 in Niedersachsen brutto durchschnittlich 2.209 Euro, wobei das Gehalt von weiblichen Beschäftigten und Beschäftigten in ambulanten Pflegediensten deutlich unterhalb des Durchschnitts liegt. Im Bundesländervergleich ist das Median-Bruttoentgelt von niedersächsischen Altenpflegerinnen und Altenpflegern in Westdeutschland am geringsten (Median-Bruttoentgelt in Westdeutschland: 2.568 Euro). Es liegt auch deutlich unterhalb des durchschnittlichen Gehalts von Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpflegern (3.016 Euro).

Prognose der personellen Entwicklung in ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen

Wird von der Annahme ausgegangen, dass das gegenwärtig bestehende Verhältnis der Anzahl der Beschäftigten in ambulanten und stationären Altenpflegeeinrichtungen sich entsprechend auch in den nächsten Jahren fortschreiben lässt, kann auf Basis der prognostizierten Entwicklung der Pflegebedürftigkeit der Personalbedarf für die Jahre 2020 und 2030 prognostiziert werden. Dieser beläuft sich auf circa 130.000 Pflegekräfte im Jahr 2020 (+ 16.000 Pflegekräfte) und circa 150.000 Pflegekräfte im Jahr 2030 (+ 35.000 Pflegekräfte). Der Bedarf an Pflegefachkräften beträgt etwa 46.000 Personen (+ 8.000 Pflegefachkräfte) im Jahr 2020 und etwa 50.000 Personen (+ 12.000 Pflegefachkräfte) im Jahr 2030.

Werden der Ersatzbedarf für zwischenzeitlich aus Altersgründen oder aufgrund des Berufswechsels ausgeschiedene Pflegefachkräfte und der ungedeckte Bedarf aufgrund von in der Vergangenheit nicht besetzten Stellen berücksichtigt und eine Umrechnung in Vollzeitäquivalente vorgenommen, müssen prognostisch bis zum Jahr 2030 etwa 21.100 Stellen für Altenpflegerinnen und Altenpfleger neu besetzt werden. Allerdings wird eine erheblich größere Anzahl von Nachwuchskräften benötigt, um die bestehende Fachkräftelücke zu schließen, da voraussichtlich Teilzeitstellen im Altenpflegesektor weiterhin eine große Rolle spielen und auch Ausbildungsabbrüche sowie Berufswechsel Berücksichtigung finden müssen. Vor diesem Hintergrund müssen bis zum Jahr 2030 etwa 52.000 Kräfte gewonnen werden.

9. Vergütung von Pflegeleistungen

Zu den vergütungsfähigen Leistungen in der ambulanten Pflege zählen Leistungen der Grundpflege, der hauswirtschaftlichen Versorgung, Wegepauschalen sowie Pflegeeinsätze von Pflegediensten bei Pflegegeldempfängerinnen und Pflegegeldempfängern nach § 37 Abs. 3 SGB XI. Seit der Einführung des Pflege-Neuausrichtungsgesetzes am 01. Januar 2013 besteht für die Leistungsempfängerinnen und Leistungsempfänger die Möglichkeit, zwischen Komplexleistungen und einer Pflege nach Zeitaufwand zu wählen. Die letztgenannte Vergütungsform wird gegenwärtig nur von wenigen Pflegebedürftigen in Anspruch genommen.

In der stationären Versorgung erfolgt die Vergütung über Pflegesätze als Entgelte für die Pflegeleistung der Einrichtung sowie für die soziale Betreuung und teilweise für die medizinische Behandlungspflege.

Die Einrichtungen der vollstationären Dauerpflege erhalten Ende des Jahres 2013 für ihren Pflegeaufwand je Platz und Tag durchschnittlich 44 Euro in der Pflegeklasse I, 57 Euro in der Pflegeklasse II und 71 Euro in der Pflegeklasse III. Obwohl die niedersächsischen Pflegesätze im Zeitverlauf kontinuierlich gestiegen sind, liegen sie doch deutlich unterhalb der Pflegesätze auf Bundesebene. Die Pflegesätze vollstationärer Pflegeheime in privater Trägerschaft liegen über alle Pflegeklassen unter dem Landesdurchschnitt, wohingegen die Pflegeheime in freigemeinnütziger und öffentlicher Trägerschaft über dem Landesdurchschnitt liegen. Die Bewohnerinnen und Bewohner der vollstationären Einrichtungen Niedersachsens wenden durchschnittlich 17 Euro je Platz und Tag für Unterkunft und Verpflegung auf. Die teilstationären Pflegeeinrichtungen haben in Pflegeklasse I einen durchschnittlichen Pflegesatz von 37 Euro, in Pflegeklasse II von 43 Euro und in Pflegeklasse III von 49 Euro pro Tag und Person. Diese Sätze liegen über alle Pflegeklassen hinweg höher als auf der Bundesebene. Die Entgelte für Unterkunft und Verpflegung betrugen im Jahr 2013 durchschnittlich 13 Euro je Platz und Tag.

Die Durchschnittssätze für solitäre Kurzzeitpflegeeinrichtungen in den Pflegeklassen I, II und III betragen 47 Euro, 60 Euro und 73 Euro und fallen somit deutlich niedriger aus als die Durchschnittssätze auf Bundesebene. Die Entgelte für Unterkunft und Verpflegung liegen durchschnittlich bei 17 Euro pro Tag und damit knapp über dem Satz für die vollstationäre Dauerpflege.

Sowohl bei den Pflegesätzen als auch bei den erhobenen Beiträgen für Unterkunft und Verpflegung bestehen regional große Unterschiede.

10. Strukturentwicklung und Maßnahmenförderung im Umfeld von Pflege

Das Land Niedersachsen ist gemäß § 9 SGB XI verantwortlich für die Vorhaltung einer leistungsfähigen, zahlenmäßig ausreichenden und wirtschaftlichen pflegerischen Versorgungsstruktur. In diesem Rahmen werden in unterschiedlichsten Handlungsfeldern Anstrengungen unternommen, als Beispiel sind zu nennen: Das Niedersachsenbüro „Neues Wohnen im Alter“, die Landesagentur „Generationendialog Niedersachsen“, das Niedersachsen-Forum „Alter und Zukunft“, die Landesinitiative Niedersachsen Generationengerechter Alltag oder den Forschungsverbund zur Gestaltung altersgerechter Lebenswelten. Außerdem unterstützt das Land bürgerschaftliches Engagement und Selbsthilfe auch im Vorfeld der Pflege, zum Beispiel durch das Landesprogramm „Engagementlotsen“, das Qualifizierungsprogramm „DUO“, die Freiwilligenagenturen oder staatlich anerkannte Betreuungsvereine. Auch Modellprojekte nach § 45c SGB XI, die sowohl auf den Auf- und Ausbau von niedrigschwelligen Betreuungsangeboten als auch die Erprobung neuer Versorgungskonzepte und Versorgungsstrukturen ausgerichtet sind, werden gefördert.

11. Annahmen und Tendenzen zur zukünftigen Entwicklung der Verteilung nach Versorgungsarten

Am Beispiel von drei ausgewählten kommunalen Gebietskörperschaften – den Landkreisen Lüchow-Dannenberg und Vechta und der Stadt Delmenhorst – werden Modellberechnungen durchgeführt, um exemplarisch Aussagen über die voraussichtliche Verteilung von Pflegebedürftigen auf die Versorgungsarten treffen zu können.⁴ Es werden große regionale Unterschiede der zukünftigen Pflegesituationen deutlich. Ausgangspunkt der Annahmen zukünftiger Entwicklungen sind die voraussichtlichen regionalen informellen Pflegepotentiale in den kommunalen Gebietskörperschaften. In zwei verschiedenen Szenarien werden unterschiedliche Annahmen bezüglich der jeweiligen ambulanten Pflegeinfrastruktur einbezogen. Entsprechend unterschiedliche Rahmenbedingungen werden die regionalen Steuerungsstrategien zu berücksichtigen haben. Wesentliche Voraussetzungen hierfür sind regionale Analysen im Sinne des § 3 NPflegeG.

⁴ Die drei Gebietskörperschaften weisen sehr unterschiedliche Gesamtpflegequoten und Altersstrukturen in der Bevölkerung auf und werden daher exemplarisch einbezogen.

II Entwicklung der Pflegebedürftigkeit und Stand der pflegerischen Versorgung

1. Bevölkerungsentwicklung

In Niedersachsen leben Ende des Jahres 2013 insgesamt 7.790.559 Menschen, davon 49,1 % Männer und 50,9 % Frauen. 6.139.597 Personen sind jünger als 65 Jahre (78,8 % der Gesamtbevölkerung), 1.650.962 sind 65 Jahre und älter (21,2 % der Gesamtbevölkerung). 5,5 % der niedersächsischen Bevölkerung ist 80 Jahre und älter.

Niedersachsen	Gesamt	Männer	Frauen
Gesamt	7.790.559	3.821.814	3.968.745
0 - 19	1.483.740	761.518	722.222
20 - 64	4.655.857	2.341.540	2.314.317
65 - 79	1.223.862	573.125	650.737
80 - 89	361.204	131.181	230.023
90 und mehr	65.896	14.450	51.446

Tabelle 1: Bevölkerung in Niedersachsen differenziert nach Altersgruppen und Geschlecht im Jahr 2013 (Quelle: LSN, Bevölkerungsfortschreibung Basis Mikrozensus, 31. Dezember 2013)

In den Gebieten der ehemaligen vier Bezirksregierungen (Braunschweig, Hannover, Lüneburg, Weser-Ems), im Folgenden Bezirke genannt, gibt es hinsichtlich des Bevölkerungsanteils der 65-Jährigen und Älteren nur geringe Abweichungen.

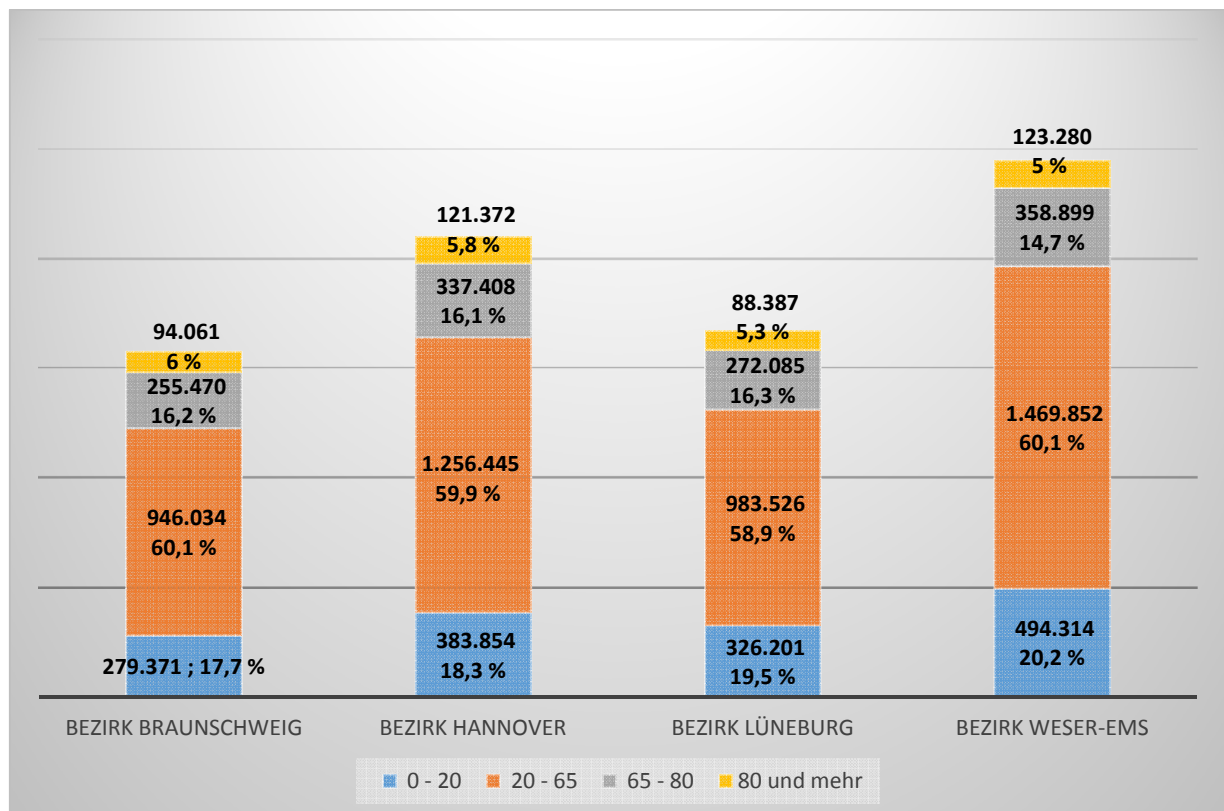


Abbildung 1: Verteilung nach Altersgruppen in den Bezirken Braunschweig, Hannover, Lüneburg und Weser-Ems (Quelle: LSN, Bevölkerungsfortschreibung 31. Dezember 2013)

Der Anteil der hochaltrigen Bevölkerung im Alter von 80 und älter liegt zwischen 5 % und 6 % in den Bezirken.

Entwicklung seit 1999

Ende des Jahres 1999 lebten 7.898.760 Menschen in Niedersachsen. Seitdem hat sich die Bevölkerungszahl bis Ende 2013 insgesamt um 108.201 Personen verringert. Während die Gesamtbevölkerung um rund 1,4 % geschrumpft ist, wuchs die Bevölkerungsgruppe der Menschen im Alter von 80 Jahren und älter im gleichen Zeitraum von 297.924 auf 427.100 Personen. Das entspricht einer Steigerung von 43,4 % innerhalb von 14 Jahren.

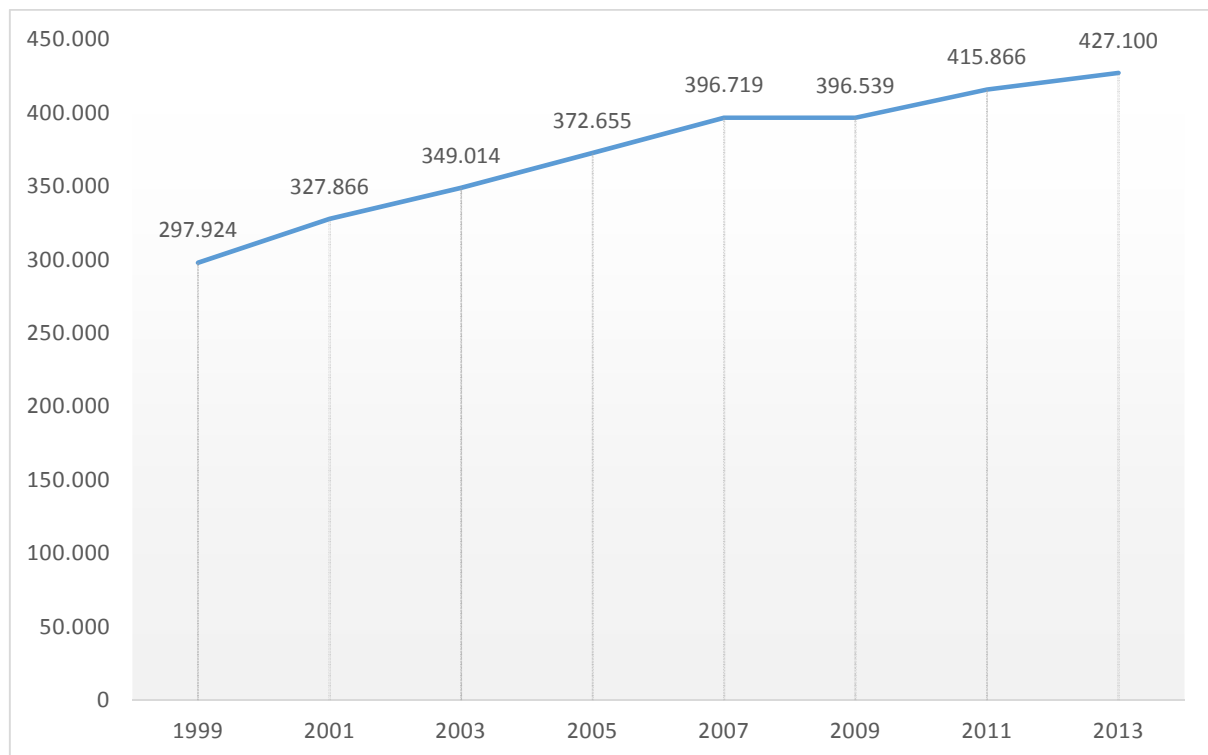


Abbildung 2: Entwicklung der Gruppe der 80-Jährigen und Älteren in den Jahren 1999 bis 2013 (Quelle: LSN, Bevölkerungsfortschreibung 31. Dezember 1999, 2001, 2003, 2005, 2007, 2009, 2011, 2013)

Regionale Gliederung

Die Landkreise und kreisfreien Städte in Niedersachsen weisen eine sehr unterschiedliche Bevölkerungsstruktur auf (*siehe Anhang II.1-A*). Von besonderem Interesse für die Entwicklung der Pflegebedürftigkeitsprävalenz sind die jeweiligen Anteile der älteren Bevölkerung an der Gesamtbevölkerungszahl. Der Landkreis Vechta weist den geringsten Anteil der 65-Jährigen und Älteren und der 80-Jährigen und Älteren an der Bevölkerung auf. Der Landkreis Cloppenburg folgt an zweiter Stelle. Die Landkreise mit den größten Bevölkerungsanteilen der 65-Jährigen und Älteren beziehungsweise 80-Jährigen und Älteren sind Osterode am Harz sowie Goslar (*siehe Anhang II.1-B*). In der folgenden Tabelle sind die kommunalen Gebietskörperschaften mit den niedrigsten beziehungsweise höchsten Anteilen an den ältesten Bevölkerungsgruppen aufgeführt.

Kommunale Gebietskörperschaft	65 und älter	Anteil in %	80 und älter	Anteil in %
Vechta	20.554	15,3	5.634	4,2
Cloppenburg	25.245	15,8	6.834	4,3
Oldenburg, Stadt	29.849	18,7	7.622	4,8
Gifhorn	31.986	18,7	7.864	4,6
Lüneburg	33.526	19	8.392	4,7
Rotenburg (Wümme)	31.803	19,7	7.968	4,9
Uelzen	22.404	24,3	6.032	6,5
Holzminden	17.941	25	5.062	7
Wilhelmshaven, Stadt	19.576	25,9	4.905	6,5
Hameln-Pyrmont	36.714	24,8	10.354	7
Lüchow-Dannenberg	12.862	26,4	3.366	6,9
Goslar	36.907	26,8	10.288	7,5
Osterode am Harz	20.380	27,4	5.922	8

Tabelle 2: Anteil der 65-Jährigen und Älteren und der 80-Jährigen und Älteren an der Gesamtbevölkerung im Jahr 2013 in Prozent (Quelle: LSN, Bevölkerungsfortschreibung Basis Mikrozensus, 31. Dezember 2013)

In der nachfolgenden Grafik ist der prozentuale Bevölkerungsanteil der über 65-Jährigen in den vier Bezirken und allen kommunalen Gebietskörperschaften ausgewiesen.

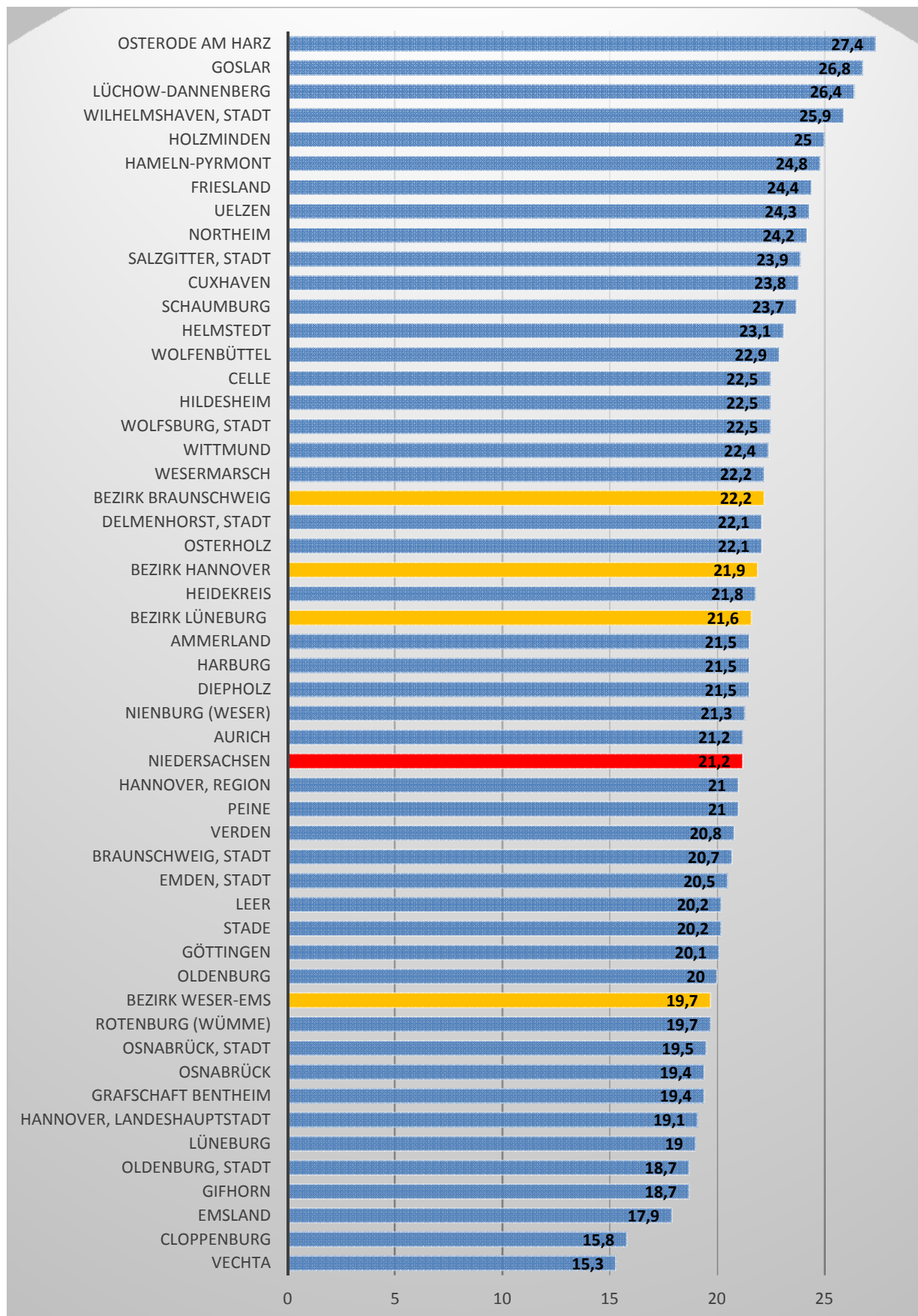


Abbildung 3: Anteil der 65-Jährigen und Älteren an der Gesamtbevölkerung in regionaler Gliederung in Prozent (Quelle: LSN, Bevölkerungsfortschreibung Basis Mikrozensus, 31. Dezember 2013)

Altersgruppe der 20- bis 65-Jährigen

Der Anteil der 20- bis 65-Jährigen an der Gesamtbevölkerung liegt in Niedersachsen durchschnittlich bei 59,8 %. In den kommunalen Gebietskörperschaften variiert dieser zwischen 56,2 % und 63,9 %. In der nachfolgenden Grafik ist der prozentuale Bevölkerungsanteil der 20- bis 65-Jährigen in Niedersachsen, den vier Bezirksregionen und den jeweiligen kommunalen Gebietskörperschaften ausgewiesen.

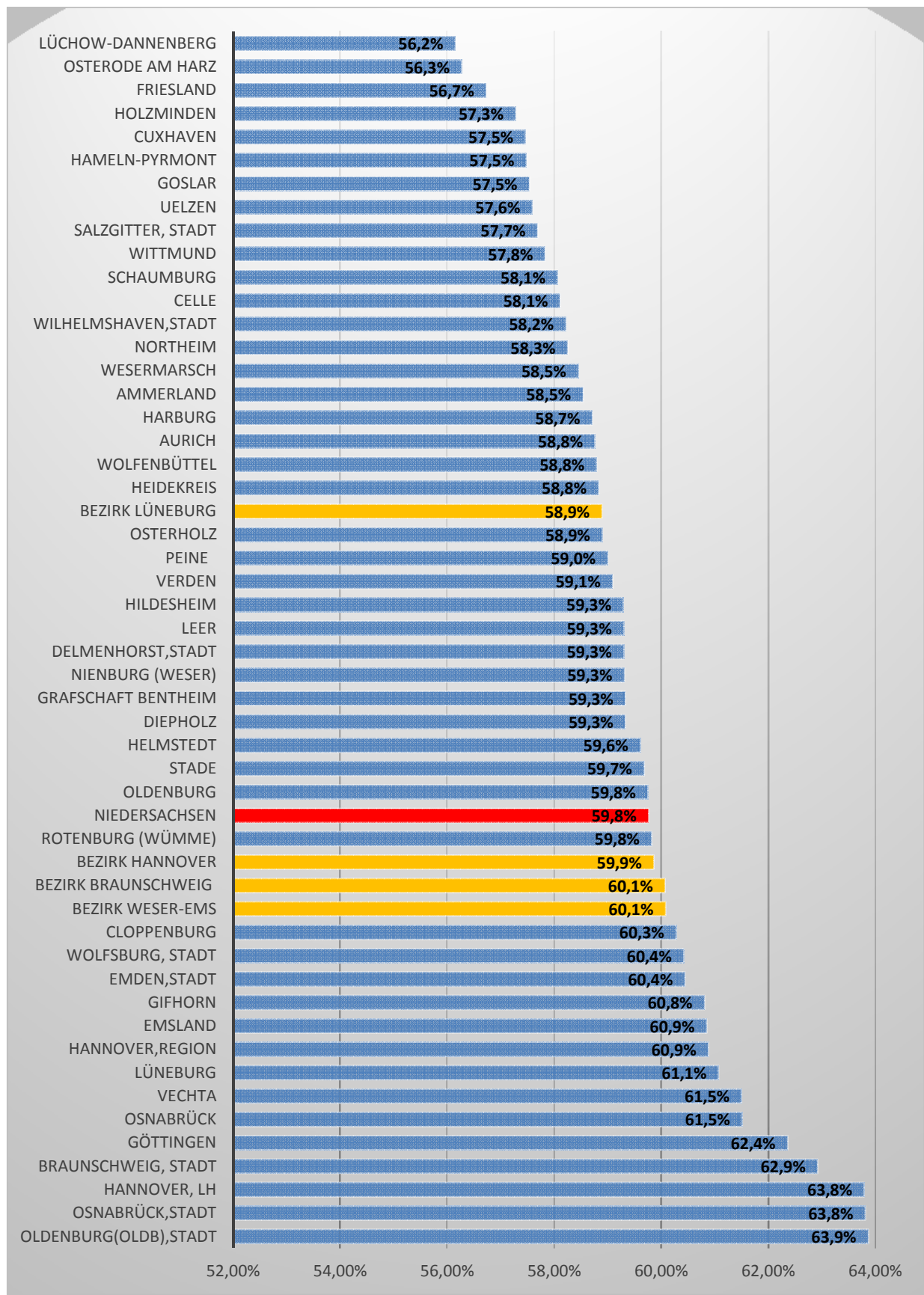


Abbildung 4: Anteil der Altersgruppe der 20- bis 65-Jähriger an der Gesamtbevölkerung in regionaler Gliederung in Prozent (Quelle: LSN, Bevölkerungsfortschreibung Basis Mikrozensus, 31. Dezember 2013)

Regionale Bevölkerungsentwicklung

Die Landkreise und kreisfreien Städte weisen hinsichtlich ihrer altersbezogenen Bevölkerungsverteilung im Zeitverlauf stark voneinander abweichende Entwicklungen auf. Im Zeitraum zwischen 2007 und 2013 ist in sechs kommunalen Gebietskörperschaften der Anteil der 80-Jährigen und Älteren um bis zu 5 % gesunken, hingegen in allen anderen teilweise bis zu 25 % gestiegen. Die kreisfreien Städte Braunschweig, Oldenburg und Wilhelmshaven sowie die Landeshauptstadt Hannover haben in diesem Zeitraum einen sinkenden Anteil Hochaltriger zu verzeichnen. Auch im Landkreis Goslar - mit einem der höchsten Anteile von 80-Jährigen und Älteren an der Bevölkerung - ist die Zahl der Hochaltrigen um 3 % gesunken. Die anderen kreisfreien Städte wie Salzgitter (+ 8 %), Wolfsburg (+ 13 %) und Delmenhorst (+ 19 %) haben dagegen eine steigende Anzahl von Hochaltrigen. Die höchste Steigerungsrate in dieser Altersgruppe weisen die Landkreise Cloppenburg (+ 25 %), Emsland (+21 %), Oldenburg (+19 %), Grafschaft Bentheim (+ 18 %), Gifhorn und Vechta (jeweils + 17 %) auf.

Bevölkerungsvorausberechnung bis 2060

Die aktuelle Bevölkerungsvorausberechnung bis zum Jahr 2060 beruht auf der 13. zwischen den Statistischen Ämtern von Bund und Ländern koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung. Der ihr zugrunde liegende Bevölkerungsbestand vom 31. Dezember 2013 wurde auf der Basis des Zensus 2011 erhoben. Die Bevölkerungsvorausberechnung des Statistischen Bundesamtes umfasst einen größeren Zeitraum als die regionale Bevölkerungsvorausberechnung des Landesamtes für Statistik Niedersachsen (LSN), jedoch keine räumliche Gliederung.

Die 13. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung beruht auf Annahmen zur Geburtenhäufigkeit, zur Lebenserwartung und zum Saldo der Zu- und Fortzüge⁵. Die Entwicklung der Zuwanderung aus dem Ausland ist sehr schwierig vorherzusagen. Das LSN weist darauf hin⁶, dass langfristige Bevölkerungsvorausberechnungen keine Prognosen sind, sondern Modellcharakter dafür haben, wie sich die Bevölkerung und deren Struktur unter bestimmten Annahmen verändern würden.

Den Ergebnissen nach wird die niedersächsische Bevölkerung bis Ende 2060 von 7.790.559 Personen im Jahr 2013 bei stärkerer Zuwanderung auf circa 6.682.600 oder bei schwächerer Zuwanderung auf

⁵ Insgesamt ergeben sich aus diesen Annahmen acht Varianten zur zukünftigen Entwicklung. Die wichtigsten Ergebnisse werden anhand von zwei ausgewählten Varianten zusammengefasst, die die Grenzen des Korridors markieren, innerhalb dessen sich die Bevölkerungsgröße und der Altersaufbau entwickelt werden. In beiden Varianten wird von einer annähernd konstanten jährlichen Geburtenhäufigkeit (Geburtenziffer: 1,4 Kinder je Frau) und einem Anstiegs der Lebenserwartung um sieben Jahren bei den Männern und um sechs Jahren bei den Frauen, jedoch von zwei unterschiedlichen Wanderungsannahmen ausgegangen. Die Variante 1 ist die Variante „Kontinuität bei schwächerer Zuwanderung“ und die Variante 2 bezeichnet die Variante „Kontinuität bei stärkerer Zuwanderung“.

⁶ Pressemitteilung des Landesamtes für Statistik Niedersachsen (7.9.2015, Nummer 65/15)

circa 6.222.200 zurückgehen. Die Bevölkerungszahl sinkt in dem Zeitraum um rund 1.107.959 Personen (- 16,6 %) beziehungsweise 1.568.359 Personen (- 20,1 %).

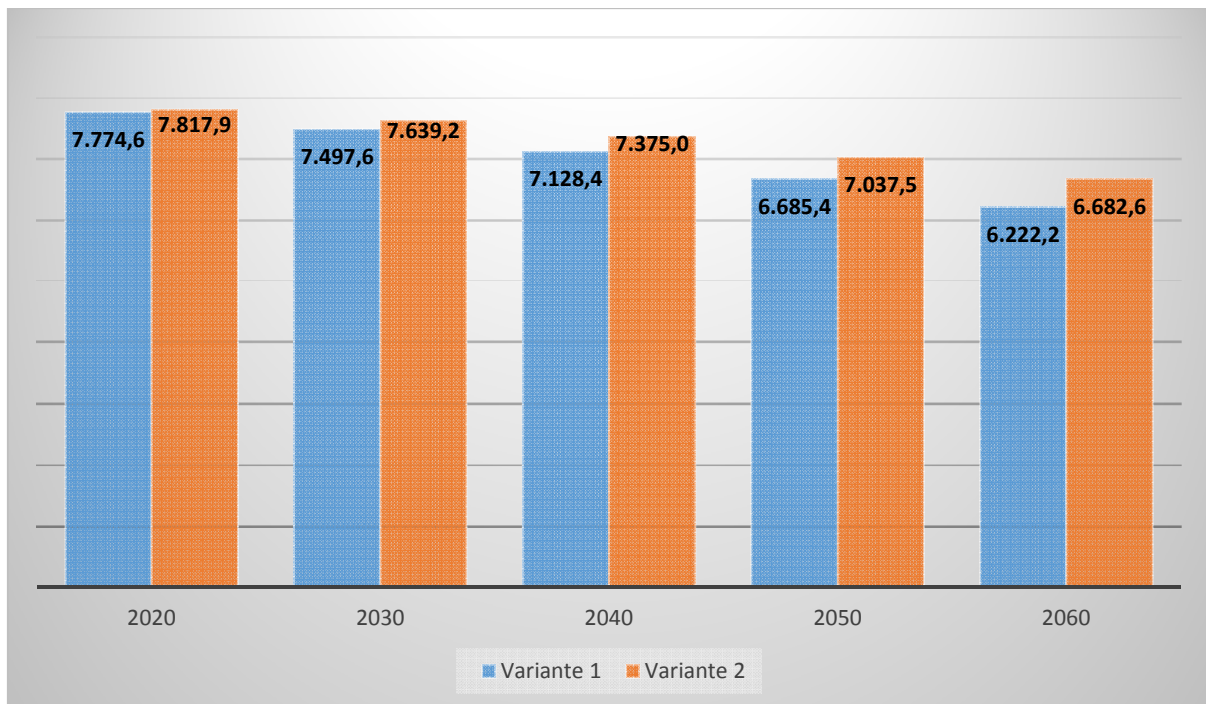


Abbildung 5: Bevölkerungsvorausberechnung in den Jahren 2020 bis 2060 - Variante 1 und 2 – je 1.000 (Quelle: 13. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung für Niedersachsen, LSN 2015)

Die Bevölkerungszahl in den Altersgruppen der unter 65-Jährigen sinkt in den Jahrzehnten von 2020 bis 2060 in beiden Varianten kontinuierlich. Dagegen wächst jeweils die Gesamtzahl der über 65-Jährigen im gleichen Zeitraum. Allerdings gibt es deutliche Unterschiede zwischen den verschiedenen Altersgruppen, die am Beispiel der Variante 2 (Kontinuität bei stärkerer Zuwanderung) dargestellt wird.

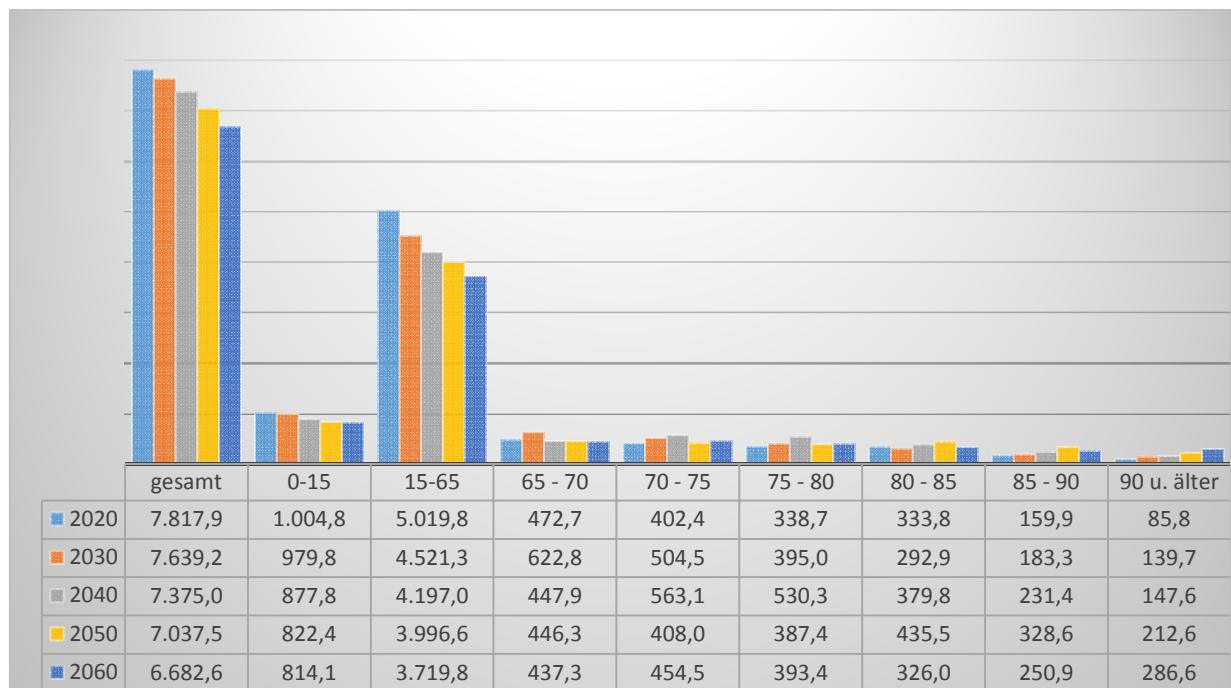


Abbildung 6: Bevölkerungsvorausberechnung für Niedersachsen in Altersgruppen in den Jahren 2020 bis 2060 je 1.000 – Variante 2 (Quelle: 13. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung für Niedersachsen, LSN 2015)

Im Zeitverlauf wird deutlich, dass die Bevölkerungszahl der über 65-Jährigen bis ins Jahr 2040 steigen wird. Danach wird ihre Gesamtzahl voraussichtlich sinken.

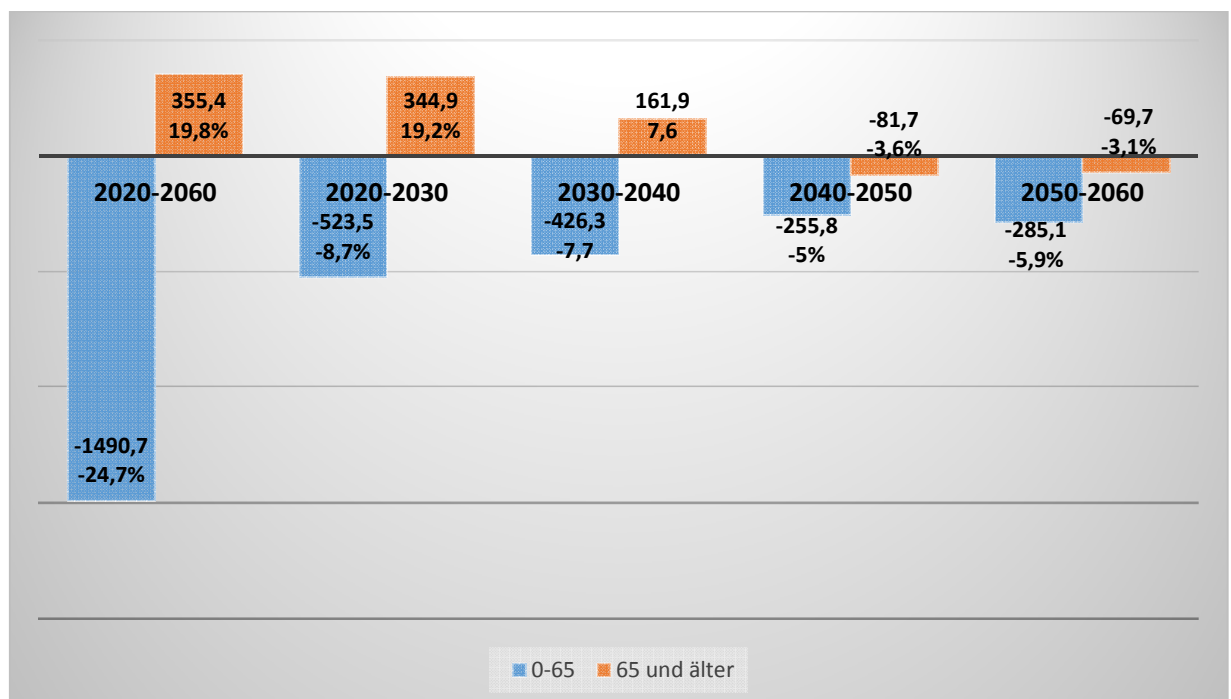


Abbildung 7: Bevölkerungsvorausberechnung in Altersgruppen der unter und über 65-Jährigen, Differenz in den Jahren 2020 bis 2060 – je 1.000 und in Prozent – Variante 2 (Quelle: 13. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung für Niedersachsen, LSN 2015)

In den höheren Altersgruppen wird die Bevölkerungszahl der über 85-Jährigen im gesamten Zeitraum von 2020 bis 2060 deutlich steigen, jedoch die Altersgruppe der 80- bis 85-Jährigen leicht sinken.

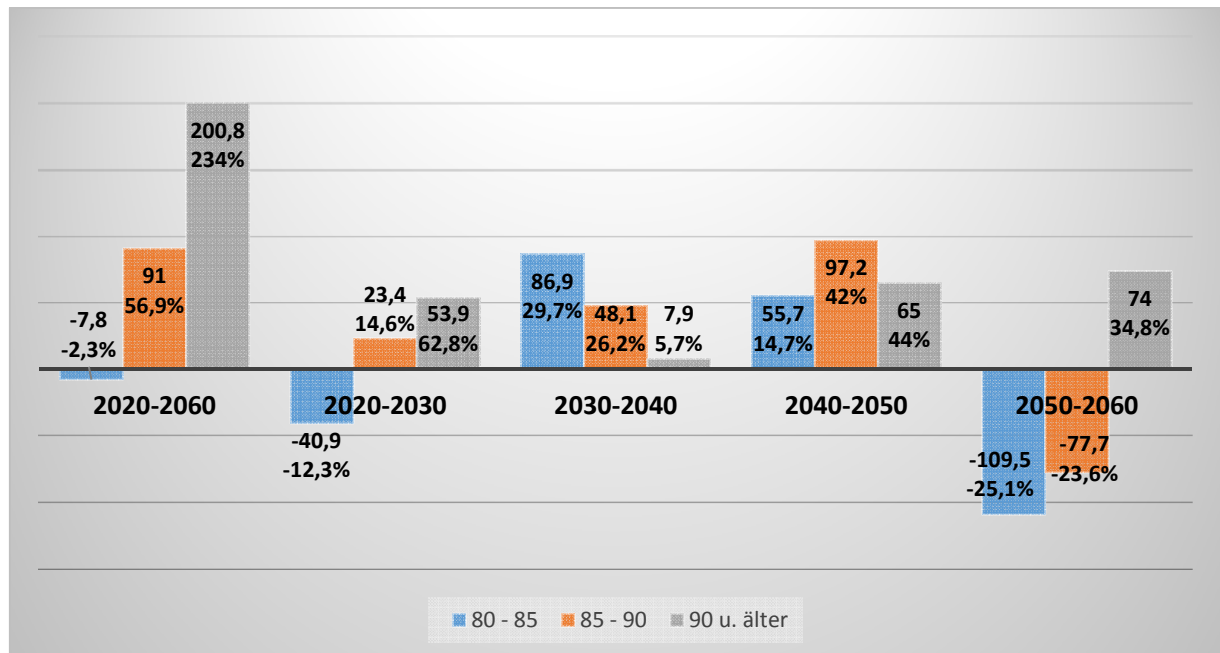


Abbildung 8: Bevölkerungsvorausberechnung des Anteils der über 80-Jährigen, Differenz von 2020 in den Jahren 2060 – je 1.000 und in Prozent – Variante 2 (Quelle: 13. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung für Niedersachsen, LSN 2015)

Regionale Bevölkerungsvorausberechnung bis 2031

Die regionale Vorausberechnung der Bevölkerung Niedersachsens umfasst den Zeitraum 31. Dezember 2008 bis zum 31. Dezember 2031 und bietet eine Datenbasis sowohl für landesweite als auch räumlich gegliederte Prognosen. Die räumliche Gliederung bezieht sich auf die Landkreise, die kreisfreien Städte und die Region Hannover.

Der regionalen Bevölkerungsvorausberechnung des LSN nach wird die Gesamtbevölkerung in Niedersachsen von 7.790.559 Personen bis zum Jahr 2031 voraussichtlich um 348.317 Personen (- 4,5 %) kontinuierlich weiter schrumpfen (siehe Anhang II.1-C und II.1-D).

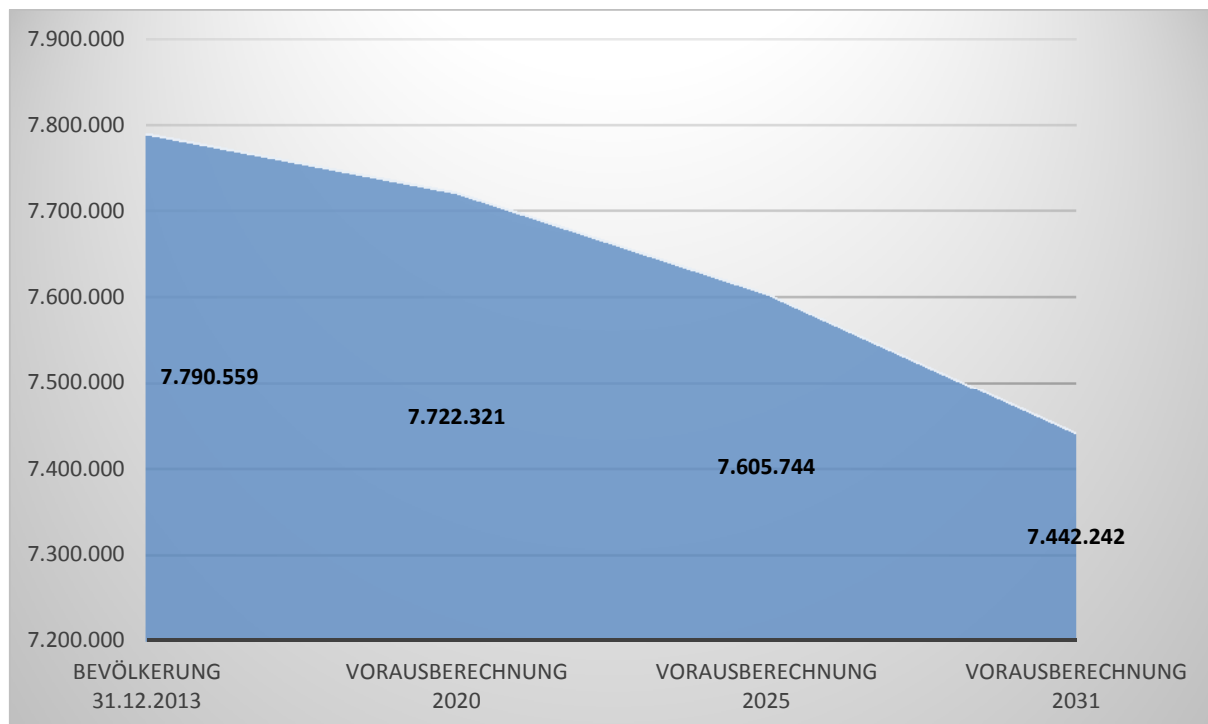


Abbildung 9: Vorausberechnung der Gesamtbevölkerung in Niedersachsen in den Jahren 2020, 2025 und 2031 (Quelle: LSN, Bevölkerungsfortschreibung 31. Dezember 2013, Bevölkerungsvorausberechnung bis 2031)

Den Ergebnissen der 13. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung nach sinkt die Gesamtbevölkerung im Vergleich dazu bis 2030 voraussichtlich in der Variante 1 um rund 293.000 (- 3,8 %) und in der Variante 2 um rund 151.400 (- 1,9 %).

Die Entwicklungen verlaufen auch auf der Grundlage der niedersächsischen regionalen Daten in den jeweiligen Altersgruppen sehr unterschiedlich. Bei den 0- bis 15-Jährigen sinkt die Bevölkerungszahl um 129.604 (- 12,3 %) und bei den 15- bis 65-Jährigen um 724.370 (- 14,2 %). In allen anderen steigt die Anzahl bis 2031. Die Altersgruppe der 65- bis 70-Jährigen wächst um 232.170 Personen (+ 60 %) zahlenmäßig am stärksten. Die größte prozentuale Steigerung ist in der Altersgruppe der 90-Jährigen und Älteren mit +114,2 % (+ 75.241 Personen) zu verzeichnen.

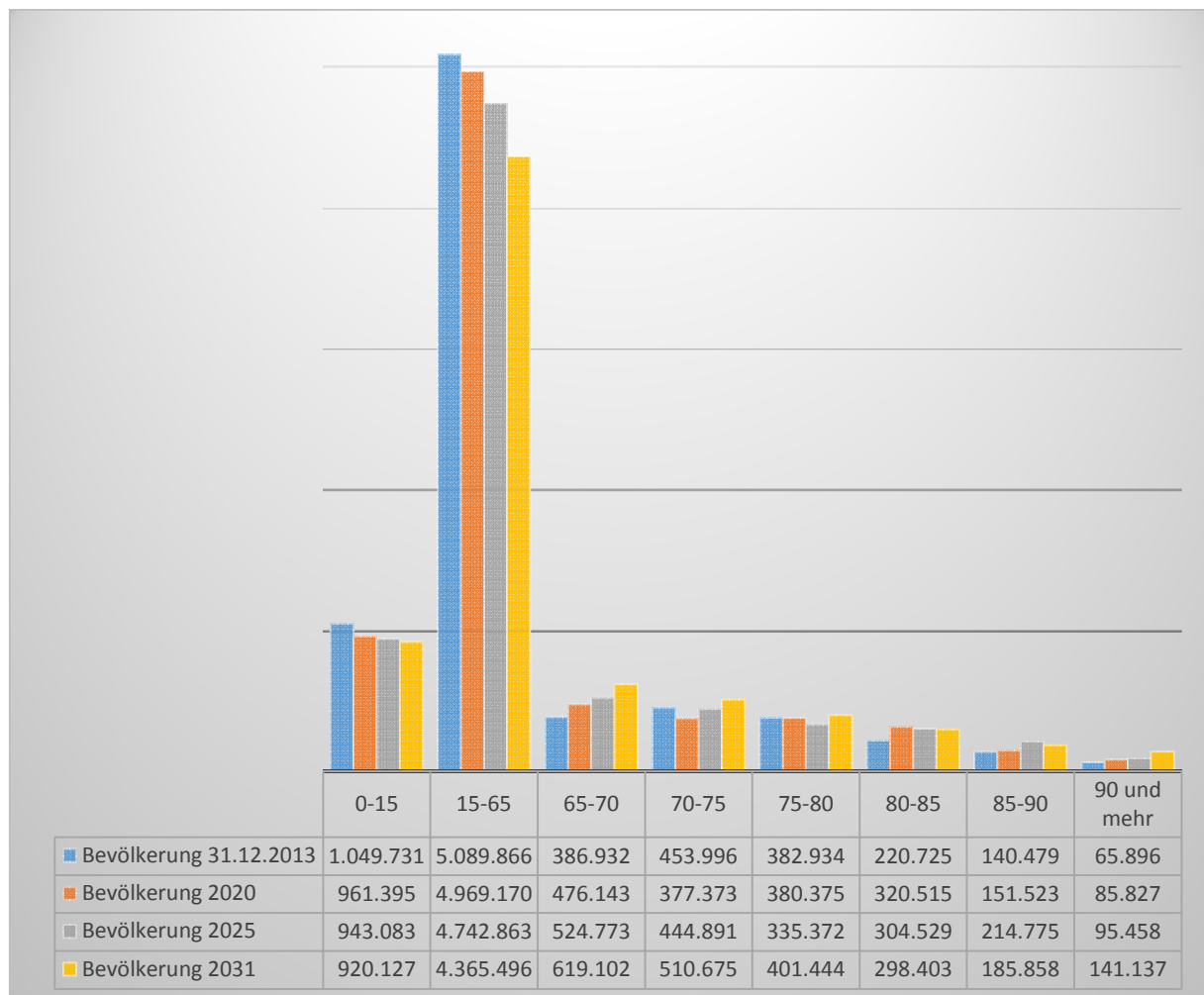


Abbildung 10: Vorausberechnungen der Bevölkerung in Altersgruppen in den Jahren 2020, 2025 und 2031 (Quelle: LSN, Bevölkerungsfortschreibung 31. Dezember 2013, Bevölkerungsvorausberechnung bis 2031)

In den höheren Altersgruppen verläuft diese Entwicklung nicht immer kontinuierlich, wie die Bevölkerungsvorausberechnung für die Jahre von 2013 bis 2031 in der nachfolgenden Grafik veranschaulicht.

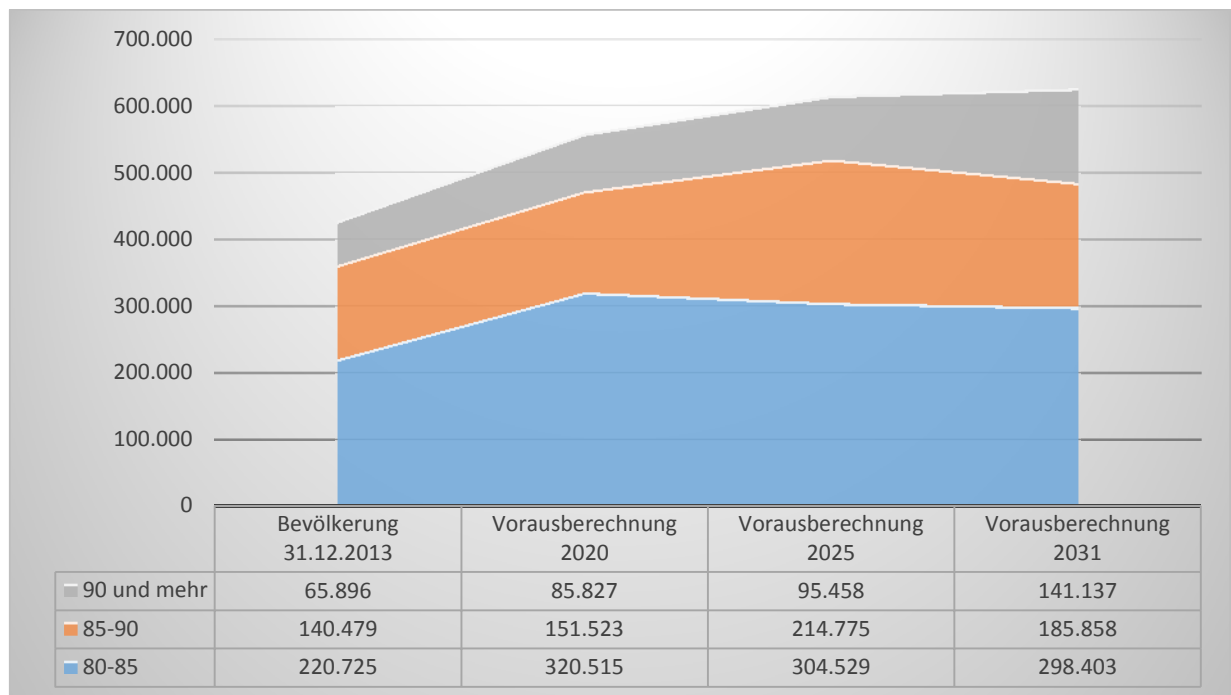


Abbildung 11: Vorausberechnung der über 80-Jährigen in den Jahren 2010 bis 2013 (Quelle: LSN, Bevölkerungsfortschreibung 31. Dezember 2013, regionale Vorausberechnung der Bevölkerung Niedersachsens bis zum Jahr 2031)

In drei der ehemaligen Regierungsbezirke sinkt in der Bevölkerungsvorausberechnung von 2013 bis 2031 voraussichtlich die jeweilige Gesamtbevölkerung, am stärksten jedoch im Bezirk Braunschweig. Lediglich im Bezirk Weser-Ems wird im gleichen Zeitraum eine steigende Bevölkerungszahl erwartet.

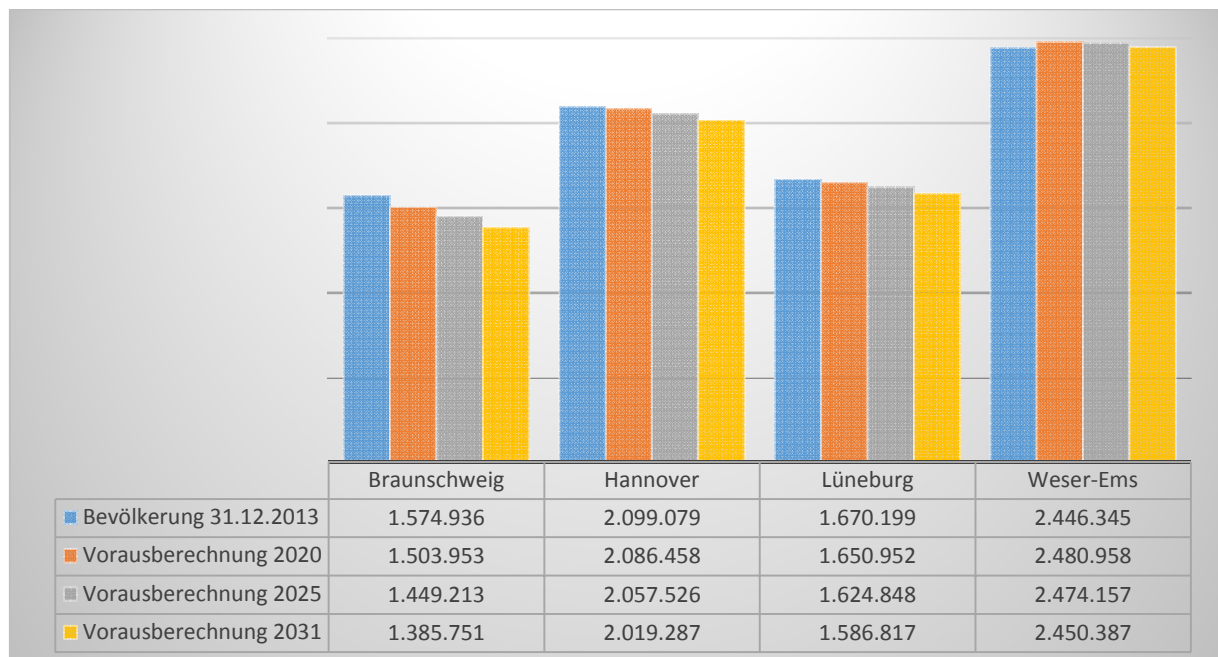


Abbildung 12: Vorausberechnungen der Bevölkerung in den Bezirken in den Jahren 2020, 2025 und 2031 (Quelle: LSN, Bevölkerungsfortschreibung 31. Dezember 2013, Bevölkerungsvorausberechnung bis 2031)

	Veränderungen in absoluten Zahlen	Veränderungen in Prozent
Bezirk Braunschweig	- 189.185	- 12,0
Bezirk Hannover	- 79.792	- 3,8
Bezirk Lüneburg	- 83.382	- 5,0
Bezirk Weser-Ems	+ 4.042	+ 0,2

Tabelle 3: Voraussichtliche Veränderung in der Bevölkerungsanzahl in den Bezirken in den Jahren 2013 bis 2031 (Quelle: LSN, Bevölkerungsfortschreibung 31. Dezember 2013, regionale Vorausberechnung der Bevölkerung Niedersachsens bis zum Jahr 2031)

Bezirk Braunschweig

Unter den kommunalen Gebietskörperschaften des Bezirks Braunschweig wird es bis 2031 voraussichtlich nur in der Stadt Braunschweig eine um 11.709 Personen (+ 4,7 %) wachsende Bevölkerung geben. In allen anderen Landkreisen und kreisfreien Städten wird dagegen die Gesamtzahl der Bevölkerung sinken. Die Bevölkerungszahl der Stadt Salzgitter wird voraussichtlich um 23.812 Personen (- 24,3 %), des Landkreises Göttingen um 20.865 (- 23,1 %) und des Landkreises Goslar um 29.142 Personen (- 21,1 %) sinken (siehe Anlage II.1-E).

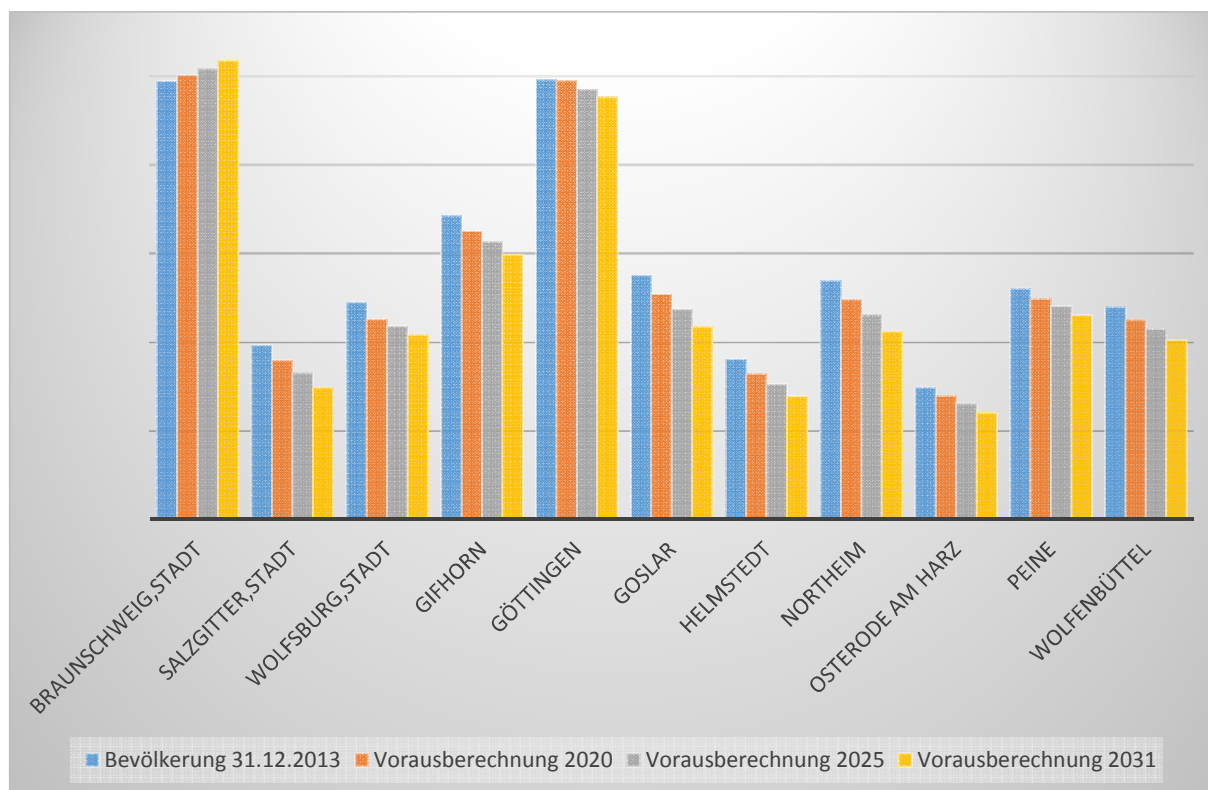


Abbildung 13: Voraussichtliche Entwicklung der Bevölkerungszahl in den Landkreisen und kreisfreien Städten im Bezirk Braunschweig in den Jahren 2013 bis 2031 (Quelle: LSN, Bevölkerungsfortschreibung 31. Dezember 2013, regionale Vorausberechnung der Bevölkerung Niedersachsens bis zum Jahr 2031)

Bezirk Hannover

In allen Landkreisen und kreisfreien Städten des Bezirks Hannover wird die Gesamtbevölkerungszahl von 2013 bis 2031 sinken. Lediglich in der Region Hannover wird ihre Anzahl voraussichtlich um 0,3 % steigen. Im Landkreis Holzminden werden 2031 voraussichtlich 16,8 % weniger Menschen leben als Ende 2013. Im Landkreis Hildesheim sinkt die Zahl voraussichtlich um 8,5 %, im Landkreis Schaumburg um 12,7 % und im Landkreis Hameln-Pyrmont um 7,8 % (siehe Anlage II.1-F).

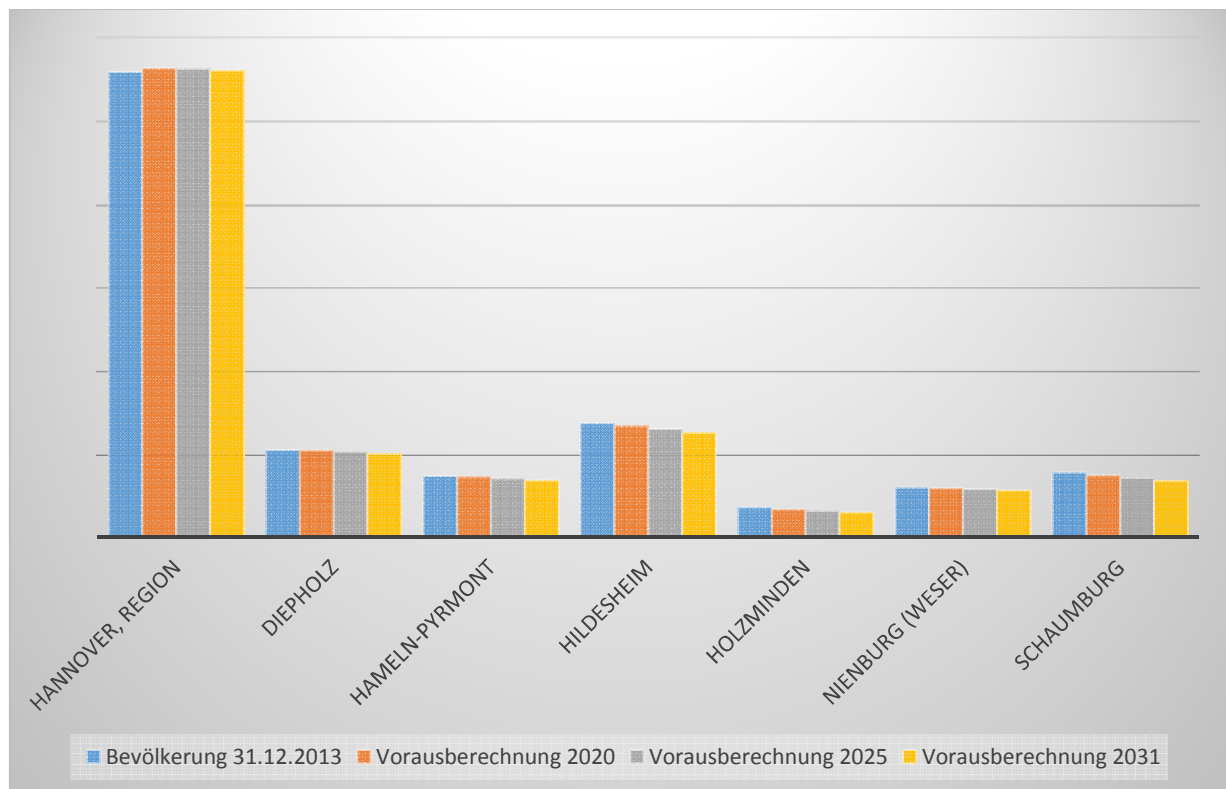


Abbildung 14: Voraussichtliche Entwicklung der Bevölkerungszahl in den Landkreisen und kreisfreien Städten im Bezirk Hannover in den Jahren 2013 bis 2031 (Quelle: LSN, Bevölkerungsfortschreibung 31. Dezember 2013, regionale Vorausberechnung der Bevölkerung Niedersachsens bis zum Jahr 2031)

Bezirk Lüneburg

Große regionale Unterschiede gibt es im Bezirk Lüneburg (siehe Tabelle..). Während in den Landkreisen Harburg (+ 3,3 %), Lüneburg (+ 2,4 %), Osterholz (+ 1,6 %) und Rotenburg (Wümme) (+ 0,6 %) die Bevölkerung von 2013 bis 2031 voraussichtlich wachsen wird, sinkt ihre Zahl in den anderen Landkreisen jedoch zum Teil erheblich. Stark schrumpfende Zahlen werden insbesondere in den Landkreisen Lüchow-Dannenberg (- 19,4 %), Cuxhaven (- 14,4 %), Celle (- 12,2 %) und Uelzen (- 12,2 %) erwartet (siehe Anlage II.1-G).

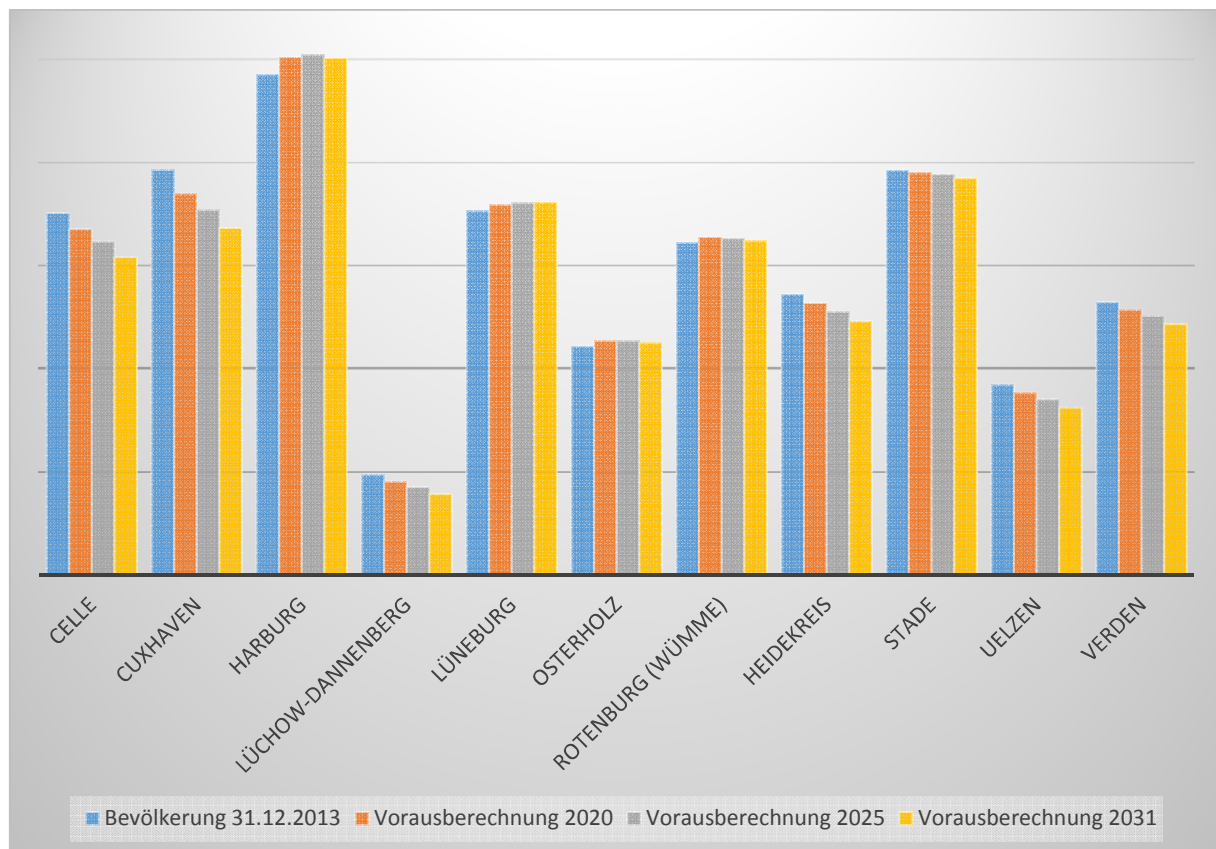


Abbildung 15: Voraussichtliche Entwicklung der Bevölkerungszahl in den Landkreisen und kreisfreien Städten im Bezirk Lüneburg in den Jahren 2013 bis 2031 (Quelle: LSN, Bevölkerungsfortschreibung 31. Dezember 2013, regionale Vorausberechnung der Bevölkerung Niedersachsens bis zum Jahr 2031)

Landkreis Weser-Ems

Der Landkreis Vechta wird im Zeitraum 2013 bis 2031 mit 20,6 % voraussichtlich das größte Wachstum verzeichnen können. Auch die Landkreise Cloppenburg (+ 10,9 %), Emsland (+ 6,7 %) und Grafschaft Bentheim (+ 5,1 %) werden wohl deutlich anwachsen. Mit Ausnahme der kreisfreien Stadt Delmenhorst, die 9,5 % verlieren wird, und der Stadt Wilhelmshaven (- 9,2 %) werden die Bevölkerungszahlen der übrigen kreisfreien Städte Oldenburg (+ 5,7 %), Emden (+ 1,9 %) und Osnabrück (+ 1 %) steigen. Landkreise mit stark schrumpfender Bevölkerung werden voraussichtlich Friesland (-13,7 %) und Leer (- 8 %) sein (siehe Anlage II.1-H).

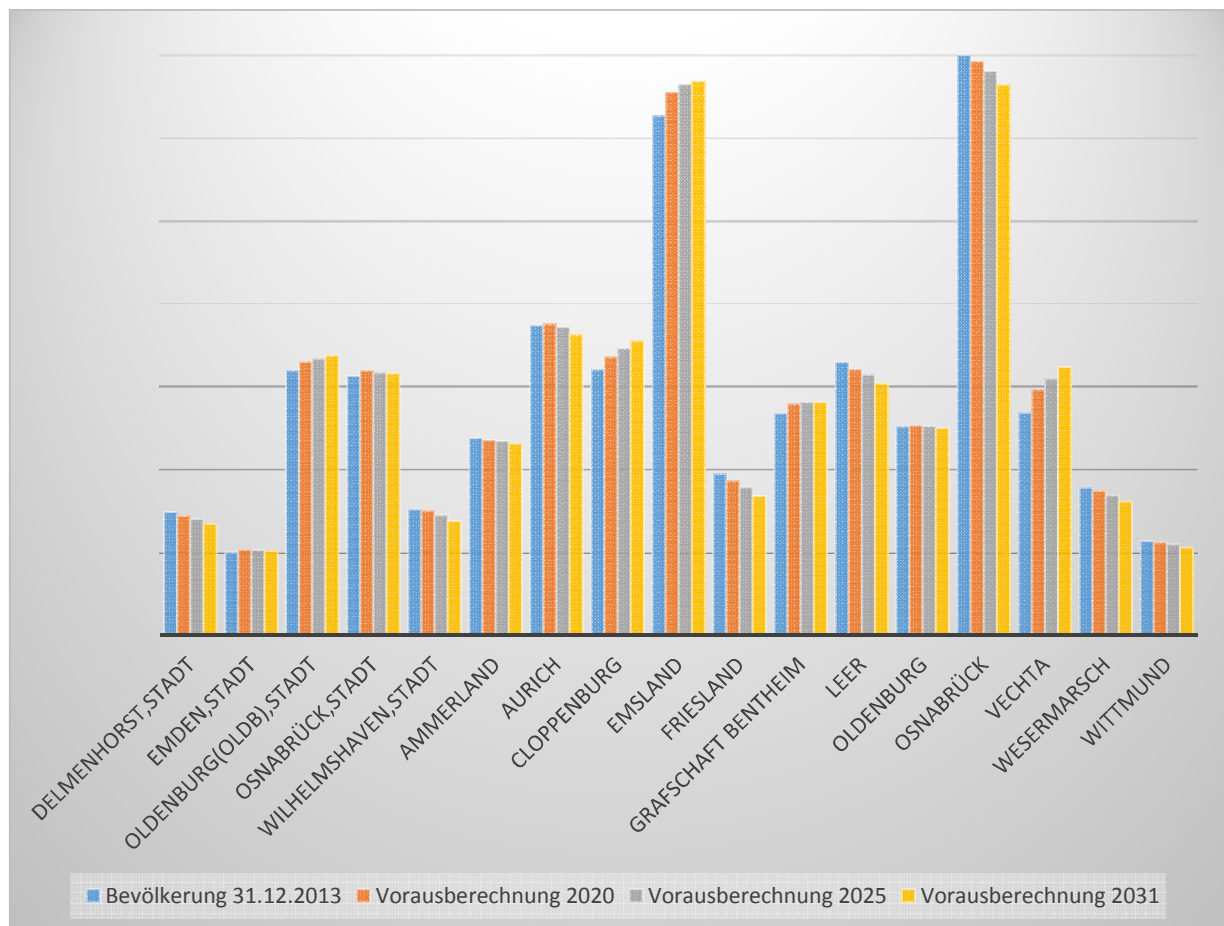


Abbildung 16: Voraussichtliche Entwicklung der Bevölkerungszahl in den Landkreisen und kreisfreien Städten im Bezirk Weser-Ems in den Jahren 2013 bis 2031 (Quelle: LSN, Bevölkerungsfortschreibung 31. Dezember 2013, regionale Vorausberechnung der Bevölkerung Niedersachsens bis zum Jahr 2031)

Vorausberechnungen für die Altersgruppe der 90-Jährigen und Älteren

In den kommunalen Gebietskörperschaften bestehen teilweise gravierende Unterschiede hinsichtlich der prognostizierten Entwicklung der verschiedenen Altersgruppen. In dieser Gruppe lässt sich keine einheitliche Entwicklung festhalten.

Die folgende Grafik weist die Differenz zwischen der Anzahl der 90- und über 90-Jährigen im Jahr 2013 und im Jahr 2031 in den Landkreisen und kreisfreien Städten sowie den ehemaligen Regierungsbezirken und dem gesamten Land Niedersachsen in Prozent aus. Danach verdreifacht sich voraussichtlich die älteste Bevölkerungsgruppe in den Landkreisen Harburg, Aurich und Emsland fast, während die Landkreise Osterode am Harz und Goslar gemeinsam mit der Stadt Osnabrück die geringsten Steigerungsraten aufweisen werden.

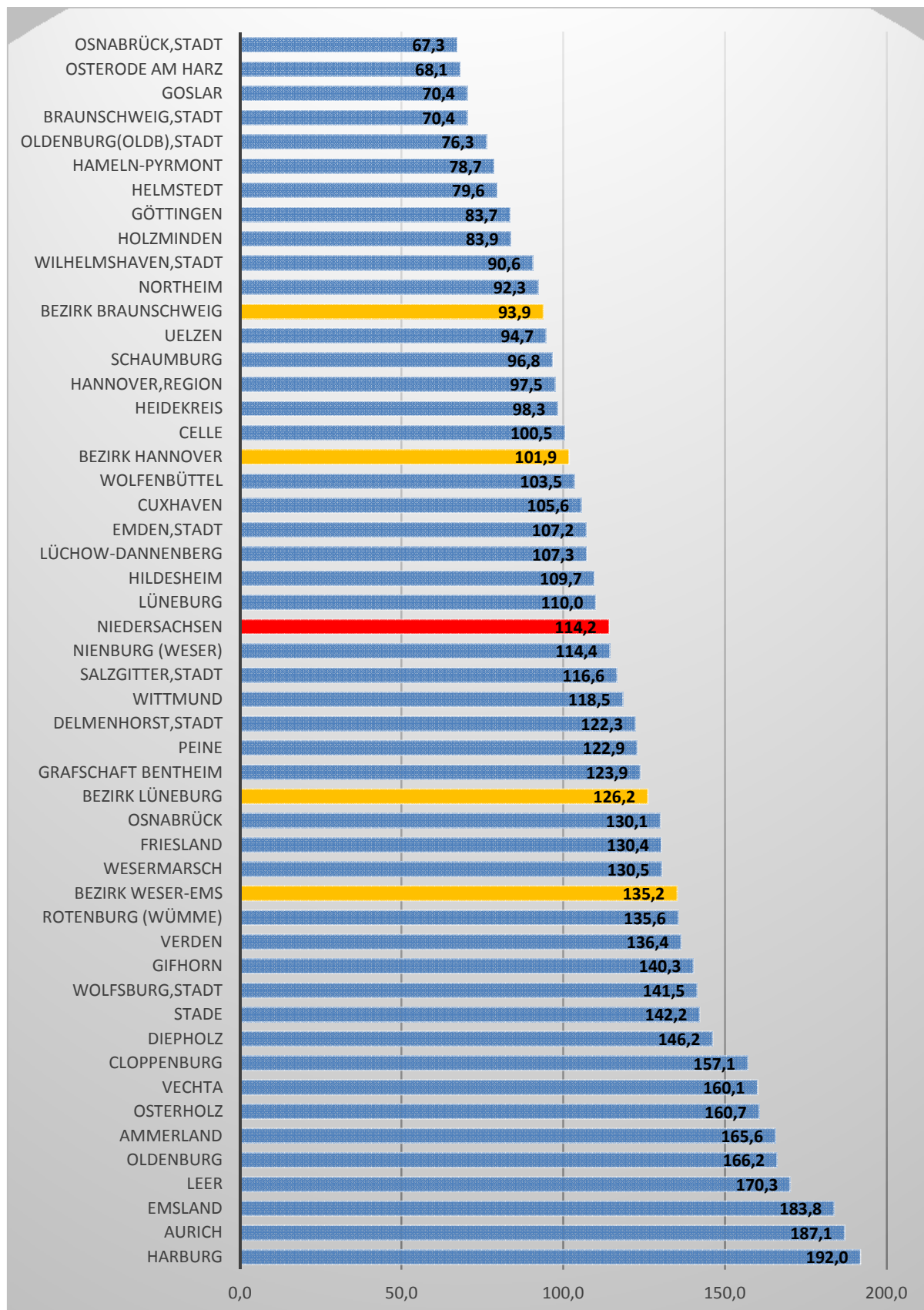


Abbildung 17: Voraussichtlicher Anstieg der über 90-Jährigen und Älteren von 2013 bis 2031 in Prozent (Quelle: LSN, Bevölkerungsfortschreibung 31. Dezember 2013, regionale Vorausberechnung der Bevölkerung Niedersachsens bis zum Jahr 2031)

Kurzbewertung

Die Altersverteilung der niedersächsischen Bevölkerung ist im Rahmen der Pflegeberichtslegung aus zwei Perspektiven von besonderer Bedeutung: Zum einen steigt mit zunehmendem Alter die Pflegebedürftigkeitsprävalenz deutlich an. Damit stehen die Altersgruppen der über 65-Jährigen und dabei insbesondere die der über 80-Jährigen im Fokus der Betrachtungen. Zum anderen befinden sich informell Pflegende und Betreuende, wie pflegende Angehörige und ehrenamtlich Tätige, größtenteils im erwerbstätigen Alter und leben überwiegend in regionaler Nähe zur pflegebedürftigen Person (siehe Kapitel II.4.1).

Die im Zeitraum von 1999 bis 2013 insgesamt leicht schrumpfende Gesamtbevölkerung Niedersachsens ist in der Altersgruppe der 80- und über 80-Jährigen, also der Bevölkerungsgruppe mit erhöhter Pflegebedürftigkeitsprävalenz, im gleichen Zeitraum um 43,4 % angewachsen. In regionaler Gliederung zeigen sich erhebliche Unterschiede. Beispielsweise sind in den Landkreisen Vechta rund 15 % und Osterode am Harz rund 27 % in der Altersgruppe der 65-Jährigen und Älteren. Noch größere regionale Unterschiede finden sich in der Gruppe der Hochaltrigen: Sie ist beispielsweise im Landkreis Vechta nur halb so groß wie im Landkreis Osterode am Harz.

Aktuellen Bevölkerungsvorausrechnungen zufolge wird es bis 2030 einen Rückgang der Gesamtbevölkerung zwischen 1,9 % und 3,8 % geben. Bis 2060 wird ihre Gesamtzahl voraussichtlich zwischen 16,6 % und 20,1 % gesunken sein. Während die Bevölkerungszahl in den Altersgruppen der unter 65-Jährigen innerhalb von rund viereinhalb Jahrzehnten um 15 - 20 % sinken wird, steigt die Zahl der Älteren voraussichtlich um 25 - 30 %.

Die demografische Entwicklung folgt starken regionalen Unterschieden. So kann der bevölkerungsstärkste Bezirk Weser-Ems mit seiner derzeit geringsten Anzahl an Hochaltrigen überdurchschnittlich hohe Steigerungsraten in dieser Gruppe aufweisen, während der bevölkerungsärmste Bezirk Braunschweig mit seinem höchsten Anteil an älteren Menschen nur geringe Steigerungsraten verzeichnen wird. Dieses Bild lässt sich ebenso auf kommunale Gebietskörperschaften übertragen.

Wie stark die regionalen Unterschiede einerseits sind und wie dynamisch die jeweilige demografische Entwicklung andererseits voranschreitet, kann eindrucksvoll im Zeitverlauf belegt werden. Beispielsweise weist der bevölkerungsstärkste Bezirk Weser-Ems im Landesvergleich einerseits zwar den geringsten Anteil an älterer und hochaltriger Bevölkerung auf. Er kann andererseits eine überdurchschnittlich hohe Steigerungsrate in der Altersgruppe der 80- und über 80-Jährigen erwarten. Der bevölkerungsärmste Bezirk Braunschweig hat gegenwärtig dagegen den höchsten Anteil Älterer an der Bevölkerung, jedoch voraussichtlich die geringste Steigerungsrate in der Hochaltrigengruppe.

Insgesamt haben die niedersächsischen kommunalen Gebietskörperschaften eine altersbezogen äußerst heterogene Bevölkerungsstruktur und somit regional spezifische Ausgangslagen. Demografische

Unterschiede können sowohl für die jeweiligen Landkreise als auch für die jeweiligen kreisfreien Städte und die Region Hannover konstatiert werden.

2. Pflegebedürftige Menschen in Niedersachsen

Im Folgenden wird die Pflegebedürftigkeitssituation in Niedersachsen dargestellt und hierzu auf Daten der amtlichen Pflegestatistik zurückgegriffen. Abgestellt wird dabei auf den 2015 geltenden Pflegebedürftigkeitsbegriff nach § 14 SGB XI. Damit werden jene Einwohnerinnen und Einwohner Niedersachsens nicht berücksichtigt, bei denen ebenfalls ein Hilfe- und Pflegebedarf besteht, die jedoch keine Leistungen der Pflegeversicherung beziehen. Sie haben entweder keinen Leistungsantrag gestellt oder den für die Gewährung von Leistungen der Pflegeversicherung erforderlichen zeitlichen Pflegeaufwand noch nicht erreicht.⁷

Zahl der Leistungsbezieherinnen und Leistungsbezieher

Am Stichtag 15. Dezember 2013 bezogen 288.296 Menschen in Niedersachsen Leistungen der sozialen und privaten Pflegeversicherung. Diese Zahl umfasst alle Leistungsbezieherinnen und Leistungsbezieher, die ambulante oder stationäre Leistungen erhalten (§§ 36ff. SGB XI). Nicht erfasst ist damit die Gruppe von 9.764 Menschen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz ohne Einstufung in eine Pflegestufe.

Bundesweit gab es Ende des Jahres 2013 insgesamt 2.626.206 Leistungsbezieherinnen und Leistungsbezieher. Demnach leben knapp 11 % aller Pflegebedürftigen in Niedersachsen.

Seit der Einführung einer zweijährlichen Pflegestatistik hat die Anzahl Pflegebedürftiger stetig zugenommen. Die Zahl der Leistungsempfängerinnen und Leistungsempfänger ist im Zeitraum von 1999 bis 2013 um 79.039 Personen gestiegen. Dies entspricht einem prozentualen Anstieg von 37,8 %.

Zeitraum	1999 bis 2001	2001 bis 2003	2003 bis 2005	2005 bis 2007	2007 bis 2009	2009 bis 2011	2011 bis 2013
Anzahl	3.847	5.259	9.560	14.273	13.889	14.314	17.897
Prozent	1,8	2,5	4,4	6,3	5,7	5,6	6,6

Tabelle 4: Erhöhung der Anzahl der Leistungsempfängerinnen und Leistungsempfänger in den Jahren 1999 bis 2013 (Quellen: LSN, Pflegestatistik 1999, 2001, 2003, 2005, 2007, 2009, 2011 und 2013)

⁷ Analysen des Mikrozensus aus dem Jahr 2003 belegen, dass sich zum damaligen Zeitpunkt bundesweit eine Million Personen selber als hilfebedürftig einstufen, ohne Leistungen der Pflegeversicherung zu beziehen. Im Rahmen jüngerer Mikrozensus-Befragungen wurden entsprechende Fragen nicht wieder aufgenommen.

Anteil Pflegebedürftiger an der Bevölkerung

Im Folgenden wird die Gesamtpflegequote betrachtet. Es handelt sich um den Anteil von Leistungsempfängerinnen und Leistungsempfängern an der Gesamtbevölkerung. Ende 2013 beträgt die Pflegequote an der Gesamtbevölkerung in Niedersachsen 3,7 % (Frauen: 4,7 % / Männer: 2,7 %). Der Anteil pflegebedürftiger Menschen an der Gesamtbevölkerung in Niedersachsen ist in den Jahren 1999 bis 2013 von 2,6 % auf 3,7 % gewachsen.

Ein Vergleich der niedersächsischen und der bundesweiten Pflegequoten zeigt, dass die Gesamtquote in Niedersachsen – insbesondere die weibliche Pflegequote – deutlich über der bundesweiten Pflegequote liegt.

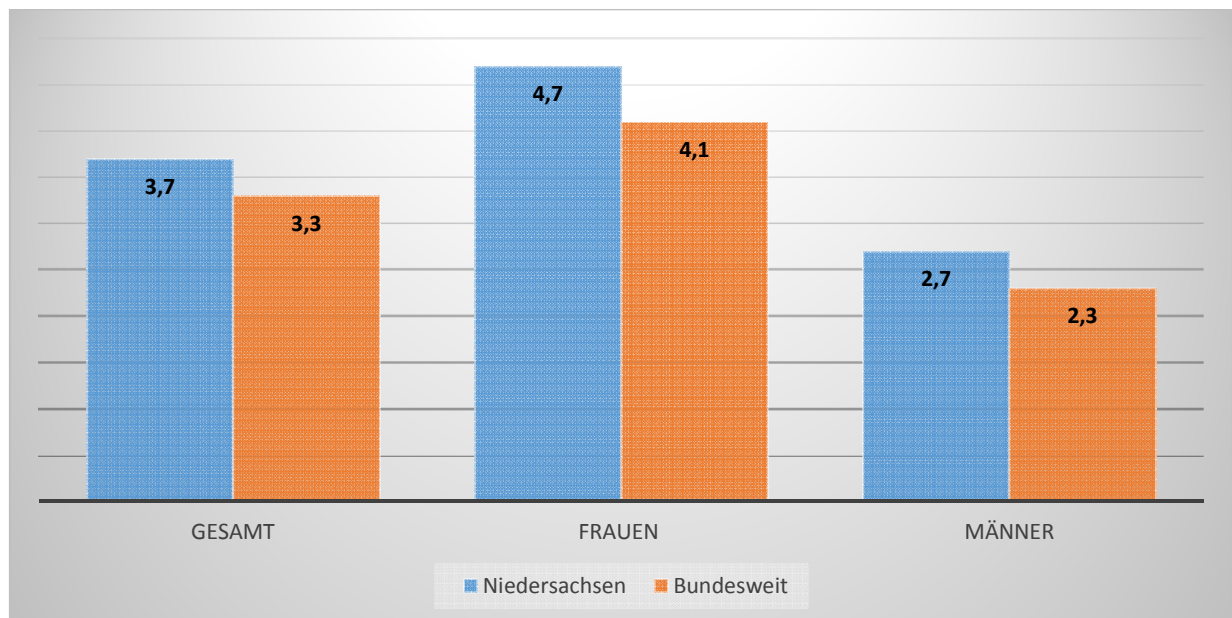


Abbildung 18: Pflegequoten in Niedersachsen und bundesweit im Jahr 2013 (Quellen: LSN, Pflegestatistik 2013, Bevölkerung Basis Zensus 2011, 31. Dezember 2013, Statistisches Bundesamt, Pflegestatistik 2013)

Verteilung nach Grad der Pflegebedürftigkeit

Von 288.296 pflegebedürftigen Menschen in Niedersachsen sind im Jahr 2013 163.183 in der Pflegestufe I, 88.745 in der Pflegestufe II und 34.647 in der Pflegestufe III (hiervon 996 im Bereich der Härtefallregelung; dies entspricht 0,3 % aller Pflegebedürftigen) eingestuft. 1.730 Personen davon sind noch

keiner Pflegestufe zugeordnet⁸. Darüber hinaus werden Ende des Jahres 2013 insgesamt 9.764 Personen ohne Einstufung in eine Pflegestufe erfasst, die jedoch eine dauerhaft eingeschränkte Alltagskompetenz aufweisen. Erhebliche Abweichungen vom Bundesdurchschnitt sind nicht erkennbar.

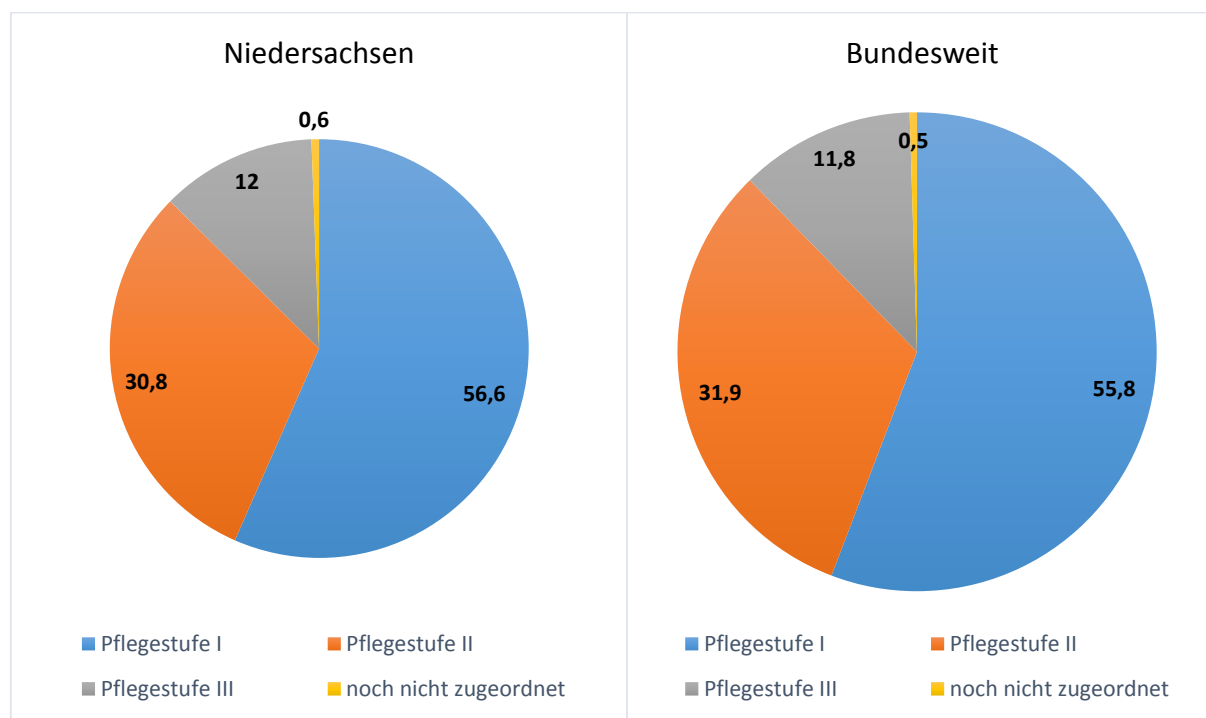


Abbildung 19: Pflegebedürftige differenziert nach Pflegestufen in Prozent im Jahr 2013 (Quellen: LSN, Pflegestatistik 2013, Statistisches Bundesamt, Pflegestatistik 2013)

In Niedersachsen ergibt sich folgende zeitliche Entwicklung:

Jahr	Verteilung nach Pflegestufen				Anteil in Prozent			
	Gesamt	I	II	III	I	II	III	Noch keine Pflegestufe
1999	209.257	93.884	80.529	34.067	44,9	38,5	16,3	0,4
2007	242.196	124.109	83.298	34.049	51,2	34,4	14,1	0,3
2013	288.296	163.183	88.745	34.647	56,6	30,8	12,0	0,6

Abbildung 20: Verteilung der Pflegestufen in den Jahren 1999, 2007 und 2013 (Quelle: LSN, Pflegestatistik 1999, 2007, 2013)

⁸ Dieser Personenkreis hat einen Antrag auf Pflegeleistungen gestellt; die Begutachtung bzw. die Feststellung einer Pflegestufe ist jedoch nicht erfolgt.

Bei der Verteilung nach Pflegestufen setzt sich mit dem anhaltenden Zuwachs in der Pflegestufe I eine kontinuierliche Entwicklung seit Einführung der Pflegestatistik fort. Ursächlich sind drei Prozesse, die bei der schleichenden Verschiebung von den höheren Pflegestufen II und III in die Pflegestufe I zum Tragen kommen. Erstens ist die Pflegestufe I die bei weitem häufigste Zugangsstufe in das Leistungssystem der Pflegeversicherung. Zweitens ist der Verbleib in der Pflegestufe I länger als in den Pflegestufen II und III und drittens durchläuft nicht jede/r Pflegebedürftige die höheren Pflegestufen. Der besonders starke Anstieg in der Pflegestufe I kann darüber hinaus mit der erweiterten Gruppe der Leistungsempfängerinnen und Leistungsempfänger mit eingeschränkter Alltagskompetenz erklärt werden, die seit Einführung des Pflegeeneuausrichtungsgesetzes (PNG) der sogenannten Pflegestufe 0, also unterhalb der Pflegestufe I, zugeordnet werden. In der Folge haben zahlenmäßig mehr Menschen mit leichter Pflegebedürftigkeit Anträge auf Leistungen gestellt als in den Jahren zuvor.

Pflegebegründende Diagnosen

Pflegebedürftigkeit entsteht in Folge funktionaler Einschränkungen, die in der Regel Begleiterscheinungen von bestimmten Erkrankungen darstellen. Rothgang et al. (2012) identifizieren eine Reihe von Diagnosen, die bei pflegebedürftigen Menschen besonders häufig festgestellt werden. Diese unterscheiden sich in Abhängigkeit von der Pflegestufe und der Altersgruppe.⁹

Wie Rothgang et al. (2013)¹⁰ darlegt, handelt es sich im Kindesalter vor Eintreten der Pflegebedürftigkeit um Erkrankungen die häufig mit der Pflegestufe I assoziiert sind: Intelligenzminderungen, umfassenden Entwicklungsstörungen und dem Down-Syndrom. In der Pflegestufe III treten in dieser Altersgruppe Lähmungen, Krebs und Schlaganfälle besonders häufig auf (Rothgang et al. 2013, Seite 158).¹¹

Bei der Altersgruppe der 65- bis 80-Jährigen stellt der Medizinische Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS) drei Hauptdiagnosegruppen fest (MDS 2013): Es handelt sich um psychische Störungen und Verhaltensstörungen, Krankheiten des Kreislaufsystems (vor allem Schlaganfälle) sowie Krebserkrankungen.¹²

⁹ Pflegebegründende Krankheitsdiagnosen, wie sie im ICD 10 (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems) systematisch zusammengefasst sind, stellen keinen unmittelbaren Bezug zu pflegerischer Unterstützung und Hilfe von Personen dar. Damit ist gemeint, dass Diagnosen nach ICD 10 keine Rückschlüsse über die Art, den Grad und die Dauer von Pflegebedürftigkeit zulassen.

¹⁰ Barmer GEK (2013), S. 157 ff.

¹¹ Mit einer Pflegebedürftigkeit im Kindes- und Jugendalter sind außerdem Epilepsie sowie sonstige Krankheiten des Gehirns mit eintretender Pflegebedürftigkeit assoziiert.

¹² Rothgang et al. (2013) konnten in ihrer Studie außerdem nachweisen, dass nicht nur demenzielle Erkrankungen, Schlaganfälle und hüftgelenksnahe Frakturen pflegebegründend sind, sondern bedeutende Erkrankungen und Symptome für den Pflegeeintritt auch jene sind, deren Erkrankungsdefinition bereits mit Pflegebedarf assoziiert sind: Lähmungen, Störungen im Flüssigkeits- und Elektrolythaushalt, Fehl- und Mangelernährung, Dekubitalulcera, Schmerzen, Herzinsuffizienz und Harninkontinenz

Eine herausragende Bedeutung bei der Entstehung von Pflegebedürftigkeit nimmt im fortgeschrittenen Alter die Demenz ein. Sie führt zwar nur allmählich und längerfristig, jedoch fast zwangsläufig zu einer zunehmenden Abhängigkeit von pflegerischer Unterstützung.

Die Diagnose Demenz und sonstige psychische Störungen stellen einen bedeutsamen Einflussfaktor für die Wahl der Versorgungsform dar. So beträgt der Anteil der hieran Erkrankten in Pflegeheimen circa zwei Drittel, während er in der häuslichen Pflege lediglich circa ein Drittel ausmacht. Einer Untersuchung auf der Basis von Abrechnungsdaten der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) (van den Busche et al. 2015) zufolge erhöht ausschließlich die Demenz das individuelle Risiko erkrankter Menschen, stationär statt ambulant gepflegt zu werden.

Pflegeverläufe

Pflegebedürftigkeit kann sich im zeitlichen Verlauf sehr unterschiedlich entwickeln. Es besteht kein linearer Prozess mit einem zunehmenden Kompetenzverlust in Bezug auf die Alltagsbewältigung. Vielmehr nehmen unterschiedliche Bedingungen Einfluss auf die Pflegeverläufe, von denen einige im Folgenden dargestellt werden. Nach Rothgang et al. (Barmer GEK 2013) zieht bereits die Art des Eintritts in die Pflegebedürftigkeit unterschiedliche Pflegeverläufe nach sich.¹³

Rothgang et al. (2014) konnten nachweisen, dass akute Erkrankungen einen anderen Pflegeverlauf auslösen als ein von geriatrischer Symptomatik begleitetes Altern mit zunehmender Gebrechlichkeit. Aufgrund von akuten Erkrankungen werden Pflegebedürftige häufig sofort in Pflegestufe II oder in Pflegestufe III eingestuft. Männer erkranken im Vergleich zu Frauen überproportional häufig vor Pflegeeintritt an akuten Erkrankungen. Frauen sind dagegen häufiger als geriatrische Patientinnen klassifiziert. Jüngere Menschen sind überproportional häufig akut erkrankt. Im Pflegeheim ist der prozentuale Anteil von Pflegebedürftigen mit geriatrischen Symptomen höher als in der Angehörigenpflege. Mit akuten Erkrankungen ist eine höhere Sterbewahrscheinlichkeit in den folgenden Monaten verbunden. Demnach ist auch die Pflegedauer davon beeinflusst, ob bei Pflegeeintritt eine akute Erkrankung oder eine geriatrische Symptomatik die Pflegebedürftigkeit ausgelöst hat.

¹³ Einer Typisierung von Pflegebedürftigen über 65 Jahren zufolge sind 53 % der erstmalig Pflegebedürftigen geriatrische Patientinnen und Patienten mit einer akuten Erkrankung, 11 % geriatrische Patientinnen und Patienten ohne eine akute Erkrankung, 24 % weisen akute Erkrankungen auf und 12 % sind keiner Kategorie zuzuordnen.

Rehabilitative Maßnahmen

Eine Einflussmöglichkeit auf Pflegeverläufe scheinen rehabilitative Maßnahmen zu haben. Doch insgesamt gibt es nur wenige Studien zur Wirksamkeit von Rehabilitationsmaßnahmen und vergleichende Untersuchungen zur Förderung von Selbständigkeit (Rothgang et al. 2013). Eine Verringerung des Anteils der stationären Pflegequote, eine Einstufung in eine niedrigere Pflegestufe sowie eine Verzögerung des Eintritts in eine Pflegebedürftigkeit sind bislang kaum nachgewiesen (Rothgang et al. 2014). Eine höhere Zahl von Rehabilitationsangeboten geht jedoch einher mit Verzögerung von Pflegebedürftigkeit. Regionale Unterschiede können jedoch als Hinweis auf die Wirksamkeit geriatrischer Rehabilitation gewertet werden (Rothgang et al. 2014, S. 21). Es gibt jedoch Erkenntnisse, nach denen eine Rehabilitation bei Schlaganfällen und hüftgelenksnahen Frakturen wahrscheinlich positive Auswirkungen zur Verringerung von Pflegebedürftigkeit haben (Meier-Baumgartner et al. 2002). Ergebnissen der Hannover Morbiditäts- und Mortalitätspflegestudie (Seeger et al. 2013) zufolge besteht ein Zusammenhang zwischen durchgeführten Rehabilitationsmaßnahmen und einer Verminderung von Pflegebedürftigkeit bis hin zur vollständigen Reaktivierung. Danach tragen über alle Pflegestufen und Altersgruppen hinweg rehabilitative Maßnahmen zu einer Verlängerung der Lebensdauer bei, die sich sowohl bei ambulant als auch bei stationär versorgten Pflegebedürftigen einstellen kann.

In dem Health Technology Assessment (HTA) Bericht des Deutschen Instituts für Medizinische Dokumentation und Information (Korczak et al., 2012) wird festgestellt, dass auch leicht bis moderat demente Patientinnen und Patienten von Rehabilitationsmaßnahmen profitieren, die Fortschritte im Vergleich mit nicht Dementen möglicherweise jedoch langsamer verlaufen und geringere Verbesserungen erzielt werden können. Diese Effektivitätsdifferenz wird eventuell unter anderem durch eine geringe Anpassung der Rehabilitationsprogramme verursacht (Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information, 2012).

Kurzbewertung

Zwei Trends bestimmen die Entwicklung der Pflegebedürftigenzahl sowohl bundesweit als auch in Niedersachsen: Es steigt kontinuierlich sowohl ihre Gesamtzahl als auch ihr prozentualer Anteil an der Gesamtbevölkerung. Diese Entwicklungen gelten für Männer und Frauen gleichermaßen, wenngleich Frauen insgesamt häufiger pflegebedürftig sind und ihre mit Pflegebedürftigkeit verbrachte Lebenszeit länger als bei Männern andauert.

Innerhalb von 14 Jahren (1999 bis 2013) ist die Anzahl der Pflegebedürftigen in der niedersächsischen Bevölkerung um 37,8 % gewachsen. Sowohl in der Angehörigenpflege als auch in professionellen Ver-

sorgungsstrukturen ist eine Zunahme von Pflegebedürftigen zu verzeichnen. Im Bundesvergleich besteht in Niedersachsen ein leicht überdurchschnittlicher Anteil leistungsberechtigter Pflegebedürftiger an der Gesamtbevölkerung (Anteil Niedersachsen an der Gesamtbevölkerung 9,6 % / Anteil Niedersachsen an allen Pflegebedürftigen 11 %).

Der Anstieg der Zahl pflegebedürftiger Menschen beruht auf der demografisch bedingten „doppelten Alterung“ mit sinkenden Geburtenzahlen und steigender Lebenserwartung in der Gesellschaft (Barmer GEK, 2013). Die Wahrscheinlichkeit des Menschen, einmal pflegebedürftig zu werden, steigt mit der Zunahme des Sterbealters drastisch an. Die Altersverteilung in der niedersächsischen Bevölkerung bestimmt einerseits maßgeblich die Prävalenzrate von Pflegebedürftigkeit und andererseits die regionale Verteilung der pflegebedürftigen Menschen in Niedersachsen.

In der aktuellen Fachdiskussion zur Entstehung von Pflegebedürftigkeit besteht ein gemeinsames Verständnis darüber, dass Krankheiten und andere gesundheitliche Probleme und Beeinträchtigungen pflegebegründend sein können (Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V. 2013). Pflegebegründende Diagnosen sind insofern für die Erklärung der Entstehung und den Verlauf von Pflegebedürftigkeit von großer Bedeutung. Auf der Grundlage von Analysen zu Ursachen für und Verläufe von Pflegebedürftigkeit können Rückschlüsse auf mögliche präventive und rehabilitative Maßnahmen gezogen werden. Dieser Zusammenhang ist im Kontext des gesetzlich festgeschriebenen Grundsatzes nach § 5 SGB XI von Bedeutung, nach dem der Prävention und medizinischen Rehabilitation Vorrang vor Pflegeleistungen zugewiesen wird.

2.1. Soziodemografische Merkmale

Alter und Pflegebedürftigkeit

Pflegebedürftigkeit ist in einem hohen Maße mit dem Alter ab 65 Jahren und insbesondere mit Hochaltrigkeit assoziiert. Das belegen auch folgende Daten aus der Pflegestatistik 2013:

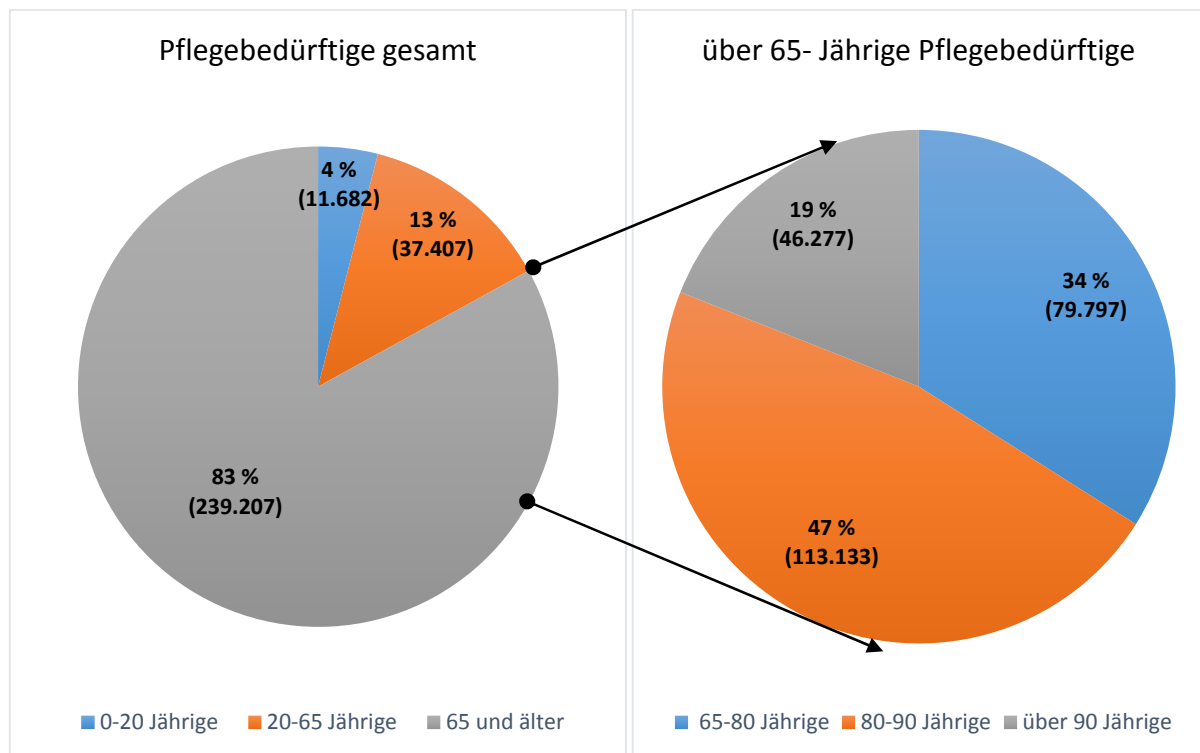


Abbildung 21: Pflegebedürftige differenziert nach Altersgruppen in Prozent im Jahr 2013 (absoluten Zahlen) (Quelle: LSN, Pflegestatistik 2013)

Signifikante Abweichungen vom Bundesdurchschnitt sind nicht erkennbar.

Das Verhältnis zwischen Lebensalter und der jeweiligen Pflegequote lässt sich mit einem exponentiellen Wachstum beschreiben. Mit steigendem Alter steigt der prozentuale Anteil Pflegebedürftiger in der jeweiligen Altersgruppe der Bevölkerung (*siehe Anhang II.2.1*).

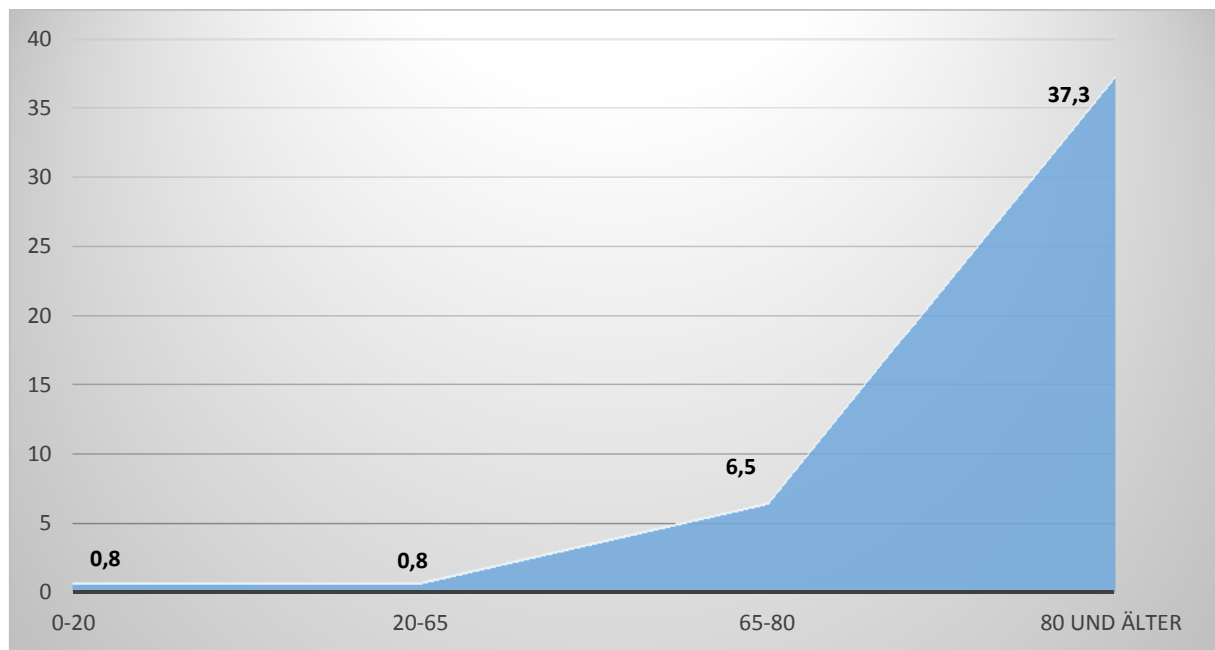


Abbildung 22: Pflegequote differenziert nach Altersgruppen im Jahr 2013 (Quelle: LSN, Pflegestatistik 2013, Bevölkerungsfortschreibung 2013)

Eine besondere Altersgruppe ist die der 0 bis 15-Jährigen. Ihre Pflegequote liegt im Zeitraum von 1999 bis 2013 zwischen 0,7 % und 0,83 %, wobei sich die Zahl der Pflegebedürftigen wie folgt entwickelt (siehe dazu auch Kapitel II.6.2):

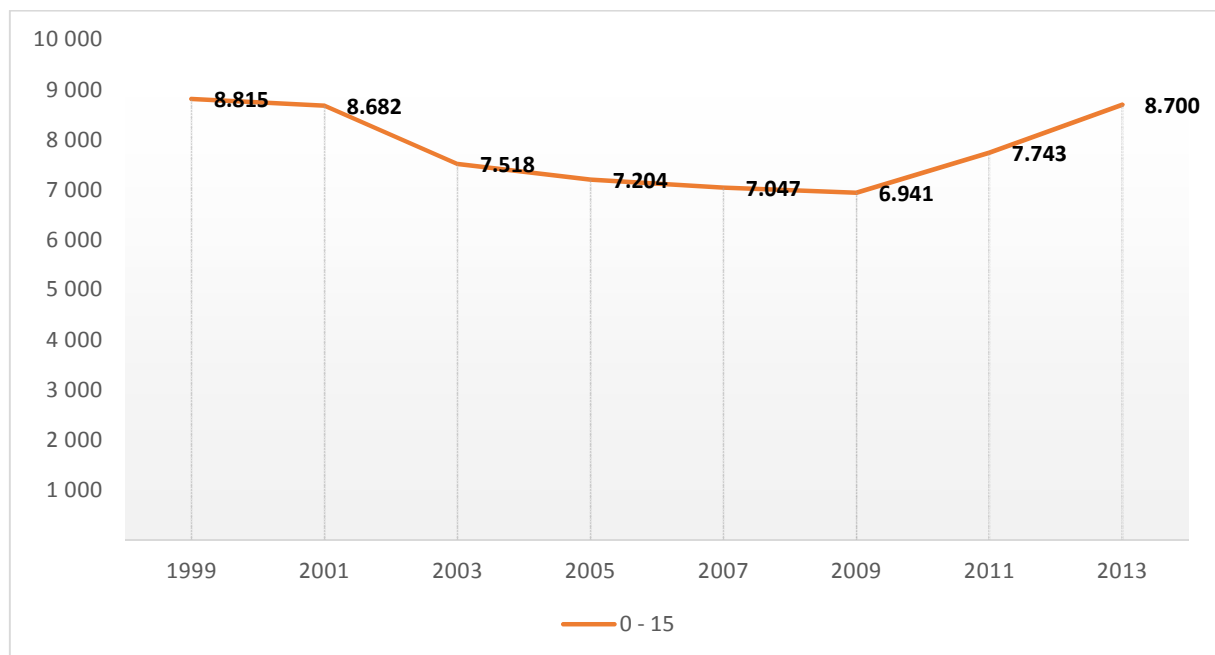


Abbildung 23: Entwicklung der Zahl pflegebedürftiger Kinder im Alter bis zum 15. Lebensjahr in den Jahren 1999 bis 2013 (Quelle: LSN, Pflegestatistik 1999, 2001, 2003, 2005, 2007, 2009, 2011 und 2013)

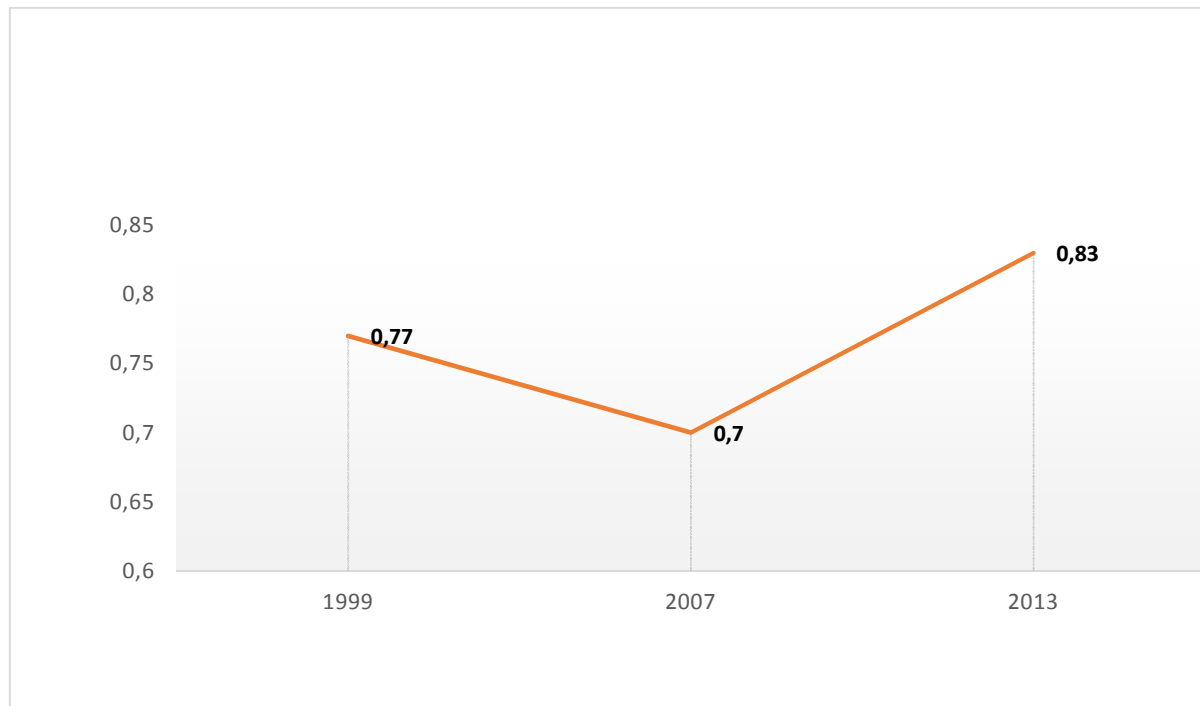


Abbildung 24: Entwicklung der Pflegequoten bei Kindern bis zum 15. Lebensjahr in den Jahren 1999, 2007 und 2013 (Quellen: LSN, Pflegestatistik 1999, 2007 und 2013, Bevölkerungsfortschreibung 31. Dezember 1999, 31. Dezember 2007 und 31. Dezember 2013)

Geschlecht und Pflegebedürftigkeit

Unter den 288.296 in der Pflegestatistik 2013 für Niedersachsen erfassten pflegebedürftigen Personen sind 186.402 weiblich und 101.894 männlich. Der Anteil der Frauen an der Gesamtzahl beträgt damit 64,7 %, der Anteil der Männer 35,3 %. Diese Geschlechterverteilung entspricht in etwa der bundesweiten Verteilung von 64,6 % Frauen und 35,4 % Männer. Die unterschiedliche Geschlechterverteilung unter den Pflegebedürftigen steht im engen Zusammenhang mit der höheren Lebenserwartung von Frauen gegenüber Männern.

Die Zahl der Leistungsempfängerinnen und Leistungsempfänger ist von 2007 bis 2013 insgesamt um knapp 20 % gestiegen, wobei die Zahl der Männer unter den Pflegebedürftigen stärker stieg als die der Frauen. Während der Anteil der Männer um knapp 30 % gewachsen ist, stieg der Anteil der Frauen im gleichen Zeitraum um rund 15 %.

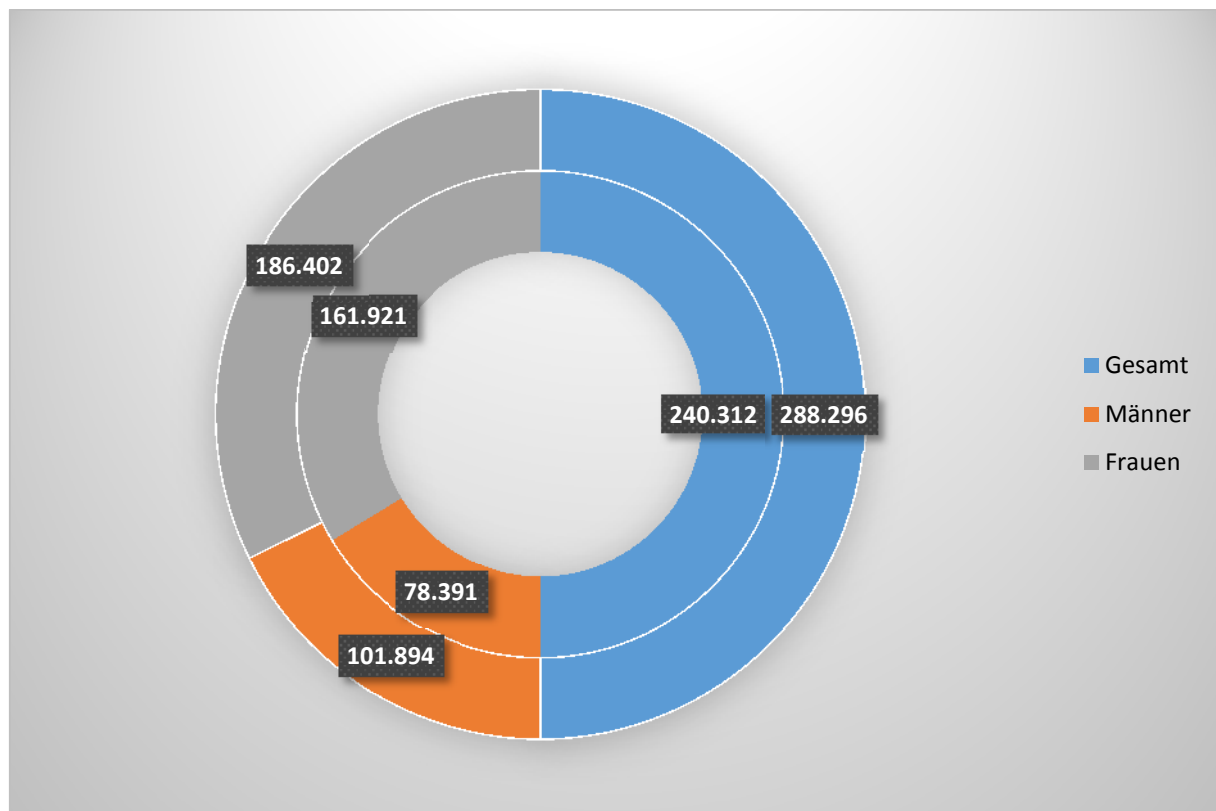


Abbildung 25: Verteilung der Pflegebedürftigen differenziert nach Geschlecht in den Jahren 2007 (innerer Kreis) und 2013 (äußerer Kreis) (Quelle: LSN, Pflegestatistik 2007 und 2013)

Bei der Geschlechterverteilung in den Altersgruppen zeigt sich, dass der Anteil der Männer an der Gesamtzahl Pflegebedürftiger mit zunehmendem Alter sinkt. In den Altersgruppen der 0- bis 20-Jährigen und der 20- bis 65-Jährigen ist ihr Anteil jeweils höher als der Anteil der Frauen. In den Altersgruppen der 65- bis 80-Jährigen und den über 80-Jährigen ist der Anteil der Frauen höher und steigt noch einmal deutlich mit weiter steigendem Alter. Gründe dafür sind ein geschlechtsspezifisches Morbiditätsgeschehen und eine längere durchschnittliche Lebenserwartung von Frauen gegenüber Männern (siehe dazu auch Kapitel II.2).

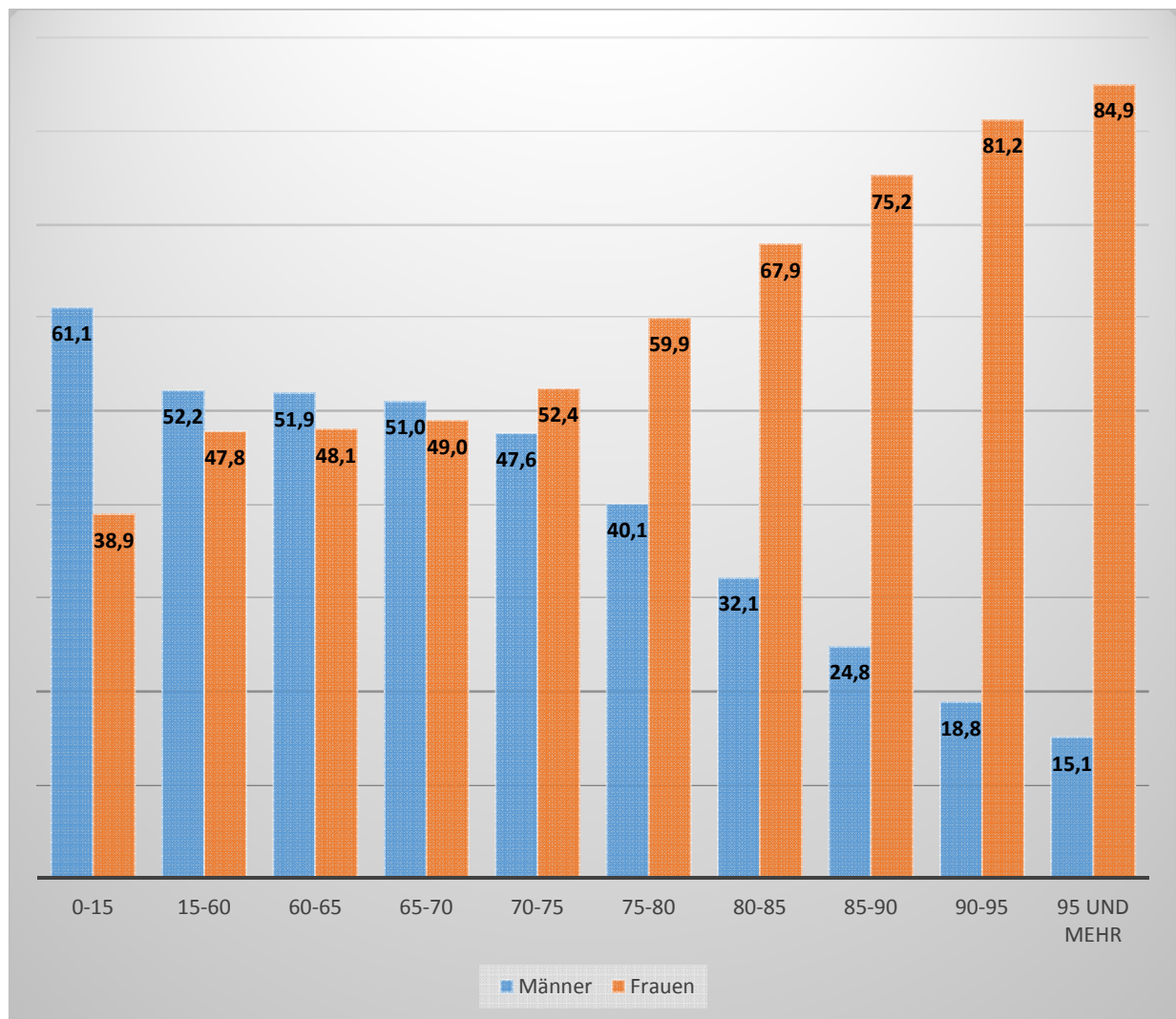


Abbildung 26: Verteilung der Pflegebedürftigen an der Gesamtzahl in Prozent differenziert nach Alter und Geschlecht im Jahr 2013 (Quelle: LSN, Pflegestatistik 2013)

In der Altersgruppe der über 90-Jährigen liegt der Anteil der Männer Ende 2013 bei 18,1 %. Der Zeitvergleich zeigt, dass ihr Anteil seit 1999 leicht zunehmend ist. Im Jahr 2007 lag dieser noch bei 17,2 %.

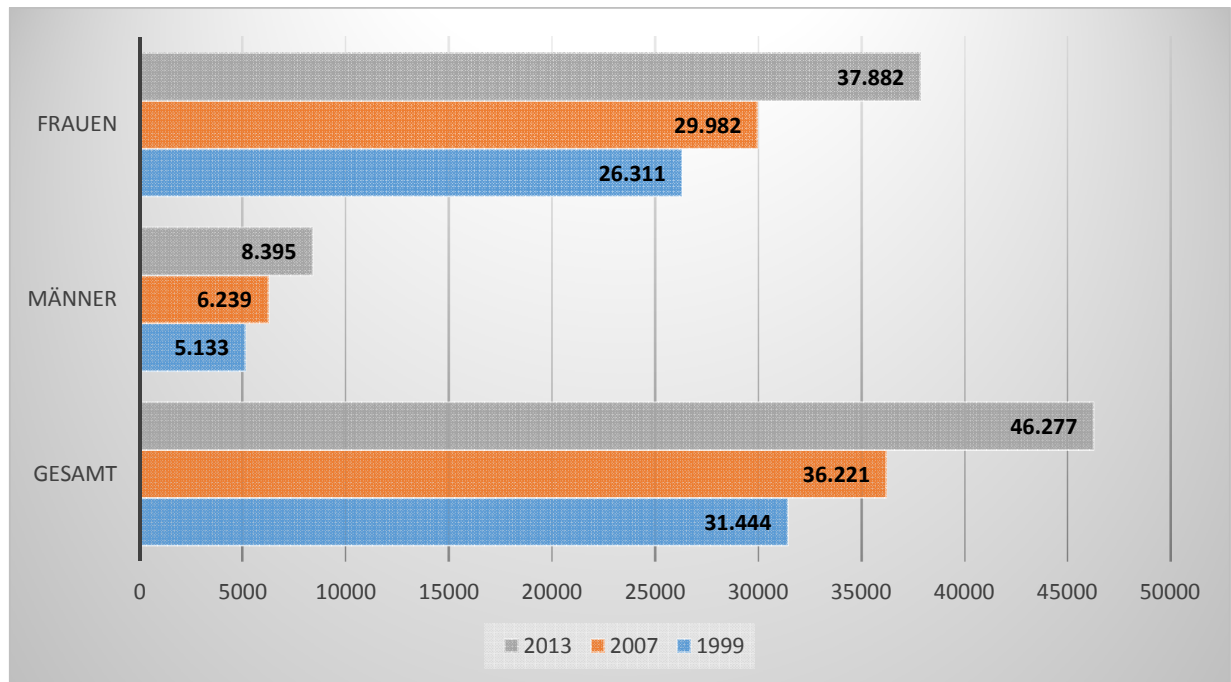


Abbildung 27: Verteilung der über 90-jährigen männlichen und weiblichen Pflegebedürftigen in den Jahren 1999, 2007 und 2013 (Quelle: LSN, Pflegestatistik 1999, 2007 und 2013)

Entsprechend der Geschlechterverteilung unter den Pflegebedürftigen stellt sich für Männer und Frauen eine ungleiche Verteilung nach Pflegequoten dar. Bei den unter 65-Jährigen ist die Pflegequote der Männer geringfügig höher als die Pflegequote der Frauen. Bei den über 65-Jährigen dagegen liegen die Pflegequoten der Frauen deutlich über den Pflegequoten der Männer.

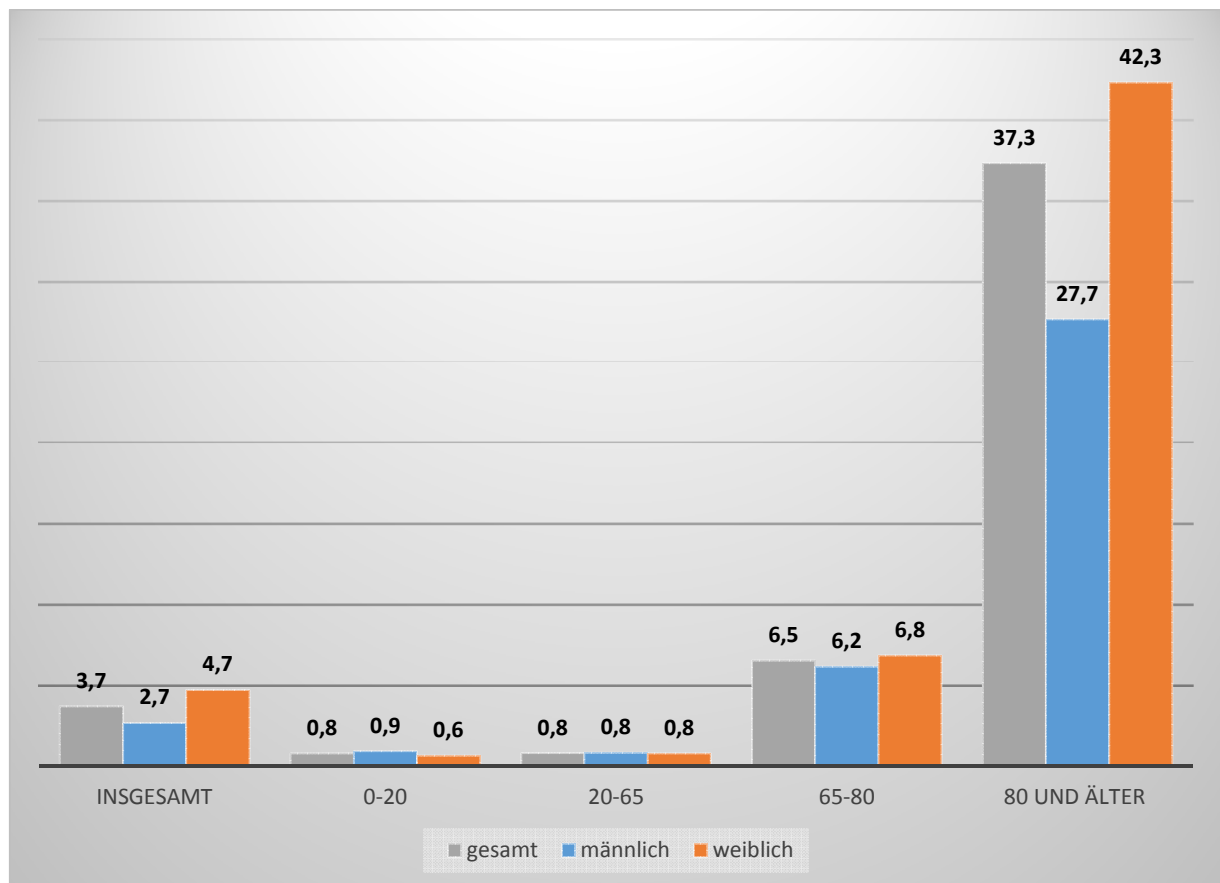


Abbildung 28: Pflegequote differenziert nach Geschlecht und Alter im Jahr 2013 (Quelle: LSN, Pflegestatistik 2013, Bevölkerungsfortschreibung 2013)

Jahr	Pflegebedürftige			Pflegequote		
	Gesamt	Frauen	Männer	Gesamt	Frauen	Männer
2009	256.085	171.531	84.554	3,2	4,3	2,2
2011	270.399	177.409	92.990	3,5	4,5	2,4
2013	288.296	186.402	101.894	3,7	4,7	2,7

Tabelle 5: Gesamtzahl der Pflegebedürftigen differenziert nach Geschlecht und Pflegequoten in den Jahren 2009, 2011 und 2013 (Quellen: LSN, Pflegestatistik 2009, 2011, 2013, Bevölkerung Basis Zensus 2011, 31. Dezember 2013)

Die Differenz zwischen den geschlechtsspezifischen Pflegequoten in den höheren Altersgruppen der über 80-Jährigen steigt stark mit zunehmendem Lebensalter. Den größten Anteil von Pflegebedürftigen an der Bevölkerung über 90 Jahre haben Frauen mit 73,6 %. Knapp Dreiviertel aller über 90-jährigen Frauen ist pflegebedürftig. Bei den über 90-jährigen Männern sind 58,1 % pflegebedürftig.

Kurzbewertung

Die soziodemografischen Merkmale Alter und Geschlecht sind für die Pflegeprävalenz bestimmend.

Mit zunehmendem Lebensalter steigt die Zahl der Pflegebedürftigen. Ein progredienter Anstieg besteht jedoch in den Altersgruppen der 80- und über 80-Jährigen. Auch die Gruppe der 90-Jährigen – mit einer noch höheren Pflegeprävalenz – ist seit 1999 um 50 % gestiegen.

Die Pflegeprävalenz von Männern und Frauen unterscheidet sich in fast allen Altersgruppen voneinander. Bis 65 Jahren ist sie bei den Männern höher, ab 65 Jahren bei den Frauen. Der Anteil der Männer unter den Pflegebedürftigen ist leicht steigend, dennoch sind die Frauen mit knapp 65 % in der Mehrzahl. Ihr ausgeprägterer Pflegebedarf ist nicht nur durch eine höhere Lebenserwartung begründet, sondern auch durch geschlechtsspezifische Krankheitsbilder mit entsprechenden Risiken für die Entstehung von Pflegebedürftigkeit. Frauen leiden häufiger als Männer an chronischen Krankheiten und Multimorbidität, welche langfristig Pflegebedarf verursachen (DZA 2007, Seite 11). Hier besteht möglicherweise präventives und rehabilitatives Potenzial vor und insbesondere bei Eintritt von Pflegebedürftigkeit, welches bislang nicht ausreichend untersucht wurde.

2.2 Art der pflegerischen Versorgung

Die Pflegeversicherung unterscheidet zwischen ambulanten und stationären Leistungen. In § 3 SGB XI ist der Vorrang der ambulanten vor der stationären Versorgung gesetzlich verankert. Danach soll die Pflegeversicherung mit ihren Leistungen vorrangig die häusliche Pflege und die Pflegebereitschaft der Angehörigen unterstützen, damit die Pflegebedürftigen so lange wie möglich in ihrer häuslichen Umgebung bleiben können.

Zu den ambulanten Leistungen gehören

- Pflegesachleistungen durch zugelassene Pflegedienste nach § 36 SGB XI,
- Pflegegeld nach § 37 Abs. 1 und 2 SGB XI und
- Kombinationsleistungen aus Pflegegeld und Pflegesachleistungen nach § 38 SGB XI.

Seit 2008 haben verschiedene Pflegereformgesetze zu Veränderungen in der Höhe der Pflegesachleistungen und des Pflegegeldes sowie des leistungsberechtigten Personenkreises geführt. Seit dem 01. Januar 2012 erhalten Pflegebedürftige der Pflegestufe I monatlich 450 Euro, der Pflegestufe II 1.100 Euro und der Pflegestufe III 1.550 Euro. Bei Härtefallregelungen können die Pflegesach-

leistungen bis zu 1.918 Euro gewährt werden. Ebenfalls seit dem 01. Januar 2012 erhalten Pflegebedürftige der Pflegestufe I für selbst beschaffte Pflegehilfen 235 Euro. In der Pflegestufe II liegt der Betrag bei 440 Euro und in der Pflegestufe III bei 700 Euro.

Mit dem PNG, das am 30. Oktober 2012 in Kraft getreten ist, sind zusätzliche Leistungsverbesserungen für Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz (PEA) zum 01. Januar 2013 eingeführt worden. Leistungsberechtigte nach § 45a SGB XI mit einem Pflegebedürftigkeitsgrad unterhalb der Pflegestufe I können seitdem ebenfalls Pflegesachleistungen oder Pflegegeld beziehungsweise Kombinationsleistungen beziehen. Danach erhielten PEA in der sogenannten Pflegestufe 0 monatlich Pflegesachleistungen in der Höhe von 225 Euro und Pflegegeld in der Höhe von 120 Euro. Für PEA in der Pflegestufe I erhöhte sich die Pflegesachleistung auf 665 Euro und das Pflegegeld auf 305 Euro. In der Pflegestufe II stieg die Pflegesachleistung für diesen Kreis der Leistungsempfängerinnen und Leistungsempfänger auf 1.250 Euro und das Pflegegeld auf 525 Euro. In der Pflegestufe III gab es keine Aufstockung der Leistungsbeträge.

Mit dem Ersten Pflegestärkungsgesetz (PSG I) vom 17. Dezember 2014 wurden die Leistungen im ambulanten Bereich ausgeweitet und flexibilisiert. Seit dem 01. Januar 2015 sind die Beträge um 4 % angehoben worden. Nur diejenigen Leistungen, die mit dem PNG am 01. Januar 2013 eingeführt wurden, sind um 2,67 % erhöht worden. Die seitdem in der ambulanten Versorgung geltenden Ansprüche auf Pflegegeld- und Pflegesachleistungen werden in der folgenden Tabelle zusammengefasst. In Abhängigkeit von der bewilligten Pflegestufe und dem Vorliegen einer Berechtigung als PEA nach § 45a SGB XI gibt es seitdem neun unterschiedliche Leistungsberechtigungsstufen im ambulanten Bereich.

	Pflegestufe	Pflegegeld	Pflegesachleistung	Betreuungs- und Entlastungsleistung
1.	Pflegestufe 0 (PEA)	123 Euro	231 Euro	104/208 Euro
2.	Pflegestufe I	244 Euro	468 Euro	104 Euro
3.	Pflegestufe I (PEA)	316 Euro	689 Euro	208 Euro
4.	Pflegestufe II	458 Euro	1.144 Euro	104 Euro
5.	Pflegestufe II (PEA)	545 Euro	1.298 Euro	208 Euro
6.	Pflegestufe III	728 Euro	1.612 Euro	104 Euro
7.	Pflegestufe III (PEA)	728 Euro	1.612 Euro	208 Euro
8.	Härtefall	728 Euro	1.995 Euro	104 Euro
9.	Härtefall (PEA)	728 Euro	1.995 Euro	208 Euro

Tabelle 6: Leistungsansprüche auf Pflegegeld, Pflegesachleistungen und Betreuungs- und Entlastungsleistungen differenziert nach Pflegestufen

Zu den (teil-)stationären Leistungen gehören:

- Vollstationäre Pflege nach § 43 SGB XI,
- Teilstationäre Pflege nach § 41 SGB XI und
- Kurzzeitpflege nach § 42 Abs. 1 SGB XI.

Gemäß § 43 SGB XI haben Pflegebedürftige Anspruch auf Pflege in vollstationären Einrichtungen, wenn die häusliche oder teilstationäre Pflege nicht möglich ist oder sie aufgrund der Besonderheit des einzelnen Falles nicht in Betracht kommt. In diesen Situationen übernimmt die Pflegeversicherung pauschale Leistungsbeträge für die pflegebedingten Aufwendungen, die Aufwendungen der sozialen Betreuung und – im Gegensatz zum ambulanten Sektor – auch die Aufwendungen für die Leistungen der medizinischen Behandlungspflege. Der monatliche Höchstbetrag bemisst sich am Umfang der Pflegebedürftigkeit. Ab dem 01. Januar 2015 betragen die pauschalen Sachleistungsbeträge 1.064 Euro in Pflegestufe I, 1.330 Euro in Pflegestufe II, 1.621 Euro in Pflegestufe III und 1.995 Euro in besonderen

Härtefällen. Diese Höchstbeträge werden in nahezu allen Einzelfällen voll ausgeschöpft. Die anfallenden Kosten für Unterkunft und Verpflegung, die Investitionskosten sowie Kosten für Zusatzleistungen sind durch die Pflegebedürftigen oder ihre Angehörigen zu tragen (§ 82 SGB XI).

Seit dem 01. Juli 2008 verfügen Pflegeeinrichtungen mit Pflegebedürftigen mit eingeschränkter Alltagskompetenz über einen Anspruch auf leistungsgerechte Zuschläge zur Pflegevergütung gemäß § 87b SGB XI. Mit dem PSG I wird dieser Anspruch auf pflegebedürftige Heimbewohnerinnen und Heimbewohner sowie Versicherte ausgeweitet, die einen Hilfebedarf im Bereich der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung haben, der (noch) nicht das Ausmaß der Pflegestufe I erreicht. Diese Zuschläge sind für die zusätzliche Betreuung und Aktivierung einzusetzen. Hierzu müssen die Pflegeeinrichtungen über zusätzliches Betreuungspersonal in sozialversicherungspflichtiger Beschäftigung verfügen (Schlüssel: 1 zu 20). Heimbewohnerinnen und Heimbewohner haben – soweit sie ihren Pflegebedarf nicht aus vorrangigen Leistungsquellen und aus ihrem eigenen Einkommen und Vermögen decken können – einen Anspruch auf Leistungen des SGB XII (Hilfe zur Pflege).

Nach § 41 SGB XI haben pflegebedürftige Menschen einen Anspruch auf teilstationäre Pflege, wenn die häusliche Pflege nicht in ausreichendem Maße sichergestellt werden kann oder der Rückgriff auf diese Leistungsform zur Ergänzung oder Stärkung der häuslichen Pflege erforderlich ist. In diesen Fällen übernimmt die Pflegeversicherung die Kosten für pflegebedingte Aufwendungen, soziale Betreuung, behandlungspflegerische Maßnahmen, die während des Aufenthalts in der teilstationären Pflegeeinrichtung notwendig sind, sowie die Fahrten der Pflegebedürftigen von der eigenen Wohnung zur Einrichtung. Das Entgelt für Unterbringung und Verpflegung wird von den Pflegebedürftigen selbst beziehungsweise bei einem bestehenden Anspruch auf Sozialhilfe vom zuständigen Sozialhilfeträger übernommen.

Die Leistungsbeträge der Pflegeversicherung nach § 41 SGB XI betragen seit 01. Januar 2015 468 Euro in der Pflegestufe I, 1.144 Euro in der Pflegestufe II und 1.612 Euro in der Pflegestufe III. Für Personen mit dauerhaft eingeschränkter Alltagskompetenz nach § 45a SGB XI belaufen sich die Leistungsbeträge auf 689 Euro und in Stufe II auf 1.298 Euro (§ 123 SGB XI). Sofern diesen Personen noch keine Pflegestufe zuerkannt wurde, können mit Einführung des PSG I auch Leistungen der Tagespflege in Höhe von 231 Euro in Anspruch genommen werden.

Pflegebedürftige können teilstationäre Tages- und Nachtpflege seit 2015 zusätzlich zu ambulanten Pflegesachleistungen, Pflegegeld oder der Kombinationsleistung nutzen, ohne dass eine Anrechnung auf diese Ansprüche erfolgt. Vor Inkrafttreten des PSG I war zwar schon eine kombinierte Inanspruchnahme möglich, allerdings erfolgte eine teilweise Anrechnung, so dass sich der höchstmögliche Gesamtanspruch aus den Leistungen der häuslichen Pflege (§§ 36 bis 38 SGB XI) und den Leistungen der teilstationären Pflege lediglich auf das 1,5-fache belief.

Wenn die häusliche Pflege zeitweise nicht, noch nicht oder nicht im erforderlichen Umfang erbracht werden kann und auch teilstationäre Pflege nicht ausreicht, besteht nach § 42 Abs. 1 SGB XI Anspruch auf Kurzzeitpflege in einer vollstationären Einrichtung. Dies gilt zum einen für eine Übergangszeit im Anschluss an eine stationäre Behandlung der oder des Pflegebedürftigen, innerhalb derer durch eine aktivierende und rehabilitativ orientierte Pflege die häusliche Versorgung aufrechterhalten oder ermöglicht werden soll. Zum anderen kann Kurzzeitpflege aber auch in Krisensituationen genutzt werden, in denen vorübergehend häusliche oder teilstationäre Pflege nicht möglich oder nicht ausreichend ist (zum Beispiel im Falle der Krankheit der Pflegeperson). Hier sind die Grenzen zu den Leistungen der häuslichen Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson (§ 39 SGB XI) fließend.

Kurzzeitpflege umfasst die pflegebedingten Aufwendungen und die Aufwendungen der sozialen Betreuung sowie der medizinischen Behandlungspflege während des Aufenthalts in der stationären Einrichtung und kann komplementär zu den Leistungen der häuslichen Pflege (häusliche Pflegehilfe nach § 36 oder/und Pflegegeld nach § 37 SGB XI) genutzt werden. Kurzzeitpflege ist grundsätzlich für Pflegebedürftige der Pflegestufen I, II und III und seit Inkrafttreten des PSG I am 01. Januar 2015 auch für Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz nach § 45a SGB XI ohne Pflegestufe verfügbar. Der Leistungsanspruch besteht dabei unabhängig vom Grad der Pflegebedürftigkeit in der Höhe von 1.612 Euro, wobei dieser Betrag maximal vier Wochen pro Jahr in Anspruch genommen werden kann. Seit der Einführung des PSG I besteht zudem die Möglichkeit, den Anspruch auf Verhinderungspflege gemäß § 39 SGB XI ebenfalls für Kurzzeitpflege einzusetzen, wodurch sich der Anspruch auf Kurzzeitpflege auf längstens acht Wochen pro Kalenderjahr und insgesamt bis zu 3.224 Euro beläuft.

Verteilung der Leistungsbezieherinnen und Leistungsbezieher auf die Leistungsarten

Von 10 Pflegebedürftigen in Niedersachsen befinden sich Ende 2013 circa sieben Personen in ambulanter und drei Personen in stationärer Versorgung.

Jahr	Ambulant	Verteilung in Prozent	Stationär	Verteilung in Prozent	Gesamt
1999	147.999	71,2%	59.775	28,8%	207.774
2007	162.974	68,3%	75.557	31,7%	238.531
2013	199.405	69,2%	88.891	30,8%	288.296

Tabelle 7: Verteilung der Leistungsbezieherinnen und Leistungsbezieher in der ambulanten und stationären Pflege in den Jahren 1999, 2007 und 2013 in Prozent (Quelle: LSN, Pflegestatistik 1999, 2007, 2013)

Die häusliche Versorgung wird neben dem Pflegegeld und Leistungen der Pflegedienste durch die Leistungsarten Kurzzeitpflege sowie Tages- und Nachtpflege gestützt. Darüber hinaus werden Betreuungs- und Entlastungsleistungen nach §§ 45 a-c SGB XI gewährt.

Jahr	Pflegegeld	Kombi-leistungen	Pflegedienste	Dauerpflege	Gesamt ¹⁴	Kurzzeitpflege	Tages-, Nachtpflege	PEA ¹⁵ ohne Pflegestufe
1999	107.578	27.890	40.421	59.775	207.774	1.483		
2007	107.210	32.567	55.764	75.557	238.531	1.781	1.884	
2013	131.408	34.175	67.997	85.945	285.350	2.946	8.728	9.764 ¹⁶

Tabelle 8: Verteilung der Leistungsbezieherinnen und Leistungsbezieher auf Leistungsarten in den Jahren 1999, 2007 und 2013 (Quelle: LSN, Pflegestatistik 1999, 2007, 2013)

Während die Zahl der Pflegegeldempfängerinnen und Pflegegeldempfänger im Zeitraum von 1999 bis 2007 nahezu konstant blieb, stieg sie in den Jahren von 2007 bis 2013 dagegen kontinuierlich an. Der

¹⁴ Ohne Kurzzeit-, Tages- und Nachtpflege

¹⁵ PEA und festgestellter sogenannter Pflegestufe 0

¹⁶ Zusätzlich zur Gesamtzahl

Pflegegeldbezug hat in diesem Zeitraum mit 22,6 % vor den ambulanten und den stationären Pflegeleistungen die höchste Steigerungsrate unter allen Leistungsarten erlangt. Damit werden 46,1 % aller Leistungsempfängerinnen und Leistungsempfänger ohne externe Pflegeleistungen zu Hause gepflegt. 53,9 % nehmen Kombinationsleistungen beziehungsweise ausschließlich ambulante Pflegeleistungen sowie stationäre Pflegeleistungen in Anspruch.

Die Anzahl der stationär Versorgten liegt noch über der Anzahl der durch ambulante Dienste Versorgten, allerdings sind größere Wachstumsraten in der ambulanten Pflege zu verzeichnen. Der Anteil in ambulanter Versorgung ist seit 2007 um knapp 22 % und in stationärer Dauerpflege um 15 % gewachsen.

Unter den teilstationären Leistungsarten wurden sowohl die Kurzzeitpflege als auch die Tagespflege verstärkt in Anspruch genommen.

Pflegegeldempfängerinnen und Pflegegeldempfänger

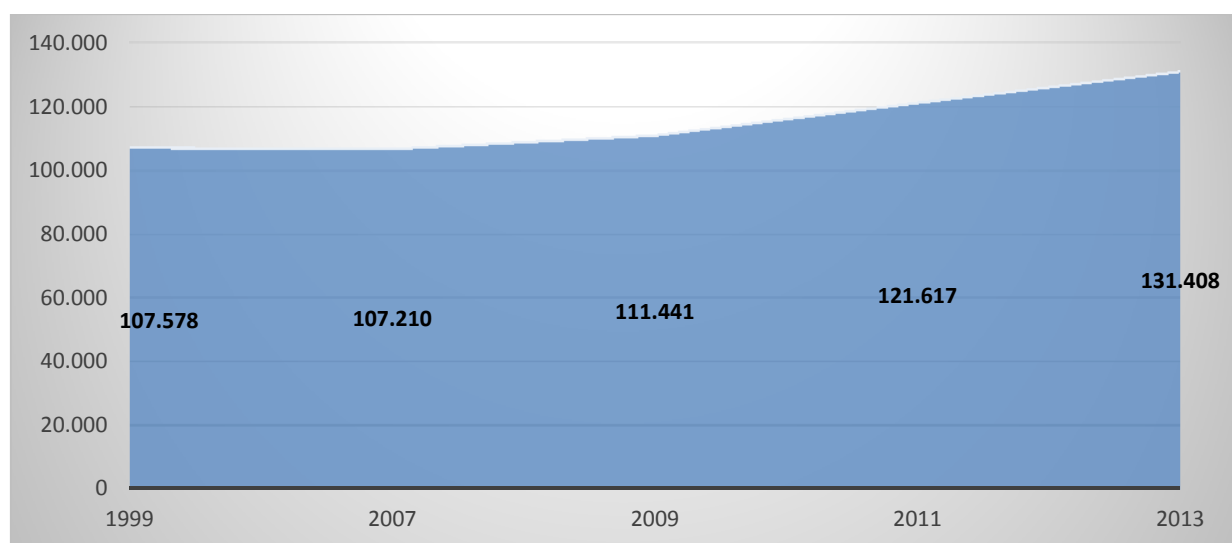


Abbildung 29: Entwicklung der Anzahl der Pflegegeldempfängerinnen und Pflegegeldempfänger in den Jahren 1999, 2007, 2009, 2011 und 2013 (Quelle: LSN, Pflegestatistik 1999, 2007, 2009, 2011, 2013)

Auf der Bundesebene sind ähnlich hohe Steigerungsraten des Pflegegeldbezugs zu beobachten. Im Zeitraum von 2007 bis 2013 stieg die Zahl der Pflegegeldempfängerinnen und Pflegegeldempfänger um 212.643. Das entspricht einer Zunahme um 20,6 %.

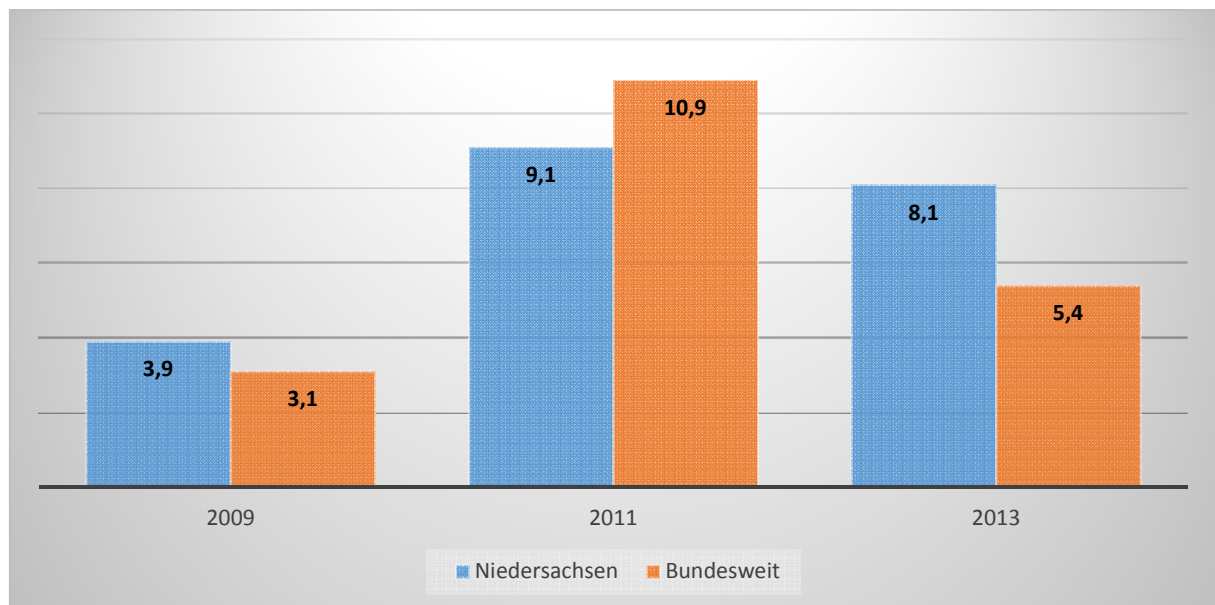


Abbildung 30: Steigerungsraten der Pflegegeldempfängerinnen und Pflegegeldempfänger in Niedersachsen und bundesweit in Prozent in den Jahren 2009, 2011 und 2013 (Quelle: LSN, Pflegestatistik 2007, 2009, 2011, 2013, Destatis 2015, Pflegestatistik 2013)

Durch ambulante Pflegedienste versorgte Pflegebedürftige

Von den ambulanten Pflegeeinrichtungen Niedersachsens werden zum Ende des Jahres 2013 zusammen 67.997 Pflegebedürftige versorgt, von denen 33.822 Personen ausschließlich Sachleistungen und 34.175 Kombinationsleistungen beziehen. Im Vergleich zum Jahr 2007 entspricht dies einer Zunahme des zu betreuenden Personenkreises um 12.233 Personen (+ 21,9 %).

Im Durchschnitt versorgt jede ambulante Pflegeeinrichtung rund 55 pflegebedürftige Personen.¹⁷ Seit 1999 hat sich die Zahl der Betreuten durchschnittlich um 11 Personen erhöht. Festzustellen ist, dass sich die zunehmende Nachfrage nach ambulanten Pflegediensten nicht nur in einer wachsenden Zahl, sondern auch in einer steigenden Größe der Dienste niederschlägt.

Öffentliche und freigemeinnützige ambulante Pflegeeinrichtungen betreuen mit durchschnittlich 85 und 81 Personen in Niedersachsen nahezu doppelt so viele Pflegebedürftige, wie private Pflegedienste mit durchschnittlich 42 Pflegebedürftigen. Insgesamt wird ein ähnlich großer Anteil Pflegebedürftiger von privaten und freigemeinnützigen Pflegediensten betreut. Der Anteil der durch Pflegedienste in öffentlicher Trägerschaft Versorgten ist demgegenüber sehr gering.

¹⁷ In Niedersachsen (55 Pflegebedürftige), aber auch im Saarland (65 Pflegebedürftige) und in Bremen (58 Pflegebedürftige) werden im Vergleich zum Bundesdurchschnitt (48 Pflegebedürftige) überdurchschnittlich viele Personen pro Pflegedienst versorgt. Weit unterhalb des Bundesdurchschnittes liegen Bayern (40 Pflegebedürftige), Sachsen (41 Pflegebedürftige) und Hessen (42 Pflegebedürftige).

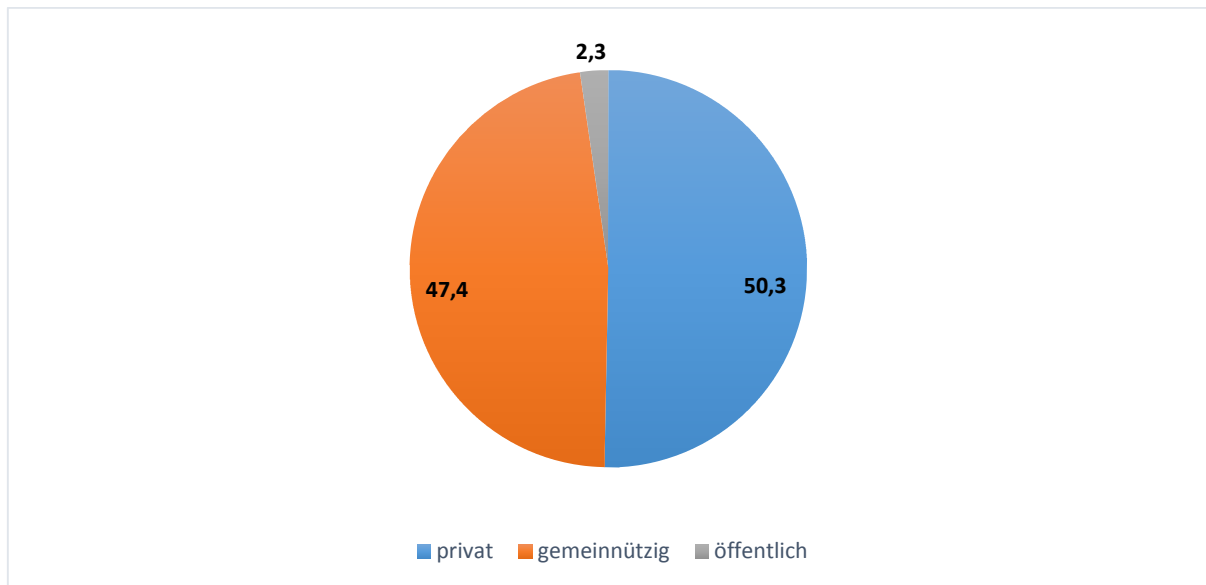


Abbildung 31: Anteil der Pflegebedürftigen differenziert nach Trägerschaft der ambulanten Pflegedienste im Jahr 2013 in Prozent (Quelle: LSN, Pflegestatistik 2013)

Die Verteilung der Pflegestufen stellt sich wie folgt dar:

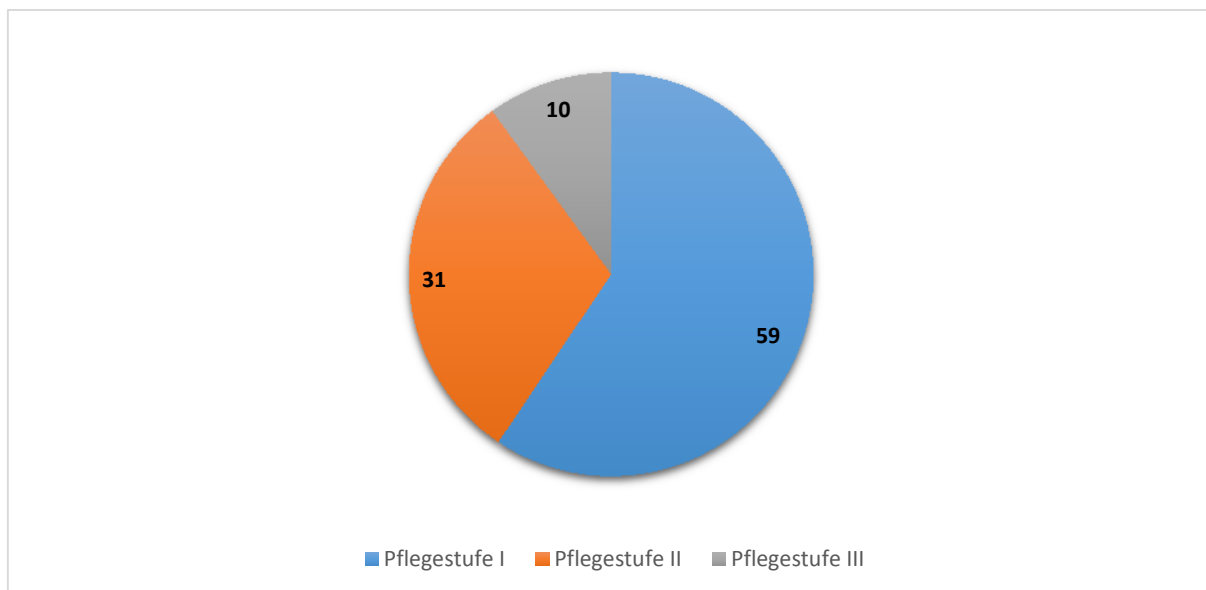


Abbildung 32: Durch ambulante Pflegedienste versorgte Pflegebedürftige differenziert nach Pflegestufen im Jahr 2013 in Prozent (Quelle: LSN, Pflegestatistik 2013)

Niedersachsen liegt mit diesen Werten nahe am Bundesdurchschnitt (Pflegestufe I: 57,1 %, Pflegestufe II: 32,3 %, Pflegestufe III: 10,5 %).

Neben den 67.997 ambulant versorgten Pflegebedürftigen, die über eine Pflegestufe verfügen, werden im Jahr 2013 von ambulanten Pflegediensten noch weitere 16.564 Personen versorgt, die eine dauerhaft eingeschränkte Alltagskompetenz aufweisen.

Durch stationäre Einrichtungen versorgte Pflegebedürftige

In den stationären Einrichtungen werden zum Ende des Jahres 2013 in Niedersachsen 88.891 Personen versorgt. Auf die Einrichtungen mit Dauerpflegeangebot entfallen dabei 85.945 Pflegebedürftige. Im Vergleich zum Jahr 2007, als noch 75.557 Personen Leistungen der vollstationären Dauerpflege bezogen haben, hat sich dieser Anteil um 13,7 % erhöht. Hinzu kommen 1.095 Personen ohne Pflegestufe, jedoch mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz gemäß § 45a SGB XI und eine nicht näher zu beziffernde Zahl von Pflegebedürftigen ohne Pflegestufe oder ohne erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz.

Die Verteilung der Pflegebedürftigen auf die Pflegestufen stellt sich wie folgt dar:

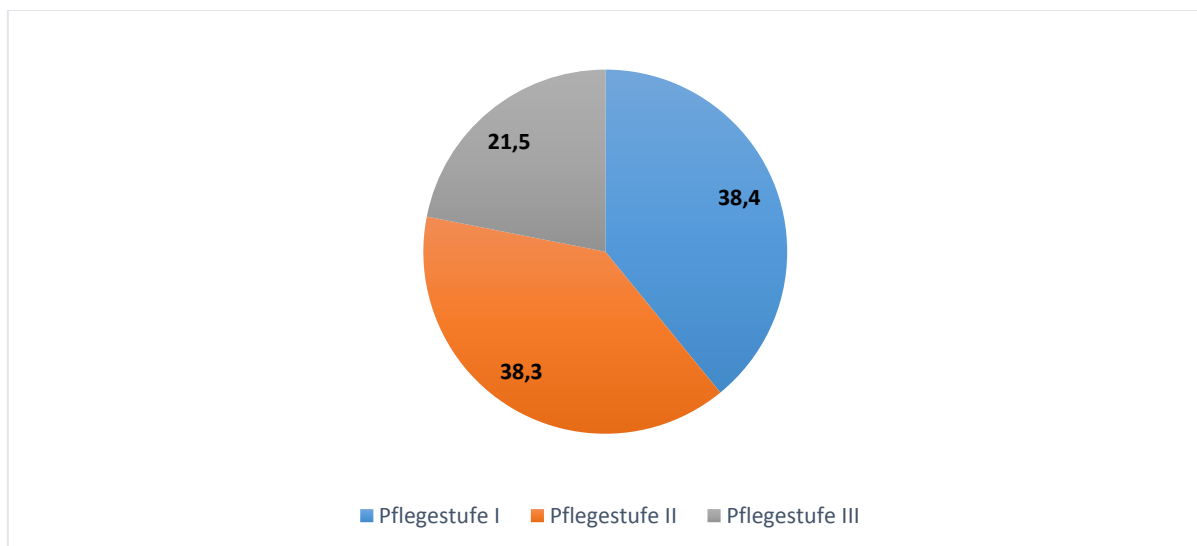


Abbildung 33: Durch vollstationäre Einrichtungen mit Dauerpflegeangebot versorgte Pflegebedürftige differenziert nach Pflegestufen im Jahr 2013 in Prozent (Quelle: LSN, Pflegestatistik 2013)

Wird diese prozentuale Verteilung mit der Verteilung der Pflegestufen bei allen Pflegebedürftigen ins Verhältnis gesetzt (Pflegestufe I: 56,6 %, Pflegestufe II: 30,8 %, Pflegestufe III: 12,0 %), zeigt sich eine Überrepräsentanz von Pflegebedürftigen der Pflegestufe II und III in Einrichtungen der stationären Dauerpflege. Hierin spiegelt sich die gesetzlich geforderte Nachrangigkeit der stationären Versorgung. Im Vergleich zum Jahr 2007 ergeben sich in Bezug auf die Verteilung der Pflegestufen keine grundlegenden Veränderungen (Pflegestufe I: 35,7 %, Pflegestufe II: 40,6 %, Pflegestufe III: 22,8 %). Lediglich Pflegestufe I ist im Jahr 2013 geringfügig häufiger vertreten.

Durch Tages- und Nachtpflegeeinrichtungen versorgte Pflegebedürftige

Von insgesamt 288.296 Empfängerinnen und Empfängern von Leistungen der Pflegeversicherung nahmen Ende 2013 zusammen 8.728 Personen Tagespflege in Anspruch (3 %). Im Vergleich zum Jahr 2007, in dem lediglich 1.881 Personen diese Leistung bezogen (0,8 %), hat sich diese Anzahl mehr als vervierfacht, was wiederum auf die oben beschriebenen Ausweitungen des Leistungsanspruchs zurückzuführen ist. Hinzu kommen 309 Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz ohne Pflegestufe. Auf jede Tagespflegeeinrichtung entfallen insgesamt in etwa 27 in der Pflegestatistik erfasste Personen.

Die Verteilung der Tagespflegegäste auf die Pflegestufen stellt sich wie folgt dar:

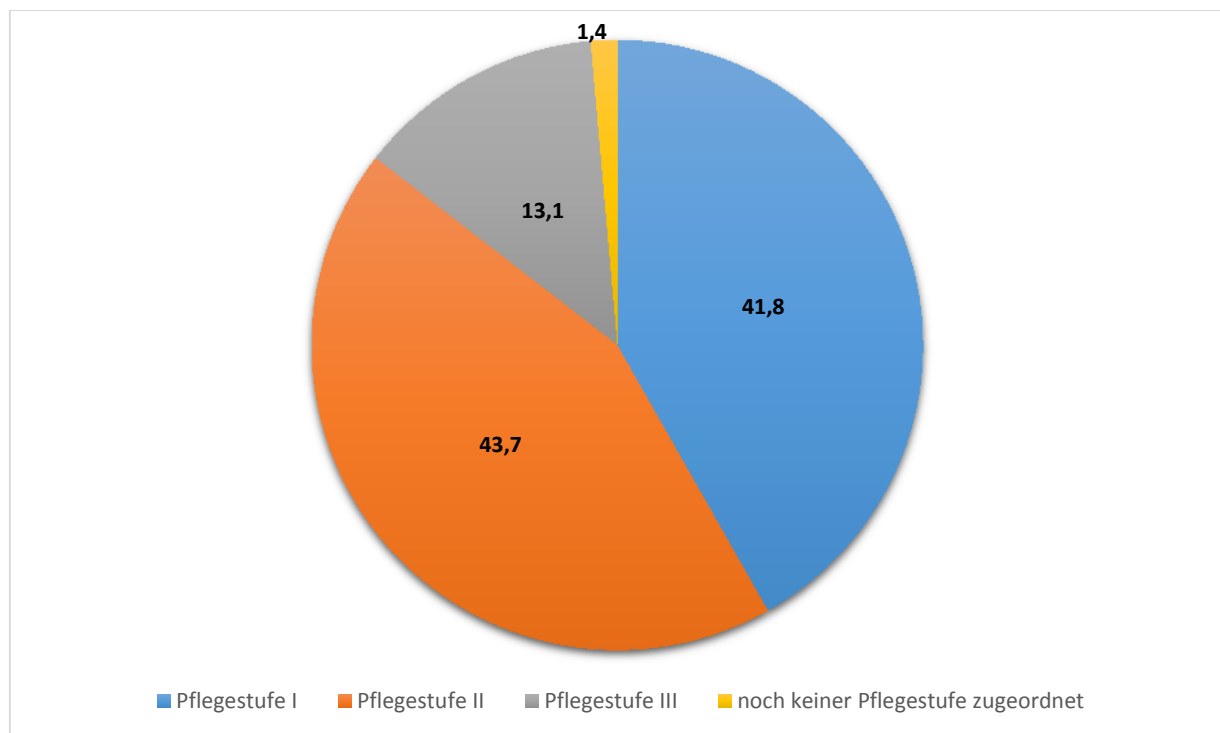


Abbildung 34: Verteilung der Pflegestufen der Nutzerinnen und Nutzer von Tagespflege im Jahr 2013 in Prozent (Quelle: LSN, Pflegestatistik 2013)

Im Vergleich zu der Gesamtgruppe aller Pflegebedürftigen in Niedersachsen (Pflegestufe I: 56,6 %, Pflegestufe II: 30,8 %, Pflegestufe III: 12 %, bisher ohne Pflegestufe: 0,6 %) ist der Anteil der Pflegebedürftigen in den Pflegestufen II und III in der Tagespflege besonders hoch.

Durch Kurzzeitpflegeeinrichtungen versorgte Pflegebedürftige

Zum Stichtag am 15. Dezember 2013 haben Pflegebedürftige in Niedersachsen in insgesamt 2.946 Fällen Leistungen der Kurzzeitpflege in Anspruch genommen. Zu berücksichtigen ist, dass Ende des Jahres

2013 neben den 2.946 Pflegebedürftigen auch 84 Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz ohne Pflegestufe Kurzzeitpflege in Anspruch genommen haben.

Im Schnitt entfallen etwa 8 Pflegebedürftige auf jede solitäre Kurzzeitpflegeeinrichtung.

Die Pflegestufen der Nutzerinnen und Nutzer von Kurzzeitpflege verteilen sich wie folgt:

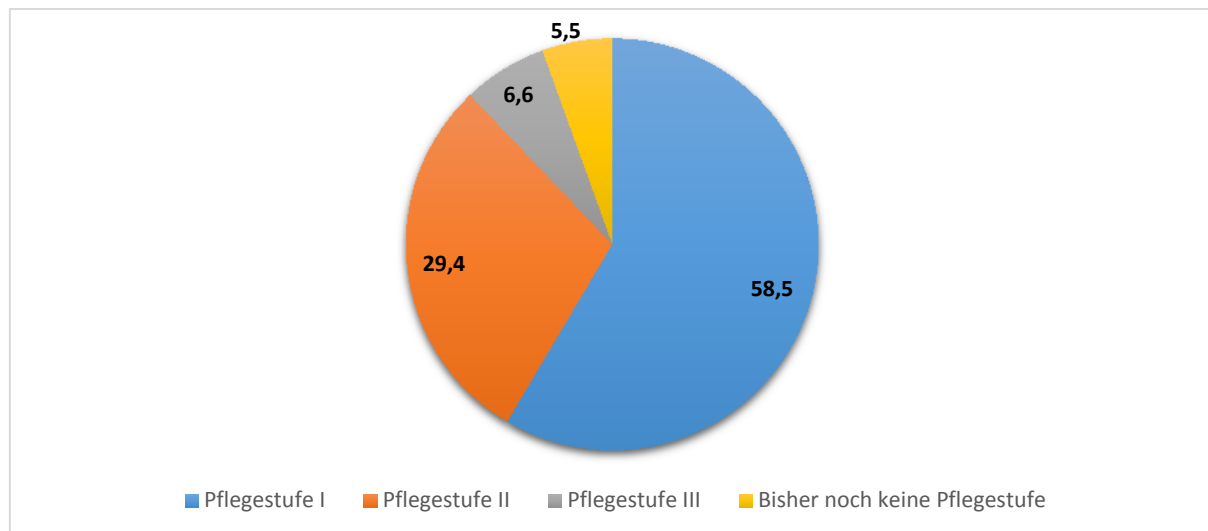


Abbildung 35: Pflegestufen der Nutzerinnen und Nutzer von Kurzzeitpflege im Jahr 2013 in Prozent (Quelle: LSN, Pflegestatistik 2013)

Diese Verteilung entspricht in etwa auch der Verteilung in der Gesamtgruppe aller Pflegebedürftigen.

Verteilung der Leistungsarten in Abhängigkeit von der Pflegestufe

67 % aller Pflegegeldempfängerinnen und Pflegegeldempfänger ohne Kombinationsleistungen sind in Pflegestufe I eingestuft und werden ohne Inanspruchnahme von Pflegeleistungen durch Angehörigen in der Häuslichkeit versorgt. Unter allen Einstufungen in Pflegestufen und Leistungsarten ist diese Gruppe mit 31 % die größte Einzelgruppe. In der Pflegestufe III werden noch 7 % der ausschließlichen Pflegegeldempfängerinnen und Pflegegeldempfänger ohne Unterstützung eines Pflegedienstes zu Hause gepflegt. Zu den Pflegegeldbezieherinnen und Pflegegeldbeziehern kommen 61,5 % (bundesweit: 60,4 %) PEA mit der sogenannten Pflegestufe 0 hinzu.

Bundesweit liegen der Anteil aller Pflegegeldempfängerinnen und Pflegegeldempfänger bei 66 % und der Anteil der PEA in der sogenannten Pflegestufe 0 bei 60,4 %.

Die bundesweite Verteilung der von Pflegediensten versorgten Pflegebedürftigen liegt bei 57,1 % in Pflegestufe I, 32,2 % in Pflegestufe II und 10,5 % in Pflegestufe III. Pflegedienste in Niedersachsen versorgen 59,4 % Personen der Pflegestufe I, 30,6 % der Pflegestufe II und 10 % der Pflegestufe III. Im stationären Bereich sind 38,1 % der Pflegebedürftigen in Pflegestufe I, 39,6 % in Pflegestufe II und 20,6 % in Pflegestufe III eingestuft. In Niedersachsen liegt der Anteil der Bewohnerinnen und Bewohner im stationären Bereich in Pflegestufe I bei 39 % fast gleichauf mit dem Anteil in Pflegestufe II mit 38 %, 21% der Pflegebedürftigen sind nach Pflegestufe III eingestuft.

Leistungsart	Pflegestufen				Noch keiner Pflegestufe zugeordnet	Pflegestufe 0 PEA
	Gesamt	I	II	III ¹⁸		
Pflegedienste	67.997	40.386	20.802	6.809		2.578
Pflegeheime	88.891	34.705	33.808	18.657	1.721	1.179
Pflegegeld¹⁹	131.408	88.092	34.135	9.181		6.007
Gesamt	288.296	163.183	88.745	34.647	1.721	9.764 ²⁰

Tabelle 9: Verteilung der Leistungsarten in Abhängigkeit von der Pflegestufe im Jahr 2013 (Quelle: LSN, Pflegestatistik 2013)

In den folgenden drei Grafiken ist der Anteil von Pflegebedürftigen mit Kombinationsleistungen neben dem Bezug der anderen Leistungsarten gesondert ausgewiesen.

¹⁸ Darunter auch Härtefälle

¹⁹ Ohne Kombination von Pflegesach- und Pflegegeldleistungen

²⁰ Zusätzlich zur Gesamtzahl

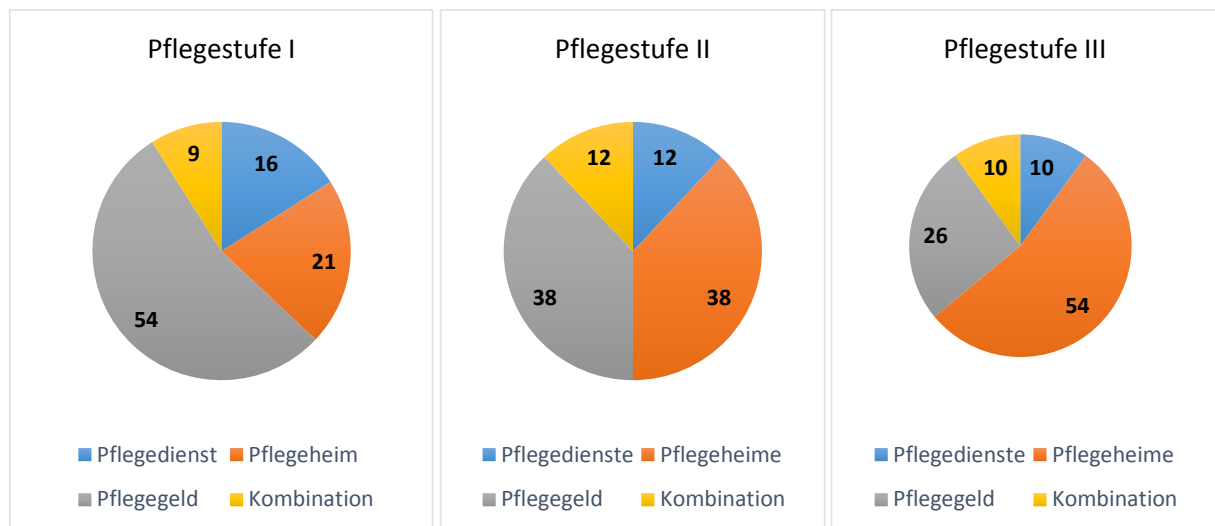


Abbildung 36: Verteilung der Leistungsarten differenziert nach Pflegestufen im Jahr 2013 in Prozent (Quelle: LSN, Pflegestatistik 2013)

In der Pflegestufe I liegt der Anteil stationär gepflegter Personen an der Gesamtzahl bei 21 % (bundesweit: 19,9 %). 79 % (bundesweit: 80,1 %) beziehen ambulante Leistungen in Form von Pflegegeld und Pflegesachleistungen. In der Pflegestufe II ist der größte Anteil von Pflegebedürftigen mit Kombinationsleistungen zu verzeichnen. Der Anteil stationär gepflegter Personen ist in dieser Pflegestufe ebenso groß wie der Anteil der ausschließlich von Angehörigen gepflegten Personen.

In der Pflegestufe III dominiert der Anteil der stationär Versorgten. Jedoch insgesamt 46 % (bundesweit 49,4 %) der Leistungsempfängerinnen und Leistungsempfänger werden auch in der höchsten Pflegestufe ambulant versorgt. Der Anteil von ausschließlich familiär Gepflegten liegt dabei noch bei 26,5 % (bundesweit 28,6 %).

Kurzbewertung

Den Zuwachs von 49.765 Leistungsempfängerinnen und Leistungsempfängern im Jahr 2013 an der Gesamtzahl Pflegebedürftiger im Jahr 2007 tragen in erster Linie pflegende Angehörige und die ambulanten Pflegedienste. Erst in zweiter Linie sind vermehrt stationäre Leistungen in Anspruch genommen worden. Zu dieser Entwicklung beigetragen haben die Erhöhungen bestehender Pflege- und Betreuungsleistungen in ambulanten und teilstationären Versorgungsangeboten. In den Daten der Pflegestatistiken 2009 und 2011 drücken sich erste eingetretene Effekte des Pflege-Weiterentwicklungsgesetz (PflWG) aus, aus der Pflegestatistik 2013 ergeben sich darüber hinaus Hinweise auf Auswirkungen des

PNG. Bereits nach Einführung des PflWG (2008) bilanzierte 2011 eine vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) in Auftrag gegebene Studie, dass für den Bereich der häuslichen Pflege wichtige Verbesserungen eingetreten waren.²¹

Eine besondere Bedeutung für häusliche Pflegearrangements hatte zudem die Schaffung neuer Unterstützungsmöglichkeiten für besondere Bedarfssituationen. Das gilt insbesondere für den Personenkreis der Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz. Es ist zu vermuten, dass Pflegebedürftige mit demenzbedingten sowie geistigen und psychischen Einschränkungen von den Leistungsausweitungen sowie bereits vor Erlangung der Pflegestufe I als auch im Umfang in besonderer Weise profitieren. Sie können frühzeitiger und umfänglicher alltagsbezogene Unterstützung erhalten und entlasten die Angehörigen.

Trotz der oben angeführten ambulanten Leistungsverbesserungen überrascht jedoch die hohe und in den letzten Jahren ansteigende Zahl von Pflegegeldempfängerinnen und Pflegegeldempfängern, die explizit keine Leistungen von Pflegediensten in Anspruch nehmen. Die spezifische Berücksichtigung des besonderen Pflege- und Betreuungsbedarfs demenzkranker Pflegebedürftiger in Verbindung mit der für alle Pflegebedürftigen geltenden Ausweitung ambulanter Leistungen unterstützt häusliche Pflegearrangements und trägt zum Erhalt der Pflegebereitschaft von Angehörigen bei.

Mit der Darstellung des Leistungsbezugs in Abhängigkeit von der Pflegestufe kann ein Zusammenhang zwischen dem Grad von Pflegebedürftigkeit und der Versorgungsform hergeleitet werden. Mit zunehmendem Ausmaß der Pflegebedürftigkeit werden vermehrt externe Hilfen durch Pflegedienste in Anspruch genommen oder es erfolgt ein Wechsel in die stationäre Versorgung.

2.3 Regionale Verteilung und Strukturen

Die Zahl pflegebedürftiger Menschen und ihre Versorgung stehen in unmittelbarem Bezug zu regionalen Strukturen und regionaler Gliederung. Im Folgenden sollen die Pflegebedürftigenzahlen in ihrem regionalen Bezug fokussiert werden.

Zahl der Leistungsempfängerinnen und Leistungsempfänger 2013

Unter allen kommunalen Gebietskörperschaften in Niedersachsen hat die Stadt Emden im Jahr 2013 mit 1.758 Pflegebedürftigen die geringste Zahl und die Region Hannover mit 38.147 Pflegebedürftigen die höchste Zahl von Leistungsempfängerinnen und Leistungsempfängern. In der folgenden Grafik

²¹ BMG (2011), S. 69

werden die absoluten Pflegebedürftigenzahlen der einzelnen Landkreise und kreisfreien Städte ausgewiesen. Im Unterschied zu den Gesamtpflegequoten stellen diese keinen Bezug zur jeweiligen Bevölkerungsgröße dar.

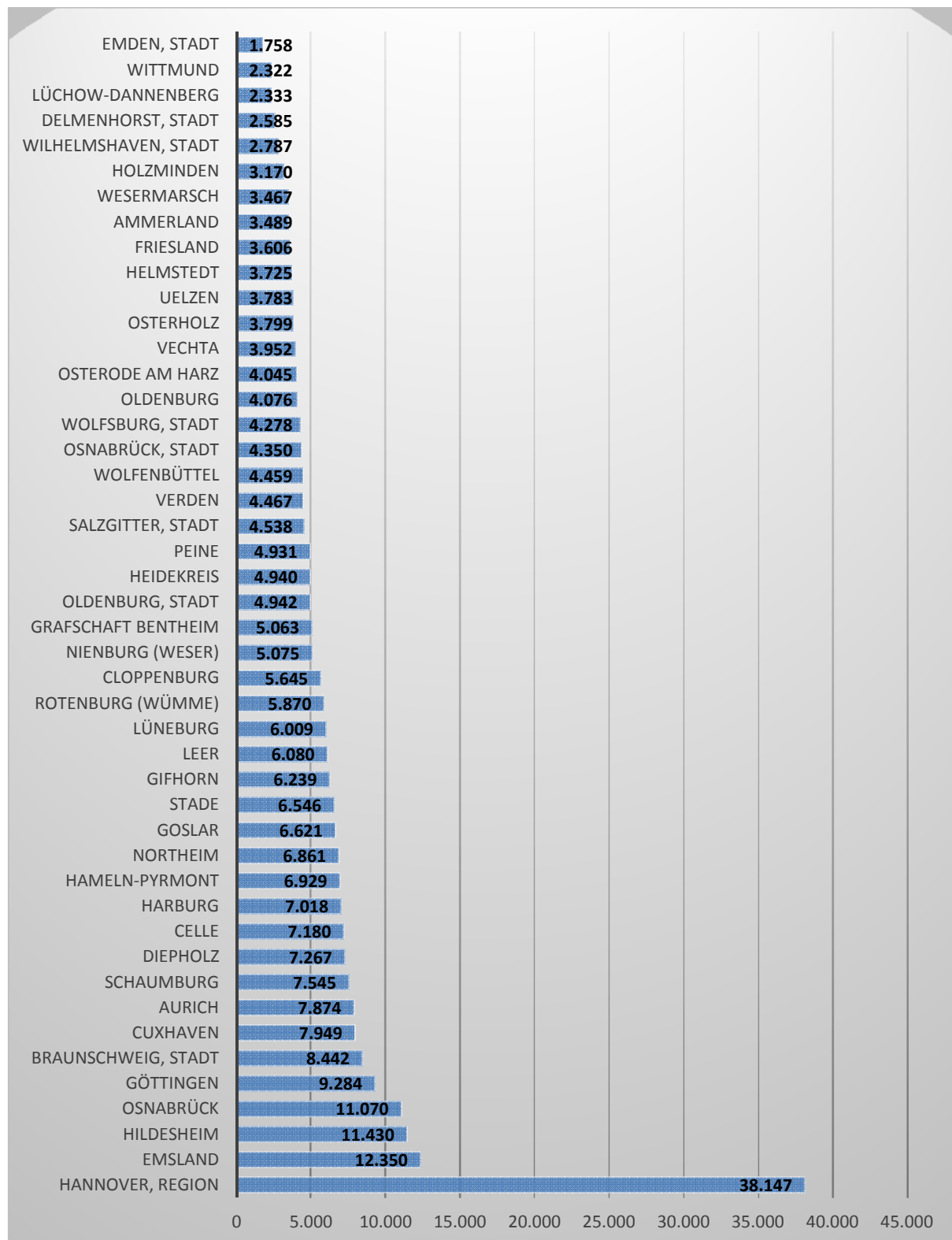


Abbildung 37: Anzahl der Leistungsempfängerinnen und Leistungsempfänger in regionaler Gliederung im Jahr 2013 (Quelle: LSN, Pflegestatistik 2013)

Auch hinsichtlich der Gesamtpflegequote gibt es gravierende Unterschiede zwischen den einzelnen kommunalen Gebietskörperschaften. Die Landkreise Osterode am Harz und Northeim haben mit 5,4 beziehungsweise 5,1 die höchsten Quoten. Die niedrigsten Gesamtpflegequoten weisen dagegen die Landkreise Vechta, Ammerland und Harburg mit je 2,9 sowie die Stadt Osnabrück mit einer Quote von 2,8 auf.

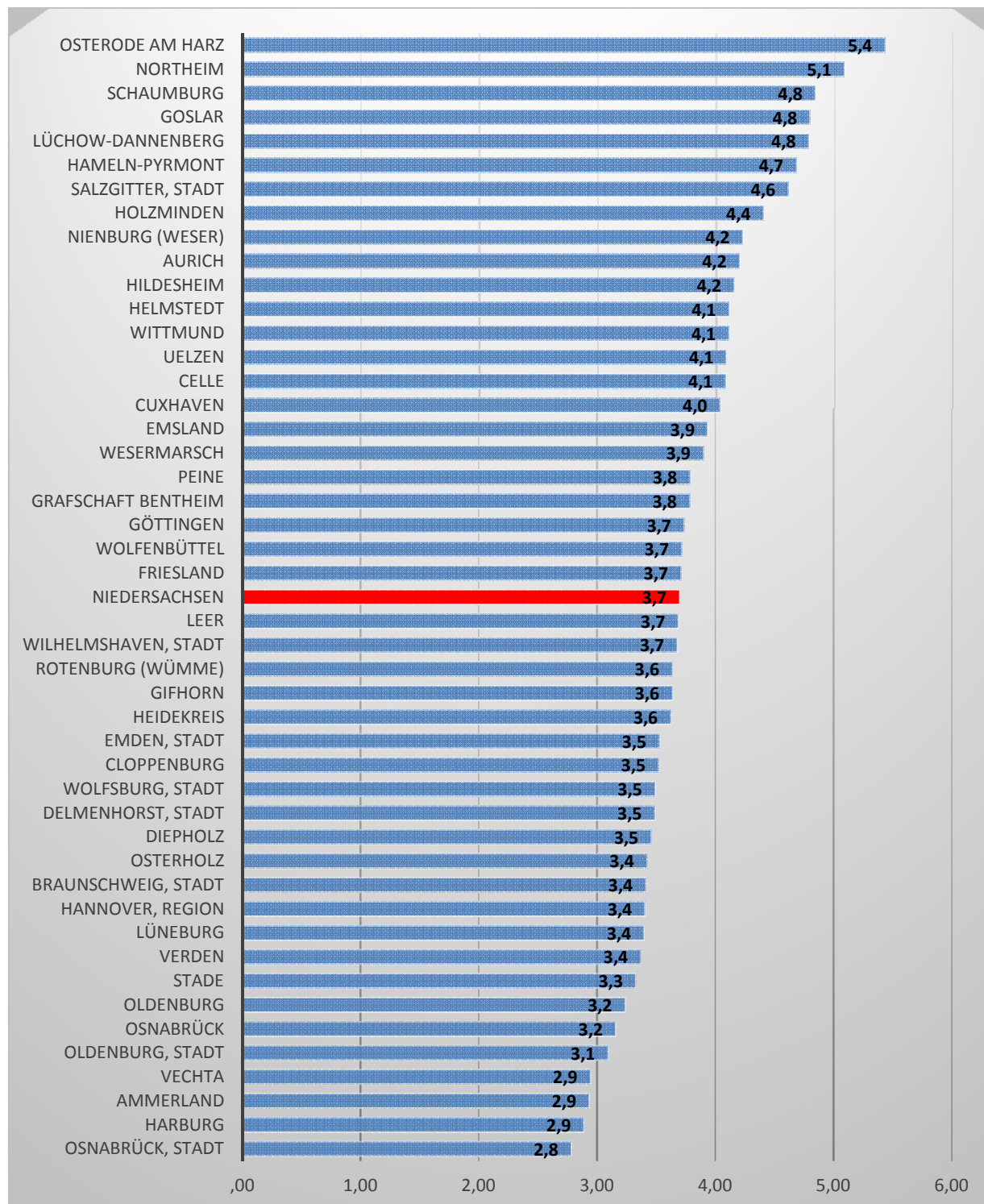


Abbildung 38: Gesamtpflegequote in regionaler Gliederung im Jahr 2013 (Quelle: LSN, Pflegestatistik 2013, Bevölkerungsfortschreibung 31. Dezember 2013)

Werden die Gesamtpflegequoten der einzelnen kommunalen Gebietskörperschaften im Zusammenhang mit dem Anteil der über 65-Jährigen und Älteren dargestellt, ergibt sich kein direkter Zusammenhang. Ein hoher Anteil von über 65-Jährigen und Älteren ist nicht zwangsläufig mit dem Vorhandensein einer hohen Pflegequote verbunden. Beispielsweise hat der Landkreis Friesland zwar mit 24,4 % einen vergleichsweise hohen Anteil über 65-Jähriger und Älterer an der Gesamtbevölkerung, jedoch liegt seine Gesamtpflegequote von 3,7 im niedersächsischen Durchschnitt. Auch der Landkreis Ammerland hat einen leicht überdurchschnittlichen Anteil von 65-Jährigen und Älteren, weist jedoch eine unterdurchschnittliche Gesamtpflegequote von 2,9 auf.

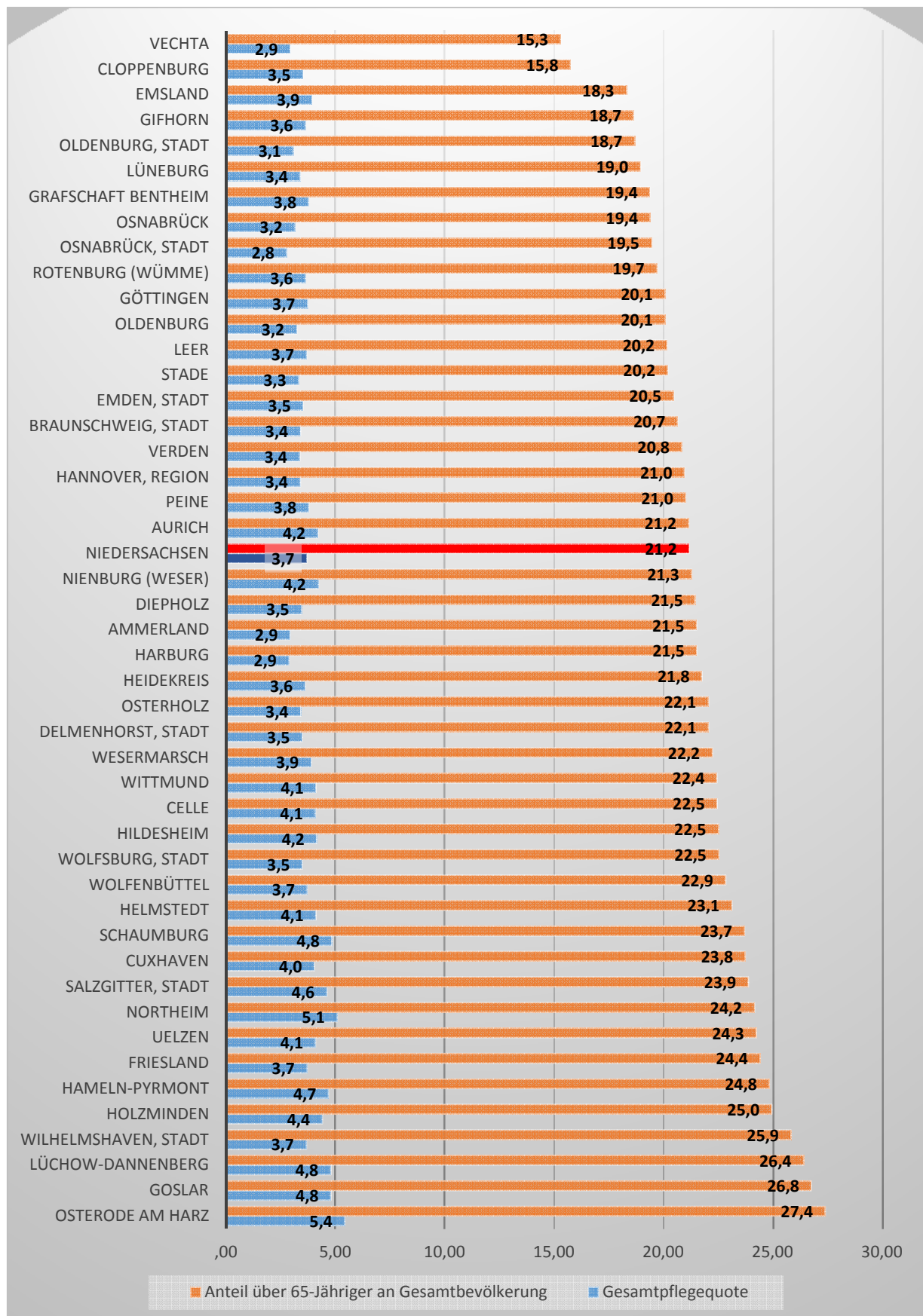


Abbildung 39: Gesamtpflegequote und Anteil über 65-Jähriger an der Gesamtbevölkerung im Jahr 2013 in Prozent (Quelle: LSN, Pflegestatistik 2013, Bevölkerungsfortschreibung 31. Dezember 2013)

Verteilung nach Leistungsarten

In regionaler Gliederung wird in der nachfolgenden Grafik die jeweilige Verteilung nach ambulanten und stationären Leistungsarten differenziert. Danach hat der Landkreis Emsland mit 82,8 % der Pflegbedürftigen im ambulanten Bereich und 17,2 % im stationären Bereich den höchsten ambulanten Anteil und den niedrigsten stationären Anteil unter allen kommunalen Gebietskörperschaften in Niedersachsen. Auch der Landkreis Aurich hat mit 81,9 % einen sehr hohen ambulanten Anteil und liegt mit 18,1 % bei einem niedrigen stationären Anteil.

Dagegen hat der Landkreis Osterode am Harz mit 56,3 % den niedrigsten ambulanten Anteil und mit 43,7 % den höchsten Anteil an stationär versorgten Pflegebedürftigen. Auch der Landkreis Uelzen weist mit den Anteilen 57,9 % ambulant und 42,1 % stationär ähnliche Werte auf (*siehe Anhang II.2.3*).

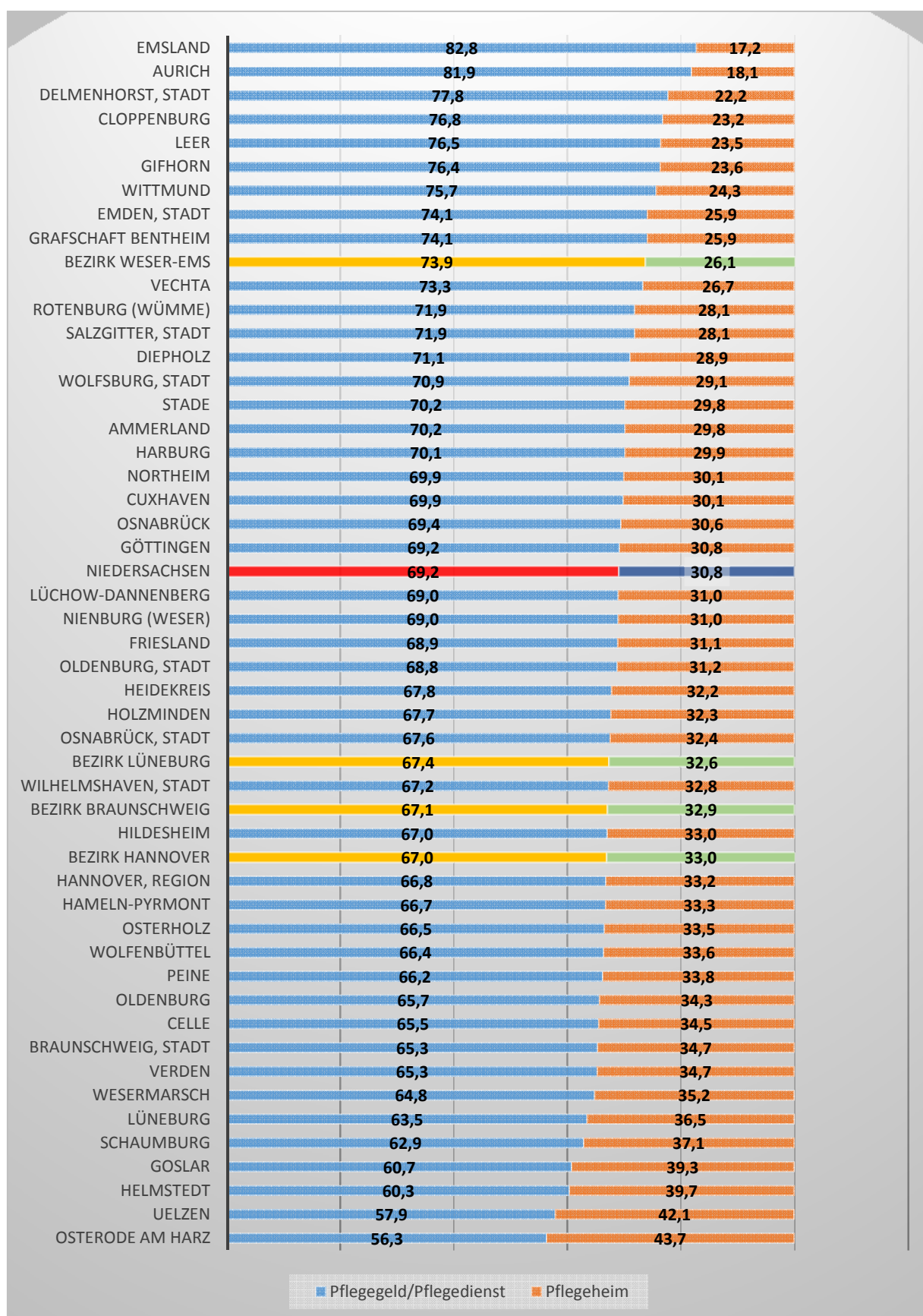


Abbildung 40: Verteilung der Pflegebedürftigen nach Leistungsart in regionaler Gliederung im Jahr 2013 in Prozent (Quelle: LSN, Pflegestatistik 2013)

Die jeweiligen Anteile von Pflegebedürftigen im ausschließlichen Pflegegeldbezug in regionaler Gliederung sind in der folgenden Grafik ausgewiesen. Danach hat die Stadt Oldenburg mit 37,1 % den geringsten Anteil, gefolgt von den Landkreisen Uelzen mit 37,3 % und Osterode am Harz mit 37,6 %. Die höchsten Anteile hat die Stadt Delmenhorst mit 59,5 % aller Leistungsempfängerinnen und Leistungsempfänger im Pflegegeldbezug. Auch die Landkreise Cloppenburg und Aurich weisen hohe Anteile von 57,3 % beziehungsweise von 56,7 % an Pflegegeldempfängerinnen und Pflegegeldempfängern auf.

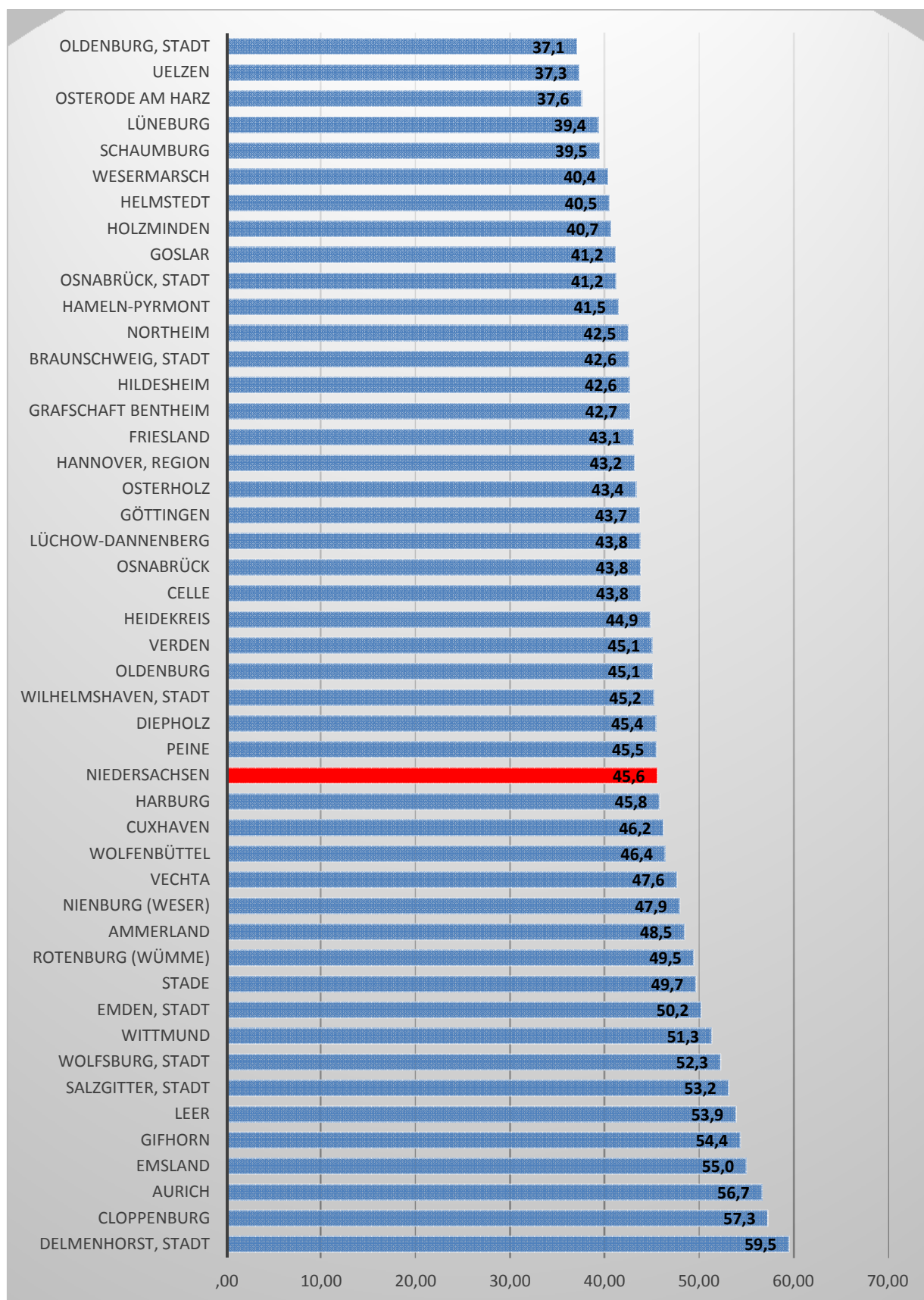


Abbildung 41: Anteil der Pflegegeldempfängerinnen und Pflegegeldempfänger im Jahr 2013 in Prozent (Quelle: LSN, Pflegestatistik 2013)

2.4 Entwicklungen der Pflegebedürftigkeit

Zur Sicherung einer künftigen bedarfsgerechten Pflegeinfrastruktur mit Pflegeeinrichtungen und pflege flankierenden Angeboten ist die voraussichtliche Entwicklung der Zahl Pflegebedürftiger von besonderer Bedeutung. Die nachfolgenden Ausführungen über die anzunehmende zahlenmäßige Entwicklung der pflegebedürftigen Menschen in Niedersachsen beruhen auf folgenden Grundlagen:

- der regionale Bevölkerungsvorausberechnung des LSN bis Ende 2031
- der 13. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung des Statistischen Bundesamtes der Bevölkerung Deutschlands bis 2060
- alters- und geschlechtsspezifischen und regionalen Pflegequoten gemäß der Ergebnisse der Pflegestatistik 2013.

Es wird im Folgenden eine Status-Quo-Prognose mit den unverändert fortgeschriebenen Pflegequoten aus 2013 für die Jahre 2020 und 2031 beziehungsweise 2020 bis 2060 vorgenommen.

Die für die Zukunft ermittelten Zahlen sind auf der nunmehr vorliegenden Datenbasis als ausschließlich statistisch wahrscheinlich zu bewerten. Zudem bieten sie keine ausreichende Grundlage für den Fall grundlegender veränderter Voraussetzungen – beispielsweise durch rechtliche Änderungen oder unvorhersehbare Veränderungen des Bevölkerungsaufbaus. Insbesondere vor dem Hintergrund der zum 01.01.2017 mit dem PSG II vorgesehenen Einführung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs haben die Prognose-Berechnungen lediglich Modellcharakter auf dem aktuellen Stand der Rechtsprechung beziehungsweise zeigen Tendenzen zur Entwicklung von Pflegebedürftigenzahlen auf. Die nachfolgenden Vorausschätzungsergebnisse bedürfen insoweit zeitnah nach Einführung des PSG II einer Überprüfung und Neuberechnung im Hinblick auf die sich verändernden Grundlagen.

Pflegebedürftige Menschen in Niedersachsen – Vorausberechnungen

Auf der Datengrundlage der Pflegestatistik 2013 und den Bevölkerungsvorausberechnungen (s. Kapitel II.2) wird die Zahl der Leistungsempfängerinnen und Leistungsempfänger in den Jahren 2020 bis 2060 voraussichtlich, wie im Folgenden dargelegt wird, kontinuierlich bis 2050 steigen.

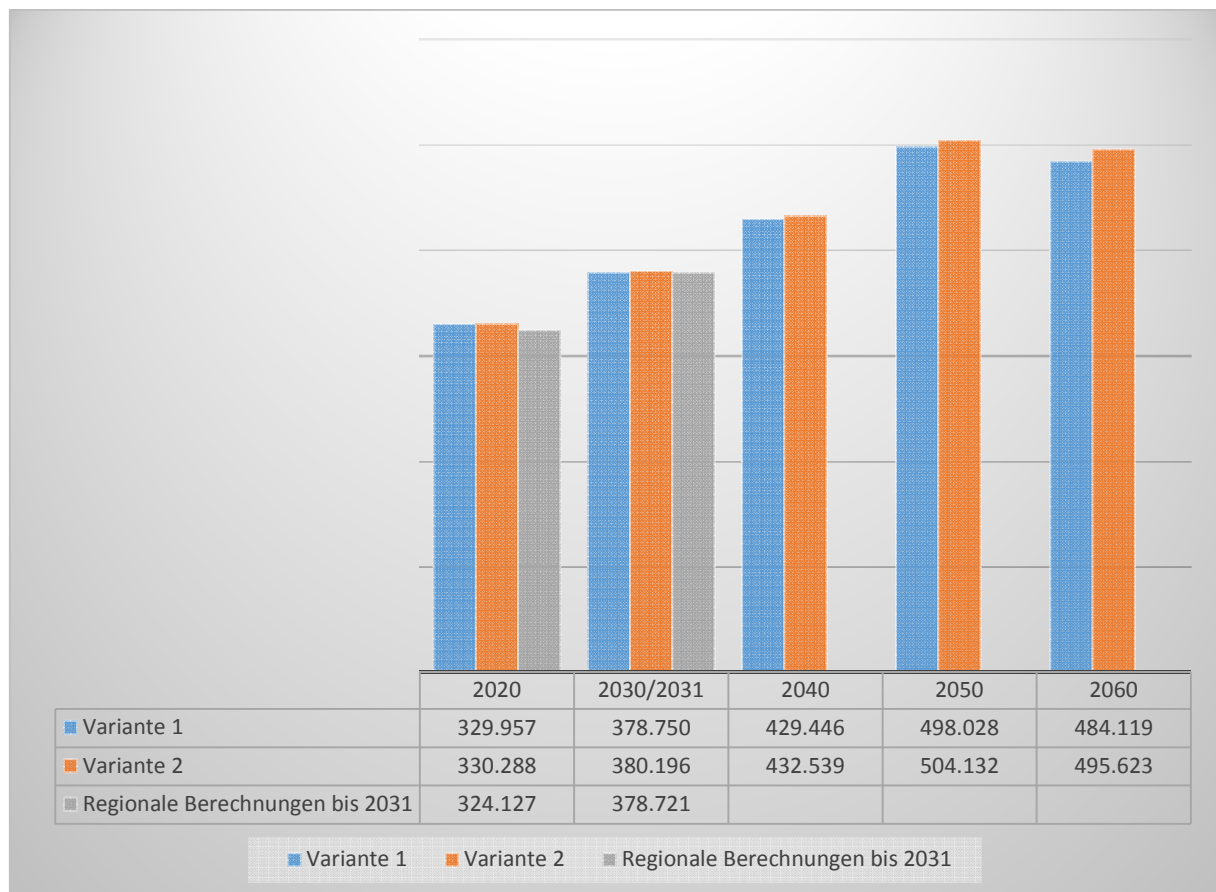


Abbildung 42: Vorausberechnungen der Zahl Pflegebedürftiger in den Jahren 2020 bis 2060 (Quelle: LSN, Pflegestatistik 2013, Bevölkerungsfortschreibung 31. Dezember 2013, regionale Bevölkerungsvorausberechnungen bis 2031, 13. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung)

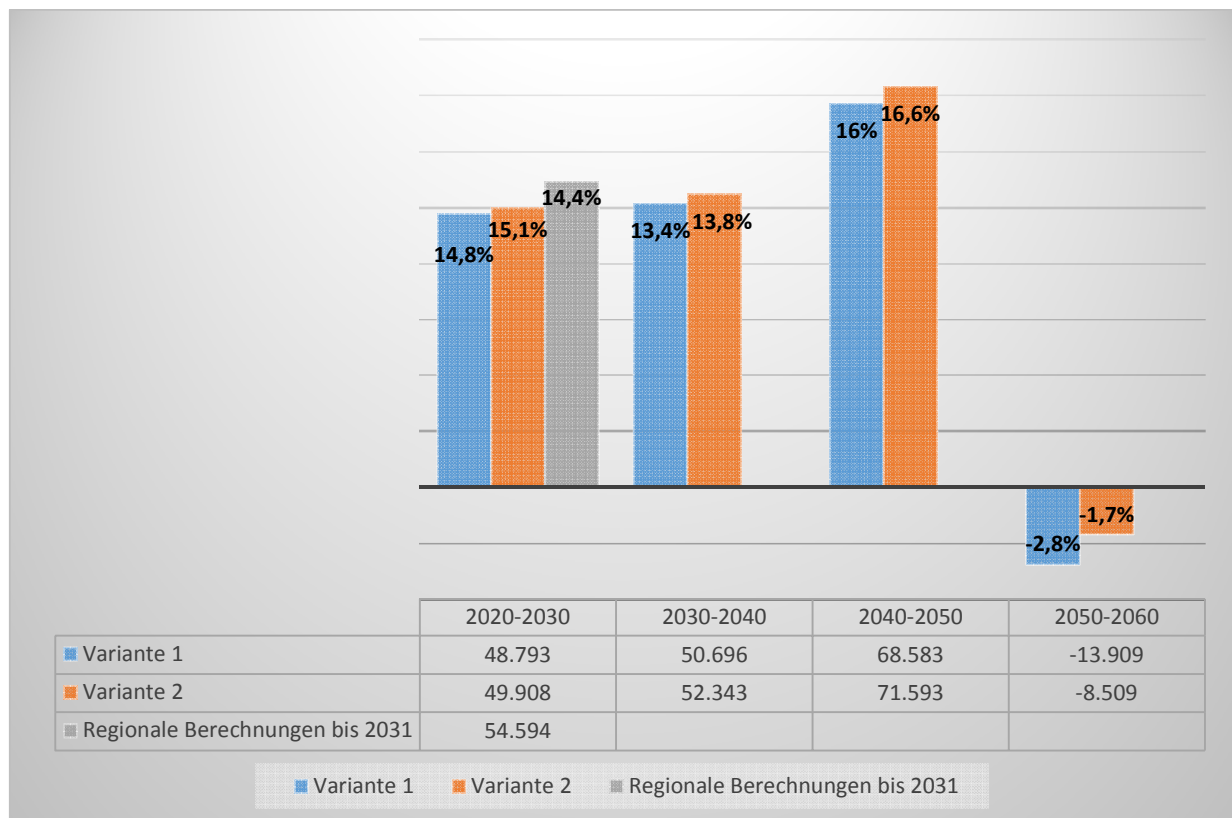


Abbildung 43: Differenz der Pflegebedürftigenzahlen in Niedersachsen zwischen den Jahren 2020 bis 2060 in Prozent (Quelle: LSN, Pflegestatistik 2013, Bevölkerungsfortschreibung 31. Dezember 2013, regionale Bevölkerungsvorausberechnungen bis 2031, 13. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung)

Der kontinuierliche Zuwachs von Leistungsbezieherinnen und Leistungsbezieher wird den Berechnungen nach voraussichtlich im Zeitraum von 2040 bis 2050 seinen höchsten Wert erreichen. Die Zahl Pflegebedürftiger wird danach erstmals wieder sinken.

Auf der Basis einer Status-Quo-Berechnung, in der altersspezifische Pflegequoten aus dem Jahr 2013 zugrunde gelegt werden, ergeben sich folgende Gesamtpflegequoten für die Jahre von 2020 bis 2060.

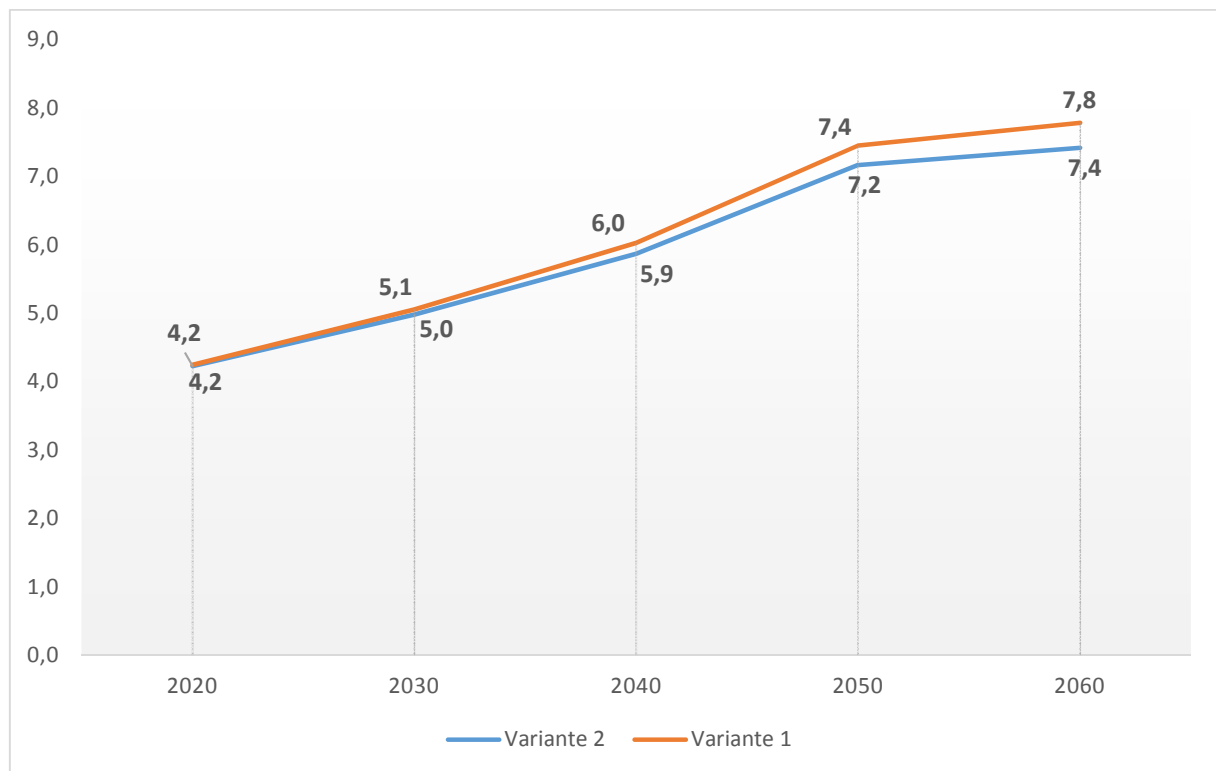


Abbildung 44: Gesamtpflegequote nach Status-Quo-Berechnungen in den Jahren 2020 bis 2060 - Variante 1 und 2 (Quelle: LSN, Pflegestatistik 2013, Bevölkerungsfortschreibung 31. Dezember 2013, 13. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung)

Die voraussichtliche Entwicklung der Pflegebedürftigenzahlen stellt sich in den vier ehemaligen Regierungsbezirken Niedersachsens sehr unterschiedlich dar (*siehe Anhang II.2.4-A*). Während die Differenz zwischen den Bezirken Braunschweig mit der geringsten Zahl Pflegebedürftigen und Weser-Ems mit der höchsten Zahl im Jahr 2013 noch bei 21.993 Pflegebedürftigen liegt, wächst diese 2031 auf eine fast doppelt so hohe Zahl von 40.136 Pflegebedürftigen. Im Jahr 2031 werden im Bezirk Weser-Ems knapp ein Drittel aller Pflegebedürftigen in Niedersachsen leben.

	Pflegebedürftige 2013	Vorausberechnung 2020	Vorausberechnung 2025	Vorausberechnung 2031
Niedersachsen	288.296	324.127	350.999	378.721
Bezirk Braunschweig	63.423	68.711	72.766	76.907
Bezirk Hannover	79.563	88.105	94.590	101.241
Bezirk Lüneburg	59.894	69.354	76.585	83.531
Bezirk Weser-Ems	85.416	97.957	107.059	117.043

Tabelle 10: Voraussichtliche Entwicklung der Anzahl der Pflegebedürftigen in den Jahren 2020, 2025 und 2031 (Quelle: LSN, Pflegestatistik 2013, Bevölkerungsfortschreibung 31. Dezember 2013, Bevölkerungsvorausberechnungen 2020, 2025, 2031)

In den Bezirken Weser-Ems und Lüneburg wird es bis 2031 voraussichtlich das größte Wachstum an Pflegebedürftigen geben.

	Differenz 2013-2020	Differenz 2020-2025	Differenz 2025-2031	Differenz 2013-2031
Niedersachsen	35.831	26.872	27.722	90.425
Bezirk Braun- schweig	5.288	4.055	4.141	13.484
Bezirk Hannover	8.542	6.485	6.651	21.678
Bezirk Lüneburg	9.460	7.231	6.946	23.637
Bezirk Weser- Ems	12.541	9.101	9.984	31.627

Tabelle 11: Differenz zwischen der voraussichtlichen Anzahl von Pflegebedürftigen in den Jahren 2013 bis 2020, 2020 bis 2025 und 2025 bis 2031 (Quelle: LSN, Pflegestatistik 2013, Bevölkerungsfortschreibung 31. Dezember 2013, Bevölkerungsvorausberechnungen 2020, 2025, 2031)

Unter den vier Bezirken weist Lüneburg voraussichtlich die höchsten Steigerungsraten im Zeitraum von 2013 bis 2020, von 2020 bis 2025 und von 2025 bis 2031 auf. Der Bezirk Weser-Ems hat in den genannten Zeitabschnitten die jeweils zweithöchsten Wachstumsraten und liegt wie der Bezirk Lüneburg über dem niedersächsischen Durchschnitt. Die beiden Bezirke Hannover und Braunschweig liegen in den Zeitabschnitten jeweils unter dem Landesdurchschnitt. Die niedrigsten Steigerungsraten weist voraussichtlich der Bezirk Braunschweig auf (siehe Anhang II.2.4-B).

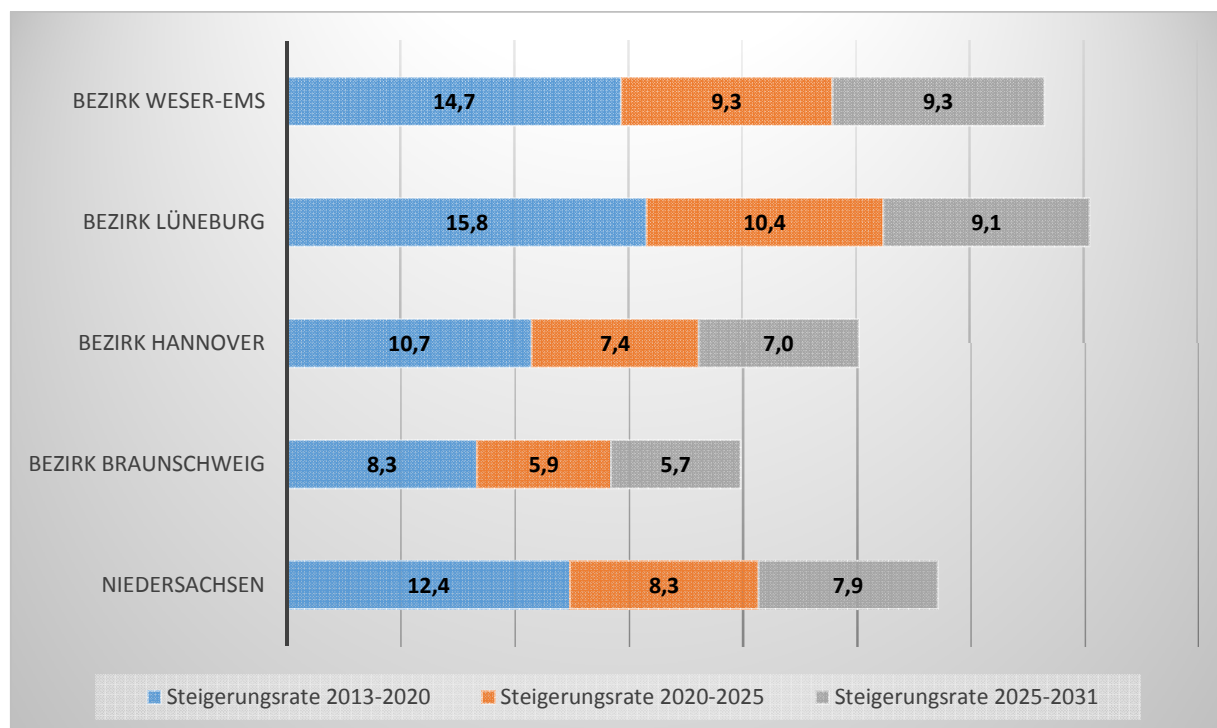


Abbildung 45: Differenz zwischen den Vorausberechnungen von Pflegebedürftigen in den Jahren 2013 bis 2020, 2020 bis 2025 und 2025 und 2031 in Prozent (Quelle: LSN, Pflegestatistik 2013, Bevölkerungsfortschreibung 31. Dezember 2013, Bevölkerungsvorausberechnungen bis 2031)

Die Steigerungsrate für den gesamten Zeitraum von 2013 bis 2031 liegt niedersachsenweit bei 31,4 %, in den vier Bezirken fällt die Verteilung jedoch sehr unterschiedlich aus. Die Bezirke Lüneburg und Weser-Ems liegen entsprechend über und Hannover und Braunschweig unter dem Landesdurchschnitt.

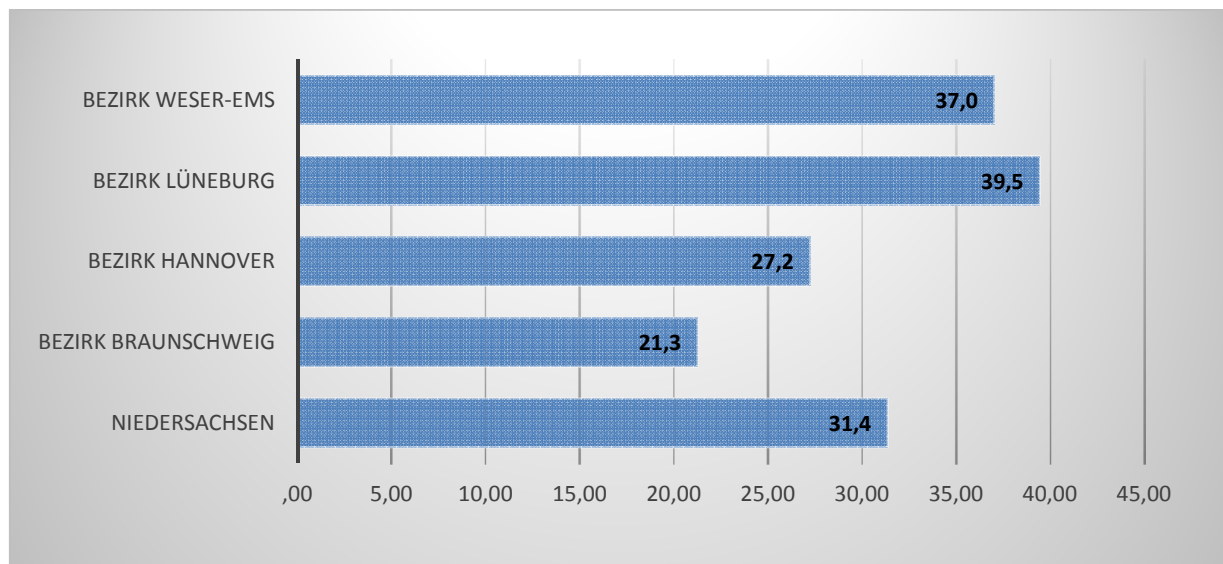


Abbildung 46: Differenz zwischen den Vorausberechnungen von Pflegebedürftigen in den Jahren 2013 bis 2031 in Prozent (Quelle: LSN, Pflegestatistik 2013, Bevölkerungsfortschreibung 31. Dezember 2013, Bevölkerungsvorausberechnungen bis 2031)

Entwicklung in den verschiedenen Lebensaltern

Im Jahr 2013 stellt die Gruppe der 85- bis 90-Jährigen diejenige Altersgruppe mit der höchsten Anzahl von Pflegebedürftigen dar. Voraussichtlich wird dies auch im Jahr 2025 der Fall sein. Im Jahr 2031 hingegen werden die 90-Jährigen und Älteren die Bevölkerungsgruppe mit den meisten Pflegebedürftigen bilden.

Altersgruppen	Pflegebedürftige 2013	Vorausberechnung 2020	Vorausberechnung 2025	Vorausberechnung 2031
Insgesamt	288.296	324.127	350.999	378.721
0-15	8.700	7.963	7.806	7.611
15-65	40.389	39.299	37.404	34.305
65-70	12.574	15.475	17.045	20.056
70-75	25.227	21.011	24.847	28.508
75-80	41.996	41.575	36.783	44.314
80-85	52.678	75.627	71.672	70.451
85-90	60.455	64.498	90.578	78.165
90 und mehr	46.277	58.677	64.865	95.312

Tabelle 12: Entwicklung der Anzahl der Pflegebedürftigen nach Alter differenziert in den Jahren 2020, 2025 und 2031 (Quelle: LSN, Pflegestatistik 2013, Bevölkerungsvorausberechnung bis 2031)

Während die Altersgruppen der bis 65-Jährigen im Zeitraum von 2013 bis 2031 zahlenmäßig abnehmen werden, steigt die Zahl der 65- bis 70-Jährigen und der über 90-Jährigen kontinuierlich an. In den übrigen Altersgruppen der 70- bis 90-Jährigen wird voraussichtlich eine diskontinuierliche Entwicklung stattfinden.

Die Altersgruppe der über 90-Jährigen weist im Zeitraum von 2013 bis 2031 voraussichtlich die höchste Steigerungsrate auf. Sie wird von 2013 bis 2020 voraussichtlich um 27 %, von 2020 bis 2025 um 11 % und von 2025 bis 2031 um 47 % wachsen.

Entwicklung nach Geschlecht

In den Jahren von 2013 bis 2031 wird die Gruppe männlicher Pflegebedürftiger voraussichtlich um 40.442 Personen zunehmen. Das entspricht einer Steigerungsrate von 39,7 %. Die Zahl der weiblichen Pflegebedürftigen wird im gleichen Zeitraum um 49.983 Personen wachsen. Die Steigerungsrate der Frauen von 26,8 % fällt damit geringer aus als die der Männer, wenn auch die absolute Zahl höher liegt.

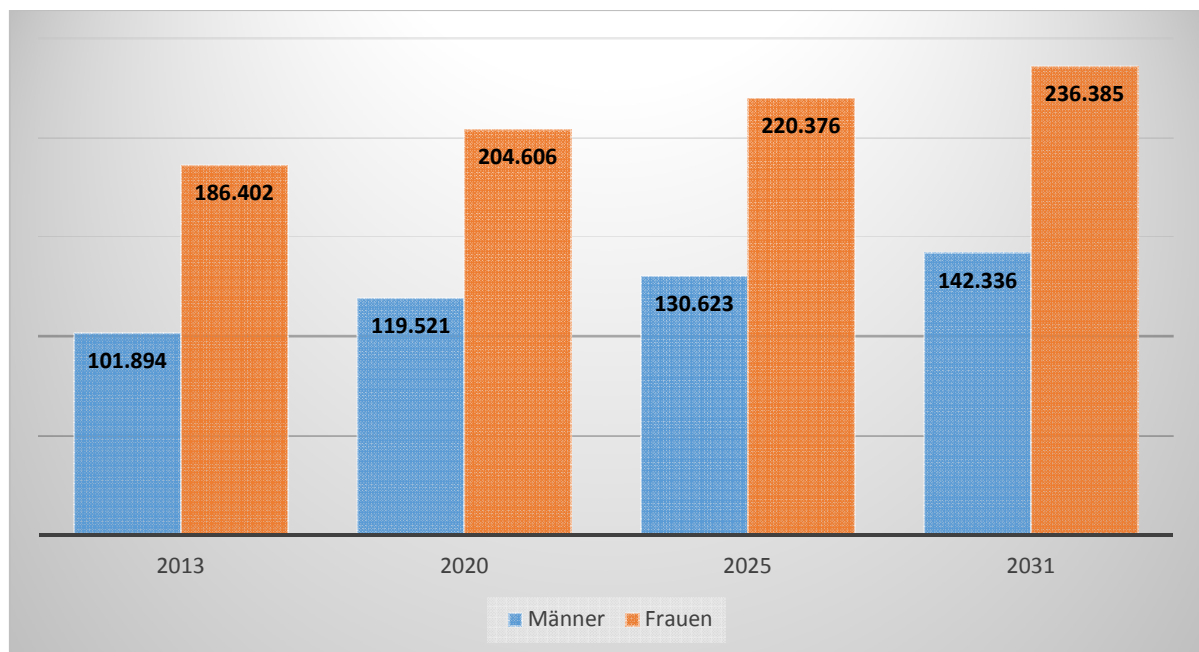


Abbildung 47: Voraussichtliche Entwicklung der Pflegebedürftigkeitszahlen differenziert nach Geschlecht in den Jahren 2013, 2020, 2025 und 2031 (Quelle: LSN, Pflegestatistik 2013, Bevölkerungsvorausberechnungen bis 2031)

In allen Altersgruppen wächst voraussichtlich die Gruppe der männlichen Pflegebedürftigen stärker als die der Frauen. Die höchste Wachstumsrate wird es in der Gruppe der über 90-jährigen Männer geben.

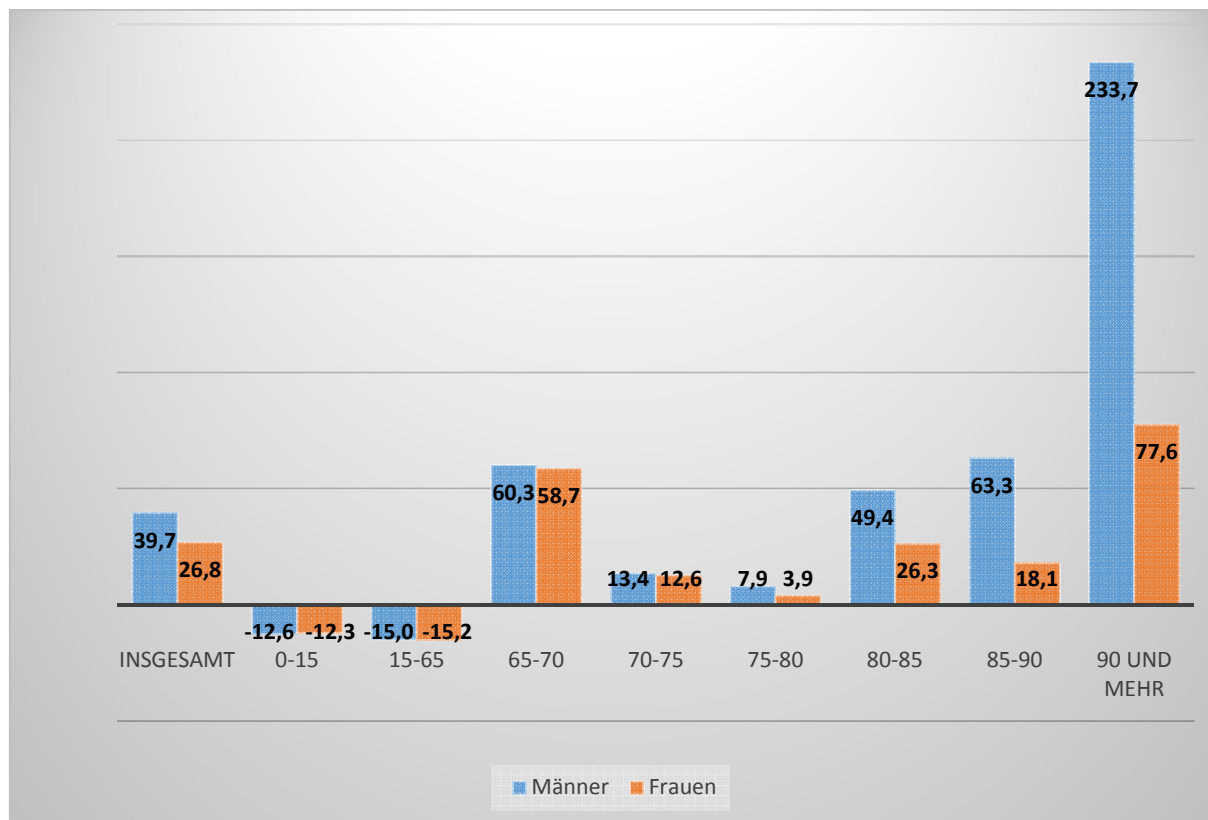


Abbildung 48: Veränderung der Pflegebedürftigkeitszahlen differenziert nach Geschlecht in den Jahren 2013 bis 2031 in Prozent (Quelle: LSN, Pflegestatistik 2013, Bevölkerungsvorausberechnungen bis 2031)

Voraussichtliche Entwicklung des Versorgungsgeschehens

Die Vorausberechnung der künftigen Zahl pflegebedürftiger Menschen in Niedersachsen beruht auf der Annahme eines gleichbleibenden Szenarios hinsichtlich

- der rechtlichen Grundlagen zur Gewährung von Leistungen nach dem SGB XI,
- Nachfrage- und Angebotsstruktur in der Pflege und der medizinisch-rehabilitativen Versorgung,
- der pflegerischen Versorgungsstrukturen in der Fläche sowie
- kultureller Leitvorstellungen in der Gesellschaft.

Diese (und andere) Dimensionen sind Veränderungen und Entwicklungen unterworfen und bedingen einander wechselseitig. Beispielhaft für die Entwicklung der Anzahl der Leistungsempfängerinnen und Leistungsempfänger sowie ihrer Verteilung nach Versorgungsarten seien in diesem Zusammenhang folgende konkreten Faktoren aufgeführt:

- die Änderung beziehungsweise Ausweitung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs im SGB XI,
- ein späterer Eintritt von Pflegebedürftigkeit im Zuge der fortschreitenden Erhöhung der durchschnittlichen Lebenserwartung, gesundheitsförderlicher und präventiver Maßnahmen sowie verbesserter medizinisch-rehabitativer Therapien,
- eine Veränderung der Verteilung der Geschlechter unter den Pflegebedürftigen durch eine Zunahme des Männeranteils und der damit verbunden kürzeren Pflegedauern aufgrund spezifischer pflegebegründender Diagnosen,
- eine Veränderung der durchschnittlichen Pflegedauer beispielsweise infolge der zu erwartenden Zunahme von Demenzkranken,
- eine Veränderung der privaten Hilfe- und Unterstützungspotenziale in regionalen Bezügen als Folge der demografischen Entwicklung, der familiären und personalen Beziehungsstrukturen sowie einer wachsenden Erwerbsbeteiligung von Frauen,
- technische Erleichterungen im häuslichen Bereich und vermehrter Einsatz von technischen Hilfen im Pflegealltag, der beispielsweise alleinlebenden Pflegebedürftigen ein weitgehend selbständiges Leben in der eigenen Häuslichkeit ermöglicht,
- ein weiterer Aufbau von entlastenden und ergänzenden Unterstützungsstrukturen in Form von Selbsthilfe, niedrigschwelligen Angeboten und hauswirtschaftlichen Dienstleistungen,
- die künftige Einkommens- und Vermögensentwicklung der privaten Haushalte mit erheblichem Einfluss auf die Inanspruchnahme von Pflege- und anderen Hilfsleistungen.

Wenngleich im Folgenden keine gesicherten Prognosen hinsichtlich der Verteilung der Pflegebedürftigen auf die Leistungsarten abgegeben werden können, ist es jedoch möglich, erste regionale Trendaussagen zu entwickeln. Hierzu können

- Vorausberechnungen zur regionalen Entwicklung von Pflegebedürftigkeitszahlen sowie Verteilung nach Geschlecht und Altersgruppen,
- Ist-Analysen zur regionalen Verteilung nach Versorgungsarten auf der Grundlage der prozentualen Verteilung im Jahr 2013,
- regionale Bevölkerungsvorausberechnungen zur Altersstruktur und Verteilung nach Geschlecht,

- regionale pflegerische Versorgungsangebote, insbesondere der Tages-, Kurzzeit- und Nachtpflege,
- regionale komplementäre Angebotsstruktur, insbesondere Selbsthilfe- und niedrigschwellige Angebote sowie haushaltsnahe Dienstleistungen

einbezogen werden. Aufgrund entsprechend großer Unterschiede in den kommunalen Gebietskörperschaften sollen im Kapitel II.11 Modellberechnungen für drei kommunale Gebietskörperschaften durchgeführt werden.

Entwicklung in den kreisfreien Städten und Landkreisen bis 2031

In allen Landkreisen, kreisfreien Städten und der Region Hannover wird die Zahl pflegebedürftiger Menschen im Zeitraum vom 2013 bis 2031 voraussichtlich kontinuierlich wachsen (*siehe Anhang II.2.4-A*). In kommunalen Gebietskörperschaften mit den im Jahr 2013 höchsten prozentualen Pflegebedürftigkeitszahlen fällt die voraussichtliche Differenz zu den in 2031 zu erwartenden Zahlen vergleichsweise gering aus. Dazu gehören die Landkreise Osterode am Harz, Goslar, Holzminden, Helmstedt und Northeim sowie die Stadt Salzgitter. Die höchsten Steigerungsraten werden dagegen für die Landkreise Harburg, Ammerland, Osterholz und Oldenburg erwartet (*siehe Anhang II.2.4-B*).

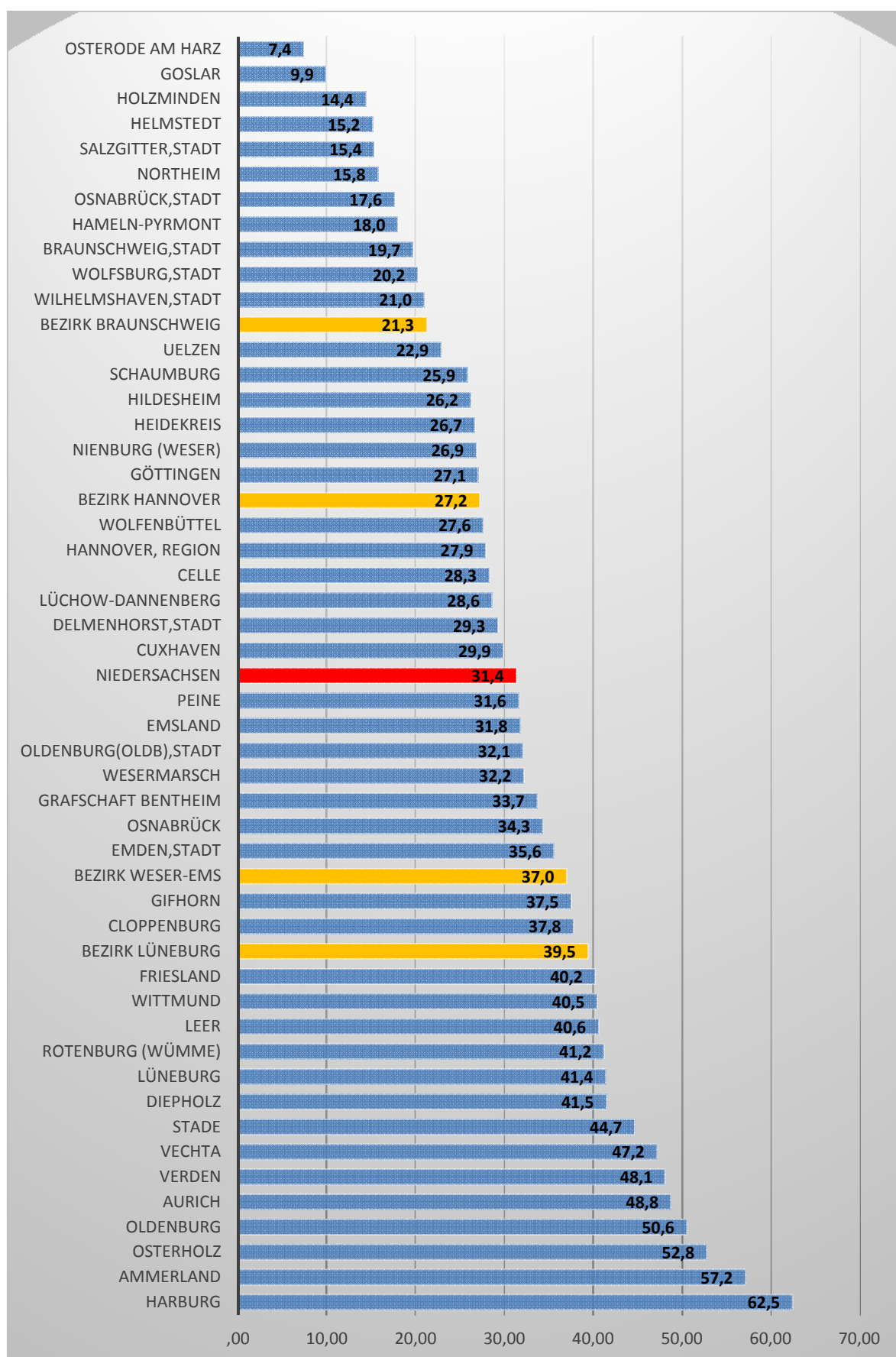


Abbildung 49: Steigerungsraten der Pflegebedürftigkeitszahlen in den Jahren 2013 bis 2031 in Prozent (Quelle: LSN, Pflegestatistik 2013, Bevölkerungsvorausberechnung bis 2031)

Die Steigerungsraten der einzelnen kommunalen Gebietskörperschaften variieren in dem Zeitraum von 2013 bis 2020, von 2020 bis 2025 sowie von 2025 bis 2031 zum Teil erheblich (siehe Anhang II.2.4-B und II.2.4-C).

Im Bezirk Braunschweig wächst die Zahl der Pflegebedürftigen am stärksten. Dies betrifft insbesondere die Landkreise Gifhorn, Peine, Wolfenbüttel und Göttingen. Die Steigerungsraten liegen hier deutlich über dem Durchschnitt im gesamten Bezirksgebiet. Die geringsten Wachstumsraten werden neben den Landkreisen Osterode am Harz und Goslar auch die Stadt Salzgitter erreichen.

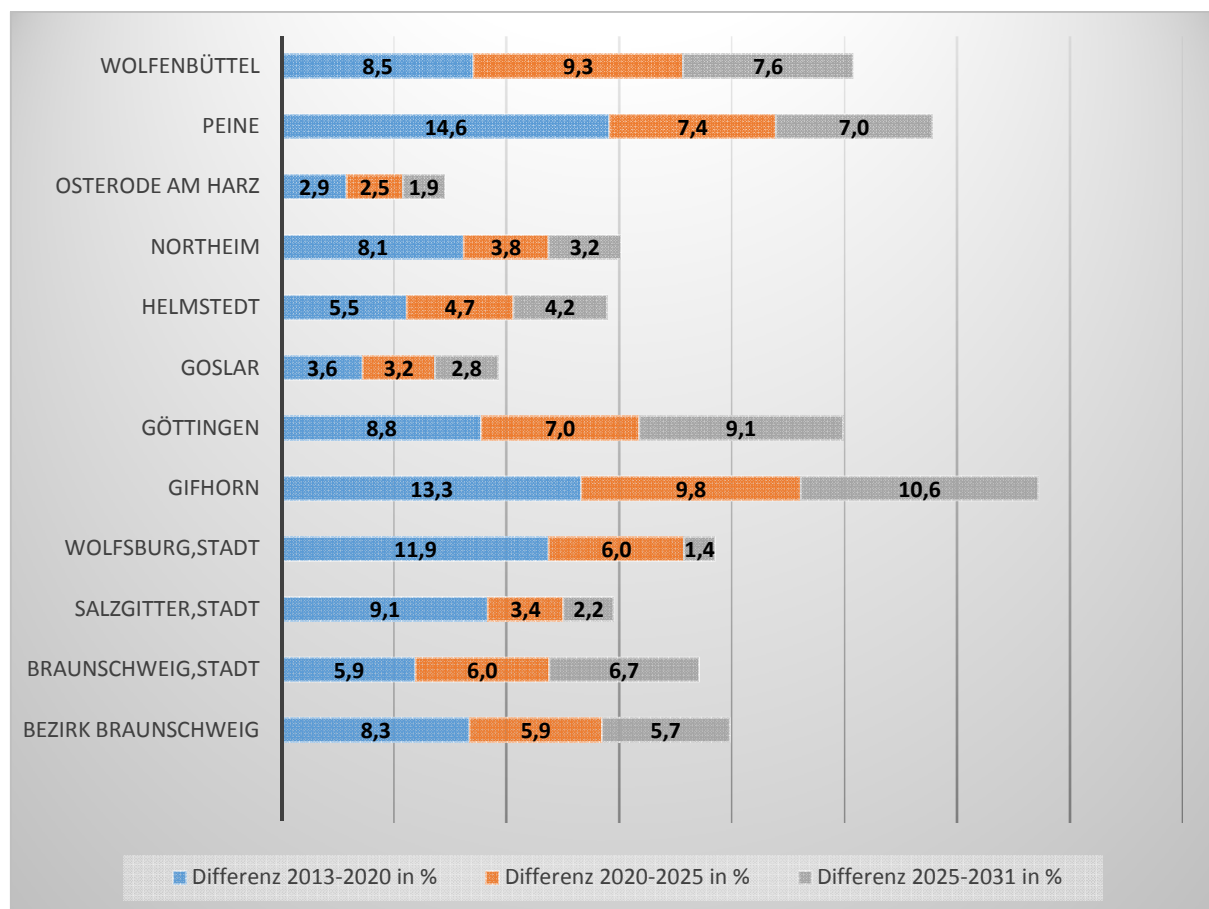


Abbildung 50: Steigerungsraten der Pflegebedürftigkeitszahlen im Bezirk Braunschweig in den Jahren 2013 bis 2031 in Prozent (Quelle: LSN, Pflegestatistik 2013, Bevölkerungsvorausberechnung bis 2031)

Im Bezirk Hannover weist der Landkreis Diepholz die höchste Steigerungsrate auf. Geringe Wachstumsraten werden voraussichtlich in den Landkreisen Holzminden und Hameln-Pyrmont erwartet.

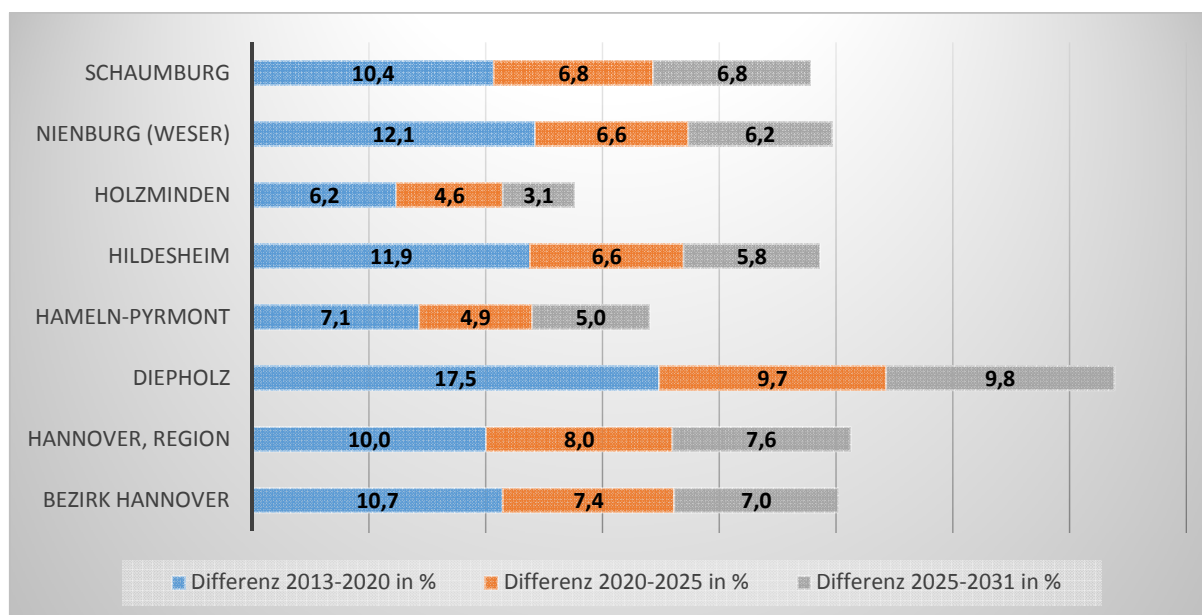


Abbildung 51: Steigerungsraten von Pflegebedürftigkeitszahlen im Bezirk Hannover in den Jahren 2013 bis 2031 in Prozent (Quelle: LSN, Pflegestatistik 2013, Bevölkerungsvorausberechnung bis 2031)

Die Landkreise Harburg, Osterholz und Verden werden im Bezirk Lüneburg voraussichtlich die höchsten Steigerungsraten bis 2031 aufweisen. Die Landkreise Uelzen, Heidekreis, Celle, Cuxhaven und Lüchow-Dannenberg liegen dagegen unter dem bezirklichen Durchschnitt.

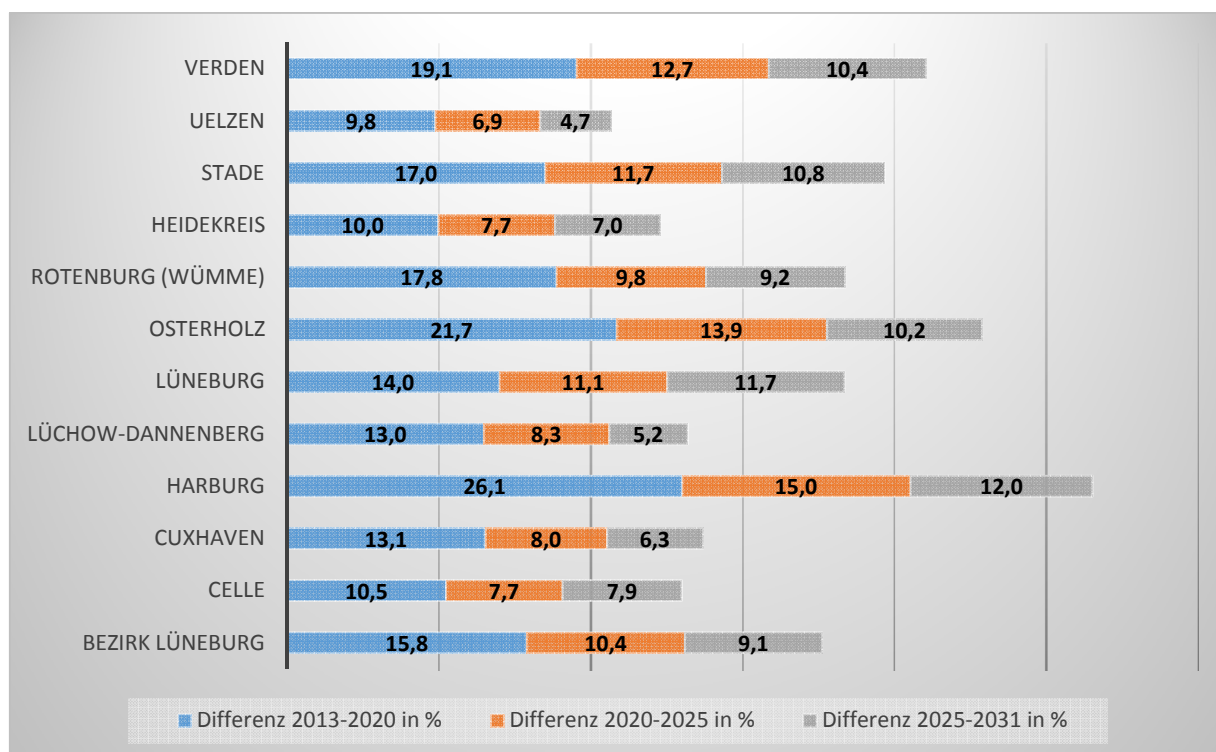


Abbildung 52: Steigerungsraten von Pflegebedürftigkeitszahlen im Bezirk Lüneburg in den Jahren 2013 bis 2031 (Quelle: LSN, Pflegestatistik 2013, Bevölkerungsvorausberechnung bis 2031)

Im Bezirk Weser-Ems wächst die Zahl Pflegebedürftiger voraussichtlich weit über dem durchschnittlichen Wert in den Landkreisen Ammerland, Vechta, Aurich und Oldenburg. Unterdurchschnittlich sind die Steigerungsraten dagegen in den kreisfreien Städten Osnabrück, Delmenhorst, Oldenburg und Wilhelmshaven.

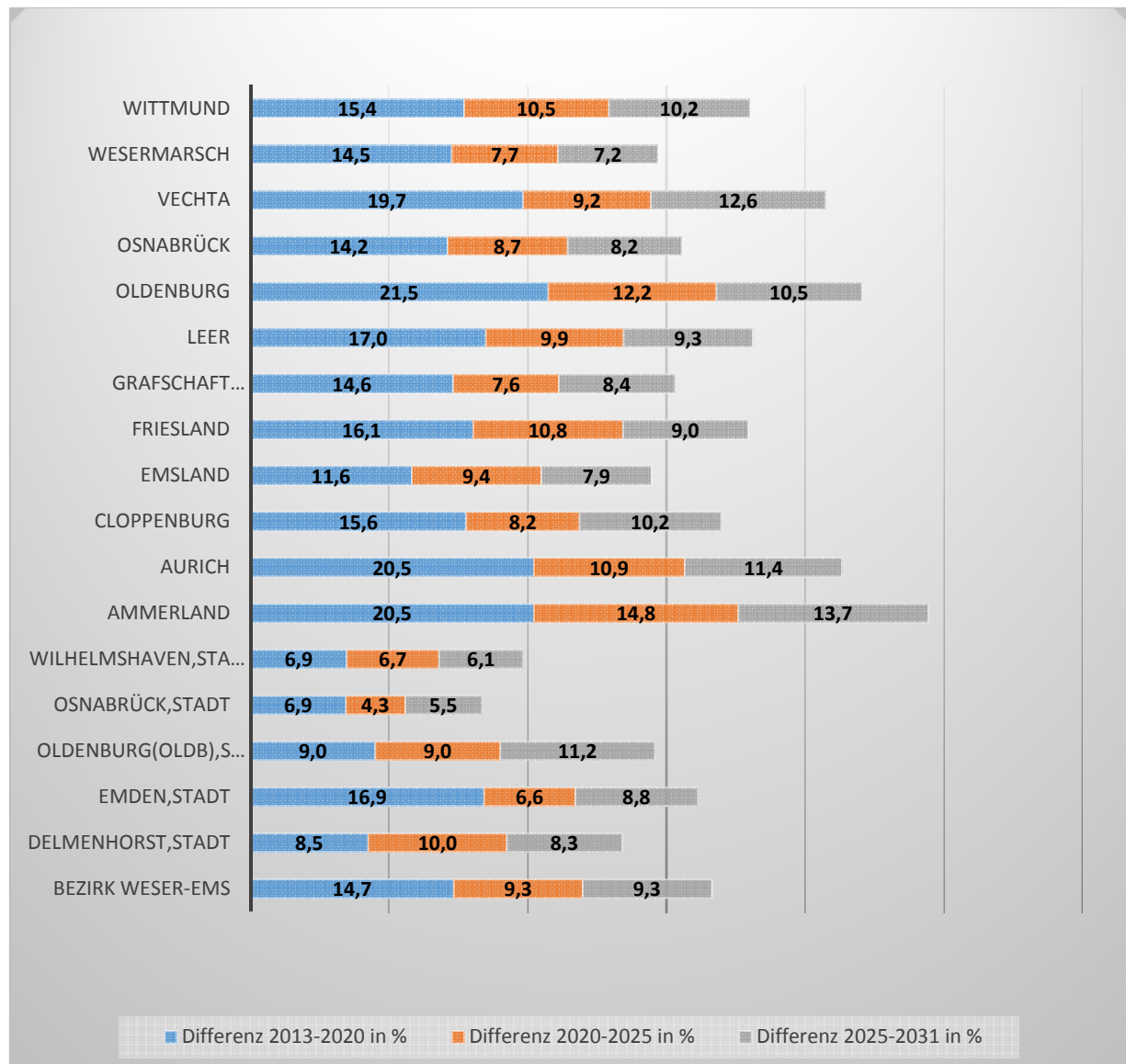


Abbildung 53: Steigerungsraten von Pflegebedürftigkeitszahlen im Bezirk Weser-Ems in den Jahren 2013 bis 2031 in Prozent (Quelle: LSN, Pflegestatistik 2013, Bevölkerungsvorausberechnung bis 2031)

Kurzbewertung

Bis zum Jahr 2030 werden nach vorliegenden Vausberechnungen mindestens 90.000 Pflegebedürftige zu der im Jahr 2013 bestehenden Anzahl von Pflegebedürftigen hinzukommen. Bis 2050 wird ihre Zahl auf voraussichtlich 500.000 Leistungsempfängerinnen und Leistungsempfänger anwachsen. Danach sinkt ihre Gesamtzahl wieder; ihr Anteil an der Bevölkerung jedoch nicht (*siehe Anhang II.2.4-C*).

Der Zuwachs an Leistungsempfängerinnen und Leistungsempfängern betrifft vor allem die höheren Altersgruppen. Insbesondere die 90- und über 90-Jährigen stellen eine stark wachsende Pflegebedürftigengruppe dar.

Alle niedersächsischen kommunalen Gebietskörperschaften werden einen Zuwachs an Pflegebedürftigen verzeichnen. Die jeweiligen Steigerungsraten fallen jedoch sehr unterschiedlich aus. In regionaler Gliederung zeigen sich große und sehr spezifische demografisch bedingte Unterschiede. Tendenziell schwächen sich wachsende Pflegebedürftigenzahlen in den Landkreisen mit einem im Jahr 2013 bereits sehr hohen älteren Bevölkerungsanteil ab, die in den letzten Dekaden bereits hohe Zuwächse aufwiesen.

3. Nachfrage nach Leistungen der Pflegeversicherung

In diesem Kapitel wird die Nachfrage nach Leistungen der Pflegeversicherung und ihre Entwicklung anhand von Daten des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen Niedersachsen (MDKN) dargestellt. Diese Daten geben auch Auskunft über die Zahl der Personen, die einen Antrag auf Pflegeversicherungsleistungen gestellt haben und nicht die Voraussetzungen der Pflegebedürftigkeit nach § 14 SGB XI erfüllen.

Nach § 18 Abs. 1 SGB XI beauftragen die Pflegekassen den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) oder andere unabhängige Gutachterinnen und Gutachter mit der Prüfung, ob die Voraussetzungen der Pflegebedürftigkeit erfüllt sind und welche Stufe der Pflegebedürftigkeit vorliegt. Im Rahmen dieser Prüfungen haben die Gutachterinnen und Gutachter durch eine Untersuchung der Antragstellerin oder des Antragstellers die Einschränkungen bei den Verrichtungen im Sinne des § 14 Abs. 4 SGB XI festzustellen sowie Art, Umfang und voraussichtliche Dauer der Hilfebedürftigkeit und das Vorliegen einer Person mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz nach § 45a SGB XI zu ermitteln.

Entwicklung der Pflegebegutachtungen insgesamt

Nach Angaben des MDKN war die Zahl der Begutachtungen im Rahmen des Verfahrens zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach § 18 SGB XI von 2010 bis 2011 leicht rückläufig (- 0,5 %). Seit 2011 bis 2014 ist sie jedoch stetig angestiegen.

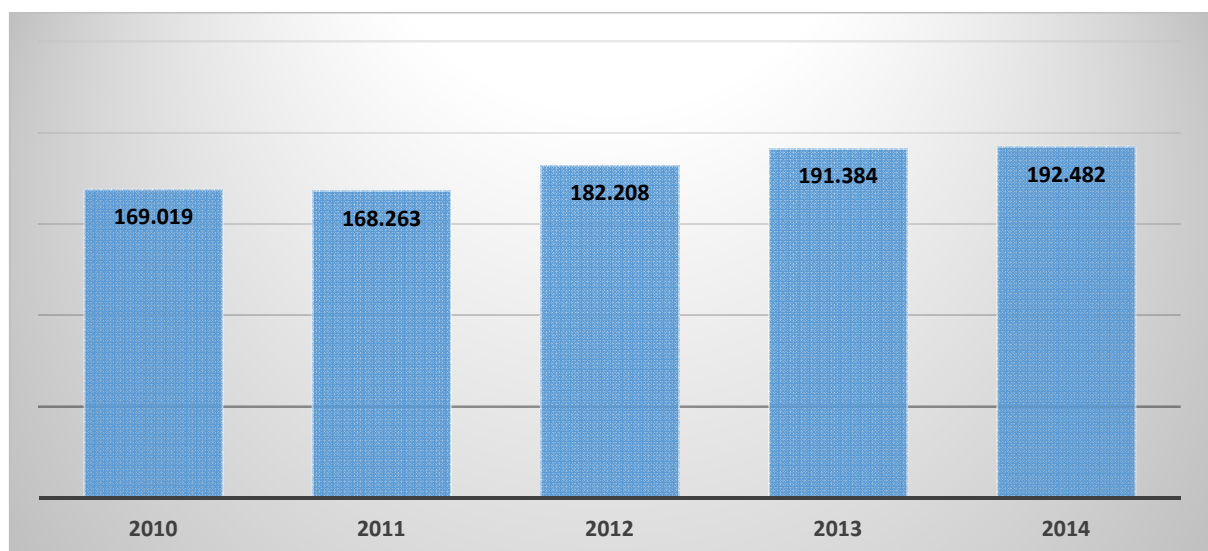


Abbildung 54: Gesamtzahl der Pflege-Begutachtungen in den Jahren 2010 bis 2014 (Quelle: MDKN, 2015)

Entwicklung der Pflegebegutachtungen differenziert nach Leistungsart

Die Gesamtzahl der Begutachtungen stieg im Zeitraum von 1999 bis 2013 um 36,8 %, im ambulanten Bereich um 38,7 % und im stationären Bereich um 12,6 %.

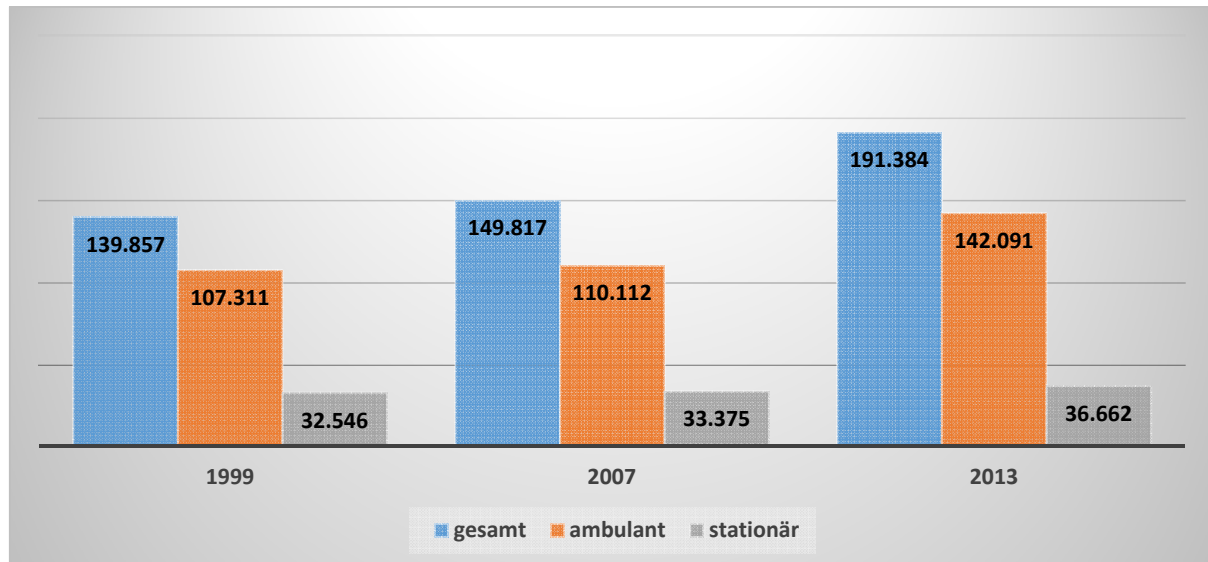


Abbildung 55: Gesamtzahl und Anzahl ambulanter und stationärer Pflege-Begutachtungen in den Jahren 1999, 2007 und 2013 (Quelle: MDKN)

Bei der Differenzierung nach Begutachtungsanlässen im Zeitraum von 2010 bis 2014 fällt auf, dass die Zahl der Begutachtungen für die ambulante Versorgung deutlich gestiegen (+ 16 %) ist, während die Zahl für die stationäre Versorgung relativ konstant geblieben (+ 4 %) ist.

	2010	2011	2012	2013	2014
ambulant	125.473	123.249	135.772	142.091	145.579
stationär	34.564	34.572	35.504	36.662	35.953
PEA	3.691	4.794	5.577	6.748	4.927
sonstige	5.291	5.648	5.355	5.883	6.023

Tabelle 13: Ambulante und stationäre sowie Begutachtungen von PEA in den Jahren 2010 bis 2014 (Quelle: MDKN, 2015)

Erst- und Folgebegutachtungen und Widersprüche differenziert nach Leistungsbereich

Unter den ambulanten Begutachtungen wiesen die Erstgutachten im Zeitraum von 2010 bis 2014 eine Steigerungsrate von 21,8 % und die Folgebegutachten von 16,9 % auf. Es sinkt lediglich die Anzahl der Widersprüche (- 28,6 %).

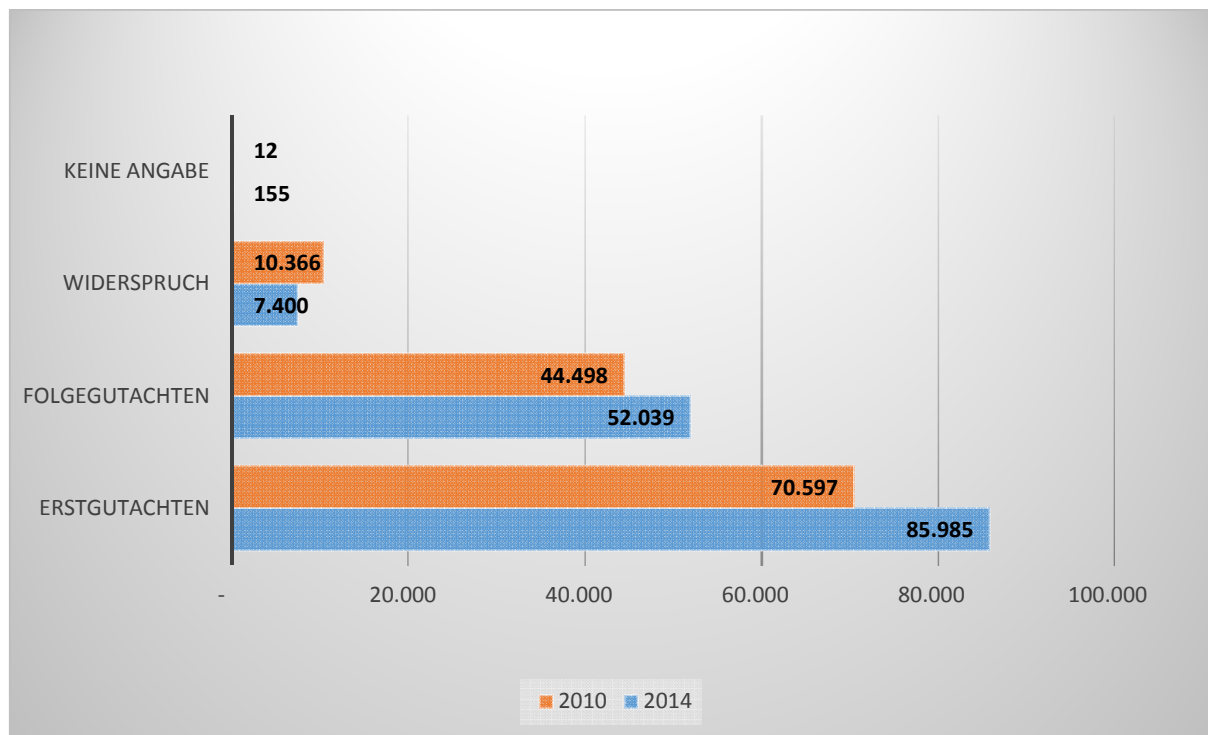


Abbildung 56: Erst-, Folge- und Widerspruchgutachten bei ambulanten Begutachtungen in den Jahren 2010 und 2014 (Quelle: MDKN, 2015)

Im Unterschied zu den ambulanten Begutachtungen sinkt im Zeitraum von 2010 bis 2014 die Zahl der Erstgutachten (- 7,1 %) bei den stationären Begutachtungen, während die Zahl der Folgegutachten (+ 11,1 %) steigt. Auch hier sinkt die Zahl der Widerspruchgutachten (- 33,8 %).

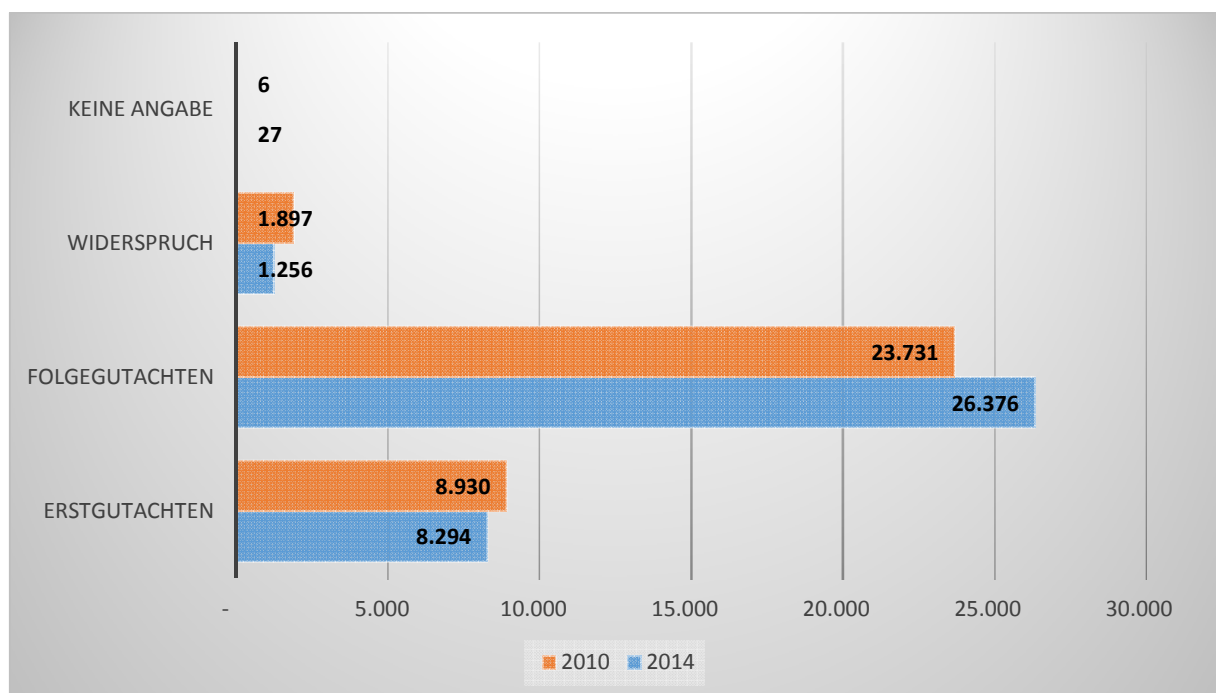


Abbildung 57: Erst-, Folge- und Widerspruchgutachten bei stationären Begutachtungen in den Jahren 2010 und 2014 (Quelle: MDKN, 2015)

Begutachtung nach Erledigungsart und Begutachtungsfristen

Auf der Grundlage der Begutachtungs-Richtlinie Pflege (BRi) (Stand 16. April 2013) erfolgt die Begutachtung von Pflegebedürftigkeit im Regelfall durch umfassende persönliche Befunderhebung im Wohnbereich der Antragstellerin beziehungsweise des Antragstellers. Begutachtungen nach Aktenlage (AL) können in Fällen erstellt werden, in denen eine persönliche Untersuchung im Wohnbereich nicht möglich ist oder im Einzelfall nicht zumutbar ist. Verstirbt die Antragstellerin beziehungsweise der Antragsteller vor dem Zeitpunkt der Begutachtung, wird diese nach AL in der Pflegeeinrichtung beziehungsweise in Einzelfällen im häuslichen Umfeld (HB) durchgeführt. Bei den sonstigen Begutachtungen zu Pflegehilfsmitteln und vor der Begutachtung sind sozialmedizinische Stellungnahmen (SMS) die überwiegende Erledigungsart. Sie können mittels Hausbesuch oder nach AL erstellt werden.

Nach § 18 Abs. 3 SGB XI ist der Antragstellerin oder dem Antragsteller spätestens fünf Wochen nach Eingang des Antrags bei der zuständigen Pflegekasse die Entscheidung der Pflegekasse schriftlich mitzuteilen. Die Begutachtungszeit verkürzt sich dann, wenn sie oder er sich im Krankenhaus oder in einer stationären Rehabilitationseinrichtung befindet oder wenn Hinweise vorliegen, dass zur Sicherstellung der ambulanten oder stationären Weiterversorgung und Betreuung eine Begutachtung in der Einrichtung erforderlich ist. Eine verkürzte Begutachtungszeit besteht auch dann, wenn die Inanspruchnahme von Pflegezeit nach dem Pflegezeitgesetz gegenüber der Arbeitgeberin oder dem Arbeitgeber der pflegenden Person angekündigt oder mit dieser oder diesem eine Familienpflegezeit nach § 2 Abs. 1 Familienpflegezeitgesetzes (FPfZG) vereinbart wurde. Die Begutachtung ist dort unverzüglich, spätestens jedoch innerhalb einer Woche nach Eingang des Antrags bei der zuständigen Pflegekasse, durchzuführen.

In Fällen mit verkürzter Begutachtungsfrist (VBF) muss zunächst nur die Feststellung getroffen werden, ob mindestens erhebliche Pflegebedürftigkeit besteht. Die abschließende Begutachtung durch Hausbesuch ist dann unverzüglich nachzuholen.

Ambulante Begutachtungen

	2010	2011	2012	2013	2014
Hausbesuch	89.471	88.892	100.170	105.214	110.647
Aktenlage	3.089	4.736	6.985	5.661	11.104
AL VBF / SMS VBF	17.277	21.621	25.941	30.915	23.548
Aktenlage HB	73	71	77	118	117
SMS	15.563	7.929	2.599	183	163

Tabelle 14: Anzahl ambulanter Begutachtungen nach Erledigungsart in den Jahren 2010 bis 2014²²
(Quelle: MDKN, 2015)

Stationäre Begutachtungen

	2010	2011	2012	2013	2014
Hausbesuch	25.577	25.827	24.403	28.063	28.770
Aktenlage	761	1.693	2.556	1.605	4.451
AL VBF / SMS VBF	3.433	4.296	7.252	6.410	2.458
Aktenlage HB	193	199	228	239	237
SMS	4.600	2.557	1.065	345	37

Tabelle 15: Anzahl stationärer Begutachtungen nach Erledigungsart in den Jahren 2010 bis 2014²³
(Quelle: MDKN, 2015)

²²Im Jahr 2010 gab es noch vermehrt SMS. Dieses Formular wurde hauptsächlich bei verstorbenen Versicherten und Folgegutachten/Nachuntersuchungen angewendet. Im Laufe der Jahre 2011 und 2012 erfolgte eine Umstellung dahingehend, dass diese Anträge ebenfalls mit einer AL mit VBF bearbeitet wurden. Aktenlage Hausbesuch (HB) ist die Begutachtung nach AL im Rahmen eines Hausbesuchs.

²³ S. Fußnote 20

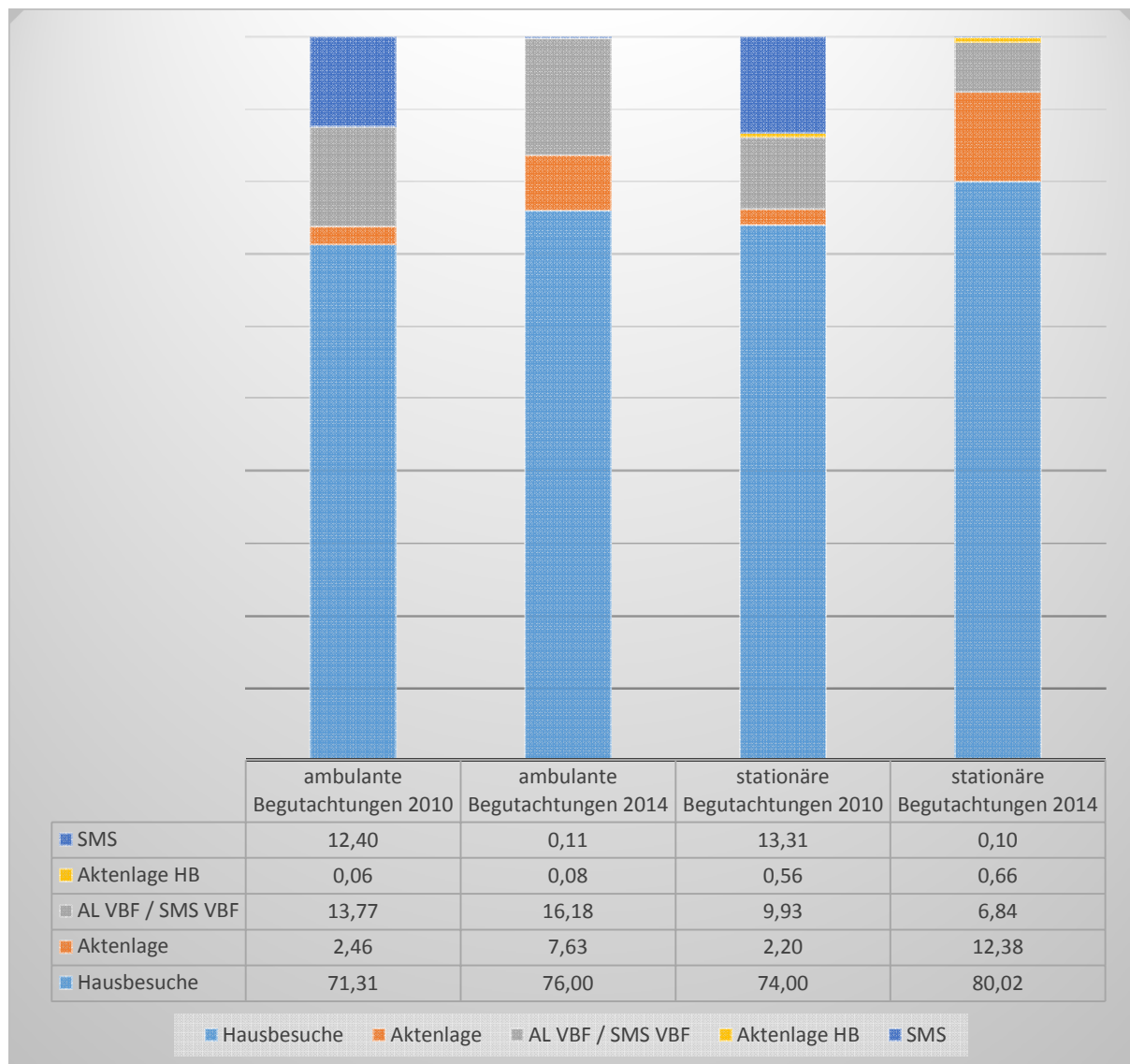


Abbildung 58: Ambulante und stationäre Begutachtungen nach Erledigungsart in den Jahren 2010 und 2014 in Prozent²⁴ (Quelle: MDK N, 2015)

Isolierte Begutachtungen zur Feststellung einer eingeschränkten Alltagskompetenz

Bei den isolierten Begutachtungen zur Feststellung einer eingeschränkten Alltagskompetenz, in denen die Pflegebedürftigkeit nicht das Ausmaß einer Pflegestufe I erreicht, hat der Hausbesuch die Begutachtung nach AL im Zeitraum von 2010 bis 2014 als primäre Erledigungsart abgelöst. Der Hausbesuch hat im Jahr 2014 einen Anteil von 61,7 % an der Gesamtzahl, die AL 38,3 %.

²⁴ Siehe Fußnote 20

	2010	2011	2012	2013	2014
Hausbesuch	365	1.130	1.598	3.852	3.039
Aktenlage	3.259	3.609	3.938	2.895	1.887
AL VBF / SMS VBF	1		1	1	1
Aktenlage HB	66	55	40		
SMS	3.691	4.794	5.577	6.748	4.927

Tabelle 16: Anzahl isolierter PEA Begutachtungen nach Erledigungsart in den Jahren 2010, 2011, 2012, 2013 und 2014²⁵ (Quelle: MDKN, 2015)

Kurzbewertung

Die Zahl der Gesamtbegutachtungen steigt sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich. Insgesamt fanden im Jahr 2014 in Niedersachsen 192.482 Pflege-Begutachtungen durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen statt, im Jahr 2010 waren es 169.019 Pflege-Begutachtungen. Die meisten Begutachtungen wurden im Rahmen von Hausbesuchen durchgeführt.

Im stationären Bereich sinkt im Zeitraum von 2010 bis 2014 die Zahl der Erstgutachten (- 7,1 %). Die Zahl der Widersprüche sinkt in allen Bereichen.

²⁵ Bei den isolierten Begutachtungen zur Feststellung einer eingeschränkten Alltagskompetenz gibt es keine verkürzten Begutachtungsfristen.

4. Pflege in der eigenen Häuslichkeit

Ein zentrales Ziel der Pflegeversicherung besteht darin, der häuslichen Pflege soweit wie möglich den Vorrang vor der stationären Versorgung zu gewähren. Dieser in § 3 SGB XI verankerte Grundsatz beinhaltet die Unterstützung der Pflegebereitschaft von Angehörigen und Nachbarn, um den Pflegebedürftigen so lange wie möglich einen Verbleib in der eigenen Häuslichkeit zu ermöglichen. Hierfür sieht der Gesetzgeber im SGB XI unterschiedliche Leistungsformen vor. Zu ihnen zählen

- Pflegesachleistung (§ 36 SGB XI),
- Pflegegeld für selbstbeschaffte Pflegehilfen (§ 37 SGB XI),
- Verhinderungspflege (§ 39 SGB XI),
- teilstationäre Pflege, die Leistungen der Tages- und Nachtpflege umfasst (§ 41 SGB XI),
- Kurzzeitpflege (§ 42 SGB XI) sowie
- zusätzliche Betreuungs- und Entlastungsleistungen (§ 45b SGB XI).

Zudem soll durch den Aufbau von Strukturen der Ehrenamtlichkeit und Selbsthilfe, durch (Senioren- und) Pflegestützpunkte, Pflegeberatung, Pflegekurse und -trainings sowie ambulanten Wohnformen ein Verbleib in der häuslichen Umgebung auch bei vorangeschrittener Hilfe- und Pflegebedürftigkeit ermöglicht werden.

In diesem Kapitel werden diese Leistungs- und Unterstützungsformen beschrieben und die Entwicklung der Angebotsstruktur, auch regionalisiert nach Landkreisen und kreisfreien Städten, dargestellt. Die Datengrundlage bildet hierbei überwiegend die Pflegestatistik des LSN der Jahre 2013, 2007 und 1999. Vorab werden die Versorgungsleistungen betrachtet, die private Pflegepersonen erbringen. Da die Pflegestatistik keine soziodemografischen Angaben zu privaten Pflegepersonen oder Daten zum Umfang der durch sie erbrachten Leistungen enthält, wird an dieser Stelle auf andere ausgewählte empirische Erhebungen zurückgegriffen.

4.1 Private Pflegepersonen

4.1.1 Ausgangslage

In der überwiegenden Mehrheit der häuslichen Pflegearrangements spielen private Pflegepersonen eine zentrale Rolle. § 19 SGB XI definiert den Begriff der Pflegepersonen im Sinne des SGB XI. Danach handelt es sich um Personen, *„die nicht erwerbsmäßig einen Pflegebedürftigen im Sinne des § 14 in seiner häuslichen Umgebung regelmäßig pflegen.“* Eine Pfl egetätigkeit gilt dabei als nicht erwerbsmäßig, wenn die Pflegeperson für die Pfl egetätigkeit als Vergütung maximal das Pflegegeld der jeweiligen Pflegestufe erhält.

Auf Grundlage dieser Definition lässt sich jedoch nur ein Teil der privaten Pflegepersonen erfassen. Der Personenkreis, der Unterstützungs- und Versorgungsleistungen für Menschen erbringt, deren Hilfe- und Pflegebedürftigkeit unterhalb der Schwelle der „erheblichen Pflegebedürftigkeit“ (Pflegestufe I) angesiedelt ist, wird nicht berücksichtigt.²⁶

Pflegegeld für selbst beschaffte Pflegehilfen

Um die häusliche Pflege und die Pflegebereitschaft und -fähigkeit der Angehörigen und der Nachbarschaft zu unterstützen, sind unterschiedliche Pflegeversicherungsleistungen vorgesehen. Zu ihnen zählt das Pflegegeld. Es soll Pflegebedürftige in die Lage versetzen, sich selbst eine Pflegeperson zu beschaffen, die eine bedarfsgerechte Versorgung in der häuslichen Umgebung in geeigneter Weise sicherstellt (§ 37 SGB XI). Die Höhe der Leistung ist abhängig von der Pflegestufe und wurde in den vergangenen Jahren schrittweise angehoben (siehe Kapitel II.2.4). Seit dem Jahr 2013 wirkt sich auch das Vorliegen einer erheblich eingeschränkten Alltagskompetenz aus. Das Pflegegeld honoriert den Einsatz der privaten Pflegeperson in Form einer Aufwandsentschädigung und erfüllt für sich genommen nicht die Funktion, den Lebensunterhalt der privaten Pflegeperson zu sichern (Blome et al. 2008).

Häusliche Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson

Ist eine private Pflegeperson aufgrund einer Erkrankung, Urlaub oder aus anderen Gründen nicht dazu in der Lage, die Versorgung des Pflegebedürftigen selbst zu erbringen, übernimmt die Pflegekasse Kosten für eine Ersatzpflege in Höhe von bis zu 1.612 Euro für maximal sechs Wochen je Kalenderjahr. Voraussetzung ist, dass die Pflegeperson vorab mindestens sechs Monate die Pflege übernommen hat. Die Ersatzpflege kann zum Beispiel von einem Pflegedienst sichergestellt werden. Wird sie aber durch eine Pflegeperson geleistet, die bis zum zweiten Grad mit der oder dem Pflegebedürftigen verwandt oder verschwägert ist oder mit ihr oder ihm in einer häuslichen Gemeinschaft lebt, wird lediglich ein Betrag in Höhe des Pflegegeldes gewährt. Entstehen der Pflegeperson im Rahmen der Ersatzpflege Aufwendungen, können diese von der Pflegekasse erstattet werden, wenn sie 1.612 Euro nicht übersteigen. Bis zu 806 Euro der noch nicht in Anspruch genommenen Mittel der Kurzzeitpflege können zusätzlich für Verhinderungspflege aufwendet werden.

²⁶ Dies betrifft zum Beispiel die privaten Pflegepersonen von Menschen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz gemäß § 45a SGB XI, die als Pflegegeldbezieherin oder Pflegegeldbezieher erstmals in der Landespflegestatistik 2015 erfasst werden, in der Statistik aus dem Jahr 2013 allerdings noch nicht ausgewiesen wurden. Außerdem gilt dies auch für Pflegepersonen somatisch Pflegebedürftiger, die jedoch keinen Einstufungsantrag gestellt haben. Wie die Untersuchung von Schneekloth und Leven belegt, ist diese Gruppe der Hilfebedürftigen ohne rechtlich legitimierten Pflegebedarf mehr als doppelt so groß, wie die Gruppe der Pflegebedürftigen im Sinne des SGB XI (Schneekloth/Leven 2003, S. 7). Ebenfalls nicht berücksichtigt werden Pflegepersonen in häuslichen Pflegearrangements, die die Hauptpflegeperson flankierend unterstützen.

Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegeperson und Pflegekurse

Zur sozialen Absicherung der privaten Pflegepersonen werden von den Pflegekassen beziehungsweise den privaten Pflegeversicherungsunternehmen Beiträge an die gesetzliche Rentenversicherung entrichtet (§ 44 Abs. 1 SGB XI). Voraussetzung ist, dass die private Pflegeperson regelmäßig nicht mehr als 30 Stunden in der Woche erwerbstätig ist, noch keine Altersrente oder Pension bezieht und mindestens 14 Stunden pro Woche Pflegeleistungen für eine oder mehrere Pflegepersonen erbringt. Die Höhe der Beiträge zur Rentenversicherung orientiert sich am Schweregrad der Pflegebedürftigkeit. Die Beiträge sollen einen nennenswerten Beitrag zu den Rentenanwartschaften leisten und somit die Alterssicherung unterstützen (Stegmann/Mika 2007; Rothgang et al. 2013).²⁷ Mit Einführung des PSG II werden pflegende Angehörige in der Rentenversicherung voraussichtlich noch besser abgesichert.²⁸

Während der pflegerischen Tätigkeit sind die Pflegepersonen in den Versicherungsschutz der gesetzlichen Unfallversicherung einbezogen. Wollen sie nach der Pflgetätigkeit in das Erwerbsleben zurückkehren, können sie bei der beruflichen Weiterbildung gefördert werden (§ 44 Abs. 1 SGB XI).

Als weitere Leistung, die sich direkt an die Pflegepersonen richtet, sind die Pflegekurse nach § 45 SGB XI zu nennen (siehe Kapitel II.4.8).

Kurzzeitige Arbeitsverhinderung, Pflegezeit und Familienpflegezeit

Erwerbstätige Pflegepersonen können sich für einen begrenzten Zeitraum von der Arbeit (teilweise) freistellen lassen, um die Versorgung zu übernehmen. Grundlage ist das am 01. Januar 2015 in Kraft getretene Gesetz zur besseren Vereinbarkeit von Familie, Pflege und Beruf, welches das Pflegezeitgesetz (PflegeZG) aus 2008 und das FPfZG aus 2012 teilweise modifiziert und miteinander verzahnt. Hierfür sind vier unterschiedliche Regelungen einschlägig:

- **Kurzzeitige Arbeitsverhinderung**

Beschäftigte können sich gemäß § 2 PflegeZG für einen Zeitraum von maximal zehn Arbeitstagen bei fortlaufender Einbindung in die Kranken-, Pflege- und Arbeitslosenversicherung von der Arbeit freistellen lassen. Dafür muss eine akute Pflegesituation vorliegen und der nahe Angehörige vo-

²⁷ Stegmann und Mika (2007) führen aus, dass in Pflegestufe I bei einem Pflegeumfang von 14 Stunden in der Woche 0,266 Entgeltpunkte und bei Pflegestufe III mit einem Pflegeumfang von 28 Stunden in der Woche 0,8 Entgeltpunkte angerechnet werden. Ein Entgeltpunkt entspricht dabei den Beiträgen, die ein gesetzlicher Rentenversicherter mit durchschnittlichem Einkommen im Laufe eines Jahres entrichtet. Im Schnitt ergaben sich für Frauen, die das Gros der rentenrechtlich relevanten Pflegezeiten aufweisen, 1,4 Entgeltpunkte für Anwartschaften aus der privaten Pflegeerbringung.

²⁸ Künftig zahlt die Pflegeversicherung Rentenbeiträge für alle Pflegepersonen, die einen Pflegebedürftigen im Pflegegrad 2 bis 5 mindestens zehn Stunden wöchentlich, verteilt auf mindestens zwei Tage, zu Hause pflegen. Die Rentenbeiträge steigen mit zunehmender Pflegebedürftigkeit. Wer einen Angehörigen mit Pflegegrad 5 pflegt, erhält um 25 Prozent höhere Rentenbeiträge als bisher.

raussichtlich die Voraussetzungen der Pflegebedürftigkeit im Sinne der §§ 14 und 15 SGB XI erfüllen. Ziel dieser Regelung ist, Angehörigen Spielräume zur Organisation eines tragfähigen Versorgungsarrangements zu gewähren. Die Arbeitgeberin beziehungsweise der Arbeitgeber ist in diesem Zeitraum grundsätzlich nicht dazu verpflichtet, das Arbeitsentgelt weiterhin zu zahlen. Seit dem 01. Januar 2015 kann in dieser Zeit der Freistellung nunmehr gemäß § 2 Abs. 3 PflegeZG und § 44a Abs. 3 SGB XI mit dem Pflegeunterstützungsgeld eine Lohnersatzleistung in Anspruch genommen werden, die von den Pflegekassen beziehungsweise den Pflegeversicherungsunternehmen der oder des Pflegebedürftigen gezahlt wird. Die Höhe beläuft sich in der Regel auf 90 % des während der Freistellung ausgefallenen Nettoarbeitsentgeltes.

- Pflegezeit

Neben der kurzzeitigen Arbeitsverhinderung können private Pflegepersonen seit dem Jahr 2008 auch auf die sechsmonatige Pflegezeit nach § 3 PflegeZG zurückgreifen. Es handelt sich um eine bis zu sechsmonatige vollständige oder teilweise Freistellung, die nicht gesplittet in Anspruch genommen werden kann. Die Pflegezeit kommt in Betracht, wenn ein nach §§ 14 und 15 SGB XI pflegebedürftiger naher Angehöriger in der Häuslichkeit gepflegt wird.²⁹ Auf die Inanspruchnahme der Pflegezeit besteht ein Rechtsanspruch, wenn in dem Unternehmen mehr als 15 Beschäftigte tätig sind. Zwischen der Arbeitgeberin beziehungsweise dem Arbeitgeber und der oder dem Beschäftigten ist eine Vereinbarung über die Pflegezeit abzuschließen. Die Absicherung in der Renten-, Unfall- und Arbeitslosenversicherung bleibt für die private Pflegeperson unter den oben aufgeführten Bedingungen bestehen. Seit dem 01. Januar 2015 besteht die Möglichkeit, in der Phase der Pflegezeit ein zinsloses Darlehen beim Bundesamt für Familie und zivilgesellschaftliche Aufgaben zu beantragen (§ 3 FPfZG). Das Darlehen deckt die Hälfte des durch die (Teil-) Freistellung fehlenden Nettogehalts. Die maximale Darlehensrate beträgt 980 Euro monatlich. Dieses Darlehen ist nach Beendigung der Pflegephase in Raten zurückzuzahlen, wobei dies bis 48 Monate nach Beginn der Freistellung erfolgen muss (§ 6 FPfZG). In besonderen Härtefällen - etwa wenn der Pflegend selbst erkrankt ist - kann die Rückzahlung des Kredits ausgesetzt oder erlassen werden (§ 7 FPfZG).

Beschäftigte, die einen nahen Angehörigen in der letzten Lebensphase betreuen, können bis zu drei Monate teilweise oder vollständig freigestellt werden (§ 3 FPfZG). Die Versorgung muss dabei nicht zwingend ambulant, sondern kann auch in einem Hospiz stattfinden. Die betrieblichen Voraussetzungen entsprechen denen der Pflegezeit nach § 3 Abs. 1 PflegeZG. Auch in dieser Zeit kann das oben benannte Darlehen in Anspruch genommen werden.

²⁹ Die Inanspruchnahme der Pflegezeit ist bei Angehörigen von pflegebedürftigen Minderjährigen auch dann möglich, wenn diese in außerhäuslicher Umgebung gepflegt werden (§ 3 Abs. 5 PflegeZG).

- Familienpflegezeit

In der Familienpflegezeit können Beschäftigte ihre Arbeitszeit über einen Zeitraum von maximal 24 Monaten auf bis zu 15 Stunden Wochenarbeitszeit reduzieren (§ 2 Abs. 1 und Abs. 2 FPfZG). Die geforderte Mindestarbeitszeit muss dabei jedoch nur im Durchschnitt eines Jahres vorliegen, was den Pflegepersonen eine flexible Verteilung ihrer Arbeitszeit ermöglicht. Familienpflegezeiten können auch für einen kürzeren Zeitraum als 24 Monate in Anspruch genommen werden. Ein Rechtsanspruch auf diese Leistung besteht nur dann, wenn die Arbeitgeberin oder der Arbeitgeber in der Regel mehr als 25 Personen beschäftigt (§ 2 Abs. 1 FPfZG). Es bedarf einer schriftlichen Vereinbarung zwischen Arbeitgeber- und Arbeitnehmerseite bezüglich des Umfangs der Verringerung und der Verteilung der Arbeitszeit. Dabei muss den Wünschen der Arbeitnehmerin oder des Arbeitnehmers, soweit dies die betrieblichen Belange zulassen, Rechnung getragen werden (§ 2a Abs. 2 FPfZG). Auch in der Familienpflegezeit kann auf ein zinsloses Darlehen zurückgegriffen werden. Die Einbindung in die Kranken-, Pflege-, Renten- und Arbeitslosenversicherung bleibt aufgrund der Beschäftigung bestehen. Während der Zeit der Freistellung existiert – vergleichbar mit der Pflegezeit – ein besonderer Kündigungsschutz (§ 2 Abs. 3 FPfZG).

Familienpflegezeit und Pflegezeit könnten auch kombiniert in Anspruch genommen werden. Die maximale Freistellungszeit beläuft sich auch in diesem Fall auf 24 Monate (§ 2 Abs. 2 FPfZG und § 4 Abs. 1 PflegeZG).

4.1.2 Entwicklung der familiären Pflege

Anzahl der pflegenden Angehörigen

In Niedersachsen werden Ende des Jahres 2013 insgesamt 165.583 der 285.350 pflegebedürftigen Menschen³⁰ im häuslichen Umfeld von Angehörigen (und teilweise unterstützt durch ambulante Pflegedienste) versorgt. Dies entspricht einem Anteil von 58,0 %. Im Jahr 2007 belief sich diese Anzahl noch auf 139.777 Personen (58,6 %).

³⁰ Ohne Kurzzeit-, Tages- und Nachtpflege.

	2007	2013
Pflegegeld	107.210 (44,9 %)	131.408 (46 %)
Kombinationsleistungen	32.567 (13,7 %)	34.175 (12 %)

Tabelle 17: Im häuslichen Umfeld durch Angehörige (und ambulante Dienste) versorgte Pflegebedürftige in den Jahren 2007 und 2013 in relativen Zahlen und Prozent (Quelle: LSN, Pflegestatistik 2013)

Auch beim Bezug von Pflegesachleistungen nach § 36 SGB XI, die in Niedersachsen zum Stichtag 15. Dezember 2013 von 67.997 Personen in Anspruch genommen wurden (23,8 %), sind zu einem unbestimmten Teil pflegende Angehörige an der Versorgungserbringung beteiligt. Im Jahr 2007 bezogen 55.764 Personen Pflegesachleistungen (23,4 %).

Lediglich ein nicht zu beziffernder Anteil überwiegend alleinlebender, meist kinderloser Pflegebedürftiger wird ohne die Unterstützung aus dem privaten Umfeld gepflegt. Gemäß der Studie „Wirkungen des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes“ des BMG (2011, Seite 76), sind lediglich in 7 % der häuslichen Versorgungsarrangements keine privaten Helferinnen und Helfer eingebunden. Im Umkehrschluss bedeutet dies, dass 93 % der Pflegebedürftigen im ambulanten Bereich regelmäßig private Hilfe und Betreuung erhalten. Im Vergleich zum Jahr 1998 hat sich der Anteil der Pflegebedürftigen, der keine Unterstützung durch private Helferinnen und Helfer bezieht, um 3 % erhöht. Diese Entwicklung ist auf den gestiegenen Anteil von alleinlebenden Pflegebedürftigen zurückzuführen (Bundesministerium für Gesundheit 2011).

Die Bestimmung der Gesamtzahl pflegender Angehöriger in Niedersachsen gestaltet sich schwierig. Die Statistik der Deutschen Rentenversicherung aus dem Jahr 2012 erfasst nur jene Personen, die eine pflegebedürftige Person wenigstens 14 Stunden im Sinne der festgestellten Pflegebedürftigkeit wöchentlich versorgen, nicht mehr als 30 Stunden in der Woche erwerbstätig sind und noch keine Altersrente oder Pension beziehen. Danach sind insgesamt 29.332 Pflegepersonen in Niedersachsen in der Rentenversicherung erfasst. Im Jahr 2007 lag diese Zahl noch bei 33.543 Personen und hat sich folglich um 4.211 Personen verringert.

Beziehungskonstellation und soziodemografische Charakteristika

Informationen über die Beziehungskonstellationen und die soziodemografischen Charakteristika der pflegenden Angehörigen auf Bundesebene lässt die oben bereits benannte Repräsentativerhebung des

BMG zu. Demnach handelt es sich bei den Hauptpflegepersonen in erster Linie um enge Familienangehörige der pflegebedürftigen Person, wobei am häufigsten Töchter und (Ehe-)Partnerinnen die Versorgung übernehmen (vergleiche hierzu auch Runde et al. 2011, Seite 13).³¹

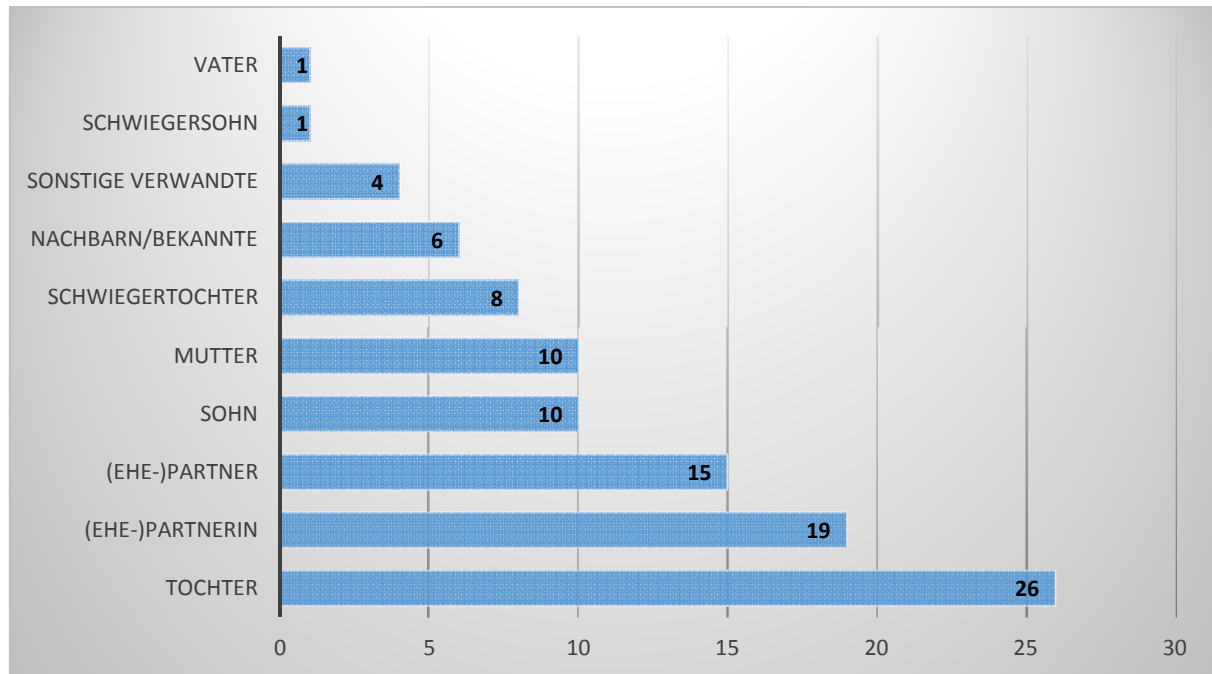


Abbildung 59: Verwandtschaftsbeziehung der Hauptpflegeperson zur pflegebedürftigen Person im Jahr 2010 in Prozent (Quelle: BMG 2011, Seite 27)

Wenngleich der Anteil der männlichen Hauptpflegepersonen, insbesondere der Söhne, zwischen 1998 und 2010 von 20 % auf 28 % gestiegen ist, sind immer noch mehrheitlich die Frauen die Hauptpflegepersonen (72 %) (BMG 2011, Seite 27). Übernehmen Männer diese Aufgabe, dann in erster Linie für ihre Partnerin. Werden nicht nur die Hauptpflegepersonen, sondern alle an der Pflege Beteiligten in den Blick genommen, ist der Anteil der Männer deutlich höher (Rothgang et al. 2013). Hiernach beläuft sich der Anteil der an der Pflege beteiligten Männer im Zeitverlauf auf nahezu konstant 35 % (Rothgang et al. 2013, Seite 108). Nach Künemund ist für die Versorgungsübernahme der Männer dabei kennzeichnend, dass sie sich primär in höheren Altersgruppen engagieren: Während Frauen im Alter von 50 bis 54 Jahren am häufigsten private Pflegeaufgaben übernehmen, gilt dies für Männer etwa zwischen dem 80. und 84. Lebensjahr (Künemund 2006, Seite 325; Schupp/Künemund 2004).

Auf Grundlage der oben angeführten Statistik der Deutschen Rentenversicherung lässt sich die Geschlechtsspezifität der Pflegeübernahme auch für Niedersachsen nachweisen. Hiernach sind 26.895 der

³¹ Im Fokus der Betrachtung stehen hier die Hauptpflegepersonen, die sich mehr als alle anderen möglicherweise am Versorgungsarrangement beteiligten Helferinnen und Helfer in die Versorgung des Pflegebedürftigen einbringen. In mehr als der Hälfte aller häuslichen Pflegearrangements sind jedoch weitere Personen aus dem privaten Umfeld beteiligt. Dieser Personenkreis findet im Rahmen dieser Untersuchung keine Berücksichtigung.

Pflegepersonen weiblich und 2.437 männlich. Der Anteil der weiblichen Pflegepersonen überwiegt mit 91,7 % damit deutlich. Der Anteil der männlichen Pflegepersonen hat sich jedoch seit dem Jahr 2007 um 1,3 % geringfügig erhöht.

Die überwiegende Mehrheit aller Hauptpflegepersonen (67 %) befindet sich im erwerbsfähigen Alter zwischen dem 20. und dem 64. Lebensjahr. 24 % sind zwischen 65 und 79 Jahre alt und 9 % älter als 80 Jahre. Letztere zählen damit selbst schon zu der Gruppe der Hochaltrigen. Personen, die jünger als 20 Jahre sind, sind zwar in einigen Fällen ebenfalls bereits in die Pflege eingebunden und nehmen mitunter eine wichtige flankierende Funktionen im Versorgungsarrangement ein (Metzing 2007). Sie sind allerdings gemäß den Daten von TNS Infratest Sozialforschung nie Hauptpflegeperson (BMG 2011, S. 27).

Im Jahr 2010 lebten 66 % der Hauptpflegepersonen im gleichen Haushalt mit der pflegebedürftigen Person. Im Vergleich zum Jahr 1998, als diese Wohnkonstellation noch in 73 % der Fälle auftrat, hat sich dieser Anteil deutlich reduziert (BMG 2011, Seite 27). Werden auch sonstige pflegende Angehörige in den Blick genommen, tritt diese gemeinschaftliche Wohnform mit 34,5 % noch deutlich seltener auf (Runde et al. 2011). Es zeigt sich aber, dass Pflegepersonen, die nicht mit dem Pflegebedürftigen in einem Haushalt leben, oft in direkter räumlicher Nähe wohnen (Schneekloth 2006).

Ausländische Hilfskräfte sind eher selten in häusliche Pflegearrangements eingebunden. Im Jahr 2009 belief sich dieser Wert gemäß dem AOK-Trendbericht Pflege auf 1,9 % (Runde et al. 2011, Seite 13).

Art und Umfang der übernommenen Pflegeaufgaben

Private Pflegepersonen übernehmen in häuslichen Pflegearrangements ein breites Spektrum unterschiedlicher Aufgaben. Dazu zählen Hilfeleistungen bei hauswirtschaftlichen Verrichtungen, die Begleitung zu auswärtigen Terminen, die Übernahme administrativer Aufgaben, körperpflegerische Verrichtungen, anleitende Tätigkeiten, emotionalen Beistand bis hin zur Organisation der Versorgung. In einem Großteil der Fälle beschränkt sich die Unterstützungsleistung dabei nicht nur auf eine der angeführten Formen der Hilfe, sondern meistens werden sie in Kombination erbracht (Institut für Demoskopie Allensbach 2012; Kohler/Döhner 2011; Rosenthal 2007; Schneekloth/Leven 2003).

Private Pflegepersonen bringen sich nach Selbsteinschätzung mit 37,5 Stunden pro Woche in die Pflege ein, wobei der Zeitaufwand mit zunehmender Pflegestufe steigt. Doch auch innerhalb der einzelnen Pflegestufen zeigt sich eine starke Streuung der Zeiten (BMG 2011, Seite 29). Im Zeitverlauf wird deutlich, dass der pflegerische Aufwand in den Pflegestufen I und II deutlich gesunken ist. Ursächlich hierfür

ist zum einen die Veränderung der häuslichen Pflegearrangements in Richtung einer stärkeren Inanspruchnahme von Sachleistungen. Darüber hinaus sind die privaten Pflegepersonen neben ihrer Versorgungstätigkeit häufiger erwerbstätig und wohnen seltener im Haushalt mit den Pflegebedürftigen. In Pflegestufe III hat sich demgegenüber keine Reduktion der Stundenanzahl ergeben. Die nur leicht erhöhte Inanspruchnahme von Pflegesachleistungen in dieser Gruppe (siehe Kapitel II.4.2) scheint sich nicht in einer entsprechenden Entlastung der Hauptpflegepersonen niederzuschlagen.

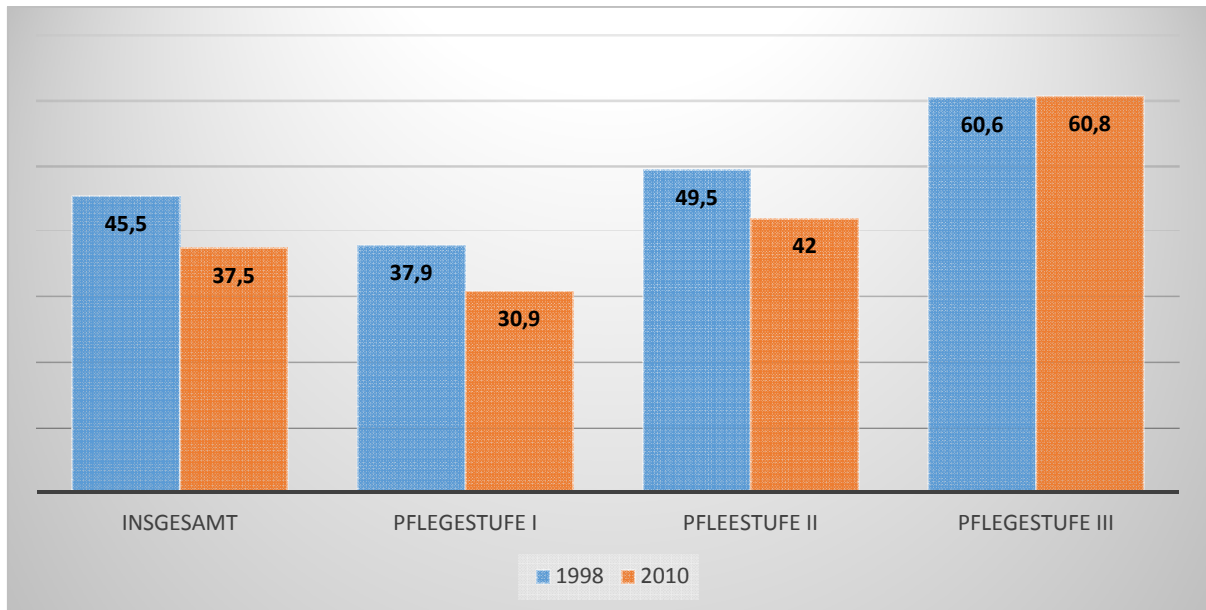


Abbildung 60: Wöchentlicher Zeitaufwand der Hauptpflegeperson für die Pflege in den Jahren 1998 und 2010 in Stunden (Quelle: BMG 2011, Seite 29).

Nicht nur der Grad der Pflegebedürftigkeit, sondern auch weitere Einflussfaktoren sind ausschlaggebend für das Ausmaß der erbrachten Pflege. Zu ihnen zählen zum Beispiel die Milieuzugehörigkeit der privaten Pflegeperson, die Stabilität des Unterstützungsnetzwerks sowie das räumliche Umfeld, in dem Pflege geleistet wird (Blinkert/Klie 2006; Klaus/Tesch-Römer 2014). Außerdem spielen auch die Erwerbstätigkeit der privaten Pflegeperson (Lüdecke/Mnich 2009; Geyer/Schulz 2014) und der kognitive Status der pflegebedürftigen Person bedeutsame Rollen (Schneekloth/Wahl 2005, Seite 78).

Pflegeaufgaben im privaten Umfeld werden oft über einen langen Zeitraum übernommen. 40 % aller befragten Pflegenden sind drei bis zehn Jahre in die Pflege ihrer Angehörigen eingebunden (Institut für Demoskopie Allensbach 2012, Seite 3).

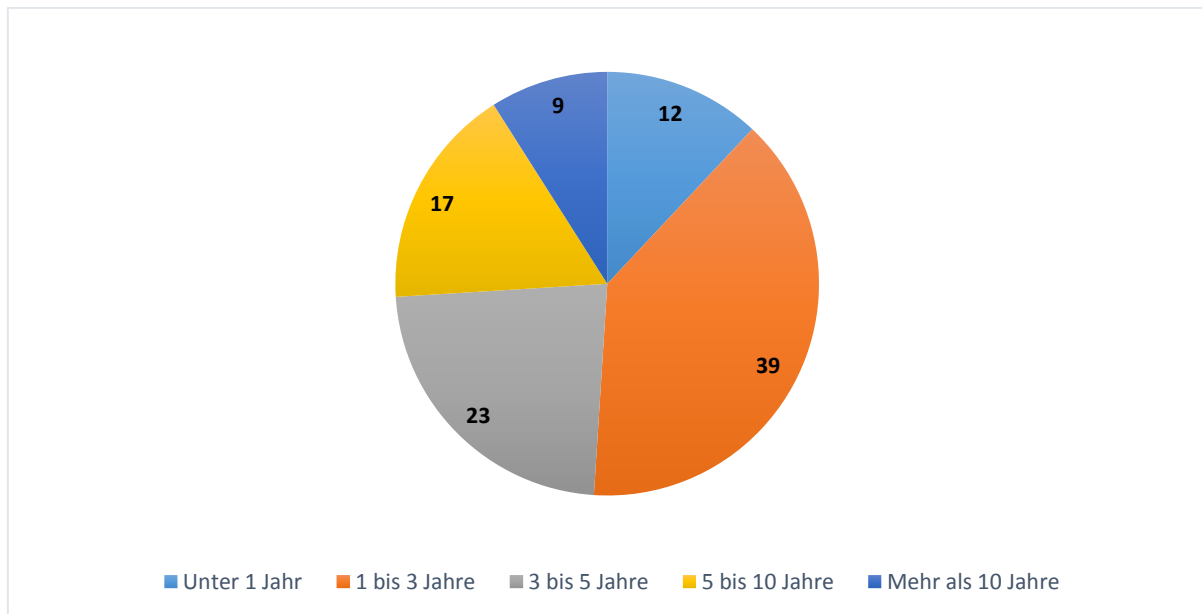


Abbildung 61: Dauer der Pflegeübernahme in Prozent (Quelle: Institut für Demoskopie Allensbach 2012, Seite 3)

Vereinbarkeit von Pflege und Beruf

Obwohl die Pflege eines Angehörigen oft erhebliche zeitliche Ressourcen bindet, sind viele private Pflegepersonen dennoch gleichzeitig berufstätig. Studien belegen, dass die Vereinbarkeit von Pflege und Erwerbstätigkeit im Zeitverlauf an Bedeutung gewonnen hat. So gehen 61 % der Frauen und 67 % der Männer, die sich zumindest eine Stunde pro Werktag um eine pflegebedürftige Person kümmern, im Jahr 2012 einer Berufstätigkeit nach. Seit 2001 haben sich diese Werte bei den pflegenden Frauen um 24 % und bei den pflegenden Männern um 21 % erhöht (Geyer/Schulz 2014, Seite 297).³² Die Zunahme der Erwerbstätigkeit von privaten Pflegepersonen ist auf den höheren Anteil berufstätiger Frauen, die Ausweitung der Leistungen der Pflegeversicherung sowie den gestiegenen Anteil pflegenden Männer zurückzuführen, die in den entsprechenden Altersstufen generell häufiger als die Frauen erwerbstätig sind (BMG 2011).

³² Der auf Grundlage der Daten des Sozioökonomischen Panels ermittelte Umfang der Erwerbstätigkeit von Pflegepersonen ist deutlich oberhalb des in anderen Studien ermittelten Umfangs angesiedelt. Beispielsweise lag der Anteil der erwerbstätigen Pflegepersonen in der Eurofamcare-Studie nur bei 42 % (Czekanowski et al. 2008, S. 130) und in der Infratest-Erhebung bei 59 % (BMG 2011, S. 31). Ursächlich hierfür ist, dass der Fokus beider Untersuchungen auf Hauptpflegepersonen gerichtet ist, die sich in umfassendem Maße in die Pflege einbringen und dadurch in ihrer Erwerbstätigkeit eingeschränkter sind (Keck 2012, S. 93).

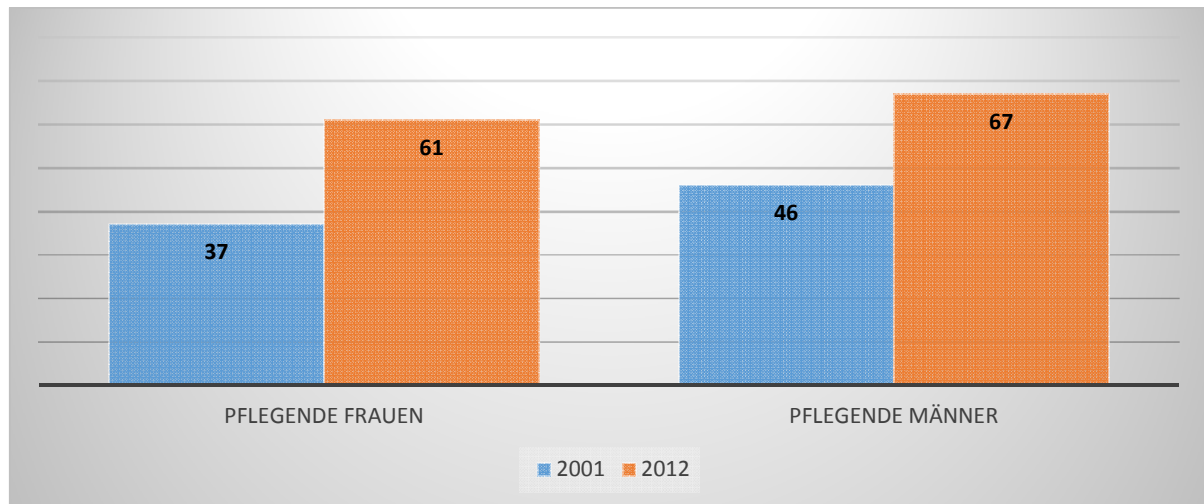


Abbildung 62: Erwerbsquoten privater Pflegepersonen in den Jahren 2001 und 2012 (Quelle: Geyer/Schulz 2014, Seite 297)

Die Erwerbsbeteiligung steht in engem Verhältnis zum zeitlichen Umfang der Pflege: Die Erwerbsquote von Frauen, die mehr als 28 Stunden in der Woche pflegen, ist um 31 % niedriger als die von Frauen, die weniger als 14 Stunden in der Woche in die Versorgung eingebunden sind. Bei Männern beläuft sich diese Differenz der Erwerbsquote auf 24 %. Dieser Zusammenhang zwischen der Erwerbsquote und der aufgewendeten Versorgungszeit bestätigt, dass eine zeitlich umfassende Pflege von Angehörigen mit dem Beruf nur schwer zu verbinden ist (Keck 2012, Seite 93).

Dennoch ist eine Mehrheit der privaten Pflegepersonen in Vollzeit beschäftigt. Wie die folgende Grafik zeigt, bestehen in Bezug auf das Ausmaß der Berufstätigkeit große Unterschiede zwischen pflegenden Frauen und pflegenden Männern (Keck et al. 2012).

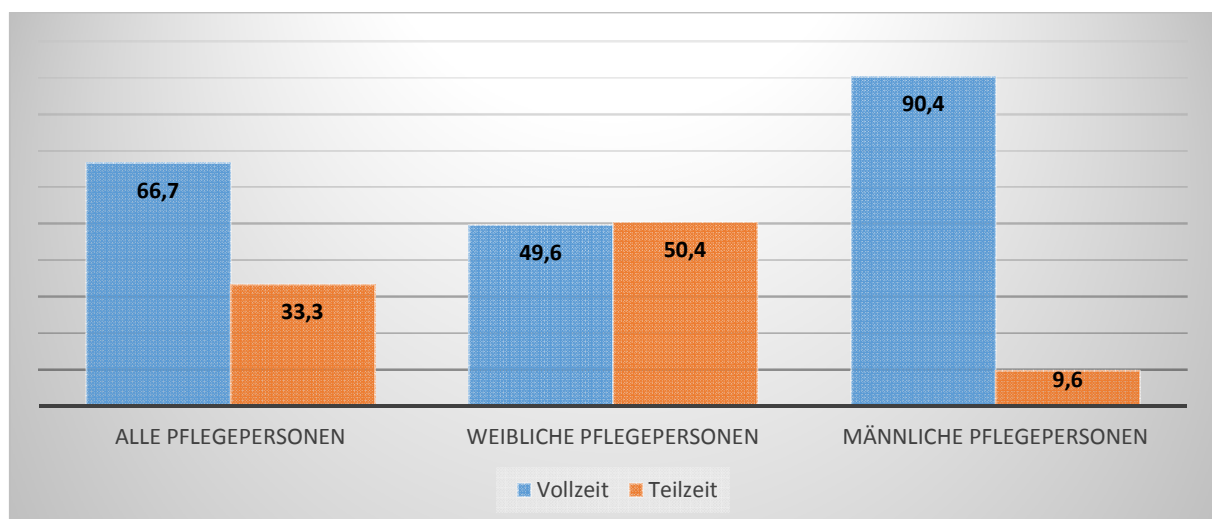


Abbildung 63: Umfang der Erwerbsbeteiligung von Pflegepersonen differenziert nach dem Geschlecht in Prozent (Quelle: Keck et al. 2012, Seite 93)

Zu berücksichtigen ist hierbei, dass viele Frauen schon vor Aufnahme der Pflegetätigkeit in Teilzeit erwerbstätig waren, weil sie nicht selten ihre Arbeitszeit schon vor Beginn der Pflege reduziert haben. Beim Auftreten des Pflegebedarfs besteht daher zwar eine größere Verfügbarkeit für die Übernahme von Versorgungsaufgaben (Keck 2012), gleichzeitig aber ein höheres Risiko, langfristig Einbußen bei der eigenen Alterssicherung zu erfahren.

86 % aller privaten Pflegepersonen geben an, dass sich Pflege und Beruf nicht gut miteinander vereinbaren lassen. 52 % verweisen dabei auf größere und sehr große Schwierigkeiten (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 2011, Seite 6). Die Probleme, die mit der Bewältigung dieser Doppelaufgabe verbunden sein können, zeigen sich zum Beispiel in Form von Abwesenheiten vom Arbeitsplatz, eines verminderten Leistungsvermögens, Einschränkungen der Konzentrationsfähigkeit sowie Schwierigkeiten, an Fort- oder Weiterbildungen teilzunehmen oder Überstunden zu erbringen (Kohler/Döhner 2011; Reichert 2012; Schneider et al. 2006). 34 % der Hauptpflegepersonen schränken außerdem ihre Erwerbsarbeit ein (BMG 2011, Seite 32). Dieser Anteil hat sich seit 1991 um 22 % erhöht (Schneekloth/Wahl 2005, Seite 79). In letzter Konsequenz können Konflikte bei der Vereinbarkeit von Pflege und Beruf auch zu einer Aufgabe der Erwerbstätigkeit führen. Im Jahr 2010 betraf dies 15 % der in die Befragung von TNS Infratest eingebundenen Hauptpflegepersonen. Gegenüber dem Jahr 1991 hat sich dieser Anteil um 4 % reduziert (BMG 2011, Seite 31). Ganz überwiegend sind von der Aufgabe der Erwerbstätigkeit Frauen betroffen (Künemund 2005). Der Austritt aus dem Arbeitsmarkt kann mit erheblichen negativen Auswirkungen für das Einkommen, die soziale Sicherung und die Wiedereingliederung in den Beruf verbunden sein und langfristig das Armutsrisiko steigern (Jabsen/Blossfeld 2008; Wakabayashi/Donato 2006; Berliner Rat für Familienfragen 2014).³³

Auf der Ebene der Betriebe tritt die Vereinbarkeit von Pflege und Beruf zunehmend stärker in den Fokus der Betrachtung. Nach einer Befragung des Zentrums für Qualität in der Pflege (ZQP) halten es 76 % der Personalentscheiderinnen und Personalentscheider für wichtig oder sehr wichtig, ihre Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter bei einer gelingenden Verbindung von Beruf und Pflege zu unterstützen. Dennoch bieten noch immer 72 % der Unternehmen keine entsprechenden betriebsinternen Angebote an und planen auch keine Einführung. In besonderem Maße betrifft dies kleinere Betriebe. 13 % der Unternehmen mit 50 bis 249 Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern halten entsprechende Angebote vor. Auch sind die Unternehmen nicht immer darüber informiert, dass in ihrem Betrieb Beschäftigte Beruf und häusliche Pflege vereinbaren (Zentrum für Qualität in der Pflege 2015a, Seite 6ff).

³³ Deutschlandweit leben 284.000 pflegende Angehörige in Haushalten mit Arbeitslosengeld-II-Bezug (Hohmeyer/Kopf 2015, S. 2)

Werden Maßnahmen zur Vereinbarkeit von Pflege und Beruf angeboten, handelt es sich vornehmlich um flexible Arbeitszeiten, individuelle Absprachen und zeitlich befristete Freistellungen von der Arbeit. Aber auch betriebsinterne Beratungs- und Vermittlungsangebote, Heimarbeit, Jobsharing sowie Schulungen und Weiterbildungen für Führungskräfte zum Thema „Pflege“ werden benannt (Zentrum für Qualität in der Pflege 2015a, Seite 6ff).

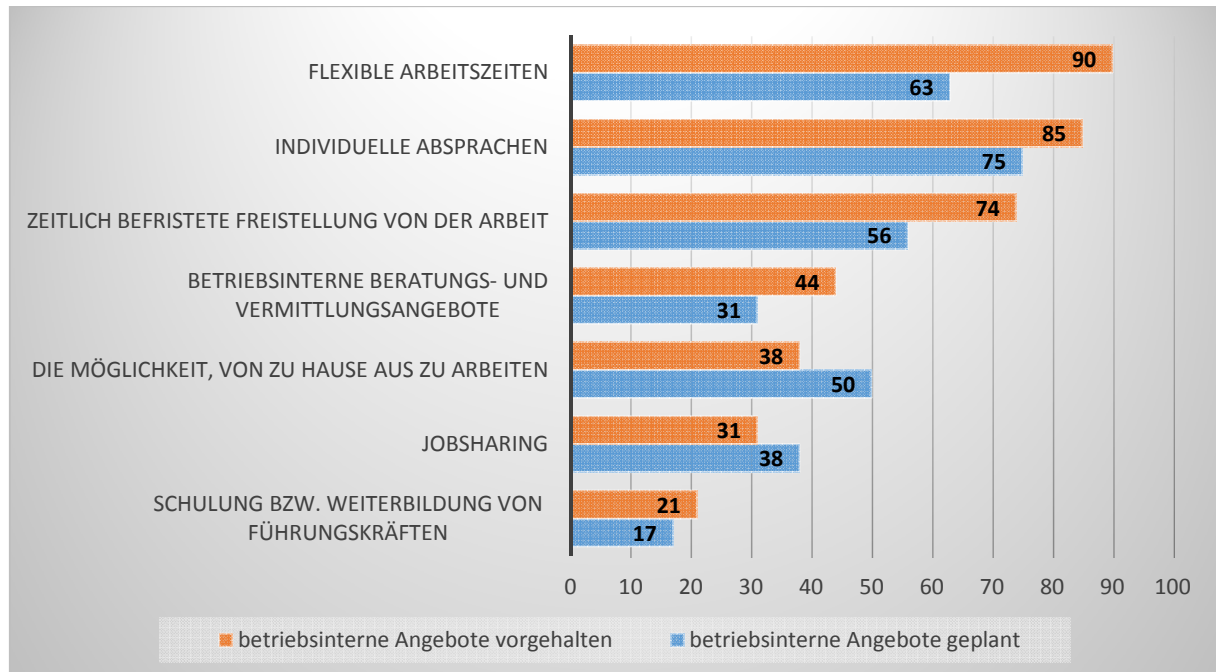


Abbildung 64: Angebot betrieblicher Maßnahmen zur Vereinbarkeit von Pflege und Beruf in Prozent (Quelle: Zentrum für Qualität in der Pflege 2015a, Seite 8)

Insbesondere der organisatorische Aufwand, die unternehmensinterne Prioritätensetzung, der Mangel an Umsetzungshilfen und Praxistipps sowie die Kostenintensität der Angebote stehen einem noch stärkeren Engagement der Unternehmen entgegen (berufundfamilie gGmbH/GfK 2011, Seite 13).

Inanspruchnahme der kurzzeitigen Freistellung, der Pflegezeit und der Familienpflegezeit

Den niedersächsischen Pflegekassen liegen keine Aussagen dazu vor, wie häufig die kurzzeitige Freistellung bisher genutzt wird. In Deutschland nahmen im Jahr 2010 etwa 9.000 Personen von 150.000 Anspruchsberechtigten diese Leistungen in Anspruch. Dies entspricht einem Anteil von 5 % (BMG 2011, Seite 31). Hauptgründe für die geringe Inanspruchnahme bestanden zu diesem Zeitpunkt darin, dass der Anspruch wenig bekannt war oder die Freistellung nicht erforderlich erschien. Aber auch befürchtete berufliche Nachteile bei der Inanspruchnahme oder finanzielle Einbußen standen einer vermehrten Inanspruchnahme entgegen (BMG 2011, Seite 33).

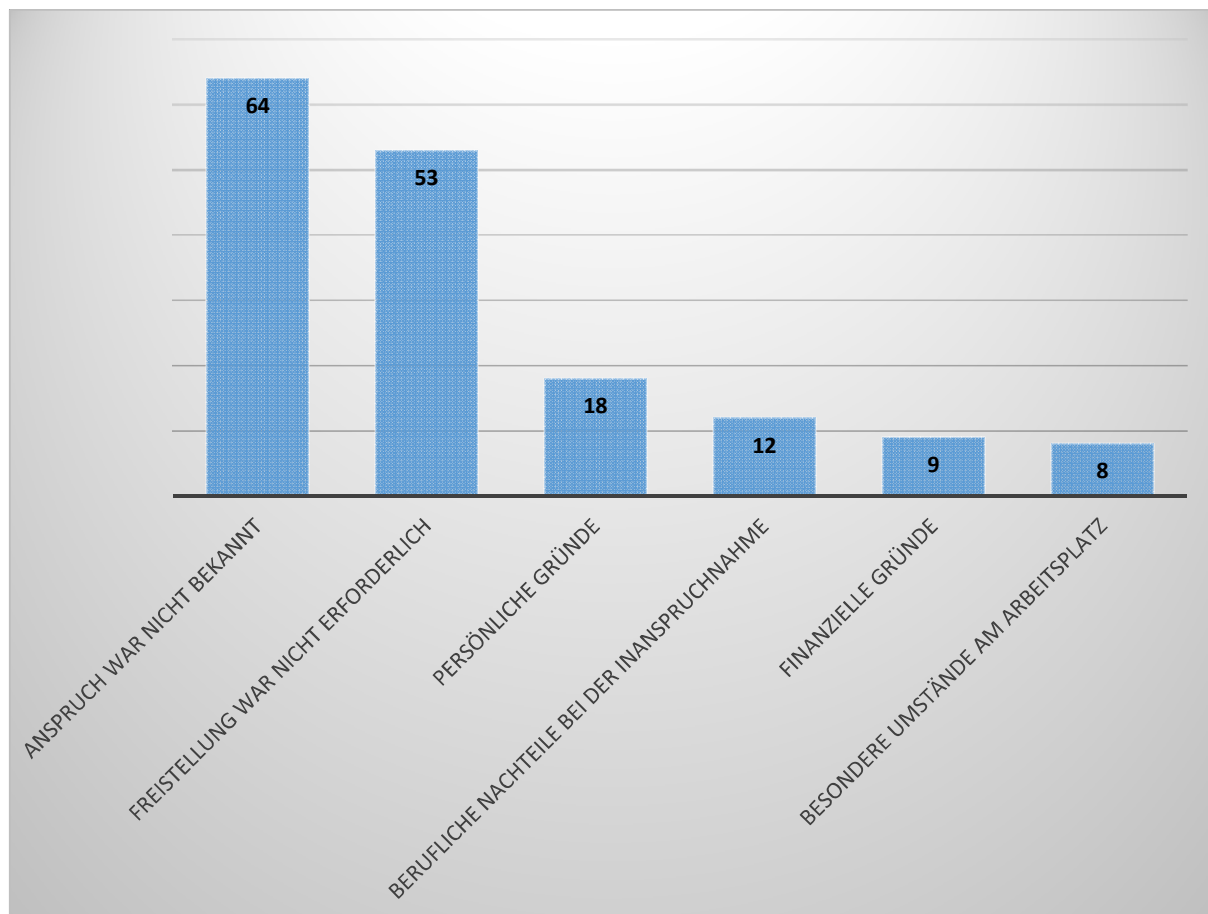


Abbildung 65: Gründe für die Nichtinanspruchnahme der kurzzeitigen Freistellung bei Pflegeeintritt in Prozent (Quelle: BMG 2011, Seite 33, Mehrfachnennungen möglich)

Noch seltener als die kurzfristige Freistellung bei Pflegeeintritt wird die Pflegezeit in Anspruch genommen. Nach Auskunft der Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SLFG), der IKK Classic und einiger Ersatzkassen³⁴ nahmen in Niedersachsen im Jahr 2014 nur 19 Angehörige ihrer Versicherten diese Leistung in Anspruch. Den übrigen Pflegeversicherungen liegen hierzu keine Daten vor. Auch auf Bundesebene ist lediglich eine geringe Inanspruchnahme der Pflegezeit zu beobachten. Lediglich 4 % der Hauptpflegepersonen, die im Zeitraum zwischen 2008 und 2010 in einem Unternehmen mit mehr als 15 Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern bundesweit beschäftigt waren, nahmen die Pflegezeit in Anspruch. Dies entsprach zur damaligen Zeit in etwa 18.000 Nutzerinnen und Nutzern in Deutschland aus einer Gesamtgruppe von circa 480.000 Anspruchsberechtigten (BMG 2011, Seite 32).³⁵ Ausschlaggebend hierfür waren im Jahr 2010 das fehlende Wissen der pflegenden Angehörigen

³⁴ DAK-Gesundheit-Pflegekasse, Pflegekasse bei der Kaufmännischen Krankenkasse (KKH) und Pflegekasse bei der Handelskrankenkasse (hkk); den übrigen Pflegekassen liegen hierzu keine Daten vor.

³⁵ Es gibt Hinweise darauf, dass von den Betroffenen häufig nicht der gesamte mögliche Freistellungszeitraum von sechs Monaten ausgeschöpft und die Pflegezeit mehrheitlich in Vollzeit und nicht in Teilzeit in Anspruch genommen wurde (BMG 2011).

über den eigenen Anspruch, die mangelnde Erforderlichkeit sowie finanzielle Gründe. Auch die Begrenzung des Anspruchs auf Betriebe mit mehr als 15 Beschäftigten wurde von den Befragten als ein Grund für den Verzicht auf die Inanspruchnahme genannt (BMG 2011).

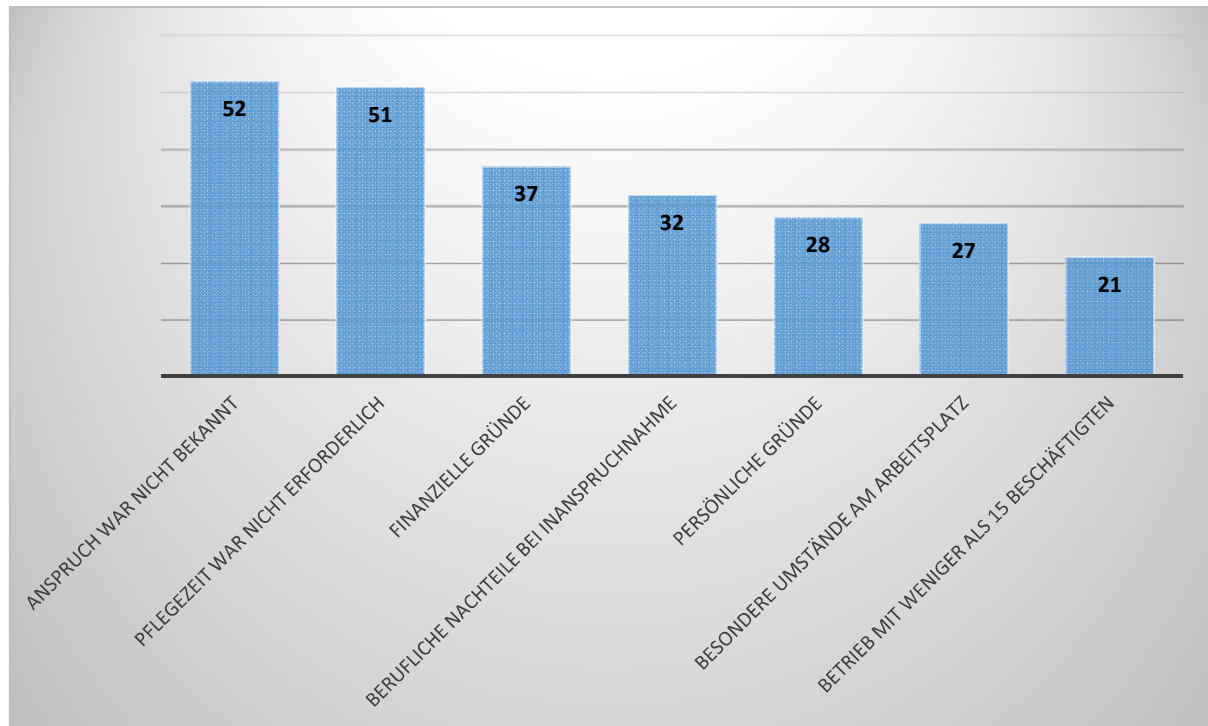


Abbildung 66: Gründe für die Nichtinanspruchnahme der Pflegezeit (Quelle: BMG 2011, Seite 33, Mehrfachnennungen möglich)

Auskünfte zur Inanspruchnahme der Familienpflegezeit liegen in Niedersachsen nicht vor. Bundesweit war die Nachfrage nach der alten Familienpflegezeitregelung gering. Im Januar 2013 wurden nach Angaben der Bundesregierung nur für 147 Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer Pflegezeitdarlehen oder die Aufnahme in die Gruppenversicherung des Bundesfamilienamts beantragt.³⁶ 123 dieser Anträge wurden bewilligt. Die durchschnittliche Dauer der Familienpflegezeit belief sich dabei auf knapp 15 Monate (Deutscher Bundestag 2013, Seite 2f).

Um die Tragfähigkeit der neuen Freistellungsregelungen gut einschätzen zu können, ist ihre Bewertung durch die Betriebe von Bedeutung. Eine Unternehmensbefragung des ZQP belegt, dass mehr als die Hälfte der Befragten die zum 01. Januar 2015 in Kraft getretene Familienpflegezeit und die Freistellung

³⁶ Diese Zahl umfasst dabei nicht die Fälle, in denen die Arbeitgeberinnen oder der Arbeitgeber kein Darlehen beim Bundesamt für Familie und zivilgesellschaftliche Aufgaben beantragt und eine eigene Gruppenversicherung bei einem Familienpflegezeitversicherer abgeschlossen haben. Insofern liegt die Anzahl der Bezieherinnen und Bezieher der Familienpflegezeit vermutlich höher.

zur Begleitung im Sterbeprozess von Angehörigen für in ihrem Unternehmen weniger gut oder überhaupt nicht gut umsetzbar hält. Je kleiner der Betrieb, desto größer sind die Vorbehalte, da der (teilweise) Ausfall von Beschäftigten in der Regel schlechter kompensiert werden kann. Die kurzzeitige Freistellung und das Unterstützungsgeld werden demgegenüber mehrheitlich positiv bewertet. Grundsätzlich gilt: Je länger die (teilweise) Freistellung, desto weniger praktikabel erscheint den Vertreterinnen und Vertretern der Unternehmen diese Regelung (Zentrum für Qualität in der Pflege 2015a).

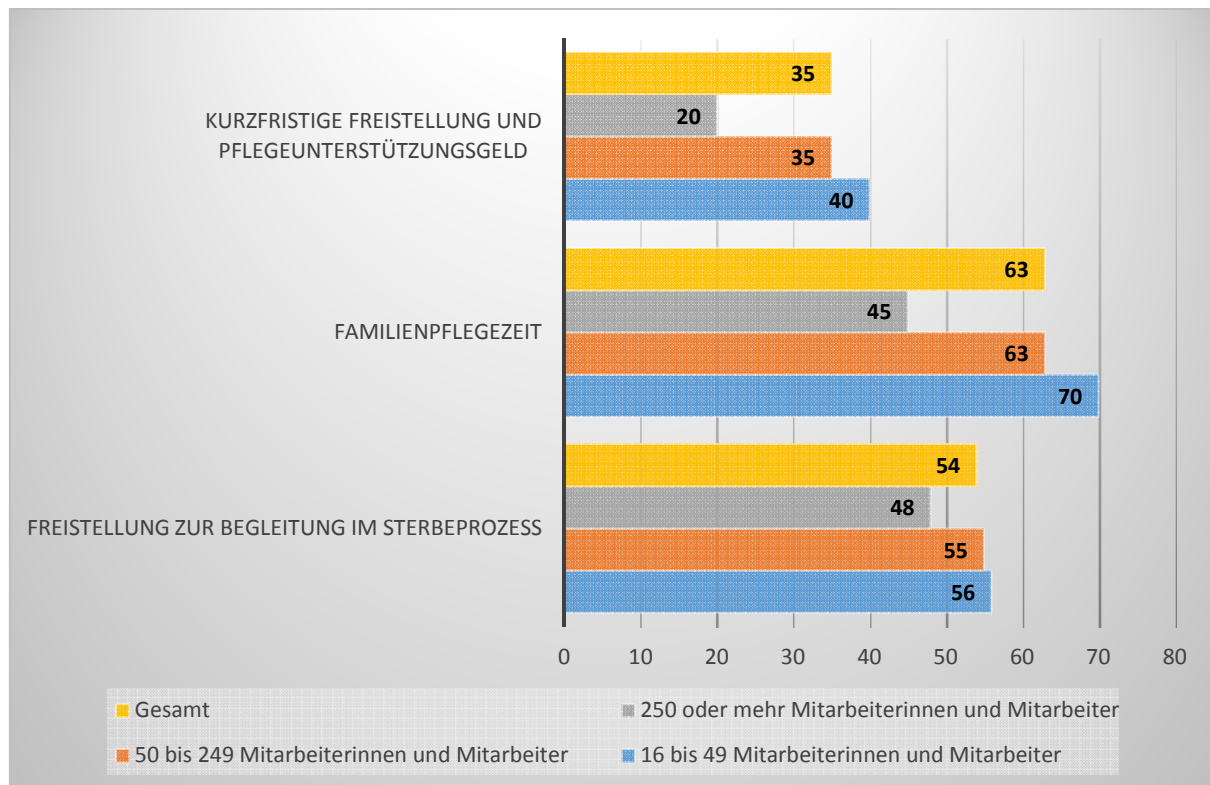


Abbildung 67: Kritische Einschätzung der Umsetzbarkeit der Freistellungsregelungen für Pflegende aus betrieblicher Sicht in Prozent (Quelle: Zentrum für Qualität in der Pflege 2015, Seite 11, Antwortkategorie: Umsetzbarkeit weniger gut oder überhaupt nicht möglich)

Belastungs- und Beanspruchungserleben

Die Pflege eines Angehörigen ist sowohl für berufstätige als auch für nicht berufstätige Pflegepersonen nicht selten mit erheblichen Belastungen verbunden. Im Vergleich zum Jahr 1998 hat sich der Anteil derjenigen, die ein „sehr starkes“ Belastungsniveau aufweisen, verringert. Im Gegenzug ist der Anteil der Pflegepersonen gestiegen, die „eher starke“ Belastungen durch die Pflege schildern. Diese geringfügige Reduktion des Belastungserlebens bei Hauptpflegepersonen kann auf den Ausbau der Leistungen der Pflegeversicherung und die hiermit offenbar empfundene entlastende Wirkung zurückgeführt werden. Da das Ausmaß der Pflegebedürftigkeit in einem engen Zusammenhang mit dem Belastungsempfinden steht, spiegelt sich in dieser Entwicklung auch die Zunahme des Anteils der Pflegebedürftigen mit der Pflegestufe I wider (BMG 2011).

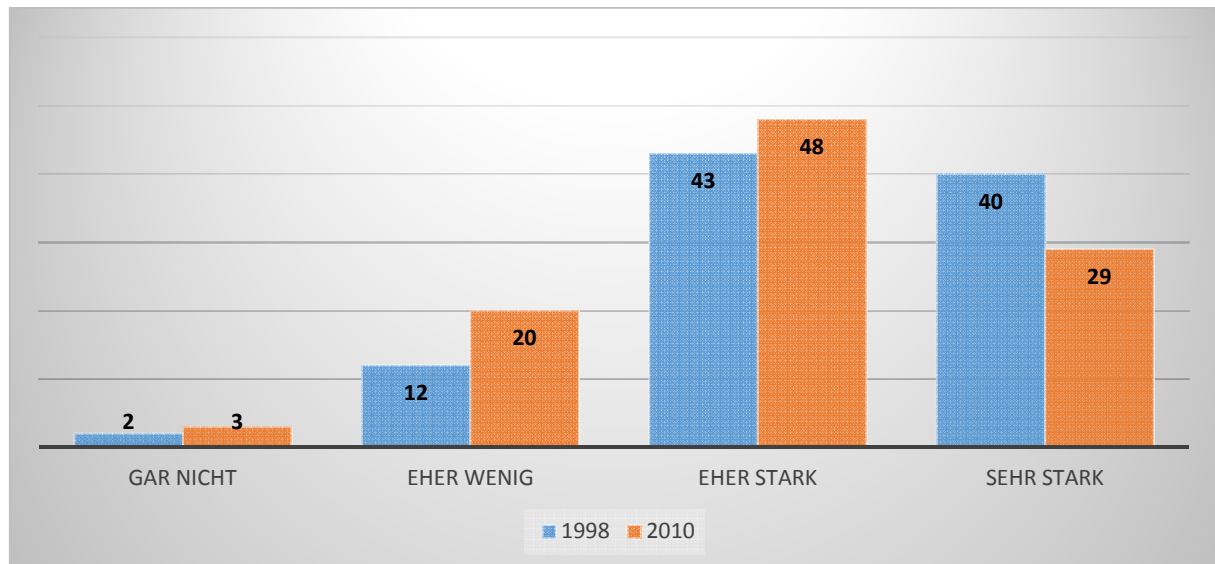


Abbildung 68: Belastungsniveau der Hauptpflegeperson in den Jahren 1998 und 2010 in Prozent (Quelle: BMG 2011, Seite 29)

Die TK-Studie zur Stresslage der Nation nimmt das Belastungs- und Beanspruchungsniveau von privaten Pflegepersonen differenzierter in den Blick und führt Vergleiche dieser Gruppe mit der Gesamtheit aller Befragten an. Signifikant häufiger fühlen sich Pflegenden abgearbeitet und verbraucht, nervös und gereizt sowie ausgebrannt und erschöpft (Techniker Krankenkasse 2013). Hierzu tragen die starke zeitliche Inanspruchnahme, die mangelnde Zeitautonomie, der hiermit oft verbundene Abbau der Zahl sozialer Kontakte und Erholungsphasen oder aber auch der Persönlichkeits- und Beziehungsverlust bei der Versorgung Demenzerkrankter bei (Pinquart/Sörensen 2002; Schmidt/Gräsel 2012; BQS-Institut für Qualität & Patientensicherheit 2014).

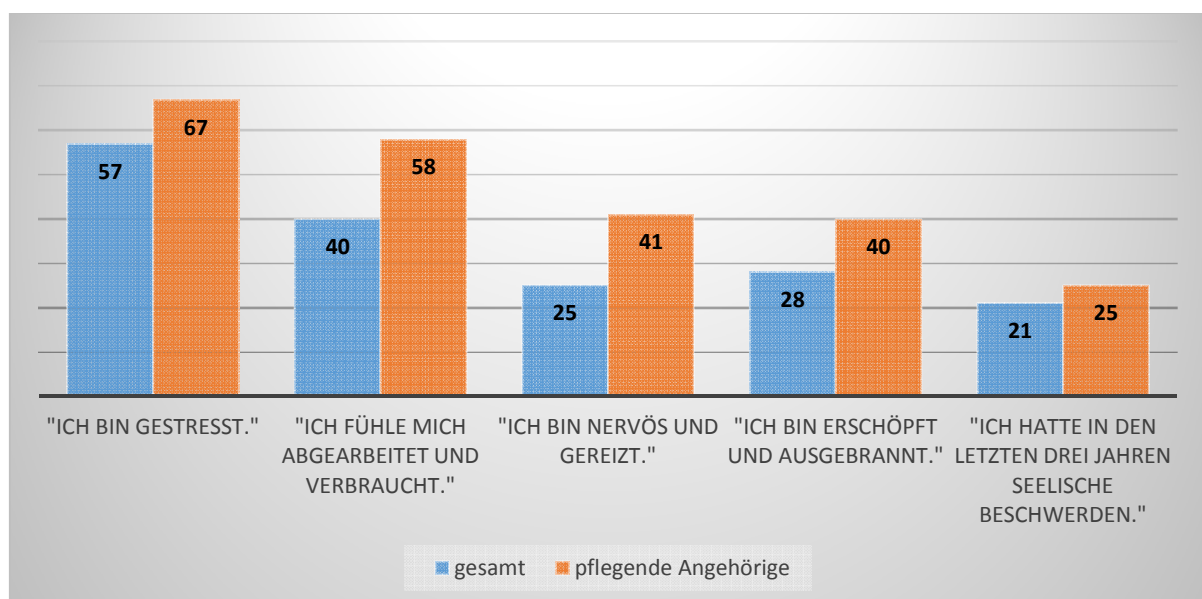


Abbildung 69: Belastungsniveau von privaten Pflegepersonen in Prozent (Quelle: Techniker Krankenkasse 2013, Seite 11)

Auch das physische Beanspruchungsniveau von pflegenden Angehörigen ist weitaus höher als von nicht Pflegenden. Pflegende sind dementsprechend häufiger von Rückenschmerzen, Schlafproblemen und Atembeschwerden betroffen als der Bevölkerungsdurchschnitt (Techniker Krankenkasse 2013).

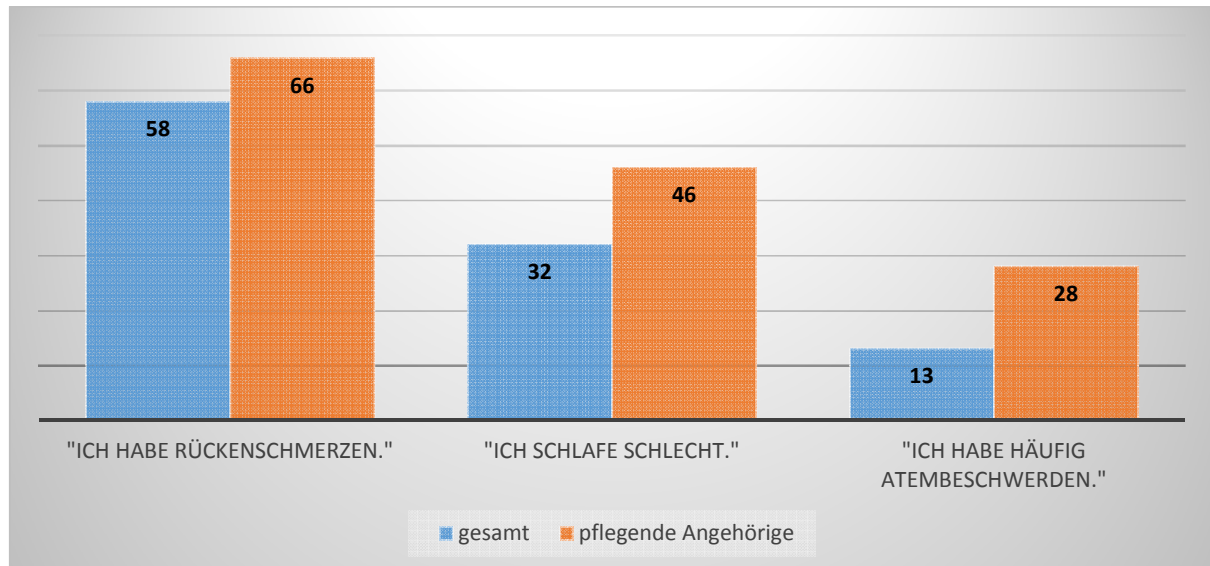


Abbildung 70: Beanspruchungserleben von privaten Pflegepersonen in Prozent (Quelle: Techniker Krankenkasse 2013, Seite 11)

Vor dem Hintergrund des Belastungs- und Beanspruchungserlebens pflegender Angehöriger wird vielfach über Entlastungsstrategien diskutiert. In Niedersachsen existiert dazu ein breites Spektrum unterschiedlichster Betreuungs- und Pflegeangebote, komplementärer Dienstleistungen und Beratungsangebote (siehe nachfolgende Kapitel). Nicht immer können diese Angebote aber zu einer tatsächlichen Entlastung der Betroffenen beitragen (Lopez-Hartmann et al. 2012; BQS-Institut 2014). Dies wird zum einen darauf zurückgeführt, dass Informationen über geeignete Angebote die Betroffenen teilweise nicht erreichen: 63 % der privaten Pflegehaushalte schätzen die Möglichkeit, sich über Leistungen der Pflegeversicherung zu informieren, sehr gut oder gut ein, 34 % hingegen bewerten diese Möglichkeit eher schlecht oder sehr schlecht. Ähnlich gestaltet sich die Verteilung bei der Frage nach der Einschätzung des eigenen Wissens über die Leistungen der Pflegeversicherung (Quelle: BMG 2011, Seite 53).

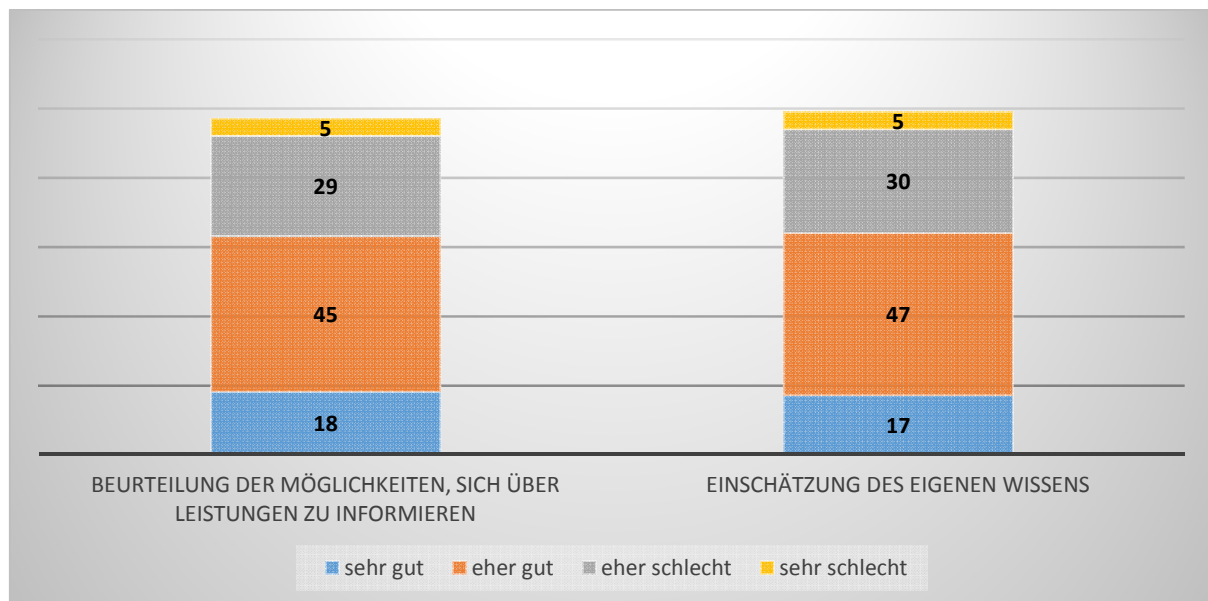


Abbildung 71: Informationen über Leistungen der Pflegeversicherung bei pflegenden Angehörigen in Prozent (Quelle: BMG 2011, Seite 53)

Zum anderen ist aber für eine Verbesserung des subjektiven Belastungsempfindens auch die Passgenauigkeit der Angebote maßgeblich. Dies betrifft zum Beispiel die Kompatibilität der Angebote mit der Tagesstruktur des Pflegehaushaltes, die zeitliche Flexibilität der Dienste sowie die Erfüllung des Wunsches nach einer kontinuierlich bestehenden Pflege- und Betreuungsbeziehung (Preuß 2013; Rinderspacher et al. 2009).

4.1.3 Kurzbewertung

Die Darstellung verdeutlicht, dass private Pflegepersonen eine der zentralen Säulen des deutschen Pflegesystems darstellen.

Vor dem Hintergrund demografischer und sozialer Wandlungsprozesse darf das dargestellte Bild der Versorgungsbeziehungen jedoch nicht ohne weiteres auch künftig als selbstverständlich betrachtet werden. Eine zunehmende Erwerbstätigkeit der privaten Pflegepersonen stellt dabei eine zentrale Herausforderung der Zukunft dar. Bereits heute verbinden viele Pflegenden die Versorgung eines Angehörigen mit einer Vollzeitberufstätigkeit. Diese Beschäftigungsform wird vor dem Hintergrund der zunehmenden Erwerbsorientierung von Frauen noch an Bedeutung gewinnen. Vor diesem Hintergrund ist zu erwarten, dass Pflegekonstellationen zunehmen, in denen die häuslichen Pflegepersonen umfassender durch professionelle Pflegedienste unterstützt werden. Der in Niedersachsen seit 1999 um 4,3 % gestiegene Anteil der Empfängerinnen und Empfänger von Pflegesachleistungen kann als ein

Hinweis auf diese Entwicklung betrachtet werden. Die Ausweitung der Inanspruchnahme von Tagespflege oder auch der niedrighschwelligen Betreuungs- und Entlastungsangebote können ebenfalls als entsprechende Indikatoren gewertet werden (siehe auch Kapitel II.4.3 und 4.5).

Trotz der zunehmenden Unterstützung häuslicher Pflegearrangements durch professionelle Dienste ist das Belastungserleben der privaten Pflegepersonen wesentlich höher als in der Gesamtbevölkerung. Um eine Überlastung zu verhindern, sollten pflegende Angehörige umfassend über bestehende Unterstützungsmöglichkeiten aufgeklärt werden. Eine auf den Einzelfall zugeschnittene und im Bedarfsfall aufsuchende Pflegeberatung, die auf einer systematischen Erfassung des Hilfebedarfs sowie einer umfassenden Hilfeplanung fußt, kann insbesondere in komplexen Pflegesituationen einen wertvollen Beitrag leisten. Sie eröffnet den Zugang zu dem im ambulanten Sektor vorhandenen Leistungsspektrum (siehe nachfolgende Kapitel).

Darüber hinaus ist insbesondere in Krisensituationen oder lang andauernden Pflegesituationen auch eine psychische Entlastung von Bedeutung. Neben der Berücksichtigung psychosozialer Dimensionen der Pflegesituation in der Beratung von Pflegenden kann auf dieser Ebene auch der Austausch von Betroffenen untereinander eine Entlastungsquelle darstellen. Angehörigengesprächskreise oder Selbsthilfegruppen bieten hierzu eine geeignete Plattform. Aufgrund der zeitlichen und räumlichen Gebundenheit von pflegenden Angehörigen werden dabei künftig auch Kommunikationstechnologien an Bedeutung gewinnen, die eine virtuelle Vernetzung ermöglichen.

Vor dem Hintergrund der sukzessiven Zunahme des Anteils erwerbstätiger Pflegenden sollte auch das betriebliche Setting als Anknüpfungspunkt für Entlastungsstrategien stärker in den Blick genommen werden. Obwohl die Sensibilität der Unternehmen für die Bedeutung der Vereinbarkeit von Familie und Beruf zunimmt und ein entsprechendes arbeitgeberseitiges Engagement vermehrt als tragfähige Strategie zur Fachkräftesicherung und -bindung betrachtet wird, steht der Vereinbarkeitskonflikt pflegender Beschäftigter bisher noch kaum im Fokus.

Durch die Einführung des PflegeZG und des FPfZG wurden bereits im Jahr 2008 und im Jahr 2012 entsprechende Rechtsansprüche geschaffen. Die Inanspruchnahme dieser Regelungen blieb jedoch hinter den Erwartungen zurück. Auswirkungen des neuen Gesetzes zur besseren Vereinbarkeit von Familie, Pflege und Beruf bleiben abzuwarten. Hemmnisse wie fehlende Ansprüche auf Pflegezeit und Familienpflegezeit in Kleinstbetrieben, die zeitliche Begrenzung der Inanspruchnahme auf 24 Monate selbst im Falle einer kombinierten Nutzung von Pflegezeit und Familienpflegezeit und insbesondere die zu geringe Abdeckung des Verdienstaufschlags durch das zinslose Darlehen und die kurze Tilgungsfrist der Darlehensschuld zeichnen sich jedoch schon heute ab. Deutliche Erleichterungen ergeben sich demgegenüber durch die Einführung des Pflegeunterstützungsgeldes, das nun kurzzeitige, pflegebedingte Arbeitsausfälle finanziell absichert.

4.2 Ambulante Pflegeeinrichtungen

4.2.1 Ausgangslage

Gemäß § 71 Abs. 1 SGB XI handelt es sich bei ambulanten Pflegeeinrichtungen (Pflegediensten) um selbstständig wirtschaftende Einrichtungen, die unter ständiger Verantwortung einer ausgebildeten Pflegekraft pflegebedürftige Menschen in ihrer eigenen Häuslichkeit pflegen und hauswirtschaftlich versorgen. Die zentrale leistungsrechtliche Grundlage bildet § 36 SGB XI. Danach haben Pflegebedürftige bei häuslicher Pflege einen Anspruch auf die Erbringung von häuslicher Pflegehilfe in Form von Grundpflege und hauswirtschaftlicher Versorgung. Seit dem 01. Januar 2013 können nach § 36 Abs. 1 Satz 6 SGB XI auch zusätzliche Betreuungsleistungen in Anspruch genommen werden, wenn die Grundpflege und die hauswirtschaftliche Versorgung im Einzelfall sichergestellt sind. Die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen haben dabei die Wahl, ob sie die häuslichen Pflegehilfen in Form von verrichtungsbezogenen Leistungskomplexen oder eines festgelegten Zeitkontingents nutzen (§ 89 Abs. 3 SGB XI) (siehe hierzu Kapitel II.9.1).

Ambulante Pflegedienste können daneben aus Mitteln der Pflegeversicherung auch Leistungen der häuslichen Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson gemäß § 39 SGB XI erbringen.

Die häusliche Pflegehilfe wie auch die Verhinderungspflege können von Pflegebedürftigen der Pflegestufen I bis III und von häuslich versorgten Personen mit dauerhaft eingeschränkter Alltagskompetenz in Anspruch genommen werden. Dies gilt auch dann, wenn der Bedarf an Grundpflege und hauswirtschaftlicher Versorgung nicht das Ausmaß der Pflegestufe I erreicht (§ 61 Abs. 1 SGB XII). Der berechnete Personenkreis nach § 45a SGB XI hat zudem Anspruch auf zusätzliche Betreuungs- und Entlassungsleistungen (§ 45b SGB XI). Diese können auch von ambulanten Pflegeeinrichtungen erbracht werden (siehe Kapitel II.4.6).

Nahezu alle Pflegedienste erbringen neben den Leistungen nach dem SGB XI auch Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach § 37 SGB V sowie ergänzende Angebote im Vor- und Umfeld von Pflege.

Ambulante Pflegeeinrichtungen bedürfen zur Abrechnung der von ihnen erbrachten Leistungen aus Mitteln der Pflegeversicherung der Zulassung durch den Abschluss eines Versorgungsvertrages mit den Landesverbänden der Pflegekassen und den Trägern der Sozialhilfe (§§ 72, 73 SGB XI). Zur Erbringung von Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach § 37 SGB V ist der Abschluss von Verträgen mit den Krankenkassen nach § 132a SGB V notwendig.

4.2.2 Entwicklung der Angebotsstruktur

Anzahl der Dienste

Ende des Jahres 2013 existieren in Niedersachsen 1.231 ambulante Pflegeeinrichtungen, die über einen Versorgungsvertrag für die Leistungserbringung nach dem SGB XI zugelassen sind. Im Zeitvergleich lässt sich eine deutliche Zunahme dieser Dienste feststellen (10,7 % seit 2007 und 33 % seit 1999). Die Ausweitung dieses Dienstleistungssegments ist primär auf den wachsenden Pflegebedarf und auf die gesetzlichen Leistungsverbesserungen zurückzuführen.

9,7 % aller Pflegedienste im Bundesgebiet entfallen auf Niedersachsen. Dies entspricht dem Anteil Niedersachsens an der gesamtdeutschen Bevölkerung. Die Zahl der Pflegedienste ist zwischen 2007 und 2013 in Niedersachsen in etwa gleichem Maß gestiegen, wie im Bundesgebiet (um rund 10 %).

Art der Trägerschaft

Die überwiegende Zahl der Pflegedienste befindet sich in privater Trägerschaft (66,4 %). Der Anteil der freigemeinnützig getragenen Einrichtungen ist mit 32,2 % nur knapp halb so groß. Öffentlich getragene Pflegedienste nehmen mit 1,5 % lediglich einen marginalen Anteil ein. Die Anzahl der privaten Pflegedienste hat im Zeitverlauf sukzessive zugenommen, wobei diese Entwicklung zwischen 2007 und 2013 nicht mehr so stark ausgeprägt ist, wie zwischen 1999 und 2007. Die Anzahl der Dienste in freigemeinnütziger und in öffentlicher Trägerschaft hat sich demgegenüber reduziert.

Jahr	Gesamt	Art der Trägerschaft		
		privat	freigemeinnützig	öffentlich
2013	1.231	817 (66,4%)	395 (32,2 %)	19 (1,5 %)
2007	1.112	703 (63,2 %)	384 (34,5 %)	25 (2,2 %)
1999	926	493 (53,2 %)	410 (44,3 %)	23 (2,5 %)

Tabelle 18: Ambulante Pflegedienste differenziert nach Trägerschaft in den Jahren 2013, 2007 und 1999 (Quelle: LSN, Pflegestatistik 2013, 2007 und 1999)

Bei der Trägerschaft der Dienste zeigt sich in Niedersachsen ein ähnliches Bild wie auf Bundesebene, wo der Anteil der Einrichtungen in privater Trägerschaft bei 63,9 %, in freigemeinnütziger Trägerschaft bei 34,7 % und in öffentlicher Trägerschaft bei 1,4 % liegt (siehe Anhang II.4.2-A).³⁷

³⁷ Zwischen den Bundesländern bestehen teilweise große Unterschiede hinsichtlich der Trägerstruktur. Während beispielsweise in den Metropolen Hamburg (77,8 %) und Berlin (77,9 %) die weitaus meisten Einrichtungen privat getragen werden, ist dieser Anteil in Baden-Württemberg (51,1 %) deutlich geringer.

Leistungsangebot und Art der Pflegedienste

Mit 97,9 % erbringt die überwiegende Mehrheit der Pflegedienste nicht nur Leistungen im Rahmen des SGB XI, sondern auch andere Leistungen (2007: 99,3 %). Einen wichtigen Stellenwert nehmen hierbei die häusliche Krankenpflege oder Haushaltshilfe nach SGB V ein, die auch bei fast allen dieser Dienste einen Bestandteil des Leistungsspektrums bilden. Aber auch sonstige ambulante Hilfeleistungen werden erbracht, wenngleich sich seit 2007 in diesem Bereich eine deutliche Reduktion der Dienste ergeben hat (*siehe Anhang II.4.2-B*).

	SGB V-Leistungen	sonstige Hilfeleistungen
2013	96,5 %	34,4 %
2007	98,2 %	42,4 %

Tabelle 19: Leistungsangebot der ambulanten Pflegedienste in den Jahren 2007 und 2013 in Prozent (Quelle: LSN, Pflegestatistik 2013, 2007)

Ein Großteil der niedersächsischen ambulanten Pflegeeinrichtungen (90,5 %) bietet ihre Leistungen allen potenziellen Nutzerinnen und Nutzern des regionalen Marktes an. Lediglich 9,5 % der ambulanten Pflegeeinrichtungen sind anderen Einrichtungen oder Diensten (zum Beispiel Einrichtungen des Betreuten Wohnens, Rehabilitationseinrichtungen, Krankenhäusern oder Diensten der Eingliederungshilfe) zugeordnet und erbringen ihre Leistungen weitestgehend oder sogar ausschließlich für den jeweiligen Kunden- beziehungsweise Patientenstamm.

Regionale Verteilung

Die Daten der Landespflegestatistik lassen erkennen, dass im Durchschnitt pro kommunaler Gebietskörperschaften 27 ambulante Dienste vertreten sind. Die Zahlen reichen von 171 Diensten bis zu acht Pflegediensten (*siehe Anhang II.4.2-C*).

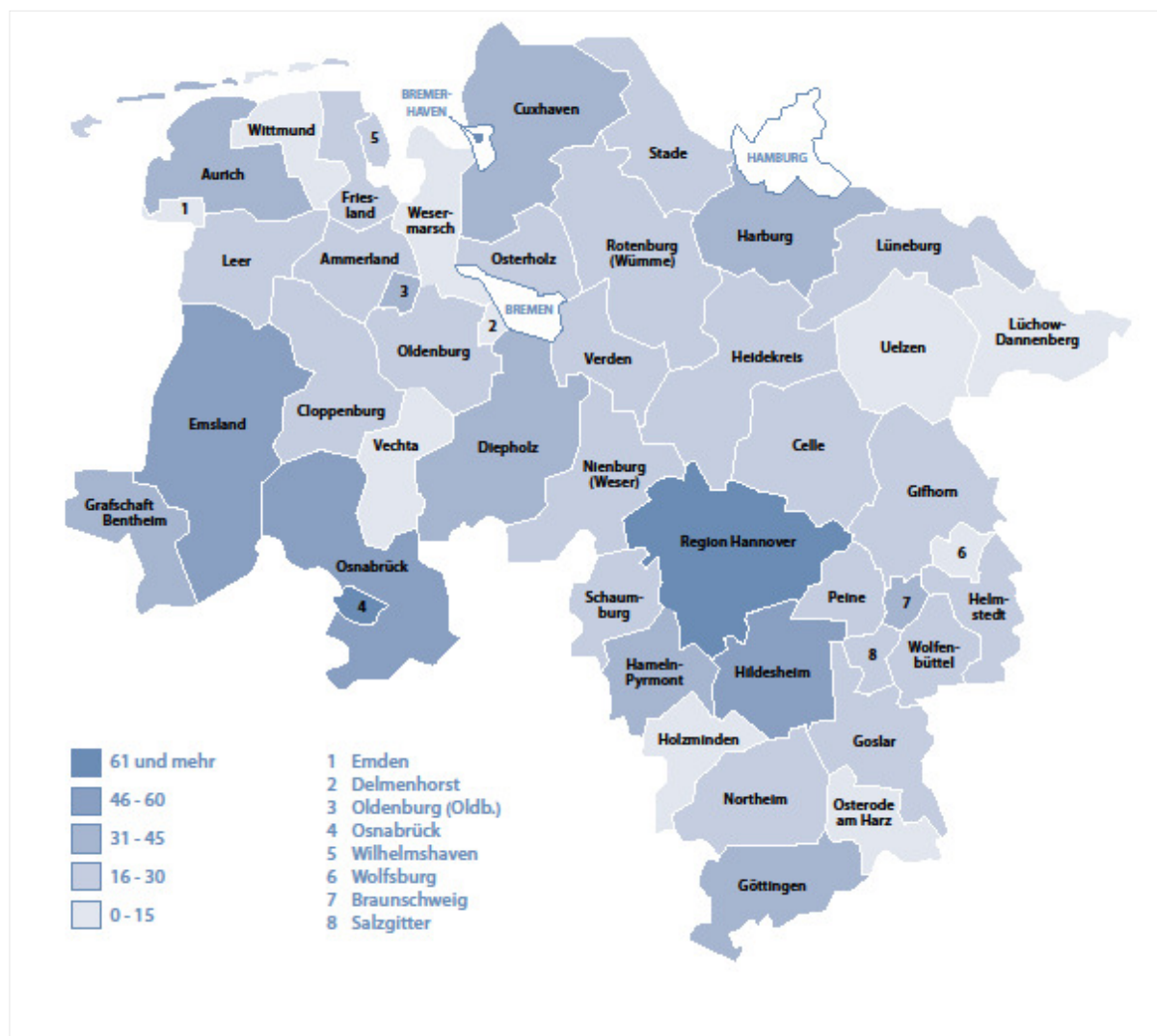


Abbildung 72: Anzahl der Pflegedienste in regionaler Gliederung im Jahr 2013 (Quelle: LSN, Pflegestatistik 2013)

Veränderungen im Zeitvergleich sind dem Anhang zu entnehmen (*siehe Anhang II.4.2-C*).

In allen kreisfreien Städten und Landkreisen sind sowohl Dienste in privater wie auch freigemeinnütziger Trägerschaft vertreten. Dienste in öffentlicher Trägerschaft existieren aufgrund ihres insgesamt geringen Anteils am ambulanten Versorgungssektor nur in einzelnen Landkreisen und kreisfreien Städten.

Durchschnittlich wurden von den Pflegediensten Ende 2013 rund 22 % mehr Personen versorgt als Ende 2007. Veränderungen vollzogen sich dabei in den kommunalen Gebietskörperschaften sehr unterschiedlich.³⁸

Die Anzahl der von den Pflegediensten durchschnittlich betreuten Pflegebedürftigen variiert dabei deutlich, wie der tabellarischen Darstellung im Anhang zu entnehmen ist.

Wird beleuchtet, wie viele Pflegebedürftige je 1.000 Einwohnerinnen und Einwohner über 65 Jahren³⁹ durch Pflegedienste versorgt werden, zeigen sich das folgende Bild:



Abbildung 73: Verhältnis der Anzahl der durch Pflegedienste versorgten Pflegebedürftigen zu der Anzahl der über 65-jährigen Einwohnerinnen und Einwohner je 1.000 im Jahr 2013 (Quelle: LS, Pflegestatistik 2013)

³⁸ Differenziertere Auskünfte würden an dieser Stelle eine genauere Analyse der örtlichen Bedingungen und ihrer Veränderungen im Zeitverlauf auf Grundlage der örtlichen Pflegeberichte voraussetzen (siehe Kapitel II.7).

³⁹ Zu berücksichtigen ist, dass landesweit etwa 10 % der Pflegebedürftigen jünger als 65 Jahre ist.

Eine detaillierte Darstellung der Verhältniswerte für alle Landkreise und kreisfreien Städte findet sich im Anhang (*siehe Anhang II.4.2-D*).

Auch die Verteilung der ambulant versorgten Pflegebedürftigen auf die Pflegestufen ist in den kommunalen Gebietskörperschaften Niedersachsens recht unterschiedlich ausgeprägt. So sind in den Städten Wilhelmshaven und Braunschweig mit 67,8 % und 69,2 % vergleichsweise viele Personen der Pflegestufe I zugeordnet (Landesdurchschnitt: 59,4 %). In den Landkreisen Cloppenburg (13,9 %), Rotenburg (13,3 %) und in der Stadt Oldenburg (13,3 %) bestehen demgegenüber bei Personen der Pflegestufe III überdurchschnittlich hohe Werte (Landesdurchschnitt 10 %). Ausschlaggebend hierfür könnte sein, dass in den benannten Regionen gute Voraussetzungen für die Erbringung einer innerfamiliären Pflege selbst im Falle eines hohen Pflegebedarfs bestehen. Um fundierte Aussagen hierzu treffen zu können, wären allerdings tiefergehende Analysen der regionalen Gegebenheiten im Rahmen der örtlichen Pflegeberichte notwendig.

Um differenziertere Auskünfte über die Versorgungslage mit ambulanten Pflegediensten treffen zu können, müssen die Erreichbarkeitsverhältnisse auf regionaler Ebene in den Blick genommen werden. Rückschlüsse lässt in diesem Zusammenhang eine Analyse des Thünen-Instituts für Ländliche Räume (Neumeier 2015) zu. Diese verweist darauf, dass in Deutschland in 58 % der Städte und 75 % der ländlichen Gemeinden kein Standort eines ambulanten Pflegedienstes existiert. 65 % der Gemeinden ohne Standort eines Pflegedienstes sind ländlich geprägt, wohingegen nur 35 % städtisch geprägt sind (Neumeier 2015, Seite 44).⁴⁰

In circa 95 % der Gemeinden Deutschlands können die Pflegebedürftigen von den Pflegediensten innerhalb einer durchschnittlichen Fahrtzeit von 15 Minuten erreicht werden.⁴¹ Auffällig ist dabei, dass bei Gemeinden, die in urbanen Regionen liegen, Fahrzeiten bis zu fünf Minuten überwiegen. In Gemeinden in ländlichen Regionen überwiegen demgegenüber Fahrzeiten bis 15 Minuten (Neumeier 2015, Seite 44).

Der maximale Aktionsradius von Anbietern ambulanter Pflegedienste liegt in der Regel zwischen 25 und 30 Kilometern. Die durchschnittliche Entfernung, die ein ambulanter Pflegedienst zurücklegen

⁴⁰ Um Aussagen über verschiedene Raumkategorien treffen zu können, dienen die Kreistypen des Bundesinstituts für Bau-, Städte- und Raumforschung (BBSR) 2009 als Referenz. Diese umfassen neun unterschiedliche Typen, die zwei Kategorien zuzuordnen sind. Zu den urbanen Kreisen gehören Kernstädte in Agglomerationsräumen, hochverdichtete Kreise in Agglomerationsräumen, verdichtete Kreise in Agglomerationsräumen, Kernstädte in verdichteten Räumen und verdichtete Kreise in verdichteten Räumen. Zu den ländlichen Kreisen zählen ländliche Kreise in Agglomerationsräumen, ländliche Kreise in verdichteten Räumen, ländliche Kreise mit höherer Dichte und ländliche Kreise geringerer Dichte. Nähere Informationen finden sich unter http://www.bbsr.bund.de/BBSR/DE/Home/bbsr_node.html.

⁴¹ Hierbei wird eine Durchschnittsgeschwindigkeit von 50 Kilometern in der Stunde angenommen.

muss, um einen Einsatzort zu erreichen, beträgt dabei in etwa fünf Kilometer. Lediglich ein sehr geringer Anteil von 0,008 % der Bevölkerung in Deutschland (etwa 6.500 Personen) lässt sich nicht innerhalb einer Fahrtstrecke von 25 Kilometern erreichen und 0,006 % der Bevölkerung (etwa 4.900 Personen) nicht innerhalb einer Fahrtstrecke von 30 Kilometern. Etwa ein Drittel der Regionen mit Anfahrsstrecken von mehr als 25 Kilometern und zwei Drittel der Regionen mit Anfahrsstrecken von mehr als 30 Kilometern liegen in Niedersachsen (Neumeier 2015, Seite 50f).

Prognostisch führt Neumeier aus: „Sollten in ländlichen Regionen einzelne Pflegedienststandorte, die Leistungen nach SGB XI anbieten, aufgegeben werden, so ist gemäß dem Erreichbarkeitsmodell vor allem im nördlichen Sachsen-Anhalt/Nordost-Niedersachsen, Südbrandenburg, im Alpenraum sowie im Westen und Süden von Rheinland-Pfalz mit einer Verschlechterung der Kundenerreichbarkeit zu rechnen.“ (Neumeier 2015, Seite 69).

Hinweise auf Versorgungsengpässe lassen sich auch einer Befragung der niedersächsischen Landkreise, kreisfreien Städte und der Region Hannover im Zuge der Erstellung des Landespflegeberichts entnehmen. Demnach geben 29 % der Befragten an, dass aus ihrer Sicht die ambulante Infrastruktur in ihrem Zuständigkeitsgebiet nur teilweise oder eher nicht den bestehenden Bedarfen entspricht. Besondere Bedarfe werden dabei insbesondere mit Blick auf Angebote für Personen mit besonderen Versorgungsbedarfen, zum Beispiel Palliativ-, Wachkoma- oder Beatmungspatientinnen und -patienten sowie junge Pflegebedürftige, gesehen. Auch die nächtliche Betreuung durch ambulante Dienste ist nach Ansicht der Befragten nicht in allen Landkreisen und kreisfreien Städten Niedersachsens gesichert. Gleiches gilt für die Versorgung mit haushaltsnahen Dienstleistungen, die von den ambulanten Diensten in einigen Regionen Niedersachsens zu selten angeboten werden. Als Gründe werden primär die Vergütung und Personalengpässe benannt. Einige der befragten Kommunen gaben zudem an, dass ambulante Dienste das Segment der zusätzlichen Betreuungs- und Entlastungsleistungen für sich noch nicht hinreichend erschlossen haben.

4.2.3 Kurzbewertung

In den vergangenen Jahren hat sich die Inanspruchnahme ambulanter Pflegedienste erhöht. Diese Entwicklung spiegelt sich auch in der Zunahme der Anzahl der Dienste wider, was auf eine nachfrageorientierte Anpassung der Pflegelandschaft schließen lässt. Die Daten der Pflegestatistik lassen erkennen, dass ambulante Dienste in Niedersachsen in allen Landkreisen, kreisfreien Städten und der Region Hannover vertreten sind. Die Versorgungsgrade unterscheiden sich jedoch erheblich. Während in einigen Landkreisen und kreisfreien Städten, zum Beispiel den Städten Wolfsburg und Delmenhorst oder

auch dem Landkreis Ammerland weniger als 30 Pflegebedürftige je 1.000 Einwohnerinnen und Einwohner über 65 Jahre von Pflegediensten versorgt werden, sind diese Werte in den Landkreisen Grafschaft Bentheim und Emsland gut doppelt so hoch. Diese Verhältniswerte können erste Hinweise auf die Versorgungs- und Nachfragesituation in den jeweiligen Gebieten geben.

Eine abschließende Einschätzung der Bedarfsgerechtigkeit der Angebotsstruktur setzt weitere regionalisierte Daten voraus – zum Beispiel der Anteil derjenigen Altersgruppen, die Pflege zu Hause übernehmen können oder auch zur Bereitschaft, in häuslichen Versorgungssettings auf professionelle Unterstützung durch Pflegedienste zurückzugreifen. Diese sind zum gegenwärtigen Zeitpunkt nicht ausreichend verfügbar.

Gleichwohl sind Hinweise auf besondere Herausforderungen der ambulanten Versorgung im ländlichen Raum erkennbar: So belegt die wissenschaftliche Analyse der Erreichbarkeitssituation in Niedersachsen, dass in einigen ländlichen Bereichen die Einsatzorte von ambulanten Pflegediensten nicht innerhalb einer Anfahrtstrecke von 25 bis 30 Kilometern erreicht werden können. Der Wegfall einzelner Pflegedienststandorte könnte der Studie von Neumeier (2015) zufolge unter anderem im Nordosten von Niedersachsen zu größeren Versorgungsengpässen führen.

Die Befragung der niedersächsischen Landkreise, kreisfreien Städte und der Region Hannover belegt im Übrigen Anpassungsbedarfe der ambulanten Versorgungsstrukturen in einigen kommunalen Gebietskörperschaften.

Die Daten der Pflegestatistik geben außerdem Hinweise darauf, dass die Pflegedienste sich in den vergangenen Jahren verstärkt auf ihr Kerngeschäft, die Erbringung von Leistungen im Rahmen des SGB XI sowie auf häusliche Krankenpflege und Haushaltshilfe gemäß SGB V konzentrieren und weitere flankierende Hilfen tendenziell seltener anbieten. Dies spiegelt auch die Befragung der Landkreise und kreisfreien Städte wider, der zufolge insbesondere haushaltsnahe Dienstleistungen und zusätzliche Betreuung- und Entlastungsleistungen nicht immer bedarfsgerecht angeboten werden.

4.3 Teilstationäre Pflegeeinrichtungen (Tages- und Nachtpflege)

4.3.1 Ausgangslage

Teilstationäre Pflegeeinrichtungen stellen gemäß § 71 Abs. 2 SGB XI selbstständig wirtschaftende, stationäre Pflegeeinrichtungen (Pflegeheime) dar, in denen Pflegebedürftige unter ständiger Verantwortung einer ausgebildeten Pflegefachkraft entweder nur tagsüber oder nur nachts untergebracht und versorgt werden (Tages-/Nachtpflege).

Zur Vergütung ihrer Leistungen aus Mitteln der Pflegeversicherung benötigen Einrichtungen der Tages- und Nachtpflege eine Zulassung durch den Abschluss eines Versorgungsvertrages nach § 72 SGB XI.

4.3.2 Entwicklung der Angebotsstruktur

Anzahl der Einrichtungen und die vorhandenen Kapazitäten

Ende 2013 waren in Niedersachsen insgesamt 336 Tagespflegeeinrichtungen zugelassen, davon 315 solitäre Einrichtungen.⁴² Seit 2003 ist dabei ein deutlicher Anstieg der Zahl dieser Einrichtungen festzustellen, wobei sich eine überproportionale Zunahme insbesondere im Zeitraum zwischen 2007 und 2013 abzeichnet. Ausschlaggebend hierfür sind primär die Leistungsverbesserungen, die sich im Zuge des Inkrafttretens des PflWG zum 01. Juli 2008 und des Pflege-Neuausrichtungsgesetzes zum 01. Januar 2013 ergeben haben.

⁴² Einbezogen werden hierbei die solitären Tagespflegeeinrichtungen (313), die Komplexeinrichtungen (21) und die Tages- und Nachtpflegeeinrichtungen (2). Unberücksichtigt bleiben an dieser Stelle die eingestreuten Tagespflegen, bei denen die Betreuung der Tagesgäste im Rahmen der Tagesbetreuung der Heimbewohnerinnen und Heimbewohner in Einrichtungen der Dauerpflege stattfindet. Diese Einrichtungen existieren kaum noch, was auf eine konsequent normengerechte Gestaltung der Versorgungsverträge zwischen den Einrichtungen, den Landesverbänden der Pflegekassen und den Trägern der Sozialhilfe schließen lässt.

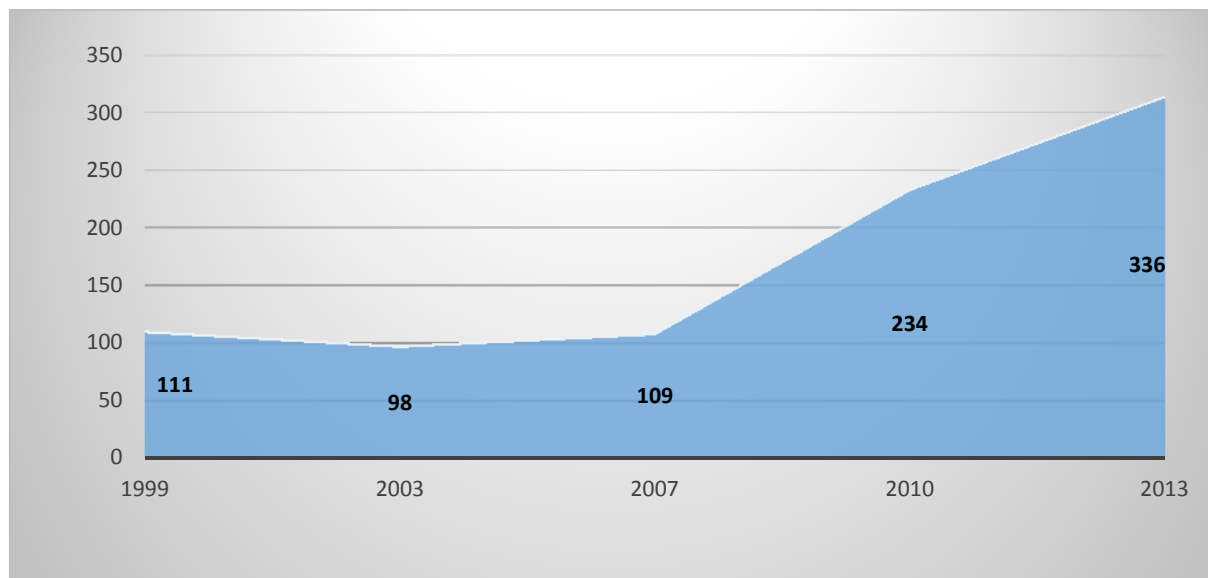


Abbildung 74: Entwicklung der Anzahl von Tagespflegeeinrichtungen seit dem Jahr 1999 (Quelle: LSN, Pflegestatistik 1999, 2003, 2007, 2010, 2013)

Hervorzuheben ist außerdem, dass sich in diesem Zeitraum die Kapazitäten dieser Einrichtungen deutlich erhöht haben. Auch die Zahl der im Durchschnitt verfügbaren Plätze pro Einrichtung hat sich seither von rund 14 Plätzen auf rund 21 Plätze drastisch erhöht. Dies entspricht einem Wachstum um 50 %.⁴³ In Niedersachsen gibt es bereits 30 Tagespflegeeinrichtungen, die mehr als 30 Plätze vorhalten. Auch auf der Bundesebene zeichnet sich ein deutliches Wachstum der Plätze für Tagespflege ab. Waren im Jahr 2010 bundesweit noch 33.549 Plätze verfügbar, stieg dieser Anteil um 30 % auf 43.562 Plätze im Jahr 2013. Im Vergleich mit dem Bundesdurchschnitt fiel die Steigerungsrate in Niedersachsen also besonders hoch aus.

⁴³ Diese Angabe bezieht sich lediglich auf die solitären Tagespflegeeinrichtungen. Den Daten der Landespflegestatistik ist nicht zu entnehmen, wie viele Plätze in Komplexeinrichtungen und kombinierten Tages- und Nachtpflegeeinrichtungen genau noch zusätzlich auf die Tagespflege entfallen.

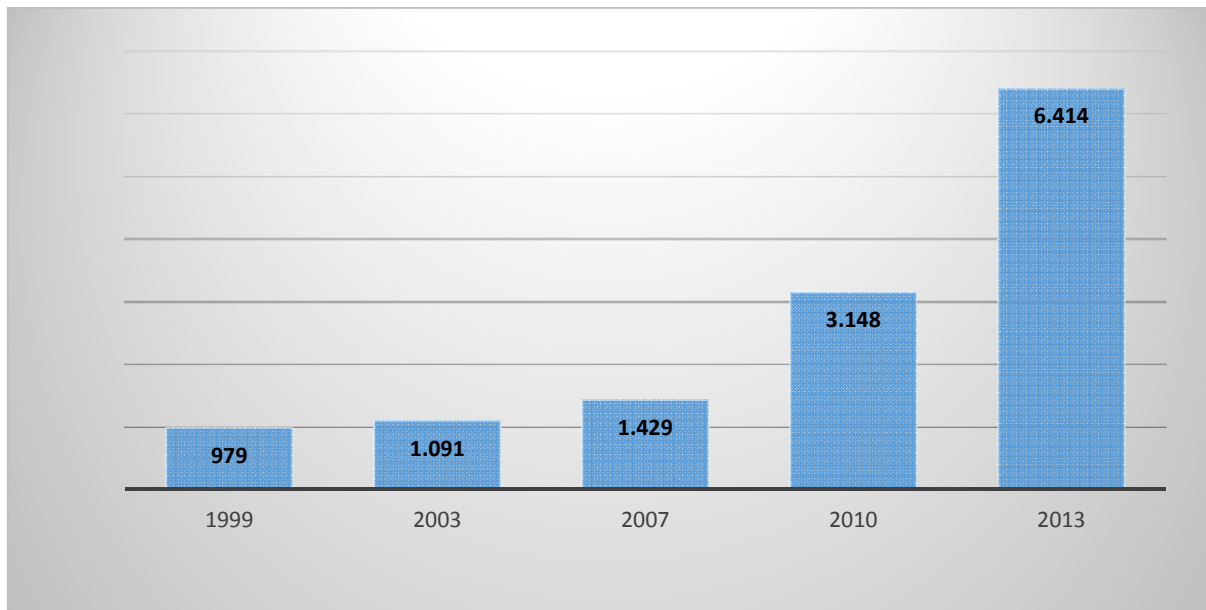


Abbildung 75: Entwicklung der Anzahl der Tagespflegeplätze seit dem Jahr 1999 (Quelle: LSN, Pflegestatistik 1999, 2003, 2007, 2013, Daten der AOK Niedersachsen aus dem Jahr 2010)

Art der Trägerschaft

158 Tagespflegeeinrichtungen befinden sich Ende 2013 in privater (47 %), 174 in freigemeinnütziger (51,8 %) und vier Einrichtungen in öffentlicher Trägerschaft (1,2 %). Der Anteil der Tagespflegeeinrichtungen in privater Trägerschaft an der Gesamtzahl hat sich seit Ende 2007 um 26 % erhöht. Die Zahl der Einrichtungen in freigemeinnütziger Trägerschaft ist um rund 6 % gesunken. Die Anteile der Gesamtplätze verteilen sich wie folgt:

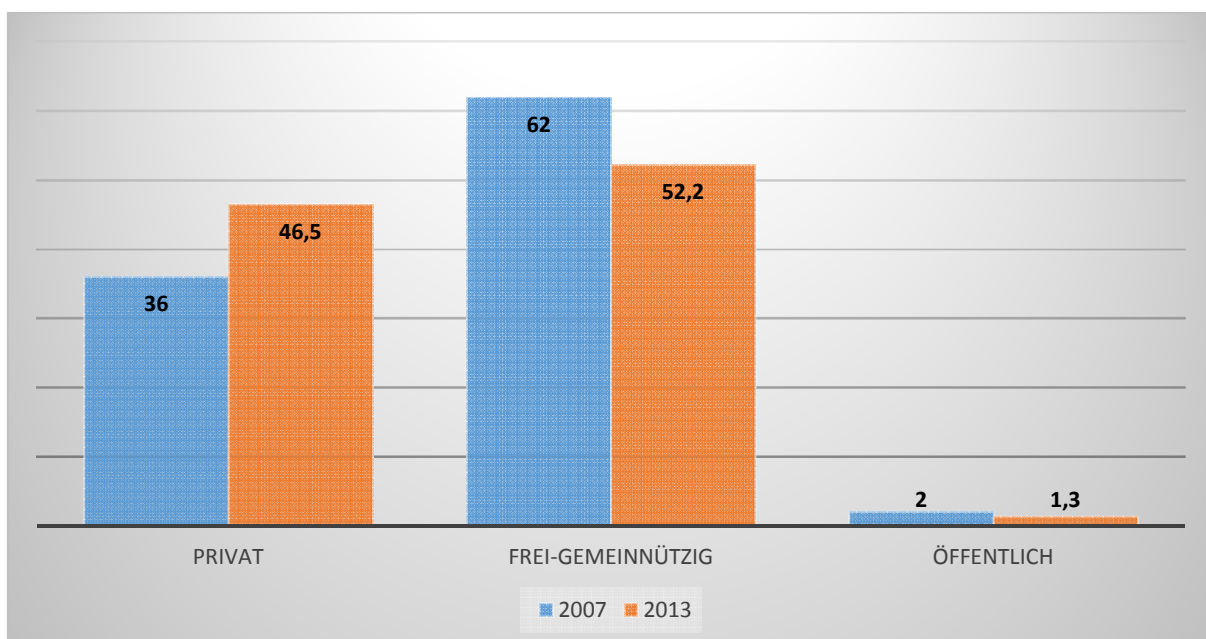


Abbildung 76: Entwicklung des Anteils der Trägerschaft der Tagespflegeeinrichtungen seit dem Jahr 2007 in Prozent (Quelle: LSN, Pflegestatistik 2007, 2013)

Nachtpflegeeinrichtungen

In Niedersachsen gibt es Ende 2013 keine eigenständige Nachtpflegeeinrichtung. Wird diese Leistung angeboten, erfolgt dies in Zusammenhang mit Tagespflege (zwei Einrichtungen)⁴⁴ oder es handelt sich um sogenannte „eingestreute Plätze“. Diese werden auf Anfrage von Einrichtungen zur Verfügung gestellt, die gleichzeitig Dauer- und teilweise auch Kurzzeit- und Tagespflege anbieten (21 Einrichtungen). Diese Nachtpflegeangebote entsprechen damit nicht der an die Zulassung von Pflegeeinrichtungen gebundenen Voraussetzung der selbstständig wirtschaftenden Einrichtung. Insofern dürften auch Leistungen nach § 41 SGB XI dafür nicht gewährt beziehungsweise in Anspruch genommen werden. Allerdings kommen Leistungen der Verhinderungspflege nach § 39 SGB XI in Betracht.

Seit 2007 hat sich die Anzahl der Einrichtungen, die dieses Angebot vorhält, in Niedersachsen halbiert. Auch auf der Bundesebene spielt Nachtpflege nur eine äußerst geringe Rolle.

Regionale Verteilung

Ende 2013 verfügt jeder Landkreis und jede kreisfreie Stadt über eine oder mehrere Tagespflegeeinrichtungen. Im Vergleich zum Jahr 2007, als nur 11 von 47 kommunalen Gebietskörperschaften dieses Angebot vorhalten konnten, hat sich die Versorgungslage verbessert. Dennoch bestehen noch deutliche räumliche Differenzen:

⁴⁴ Hierbei handelt es sich wahrscheinlich um Tagespflegeeinrichtungen, die nur im Bedarfsfall auch ein Nachtpflegeangebot vorhalten.

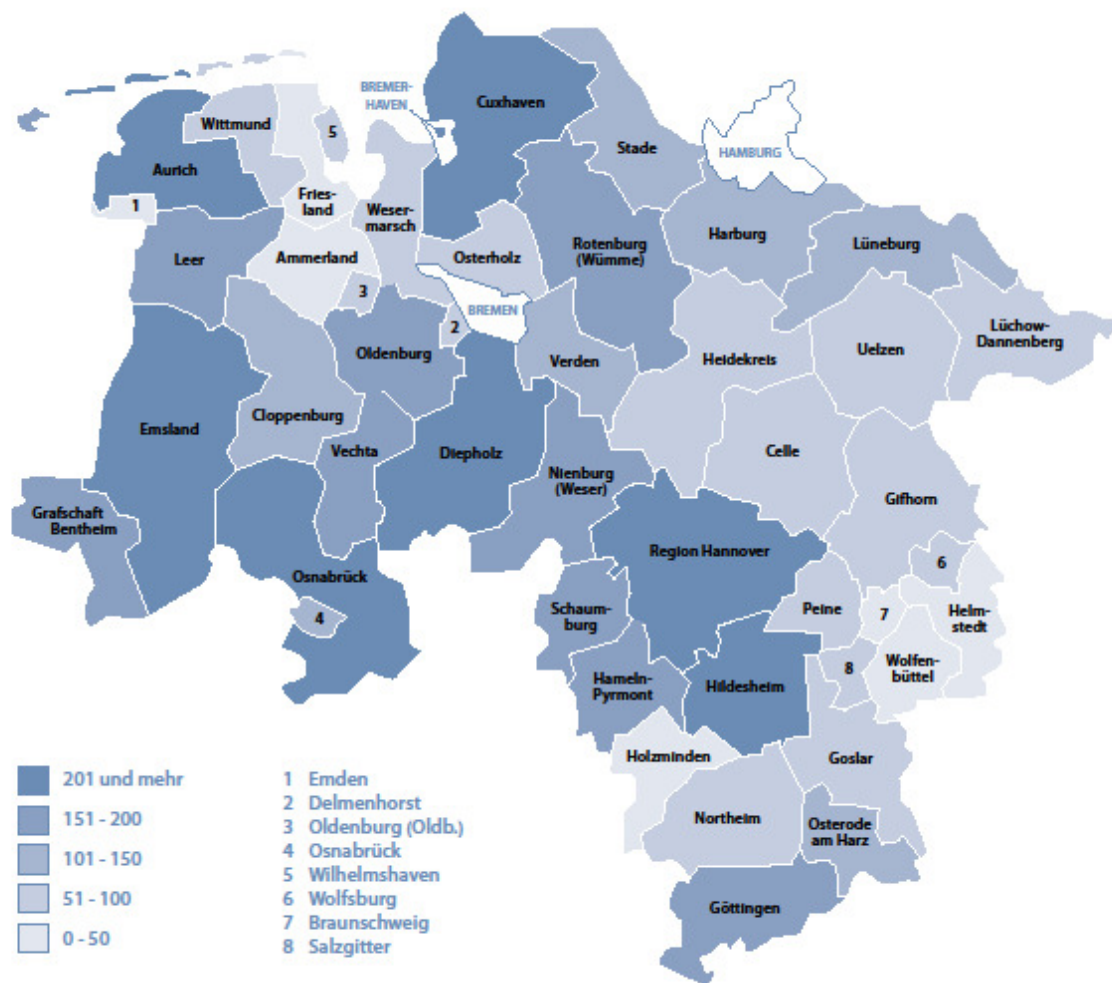


Abbildung 77: Verfügbare Plätze der Tagespflege in solitären Tagespflegeeinrichtungen in regionaler Gliederung im Jahr 2013 (Quelle: LSN, Pflegestatistik 2013)⁴⁵

Werden die verfügbaren Tages- und Nachtpflegeplätze zu der Anzahl der über 65-Jährigen in Relation gesetzt, ergibt sich folgendes Bild:

⁴⁵ Auch an dieser Stelle werden nur die verfügbaren Plätze in den solitären Tagespflegeeinrichtungen berücksichtigt.



Abbildung 78: Verhältnis der Anzahl der Tages- und Nachtpflegeplätze zu der Anzahl der über 65-jährigen Einwohnerinnen und Einwohner je 1.000 im Jahr 2013 (Quelle: LS, Pflegestatistik 2013)

Der Landesdurchschnitt liegt bei 4,1 Plätzen je 1.000 Einwohnerinnen und Einwohner ab 65 Jahren (siehe Anhang II.4.3-A).

4.3.3 Kurzbewertung

Die Leistungsausweitungen des PfiWG und des PNG haben zu einem umfassenden Ausbau der Anzahl und der Kapazitäten der Tagespflegeeinrichtungen geführt. Die Angebotsstruktur in Niedersachsen hat sich deutlich verbessert. Diese Entwicklung ist in Hinblick auf die zunehmende Zahl alleinlebender Pflegebedürftiger und die wachsende Bedeutung der Vereinbarkeit von Pflege und Beruf außerordentlich bedeutsam. Gleichzeitig hat sich auch die Inanspruchnahme der Tagespflege deutlich gesteigert. Wie die Betrachtung zeigt, nehmen dabei überproportional häufig Personen mit Pflegestufe II und III Tagespflegeangebote in Anspruch. Es wird also der Nutzerkreis der „Grenzgänger“ zwischen häuslicher

und stationärer Pflege erreicht, was sicher dazu beiträgt, dass Heimaufenthalte verzögert in Anspruch genommen oder sogar entbehrlich werden.

Es ist zu erwarten, dass sich dieser Trend zur Inanspruchnahme in Folge des PSG I fortsetzt. Eine Ausweitung der Kapazitäten scheint notwendig, da immer noch 45 % der im Zuge der Erstellung des Landespflegeberichts befragten Landkreise und kreisfreien Städte die teilstationäre Infrastruktur vor Ort nur als bedingt oder weniger den bestehenden Bedarfen entsprechend einschätzt (zum Beispiel die Stadt Emden und die Landkreise Ammerland und Holzminden).

Schon heute sind Tagespflegegäste zu versorgen, die teilweise nur eine geringe somatische Beeinträchtigung aufweisen, jedoch demenziell verändert sind. Diese Entwicklung wird durch die Auswirkungen des PSGII weiter voranschreiten. Das entlastende Potenzial von Tagespflege kommt somit einem Personenkreis zugute, dessen Betreuung in der eigenen Häuslichkeit für Angehörige außerordentlich herausfordernd sein kann und der bisher noch nicht hinreichend durch Leistungen der Pflegeversicherung gestützt wurde. Gleichzeitig werden aus dieser zunehmenden Inanspruchnahme von Tagespflege durch Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz ohne Pflegestufe aber auch durch Personen mit Pflegestufe II und III sehr unterschiedliche Anforderungen an die inhaltliche Ausgestaltung dieses Versorgungsangebotes erwachsen.

Während Tagespflegeeinrichtungen durch den veränderten gesetzlichen Leistungsanspruch einen großen Bedeutungsgewinn zu verzeichnen haben, gilt dies für Nachtpflegeeinrichtungen nicht in gleicher Weise.

4.4. Kurzzeitpflegeeinrichtungen

4.4.1 Ausgangslage

Bei der Kurzzeitpflege handelt es sich um eine zeitlich befristete pflegerische Versorgung in stationären Pflegeeinrichtungen.⁴⁶ Diese Leistungsform muss nicht in selbstständigen Einrichtungen sondern kann auch in vollstationären Einrichtungen der Dauerpflege erbracht werden. In der Praxis wird zu diesem Zweck entweder ein festes Kontingent „eingestreuter Kurzzeitpflegeplätze“ vorgehalten oder je nach Auslastung der Dauerpflege bedarfsweise Möglichkeiten der Kurzzeitpflege geschaffen.

⁴⁶ In begründeten Einzelfällen besteht bei zu Hause gepflegten Pflegebedürftigen gemäß § 42 Abs. 3 SGB XI auch ein Anspruch auf Kurzzeitpflege in geeigneten Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen und anderen geeigneten Einrichtungen, wenn die Pflege in einer von den Pflegekassen zur Kurzzeitpflege zugelassenen Pflegeeinrichtung nicht möglich ist oder unzumutbar erscheint.

Einrichtungen, die ausschließlich Kurzzeitpflege erbringen (unabhängig von deren Form) sowie Teile von Einrichtungen unter dem Dach eines vollstationären Pflegeheims, die ausschließlich der Kurzzeitpflege vorbehalten und räumlich und wirtschaftlich abgegrenzt sind, erhalten für diesen Bereich einen eigenen Versorgungsvertrag nach § 72 SGB XI. Einrichtungen der vollstationären Dauerpflege mit einem Angebot der „eingestreuten Kurzzeitpflege“ erhalten einen insoweit unspezifischen Versorgungsvertrag für die Erbringung vollstationärer Pflege.

4.4.2 Entwicklung der Angebotsstruktur

Anzahl der Einrichtungen und der vorhandenen Kapazitäten⁴⁷

Ende des Jahres 2013 existieren in Niedersachsen 39 selbstständige (solitäre) Kurzzeitpflegeeinrichtungen mit zusammen 562 Plätzen. Nachdem die Pflegekapazitäten in diesem Bereich im Jahr 2007 mit nur 23 Einrichtungen und insgesamt 332 Plätzen ihren Tiefpunkt erreicht hatte, ist seitdem eine deutliche Zunahme um rund 70 % festzustellen.

Die überwiegende Anzahl der Kurzzeitpflegeplätze wird von stationären Dauerpflegeeinrichtungen jedoch in der Form „eingestreuter“ Plätze angeboten. Ihre Zahl hat sich in den vergangenen Jahren deutlich erhöht: Existierten 2007 insgesamt noch 3.589 dieser Plätze, die flexibel für Kurzzeitpflege genutzt wurden, beläuft sich diese Zahl im Jahr 2013 auf 4.215 Plätze.

⁴⁷ Die nachfolgenden Angaben über die zugelassenen Einrichtungen und ihre Plätze können die tatsächlichen Strukturverhältnisse in der Kurzzeitpflege in Niedersachsen nur teilweise wiedergeben. Unter Einbezug der nutzbaren freien Platzkapazitäten in der Dauerpflege – insbesondere auch solcher, die nur im Bedarfsfall für Kurzzeitpflegegäste zur Verfügung gestellt werden und daher von den Einrichtungsträgern bei den Erhebungen zur Pflegestatistik nicht als spezielle Kapazitäten für Kurzzeitpflegeaufenthalte benannt werden, ist die Kapazität der für Kurzzeitpflege verfügbaren Angebote wesentlich höher einzuschätzen. Sie ist zahlenmäßig jedoch nicht genau bestimmbar.

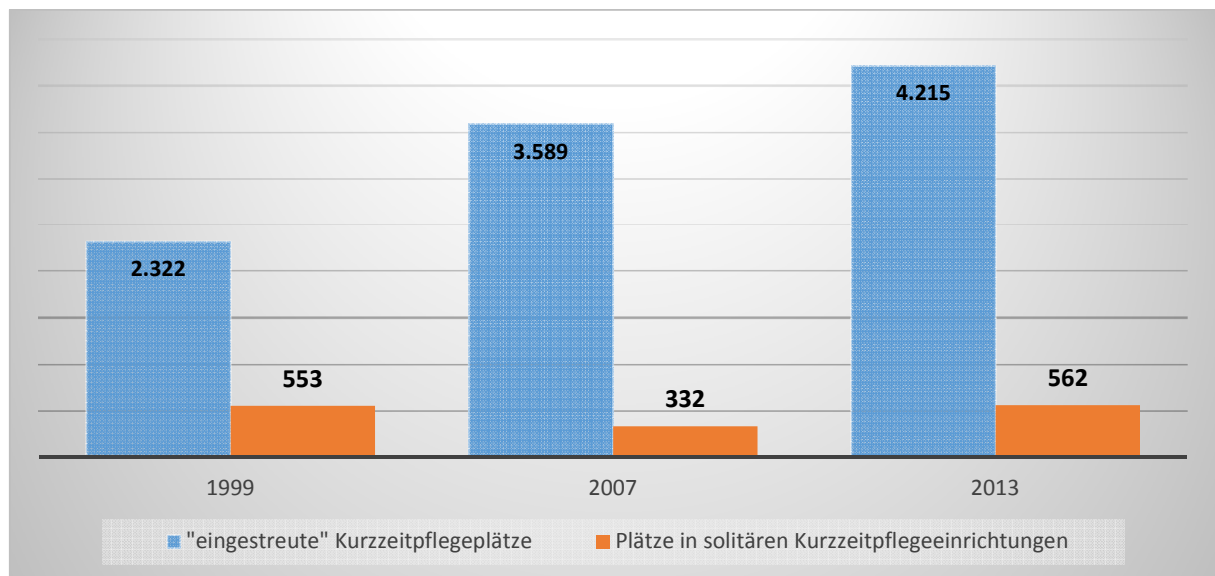


Abbildung 79: Entwicklung der Anzahl der „eingestreuten“ Kurzzeitpflegeplätze und der Plätze in solitären Kurzzeitpflegeeinrichtungen seit dem Jahr 1999 (Quelle LSN, Pflegestatistik 1999, 2007, 2013)

Art der Trägerschaft und Raumangebot

Wie die folgende Abbildung zeigt, hat sich seit dem Jahr 2007 der Anteil der solitären Kurzzeitpflegeeinrichtungen in privater Trägerschaft erhöht. Die Trägeranteile der privaten und der freigemeinnützigen Einrichtungen gleichen sich durch diese Entwicklung weiter an. Werden zudem Dauerpflegeeinrichtungen mit eingestreuter Kurzzeitpflege in die Betrachtung einbezogen, ist der Anteil der Einrichtungen in privater Trägerschaft deutlich größer (privat: 58,3 %, freigemeinnützig: 40,6 %, öffentlich: 1,1 %).

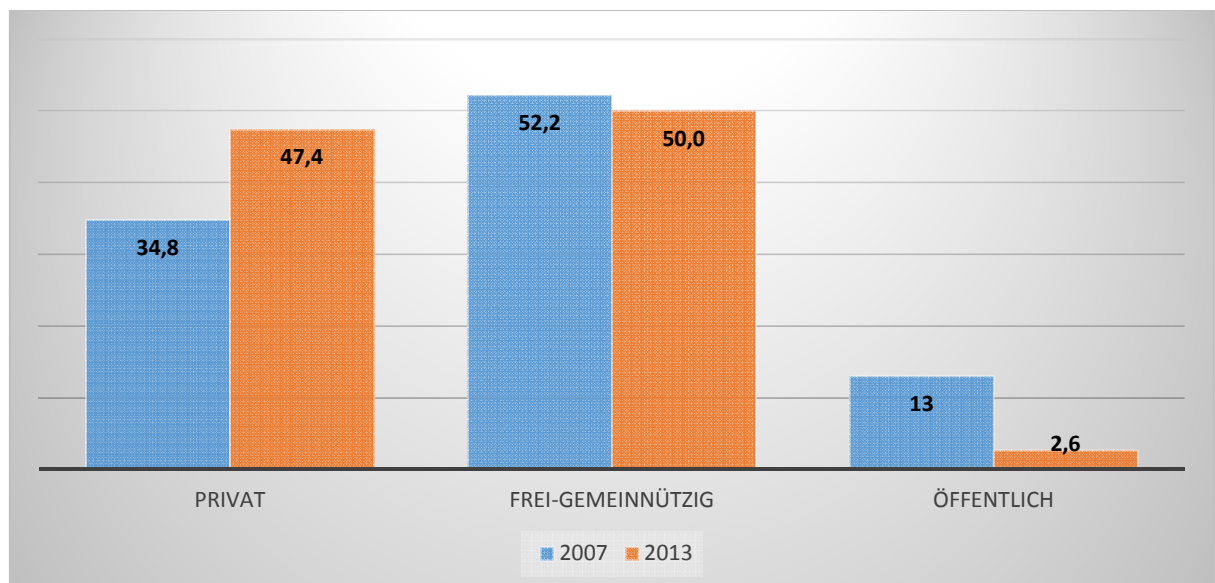


Abbildung 80: Entwicklung des Anteils der Träger der solitären Kurzzeitpflegeeinrichtungen seit dem Jahr 2007 in Prozent (Quelle LSN, Pflegestatistik 2007, 2013)

Gegenwärtig entfallen 46,1 % aller solitären Kurzzeitpflegeplätze auf private, 51,2 % auf freigemeinnützige und 2,7 % auf öffentliche Einrichtungen.

63 % aller Plätze in Kurzzeitpflegeeinrichtungen wurden Ende 2013 als Einzelzimmer angeboten und 37 % in Doppelzimmern. Das Raumangebot hat sich seit 1999 verbessert. Damals standen 64,7 % der Plätze in Einzelzimmern und 34,9 % in 2-Bett-Zimmern zur Verfügung und 0,4 % der Plätze befanden sich in 3-Bett-Zimmern.

Regionale Verteilung

Solitäre Kurzzeitpflegeangebote sind regional unterschiedlich verteilt: Während in einigen Regionen Ende 2013 bis zu sechs solcher Kurzzeitpflegeeinrichtungen mit bis zu 100 Plätzen bestehen (Landkreis Hameln), existieren in 13 der 47 kommunalen Gebietskörperschaften keine dieser Einrichtungen. Im Vergleich zum Jahr 2007 hat sich die Versorgungslage jedoch deutlich verbessert. Zu dem damaligen Zeitpunkt bestand in 29 der kommunalen Gebietskörperschaften keine solitäre Kurzzeitpflegeeinrichtung.

„Eingestreute“ Kurzzeitpflegeplätzen sind in allen kommunalen Gebietskörperschaften verfügbar. Ihr Anteil an der Gesamtzahl aller Dauerpflegeplätze schwankt allerdings zwischen 2,1 und 6,1.

Die Anzahl der verfügbaren Plätze der Kurzzeitpflege sind wie folgt regional verteilt:

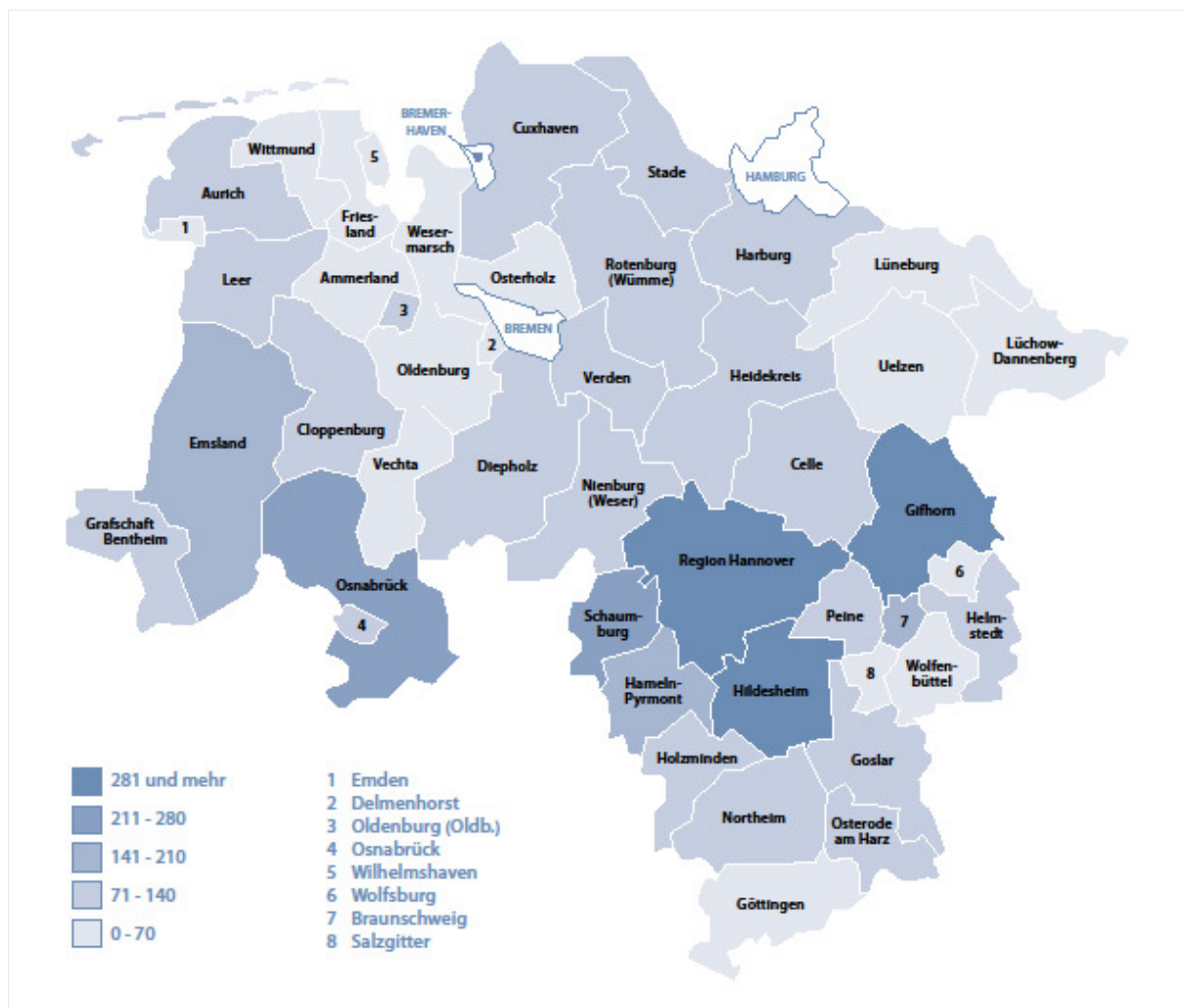


Abbildung 81: Verfügbare Plätze der Kurzzeitpflege in regionaler Gliederung im Jahr 2013 (Quelle: LSN, Pflegestatistik 2013)

Rückschlüsse auf den Versorgungsgrad in den Landkreisen, kreisfreien Städten und der Region Hannover lassen sich ziehen, wenn die Anzahl der Kurzzeitpflegeplätze in Relation gesetzt wird zu der Anzahl der über 65-jährigen Einwohnerinnen und Einwohner (*siehe Anhang II.4.4-A*). Der Landesdurchschnitt liegt bei 3,1 Plätzen pro 1.000 Einwohnerinnen und Einwohner ab 65 Jahren.

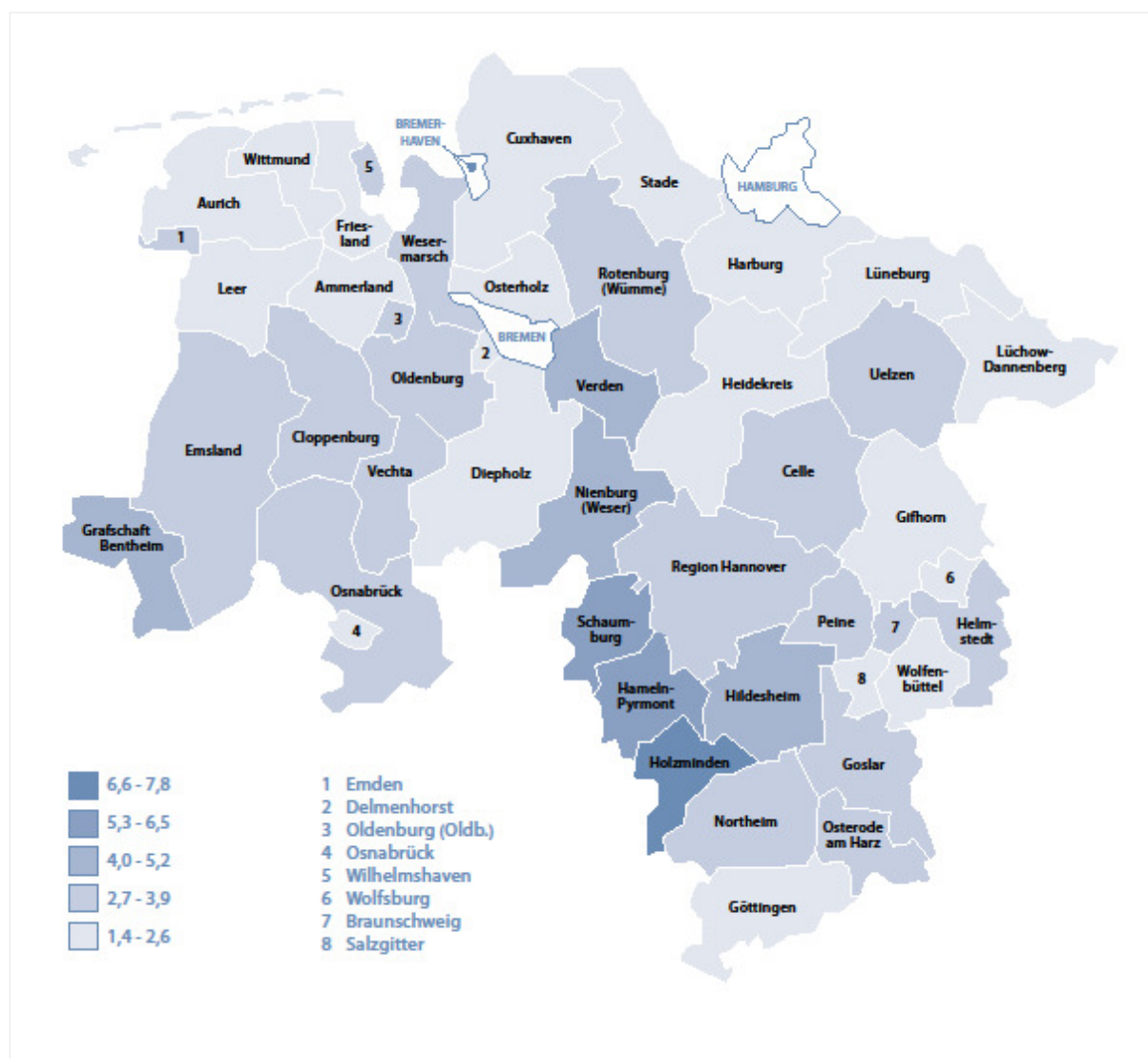


Abbildung 82: Verhältnis der Anzahl der Kurzzeitpflegeplätze zu der Anzahl der über 65-jährigen Einwohnerinnen und Einwohner je 1.000 im Jahr 2013 (Quelle: LS, Pflegestatistik 2013)

4.4.3. Kurzbewertung

Die Inanspruchnahme von Leistungen der Kurzzeitpflege hat im Zeitverlauf stetig zugenommen (siehe Kapitel II.2.4). Gleichzeitig ist eine deutliche Ausweitung der Anzahl von Kurzzeitpflegeplätzen festzustellen. Diese Entwicklung ist positiv zu bewerten, da Kurzzeitpflege einen wichtigen Beitrag dazu leisten kann, häusliche Pflegearrangements langfristig aufrechtzuerhalten oder zu ermöglichen. Zu ihnen zählt insbesondere die Übergangszeit im Anschluss an eine Krankenhausbehandlung des pflegebedürftigen Menschen. Die Platzkapazitäten dieser spezifischen Kurzzeitpflegeform haben sich im Vergleich zum Jahr 2007 überproportional stark entwickelt.

Deutlich geringer fielen demgegenüber die Steigerungsquoten bei den „eingestreuten“ Kurzzeitpflegeplätzen aus. Dennoch wird das Kurzzeitpflegeangebot niedersachsenweit zahlenmäßig noch immer

maßgeblich von „eingestreuten“ Kurzzeitpflegeplätzen dominiert, die je nach Auslastung der Einrichtung flexibel für dieses Angebot genutzt werden können und einen wichtigen Beitrag zur Versorgungssicherung insbesondere im ländlichen Raum leisten. Angesichts der schwierigen Kalkulierbarkeit der Nachfrage nach Kurzzeitpflege, der saisonalen Schwankungen und der erforderlichen Personal-Vollausstattung scheint diese Angebotsform aus betriebswirtschaftlicher Sicht für die Einrichtungen leichter zu realisieren als ein solitäres Angebot.

Durch die Einführung der Kurzzeitpflege wurde ursprünglich das leistungsrechtliche Anliegen verfolgt, eine Unterstützung im Anschluss an eine stationäre Behandlung oder im Krisenfall zu schaffen. In der Praxis wird diese Leistungsform aber auch im Falle des Urlaubs oder der Kur der privaten Pflegeperson genutzt - also de facto eher bei der Verhinderung der Pflegeperson - und erfüllt damit eine wichtige gesundheitsförderliche Funktion für die privat Pflegenden. Der Gesetzgeber greift dies auf, indem im Zuge des PSG I formal eine teilweise Anrechenbarkeit der Leistungen der Kurzzeitpflege auf die Verhinderungspflege festgelegt wurde, wodurch eine Aufweichung der Grenzen zwischen beiden Leistungsformen erfolgt. Die Aufhebung der Unterscheidung in Leistungen der Kurzzeit- und Verhinderungspflege könnte langfristig eine Lösung bieten, um hier eine weitere Vereinfachung und Flexibilisierung zu erreichen.

4.5 Betreuungs-und Entlastungsleistungen nach § 45b SGB XI

4.5.1 Ausgangslage

Niedrigschwellige Betreuungsangebote (NBA) wurden im Rahmen des Pflegeleistungsergänzungs-Gesetzes (PflEG) eingeführt. Sie umfassten bis Ende 2014 im SGB XI definierte Leistungen der Betreuung und Beaufsichtigung ausschließlich für Versicherte mit eingeschränkter Alltagskompetenz, das heißt mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf aufgrund von Demenz, psychischer Erkrankung oder geistiger Behinderung.

Mit dem PSG I sind die Regelungen der §§ 45 a - 45c SGB XI auf alle Leistungsempfängerinnen und Leistungsempfänger im Sinne des SGB XI ausgedehnt worden. Darüber hinaus wurden zusätzlich zu dem Angebot der Betreuung und Beaufsichtigung sogenannte „Entlastungsangebote“ in Form von Alltags- und Pflegebegleitung sowie hauswirtschaftlicher Dienstleistung eingeführt. Ab dem 01. Januar 2015 wird das Leistungsangebot unter dem Begriff Niedrigschwellige Betreuungs- und Entlastungsangebote (NBEA) zusammengefasst.

Gemäß § 45a SGB XI können Pflegebedürftige in häuslicher Pflege, bei denen neben dem Hilfebedarf im Bereich der Grundpflege und der hauswirtschaftlichen Versorgung ein erheblicher Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung gegeben ist, je nach Umfang des erheblichen allgemeinen Betreuungsbedarfs zusätzliche Betreuungs- und Entlastungsleistungen in Anspruch nehmen. Dazu gehören

- Tages- und Nachtpflege,
- Kurzzeitpflege,
- zusätzliche Betreuungs- und Entlastungsleistungen der Pflegedienste und
- NBEA

Die Kosten für diese Leistungen werden im Umfang von 104 Euro (Grundbetrag) beziehungsweise 208 Euro (erhöhter Betrag)⁴⁸ monatlich von den Pflegekassen übernommen. Für die Inanspruchnahme der niedrigschwelligen Betreuungs- und Entlastungsangebote können zusätzlich bis zu 40 % des für die jeweilige Pflegestufe vorgesehen Höchstbetrages für ambulante Pflegesachleistungen eingesetzt werden, wenn die Grundpflege sichergestellt ist und die Vergütung für ambulante Pflegesachleistungen vorrangig abgerechnet wird.⁴⁹

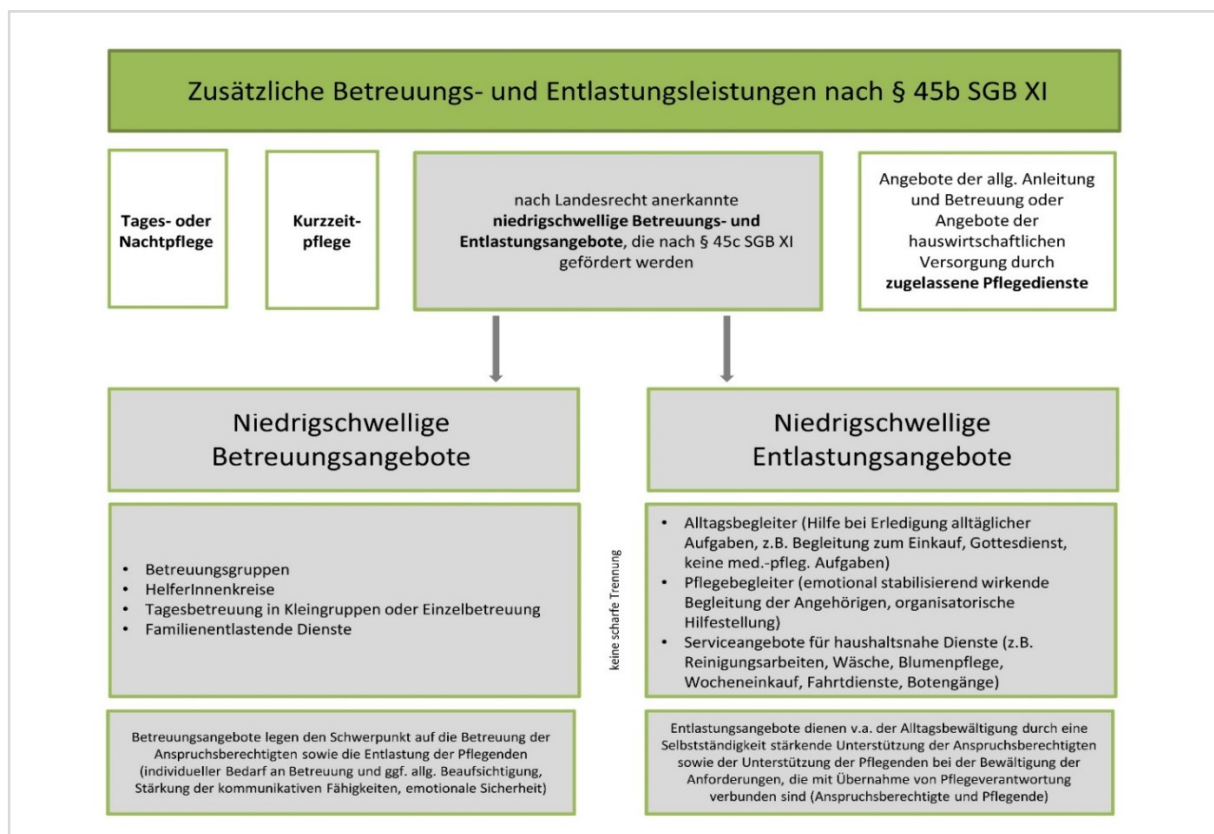


Abbildung 83: Zusätzliche Betreuungs- und Entlastungsleistungen nach § 45b SGB XI (Quelle: Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e. V. 2015)

⁴⁸ seit dem 01. Januar 2015

⁴⁹ seit dem 01. Januar 2015

Zusätzliche Betreuungs- und Entlastungsleistungen nach § 45b SGB XI können sowohl von ehrenamtlichen und hauptamtlichen Kräften als auch von Pflegediensten erbracht werden.

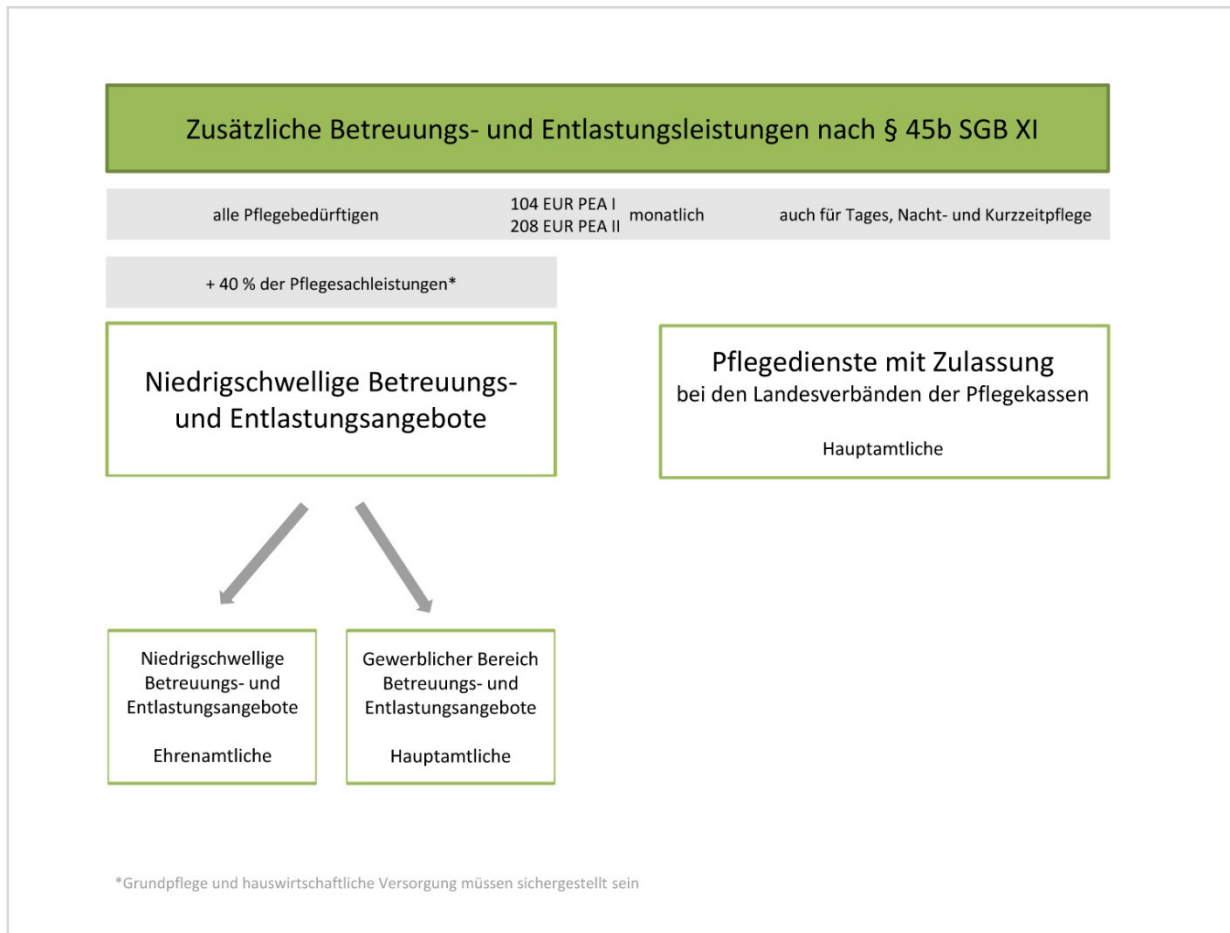


Abbildung 84: Zusätzliche Betreuungs- und Entlastungsleistungen nach § 45b SGB XI (Quelle: Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e. V. 2015)

4.5.2 Niedrigschwellige Betreuungs- und Entlastungsangebote

Ausgangslage

NBEA⁵⁰ werden vom Land Niedersachsen⁵¹ anerkannt. Voraussetzung für die Anerkennung einer Organisation⁵² ist, dass die Leistungen von ehrenamtlich tätigen Helferinnen und Helfern unter fachlicher Anleitung erbracht werden. Die Helferinnen und Helfer müssen eine Schulung im Umfang von mindestens 30 Stunden absolviert haben, ein einfaches Führungszeugnis vorlegen und ausreichend gegen Schäden versichert sein.

⁵⁰ bis Ende 2014: NBA

⁵¹ Das Land Niedersachsen hat dazu erstmals 2002 eine Anerkennungsverordnung erlassen.

⁵² zum Beispiel Verein; Einzelpersonen erhalten keine Anerkennung.

Zu den anerkennungsfähigen Betreuungsangeboten in Niedersachsen gehören:

- Helferinnen- und Helferkreise (häusliche Einzelbetreuung),
- Betreuungsgruppen,
- Tagesbetreuung bis zu maximal sechs Stunden⁵³ und
- Familienentlastende Dienste (FED).

Auch gewerbliche Anbieter können anerkannt werden, wenn die dort tätigen Kräfte im Rahmen eines sozialversicherungsrechtlichen Betreuungsverhältnisses eingesetzt und ihre Leistungen entsprechend mindestens mit dem ihrer Tätigkeit entsprechenden branchenüblichen Mindestlohn vergütet werden. Anerkannte, ehrenamtliche NBEA werden vom Land Niedersachsen und den Landesverbänden der Pflegekassen sowie den privaten Pflegeversicherungsunternehmen gefördert⁵⁴. Damit sollen die Angebote auf- und ausgebaut und eine wohnortnahe und flächendeckende Versorgung mit NBEA gesichert werden.

Die Nutzerentgelte unterscheiden sich nach Betreuungsart und können pro Zeiteinheit oder pro Einsatz berechnet werden. Am häufigsten wird die Betreuung nach geleistetem Stundeneinsatz in Rechnung gestellt. In der Einzelbetreuung beträgt das durchschnittliche Nutzerentgelt 10,87 Euro, in der Gruppenbetreuung 9,10 Euro pro Stunde.

Entwicklung der Angebotsstruktur

Zum 01. Juni 2015 gibt es in Niedersachsen insgesamt 401 vom Land Niedersachsen anerkannte Leistungsanbieter niedrigschwelliger Betreuungs- und Entlastungsangebote⁵⁵. Durchschnittlich halten die Anbieter rund zwei verschiedene Angebotsarten vor: Am häufigsten handelt es sich um die häusliche Einzelbetreuung (Helferinnen- und Helferkreise), gefolgt von der Gruppenbetreuung. Die Tagesbetreuung ist dagegen ein eher seltenes Angebot.

⁵³ Abgrenzung zur Tagespflege

⁵⁴ Die Richtlinie zur Gewährung von Zuwendungen zur Förderung von niedrigschwelligen Betreuungsangeboten und Modellvorhaben ist am 01. Januar 2014 für weitere fünf Jahre verlängert worden. Derzeit erfolgt die Förderung auf Grundlage einer Interimslösung, bis die Verordnung zur Umsetzung der geänderten Regelungen des PSG I und des PSG II in Kraft getreten ist.

⁵⁵ Quelle: Landesamt für Soziales, Jugend und Familie

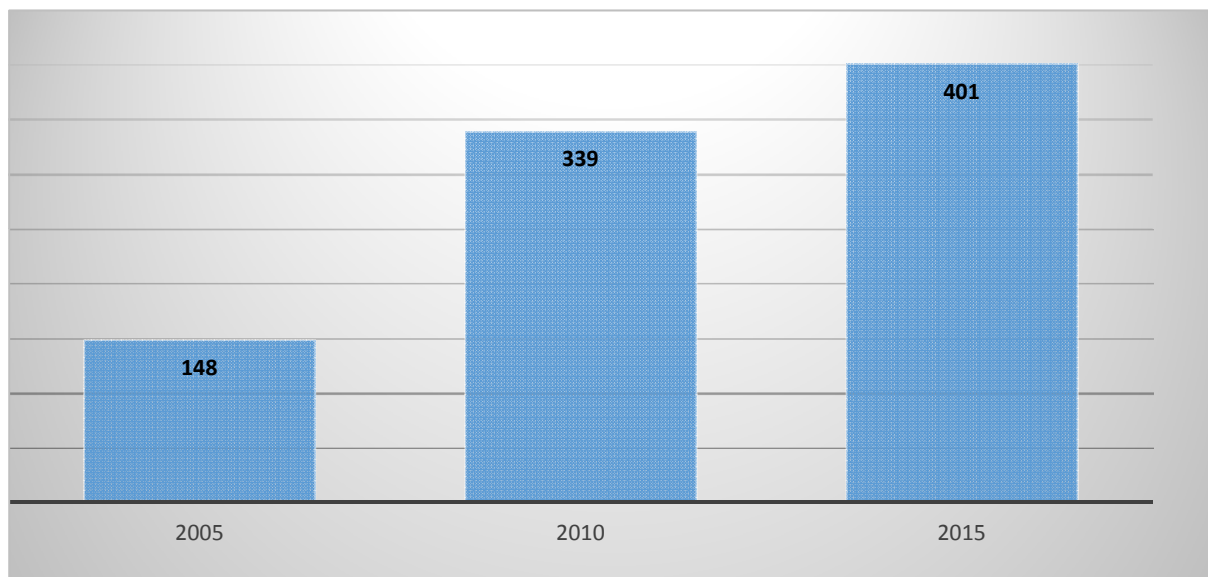


Abbildung 85: Anzahl anerkannter Anbieter NBEA in Niedersachsen in den Jahren 2005, 2010 und 2015 (Quelle: LSN, 10,2005; 10,2010; 06,2015)

Im Rahmen eines vom Land Niedersachsen, den Pflegekassen und privaten Pflegeversicherungsunternehmen geförderten Modellprojektes zu „Effekten, Wirkungen und Inanspruchnahme von Niedrigschwelligen Betreuungsangeboten“ („EWINA“) wurden im Jahr 2012 unter anderem Daten über die Anbieter- und Angebotsstrukturen erhoben. Danach haben die Einrichtungen ihre Anerkennung für Konzeptionen erhalten, die jeweils ein bis drei Zielgruppen betreffen. Ende 2011 halten 85 % der Leistungsanbieter Angebote für demenzkranke, 36 % für geistig behinderte und 35 % für psychisch kranke Pflegebedürftige vor. Die Versorgung und Erreichbarkeit wird gerade in ländlichen Regionen unterschiedlich organisiert. 57 % aller NBA sind an einem Standort und 43 % an zwei oder mehreren unterschiedlichen Standorten in ihrer Region vertreten. 62 % der Anbieterinnen und Anbietern von Gruppenbetreuung bieten ihren Betreuungsgästen den Service eines Fahrdienstes (Wolff/Brandes 2013). Die Größe der NBEA lässt sich insbesondere an der Anzahl der gewonnenen freiwilligen Helferinnen und Helfer bemessen. Aus einer Untersuchung von 179 NBA im Jahr 2012 ergibt sich, dass pro Anbieter durchschnittlich 28 ehrenamtlich Tätige in der Betreuung eingesetzt sind (Wolff/Brandes 2013). Dabei gibt es große Unterschiede zwischen den Einrichtungen.

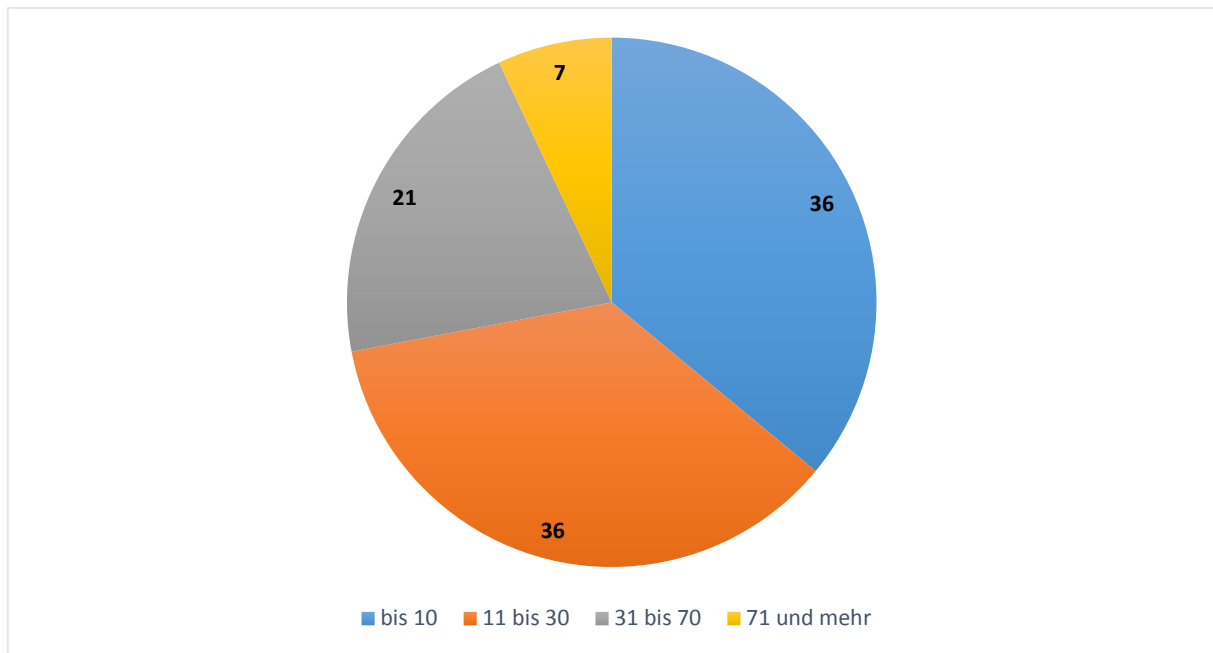


Abbildung 86: Anzahl Ehrenamtlicher in NBA – Verteilung nach Anzahl der Ehrenamtlichen im Jahr 2012 in Prozent (Quelle: Wolff/Brandes 2013)

Auf die Gesamtzahl der Anbieter hochgerechnet engagieren sich in Niedersachsen im Jahr 2012 rund 10.000 Freiwillige in NBA. Die erfasste Anzahl von ehrenamtlichen Helferinnen und Helfern hat sich von 2007 bis 2012 demnach mehr als verdoppelt. Sie leisten zusammen im Schnitt 79 Betreuungsstunden pro Woche. Freiwillige Helferinnen und Helfer erbringen somit pro Woche knapp drei Stunden Betreuungstätigkeit. Die durchschnittliche Höhe der Aufwandsentschädigung, die 2012 an die freiwilligen Kräfte pro Stunde entrichtet wurde, beträgt in der Einzelbetreuung 6,98 Euro und in der Gruppenbetreuung 6,81 Euro (Wolff/Brandes 2013).

Der Anteil der geförderten NBA an der Gesamtzahl anerkannter Einrichtungen ist in den Jahren 2005, 2010 und 2014 stetig gesunken. Lag der Anteil im Jahr 2005 noch bei 70 % und im Jahr 2010 bei 53,4 %, beträgt der Anteil der geförderten NBEA im Jahr 2014 lediglich 42,9 %.

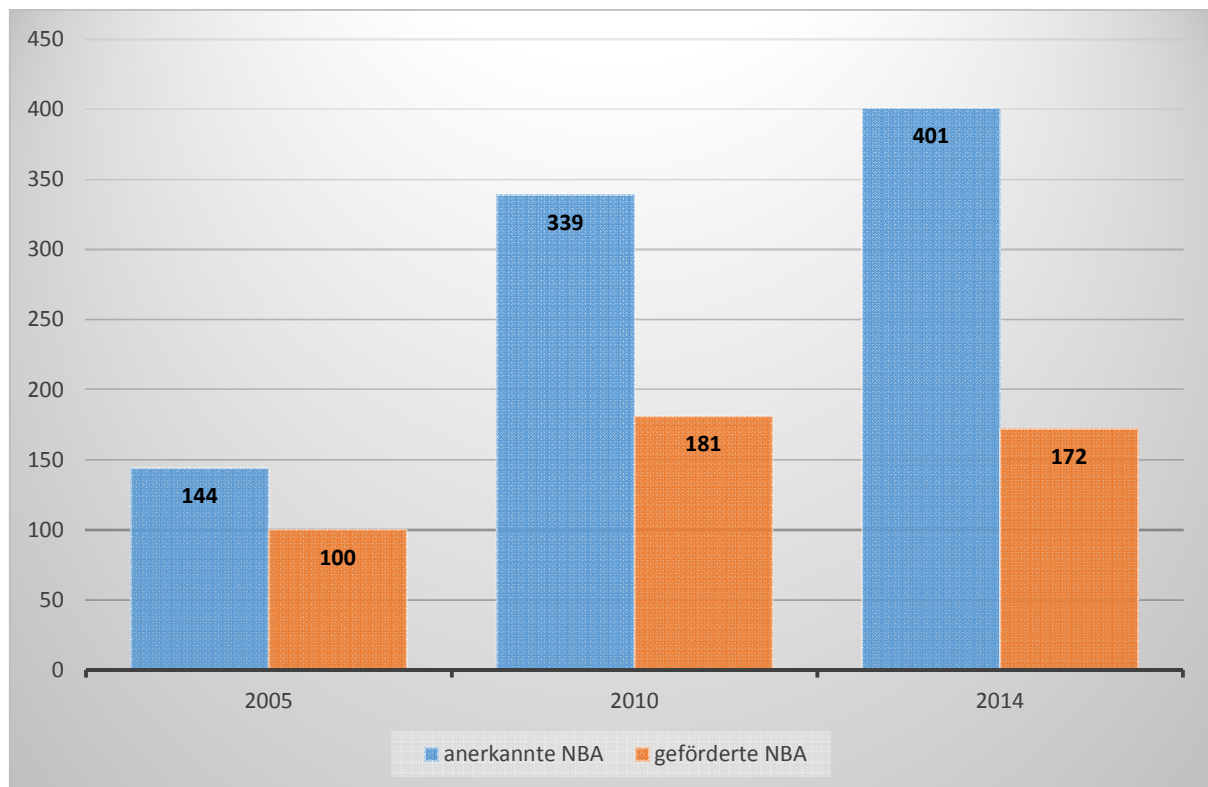


Abbildung 87: Anerkannte und geförderte NBA in den Jahren 2005, 2010 und 2014 (Quelle: Landesamt für Soziales, Jugend und Familie (LS), 2015)

Nachfolgend wird die erbrachte Förderung nach § 45c SGB XI deutlich:

Förderjahr	Anzahl geförderter NBA	Fördersumme gesamt in Euro
2010	183	1.234.482
2011	178	1.345.891
2012	177	1.458.567
2013	172	1.490.483
2014	172	1.542.499

Tabelle 20: Förderung nach § 45c SGB XI in den Jahren 2010 bis 2014 (Quelle: LS, 2015)

Die durchschnittliche Fördersumme des Landes belief sich auf rund 9.000 Euro pro Einrichtung; ein Betrag in gleicher Höhe wurde den Leistungsanbietern auch von den Landesverbänden der Pflegekassen und der privaten Pflegeversicherung gewährt.

Inanspruchnahme von NBA-Leistungen

Daten über die mit den gesetzlichen Pflegekassen und den privaten Pflegeversicherungen abgerechneten NBA-Leistungen in Niedersachsen liegen nicht vor, da die Pflegekassen diese nicht einheitlich erfassen. Aussagen über die Inanspruchnahmen sowie über die Nutzerinnen und Nutzer von NBA können deshalb nur auf der Basis von Studien getroffen werden.

Im Rahmen der EWINA-Studie wurde die Struktur der Nutzerinnen und Nutzer von NBA untersucht und mit Daten des MDK Niedersachsen über die Anzahl der Berechtigten nach § 45a SGB XI und des Landesverbandes der AOK Niedersachsen über die Gesamtzahl von Leistungsempfängerinnen und Leistungsempfängern nach § 45b SGB XI verglichen (Nicolai/Wolff 2013). Danach nutzen PEA der sogenannten Pflegestufe 0 und der Pflegestufe 1 überproportional häufig NBA. Frauen nehmen NBA häufiger als Männer in Anspruch und kommen in einem früheren Stadium ihrer Demenzerkrankung zur Nutzung eines NBA. Eine Ausnahme stellt die Gruppe der unter 80-jährigen Männer dar, die NBA häufiger als die gleichaltrigen Frauen aufsuchen. Die Nutzerinnen und Nutzer werden häufiger als im Durchschnitt (vgl. Kap. 2.1) von (Schwieger)Töchtern und (Schwieger)Söhnen als Hauptpflegepersonen versorgt. Eine Versorgung durch pflegende Ehemänner ist vergleichsweise selten zu finden. Menschen mit Migrationshintergrund nutzen NBA eher selten (Nicolai/Wolff 2013).

Im Jahr 2012 kommt es in 179 Einrichtungen zu 10.571 Inanspruchnahmen⁵⁶ von NBA (Wolff/Brandes 2013). Hochgerechnet auf die Gesamtzahl der im Jahr 2012 anerkannten Einrichtungen sind dies rund 20.000 Inanspruchnahmen. Die Verteilung auf die Angebotsarten zeigt die folgende Tabelle.

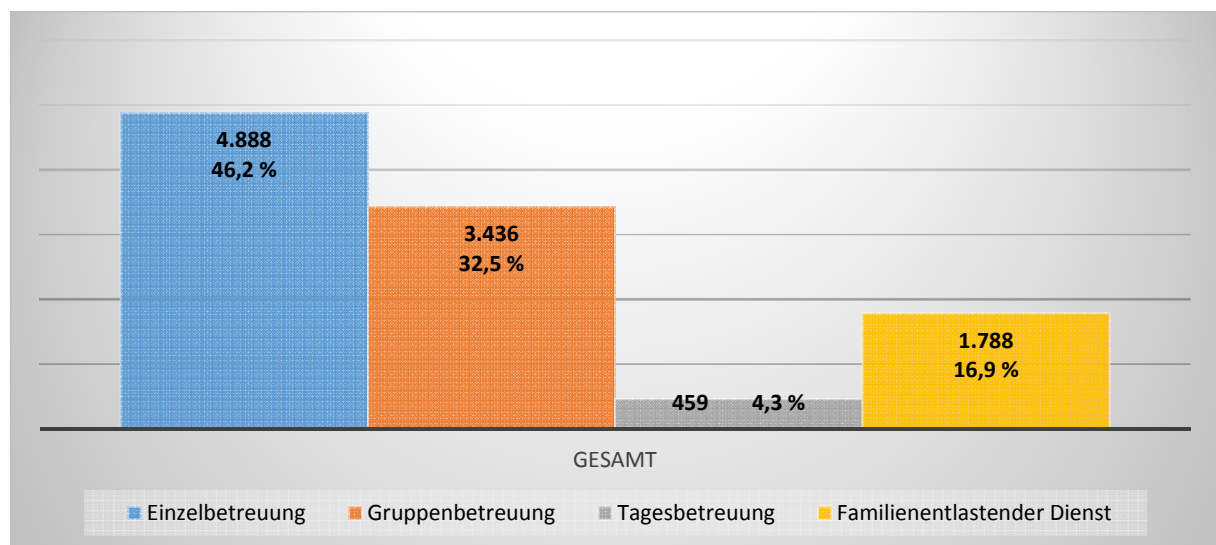


Abbildung 88: Inanspruchnahme von NBA und ihre Verteilung nach Angebotsart im Jahr 2011 in Prozent (Quelle: Wolff/Brandes 2013)

⁵⁶ Das ist die Anzahl der Personen, die NBA in Anspruch genommen haben. Darunter sind auch PEA gefasst, die mehr als eine Angebotsart nutzen.

Betrachtet man die durchschnittlichen Nutzerzahlen, ergibt sich eine andere Verteilung. FED stellen im Jahr 2012 mit durchschnittlich 45 Nutzerinnen und Nutzern die Angebotsart mit der größten Nutzerzahl dar.

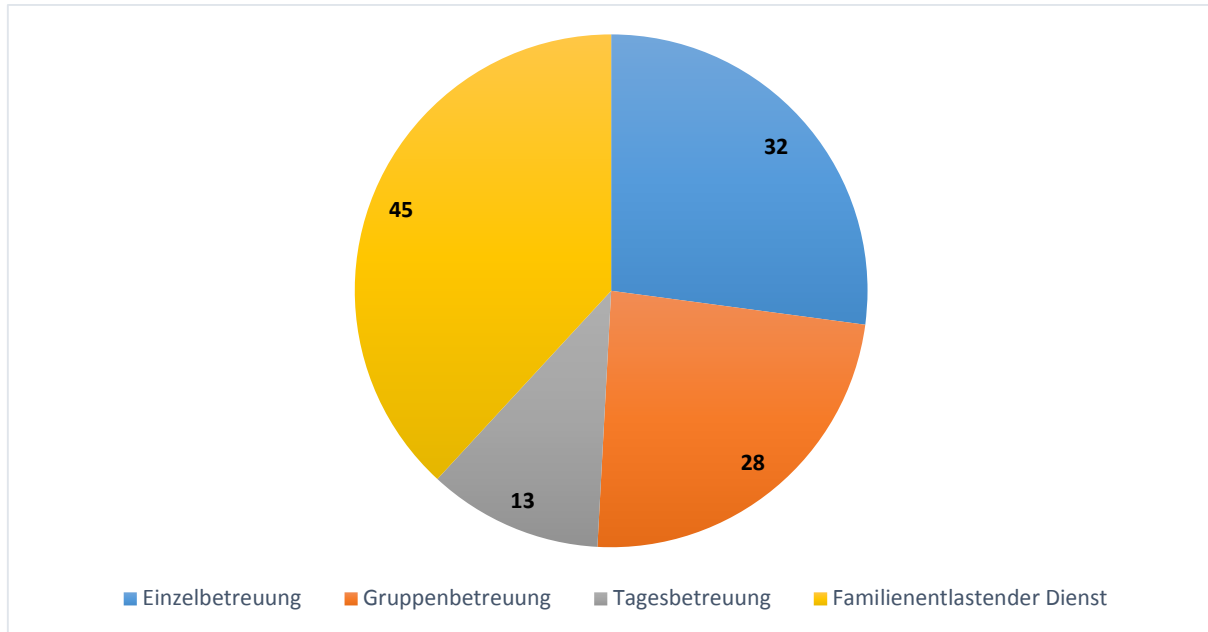


Abbildung 89: Durchschnittliche Inanspruchnahme einer Betreuungsart pro Anbieter im Jahr 2011 (Quelle: Wolff/Brandes 2013)

Den Ergebnissen der Studie von TNS Infratest Sozialforschung aus dem Jahr 2011 zufolge nehmen nur 37 % aller nach § 45a SGB XI berechtigten Pflegebedürftigen abrechnungsfähige Leistungen in Anspruch. Sie nutzen ihren Betreuungsbetrag zu 58 % für NBA. Für die Tagespflege wird der Betreuungsbetrag von 32 %, für die Kurzzeitpflege von 31 %, für zusätzliche Betreuungsleistungen der Pflegedienste von 14 % und für die Nachtpflege von 2 % der Berechtigten eingesetzt. Als Gründe für die vergleichsweise geringe Inanspruchnahme werden Unkenntnis über vorhandene Angebote oder gänzlich fehlende Angebote in der näheren Umgebung der PEA angeführt (BMG 2011, Seite 41f).

Regionale Gliederung

Durchschnittlich sind im Jahr 2015⁵⁷ pro kommunaler Gebietskörperschaft im Bereich NBEA rund neun Leistungsanbieter tätig (2010⁵⁸: sieben NBA). In der Landeshauptstadt Hannover befindet sich mit 28 Anbietern die größte Anzahl von NBEA, gefolgt von den Landkreisen Hildesheim und Emsland mit je 23 Anbietenden. Dagegen gibt es im Landkreis Lüchow-Dannenberg nur einen anerkannten Anbieter von NBEA (siehe Anhang II.4.5.2).

⁵⁷ Stand Juni 2015

⁵⁸ Stand Oktober 2010

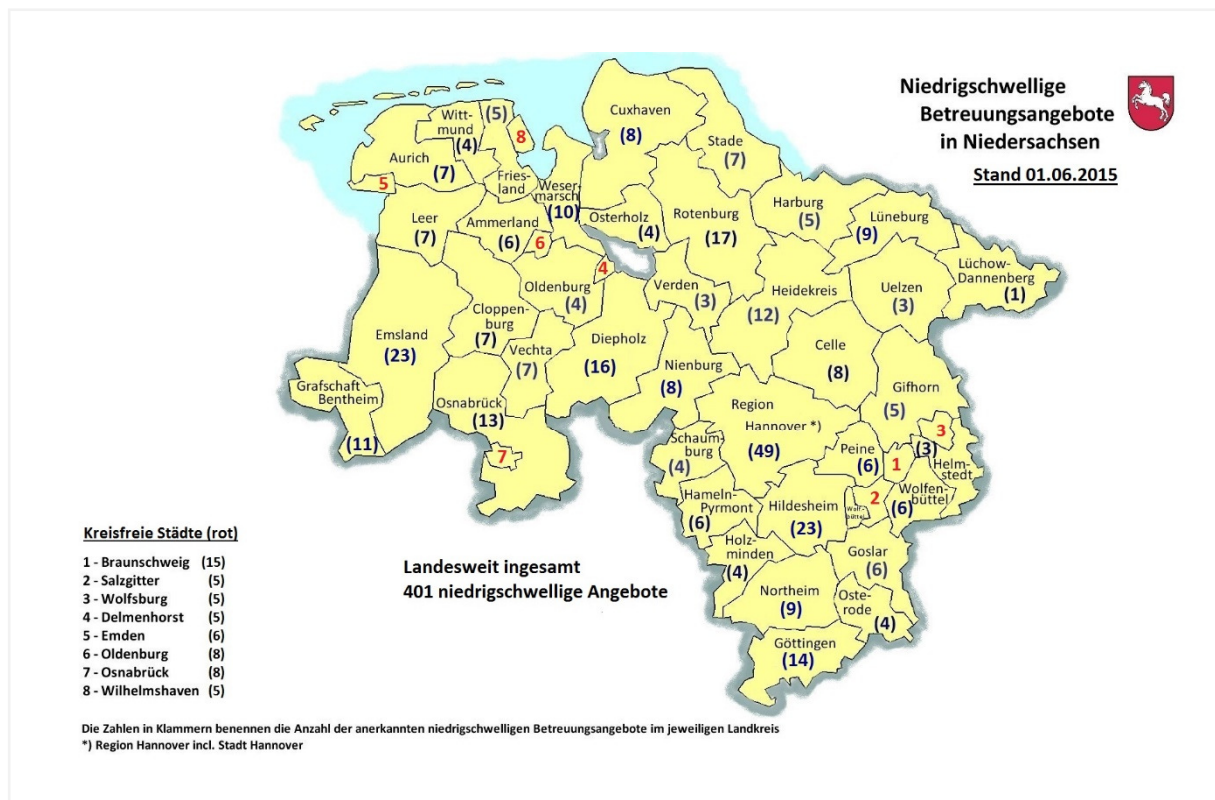


Abbildung 90: Regionale Verteilung von niedrigschwelligen Betreuungs- und Entlastungsangeboten in Niedersachsen im Jahr 2015 (Quelle: Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung 06/2015)

4.5.3 Zusätzliche Betreuungs- und Entlastungsleistungen der Pflegedienste

Ausgangslage

Zugelassene ambulante Pflegedienste mit Versorgungsverträgen nach § 72 SGB XI können ebenfalls qualitätsgesicherte Leistungen der Betreuung oder Entlastung anbieten. Diese Leistungen sind inhaltlich mit denen niedrigschwelliger Betreuungs- und Entlastungsangebote vergleichbar, werden jedoch nicht von ehrenamtlichen, sondern von hauptamtlichen Beschäftigten erbracht. Voraussetzung ist die Anerkennung des Angebots durch die Verbände der gesetzlichen Krankenkassen in Niedersachsen⁵⁹. Unter anderem muss hierfür die fachliche Qualifikation des einzusetzenden Personals nachgewiesen sowie ein kontinuierlicher Personaleinsatz sichergestellt werden. Die Vergütungssätze für die zusätzlichen Betreuungs- und Entlastungsleistungen kalkulieren die Pflegedienste orientiert an der individuellen Vergütungsvereinbarung über Leistungen der ambulanten Pflege nach § 89 SGB XI frei und bestimmen diese. Grundlage ist der Niedersächsische Leistungskomplekatalog (Anlage 3b „Betreuungsleistungen nach Zeit“, Leistungskomplex 19 „Hauswirtschaftliche Versorgung“).

⁵⁹ Die Kriterien zur Anerkennung des Angebotes sind im Merkblatt über die Anforderungen an zugelassene ambulante Pflegedienste für qualitätsgesicherte Leistungen der Betreuung und/oder hauswirtschaftlichen Entlastung im Sinne des § 45b Abs. 1 Satz 6 Nr. 3 SGB XI benannt.

Entwicklung der Angebotsstruktur

Nach Angaben des Landesverbandes der AOK Niedersachsen sind mit dem Stand von Juli 2015 niedersachsenweit 1.006 Pflegedienste als Erbringer zusätzlicher Betreuungs- und Entlastungsleistungen bei den gesetzlichen Pflegekassen anerkannt (2010: 900 für die Erbringung von zusätzlichen Betreuungsleistungen anerkannte Pflegedienste).

Von den Pflegediensten werden als zusätzliche Betreuungsleistungen vor allem Einzelbetreuungen und Gruppenbetreuungen angeboten. Die Preise staffeln sich nach Leistungsart und nach der Qualifikation des eingesetzten Personals. Einzelne Anbieter differenzieren zudem nach „einfacher“ Gruppenbetreuung und nach Gruppenbetreuung mit „therapeutischer Ausrichtung“ beziehungsweise nach „einfacher“ und „aufwendiger“ Pflegebegleitung. Die Preise für die Betreuungsleistungen variieren zwischen 5 und 68,97 Euro pro geleisteter Betreuungsstunde. Zusätzlich werden in der Regel die jeweiligen Fahrtkosten in Rechnung gestellt.

Regionale Gliederung

Durchschnittlich gibt es im Juli 2015 pro kommunaler Gebietskörperschaft rund 22 Pflegedienste mit dem Angebot zusätzlicher Betreuungs- und Entlastungsleistungen (2010: 18,5 Pflegedienste).

4.5.4 Kurzbewertung

In der Gesamtfläche Niedersachsens haben sich die niedrigschwelligen Betreuungs- und Entlastungsangebote seit 2002 mit Hilfe der Förderung durch Land, Pflegekassen und privaten Pflegeversicherungsunternehmen gut etablieren können. Insbesondere in einigen ländlichen Räumen ist die Anzahl der anerkannten NBEA jedoch noch gering und ein wohnortnahes Angebot somit nicht gewährleistet. Ein wachsender Anteil der anerkannten NBEA nimmt keine Förderung nach § 45c SGB XI in Anspruch.

Werden NBA in Anspruch genommen, erleben die pflegenden Angehörigen vielfältige positive Wirkungen, vor allem jedoch eine verbesserte Alltagsbewältigung und die Möglichkeit, freie Zeit auch wieder nach eigenen Bedürfnissen zu gestalten. Angehörige nehmen die von ihnen gepflegte Person aufgrund der angebotenen Beschäftigungen und der damit verbundenen Anregungen vielfach ausgeglichener wahr, als vor der Inanspruchnahme eines NBA. Es konnte nachgewiesen werden, dass NBA eine gesundheitsförderliche und stabilisierende Funktion in Pflegebeziehungen einnehmen können. Einschränkungen werden jedoch für multiple und hoch belastete Pflegearrangements beschrieben (Brandes et al. 2013).

Hemmende Faktoren auf Seiten der Berechtigten und ihrer Angehörigen für die Inanspruchnahme von NBA werden in der Fachliteratur (Emme von der Ahe et al., 2012) und in Erfahrungsberichten von Anbietenden beschrieben. Es besteht häufig ein Informationsdefizit und eine fehlende Einsicht in den Unterstützungsbedarf. Des Weiteren werden Ängste vor Rollen- und Kontrollverlust sowie vor gesellschaftlicher Stigmatisierung und Schamgefühle beobachtet. Zur Überwindung dieser Hemmnisse ist deshalb unter anderem die psychosoziale sowie Beratungs- und Leitungskompetenz auf der Ebene der koordinierenden Hauptamtlichen der NBEA von besonderer Bedeutung. Auch die Öffentlichkeits- und Vernetzungstätigkeiten sowie der Grad der erreichten Niedrigschwelligkeit und der räumlichen Erreichbarkeit der Angebote spielen für die Nutzung eine große Rolle.

Darüber hinaus bieten 81,7 % aller Pflegedienste in Niedersachsen zusätzliche Betreuungs- und Entlassungsleistungen an und erreichen damit einen hohen Verbreitungsgrad.

4.6 Ehrenamt und Selbsthilfe nach § 45d SGB XI

4.6.1 Ausgangslage

Angesichts der steigenden Zahl pflegender Angehöriger und pflegebedürftiger Menschen auf der einen Seite und der Zunahme von Einpersonenhaushalten sowie sich verändernder Familienstrukturen auf der anderen Seite gewinnen Selbsthilfegruppen und das Engagement von Bürgerinnen und Bürgern in Pflege flankierenden Angeboten zunehmend an Bedeutung.

Die Vorschrift nach § 45 d SGB XI ist mit dem PflWG in das SGB XI eingeführt worden. Mit dem PNG wurde eine Erhöhung des Fördervolumens beschlossen, an dem seitdem auch die privaten Pflegeversicherungsunternehmen beteiligt sind. Die niedersächsische Richtlinie über die Gewährung von Zuwendungen zur Förderung von ehrenamtlichen Strukturen sowie der Selbsthilfe nach § 45 d SGB XI ist zum Ende des Jahres 2010 in Kraft getreten. Die Anträge auf Förderung von Selbsthilfegruppen und Ehrenamtsgruppen an das LS werden zentral von den regionalen Selbsthilfe-Kontaktstellen gestellt.

Selbsthilfekontaktstellen sind nach § 45d SGB XI örtlich und regional arbeitende professionelle Beratungseinrichtungen mit hauptamtlichem Personal, die das Ziel verfolgen, die Lebenssituation von Pflegebedürftigen, von Personen mit erheblichem allgemeinen Betreuungsbedarf sowie deren Angehörigen durch Selbsthilfe zu verbessern. Sie dienen als Anlaufstelle für Menschen, die sich für Selbsthilfe interessieren, und unterstützen diese beim Aufbau und bei der Vermittlung in Selbsthilfegruppen. Die Kontaktstellen fördern die Zusammenarbeit zwischen den Selbsthilfegruppen und Einrichtungen aus dem Sozial- und Gesundheitswesen. Sie leisten eine breite und allgemeine Öffentlichkeitsarbeit, um

den Bekanntheitsgrad von Selbsthilfegruppen in der Bevölkerung zu verbessern. Das Selbsthilfe-Büro Niedersachsen ist eine landesweit tätige Service-, Informations- und Koordinierungseinrichtung für die Selbsthilfe in Niedersachsen (siehe auch Kapitel II.10.4).

Selbsthilfegruppen sind Zusammenschlüsse von Personen, deren Mitglieder sich in ähnlichen Lebenssituationen befinden oder von vergleichbaren Problemlagen betroffen sind. Das Ziel ihrer Zusammenkünfte und gemeinsamen Aktivitäten ist die Bewältigung sozialer, persönlicher oder krankheitsbedingter Belastungen. Selbsthilfegruppen arbeiten in der Regel ohne professionelle Leitungen und gestalten ihr Miteinander in Form von regelmäßigen Treffen. Die Form der gegenseitigen Unterstützung während der Gruppentreffen kann ein Gespräch sein, es gibt aber je nach Thema und Bedürfnissen der Mitglieder auch andere Gruppenkonzepte.

Selbsthilfegruppen im Pflegebereich sind beispielsweise Gruppen von pflegenden Angehörigen oder von Menschen mit einer drohenden oder bestehenden Pflegebedürftigkeit. Überwiegend bilden sich Selbsthilfegruppen entsprechend spezifischer Krankheitsbilder wie Demenz und Multiple Sklerose oder differenzieren sich nach Mitgliedern mit entsprechenden Beziehungskonstellationen aus. Beispielsweise existieren Selbsthilfegruppen Angehöriger sowohl von pflegenden (Schwieger)Töchtern und (Schwieger)Söhnen als auch von pflegenden (Ehe)Partnerinnen und (Ehe)Partnern.

Mögliche Formen bürgerschaftlichen Engagements, die nach § 45 d SGB XI gefördert werden, sind beispielsweise Qualifikationsmaßnahmen für Ehrenamtliche und Anlaufstellen für ehrenamtliches Engagement, die die im § 45 c SGB XI bereits vorgesehenen Möglichkeiten noch einmal erweitern⁶⁰.

Die dargestellten Daten repräsentieren ausschließlich die nach § 45d SGB XI geförderten Strukturen von Selbsthilfe- und Ehrenamtsgruppen. Dabei muss berücksichtigt werden, dass nicht alle Selbsthilfegruppen Fördermittel beantragen, weil sie entweder zum Beispiel keine finanzielle Unterstützung benötigen oder auf Grund der Förderbestimmungen diese nicht in Anspruch nehmen wollen. Auch lassen sich nicht alle bestehenden und systematisch erfassten Selbsthilfegruppen⁶¹ eindeutig dem SGB-V oder dem SGB-XI Bereich zuordnen; vereinzelt sind Gruppen nach der Förderrichtlinie des Landes nicht förderfähig. Diese Selbsthilfegruppen beantragen beispielsweise alternativ eine finanzielle Unterstützung bei den gesetzlichen Krankenkassen⁶² und sind damit von der Statistik nicht erfasst.

⁶⁰ Bis zur Einführung des PSG I galt das insbesondere beispielsweise für die erstmals im Rahmen eines Bundesmodellprojektes von 2005 bis 2008 qualifizierten Pflegebegleiterinnen und Pflegebegleiter (Modellvorhaben zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung nach § 8 Abs. 3 SGB XI, die Pflegenden unentgeltlich und unverbindlich psychosoziale Unterstützung in Form von Gesprächen, Informationen über Entlastungsmöglichkeiten, Kontaktmöglichkeiten und Ansprache durch Menschen in gleichen Lebensumständen bieten.

⁶¹ Selbsthilfe-Büro Niedersachsen (2015): Themen von Selbsthilfegruppen in Niedersachsen

⁶² § 20 c SGB V

4.6.2 Entwicklung der Angebotsstruktur

In der Zeit von 2010 bis 2014 förderte das Land Niedersachsen jährlich jeweils 34 Selbsthilfe-Kontaktstellen. Die durchschnittliche Zahl der geförderten Selbsthilfegruppen lag in diesem Zeitraum bei 125. Im Jahr 2014 beantragten Selbsthilfe-Kontaktstellen aus 29 Landkreisen und kreisfreien Städten eine Förderung für durchschnittlich vier bis fünf Selbsthilfegruppen. Aus den übrigen 18 kommunalen Gebietskörperschaften (40 %) wurden keine Anträge vorgelegt. Die Angebotssituation in den Landkreisen, aus denen bisher keine Anträge vorlagen, ist nicht bekannt.

Mitglieder der geförderten Selbsthilfegruppen (Selbsthilfe-Büro Niedersachsen 2015) sind einerseits Menschen mit pflegebegründenden Diagnosen wie Schlaganfall, Multiple Sklerose, Muskelerkrankungen, Parkinson u. a. m. Niedersachsenweit stellten auch sieben Selbsthilfegruppen von Menschen mit einer Demenzerkrankung in einem frühen Stadium, mit einer beginnenden Demenz (Selbsthilfe-Büro Niedersachsen 2015, Seite 10 f), die zum Teil von örtlichen Alzheimer-Gesellschaften unterstützt werden, Förderanträge. Andererseits finden sich Angehörige von pflegebedürftigen, psychisch kranken, behinderten oder dementen Menschen zu Selbsthilfegruppen zusammen. Selbsthilfegruppen von Angehörigen bilden zahlenmäßig eine Hauptgruppe von Selbsthilfe im Bereich der Pflege thematiken. Vereinzelt finden sich auch gemischte Selbsthilfegruppen von Angehörigen und betroffenen Menschen.

Förderjahr	Antragstellende SH-Kontaktstellen	Selbsthilfe-gruppen	Ehrenamts-gruppen	Förderung gesamt
2010	16	59	0	63.422 Euro
2011	28	150	2	164.479 Euro
2012	29	144	6	131.249 Euro
2013	31	136	6	125.030 Euro
2014	29	139	8	130.620 Euro

Tabelle 21: Förderung nach § 45d SGB XI 2010 bis 2014 (Quelle: LSN, 2015)

Im Bereich des bürgerschaftlichen Engagements wurden nur für wenige Gruppen Fördermittel nach § 45d SGB XI beantragt. In 2014 wurden acht Ehrenamtsgruppen in vier kommunalen Gebietskörperschaften gefördert. Zu diesen Gruppen gehören ehrenamtliche Seniorenbegleiterinnen und Seniorenbegleiter, Ehrenamtliche einer örtlichen Alzheimer Gesellschaft, ehrenamtliche Hospizbegleiterinnen und Hospizbegleiter sowie ehrenamtliche Nachbarschaftshilfe.

Wie Ergebnisse einer Umfrage zu den bisherigen Erfahrungen der Selbsthilfe-Kontaktstellen mit der Umsetzung des § 45d SGB XI zeigen (Selbsthilfe-Büro Niedersachsen 2012), gab es vereinzelt Unsicherheiten bei der Beantragung von Fördermitteln, die im Wesentlichen mit formalen Anforderungen der Antragstellung für die Selbsthilfegruppen sowie die Mittelverwendung begründet wurden. Die vorhandenen Hemmnisse konnten jedoch zwischenzeitlich ausgeräumt werden. Der Erhebung zufolge verbinden zwei Drittel der Selbsthilfe-Kontaktstellen mit dem Inkrafttreten des § 45d SGB XI und der darauf basierenden Förderung des Landes und der Pflegekassen für die Selbsthilfe zusätzliche Entwicklungsmöglichkeiten. Hervorgehoben werden in diesem Zusammenhang die bessere Vernetzung mit dem Pflegebereich, die Erleichterung von Gruppengründungen und gute Startbedingungen für neue Selbsthilfegruppen. Positive Effekte für die Selbsthilfegruppen und ihre Mitglieder sehen Mitarbeitende in den Kontaktstellen insbesondere in Teilhabemöglichkeiten an Gruppentreffen und ihren Aktivitäten, in einer Entlastung sowie Wertschätzung und Anerkennung pflegender Angehöriger und einer verbesserten Vernetzung auch der Selbsthilfegruppen.

In den örtlichen Pflegekonferenzen ist nach Auskunft der kommunalen Gebietskörperschaften der Selbsthilfebereich nur in Einzelfällen durch ein Mitglied einer Selbsthilfegruppe oder durch Patienten- und Angehörigenvertretungen, nicht jedoch durch die Selbsthilfekontaktstellen vertreten.

4.6.3 Kurzbewertung

Die in den vergangenen Jahren ansteigenden Pflegebedürftigen- und Angehörigenzahlen würden eine ebenfalls stetig ansteigende Zahl von Selbsthilfegruppen im Kontext des SGB XI erwarten lassen. Davon unbenommen lassen die vorhandenen Daten zu den gemäß § 45d SGB XI geförderten Gruppen für die Vergangenheit lediglich eine Entwicklungstendenz der Angebote aufzeigen.

In einem stark nach unterschiedlichen Zielgruppen differenzierten ambulanten Pflegebereich, der überwiegend von nahen Angehörigen (mit)getragen wird, darf aber noch weiteres Entwicklungspotenzial im Selbsthilfebereich vermutet werden. Die Daten lassen es nicht zu, im Rahmen der Pflegeberichtserstattung die bedarfsgerechte Versorgung zu bewerten.

4.7 Senioren- und Pflegestützpunkte Niedersachsen

4.7.1 Ausgangslage

Seit Januar 2014 gibt es in Niedersachsen eine neue seniorenpolitische Beratungsstruktur; die Seniorservicebüros (SSB) und die Pflegestützpunkte (PSP) wurden zusammengeführt. Damit sollten nach Auslaufen der Landesförderung für die SSB die Beratungsstrukturen für ältere Menschen und ihre Angehörigen vereinfacht werden.

Die neuen Beratungsstellen „Senioren- und Pflegestützpunkte Niedersachsen (SPN)“ ersetzen dabei nicht nur die bisherige Form der SSB sondern sie führen zudem das Aufgabenfeld der PSP in die neuen Beratungsstellen ein.

In den Landkreisen, kreisfreien Städten, in der Region Hannover und in den Städten Hannover und Göttingen kann jeweils ein SPN von Seiten des Landes gefördert werden. Diese Kommunen sind jeweils Träger des SPN, Ausnahmen in der Trägerschaft sind dabei aber zulässig. Die Förderung beträgt pro SPN jährlich bis zu 40.000 Euro.

Die SPN sollen ein lokales Netzwerk von ehrenamtlichen, nachbarschaftlichen und professionellen Anbietern aufbauen. Zudem fungieren sie als Impulsgeber für die Entwicklung innovativer Angebote für die Zielgruppen und als Schnittstelle zwischen den vielfältigen Programm- und Förderlandschaften auf kommunaler, Landes-, Bundes- sowie europäischer Ebene.

4.7.2 Entwicklung der Angebotsstruktur

Mit Stand August 2015 gibt es 45 bewilligte SPN. Nur die kreisfreien Städte Braunschweig und Wilhelmshaven sowie der Landkreis Wolfenbüttel halten derzeit keinen SPN vor.

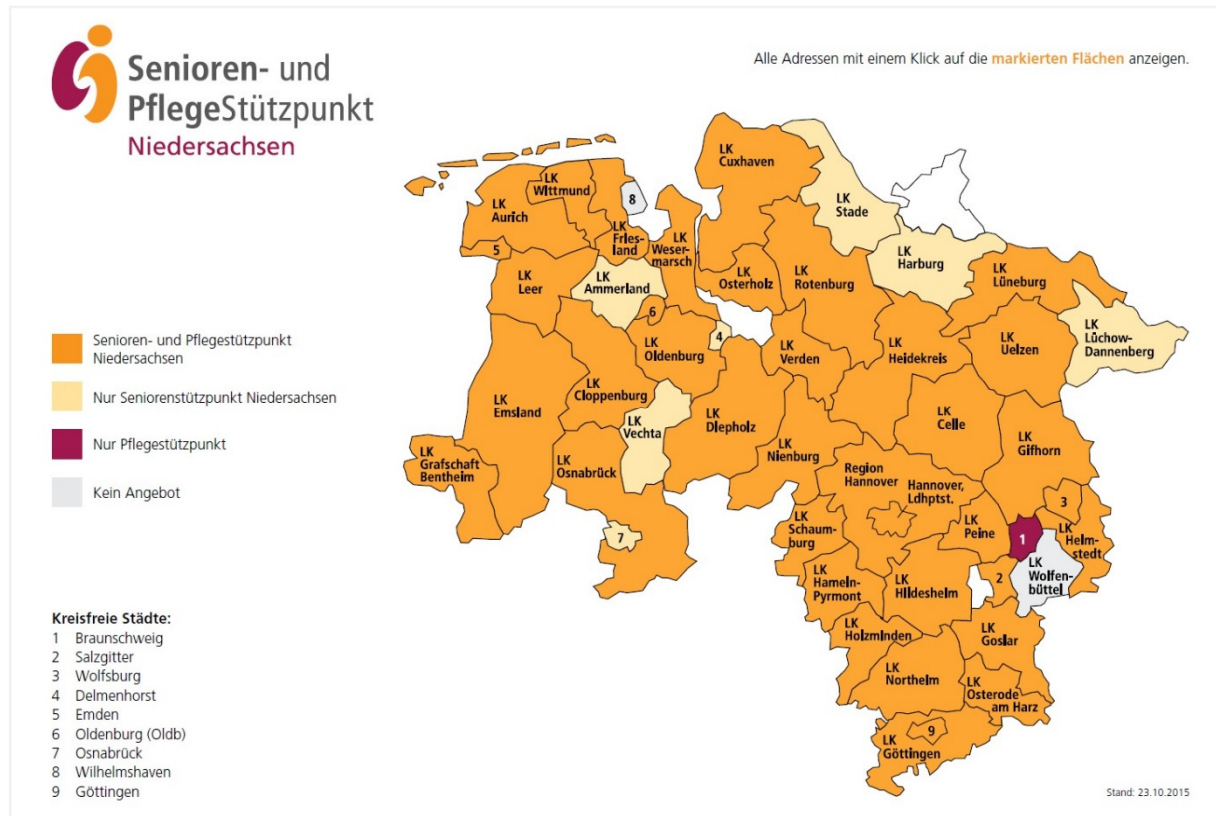


Abbildung 91: SPN Niedersachsen in regionaler Verteilung (Quelle: Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung 2015)

4.7.3 Kurzbewertung

Mit den SPN Niedersachsen gibt es in fast allen kommunalen Gebietskörperschaften eine einheitlich strukturierte Anlauf- und Beratungsstelle für Pflegebedürftige und Angehörige. Die Beratungsstellen sollen umfassende und unterschiedliche Aufgaben im Rahmen der Einzelfallberatung, der Vernetzung von Versorgungsangeboten, der Förderung bürgerschaftlichen Engagements in der häuslichen Versorgung übernehmen und sollen als Impulsgeberin für eine Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen fungieren. Feststellbar ist eine zunehmende Nachfrage nach den Dienstleistungen der SPN.

4.8 Pflegeberatung, Pflegekurse und -trainings

4.8.1 Ausgangslage

Pflegeberatung nach § 7a SGB XI

Die Pflegeberatung im engeren Sinne nach den §§ 7 und 7a SGB XI durch die Pflegekassen bleibt unverändert erhalten. Nach der Evaluationsstudie von Klie et al. (2012) kann individuelles Fallmanagement einen wichtigen Beitrag zur Verbesserung der Lebenssituation, zur Qualifizierung der Pflege und Teilhabe und zur Entlastung Angehöriger leisten.

Mit Einführung des PflWG haben Leistungsempfängerinnen und Leistungsempfänger ab 01. Januar 2009 Anspruch auf individuelle Beratung und Hilfestellung im Sinne eines individuellen Fallmanagements durch die Pflegeberatung der zuständigen Pflegekasse beziehungsweise des zuständigen privaten Pflegeversicherungsunternehmens.

Nach § 7a SGB XI gehört es zu den Aufgaben der Pflegeberatung

- den Hilfebedarf unter Berücksichtigung der Feststellungen der Begutachtung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung systematisch zu erfassen und zu analysieren,
- einen individuellen Versorgungsplan mit den im Einzelfall erforderlichen Sozialleistungen und gesundheitsfördernden, präventiven, kurativen, rehabilitativen oder sonstigen medizinischen sowie pflegerischen und sozialen Hilfen zu erstellen,
- auf die für die Durchführung des Versorgungsplans erforderlichen Maßnahmen hinzuwirken, die Durchführung des Versorgungsplans zu überwachen und erforderlichenfalls einer veränderten Bedarfslage anzupassen sowie
- bei besonders komplexen Fallgestaltungen den Hilfeprozess auszuwerten und zu dokumentieren.

Die Anzahl der Pflegeberaterinnen und Pflegeberater ist nach § 7a Abs. 3 SGB XI so zu bemessen, dass sie ihre Aufgaben im Interesse der Hilfesuchenden zeitnah und umfassend wahrnehmen können. Grundsätzlich soll die Pflegeberatung von Pflegefachkräften, Sozialversicherungsfachangestellten oder / und Angehörigen Sozialpädagogischer Berufe mit einer Zusatzqualifikation durchgeführt werden. Nach § 7b Abs. 1 SGB XI hat die Pflegekasse Antragstellenden unmittelbar nach Eingang eines erstmaligen Antrags auf Leistungen entweder innerhalb von zwei Wochen einen konkreten Beratungstermin anzubieten oder einen Beratungsgutschein auszustellen und Beratungsstellen zu benennen.

In die Pflegeberatung können auf Wunsch der pflegebedürftigen Person Angehörige und (Ehe)Partnerinnen und (Ehe)Partner einbezogen werden. Pflegeberaterinnen und -berater sollen die Beratung suchende Person/suchenden Personen bei der Auswahl und Inanspruchnahme von bundes- oder landesrechtlich vorgesehenen Sozialleistungen sowie sonstigen Hilfsangeboten, die auf die Unterstützung von Menschen mit Pflege-, Versorgungs- oder Betreuungsbedarf ausgerichtet sind, unterstützen.

Pflegekurse und -trainings

Nach § 45 Abs. 1 SGB XI sollen die Pflegekassen Pflegekurse anbieten. Die Pflegekurse sollen Fertigkeiten für eine eigenständige Durchführung der Pflege vermitteln. Die Kurse oder individuelle Schulungen können nach § 45 Abs. 2 SGB XI die Pflegekassen selbst oder Pflegekassen gemeinsam durchführen oder geeignete andere Einrichtungen mit der Durchführung beauftragen. Nach § 45 Abs. 3 SGB XI können die Landesverbände der Pflegekassen über der inhaltlichen Ausgestaltung und der einheitlichen Durchführung Rahmenvereinbarungen mit den Trägern der Einrichtungen schließen, die die Pflegekurse durchführen.

4.8.2 Entwicklung der Angebotsstruktur

Pflegeberatung nach § 7a SGB XI

Die Umsetzung des § 7a SGB XI erfolgt einer Befragung der Landesverbände der Pflegekassen in Niedersachsen und der PKV zufolge sehr unterschiedlich. Im Folgenden soll das jeweilige Vorgehen im Bereich der Pflegeberatung dargestellt werden.

Pflegekassen und private Pflegeversicherungsunternehmen⁶³	Anzahl der Pflegeberater-innen / Pflegeberater	Art der Beratung	Anzahl der Beratungen / Versorgungspläne	Anzahl der Pflegegeldempfänger-innen/ -empfänger
AOK Niedersachsen	43	Telefonisch, in eigenen Räumen, in der Häuslichkeit	5.894	78.440
Verband der Ersatzkassen (vdek)⁶⁴	TK: 4 Barmer GEK: 5 DAK: 6	Telefonisch, in eigenen Räumen, in der Häuslichkeit	TK: 53 Barmer GEK: 51 DAK: 152	40.839
PKV – COMPASS Private Pflegeberatung	31	Telefonisch, in der Häuslichkeit	18	20.487
Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SLFG)	5	In der Häuslichkeit	84	12.102
Knappschaft Niedersachsen	5	Telefonisch, in eigenen Räumen, in der Häuslichkeit	867	6.500
IKK Classic	1	Überwiegend in der Häuslichkeit	93	4.947

Tabelle 22: Anzahl der Pflegeberaterinnen und Pflegeberater, Art der Pflegeberatung, Anzahl der Beratungen und Versorgungspläne, Anzahl der Pflegegeldempfängerinnen und -empfänger im Jahr 2014 (Quelle: Angaben der Landesverbände der Pflegekassen und der PKV, 2015)

Pflegeberatung am Beispiel der AOK Niedersachsen

Die AOK-Versicherten erhalten mit der Mitteilung über Ihre Einstufung nach erfolgter MDK-Begutachtung schriftlich das Angebot über eine Pflegeberatung der AOK, die innerhalb von 14 Tagen mit der persönlichen Beraterin oder dem persönlichen Berater vereinbart werden kann. Im ersten telefonischen Gespräch wird seitens der beratenden Person geprüft, ob es sich um ein einfaches Beratungsanliegen im Sinne einer Leistungsberatung oder um ein komplexes Beratungsanliegen handelt. Komplexe Beratungen werden von qualifizierten Pflegeberaterinnen und Pflegeberatern übernommen, die jeweils zur Hälfte aus den Berufsgruppen Pflegefachberufe und Sozialversicherungsfachangestellte

⁶³ Von den Betriebskrankenkassen (BKK) liegen keine Daten vor.

⁶⁴ Von der hkk und der KKH liegen keine Daten vor.

stammen. Themen der Beratungen sind unter anderem der persönliche Hilfebedarf, pflegerische Hilfen nach SGB XI, präventive, kurative, rehabilitative und medizinische Hilfen, Renten- und Unfallversicherung, Sozialhilfe sowie sonstige Leistungen.

Die komplexen Pflegeberatungen werden zu 95 % in der Häuslichkeit der oder des Versicherten angeboten und beinhalten bis zur Erstellung eines Versorgungsplanes in der Regel zwei aufsuchende Beratungsgespräche und bei Bedarf weitere Telefonkontakte. Um die häusliche Gesamtsituation erfassen zu können, werden die Versicherten und die Angehörigen vor Ort beraten. Ein auf der Basis der Beratung erarbeiteter Versorgungsplan setzt sich aus einer Analyse der Pflegesituation und des individuellen Versorgungsbedarfs sowie der gemeinsam vereinbarten Maßnahmen zusammen. Zwischenschritte auf dem Weg zur Umsetzung dieser Maßnahmen werden im Rahmen telefonischer Nachfragen besprochen.

Pflegekurse und -trainings

Die Umsetzung erfolgt nach Auskunft der Landesverbände der Pflegekassen in Niedersachsen und der PKV zufolge sehr unterschiedlich:

Pflegekassen und private Pflegeversicherungs-unternehmen⁶⁵	Angebot von Pflegekursen / Pflege trainings	Anzahl der Pflegekurse	Anzahl von Teilnehmenden	Anzahl der Pflege-trainings und spezifischen Beratungen
AOK Niedersachsen	Eigenregie	213	3.130	21.000
Verband der Ersatzkassen (vdek)⁶⁶	Nicht in Eigenregie	Keine Angaben	Barmer GEK: 1.565	Barmer GEK: 733
PKV – COMPASS Private Pflegeberatung	Keine Angaben	Keine Angaben	Keine Angaben	Keine Angaben
Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SLFG)	Eigenregie	8	120	Keine Angaben
Knappschaft Niedersachsen	Nicht in Eigenregie	Keine Angaben	Keine Angaben	25
IKK Classic	Durch Pflegedienste / Rahmenvereinbarungen	Keine Angaben	Keine Angaben	11

Tabelle 23: Angebot von Pflegekursen und Pflege trainings, Anzahl der Pflegekurse, Anzahl der Teilnehmenden, Anzahl der Pflege trainings und spezifischen Beratungen im Jahr 2014 (Quelle: Angaben der Landesverbände der Pflegekassen und der PKV, 2015)

Beispielsweise bieten Pflegefachkräfte der AOK Niedersachsen neben den Pflegekursen auch Gesprächskreise für pflegende Angehörige an. Im Jahr 2014 wurden von Seiten der AOK Niedersachsen Pflegekurse zu folgenden Themen angeboten: Pflegegrundkurs, Pflegeaufbaukurs, Lagerungstechnik, SGB XI-Leistungen, Umbaumaßnahmen in der Wohnung, Kinästhetik, Sturzprävention und spezielle Krankheitsbilder, wie zum Beispiel Demenz, Schlaganfall und Parkinson.

Der Studie von TNS Infratest Sozialforschung (BMG 2011, Seite 29 f) nach nutzen lediglich 12 % der Hauptpflegepersonen das Angebot eines Pflegekurses. Dabei sind Unterschiede zwischen den Pflegestufen nur gering.

⁶⁵ Von den BKK liegen keine Daten vor.

⁶⁶ Von der hkk und der KKH liegen keine Daten vor.

4.8.3 Kurzbewertung

Pflegeberatung nach § 7a SGB XI

Die Aufgabe der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI und die Umsetzung dieser Pflichtleistung gegenüber allen Pflegebedürftigen wird von den gesetzlichen Pflegekassen und den privaten Pflegeversicherungsunternehmen auf unterschiedliche Art und Weise wahrgenommen. Die Evaluationsstudie von Klie et al. (GKV-Spitzenverband 2012, Seite 394 f) kommt ebenfalls zu dem Schluss, dass es noch *„an einer übergreifenden und effizienten, alle Pflegebedürftigen in gleicher Weise erreichenden Implementationsstrategie für die Pflegeberatung“ fehlt*.

In der Folge ist davon auszugehen, dass Versicherte unterschiedliche Beratungsstrukturen vorfinden.

Pflegekurse und Pflegetrainings

Nicht nur die Angebotsstruktur der Pflegeberatung sondern auch die der Pflegekurse und Pflegetrainings nach § 45 SGB XI werden von den Pflegekassen und privaten Pflegeversicherungsunternehmen sehr unterschiedlich vorgehalten. Für 88 % der Teilnehmenden hat der Pflegekurse die Pflege erleichtert. Gründe für die geringe Inanspruchnahme werden darin gesehen, dass Angehörige nicht ausreichend informiert sind oder Pflegekurse nicht angeboten werden. Insbesondere die Möglichkeit individueller Schulungen zu Hause scheint noch weitgehend unbekannt zu sein. Diese wird jedoch als gute Alternative zu Gruppenschulungen für diejenigen Pflegenden bewertet, die aufgrund der Pflege und anderer Verpflichtungen sehr stark eingebunden sind. Insgesamt haben sich Pflegekurse als unterstützende Maßnahme bewährt.

4.9 Ambulante betreute Wohnformen

4.9.1 Ausgangslage

Zu den ambulant betreuten Wohnformen werden Angebote des betreuten Wohnens und ambulant betreute Wohngemeinschaften gezählt. Diese Wohnformen sollen es Menschen mit Hilfe- und Pflegebedürftigkeit ermöglichen, ein weitgehend eigenständiges Leben zu führen, ohne auf Unterstützung im Alltag verzichten zu müssen. Im betreuten Wohnen und in ambulant betreuten Wohngemeinschaften sollen diesem Personenkreis so viel Unterstützung wie möglich gewährt und so wenig Verantwortung und Aufgaben wie möglich abgenommen werden, um ein hohes Maß an Selbstbestimmung zu gewährleisten.

Betreutes Wohnen

Im Rahmen der sozialen Wohnraumförderung in Niedersachsen gilt das – begrifflich nicht geschützte – "Betreute Wohnen" als ein Wohnkonzept, das sich durch die Sicherung größtmöglicher Wahlfreiheit und eigenständiger Lebensführung für die Bewohnerinnen und Bewohner auszeichnet. Neben dem Mietvertrag für eine alten- und behindertengerechte Wohnung ist in diesen Fällen ein entsprechender Betreuungsvertrag über allgemeine Betreuungsleistungen abzuschließen. Inhalte des Vertrages sind ein definierter Betreuungsumfang (zum Beispiel für Notrufdienste, die Vermittlung von Dienst- und Pflegeleistungen, Informationen und Beratungsleistungen) sowie der monatlich dafür zu entrichtende Betrag der Mieterin oder des Mieters. Durch eine eindeutige Definition der allgemeinen Betreuungsleistungen als „Grundleistungen“ des „Betreuten Wohnens“ ist im Rahmen der sozialen Wohnraumförderung sichergestellt, dass diese Wohnform in Abgrenzung zum Wohnen im Heim steht. Diese Abgrenzung resultiert aus den Regelungen in § 1 Abs. 5 Niedersächsisches Heimgesetz (NHeimG).

Ambulant betreute Wohngemeinschaften

Ambulant betreute Wohngemeinschaften bieten pflegebedürftigen Menschen eine Alternative zur klassischen Versorgung in stationären Einrichtungen. In einer Wohngemeinschaft leben pflegebedürftige Menschen in einer ausreichend großen Wohneinheit, Wohnung oder einem Haus, zusammen und werden dort gemeinschaftlich betreut. Durch eine gemeinsame Pflege und Betreuung können im Rahmen der ambulanten Pflege und hauswirtschaftlichen Versorgung Synergieeffekte genutzt und Versorgungssicherheit bis hin zu einer Rund-um-die-Uhr-Betreuung gewährleistet werden.

Die Wohngemeinschaften unterscheiden sich von einer stationären Versorgung hinsichtlich ihrer Größe und Überschaubarkeit, vor allem jedoch durch den Grad der Selbstbestimmung der Mieterinnen oder des Mieters oder ihrer gesetzlichen Vertreterin oder ihres gesetzlichen Vertreter über das Alltagsgeschehen und die Inanspruchnahme von Betreuungs-, Versorgungs- und Pflegeleistungen. Hierfür können individuelle Verträge abgeschlossen werden.

Nach dem geltenden NHeimG vom 29. Juni 2011 gilt eine Wohngemeinschaft als nicht selbstbestimmt, wenn sie von einer oder einem Dritten betrieben wird, die oder der zugleich Wohnraum bietet und Betreuungsleistungen erbringt, wenn Leistungen nicht frei wählbar oder wenn die Bewohnerinnen und Bewohner in ihrem Selbstbestimmungsrecht eingeschränkt sind.

Mit der Novellierung des NHeimG wird angestrebt, die Gründung ambulant betreuter Wohngemeinschaften durch die begrenzte Reduzierung heimrechtlicher Anforderungen zu erleichtern.

Betreute Wohnformen pflegebedürftiger Menschen fallen künftig nur dann unter den Geltungsbereich des Gesetzes, wenn die ambulanten Betreuungsdienstleister sowie der Umfang der Leistungen nach zwei Jahren nicht frei wählbar sind.

Nach § 38a SGB XI hat die Anbieterin oder der Anbieter einer Wohngemeinschaft die Pflegebedürftigen vor deren Einzug in geeigneter Weise darauf hinzuweisen, dass keine Versorgungsform vorliegt, in der Leistungen gewährleistet werden, die dem im jeweiligen Rahmenvertrag nach § 75 Abs. 1 SGB XI für vollstationäre Pflege vereinbarten Leistungsumfang entsprechen. Vielmehr muss die Versorgung auch durch die aktive Einbindung ihrer eigenen Ressourcen und ihres sozialen Umfeldes sichergestellt werden.

Nach § 38a SGB XI haben Pflegebedürftige einen Anspruch auf zusätzliche Leistungen in ambulant betreuten Wohngemeinschaften in der Höhe eines pauschalen Zuschlags von 205 Euro monatlich, wenn sie mit mindestens zwei und höchstens elf weiteren Personen in einer gemeinsamen Wohnung zum Zweck der gemeinschaftlich organisierten pflegerischen Versorgung leben. Darunter müssen mindestens zwei weitere Personen pflegebedürftig im Sinne der §§ 14 und 15 SGB XI sein oder bei ihnen eine erhebliche Einschränkung der Alltagskompetenz nach § 45a SGB XI festgestellt worden sein. Nach § 38a Abs. 1 SGB XI soll von den Bewohnerinnen und Bewohnern gemeinschaftlich eine Person beauftragt werden, die unabhängig von der individuellen pflegerischen Versorgung allgemeine organisatorische, verwaltende, betreuende oder das Gemeinschaftsleben fördernde Tätigkeiten verrichtet oder hauswirtschaftliche Unterstützung leistet.

Nach § 38a Abs. 2 SGB XI sind die Pflegekassen berechtigt, zur Feststellung der Anspruchsvoraussetzungen nach § 38a Abs. 1 SGB XI bei der Antragstellerin oder dem Antragsteller Daten zu erheben. Auf dieser gesetzlichen Grundlage können die Adresse und das Gründungsdatum der Wohngemeinschaft, der Mietvertrag einschließlich eines Grundrisses der Wohnung, der Pflegevertrag, Angaben zur Person nach § 38a Abs. 1 Nr. 3 SGB XI sowie deren vereinbarten Aufgaben erhoben werden. Darüber hinaus kann gem. § 45e SGB XI eine Anschubfinanzierung zur Gründung von ambulant betreuten Wohngruppen in Anspruch genommen werden. Demnach kann zusätzlich zu dem Betrag nach § 40 Abs. 4 SGB XI einmalig ein Betrag von bis zu 4.000 Euro zur Verwendung für die altersgerechte oder barrierearme Umgestaltung der gemeinsamen Wohnung gewährt werden. Der Gesamtbetrag ist je Wohngruppe auf 16.000 Euro begrenzt und wird bei mehr als vier Anspruchsberechtigten anteilig auf die Versicherungsträger der Anspruchsberechtigten aufgeteilt.

Das Land Niedersachsen hat die Erarbeitung von Qualitätskriterien und Empfehlungen für ambulant betreute Wohngemeinschaften in Niedersachsen gefördert.⁶⁷

⁶⁷ www.fachstelle-wohnberatung.de

Altenwohnungen, Barrierefreiheit, gemeinschaftliche Wohnformen

Das Land Niedersachsen fördert die Schaffung von Mietwohnungen für ältere Menschen ab 60 Jahren, Menschen mit einem Grad der Behinderung von mindestens 50 sowie für hilfe- und pflegebedürftige Menschen mit mindestens der Pflegestufe 1. Dies betrifft nicht nur einen Neubau, sondern auch einen Aus- und Umbau sowie die Erweiterung von entsprechenden Wohnungen. Alle Bauvorhaben für „Betreutes Wohnen“ haben hierbei Vorrang.

Mit dem Wohnraumförderprogramm wird außerdem die Beschaffung und Installation von Aufzügen gefördert, um ein alten- und behindertengerechtes Wohnen zu ermöglichen.

Auch die Förderung gemeinschaftlicher Wohnformen ist seit einigen Jahren Bestandteil des Wohnraumförderprogramms. Gefördert werden der Neubau, Ausbau/Umbau oder die Erweiterung bestehenden Wohnraums zur Schaffung von gemeinschaftlichen Wohnformen für ältere Menschen, Menschen mit Behinderung und hilfe- und pflegebedürftigen Personen. Diese Personen sollen selbstbestimmt zur Miete wohnen und ihre Pflege oder Betreuung individuell mithilfe ambulanter Dienste ihrer Wahl organisieren können.

4.9.2 Entwicklung der Angebotsstruktur

Förderung von Altenwohnungen, der Barrierefreiheit und gemeinschaftlicher Wohnformen

Die Zahl der geförderten Altenwohnungen in Niedersachsen hielt sich zwischen 2010 und 2014 relativ konstant bei rund 130 Wohnungen. Insgesamt wurden 636 Wohnungen, davon 138 Wohnungen als Betreutes Wohnen, gefördert. Die Summe der Darlehen für Altenwohnungen betrug insgesamt rund 26,2 Millionen Euro (davon rund 0,5 Millionen Euro Zuschüsse).

Im Jahr 2010 wurden Zuschüsse für den Einbau eines Aufzuges in Höhe von 76.150 Euro bewilligt, 2011 waren es 56.550 Euro, 2012 200.000 Euro und 2014 121.200 Euro. Mit dem Wohnraumförderprogramm 2014 wurde die Zuschussförderung⁶⁸ auf ein Zusatzdarlehen von bis zu 50.000 Euro je Aufzug umgestellt.

Seit 2007 wurden insgesamt 197 Mietwohnungen in gemeinschaftlicher Wohnform mit Darlehen in Höhe von rund 4,7 Millionen Euro sowie Zuschüssen in Höhe von insgesamt 30.000 Euro gefördert, davon als Betreutes Wohnen 64 Wohneinheiten mit Darlehen in Höhe von 958.500 Euro und 30.000

⁶⁸ Nach Runderlass vom 26.03.2014 mit rückwirkender Bewilligung ab dem 01. Januar 2014

Euro als Zuschüssen. Allein im Jahr 2014 betrug die Darlehenssumme für 32 Wohnungen, davon drei als Betreutes Wohnen, 1.767.950 Euro (13.500 Euro für Betreutes Wohnen).

Ambulant betreute Wohngemeinschaften

In der Landespflegestatistik werden Daten über ambulant betreute Wohngemeinschaften beziehungsweise über dort gepflegte Personen nicht erfasst. Die AOK Niedersachsen zahlt mit Stand August 2015 395 ihrer Versicherten in Niedersachsen einen Zuschuss für Wohngruppen nach § 38a SGB XI. Für alle Kostenträger hochgerechnet ist davon auszugehen, dass ca. 800 pflegebedürftige Personen in ambulant betreuten Wohngemeinschaften leben und dort pflegerisch versorgt werden. Der AOK Niedersachsen sind derzeit 210 Adressen von Wohngemeinschaften gemeldet. Diese Zahl stellt einen Annäherungswert an die derzeitig bestehende Anzahl der Wohngemeinschaften in Niedersachsen dar.

Die Niedersächsische Fachstelle für Wohnberatung (NFW) hat eine Aufstellung der dort bekannten ambulant betreuten Wohngemeinschaften erstellt. Es sind mit Stand Januar 2014 insgesamt 61 Wohngemeinschaften mit rund 440 Mieterinnen und Mietern aufgeführt. Von 61 sind circa 37 ambulant betreute Wohngemeinschaften für Menschen mit Demenzerkrankungen, 4 für Menschen mit gerontopsychiatrischen beziehungsweise psychischen Erkrankungen und circa 20 für alte, pflegebedürftige Menschen oder gemischt bewohnte Wohngruppen. Im Jahr 2005 waren der NFW 23 und im Jahr 2010 56 ambulant betreute Wohngemeinschaften bekannt.

4.9.3 Kurzbewertung

Aufgrund der fortschreitenden Ambulantisierung in der Pflege und der Zunahme der Anzahl von Personen über 65 Jahren in der Bevölkerung ist davon auszugehen, dass der Bedarf an Altenwohnungen, an Barrierefreiheit in bestehenden Wohnungen und an gemeinschaftlichen Wohnformen anwachsen wird. Es ist daher zu vermuten, dass die bislang noch gleichbleibende Zahl von Anträgen und Bewilligungen zukünftig steigen wird.

Eine kontinuierliche Zunahme der Anzahl ambulant betreuter Wohngemeinschaften dokumentiert ein steigendes Interesse an selbstbestimmteren häuslichen Wohnformen für Menschen mit Pflegebedarf. Damit ist diese neue Wohnform zu einem etablierten Bestandteil in der ambulanten pflegerischen Versorgung geworden.

Dennoch handelt es sich noch immer um ein Angebot, welches bislang nur von wenigen Pflegebedürftigen in Anspruch genommen wird. Es ist gleichwohl davon auszugehen, dass die Nachfrage das bestehende Angebot übersteigt.

Die mit dem PNG eingeführten Leistungen nach § 38a und § 45e SGB XI haben den Zugang für Pflegebedürftige zu alternativen Pflegewohnen deutlich erleichtert. Im Übrigen soll das in Abstimmung befindliche „Niedersächsische Gesetz über unterstützende Wohnformen“ weitere ambulant betreute Wohnformen ermöglichen. Es ist zu erwarten, dass die Zahl der ambulant betreuten Wohngemeinschaften deutlich ansteigen wird.

5. Vollstationäre Dauerpflege

5.1. Ausgangslage

Leistungen der vollstationären Dauerpflege aus Mitteln der Pflegeversicherung können entweder in vollstationären Pflegeeinrichtungen (§ 43 SGB XI) oder in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen (§ 43a SGB XI) erbracht werden. Es handelt sich um ein Versorgungsangebot, das im Falle eines umfassenden Pflege- und Betreuungsbedarfes in Betracht kommt und von den Pflegebedürftigen ganztägig und dauerhaft genutzt wird (§ 71 Abs. 2 SGB XI).⁶⁹

Um Leistungen der vollstationären Pflege nach § 43 SGB XI erbringen zu können, bedarf es einer Zulassung zur pflegerischen Versorgung auf der Grundlage eines Versorgungsvertrages nach §§ 72 und 73 SGB XI. Dies wiederum setzt voraus, dass es sich um selbstständig wirtschaftende Einrichtungen handelt, in denen die Pflegebedürftigen unter ständiger Verantwortung einer ausgebildeten Pflegefachkraft versorgt werden (§ 71 Abs. 2 SGB XI).

5.2 Entwicklung der Angebotsstruktur

Anzahl der Einrichtungen und der vorhandenen Kapazitäten

Ende 2013 gibt es in Niedersachsen insgesamt 1.778 Pflegeheime (2007: 1.394) mit zusammen 107.618 Pflegeplätzen (2007: 90.153 Plätze). Das Angebot gestaltet sich wie folgt (*siehe Anhang II.5.2-A*):

⁶⁹ Gemäß § 71 Abs. 4 SGB XI sind stationäre Einrichtungen solche, in denen die Leistungen zur medizinischen Vorsorge, zur medizinischen Rehabilitation, zur Teilhabe am Arbeitsleben oder am Leben in der Gemeinschaft, die schulische Ausbildung oder die Erziehung kranker oder behinderter Menschen im Vordergrund des Zweckes der Einrichtung stehen, sowie Krankenhäuser keine Pflegeeinrichtungen. Entsprechend können sie auch keine Versorgungsverträge mit den Pflegekassen schließen. Das gilt auch dann, wenn die Bewohnerinnen und Bewohner neben ihrem Erziehungs- und Förderbedarf auch einen Pflegebedarf aufweisen. Die pflegerische Versorgung ist in diesen Fällen Bestandteil der Förderung und damit eine Leistung der Eingliederungshilfe. Die Pflegekasse übernimmt zum Ausgleich aber für diesen Personenkreis 10 % des nach § 75 Abs. 3 SGB XI mit dem zuständigen Träger der Sozialhilfe vereinbarten Heimentgeltes. Die Aufwendungen der Pflegekasse dürfen im Einzelfall 266 Euro nicht überschreiten.

Selbstbestimmte Wohngemeinschaften und Einrichtungen des betreuten Wohnens, in denen entgeltliche Pflege- und Betreuungsleistungen ambulanter Dienste in Anspruch genommen werden und de facto eine Wahlfreiheit bezüglich des Leistungsanbieters sowie der Art und des Umfangs der Leistung besteht, stellen ebenfalls keine Pflegeeinrichtungen dar (§ 1 Abs. 3 und Abs. 5 NHeimG). Gleiches gilt für Wohngemeinschaften mit nicht mehr als zwölf Bewohnerinnen und Bewohnern, in denen alle ambulante Leistungen der Eingliederungshilfe beziehen (§ 1 Abs. 4 NHeimG).

	2013	2007
Dauer- und Kurzzeitpflege und Tagespflege und/oder Nachtpflege	5	8
Dauer- und Kurzzeitpflege	52	52
Dauerpflege und Tagespflege und/oder Nachtpflege	16	34
Kurzzeitpflege und Tagespflege und/oder Nachtpflege	0	3
Tages- und Nachtpflege	2	1
Dauerpflege	1.351	1.210
Kurzzeitpflege	39	23
Tagespflege	313	63
Gesamt	1.778	1.394

Tabelle 24: Pflegeheime differenziert nach Art der Einrichtung in den Jahren 2007 und 2013 (Quelle: LSN, Pflegestatistik 2013, 2007)

Tages- und Nachtpflegeeinrichtungen, Kurzzeitpflegeeinrichtungen und Tagespflegeeinrichtungen wurden in den Kapitel II.4.2 und 4.3 bereits gesondert betrachtet. Um eine trennscharfe Darstellung zu ermöglichen, wird im Folgenden daher nicht mehr auf die Gesamtgruppe aller Pflegeheime Bezug genommen, sondern nur noch auf die Einrichtungen, die Dauerpflegeplätze vorhalten.

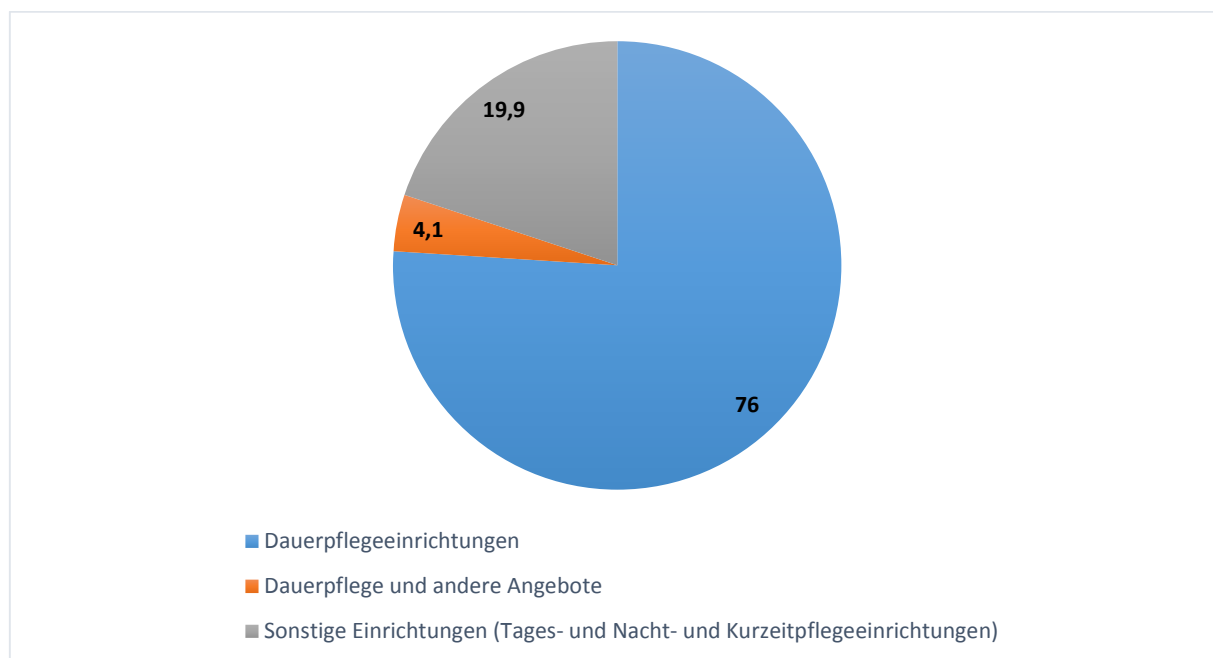


Abbildung 92: Arten von Pflegeheimen und ihre Verteilung im Jahr 2013 in Prozent (Quelle: LSN, Pflegestatistik 2013)

Auffällig sind neben der Steigerung der Zahl der Einrichtungen die Ausweitung der Kapazitäten an Dauerpflegeplätzen und die erhöhte durchschnittliche Platzzahl pro Einrichtung seit 2007.

	2013	2007
Zahl der Einrichtungen mit Dauerpflegeangebot	1.424	1.307
Kapazitäten an Dauerpflegeplätzen	99.984	87.946
Durchschnittliche Platzzahl pro Einrichtung	70	67

Tabelle 25: Vollstationäre Einrichtungen mit Dauerpflegeangebot differenziert nach Anzahl, Kapazitäten und durchschnittlicher Platzzahl in den Jahren 2007 und 2013 (Quelle: LSN, Pflegestatistik 2013, 2007)

Zudem zeichnen sich seit 2007 nicht unwesentliche Strukturveränderungen von ursprünglich funktional gemischten Dauerpflegeeinrichtungen (Dauerpflege und zusätzliche Angebote, zum Beispiel Kurzzeitpflege, Tages- und/oder Nachtpflege) zu monofunktionalen Einrichtungen der Dauerpflege ab (siehe Anhang II.5.2-B): Während sich die Anzahl der funktional gemischten Dauerpflegeeinrichtungen um 22,3 % verringerte (2007: 94, 2013: 73), wuchs die Zahl der monofunktionalen Dauerpflegeeinrichtungen um 11,6 % an (2007: 1.210, 2013: 1.351). Diese Verringerung der Zahl der funktional gemischten Dauerpflegeeinrichtungen ist fast ausschließlich auf eine Abnahme der Anzahl derjenigen Einrichtungen zurückzuführen, die zusätzlich noch Tages- und/oder Nachtpflege anbieten (2007: 34, 2013: 16).

Bei der überwiegenden Mehrheit von 1.327 Einrichtungen mit Dauerpflegeangebot handelt es sich um Einrichtungen für ältere Menschen (93,2 %), die über eine Gesamtkapazität⁷⁰ von 95.233 Plätzen verfügen. 15 Einrichtungen mit Dauerpflegeangebot richten sich an pflegebedürftige Menschen mit Behinderung (Gesamtkapazität: 603 Plätze), 48 an pflegebedürftige psychisch Kranke (Gesamtkapazität: 3.785 Plätze) und 34 an Schwerstkranke und Sterbende (zum Beispiel Hospize) (Gesamtkapazität: 870 Plätze).

Die gestiegene Zahl der stationären Pflegeeinrichtungen ist im Schwerpunkt auf die zusätzlich entstandenen Altenpflegeheime zurückzuführen (2007: 1.241 Einrichtungen, 2013: 1.327 Einrichtungen), wobei auch die stationären Pflegeeinrichtungen für psychisch kranke Menschen erhebliche Zuwächse verzeichnen (2007: 39 Heime, 2013: 48 Heime). Lediglich die Anzahl der Einrichtungen für Menschen mit Behinderung ist im Zeitverlauf leicht gesunken (2007: 17 Heime, 2013: 15 Heime).

⁷⁰ Diese Anzahl bezieht sich nicht nur auf Dauerpflegeplätze, sondern auch auf Tages-, Kurzzeit- und Nachtpflegeplätze, da die Landespflegestatistik eine Differenzierung an dieser Stelle nicht zulässt.

Sowohl bei den Altenpflegeeinrichtungen wie auch bei den Einrichtungen für psychisch kranke Menschen sind seit 2007 deutliche Ausweitungen der Gesamtkapazitäten festzustellen (*siehe Anhang II.5.2-C*): In Altenpflegeeinrichtungen finden sich 10.164, in den Einrichtungen für psychisch kranke Menschen 1.052 zusätzliche Plätze. In stationären Pflegeeinrichtungen für Menschen mit Behinderung haben sich die Kapazitäten demgegenüber um 52 Plätze verringert.

Art der Trägerschaft

Private Einrichtungen machen Ende des Jahres 2013 in Niedersachsen den größten Anteil unter den Trägern von stationären Einrichtungen mit Dauerpflegeangebot aus. Hieran schließen sich die freigemeinnützigen und die öffentlichen Einrichtungen an. Unter den Einrichtungen in freigemeinnütziger Trägerschaft machen die Träger von Verbänden der Wohlfahrtspflege mit 81,9 % und bei denjenigen in öffentlicher Trägerschaft die kommunalen Träger mit 75 % den größten Anteil aus. Ähnlich wie bereits Ende des Jahres 2007 haben sich die Verhältnisse geringfügig zugunsten der Einrichtungen in privater Trägerschaft verschoben (Zunahme von 0,9 %).

Jahr	Gesamt	Art der Trägerschaft		
		privat	freigemeinnützig	öffentlich
2013	1424	872 (61,3 %)	520 (36,5 %)	32 (2,2 %)
2007	1304	786 (60,3 %)	480 (36,8 %)	38 (2,9 %)
1999	1102	630 (57,2 %)	423 (38,4 %)	49 (4,4 %)

Tabelle 26: Entwicklung der Anzahl der vollstationären Einrichtungen mit Dauerpflegeangebot differenziert nach Trägerschaft in den Jahren 1999, 2007 und 2013 (Quelle: LSN, Pflegestatistik 1999, 2007, 2013)

Differenziert nach ihrem Angebot gestaltet sich die Trägerschaft der Einrichtungen wie folgt:

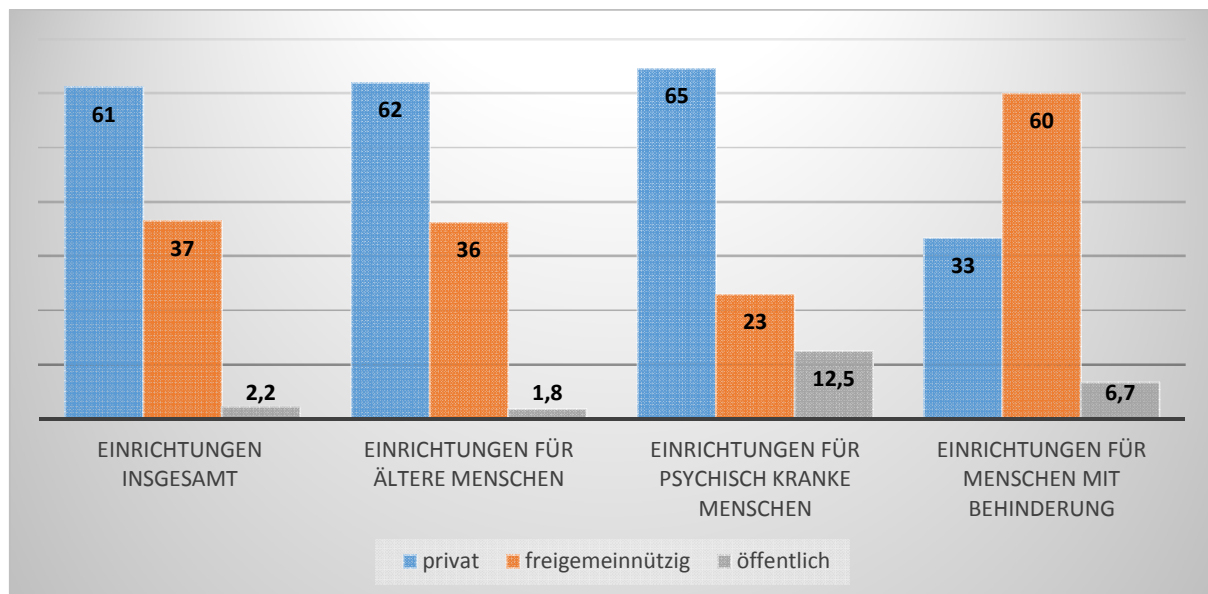


Abbildung 93: Anteile der Träger der vollstationären Einrichtungen mit Dauerpflegeangebot differenziert nach Angebot im Jahr 2013 in Prozent (Quelle: LSN, Pflegestatistik 1999, 2007, 2013)

56,4 % aller Dauerpflegeplätze entfallen Ende des Jahres 2013 auf die Einrichtungen in privater Trägerschaft (2007: 53,6 %), 41,3 % auf die freigemeinnützigen Träger (2007: 42,7 %) und 2,3 % auf die öffentlichen Träger (2007: 3,7 %). Damit spiegelt sich die Verteilung der Plätze auf die Einrichtungen nicht vollständig in der Trägerstruktur wider.

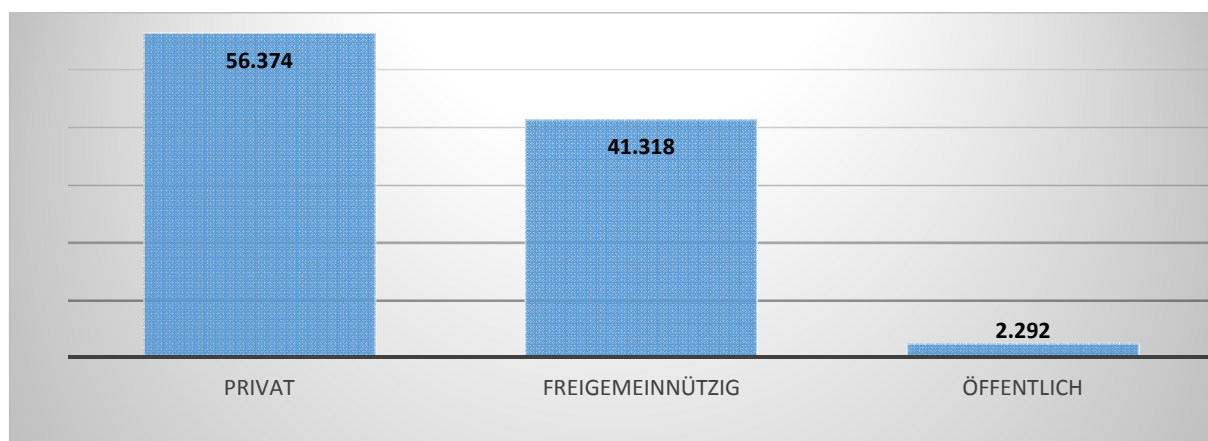


Abbildung 94: Anzahl der verfügbaren Dauerpflegeplätze differenziert nach Trägerschaft im Jahr 2013 (Quelle: LSN, Pflegestatistik 2013)

Im Bundesvergleich liegt der Anteil von stationären Einrichtungen mit Dauerpflegeangebot in privater Trägerschaft in Niedersachsen vergleichsweise hoch (61,2 % in Niedersachsen und 41,1 % auf Bundesebene) (siehe Anhang II.5.2-D).

Größe der Einrichtungen und Raumangebot

Das Größenspektrum der stationären Dauerpflegeeinrichtungen⁷¹ in Niedersachsen reicht von Einrichtungen mit unter zehn Plätzen (17 Einrichtungen) bis zu solchen mit über 300 Plätzen (2 Einrichtungen) (*siehe Anhang II.5.2-E*). Insgesamt zeichnet sich in den letzten Jahren ein deutlicher Trend hin zu einer Kapazitätsausweitung der Einrichtungen ab, im Rahmen dessen der Anteil mittlerer und großer Einrichtungen an Bedeutung gewinnt.

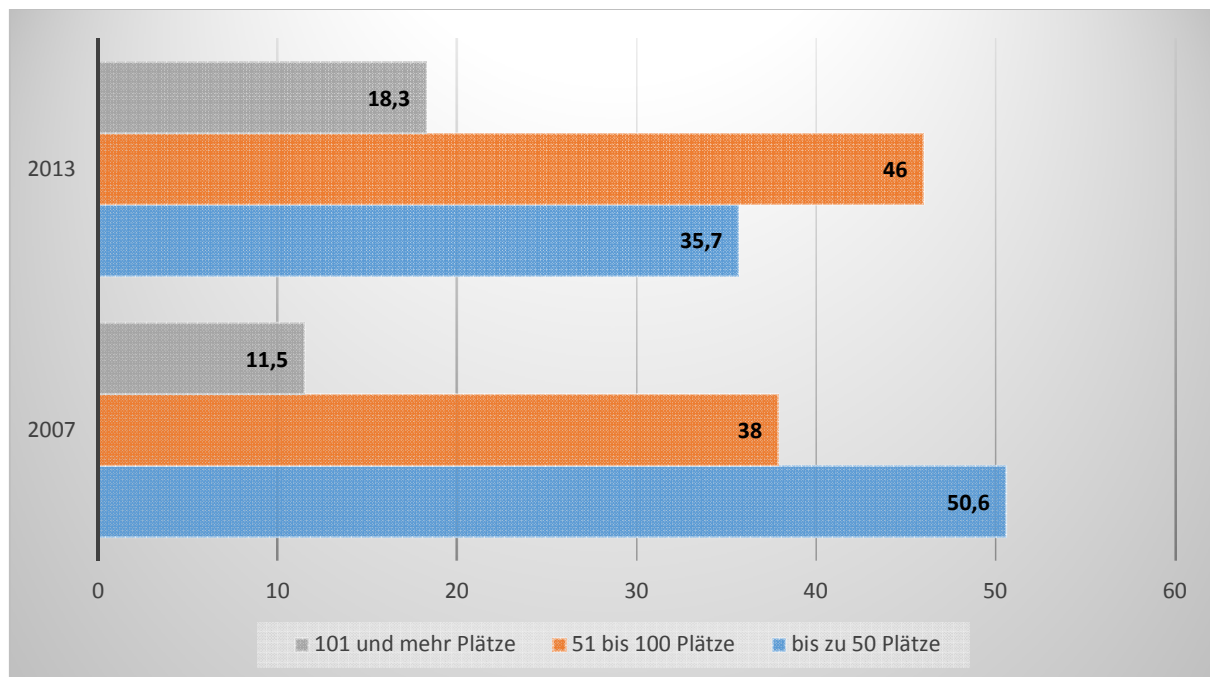


Abbildung 95: Vollstationäre Einrichtungen mit Dauerpflegeangebot differenziert nach Größe in den Jahren 2007 und 2013 in Prozent (Quelle: LSN, Pflegestatistik 2013, 2007)

Differenziert nach der Trägerschaft der Einrichtungen mit einem stationären Dauerpflegeangebot zeigt sich, dass Einrichtungen in freigemeinnütziger Trägerschaft mit durchschnittlich 79 Plätzen und in öffentlicher Trägerschaft mit durchschnittlich 72 Plätzen weitaus größer sind, als Einrichtungen in privater Trägerschaft mit durchschnittlich 65 Plätzen. Das heißt, dass private Träger überdurchschnittlich viele kleine Pflegeheime haben, während bei den freigemeinnützigen und öffentlichen Trägern mittlere Heimgrößen überwiegen (*siehe Anhang II.5.2-E*).

⁷¹ Um einen Vergleich mit den Daten aus dem Jahr 2007 zu ermöglichen, stehen hier nur die Dauerpflegeeinrichtungen und nicht auch funktional gemischte Dauerpflegeeinrichtungen (zum Beispiel mit einem zusätzlichen Angebot an Tages- oder Kurzzeitpflege) im Fokus.

	privat	freigemeinnützig	öffentlich
Bis 50	365 (41,9 %)	120 (23,1 %)	12 (37,5 %)
51 bis 100	369 (42,3 %)	274 (52,7 %)	16 (50,0 %)
101 und mehr	138 (15,8 %)	126 (24,2 %)	4 (12,5 %)

Tabelle 27: Vollstationäre Einrichtungen mit Dauerpflegeangebot differenziert nach Größe und Trägerschaft im Jahr 2013 (Quelle: LSN, Pflegestatistik 2013)

In Niedersachsen werden Ende 2013 insgesamt 99.984 stationäre Dauerpflegeplätze angeboten. Davon befindet sich die überwiegende Mehrheit von 64,1 % in 1-Bett-Zimmern. 35 % der Pflegeplätze entfallen auf 2-Bett- und 0,5 % auf 3- und Mehrbett-Zimmer. Der Anteil der 1-Bett-Zimmer hat seit 1999 dabei überproportional zugenommen (*siehe Anhang II.5.2-F*).

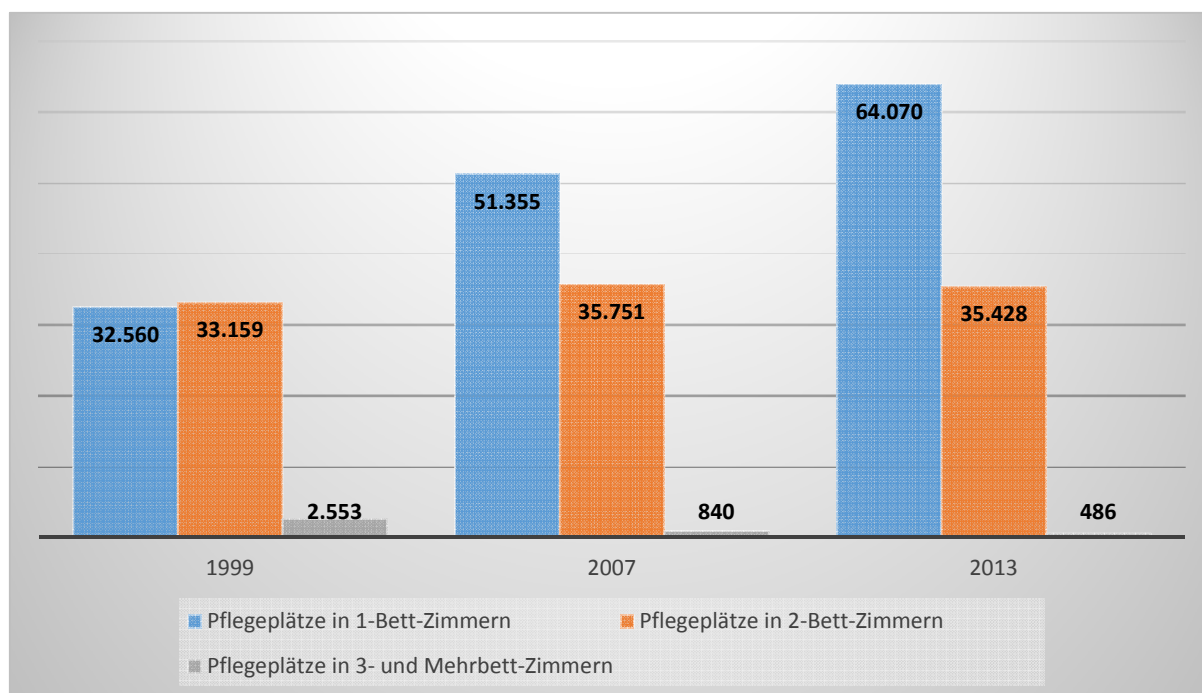


Abbildung 96: Entwicklung des Raumangebotes in vollstationären Einrichtungen mit Dauerpflegeangebot in den Jahren 1999, 2007 und 2013 (Quelle: LSN, Pflegestatistik 1999, 2007, 2013)

Der niedersächsische Anteil der Plätze in 1-Bett-Zimmern liegt knapp oberhalb des Bundesdurchschnitts (62,3 %). Der Anteil der Plätze in 2-Bett-Zimmern liegt auf der Bundesebene bei 37 % und in 3- und Mehrbett-Zimmern ebenfalls bei 0,5 %.

Auslastung

Ende 2013 waren die Kapazitäten an Dauerpflegeplätzen in Niedersachsen zu 86 % ausgelastet (2007: 85,9 %).⁷² Werden auch Personen berücksichtigt, die über keine Pflegestufe verfügen, aber eine erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz nach § 45a SGB XI aufweisen, wird eine Auslastungsquote von 87,1 % erreicht. Damit liegt Niedersachsen unterhalb der Bundesauslastungsquote von 89 %.

Eingliedrige Einrichtungen⁷³ weisen in Niedersachsen eine Auslastungsquote von 88,5 % auf. Gegenüber dem Jahr 2007 ist die Auslastung vollstationärer Einrichtungen der Dauerpflege nahezu gleich geblieben. Neben Pflegebedürftigen im Sinne des SGB XI leben in den Einrichtungen auch Menschen ohne Pflegestufe beziehungsweise ohne erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz gemäß § 45a SGB XI, die pflegestatistisch nicht erfasst werden und deren Gesamtzahl daher nicht bekannt ist. Auch bei dieser Sachlage ist jedoch davon auszugehen, dass in den niedersächsischen Einrichtungen noch freie Platzkapazitäten vorhanden sind.

Unterschiede bei der Auslastung der Dauerpflegeeinrichtungen bestehen im Hinblick auf die jeweilige Trägerschaft. Pflegeheime in privater Trägerschaft sind mit 83,6 % ausgelastet. Deutlich höhere Werte weisen demgegenüber Einrichtungen in freigemeinnütziger und öffentlicher Trägerschaft mit 88,9 % und 90,6 % auf.

Regionale Verteilung

In allen Landkreisen und kreisfreien Städte in Niedersachsen existieren vollstationäre Einrichtungen der Dauerpflege. Für die kommunalen Gebietskörperschaften stellen sich die Platzkapazitäten wie folgt dar (*siehe Anhang II.5.2-G*):

⁷² Bei der Vereinbarung von Pflegevergütungen und Entgelten für Verpflegung wird landesweit einheitlich eine rechnerisch durchschnittliche Auslastungsquote in der Höhe von 98 % zugrunde gelegt.

⁷³ Diese Einrichtungen leisten ausschließlich stationäre Dauerpflege.

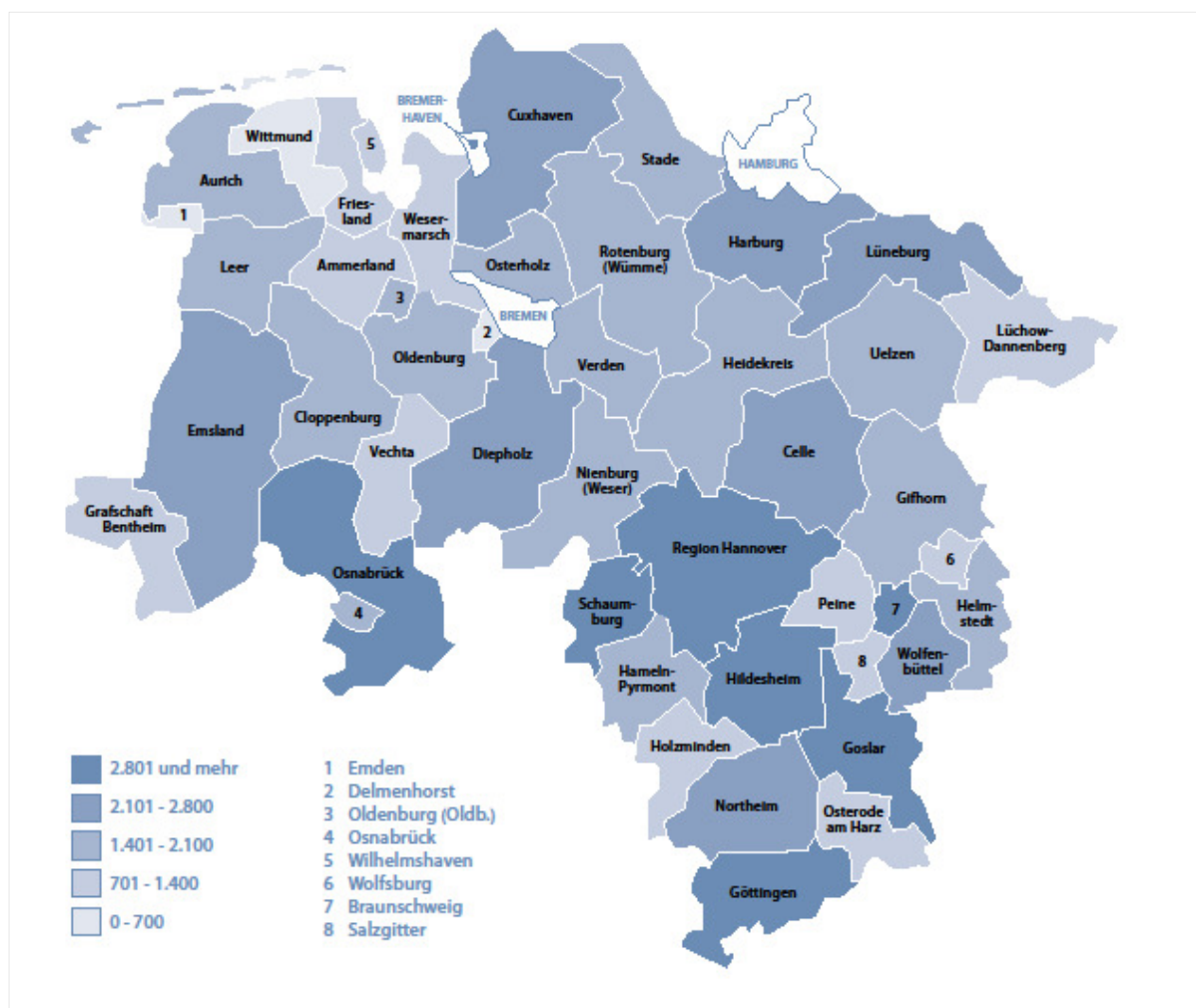


Abbildung 97: Anzahl der Plätze in vollstationären Einrichtungen mit Dauerpflegeangebot in regionaler Gliederung im Jahr 2013 (Quelle: LSN, Pflegestatistik 2013)

Der Einrichtungsbestand wuchs in der Region Hannover (+ 19 Einrichtungen) und im Landkreis Osnabrück (+ 12 Einrichtungen) am stärksten. In einigen Städten und Landkreisen verringerte sich der Einrichtungsbestand: Zu ihnen zählen die Städte Wilhelmshaven (- 5 Einrichtungen) und Braunschweig (- eine Einrichtung) sowie die Landkreise Cuxhaven (- eine Einrichtung), Osterholz (- eine Einrichtung) und Uelzen (- eine Einrichtung).

Ende 2013 verfügten die vollstationären Einrichtungen mit Dauerpflegeangebot in Niedersachsen über durchschnittlich 70 Plätze, wobei in den Landkreisen im Schnitt 69 Dauerpflegeplätze pro stationärer Einrichtung und in den kreisfreien Städten 83 Plätze vorhanden sind. Seit 2007 beträgt der Zuwachs in den Landkreisen 11.266 Plätze (+ 14,5 %). In den kreisfreien Städten beläuft sich der Zuwachs auf 772 Plätze (+7,4 %). Am stärksten steigen die Einrichtungskapazitäten in der Region Hannover und den

Landkreisen Osnabrück und Oldenburg. Lediglich in den Städten Emden, Oldenburg, Osnabrück und Wilhelmshaven sind per Saldo weniger Pflegeplätze verfügbar, als noch 2007.

Als ein Indikator für die quantitative Versorgung der Bevölkerung kann das Verhältnis der angebotenen Pflegeplätze zur Zahl der älteren Einwohnerinnen und Einwohner (65 Jahre und älter) herangezogen werden.⁷⁴ Im Landesdurchschnitt werden je 1.000 Bewohnerinnen und Bewohner über 65 Jahre 61 Pflegeplätze angeboten, wobei die Spannweite in der regionalen Verteilung von 38 bis 96 Pflegeplätzen reicht (siehe Anhang II.5.2-G).

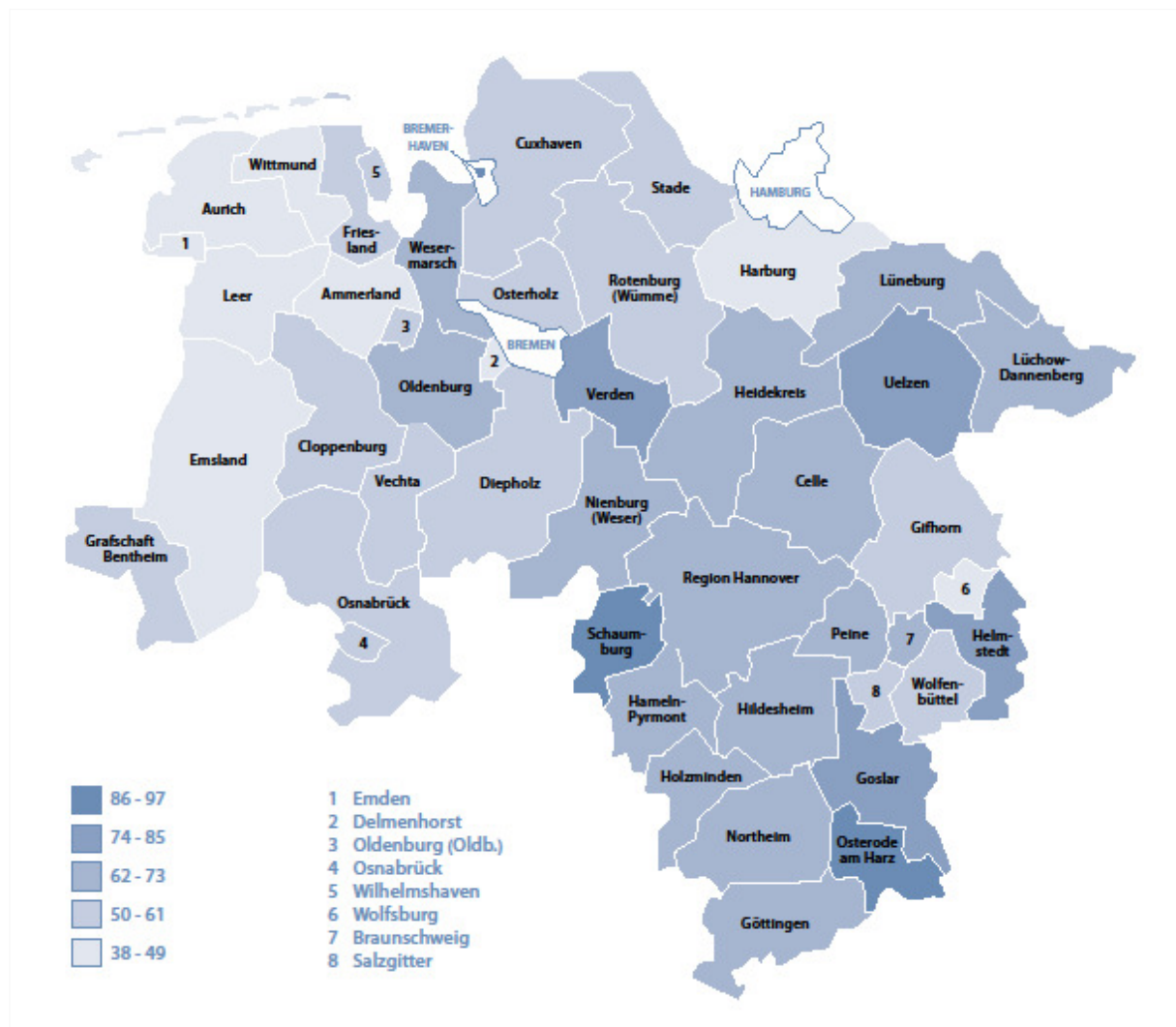


Abbildung 98: Verhältnis der Anzahl der Plätze in vollstationären Einrichtungen mit Dauerpflegeangebot zu der Anzahl der über 65-jährigen Einwohnerinnen und Einwohner je 1.000 im Jahr 2013 (Quelle: LS, Pflegestatistik 2013)

⁷⁴ Zur regionalen qualitativen Versorgung (gekennzeichnet zum Beispiel durch den Wohnkomfort, die Qualität der pflegerischen und hauswirtschaftlichen Versorgung sowie der sozialen Betreuung, der Teilhabe am Leben der Gemeinschaft oder auch der Zufriedenheit der Bewohnerinnen und Bewohner) können in diesem Bericht in Ermangelung geeigneter Informationsgrundlagen keine Aussagen getroffen werden. Dies wäre insoweit gegebenenfalls einer Darstellung und Bewertung im Rahmen der örtlichen Pflegeberichte vorbehalten.

Diese Verhältniswerte können Hinweise auf die Nachfrage nach vollstationären Pflegeeinrichtungen in den jeweiligen Gebietskörperschaften geben. Die Nachfrage wiederum wird durch verschiedene Faktoren, zum Beispiel der Anteil derjenigen, die Pflege zu Hause übernehmen können, beeinflusst. Zu beachten sind „Sogeffekte“ im Umland großstädtischer Siedlungsgebiete oder Profilierungen von Regionen als attraktive Altersruhesitze.

Die dargestellten Verhältniswerte ermöglichen hingegen keine Aussagen über die Bedarfsdeckung in den jeweiligen Landkreisen und kreisfreien Städten. So kann ein niedriger Verhältniswert (zum Beispiel in der Stadt Delmenhorst oder im Landkreis Aurich) in Anbetracht eines überdurchschnittlichen Pflegepotenzials in der häuslichen Versorgung oder aufgrund eines großen Versorgungsangebotes an professionellen Pflegediensten und ehrenamtlichen Angeboten, an betreuten Wohnungen et cetera ein noch größeres stationäres Pflegeangebot entbehrlich machen.

Bezogen auf die Trägerzugehörigkeit zeigen sich folgende Verteilungsmuster: Private Träger sind in den Landkreisen mit 63,4 % deutlich stärker vertreten, als in den kreisfreien Städten mit 40,4 % (Landesdurchschnitt: 61,2 %). Einrichtungen in freigemeinnütziger Trägerschaft sind demgegenüber stärker in den kreisfreien Städten existent (55,9 %) als in den Landkreisen (34,5 %). Der Landesdurchschnitt liegt bei 36,5 %. Öffentliche Träger stellen in Niedersachsen mit insgesamt 32 Einrichtungen lediglich zu 2,2 % die Trägerschaft von stationären Einrichtungen mit Dauerpflegeangebot. 30 der insgesamt 47 kommunalen Gebietskörperschaften verfügen über keine und sechs lediglich über eine stationäre Pflegeeinrichtung in öffentlicher Trägerschaft. Die Verteilung der Trägerschaft in den einzelnen kommunalen Gebietskörperschaften ist im Anhang dargestellt (siehe Anhang II.5.2-H).

Der prozentuale Anteil der 1-Bett-Zimmer in den vollstationären Dauerpflegeheimen über alle Landkreise und kreisfreien Städte Niedersachsens hinweg reicht von 52,6 % bis zu 88,4 %. Der Landesdurchschnitt liegt bei 64,1 %.

Auch Doppelzimmer sind in den Pflegeeinrichtungen noch häufig zu finden. Der Anteil an allen Dauerpflegeplätzen beträgt niedersachsenweit 35,4 %. Wie die Betrachtung zeigt, korrespondieren die Durchschnittswerte weitestgehend mit denjenigen für die Plätze in 1-Bett-Zimmern. Angesichts der Tatsache, dass 3- und Mehr-Bett-Zimmer in allen Pflegeeinrichtungen nur vergleichsweise selten auftreten, erklärt sich diese Beobachtung.

(siehe Anhang II.5.2-I)

5.3. Kurzbewertung

In der Zusammenschau zeigt sich, dass Niedersachsen über alle Landkreise und kreisfreien Städte hinweg ein flächendeckendes, quantitativ ausreichendes Angebot an stationärer Dauerpflege vorhält, das sich in der vergangenen Zeit stetig erweitert hat. Die Zahl der Pflegeplätze wurde sogar deutlich stärker ausgebaut, als es in Anbetracht des Bedarfs notwendig gewesen wäre. Entsprechend ist trotz einer Zunahme der Anzahl der Nutzerinnen und Nutzer die Auslastungsquote mit circa 86 % beziehungsweise 87 % im Vergleich zu den Vorjahren kaum gestiegen. Sie liegt damit deutlich unterhalb der in Pflegesatzverhandlungen in der Regel zugrunde gelegten Auslastung von 98 %. Für die stationären Pflegeeinrichtungen besteht aufgrund dieser Situation in manchen Regionen ein wirtschaftliches Auslastungsrisiko. Vor dem Hintergrund des sich voraussichtlich auch zukünftig verschärfenden Wettbewerbsdrucks sowie der starken Fokussierung auf substitutive Wohn- und Versorgungsangebote im ambulanten Bereich könnte sich dieses Auslastungsrisiko perspektivisch noch erhöhen (Bank für Sozialwirtschaft 2012). Dem stehen Schätzungen des Instituts der Deutschen Wirtschaft Köln entgegen, wonach bedingt durch die Zunahme der pflegebedürftigen Menschen und den Bedeutungsgewinn professioneller Pflege, der zum Beispiel durch die steigende Zahl von Single-Haushalten, die Zunahme der Gruppe der Kinderlosen und die Ausweitung der Erwerbstätigkeit von Frauen bedingt wird, perspektivisch deutlich mehr Plätze in Pflegeheimen geschaffen werden müssen. Im Jahr 2020 werden diesen Annahmen zufolge 7 % mehr Pflegeplätze benötigt als noch im Jahr 2013 (Institut der deutschen Wirtschaft Köln 2015).

Die Frage der Bedarfsdeckung kann lediglich vor Ort, gegebenenfalls im Rahmen der örtlichen Pflegeberichterstattung, geklärt werden, die zum Beispiel die lokalen Auslastungsquoten differenzierter in den Blick nehmen könnte. Dass das vorhandene Angebot bedarfsdeckend ist, wird auch von der Mehrheit der Landkreise und kreisfreien Städte bestätigt, die im Zuge der Erarbeitung dieses Landespflegeberichts befragt wurden. Sechzehn kommunale Träger verweisen sogar explizit auf eine Überkapazität an stationären Dauerpflegeplätzen in ihrem Zuständigkeitsbereich. Dies betrifft vor allem Einrichtungen ohne Spezialisierung.

Eine differenzierte Betrachtung der Daten gibt Hinweise auf einige Strukturveränderungen: Hervorzuheben ist in diesem Zusammenhang zum einen der Bedeutungsgewinn mittlerer und großer Pflegeeinrichtungen, zum anderen die abnehmende Anzahl mehrgliedriger stationärer Dauerpflegeeinrichtungen. Insbesondere ist der Rückgang derjenigen Einrichtungen zu beobachten, die neben einem Dauerpflegeangebot gleichzeitig Tages- und Nachtpflege vorhalten. Dies ist darauf zurückzuführen, dass sich aufgrund der leistungsrechtlichen Verbesserungen bei der Inanspruchnahme von Tages- und Nachtpflege hier Anreize für die Entkopplung dieses Leistungsangebotes von der stationären Dauerpflege

und zum Aufbau solitärer Tagespflegeeinrichtungen mit eigenem Versorgungsvertrag oder Tagespflegeeinrichtungen mit Anbindung an ambulante Pflegedienste ergeben.

Außerdem ist hervorzuheben, dass der Anteil derjenigen stationären Dauerpflegeeinrichtungen, der sich an die Gruppe der psychisch Kranken richtet, in den vergangenen Jahren stark angestiegen ist. Ursächlich ist mitunter wahrscheinlich die Zunahme der psychischen Erkrankungen im höheren Alter im Zuge der steigenden Lebenserwartung, die seltenere Versorgung dieses Personenkreises durch Familienmitglieder in der eigenen Häuslichkeit sowie eine Spezialisierung von Einrichtungen auf die Gruppe der Demenzerkrankten.

6. Angebote für besondere Personengruppen

Im Folgenden wird die pflegerische Situation einiger Personengruppen gezielt in den Blick genommen, die besondere Versorgungsbedarfe aufweisen oder erschwerte Bedingungen für den Zugang zu pflegerischen Unterstützungsleistungen haben. Zu ihnen zählen pflegebedürftige (schwerstkranke) Kinder und Jugendliche, Menschen mit Behinderung, Menschen mit fortschreitenden chronischen Erkrankungen oder Schädel-Hirn-Traumata, Migrantinnen und Migranten sowie unheilbar kranke und sterbende Menschen.

6.1 Pflegebedürftige (schwerstkranke) Kinder und Jugendliche

Ausgangslage und Pflegebedürftigkeitsgeschehen

Pflegebedürftigkeit tritt stark alterskorreliert auf, wobei ganz überwiegend alte und hochaltrige Menschen betroffen sind (siehe Kapitel II.1). Ihre Versorgungssituation steht gegenwärtig im Fokus der öffentlichen Debatte. Vergleichsweise geringe Aufmerksamkeit findet demgegenüber die Situation pflegebedürftiger Kinder und Jugendlicher. Die Ursachen für ihre Pflegebedürftigkeit sind vielfältig, weichen allerdings in der Regel deutlich von den Ursachen einer Pflegebedürftigkeit bei Erwachsenen ab. Das Spektrum reicht von schwersten chronischen Erkrankungen (zum Beispiel Mukoviszidose, Krebserkrankungen, Muskeldystrophien, schweren Herzerkrankungen) bis hin zu angeborenen oder erworbenen geistigen und/oder körperlichen Behinderungen (zum Beispiel Sinnesbeeinträchtigungen, Zerebralparesen, Gendefekte oder Entwicklungsretardierungen) (Bücker 2008).

Die folgende Betrachtung richtet sich auf die Gruppe der Kinder und Jugendlichen bis zum 20. Lebensjahr, die aufgrund einer schweren Erkrankung oder Behinderung gemäß den Vorgaben aus § 14 SGB XI für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens auf Dauer der Hilfe bedürfen und entsprechend einer Pflegestufe zugeordnet wurden.⁷⁵

Ein besonderer Fokus liegt dabei auf den schwerstkranken und hochgradig versorgungsbedürftigen Kindern und Jugendlichen. Im vorliegenden Bericht werden hierunter Personen bis zum 20. Lebensjahr gefasst, die aufgrund einer schwerwiegenden chronischen Erkrankung oder einer körperlichen, geistigen und seelischen Behinderung Pflegestufe III (mit und ohne Härtefall) zugeordnet wurden und somit rund um die Uhr einer (Fachkraft-)Betreuung bedürfen. Ihre Versorgung setzt im häuslichen Bereich in der Regel einen umfassenden Einsatz der Angehörigen voraus.

⁷⁵ Die Zugrundelegung einer Altersgrenze von 20 Jahren ist dem Aspekt geschuldet, dass die Landespflegestatistik Altersgruppen nur in Fünf-Jahres-Schritten differenzieren kann. Aus einer inhaltlichen Perspektive wäre die Festlegung einer Altersgrenze von 18 Jahren sinnvoll, da spezifische Versorgungsangebote für den betrachteten Personenkreis in der Regel lediglich bis hierhin abrechnungsfähig sind.

Auf Grundlage der Daten der Landespflegestatistik lassen sich zu diesem Kreis der Kinder und Jugendlichen mit Pflegestufe III einige verlässliche statistische Aussagen treffen. Zu berücksichtigen ist jedoch, dass die Gruppe der schwerstkranken und hochgradig versorgungsbedürftigen Kinder und Jugendlichen auf diesem Wege nicht vollumfänglich erfasst wird: Einzelne Personen, die zwar die Voraussetzungen für die Pflegestufe III erfüllen würden, allerdings keinen Antrag gestellt haben und somit in der Landespflegestatistik nicht auftauchen, können nicht berücksichtigt werden. Auf Grundlage von Experteninterviews, die im Vorfeld der Verschriftlichung dieses Kapitels mit Vertreterinnen und Vertretern der Kinder- und Jugendhospize in Syke und Wilhelmshaven, den Kinderkliniken Hannover, Göttingen und Oldenburg, der Aegidiushaus AUF DER BULT GmbH, dem Netzwerk für die Versorgung schwerkranker Kinder e. V. und der Qualitätsgemeinschaft häuslicher Kinderkrankenpflege e. V. geführt wurden, besteht die begründete Vermutung, dass insbesondere die Gruppe der schwerstkranken Säuglinge statistisch unterrepräsentiert ist. Gründe sind, dass Eltern im Frühstadium der Diagnose oft noch unzureichend über bestehende Ansprüche auf Leistungen der Pflegeversicherung informiert sind und Pflegebedürftigkeit oft stark altersassoziiert wahrgenommen wird. Entsprechend unterbleibt die Beantragung einer Pflegestufe in einigen Fällen.

Hinzu kommt, dass insbesondere Säuglinge und Kleinkinder, selbst wenn sie schwerste Erkrankungen oder Behinderungen mit umfassenden Versorgungsbedarfen aufweisen, häufig nicht oder nur in niedrige Pflegestufen eingruppiert werden. Ursächlich hierfür sind die Kriterien, die bei der Begutachtung zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung nach den Begutachtungsrichtlinien im Sinne von § 7 SGB XI anzulegen sind. Danach kann bei Kindern stets nur der Aufwand an grundpflegerischen Hilfen berücksichtigt werden, der das Maß an altersüblichen Hilfeleistungen bei den Verrichtungen des täglichen Lebens übersteigt. Dies ist bei Säuglingen und kleinen Kindern eher selten der Fall. In den Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes zur Begutachtung von Pflegebedürftigkeit unter Besonderheiten der Ermittlung des Hilfebedarfs bei Kindern heißt es, dass im ersten Lebensjahr Pflegebedürftigkeit nur ausnahmsweise vorliegt und einer Begründung bedarf.⁷⁶ Ebenfalls nicht in der Pflegestatistik berücksichtigt werden Kinder und Jugendliche, die zwar hochgradig versorgungsbedürftig sind, jedoch aufgrund einer schweren Erkrankung mit lebenslimitierender Diagnose voraussichtlich keine sechs Monate mehr pflegebedürftig sind und somit ebenfalls keine Pflegestufe erhalten.

⁷⁶ Der GKV-Spitzenverband hat bereits im Jahr 2011 im Zuge der ersten Phase der Überarbeitung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs durch den vom BMG eingesetzten Beirat einen Vorschlag für ein neues Begutachtungsverfahren veröffentlicht, das in stärkerem Maße auch die spezifische Situation von Kindern berücksichtigen soll. Es entstand eine spezielle Variante des Assessments, das sich inhaltlich und in seinem Aufbau an dem Instrument für Erwachsene anlehnt, jedoch altersspezifische und krankheitsbedingte Begrenzungen der Selbstständigkeit besser differenziert. Jüngst fand eine Praktikabilitätsprüfung des neuen Begutachtungsinstruments statt, in dessen Folge gegenwärtig ein eigens auf Kinder ausgerichtetes Formulargutachten entwickelt wird (GKV Spitzenverband 2015).

Die eben skizzierten Gruppen lassen sich auf Grundlage des gegenwärtig vorliegenden Datenmaterials des LSN nur unzureichend abbilden. Um ihre Versorgungssituation dennoch zu beleuchten, wurden die Experteninterviews mit Vertreterinnen und Vertretern zentraler Versorgungseinrichtungen für diesen Personenkreis in Niedersachsen geführt (siehe oben). Außerdem wurden Ergebnisse einer Befragung im Auftrag des MS zur Kurzzeitpflege für Kinder und Jugendliche mit Beeinträchtigung herangezogen und Auskünfte der AOK Niedersachsen und des MDKN eingeholt.

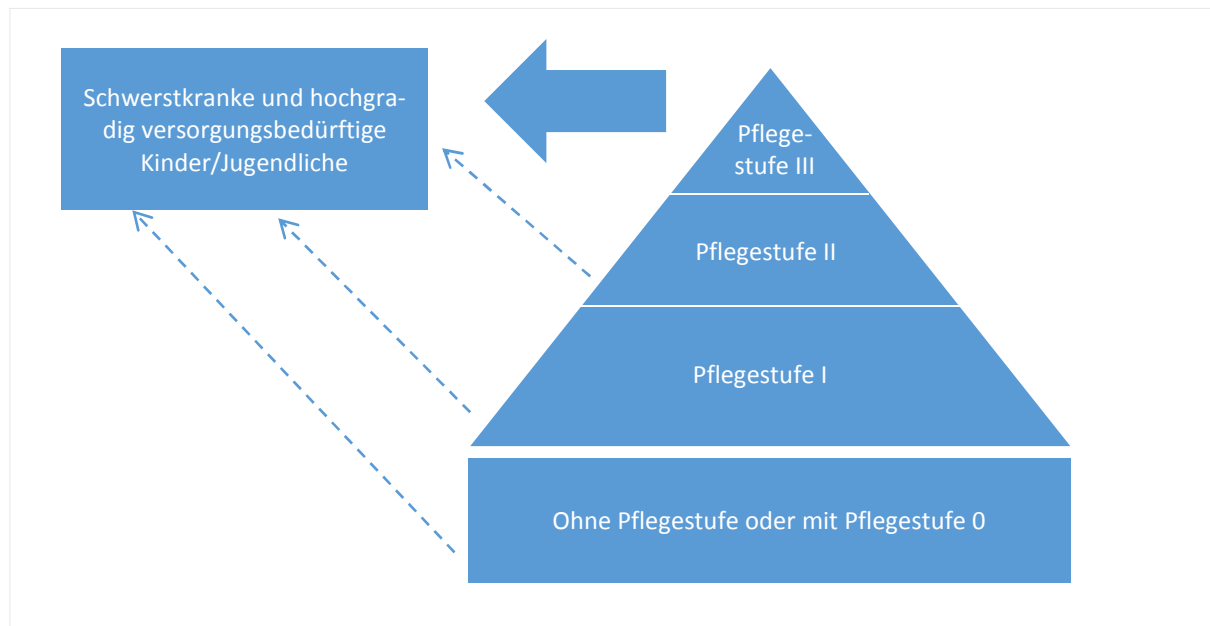


Abbildung 99: Grundgesamtheit der pflegebedürftigen Kinder und Jugendlichen unter Berücksichtigung des Anteils schwerstkranker und hochgradig versorgungsbedürftiger Personen

In Niedersachsen leben zum Stichtag 15. Dezember 2013 11.682 Leistungsempfängerinnen und Leistungsempfänger der sozialen und privaten Pflegeversicherung bis zum 20. Lebensjahr. Seit 2007 hat sich diese Anzahl der pflegebedürftigen Kinder und Jugendlichen um 1.877 Personen erhöht.

7.037 von ihnen sind männlich (60,2 %) und 4.645 weiblich (39,8 %). 1.673 der pflegebedürftigen Kinder und Jugendlichen sind unter 5 Jahre, 3.402 Personen 5 bis 10 Jahre, 3.625 Personen 10 bis 15 Jahre und 2.982 Personen 15 bis 20 Jahre alt. Die prozentuale Verteilung nach Altersgruppen stellt sich wie folgt dar:

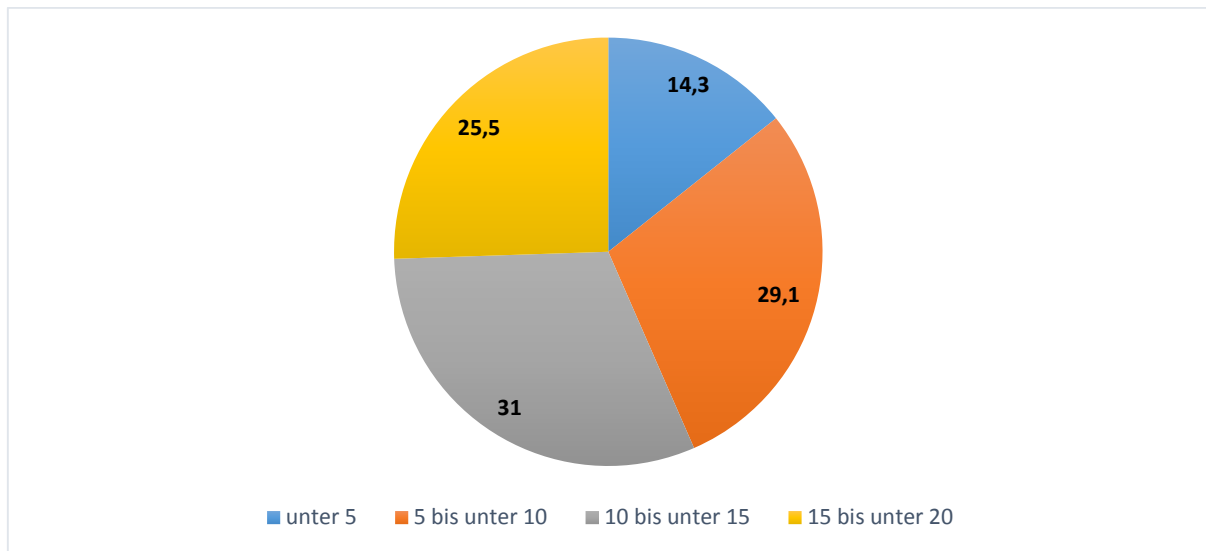


Abbildung 100: Pflegebedürftige Kinder und Jugendliche differenziert nach Altersgruppen im Jahr 2013 in Prozent (Quelle: LSN, Pflegestatistik 2013)

Wie das Diagramm verdeutlicht, ist der Anteil der pflegebedürftigen Kinder bis zum 5. Lebensjahr im Verhältnis zu den anderen drei Altersgruppen gering. Ursächlich hierfür ist nicht eine vergleichsweise niedrige Pflegebedürftigkeitsprävalenz dieses Personenkreises. Vielmehr sind die oben bereits angeführten Begutachtungsrichtlinien des MDKs ausschlaggebend. Gleichwohl ist anzunehmen, dass in der Gruppe der unter 5-Jährigen eine Pflegebedürftigkeit ähnlich häufig auftritt wie in den nachfolgenden Altersgruppen der Kinder und Jugendlichen.

6.505 (55,7 %) der pflegebedürftigen Kinder und Jugendlichen sind der Pflegestufe I und 3.231 (27,7 %) der Pflegestufe II zuzuordnen. Der Gruppe der Kinder und Jugendlichen mit Pflegestufe III (mit Härtefallregelung) gehören 1.930 Personen (16,5 %) an.⁷⁷ Im Vergleich zu erwachsenen Pflegebedürftigen über 65 Jahren ist dieser Anteil der schwerstkranken und hochgradig versorgungsbedürftigen Personen unter den pflegebedürftigen Kindern und Jugendlichen besonders groß. Ausschlaggebend hierfür sind Fortschritte im Bereich der Neonatalintensivmedizin und der Medizintechnik, die es ermöglichen, dass auch Kinder mit gravierendsten angeborenen Erkrankungen oder Einschränkungen in Folge von Geburtskomplikationen am Leben erhalten werden können.

⁷⁷ 16 Kinder und Jugendliche wurden noch keiner Pflegestufe zugeordnet.

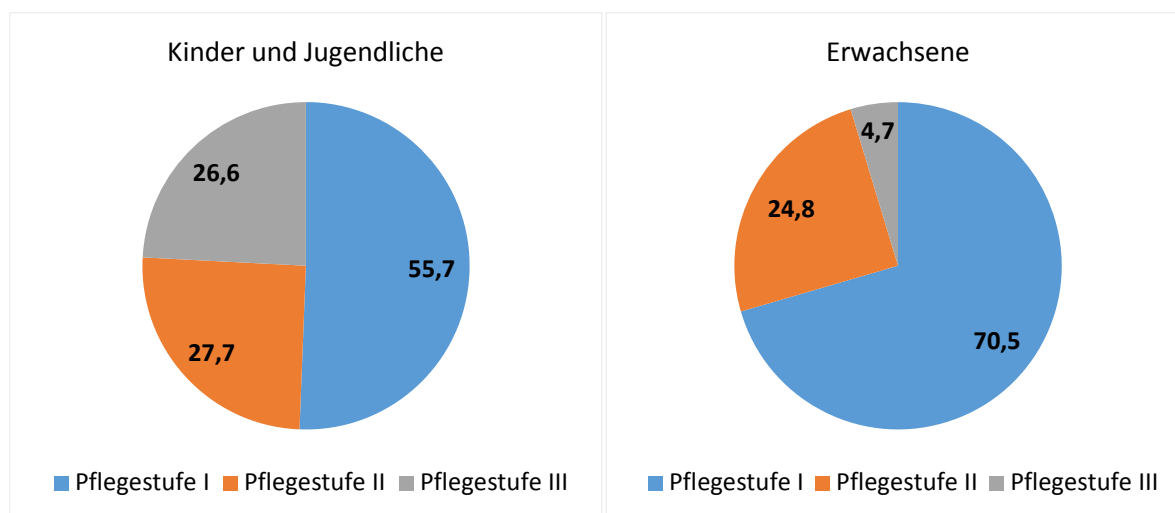


Abbildung 101: Anteil der Pflegestufen bei Kindern und Jugendlichen bis zum 20. Lebensjahr sowie bei Erwachsenen ab dem 65. Lebensjahr im Vergleich im Jahr 2013 in Prozent (Quelle: LSN, Pflegestatistik 2013)

Die Anzahl schwerstkranker und hochgradig versorgungsbedürftiger Kinder und Jugendlicher der Pflegestufe III hat im Zeitverlauf geringfügig abgenommen. Im Jahr 2007 lag sie noch bei 2.033 Personen (20,7 %) und 2013 bei 1930 Personen. Die absolute Anzahl der Kinder und Jugendlichen mit Pflegestufe II hat sich seit 2007 demgegenüber von 2.991 auf 3.232 erhöht. Ihr Anteil lag damals bei 30,5 %. Stark gestiegen ist auch die Anzahl der Kinder und Jugendlichen der Pflegestufe I, die sich 2007 noch auf 4.781 belief (48,8 %).

Wie der folgenden Abbildung zu entnehmen ist, nimmt mit steigendem Lebensalter der Anteil der Pflegebedürftigen mit der Pflegestufe III an der Gesamtzahl zu.

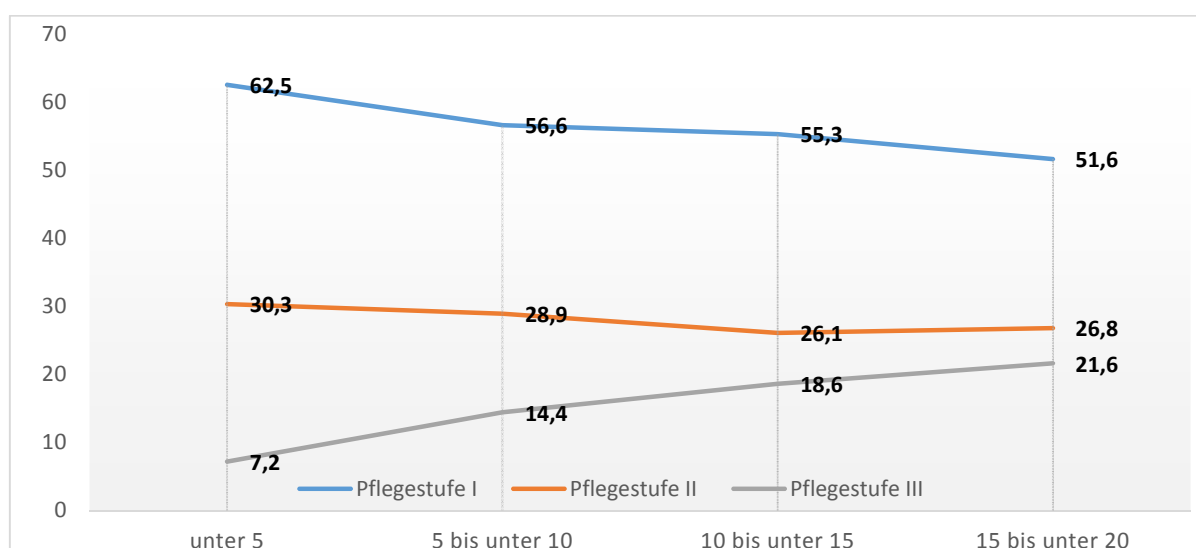


Abbildung 102: Anteil der pflegebedürftigen Kinder und Jugendlichen differenziert nach Altersstufen im Jahr 2013 in Prozent (Quelle: LSN, Pflegestatistik 2013)

	Pflegestufe I	Pflegestufe II	Pflegestufe III	Gesamt
unter 5	1.035 (62,5 %)	502 (30,3 %)	120 (7,2 %)	1.657 (100 %)
5 bis unter 10	1.927 (56,6 %)	984 (28,9 %)	491 (14,4 %)	3.402 (100 %)
10 bis unter 15	2.004 (55,3 %)	947 (26,1 %)	674 (18,6 %)	3.627 (100 %)
15 bis unter 20	1.539 (51,6 %)	798 (26,8 %)	645 (21,6 %)	2.985 (100 %)

Abbildung 103: Pflegebedürftige Kinder und Jugendliche bis zum 20. Lebensjahr differenziert nach Pflegestufen (Quelle: LSN, Pflegestatistik 2013)

Ausschlaggebend hierfür sind ganz maßgeblich auch die oben bereits beschriebenen Spezifika des Begutachtungsverfahrens zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit: Mit zunehmendem Alter werden die Unterschiede gegenüber gesunden Kindern im gleichen Alter deutlicher, was sich in einer vermehrten Einstufung in höhere Pflegestufen niederschlägt.

Inanspruchnahme von Leistungen der Pflegeversicherung

Die überwiegende Mehrheit der pflegebedürftigen Kinder und Jugendlichen wird in der eigenen Häuslichkeit versorgt. Dies belegt der große Anteil der Bezieherinnen und Bezieher von Pflegegeld. Dieser liegt mit 10.902 Personen bei 93,4 %. Eltern kommt in diesen Versorgungsarrangements eine große Rolle zu.

Nur 158 Personen nahmen Leistungen der vollstationären Dauerpflege gemäß § 43 SGB XI oder § 43a SGB XI in Anspruch (1,4 %). Auf das Angebot eines ambulanten Pflegedienstes nach § 36 SGB XI griffen insgesamt 622 Personen (5,3 %) zurück. Angebote der Tagespflege nach § 41 SGB XI wurden von fünf Personen in Anspruch genommen und Kurzzeitpflege nach § 42 SGB XI von 3 Personen.

Mit zunehmendem Alter der Kinder und Jugendlichen verändern sich die Versorgungsarrangements kaum. Lediglich in der Altersgruppe der unter 5-Jährigen werden die bestehenden Muster zumindest in Ansätzen durchbrochen: Diese Gruppe zeichnet sich durch eine überproportional große Inanspruchnahme von Leistungen der stationären Dauerpflege aus, wohingegen der Anteil der Pflegegeldbezieher hier kleiner ist.

	unter 5	5 bis unter 10	10 bis unter 15	15 bis unter 20
Pflegegeld	1.457 (87,1 %)	3.213 (94,4 %)	3.428 (94,6 %)	2.804 (94,0 %)
Pflegedienste	79 (4,7 %)	188 (5,5 %)	187 (5,2 %)	168 (5,6 %)
Stationäre Dauerpflege	137 (8,2 %)	1 (0,03 %)	10 (0,3 %)	10 (0,3 %)
Gesamt	1.673 (100 %)	3.402 (100 %)	3.625 (100 %)	2.982 (100 %)
Tagespflege	0	0	2	3
Kurzzeitpflege	3	0	0	0

Tabelle 28: Inanspruchnahme von Leistungen der Pflegeversicherung differenziert nach Altersstufen (Quelle: LSN, Pflegestatistik 2013)

Umso höher die Pflegestufe, desto häufiger werden ambulante Pflegedienste genutzt oder es wird auf Leistungen der vollstationären Dauerpflege zurückgegriffen. In besonders starkem Maße gilt dies auch für die Gruppe der schwerstkranken, hochgradig versorgungsbedürftigen Kinder und Jugendlichen mit der Pflegestufe III (mit und ohne Härtefallregelung).

	Pflegestufe I	Pflegestufe II	Pflegestufe III
Pflegegeld	6.192 (95,2 %)	3.007 (93,1 %)	1.703 (88,2 %)
Pflegedienste	248 (3,8 %)	181 (5,6 %)	193 (10,0 %)
Stationäre Dauerpflege	65 (1,0 %)	43 (1,3 %)	34 (1,8 %)
Gesamt	6.505 (100 %)	3.231 (100 %)	1.930 (100 %)
Tagespflege	1	3	1
Kurzzeitpflege	1	2	0

Tabelle 29: Inanspruchnahme von Leistungen der Pflegeversicherung bei Kinder und Jugendlichen differenziert nach Pflegestufen im Jahr 2013 (Quelle: LSN, Landespflegestatistik 2013)

Im Vergleich zu der Gesamtgruppe der Pflegebedürftigen ist jedoch selbst der Anteil der Kinder und Jugendlichen mit Pflegestufe III, die ambulante Dienste oder Leistungen der vollstationären Dauerpflege in Anspruch nehmen, sehr gering.

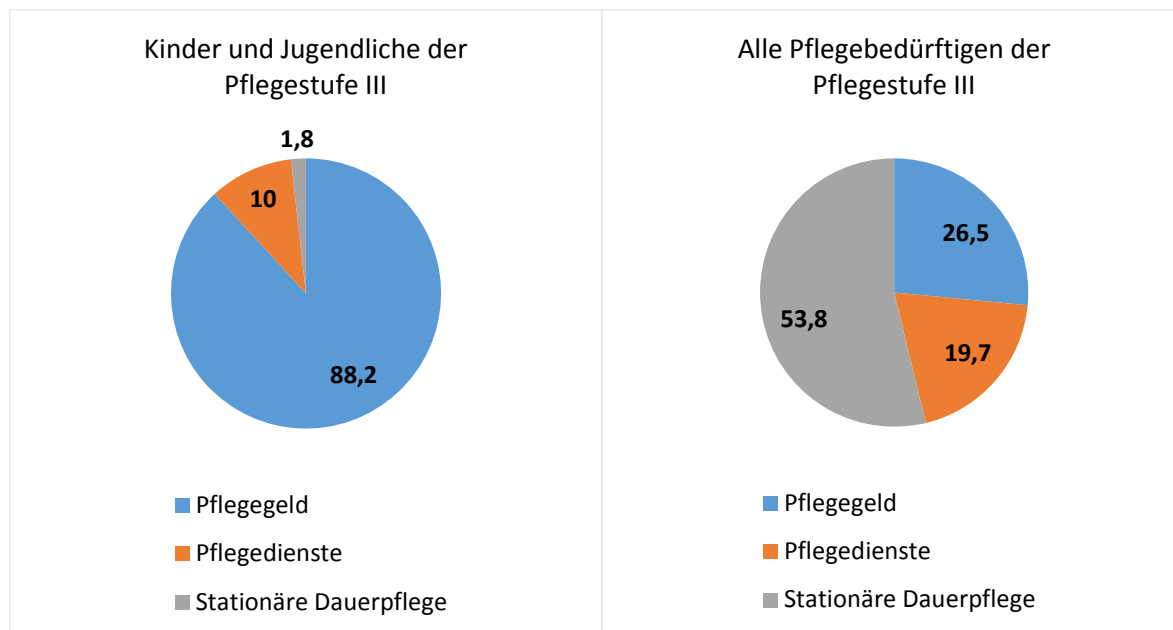


Abbildung 104: Verteilung der Leistungsarten bei Kindern und Jugendlichen der Pflegestufe III im Vergleich mit allen Pflegebedürftigen der Pflegestufe III im Jahr 2013 in Prozent (Quelle: LSN, Pflegestatistik 2013)

Versorgungsangebot in Niedersachsen

Im Folgenden ist nun zu beleuchten, welche Versorgungsleistungen pflegebedürftigen Kindern und Jugendlichen im Allgemeinen und schwerstkranken, hochgradig versorgungsbedürftigen Kindern und Jugendlichen im Besonderen in Niedersachsen zur Verfügung stehen. Zu differenzieren sind hierbei ambulante Angebote, Kurzzeitpflegeeinrichtungen, Tages- und Nachtpflege, Angebote der stationären Dauerpflege und Versorgungsangebote in der letzten Lebensphase. Einen ersten Überblick über die Verteilung der Versorgungsangebote in Niedersachsen gibt die folgende Karte:



Abbildung 105: Versorgungsangebote für pflegebedürftige schwerstkranke Kinder und Jugendliche in Niedersachsen im Jahr 2015 (Quelle: Expertenbefragung und Befragung unterschiedlicher Kranken- und Pflegekassen in Niedersachsen)

- Ambulante Versorgung

Im Fall einer häuslichen Versorgung wird die Pflege der Kinder nicht selten ergänzt durch Leistungen der häuslichen Krankenpflege (§ 37 SGB V). Das trifft vor allem bei sehr kleinen oder schwerstkranken Kindern zu.

Nach Kenntnis des MDK N existieren niedersachsenweit 15 Pflegedienste⁷⁸, die sich in eigener Verantwortung auf die Versorgung von Kindern und Jugendlichen spezialisiert haben und mit deren Trägern die Kranken- und Pflegeversicherungen Verträge nach SGB V und SGB XI abgeschlossen haben. Diese Dienste sind bedeutsam, um die pflegerische Versorgung der Kinder und Jugendlichen in der eigenen Häuslichkeit sicherzustellen und Leistungen der häuslichen Krankenpflege gemäß § 37 SGB V zu erbringen. Hierzu zählt ein breites Spektrum, das von der Wundversorgung über

⁷⁸ Die Pflegedienste finden sich in Borkum (ein Pflegedienst), Braunschweig (zwei Pflegedienste), Göttingen (ein Pflegedienst), in der Landeshauptstadt und der Region Hannover (drei Pflegedienste), in Hildesheim (zwei Pflegedienste), in der Stadt und im Landkreis Oldenburg (zwei Pflegedienste), in der Stadt und im Landkreis Osnabrück (zwei Pflegedienste), in Stade (ein Pflegedienst) und in Sulingen (ein Pflegedienst).

die Infusionstherapie, Tracheostomabehandlung bis hin zu der Versorgung bei einer Beatmung teilweise auch anspruchsvollste Versorgungsaufgaben umfasst. Die Dienste bieten dabei – soweit dies personell möglich ist – auch Intensivpflege in der eigenen Häuslichkeit bis zu 24 Stunden am Tag an. Darüber hinaus erfüllen sie aber auch eine wichtige flankierende Funktion für das familiäre Unterstützungssystem, da Eltern durch diese Einrichtungen Beratung, fachliche Anleitung sowie praktische und psychosoziale Unterstützung bei der mitunter belastenden und hoch anspruchsvollen pflegerisch-medizinischen Versorgung ihrer Kinder erhalten. Ganz besonders gilt dies nach der Geburt, in den ersten Lebensjahren und bei einem lebensbedrohlichen Zustand des Kindes. Teilweise werden auch Aufgaben der Überleitung aus dem Krankenhaus übernommen.

Darüber hinaus sind nach Aussage der AOK Niedersachsen in 97 der insgesamt 1.231 ambulanten Pflegedienste in Niedersachsen Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger beschäftigt, die qualifiziert dafür sind, eine auf die Bedürfnisse pflegebedürftiger Kinder und Jugendlicher zugeschnittene Versorgung zu erbringen. Teilweise bieten diese Pflegedienste neben der Erwachsenenpflege auch Kinderpflege an, zum Teil sogar mit einem eigenen spezialisierten Team (zum Beispiel die Sozialstation der Caritas in Vechta).

Häusliche Kinderkrankenpflege kann darüber hinaus jedoch auch durch pädiatrische Stationen in Kinderkliniken beziehungsweise Krankenhäusern durchgeführt werden, die entsprechende Versorgungsverträge mit den Krankenkassen geschlossen haben. Gegenwärtig bestehen 24 dieser Verträge.⁷⁹

Chronisch kranke und schwerstkranke Kinder und Jugendliche, die das 14. Lebensjahr beziehungsweise in besonderen Fällen das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, verfügen über einen Anspruch auf Sozialmedizinische Nachsorge nach § 43 Abs. 2 SGB V. In unmittelbarem Anschluss an eine Krankenhausbehandlung nach § 39 Abs. 1 SGB V oder an eine stationäre Rehabilitation kann diese Leistung erbracht werden. Voraussetzung ist, dass die Nachsorge aufgrund der Art, Schwere und Dauer der Erkrankung notwendig ist, um den stationären Aufenthalt zu verkürzen, die Behandlungserfolge zu sichern oder die Integration des schwerstkranken Kindes oder Jugendlichen in das soziale Umfeld zu ermöglichen. Der AOK Niedersachsen sind gegenwärtig in Niedersachsen acht Anbieter der Sozialmedizinischen Nachsorge bekannt. Diese Anbieter erbringen ihre Leistung jedoch nach Auskunft der befragten Expertinnen und Experten in der Regel nur im unmittelbaren Umfeld ihres Standortes.

⁷⁹ Nicht bekannt ist, wie häufig diese pädiatrischen Stationen häusliche Kinderkrankenpflege in der Praxis tatsächlich erbringen.

- Kurzzeitpflege

Die häusliche Versorgung eines schwerstkranken und pflegebedürftigen Kindes oder Jugendlichen kann für die privaten Pflegepersonen mit erheblichen physischen und psychischen Belastungen einhergehen. Um dennoch die häusliche Versorgung langfristig sicherzustellen, sind Kurzzeitpflegeangebote auch für diesen Personenkreis von großer Bedeutung. Niedersachsenweit besteht nach Auskunft der AOK Niedersachsen bisher nur eine solitäre Einrichtung mit diesem Angebot: Das Aegidiushaus AUF DER BULT in Hannover wurde im Oktober 2014 eröffnet und stellt eine Kurzzeitpflegeeinrichtung mit zwölf Plätzen für pflegebedürftige schwerstkranken und/oder schwerstbehinderte Kinder und Jugendliche bis zum 18. Lebensjahr dar. Über die Leistungen der Kurzzeitpflege können die Pflegebedürftigen bis zu 21 Tage in dieser Einrichtung versorgt werden, wobei eine umfassende 24-Stunden-Versorgung, begleitende therapeutische Maßnahmen und zukünftig auch Unterricht durch eine von der Landesschulbehörde zur Verfügung gestellte Lehrkraft angeboten werden. Die Einrichtung kann von Kindern und Jugendlichen aus ganz Niedersachsen genutzt werden. Es handelt sich um ein Modellprojekt mit Fördermitteln des Landes und der Krankenkassen, das auf drei Jahre begrenzt ist. In diesem Zeitraum ist die Möglichkeit gegeben, die Auslastung zu beurteilen und abzuschätzen, ob in Niedersachsen zusätzliche Bedarfe bestehen. Gegenwärtig zeichnet sich eine gute Auslastung in den Ferienzeiten ab, so dass bereits Wartelisten geführt werden. In der Schulzeit wird bisher eine deutlich geringere Auslastung konstatiert. Perspektivisch plant der Förderverein Kiola e. V. auch in Oldenburg die Errichtung von zwölf Kurzzeitpflegeplätzen für diesen Personenkreis. Die Bauarbeiten beginnen voraussichtlich im Jahr 2016.

Seit der Einführung des PflWG verfügen in begründeten Einzelfällen zu Hause gepflegte Kinder und Jugendliche auch über einen Anspruch auf Kurzzeitpflege in geeigneten Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen, der Eingliederungshilfe, der Jugendhilfe und anderen geeigneten Einrichtungen und nicht nur in Pflegeeinrichtungen des Elften Sozialgesetzbuches (§ 42 Abs. 3 SGB XI).⁸⁰ Weisen die Kinder und Jugendlichen eine lebensbedrohende Diagnose auf, kommen auch Entlassungsaufenthalte in den zwei stationären Kinder- und Jugendhospizen in Frage (siehe unten). Um Rückschlüsse auf die bestehenden Kapazitäten zu ziehen, führte das LS im Auftrag des Ministeriums für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung (MS) im Jahr 2015 eine Befragung von Einrichtungsträgern durch. Von den 61 angeschriebenen stationären Einrichtungen der Jugendhilfe, die am 31. Dezember 2013 mindestens einen Minderjährigen auf der Rechtsgrundlage des SGB XII

⁸⁰ Exemplarisch ist an dieser Stelle zum Beispiel die Fachpflegeeinrichtung „Haus Arche“ der Diakonie Himmelstür e. V. für schwerstmehrfach behinderte Kinder und Jugendliche zu nennen, die ein Kontingent eingestreuter Kurzzeitpflegeplätze vorhält, die im Falle einer nicht vollständigen Belegung der Dauerpflegeplätze in Anspruch genommen werden können.

betreuten, haben 30 Einrichtungen geantwortet. Keine dieser antwortenden Einrichtungen hält Kurzzeitpflegeplätze vor. Von den 53 angeschriebenen stationären Einrichtungen der Eingliederungshilfe und Pflege (einschließlich der Hospize), die Kinder und Jugendliche betreuen und pflegen, haben sich 27 an der Befragung beteiligt. 18 von ihnen bieten Kurzzeitpflegeplätze an, wobei 12 dieser Einrichtungen Plätze ganzjährig zur Verfügung stellen. Die Einrichtungen, die Kurzzeitpflege anbieten, haben im Jahr 2014 insgesamt 747 Kinder und Jugendliche kurzzeitpflegerisch betreut.⁸¹

- Tages- und Nachtpflege

Spezielle Tages- beziehungsweise Nachtpflegeeinrichtungen für Kinder und Jugendliche sind den Kostenträgern, der Landesarbeitsgemeinschaft der freien Wohlfahrtspflege und dem MDK N nicht bekannt.

- Stationäre Dauerpflege

Mit zunehmendem Schweregrad der Pflegebedürftigkeit nimmt (vergleichbar mit den erwachsenen Pflegebedürftigen) die stationäre Versorgung aufgrund der Überforderung der privaten Pflegepersonen zu. Diese Personen werden fast ausnahmslos in Einrichtungen der Behindertenhilfe (§ 71 Abs. 4 SGB XI) versorgt. Bei diesen Versorgungsangeboten geht das MS angesichts der Zuständigkeit des Landes als überörtlicher Träger der Sozialhilfe, vertreten durch das LS, von einer alters- und behinderungsgerechten Wohn- und Betreuungssituation sowie einer fachlich qualifizierten medizinisch-pflegerischen Versorgung aus.

Für schwerstmehrfach behinderte Kinder und Jugendliche, die einer Versorgung mit Pflegestufe III oder Härtefall bedürfen und eine Indikation zur temporären Beatmung beziehungsweise Dauerbeatmung aufweisen, hält die Fachpflegeeinrichtung „Haus Arche“ der Diakonie Himmelsthür e. V. in Hildesheim seit dem 01. April 2014 insgesamt 25 Dauerpflegeplätze vor. Sie richten sich an Kinder und Jugendliche, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.

- Versorgung in der letzten Lebensphase

Verfügen die Kinder und Jugendlichen nur noch über eine begrenzte Lebenszeit, kommt auch die Versorgung in Kinderhospizen oder durch ambulante Hospizdienste in Frage. In Niedersachsen bestehen zwei stationäre Kinder- und Jugendhospize: Das Hospiz „Löwenherz“ mit Sitz in Syke wurde am 22. September 2003 eröffnet und verfügt über acht Kinder- und seit dem 01. Oktober 2013 nunmehr auch über acht Jugendhospizplätze sowie einen eigenen Familienbereich für Eltern und

⁸¹ Die Einrichtungen finden sich in den Landkreisen Cloppenburg, Diepholz, Emsland, Heidekreis, Hildesheim, Lüchow-Dannenberg, Osnabrück, Uelzen, Vechta und Verden, der Stadt Oldenburg und der Landeshauptstadt und der Region Hannover.

Geschwister. Das Kinder- und Jugendhospiz „Joshuas Engelreich“ in Wilhelmshaven hält seit dem 22. August 2014 acht Plätze vor und bietet ebenfalls Räumlichkeiten für die begleitenden Eltern und Geschwister. Kinder und Jugendliche können bis zu 28 Tage im Jahr in diesen Einrichtungen untergebracht werden. In der letzten Lebensphase findet die Familie unbegrenzt Aufnahme. Gegenwärtig wird im Hospiz „Löwenherz“ eine Auslastung von 66 % realisiert. Die Krankenkassen tragen seit dem 01. August 2009 95 % der zuschussfähigen Kosten stationärer Kinderhospize, wobei die Leistungen der Pflegeversicherung anzurechnen sind. Den verbleibenden Finanzierungsanteil haben die Kinderhospize zu tragen. Der bisherige Eigenanteil der Versicherten an den Kosten eines stationären Hospizaufenthaltes ist damit entfallen. Die Investitionsfolgaufwendungen werden nach dem NPflegeG gefördert.

Neben den stationären Hospizen existieren auch ambulante Hospizdienste, die eine Versorgung in der eigenen Häuslichkeit anbieten. Niedersachsenweit führten nach Aussage der Hospiz LAG im Jahr 2014 32 der insgesamt 129 Hospizdienste 166 Kinderbegleitungen durch. Im Besonderen existieren auch sechs spezifische ambulante Kinder- und Jugendhospizdienste in den Landkreisen Cuxhaven, Diepholz, Göttingen, Osnabrück, der Region Hannover sowie der kreisfreien Stadt Oldenburg. Eine weitere Einrichtung in Braunschweig will sich zeitnah durch die Eröffnung eines Stützpunktes etablieren.

Laut Auskunft der AOK Niedersachsen besteht außerdem ein Vertrag mit dem Betreuungsnetz schwerkranke Kinder in Hannover zur Erbringung spezialisierter ambulanter pädiatrischer Palliativversorgung (SAPPV) gemäß § 37b SGB V. Es handelt sich um eine subsidiär zur allgemeinen Palliativversorgung erbrachte Leistung bei nicht heilbaren, fortschreitenden und weit fortgeschrittenen Erkrankungen bei einer zugleich begrenzten Lebenserwartung. Es bestehen niedersachsenweit sechs Teams in den Landkreisen Diepholz, Göttingen und Osnabrück, der Region Hannover und den kreisfreien Städten Oldenburg und Braunschweig. Diese werden vom Netzwerk für die Versorgung schwerkranker Kinder und Jugendlicher e. V. der Medizinischen Hochschule Hannover koordiniert. Sie setzen sich aus 20 Ärztinnen und Ärzten, 60 Pflegekräften und zehn Angehörigen psychosozialer Berufsgruppen zusammen, die ganz überwiegend in Kinderkliniken und Pflegediensten vor Ort tätig sind, mit denen Kooperationsvereinbarungen bestehen. Die Teams stellen landesweit, teilweise auch über die Landesgrenzen hinaus, eine Versorgung mit SAPPV sicher, wobei ein zusätzliches, in Hamburg ansässiges Team dabei unterstützt, den Bedarfen im Bereich der Elbe zu begegnen. Die Teams sind dabei in großen Radien von bis zu 100 Kilometern tätig. In Nie-

dersachsen wurden im vergangenen Jahr 236 SAPPV-Versorgungen bewilligt und 225 Versorgungen auch tatsächlich geleistet. Pro Patientin beziehungsweise Patient werden im Schnitt 17 Einheiten erbracht.

- Sonstige Aktivitäten

Das Land Niedersachsen hat in den vergangenen Jahren unterschiedliche Maßnahmen ergriffen, um die Versorgung pflegebedürftiger Kinder und Jugendlicher zu verbessern.⁸²

Zur Umsetzung der EntschlieÙung vom Juni 2001 wurde seinerseits vom MS der „Runde Tisch schwerstkranken Kinder“ eingerichtet, dem neben dem MS als Moderator und Geschäftsführung die Leistungsträger, Krankenhäuser, Kinderkrankenpflegedienste und Selbsthilfegruppen angehören. Dieser hat die Aufgabe, die bestehende Versorgungssituation einzuschätzen und zu ermitteln, welche Beratungs- und Versorgungsangebote zu optimieren, aus- oder aufzubauen sind. Auf dieser Grundlage berät der Runde Tisch das MS hinsichtlich der mit der Umsetzung der Landtagsentschließung verbundenen fachpraktischen Fragen sowie bei Anträgen auf Förderung von Einzelmaßnahmen (zum Beispiel Modellerprobungen, Untersuchungen und wissenschaftliche Begleitungen, Baumaßnahmen und Fortbildungsveranstaltungen) und stellt die Koordination und Vernetzung unter den beteiligten Institutionen sicher. Ein Arbeitsergebnis des „Runden Tisches schwerstkranken Kinder“ stellt die Erarbeitung der Handreichung „Hilfen für Familien mit schwerstkranken Kindern in Niedersachsen“ für betroffene Eltern dar. In dieser werden alle verfügbaren Informationen über Angebote der Pflege und Betreuung schwerstkranker Kinder sowie Unterstützungsmöglichkeiten für das familiäre Umfeld aufgeführt, die in Niedersachsen neben der medizinischen Versorgung durch niedergelassene Ärztinnen und Ärzte existieren.

⁸² Eine Übersicht über alle durch das Land geförderten Maßnahmen ist dem Anhang zu entnehmen (*siehe Anhang II.6.A*). Die Maßnahmen wurden infolge des Beschlusses des Landtages „Flächendeckende Versorgung und Betreuung schwerstkranker Kinder sicherstellen“ vom 13. Juni 2001 (LT-Drs. 14/2567), des Beschlusses „Versorgung schwerkranker Kinder in Niedersachsen qualitativ verbessern“ (LT-Drs. 15/2091) vom 30. Juni 2005 und dem aktuellen Beschluss vom 09. Dezember 2014 (LT-Drs. 17/2509) ergriffen.

Kurzbewertung

Die in diesem Kapitel betrachtete Gruppe der pflegebedürftigen Kinder, Jugendlichen und jungen Erwachsenen der Pflegestufe III (mit Härtefall) stellt eine anteilmäßig zwar kleine Gruppe unter den Pflegebedürftigen dar. Im Vergleich mit der Gesamtheit der Pflegebedürftigen weist diese jedoch häufig eine umfassende Pflegebedürftigkeit auf, die auf schwerste Erkrankungen und Behinderungen zurückzuführen ist und sich in hohen Pflegestufen widerspiegelt. Eine indizierte Pflegebedürftigkeit bei Kindern ist insofern häufig ein äußeres Kennzeichen für eine überaus belastende Familiensituation.⁸³

Vor diesem Hintergrund ist die vergleichsweise geringe Inanspruchnahme professioneller Unterstützungsangebote aus dem ambulanten, teilstationären oder stationären Bereich⁸⁴ hervorzuheben. Ausschlaggebend hierfür ist möglicherweise eine geringe Nachfrage nach diesen Leistungen als Ausdruck des Wunsches in den Familien, die pflegerische Versorgung eigenständig, ohne Eingriffe von außen zu realisieren. Auf Grundlage einer Untersuchung des Kindernetzwerks e. V. und des Instituts für Medizinische Soziologie der Universität Hamburg-Eppendorf besteht allerdings auch die begründete Vermutung, dass umfassende Informations- und Beratungsdefizite existieren (Kofahl/Lüdecke 2014).

Um die Eltern bei der Versorgung ihrer Kinder zu unterstützen, bedarf es jedoch auch entsprechender Angebote, die den altersspezifischen Lebensanforderungen und somit der besonderen Situation jüngerer Pflegebedürftiger gerecht werden. Wie auf Grundlage der vorangehenden Darstellung deutlich wird, wurde das Versorgungsangebot im Bereich der stationären Hospizarbeit in Niedersachsen seit der Veröffentlichung des letzten Landespflegeberichts im Jahr 2010 durch den Abschluss weiterer Versorgungsverträge kontinuierlich ausgebaut. Die befragten Expertinnen und Experten bewerten das bestehende Angebot momentan als bedarfsgerecht. Gleiches gilt für die ambulante Hospizarbeit sowie die SAPPV-Versorgung, die sich durch die sieben niedersachsenweit bestehenden Teams und ein in Hamburg angesiedeltes Team ganz überwiegend sicherstellen lässt.

Mit der Eröffnung des Aegidius-Hauses AUF DER BULT in Hannover zum 01. Oktober 2014, aber auch die Eröffnung der Fachpflegeeinrichtung „Haus Arche“ der Diakonie Himmelsthür e. V. in Hildesheim zum 01. April 2014 mit ihrem Angebot an eingestauten Kurzzeitpflegeplätzen wurde ein großer Beitrag zur Verbesserung der Versorgungssituation und zur Entlastung der pflegenden Eltern geleistet. Perspektivisch wird auch die Schaffung von zwölf Kurzzeitpflegeplätzen des Fördervereins Kiola e. V.

⁸³ Diese Annahme wird durch eine Untersuchung des Kindernetzwerks e. V. und des Instituts für Medizinische Soziologie der Universität Hamburg-Eppendorf mit fast 1.600 Eltern von chronisch kranken und behinderten Kindern gestützt, die im Zeitraum zwischen Juli 2012 und Dezember 2014 durchgeführt wurde. Sie lässt Rückschlüsse darauf zu, dass ein umfassendes finanzielles, innerfamiliäres und soziales Belastungserleben der betroffenen Eltern besteht. 38 % der Untersuchungsteilnehmenden bewerten zudem ihren Gesundheitszustand als „weniger gut“ oder „schlecht“. In der Vergleichsgruppe der Eltern mit gesunden Kindern betrifft dies 13 % (Kofahl/Lüdecke 2014, S. 20).

⁸⁴ Im vorliegenden Bericht bezieht sich diese Aussage auf die Inanspruchnahme von Leistungen des SGB XI. Wie oben bereits angeführt, ist aber davon auszugehen, dass viele der Familien auf Grundlage ihres Leistungsanspruchs im SGB V und SGB XII noch andere professionelle Unterstützungsleistungen in Anspruch nehmen.

in Oldenburg zu einer Kapazitätsausweitung im Norden von Niedersachsen führen. Die befragten Expertinnen und Experten befürworten diese Entwicklung und sprechen sich ganz überwiegend zunächst dafür aus, die Auslastungen dieser neu entstandenen Einrichtungen in der kommenden Zeit zu beobachten und die qualitativen Anforderungen an Kurzzeitpflegeplätze noch eingehender zu eruieren. Die Erzielung einer wirtschaftlich auskömmlichen Auslastung auch abseits von bestimmten Zeiten hoher Inanspruchnahme (zum Beispiel Schulferien) ist Voraussetzung dafür, dass eine solche solitäre Kurzzeitpflegeeinrichtung langfristig bestehen kann.

Handlungsbedarfe zeichnen sich allerdings im Bereich der regulären, täglichen Versorgung schwerkranker und pflegebedürftiger Kinder und Jugendlicher ab: Zwar beschäftigen viele der zugelassenen Pflegedienste Gesundheits- und Kinderkrankenpflegekräfte und sind somit zumindest theoretisch dazu in der Lage, auch Kinder und Jugendliche zu versorgen. Auch existieren in den meisten Regionen Niedersachsens genügend ambulante Kinderkrankenpflegedienste.⁸⁵ Allerdings ist eine zeitlich umfassende Betreuung (insbesondere eine 16- bis 24-Stunden-Versorgung) schwerstkranker und hochgradig versorgungsbedürftiger Kinder und Jugendlicher mit intensivpflegerischen Versorgungsbedarfen unter den gegenwärtigen Bedingungen vielfach nur schwer sicherzustellen. Ursächlich hierfür ist gemäß der befragten Expertinnen und Experten, dass den Diensten oftmals nicht ausreichend qualifiziertes und spezialisiertes Personal zur Verfügung steht, da die Versorgung intensivpflegebedürftiger Kinder oft besonderes pädiatrisches Wissen, Praxiserfahrungen und eine ausgeprägte Kommunikationsfähigkeit voraussetzt. Die langen Anfahrtswege zu den betroffenen Familien kommen oft noch erschwerend hinzu, so dass nach Aussage einiger Expertinnen und Experten bewilligte Pflegeleistungen von den ambulanten Diensten nicht in entsprechendem Umfang geleistet werden können.

Insbesondere nach einem langen Klinikaufenthalt gestaltet sich die Sicherstellung einer sich anschließenden umfassenden Versorgung oft schwierig, so dass eine Entlassung teilweise nicht zeitnah realisiert werden kann, Rückverlegungen der Kinder und Jugendlichen in die Klinik notwendig sind oder die Eltern die Versorgung ohne professionelle Unterstützung übernehmen. Die Kinderkrankenpflegedienste sind bemüht, mit den zunehmenden Versorgungsengpässen umzugehen, indem sie auch Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger einstellen, welche umfassend und individuell in die Versorgung schwerstmehrfachbehinderter, intensivpflichtiger und heimbeatmeter Kinder eingearbeitet werden müssen. Dieses Vorgehen ist jedoch ressourcenaufwendig und mit umfassenden finanziellen Belastungen verbunden.

Vorteilhaft wäre nach Einschätzung der befragten Expertinnen und Experten die Einbindung des Fachpersonals aus Kinderkliniken und Abteilungen der Kinderheilkunde in die ambulante Versorgung zur Vermittlung von spezifischen Kenntnissen und Kompetenzen an das ambulant tätige Pflegepersonal in

⁸⁵ Die Interviews gaben Hinweise darauf, dass die Regionen an der holländischen Grenze, im Lüneburger Raum sowie im Landkreis Lüchow-Dannenberg bisher noch unterversorgt sind.

der Übergangsphase. Das Instrument der Sozialmedizinischen Nachsorge könnte ihrer Meinung nach hierbei eine wichtige Rolle spielen, komme aber bisher noch zu wenig zum Tragen. Zwar verfügen die Nachsorge-Einrichtungen über die Möglichkeit, entsprechende Versorgungsverträge mit den Kassen abzuschließen. Im Rahmen der Interviews wurde allerdings die auskömmliche Finanzierung dieses Angebotes infrage gestellt.

Eine besondere Herausforderung bildet nicht zuletzt die Sicherstellung einer bedarfsgerechten pflegerischen Versorgung im Übergang vom Jugend- ins Erwachsenenalter. In den vergangenen Jahrzehnten verstarben noch viele schwerstkranke und hochgradig versorgungsbedürftige Kinder und Jugendliche bereits vor dem Erreichen des Erwachsenenalters infolge ihrer Erkrankungen. Mit der voranschreitenden medizinischen und technischen Entwicklung verändert sich diese Situation. Erfolgreiche Transitionsprozesse vom pädiatrischen Pflege- und Gesundheitssystem zum Pflege- und Gesundheitssystem für Erwachsene gestalten sich nach Einschätzung der Befragten Expertinnen und Experten gegenwärtig auch aufgrund der bestehenden Vergütungsstrukturen, dem Mangel an weiterversorgenden Spezialistinnen und Spezialisten sowie einer zu geringen Kooperation der beteiligten medizinischen und pflegerischen Berufsgruppen schwierig. Dies gilt insbesondere bei komplexen oder in der Erwachsenenmedizin kaum bekannten Versorgungsbedarfen.

6.2 Menschen mit Behinderung

Ausgangslage und Pflegebedürftigkeitsgeschehen

Nach § 2 Abs. 1 SGB IX gelten Menschen als behindert, wenn ihre körperliche Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweichen und daher ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist. Sie sind von Behinderung bedroht, wenn die Beeinträchtigung zu erwarten ist. Eine schwere Behinderung liegt nach § 2 Abs. 2 SGB IX vor, wenn der Grad der Behinderung mindestens 50 beträgt. Dieser ergibt sich aus einer ärztlichen Einordnung der Funktionseinschränkungen in allen Bereichen (körperlich, geistig, seelisch, sozial).

In Deutschland leben gemäß der Statistik der schwerbehinderten Menschen des Statistischen Bundesamtes zum Jahresende 2013 rund 7,55 Millionen schwerbehinderte Menschen. Somit sind im Jahr 2013 9,4 % der Bevölkerung schwerbehindert. Da nicht alle Betroffenen bei den zuständigen Behörden einen Schwerbehindertenausweis beantragt haben, ist davon auszugehen, dass der tatsächliche Anteil noch etwas höher liegt. Schätzungen gehen derzeit von rund 10 % aus. In Niedersachsen beläuft sich

die Zahl der Schwerbehinderten zum gleichen Zeitpunkt auf 664.802 Personen, wobei 187.735 Personen einen Grad der Behinderung von 90 oder 100 aufweisen. Im Zeitverlauf ist die Gesamtzahl der Schwerbehinderten immer wieder Schwankungen unterworfen.

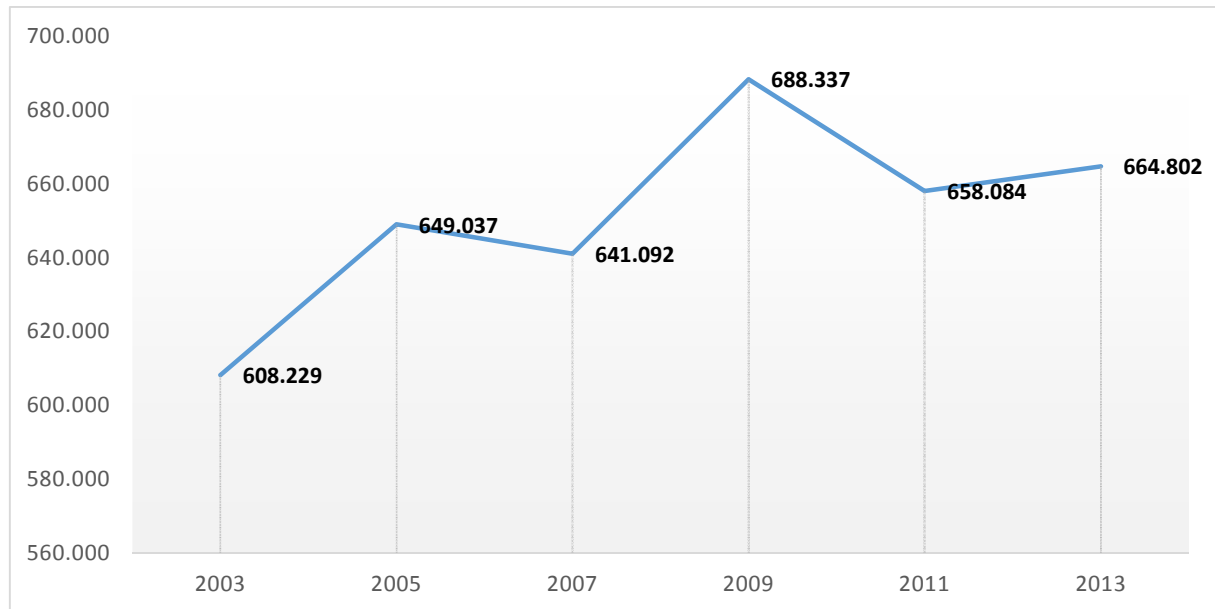


Abbildung 106: Entwicklung der Anzahl der schwerbehinderten Menschen in Niedersachsen in den Jahren 2003 bis 2013 (Quelle: Statistisches Bundesamt, Statistik der schwerbehinderten Menschen 2003, 2005, 2007, 2009, 2011, 2013)

Menschen mit Behinderung zählen nach § 14 SGB XI grundsätzlich zum leistungsberechtigten Personenkreis des SGB XI. Da jedoch leistungsrechtlich lediglich der Umfang und die Dauer des Hilfebedarfs von Bedeutung sind, nicht aber dessen Ursache in Gestalt einer Erkrankung und Behinderung, wird auch in der Leistungsstatistik nach § 79 SGB IV und der Pflegestatistik nach § 109 SGB XI nicht nach der die Pflegebedürftigkeit auslösenden Ursache differenziert. Folglich werden behinderte Bezieherinnen und Bezieher von Leistungen der Pflegeversicherung in den benannten Daten nicht gesondert ausgewiesen.⁸⁶ Es ist jedoch von einer Zunahme „altersbedingter“ Pflegebedürftigkeit behinderter Menschen auszugehen, da auch die Zahl der Menschen mit geistiger Behinderung im Alter von 60 Jahren und mehr zunimmt und weiter zunehmen wird.

Menschen mit geistiger Behinderung sind im Alter höheren Risiken für die häufigsten Erkrankungen ausgesetzt. Außerdem haben insbesondere Menschen mit Down-Syndrom schon früh ein erhöhtes Risiko, an Demenz zu erkranken. Ihr durchschnittlicher Erkrankungsbeginn liegt bei 52,8 Jahren. Bei Menschen mit geistigen Behinderungen im Allgemeinen wird ein Durchschnittsalter von 67,2 Jahren für den Erkrankungsbeginn angenommen (Grunwald et al. 2012). Jeder dritte Mensch mit Down-Syndrom

⁸⁶ Eine Ausnahme bilden behinderte pflegebedürftige Personen, die in stationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen leben und Leistungen nach § 43a SGB XI erhalten.

leidet im mittleren Erwachsenenalter an einer Alzheimer-Erkrankung (Engel/Schmitt-Schäfer 2004). Die Demenzerkrankung ist bei älteren Menschen eines der häufigsten Probleme mit gravierenden Auswirkungen auf die psychische Gesundheit und die kognitiv-intellektuelle Leistungsfähigkeit.

Pflegebedürftige Menschen mit Behinderungen haben in Abhängigkeit von ihrem (überwiegenden) Lebensort unterschiedlich Zugang zu den Leistungen nach dem SGB XI:

Leben sie zuhause, im ambulanten Bereich und bedürfen der Pflege im Sinne des SGB XI, erhalten sie die Leistungen nach den allgemeinen Vorschriften über Leistungen bei häuslicher Pflege (§§ 36 bis 42 SGB XI). Sofern es sich um anspruchsberechtigte Personen im Sinne von § 45a SGB XI handelt, haben sie zudem Anspruch auf zusätzliche Betreuungs- und Entlastungsleistungen (§ 45b SGB XI) (siehe auch Kapitel II.4.5 und 4.6).

Leben sie in einer zugelassenen vollstationären Pflegeeinrichtung, erhalten sie die üblichen Leistungen der vollstationären Pflege nach § 43 SGB XI in Abhängigkeit von der jeweiligen Pflegestufe. Die Einrichtungen erhalten gemäß § 87b SGB XI Vergütungszuschläge für die zusätzliche Betreuung und Aktivierung, wenn sie eine entsprechende Vereinbarung über leistungsgerechte Zuschläge zur Pflegevergütung mit den Pflegekassen getroffen haben (siehe Kapitel II.5.1).

Leben sie in einer Einrichtung der Eingliederungshilfe⁸⁷, in der die Teilhabe am Arbeitsleben und am Leben in der Gemeinschaft, die schulische Ausbildung oder die Erziehung behinderter Menschen im Vordergrund des Einrichtungszwecks stehen (§ 71 Abs. 4 SGB XI), übernimmt die Pflegekasse zur Abgeltung der in § 43 Abs. 2 SGB XI genannten Aufwendungen 10 % der Vergütung nach § 75 Abs. 3 SGB XI, jedoch höchstens 266 Euro monatlich. Hierbei handelt es sich um einen Pauschalsatz, der keine Differenzierung nach Pflegestufen entsprechend § 15 SGB XI erfordert. Neben diesen Leistungen werden bei zwischenzeitlichem häuslichem Aufenthalt (zum Beispiel in den Ferien) Leistungen der häuslichen Pflege unter gleichzeitigem Ruhen der Ansprüche nach § 43a SGB XI gewährt.

Versorgungsangebot in Niedersachsen

Folgende pflegerische Versorgungsleistungen bestehen für Menschen mit Behinderung im Alter in Niedersachsen.

- **Ambulante Pflegedienste**

Entsprechend dem nicht auf die Ursache von Pflegebedürftigkeit, sondern auf spezifische Beeinträchtigungen ausgerichteten Pflegebedürftigkeitsbegriff des SGB XI finden pflegebedürftige Menschen mit Behinderungen grundsätzlich keine auf ihre spezifischen Bedürfnisse in besonderer

⁸⁷ Zu diesen zählen neben den sogenannten Langzeiteinrichtungen für geistig, körperlich, seelisch oder Sinnes-Behinderte unter anderem auch die Wohnstätten an Werkstätten für Behinderte.

Weise angepassten ambulanten Pflegedienste vor. Wie im Kapitel zu der Personalsituation in ambulanten Pflegediensten dargestellt (siehe Kapitel II.8.1), sind die auf die Belange von (pflegebedürftigen) Menschen mit Behinderungen spezialisierten Heilerziehungspflegerinnen und Heilerziehungspfleger in den Pflegediensten in Niedersachsen allerdings mit 224 Personen vertreten.

- Familienentlastende Dienste (FED)

FED sind in erster Linie zur zeitweisen Entlastung von Familien, die Kinder und Erwachsene mit schweren und schwersten Behinderungen zu versorgen haben, gebildet worden. Sie wurden durch freigemeinnützige Verbände, vor allem den Verband der Lebenshilfe, gegründet. Es handelt sich um Einrichtungen, die durch Fach- und Hilfskräfte Pflege und Betreuung in der häuslichen Umgebung beziehungsweise bei Bedarf auch Gruppenbetreuung außerhalb des Haushalts bieten. FED sind damit in der Lage, durch die Bereitstellung von qualifizierten und verlässlichen Entlastungsangeboten Überforderung in der Pflegesituation zu verringern. Sie tragen auf diese Weise dazu bei, Freiräume für Erholung und die Wahrnehmung eigener Interessen in privater und beruflicher Hinsicht zu schaffen, so dass letztendlich die Betreuungs- und Pflegefähigkeit der Angehörigen erhalten bleiben und das Verbleiben des pflegebedürftigen Angehörigen in der Familie ermöglicht wird. Die FED können in Abhängigkeit von ihrem Tätigkeitsfeld eine Landesförderung erhalten.⁸⁸ Die FED-Richtlinie beschreibt als Aufgabe des FED die Entlastung von Personen, die in ihrem Haushalt einen im Sinne des § 2 Abs. 1 SGB IX in Verbindung mit § 53 SGB XII wesentlich geistig, körperlich oder seelisch behinderten Menschen betreuen. Rund drei Viertel der FED, die für das Jahr 2015 einen Antrag nach der FED-Richtlinie gestellt haben, sind auch als Niedrigschwelliges Betreuungsangebot gemäß § 45b SGB XI anerkannt.

- Individuelle Schwerstbehindertenbetreuung

Die Dienste der individuellen Schwerstbehindertenbetreuung (ISB) sind dem Grunde nach Angebote der ambulanten Eingliederungshilfe. Die Hilfen werden überwiegend von geschulten Helferinnen und Helfern des Bundesfreiwilligendienstes oder eines Freiwilligen Sozialen Jahres erbracht. Sie können unter anderem mit Hilfen betraut werden, die typischerweise oder zumindest in Teilen den nach SGB XI zu erbringenden Hilfen entsprechen. Hierzu zählen pflegerische Hilfen (zum Beispiel beim Aufstehen, Waschen, Zähneputzen), Hilfen im Haushalt (Reinigen der Wohnung, Zubereitung der Mahlzeiten) und Hilfe außer Haus (zum Beispiel Einkäufe, Erledigungen, Behördengänge).

⁸⁸ Näheres regelt die Richtlinie des Landes über die Gewährung von Zuwendungen zur Förderung von familienentlastenden Diensten (RdErl. d. MS v. 16. Dezember 2013 - 103-43 114/ - VORIS 21141 - Nds. MBl. 2014 Nr. 2, S. 31 – FED-Richtlinie).

- **Vollstationäre Einrichtungen**

Die überwiegende Anzahl der stationär versorgten pflegebedürftigen Menschen mit Behinderung in Niedersachsen lebt in Einrichtungen der Eingliederungshilfe im Sinne des § 71 Abs. 4 SGB XI und erhält gegebenenfalls bis zu 266 Euro ergänzende Leistungen aus der Pflegeversicherung (siehe Kapitel II.5).

Nach Informationen des Landesamtes für Soziales, Jugend und Familie gibt es zum Stichtag 31. Oktober 2014 insgesamt 1.003 Einrichtungen mit zusammen 24.948 belegten Plätzen.

- **Servicestellen**

In Niedersachsen wurden gemeinsame Servicestellen aller Rehabilitationsträger geschaffen, deren Aufgabe darin besteht, behinderte und von Behinderung bedrohte Menschen und deren Angehörige schnelle und unbürokratische Beratung und Unterstützung zu gewähren. Diese umfasst Informationen über Leistungsvoraussetzungen und Leistungen der Rehabilitationsträger, die Klärung des persönlichen Bedarfs an Rehabilitationsleistungen, Hilfe bei der Antragsstellung, die Begleitung der Betroffenen bis zur Entscheidung sowie die Koordination der Hilfen der verschiedenen Rehabilitationsträger während der Leistungserbringung. In Niedersachsen gibt es zurzeit mehr als 80 gemeinsame Servicestellen.

Kurzbewertung

Über die Entwicklung der Zahl pflegebedürftiger Menschen mit einer Behinderung liegen angesichts des ursachenspezifischen Pflegebedürftigkeitsbegriffs keine Erkenntnisse vor. Es ist jedoch von einer Zunahme des altersbedingten Pflegebedarfs auszugehen. Entsprechend der Altersstruktur in der Gesamtbevölkerung und den Prognosen zur Entwicklung von Pflegebedürftigkeit ist außerdem anzunehmen, dass die Zahl jüngerer Menschen mit Behinderungen leicht abnehmen und die der Älteren kontinuierlich bis 2050 steigen wird. Folglich müssen altersentsprechende pflegerische Versorgungsangebote vorgehalten beziehungsweise größtmäßig angepasst werden.

6.3 Menschen mit Demenzerkrankungen

Ausgangslage und Pflegebedürftigkeitsgeschehen

Demenz ist ein Oberbegriff für verschiedene Formen von Demenzerkrankungen. Zu den primären Demenzformen werden die nach heutigem Wissensstand irreversiblen Erkrankungen gezählt. Die häufigste ist der hirnorganisch bedingte Morbus Alzheimer mit circa 60 % aller Fälle. Weitere häufige Formen sind vaskuläre Demenzen, wie die Lewy-Körperchen-Demenz und die Frontotemporale Demenz.

Bei den sekundären Demenzformen treten demenzielle Symptome in Folge anderer Grunderkrankungen wie beispielsweise Stoffwechselerkrankungen, Vitaminmangelzustände, Hirntumore oder Depressionen auf. Wenn die Grunderkrankung behandelbar ist und die Therapie Erfolge zeigt, ist auch eine Rückbildung der Demenzsymptomatik möglich. Zu den sekundären Demenzformen gehören auch das Korsakow-Syndrom und die Demenz bei Morbus Parkinson.

Das Krankheitsbild der Demenz umfasst Gedächtnis- und Orientierungsstörungen, Störungen des Denk- und Urteilsvermögens, Sprachstörungen und Veränderungen der Persönlichkeit. Die Symptomatik ist bei den von Demenz betroffenen Menschen unterschiedlich ausgeprägt. Die Störungen nehmen im Verlauf der Erkrankung zu und erschweren die selbständige Bewältigung ihres Alltagslebens. Demenzerkrankungen sind die häufigste pflegebegründende Diagnose und sind überwiegend mit zunehmender Pflegebedürftigkeit und längerer Pflegedauer verbunden (siehe Kapitel II.2).

Der größte Risikofaktor für die Entwicklung einer Demenzerkrankung ist das höhere Alter. Frauen tragen ein höheres Risiko als Männer. Aufgrund der steigenden Lebenserwartung sowie der wachsenden Zahl älterer und hochaltriger Menschen in der Gesellschaft steigt auch die Zahl demenzkranker Personen kontinuierlich.

Altersgruppen	Männer	Frauen	Gesamt
65-70	1,79	1,43	1,6
70-75	3,23	3,74	3,5
75-80	6,89	7,63	7,31
80-85	14,35	16,39	15,6
85-90	20,85	28,35	26,11
90 und mehr	29,18	44,17	40,95

Tabelle 32: Prävalenzraten bei Demenzerkrankungen nach Altersgruppen und Geschlecht in Prozent (Quelle: Deutsche Alzheimer Gesellschaft 06/2014)

Ausgehend von den in Tabelle 32 dargestellten Prävalenzraten sind im Jahr 2013 unter den 65-Jährigen und Älteren in Niedersachsen insgesamt 147.873 Personen an einer Demenz erkrankt, davon 48.001 Männer und 99.871 Frauen. Diese Zahlen lassen jedoch keine Rückschlüsse zu, wie viele dieser Betroffenen pflegebedürftig im Sinne des SGB XI sind.

In den letzten Jahren standen Demenzerkrankte im jüngeren Alter, Betroffene einer Frontotemporalen Demenz, Betroffene mit einer geistigen Behinderung und Betroffene in einem frühen Stadium der Demenz im besonderen Fokus der fachlichen Aufmerksamkeit.

- Etwa jede 1.000ste Person mit einer Demenzerkrankung ist in einem jungen Alter von 45 bis 65 Jahren betroffen⁸⁹ (in Niedersachsen sind es zwischen 2.000 und 2.400 Menschen). Für die betroffenen Menschen und ihre Angehörigen stellen sich besondere Herausforderungen, beispielsweise weil Kinder versorgt werden müssen oder (noch) eine Berufstätigkeit ausgeübt wird.
- Bei einer Frontotemporalen Demenz zeigen die Betroffenen (in Niedersachsen circa 3.300 Personen) im Anfangsstadium keine Einschränkungen des Gedächtnisses, sondern Symptome von emotionaler Verflachung, Antriebslosigkeit und Veränderungen ihrer Persönlichkeit.⁹⁰ Es dauert häufig sehr lange, bis die Diagnose gestellt wird. Aufgrund der Wesensveränderungen ist die Betreuung und spätere Pflege für die Angehörigen häufig in besonderer Weise belastend.
- Bei geistig behinderten Menschen kann es aufgrund des ähnlichen Erscheinungsbildes besonders schwierig sein, eine beginnende Demenz zu erkennen (Meins 1995). Zudem sind die vorhandenen diagnostischen Instrumente bei Menschen mit geistiger Behinderung häufig nicht geeignet. Eine Voraussetzung für die fachliche Betreuung dieser Betroffenenengruppe ist, dass pädagogische Kenntnisse mit pflegerischem und gerontopsychiatrischem Fachwissen einhergehen (Theunissen 2000).
- Menschen in einem sehr frühen Stadium einer demenziellen Entwicklung erleben starke Verunsicherung und Ängste aufgrund spürbarer, zunächst nicht erklärbarer Veränderungen. Eine rechtzeitige Diagnostik und die Inanspruchnahme von Beratung zu der veränderten Lebenssituation sind für viele Betroffene schwierige, jedoch wichtige Schritte, um mit der Erkrankung leben zu lernen, ihre Selbstbestimmung zu erhöhen und eigene Interessen selbstverantwortlich so lange wie möglich wahrnehmen zu können.

Versorgungsangebote in Niedersachsen

Angebote für Demenzerkrankte in Niedersachsen haben sich sukzessive entwickelt und werden weiter ausgebaut. Im ambulanten Bereich sind es vor allem Beratungs- und Betreuungsangebote sowie Angebote zur Schulung und Entlastung der pflegenden Angehörigen. 85 % der NBEA bieten Betreuungsgruppen und häusliche Einzelbetreuung für Demenzerkrankte an (siehe Kapitel II.4.5.2). Viele ambulant betreute Wohngemeinschaften sowie einzelne Einrichtungen der Tagespflege richten sich an Pflegebedürftige mit demenziellen Einschränkungen.

⁸⁹ Deutsche Alzheimer Gesellschaft e. V. Selbsthilfe Demenz, 2015. <https://www.deutsche-alzheimer.de/die-krankheit/demenz-im-juengeren-lebensalter.html>

⁹⁰ Deutsche Alzheimer Gesellschaft e. V. Selbsthilfe Demenz, 2015. <https://www.deutsche-alzheimer.de/die-krankheit/frontotemporale-demenz.html>

- **Beratungs- und Schulungsangebote**

Neben den Beratungsangeboten der Senioren- und Pflegestützpunkte Niedersachsen (siehe Kapitel II.4.7) sowie der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI und Pflegekursen nach § 45 SGB XI (siehe Kapitel II.4.8) gibt es in einzelnen Landkreisen und kreisfreien Städten spezielle, sich überwiegend in kommunaler Trägerschaft befindliche Demenzberatungsstellen.

- **Örtliche Alzheimer Gesellschaften**

Auch die 17 örtlichen Alzheimer Gesellschaften in Niedersachsen⁹¹ mit einer Gesamtzahl von 1.585 Mitgliedern bieten Einzelberatung für Betroffene und Angehörige⁹² sowie 33 Angehörigengruppen (369 Teilnehmerinnen und Teilnehmer) an. Die überwiegende Zahl der örtlichen Alzheimer Gesellschaften sind Anbieter von NBEA und organisieren darüber hinaus Informations- und Schulungsveranstaltungen für unterschiedliche Zielgruppen wie Ehrenamtliche, Angehörige, Pflegedienste, Personal in Krankenhäusern und Arztpraxen sowie die allgemeine Öffentlichkeit. Es werden auch Freizeitveranstaltungen (zum Beispiel Tanzcafés, Ausflüge, Malgruppen) und vereinzelt Urlaubsreisen angeboten.

- **Selbsthilfe**

Selbsthilfe-Kontaktstellen in Niedersachsen (siehe Kapitel II.4.6) bieten eine Übersicht von Selbsthilfegruppen pflegender Angehöriger von Demenzkranken, zum Teil ausschließlich für pflegende Söhne und Töchter. Sieben Kontaktstellen weisen auch Selbsthilfegruppen von Menschen mit einer Demenzerkrankung in einem frühen Stadium aus (Selbsthilfebüro Niedersachsen 2015).

- **Demenzdorf der Julius-Töneböen-Stiftung in Hameln**

Im März 2014 wurde das Demenzdorf „Töneböen am See“ in Hameln eröffnet. Es ist die erste Einrichtung dieser Art in Deutschland. In einer geschützten Wohn- und Pflegeumgebung soll das Erleben emotionaler Sicherheit und sozialer Teilhabe gefördert sowie das Selbstwertgefühl der demenzkranken Gäste sowie Bewohnerinnen und Bewohner gestärkt werden. Neben der Tages- und Kurzzeitpflege und den Pflegeeinrichtungen mit vier Hausgemeinschaften werden Freizeit- und Einkaufsmöglichkeiten angeboten.

⁹¹Eine Übersicht bietet die Alzheimer Gesellschaft Niedersachsen unter: <http://www.alzheimer-niedersachsen.de/regionalegruppen.html>

⁹² Ergebnisse einer Umfrage der Alzheimer Gesellschaft Niedersachsen e. V. im Februar 2015

Das Land Niedersachsen fördert verschiedene Projekte zur Verbesserung der ambulanten Versorgung gerontopsychiatrisch, insbesondere an einer Demenz erkrankter Patientinnen und Patienten mit Pflegebedarf (siehe Kapitel II.10.9). Derzeit wird vom Land Niedersachsen der Landespsychiatrieplan erstellt. Er wird im Jahr 2016 veröffentlicht und unter anderem eine Bestandserhebung der gerontopsychiatrischen Versorgung in Niedersachsen enthalten.

Kurzbewertung

Circa 148.000 Demenzkranke lebten Ende 2013 in Niedersachsen, rund ein Drittel der Betroffenen sind Frauen. Aufgrund der steigenden Zahl älterer und hochaltriger Menschen wird die Zahl Demenzerkrankter ebenfalls kontinuierlich wachsen. Zukünftig werden daher noch mehr Betroffene und ihre Angehörige demenzspezifische Angebote nachfragen. Gerade zu Beginn einer Demenzerkrankung besteht ein hoher Informations- und Beratungsbedarf, für den bereits heute ein breites Spektrum an Angeboten zur Verfügung steht.

6.4 Menschen mit AIDS-Erkrankungen

Ausgangslage und Pflegebedürftigkeitsgeschehen im Bereich HIV und AIDS

AIDS steht für „Acquired Immune Deficiency Syndrome“. Es handelt sich um einen erworbenen Immundefekt. Die Abwehrfähigkeit des Körpers ist gegenüber Krankheitserregern vermindert. Ursache für AIDS ist die Infektion mit HIV („Human Immunodeficiency Virus“). Die HIV-Infektion wird in verschiedene Stadien eingeteilt. AIDS bezeichnet das Stadium, in dem das Immunsystem stark beeinträchtigt ist und sich bestimmte lebensbedrohliche Infektionskrankheiten und Tumore entwickeln können. Obwohl in der Behandlung von HIV und AIDS in den letzten Jahren deutliche Fortschritte zu verzeichnen sind, ist eine echte Heilung bisher nicht möglich. Dank medizinischer Therapien bestehen gute Chancen, dass sich eine Immunschwäche zurückbildet oder viele Jahre hinauszögern lässt. Menschen mit HIV können inzwischen mit einer deutlich höheren Lebenserwartung und -qualität rechnen.

Das Robert-Koch-Institut (RKI) schätzt die Zahl der im Jahr 2014 in Niedersachsen mit HIV und AIDS lebenden Menschen auf circa 4.200 (davon ca. 3.300 Männer). Die Zahl der HIV-Neuinfektionen lag im Jahr 2014 bei rund 200. Im Vergleich zum Bundesgebiet ist Niedersachsen eher unterdurchschnittlich betroffen.

Über den Anteil mit dem HI-Virus infizierter beziehungsweise an AIDS erkrankter Menschen liegen keine genauen Zahlen vor, da die Pflegestatistik keine Diagnosen erfasst. In einem fortgeschrittenen Stadium der Krankheit ist jedoch auch das Vorliegen von Pflegebedürftigkeit im Sinne des SGB XI sehr wahrscheinlich. Außerdem werden Menschen mit HIV und AIDS aufgrund der effektiveren medika-

mentösen Therapie und fachärztlich begleitenden Behandlung älter und kommen deshalb eher in Lebensumstände, die pflegerische Leistungen erfordern. Grundsätzlich stellen die niedersächsischen HIV/AIDS-(Fach) Beratungsstellen fest, dass die pflegeintensiven (neurologischen, psychischen und onkologischen) Erkrankungen deutlich zunehmen.

Versorgungsangebot im Bereich HIV und AIDS in Niedersachsen

Für pflegebedürftige Menschen mit HIV/AIDS-Erkrankungen bestehen in Niedersachsen folgende Versorgungsangebote:

- **Aidshilfe Niedersachsen e. V.**

Die Aidshilfe Niedersachsen e.V. ist der Dachverband der 12 AIDS-Hilfen in Niedersachsen. Mitgliedseinrichtungen sind außerdem der Spezialpflegeverein für AIDS-Erkrankte SIDA e. V., der Christenbeistand der AIDS-Erkrankten und HIV-Infizierten Lazaruslegion e. V., die Beratungsstelle für Prostituierte Phoenix e. V. sowie die Akademie Waldschlösschen. Die Aidshilfe Niedersachsen e. V. wird zum größten Teil aus Mitteln des Landes Niedersachsen finanziert.

- **Lighthouse**

Das Lighthouse ist eine seit Ende 2002 bestehende Einrichtung nach §§ 53, 54 SGB XII mit sechs Plätzen, in der HIV-positive und an AIDS erkrankte Frauen und Männer leben. Sie wurde als Unterstützungsangebot für Menschen konzipiert, die einen vollstationären Aufenthalt nicht benötigen, für die jedoch eine ambulante Hilfe in der eigenen Wohnung nicht ausreichend ist. Neben der HIV-Infektion/AIDS-Erkrankung leiden alle Betroffenen mindestens an einer psychiatrischen und auch zum Teil neurologischen Erkrankung sowie an unterschiedlichen Einschränkungen und Behinderungen. Dazu kommen u. a. Tumorerkrankungen, chronisch obstruktive Lungenerkrankungen, demenzielle Erkrankungen sowie Suchterkrankungen. Das Personal besteht überwiegend aus pädagogisch-therapeutischen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, das durch externe Pflegekräfte und unterschiedliche therapeutische Berufsgruppen ergänzt wird. Es kooperiert mit der Immunologischen Ambulanz in Hannover (Medizinische Hochschule Hannover), Allgemein- und Schwerpunktpraxen sowie Fachärztinnen und Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie. Die medizinisch-pflegerische Versorgung wird durch ambulante Pflegedienste gewährleistet.

- **SIDA e. V.**

Eine weitere Alternative in Niedersachsen bietet SIDA e. V. in Hannover. SIDA e. V. steht für Soforthilfe und Information durch ambulante Versorgung. Es handelt sich um ein innovatives Versorgungssystem, welches sich durch die multiprofessionelle und interdisziplinäre Zusammenarbeit

von Medizin, Sozialarbeit und hochqualifizierter Pflege sowie die damit verbundene professionelle Versorgung auszeichnet. Zudem bietet SIDA e. V. in Hannover das Wohnprojekt „Shorty – Ambulantes Einzelwohnen für Menschen mit HIV/ AIDS“ an. Es handelt sich um Einzelwohnungen für HIV- Infizierte oder an AIDS erkrankte Menschen, die einen Versorgungsbedarf aufweisen und in ungesicherten Wohnverhältnissen leben. SIDA e. V. bietet den Bewohnerinnen und Bewohnern bei Bedarf die Organisation einer flexiblen und hochqualifizierten medizinischen Versorgung, Pflege und Betreuung an. Zusätzlich können die Bewohnerinnen und Bewohner auch die Beratung, Unterstützung und Betreuung durch die zuständige Sozialpädagogin und -arbeiterin in Anspruch nehmen. 2014 wurde im Rahmen der SIDA e. V. Projektarbeit „Weiterentwicklung bedarfsgerechter Wohnraum für Menschen mit HIV /AIDS in Hannover“ in Kooperation mit der Deutschen AIDS-Stiftung das Projekt „Haus SIDA“ entwickelt. Es handelt sich um ein Wohnangebot für HIV- Infizierte oder an AIDS erkrankte Menschen mit einem Pflegebedarf, die zwar eigenständig im eigenen Appartement, aber bewusst gemeinsam mit anderen Betroffenen in einem Haus in Hannover leben möchten. Die Fertigstellung dieses neuen Wohnprojektes ist für 2016/2017 geplant.

Kurzbewertung

Wegen der zunehmenden Prävalenz von HIV, der steigenden Lebenserwartung von Menschen mit HIV und AIDS und deren vorzeitig erhöhten Risiken, eine Pflegebedürftigkeit zu entwickeln, nimmt der Bedarf für eine langfristige Pflegeversorgung dieses Personenkreises derzeit kontinuierlich zu. Bei der Pflege und Betreuung von Menschen mit HIV und AIDS variieren der Umfang und die Art der notwendigen Leistungen im Krankheitsverlauf. Benötigt werden daher flexible Strukturen, die auch für die schwer pflegebedürftigen Erkrankten, die akut zu behandeln sind, sehr kurzfristig bereitstehen und für einen begrenzten Zeitraum die Bandbreite einer multiprofessionellen, vernetzten Versorgung vorhalten. Ausbaufähig erscheinen die notwendigen spezialisierten ambulanten, teilstationären und stationären Angebote, die nach Einschätzung der Niedersächsischen AIDShilfe gegenwärtig nicht in ausreichender Anzahl und nicht flächendeckend verfügbar sind. Dies gilt insbesondere für Betreuungsbedürftige in einem fortgeschrittenen Erkrankungsstadium und für Betroffene, die von den Angeboten des Gesundheitssystems mit ihrer ausgeprägten „Kommstruktur“ zurzeit noch nicht ausreichend erreicht werden, zum Beispiel in Folge von Armut, Suchtproblematiken, Wohnungslosigkeit oder wegen sprachlicher und kultureller Barrieren.

6.5 Menschen mit Schädel-Hirn-Trauma

Ausgangslage und Pflegebedürftigkeitsgeschehen von Schädel-Hirngeschädigten der „Phase F“

Bei den Schädel-Hirngeschädigten der „Phase F“ handelt es sich um Personen mit ausgeprägten neurologischen Schädigungen. Diese werden insbesondere durch zerebrale Gefäßerkrankungen (zum Beispiel Schlaganfall), Schädigungen durch akuten Sauerstoffmangel (hypoxische Hirnschädigungen, zum Beispiel bei Herz-Kreislauf-Stillstand), entzündliche Prozesse (zum Beispiel Enzephalitis oder Polyradikulitis) oder Tumorerkrankungen des zentralen Nervensystems hervorgerufen.

Aufgrund der mit der Schädigung verbundenen schweren und dauerhaften Fähigkeits- und Funktionsstörungen ist die selbständige Lebensweise der Betroffenen beeinträchtigt.

Wenngleich gegenwärtig keine verlässlichen und aktuellen empirischen Daten für Niedersachsen bestehen, liegt doch die Vermutung nah, dass die Zahl der Schädel-Hirngeschädigten der „Phase F“ aufgrund des medizinischen Fortschrittes bei der Erst- und Langzeitbehandlung sowie in der Pflege in den letzten zwei Dekaden deutlich gestiegen ist. Ursächlich sind die verbesserte Akutversorgung, Frührehabilitation und Langzeitpflege von Wachkoma-Patientinnen und Wachkoma-Patienten.

Unter den durch die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation geprägten Bezeichnung „Phase F“ subsumierten Hilfebedarf fallen unterstützende, betreuende oder zustandserhaltende Maßnahmen für Personen mit der oben genannten Symptomatik, bei denen trotz qualifizierter Akutbehandlung (Phase A) und Rehabilitation (Phasen B, C, D und E) über Monate kein wesentlicher funktioneller Zugewinn erreicht werden konnte. Dies schließt nicht aus, dass dennoch im Einzelfall Rehabilitationspotenzial vorhanden ist. Diese Menschen bedürfen aber in jedem Fall dauerhafter pflegerischer Hilfen und weisen in der Regel besonders hohe Behandlungsbedarfe nach § 37 SGB V auf. Es wird angenommen, dass die Mehrzahl in Pflegestufe III und häufig als Härtefall eingestuft ist.

Versorgungsangebot für Schädel-Hirngeschädigte der „Phase F“ in Niedersachsen

In Niedersachsen besteht ein begrenztes ambulantes und stationäres Versorgungsangebot für Schädel-Hirn-Geschädigte der „Phase F“.

- Stationäre Versorgung

Bei den sogenannten „Phase F“-Einrichtungen handelt es sich um Pflegeheime, die sich konzeptionell auf einen Personenkreis mit außergewöhnlich hohem Behandlungsaufwand spezialisiert haben und deren Pflegesätze den damit verbundenen personellen und technischen Mehraufwand

berücksichtigen. Laut Aussage der AOK Niedersachsen bestehen gegenwärtig 14 entsprechend spezialisierte stationäre Einrichtungen, die Vergütungsvereinbarungen abgeschlossen haben.⁹³

12 dieser Einrichtungen haben sich in der LAG „Phase F“ zusammengeschlossen und fühlen sich den Mindestvorgaben des „Rahmenkonzeptes zur vollstationären Pflege von Schädel-Hirngeschädigten in Pflegeeinrichtungen der Phase F in Niedersachsen“ vom 09. Oktober 2000 (ergänzt am 16. März 2004) verpflichtet.⁹⁴ Es umfasst auch Ausführungen über die besonderen Rahmenbedingungen zur Versorgung von langzeitbeatmeten Pflegebedürftigen und zudem zu Anforderungen an die personelle, räumliche und apparative Ausstattung. Aufbauend auf diesem Rahmenkonzept hat die LAG „Phase F Niedersachsen“ für ihre Mitglieder Kriterien für Qualitätsanforderungen für stationäre Einrichtungen der „Phase F“ entwickelt. Ein Entwurf für eine Aktualisierung beziehungsweise Neufassung dieses Rahmenkonzeptes wurde 2015 durch die LAG „Phase F“ erstellt.

Je nach Beeinträchtigung und dem daraus resultierenden Hilfebedarf werden Menschen mit erworbenen Hirnschädigungen aber auch in anderen Pflegeeinrichtungen und Einrichtungen der Eingliederungshilfe betreut.

Um die in „Phase F“-Einrichtungen lebenden Menschen und ihre Angehörigen finanziell zu entlasten, haben die Verbände der gesetzlichen Krankenkassen in Niedersachsen, die in der LAG „Phase F“ zusammengeschlossenen Einrichtungsträger sowie das Land Niedersachsen (vertreten durch das MS) am 13. September 2009 die „Empfehlung zur Kostenübernahme nach § 37 Abs. 2 Satz 3 SGB V für Pflegebedürftige in zugelassenen Pflegeeinrichtungen nach dem Phase F-Konzept“ vereinbart. Die Empfehlung sieht vor, dass der Anspruch der Versicherten gegenüber ihrer Krankenkasse auf Erstattung von Kosten für den besonderen behandlungspflegerischen Aufwand in Phase F-Einrichtungen durch die Vereinbarung von einrichtungsspezifischen Pauschalen abgegolten wird, die in Niedersachsen einheitlich als prozentualer Anteil an der nach §§ 82 Abs. 1 Nr. 1, 84, 85 SGB XI vereinbarten Pflegevergütung berechnet werden.⁹⁵ Die Vergütungen werden über einen gesonderten Vertrag nach § 132a SGB V zwischen den Krankenkassen und den Trägern einer stationären Spezialeinrichtung der „Phase F“ vereinbart.

⁹³ Sie finden sich in den Landkreisen Lüneburg, Friesland, Cloppenburg, Diepholz, Osterholz-Scharmbeck, Helmstedt, Goslar (2), Osnabrück, Cloppenburg, Grafschaft Bentheim sowie in der Stadt Hannover (2) und der Stadt Osnabrück. Insgesamt stehen in diesen Einrichtungen 621 Plätze bereit.

⁹⁴ Zu ihnen zählen die folgenden Institutionen: Evangelischer Krankenhausverein e. V. in Emlichheim, Facheinrichtung für Intensivpflege FIP in Barßel, Gut Retzen in Süsted, Haus am Barkhof in Osterholz-Scharmbeck, Henriettenstiftung Altenhilfe gGmbH in Hannover, Maternus, Senioren- und Pflegezentrum Wendhausen in Lehre-Wendhausen, Noi Vita, Fachpflegeeinrichtung für Schwerstpflege GmbH in Hannover, Paulusheim in Osnabrück, Pflegeheim Fichteneck GmbH in Braunlage/Oberharz, Pius-Stift in Cloppenburg, Reha-Aktiv Bersenbrück GmbH in Bersenbrück und Pflege- und Therapiezentrum Gut Wienebüttel in Lüneburg.

⁹⁵ Für Versicherte in der Pflegestufe I: 10 % der vorgenannten Pflegevergütung, für Versicherte in der Pflegestufe II: 15 % der vorgenannten Pflegevergütung, für Versicherte in der Pflegestufe III: 20 % der vorgenannten

- Ambulante Versorgung

Soweit die Pflege nicht ausschließlich durch private Pflegepersonen und unter ärztlicher Aufsicht erfolgt, wird Grund- und Behandlungspflege durch die zugelassenen Pflegedienste geleistet. Hierfür schließen spezialisierte Pflegedienste mit fachlich fortgebildetem Personal einzelfallbezogen Verträge mit den Kostenträgern ab.

Zur zeitweiligen Entlastung der pflegenden Angehörigen oder bei deren vorübergehenden Verhinderung halten laut Aussage der AOK Niedersachsen zehn stationäre Einrichtungen ein Angebot von Kurzzeitpflege in „eingestreuter“ Form vor. Die gesonderte Ausweisung von Plätzen für die Kurzzeitpflege gestaltet sich betriebswirtschaftlich schwierig und hat sich nach Aussage der LAG Niedersachsen der Nachsorgeeinrichtungen der „Phase F“ nicht bewährt. Daran scheiterte auch die Errichtung von Solitäreinrichtungen zur Kurzzeitpflege.

- Selbsthilfe

Hinsichtlich des Personenkreises der Schädel-Hirngeschädigten besteht ein relativ großes Selbsthilfepotenzial der Angehörigen. Neben den Regionalgruppen in Celle-Lüneburg, Friesland-Wangerooge, Göttingen, Hannover-Landkreis Uelzen, Hannover, Meppen-Emsland, Südniedersachsen-Nordhessen, Rotenburg-Wümme und Vechta-Osnabrück und Umgebung von „Schädel-Hirnpatienten in Not e. V.“ gibt es weitere Selbsthilfegruppen des „Forums Gehirn“ in Hannover und Umgebung und Uelzen und Umgebung und den „Selbsthilfeverband für neurologisch Erkrankte und Unfallopfer“.

- Beatmungspflichtige Personen

Beatmungspflichtige Personen zählen oft zum Personenkreis der schwer Schädel-Hirngeschädigten. Sie bilden aber aufgrund ihres besonderen Pflegebedarfs wiederum eine eigene Patientengruppe. Während beatmungspflichtige Patientinnen und Patienten früher lange Zeit in Krankenhäusern versorgt wurden, werden sie heute schneller in die häusliche Umgebung oder in eine spezialisierte Pflegeeinrichtung entlassen. Aufgrund fortgeschrittener Medizintechnik und weiterentwickelter pflegewissenschaftlicher Erkenntnisse kann eine Versorgung in hierfür personell wie apparativ speziell ausgestatteten Pflegeeinrichtungen und damit für diese Menschen zugleich lebensgerechteren Umgebungen sichergestellt werden. Alle Einrichtungen, die unter dem Dach der LAG „Phase F“ organisiert sind, bieten eingestreute Pflegeplätze für beatmungspflichtige Personen an. Die Beatmungspflege im ambulanten Bereich und im spezialisierten Pflegeheim stellt hohe Anforderungen an die Pflegekräfte und bedarf einer entsprechenden Qualifikation.

Kurzbewertung

Über die Zahl und die Qualität der pflegerischen Versorgung von Schädel-Hirngeschädigten der „Phase F“ liegen nach wie vor in Niedersachsen noch zu wenige empirische Erkenntnisse vor. Die Erkenntnisse über erfolgreiche Behandlungs-, Therapie-, Rehabilitations- und Pflegeinhalte und -verfahren von Schädel-Hirngeschädigten nehmen jedoch laufend zu. Dies führt zu einer längeren Lebenserwartung dieser Personengruppe. Von daher ist mit einer weiterhin steigenden Zahl von Personen der „Phase F“ zu rechnen.

Das Angebot an stationären Pflegeplätzen für Schädel-Hirngeschädigte der „Phase F“ hat sich in der vergangenen Dekade ausgeweitet. Das gilt auch für den oben genannten Personenkreis der beatmungspflichtigen Personen. Angesichts der Tatsache, dass vermutlich noch ein großer, aber nicht bezifferbarer Anteil der Betroffenen zuhause von Angehörigen versorgt und mit Unterstützung ambulanter Pflegedienste gepflegt wird, besteht die Notwendigkeit, die Angehörigen bei dieser herausfordernden Aufgabe zu unterstützen. Entsprechende Kurzzeitpflegeplätze zur vorübergehenden Entlastung erfüllen hier einen wichtigen Dienst.

6.6 Menschen mit Migrationshintergrund

Ausgangslage

Das Statistische Bundesamt zählt zu den Personen mit Migrationshintergrund *„alle Ausländer und eingebürgerte ehemalige Ausländer, alle nach 1949 als Deutsche auf das heutige Gebiet der Bundesrepublik Deutschland Zugewanderte, sowie alle in Deutschland als Deutsche Geborene mit zumindest einem zugewanderten oder als Ausländer in Deutschland geborenen Elternteil“* (Bundesministerium des Inneren 2015, Seite 142). In Deutschland lebten im Jahr 2013 etwa 80,6 Millionen Menschen, von denen 19,6 % einen Migrationshintergrund aufwiesen (Bundesministerium des Inneren 2015, Seite 143ff).

In Niedersachsen belief sich diese Anzahl demgegenüber gemäß der Angaben aus dem Mikrozensus im Jahr 2012 auf rund 1,4 Millionen. Dies entspricht einem Anteil von 17,8 % der Gesamtbevölkerung, der sich im Vergleich zum Jahr 2005 um 2,1 % erhöht hat (Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung 2014, Seite 34f).

Der durchschnittliche Anteil der Menschen mit Zuwanderungsgeschichte in den einzelnen Landkreisen und kreisfreien Städten ist der nachfolgenden Grafik zu entnehmen.

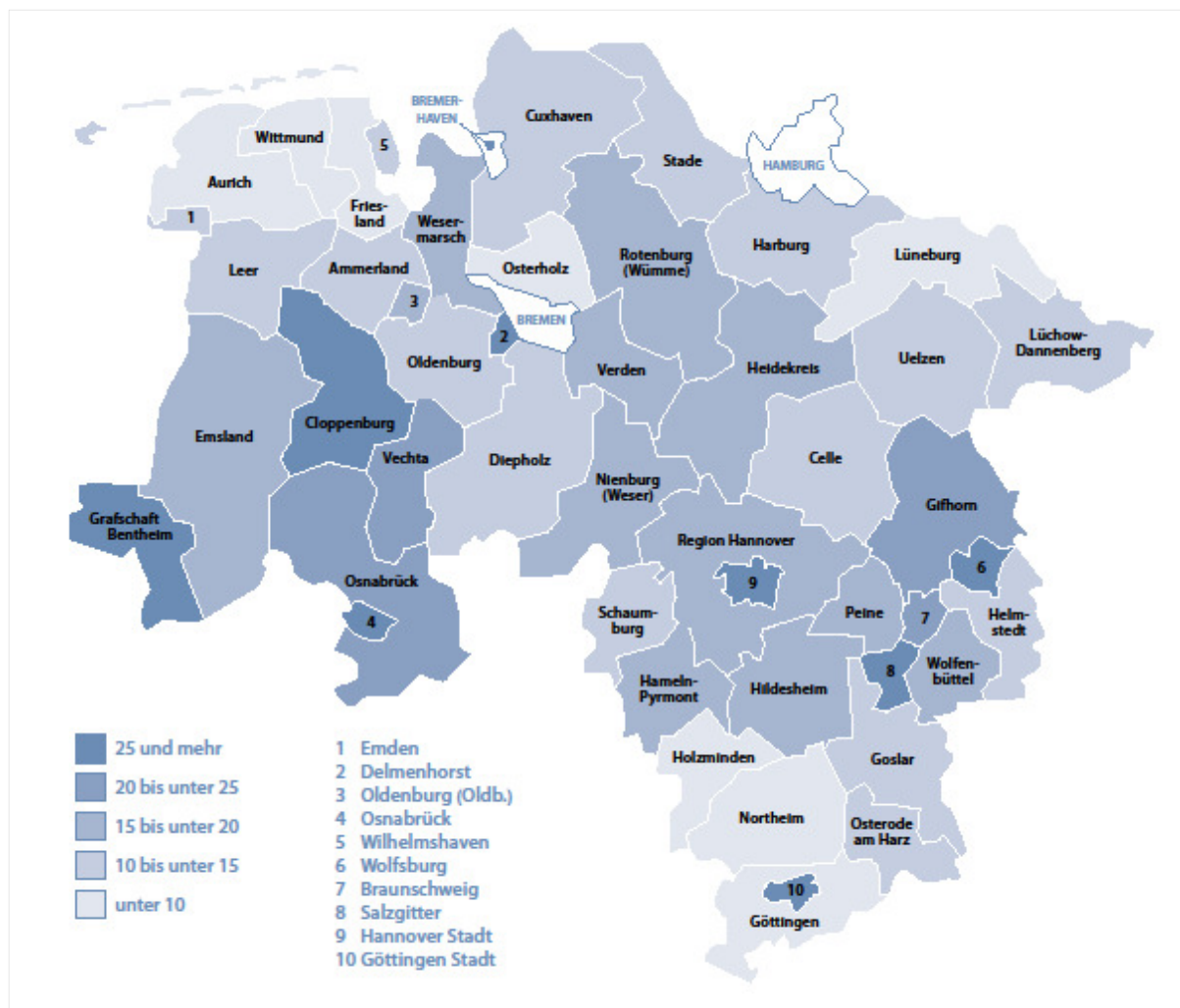


Abbildung 107: Anteil der Menschen mit Zuwanderungsgeschichte an der Bevölkerung in Prozent (Quelle: Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung 2014, S. 35)

38,6 % der Migrantinnen und Migranten sind Ausländerinnen und Ausländer, 25,4 % (Spät-) Aussiedlerinnen und (Spät-) Aussiedler und 36 % weitere Deutsche mit Migrationshintergrund. Die größte Gruppe der Menschen mit Zuwanderungsgeschichte stammt aus Polen (15,6 %), gefolgt von der Türkei (14,5 %), der Russischen Föderation (14,3 %) und Kasachstan (13,1 %).

Frauen und Männer sind zu etwa gleichen Teilen in der Gruppe der Migrantinnen und Migranten vertreten (50,4 % Männer und 49,6 % Frauen) (Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung 2014, Seite 37ff).

Der Anteil von Migrantinnen und Migranten im Alter von 65 bis 80 Jahren liegt bei 7,9 % und der Anteil der 80-Jährigen und Älteren bei 1,9 % (Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung 2014, Seite 39). Dieser wird sich in den kommenden Jahren sukzessive erhöhen (Bundesministerium des Inneren 2015, Seite 143ff). Folglich ist anzunehmen, dass auch die Anzahl von pflegebedürftigen Migrantinnen und Migranten steigen wird (Bundesministerium des Inneren 2015, Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (BAMF) 2012).

Pflegebedürftigkeitsgeschehen

In Expertenkreisen herrscht gegenwärtig noch Uneinigkeit über das Risiko der Pflegebedürftigkeit von Migrantinnen und Migranten. Einerseits wird ein durchschnittlich höheres Maß an sozialen Belastungen im Lebensverlauf sowie ein vergleichsweise hohes Belastungsniveau am Arbeitsplatz als Begründungsfaktoren für eine höhere Pflegebedürftigkeitswahrscheinlichkeit konstatiert. Andererseits werden aber auch Wirkungsfaktoren (zum Beispiel rigide gesundheitliche Selektionseffekte im Anwerbungsverfahren sowie höhere familiäre Solidaritätspotenziale) genannt, die eine geringere gesundheitliche Einschränkung und Hilfebedürftigkeit dieses Personenkreises begründen (BAMF 2012, Zentrum für Qualität in der Pflege 2015b).

Angaben zum Ausmaß der Pflegebedürftigkeit und zur Inanspruchnahme von Pflegeleistungen unter den Migrantinnen und Migranten, die ausschließlich auf Niedersachsen bezogen sind, bestehen nicht. Deutschlandweit verfügen gemäß einer Repräsentativbefragung der Pflegehaushalte in Deutschland etwa 8 % der häuslich betreuten Pflegebedürftigen über einen Migrationshintergrund (BMG 2011, Seite 60). In Niedersachsen sind dies in etwa 13.200 Personen.

Das Durchschnittsalter der Pflegebedürftigen mit Migrationshintergrund beläuft sich auf 62,1 Jahre und liegt somit gut zehn Jahre unter dem Durchschnittsalter von Pflegebedürftigen ohne Migrationshintergrund (72,7 Jahre) (BMG 2011, Seite 60). In der Gruppe der Pflegebedürftigen mit Migrationshintergrund sind pflegebedürftige Kinder und Jugendliche unter 16 Jahren deutlich häufiger vertreten als in der Vergleichsgruppe ohne Migrationshintergrund (11 % zu 4 %) (BMG 2011, Seite 60).

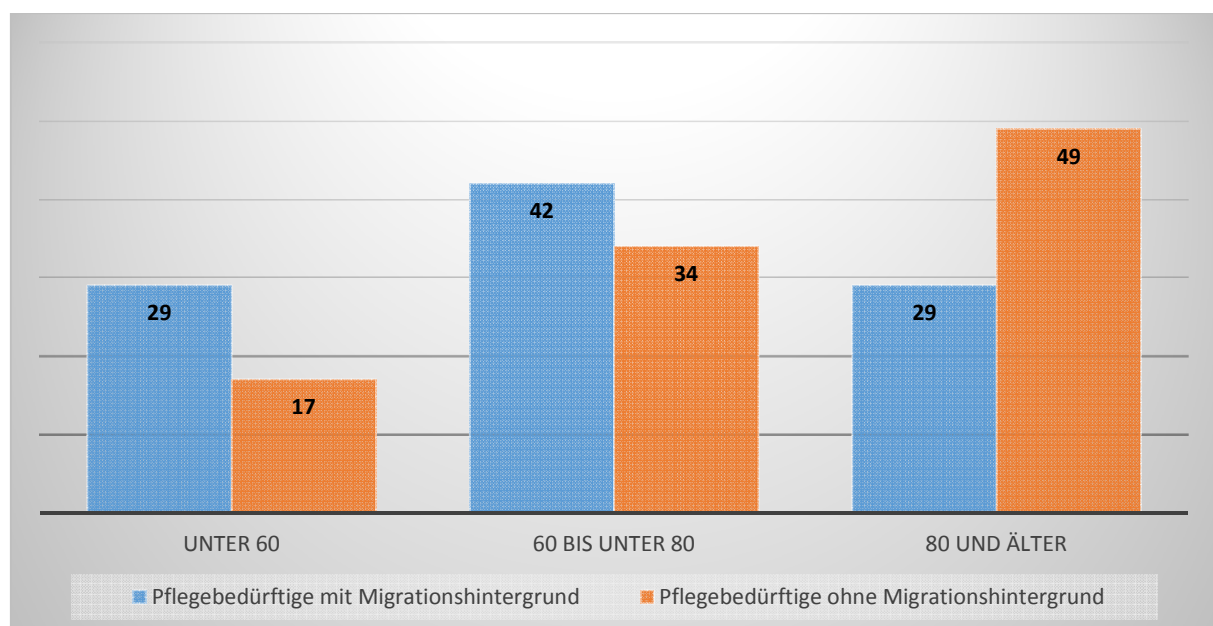


Abbildung 108: Verteilung der Altersgruppen nach Migrationshintergrund in Prozent (Quelle: BMG 2011, Seite 60)

Unterschiede zeigen sich auch hinsichtlich der Zuordnung zu Pflegestufen: Die höchste Pflegestufe ist in der Gruppe der Pflegebedürftigen mit Zuwanderungsgeschichte häufiger vertreten. Die Verteilung gestaltet sich wie folgt:

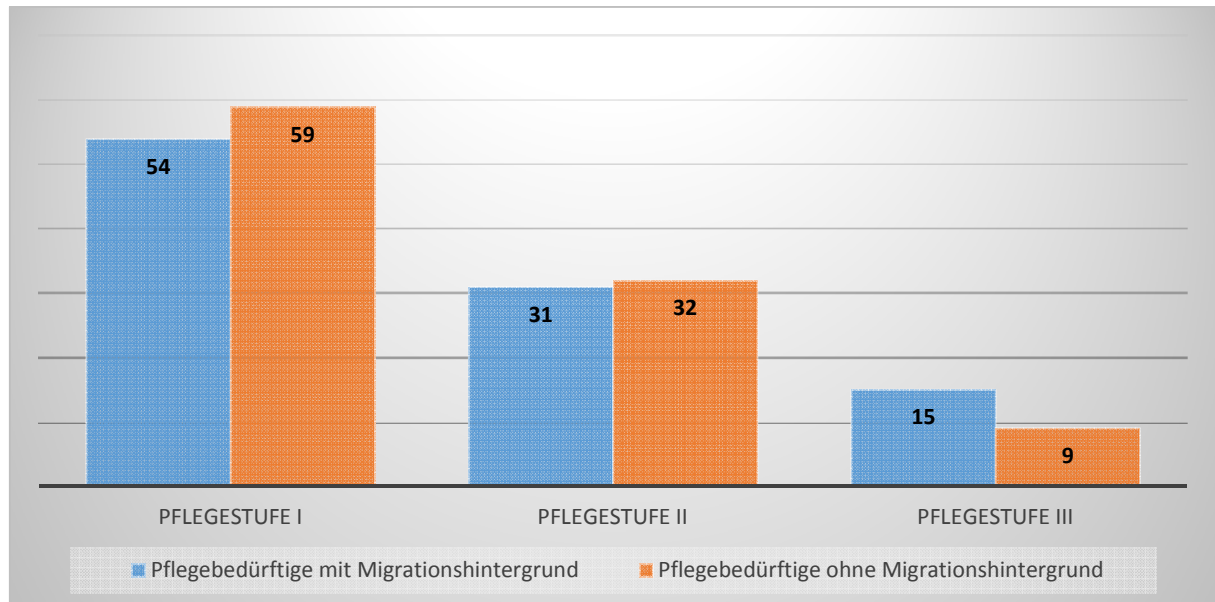


Abbildung 109: Verteilung der Pflegestufen nach Migrationshintergrund in Prozent (Quelle: BMG 2011, Seite 60)

Inanspruchnahme von Leistungen der Pflegeversicherung

Bei der Inanspruchnahme von Leistungen der Pflegeversicherung zeigt sich grundsätzlich eine größere Distanz gegenüber professionellen Unterstützungsangeboten. Entsprechend beziehen Pflegebedürftige mit Migrationshintergrund deutlich häufiger Pflegegeld als Sach- oder Kombinationsleistungen. Auch teilstationäre Pflegeleistungen, Kurzzeit- und Verhinderungspflege werden weniger genutzt. Gleiches gilt auch für Pflegehilfsmittel und Zuschüsse zu baulichen Maßnahmen, die eine Pflege in der eigenen Häuslichkeit erleichtern sollen. Allerdings sind die Unterschiede zwischen Pflegebedürftigen mit und ohne Migrationshintergrund hier vergleichsweise gering (BMG 2011, Seite 61).

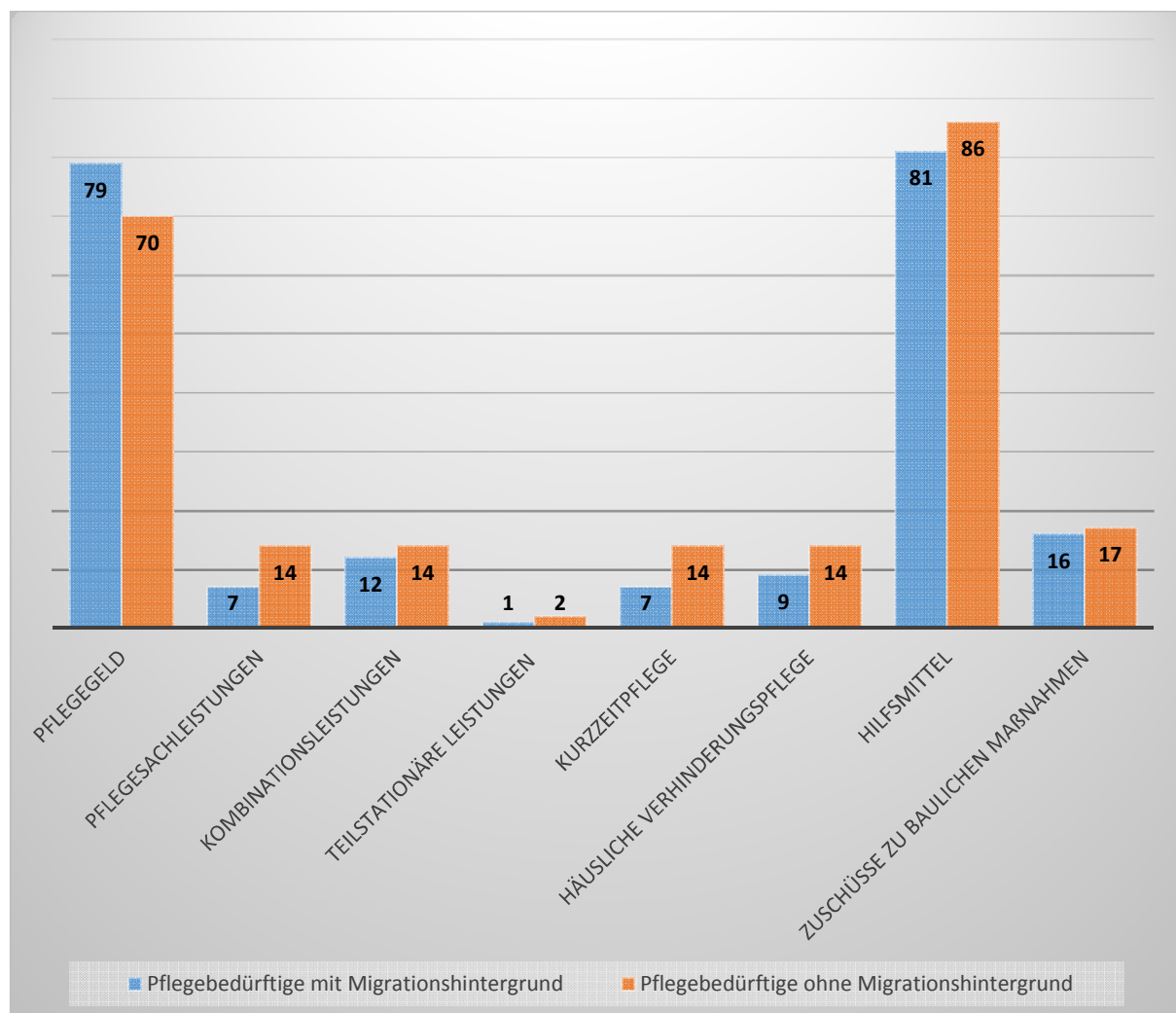


Abbildung 110: Inanspruchnahme von Leistungen der Pflegeversicherung durch Menschen mit und ohne Migrationshintergrund in Prozent (Quelle: BMG 2011, Seite 61)

Als Begründungen für die geringere Inanspruchnahme professioneller Pflege werden gemäß eines Forschungsberichts des BAMF (2012) folgende Aspekte angeführt: Menschen mit Migrationshintergrund geben häufiger an, dass der Pflegegeldbezug für die Sicherung des Lebensunterhalts nicht verzichtbar

sei. Auch eine Skepsis gegenüber einer Versorgung durch Fremde spielt in dieser Gruppe eine vergleichsweise große Rolle. Die Nichtberücksichtigung kultureller oder religiöser Belange bei der Erbringung ambulanter Pflege wurde demgegenüber eher selten als Grund für eine Präferenz für die Geldleistungen benannt. Angebote der ambulanten und stationären Pflege sind bei älteren Migrantinnen und Migranten aber auch wenig bekannt. Ursächlich hierfür sind unter anderem Sprachbarrieren, Vorbehalte gegenüber einer institutionellen Pflege sowie das Vertrauen in die Versorgungsleistung durch die eigenen Kinder. Gegenüber den Pflegebedürftigen ohne Migrationshintergrund schätzen sie die Möglichkeiten, sich über Leistungen der Pflegeversicherung zu informieren, entsprechend auch etwas schlechter ein (BMG 2011).

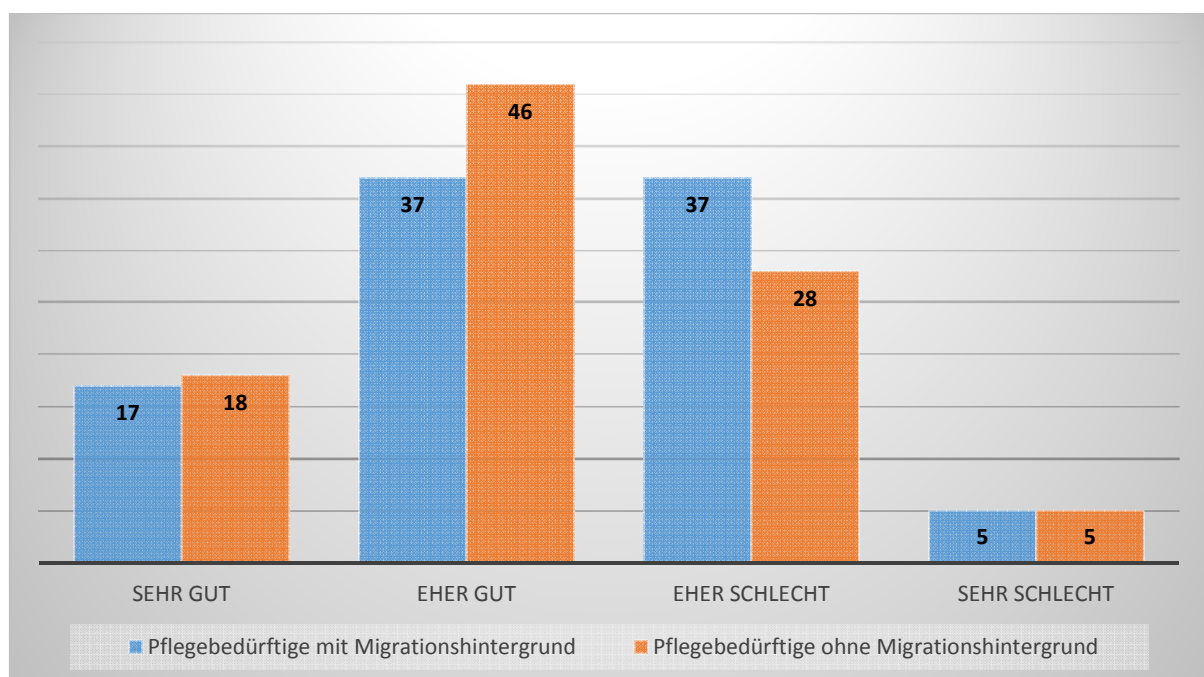


Abbildung 111: Einschätzung der Möglichkeiten der Informationsbeschaffung über die Pflegeversicherung nach Migrationshintergrund in Prozent (Quelle: BMG 2011, Seite 61)

Versorgungsangebot in Niedersachsen

Pflegebedürftige Menschen mit Migrationshintergrund benötigen eines Angebotes, das ihrer soziokulturell geprägten Lebens- und Bedürfnislage Rechnung trägt. Zur Durchführung einer klientenorientierten Pflege müssen ambulante Dienste und stationäre Einrichtungen auch angesichts der fehlenden Homogenität dieser Bevölkerungsgruppen ihre Kompetenzen in der Versorgung und Betreuung jeweils kulturentsprechend einbringen beziehungsweise entwickeln. Vielerorts wurden bereits Richtlinien und Empfehlungen erarbeitet, wie eine Öffnung des Altenhilfesystems für ältere Menschen mit Zuwanderungsgeschichte gelingen kann. Der Einsatz entsprechender Konzepte, zum Beispiel der „interkulturellen Kompetenz“ oder der „kultursensiblen Pflege“, bieten die Möglichkeit, die Versorgung stärker auf

die kulturspezifischen Bedürfnisse auszurichten und eine Akzeptanz der Zielgruppe zu erreichen (BAMF 2012).

Angeichts der teilweise noch bestehenden sprachlichen Barrieren, den geringen Kontaktmöglichkeiten zum deutschen Altenhilfesystem sowie den Vorbehalten gegenüber der Inanspruchnahme professioneller Unterstützungsmöglichkeiten scheint es außerdem von besonderer Bedeutung, muttersprachliche Informationen und Hilfsangebote für pflegebedürftige Migrantinnen und Migranten und ihre Angehörigen vorzuhalten (BAMF 2012).

In Niedersachsen bestehen einige Aktivitäten, die an den benannten Handlungsfeldern ansetzen.

- **Norddeutsche Zentrum zur Weiterentwicklung der Pflege (NDZ) – Kultursensible Pflege Datenbank**
Das NDZ (siehe Kapitel II.10.7) initiierte im Jahr 1997 das Projekt „Aus aller Welt“, dessen Aufgabe in der Erfassung interkultureller Aktivitäten und Projekten in stationären und ambulanten Pflegeeinrichtungen sowie in Einrichtungen der pflegerischen Aus- und Weiterbildung bestand. Seit 2010 ist die Datenbank online verfügbar.⁹⁶ Ziel ist, einen Überblick über laufende und abgeschlossene Projekte im Bereich der kultursensiblen Pflege im norddeutschen Raum zu geben und damit eine stärkere Vernetzung und einen besseren Erfahrungsaustausch zum Thema zu ermöglichen. Zurzeit bestehen acht Einträge, hauptsächlich zu dem Bereich der Aus-, Fort- und Weiterbildung. In den sich vorstellenden Bildungseinrichtungen soll durch das Einbinden des Themas in das Ausbildungscurriculum eine kultursensible Grundhaltung und Berufsidentität entwickelt werden. Außerdem werden im stationären und ambulanten Alten- und Krankenpflegebereich Projekte zur stärkeren interkulturellen Öffnung vorgestellt.
- **Kultursensible Pflegeangebote**
In Niedersachsen bestehen unterschiedliche ambulante und stationäre Einrichtungen, die ein kultursensibles Pflegeangebot vorhalten. In Hannover handelt es sich zum Beispiel um den Transkulturellen Pflegedienst, den interkulturellen Sozialdienst, den Kultursensiblen Sozialdienst und den Pflegedienst Mitra. Für stationär pflegebedürftige Mitbürgerinnen und Mitbürger jüdischen Glaubens bietet zum Beispiel das Jüdische Seniorenheim Hannover stationäre Dauerpflege mit 84 Plätzen an. Die Angebote sind über das unten genannte Internetportal „Gesundheit für Migrantinnen und Migranten in Niedersachsen“ (GeMiNie) einsehbar.⁹⁷

⁹⁶ <https://www.pflege-ndz.de/index.php/archiv-beitrag/items/aus-aller-welt.html>

⁹⁷ <http://mige.ix-tech.de/index.php?id=239>

- Forum für eine kultursensible Altenhilfe

Das Forum für eine kultursensible Altenhilfe ist ein freiwilliger Zusammenschluss von Verbänden, Migrantenorganisationen und Institutionen, der sich nach der Umsetzung der Kampagne für eine Kultursensible Altenhilfe Anfang 2006 konstituiert hat. Die Grundlage der Arbeit bildet das Memorandum für eine kultursensible Altenhilfe und die Handreichung für eine kultursensible Altenpflege (Arbeitskreis Charta für eine kultursensible Altenpflege/Kuratorium Deutsche Altenhilfe 2002). Die Umsetzung findet in einer Koordinierungsgruppe sowie vier regionalen Gruppen statt. Die Regionalgruppe Nord wird von dem Transkulturellen Pflegedienst in Hannover und der Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e. V. (LVG & AFS) koordiniert. Durch Vorträge, Tagungen und Netzwerktreffen soll der Wissenstransfer, die Transparenz über Praxismodelle und die Verbreitung von kultursensiblen Arbeitsansätzen beteiligter Einrichtungen und Organisationen gefördert werden.

- Ortsbesuche

Im Rahmen des durch die LVG & AFS von Oktober 2014 bis Dezember 2015 durchgeführten Projektes „Ortsbesuche“ werden zum einen Vertreterinnen und Vertretern von Migrantenorganisationen und Religionsgemeinschaften aus Hannover Einblicke in Einrichtungen aus dem Gesundheits- und Pflegebereich vermittelt, die Unterstützungsmöglichkeiten für pflegende Angehörige vorhalten (zum Beispiel Selbsthilfekontaktstellen, SPN, Tagesbetreuung für demenziell Erkrankte). Zum anderen erhalten Fachkräfte aus dem Gesundheits- und Pflegebereich aus der Region Hannover die Möglichkeit, sich über die Lebenssituation von Familien mit Zuwanderungsgeschichte sowie über die Struktur und Funktion verschiedener Migrantenorganisationen und Religionsgemeinschaften zu informieren. Gegenseitige Besuche in den Örtlichkeiten der jeweiligen Organisationen und Einrichtungen vermitteln unmittelbare Einblicke und schaffen persönliche Kontaktmöglichkeiten als wichtige Basis für die Entwicklung einer Vertrauensbasis. Ziel ist, auf beiden Seiten jeweils Personen mit Multiplikatorenfunktion zu erreichen, die ihre Erfahrungen weitergeben. Mittelfristig sollen über die entstandenen Kontakte Kooperationen aufgebaut werden, über die eine interkulturelle Öffnung der Regelstrukturen für pflegende Angehörige erreicht werden kann.⁹⁸ Die Finanzierung des Projektes wird von dem Fonds „Miteinander – Gemeinsam für Integration“ der Region Hannover übernommen.

⁹⁸ Kooperationspartnerinnen und Kooperationspartner im Projekt sind die Jüdische Gemeinde Hannover, die Liberale jüdische Gemeinde Hannover, die Landsmannschaft der Deutschen aus Russland e. V./Ortsgruppe Hannover, der Verein Umut e. V. und die Bosniakische Kulturgemeinschaft Hannover e. V.

- Das Ethnomedizinische Zentrum e. V.

Das Ethnomedizinische Zentrum e. V. in Hannover bildet im Rahmen des „Drei-Generationen-Projektes Niedersachsen – Gesundheit mit Migranten für Migranten (MiMi-Gesundheitsprojekt Niedersachsen)“ erfolgreich integrierte Migrantinnen und Migranten zu Multiplikatorinnen und Multiplikatoren aus. Diese sollen zu verschiedenen Themen Informationsveranstaltungen für ihre Landsleute initiieren und diese in ihren Lebensräumen beraten. Ziel des Projektes ist, die Eigenverantwortung von Menschen mit Migrationshintergrund für ihre Gesundheit und für Maßnahmen zur Prävention zu stärken. Langfristig soll ein Beitrag zur Reduzierung von Ungleichheiten bezüglich der Gesundheitschancen geleistet werden, indem eine gleichberechtigte Inanspruchnahme von Angeboten der Regelversorgung angestrebt wird.

- Lotsen für pflegende Angehörige e. V.

Der Verein „Lotsen für pflegende Angehörige in Ganderkesee und Delmenhorst“ initiierte im Jahr 2014 ein Projekt, im Zuge dessen zehn Frauen mit Migrationshintergrund im Rahmen einer 104-stündigen Fortbildung zu Lotsinnen und Lotsen im deutschen Pflegesystem ausgebildet wurden. Inhaltlich umfasste die Fortbildung zum Beispiel Informationen zum System der sozialen Sicherung, Leistungen der Pflegeversicherung sowie zur Gesprächsführung mit Angehörigen. Niedrigschwellig werden die Lotsinnen und Lotsen nun in ihrer Nachbarschaft und in ihrem Familien- und Freundeskreis aktiv und beraten Pflegebedürftige mit Migrationshintergrund und ihre Angehörigen muttersprachlich. Zugänge zum Altenhilfesystem lassen sich auf diese Weise bahnen.

- Institut für transkulturelle Betreuung e. V.

Das Institut wurde 1995 in Hannover gegründet und ist ein landesweit tätiger Betreuungsverein, der kultursensibel arbeitet und sich speziell an Migrantinnen und Migranten richtet, die einer rechtlichen Betreuung bedürfen. Dieser Verein verfolgt das Ziel, behinderte und psychisch kranke Menschen bei der Wahrnehmung ihrer Interessen und ihres Selbstbestimmungsrechtes zu unterstützen und auf diese Weise ihre Teilhabe am gesellschaftlichen Leben zu fördern.

- Internetportal GeMiNie

Das Internetportal „Gesundheit für Migrantinnen und Migranten in Niedersachsen“ (GeMiNie) wurde im Rahmen eines Projektes der LVG & AFS im Auftrag der Niedersächsischen Landesregierung erstellt. Das Portal ermöglicht eine gezielte Recherche nach Gesundheits- und Pflegedienstleistungen anhand der Kriterien Standort, Fachgebiet und Sprachkenntnis und bietet zum Beispiel zum Thema Pflegebedürftigkeit und zu altersbezogenen Krankheitsbildern fremdsprachige Gesundheitsinformationen an.

- NBEA für Menschen mit Zuwanderungsgeschichte in Hannover

In diesem Rahmen ist das in Kapitel II.10.8 dargestellte Modellprojekt „Niedrigschwellige Betreuungsangebote für Menschen mit Zuwanderungsgeschichte in Hannover“ anzuführen, das von 2010 bis 2013 durch das MS finanziert wurde. Die Alzheimer Gesellschaft Hannover hat den Schwerpunkt der Niedrigschwelligen Betreuungs- und Entlastungsangebote für Menschen mit Zuwanderungsgeschichte aufgegriffen.

Kurzbewertung

Wie die vorliegende Betrachtung zeigt, bestehen in Niedersachsen bereits einige zahlreiche Handlungsansätze, die zu einer Öffnung des Altenhilfesystems für Migrantinnen und Migranten beitragen. Vor dem Hintergrund der vermutlich wachsenden Inanspruchnahme von gesetzlichen Pflegeleistungen durch diese Bevölkerungsgruppe, die vor dem Hintergrund des voranschreitenden demografischen Wandels und der tendenziell abnehmenden Pflegemöglichkeit des familiären Umfeldes absehbar ist, ergeben sich jedoch besondere Handlungsbedarfe. Ihnen gilt es zu begegnen, um passgenauere und umfänglichere Informationen über Hilfsangebote, den Zugang zu Pflege-, Betreuungs- und Beratungsleistungen sowie die Leistungen als solche zu schaffen. Eine weitere Verbesserung der Versorgung von Migrantinnen und Migranten durch Schulung des Pflegepersonals und Entwicklung von Maßnahmen für eine interkulturelle Öffnung des Altenhilfe- und Altenpflegesystems sind erstrebenswert.

6.7 Unheilbar Kranke und sterbende Menschen

Ausgangslage

Die Palliativversorgung und die Hospizarbeit haben das gemeinsame Ziel, die Lebensqualität von unheilbar kranken und sterbenden Menschen zu verbessern. Dabei gilt es in besonderer Weise, die Würde und die Selbstbestimmung der Menschen zu wahren und zu erhalten sowie die Bedürfnisse von Betroffenen und ihren Angehörigen in das Zentrum der Arbeit zu stellen. Angehörige erhalten Beratung und Unterstützung in der Pflege sowie Begleitung im Sterbeprozess.

Hospizarbeit bezeichnet eine Sterbebegleitung, die insbesondere durch speziell für diese Arbeit fortgebildete ehrenamtliche Hospizhelferinnen und Hospizhelfer ausgeübt wird. Sie kann zusätzlich zu professionellen pflegerischen und medizinischen Versorgungsangeboten in Anspruch genommen werden. Hospizarbeit ist darauf ausgerichtet, Sterben in Einsamkeit und ohne menschliche Zuwendung zu verhindern, das Leiden der Sterbenden zu lindern und – wenn möglich – ihren Verbleib in der vertrauten Umgebung zu ermöglichen. Zu der Hospizversorgung gehört im notwendigen Umfang auch die Unterstützung, Anleitung und Trauerbegleitung der Angehörigen.

Im Fokus der Hospizarbeit steht primär die Betreuung Sterbender in ihrer eigenen Häuslichkeit, aber auch in Pflegeheimen oder im Krankenhaus. Aufgrund des teilweise intensiven Pflegebedarfs in Kombination mit der Angewiesenheit auf umfassende schmerztherapeutische und psychosoziale Hilfeleistungen sind einer aufsuchenden Sterbebegleitung in diesen Settings insbesondere bei einem fortgeschrittenen Krankheitsverlauf jedoch oft Grenzen gesetzt. Dies führte zu der Gründung stationärer Hospize, die auch umfassende palliativ-medizinische Versorgungsangebote vorhalten.

In der Versorgung Sterbender wirken der professionell geprägte Bereich der Palliativmedizin und Palliativpflege sowie der ehrenamtlich geprägte Bereich der Hospizarbeit zusammen. Die Palliation bezeichnet eine medizinische Maßnahme, deren primäres Ziel nicht der Erhalt, die Genesung oder Wiederherstellung der normalen Körperfunktion, sondern deren bestmögliche Anpassung an die gegebenen physiologischen und psychologischen Verhältnisse ist. Im Fokus steht das Vorbeugen und Lindern von Leiden. Das Erkennen und Einschätzen sowie die erfolgreiche Behandlung von Schmerzen und weiterer Beschwerden stellt in diesem Zusammenhang ein wichtiges Handlungsfeld dar. Die Palliativversorgung setzt nicht erst in der letzten Lebensphase an, sondern durchaus schon in früheren Krankheitsstadien.

Hospizarbeit und Palliativversorgung bilden ein Versorgungsnetzwerk, das erforderlich ist, um ein menschenwürdiges Leben auch in der letzten Lebensphase zu ermöglichen. In diesem Versorgungsnetzwerk arbeiten alle in der Hospizarbeit und der Palliativversorgung relevanten ambulanten und stationären Leistungsanbieter sowie das Ehrenamt und die verschiedenen Berufsgruppen eng zusammen.

In Niedersachsen hat sich die Palliativversorgung und Hospizarbeit sukzessive fortentwickelt. Das Land hat diesen Prozess unter anderem durch die Veröffentlichung eines eigenen Rahmenkonzeptes zur Weiterentwicklung der Palliativversorgung in Niedersachsen im März 2006, der Entschließung „Hospiz- und Palliativversorgung: Sterbekultur zukunftsorientiert weiterentwickeln“ (LT-Drs. 16/5239) des Niedersächsischen Landtages vom 29. September 2012 und der daraus folgenden Vorlage eines Konzeptes zur Weiterentwicklung der Hospizarbeit und Palliativversorgung in Niedersachsen vom Juli 2013 gefördert. Seitdem sind zahlreiche zusätzliche Angebote der Hospizarbeit und der Palliativversorgung entstanden.

Versorgungsangebot in Niedersachsen

In Niedersachsen besteht ein breit gefächertes Angebot hospizlicher und palliativer Leistungen, das im Folgenden dargestellt werden soll.

- Stationäre Hospize

In § 39a SGB V wird geregelt, dass Versicherte, die keiner Krankenhausbehandlung bedürfen, über einen Anspruch auf einen Zuschuss zu stationärer oder teilstationärer Versorgung in Hospizen, in denen palliativ-medizinische Behandlung erbracht wird, verfügen. Voraussetzung ist, dass eine ambulante Versorgung im Haushalt oder der Familie nicht möglich ist. Grundsätzlich kann das Leistungsangebot der Hospize unterschieden werden nach medizinischer, psychosozialer und spiritueller Versorgung. Der Schwerpunkt der Hospize liegt auf der Palliativpflege sowie auf der psychosozialen und spirituellen Begleitung der Patientinnen und Patienten. Die medizinische Versorgung wird von externen Ärztinnen und Ärzten erbracht. Das Leistungsangebot richtet sich primär an den begrenzten Personenkreis von Erkrankten mit aufwendigen Versorgungsbedarfen, wie sie zum Beispiel bei Krebs-, AIDS-, Nervensystem- und chronischen Organerkrankungen im Endstadium auftreten.

Seit dem 1. August 2009 übernehmen die Krankenkassen 90 %, bei Kinderhospizen 95 % der zuschussfähigen Kosten eines Hospizes. Leistungen der Pflegekassen werden darauf angerechnet. Der kalendertägliche Mindestzuschuss, den die Krankenkassen für die stationäre Hospizarbeit leisten, ist von 6 % der monatlichen Bezugsgröße (gemäß § 18 Abs. 1 SGB IV) auf 7 % angehoben worden.⁹⁹ Stationäre Hospize erhalten nach dem NPflegeG auch eine Förderung der Investitionsaufwendungen, sofern sie für die Pflege nach § 72 SGB XI als stationäre Pflegeeinrichtungen zugelassen sind und soweit sie im Rahmen ihrer Tätigkeit Leistungen nach dem SGB XI erbringen. Die Förderung erfolgt für Hospize für den Fall, dass sie einen Versorgungsvertrag als Kurzzeitpflegeeinrichtungen haben, nach den Vorschriften über die Förderung solcher Einrichtungen (§ 10 Abs. 1 Satz 1 NPflegeG). Sind sie als vollstationäre Einrichtungen der Dauerpflege zugelassen, erhalten die Hospize eine Förderung in den Fällen, in den die Bewohnerinnen und Bewohner Leistungen der Kurzzeitpflege nach § 42 SGB XI oder der Verhinderungspflege nach § 39 SGB XI erhalten.

Derzeit bestehen in Niedersachsen 26 stationäre Hospize.¹⁰⁰ Bei zweien handelt es sich um die oben bereits benannten Kinderhospize (siehe Kapitel II.6.1). Die Anzahl hat sich seit dem Jahr 2010 um neun Einrichtungen erhöht. Laut Auskunft der Hospiz Landesarbeitsgemeinschaft Niedersachsen e. V. (Hospiz LAG) sind im September 2015 mindestens sechs bis acht weitere Hospize in Pla-

⁹⁹ Der Gesetzentwurf des Hospiz- und Palliativgesetzes sieht in seiner derzeitigen Fassung zu § 39a Abs. 1 SGB V eine Erhöhung der von den Krankenkassen zu übernehmenden zuschussfähigen Kosten eines Hospizes auf 95 % vor. Der kalendertägliche Mindestzuschuss soll sich in diesem Rahmen auf 9 % der monatlichen Bezugsgröße (gemäß § 18 Abs. 1 SGB IV) erhöhen.

¹⁰⁰ Sie finden sich in Bad Münde, Bad Pyrmont, Bremervörde-Zeven, Braunschweig, Buchholz, Celle, Dinklage, Falkenburg, Göttingen, Hannover (3), Hannoversch Münden, Jever, Leer, Lüneburg (2), Oldenburg, Osnabrück, Salzgitter, Syke, Thüine, Uelzen, Westerstede, Wilhelmshaven und Wolfsburg. Die Hospize in Syke und Wilhelmshaven sind Kinderhospize.

nung, wobei die Umsetzung bisher nicht in allen Fällen gesichert ist. Insgesamt halten die 26 derzeit bestehenden Einrichtungen 250 Plätze vor, die einer aktuellen Erhebung der Hospiz LAG eine Belegungsquote von 60 % bis 90 % aufweisen. Eine Unterbringung der Angehörigen der Sterbenden ist in allen stationären Hospizen grundsätzlich möglich. Gemäß Schätzungen der Hospiz LAG Niedersachsen sind etwa 500 ehrenamtliche Kräfte im stationären Bereich tätig.

Seit Ende 2014 gibt es ein Gütesiegel für stationäre Hospize, das von der Hospiz LAG mit Projektmitteln des Landes Niedersachsen und der Klosterkammer Niedersachsen erarbeitet worden ist. Das Hospiz-Haus Celle und das Hospiz in Osnabrück haben das Gütesiegel bereits erhalten. Zielsetzung ist, neben den grundlegenden Qualitätsmerkmalen auch die spezifische hospizliche Besonderheit der Beziehungsqualität sichtbar und prüfbar zu machen.

- Ambulante Hospizdienste

Die Krankenkassen sind nach § 39a Abs. 2 SGB V dazu verpflichtet, ambulante Hospizdienste und die durch diese erbrachte ehrenamtliche Sterbebegleitung zu fördern. Dies gilt für Versicherte, die keiner Krankenhausbehandlung sowie keiner voll- und teilstationären Versorgung in einem Hospiz bedürfen. Die Krankenkassen zahlen für eine erbrachte Leistungseinheit einen bundesweit einheitlichen Betrag.¹⁰¹ Die Höhe des Betrages wurde im § 39a Abs. 2 SGB V mit 11 % der monatlichen Bezugsgröße gemäß § 18 Abs. 1 SGB IX festgeschrieben. Dies entspricht 311,35 Euro im Jahr 2015. Voraussetzung der Förderung ist eine Zusammenarbeit des ambulanten Hospizdienstes mit palliativ-medizinisch erfahrenen Pflegediensten und Ärztinnen beziehungsweise Ärzten sowie die Verantwortung einer fachlich qualifizierten Person, die über mehrjährige entsprechende Erfahrung oder eine Weiterbildung verfügt. Mit der Förderung nach § 39a SGB V leisten die Krankenkassen einen Zuschuss zu den notwendigen Personalkosten des jeweiligen ambulanten Hospizdienstes für die palliativ-pflegerische Beratung durch entsprechend ausgebildete Fachkräfte sowie für die Gewinnung, Fortbildung, Koordination und Unterstützung der ehrenamtlich tätigen Personen, die für die Sterbebegleitung zur Verfügung stehen.¹⁰² Neben der Förderung nach § 39a Abs. 2 SGB V finanzieren sich die ambulanten Hospizdienste insbesondere durch die ehrenamtliche Tätigkeit der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sowie durch Spenden und Zuschüsse von den Trägern beziehungsweise Vereinen der Hospizdienste.

¹⁰¹ Leistungseinheiten bestimmen sich aus dem Verhältnis der Zahl der qualifizierten Ehrenamtlichen zu der Zahl der Sterbebegleitungen.

¹⁰² Der Entwurf des Hospiz- und Palliativgesetzes sieht in seiner derzeitigen Fassung zu § 39a Abs. 2 SGB V eine Einbeziehung der ambulanten Hospizbegleitung in Krankenhäuser, eine Erhöhung des Zuschusses je Leistungseinheit auf 13 %, ebenso wie eine Erweiterung der zuschussfähigen Kosten auch auf Sachkosten. Diese Regelung wird zu einer deutlichen finanziellen Entlastung der ambulanten Hospizdienste führen. Außerdem sollen die Pflegeeinrichtungen nach § 72 SGB XI zukünftig mit ambulanten Hospizdiensten zusammenarbeiten.

Im Verzeichnis der Hospiz LAG Niedersachsen werden gegenwärtig 129 Hospizdienste (inklusive Untergruppen) geführt, die relativ gleichmäßig über das Land verteilt sind. Bei fünf dieser Dienste handelt es sich um ambulante Hospiz- und Palliativdienste. Im Vergleich zum Jahr 2010 ist eine Zunahme der Hospizdienste um 17 Dienste zu verzeichnen. 80 Hospizdienste erhalten eine Förderung nach § 39a SGB V. In den 129 Diensten sind nach Aussage der Hospiz LAG Niedersachsen in etwa 15.000 Personen als ehrenamtliche Hospizhelferinnen und Hospizhelfer tätig. Davon sind jeweils etwa 5.000 in der Sterbebegleitung im ambulanten Bereich, 1.000 in der Trauerbegleitung und 1.000 in der Vorstands- und Öffentlichkeitsarbeit aktiv. Im hauptamtlichen Bereich sind über 100 Koordinierungskräfte tätig.

- Palliativstützpunkte

Die niedersachsenweit bestehenden 129 ambulanten Hospizdienste und 26 stationären Hospize sowie mehr als 60 stationäre Palliativeinrichtungen an Krankenhäusern bilden die Grundlage für den Aufbau eines flächendeckenden Netzes von derzeit 37 Palliativstützpunkten. Es handelt sich um konzeptionelle Organisationsverbünde zwischen den unterschiedlichen Leistungserbringern der spezialisierten Palliativversorgung und der Hospizarbeit, die organisatorisch an einen dieser Leistungserbringer anzubinden sind. Unter dem Dach eines Palliativstützpunktes werden die folgenden Leistungen angeboten:

- eine 24-Stunden-Hotline insbesondere zur Beratung und Koordination der beteiligten Leistungserbringer
- wohnortnahe ambulante Versorgung durch an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Fachärztinnen und Fachärzte mit besonderer palliativmedizinischer Qualifikation und Pflegedienste, die durch fest angestellte Pflegefachkräfte mit Weiterbildung in Palliative Care eine entsprechende 24-stündige Bereitschaft gewährleisten oder durch ambulante Palliativdienste
- wohnortnahe ambulante Begleitung und Betreuung durch Hospizdienste,
- stationäre Begleitung und Betreuung in Hospizen,
- stationäre Versorgung in Krankenhäusern, die über eine geeignete palliativmedizinische Infrastruktur verfügen

Je Palliativstützpunkt kann die Aufrechterhaltung der 24-Stunden-Hotline mit bis zu 5.000 Euro jährlich aus Landesmitteln gefördert werden.

Die Angebote der stationären Versorgung müssen nicht wohnortnah vorhanden sein, sie sollten aber in Abhängigkeit von den jeweiligen regionalen Gegebenheiten möglichst innerhalb einer Anfahrzeit von einer Stunde erreicht werden können. Unter diesem Aspekt können Krankenhäuser und insbesondere stationäre Hospize ihr Leistungsangebot gleichzeitig über mehrere Palliativstützpunkte zur Verfügung stellen.

- **Spezialisierte ambulante Palliativversorgung**

Gesetzlich Krankenversicherte mit einer nicht heilbaren, fortschreitenden und weit fortgeschrittenen Erkrankung haben Anspruch auf eine SAPV als eigenständige Regelleistung der Krankenkassen (§ 37b Abs. 1 und 2 SGB V). Betroffene aus Einrichtungen der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen, der Kinder- und Jugendhilfe oder in stationären Pflegeeinrichtungen können diese Leistungen ebenfalls beziehen. Es handelt sich um eine im multiprofessionellen Team (Medizin, Pflege, psychosoziale Dienste, Seelsorge) erbrachte Versorgung, die an den individuellen Bedarfen der Betroffenen ansetzt und ihnen einen Verbleib in der vertrauten Umgebung ermöglichen soll. Als Bedingung für SAPV-Dienstleistungen gilt die Zusammenarbeit mit multiprofessionellen Leistungserbringern (zum Beispiel Apotheken, Facharztpraxen), welche für eine umfassende palliative Versorgung notwendig sind. Nach Angaben der niedersächsischen Krankenkassen sind in Niedersachsen 44 SAPV-Teams tätig.

- **Niedersächsische Koordinierungs- und Beratungsstelle für Hospizarbeit und Palliativversorgung**

Seit 2009 besteht mit der Niedersächsischen Koordinierungs- und Beratungsstelle für Hospizarbeit und Palliativversorgung eine unabhängige Institution zur Beratung und Weiterentwicklung der Hospizarbeit und Palliativversorgung. Dieser kommen folgende Aufgaben zu:

- Bindeglied zwischen dem MS und der Hospizarbeit und Palliativversorgung
- Unterstützung und Beratung in Fragen der weiteren Entwicklung der Hospizarbeit und Palliativversorgung
- Unterstützung beim Aufbau neuer Initiativen im haupt- und ehrenamtlichen Bereich der Hospizarbeit und Palliativversorgung
- Mitwirkung und Verhandlungsführung bei der Umsetzung der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung
- Anlaufstelle für Bürgerinnen und Bürger, die haupt- und ehrenamtlich Menschen palliativ versorgen
- Öffentlichkeitsarbeit und Informationsverbreitung

- Hospiz Landesarbeitsgemeinschaft Niedersachsen

Bei der im Jahr 1993 gegründeten LAG Hospiz handelt es sich um einen Zusammenschluss von Hospizinitiativen, Hospizeinrichtungen und Palliativeinrichtungen in Niedersachsen. Unter ihrem Dach sind aktuell über 15.000 Mitglieder vereinigt. Die LAG Hospiz fördert auf verschiedenste Arten die Hospizarbeit und deren ehrenamtliche Bereiche. Außerdem wirkt sie vernetzend zwischen Institutionen und freien Anbietern, führt Personalberatungen durch, bietet Verhandlungsunterstützungen zum § 39a des SGB V an und betreibt Öffentlichkeitsarbeit.

- Hospiz Stiftung Niedersachsen

Die evangelisch-lutherische Landeskirche Hannover, Oldenburg, Braunschweig, Schaumburg-Lippe und die Reformierte Kirche Leer sowie die katholischen Bistümer Hildesheim, Osnabrück und des oldenburgischen Teils des Bistums Münster haben im Jahr 2003 eine Stiftung ins Leben gerufen, um die Sterbebegleitung in Niedersachsen zu fördern und dabei insbesondere das ehrenamtliche Engagement dauerhaft zu unterstützen. Ziel ist, Weiterbildungsmaßnahmen für ehrenamtlich Tätige zu fördern und die Qualität und Wirtschaftlichkeit von entsprechenden Gruppen durch Supervision und Beratung zu sichern. Es werden diverse Projekte initiiert und begleitet sowie die Öffentlichkeitsarbeit gefördert. Außerdem werden Hospize finanziell durch die Bereitstellung von Sachmitteln unterstützt.

Seit 2007 verleiht die Hospiz Stiftung Niedersachsen in Zusammenarbeit mit dem MS alle drei Jahre den Niedersächsischen Hospizpreis zur Förderung der Hospizkultur und Palliativkompetenz.¹⁰³

Kurzbewertung

Die vorangehende Darstellung verdeutlicht, dass in Niedersachsen eine umfassende Versorgungsstruktur für unheilbar kranke und sterbende Menschen entwickelt wurde. In den meisten Regionen Niedersachsens werden mittlerweile entsprechende Leistungsangebote der stationären, teilstationären und ambulanten Hospiz- und Palliativversorgung vorgehalten. Hierzu hat das Land Niedersachsen insbesondere durch die finanzielle Landesförderung von Palliativstützpunkten und das im Juli 2013 fortgeschriebene Rahmenkonzept zur Weiterentwicklung der Palliativversorgung in Niedersachsen maßgeblich beigetragen. Die Hospizarbeit und Palliativversorgung in Niedersachsen gilt es insbesondere durch Stärkung der ehrenamtlichen Strukturen weiterzuentwickeln. Ein wichtiges Handlungsfeld stellt zukünftig auch die Qualitätssicherung dieser Angebote dar. Durch das von der Hospiz LAG etablierte Qualitätssiegel für stationäre Hospize ist hierzu bereits ein erster Schritt geleistet worden.

¹⁰³ http://www.ms.niedersachsen.de/portal/live.php?navigation_id=5081&article_id=14217&_psmand=17

7. Qualität der pflegerischen Versorgungsstruktur

Mit Einführung des SGB XI wurde erstmals auf Bundesebene ein verbindlicher rechtlicher Rahmen für die Qualitätsentwicklung und -sicherung in ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen geschaffen. Aber auch in häuslichen Versorgungssettings, in die keine professionellen Kräfte eingebunden sind, sondern Angehörige die Pflege unter Bezug von Pflegegeld selbst sicherstellen, bestehen Maßnahmen zur Sicherung einer qualitativ hochwertigen Versorgung. Auch auf kommunaler Ebene werden Maßnahmen zur Erfassung und Sicherstellung einer bedarfsgerechten Pflegeinfrastruktur ergriffen. Diese drei Ebenen des Qualitätsgeschehens in der pflegerischen Versorgung werden im Folgenden betrachtet.

7.1 Qualitätsentwicklung und -sicherung in der professionellen Pflege

Die Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen pflegerischen Versorgung durch professionelle Pflegeeinrichtungen ist von zahlreichen Faktoren abhängig. Hierzu zählen unter anderem:

- die Fachlichkeit und Professionalität der Pflegefachkräfte sowie anderer Fachkräfte,
- die Wahrnehmung und Berücksichtigung der Rechte, Bedürfnisse und Wünsche der Pflegebedürftigen,
- die Empathie im Umgang mit den Pflegebedürftigen,
- die Professionalität des Managements und der Organisation der Pflegeeinrichtung,
- die Leit- und Unternehmenskultur,
- die Einbindung der Angehörigen in die Pflege,
- die Kooperation mit anderen an der Pflege beteiligten Leistungserbringern und
- die bedarfsgerechte personelle und sächliche Ausstattung der Pflegeeinrichtung.

Davon unbenommen bleibt zu berücksichtigen, dass das Qualitätsniveau der Pflege von den Pflegebedürftigen und den Angehörigen subjektiv empfunden und bewertet wird.

Das SGB XI beinhaltet Regelungen, die zu einer Sicherung der Qualität in der professionellen Pflege beitragen sollen. Sie gelten für alle nach § 72 SGB XI zugelassenen ambulanten, teilstationären und stationären Pflegeeinrichtungen, die Versorgungsverträge abgeschlossen haben. Die Qualitätssicherung in der Pflege stützt sich dabei auf zwei Säulen: das interne Qualitätsmanagement und die externe Qualitätsprüfung.

Maßstäbe und Grundsätzen zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität

Gemäß § 112 Abs. 1 SGB XI sind die Träger der Pflegeeinrichtungen dafür verantwortlich, die Qualität der erbrachten Leistungen sicherzustellen und diese kontinuierlich weiterzuentwickeln. Verbindliche

Anforderungen an die Qualität und Qualitätssicherung in den Einrichtungen sowie die Entwicklung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements sind in den Maßstäben und Grundsätzen zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität formuliert (§ 113 SGB XI). Sie wurden von dem GKV-Spitzenverband, der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe, der Bundesvereinigung der Kommunalen Spitzenverbände, der Vereinigung der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene unter Beteiligung des MDS, dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V., den Verbänden der Pflegeberufe auf Bundesebene, den maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe der pflegebedürftigen und behinderten Menschen sowie unabhängigen Sachverständigen für die ambulante (2011), teilstationäre (2012) und stationäre (2011) Pflege vereinbart. In dieser vertraglichen Vereinbarung werden die für die Qualität der Pflege maßgeblichen Ebenen (Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität) benannt, definiert und erläutert. Zu den inhaltlichen Anforderungen gehören die Definition von Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement, an die Pflegeplanung und Dokumentation, an Sachverständige und Prüfinstitutionen für trägerinitiierte Prüfungen sowie die Verlässlichkeit der von diesen anzuwendenden Zertifizierungs- und Prüfverfahren. Auch die Umsetzung der Expertenstandards nach § 113a SGB XI muss erfolgen.¹⁰⁴

¹⁰⁴ Die pflegerische Versorgung muss sich an dem allgemein anerkannten Stand der medizinisch-pflegerischen Erkenntnisse orientieren (§ 113a SGB XI). Um an dieser Stelle eine Konkretisierung herbeizuführen, wurden unter Federführung des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege nationale Expertenstandards zur Erreichung bestimmter Pflegeziele entwickelt. Sie bestehen für die Bereiche Dekubitusprophylaxe in der Pflege (2000, aktualisiert 2010), Entlassmanagement in der Pflege (2004, aktualisiert 2009), Schmerzmanagement in der Pflege (2005, aktualisiert 2011), Sturzprophylaxe in der Pflege (2006, aktualisiert 2013), Förderung der Harnkontinenz in der Pflege (2007), Pflege von Menschen mit chronischen Wunden (2009), Ernährungsmanagement zur Sicherstellung und Förderung der oralen Ernährung in der Pflege (2010) sowie Schmerzmanagement bei chronischen nicht-malignen Schmerzen (2014).

Exemplarisch lässt sich die Bedeutung dieses Qualitätsinstruments am Beispiel des Expertenstandards Entlassmanagements in der Pflege verdeutlichen. Er richtet sich primär an Pflegekräfte in stationären Gesundheitseinrichtungen, Krankenhäusern und Fach- und Rehabilitationskliniken. Seine Einführung trägt dem Aspekt Rechnung, dass im Übergang vom stationären in den nachstationären Bereich die meisten Versorgungsabbrüche entstehen. Mit dem hiermit oft verbundenen Drehtüreffekt entstehen große Belastungen für die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen (Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege 2009). Mit Einführung des PflWG haben Versicherte einen Anspruch auf ein Versorgungsmanagement insbesondere im Übergang zwischen unterschiedlichen Versorgungssektoren. Gemäß § 11 Abs. 4 SGB V sorgen die eingebundenen Leistungserbringenden für eine sachgerechte Anschlussversorgung und übermitteln sich die hierfür notwendigen Informationen. Der Expertenstandard unterstützt diese Prozesse. Er umfasst unter anderem Informationen zu den Zielgruppen des Entlassmanagements, den strukturellen Voraussetzungen, Organisationsmodellen sowie Inhalten, Methoden und Instrumenten des Entlassmanagements. Der Standard regelt nicht das organisatorische Vorgehen, gibt aber Hinweise zur Umsetzung systematischer Vorgehensweisen. Insofern bleiben den Einrichtungen bei der Ausgestaltung Handlungsspielräume. Aussagen der Niedersächsischen Krankenhausgesellschaft zufolge nutzen in Niedersachsen 79,2 % der Krankenhäuser einen schriftlichen Standard Entlassmanagement. Bei 6,5 % der Kliniken befindet sich dieser in Planung. 51,0 % der Krankenhäuser greifen dabei auf den Nationalen Expertenstandard Entlassmanagement, 6,6 % auf ein DVSG-Produkt und Leistungsbeschreibungen der klinischen Sozialarbeit, 48,6 % auf hauseigene Standards und 2 % auf sonstige Standards zurück.

Prüfung der Pflegequalität

Die Maßstäbe und Grundsätze zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität gemäß § 113 SGB XI sowie die nach § 84 Abs. 5 SGB XI vereinbarten Leistungs- und Qualitätsmerkmale bilden die Kriterien zur Beurteilung der Qualität einer Pflegeeinrichtung (§ 112 Abs. 1 SGB XI). Ihre Einhaltung wird durch die Medizinischen Dienste der Krankenkassen, den Prüfdienst der Privaten Krankenversicherungen und die von den Landesverbänden der Pflegekassen bestellten Sachverständigen geprüft. Grundlage der Qualitätsprüfung bilden die Qualitätsprüfungsrichtlinien und der dazugehörige Erhebungsbogen (§ 114a Abs. 7 SGB XI). Die Prüfungen werden durch die Landesverbände der Pflegekassen veranlasst und können als Regelprüfung, Anlassprüfung oder Wiederholungsprüfung erfolgen. Regelprüfungen umfassen dabei insbesondere wesentliche Aspekte des Pflegezustandes und die Wirksamkeit der Pflege- und Betreuungsmaßnahmen (Ergebnisqualität). Sie können auch auf den Ablauf, die Durchführung und die Evaluation der Leistungserbringung (Prozessqualität) sowie die unmittelbaren Rahmenbedingungen der Leistungserbringung (Strukturqualität) erstreckt werden. Die Regelprüfungen beziehen sich inhaltlich auf die Qualität der allgemeinen Pflegeleistungen, der medizinischen Behandlungspflege, der sozialen Betreuung einschließlich der zusätzlichen Betreuung und Aktivierung im Sinne des § 87b SGB XI, der Leistungen bei Unterkunft und Verpflegung (§ 87 SGB XI) und der Zusatzleistungen (§ 88 SGB XI). In der ambulanten Pflege sind neben den Leistungen des SGB XI auch die Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach § 37 SGB V einzubinden. Auch die Abrechnung der Leistungen sowie die Empfehlungen der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention nach § 23 Abs. 1 des Infektionsschutzgesetzes sind zu beachten. Die Regelprüfungen finden seit dem Jahr 2011 regelmäßig im Abstand von höchstens einem Jahr statt (§ 114 Abs. 1 und 2 SGB XI).

Liegen Beschwerden über die Pflegeeinrichtungen vor, können die Landesverbände der Pflegekassen die Medizinischen Dienste der Krankenkassen oder den Prüfdienst der Privaten Krankenversicherungen außerdem mit Anlassprüfungen beauftragen. Werden im Rahmen der Regel- oder Anlassprüfung Qualitätsmängel festgestellt, werden Wiederholungsprüfungen durchgeführt, um die Mängelbeseitigung zu prüfen (§ 114 Abs. 5 SGB XI).

Die Prüfungen finden an Ort und Stelle statt und sind in der Regel unangemeldet durchzuführen. Lediglich Qualitätsprüfungen in ambulanten Einrichtungen werden einen Tag vorher angekündigt, da andernfalls Verzögerungen und organisatorische Schwierigkeiten auftreten könnten (§ 114a Abs. 1 SGB XI).

Eine weitere wichtige Prüfungsinstanz stellen die nach heimrechtlichen Vorschriften zuständigen Aufsichtsbehörden – die Heimaufsichtsbehörden – dar. Ihre regelmäßig wiederkehrenden oder anlassbezogenen Prüfungen basieren auf landesspezifischen gesetzlichen Regelungen, in Niedersachsen auf dem NHeimG. Es handelt sich um ein Gesetz zum Schutz der Bewohnerinnen und Bewohner in vollsta-

tionären Einrichtungen, Einrichtungen der Behindertenhilfe, Kurzzeitpflege- und Tagespflegeeinrichtungen und alternativen Wohnformen (zum Beispiel nicht selbstbestimmte Wohngemeinschaften). Es dient dazu, die Rechtsstellung dieses Personenkreises zu sichern, zum Beispiel bei der Teilhabe der Bewohnerinnen und Bewohner am gemeinschaftlichen und kulturellen Leben oder der Ermöglichung einer individuellen Lebensgestaltung. Außerdem soll die Qualität des Wohnens, der Betreuung und der Verpflegung sichergestellt werden. Das NHeimG wird gegenwärtig überarbeitet (siehe hierzu Teil II des Berichts).

Auf Grundlage des § 117 SGB XI und des § 15 NHeimG arbeiten die Medizinischen Dienste der Krankenkassen beziehungsweise der Prüfdienst des Verbands der Privaten Krankenversicherungen eng mit den Heimaufsichtsbehörden zusammen. Es findet eine regelmäßige gegenseitige Information und Beratung, Terminabsprachen für eine gemeinsame oder arbeitsteilige Überprüfung von Pflegeeinrichtungen sowie eine Verständigung über im Einzelfall notwendige Maßnahmen statt. Doppelprüfungen sollen vermieden werden.

Das Niedersächsische Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung, die Arbeitsgemeinschaft der kommunalen Spitzenverbände Niedersachsens, die Landesverbände der gesetzlichen Pflegekassen in Niedersachsen und der Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. haben zu diesem Zweck eine „Vereinbarung zur Zusammenarbeit des MDKN, des Prüfdienstes des Verbandes der Privaten Krankenversicherung e. V. (PKV-Prüfdienst) und der Heimaufsichtsbehörden des Landes Niedersachsen“ erarbeitet und unterzeichnet.¹⁰⁵

Ergebnisse von Qualitätsprüfungen

An die Qualitätsprüfung schließt sich die Erstellung eines Prüfberichts nach § 115 Abs. 1 SGB XI und die Veröffentlichung eines Transparenzberichts nach § 115 Abs. 1a SGB XI an. Der Prüfbericht beinhaltet neben einer Zusammenfassung der Ergebnisse der Prüfung auch Empfehlungen zur Beseitigung von Qualitätsmängeln. Der Bericht geht der jeweiligen Pflegeeinrichtung, den Landesverbänden der Pflegekassen sowie bei einer Prüfung einer stationären Einrichtung der zuständigen Heimaufsichtsbehörde zu. Auf Grundlage des Prüfberichts wird von den Landesverbänden der Pflegekassen ein Bescheid erstellt, der die Maßnahmen und Fristen zur Behebung der Qualitätsmängel auflistet, die die Einrichtungen in der Folgezeit einhalten müssen. Auf Grundlage der Prüfergebnisse erstellen die Landesverbände der Pflegekassen Transparenzberichte. Deren Ergebnisse werden in Form einer Gesamtnote für die gesamte Einrichtung und weiterer Noten für die Qualität verschiedener Bereiche im Internet veröf-

¹⁰⁵ Die Vereinbarung wird derzeit in 30 niedersächsischen Kommunen erprobt. Die Evaluation ist für das Jahr 2016 vorgesehen.

fentlicht, um Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen verständlich und übersichtlich eine erste Einschätzung der Qualität zu ermöglichen. Als Vergleichsgrößen werden auch die Landesdurchschnittsnoten angeführt. Die Ergebnisse der Transparenzberichte sind auf folgenden Internet-Seiten einsehbar:

- www.aok-gesundheitsnavi.de (AOK)
- www.bkk-pflegefinder.de (BKK)
- www.der-pflegekompass.de (Knappschaft, SLFG, IKK Classic)
- www.pflegelotse.de (vdek - Verband der Ersatzkassen)

Über die Kriterien der Veröffentlichung sowie die Bewertungssystematik der Qualitätsprüfung wurde die Pflege-Transparenzvereinbarung zwischen dem GKV-Spitzenverband, den Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen, der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe und der Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände geschlossen (ambulante Pflege: 29. Januar 2009, stationäre Pflege: 10. Juni 2013).

Bei den Transparenzkriterien für die stationäre Pflege ist zwischen einrichtungsbezogenen und bewohnerbezogenen Kriterien zu unterscheiden. Die 77 Kriterien sind fünf Qualitätsbereichen zugeordnet:

- Pflege und medizinische Versorgung (32 Kriterien)
- Umgang mit demenzkranken Bewohnerinnen und Bewohnern (9 Kriterien)
- Soziale Betreuung und Alltagsgestaltung (9 Kriterien)
- Wohnen, Verpflegung, Hauswirtschaft und Hygiene (9 Kriterien)
- Befragung der Bewohnerinnen und Bewohner (18 Kriterien)

In die Berechnung der Gesamtnote fließen nur die Kriterien der ersten vier Qualitätsbereiche ein.

Für die ambulante Pflege gelten grundsätzlich die gleichen Verfahrensbeschreibungen wie für die stationäre Pflege. Es sind jedoch einige Besonderheiten zu beachten. Bei den Transparenzkriterien wird zwischen einrichtungsbezogenen und kundenbezogenen Kriterien unterschieden. Die 49 Kriterien sind vier Qualitätsbereichen zugeordnet:

- Pflegerische Leistungen (17 Kriterien)
- Ärztlich verordnete pflegerische Leistungen (10 Kriterien)
- Dienstleistung und Organisation (10 Kriterien)
- Befragung der Kundinnen und Kunden (12 Kriterien)

In die Berechnung der Gesamtnote fließen nur die Kriterien der ersten drei Qualitätsbereiche ein.

Bundesweit wurden zwischen Juli 2014 und Juli 2015 12.387 ambulante Dienste und 12.673 stationäre Pflegeeinrichtungen geprüft. Die bundesweiten Durchschnittsnoten für ambulante Dienste und stationäre Einrichtungen lagen zwischen 1,1 und 1,6.

In Niedersachsen wurden im gleichen Zeitraum 1.144 ambulante und 1.555 stationäre Einrichtungen geprüft. Die Noten entsprechen in beiden Sektoren nahezu vollständig dem Bundesdurchschnitt.

Bereiche	Noten (Mittelwert Niedersachsen)	Noten (Mittelwert Bundesebene)
Pflegerische Leistungen	1,4	1,5
Ärztlich verordnete pflegerische Leistungen	1,4	1,4
Dienstleistung und Organisation	1,1	1,1
Gesamtergebnis	1,2	1,2
Befragung der Kundinnen und Kunden	1,0	1,0

Tabelle 30: Noten für ambulante Pflegedienste in Niedersachsen und bundesweit im Jahr 2014, Notenskala 1 – 5 (Quelle: DatenClearingStelle 2015, Seite 3)

Bereiche	Noten (Mittelwert Niedersachsen)	Noten (Mittelwert Bundesebene)
Pflege und medizinische Versorgung	1,6	1,6
Umgang mit demenzkranken Bewohnerinnen und Bewohner	1,1	1,1
Soziale Betreuung und Alltagsgestaltung	1,1	1,1
Wohnen, Pflege, Hauswirtschaft und Hygiene	1,1	1,1
Gesamtergebnis	1,3	1,3
Befragung der Bewohnerinnen und Bewohner	1,2	1,1

Tabelle 31: Noten für stationäre Pflegeeinrichtungen in Niedersachsen und bundesweit im Jahr 2014 Notenskala 1 – 5 (Quelle: DatenClearingStelle 2015, Seite 4)

Im Vergleich zum Berichtsjahr 2009/2010 haben sich die Noten sowohl bundesweit als auch in Niedersachsen verbessert. Die Gesamtnote für ambulante Pflegedienste lag damals in Deutschland noch bei 2,1 und für stationäre Pflegeeinrichtungen bei 1,7. In Niedersachsen wurde jeweils eine 2,0 und eine 1,7 erreicht.

Die Transparenzvereinbarungen und die damit verbundene Benotung der Pflegeeinrichtungen sollen einen wesentlichen Beitrag dazu leisten, das Qualitätsgeschehen in der professionellen Pflege positiv

zu beeinflussen und nach außen nachvollziehbarer zu gestalten. Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen soll auf diese Weise die Auswahl eines Leistungsanbieters erleichtert werden. Die Erreichung dieses Zieles wird jedoch in Fachkreisen angezweifelt.¹⁰⁶

Dies wird durch das PSG II aufgegriffen. An die Stelle der 2008 eingerichteten Schiedsstelle Qualitätssicherung soll ab 01. Januar 2016 ein Qualitätsausschuss treten (§ 113 b SGB XI), durch den die bestehenden Maßstäbe und Grundsätze zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität von den Vertragsparteien für die stationäre Pflege bis zum 30. Juni 2017 und für die ambulante Pflege bis zum 30. Juni 2018 neu zu vereinbaren sind. Diese sind danach in regelmäßigen Abständen dem medizinisch-pflegefachlichem Fortschritt anzupassen. Darüber hinaus ist geplant, die bisherigen Pflege-Transparenzvereinbarungen durch einen neuen Ansatz abzulösen. Die Vertragsparteien sollen nach § 113 SGB XI verpflichtet werden, ein Instrument zur vergleichenden Qualitätsberichterstattung auf wissenschaftlicher Basis zu entwickeln und umzusetzen. Die Ergebnisse sollen die Grundlage für die Vereinbarungen zur Qualitätsdarstellung bilden. Entsprechende Qualitätsdarstellungsvereinbarungen für den stationären Bereich sind bis zum 31. Dezember 2017 und für den ambulanten Bereich bis zum 31. Dezember 2018 zu treffen.

¹⁰⁶ Bereits in einem frühen Stadium der Erprobung dieses Bewertungssystems bestand weitreichende Kritik (zum Beispiel Klie 2011). Sie bezieht sich beispielsweise auf die MDK-Anleitung zur Prüfung der Qualität, da diese mit ihren Fragen nicht den allgemein anerkannten Stand der medizinischen und pflegerischen Versorgung widerspiegeln würde. Darüber hinaus basiere der Prüfbericht des MDK ganz wesentlich auf Analysen der Pflegedokumentation und nicht der eigentlichen Prozess- und Ergebnisqualität. Ebenfalls wird die Systematik der Prüfung kritisch bewertet. Zum Beispiel bestehe die Möglichkeit, personenbezogene negative Bewertungen durch positive Bewertungen in anderen Bereichen auszugleichen. Hinzu komme, dass die Varianz der Noten der Einrichtungen vergleichsweise gering sei. Dies erschwere eine realistische Einschätzung der Unterschiede zwischen den Einrichtungen und schränke die Aussagekraft ein. Um diese sich bereits abzeichnenden Schwachstellen der Transparenzvereinbarungen zu identifizieren, wurde zwischen den Vertragspartnerinnen und Vertragspartnern eine Evaluation vereinbart, die durch den GKV-Spitzenverband begleitet wurde. Der Abschlussbericht vom Medizinischen Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V. wurde im Jahr 2010 vorgelegt (Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V. 2010). Aus den Ergebnissen der qualitativen und quantitativen Analysen wurden Empfehlungen abgeleitet, wie eine kurzfristige Änderung der Transparenzvereinbarungen in der ambulanten und stationären Pflege vorgenommen werden kann. Eine Einigung mit den Organisationen der Heimträger konnte allerdings nicht herbeigeführt werden, so dass die Schiedsstelle eingebunden wurde, die am 10. Juni 2013 eine Entscheidung vorlegte. In diesem Zusammenhang wurde unter anderem eine veränderte Stichprobenbildung zur Einbindung der Bewohnerinnen und Bewohner in die Prüfungen, eine Verschärfung der Skalenwerte bei der Zuordnung zu einer Note und die Abänderung von Bewertungskriterien beschlossen.

Weitreichendere Veränderungen wurden in dem Modellprojekt „Entwicklung und Erprobung von Instrumenten zur Beurteilung der Ergebnisqualität in der stationären Altenhilfe“ vorgeschlagen, das Dr. Klaus Wingefeld und seine Kollegen im Auftrag des BM und des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend durchführten (Wingefeld et al. 2011). Die Forschergruppe legte ein neues Bewertungssystem vor. Eine Übertragung dieser Vorschläge in die Praxis ist allerdings bis heute nicht erfolgt.

Vereinfachte Pflegedokumentation

Unabhängig von der Erarbeitung eines neuen Qualitäts- und Veröffentlichungssystems soll auch ein neues Dokumentationssystem zur Anwendung kommen. Im Auftrag des BGM wurde die „Empfehlungen zur Effizienzsteigerung in der Pflegedokumentation in der ambulanten und stationären Langzeitpflege“ erarbeitet (Beikirch et al. 2014). Diese sollen nach dem erfolgreichen Praxistest, an dem sich auch zehn ambulante Pflegedienste aus Niedersachsen beteiligten, im Rahmen eines zweijährigen Projekts des BMG nun bundesweit umgesetzt werden. Mit der Begleitung der Implementierung hat das BMG das Projektbüro EinSTEP beim IGES Institut beauftragt. Das neue Dokumentationsmodell soll in 25 % aller Pflegeeinrichtungen eingeführt werden. Dieses Ziel wurde bereits im September 2015 in Niedersachsen erreicht.

Weitere Vereinbarungen wurden getroffen. Unter anderem bietet das Kultusministerium über die Landesschulbehörde entsprechende Fortbildungen für Lehrkräfte in Alten- und Krankenpflegesschulen an.

7.2 Qualitätsentwicklung und -sicherung in der häuslichen Pflege bei Pflegegeldbezug

Während die Qualität der professionellen Pflege große öffentliche Aufmerksamkeit erlangt, steht die Qualität der pflegerischen Versorgung von Pflegebedürftigen, die ausschließlich Pflegegeld in Anspruch nehmen und entsprechend von Angehörigen gepflegt werden, bis heute im Hintergrund. Wie in den Kapiteln II.2.4 und II.4.1.2 angeführt wurde, betrifft dies in Niedersachsen 131.408 der 288.296 pflegebedürftigen Menschen. Voraussetzung für die Gewährung von Pflegegeld ist gemäß § 37 SGB XI, dass die Pflegebedürftigen selbst in geeigneter Weise die erforderliche Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung sicherstellen und auch für deren Qualität verantwortlich sind.

Insoweit entzieht sich die häusliche Pflege wesensgemäß den für die professionelle Pflege maßgeblichen formellen Qualitätssicherungs- und Qualitätsprüfungsverfahren. Dies betrifft zum Beispiel die zutreffende Beurteilung des Gesundheitszustandes der pflegebedürftigen Person oder die Einschätzung, ob Pflege Techniken, Pflegehilfsmittel und unterstützende Hilfssysteme vorhanden sind beziehungsweise zum Nutzen der Pflegebedürftigen zur Anwendung kommen.

Es kommt deshalb ein System unterschiedlicher Unterstützungs- und Monitoringinstrumente in den Pflegehaushalten zum Einsatz.

Begutachtung des MDK

Bereits bei der Begutachtung der Pflegebedürftigkeit in der häuslichen Umgebung gibt der MDK eine Einschätzung dazu ab, inwieweit die Pflege sichergestellt ist. Entsprechende Einblicke erhalten die Prüfenden, indem sie mit Einwilligung der Versicherten eine Untersuchung im Wohnbereich der Antrag-

stellenden vornehmen, behandelnde Ärztinnen und Ärzte einbeziehen und sich Kenntnisse über wichtige Vorerkrankungen sowie Art, Dauer und Umfang der Hilfebedürftigkeit verschaffen. Zudem werden pflegende Angehörige und sonstige an der Pflege Beteiligte befragt. Auf dieser Grundlage werden gegebenenfalls auch Maßnahmen zur Verbesserung der Versorgungsqualität empfohlen. Nach Auskunft des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung Niedersachsen stellen die Prüfenden lediglich bei weniger als 2,3 % der Erstanträge auf Gewährung von Pflegegeld fest, dass die häusliche Pflege nicht sichergestellt ist.

Beratung in der eigenen Häuslichkeit nach § 37 Abs. 3 SGB XI

Des Weiteren erhalten pflegende Angehörige von Bezieherinnen und Beziehern von Pflegegeld Beratungen in der eigenen Häuslichkeit nach § 37 Abs. 3 SGB XI. Diese verpflichtenden Beratungseinsätze werden in der Regel durch zugelassene, selbst auszuwählende Pflegeeinrichtungen oder auch Beratungseinrichtungen mit nachgewiesener pflegfachlicher Kompetenz durchgeführt und finden bei Pflegebedürftigen mit Pflegestufe I und II halbjährlich und bei Pflegebedürftigen der Pflegestufe III vierteljährlich statt. Pflegebedürftige, bei denen ein erheblicher Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung nach § 45a festgestellt ist, sind berechtigt, den Beratungseinsatz innerhalb der genannten Zeiträume zweimal in Anspruch zu nehmen. Erfüllt dieser Personenkreis noch nicht die Voraussetzungen für die Pflegestufe I, kann dieser halbjährlich einmal einen Beratungsbesuch in Anspruch nehmen. In diesen Fällen kann die Beratung auch durch von den Landesverbänden der Pflegekassen anerkannte Beratungsstellen wahrgenommen werden. Diese durch Pflegefachkräfte geleistete Beratung soll der Sicherung der Qualität der häuslichen Pflege durch regelmäßige Hilfestellung und praktische pflegfachliche Unterstützung dienen. Durch ihren regelmäßigen Zugang zur häuslichen Pflegesituation haben professionelle Pflegekräfte die Möglichkeit, Symptome der Überlastung bei pflegenden Angehörigen frühzeitig zu erkennen, Hilfen aufzuzeigen und anzubieten. Inhalt der Beratungseinsätze kann beispielsweise ein Training im Umgang mit Hilfsmitteln oder das Erlernen bestimmter Pflegetechniken sein. Die Pflegefachkräfte erstatten den Pflegekassen Bericht über die Ergebnisse des Beratungseinsatzes. Dieser bildet die Grundlage für mögliche weitere Maßnahmen zur Sicherstellung der häuslichen Pflege bei Pflegegeldbezug.

In Niedersachsen werden die Beratungsbesuche nach Aussage der AOK Niedersachsen in nahezu allen Fällen abgerufen. Bei den zahlenmäßig wenigen Weigerungen, die Beratung durch einen Pflegedienst in Anspruch zu nehmen, klären die Kassen über die möglichen Folgen (Kürzung oder Entzug des Pflegegeldes) auf. Dies hat in der Regel die Abrufung der Beratung zur Folge. Schwerwiegende Missstände

werden selten bekannt.¹⁰⁷ In vielen Beratungssituationen werden allerdings Vorschläge zur Verbesserung der Pflegesituation unterbreitet, die sich zum Beispiel auf den Einsatz von Pflegehilfsmitteln beziehen. An den Beratungsbesuchen beteiligen sich fast alle ambulanten Pflegedienste. Die Vergütung der Dienste für die Einsätze liegt bei 22 Euro in der Pflegestufe I und II und in der Pflegestufe III bei 32 Euro. Die Auskömmlichkeit der Finanzierung kann an dieser Stelle nicht beurteilt werden.

Pflegekurse der Pflegekassen

Zur Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen häuslichen Versorgung werden Pflegekurse für Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen von den Pflegekassen angeboten (§ 45 SGB XI). Die Teilnahme ist unentgeltlich möglich. Die Kurse dienen dazu, pflegerische Fertigkeiten für die eigenständige Durchführung der Pflege zu vermitteln, das körperliche und psychische Belastungsgeschehen der Pflegepersonen zu mindern und das soziale Engagement im Bereich Pflege zu fördern und zu stärken. Die Schulungen sollen auch in der häuslichen Umgebung der Pflegebedürftigen stattfinden. Pflegekassen bieten die Kurse entweder selbst oder in Kooperation mit anderen Kassen an. Auch die Beauftragung anderer Einrichtungen mit der Durchführung der Kurse ist möglich (siehe hierzu auch Kapitel II.4.8). Nicht zuletzt spielen auch die in Kapitel II.4 beschriebenen Leistungen zur Unterstützung der häuslichen Pflegesituation einen wichtigen Beitrag zur Sicherung der Qualität der Versorgung Pflegebedürftiger, die Pflegegeld beziehen.

Wie die vorangehende Darstellung zeigt, greift der Gesetzgeber auf unterschiedliche Instrumente zurück, um die Qualität der pflegerischen Versorgung von Pflegebedürftigen, die ausschließlich Pflegegeld in Anspruch nehmen und entsprechend von Angehörigen gepflegt werden, zu sichern. Es handelt sich um ein Vorgehen, das Elemente einer Qualitätsermittlung beziehungsweise eines Monitorings und Elemente einer gezielten Unterstützung verzahnt. Dabei ist die Zusammenarbeit von Laienpflegenden und professionellen Pflegekräften von Bedeutung. Mit diesem Vorgehen trägt der Gesetzgeber dem Aspekt Rechnung, dass sich die Pflege durch Angehörige, nicht zuletzt aufgrund der hohen Bedeutung der lebensgeschichtlich entwickelten Beziehungsdynamik und der Privatheit dieses Versorgungssettings, formellen Qualitätssicherungs- und Prüfverfahren entzieht. Verbindliche Qualitätskriterien in Form von einklagbaren Standards, die auf pflegefachlichen Erkenntnissen fußen, sind kaum anzulegen.

¹⁰⁷ Zu anderen Ergebnissen kommen einige Studien, die sich mit Misshandlungen und Vernachlässigungen in der Pflege durch Angehörige beschäftigen. Gröning und Lietzau (2010) schätzen die Prävalenzrate beispielsweise auf etwa 10 % bis 11 % aller Pflegebedürftigen. Allerdings ist mit einer hohen Dunkelziffer zu rechnen, da die Delikte nur in den seltensten Fällen aktenkundig werden. Ursachen sind oft hohe Belastungen durch die häusliche Pflege, Schwierigkeiten in der Beziehungsdynamik und unzureichende soziale Unterstützung. Auch das Kriminologische Forschungsinstitut Niedersachsen kommt auf Grundlage einer qualitativen Interviewstudie und einer Befragung von ambulanten Pflegediensten unter anderem auch in Niedersachsen zu der Annahme, dass Misshandlungen und Vernachlässigungen über den Einzelfall hinausgehende Erscheinungen in häuslichen Pflegesituationen darstellen (Görgen et al. 2004).

Auf dieser Grundlage lässt sich Qualität in häusliche Versorgungsbeziehung noch weniger von außen „hineinprüfen“ als dies im professionellen Bereich schon der Fall ist. Der Ansatz muss vielmehr in einer Befähigung der Angehörigen bestehen, eine Versorgung sicherzustellen, die den Bedürfnissen der Pflegebedürftigen gerecht wird und sie selbst nicht überfordert. Die im SGB XI vorgesehenen Unterstützungsangebote für pflegende Angehörige und der explizite Beratungsauftrag, der dem MDK im Rahmen der Begutachtung und den ambulanten Diensten im Rahmen der Beratungseinsätze nach § 37 Abs. 3 SGB XI zukommt, spielen hierbei eine wichtige Rolle. Über diese Instrumente lassen sich auch Personen erreichen und über bestehende Angebote informieren, die aus anderen Leistungsbezügen herausfallen und folglich kaum Kontakt zum bestehenden Hilfesystem haben.

Davon unbenommen ist davon auszugehen, dass das bisher bestehende Qualitätsermittlungs- und Unterstützungssystem nicht ausschließen kann, dass Formen von Vernachlässigung und Misshandlung in häuslichen Pflegearrangements auftreten. Die Veröffentlichungen von Gröning und Lietzau (2010) und dem Kriminologischen Forschungsinstitut Niedersachsen (Görgen et al. 2004) lassen hierauf Rückschlüsse zu.

7.3 Qualitätsentwicklung und -sicherung in den Landkreisen und kreisfreien Städten

Auch die Landkreise und kreisfreien Städte sowie die Region Hannover führen Maßnahmen zur Erfassung und Sicherstellung einer bedarfsgerechten und qualitätsgesicherten Pflege durch. Nach § 3 NPflegeG haben diese örtliche Pflegeberichte über den Stand und die voraussichtliche Entwicklung der pflegerischen Versorgung zu verfassen, die auch Vorschläge zur Anpassung der bestehenden pflegerischen Versorgungsstruktur an die bestehenden Bedarfe enthalten sollen. Sie sollen nicht nur einmalig verfasst, sondern müssen regelmäßig fortgeschrieben werden.

Zusätzlich können örtliche Pflegekonferenzen durchgeführt werden (§ 4 NPflegeG). Sie dienen dazu, über den Stand der pflegerischen Versorgung und deren weitere Entwicklung zu beraten. Diese Konferenzen können einen wichtigen Beitrag zur Identifizierung von Versorgungslücken, zur Netzwerkbildung und zur Verzahnung ambulanter und stationärer Versorgungsstrukturen leisten.

Rückschlüsse auf die Umsetzung beider Maßnahmen lassen sich aus der Befragung der niedersächsischen Landkreise, kreisfreien Städte und der Region Hannover ableiten, die im Zuge der Erstellung des Landespflegeberichts durchgeführt wurde. Alle 47¹⁰⁸ angeschriebenen Gebietskörperschaften beteiligten sich.

¹⁰⁸ Die Antwort der Region Hannover umfasst auch die Landeshauptstadt Hannover, so dass im Folgenden nur 46 kommunale Gebietskörperschaften ausgewiesen werden.

Die Befragung ergab, dass lediglich etwa die Hälfte der 46 Gebietskörperschaften auf einen örtlichen Pflegebericht zurückgreifen kann.

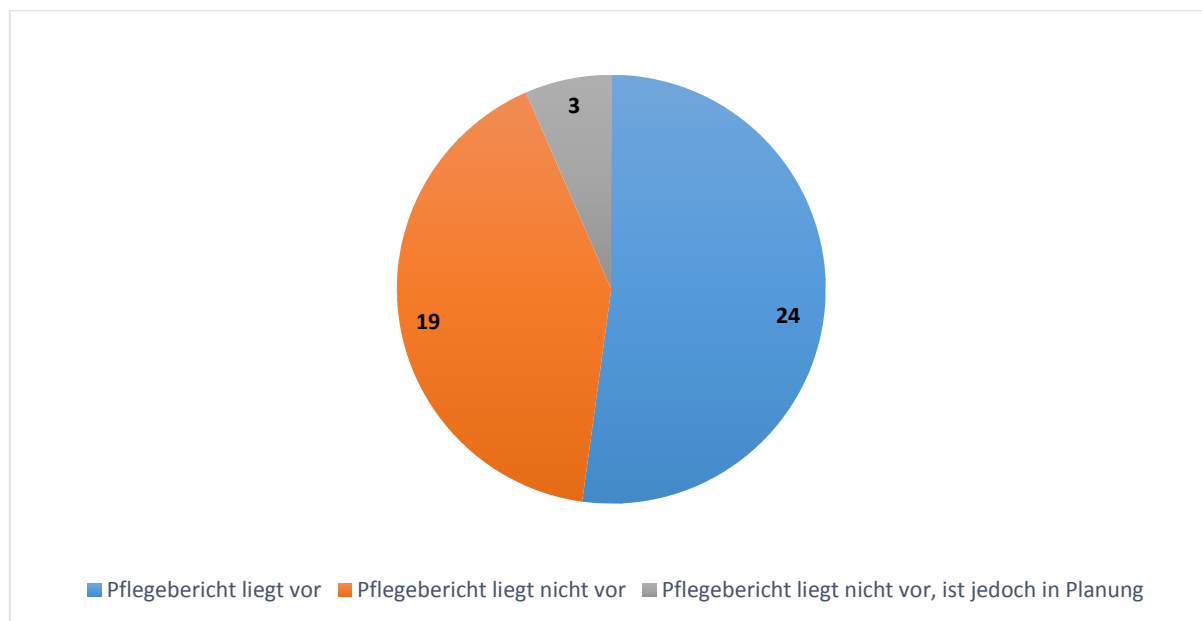


Abbildung 112: Anzahl der kommunalen Gebietskörperschaften, die im Jahr 2015 über einen örtlichen Pflegebericht verfügen (Quelle: Eigene Befragung)

Weniger als die Hälfte der 24 Gebietskörperschaften, die bereits örtliche Pflegeberichte verfasst haben, realisierten in den letzten Jahren auch eine Fortschreibung.

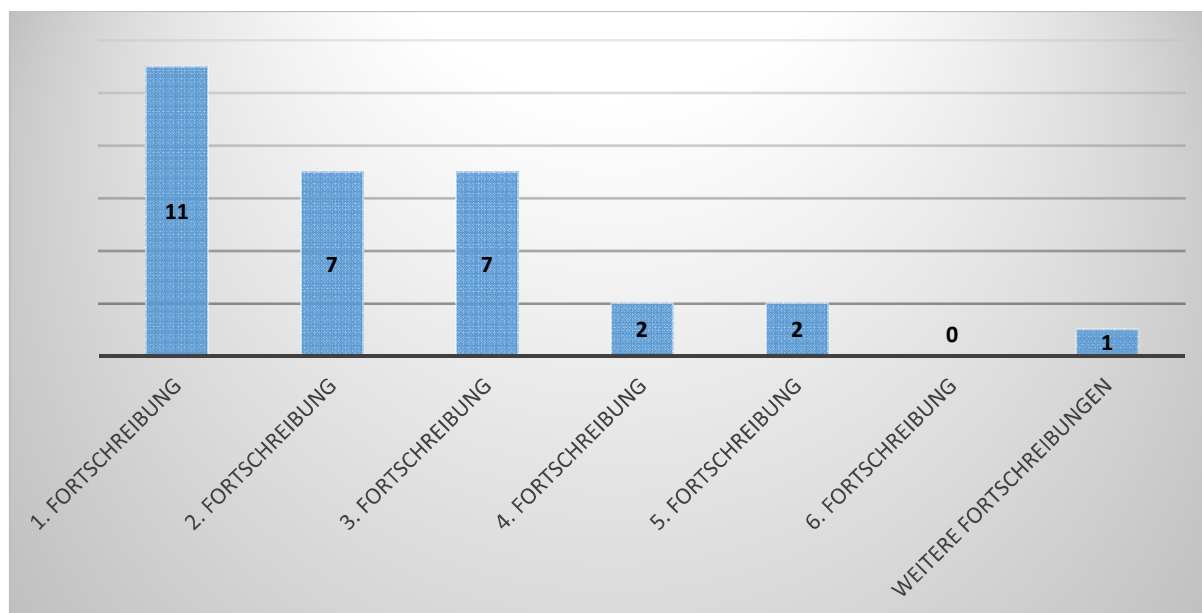


Abbildung 113: Anzahl der kommunalen Gebietskörperschaften, die die Pflegeberichterstattung bis zum Jahr 2015 fortgeschrieben haben (Quelle: Eigene Befragung)

Örtliche Pflegekonferenzen finden in weniger als der Hälfte der Gebietskörperschaften statt.

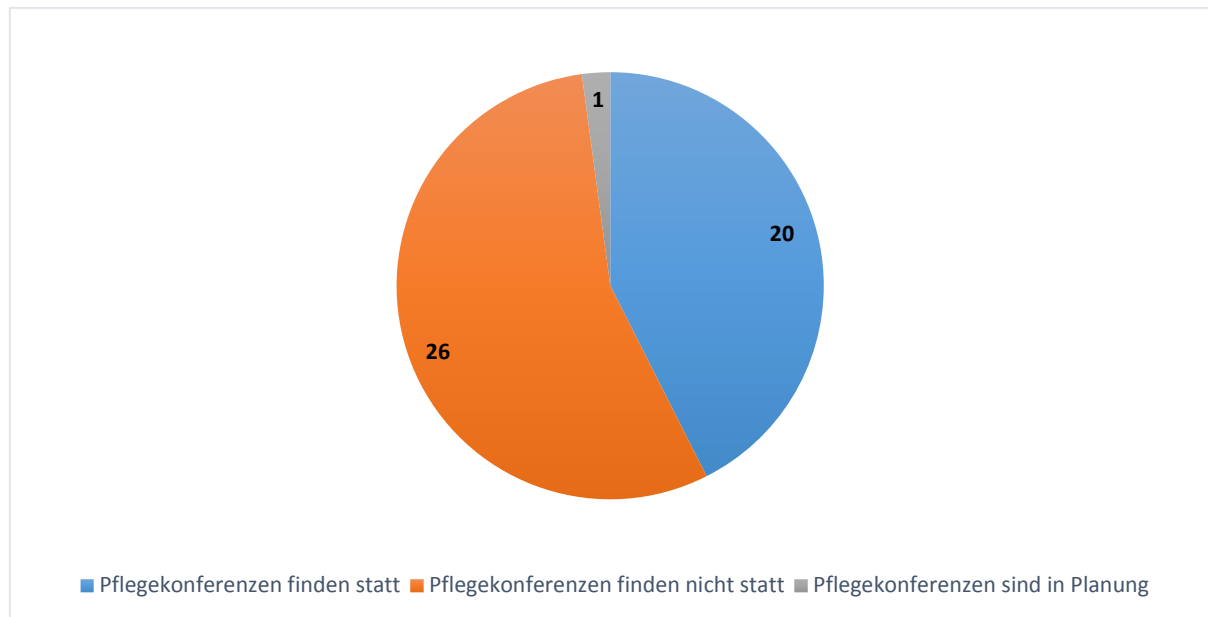


Abbildung 114: Anzahl der kommunalen Gebietskörperschaften, die im Jahr 2015 örtliche Pflegekonferenzen durchführen (Quelle: Eigene Befragung)

In 55 % der kommunalen Gebietskörperschaften mit Pflegekonferenz wird diese Veranstaltung dabei mehrmals jährlich und in 30 % jährlich abgehalten. Finden keine Pflegekonferenzen statt, wird dies unter anderem mit fehlenden personellen und zeitlichen Kapazitäten für die Organisation der Treffen, dem Vorhandensein anderweitiger Vernetzungsstrukturen mit den entsprechenden Akteuren, dem fehlenden langfristigen Engagement der Beteiligten und begrenzten Nutzenerwartungen begründet. Außerdem sehen einige der befragten Gebietskörperschaften nur begrenzte Möglichkeiten der Beeinflussung der Versorgungsstruktur durch örtliche Pflegekonferenzen, da die Träger Entscheidungen primär aus marktwirtschaftlichen Gesichtspunkten trafen. Hinzu kommen Bedenken, Handlungserwartungen zu wecken, die nicht befriedigt werden können.

8. Berufstätigkeit und Ausbildung in der Pflege

Wie in Kapitel II.2.3 dargestellt, wird die Anzahl pflegebedürftiger Menschen in Niedersachsen in den kommenden Jahren stark zunehmen. Im Zuge dieser Entwicklung ist schon heute eine deutliche Ausweitung der Inanspruchnahme ambulanter und stationärer Pflegeleistungen zu beobachten. Um eine qualifizierte Versorgung dieses wachsenden Personenkreises mit professionellen Pflegeleistungen auch zukünftig sicherzustellen, bedarf es einer ausreichenden Anzahl entsprechend qualifizierter Fach- und Hilfskräfte. Schon heute bestehen jedoch in einigen Regionen Schwierigkeiten, offene Stellen mit geeigneten Kräften zu besetzen. Diese Situation wird sich zukünftig noch weiter verstärken, wobei jedoch große regionale Unterschiede zu erwarten sind. Vor diesem Hintergrund gewinnt die Frage an Bedeutung, wie sich die Personalausstattung in den Pflegediensten und stationären Pflegeeinrichtungen in Niedersachsen im Allgemeinen aber auch auf der örtlichen Ebene in den Landkreisen und kreisfreien Städten darstellt und wie sich der Personalbedarf in Niedersachsen perspektivisch entwickeln wird. Von Bedeutung werden in diesem Zusammenhang die Personalbeschaffung und Personalbindung in diesem Beschäftigungssegment sein.

Die Daten der niedersächsischen Pflegestatistik ermöglichen dabei differenzierte Rückschlüsse auf den Status-Quo und die Entwicklung des Personalbestands. Auch eine durch die CIMA Institut für Regionalwirtschaft GmbH Hannover (2014) erstellte Studie zum Personal- und Ausbildungsbedarf in der Altenpflege sowie der Themenreport „Pflege 2030“ der Bertelsmann Stiftung lassen Rückschlüsse auf die spezifische Lage in Niedersachsen zu. Außerdem werden zu einigen Fragestellungen auch Ergebnisse ausgewählter anderer Untersuchungen eingebunden, die nicht auf die spezifischen Bedingungen in Niedersachsen bezogen sind.

Am Stichtag 15. Dezember 2013 sind in Niedersachsen insgesamt 112.399 Beschäftigte in Pflegeeinrichtungen tätig. Im Vergleich zum Jahr 2007 hat sich diese Anzahl um 23.397 Personen erhöht. 32.144 Personen arbeiten dabei in ambulanten Pflegediensten (28,6 %) und 80.255 Personen in stationären Pflegeeinrichtungen (71,4 %). 97.480 Beschäftigte sind im Jahr 2013 weiblich (86,7 %) und 14.919 männlich (13,3 %).

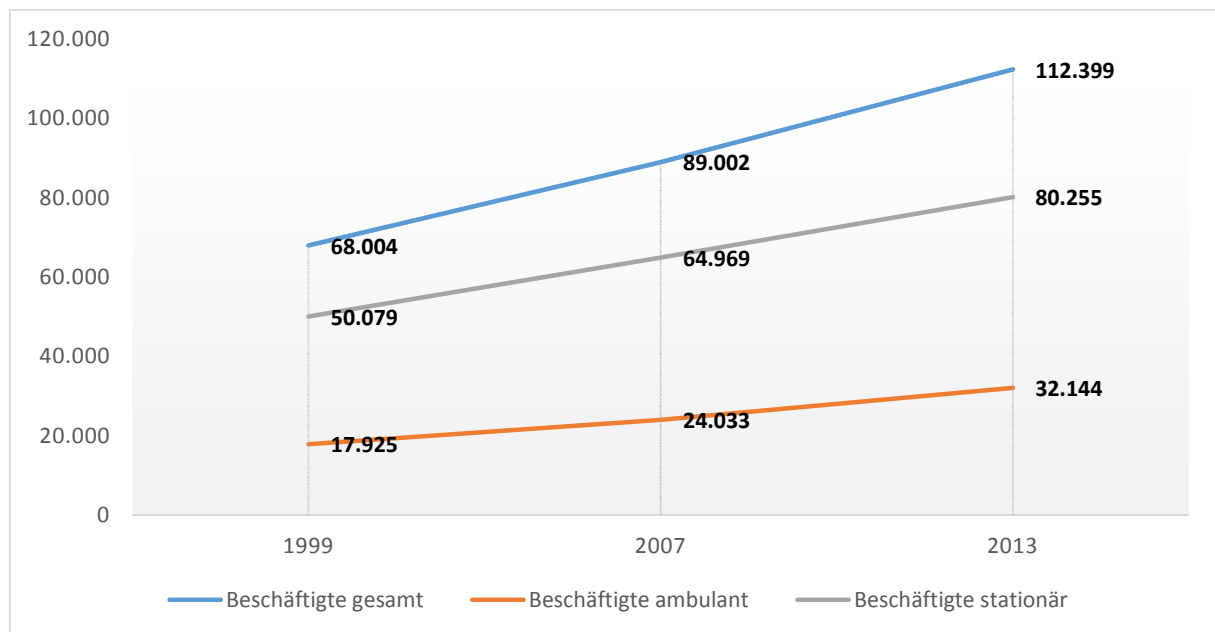


Abbildung 115: Entwicklung der Anzahl der Beschäftigten in Pflegediensten und stationären Pflegeeinrichtungen in den Jahren 1999, 2007 und 2013 (Quelle: LSN, Pflegestatistik 1999, 2007, 2013)

Die Anzahl der Pflegefachkräfte beträgt dabei 38.110 und die Anzahl der Beschäftigten in Pflegehelferberufen 10.072 Personen. Dies entspricht einem Anteil von 33,9 % und 9 % am Gesamtpersonal in den Einrichtungen. Zu den Pflegefachkräften beziehungsweise examinierten Pflegekräften zählen Altenpflegerinnen und Altenpfleger, Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger sowie Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger. Zu den Pflegehelferberufen zählen Altenpflegehelferinnen und Altenpflegehelfer sowie Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer.¹⁰⁹

In der Zusammenschau sind folgende Berufsgruppen im Pflegesektor beschäftigt:

¹⁰⁹ Pflegeassistentinnen und Pflegeassistenten werden in der Landespflegestatistik nicht extra ausgewiesen, obwohl die zweijährige generalistische Ausbildung zur „staatlich geprüften Pflegeassistentin“ beziehungsweise zum „staatlich geprüften Pflegeassistent“ seit 2009 die in Niedersachsen anerkannte Berufsausbildung im Pflegehelferbereich darstellt. Sie ersetzt die einjährigen beruflichen Ausbildungen Krankenpflege-, Altenpflege- und Heilerziehungshilfe. Pflegeassistentinnen und Pflegeassistenten finden sich in der Pflegestatistik in der Gruppe der Altenpflegehelferinnen und Altenpflegehelfer, Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer, den sonstigen pflegerischen Berufsgruppen und den sonstigen Berufsgruppen. Zu den oben aufgeführten 10.072 Personen, die zweifelsfrei den Pflegehelferberufen zugeordnet werden können, kommt also noch eine weitere nicht genau zu beziffernde Anzahl von Pflegeassistentinnen und Pflegeassistenten, die den sonstigen pflegerischen Berufsgruppen und den sonstigen Berufsgruppen zugewiesen wurden.

Berufsabschluss	Anzahl	Anteil
Altenpfleger/ -in	23.809	21,2 %
Altenpflegehelfer/-in	6.977	6,2 %
Gesundheits- und Krankenpfleger/-in	13.200	11,7 %
Krankenpflegehelfer/-in	3.095	2,8 %
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/-in	1.101	1,0 %
Heilpädagogische Berufsgruppen	840	0,7 %
Therapeutische Berufsgruppen	2.046	1,8 %
Sozialpädagogische Berufsgruppen	685	0,6 %
Pflegewissenschaftliche Berufsgruppen	531	0,5 %
Hauswirtschaftliche Berufsgruppen	5.142	4,6 %
Sonstige pflegerische Berufsgruppen	10.150	9,0 %
Sonstige Berufsgruppen	27.511	24,5 %
Ohne Berufsabschluss	11.084	9,9 %
Auszubildende/ -r	6.228	5,5 %
Gesamt	112.399	100 %

Tabelle 32: Beschäftigte in Pflegediensten und stationären Pflegeeinrichtungen differenziert nach Berufsabschluss im Jahr 2013 (Quelle: LS, Landespflegestatistik 2013)

Im Vergleich zum Jahr 2007 hat sich der Anteil der Pflegefachkräfte um 3,4 % und der Anteil der Pflegehelferberufe um 0,7 % verringert. Demgegenüber hat sich zum Beispiel der Anteil der Beschäftigten mit sonstigen Berufen um 3,1 % erhöht.

29.562 der Beschäftigten in den ambulanten Pflegediensten und stationären Pflegeeinrichtungen arbeiteten in Vollzeit und 75.946 in Teilzeit, davon sind 16.547 Personen geringfügig beschäftigt. Praktikantinnen und Praktikanten, Helferinnen und Helfer im freiwilligen sozialen Jahr und im Bundesfreiwilligendienst sind mit 6.891 Personen in diesem Bereich tätig. Im Vergleich zum Jahr 2007 hat sich der Anteil der Vollzeitbeschäftigten um 4,8 % reduziert. Der Anteil der Teilzeitbeschäftigten hat sich im Gegenzug um 4,2 % erhöht. Minimal um 0,6 % hat sich auch der Anteil der Auszubildenden, (Um-)Schülerinnen und (Um-) Schüler, Helferinnen und Helfer im freiwilligen sozialen Jahr und im Bundesfreiwilligendienst gesteigert.

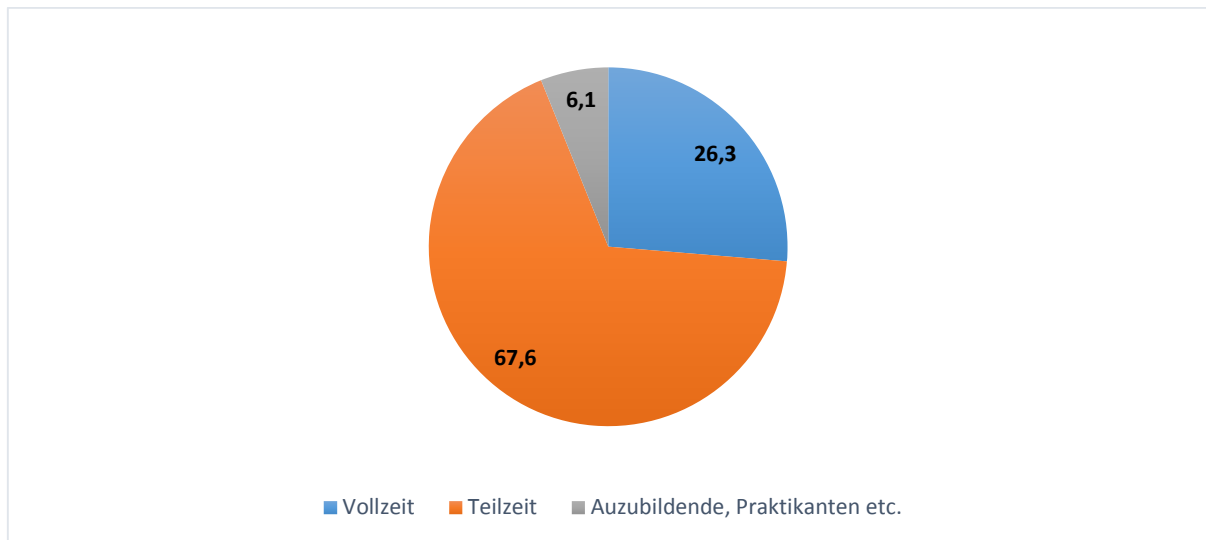


Abbildung 116: Struktur der Beschäftigung in den Pflegeberufen im Jahr 2013 in Prozent (Quelle: LSN, Pflegestatistik 2013)

Werden die Auszubildenden, Helferinnen und Helfer im freiwilligen sozialen Jahr und im Bundesfreiwilligendienst bei dieser Darstellung nicht berücksichtigt, entfallen 72 % auf die Teilzeit- und 28 % auf die Vollzeitbeschäftigten. Männer sind mit 49,9 % deutlich häufiger in Vollzeitarbeitsverhältnisse eingebunden als Frauen mit 24,7 %.

Die Altersverteilung der Beschäftigten in den niedersächsischen stationären Pflegeeinrichtungen und Pflegediensten zeigt, dass insbesondere die Altersgruppe der 45- bis 60-Jährigen verhältnismäßig häufig vertreten ist. Ab dem 60. Lebensjahr sinkt die Anzahl der Beschäftigten drastisch. 53,5 % der Beschäftigten ist im Jahr 2013 älter als 45 Jahre.

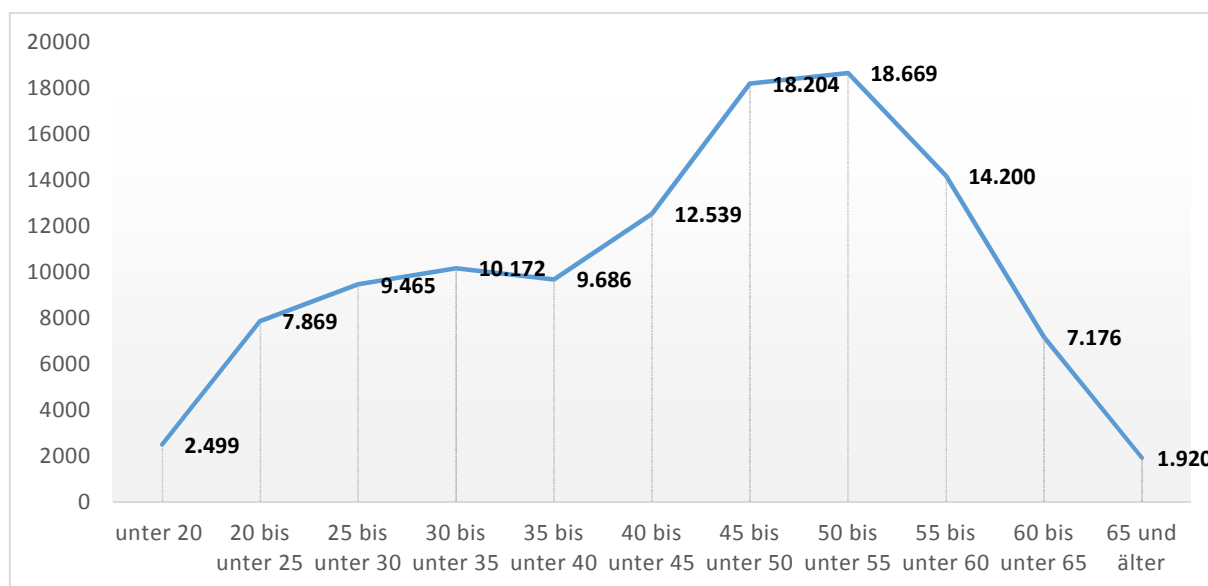


Abbildung 117: Anzahl der Beschäftigten differenziert nach Altersgruppen in stationären Pflegeeinrichtungen und ambulanten Pflegediensten im Jahr 2013 (Quelle: LSN, Pflegestatistik 2013)

8.1 Personal in ambulanten Pflegeeinrichtungen

Zahl der Beschäftigten

Am 15. Dezember 2013 arbeiten insgesamt 32.144 Personen in den zugelassenen ambulanten Pflegediensten Niedersachsens. Seit 2007 hat sich diese Anzahl um 8.111 und seit 1999 um 14.219 Personen erhöht. Dies entspricht einem Anstieg um 25,2 % beziehungsweise 44,2 %. Diese Zunahme der Personalausgaben verhält sich überproportional zum Anstieg der Zahl der Pflegedienste (siehe Kapitel II.4.2), was auf eine Zunahme der durchschnittlichen Betriebsgröße schließen lässt.

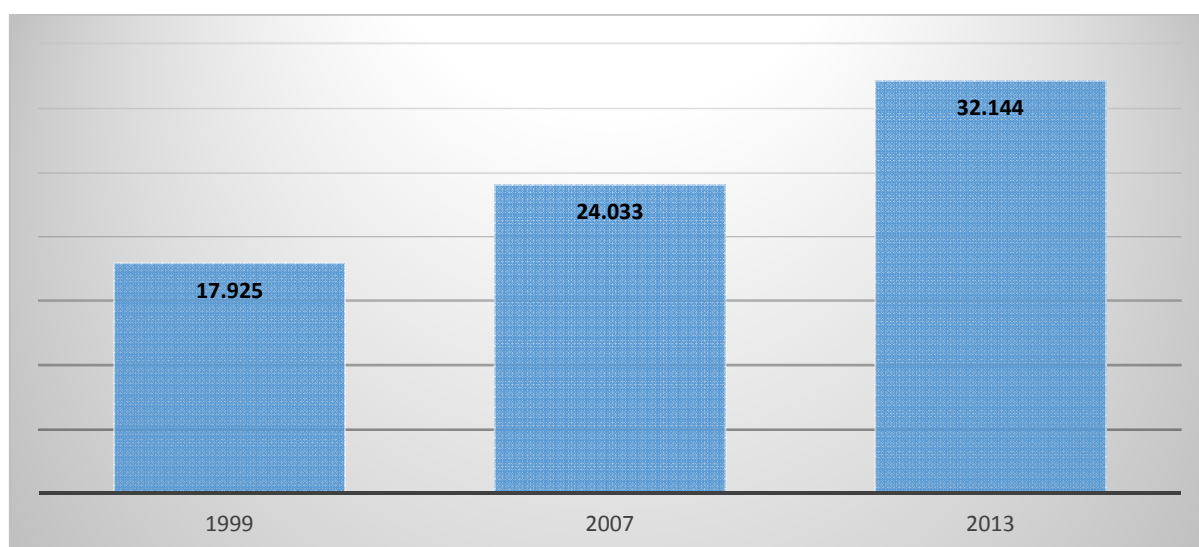


Abbildung 118: Anzahl der Beschäftigten in ambulanten Pflegediensten in den Jahren 1999, 2007 und 2013 (Quelle: LSN, Pflegestatistik 1999, 2007 und 2013)

Je Pflegedienst sind somit im Jahr 2013 im Durchschnitt 26,1 Personen beschäftigt, die durchschnittlich 2,1 Pflegebedürftige versorgen. Im Jahr 2007 betrug die durchschnittliche Beschäftigtenzahl pro Pflegedienst noch 21,6 Personen, die für 2,3 Pflegebedürftige zuständig waren. Hierbei handelt es sich nur um Personal, das im Bereich des SGB XI tätig war.¹¹⁰ Die Zahl der Pflegebedürftigen, die ein Beschäftigter betreut, hat sich also geringfügig verringert. Werden nicht alle Beschäftigten, sondern nur die Fachkräfte in den Blick genommen, zeigt sich allerdings ein entgegengesetzter Trend: Zwischen 2007 und 2013 hat sich die Zahl der Pflegebedürftigen, die durch eine Fachkraft betreut werden, von 4,5 auf 4,7 erhöht.

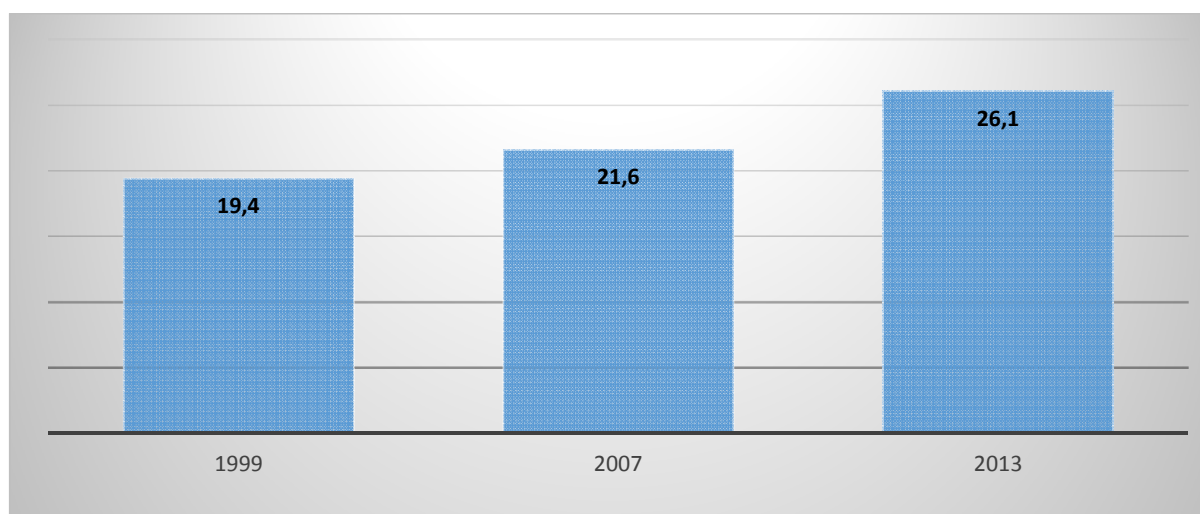


Abbildung 119: Entwicklung der durchschnittlichen Zahl der Beschäftigten je ambulanter Pflegedienst in den Jahren 1999, 2007 und 2013 (Quelle: LSN, Pflegestatistik 1999, 2007 und 2013)

54,9 % der Beschäftigten entfallen auf Pflegedienste in privater Trägerschaft (2007: 49,6 %), 43,3 % auf solche in freigemeinnütziger Trägerschaft (2007: 47,2 %) und 1,8 % auf Dienste in öffentlicher Trägerschaft (2007: 3,2 %) (siehe Kapitel II.8.1-A). Die Pflegedienste in privater Trägerschaft sind gemessen an der Zahl der dort durchschnittlich beschäftigten Personen (21,6 Personen) deutlich kleiner als die Pflegedienste in freigemeinnütziger (35,2 Beschäftigte) und öffentlicher Trägerschaft (30,6 Beschäftigte). Im Vergleich zum Jahr 2007 hat sich die absolute Anzahl der im ambulanten Bereich Beschäftigten in Diensten privater Trägerschaft von 11.920 auf 17.641, in freigemeinnütziger Trägerschaft von 11.349 auf 13.921 und in öffentlicher Trägerschaft vom 582 auf 764 Personen erhöht. Damit war die Steigerungsrate in den privaten Diensten mit 48,0 % am höchsten, gefolgt von der Steigerungsrate in den öffentlichen Diensten mit 31,3 % und in den freigemeinnützigen Diensten mit 22,7 %.

¹¹⁰ Angesichts der Tatsache, dass nur 2,1 % der ambulanten Pflegedienste ausschließlich Leistungen nach dem SGB XI erbringen, ist davon auszugehen, dass die tatsächliche Zahl der Beschäftigten in den Pflegediensten höher ist. Dies betrifft alle diejenigen Beschäftigten, die keine Leistungen im Bereich des SGB XI erbringen (zum Beispiel Beschäftigte, die Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach § 37 SGB V erbringen). Ihre Zahl wird jedoch nicht statistisch erfasst.

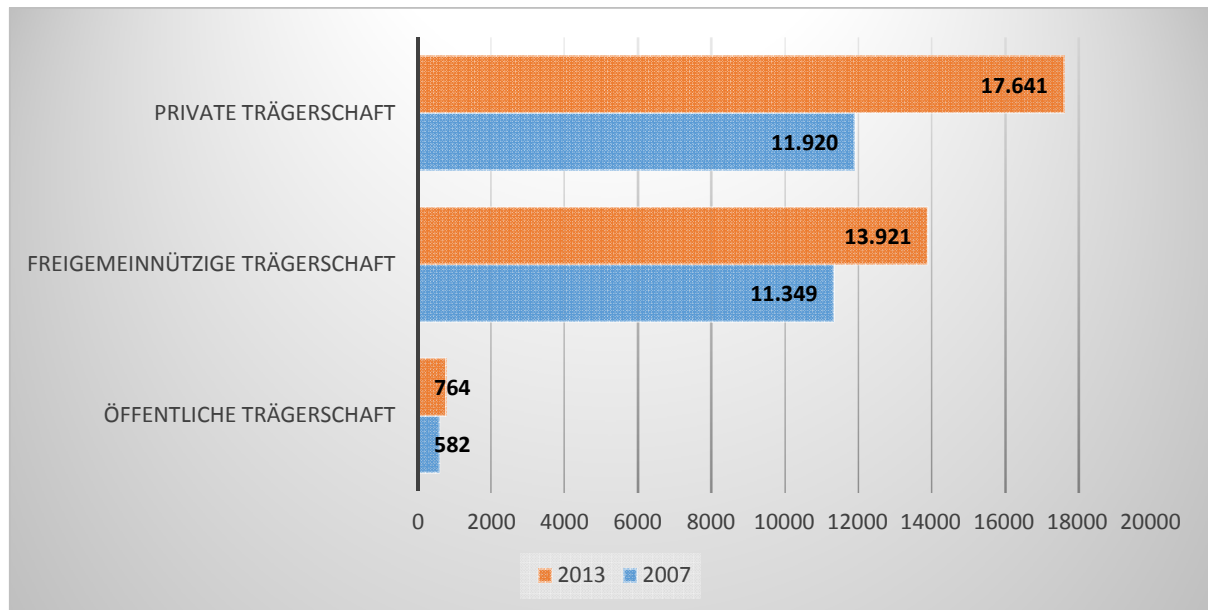


Abbildung 120: Entwicklung der Anzahl der Beschäftigten in ambulanten Pflegediensten differenziert nach Trägerschaft in den Jahren 1999, 2007 und 2013 (Quelle: LSN, Pflegestatistik 2007 und 2013)

Strukturmerkmale der Beschäftigten

Die überwiegende Mehrheit der Beschäftigten in ambulanten Pflegediensten ist weiblich (89,9 %). Gegenüber dem Jahr 2007 zeigen sich nur minimale Veränderungen. Damals lag der Anteil bei 90,3 %.

Wird die Altersverteilung der in den ambulanten Diensten Beschäftigten beleuchtet, zeigt sich, dass die Altersgruppen der 40- bis 60-Jährigen besonders stark besetzt sind. Ab dem 60. Lebensjahr sinkt die Anzahl der in ambulanten Pflegediensten Tätigen rapide. 53,5 % der Beschäftigten ist im Jahr 2013 älter als 45 Jahre.

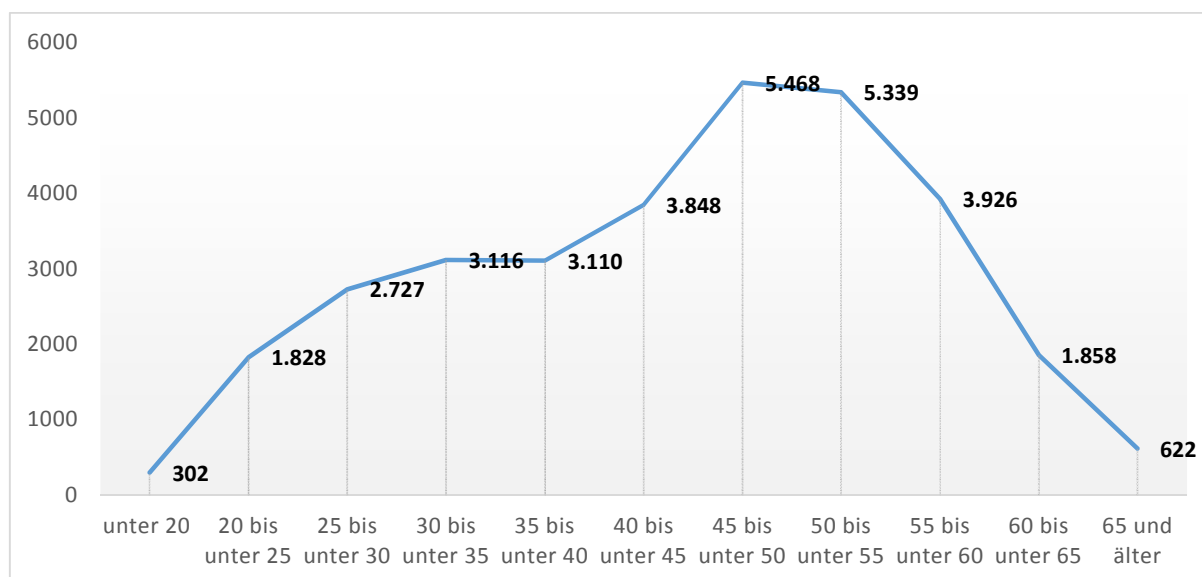


Abbildung 121: Anzahl der Beschäftigten differenziert nach Altersgruppen in ambulanten Pflegediensten im Jahr 2013 (Quelle: LSN, Pflegestatistik 2013)

Beschäftigungsverhältnisse

In den ambulanten Pflegediensten ist ein geringer Anteil von 18,5 % des Personals in Vollzeit beschäftigt (5.965 Personen). Dieser liegt deutlich niedriger als in den stationären Einrichtungen (29,4 %) und ist seit dem Jahr 2007 nahezu unverändert. Unter den weiblichen Beschäftigten macht der Anteil der Vollzeitbeschäftigten 16,4 %, bei den männlichen Beschäftigten 37,4 % aus. Im Bundesdurchschnitt beträgt der Anteil der Vollzeitbeschäftigten in ambulanten Pflegediensten 26,8 %. Demgegenüber ist dieser Anteil in Niedersachsen sehr gering.

Teilzeitarbeitsverhältnisse stellen in der ambulanten Pflege die dominierenden Beschäftigungsverhältnisse dar (25.143 Personen), wobei qualifizierte Teilzeit mit einer Arbeitszeit, die über 50 % einer Vollzeitbeschäftigung liegt, hierbei mit 39,1 % den größten Stellenwert einnimmt (12.555 Personen). Gegenüber dem Jahr 2007 hat sich der Anteil noch einmal um 3 % erhöht. Mit diesem Wert liegt Niedersachsen über dem Bundesdurchschnitt von 35,5 %. Demgegenüber haben nicht geringfügige Beschäftigungsverhältnisse mit unter 50 % einer Vollzeitbeschäftigung an Bedeutung verloren. 2007 lag dieser Anteil noch bei 20,2 % (4.847 Personen), 2013 nur noch bei 17,2 % (5.519 Personen). Auf Bundesebene nimmt diese Form der Teilzeitarbeitsverhältnisse mit 13,8 % einen noch geringeren Stellenwert ein. Der Anteil der geringfügigen Beschäftigung ist mit 22 % im Jahr 2013 (7.069 Personen) und mit 22,6 % im Jahr 2007 (5.430 Personen) nahezu stabil geblieben. Dieser Anteil liegt geringfügig oberhalb des Bundesdurchschnitts von 20,4 %.

Die Pflegedienste in Niedersachsen beschäftigen nur eine geringe Anzahl von Praktikantinnen und Praktikanten, Auszubildenden, Helferinnen und Helfern im freiwilligen sozialen Jahr sowie im Bundesfreiwilligendienst. Diese beläuft sich auf insgesamt 1.036 Personen. Ihr Anteil an allen Beschäftigten im ambulanten Bereich ist zwar seit dem Jahr 2007 geringfügig um 0,8 % gestiegen, liegt jedoch immer

noch bei nur 3,2 % (Bundesdurchschnitt: 3,3 %). In dieser Gruppe dominiert der Anteil der Auszubildenden mit 90,1 % (2007: 63,2 %), der knapp oberhalb des Bundesdurchschnitts von 89,8 % liegt. Helferinnen und Helfer im Bundesfreiwilligendienst sind in dieser Gruppe mit 5,1 % nur in geringem Maße vertreten (Bundesdurchschnitt: 3,2 %). Im Jahr 2007, als noch der Zivildienst bestand, entfiel ein Anteil von 31,7 % dieser Gruppe auf Zivildienstleistende.

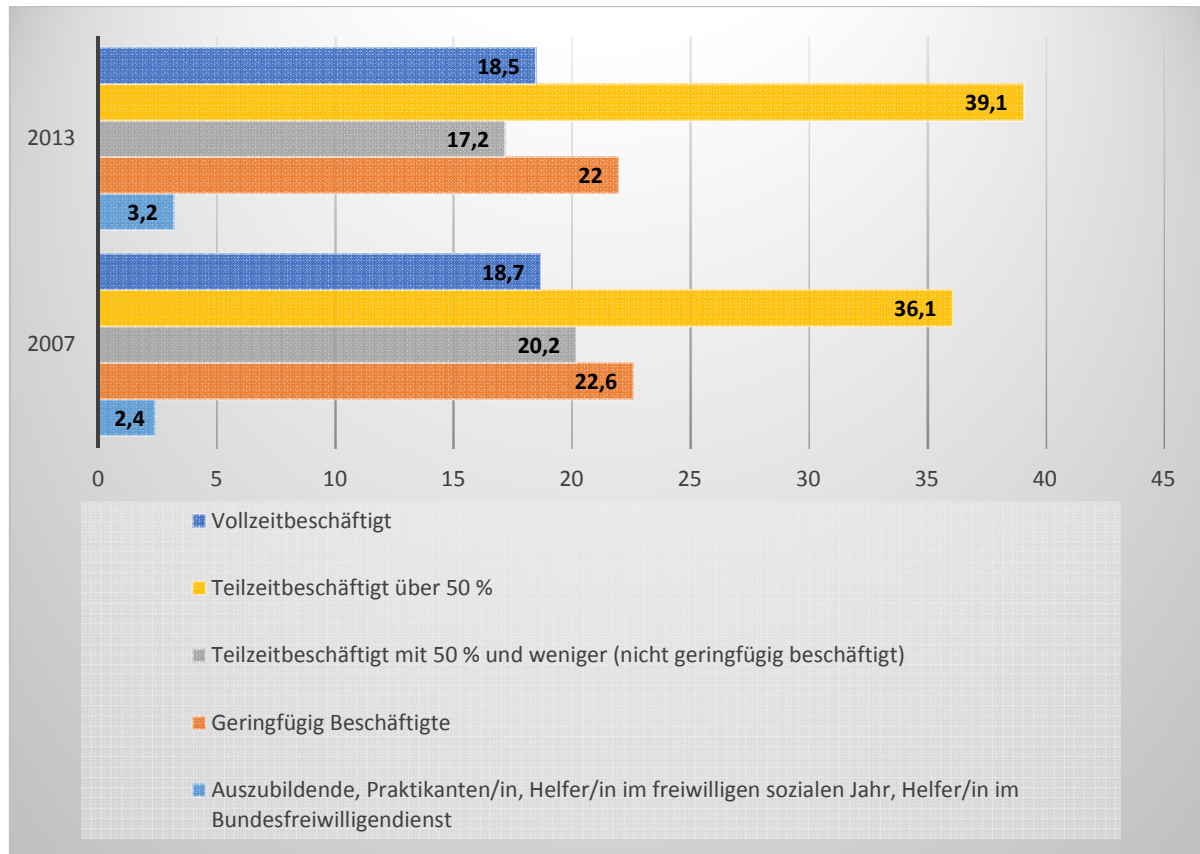


Abbildung 122: Beschäftigungsverhältnisse in ambulanten Pflegediensten im Jahr 2013 in Prozent (Quelle: LSN, Pflegestatistik 2007 und 2013)¹¹¹

Werden Auszubildende, Praktikantinnen und Praktikanten sowie die Helferinnen und Helfer im freiwilligen sozialen Jahr und im Bundesfreiwilligendienst nicht berücksichtigt, sind 19,2 % der Beschäftigten in Vollzeitarbeitsverhältnissen (2007: 19,2 %), 40,4 % in Teilzeitarbeitsverhältnissen über 50 % eines Vollzeitarbeitsverhältnisses (2007: 37,0 %), 17,7 % in Teilzeitarbeitsverhältnissen unter 50 % eines Vollzeitarbeitsverhältnisses (20,7 %) und 22,7 % in geringfügigen Beschäftigungsverhältnissen tätig (23,2 %).

¹¹¹ Das statistische Landes- und Bundesamt berücksichtigt in diesem Zusammenhang auch Auszubildende, Praktikantinnen und Praktikanten, Helferinnen und Helfer im freiwilligen sozialen Jahr und im Bundesfreiwilligendienst, wodurch diese Gruppen auch hier aufgenommen werden.

Umfang der Beschäftigung im Bereich SGB XI

25,7 % der Beschäftigten in ambulanten Pflegediensten erbringen ausschließlich Leistungen nach dem SGB XI. Insgesamt ist jedoch mehr als die Hälfte des gesamten Personals zu mindestens drei Viertel seiner Arbeitszeit für Leistungen nach dem SGB XI oder hiermit in Zusammenhang stehende Leistungen (zum Beispiel Leitungs- oder Verwaltungstätigkeiten) zuständig.¹¹²

Überwiegende Tätigkeitsbereiche der Beschäftigten

Bei einer Mehrheit von 84,3 % der in den ambulanten Pflegediensten Niedersachsens Beschäftigten überwiegt der Tätigkeitsbereich der Pflege- und Betreuungsleistungen im häuslichen Bereich der pflegebedürftigen Menschen (2007: 83,1 %). Hierbei fallen die in der Grafik dargestellten Aufgaben an.

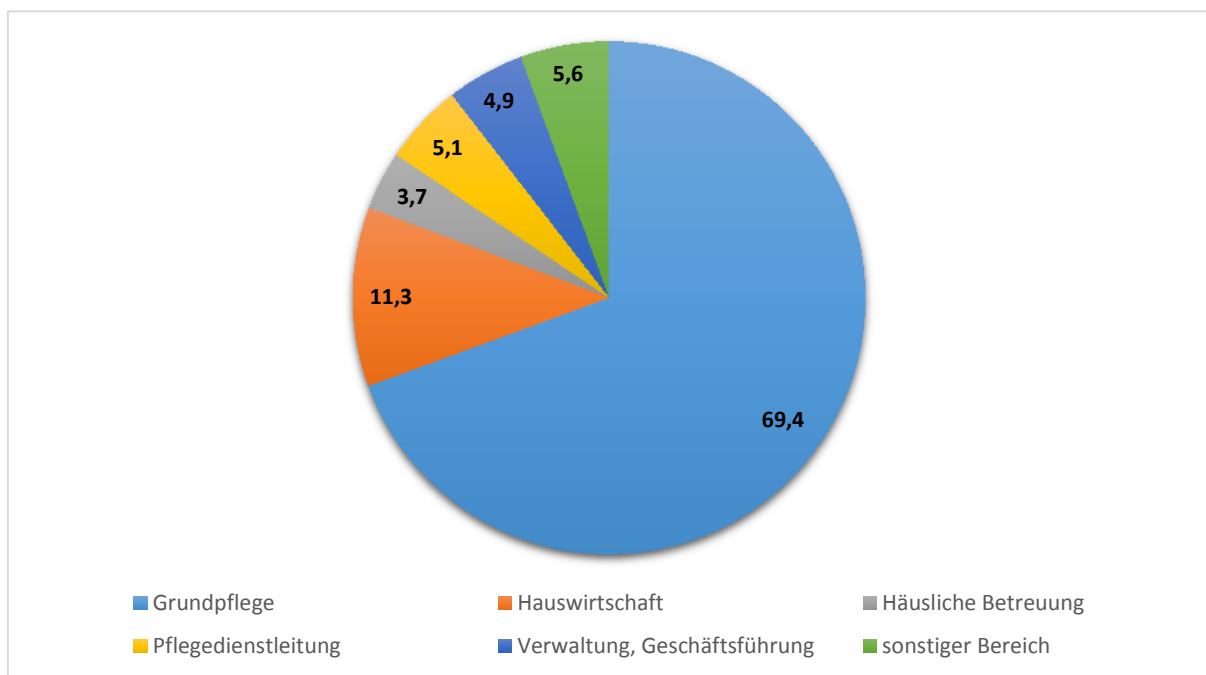


Abbildung 123: Überwiegender Tätigkeitsbereich in ambulanten Pflegediensten im Jahr 2013 in Prozent (Quelle: LSN, Pflegestatistik 2013)

Hinsichtlich der Verteilung der Beschäftigten nach ihren überwiegenden Tätigkeitsfeldern entsprechen die niedersächsischen Werte annäherungsweise dem Bundesdurchschnitt.

Unter den Frauen ist der Anteil derjenigen, die hauptsächlich Leistungen der Grundpflege und der hauswirtschaftlichen Versorgung erbringen, weitaus größer als unter den Männern. Im Gegenzug sind die männlichen Kollegen anteilig häufiger als Pflegedienstleitung, in der Verwaltung und in der Geschäftsführung ambulanter Dienste tätig.

¹¹² 20,8 % der Beschäftigten sind zwischen 50 % bis unter 75 %, 12,1 % zu 25 % bis unter 50 % und 14,3 % unter 25 % ihres Beschäftigungsumfangs mit Aufgaben nach SGB XI oder hiermit in unmittelbarem Zusammenhang stehenden Aufgaben befasst.

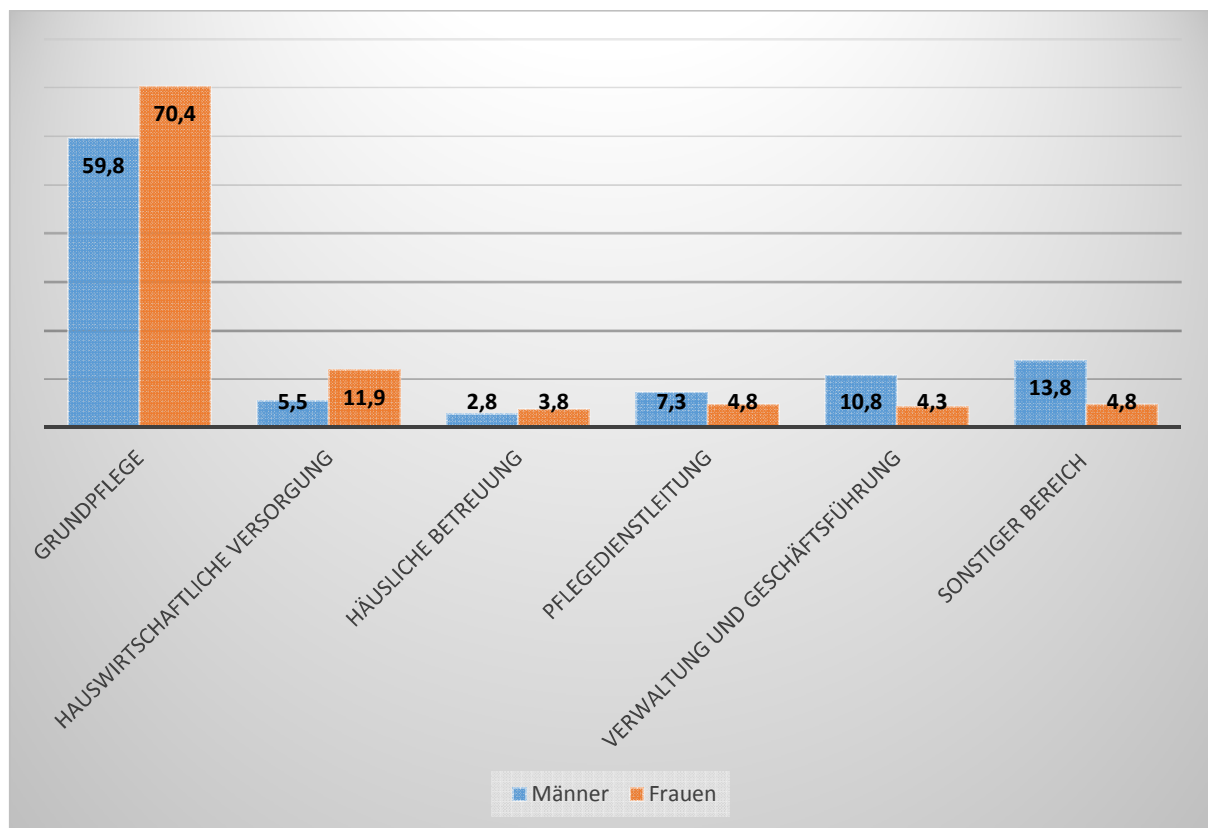


Abbildung 124: Überwiegende Tätigkeitsbereiche in ambulanten Pflegediensten differenziert nach Geschlecht im Jahr 2013 in Prozent (Quelle: LSN, Pflegebericht 2013)

Berufsabschlüsse der Beschäftigten

Die pflegerische und hauswirtschaftliche Versorgung im häuslichen Bereich bietet ein Betätigungsfeld für Beschäftigte mit unterschiedlichen Berufen und Ausbildungsniveaus. Das Spektrum reicht von Personen mit fachbezogenen Hochschulabschlüssen bis hin zu Personen ohne Berufsabschluss (*siehe Anhang II.8.1-B*).

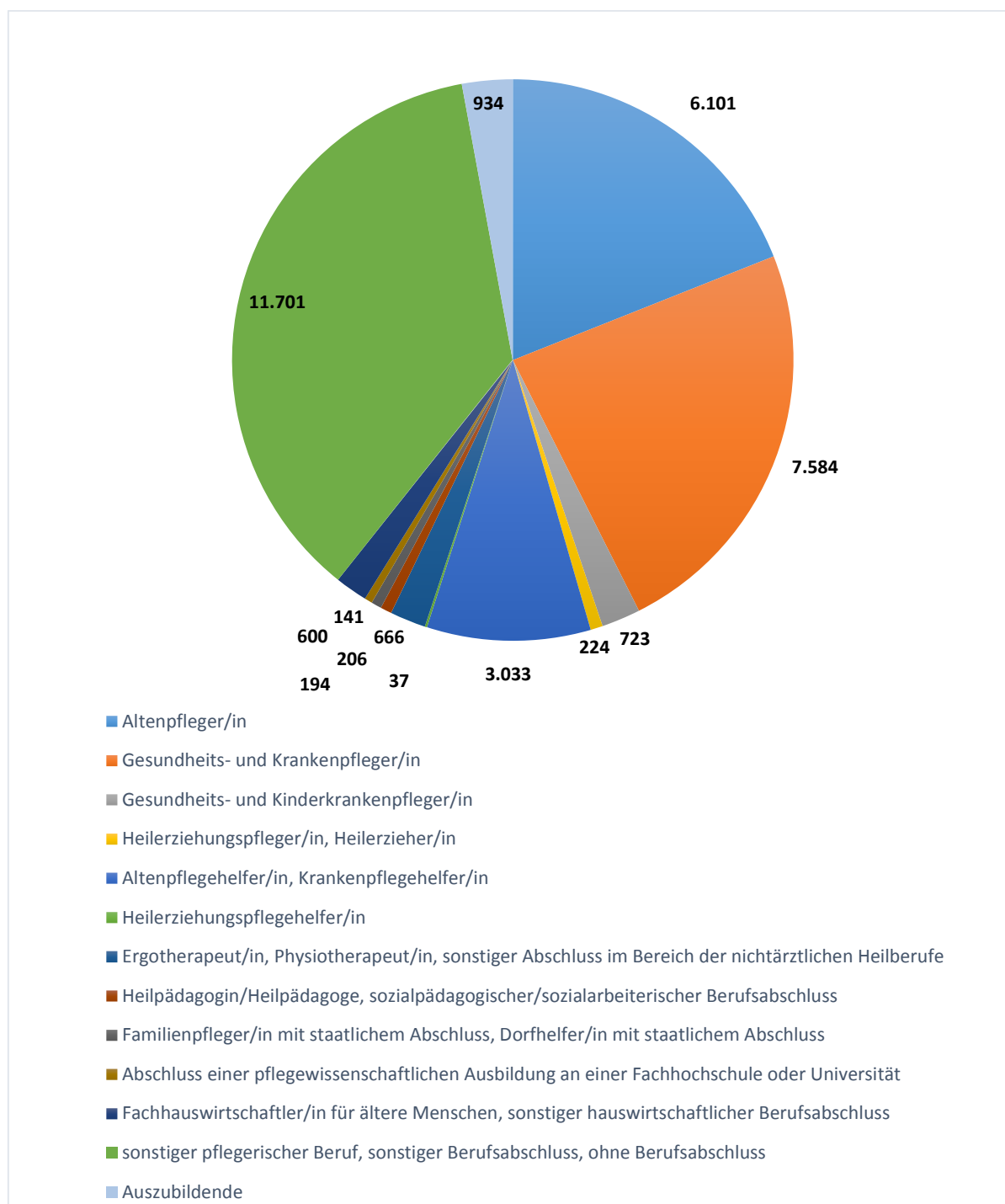


Abbildung 125: Berufsabschlüsse und ihre Häufigkeit in ambulanten Pflegediensten im Jahr 2013 (Quelle: LSN, Pflegestatistik 2013)

Mit insgesamt 14.408 Personen bilden Pflegefachkräfte die größte Gruppe der Beschäftigten. Zusammen mit den Angehörigen der Pflegehelferberufe (3.033 Personen) sind in ambulanten Pflegeeinrichtungen 17.441 Personen mit einem pflegebezogenen Berufsabschluss tätig. Diese Gruppe macht im Jahr 2013 54,3 % des im Bereich des SGB XI tätigen Personals der Pflegedienste aus. Im Vergleich zum Jahr 2007 (58,9 %) hat sich dieser Anteil geringfügig reduziert. Die nach wie vor größte Untergruppe

bilden die Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger sowie die Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger mit zusammen 25,8 %. Im Vergleich zum Jahr 2007 (34,2 %) ist ihre Anzahl jedoch deutlich zurückgegangen. Altenpflegerinnen und Altenpfleger bilden mit 19 % die zweitgrößte Gruppe der in ambulanten Pflegediensten tätigen Pflegefachkräfte. Ihr Anteil hat sich gegenüber dem Jahr 2007 um 2,8 % erhöht. Die Pflegehelferberufe haben einen Anteil von 9,4 %, der sich gegenüber dem Jahr 2007 (8,5 %) nur geringfügig vergrößert hat.

Im Sinne des § 71 Abs. 2 Satz 2 SGB XI können Heilerziehungspflegerinnen und Heilerziehungspfleger beziehungsweise Heilerzieherinnen und Heilerzieher als verantwortliche Pflegefachkräfte in ambulanten Pflegediensten tätig sein, wenn diese überwiegend Menschen mit Behinderung pflegen und betreuen (in der Regel die sogenannten Familienentlastenden Dienste). Heilerziehungspflegerinnen und Heilerziehungspfleger machten zusammen mit den Heilerziehungshelferinnen und Heilerziehungshelfern und den Heilpädagoginnen und Heilpädagogen 0,7 % aller Beschäftigten aus (2003: 0,9 %).

Im Zeitvergleich zeigt sich, dass unter den Pflegefachkraftberufen die Altenpflege sowohl absolut als auch relativ die größten Zuwächse verzeichnet. Seit dem Jahr 2007 sind in den ambulanten Pflegediensten Niedersachsens 2.198 Altenpflegerinnen und Altenpfleger zusätzlich tätig. Dies entspricht einer Zunahme um 56,3 %. Auch die Gruppe der Heilerziehungspflegerinnen und Heilerziehungspfleger sowie der Heilerzieherinnen und Heilerzieher hat sich – wenn auch auf geringerem Niveau – vergrößert (+ 56 Personen). Die Gruppe der Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger hat sich um 139 Personen vergrößert (+ 1,8 %). Lediglich die Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und die Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger waren 2013 mit 58 Personen seltener in diesem Berufssegment tätig (-7,4 %).

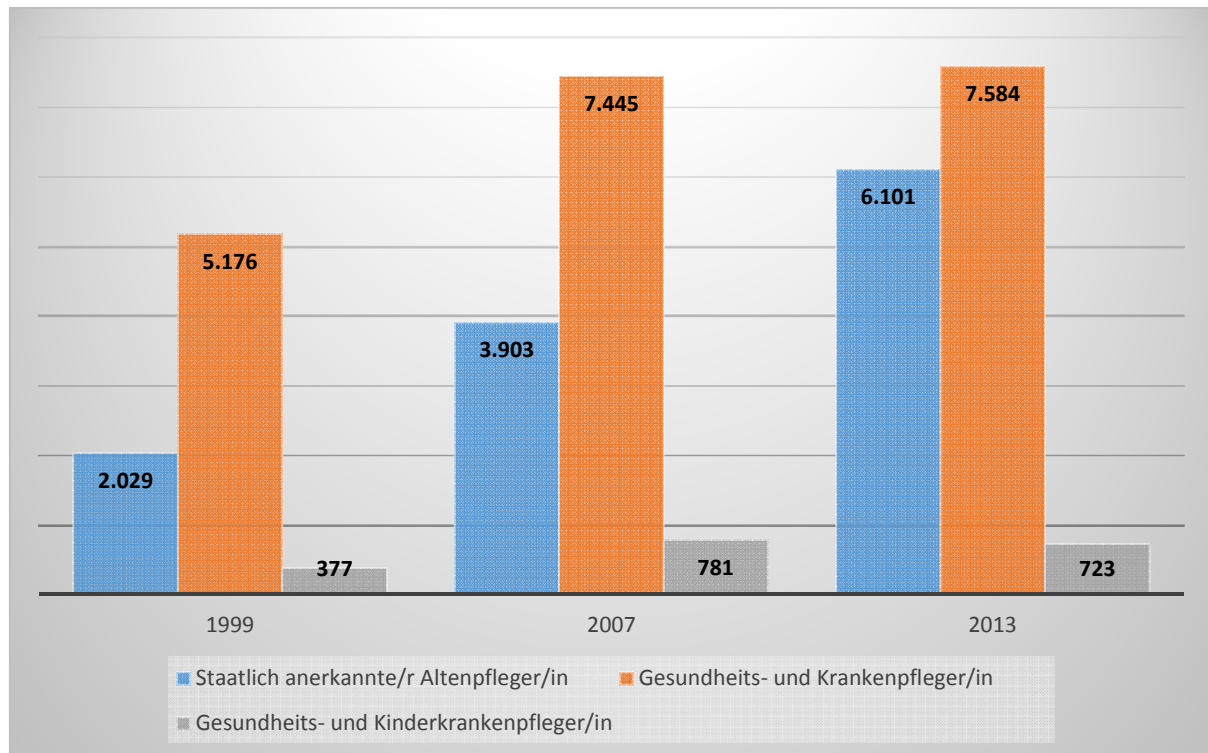


Abbildung 126: Entwicklung der Anzahl der Pflegefachkräfte in Pflegediensten in den Jahren 1999, 2007 und 2013 (Quelle: LSN, Pflegestatistik 1999, 2007 und 2013)

Un- oder angelernte Kräfte bilden eine große Gruppe unter den Beschäftigten in ambulanten Pflegediensten, die sich in den vergangenen Jahren noch einmal vergrößert hat (2013: 36,4 % und 2007: 31,4 %). 9,9 % aller Beschäftigten wurden dabei der Gruppe der Personen mit einem sonstigen pflegerischen Beruf zugeordnet (2007: 11,2 %).¹¹³ 21,4 % verfügen über einen sonstigen Berufsabschluss (2007: 15,1 %) und 5,1 % haben keinen Berufsabschluss (2007: 5,1 %). In der Zusammenschau ist der Bedeutungsgewinn der Gruppe der un- oder angelernten Kräfte also hauptsächlich auf den Bedeutungszugewinn der Gruppe mit sonstigen Berufsabschlüssen zurückzuführen.

Der Anteil der Auszubildenden in ambulanten Pflegediensten beläuft sich auf 2,9 % im Jahr 2013 und hat sich seit 2007 (1,5 %) fast verdoppelt.

Alle anderen Berufsgruppen sind nur mit geringen Anteilen in der Gesamtgruppe der Beschäftigten vertreten.¹¹⁴

¹¹³ Hierbei handelt es sich in der Regel um Beschäftigte, die im Rahmen von Fortbildungsmaßnahmen für Hilfstätigkeiten in der ambulanten Pflege qualifiziert wurden (zum Beispiel die Haus- und Familienpflegerinnen und Haus- und Familienpfleger).

¹¹⁴ Hauswirtschaftliche Fachkräfte - zu ihnen zählen die Fachhauswirtschaftlerinnen und Fachhauswirtschaftler für ältere Menschen sowie sonstige hauswirtschaftliche Berufsabschlüsse - sind mit zusammen 600 Personen vertreten (2013: 1,9 % und 2007: 3,8 %). Angehörige der übrigen nichtärztlichen Heilberufe, zum Beispiel Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten und Personen mit einem

Zusammenhang zwischen Berufsabschluss und Beschäftigungsverhältnis

Zwischen der fachlichen Qualifikation und dem Umfang der Beschäftigung besteht ein enger Zusammenhang. So sind Altenpflegekräfte (30,6 %), Gesundheits- und Krankenpflegekräfte (32,8 %) und Gesundheits- und Kinderkrankenpflegekräfte (29,0 %) deutlich häufiger Vollzeit beschäftigt als die sonstigen pflegerischen Berufsgruppen (9,1 %), Beschäftigte mit sonstigem Berufsabschluss (9,9 %) und Beschäftigte ohne Berufsabschluss (12,1 %).

Im Umkehrschluss sind Altenpflegerinnen und Altenpfleger (10,1 %), Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger (22,2 %) sowie Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger (23 %) deutlich seltener in geringfügigen Beschäftigungsverhältnissen tätig als Personen mit sonstigem Berufsabschluss (34,3 %) und Personen ohne Berufsabschluss (37,8 %). Die Beschäftigten mit einem sonstigen pflegerischen Berufsabschluss sind ähnlich selten geringfügig beschäftigt wie das Fachpersonal (20,4 %).

Zusammenhang zwischen Berufsabschluss und überwiegendem Tätigkeitsbereich

Altenpflegerinnen und Altenpfleger (85,6 %), Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger (77,1 %) sowie Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger (72,8 %) werden ganz überwiegend in der Grundpflege eingesetzt. Auch Leitungs- und Verwaltungsaufgaben werden von diesen Berufsgruppen übernommen, wobei Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger (15,7 %) diese am häufigsten erbringen, gefolgt von Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpflegern (13,7 %) und Altenpflegerinnen und Altenpflegern (10,1 %).

Auch die staatlich anerkannten Altenpflegehelferinnen und Altenpflegehelfer (87,9 %), die Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (89,4 %), die Personen mit sonstigem pflegerischen Abschluss (78,2 %) wie auch die Auszubildenden (91,3 %) übernehmen überwiegend grundpflegerische Aufgaben.

Die ebenfalls noch häufig vertretene Gruppe der Personen mit sonstigem Berufsabschluss leistet primär grundpflegerische Tätigkeiten (40,7 %), ist aber auch häufig in die hauswirtschaftliche Versorgung

anderen Abschluss im Bereich der nichtärztlichen Heilberufe bilden ebenfalls nur einen kleinen Anteil (2013: 2,1 % und 2007: 0,9 %). Gleiches gilt für Familienpflegerinnen und Familienpfleger sowie Dorfhelferinnen und Dorfhelfer (2013: 0,6 % und 2007: 0,9 %) und Beschäftigte mit einem sozialpädagogischen beziehungsweise einen sozialarbeiterischen Hintergrund (2013: 0,6 % und 2007: 1,4 %). Während die Anzahl der Absolventinnen und Absolventen einer pflegewissenschaftlichen Ausbildung an einer Fachhochschule oder Universität von 2003 bis 2007 stark angestiegen ist, scheint diese Entwicklung gegenwärtig rückläufig zu sein (2013: 0,4 % und 2007: 1,4 %).

Auf Grundlage der Daten der Landespflegestatistik lassen sich keine Rückschlüsse darauf ziehen, ob die Beschäftigten mit anderen Berufsabschlüssen in den ambulanten Pflegediensten gemäß ihrer Ausbildung eingesetzt oder ob sie berufs fremd (und insofern gleichsam als ungelernte Kräfte) im Rahmen der häuslichen Pflege nach dem SGB XI beschäftigt werden.

eingebunden (31,9 %). Gleiches gilt für die Personen ohne Berufsabschluss, die ebenfalls am häufigsten im Bereich der Grundpflege (52,2 %) und der hauswirtschaftlichen Versorgung (27,5 %) tätig sind.

Regionale Verteilung

Die einzelnen Landkreise, kreisfreien Städte und die Region Hannover weisen große Unterschiede hinsichtlich der Größe der ambulanten Pflegedienste gemessen an der durchschnittlichen Anzahl der Beschäftigten auf. Die Spanne liegt zwischen 16 und 38 Personen pro Pflegedienst.

Wird der Personalschlüssel in den Blick genommen, zeigt sich, dass im Landesdurchschnitt jede Beschäftigte und jeder Beschäftigte 2,1 Pflegebedürftige versorgt. Die Spanne reicht von Verhältniswerten von 1 : 1,4 bis 1 : 2,9 (*siehe Anhang II.8.1-C*). Im Vergleich zum Jahr 2007 wird deutlich, dass überdurchschnittlich ausgeprägte Verhältniswerte, wie sie damals in einigen kommunalen Gebietskörperschaften auftraten (zum Beispiel 1 : 4,7), im Jahr 2013 nicht mehr zu beobachten sind.

Wird der Umfang der Arbeitszeit als Vergleichskriterium herangezogen, liegt die Spanne zwischen der höchsten und der niedrigsten Vollzeitbeschäftigtenquote zwischen 7,5 % und 26,6 % (*siehe Anhang II.8.1-D*). Der Landesdurchschnitt liegt bei 18,6 %.

8.2 Personal in den stationären Pflegeeinrichtungen

Zahl der Beschäftigten

Insgesamt arbeiten 80.255 Personen am 15. Dezember 2013 in den stationären Pflegeeinrichtungen Niedersachsens.¹¹⁵ Seit dem Jahr 2007 hat sich diese Anzahl um 15.286 Personen (+ 23,5 %) und seit dem Jahr 1999 um 30.176 Personen (+ 60,3 %) erhöht.

¹¹⁵ Hierzu zählt hier auch das Personal in der Kurzzeit-, Tages- und Nachtpflege.

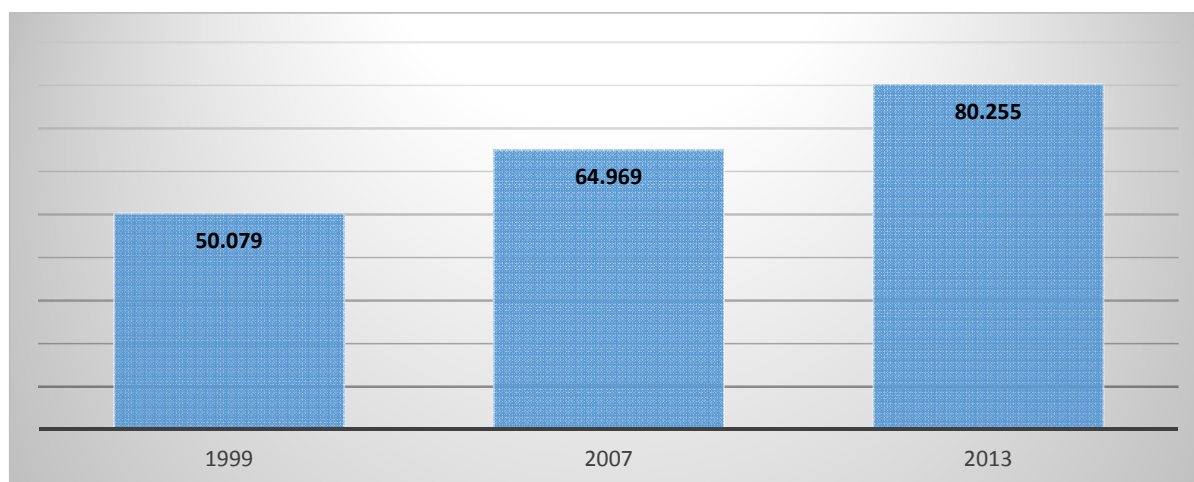


Abbildung 127: Entwicklung der Anzahl der Beschäftigten in stationären Pflegeeinrichtungen in den Jahren 1999, 2007 und 2013 (LSN, Pflegestatistik 1999, 2007 und 2013)

Im Schnitt sind in jeder stationären Pflegeeinrichtungen 45,1 Beschäftigte tätig, wobei sich diese Anzahl seit 2007 verringert hat.

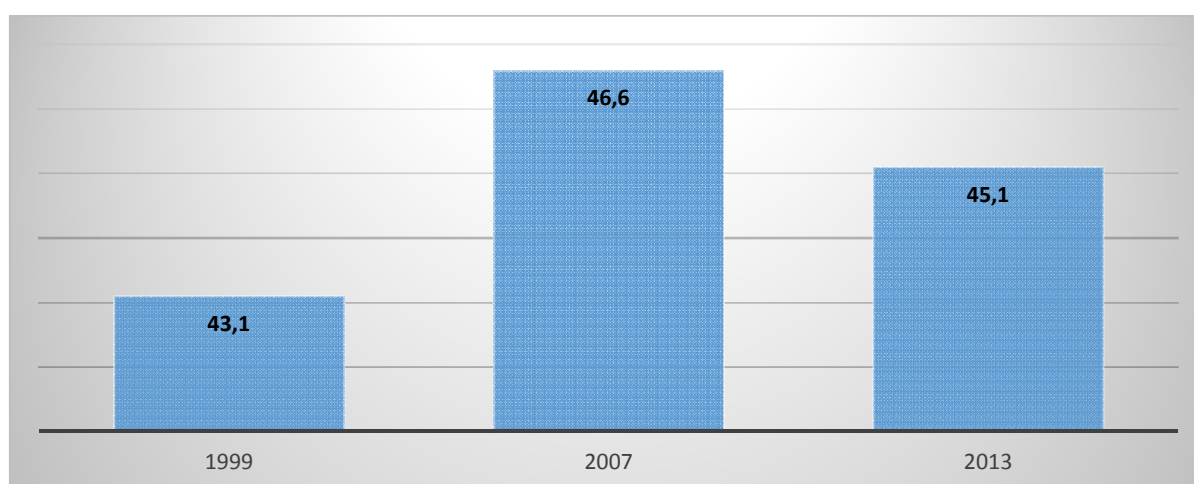


Abbildung 128: Entwicklung der durchschnittlichen Anzahl der Beschäftigten je stationärer Pflegeeinrichtung in den Jahren 1999, 2007 und 2013 (Quelle: LSN, Pflegestatistik 1999, 2007 und 2013)

Die 80.255 Beschäftigten in stationären Pflegeeinrichtungen versorgen insgesamt 97.619 Pflegebedürftige. Im Durchschnitt ist somit jede Beschäftigte beziehungsweise jeder Beschäftigte für 1,2 Pflegebedürftige zuständig.¹¹⁶ Gegenüber dem Jahr 2007 hat sich das Verhältnis zwischen der Anzahl der Beschäftigten und den versorgten Pflegebedürftigen nicht verändert. Diese Betrachtung verdeutlicht, dass durch das zusätzliche Personal die Zunahme der Heimbewohnerinnen und Heimbewohner vollständig kompensiert werden kann.

¹¹⁶ Es handelt sich hierbei um die Zahl der Empfängerinnen und Empfänger von Leistungen der voll- und teilstationären Pflege sowie der Kurzzeitpflege. Im Zuge dieser Berechnung wird jedoch nicht berücksichtigt, dass in den Pflegeheimen auch Personen leben, die nicht im Sinne des SGB XI pflegebedürftig sind.

Wie die nachfolgende Grafik zeigt, ist die überwiegende Zahl der Beschäftigten in stationären Pflegeeinrichtungen für ältere Menschen tätig. Diese Zahlen entsprechen weitestgehend den dargestellten Durchschnittswerten für alle stationären Einrichtungen. Ausschlaggebend ist der hohe Anteil der Pflegeheime für ältere Menschen an der Gesamtzahl aller Pflegeheime.

In Pflegeheimen für psychisch kranke Menschen und Menschen mit Behinderung sind durchschnittlich deutlich weniger Personen beschäftigt. Im Zeitvergleich zeigt sich jedoch, dass sich der Anteil der Beschäftigten in Pflegeheimen für psychisch kranke Menschen seit dem Jahr 2007 um mehr als 50 % erhöht hat. Dieser Anstieg korreliert mit der Zunahme der Anzahl der stationären Einrichtungen für diesen Personenkreis. Geringer fällt die quantitative Zunahme des Personals in Pflegeheimen für behinderte Menschen aus. Hier ergibt sich eine Steigerung um 10,6 %.

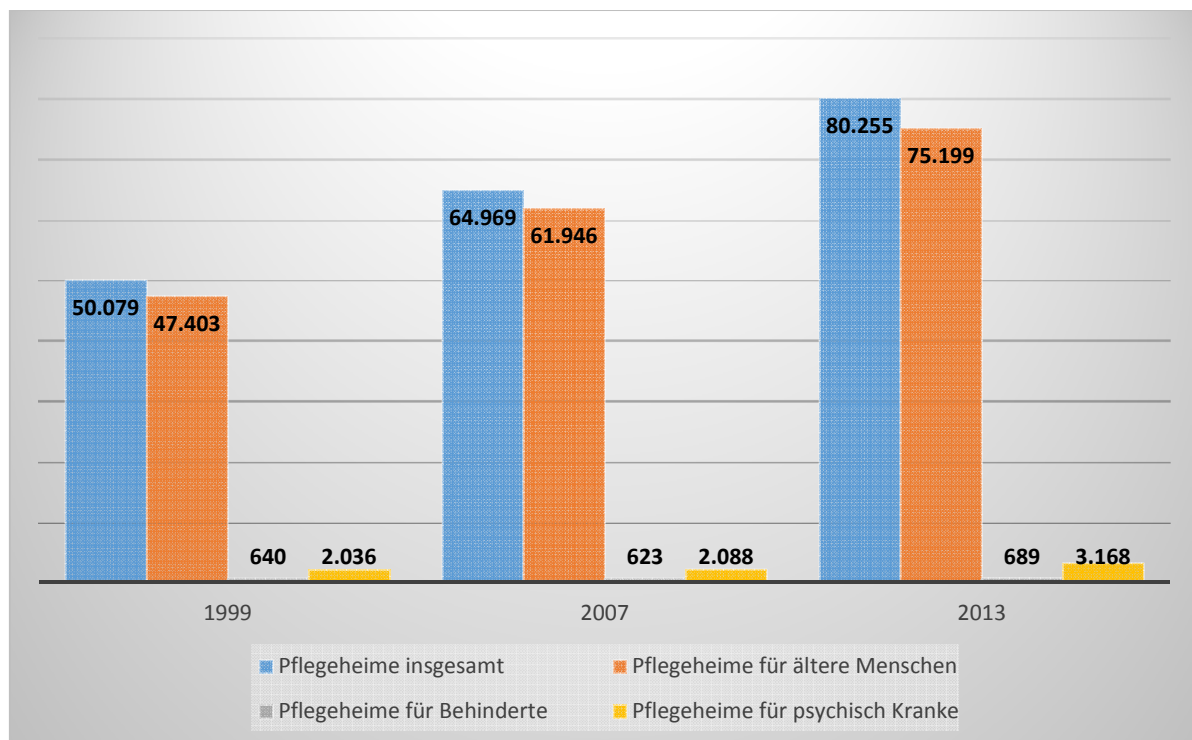


Abbildung 129: Anzahl der Beschäftigten in stationären Pflegeeinrichtungen differenziert nach Angebot in den Jahren 1999, 2007 und 2013 (Quelle: LSN, Pflegestatistik 1999, 2007 und 2013)¹¹⁷

Nach Trägerschaft differenziert zeigt sich, dass stationäre Einrichtungen in privater Trägerschaft 53,1 % des Personals aller stationären Einrichtungen in Niedersachsen beschäftigen (2007: 50 %). An zweiter Stelle kommen stationäre Einrichtungen in freigemeinnütziger Trägerschaft mit 44,3 % (2007: 46,2 %) und an dritter Stelle stationäre Einrichtungen in öffentlicher Trägerschaft mit 2,6 % (2007: 3,8 %). Diese Prozentangaben und ihre Entwicklung im Zeitverlauf korrespondieren in etwa mit dem

¹¹⁷ In dieser Grafik wurden die Pflegeheime für Schwerstkranke und Sterbende nicht aufgeführt. Aussagen zu diesen Einrichtungen finden sich in Kapitel II.6.6.

Anteil der von diesen Trägern vorgehaltenen Plätze (private Träger: 55,7 %, freigemeinnützige Träger: 42 %, öffentliche Träger: 2,3 %).

In den stationären Einrichtungen aller drei Trägerformen gestaltet sich das quantitative Verhältnis von Bewohnerinnen und Bewohnern je Beschäftigte oder Beschäftigten ähnlich: In stationären Einrichtungen privater und freigemeinnütziger Trägerschaft liegt dieser Wert bei 1,2 und bei Einrichtungen in öffentlicher Trägerschaft bei 1,1. Im Vergleich zum Jahr 2007 zeigen sich nur marginale Unterschiede. (siehe Anhang II.8.2-A)

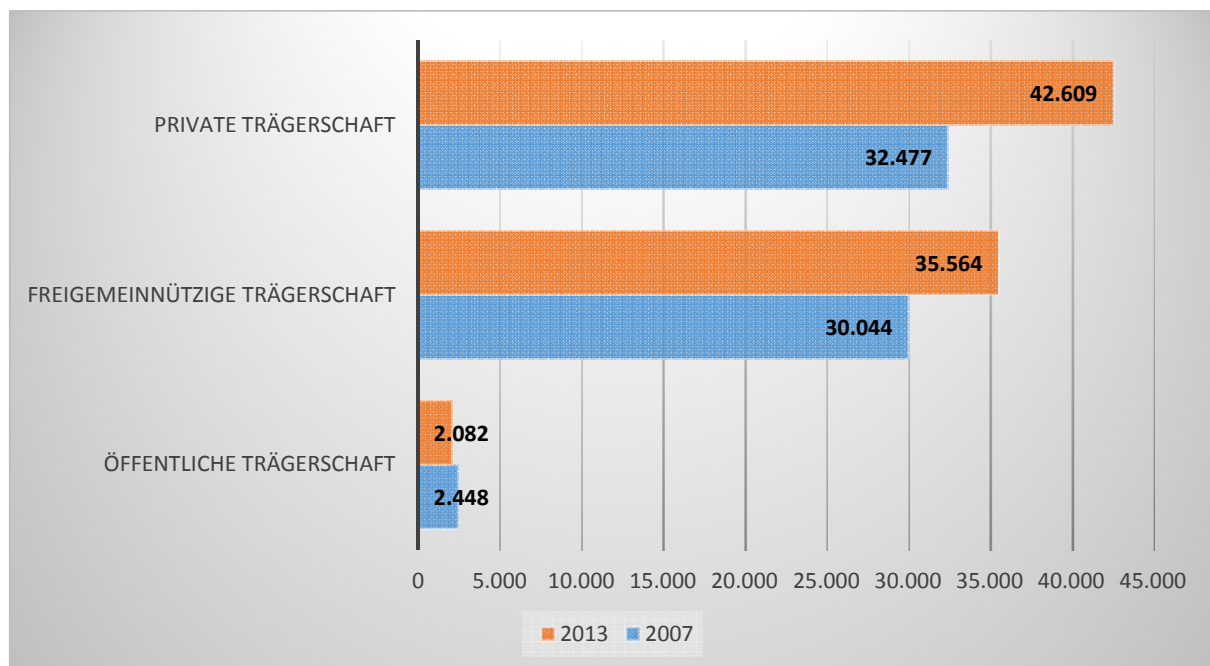


Abbildung 130: Entwicklung der Anzahl der Beschäftigten in stationären Pflegeeinrichtungen differenziert nach Trägerschaft in den Jahren 1999, 2007 und 2013 (Quelle: LSN, Pflegestatistik 2013 und 2007)

Im Vergleich zu anderen Bundesländern ist der durchschnittliche Personalbestand pro stationärer Einrichtung in Niedersachsen gering (45,1 Personen). Auf der Bundesebene wird demgegenüber ein Verhältnis von 52,6 Beschäftigten je stationärer Einrichtung erreicht. Hinsichtlich des Verhältnisses von Beschäftigten zur Zahl der verfügbaren Plätze liegt Niedersachsen (1,3) geringfügig über dem Bundeschnitt (1,1).

Strukturmerkmale der Beschäftigten

Wie auch in der ambulanten Pflege ist die überwiegende Mehrheit der Beschäftigten im stationären Sektor weiblich. Dieser Anteil beläuft sich auf 85,4 % und ist somit nur minimal geringer als im ambulanten Bereich. Gegenüber dem Jahr 2007 (85,6 %) haben sich kaum Veränderungen ergeben.

Die Altersverteilung der Beschäftigten in den stationären Pflegeeinrichtungen Niedersachsens unterscheidet sich kaum von der Altersverteilung in den ambulanten Pflegediensten. Die Altersgruppe der

40- bis 60-Jährigen ist wieder besonders stark besetzt. Ähnlich wie in den ambulanten Diensten zeichnet sich ab dem 55. Lebensjahr ein rapides Absinken der Anzahl der Beschäftigten ab. Insgesamt sind 53,5 % der Beschäftigten älter als 45 Jahre.

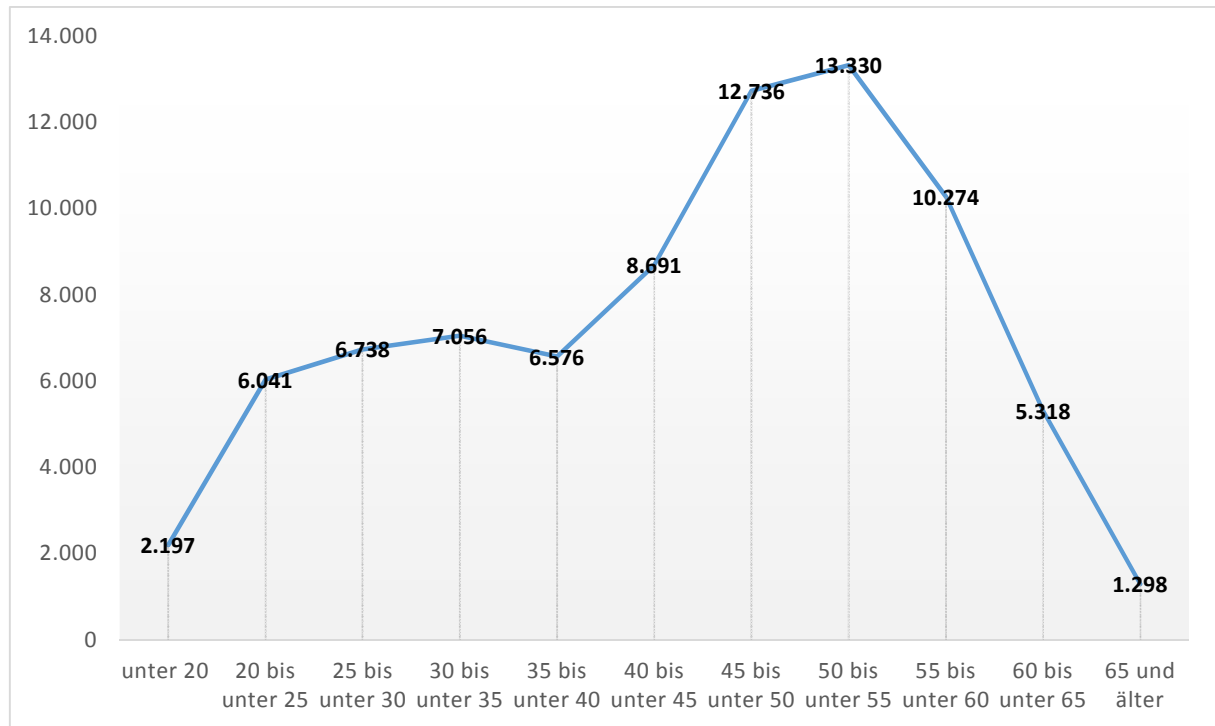


Abbildung 131: Anzahl der Beschäftigten differenziert nach Altersgruppen in stationären Pflegeeinrichtungen im Jahr 2013 (Quelle: LSN, Pflegestatistik 2013)

Beschäftigungsverhältnisse

Im Vergleich zum ambulanten Sektor (18,5 %) ist der Anteil der Vollzeitbeschäftigten in den stationären Pflegeeinrichtungen mit 29,4 % deutlich höher (23.597 Personen). Während der Anteil dieser Beschäftigtengruppe im ambulanten Bereich seit 2007 nahezu unverändert geblieben ist, ist jedoch im stationären Sektor ein eindeutiger Trend in Richtung einer Reduktion der Vollzeitarbeitsverhältnisse festzustellen, der sich in einer Absenkung dieses Anteils der Beschäftigten um 6,3 % spiegelt. Männer arbeiten dabei mit 47,2 % weitaus häufiger in Vollzeitarbeitsverhältnissen als Frauen mit 26,4 %. Im Bundesvergleich entspricht Niedersachsen mit seinem Anteil Vollzeitbeschäftigter weitestgehend dem Bundesdurchschnitt von 29,7 %.

Teilzeitarbeit stellt auch in der stationären Pflege die Regel dar. 70,6 % der hier Tätigen sind in diese Beschäftigungsformen eingebunden (50.803 Personen). Ähnlich wie in der ambulanten Pflege spielen auch in der stationären Pflege qualifizierte Teilzeitarbeitsverhältnisse mit einem Anteil von 36 % eine wichtige Rolle (28.903 Personen). Seit dem Jahr 2007 kann an dieser Stelle ein starkes Wachstum um 6,2 % konstatiert werden. Der Anteil der Teilzeitbeschäftigten mit einer Wochenarbeitszeit unter 50 %

einer Vollzeitstätigkeit (aber nicht geringfügig) beträgt 15,5 % (12.422 Personen) und hat sich gegenüber dem Jahr 2007 geringfügig um 0,7 % gesteigert. Im Ländervergleich entspricht der Anteil der Teilzeitbeschäftigten in etwa dem Bundesdurchschnitt von 70,3 %.

Der Anteil der geringfügig Beschäftigten ist mit 11,8 % im stationären Bereich deutlich geringer als in den Pflegediensten mit 22 % (9.478 Personen). Gegenüber dem Jahr 2007 hat sich dieser Anteil noch einmal um 1,2 % verringert. Im Vergleich zum Bundesdurchschnitt von 9,4 % ist diese Beschäftigtengruppe in Niedersachsen nur geringfügig größer.

7,3 % der in den stationären Einrichtungen Niedersachsens Beschäftigten (5.855 Personen) sind Ende des Jahres 2013 Praktikantinnen und Praktikanten, Auszubildende sowie Helferinnen und Helfer im freiwilligen sozialen Jahr und im Bundesfreiwilligendienst. Gegenüber dem Jahr 2007 ist dieser Anteil noch einmal geringfügig angestiegen. Im Vergleich zu den ambulanten Diensten, bei denen diese Beschäftigtengruppe lediglich 3,2 % ausmacht, ist diese in stationären Pflegeeinrichtungen also deutlich stärker vertreten. Im Ländervergleich liegt der Anteil dieser Beschäftigtengruppe in den niedersächsischen stationären Einrichtungen etwas geringer als der Bundesdurchschnitt von 8,4 %.

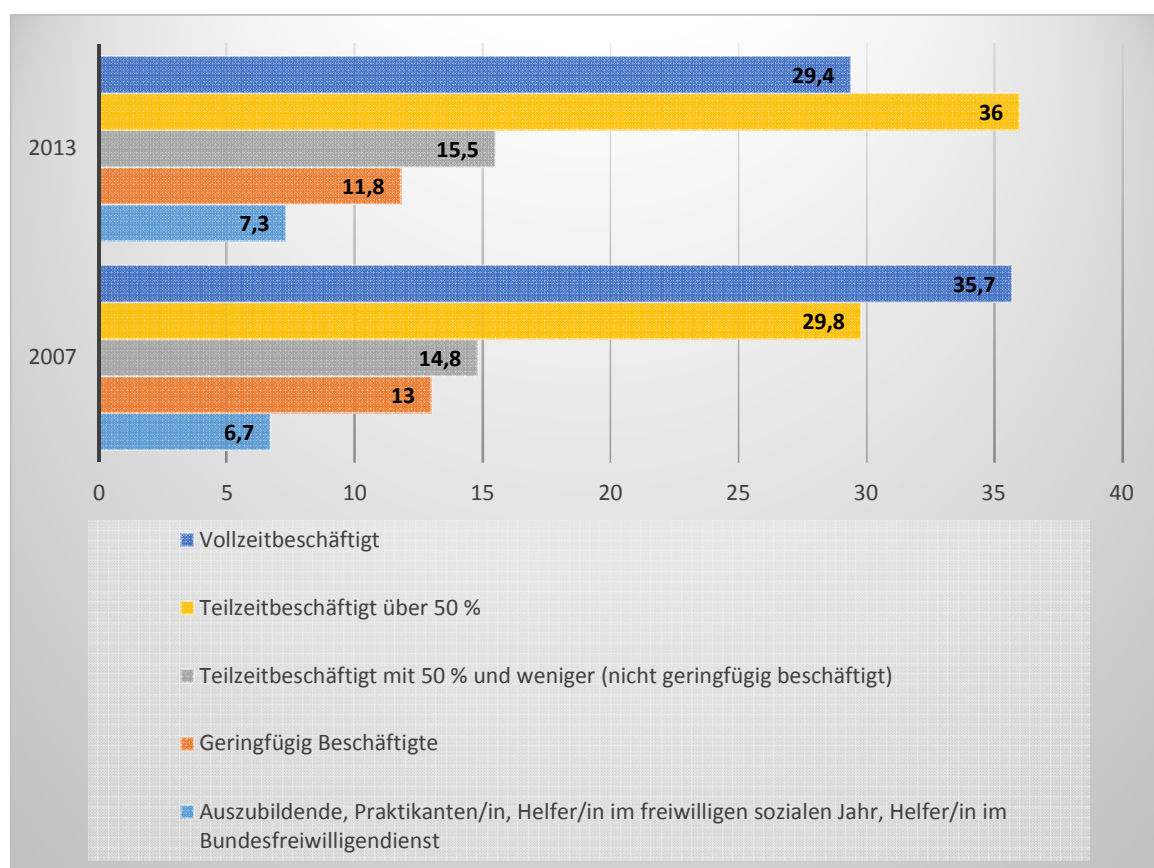


Abbildung 132: Beschäftigungsverhältnisse in stationären Pflegeeinrichtungen im Jahr 2013 in Prozent (Quelle: LSN, Pflegestatistik 2007 und 2013)

Werden Auszubildende, Praktikantinnen und Praktikanten sowie die Helferinnen und Helfer im freiwilligen sozialen Jahr und im Bundesfreiwilligendienst nicht berücksichtigt, sind 31,7 % der Beschäftigten

in Vollzeitarbeitsverhältnissen (2007: 38,2 %), 38,8 % in Teilzeitarbeitsverhältnissen über 50 % eines Vollzeitarbeitsverhältnisses (2007: 31,9 %), 16,7 % in Teilzeitarbeitsverhältnissen unter 50 % eines Vollzeitarbeitsverhältnisses (15,9 %) und 12,8 % in geringfügigen Beschäftigungsverhältnissen tätig (13,9 %).

Umfang der Beschäftigung im Bereich SGB XI

Ein Großteil aller Beschäftigten in den stationären Einrichtungen Niedersachsens (72,8 %) ist mit 100 % ihrer Arbeitszeit für Aufgaben zuständig, die in den Bereich des SGB XI fallen. 11,2 % sind im Umfang von 75 % bis unter 100 % ihrer Arbeitszeit mit diesen Tätigkeiten befasst, 7,5 % zwischen 50 % bis unter 75 %, 3,6 % zu 25 % bis unter 50 % und 4,9 % unter 25 %.

Überwiegende Tätigkeitsbereiche der Beschäftigten

Die nachfolgende Grafik stellt die überwiegenden Tätigkeitsbereiche der Beschäftigten im Jahr 2013 dar. Aufgaben im pflegerischen und betreuerischen Bereich kommen in diesem Zusammenhang große Bedeutung zu, gefolgt von hauswirtschaftlichen Aufgaben.

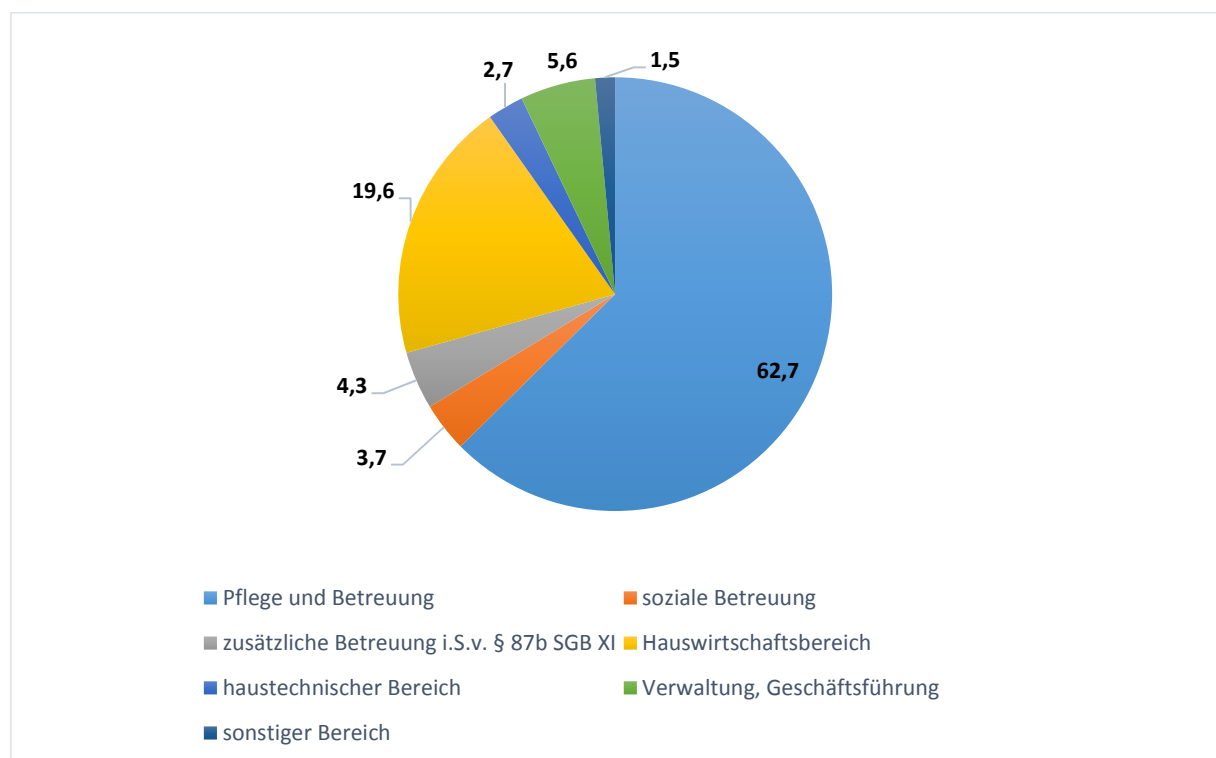


Abbildung 133: Überwiegende Tätigkeitsbereiche in stationären Pflegeeinrichtungen im Jahr 2013 in Prozent (Quelle: LSN, Pflegestatistik 2013)

Bei der Aufgabenübernahme zeigen sich geschlechtsspezifische Muster. Frauen sind hauptsächlich in die Pflege und Betreuung sowie den Hauswirtschaftsbereich eingebunden. Auch Männer sind primär

in Pflege- und Betreuungstätigkeiten eingebunden, daneben aber auch überdurchschnittlich häufig in den haustechnischen Bereich sowie Aufgaben der Geschäftsführung und Verwaltung.

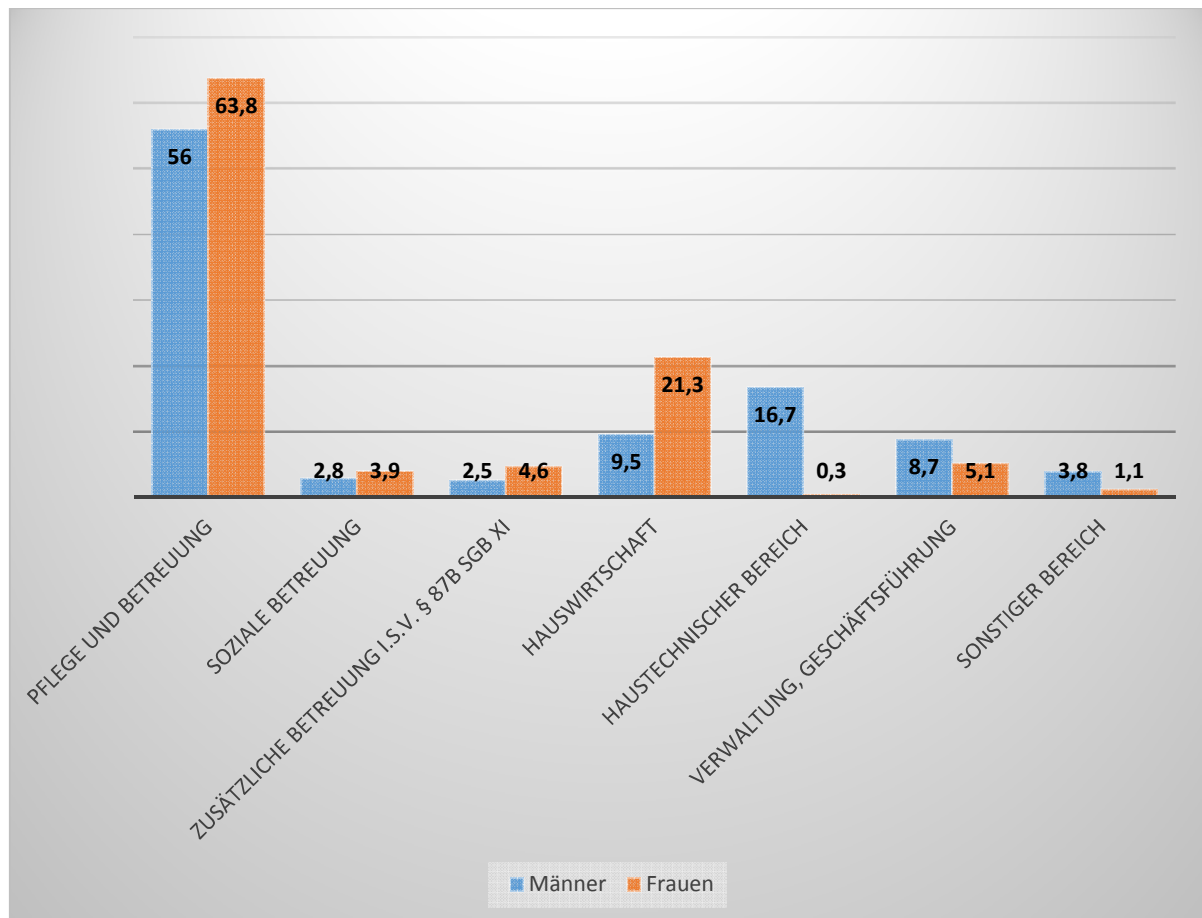


Abbildung 134: Überwiegende Tätigkeitsbereiche in stationären Pflegeeinrichtungen differenziert nach Geschlecht im Jahr 2013 in Prozent (Quelle: LSN, Pflegebericht 2013)

Berufsabschlüsse der Beschäftigten

Das Profil der Berufsabschlüsse der in den stationären Einrichtungen Beschäftigten unterscheidet sich maßgeblich von dem Profil im ambulanten Bereich. Kennzeichnend sind insbesondere der geringere Anteil an Pflegefachkräften und der höhere Anteil an un- und angelernten Kräften. Dieses Muster ist mit Blick auf das besondere Dienstleistungsspektrum in diesem Versorgungssektor zu erwarten (*siehe Anhang II.8.2-B*).

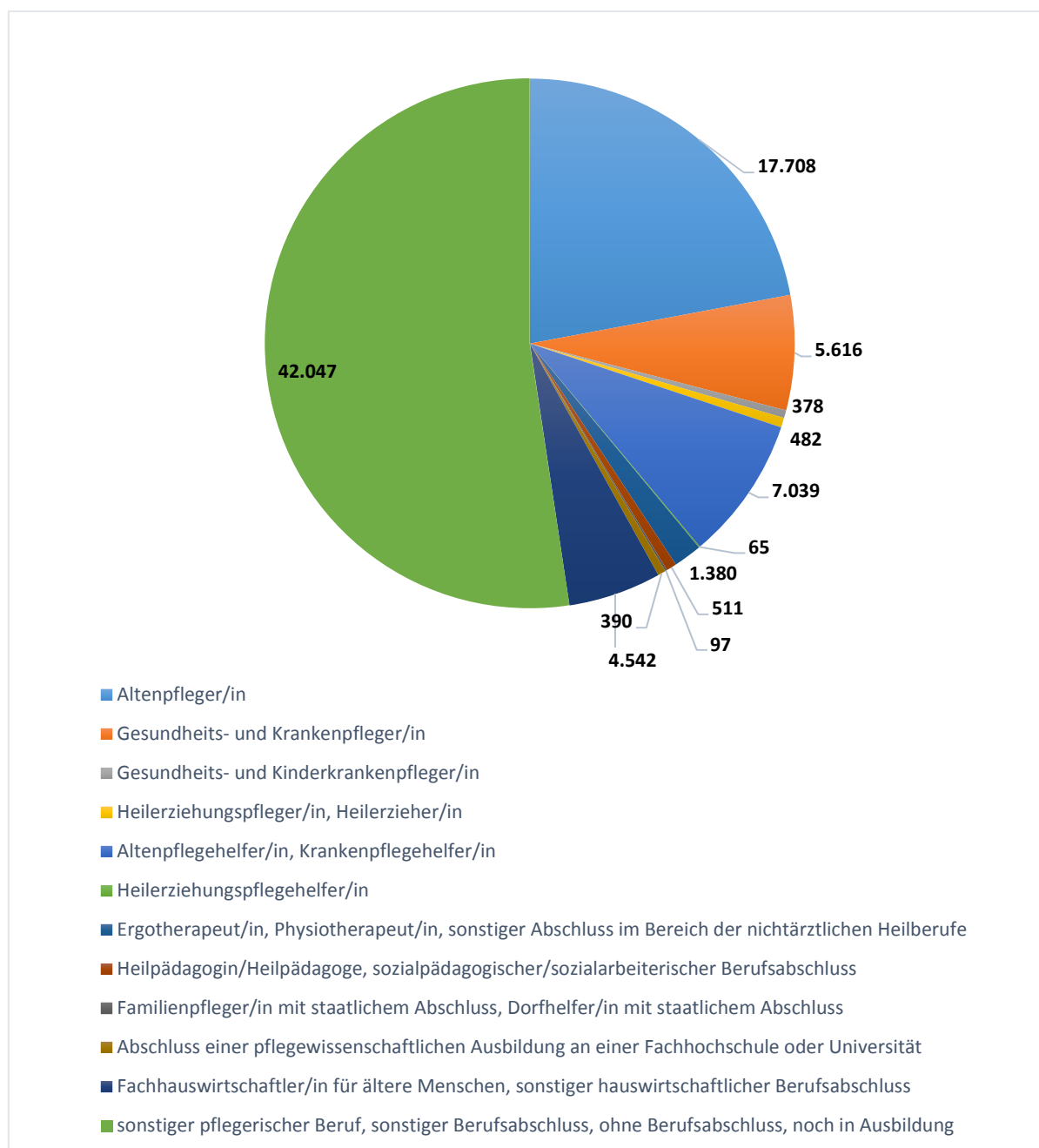


Abbildung 135: Berufsabschlüsse und ihre Häufigkeit in stationären Pflegeeinrichtungen im Jahr 2013 (Quelle: LSN, Pflegestatistik 2013)

Anders als im ambulanten Bereich bilden die examinierten Pflegekräfte, zu denen die Altenpflegerinnen und Altenpfleger, die Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger sowie die Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger zählen, nicht die größte Gruppe unter den Beschäftigten. Zusammen mit den zugehörigen Hilfskräften, also den Altenpflegehelferinnen und Altenpflegehelfern sowie den Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfern, zählt diese Gruppe 30.741 Personen. Dies entspricht einem Anteil von 38,3 % an allen Beschäftigten im stationären Sektor. Dieser Anteil liegt im ambulanten Bereich um

16 % höher. Im Vergleich zum Jahr 2007 ist der Anteil der examinierten Pflegefachkräfte und der zugehörigen Helfergruppen im stationären Sektor um 5,7 % gestiegen. Die nach wie vor größte Untergruppe bilden die Altenpflegerinnen und Altenpfleger mit 22,1 %. Dieser Anteil ist seit dem Jahr 2007 (22,4 %) weitestgehend stabil bestehen geblieben. An zweiter Stelle kommen die Helferberufe mit 8,8 %, die sich in ihrer Gruppengröße gegenüber dem Jahr 2007 anteilig geringfügig erhöht haben (8,0 %). Der Anteil der Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger sowie der Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger, der im ambulanten Bereich mit zusammen 25,8 % die am stärksten vertretende Berufsgruppe darstellt, kommt mit 7,5 % nur ein vergleichsweise geringer quantitativer Stellenwert zu. Im Vergleich zum Jahr 2007 (9,4 %) hat sich dieser Anteil geringfügig verringert.

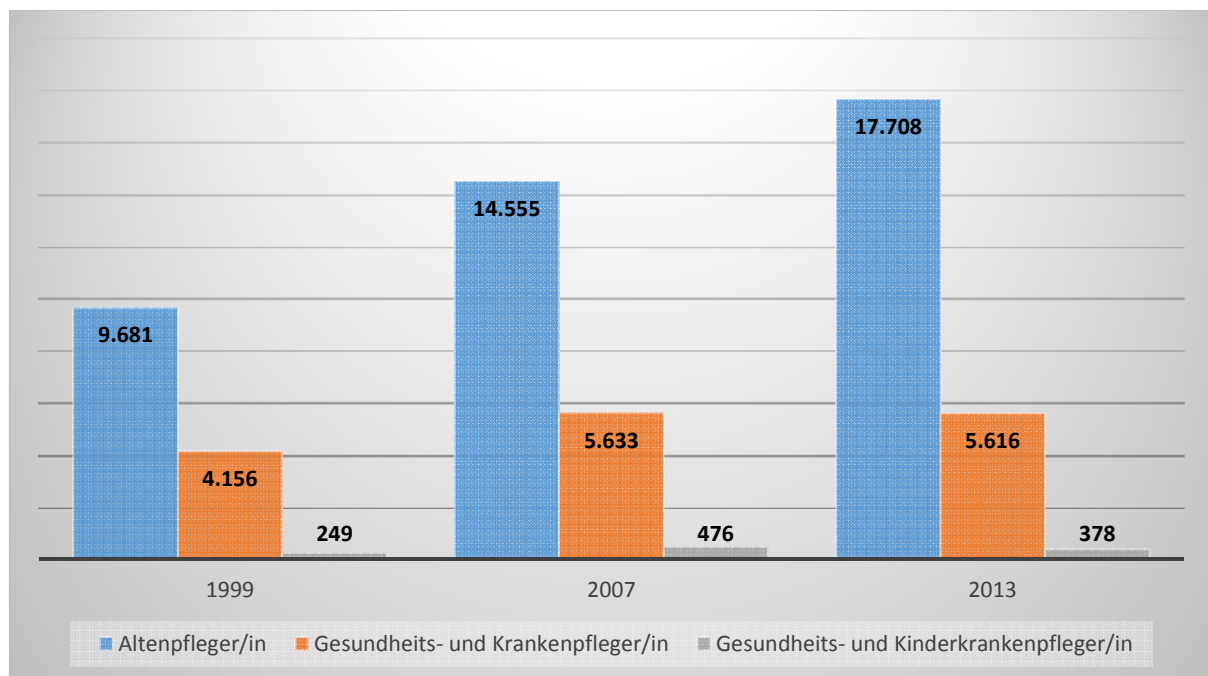


Abbildung 136: Anzahl der Pflegefachkräfte in stationären Pflegeeinrichtungen in den Jahren 1999, 2007 und 2013 (Quelle: LSN, Pflegestatistik 1999, 2007 und 2013)

Die größte Gruppe aller Beschäftigten in den stationären Einrichtungen Niedersachsens bilden die Personen mit sonstigem pflegerischen Beruf, mit sonstigem Berufsabschluss und ohne Berufsabschluss. Ihr Anteil beläuft sich auf 45,7 % und hat sich seit Ende des Jahres 2007 um 3,2 % erhöht.

Eine weitere größere Beschäftigtengruppe stellen die hauswirtschaftlichen Fachkräfte dar (5,7 %), deren Anteil im Zeitverlauf jedoch geringfügig geschrumpft ist.

Der Anteil der Auszubildenden in stationären Altenpflegeeinrichtungen beläuft sich im Jahr 2013 auf 6,6 % und ist seit dem Jahr 2007 um 1,1 % gestiegen.

Alle anderen Berufsgruppen sind nur mit sehr geringen Anteilen in der Gesamtgruppe der Beschäftigten vertreten und haben seit 2007 ganz überwiegend an Relevanz verloren.¹¹⁸ Dies gilt zum Beispiel auch für die Personen mit einer pflegewissenschaftlichen Ausbildung an einer Fachhochschule oder einer Universität (2013: 0,5 % und 2007: 0,7 %).

Zusammenhang zwischen Berufsabschluss und Beschäftigungsverhältnis

Ein enger Zusammenhang besteht zwischen der Qualifikation der Beschäftigten und dem Umfang ihrer Arbeitszeit. Während Altenpflegerinnen und Altenpfleger (52,3 %), Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger (52,3 %) sowie Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger (40 %) als Pflegefachkräfte vergleichsweise häufig in Vollzeitarbeitsverhältnisse eingebunden sind, gilt dies für Personen mit einem sonstigen pflegerischen Berufsabschluss (15,5 %), mit einem sonstigen Berufsabschluss (23,1 %) oder ohne Berufsabschluss (17,7 %) nicht in gleichem Maße.

Dagegen sind Personen ohne Berufsabschluss (22,1 %) und mit einem sonstigen Berufsabschluss (19,5 %) etwas öfter in geringfügigen Beschäftigungsverhältnissen tätig als Altenpflegerinnen und Altenpfleger (4,4 %), Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger (12,4 %) sowie Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger (7,7 %). Die Beschäftigten mit einem sonstigen pflegerischen Berufsabschluss bilden auch im stationären Sektor wieder eine Ausnahme. Sie sind ähnlich selten geringfügig beschäftigt wie das Fachpersonal (10,3 %).

Zusammenhang zwischen Berufsabschluss und überwiegendem Tätigkeitsbereich

Im Jahr 2013 werden Altenpflegerinnen und Altenpfleger (95 %), Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger (90,8 %) sowie Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger (82,3 %) zu großen Teilen überwiegend in der Pflege und Betreuung eingesetzt. Daneben fallen in gewissem Umfang auch Leitungs- und Verwaltungstätigkeiten in das Aufgabenspektrum dieser Gruppen.

Auch die Altenpflegehelferinnen und Altenpflegehelfer (96,2 %), die Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (95,8 %), die Heilerziehungspflegehelferinnen und Heilerziehungspflegehelfer

¹¹⁸ Dies gilt für die therapeutischen Berufsgruppen (Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten und die Personen mit sonstigen Abschlüssen im Bereich der nichtärztlichen Heilberufe) (1,7 %), die Heilpädagoginnen und Heilpädagogen sowie Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen (0,6 %), die Familienpflegerinnen und Familienpfleger und die Dorfhelferinnen und Dorfhelfer (0,1 %). Im Zeitverlauf haben sich die Anteile dieser Beschäftigtengruppen an allen Beschäftigten in den stationären Einrichtungen in nahezu allen Fällen geringfügig verringert. Dies gilt für die therapeutischen Berufsgruppen (- 0,1 %), für Personen mit sozialpädagogischem und sozialarbeiterischem Abschluss (- 0,2 %) wie auch für Dorf- und Familienhelferinnen und Dorf- und Familienhelfer (- 0,1 %). Lediglich die Gruppe der Heilpädagoginnen und Heilpädagogen ist auf niedrigem Niveau über die letzten Jahre stabil geblieben.

(75,4 %) wie auch die Personen mit sonstigem pflegerischen Abschluss (61,7 %) übernehmen überwiegend Pflege- und Betreuungsaufgaben.

Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten (68,9 %) sowie Personen mit sozialpädagogischen und sozialarbeiterischen Abschlüssen (54,1 %) werden primär in der sozialen Betreuung eingesetzt. Die letztgenannte Gruppe ist mitunter auch in Verwaltungs- und Geschäftsführungsaufgaben eingebunden (19 %).

Beschäftigte mit einem Abschluss einer pflegewissenschaftlichen Ausbildung an einer Fachhochschule oder einer Universität gehen, anders als noch im Jahr 2007, überwiegend Aufgaben nach, die mit der Verwaltung und Leitung von stationären Pflegeeinrichtungen verbunden sind (2013: 57,9 %, 2007: 20 %). Gegenüber 2007 sind weitaus weniger von ihnen in die Pflege und Betreuung involviert (2013: 33,3 %, 2007: 73,2 %).

Fachhauswirtschaftlerinnen und Fachhauswirtschaftler für ältere Menschen (93,9 %), Personen mit einem sonstigen hauswirtschaftlichen Berufsabschluss (90,4 %) aber auch Personen ohne Berufsabschluss (43,6 %) leisten in den niedersächsischen stationären Pflegeeinrichtungen oft überwiegend hauswirtschaftliche Aufgaben. Ein größerer Anteil der letztgenannten Gruppe ist außerdem auch in der Pflege und Betreuung der Bewohnerinnen und Bewohner tätig (45,6 %).

Beschäftigte der Kategorie „sonstiger Berufsabschluss“ sind ebenfalls häufig in den hauswirtschaftlichen Bereich eingebunden (33,6 %), leisten aber oft auch Pflege und Betreuung (31,1 %).

Auszubildende sind während ihrer Praxisphase in stationären Pflegeeinrichtungen überwiegend im Bereich der Pflege und Betreuung tätig (94,1 %).

Regionale Verteilung

Wird die durchschnittliche Beschäftigtenzahl je stationärer Pflegeeinrichtung für die Landkreise und kreisfreien Städte betrachtet, zeigt sich eine große Spannweite. Diese reicht von rund 32 Beschäftigten bis hin zu 71 Beschäftigten. Der Landesdurchschnitt liegt bei 45 Beschäftigten.

Bei den stationären Einrichtungen bestehen bei dem Verhältnis zwischen durchschnittlicher Personalkapazität und durchschnittlich betreuten Personen zwischen den kommunalen Gebietskörperschaften nur geringe Abweichungen. Die Spanne reicht hier von 0,9 bis 1,4. Der Landesdurchschnitt liegt bei 1,2. (siehe Anhang II.8.2-C)

Wird der Umfang der Arbeitszeit als Vergleichskriterium herangezogen, bestehen Vollzeitbeschäftigtenquoten, die von 11,9 % bis 44,8 % reichen. Der Landesdurchschnitt beträgt 29,4 %.

Geringfügige Beschäftigungsverhältnisse nehmen je nach kommunaler Gebietskörperschaft einen Anteil von 5,0 % bis 17,3 % ein, wobei der Landesdurchschnitt bei 11,8 % liegt. (siehe Anhang II.8.2-D)

8.3 Personalbeschaffung

In Anbetracht des wachsenden Personalbedarfs kommt der Personalbeschaffung in vielen niedersächsischen Pflegeeinrichtungen ein wichtiger Stellenwert zu, die die Personaleinstellung und Ausbildung umfasst. Daten der Bundesagentur für Arbeit (BA), der Landespflegestatistik 2013, der Schulstatistik 2014 sowie der CIMA Instituts für Regionalwirtschaft GmbH (2014) lassen dabei Rückschlüsse auf die Situation in den niedersächsischen Pflegeeinrichtungen zu.

Personaleinstellung

In Kapitel II.8.1.1 und II.8.1.2 wurde dargelegt, dass im ambulanten Sektor ein Beschäftigungszuwachs von 8.111 Personen (+ 25,2 %) und im stationären Sektor von 15.286 Personen (+ 23,5 %) seit Ende des Jahres 2007 stattgefunden hat. Insbesondere die Gruppen der Altenpflegerinnen und Altenpfleger wie auch der Personen mit sonstigem Berufsabschluss konnten in diesem Zeitraum besonders starke Zunahmen verzeichnen. In dieser Entwicklung spiegelt sich die gesteigerte Nachfrage nach Arbeitskräften in diesem Beschäftigungssegment wider, die durch Personaleinstellungen von den ambulanten Diensten und stationären Einrichtungen gedeckt werden kann. Es handelt sich um die „realisierte Nachfrage“ (CIMA Institut für Regionalwirtschaft GmbH 2014, Seite 28). Nicht berücksichtigt werden allerdings diejenigen Stellen, die nicht besetzt werden können und folglich vorübergehend oder langfristig vakant bleiben.

Erste Rückschlüsse auf diese Situation lässt die Arbeitsmarktberichterstattung der BA zur Situation der Altenpflege in Deutschland zu (Bundesagentur für Arbeit 2015).¹¹⁹ Demnach sind im Januar 2015 in Niedersachsen 2.122 Stellen bei der BA gemeldet. Die Nachfrage weicht dabei aber stark von dem Qualifikationsniveau der Bewerberinnen und Bewerber ab. Zwei Drittel der Stellen richten sich an Pflegefachkräfte (1.405 Stellen) und lediglich ein Drittel an Hilfskräfte¹²⁰ (717 Stellen). Die Stellen für das Fachpersonal bleiben weitaus länger unbesetzt. Während diese durchschnittlich 130 Tage im System der Agentur für Arbeit gemeldet sind, beläuft sich dieser Zeitraum für die Stellen für Hilfskräfte nur auf 83 Tage. Damit liegen die Vakanzzeiten sowohl von Fach- als auch von Hilfskräften über dem bundesweiten Durchschnitt von 73 Tagen für Stellen für Helferinnen und Helfer und 122 Tagen für Stellen für Pflegefachkräfte.

Ambulante Dienste sehen sich dabei in Deutschland mit noch etwas größeren Schwierigkeiten konfrontiert, offene Stellen zu besetzen (Schultz/Dankers 2015).

¹¹⁹ Es handelt sich nicht um eine vollumfängliche Betrachtung, da nur das Beschäftigungsfeld der Altenpflege in den Blick genommen wird und lediglich offene Stellen abgebildet werden, die der Agentur für Arbeit gemeldet wurden.

¹²⁰ Diese Personengruppe umfasst unter anderem auch die nach niedersächsischem Recht ausgebildeten Pflegeassistentinnen und Pflegeassistenten.

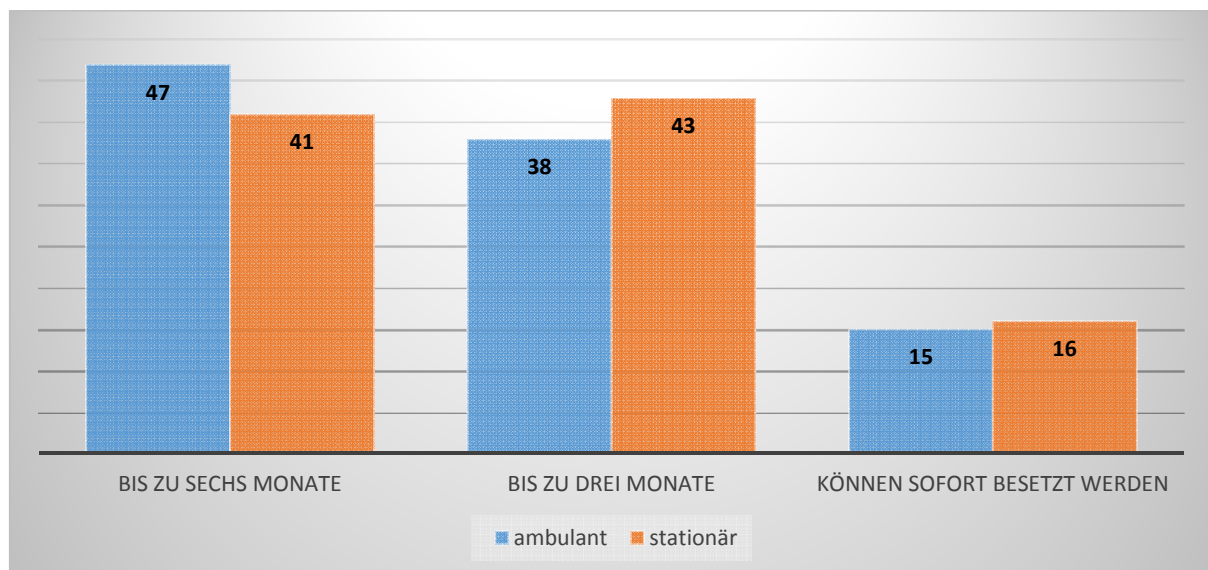


Abbildung 137: Dauer der Besetzung offener Stellen differenziert nach Sektor in Prozent (Quelle: Schultz/Dankers 2015, Seite 14)

In ländlichen und halbstädtischen Regionen wird dabei die Möglichkeit, offene Stellen zu besetzen, in ähnlicher Intensität wahrgenommen. Ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen in städtischen Regionen nehmen demgegenüber den Fachkräftemangel deutlicher wahr als entsprechende Einrichtungen im ländlichen Raum (Schultz/Dankers 2015).

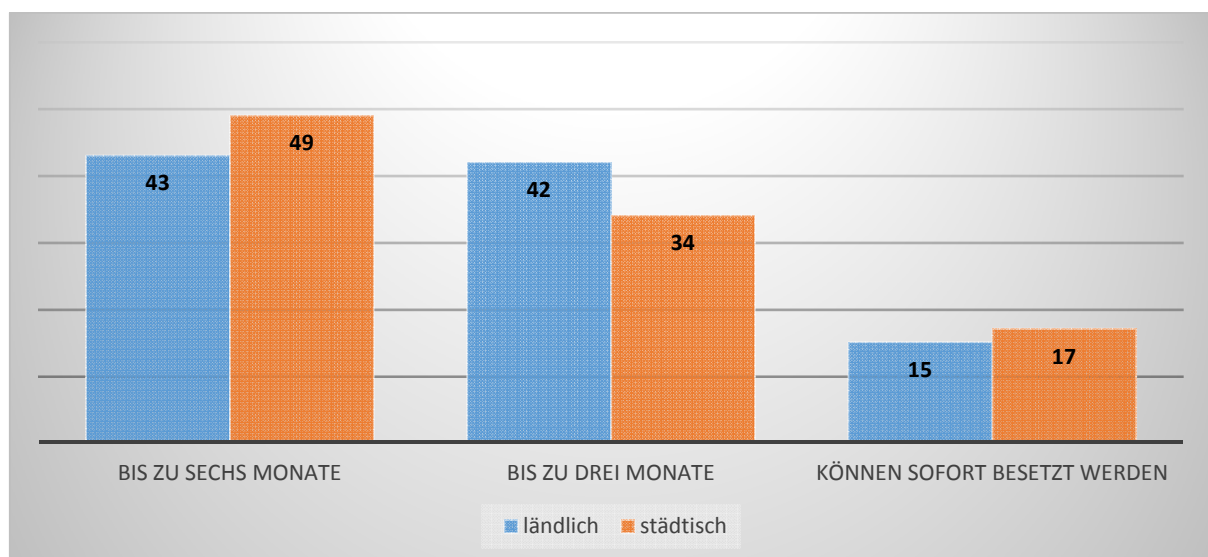


Abbildung 138: Dauer der Besetzung offener Stellen differenziert nach dem Urbanisierungsgrad in Prozent (Quelle: Schultz/Dankers 2015, Seite 15)

Auf eine große Anzahl vakanter Stellen für Pflegefachkräfte kommt nur eine geringe Anzahl von arbeitslos gemeldeten Fachkräften. Im Januar 2015 betrifft dies in Niedersachsen nur 354 Personen.

Mehr als achtmal so hoch ist die Arbeitslosigkeit demgegenüber unter den Personen mit einer Pflegehelferqualifikation. Im Januar 2015 sind in dieser Gruppe 2.912 Personen arbeitslos gemeldet.

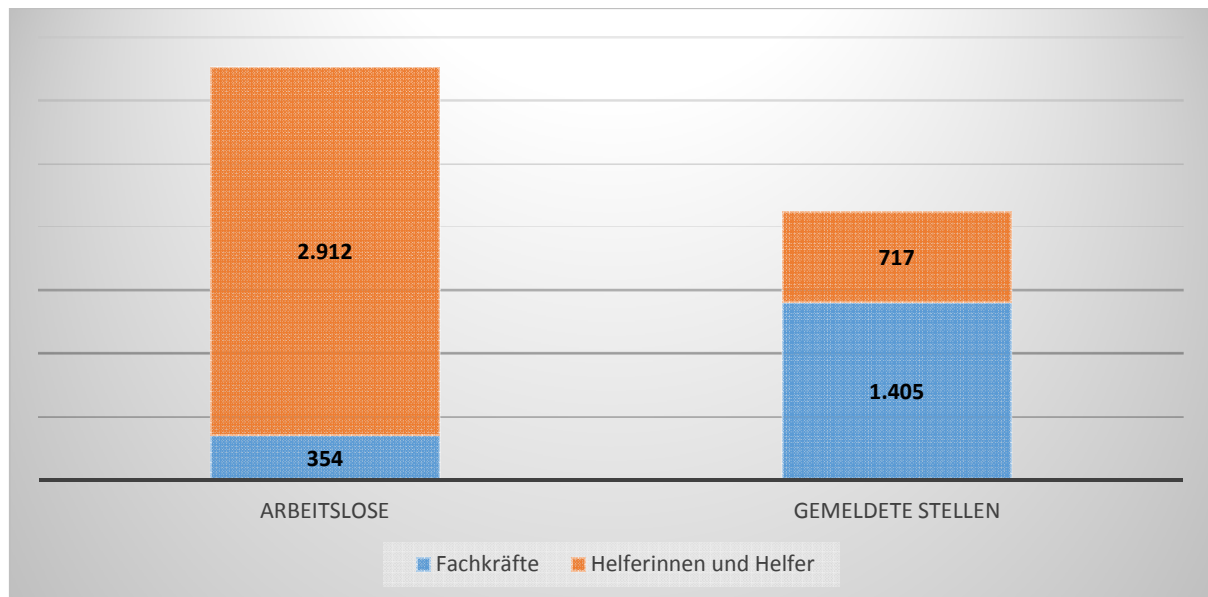


Abbildung 139: Verhältnis zwischen offenen Stellen und Arbeitslosen differenziert nach Qualifikation in Niedersachsen (Quelle: Bundesagentur für Arbeit 2015)

Im Zeitverlauf zeigt sich deutschlandweit seit 2007 eine deutliche Rückläufigkeit der Arbeitslosigkeit im Altenpflegesegment.¹²¹ Dies betrifft allerdings nur die examinierten Altenpflegekräfte. Hier sinkt die Arbeitslosigkeit seit dem Jahr 2008 und hat sich seit dem Jahr 2012 auf einem niedrigen Niveau stabilisiert. Seit dem Jahr 2010 bestehen auf der Bundesebene weitaus mehr offene Stellen als Arbeitslose gemeldet sind. Im Zeitverlauf ist diese Lücke gewachsen.

Die Arbeitslosenzahlen der Pflegehelferinnen und Pflegehelfer bleiben demgegenüber weitestgehend konstant und übertreffen die Anzahl der offenen Stellen regelmäßig bei weitem.

¹²¹ Für Niedersachsen waren entsprechende Daten im Zeitverlauf nicht verfügbar.

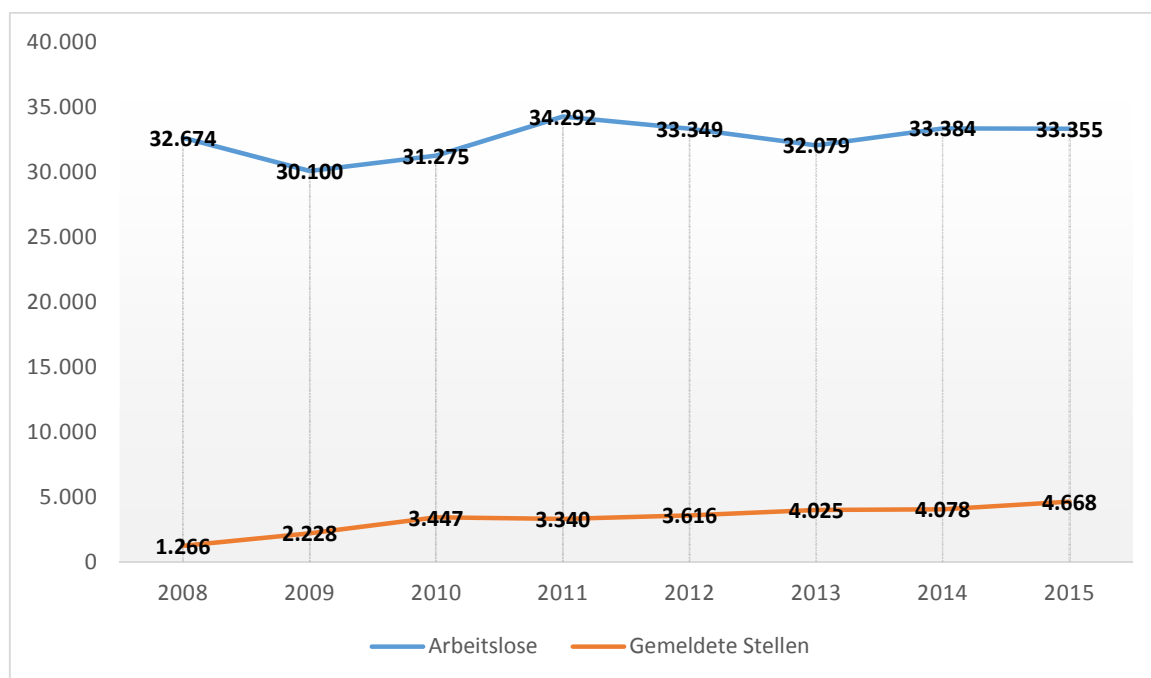


Abbildung 140: Verhältnis zwischen gemeldeten Stellen und Arbeitslosen unter den Altenpflegehilfskräften in Deutschland (Quelle: Bundesagentur für Arbeit 2015)

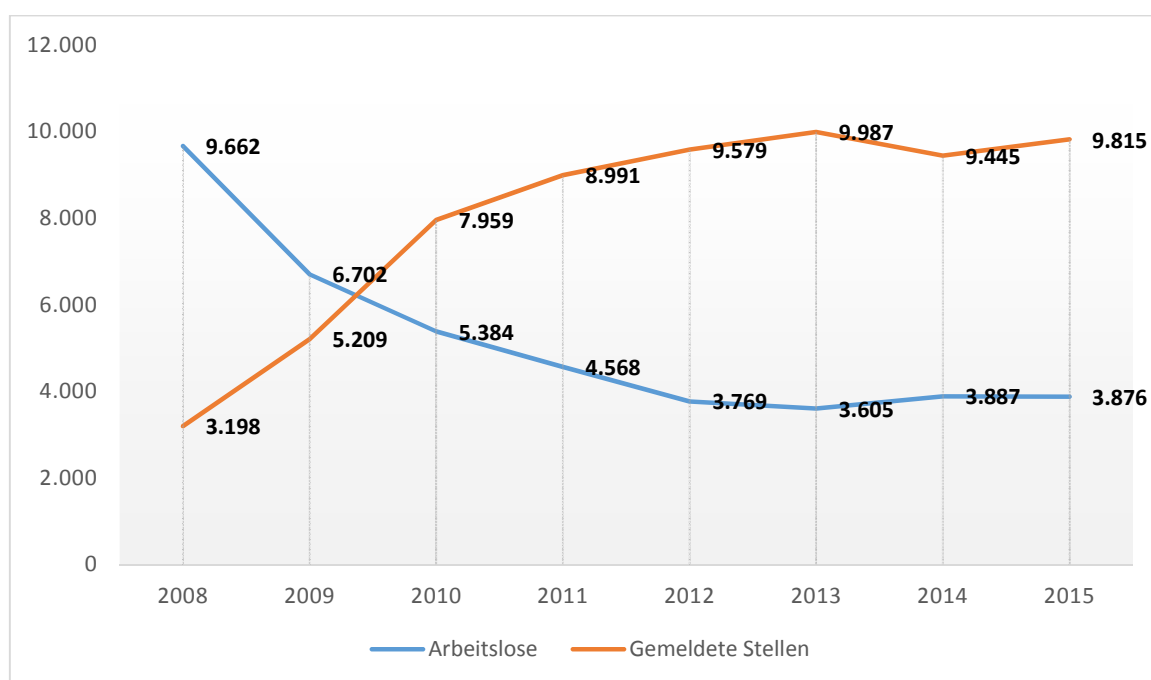


Abbildung 141: Verhältnis zwischen gemeldeten Stellen und Arbeitslosen unter den examinierten Altenpflegekräften in Deutschland (Quelle: Bundesagentur für Arbeit 2015)

Ausbildung

Angeichts dieses Ungleichgewichts zwischen offenen Stellen für Pflegefachkräfte und den Arbeitslosen kommt der Aus- und Weiterbildung in diesem Beschäftigungssegment ein großer Stellenwert zu. Rückschlüsse auf die Ausbildungssituation in Niedersachsen lassen sowohl die Landespflegestatistik 2013 wie auch die Schulstatistik 2014 zu. Während die Schulstatistik die Schülerinnen und Schüler über

die Berufsfachschulen erfasst, werden diese in der Landespflegestatistik über Auskünfte der Einrichtungen erhoben. Die Schulstatistik hält gegenwärtig einen aktuelleren Datenstand vor (15. November 2014 gegenüber 15. Dezember 2013) und wird daher bei der folgenden Betrachtung überwiegend zugrunde gelegt. Lediglich bei der Verteilung der Auszubildenden auf die Versorgungsektoren sowie die Träger der Pflegeeinrichtungen werden Daten der Landespflegestatistik herangezogen.

Ausbildung von Altenpflegerinnen und Altenpflegern

Die Ausbildung von Altenpflegerinnen und Altenpflegern ist bundeseinheitlich im Gesetz über die Berufe in der Altenpflege des Bundes (Altenpflegegesetz - AltPflG) und der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für den Beruf der Altenpflegerin und des Altenpflegers (Altenpflege-Ausbildungs- und Prüfungsverordnung - AltPflAPrV) geregelt.

Die formalen Voraussetzungen für den Beginn einer Ausbildung in der Altenpflege stellen ein Realschulabschluss, ein anderer als gleichwertig anerkannter Bildungsabschluss oder ein erweiterter Hauptschulabschluss nach zehn Schuljahren dar. Daneben ist der Zugang auch mit einem Hauptschulabschluss möglich, wenn (einschlägige) Berufserfahrung vorgewiesen werden kann. Es kann sich hierbei um eine anderweitige, mindestens zweijährige Berufsausbildung oder einen Abschluss als Pflegeassistentin oder Pflegeassistent beziehungsweise in der Alten- oder Krankenpflegehilfe handeln (§ 6 AltPflG). Die Ausbildung als Pflegeassistentin oder Pflegeassistent wird dabei als erstes Ausbildungsjahr anerkannt, so dass die eigentlich dreijährige Vollzeitausbildung¹²² verkürzt werden kann. Die Ausbildung beinhaltet sowohl theoretischen und praktischen Unterricht an staatlich anerkannten Berufsfachschulen wie auch die praktische Ausbildung in Heimen im Sinne des § 1 des Heimgesetzes, in stationären Pflegeeinrichtungen im Sinne von § 71 Abs. 2 SGB XI oder in ambulanten Pflegeeinrichtungen im Sinne von § 71 Abs. 1 SGB XI¹²³. Der Anteil der praktischen Ausbildung überwiegt hierbei (§ 4 AltPflG). Dennoch handelt es sich im formalen Sinne um eine vollschulische Ausbildung.

Zum 15. November 2014 werden in den 95 niedersächsischen Berufsfachschulen für Altenpflege insgesamt 6.817 Schülerinnen und Schüler ausgebildet. Verglichen mit den Zahlen aus den Vorjahren zeigt sich ein deutlicher Anstieg, der sich auf 38,4 % seit dem Jahr 2005 beläuft.

¹²² Die Ausbildung kann auch in Teilzeit durchgeführt werden und dauert in diesem Fall fünf Jahre.

¹²³ Abschnitte der praktischen Ausbildung können auch in weiteren Einrichtungen, in denen alte Menschen betreut werden, stattfinden (zum Beispiel psychiatrische Kliniken mit gerontopsychiatrischer Abteilung).

Jahr	Schulen	Schüler	Schülerinnen	Gesamt	Davon Umschülerinnen und Umschüler
2010	83	1.145 (20,3 %)	4.492 (79,7 %)	5.637 (100 %)	820 (14,5 %)
2011	88	1.318 (21,1 %)	4.925 (78,9 %)	6.243 (100 %)	1.045 (16,7 %)
2012	93	1.355 (20,6 %)	5.224 (79,4 %)	6.582 (100 %)	1.087 (16,5 %)
2013	98	1.346 (19,9 %)	5.410 (80,1 %)	6.756 (100 %)	1.139 (16,9 %)
2014	95	1.378 (20,2 %)	5.439 (79,8 %)	6.817 (100 %)	1.297 (19,0 %)

Tabelle 33: Auszubildende der Altenpflege in den Jahren 2010 bis 2014 (Quelle: Niedersächsisches Kultusministerium, Schulstatistik 2010 bis 2014)

Wie im Rahmen des Gutachtens der CIMA Instituts für Regionalwirtschaft Hannover GmbH zur Erforderlichkeit eines Umlageverfahrens zur Finanzierung der Ausbildungsvergütung in der Altenpflege dargelegt wurde, steht die wachsende Zahl von Altenpflegeschülerinnen und Altenpflegeschülern in engem Verhältnis zu der demografisch bedingten Zunahme der Nachfrage nach Pflegeleistungen und den daraus resultierenden wachsenden Personalbedarfen. Außerdem wirken sich aber auch die finanziellen Förderungsmöglichkeiten von Umschulungen aus, wie sie durch die Arbeitsagenturen gewährt werden. 2006 bis 2008 wurde diese Förderung deutlich zurückgefahren, was sich in den sinkenden Auszubildendenzahlen zeigt. Seit dem Jahr 2011 ist demgegenüber wieder ein Anstieg zu verzeichnen, der durch die Einführung der Schulgeldförderung durch das Land im Jahr 2008 und deren Erhöhungen ab dem 01. August 2012 begünstigt wird (CIMA Institut für Regionalentwicklung GmbH 2014).

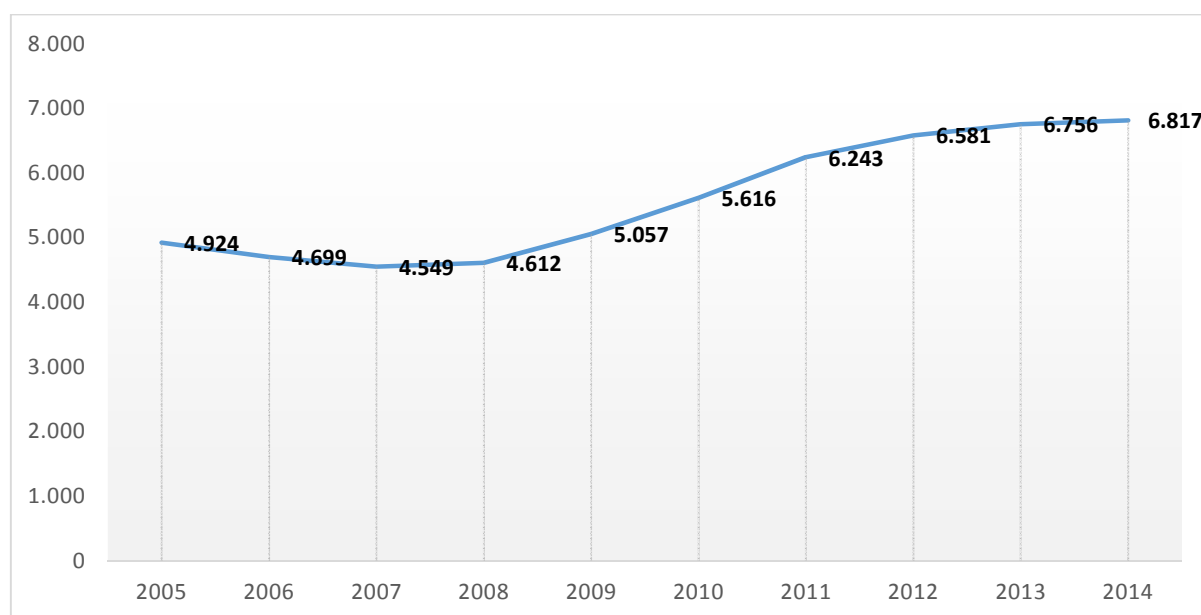


Abbildung 142: Anzahl der Auszubildenden in der Altenpflege in den Jahren 2005 bis 2014 (Quelle: MK, Schulstatistik 2005 bis 2014)

2.528 Auszubildende (37,1 %) werden dabei in öffentlichen und 4.289 Auszubildende (62,9 %) in privaten Berufsfachschulen ausgebildet. Dieses Verhältnis ist im Zeitverlauf weitestgehend stabil geblieben.

Der hohe Frauenanteil im Pflegesektor spiegelt sich auch in der Gruppe der Auszubildenden wider. Er beläuft sich auf 79,7 %. In der ersten Hälfte des vergangenen Jahrzehntes war eine Zunahme des Anteils der männlichen Auszubildenden von 14 % im Jahr 2000 auf 21 % im Jahr 2005 zu verzeichnen. Seither hat sich der Anteil der männlichen Auszubildenden auf einem Niveau von etwa 20 % stabilisiert.

Die CIMA Institut für Regionalwirtschaft GmbH legt auf Grundlage einer Sonderauswertung der niedersächsischen Schulstatistik¹²⁴ dar, dass sich mit Blick auf die Altersstruktur der Absolventinnen und Absolventen grundsätzlich drei Altersgruppen differenzieren lassen. Mit Abstand am größten ist die Gruppe der Absolventinnen und Absolventen im Alter bis einschließlich 25 Jahre mit insgesamt 57 % bei den Männern und 62 % bei den Frauen. Auf die Altersstufe der 26- bis 35-Jährigen entfallen 29 % der männlichen und 18 % der weiblichen Absolventinnen und Absolventen. Auch die Absolventenjahre ab 35 Jahre sind stark vertreten. Dies gilt besonders für Frauen (20 %), die offenbar häufig den Altenpflegeberuf in einer Neuorientierungsphase im Anschluss an die Familienphase ergreifen. Bei den männlichen Absolventen liegt dieser Anteil bei nur 14 % (CIMA Institut für Regionalwirtschaft GmbH 2014, Seite 32).

Auf Grundlage der Daten der Landespflegestatistik lässt sich zeigen, dass ambulante Pflegedienste nur in geringem Maße an der Ausbildung beteiligt sind. Lediglich 15 % der Schülerinnen und Schüler absolvieren hier ihre Ausbildung. 85 % werden hingegen in stationären Einrichtungen ausgebildet. Ausschlaggebend hierfür mögen unter anderem Faktoren wie zusätzliche indirekte Kosten für die Betreuung der Auszubildenden, eine fehlende Praxisanleitung, hinderliche betriebliche Abläufe sowie ein geringerer produktiver Nutzen der Auszubildenden sein, die im ambulanten Bereich häufiger als im stationären Bereich zusätzliche Hemmnisse für Ausbildungsaktivitäten darstellen. Zudem besteht im ambulanten Sektor offenbar öfter nicht die Möglichkeit, Auszubildende langfristig zu übernehmen (CIMA Institut für Regionalwirtschaft GmbH 2014, Seite 67f).

Hinsichtlich der Faktoren, die für eine Ausbildung in der eigenen Einrichtung sprechen, existieren demgegenüber zwischen dem ambulanten und dem stationären Sektor kaum Unterschiede. In beiden Be-

¹²⁴ Es handelt sich um einen gewichteten Durchschnitt der Absolventenjahre 2010 bis 2012.

reichen spielen der erleichterte Zugang zu Fachkräften durch die Übernahme der Auszubildenden, weniger Fehlbesetzungen bei der Übernahme, die Wahrnehmung gesellschaftlicher Verantwortung sowie die Sicherung einer ausgewogenen betrieblichen Altersstruktur ähnlich große Rollen (CIMA Institut für Regionalwirtschaft GmbH 2014, Seite 67).

Wie im Rahmen des Gutachtens der CIMA Instituts für Regionalwirtschaft GmbH ebenfalls deutlich wird, kann davon ausgegangen werden, dass die Einstellungsbereitschaft der Einrichtungen deutlich über den tatsächlich zustande gekommenen Ausbildungsverhältnissen liegt. 30 % der stationären Pflegeeinrichtungen und 36 % der ambulanten Dienste konnten nicht alle der angebotenen Ausbildungsplätze tatsächlich auch besetzen. Im Jahr 2013 bleiben 14 % der Ausbildungsplätze unbesetzt. Im Vergleich zu den Vorjahren 2011 und 2012 (jeweils 12 %) bedeutet dies einen geringfügigen Anstieg. Ausschlaggebend für diese Vakanzen sind nach Einschätzung der befragten Pflegeeinrichtungen primär die mangelnde Eignung - insbesondere die persönliche Eignung, die erforderliche schulische Qualifikation und schlechte schulische Leistungen (CIMA Institut für Regionalwirtschaft GmbH 2014, Seite 34, Seite 82f).

Das Ausbildungsgeschehen in der Altenpflege ist außerdem durch starke Diskontinuitäten im Verlauf geprägt. Eine Befragung der Berufsfachschulen ergibt, dass im Jahr 2013 insgesamt 450 Abbrüche der Ausbildung zu verzeichnen sind. Rund 10 % der Altenpflegeschülerinnen und Altenpflegeschüler wechseln außerdem im Laufe ihrer Ausbildungszeit die Einrichtung, in der sie den praktischen Teil ihrer Ausbildung begonnen haben (CIMA Institut für Regionalwirtschaft GmbH 2014, Seite 34).

Ausbildung von Gesundheits- und Krankenpflegerinnen, Gesundheits- und Krankenpflegern, Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen sowie Gesundheits- und Kinderkrankenpflegern

In der Altenpflege werden auch Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger sowie Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger eingesetzt. Ihre Ausbildung ist bundeseinheitlich im Gesetz über die Berufe in der Krankenpflege (Krankenpflegegesetz - KrPflG) und die Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Berufe in der Krankenpflege (KrPflAPrV) geregelt.

Es handelt sich jeweils um dreijährige Ausbildungen.¹²⁵ Der Zugang kann durch einen Realschulabschluss, eine gleichwertige, abgeschlossene Schulbildung oder den Abschluss einer sonstigen zehnjährigen allgemeinen Schulbildung erlangt werden. Auch ein Hauptschulabschluss genügt für den Zugang,

¹²⁵ Wird die Ausbildung in Teilzeit ausgeübt, dauert sie höchstens fünf Jahre.

wenn vorab eine mindestens zweijährige Berufsausbildung erfolgreich abgeschlossen wurde oder eine Erlaubnis als Krankenpflegehelferin oder Krankenpflegehelfer oder eine mindestens einjährige Ausbildung als Kranken- oder Altenpflegehilfe vorliegt. Die Ausbildungen werden ausschließlich in staatlich anerkannten Schulen an Krankenhäusern oder in staatlich anerkannten Schulen, die mit Krankenhäusern verbunden sind, durchgeführt.¹²⁶

Insgesamt bestehen in Niedersachsen 80 Schulen der Gesundheits- und Krankenpflege. Im Zeitraum von 2010 bis 2014 hat sich diese Zahl kaum verändert. Die Zahl der Schülerinnen und Schüler ist im gleichen Zeitraum auch weitestgehend konstant geblieben. Der Anteil der weiblichen Auszubildenden liegt bei 81,6 %.

Jahr	Schulen	Schüler	Schülerinnen	Gesamt ¹²⁷
2010	81	1.166 (19,3 %)	4.891 (80,7 %)	6.057 (100 %)
2011	82	1.231 (19,8 %)	4.988 (80,2 %)	6.219 (100 %)
2012	81	1.273 (20,5 %)	5.021 (79,5 %)	6.294 (100 %)
2013	79	1.198 (18,9 %)	5.126 (81,1 %)	6.324 (100 %)
2014	80	1.155 (18,4 %)	5.137 (81,6 %)	6.292 (100 %)

Tabelle 34: Auszubildende der Gesundheits- und Krankenpflege in den Jahren 2010 bis 2014 (Quelle: Niedersächsisches Kultusministerium, Schulstatistik 2010 bis 2014)

Die Zahl der Schulen für Gesundheits- und Kinderkrankenpflege ist seit 2010 gleich geblieben. Auch die Zahl der Schülerinnen und Schüler hat sich in diesem Zeitraum kaum verändert.

¹²⁶ Neben dem Bundesrecht gelten Erlasse des Niedersächsischen Kultusministeriums zu den Mindestanforderungen an diese Schulen (vom 22. Dezember 2014) sowie zur Praxisanleitung (vom 20. April 2005). Diese gelten für die Bildungsgänge in der Altenpflege-, Gesundheits- und Krankenpflege und der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege, da die Ausbildung in Teilen in den gleichen Einrichtungen erfolgt.

¹²⁷ Umschülerinnen und Umschüler in den Bildungsgängen Gesundheits- und Krankenpflege und Gesundheits- und Kinderkrankenpflege werden in der Gesundheitsdatenbank nicht gesondert erfasst.

Jahr	Schulen	Schüler	Schülerinnen	Gesamt ¹²⁸
2010	19	24 (3,5 %)	657 (96,5 %)	681 (100 %)
2011	19	30 (4,3 %)	673 (95,7 %)	703 (100 %)
2012	19	22 (3,2 %)	661 (96,8 %)	683 (100 %)
2013	19	27 (4 %)	649 (96 %)	676 (100 %)
2014	19	26 (3,9 %)	643 (96,1 %)	669 (100 %)

Tabelle 35: Auszubildende der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege in den Jahren 2010 bis 2014 (Quelle: Niedersächsisches Kultusministerium, Schulstatistik 2010 bis 2014)

Ausbildung von Pflegeassistentinnen und Pflegeassistenten

Zum Schuljahr 2009/2010 wurde die Pflegeassistentenz als eigenständiger Bildungsgang eingeführt. Eingangsvoraussetzung stellt der Hauptschulabschluss dar. Es handelt sich um eine zweijährige Ausbildung, die auf eine generalistische Helfertätigkeit in der Pflege ausgerichtet ist und in Berufsfachschulen und Praktikumsbetrieben stattfindet. In dieser Ausbildung sind die einjährigen Helferausbildungen in der Altenpflege-, Gesundheits- und Krankenpflege- wie auch der Heilerziehungspflege aufgegangen. Ergänzend zum beruflichen Abschluss wird gleichzeitig der Realschulabschluss erreicht, so dass der Weg in weiterführende Ausbildungen geebnet ist.

In Niedersachsen bestehen gegenwärtig 76 entsprechende Berufsfachschulen. Seit 2010 hat sich diese Zahl um fünf Schulen verringert. Die Zahl der Schülerinnen und Schüler lag im Jahr 2014 bei 3.006 und hat sich seit 2010 um 14 % verringert. Im Jahr 2014 beträgt der Anteil der Frauen in diesem Ausbildungsgang 80 %.

¹²⁸ Umschülerinnen und Umschüler in den Bildungsgängen Gesundheits- und Krankenpflege und Gesundheits- und Kinderkrankenpflege werden in der Gesundheitsdatenbank nicht gesondert erfasst.

Jahr	Schulen	Schüler	Schülerinnen	Gesamt	Davon Umschülerinnen und Umschüler
2010	81	716 (20,5 %)	2.782 (79,5 %)	3.498 (100 %)	59 (1,7 %)
2011	80	728 (21 %)	2.742 (79 %)	3.470 (100 %)	34 (1 %)
2012	79	692 (20,3 %)	2.725 (79,7 %)	3.417 (100 %)	39 (1,1 %)
2013	80	656 (19,9 %)	2.644 (80,1 %)	3.300 (100 %)	37 (1,1 %)
2014	76	600 (20 %)	2.406 (80 %)	3.006 (100 %)	28 (0,9 %)

Tabelle 36: Auszubildende der Pflegeassistenten in den Jahren 2010 bis 2014 (Quelle: Niedersächsisches Kultusministerium, Schulstatistik 2010 bis 2014)

Förderung der beruflichen Weiterbildung nach §§ 81ff SGB III

Die Förderung der beruflichen Weiterbildung zur Altenpflegerin oder zum Altenpfleger („Umschulung“) stellt eine wichtige Strategie zur Fachkräftesicherung dar. Die Agenturen für Arbeit und die Jobcenter unterstützen diese Qualifizierung finanziell, so dass entsprechende Daten über den Umfang der Weiterbildungsaktivitäten auch für Niedersachsen vorliegen (Bundesagentur für Arbeit 2015). Zwischen November 2013 und Oktober 2014 traten in diesem Bundesland insgesamt 760 Personen in die Förderung der beruflichen Weiterbildung zur Altenpflegerin oder zum Altenpfleger ein.

Daten, die einen Zeitvergleich ermöglichen, sind nur für die Bundesebene verfügbar. Demnach ist in den vergangenen zwei Jahren eine erhebliche Steigerung der Anzahl der geförderten Weiterbildungen in diesem Bereich zu beobachten. Demgegenüber nimmt die Zahl der geförderten Altenpflegehelferinnen- und Altenpflegehelferweiterbildungen¹²⁹ im gleichen Zeitraum ab. Ausschlaggebend für diese Entwicklung ist eine bundesweite Ausbildungs- und Qualifizierungsoffensive der Bundesregierung, in deren Zuge die Agenturen für Arbeit bei einer Umschulung anfallende Weiterbildungskosten übernehmen (zum Beispiel im Rahmen des Programms zur Weiterbildung Geringqualifizierter und -beschäftigter Arbeitnehmer in Unternehmen (WeGebAU)).¹³⁰ Der Fokus ist dabei insbesondere auf die Weiterqualifizierung zur Altenpflegerin oder zum Altenpfleger gerichtet.

¹²⁹ Diese Gruppe umfasst auch die niedersächsischen Pflegeassistentinnen und Pflegeassistenten.

¹³⁰ Im Schuljahr 2013/2014 wurde mehr als jede vierte neu begonnene Ausbildung zur Altenpflegerin oder zum Altenpfleger durch die Agentur für Arbeit oder ein Jobcenter gefördert (Bundesagentur für Arbeit 2015, S. 10).

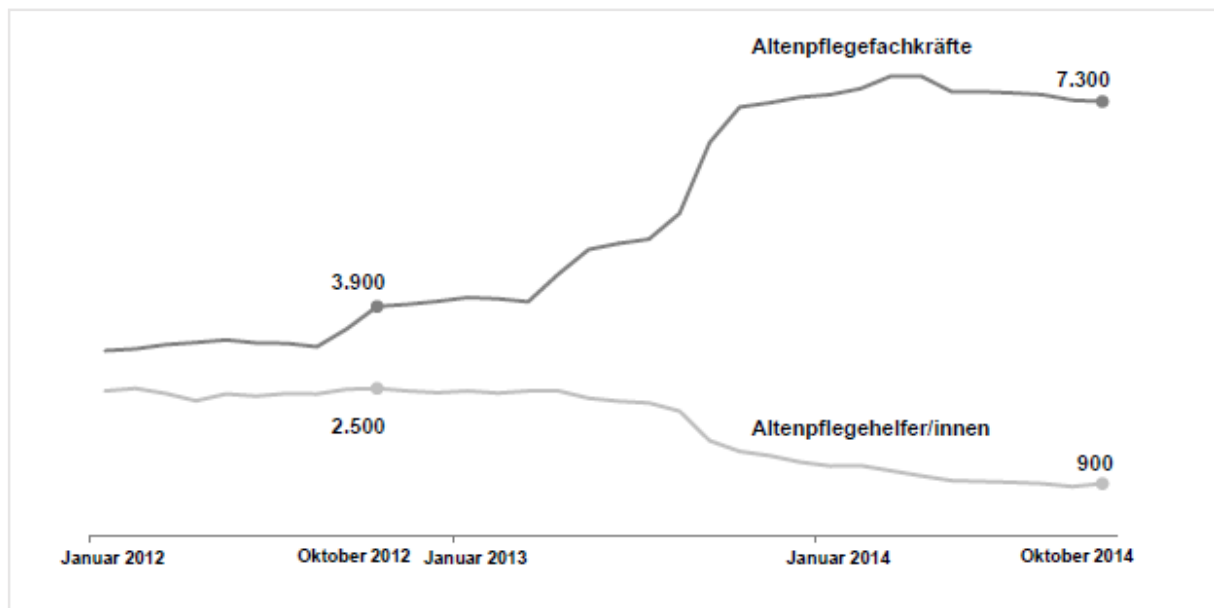


Abbildung 143: Eintritt in Maßnahmen zur beruflichen Weiterbildung in Deutschland in den Jahren 2012 bis 2014 (Quelle: Bundesagentur für Arbeit 2015)

Wie ebenfalls auf Grundlage der Daten der BA deutlich wird, stellt die Weiterbildung zur Altenpflegerin oder zum Altenpfleger häufig den Einstieg in ein sozialversicherungspflichtiges Beschäftigungsverhältnis in der Altenpflege dar. Vier von fünf Personen, die eine Weiterbildung im Jahr 2013 erfolgreich abschlossen, haben innerhalb eines halben Jahres ein entsprechendes Beschäftigungsverhältnis angetreten.

Maßnahmen zur Förderung der Ausbildung

In Niedersachsen werden Anstrengungen unternommen, um junge Menschen für eine Ausbildung in Pflegeberufen zu gewinnen. Zu nennen ist in diesem Zusammenhang insbesondere die gesetzliche Verankerung des Anspruchs auf Schulgeldfreiheit in der Altenpflegeausbildung durch die Einführung des § 16a NPflegeG zum 01. Februar 2015. Hierdurch wird die bisherige Förderpraxis verstetigt und es werden Altenpflegesschulen in privater Trägerschaft für alle bestehenden und neuen Schulverträge zur Altenpflegerin oder zum Altenpfleger gefördert, die auf die Vorauszahlung durch die Schülerinnen und Schüler verzichten. Der Zuschuss beträgt 110 bis zu 200 Euro je Monat und Schulvertrag.¹³¹ Kleinere Klassen, die höhere Pro-Kopf-Aufwendungen aufweisen als ausgelastete Klassen, werden dabei besonders gefördert, um zur Sicherung des Fachkräftebedarfs in der Altenpflege sowohl eine wohnortnahe Ausbildung anbieten zu können als auch berufsbegleitend Ausbildung in Teilzeit zu ermöglichen. Durch die gesetzliche Verankerung der Schulgeldfreiheit wird eine Verstetigung der bisherigen Förderpraxis

¹³¹ Siehe hierzu die Verordnung zur Förderung von Altenpflegesschulen in freier Trägerschaft vom 24. Juli 2015 (Nds. GVBL Nr. 11/2015 ausgegeben am 31. Juli 2015)

nach der Richtlinie über die Gewährung von Zuwendungen zur Förderung der Ausbildung in der Altenpflege erreicht und die Schulgeldförderung aus dem Bereich der freiwilligen Leistungen gehoben.

Die Landesregierung hat 2014 die Fachkräfteinitiative für Niedersachsen gestartet. In diesem Rahmen wurde unter anderem auch das Projekt „Eine Stunde für die Altenpflege“ initiiert.¹³² Ziel des Projekts ist, Nachwuchskräfte für die Altenpflege zu gewinnen, indem Auszubildende in der Altenpflege Schülerinnen und Schüler im Berufswahlprozess sowie deren Eltern über ihr Berufsfeld informieren. Hierzu werden durch Altenpflegeschulen und Träger der praktischen Ausbildung einstündige Informationsveranstaltungen an allgemeinbildenden Schulen durchgeführt, die hierfür eine durch das MS bereitgestellte Prämie beziehen. Das Projekt ist vorerst auf das Haushaltsjahr 2015 begrenzt und soll im Schuljahr 2015/2016 im Rahmen der Berufsorientierung durchgeführt werden.

Zu den bereits abgeschlossenen Aktionen zählt die durch das MS im Jahr 2012 geförderte Werbeaktion „Mensch Alter – Du bist meine Zukunft“¹³³ oder die ebenfalls geförderte Imagekampagne „Zeig’ Deine Pflegestärken“¹³⁴ des Norddeutschen Zentrums zur Weiterentwicklung der Pflege.

Außerdem wurden gezielt auch Gruppen in den Blick genommen, die bisher noch zu selten für dieses Berufsfeld gewonnen werden. Dies betrifft zum Beispiel Schülerinnen und Schüler mit Migrationshintergrund. Ansätze für die Erreichung dieser Gruppe ergeben sich unter anderem aus dem Abschlussbericht des Projektes „I care... u2?!“, das die LVG & AFS im Auftrag des MS von 2012 bis 2013 durchführte. Neben einer gezielten Informationsarbeit in allgemeinbildenden Schulen und Exkursionen für Schulsozialarbeiter und am Berufsorientierungsunterricht beteiligte Lehrerinnen und Lehrer hat sich insbesondere auch eine enge Kooperation mit Migrantenselbstorganisationen als wichtiger Ansatz erwiesen.

Staatlich anerkannte Weiterbildung von Pflegefachkräften und Studienangebote

An eine berufliche Erstausbildung der Pflegefachkräfte schließt sich ein breitgefächertes Angebot von staatlich anerkannten Fachweiterbildungen an. Zu ihnen zählen zum Beispiel Weiterbildungen für Pflegedienstleiterinnen und Pflegedienstleiter oder auch für sozialpsychiatrische Betreuung. Die Grundlage bildet das Niedersächsische Gesundheitsfachberufegesetz vom 20. September 2009¹³⁵ mit der Verordnung über die Weiterbildung in Gesundheitsfachberufen vom 18. März 2002. Die Weiterbildungen dauern maximal drei Jahre und beinhalten in der Regel 720 Stunden Unterricht sowie zusätzliche Praktika. Es sind Anrechnungsmöglichkeiten für gleichwertige Weiterbildungen sowie ein einheitliches

¹³²http://www.soziales.niedersachsen.de/startseite/soziales_gesundheit/gesundheitsfachberufe/foerderung_ausbildung_altenpflege/durchfuehrung_projektes_eine_stunde_altenpflege/durchfuehrung-des-projektes-eine-stunde-fuer-die-altenpflege-135344.html

¹³³ <http://www.mensch-alter.de/story.php>

¹³⁴ <http://www.zeig-deine-pflegestaerken.de/>

¹³⁵ Niedersächsisches Gesetz über Berufsbezeichnungen, Weiterbildung und Fortbildung in Gesundheitsfachberufen (Nds. GVBl. Nr. 3 /2009)

Grundmodul für alle Weiterbildungen vorgesehen. Alle Weiterbildungen schließen mit einer staatlichen Prüfung ab. Insgesamt bestehen in Niedersachsen 20 staatlich anerkannte Weiterbildungsstätten. 426 Personen durchliefen im Jahr 2014 die Weiterbildungen, wobei nach Aussage des Landesamtes für Soziales acht Personen an der Weiterbildung zur Fachkraft für sozialpsychiatrische Betreuung und sechs Personen an der Weiterbildung zur Pflegedienstleiterin beziehungsweise zum Pflegedienstleiter teilnahmen.

Neben den staatlich anerkannten Weiterbildungsmöglichkeiten stehen auch Studienangebote zur Verfügung. In Niedersachsen halten beispielsweise die Hochschulen Hannover, Braunschweig/Wolfenbüttel (Standort Wolfsburg), Buxtehude und Osnabrück wie auch die Universität Osnabrück Studienangebote bereit. Die Angebote sind entweder integrativ ausgerichtet, wobei die abgeschlossene berufliche Erstausbildung verkürzend auf das Studium angerechnet wird, sehen die berufliche Erstausbildung parallel zum Studium vor oder sind als Aufbau-Studiengänge konzipiert.

8.4 Personalbindung

Für die Sicherstellung einer hinreichenden Personalausstattung in den Pflegeeinrichtungen ist nicht nur die Personalbeschaffung, sondern auch die langfristige Bindung des Personals bedeutsam. Im Folgenden wird der Fokus darauf gerichtet, inwieweit eine kontinuierliche Beschäftigung in pflegerischen Berufsverläufen realisiert wird und welche Faktoren sich hinderlich oder förderlich auf einen langfristigen Verbleib im Pflegeberuf auswirken. Die niedersächsische Landespflegestatistik lässt hierauf keine Rückschlüsse zu. Daher wird an dieser Stelle auf andere Datengrundlagen zurückgegriffen, die jedoch nur selten eine explizite Einschätzung der niedersächsischen Situation zulassen.

Beschäftigungs- und Unterbrechungszeiten im Berufsverlauf

Unterschiedliche Studien geben Hinweise darauf, dass die Berufsverläufe von Beschäftigten im Altenpflegesektor im Vergleich mit anderen Berufsgruppen kürzer sind und ein höheres Maß an Diskontinuität aufweisen (Hasselhorn et al. 2005, IWAK 2009, Theobald et al. 2013). Diese tritt in Form von Unterbrechungen, Wiedereinstiegen und Wechseln in andere Beschäftigungssegmente auf.

Entsprechende Rückschlüsse lässt beispielsweise eine Studie des Instituts für Wirtschaft, Arbeit und Kultur der Universität Frankfurt am Main zu. Untersucht wurden unter anderem Altenpflegerinnen und Altenpfleger, die vor 25 bis 29 Jahren in ihren Beruf eingestiegen sind. Diese Gruppe ist durchschnittlich 19 Jahre zwischen dem Ende ihrer Ausbildung und der letzten in den Daten belegbaren Beschäfti-

gung tätig. 10 Jahre nach dem Berufseinstieg sind noch 64 % der Beschäftigten in ihren Beruf eingebunden.¹³⁶ Diejenigen, die den Beruf verlassen, steigen insbesondere innerhalb der ersten Jahre nach der Ausbildung aus (Joost et al. 2009, Seite 26ff).

Wie Theobald et al. im Rahmen eines deutsch-schwedischen Forschungsprojektes zur Arbeitssituation von Pflegekräften belegen, ist der Anteil der Beschäftigten mit langen Berufsverläufen über 20 Jahre im stationären Sektor weitaus geringer als im ambulanten Sektor (16 % und 23 %). Wird außerdem das Qualifikationsniveau der Pflegekräfte berücksichtigt, zeigt sich, dass Pflegekräfte ohne formelle pflegerische Qualifikation und Pflegehilfskräfte trotz ähnlicher Altersstrukturen in beiden Beschäftigungsbereichen deutlich geringere Berufsverweildauern aufweisen als Fachkräfte. So sind 28 % der Fachkräfte 20 und mehr Jahre in diesem Feld tätig. Bei den Pflegehilfskräften und den Pflegekräften ohne pflegerische Ausbildung beläuft sich dieser Wert auf nur 12,5 % (Theobald et al. 2013, Seite 94ff).

Unterbrechungszeiten nehmen einen relevanten prozentualen Anteil der Berufsverläufe ein. Dieser beläuft sich bei der ältesten Ausbildungsabschlusskohorte (Beobachtungszeit von 20 bis 25 Jahren) auf 47 %, was in etwa 8 Jahren entspricht (Joost et al. 2009, Seite 26ff). Ursächlich für die Unterbrechungszeiten sind in erster Linie familiäre Verpflichtungen der Pflegekräfte aber auch gesundheitliche Einschränkungen (Joost et al. 2009, Seite 26ff).

¹³⁶ Andere, zum Teil ältere und methodisch weniger auf eine Langzeitbetrachtung ausgelegte Untersuchungen weisen auf weitaus kürzere Berufsverläufe hin. Becker und Meifort untersuchten beispielsweise die Berufseinkündigung und den Berufsverbleib von Altenpflegerinnen und Altenpfleger in den ersten Jahren nach Abschluss ihrer Ausbildung im Längsschnitt. Sie zeigten, dass nach dem Gesamterhebungszeitraum von 5 Jahren nur noch 20 % des untersuchten Personenkreises in diesem Beruf beschäftigt sind (Becker/Meifort 1998, S. 255f). Behrens et al. führen aus, dass nach 10 Jahren nur noch 46 % der Beschäftigten in Rheinland-Pfalz und 52 % in der Bundesrepublik in ihrem Beruf tätig sind (Behrens et al. 2009, S. 30).

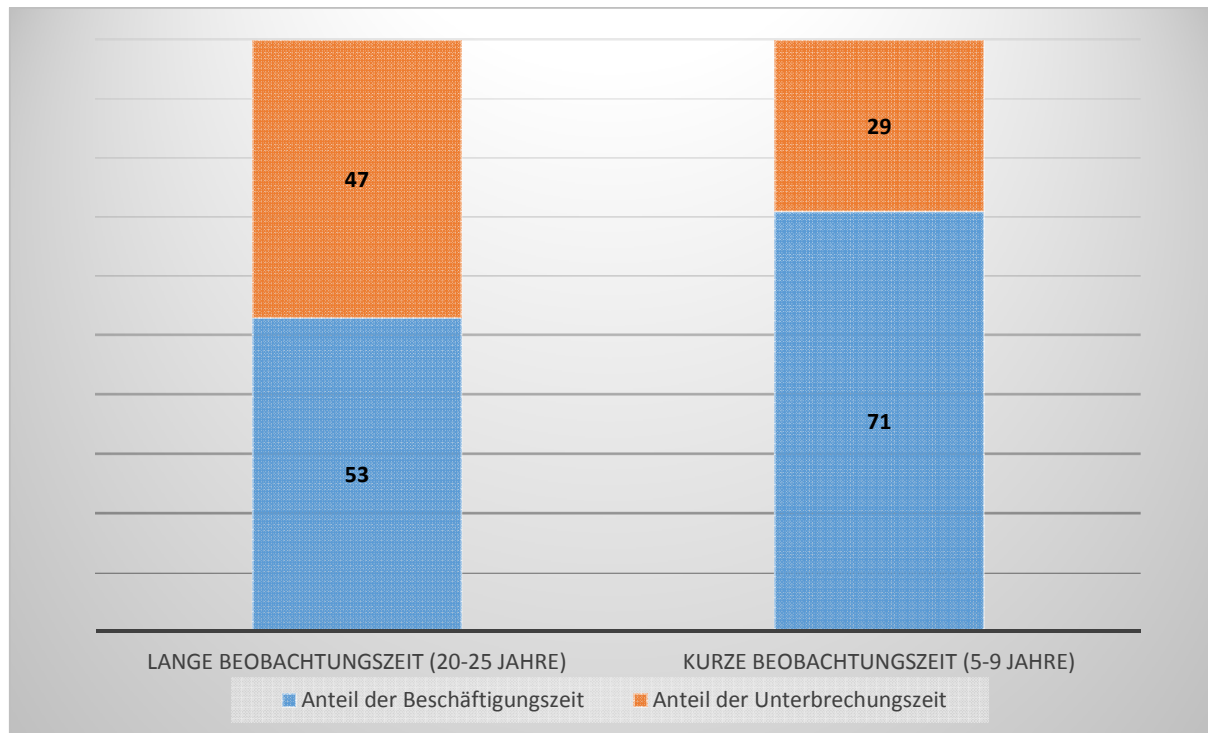


Abbildung 144: Anteile von Beschäftigungs- und Unterbrechungszeiten im Berufsverlauf in Prozent (Quelle: Joost et al. 2009, Seite 26ff)

Fluktuationsneigung

Neben der Dauer der Erwerbsverläufe und der Unterbrechungszeiten spiegelt sich die Bindung der Pflegekräfte an ihren Beruf auch in der Fluktuationsneigung, also dem Gedanken an einen Berufsausstieg. Rückschlüsse hierauf lässt die international vergleichende Next-Studie (Nurses' early exit Study) zu, die Ursachen, Umstände und Auswirkungen eines frühzeitigen Berufsausstiegs analysiert (Hasselhorn et al. 2005). Demnach ist der Anteil der deutschen Pflegekräfte, die im internationalen Vergleich einen Ausstieg aus dem Beruf in Erwägung zieht, mit 18,4 % verhältnismäßig groß (S. 144). Es zeigen sich jedoch große geschlechtliche, qualifikatorische und nicht zuletzt altersabhängige Unterschiede: Männer denken über den Berufsausstieg häufiger nach als Frauen. Gleiches gilt auch für Hochqualifizierte. Der Wunsch, den Pflegeberuf zu verlassen, ist bereits in den ersten Jahren der Berufstätigkeit groß, wächst bis zur Altersgruppe der 30 und 35-Jährigen, sinkt dann kontinuierlich ab und ist in den letzten Jahren der Erwerbsbiographie deutlich geringer ausgeprägt als noch in der Anfangszeit. Insgesamt lassen sich unter den Ausstiegswilligen zwei Typen klassifizieren: Die „motivierten Aussteigerinnen und Aussteiger“ sind in der Regel jung, gut ausgebildet und streben nach beruflicher und persönlicher Weiterentwicklung. Die „resignierten Aussteigerinnen und Aussteiger“ weisen demgegenüber einen schlechten Gesundheitszustand und eine niedrige Arbeitsfähigkeit auf und sind von oft jahrelanger Arbeit in der Pflege erschöpft. Die Next-Studie verweist eindeutig darauf, dass die wahrgenommenen arbeitszeitlichen und arbeitsorganisatorischen Belastungsfaktoren ausschlaggebend für die Ausprägung der Fluktuationsneigung sind.

Theobald et al. stellen dar, dass die Fluktuationsneigung im stationären Bereich stärker ausgeprägt ist als im ambulanten Bereich. 36,6 % der Befragten aus Pflegeheimen geben an, sich in den letzten Jahren Gedanken zu einer Berufs- oder Stellenaufgabe gemacht zu haben. Im ambulanten Sektor beläuft sich dieser Wert auf 30,1 %. Pflegekräfte ohne eine pflegerische Ausbildung oder mit einer Pflegehelferqualifikation weisen grundsätzlich eine schwächer ausgeprägte Fluktuationsneigung auf, was möglicherweise auf geringere Erwerbsalternativen zurückzuführen ist (siehe Kapitel II.8.2.1). Nur ein Fünftel aller Beschäftigten kann sich vorstellen, bis zum regulären Renteneintrittsalter im Berufsfeld der Altenpflege tätig zu sein. Dies gilt für Beschäftigte im stationären Sektor wieder in besonderem Maße. In Anbetracht dessen, dass sich nur etwa 18 % der Befragten vorstellen können, die durch den Berufsaustritt entstehenden Einkommenseinbußen zumindest teilweise anderweitig zu kompensieren (zum Beispiel durch das Einkommen der Partnerin oder des Partners), tut sich hier ein Spannungsfeld auf.

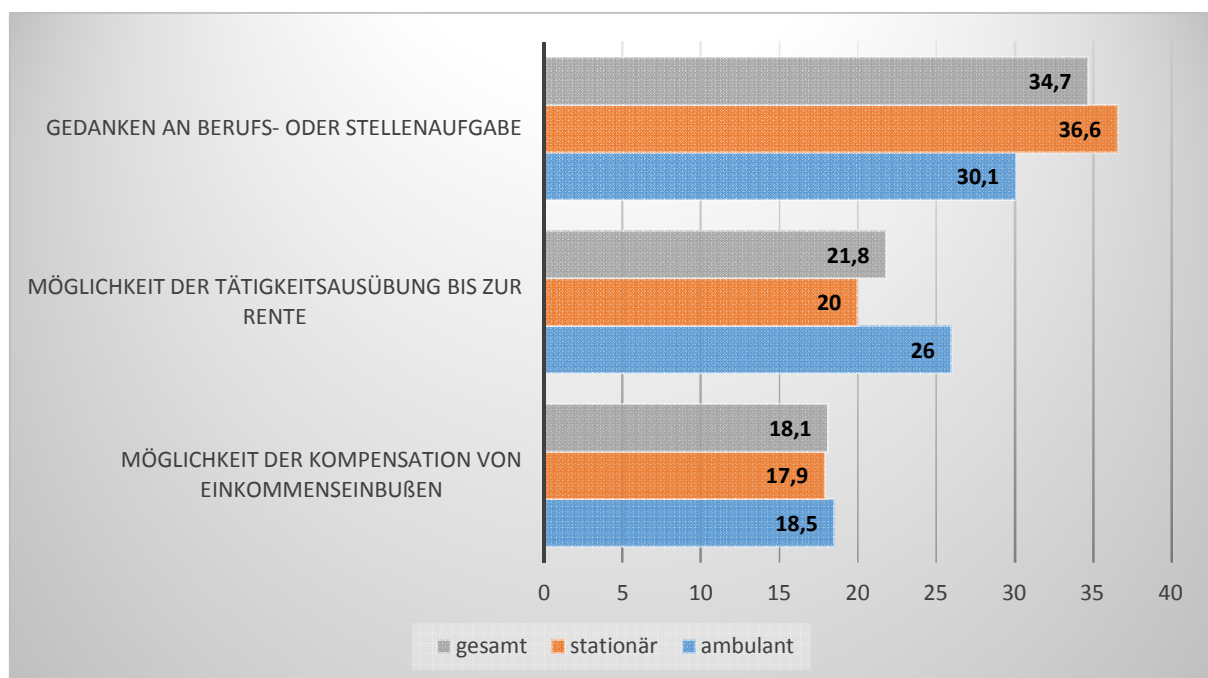


Abbildung 145: Bewertung der langfristigen Tätigkeit im Pflegeberuf und Kompensationsmöglichkeiten von Einkommenseinbußen in Prozent (Quelle: Theobald et al. 2013, Seite 100)

Berufliche Belastungen und Ressourcen als Einflussfaktoren auf die Bindung an den Beruf

Als mögliche Gründe für die diskontinuierliche Beschäftigung und die Fluktuationsneigung in diesem Berufsfeld werden primär das Belastungsgeschehen der Beschäftigten und damit verbundene gesundheitliche Beeinträchtigungen diskutiert. Diese Faktoren sollen im Folgenden kurz beleuchtet werden.

Der Altenpflegeberuf wird in vielen Berufsfeldanalysen als belastendes Tätigkeitsfeld dargestellt, das seine Beschäftigten mit großen physischen und psychischen Anforderungen konfrontiert. Diese erwachsen sowohl aus den Arbeitsaufgaben selbst sowie der zeitlichen und organisatorischen Ausgestaltung der Tätigkeit.

Physische Belastungen resultieren aus den Tätigkeitsschwerpunkten der Pflegearbeit, insbesondere den grundpflegerischen Aufgaben (Kalytta/Metz 2003). Vor allem die Fortbewegung schwerer Dinge oder Personen und die Arbeit in gebeugter oder gekrümmter Haltung werden von den Beschäftigten als belastende Faktoren benannt. Im stationären Sektor bewegen die Pflegekräfte häufiger Personen oder auch schwere Gegenstände, was auf den höheren Grad der Pflegebedürftigkeit der hier Versorgten zurückgeführt werden kann (Theobald et al. 2013).

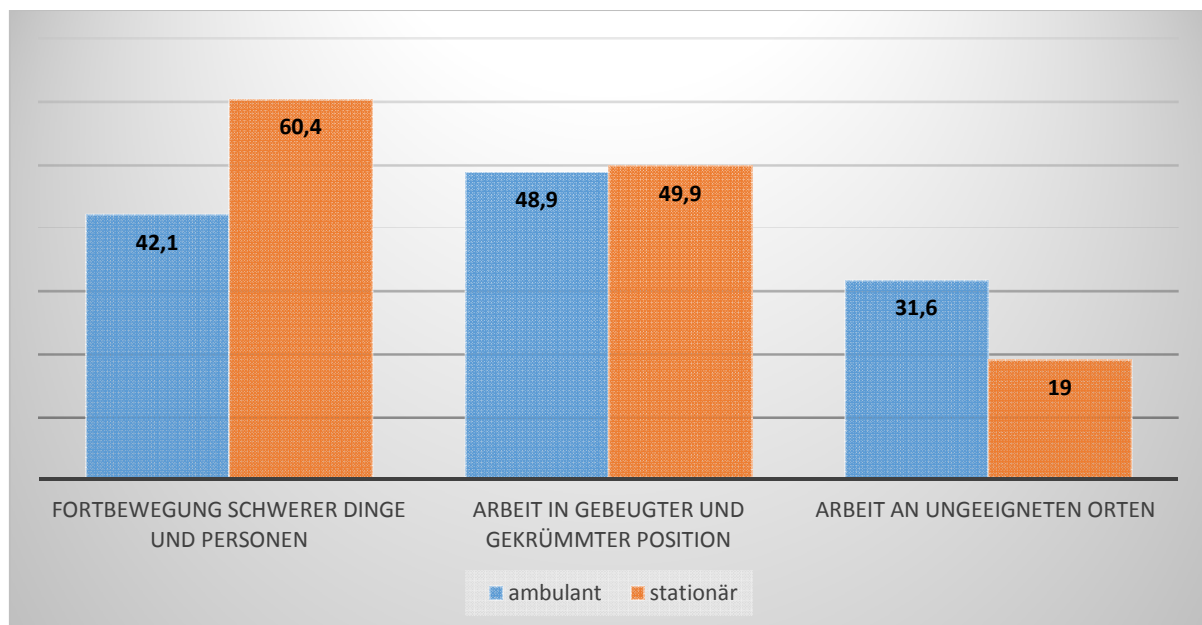


Abbildung 146: Einbindung in körperlich belastende Tätigkeiten differenziert nach Sektor in Prozent (Quelle: Theobald et al. 2013, Seite 82, Antwortkategorie: mehr oder weniger jeden Tag)

Neben physischen Belastungen weisen Beschäftigte in der Pflege auch hohe psychische Belastungen auf, die den Durchschnitt anderer Wirtschaftszweige deutlich übertreffen. Wie das Wissenschaftliche Institut der AOK auf Grundlage von Versichertendaten zeigt, handelt es sich hierbei insbesondere um die hohe Verantwortung, die ständige Aufmerksamkeit und Konzentration sowie Störungen und Unterbrechungen der Arbeit (Wissenschaftliches Institut der AOK 2014).

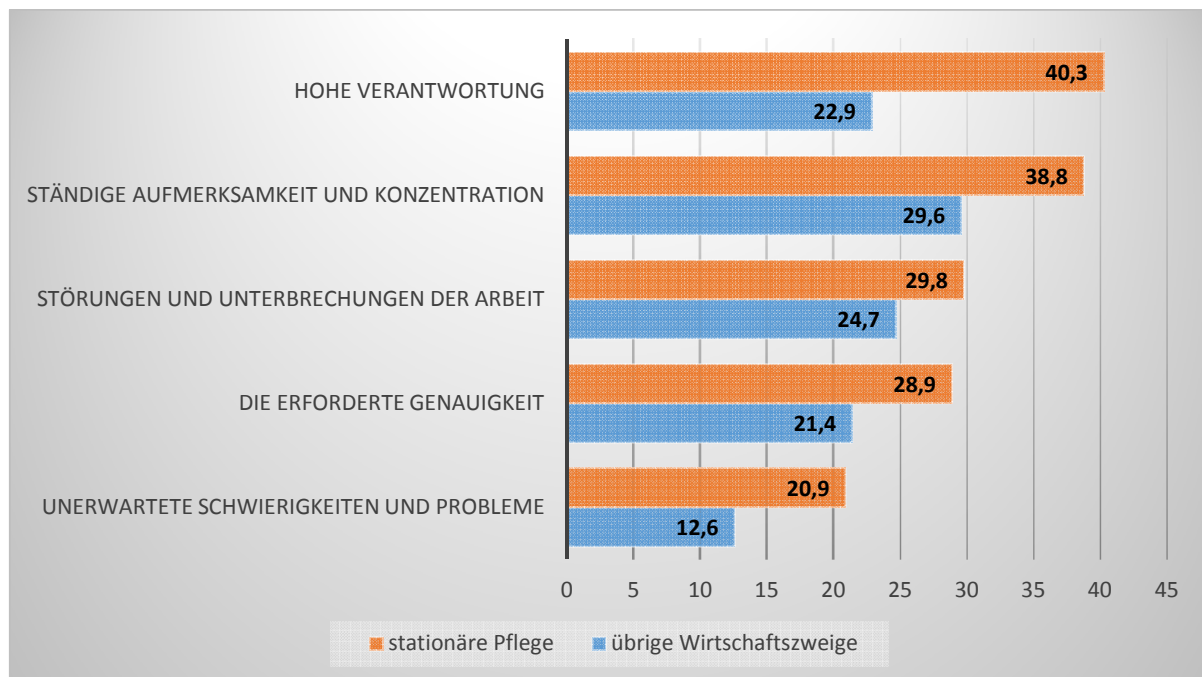


Abbildung 147: Subjektives Belastungsempfinden durch psychische Belastungsfaktoren in Prozent (Quelle: Wissenschaftliches Zentrum der AOK 2014, Seite 30)

Belastungen durch die zeitliche und organisationale Gestaltung der Arbeit entstehen in erster Linie aus der Gleichzeitigkeit zunehmender Arbeitsverdichtung und dauerhafter personeller Unterbesetzung sowie knapp bemessener Zeitvorgaben für die Verrichtung von Pflegeaufgaben. Sie nehmen, wie die Mehrzahl der einschlägigen Untersuchungen belegt, in der subjektiven Stresswahrnehmung der Betroffenen eine herausragende Position ein, die im Zeitverlauf noch an Bedeutung gewonnen hat. Ausschlaggebend hierfür ist mitunter der Relevanzgewinn von Ökonomisierungs- und Rationalisierungsprozessen im Pflegesektor (Theobald et al. 2013; Wolke 2004; Glaser et al. 2008). Auch hier zeigen sich zwischen den unterschiedlichen Versorgungsformen signifikante Unterschiede bezüglich der subjektiv erlebten quantitativen Belastung. Diese scheint in der stationären Versorgung stärker ausgeprägt zu sein als in der ambulanten.

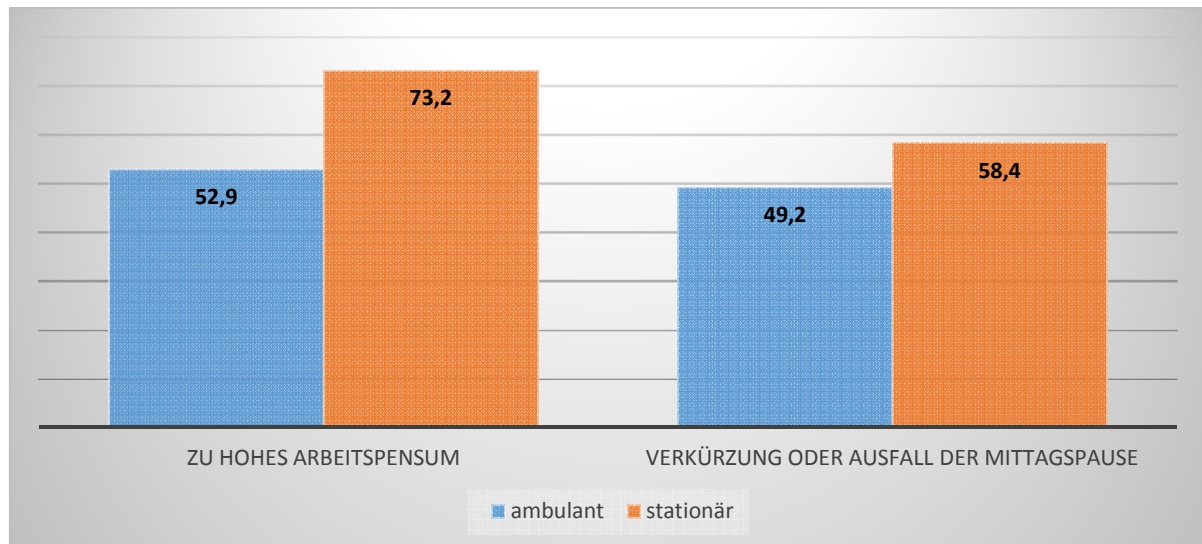


Abbildung 148: Quantitative Belastungen differenziert nach Sektoren in Prozent (Quelle: Theobald et al. 2013, Seite 75, Antwortkategorien: ja; meistens; mindestens einmal in der Woche)

Ein Großteil der bestehenden wissenschaftlichen Untersuchungen konzentriert sich auf die Beleuchtung des Zusammenhangs zwischen betrieblich-organisatorischen Arbeitsbedingungen und dem Belastungserleben der Altenpflegekräfte. Demgegenüber stehen die Ressourcen, die ausgleichend auf ein hohes Belastungserleben wirken können, bisher noch weniger im Fokus der Betrachtung. Wie Theobald et al. zeigen, werden die Arbeitsinhalte, insbesondere die interessante und bedeutungsvolle Arbeit, das Gefühl, eine Menge von den Pflegebedürftigen zurückzubekommen wie auch das Empfinden von Wertschätzung durch die Pflegebedürftigen als wesentliche Ressourcen betrachtet. Im stationären Sektor werden diese Ressourcen in geringerem Maße wahrgenommen als im ambulanten Sektor.

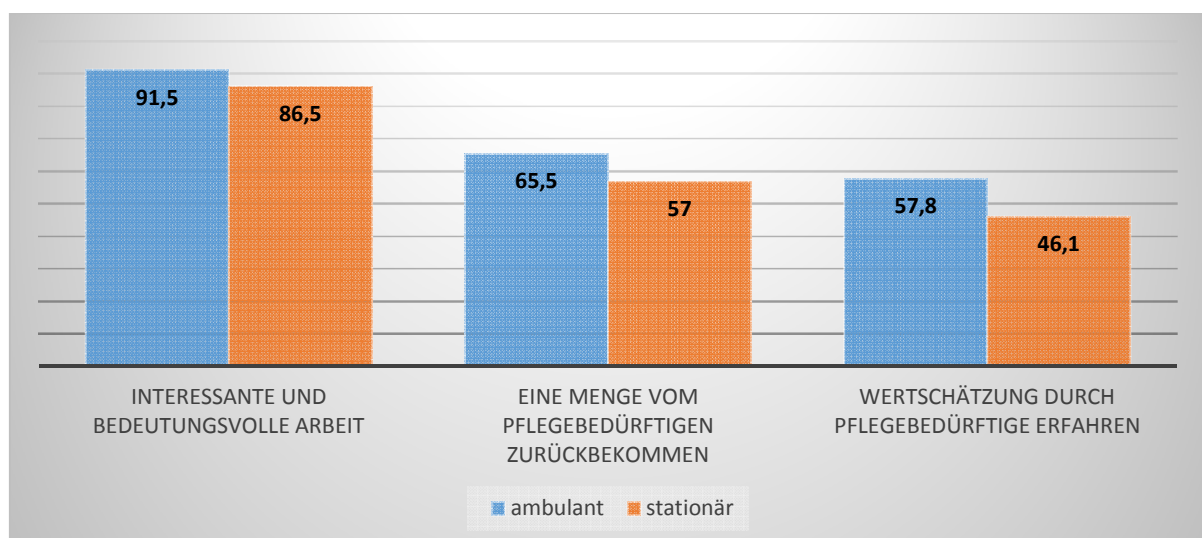


Abbildung 149: Arbeitsinhalte als Ressource in Prozent (Quelle: Theobald et al. 2013, Seite 80, Antwortkategorien: ja; meistens; ja, ich stimme zu; ja, sehr)

Wie Brause et al. anhand einer quantitativen Untersuchung in Einrichtungen der Langzeitpflege darlegen, fühlen sich 72,1 % im Kollegenkreis wohl, haben 61,9 % das Gefühl, sich auf die Kolleginnen und Kollegen verlassen zu können und empfinden es zu 57,6 % als gelebte Praxis, dass sich die Kolleginnen und Kollegen in der Arbeitsumgebung gegenseitig unterstützen. Auch die Führungskräfte werden von der Mehrheit der Befragten als Unterstützung wahrgenommen. 68,6 % stimmen beispielsweise der Aussage zu, dass die Führungskraft jederzeit „ein offenes Ohr“ für die Belange der Mitarbeitenden hat und 61,3 % meinen, dass ihre Vorgesetzte oder ihr Vorgesetzter ein Mensch ist, dem man in jeder Situation vertrauen kann. 62,6 % gehen davon aus, dass die Vorgesetzten alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter fair und gerecht behandeln und deren Leistungen anerkennen. Dieses Führungskapital hat einen erheblichen Einfluss auf die durch die Altenpflegekräfte wahrgenommene Arbeitsbelastung. Ist es niedrig, nimmt die subjektive Wahrnehmung qualitativer und quantitativer starker Arbeitsbelastungen zu (Brause et al. 2015, Seite 45ff).

Das Zusammenspiel zwischen empfundenen Belastungen und Ressourcen steht in direktem Zusammenhang zum Krankheitsgeschehen der Beschäftigten im Altenpflegesektor (Brause et al. 2015; Theobald et al. 2013). Wie auf Grundlage einer Untersuchung der Arbeitsunfähigkeitsdaten der AOK-Versicherten aus dem Jahr 2014 deutlich wurde, liegen die Krankenstände in Pflege- und Altenheimen sowie Alten- und Behindertenwohnheimen mit 6,7 % deutlich oberhalb des Durchschnitts aller Branchen von 5,1 %. Im Zeitverlauf haben sich die Krankenstände sukzessive erhöht. In Niedersachsen liegen die Krankenstände in der Gesundheitsbranche dabei mit 9,4 % deutlich oberhalb des bundesweiten Durchschnitts von 6,1 %. Ursächlich für die Krankschreibungen sind insbesondere psychische Erkrankungen und Burnout, Atemwegs- sowie Muskel- und Skelett-Krankheiten (Wissenschaftliches Institut der AOK 2014, Seite 20ff).

In Niedersachsen wurden in den vergangenen Jahren bereits unterschiedliche Maßnahmen ergriffen, um sich den beschriebenen Herausforderungen zu stellen:

Zu nennen ist in diesem Zusammenhang zum Beispiel das vierjährige Pilotprojekt „Bonas“ (Bonusregelung für ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen) der AOK Niedersachsen, das mit Unterstützung der Pflegefachverbände von 2012 bis 2016 durchgeführt wird. In einzelnen niedersächsischen Pflegeeinrichtungen wurde in diesem Zusammenhang ein Gesundheitsmanagement initiiert, das systematische Analysen, Schulungen, Beratungsleistungen und Präventionsmaßnahmen umfasst. Das AOK-Institut für Gesundheitsconsulting unterstützt bei diesen Prozessen. Ziel ist, die Belastungssituationen in den Pflegeeinrichtungen nachhaltig zu verändern. Dabei stehen nicht nur das individuelle Gesundheitsverhalten der Beschäftigten im Fokus, sondern auch das Betriebsklima, die Führungsorganisation und die interne Kommunikation.

Auch die Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) unterstützt Pflegeeinrichtungen bei einer Analyse, Gestaltung und Lenkung betrieblicher Prozesse und Strukturen zwecks einer gesundheitsförderlichen Gestaltung der Arbeitsbedingungen. Hierzu entwickelte diese gesetzliche Unfallversicherung zum Beispiel Analyseinstrumente zur Erfassung der psychischen Belastungen und Beanspruchungen am Arbeitsplatz und des Betriebsklimas sowie Präventionskonzepte für die Altenpflege (zum Beispiel „ALIDA – Arbeitslogistik in der Altenpflege“).

Um die Fachwelt für die benannten Zusammenhänge zu sensibilisieren, finden in Niedersachsen außerdem Qualifizierungsangebote für Multiplikatorinnen und Multiplikatoren statt.¹³⁷

Vereinbarkeit von Beruf und Familie als Einflussfaktor auf die Bindung an den Beruf

Neben beruflichen Belastungen und Beanspruchungen gelten auch Bedingungen der Vereinbarkeit des Pflegeberufs mit familiären Aufgaben als zentrale Einflussfaktoren für den langfristigen Verbleib in diesem Beschäftigungsfeld. Bisher bestehende Studien geben Hinweise darauf, dass die Verbindung beider Lebensbereiche im Pflegesektor mit Herausforderungen verbunden ist: In Deutschland geben jüngere Pflegekräfte bis 25 Jahre und zwischen 25 und 34 Jahre in 3,4 % beziehungsweise 44,6 % der Fälle an, neben ihrem Beruf Kinder zu betreuen. Die übrigen Befragten haben entweder in diesen Altersstufen keine Kinder oder sind aufgrund ihrer Erziehungsaufgaben nicht erwerbstätig. In der Altersstufe der 34- bis 44-Jährigen liegt der Anteil derjenigen Pflegekräfte mit Kinderbetreuungsaufgaben bei 73,5 %. Pflegekräfte mit Betreuungsaufgaben sind in Deutschland seltener in Vollzeitarbeitsverhältnisse eingebunden als Pflegekräfte ohne Betreuungsaufgaben. Besonders geringe Werte zeigen sich für Beschäftigte mit Kindern bis zum 12. Lebensjahr, die noch in umfassendem Maße der Beaufsichtigung bedürfen (Theobald et al. 2013, Seite 106).

¹³⁷ Beispielsweise veranstaltet ein Kooperationsverbund, bestehend aus der BGW, dem Runden Tisch Arbeits- und Gesundheitsschutz in der Region Hannover, dem AOK Institut für Gesundheitsconsulting, dem Gewerbeaufsichtsamt Hannover sowie der LVG & AFS, in den vergangenen Jahren Fachtagungen zur Gesundheitsförderung von Beschäftigten in der Pflege. Neben diesen regelmäßig stattfindenden Tagungen werden von der LVG & AFS im Rahmen der Fortbildungsreihe „CAREalisieren“ themenspezifische Qualifizierungsangebote für unterschiedliche Zielgruppen in den Arbeitsfeldern Pflege und Betreuung durchgeführt (zum Beispiel zur mitarbeiterorientierten Führung).

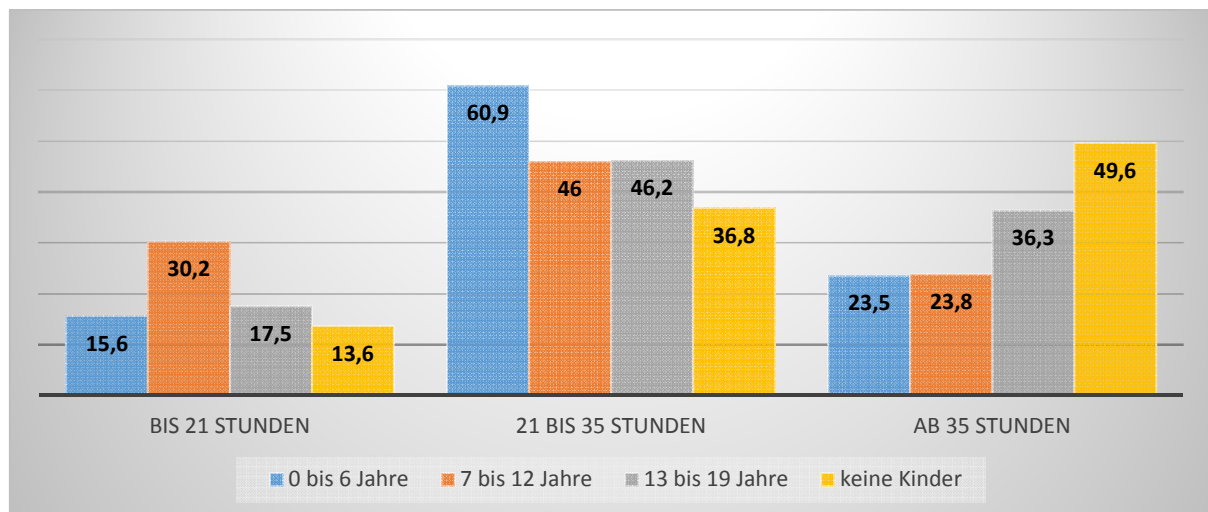


Abbildung 150: Arbeitszeit von Beschäftigten mit Kindern im Vergleich mit Beschäftigten ohne Kinder in Prozent (Quelle: Theobald et al. 2013, Seite 106)

Pflegekräfte mit Kindern, die eine reduzierte Teilzeittätigkeit von maximal 20 Stunden in der Woche ausüben, sind ganz überwiegend der Meinung, dass sich in zeitlicher Hinsicht berufliche und private Anforderungen gut miteinander vereinbaren lassen. Handelt es sich um eine umfassende Teilzeittätigkeit von 21 bis 35 Stunden oder eine Vollzeittätigkeit, fällt diese Bewertung deutlich negativer aus (Theobald et al. 2013).

Neben der Versorgung von Kindern stellt auch die Betreuung älterer Familienmitglieder eine wichtige Aufgabe im privaten Lebensbereich von Pflegekräften dar, die es mit dem Beruf zu verbinden gilt. Diese Form der Vereinbarkeit von Familie und Erwerbstätigkeit wird im Zuge des voranschreitenden demografischen Wandels perspektivisch noch an Bedeutung gewinnen. Gegenwärtig übernimmt etwa ein Drittel der Beschäftigten informelle Pflege- und Betreuungsaufgaben gegenüber älteren Familienmitgliedern, wobei eine Mehrheit von 53 % weniger als sechs Stunden in der Woche in dieses Tätigkeitsfeld eingebunden ist. Ein Anteil von 12 % der Pflegekräfte leistet jedoch auch mehr als 19 Stunden in der Woche informelle Pflege. Pflegekräfte, die auch im häuslichen Bereich noch Familienangehörige, Freunde oder Nachbarn versorgen, gehen nur zu 33 % einer Vollzeitberufstätigkeit nach. Für Pflegekräfte ohne häusliche Pflegeaufgaben liegt dieser Anteil bei 46 % (Theobald et al. 2013, Seite 111ff).

Viele Pflegeeinrichtungen in Deutschland unterstützen ihre Beschäftigten bereits bei der Vereinbarkeit von Familie und Beruf. So bieten 97 % die Möglichkeit, bei der Dienstplanung Wünsche zu äußern, 72 % stellen verlässliche Dienstzeiten sicher und 62 % halten spezielle Arbeitszeitmodelle für Beschäftigte mit Familienpflichten vor. Auch eine Unterstützung beim Wiedereinstieg (70 %) wird bereits häufig umgesetzt. Unterstützung bei der Kinderbetreuung und Serviceleistungen für Familien (zum Beispiel Vermittlung von Betreuungsplätzen) werden hingegen eher seltener praktiziert (33 % und 23 %). Die

Umsetzung dieser Aktivitäten ist in 48 % der Einrichtungen mit Schwierigkeiten verbunden (Schultz/Dankers 2015, Seite 21ff).

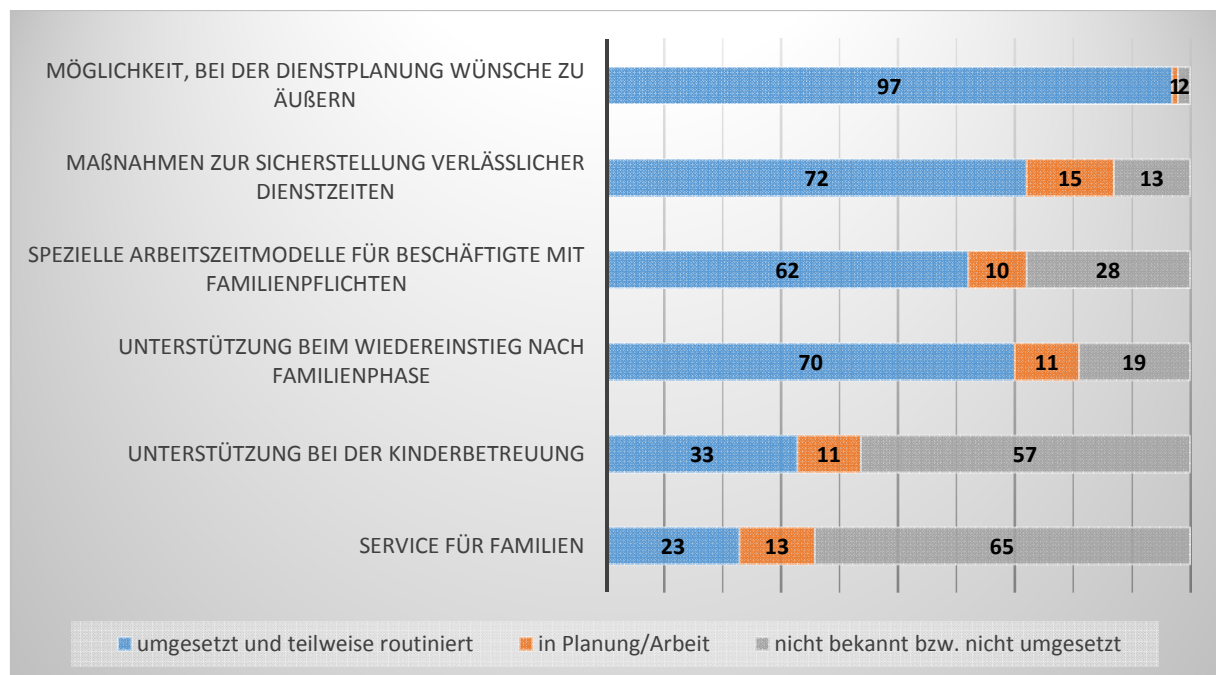


Abbildung 151: Handlungsfelder für eine bessere Vereinbarkeit von Beruf und Familie in ambulanten Pflegediensten und Pflegeheimen in Prozent (Quelle: Schultz/Dankers 2015, Seite 21f)

Entgeltsituation als Einflussfaktor auf die Bindung an den Beruf

Auch die Entgeltsituation im Pflegesektor stellt einen Einflussfaktor auf die Bindung an den Beruf dar. Wie aus einer Studie des Instituts für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung zu den Bruttoentgelten von Pflegefachkräften auf Grundlage der Beschäftigungsstatistik der BA und Daten des Mikrozensus hervorgeht, verdienen Fachkräfte in der Altenpflege mit durchschnittlich 2.568 Euro brutto im Monat in Westdeutschland im Jahr 2013 im Vergleich mit allen sozialversicherungspflichtig beschäftigten Fachkräften 10,4 % weniger. Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger werden demgegenüber mit circa 3.139 Euro brutto deutlich besser bezahlt. Ihr Verdienst liegt 9,5 % oberhalb des durchschnittlichen Bruttoverdienstes anderer sozialversicherungspflichtig beschäftigter Fachkräfte in Westdeutschland. Hervorzuheben ist, dass Fachkräfte in der Altenpflege nur geringfügig mehr verdienen als Helferinnen und Helfer in der Krankenpflege (Institut für Arbeits- und Berufsforschung 2015, Seite 12ff).

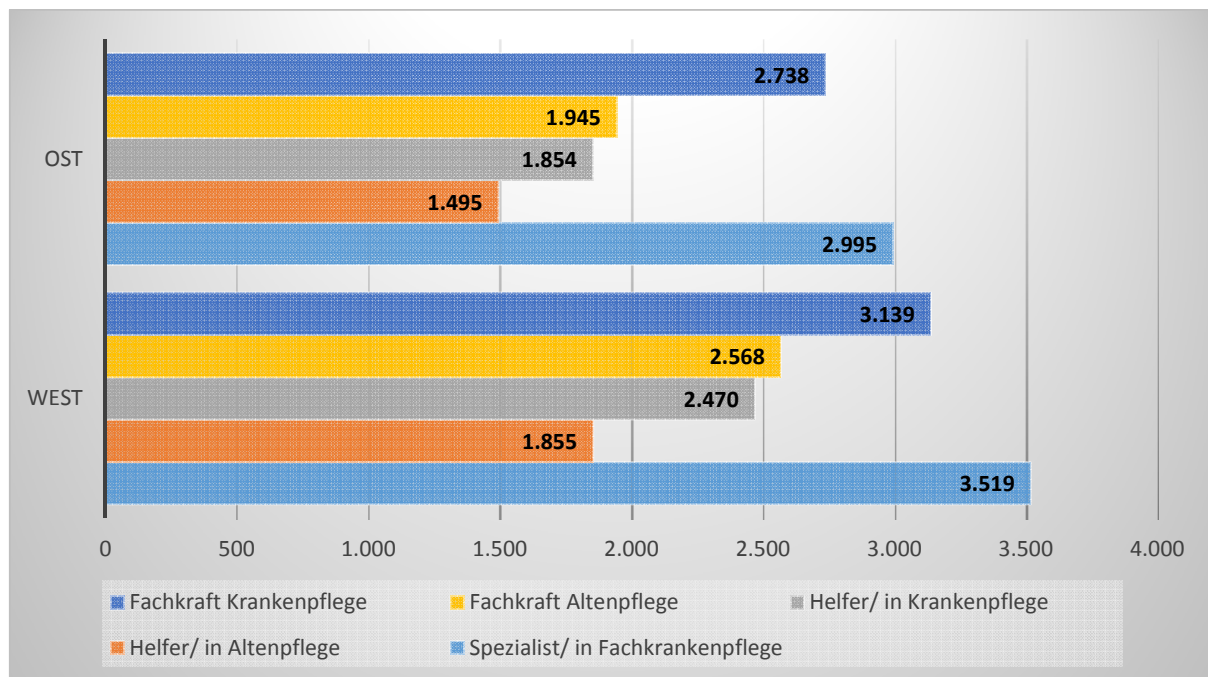


Abbildung 152: Monatliche Median-Bruttoentgelte von Vollzeitbeschäftigten in den Pflegeberufen in Deutschland in Euro (Quelle: Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung 2015, Seite 11)

Frauen in den Pflegeberufen beziehen ein geringeres Bruttoentgelt als ihre männlichen Kollegen, wobei die Unterschiede in der Altenpflege (4,5 % in Deutschland) geringer sind als in der Krankenpflege (9,4 % in Deutschland) (Institut für Arbeits- und Berufsforschung 2015, Seite 19). Ein erheblicher Teil der Entgeltunterschiede ist dabei auf die ungleiche Verteilung auf die Hierarchieebenen, geringere Dauern der Berufserfahrung (zum Beispiel wenn Frauen die Erwerbsarbeit aufgrund von Familienarbeit unterbrechen) und die Überrepräsentanz von Frauen in kleineren Betrieben zurückzuführen (Bellmann et al. 2013).

In ambulanten Diensten verdienen die Beschäftigten deutlich weniger als in der stationären Pflege. Während das monatliche Median-Bruttoentgelt von Fachkräften in der Altenpflege in westdeutschen Heimen bei durchschnittlich 2.610 Euro liegt, bezieht die gleiche Beschäftigtengruppe in der ambulanten Pflege nur 2.280 Euro. Bei Hilfskräften liegt das Brutto-Einkommen im stationären Sektor bei 1.874 und im ambulanten Sektor bei 1.737 Euro (Institut für Arbeits- und Berufsforschung 2015, Seite 35).

Im Bundesländervergleich ist das Median-Bruttoentgelt von niedersächsischen Altenpflegerinnen und Altenpflegern mit 2.209 Euro in Westdeutschland am geringsten. Deutschlandweit bekleidet Niedersachsen den elften Rang (Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung 2015, Seite 15).

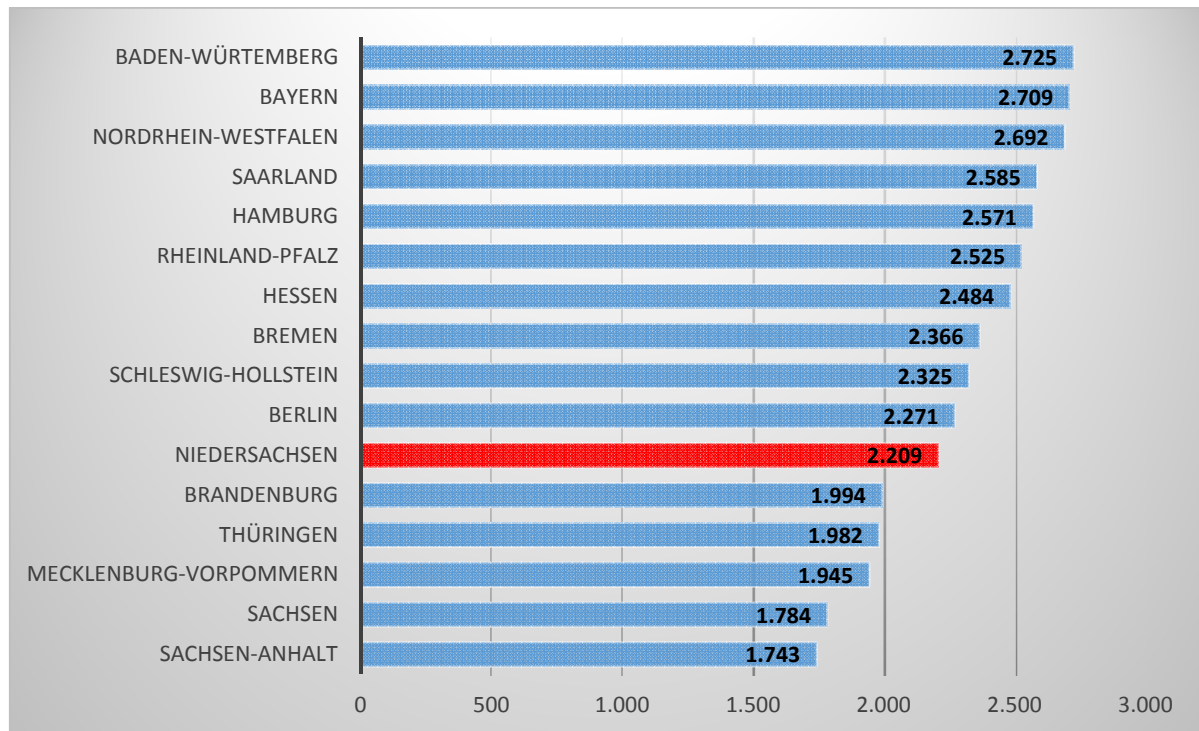


Abbildung 153: Monatliche Median-Bruttoentgelte von Fachkräften in der Altenpflege nach Bundesländern in Euro (Quelle: Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung 2015, Seite 15)¹³⁸

(siehe Anhang II.8.4-A-C)

8.5 Prognose der personellen Entwicklung in ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen

Mit steigender Zahl der pflegebedürftigen Menschen wird grundsätzlich auch die Inanspruchnahme von professionellen Hilfen und damit der Bedarf an Fach- und Hilfskräften in der Pflege und Betreuung wachsen. Für die folgende überschlägige Abschätzung, die lediglich Tendenzen aufzeigen und Modellcharakter haben kann, wird von einer Fortschreibung des derzeitigen Versorgungsstandes mit Personal in den Pflegediensten und stationären Pflegeeinrichtungen (ohne Berücksichtigung des Arbeitszeitumfanges und der Art der Tätigkeit) und von den in Kapitel II.2.3 dargestellten Entwicklungen der Zahl der pflegebedürftigen Menschen ausgegangen.

Entwicklung des Personalbedarfs

Zum Fach- und Hilfspersonal in Pflegeeinrichtungen werden alle Beschäftigten in den Tätigkeitsbereichen Pflege, Betreuung, Hauswirtschaft, Haustechnik, Verwaltung und Geschäftsführung gerechnet. Ende des Jahres 2013 sind in Niedersachsen insgesamt 112.399 Personen tätig, 32.144 hiervon

¹³⁸ Entsprechende Übersichten für Fachkräfte, Helferinnen und Helfer in der Krankenpflege sowie Helferinnen und Helfer in der Altenpflege finden sich im Anhang.

(28,6 %) in Pflegediensten und 80.255 (71,4 %) in (teil-)stationären Einrichtungen. Sie pflegen, versorgen und betreuen insgesamt 165.616 im Sinne von SGB XI pflegebedürftige Menschen, welche Kombinationsleistungen, Pflegesachleistungen oder (teil-)stationäre Pflegeleistungen beziehen (97.619 (teil-)stationär Versorgte und 67.997 ambulant Versorgte). Das Verhältnis der Anzahl aller Beschäftigten in Pflegeeinrichtungen zur Anzahl von Leistungsempfängerinnen und Leistungsempfängern (mit Ausnahme derjenigen mit ausschließlichem Pflegegeldbezug) beläuft sich auf eine Beschäftigte beziehungsweise einen Beschäftigten auf durchschnittlich 1,5 betreute Personen. Bei den Pflegediensten, die weniger nicht-pflegerisches Personal beschäftigen (siehe Kapitel II.8.1 und II.8.2), betrug das Verhältnis 1 : 2,1 und in der (teil-)stationären Pflege 1 : 1,2.

Unter Fortschreibung dieser Verhältnisse lässt sich auf der Basis der in Kap. 2.3 prognostizierten Entwicklung der Pflegebedürftigen für die Jahre 2020 und 2030 folgender Personalbedarf errechnen:

	Prognostizierte Zahl Pflegebedürftiger 2020	Personalbestand 2013	Prognostizierter Personalbedarf 2020	Differenz zu 2013
Pflegedienste	77.823	32.144	36.789	4.645
(teil-)stationäre Pflegeeinrichtungen	108.353	80.255	91.852	11.597
insgesamt	186.176	112.399	128.641	16.242

Tabelle 37: Entwicklung des Personalbedarfs bis zum Jahr 2020 (Quelle: LSN, Pflegestatistik 2013, Bevölkerungsfortschreibung 2015, regionale Vorausberechnung der Bevölkerung Niedersachsens bis 2060)

	Prognostizierte Zahl Pflegebedürftiger 2030	Personalbestand 2013	Prognostizierter Personalbedarf 2030	Differenz zu 2013
Pflegedienste	89.331	32.144	42.229	10.085
(teil-)stationäre Pflegeeinrichtungen	124.377	80.255	105.435	25.180
insgesamt	213.708	112.399	147.664	35.265

Tabelle 38 Entwicklung des Personalbedarfs auf der Grundlage der Variante W1 bis zum Jahr 2030 (Quelle: LSN, Pflegestatistik 2013, Bevölkerungsfortschreibung 2015, regionale Vorausberechnung der Bevölkerung Niedersachsens bis 2060)

Zusammengenommen müssten danach im Jahr 2020 circa 16.000 und im Jahr 2030 circa 35.000 mehr Beschäftigte in Pflegediensten und in der (teil-)stationären Pflege tätig sein als im Jahr 2013. Das entspricht Zuwächsen von 14,5 % und 31,4 %.

Entwicklung des Fachpersonalbedarfs

Unter Zugrundelegung der gleichen modellhaften Annahmen lassen sich auch Schätzungen hinsichtlich der Entwicklung der Anzahl der Fachkräfte vornehmen. Ende 2013 machen Pflegefachkräfte¹³⁹ in Pflegediensten 44,8 % und in stationären Einrichtungen 29,5 % des gesamten Personals aus. Bei Übertragung dieser Situation auf die Zukunft ist der folgende Bedarf an Fachkräften anzunehmen:

	Prognostizierte Zahl Pflegebedürftiger 2020	Fachpersonalbestand 2013	Prognostizierter Fachpersonalbedarf 2020	Differenz zu 2013
Pflegedienste	77.823	14.408	18.919	4.511
(teil-)stationäre Pflegeeinrichtungen	108.353	23.702	27.096	3.394
insgesamt	186.176	38.110	46.015	7.905

Tabelle 39: Entwicklung des Personalbedarfs bis zum Jahr 2020 (Quelle: LSN, Pflegestatistik 2013, Bevölkerungsfortschreibung 2015, regionale Vorausberechnung der Bevölkerung Niedersachsens bis 2060)

	Prognostizierte Zahl Pflegebedürftiger 2025	Fachpersonalbestand 2013	Prognostizierter Fachpersonalbedarf 2030	Differenz zu 2013
Pflegedienste	89.331	14.408	18.918	4.510
(teil-)stationäre Pflegeeinrichtungen	124.377	23.702	31.103	7.401
insgesamt	213.708	38.110	50.021	11.911

Tabelle 40: Entwicklung des Personalbedarfs bis zum Jahr 2030 (Quelle: LSN, Pflegestatistik 2013, Bevölkerungsfortschreibung 2015, regionale Vorausberechnung der Bevölkerung Niedersachsens bis 2060)

Bis zum Jahr 2020 müssten rund 46.000 und bis zum Jahr 2030 rund 50.000 Pflegefachkräfte eingesetzt werden¹⁴⁰, um den derzeitigen Versorgungsgrad in den ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen zu erhalten. Das sind bis zum Jahr 2030 rund 12.000 Fachkräfte mehr als im Jahr 2013 eingesetzt waren. In dieser Modellrechnung ist der Ersatzbedarf für zwischenzeitlich aus Altersgründen beziehungsweise aufgrund eines Berufswechsels ausscheidende Fachkräfte nicht einbezogen. Nicht berücksichtigt wurde außerdem der ungedeckte Bedarf, der auf unbesetzten Stellen aus der Vergangenheit beruht.

¹³⁹ Zu diesen zählen Altenpflege-, Gesundheits- und Krankenpflege- sowie Gesundheits- und Kinderkrankenpflegekräfte.

¹⁴⁰ Anders als im angeführten Gutachten der CIMA Institut für Regionalwirtschaft GmbH erfolgt an dieser Stelle keine Umrechnung in Vollzeitäquivalente. Es wird die Arbeitszeitverteilung zugrunde gelegt, welche zum Stichtag der Datenerhebung am 15. Dezember 2013 bestand.

Im Rahmen des Gutachtens der CIMA Institut für Regionalwirtschaft GmbH wurde der Nachwuchsbedarf examinierter Altenpflegekräfte in Vollzeiteinheiten berechnet und dabei die Ersatzbedarfe und ungedeckten Bedarfe berücksichtigt. Es zeigt sich, dass bis zum Jahr 2030 unter diesen Bedingungen etwa 21.100 Stellen für Altenpflegerinnen und Altenpfleger neu besetzt werden müssen. Hierbei sind rund 11.000 Vollzeiteinheiten bereits aufzuwenden, um die Abgänge aus dem vorhandenen Fachkräftebestand zu decken. Etwa 9.400 Vollzeiteinheiten müssen geschaffen werden, um den Zusatzbedarfen durch die Zunahme der Pflegebedürftigkeit zu begegnen. Bei etwa 700 Vollzeiteinheiten handelt es sich um die ungedeckten Bedarfe aus der Vergangenheit (CIMA Institut für Regionalwirtschaft GmbH 2014, Seite 4).

Nachwuchsbedarf in der Altenpflege bis zum Jahr 2030: 21.100 Vollzeiteinheiten		
Ersatzbedarfe (bedingt durch Abgänge, zum Beispiel Ruhestand, Berufswechsel):	Zusatzbedarfe (bedingt durch die Zunahme der Pflegebedürftigen)	Ungedeckte Bedarfe (bedingt durch unbesetzte Stellen in der Vergangenheit)
11.000 Vollzeiteinheiten	9.400 Vollzeiteinheiten	700 Vollzeiteinheiten

Tabelle 41: Nachwuchsbedarf in der Altenpflege bis zum Jahr 2030 (Quelle: CIMA Institut für Regionalwirtschaft GmbH 2014, Seite 4)

Um die bereits heute bestehende Fachkraftlücke sowie die zukünftigen Ersatz- und Zusatzbedarfe zu decken, wird allerdings eine erheblich größere Anzahl von Nachwuchskräften von Nöten sein. Ausschlaggebend hierfür ist zum Beispiel, dass auch zukünftig Teilzeitarbeit im Altenpflegesektor eine maßgebliche Rolle spielen wird und auch Ausbildungsabbrüche und frühe Berufswechsel Berücksichtigung finden müssen.

Die CIMA Institut für Regionalwirtschaft GmbH berechnet vor dem Hintergrund dieser Annahmen, dass bis zum Jahr 2030 etwa 52.000 Nachwuchskräfte gewonnen werden müssen, um die 21.000 Vollzeiteinheiten zu decken. Insbesondere in den kommenden Jahren wird dabei aufgrund der stark zunehmenden Zahl von Pflegebedürftigen und die in den vergangenen Jahren entstandenen Fachkräftedefizite eine besonders ausgeprägte Ausweitung des Bedarfs prognostiziert (CIMA Institut für Regionalwirtschaft GmbH 2014, Seite 4, Seite 62ff).

8.6 Kurzbewertung

Der Altenpflegesektor stellt ein Beschäftigungssegment dar, in dem die geschlechterdifferentielle Strukturierung des Arbeitsmarktes deutlich zutage tritt: Obgleich auch bei den männlichen Beschäftigten Vollzeitbeschäftigungsverhältnisse im Vergleich zu anderen Berufen unterrepräsentiert sind, gilt dies doch für Frauen in der Altenpflege in weitaus stärkerem Maße. Außerdem spiegeln sich traditionelle Muster einer geschlechtsspezifischen Verteilung von Arbeit in den Tätigkeitsprofilen der Beschäftigten: Während Frauen anteilig häufiger in der Grundpflege und Hauswirtschaft tätig sind, sind die Anteilswerte der Männer im Bereich der Hauswirtschaft, Verwaltung und Geschäftsführung höher. Es handelt sich hierbei um Aufgabenbereiche, die bessere Verdienstmöglichkeiten eröffnen, was sich auch in der jeweils spezifischen Entgeltsituation von weiblichen und männlichen Beschäftigten in diesem Tätigkeitsbereich widerspiegelt. Diese Situation gestaltet sich für die Frauen hochgradig ambivalent: Einerseits mag eine Teilzeitbeschäftigung unterhalb der Leitungsebene bessere Möglichkeiten bieten, Beruf und Familie miteinander zu verbinden. Andererseits erwachsen hieraus langfristig Risiken für die Absicherung im Ruhestand und ein gesteigertes Altersarmutsrisiko.

Darüber hinaus sind Berufsverläufe in der Altenpflege deutschlandweit nicht zuletzt aufgrund des vergleichsweise hohen Belastungserlebens und der teilweise schwierigen Bedingungen zur Vereinbarkeit von Pflege und Beruf durch ein hohes Maß an Unterbrechungszeiten und Fluktuation gekennzeichnet. Es zeigt sich ein ausgeprägter Zusammenhang zwischen hohen Anforderungen und einem ausgeprägten Beanspruchungserleben, das sich durch Ressourcen im Berufsfeld, zum Beispiel die Unterstützung durch die Führungskraft, zwar beeinflussen, aber nicht aufheben lässt.

Hinzu kommt, dass die gegenwärtig in Niedersachsen vorherrschende Altersstruktur in der stationären und ambulanten Pflege durch eine Überrepräsentanz älterer Pflegekräfte zwischen dem 45. und 60. Lebensjahr gekennzeichnet ist. In den kommenden zwei Dekaden wird eine Mehrheit von ihnen in den Ruhestand eintreten. Hier entsteht eine erhebliche Personallücke, die es zu decken gilt. Die Situation verschärft sich zusätzlich, da sich nur ein geringer Anteil der Pflegekräfte vorstellen kann, tatsächlich bis zum regulären Renteneintrittsalter im Beruf zu arbeiten

Um mit der durch zunehmenden Personalbedarf, Diskontinuitäten und (frühzeitige) Berufsausstiege geprägten Beschäftigungssituation umzugehen, bedarf es weiterer gezielter Interventionen, die unter anderem auch auf eine Verbesserung der Arbeitsbedingungen abzielen. Dennoch werden sich die prognostizierten Personalbedarfe zukünftig nur schwer decken lassen. Insbesondere gilt dies für Fachkräfte, deren Stellen schon heute mehrheitlich über sechs Monate vakant bleiben. Zwar werden sowohl ambulante als auch stationäre Einrichtungen in den letzten Jahren verstärkt im Bereich der Aus- und Weiterbildung aktiv, um den Bedarf an Fachkräften aus den eigenen Reihen decken zu können.

Allerdings ist nicht zu erwarten, dass diese Anstrengungen ausreichen werden. In früheren Jahren gelang es häufig, über den Zivildienst junge Menschen ohne direkte Ambitionen in diesem Bereich für das Berufsfeld der Altenpflege zu interessieren. Mit seiner Abschaffung und der gleichzeitigen Einführung des Bundesfreiwilligendienstes gestaltet sich diese Situation schwieriger, da nunmehr deutlich weniger Freiwillige als früher Zivildienstleistende in dem Berufsfeld tätig sind. Vor diesem Hintergrund müssen weitere Anstrengungen unternommen werden, um junge Menschen auf eine Ausbildung in Pflegeberufen aufmerksam zu machen. Davon unbenommen drohen die zahlreichen Aktivitäten zur Nachwuchskräftegewinnung das Ziel der Fachkräftesicherung zu verfehlen, wenn es nicht gelingt, die Attraktivität und gesellschaftliche Anerkennung dieses Beschäftigungsfeldes nachhaltig zu verbessern. Eine Veränderung der Entgeltsituation in der Altenpflege stellt in diesem Zusammenhang einen entscheidenden Schritt dar.

9. Vergütung von Pflegeleistungen

Die Preisfindung für Pflegesachleistungen nach dem SGB XI erfolgt auf vertragsrechtlicher Grundlage. Der Bundesgesetzgeber hat diese Aufgabe grundsätzlich den im Gesetz bezeichneten Vertragsparteien (§ 85 Abs. 2 SGB XI, § 89 Abs. 2 SGB XI) übertragen. Vertragsparteien auf Seiten der Kostenträger sind grundsätzlich die Pflegekassen oder ihre Verbände sowie der jeweils zuständige örtliche oder überörtliche Träger der Sozialhilfe auf der Leistungsträgerseite. Auf der Leistungsanbieterseite handelt es sich um die Träger der Pflegedienste und Pflegeheime. Das Land ist nur in seiner Funktion als überörtlicher Träger der Sozialhilfe Vertragspartei. In Niedersachsen trifft dies jedoch nur auf zugelassene Pflegeheime zu, in denen überwiegend volljährige Bewohnerinnen und Bewohner im Alter unter 60 Jahren leben. Das Land hat im Übrigen nur die Rechtsaufsicht über die Verbände der landesunmittelbaren Pflegekassen.

Die Daten der Landespflegestatistik lassen lediglich Rückschlüsse auf die Vergütung für vollstationäre und teilstationäre Einrichtungen sowie Einrichtungen der Kurzzeitpflege zu. Die Vergütungen für ambulante Pflegeleistungen sind statistisch nicht erfasst. Insofern sind hier auch für die Situation in Niedersachsen nur allgemeine Angaben zur Vergütungsstruktur und zur finanziellen Bewertung von Leistungen (Grundpflege, hauswirtschaftliche Versorgung und Fahrtkosten) möglich.

Die von der Landespflegestatistik erfassten Merkmale beziehen sich auf die Vergütungsbestandteile „Vergütung für die allgemeinen Pflegeleistungen“ und „Entgelt für Unterkunft und Verpflegung“ (§ 82 Abs. 1 SGB XI). Über die den Nutzerinnen und Nutzern der Pflegedienste und -heime ebenfalls in Rechnung gestellten Investitions(folge)aufwendungen (§ 82 Abs. 3 und 4 SGB XI) können auf Grundlage der Landespflegestatistik keine Aussagen getroffen werden.

Vergütung von ambulanten Pflegeleistungen

Zu den vergütungsfähigen Leistungen in der ambulanten Pflege zählen Leistungen der Grundpflege, der hauswirtschaftlichen Versorgung, Wegepauschalen sowie Pflegeeinsätze von Pflegediensten bei Pflegegeldempfängerinnen und Pflegegeldempfängern nach § 37 Abs. 3 SGB XI. Es können auch Vergütungen für Betreuungsleistungen als Sachleistungen vereinbart werden (§ 89 Abs. 3 SGB XI). Dies setzt allerdings voraus, dass die Grundpflege und die hauswirtschaftliche Versorgung im Einzelfall sichergestellt sind (§ 36 Abs. 1 SGB XI).

Die Vergütung kann gemäß § 89 Abs. 3 SGB XI je nach Art und Umfang der Pflegeleistungen nach dem dafür erforderlichen Zeitaufwand oder unabhängig vom Zeitaufwand nach dem Leistungsinhalt des

jeweiligen Pflegeeinsatzes, nach Komplexleistungen oder in Ausnahmefällen auch nach Einzelleistungen bemessen werden. Sonstige Leistungen wie hauswirtschaftliche Versorgung, Behördengänge oder Fahrtkosten können auch mit Pauschalen vergütet werden.

In Niedersachsen erfolgt die Vergütung der ambulanten Pflegeleistungen in der Regel auf der Grundlage des Niedersächsischen Leistungskomplexxatalogs für ambulante Pflegeleistungen nach SGB XI. Es handelt sich um ein Vergütungssystem, das Pflegeleistungen in verschiedene Gruppen zusammenfasst. Insgesamt bestehen 21 Leistungskomplexe (zum Beispiel „Kleine Morgentoilette“ oder „Große Morgentoilette“). Alle niedersächsischen Pflegedienste rechnen nach diesem Katalog ab und sind an ihn gebunden.

Die Leistungskomplexe sind mit Punktzahlen belegt. Sie bilden einen Maßstab, der das Verhältnis für den durchschnittlich notwendigen Aufwand¹⁴¹ zur Erbringung der Leistungskomplexe sowie das Verhältnis der Leistungskomplexe zueinander darstellt. Es bestehen Punktzahlen im Umfang von 50 bis 600 Punkten.¹⁴² Es ist jeweils ein Geldbetrag in Cent hinterlegt, der pro Punkt vergeben wird. Diese Punktwerte liegen in Niedersachsen laut Auskunft der AOK Niedersachsen im April 2015 durchschnittlich bei 0,04105.

Bestandteile des Vergütungssystems sind Leistungskomplexe für den Erstbesuch, den Folgebesuch, die Grundpflege und die hauswirtschaftliche Versorgung. Der Aufwand für die Vor- und Nachbereitung, die Prophylaxen und die Dokumentation sind Bestandteile der Leistungskomplexe und bezogen auf die einzelnen Verrichtungen zu erbringen.

Zu den leistungsbezogenen Vergütungen kommen jeweils die leistungsunabhängigen Wegepauschalen hinzu. Hierbei gelten folgende grundsätzliche Unterscheidungen: Für die Zeit von 20:00 Uhr bis 6:00 Uhr fallen grundsätzlich die doppelten Beträge an. Dasselbe gilt - für jede Tageszeit - an Wochenenden und Feiertagen.

Werden vom Pflegedienst anlässlich desselben Hausbesuches sowohl Leistungen nach dem SGB XI als auch solche der häuslichen Krankenpflege (§ 37 SGB V) erbracht, halbieren sich die Hausbesuchspauschalen der für die nach SGB XI erbrachten Leistungen.

¹⁴¹ Im individuellen Fall kann der Pflegeaufwand abweichen.

¹⁴² In der Grundpflege sind weniger aufwendige Leistungen, wie beispielsweise Hilfen beim Aufsuchen und Verlassen des Bettes im Zusammenhang mit der Körperpflege mit 50, Hilfen beim An- beziehungsweise Ausziehen von Kompressionsstrümpfen/-strumpfhosen ab Klasse II mit 65 sowie Kämmen und Rasieren mit 70 Punkten versehen. Die große Pflege I mit Ganzkörperwaschung beziehungsweise Duschen wird als sehr aufwendige Komplexleistung mit 360 und die große Pflege II mit der Ganzkörperwaschung im Vollbad mit 450 Punkten vergütet. Den höchsten Punktwert erhält der Erstbesuch mit der Anamnese, Beratung und Pflegeplanung in der Höhe von 600. Der Folgebesuch ist mit 300 Punkten versehen.

Werden Leistungen von mehreren pflegebedürftigen Menschen gemeinsam abgerufen und in Anspruch genommen, müssen entsprechende vertragliche Regelungen getroffen werden, sodass die sich aus der gemeinsamen Leistungsanspruchnahme ergebenden Zeit- und Kostenersparnisse den Pflegebedürftigen zugutekommen. Mit dieser Vorschrift sollen die Kostenvorteile bei der Betreuung mehrerer Personen zugunsten der Pflegebedürftigen abgeschöpft werden. Dieses sogenannte „Poolen“ von Leistungen ist insbesondere bei den Wegepauschalen und hauswirtschaftlichen Leistungen möglich und bietet sich beispielsweise in Pflegewohngemeinschaften beziehungsweise in Formen des betreuten Wohnens an. In Niedersachsen wurden die Voraussetzungen dafür durch eine Integration in den Niedersächsischen Leistungskatalog geschaffen. Entsprechende Verträge sind den Landesverbänden der Pflegekassen bislang jedoch kaum bekannt.

Seit der Einführung des Pflegeeneuausrichtungsgesetzes am 01. Januar 2013 besteht für die Leistungsempfängerinnen und Leistungsempfänger außerdem die Möglichkeit, zwischen Komplexleistungen und einer Pflege nach Zeitaufwand zu wählen.¹⁴³ In diesem Fall wählen die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen die Pflegeleistungen aus einem Katalog von Einzelleistungen aus. Nicht die Leistungen, sondern die aufgewendete Zeit sind hier mit Punktwerten hinterlegt. Für eine Stunde Grundpflege sind in Niedersachsen 900 Punkte und für eine Stunde Betreuung 600 Punkte vereinbart worden. Der Zeitumfang für die Inanspruchnahme der Leistungen wird zwischen dem Pflegedienst und dem Pflegebedürftigen in einem Pflegevertrag vereinbart. Die Verbraucherinnen und Verbraucher können dabei auch für unterschiedliche Leistungen verschiedene Vergütungsformen wählen. Laut Aussagen der AOK Niedersachsen nutzen im Jahr 2014 etwa 700 ihrer Versicherten diese Vergütungsform.

Durch die nunmehr geschaffene Wahlmöglichkeit zwischen einer Vergütung ambulanter Leistungen nach Leistungskomplexen und Zeitaufwand beabsichtigt der Gesetzgeber eine flexiblere und stärker an den Bedarfen der Pflegebedürftigen orientierte Inanspruchnahme der Leistungen der Pflegeversicherung. Es sollen mehr Gestaltungsmöglichkeiten bei der inhaltlichen und zeitlichen Zusammenstellung der Hilfen realisiert werden (siehe BT Drucksache 17/9369, Seite 47). Partiiell mag die neu geschaffene Möglichkeit der Vergütung nach Zeitaufwand zu einer Reduktion des Zeitdrucks bei der Erbringung der Versorgung beitragen und die Touren- und Personaleinsatzplanung vereinfachen.

Ambulante Pflegeeinrichtungen erhalten für ihre im Rahmen der Leistungserbringung nach §§ 36 und 39 SGB XI anfallenden betriebsnotwendigen Investitionsaufwendungen eine Erstattung in Form einer

¹⁴³ Vereinbarung zur Einführung der zeitabhängigen Vergütung, Anpassungen des Leistungskomplexsystems sowie zur Vergütungssteigerung 2013

landeseinheitlichen Pauschale (Investitionskostenförderung nach § 9 NPflegeG). Die Investitionskostenförderung deckt die betriebsnotwendigen Investitionsaufwendungen, die sonst von den Pflegebedürftigen oder über die Hilfe zur Pflege vom zuständigen Sozialhilfeträger zu übernehmen wären. Die Förderung dient damit der Stärkung der häuslichen pflegerischen Versorgung und der Vermeidung von dauerhaften Heimaufenthalten. Die Ausgaben für die Förderung ambulanter Pflegeeinrichtungen nach § 9 NPflegeG haben im Zeitverlauf kontinuierlich zugenommen (2012 = 24.733.973 Euro, 2013 = 25.735.557 Euro, 2014 = 26.712.733 Euro). Der Haushaltsansatz für diesen Förderzweck liegt für das Jahr 2016 bei 31,274 Millionen Euro.

Vergütung von stationären Pflegeleistungen

Die rechtlichen Grundlagen für die Vergütung stationärer Pflegeleistungen (vollstationäre Dauerpflege, Tages- und Nachtpflege sowie Kurzzeitpflege) bilden die §§ 84 und 85 SGB XI in Verbindung mit § 75 SGB XI (Rahmenvertrag). Pflegesätze sind die Entgelte der Heimbewohnerinnen und Heimbewohner oder ihrer Kostenträger für die teil- oder vollstationären Pflegeleistungen der stationären Einrichtung sowie für die soziale Betreuung und für die medizinische Behandlungspflege, soweit kein Anspruch auf Krankenpflege nach § 37 SGB V besteht. In den Vergütungen für die vollstationären Pflegeleistungen dürfen keine Aufwendungen berücksichtigt werden, die nicht der Finanzierungszuständigkeit der sozialen Pflegeversicherung unterliegen (§ 84 Abs. 1 SGB XI). Die Pflegesätze sind nach dem Versorgungsaufwand der Pflegebedürftigen (Pflegestufen) in drei Pflegeklassen einzuteilen. Für Pflegebedürftige, die als Härtefall anerkannt sind, können gedeckelte Zuschläge zum Pflegesatz vereinbart werden (§ 43 Abs. 3 SGB XI).

Neben den Pflegesätzen und den Entgelten für Unterkunft und Verpflegung dürfen mit den Heimbewohnerinnen und Heimbewohnern einzelvertraglich Zusatzleistungen vereinbart werden (§ 88 SGB XI). Es handelt sich zum Beispiel um besondere Komfortleistungen bei der Unterkunft und Verpflegung oder zusätzliche pflegerisch-betreuerische Leistungen. Sie müssen in dem Rahmenvertrag nach § 75 SGB XI von den notwendigen Leistungen abgegrenzt werden und sind von den Heimbewohnerinnen und Heimbewohnern jederzeit abwählbar.

Die Pflegevergütungen und das Entgelt für Unterkunft und Verpflegung werden von allen oben genannten Parteien, der Investitionsbetrag nur zwischen dem Einrichtungsträger und dem örtlichen Träger der Sozialhilfe vereinbart.

Außerdem können stationäre Pflegeeinrichtungen für die zusätzliche Betreuung und Aktivierung der pflegebedürftigen Heimbewohnerinnen und Heimbewohner sowie der Versicherten, die einen Hilfebedarf im Bereich der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung haben, der nicht das Ausmaß

der Pflegestufe I erreicht, auch Vergütungszuschläge vereinbaren (§ 87b SGB XI). Dieses Angebot richtet sich seit dem 01. Januar 2015 nicht mehr nur an Personen mit demenzbezogenen Fähigkeitsstörungen, geistigen Behinderungen oder psychischen Erkrankungen, sondern an alle Heimbewohnerinnen und Heimbewohner. Voraussetzung für die Refinanzierung ist unter anderem, dass dieser Personenkreis zusätzlich betreut und aktiviert wird, hierfür zusätzliches Betreuungspersonal in sozialversicherungspflichtiger Beschäftigung verfügbar ist und die Aufwendungen für dieses Personal weder bei der Bemessung der Pflegesätze noch bei den Zusatzleistungen nach § 88 SGB XI berücksichtigt werden. Seit dem 01. Januar 2013 besteht nicht nur für vollstationäre Einrichtungen und Einrichtungen der Kurzzeitpflege, sondern auch für teilstationäre Pflegeeinrichtungen die Möglichkeit, zusätzliche Betreuungskräfte mit einer entsprechenden Refinanzierung durch die Pflegekassen einzusetzen. Im Gegensatz zu vollstationären Einrichtungen können hierfür auch geringfügig Beschäftigte hinzugezogen werden.

Die Einrichtungen der vollstationären Dauerpflege erhalten Ende des Jahres 2013 für ihren Pflegeaufwand je Platz und Tag durchschnittlich 44 Euro in der Pflegeklasse I, 57 Euro in der Pflegeklasse II und 71 Euro in der Pflegeklasse III.¹⁴⁴ Auf der Bundesebene beläuft sich die durchschnittliche Vergütung auf 47 Euro in der Pflegeklasse I, 62 Euro in der Pflegeklasse II und 78 Euro in der Pflegeklasse III.

Die Pflege- und Versorgungssätze vollstationärer Pflegeheime in privater Trägerschaft liegen Ende des Jahres 2013 in Niedersachsen über alle Pflegeklassen unter dem Landesdurchschnitt. Die Pflegeheime in freigemeinnütziger und öffentlicher Trägerschaft liegen demgegenüber in allen Pflegeklassen über dem Landesdurchschnitt.

Art der Vergütung	insgesamt	private Träger	freigemeinnützige Träger	öffentliche Träger
Pflegeklasse I	44	43	45	49
Pflegeklasse II	57	55	59	64
Pflegeklasse III	71	68	73	79
Verpflegung	17	17	18	19

Tabelle 42: Tagespflegesätze vollstationärer Dauerpflegeeinrichtungen nach Pflegeklassen und Trägerschaft in Euro im Jahr 2013 (Quelle: LSN, Pflegestatistik 2013)

Zwischen dem Jahr 1999 und dem Jahr 2013 sind die Preise für vollstationäre Leistungen der Dauerpflege kontinuierlich gestiegen.

¹⁴⁴ Alle Beträge werden jeweils auf einen vollen Eurobetrag auf- oder abgerundet ausgewiesen.

Art der Vergütung	1999	2007	2013
Pflegeklasse I	37	41	44
Pflegeklasse II	48	53	57
Pflegeklasse III	61	65	71
Verpflegung	16	16	17

Tabelle 43: Tagespflegesätze vollstationärer Dauerpflegeeinrichtungen nach Pflegeklassen in Euro in den Jahren 1999, 2007 und 2013 (Quelle: LSN, Pflegestatistik 1999, 2007 und 2013)

Insgesamt sind die Pflegesätze bei allen Trägern zwischen dem Jahr 1999 und 2013 angestiegen. In diesem Zeitraum war die Preissteigerung bei den privaten Trägern zumindest in Pflegeklasse III etwas ausgeprägter (Pflegeklasse I: 8 Euro, Pflegeklasse II: 10 Euro, Pflegeklasse III: 11 Euro) als bei den öffentlichen Trägern (Pflegeklasse I: 8 Euro, Pflegeklasse II: 10 Euro, Pflegeklasse III: 10 Euro). Die Preissteigerung der freigemeinnützigen Träger fällt ähnlich wie die der öffentlichen Träger aus (Pflegeklasse I: 8 Euro, Pflegeklasse II: 9 Euro, Pflegeklasse III: 10 Euro).

Art der Vergütung	private Träger			freigemeinnützige Träger			öffentliche Träger		
	1999 – 2007 – 2013			1999 – 2007 – 2013			1999 – 2007 – 2013		
Pflegeklasse I	35	40	43	38	42	45	41	45	49
Pflegeklasse II	45	52	55	50	55	59	54	59	64
Pflegeklasse III	57	64	68	63	68	73	69	73	79
Verpflegung	16	16	17	17	17	18	18	17	19

Tabelle 44: Tagespflegesätze vollstationäre Dauerpflegeeinrichtungen nach Pflegeklassen und Trägerschaft in Euro im Jahr 2013 (Quelle: LSN, Pflegestatistik 2013)

Zwischen den Einrichtungen bestehen zum Teil erhebliche Preisunterschiede.

So gibt es beispielsweise Ende des Jahres 2013 43 Pflegeheime in Niedersachsen mit einem Pflegesatz von unter 35 Euro pro Platz und Tag in der Pflegeklasse I. 73 Pflegeheime weisen demgegenüber Pflegesätze von über 65 Euro auf.

Bei der Pflegeklasse II sind dem untersten Preissegment von 35 bis unter 40 Euro pro Platz und Tag 32 Einrichtungen zugeordnet und dem höchsten Segment von 75 und mehr Euro 89 Einrichtungen.

In der Pflegeklasse III weisen 28 Einrichtungen vergleichsweise niedrige Pflegesätze von unter 45 bis unter 55 Euro auf und 28 Einrichtungen Pflegesätze von mehr als 100 Euro. Die größte Anzahl ist jedoch dem Mittelwert sehr nah. In der Pflegeklasse I lagen 69,6 % aller niedersächsischen Pflegeheime bei

einem Betrag von 35 bis unter 45 Euro, bei Pflegeklasse II 47,4 % bei 45 bis unter 55 Euro und in Pflegeklasse III 44,1 % bei 65 bis unter 75 Euro.

	Pflegeklasse I	Pflegeklasse II	Pflegeklasse III
geringste Vergütungsklasse	unter 35 Euro	35 bis unter 40 Euro	45 bis unter 55 Euro
höchste Vergütungsklasse	65 Euro und mehr	75 Euro und mehr	100 Euro und mehr

Tabelle 45: Geringste und höchste Vergütungsklasse in vollstationären Dauerpflegeeinrichtungen im Jahr 2013 (Quelle: LSN, Pflegestatistik 2013)

Zum 31. Dezember 2014 bestehen laut Aussage der AOK Niedersachsen mit insgesamt 1.454 vollstationären Pflegeeinrichtungen Vergütungsvereinbarungen über Vergütungszuschläge gemäß § 87b SGB XI. Die täglichen Beträge liegen nach Auskunft der AOK Niedersachsen vom April 2015 zwischen

2,50 Euro und 4,99 Euro. Der Mittelwert beträgt 3,76 Euro.

Anders als für weite Teile der ambulanten Pflegeeinrichtungen sind die für die vollstationären Einrichtungen der Dauerpflege vereinbarten Preise sehr individuell und regional unterschiedlich (*siehe Anhang II.9-A*).

Die Bewohnerinnen und Bewohner von vollstationären Einrichtungen der Dauerpflege wenden in Niedersachsen Ende des Jahres 2013 durchschnittlich 17 Euro je Platz und Tag für Unterkunft und Verpflegung auf. Seit dem Jahr 2007 hat sich dieses Durchschnittsentgelt um etwa einen Euro gesteigert. Einrichtungen in öffentlicher Trägerschaft berechnen durchschnittlich fast zwei Euro mehr pro Platz und Tag als Einrichtungen in privater Trägerschaft. Einrichtungen in freigemeinnütziger Trägerschaft lagen im Mittelfeld (privat: 17 Euro, freigemeinnützig: 18 Euro, öffentlich: 19 Euro).

Auch zwischen den kommunalen Gebietskörperschaften bestehen hinsichtlich der durchschnittlich von den Dauerpflegeeinrichtungen erhobenen Beiträge für Unterkunft und Verpflegung Unterschiede, die jedoch mit einer Spanne von 16 bis 19 Euro eher gering sind.

Auch die Investitionskosten sollen nachfolgend in den Blick genommen werden. Es handelt sich um Aufwendungen für die betriebsnotwendigen Investitionskosten aufwendungen, die den Bewohnerinnen und Bewohnern von Pflegeheimen in Rechnung gestellt werden können (§ 82 Abs. 3 und 4 SGB XI).¹⁴⁵

Bewohnerinnen und Bewohner von vollstationären Einrichtungen der Dauerpflege müssen im April 2015 über ihren Betrag zu den allgemeinen Pflegeleistungen hinaus – soweit nicht durch die Pflegeversicherung abgedeckt – und zusätzlich zu den Entgelten für Unterkunft und Verpflegung im Durchschnitt über alle vollstationären Pflegeheime je Tag rund 17 Euro für die Investitions(folge)aufwendungen bezahlen. Die Unterschiede zwischen den Einrichtungen sind – je nach Ausfinanzierungsgrad der vorher getätigten Investitionen und sonstiger Finanzierungsbedingungen bei den zurückliegenden Investitionen – sehr unterschiedlich. Die Spanne reicht von 3,91 Euro bis 44,02 Euro. Die Beträge für die Investitionsaufwendungen sind durchschnittlich seit Oktober 2010 um 18,7 % gestiegen.

Vergütung von teilstationären Pflegeleistungen

Die 339 in Niedersachsen bestehenden teilstationären Pflegeeinrichtungen haben in Pflegeklasse I einen durchschnittlichen Pflegesatz von 37 Euro, in Pflegeklasse II von 43 Euro und in Pflegeklasse III von 49 Euro pro Tag und Person. 2007 lagen die Durchschnittssätze für die Pflegeklassen I, II und III bei 34 Euro, 42 Euro und 50 Euro. Somit haben sich die Pflegesätze für teilstationäre Pflege seit 2007 in Pflegeklasse II und III durchschnittlich geringfügig verringert.

Auf der Bundesebene beläuft sich die durchschnittliche Vergütung im Jahr 2013 auf 36 Euro (Tagespflege) beziehungsweise 40 Euro (Nachtpflege) in der Pflegeklasse I, 43 Euro (Tagespflege) beziehungsweise 44 Euro (Nachtpflege) in der Pflegeklasse II und 50 Euro (Tagespflege) beziehungsweise 48 Euro (Nachtpflege) in der Pflegeklasse III.

Die Pflegesätze in Niedersachsen reichen in Pflegeklasse I von 20 bis unter 25 Euro (zwei Einrichtungen) bis zu 55 bis unter 65 Euro (vier Einrichtungen). Die weitaus meisten Einrichtungen (187 Einrichtungen) bewegen sich in der Preisklasse zwischen 35 und 45 Euro.

In der Pflegeklasse II reicht die Spanne von 25 bis unter 35 Euro (eine Einrichtung) bis hin zu 65 bis unter 75 Euro (eine Einrichtung). Die größte Zahl der Einrichtungen (217 Einrichtungen) ist wiederum im Preissegment zwischen 35 und unter 45 Euro angesiedelt.

¹⁴⁵ Im vorliegenden Bericht können keine Vergleiche zwischen Einrichtungen und kommunalen Gebietskörperschaften getätigt werden, da die von der Pflegestatistik erfassten Merkmale sich nur auf die Vergütungsbestandteile „Vergütung für die allgemeinen Pflegeleistungen“ und „Entgelt für Unterkunft und Verpflegung“ (§ 82 Abs. 1 SGB XI) beziehen. Über die den Nutzerinnen und Nutzern der Pflegeheime ebenfalls berechneten Investitions(folge)aufwendungen (§ 82 Abs. 3 und 4 SGB XI) können aufgrund der fehlenden Zuständigkeiten der Vertragsparteien zur Vereinbarung dieser Kostenbestandteile der Pflegeeinrichtungen im SGB XI keine Aussagen getroffen werden.

Die teilstationären Einrichtungen wiesen überwiegend Pflegesätze von unter 45 Euro in der Pflegeklasse III auf (106 Einrichtungen). Die höchsten Pflegesätze lagen bei 75 bis unter 85 Euro (eine Einrichtung).

	Pflegeklasse I	Pflegeklasse II	Pflegeklasse III
geringste Vergütungsklasse	20 bis unter 25 Euro	25 bis unter 35 Euro	45 Euro und weniger
höchste Vergütungsklasse	55 bis unter 65 Euro	65 bis unter 75 Euro	75 bis unter 85 Euro

Tabelle 46: Geringste und höchste Vergütungsklasse in teilstationären Pflegeeinrichtungen im Jahr 2013 (Quelle: LSN, Pflegestatistik 2013)

Die Entgelte für Unterkunft und Verpflegung betrugen im Jahr 2013 durchschnittlich 13 Euro je Platz und Tag und haben sich gegenüber dem Jahr 2007 nicht verändert. Damit liegen diese Beträge gegenüber vollstationären Dauerpflegeeinrichtungen um 5 Euro niedriger.

(siehe Anhang II.9-B)

Einrichtungen der Tages- und Nachtpflege beziehen nach § 10 NPflegeG eine Förderung im Umfang ihrer betriebsnotwendigen Investitionskosten. Im Ergebnis wird damit die pflegebedürftige Person beziehungsweise der Träger der Sozialhilfe überwiegend von der Bezahlung der Investitionskosten der Einrichtung freigestellt. Die Förderung bemisst sich an der Zahl der belegten Plätze und wird für Pflegebedürftige im Sinne des SGB XI gewährt. Für die Berechnung der Förderleistung für teilstationäre Pflegeeinrichtungen in ländlichen Gebieten kann abweichend auf Antrag für die Verteilung der Aufwendungen eine geringere Auslastung zugrunde gelegt werden (§ 8 Abs. 2 S. 2 Verordnung zur Durchführung der Förderung von Pflegeeinrichtungen - PflegeEFördVO). Der Haushaltsansatz für die Förderung nach § 10 NPflegeG für das Jahr 2015 beträgt 8,5 Millionen Euro. Entsprechend der zunehmenden Inanspruchnahme der teilstationären Pflegeleistungen sind die Ausgaben für diesen Förderbereich in den vergangenen Jahren stetig gestiegen (2012: 6.810.619 Euro, 2013: 7.978.813 Euro, 2014: 9.613.396 Euro).

Vergütung von Leistungen der Kurzzeitpflege

Die nachfolgenden Daten beziehen sich ausschließlich auf vollstationäre Pflegeeinrichtungen, die ein spezielles Kurzzeitpflegeangebot in Gestalt einer Solitäreinrichtung oder einer abgegrenzten wirt-

schaftlichen Einheit mit eigenem Versorgungsvertrag in Angliederung an eine andere Pflegeeinrichtung vorweisen. Die Vergütung der Leistungen der eingestreuten Kurzzeitpflege in vollstationären Einrichtungen der Dauerpflege und die Entgelte für Unterkunft und Verpflegung, die während des Kurzzeitpflegeaufenthaltes von den Gästen aufzubringen sind, entsprechen grundsätzlich denjenigen der Bewohnerinnen und Bewohner der Pflegeheime, die sich dauerhaft in den Einrichtungen aufhalten.

Die Durchschnittssätze für solitäre Kurzzeitpflegeeinrichtungen in den Pflegeklassen I, II und III betragen 47 Euro, 60 Euro und 73 Euro. Gegenüber dem Jahr 2007 sind diese Sätze für Leistungen der Kurzzeitpflege in Pflegeklasse I geringfügig gefallen und in den anderen beiden Pflegeklassen gestiegen (2007: 48 Euro/ 59 Euro/ 70 Euro). Die Vergleichswerte in der vollstationären Dauerpflege liegen im Jahr 2013 bei 44 Euro, 57 Euro und 71 Euro und haben sich, anders als in der Kurzzeitpflege, über alle Pflegestufen hinweg deutlich gesteigert (2007: 41 Euro/ 53 Euro/ 65 Euro).

Auf der Bundesebene beläuft sich die durchschnittliche Vergütung auf 51 Euro in der Pflegeklasse I, 66 Euro in der Pflegeklasse II und 81 Euro in der Pflegeklasse III.

Die Preisspanne in Niedersachsen liegt Ende 2013 bei Pflegeklasse I zwischen 30 bis unter 35 Euro (eine Einrichtung) und 65 und mehr Euro (sechs Einrichtungen). Das Gros (61 Einrichtungen) verfügt aber über Pflegesätze zwischen 35 und 45 Euro.

In Pflegeklasse II weisen die Einrichtungen Pflegesätze auf, die von 35 bis unter 45 Euro (eine Einrichtung) bis zu 75 und mehr Euro (vier Einrichtungen) reichen. Die meisten Einrichtungen bewegen sich aber in einem Preissegment zwischen 45 bis unter 55 Euro (44 Einrichtungen) und 55 bis unter 65 Euro (38 Einrichtungen).

In Pflegeklasse III liegt die Spanne bei 50 bis unter 55 Euro (eine Einrichtung) und 100 und mehr Euro (eine Einrichtung).

		Pflegeklasse I	Pflegeklasse II	Pflegeklasse III
geringste	Ver-	30 bis unter 35 Euro	35 bis unter 45 Euro	50 bis unter 55 Euro
gütungsklasse				
höchste	Ver-	65 Euro und mehr	75 Euro und mehr	100 Euro und mehr
gütungsklasse				

Tabelle 47: Geringste und höchste Vergütungsklasse in Kurzzeitpflegeeinrichtungen im Jahr 2013 (Quelle: LSN, Pflegestatistik 2013)

Für die Kurzzeitpflege bestand nach § 42 SGB XI im Jahr 2013 ein Leistungsanspruch in Höhe von 1.550 Euro je Kalenderjahr für maximal 28 Tage. Werden die oben aufgeführten durchschnittlichen

Vergütungssätze pro Tag zugrunde gelegt, konnten mit den durch die Pflegekasse gewährten Leistungen in Pflegeklasse I eine Aufenthaltsdauer von 33 Tagen, in Pflegeklasse II von 26 Tagen und in Pflegeklasse III von 21 Tagen realisiert werden. Insofern wurden bei den beiden letztgenannten Pflegeklassen die Aufwendungen nicht mehr in vollem Umfang aus Mitteln der Pflegeversicherung gedeckt, sofern der gesetzlich mögliche Höchstzeitraum für den Aufenthalt in der Einrichtung genutzt werden sollte. Durch eine ergänzende Inanspruchnahme von Leistungen der Verhinderungspflege nach § 39 SGB XI konnte jedoch bereits im Jahr 2013 an dieser Stelle eine Kompensation beziehungsweise eine Ausweitung der Aufenthaltsdauer auf maximal acht Wochen erwirkt werden. Seit Einführung des PSG I zum 01. Januar 2015 bestehen durch die Erhöhung des Leistungsbetrages für die Kurzzeitpflege und die Verrechnungsmöglichkeit mit dem Anspruch auf Verhinderungspflege weiterhin gute Möglichkeiten der Refinanzierung dieser Leistungsform.

Die Entgelte für Unterkunft und Verpflegungen müssen von den Nutzerinnen und Nutzern von Kurzzeitpflege demgegenüber vollständig selbst getragen werden. Ende 2013 liegt der Satz durchschnittlich bei 17 Euro pro Tag und damit knapp über dem Satz für die vollstationäre Dauerpflege. Seit dem Jahr 2007 hat sich dieser Betrag nicht verändert.

(siehe Anlage II.9-C)

Für die Deckung der betriebsnotwendigen Investitionskosten beziehen Einrichtungen der Kurzzeitpflege Zuschüsse des Landes in Höhe der Aufwendungen (§ 10 NPflegeG). Seit 1. Januar 2011 beschränkt sich diese Förderung auf Einrichtungen, die ausschließlich Leistungen der Kurzzeitpflege anbieten („solitäre“ Kurzzeitpflegeeinrichtungen). Investitionsfolgekostenzuschüsse für „eingestreute“ Kurzzeitpflegen sind durch die zu diesem Zeitpunkt erfolgte Änderung des NPflegeG entfallen. Die Höhe der Förderung orientiert sich bei den förderungsberechtigten solitären Einrichtungen leistungsfolgend an den belegten Plätzen. Es werden nur Personen berücksichtigt, die auch Kurzzeitpflegeleistungen gemäß § 42 SGB XI erhalten und die zum Zeitpunkt der Aufnahme und in den letzten 12 Monaten vor der Aufnahme in Niedersachsen ansässig waren (§ 10 NPflegeG). Der Haushaltsansatz für die Förderung von Einrichtungen der Kurzzeitpflege nach § 10 NPflegeG für das Jahr 2015 beträgt 2,6 Millionen Euro. Im Zeitverlauf hat sich das Fördervolumen wie folgt entwickelt: 2012: 1.763.530 Euro, 2013: 2.173.226 Euro, 2014: 1.925.072 Euro.

Kurzbewertung

Positiv ist festzustellen, dass sich die Pflegesätze in der stationären Dauerpflege, Tages- und Kurzzeitpflege nahezu über alle Pflegeklassen hinweg gesteigert haben. Unverändert liegen jedoch die Pflegesätze in Niedersachsen ganz überwiegend unterhalb des Durchschnittes auf Bundesebene. In besonderem Maße gilt dies für die stationäre Pflege und die Kurzzeitpflege. Diese Situation hat Auswirkungen auf die Vergütung des Personals in den Einrichtungen (siehe Kapitel II.8.4), da die Refinanzierung der Gehälter über die Pflegeentgelte erfolgt (Augurzky et al. 2008).

10. Strukturentwicklung und Maßnahmenförderung im Umfeld von Pflege

Die Bedeutung von Maßnahmen zur Vorbeugung von Pflegebedürftigkeit und solchen im Umfeld von Pflege ist in den vergangenen Jahren zunehmend erkannt und in vielfältiger Weise durch die verschiedensten Akteure auf der Ebene des Bundes, der Länder und der Kommunen durch den Auf- und Ausbau professioneller und ehrenamtlicher Hilfestrukturen, die Förderung von Selbst- und Nachbarschaftshilfestrukturen sowie Einzelmaßnahmen und Programmen zur Gesundheitsvorsorge und -förderung aufgegriffen worden. Im Fokus steht dabei die Vermeidung von Pflegebedürftigkeit durch die Verhinderung, Verzögerung oder Minderung altersbedingter Abbauprozesse („gesundes Altern“). Angesprochen sind dabei insbesondere gesunde Lebensweise und die Vorbeugung von Krankheiten, der Erhalt der mentalen Fähigkeiten durch geistige Betätigung durch Bildung, Unterhaltung und Teilhabe sowie gesellschaftliches Engagement und Partizipation.

Mit der fortschreitenden Alterung der Bevölkerung und der prognostizierten zunehmenden Zahl an pflegebedürftigen Menschen¹⁴⁶ erhalten Maßnahmen im Vor- und Umfeld von Pflege unter dem Aspekt

- der Lebensqualität der alten und pflegebedürftigen Menschen,
- dem Erhalt des privaten Pflegepotenzials und nicht zuletzt
- der Finanzierbarkeit des Versorgungssystems

besondere Bedeutung. Die in den folgenden Kapiteln beschriebenen Projekte werden vom Land Niedersachsen gefördert.

10.1. Niedersachsenbüro „Neues Wohnen im Alter“

Das Niedersachsenbüro „Neues Wohnen im Alter“¹⁴⁷ hat sich zum Ziel gesetzt, älteren Menschen in den Kommunen und Landkreisen Niedersachsens ein bedarfsgerechtes Wohnangebot und ein qualifiziertes, breit gefächertes Beratungsangebot zu allen Fragen rund um das Wohnen im Alter zur Verfügung zu stellen. Neben der Beratung zur Wohnungsanpassung sollen Wohn- und Nachbarschaftsprojekte unterstützt werden, die durch Selbsthilfe, Eigeninitiative und bürgerschaftliches Engagement entstehen.

¹⁴⁶ siehe Abschnitte II.1.3.1 und II.2.2.1

¹⁴⁷ Träger sind das Forum Gemeinschaftliches Wohnen e. V. und die NFW

Das Niedersachsenbüro hat folgende Aufgaben:

- Aufbau/Weiterentwicklung von Wohnberatungsangeboten vor Ort (nach Möglichkeit in den SPN zu allen Fragen rund um das Thema Wohnen im Alter),
- Beratung der Kommunen bei der Weiterentwicklung des Wohnbestands beziehungsweise Wohnangebots,
- Förderung von gemeinschaftlichen Wohnprojekten und Nachbarschaften,
- Förderung von Selbsthilfepotenzialen und bürgerschaftlichem Engagement.

Zu den Angeboten gehören:

- Information und fachliche Unterstützung zur bedarfsgerechten Weiterentwicklung vorhandener Wohnviertel,
- Aufbau und Weiterentwicklung von Wohnberatungsangeboten unter anderem durch die Qualifikation von Wohnberaterinnen und Wohnberatern,
- Initiierung, Beratung und Begleitung von gemeinschaftlichen Wohnprojekten und Nachbarschaften,
- Aufbau eines Informationsnetzwerks,
- Informationsmaterialien und Arbeitshilfen.¹⁴⁸

10.2 Landesagentur „Generationendialog Niedersachsen“

Die Landesagentur „Generationendialog Niedersachsen“ ist bei der LVG & AfS angesiedelt. Aufgabe und Ziel der von ihr initiierten oder unterstützten Projekte ist es, die weiterhin bestehende geringe Kommunikation zwischen den Generationen mit generationsübergreifenden Ansätzen zum freiwilligen Engagement in Niedersachsen aufzubrechen, den Generationendialog anzustoßen und zur Generationenverständigung beizutragen. Zugleich sollen mit Kommunen und anderen Trägern freiwilliger Arbeit neue Modelle zur Förderung und Vernetzung des freiwilligen Engagements von Seniorinnen und Senioren entwickelt werden. Die Angebote der Landesagentur richten sich an Freiwillige sowie an Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aus Projekten, Vereinen, Verbänden, Kommunen und Unternehmen.

Die Landesagentur organisiert unter anderem zusammen mit dem Niedersächsischen Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung (MS) das Niedersachsen-Forum „Alter und Zukunft“ (siehe Kap. 10.3) und die 2012 ins Leben gerufenen Seniorenkonferenzen. Sie stellt zudem die landesweite Koordination und Unterstützung beim Aufbau sowie die Vernetzung der SPN sicher.

¹⁴⁸ Für weitere Informationen zum Niedersachsenbüro siehe auch www.neues-wohnen-nds.de.

10.3 Niedersachsen-Forum „Alter und Zukunft“

Das Niedersachsen-Forum „Alter und Zukunft“ wird im Auftrag des MS bereits seit 1992 einmal jährlich als Tagesveranstaltung in Kooperation mit einer niedersächsischen Kommune durchgeführt. Es richtet sich mit wechselnden Schwerpunktthemen sowohl an ältere Menschen aus der jeweiligen Region als auch an ein überregionales Fachpublikum. Ziel des Forums ist es in erster Linie, den Dialog mit den älteren Mitbürgerinnen und Mitbürgern zu fördern. Neben einer fachlichen Diskussion - beispielsweise innerhalb einzelner Gesprächsforen durch Vorträge, Arbeitsgruppen und bei Podiumsdiskussionen - gehört zum Konzept der Veranstaltung auch ein so genannter Markt der Möglichkeiten. Auf diesem haben regionale und überregionale Initiativen und Projekte die Gelegenheit, ihre Arbeit sowie ihre Serviceangebote einem größeren Publikum vorzustellen. Darüber hinaus schaffen die Veranstaltungen gute Voraussetzungen für neue Vernetzungsaktivitäten. Sie bieten dadurch auch vor Ort eine Basis für nachhaltige Veränderungen und Strukturverbesserungen. 2015 wurde das Thema „Altern im Fluss – Potenziale aktiver und kreativer Gestaltung“ im Rahmen einer Veranstaltung in Gifhorn bearbeitet.

10.4 Bürgerschaftliches Engagement und Selbsthilfe

Die Bewältigung der Folgen des demografischen Wandels erfordert eine verstärkte Solidarität zwischen den Generationen im Rahmen von bürgerschaftlichem und freiwilligen/ehrenamtlichen Engagement und von Selbst- und Nachbarschaftshilfe. Das Land trägt zur Entwicklung solcher Strukturen durch eine Förderung des bürgerschaftlichen Engagements mit den Schwerpunkten Information, Beratung, Vernetzung, Förderung neuer Formen freiwilligen Engagements, Förderung des Dialogs der Generationen, Qualifizierung für ehrenamtliche Tätigkeit, Anerkennungskultur (zum Beispiel Kompetenznachweis über ehrenamtliches Engagement, Versicherungsschutz der ehrenamtlich Tätigen (Unfall-, Haftpflichtversicherung) schon seit vielen Jahren bei.¹⁴⁹ Beispielhaft seien folgende Aktivitäten genannt:

¹⁴⁹ Die nachfolgenden Ausführungen beziehen sich ausschließlich auf Maßnahmen, die landesseitig gefördert oder unterstützt wurden beziehungsweise werden. Die Darstellung der Vielzahl der Maßnahmen anderer Maßnahmenträger oder Fördergeber (zum Beispiel des Bundes im Rahmen von Modellprogrammen, der Krankenkassen auf Bundes-, Landes- und örtlicher Ebene, der Kommunen, von Verbänden, Vereinigungen oder Initiativen, Bildungsträgern etc.) würden den Rahmen dieses Berichts übersteigen.

Landesprogramm „Engagementlotsen“

Das Landesprogramm „Engagementlotsen“ für Ehrenamtliche in Niedersachsen bietet unter Federführung der Freiwilligenakademie Niedersachsen e. V. (fan) in enger Abstimmung mit den Kommunen die Qualifizierung von jährlich rund 75 Multiplikatorinnen und Multiplikatoren - unabhängig vom Alter - an. Diese fördern, entwickeln und vernetzen bürgerschaftliches Engagement in der Kommune. Ende des Jahres 2014 gibt es über 450 ausgebildete Engagementlotsinnen und Engagementlotsen, weitere durchlaufen gegenwärtig die Qualifizierung.

Qualifizierungsprogramm DUO

Das Qualifizierungsprogramm DUO ist ein Aufgabengebiet der SPN (siehe Kapitel II.4.7). Die SPN werben Interessierte für eine ehrenamtliche Seniorenbegleitung und koordinieren ihre Praxiseinsätze. Bisher wurden knapp 2.500 Ehrenamtliche qualifiziert, von denen circa 1.590 einsetzbar und 1.120 im Einsatz sind. Weit über 1.700 ältere Menschen nehmen diese Form der Begleitung in Anspruch.

Die fan ist verantwortlich für die Organisation der Qualifizierungen. Sie verwaltet zentral die Mittel im Umfang von bis zu 6.000 Euro jährlich pro teilnehmender kommunaler Gebietskörperschaft. Die Freiwilligenakademie garantiert zudem die Einhaltung der Qualitätsstandards und die Vergleichbarkeit der Qualifizierungskurse.

In Abgrenzung zu Niedrigschwelligen Betreuungs- und Entlastungsangeboten (NBEA, siehe Kap. 4.5) richtet sich das DUO-Angebot der SPN an ältere Menschen ohne Pflegebedarf, die für sich eine Alltagsbegleitung wünschen.

Freiwilligenagenturen

Viele der über 90 niedersächsischen Freiwilligenagenturen (davon über 50 vom Land gefördert) stellen auch im Bereich der Initiierung und Vernetzung von pflegenahen Hilfeangeboten auf der Ebene von ehrenamtlicher Tätigkeit wichtige Knotenpunkte und Anlaufstellen dar. Handlungsfelder sind hierbei unter anderem die niedrigschwellige Unterstützung von Seniorinnen und Senioren sowie behinderten Menschen bei Angelegenheiten der alltäglichen Lebensführung, der Aufbau und die Organisation von Besuchsdiensten (für den häuslichen Bereich und für Heime) in Zusammenarbeit mit Pflegediensten und Pflegeheimen sowie Hospizdiensten. Weiterhin arbeiten die Freiwilligenagenturen in vielen Kommunen sehr eng mit den SPN zusammen.

Selbsthilfebüro Niedersachsen

Das Selbsthilfebüro mit den daran angeschlossenen 31 Selbsthilfe-Kontaktstellen stellt die landesweite Kontakt-, Beratungs- und Informationszentrale für alle überregionalen Aktivitäten und Selbsthilfegruppierungen in Niedersachsen dar. Die Selbsthilfe-Kontaktstellen dienen denselben Aufgaben auf regionaler Ebene und stellen die Information und Vernetzung der regionalen Akteure sicher.

Landesseniorenrat

Der Landesseniorenrat e. V. als Vertretung von gegenwärtig fast 200 kommunalen niedersächsischen Seniorenräten, -beiräten und -vertretungen wird vom Land Niedersachsen gefördert. Er trägt über seine Mitglieder in vielen Kommunen dazu bei, die Interessen der älteren Menschen in Niedersachsen zu vertreten und in diesem Sinne gute Lösungen und Ideen zu erarbeiten und zu verbreiten, die seniorenpolitische Arbeit zu vernetzen und die Arbeit der politischen Gremien auf kommunaler und Landesebene konstruktiv zu begleiten.

Staatlich anerkannte Betreuungsvereine

Im Land Niedersachsen gibt es 57 staatlich anerkannte¹⁵⁰ Betreuungsvereine (Stand: 14. Juli 2015). Zu ihren wesentlichen Aufgaben gehört es, sich planmäßig um die Gewinnung ehrenamtlicher Betreuerinnen und Betreuer zu bemühen und diese in ihre Aufgaben einzuführen, sie fortzubilden und sie sowie Bevollmächtigte zu beraten (§ 1908f Abs. 1 Nr. 2 BGB). Damit liegt ihre zentrale Aufgabe in der Stärkung des Ehrenamts. Auf diese Weise leisten sie einen unverzichtbaren Beitrag bei der Umsetzung der staatlichen Rechtsfürsorge für volljährige Personen, die aufgrund einer psychischen Krankheit oder einer körperlichen, geistigen oder seelischen Behinderung ihre Angelegenheiten nicht beziehungsweise nicht in vollem Umfang selbst besorgen können.

Nach Angaben des Niedersächsischen Justizministeriums waren zum 31. Dezember 2014 in Niedersachsen 139.492 Betreuungsverfahren anhängig. Insgesamt wurden im Jahr 2014 bei Erstbestellungen 11.392 Familienangehörige und 1.280 familienfremde ehrenamtliche Betreuerinnen und Betreuer bestellt. Davon sind von den geförderten Betreuungsvereinen 712 Betreuungen an Ehrenamtliche übertragen worden.

Niedersachsen besitzt als Flächenland eine gute Infrastruktur in der Betreuungsvereinslandschaft, die sich maßgeblich durch die konsequente finanzielle Unterstützung der Arbeit der Vereine durch die Landesregierung herausbilden und festigen konnte. Die Ehrenamtlichen müssen keine langen Wege

¹⁵⁰ Die Anerkennung erfolgt durch das Landesamt für Soziales, Jugend und Familie (LS). Sie ist Voraussetzung dafür, dass der Verein oder seine hauptamtlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu Betreuerinnen und Betreuern bestellt werden können (§§ 1900 Abs. 1, 1897 Abs. 2 BGB).

zurücklegen, um sich unterstützen und / oder beraten zu lassen¹⁵¹. Als Folge des demografischen Wandels wird die Zahl der rechtlichen Betreuungen steigen. Ursachen sind insbesondere die Zunahme von Demenzerkrankungen und ein zunehmender Betreuungsbedarf auch bei jungen Menschen mit psychischen Erkrankungen oder Suchtverhalten.

10.5 Technische Unterstützungssysteme in der Pflege

Technische Unterstützungssysteme können körperbezogene oder raumbezogene gesundheitsrelevante Daten (beispielsweise in der Wohnumgebung) bei älteren Menschen aufnehmen, analysieren und gegebenenfalls weiterleiten. Sie dienen unter anderem der Alarmierung und Notfallidentifikation sowie der Unterstützung bei Erkrankungen und Funktionsdefiziten. Die Nutzung technischer Assistenzsysteme soll zu einer möglichst langen selbstständigen Lebensführung und zu einem aktiven Altern in Selbst- und Mitverantwortung beitragen (Haux 2016). Jedoch müssen Aspekte einer jeweiligen diagnostischen Relevanz und therapeutischen Wirksamkeit sowie von Lebensqualität noch weiter untersucht werden.¹⁵²

Landesinitiative Niedersachsen Generationengerechter Alltag

Die „Landesinitiative Niedersachsen Generationengerechter Alltag“ (LINGA) besteht seit 2006 als Netzwerk aus über 80 Interessensvertretungen und Organisationen aus Wirtschaft und Wissenschaft. Vor dem Hintergrund des demografischen Wandels fördert sie soziale Innovationen für alle Generationen und sensibilisiert für eine nachhaltige Demografie-Strategie als ressortübergreifende, interdisziplinäre Daueraufgabe. Die Landesinitiative hat ihren Standort seit 01. Januar 2015 im Innovationszentrum Niedersachsen GmbH. LINGA wird durch das MS gefördert und kooperiert vielfach mit dem Niedersächsischen Ministerium für Wirtschaft, Arbeit und Verkehr. Seit 2010 sensibilisiert LINGA auch für die vielfältigen Chancen und Möglichkeiten, die moderne Assistenzsysteme in Wohnraum und -umfeld bieten.

¹⁵¹ Das Land fördert seit 1992 anteilig die nach § 1908f BGB anerkannten Betreuungsvereine gemäß § 4 Nds. AGBtR in Verbindung mit der Richtlinie über die Gewährung von Zuwendungen zur Förderung von Betreuungsvereinen, die rückwirkend zum 01. Januar 2015 in Kraft getreten ist. Bewilligungsbehörde ist LS.

¹⁵² Einer Literaturstudie zufolge werden durch technische Assistenzsysteme häufig kardiovaskuläre Erkrankungen adressiert (Ludwig et al. 2012). Die häufigsten Dienstleistungen sind die Erhebung des Gesundheitszustandes und die Bewältigung unerwünschter Ereignisse. Haux (2016) zufolge könnte insbesondere die ambulante Pflege und die ärztliche Versorgung von technischen Unterstützungssystemen profitieren, indem für die Versorgung relevante Informationen besser vermittelt werden und auf diese Weise eine bessere Entscheidungsgrundlage für das Handeln entsteht. Darüber hinaus können Funktionen zur Unterstützung der Kommunikation und der sozialen Einbindung, bei Alltagsaktivitäten und Unterhaltung sowie von Informationen und Schulung wahrgenommen werden. Grenzen und Risiken technischer Assistenzsysteme, die in erster Linie der Information und Kommunikation dienen, sind unter anderem, dass die Trennung von dem privaten Umfeld einer Person und ihrer technisch unterstützten pflegerischen/ gesundheitlichen Versorgung aufgehoben wird. Damit verbundene Probleme des Datenschutzes und der informationellen Selbstbestimmung gilt es zukünftig noch zu lösen (ebd.).

Mit Ambient Assisted Living (AAL) werden Assistenzsysteme für ein selbstbestimmtes, generationengerechtes Leben und Wohnen bezeichnet. Das Bundesministerium für Bildung und Forschung spricht von „Mensch-Technik-Interaktion im demografischen Wandel“ und beschreibt damit einen interdisziplinären Forschungs- und Handlungsansatz für soziale und technische Innovationen, welcher die Lebensqualität und gesellschaftliche Teilhabe älterer Menschen verbessern und allen Generationen im demografischen Wandel zugutekommen soll. Neben Veranstaltungen, Vorträgen und Informationsständen sind dies vor allem auch konkrete Projekte, die von LINGA begleitet werden. Unter dem Begriff „Soziale Innovationen“ wird vor allem verstanden, moderne Technologien und Dienstleistungen nutzerzentriert in den Versorgungskontext zu bringen und dabei die unterschiedlichsten Handlungsfelder wie zum Beispiel Wohnen, Mobilität, Tourismus oder gesundes Leben und Versorgung miteinander zu verknüpfen.

GENIAAL Leben

Das 2011 von LINGA initiierte Netzwerk „GENIAAL Leben“ veröffentlicht auf seiner Homepage einige (Forschungs-) Projekte im Kontext Pflege und Technik aus Niedersachsen. Zu dessen Grundsätzen zählt, den Menschen beziehungsweise die Dienstleistung hinter der Technik zu sehen und niemals die Technik allein. Technik soll in dem Sinne den Menschen helfen beziehungsweise die Erbringung von Dienstleistungen unterstützen.

Forschungsverbund zur Gestaltung altersgerechter Lebenswelten - Informations- und Kommunikationstechnik zur Gewinnung und Aufrechterhaltung von Lebensqualität, Gesundheit und Selbstbestimmung in der zweiten Lebenshälfte (GAL)

In den Jahren 2008 bis 2013 wurde in Niedersachsen ein großes Forschungsprojekt zu altersgerechten Assistenzsystemen durchgeführt, an dem mehr als 70 Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler beteiligt waren. Ziel des Forschungsverbunds GAL war es, neue Verfahren der Informations- und Kommunikationstechnik für altersgerechte Lebenswelten zu identifizieren, weiterzuentwickeln und zu evaluieren sowie die einschlägigen niedersächsischen Forschungseinrichtungen in die Lage zu versetzen, sich federführend an größeren nationalen oder internationalen Forschungsvorhaben zu dieser Thematik beteiligen zu können.

Im Rahmen des niedersächsischen Forschungsverbundes wurden unter anderem folgende Ergebnisse erreicht:¹⁵³

- Es wurde ein persönlicher Aktivitäts- und Haushaltsassistent (PAHA) zur Erinnerung an anstehende Aktivitäten und Tätigkeiten entwickelt und mit verschiedenen Zielgruppen getestet.
- Für das Monitoring im Präventions- und Reha-Sport wurden technische Komponenten und Systemansätze für das Tele-Training von Patientinnen und Patienten in der häuslichen Umgebung nach einem Krankenhausaufenthalt entwickelt.
- Zur Sturzerkennung in der häuslichen Umgebung wurde ein Demonstrator-System entwickelt und im praktischen Langzeiteinsatz in insgesamt 56 Wohnungen sturzgefährdeter Personen erprobt.

Darüber hinaus wurden mit Expertinnen und Experten, Betroffenen und potentiellen Nutzerinnen und Nutzern Bedarfe und Möglichkeiten technischer Assistenzsysteme erörtert sowie die Bereitschaft einer Techniknutzung untersucht. Im Rahmen der Begleitforschung ist ein Methodeninventar für die Evaluation neuer Technologien entwickelt und eingesetzt worden, um die Praktikabilität der GAL-Technologien zu untersuchen.¹⁵⁴

Neben den großen Bundesprogrammen, beispielsweise „Wegweiser Alter und Technik“¹⁵⁵ oder der durch das BMBF geförderten Initiative „Mensch-Technik-Interaktion im demografischen Wandel“¹⁵⁶, gibt es auch Ansätze aus Niedersachsen, wie den „AAL-Produkt-Lotsen“ der Wolfsburg AG.¹⁵⁷

10.6 Mehrgenerationenhäuser

Mehrgenerationenhäuser sind offene Tagestreffpunkte für Jung und Alt. Ziel des Mehrgenerationenansatzes ist die Begegnung und die gegenseitige Unterstützung der Generationen untereinander zu fördern. Die Angebote in den Mehrgenerationenhäusern orientieren sich am lokalen Bedarf und schließen Angebotslücken vor Ort. Freiwilliges Engagement, Hilfe zur Selbsthilfe und eine große Vielfalt an Aktivitäten prägen die tägliche Arbeit im Mehrgenerationenhaus.

Seit der Weiterentwicklung der Bundesförderung durch das „Aktionsprogramm Mehrgenerationenhäuser II“ im Jahr 2012 gehört das Handlungsfeld „Alter und Pflege“ zu den vier Schwerpunkten, die das Profil eines jeden vom Bund geförderten Mehrgenerationenhauses schärfen. Hierbei geht es insbesondere um niedrigschwellige Angebote, die die pflegenden Angehörigen unterstützen und zeit- und phasenweise entlasten können. Daneben gibt es aber auch Angebote, die den Betroffenen helfen,

¹⁵³ Eine Zusammenfassung der Ergebnisse finden Sie unter: http://www.altersgerechte-lebenswelten.de/erreichtes_de.html

¹⁵⁴ http://www.altersgerechte-lebenswelten.de/erreichtes_de.html

¹⁵⁵ <https://www.wegweiseralterundtechnik.de/index.php/Hauptseite>

¹⁵⁶ <http://www.mtidw.de/>

¹⁵⁷ <http://www.wolfsburg-ag.com/de/gesundheit/demografie-konzepte/produktlotse-fuer-assistenzsysteme.html>

möglichst lange eigenständig leben zu können. Auch die Kooperation mit Pflegeberatungsstellen und PSP fällt unter diesen Aufgabenbereich.

In diesem Handlungsfeld spielt der generationenübergreifende Aspekt eine wichtige Rolle. So gibt es beispielsweise Angebote, in denen Kindergartenkinder Altenpflegeheime aufsuchen, um dort mit den Seniorinnen und Senioren zu musizieren und zu tanzen.

Weitere Angebotsbeispiele sind:

- Bring- und Abholdienste für ältere Menschen
- Gemeinsames Frühstück, Mittagstisch und Café für alle Generationen
- Gymnastik-, Meditations- und Tanzgruppen
- Gedächtnistraining für Seniorinnen und Senioren
- Gesprächskreise für Angehörige von Demenzkranken.

Im Rahmen des „Aktionsprogramms Mehrgenerationenhäuser II“ werden aktuell in Niedersachsen 49 Mehrgenerationenhäuser vom Bund, Land und Standortkommune beziehungsweise Landkreis gefördert. Weitere neun Mehrgenerationenhäuser erhalten Zuwendungen nur vom Land und Kommune. Drei von insgesamt 47 kommunalen Gebietskörperschaften in Niedersachsen halten kein Mehrgenerationenhaus vor.

10.7 Wettbewerb Pflege im Quartier

Im Rahmen des Wettbewerbs „Pflege im Quartier“ hat MS im Jahr 2012 wegweisende Projekte prämiert, die es älteren Menschen ermöglichen, eigenverantwortlich und selbstbestimmt im vertrauten Wohnumfeld zu leben. Ziel war es, die Schaffung kleinräumiger Netzwerke aus professionellen und ehrenamtlichen Unterstützungsangeboten (beispielsweise pflegegerechte Wohnungsumbauten, Besuchs- und Fahrdienste, Pflegeberatung oder die Einrichtung eines Treffpunktes mit Freizeitaktivitäten) in verschiedenen Sozialräumen auszuzeichnen. Die elf Preisträgerinnen und Preisträger wurden von einer Fachjury unter Leitung von Herrn Alexander Künzel, dem Sprecher des Netzwerks „Soziales neu gestalten“ (SONG), ausgewählt. Jedes ausgezeichnete Projekt erhielt eine Prämie von insgesamt 26.000 €, die in drei Teilbeträgen ausgezahlt wurden. Die Gewährung des zweiten und dritten Teilbetrags war abhängig davon, dass jeweils in einem Projektbericht die erfolgreiche Umsetzung oder Weiterführung belegt wurde. Die Konzepte und Projektberichte sind im Internet veröffentlicht.¹⁵⁸

¹⁵⁸ http://www.ms.niedersachsen.de/themen/soziales/pflegeversicherung/pflege_im_quartier/pflege-im-quartier

10.8 Norddeutsches Zentrum zur Weiterentwicklung der Pflege

Das NDZ besteht seit 20 Jahren und ist gegründet worden, um die Versorgungsqualität und den Wissenstransfer im Bereich Pflege länderübergreifend zu fördern. Am 02. Oktober 1995 ist das Gesetz zum Abkommen über die Zusammenarbeit auf verschiedenen Gebieten des Gesundheitswesens in Norddeutschland im Niedersächsischen Landtag verabschiedet worden. Auf der Grundlage dieses Gesetzes wurde als vierte Säule¹⁵⁹ das NDZ errichtet, an dem die Freie Hansestadt Bremen, die Freie und Hansestadt Hamburg, das Land Niedersachsen, das Land Schleswig-Holstein und seit dem Jahr 2009 auch das Land Mecklenburg-Vorpommern beteiligt sind. Das NDZ ist beim Ministerium für Soziales, Gesundheit, Familie, Jugend und Senioren des Landes Schleswig-Holstein angesiedelt. Es unterstützt Maßnahmen, die zur Weiterentwicklung der pflegerischen Berufsbilder und der Bildungsstrukturen in den Vertragsländern beitragen. Beispiele für Aktivitäten des NDZ sind:

- Es wird ein Informationsaustausch in Form ständiger Konferenzen, Tagungen und Arbeitsgruppen gefördert.
- Über die Werbekampagne Pflegeberufe sollen Jugendliche für eine Ausbildung in einem Pflegeberuf gewonnen werden. Hierfür wurden gemeinsam mit Schülerinnen und Schülern zielgruppengerechte Materialien wie Poster, Flyer, ein Internetauftritt¹⁶⁰ und ein Computerspiel entwickelt.
- In einem Fortbildungspass für Pflegekräfte können absolvierte Fortbildungen dokumentiert werden. Er enthält auch Informationen zur freiwilligen „Registrierung beruflich Pflegender“ (RbP)¹⁶¹ in Berlin, bei der Mitglieder Fortbildungspunkte sammeln können.
- Es wird die Evaluationsstudie des Modellprojektes „Einführung von examensrelevanten Vornoten in der Gesundheits- und Krankenpflegeausbildung sowie der Gesundheits- und Kinderkrankenpflegeausbildung im Land Bremen“ durch die Universität Bremen, Institut für Public Health und Pflegeforschung (IPP) (Darmann-Finck 2015), gefördert.

Informationen zu den weiteren Aktivitäten des NDZ sind auf der Internetseite eingestellt.¹⁶²

¹⁵⁹ Die vier Säulen der Zusammenarbeit betreffen die Aufgabenbereiche: Arzneimitteluntersuchung, Giftinformation, Schifffahrtsmedizin und Qualitätssicherung in der Pflege.

¹⁶⁰ <http://www.zeig-deine-pflegestaerken.de/>

¹⁶¹ www.regbp.de

¹⁶² www.pflege-ndz.de

10.9 Weitere Maßnahmen

Das Land Niedersachsen fördert verschiedene Projekte zur Verbesserung der pflegerischen Versorgung sowohl von besonderen Zielgruppen als auch an der Schnittstelle der stark segmentierten Versorgungsbereiche SGB XI und SGB V.

Modellprojekte nach § 45c SGB XI

Nach § 45c SGB XI können sowohl der Auf- und Ausbau von niedrigschwelligen Betreuungsangeboten als auch Modellvorhaben zur Erprobung neuer Versorgungskonzepte und Versorgungsstrukturen insbesondere für demenzkranke Pflegebedürftige erprobt werden. Der Zuschuss aus Mitteln der sozialen und privaten Pflegeversicherung ergänzt diese Förderung um einen Betrag in gleicher Höhe.

- **Modellprojekt EWINA:**

Das Modellprojekt „Effekte, Weiterentwicklung und Inanspruchnahme von Niedrigschwelligen Betreuungsangeboten“ (EWINA) der LVG & AFS wurde von Oktober 2010 bis September 2013 gefördert. Ausgangssituation war die geringe Inanspruchnahme von NBA. Nach Angaben des BMG nutzten nur 22% der nach § 45a SGB XI berechtigten Pflegebedürftigen NBA (BMG 2011, Seite 68). Ziel des Projektes war es deshalb, Ursachen für diese Diskrepanz zu ergründen, die Betreuungsqualität der NBA weiter zu verbessern und den Zugang zu den Angeboten für die Zielgruppe zu erleichtern. In sechs Ergebnisberichten und dem „Handbuch Niedrigschwellige Betreuungsangebote“ werden ein Gesamtüberblick über die vorhandene Angebotsstruktur und die Inanspruchnahme gegeben, Aussagen zur Wirksamkeit getroffen und Zugangsbarrieren beschrieben. Auf dieser Grundlage sind Empfehlungen zum Abbau hemmender Faktoren sowie zur Förderung der Inanspruchnahme von NBA durch Personengruppen, die diese Leistungen bislang kaum oder nur unterdurchschnittlich oft in Anspruch nehmen, entstanden. Darüber hinaus wurden Handreichungen und Empfehlungen für den Auf- und Ausbau von NBA, ein Dokumentationssystem und ein Schulungscurriculum für Ehrenamtliche entwickelt.¹⁶³

- **Modellprojekt „Niedrigschwellige Betreuungsangebote für Demenzerkrankte mit Migrationshintergrund in Hannover“:**

Demenzkranken Menschen mit Migrationshintergrund und ihre Angehörigen nehmen NBA selten in Anspruch. Im Modellprojekt des Fachbereichs Senioren der Landeshauptstadt Hannover wurden von 2010 bis 2013 im Kompetenzzentrum Heinemannhof hemmende und fördernde Faktoren evaluiert sowie Zugangswege für demenzkranke Personen in NBA erprobt (Hellige/Hüper 2013). Dabei

¹⁶³ Alle Berichte und Materialien stehen als Download zur Verfügung unter: www.niedrigschwellige-betreuungsangebote-nds.de.

kamen kulturspezifische Aspekte der Öffentlichkeitsarbeit, die Schulung und der Einsatz muttersprachlicher Multiplikatorinnen und Multiplikatoren sowie muttersprachliche Informationsveranstaltungen über Demenzerkrankungen und Hilfsangeboten zum Tragen. Es wurden zudem muttersprachliche ehrenamtliche Demenzhelferinnen akquiriert, geschult und eingesetzt sowie eine Betreuungsgruppe für demenzkranke Pflegebedürftige aufgebaut. Dem Bericht der wissenschaftlichen Begleitforschung zufolge lassen sich keine kulturspezifischen Unterschiede bei den fördernden und hemmenden Faktoren für die Inanspruchnahme ableiten (Helligen/Hüper 2013). Im Rahmen der Praxiserprobung zeigte sich, dass die Angebote muttersprachlich ausgerichtet sein sollten, da demenziell erkrankte Migrantinnen und Migranten die oft erst später erlernten deutschen Sprachkenntnisse mit Voranschreiten der Erkrankung schnell wieder verlieren. Elementar notwendig für den Zugang zu der Personengruppe scheint zudem der persönliche Kontakt zu entsprechenden Migrantengruppen zu sein, auf Grundlage derer überhaupt erst eine Vertrauensbasis geschaffen werden kann (Janocha/Gundert 2013, Seite 17).

Gerontopsychiatrische Kompetenzzentren und ambulante (geronto-)psychiatrische Pflege

Ältere Menschen mit Pflegebedarf sind häufig von mehreren Erkrankungen gleichzeitig betroffen. Gerade ein Zusammentreffen von somatischen geriatrischen Krankheiten und gerontopsychiatrischen Diagnosen wie Demenz, Depression, Psychose oder Sucht schaffen komplexe Problemlagen in der pflegerischen Versorgung der Betroffenen. Diese können nur durch ein gezieltes Zusammenwirken von Leistungen des SGB V und SGB XI im Rahmen von Vernetzung und regelhafter Verschränkung gelöst werden. Die vom Land Niedersachsen geförderten gerontopsychiatrischen Kompetenzzentren und die ambulante (geronto-)psychiatrische Pflege (APP) bieten hierfür Ansatzpunkte.

- Gerontopsychiatrische Kompetenzzentren:

Seit 2004 fördert das Land zwei ambulante gerontopsychiatrische Kompetenzzentren, das Caritas Forum Demenz in Hannover und das Kompetenznetzwerk Südost-Niedersachsen von ambet e. V. in Braunschweig. Als Informations- und Beratungsstelle für Leistungsanbieter aus dem medizinischen, pflegerischen und psychosozialen Bereich arbeiteten sie in den Strukturen der sozialpsychiatrischen Verbünde und kommunalen Altenhilfestrukturen, auch in Kooperation mit dem Landesfachbeirat „Psychiatrie Niedersachsen“. Ziel ist es, regionale Versorgungsstrukturen mit Beratungs-, Unterstützungs-, Qualifizierungs- und Vernetzungsangeboten auf- und auszubauen, die Qualität dieser Angebote zu sichern und sie gegebenenfalls weiterzuentwickeln. Seit 2014 steht dabei insbesondere der Aufbau von gerontopsychiatrischen Beratungsstrukturen auf regionaler Ebene im Vordergrund.

- Ambulante (geronto-)psychiatrische Pflege:

APP ist ein ambulantes aufsuchendes Angebot. Ziel ist die Unterstützung, Aktivierung und Stabilisierung von Menschen, die sich in akuter psychiatrischer Behandlungsbedürftigkeit befinden. Als Leistung der Häuslichen Krankenpflege nach § 37 SGB V kann die APP Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen für einen Zeitraum von bis zu vier Monaten ärztlich verordnet werden. Bestandteil der Verordnung von Maßnahmen der psychiatrischen Krankenpflege ist der von einer psychiatrischen Fachärztin oder einem psychiatrischen Facharzt erstellte Behandlungsplan. Er erfasst die Indikation, die Beeinträchtigungen der Aktivitäten (Fähigkeitsstörungen), die Zielsetzung der Behandlung und die Behandlungsschritte (Behandlungsfrequenzen und -dauer).

Die APP wird von spezialisierten Pflegediensten erbracht, die hierfür gemäß § 132a Abs. 2 SGB V einen gesonderten Vertrag mit den Krankenkassen geschlossen haben.¹⁶⁴ Es können bis zu 14 Einsätze je 45 Minuten pro Woche stattfinden. Zudem beinhaltet das Angebot eine 24-stündige Rufbereitschaft.

Niedersachsen ist mit 41 Anbietern das Bundesland mit der größten Anzahl ambulanter psychiatrischer Pflegedienste.¹⁶⁵

Demenzbeauftragte in Krankenhäusern

Um die Versorgung von Patientinnen und Patienten mit demenziellen Einschränkungen in allgemein-versorgenden Krankenhäusern, in Rehabilitationskliniken und in geriatrischen und gerontopsychiatrischen Fachabteilungen zu verbessern, ist die Qualifizierung des Personals ein wichtiges Handlungsfeld. Die Alzheimer Gesellschaft Niedersachsen e. V. hat im Jahr 2010 in Kooperation mit der LVG & AfS ein 160-stündiges Curriculum für Demenzbeauftragte in Krankenhäusern entwickelt. Als Multiplikatorinnen und Multiplikatoren können die Absolventinnen und Absolventen in ihrer Einrichtung Fortbildungen für alle Berufsgruppen anbieten, demenzspezifische Projekte umsetzen sowie qualitätssichernd tätig werden. Das Fortbildungskonzept wurde erstmalig im Bildungszentrum des Klinikums der Region Hannover umgesetzt. Die Evaluation durch die LVG & AfS wurde von März 2012 bis Februar 2013 vom Land Niedersachsen gefördert. Anhand der Ergebnisse wurde das Curriculum angepasst. Das Fortbildungskonzept wurde Ende 2013 von der Deutschen Alzheimer Gesellschaft, Selbsthilfe Demenz, e. V. in einer Broschüre veröffentlicht (Deutsche Alzheimer Gesellschaft e. V. 2013)¹⁶⁶ und kann frei genutzt werden.

¹⁶⁴ Siehe dazu auch: Gemeinsame Empfehlungen zur Umsetzung des Vertrages nach § 132a SGB V zur häuslichen psychiatrischen Fachkrankenpflege in Niedersachsen vom 28.11.2013: http://www.caritasforumdemenz.de/pdf/empfehlung_fachkrankenpflege_20131128.pdf

¹⁶⁵ Siehe auch: Liste der Pflegedienste für „Häusliche psychiatrische Fachkrankenpflege gemäß § 132 a Abs. 2 SGB V in Niedersachsen: http://caritasforumdemenz.de/pdf/app_niedersachsen062015.pdf

¹⁶⁶ Siehe auch unter: www.deutsche-alzheimer.de

11. Annahmen und Tendenzen zur zukünftigen Entwicklung der Verteilung nach Versorgungsarten

Im folgenden Kapitel sollen am Beispiel von drei dafür ausgewählten kommunalen Gebietskörperschaften Modellberechnungen durchgeführt werden, um Aussagen und Tendenzen über die voraussichtliche Verteilung von Pflegebedürftigen auf die Versorgungsarten treffen zu können. Dazu werden zwei Landkreise und eine kreisfreie Stadt mit sehr unterschiedlichen Gesamtpflegequoten und Altersstrukturen in der Bevölkerung exemplarisch betrachtet:

Kommunale Gebietskörperschaft	Gesamtpflegequote	Anteil 65- und über 65-Jähriger
Landkreis Lüchow-Dannenberg	4,8	26,4
Landkreis Vechta	2,9	15,3
Stadt Delmenhorst	3,5	22,1

Tabelle 48: Gesamtpflegequote und Anteil der 65- und über 65-Jährigen an der Gesamtbevölkerung von den Landkreisen Lüchow-Dannenberg und Vechta und der Stadt Delmenhorst im Jahr 2013 in Prozent (Quelle: LSN, Pflegestatistik 2013, Bevölkerungsfortschreibung 2013)

Nach einer Darstellung der Entwicklung vorausberechneter Pflegebedürftigenzahlen in den beiden Landkreisen Lüchow-Dannenberg und Vechta sowie der Stadt Delmenhorst wird eine Status-Quo-Analyse der jeweiligen Verteilung nach Versorgungsarten durchgeführt. In einem weiteren Schritt wird die voraussichtliche Entwicklung des Verhältnisses von Pflegebedarf und informellem Pflegepotenzial (Angehörigenpflege) in den einzelnen kommunalen Gebietskörperschaften anhand der Bevölkerungsvorausberechnung bis ins Jahr 2031 dargestellt. Zusätzlich werden andere Einflussfaktoren auf die Pflegedauer und die Verteilung nach Versorgungsformen (Anteil demenzkranker Pflegebedürftiger und Männeranteil unter den Pflegebedürftigen) einbezogen. Die Modellberechnungen für die Gebietskörperschaften können allerdings nur als grobe Prinzipienskizzen – wenn auch mit unterschiedlicher Intensität – betrachtet werden.

Voraussichtliche Entwicklung der Pflegebedürftigenzahlen bis 2031

Die Anzahl der Pflegebedürftigen wird regionalen Vorausberechnungen zufolge in den Jahren 2020, 2025 und 2031 in allen drei kommunalen Gebietskörperschaften ansteigen.

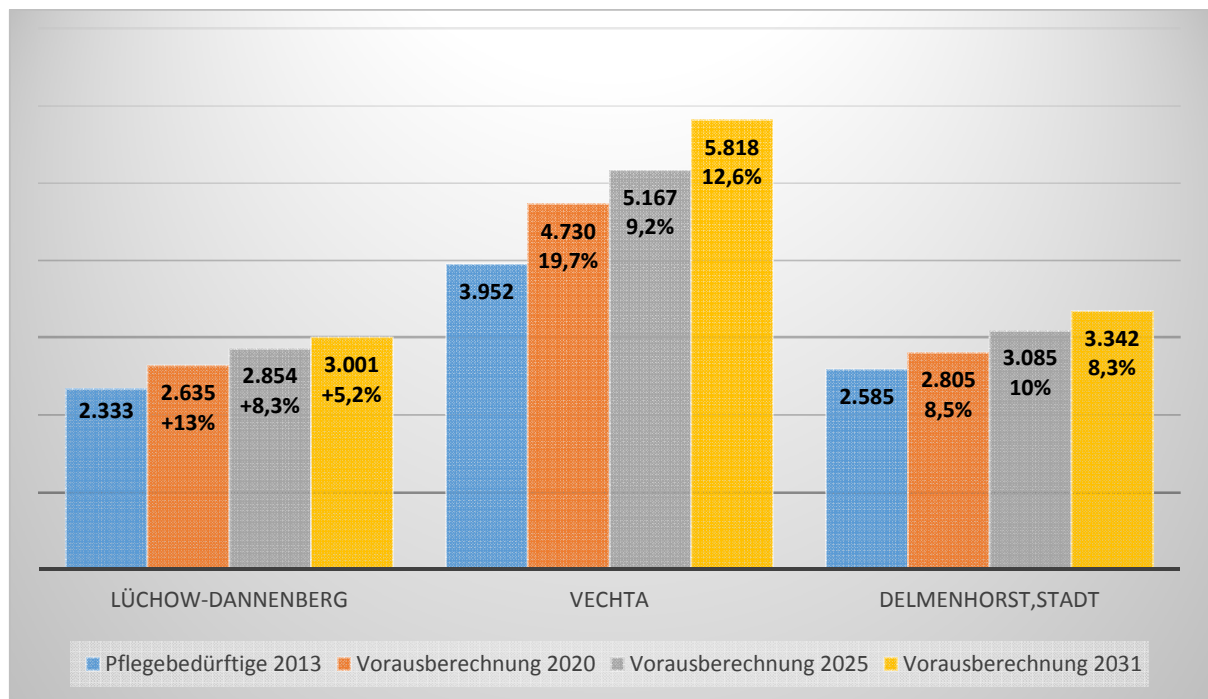


Abbildung 154: Anzahl der Pflegebedürftigen im Jahr 2013 und Vorausberechnungen für die Jahre 2020, 2025 und 2031 für die Landkreise Lüchow-Dannenberg und Vechta und die Stadt Delmenhorst (Quelle: LSN, Pflegestatistik 2013, Bevölkerungsvorausberechnung bis 2031)

Status-Quo-Analyse zur Verteilung nach Versorgungsarten

Bei der derzeitigen Verteilung nach Versorgungsarten (Pflegegeld, Pflegedienst, Pflegeheim) bestehen in den drei kommunalen Gebietskörperschaften große Unterschiede:

	Pflegebedürftige gesamt und Pflegequote	Pflegebedürftige mit Pflegegeld (ausschließlich)	Pflegebedürftige in Pflegediensten	Pflegebedürftige in Pflegeheimen
Landkreis Lüchow-Dannenberg	2.333 (4,8%)	1.021 (43,8%)	588 (25,2%)	724 (31,0%)
Landkreis Vechta	3.952 (2,9%)	1.883 (47,6%)	1.015 (25,7%)	1.054 (26,7%)
Delmenhorst, Stadt	2.585 (3,5%)	1.539 (59,5%)	471 (18,2%)	575 (22,2%)

Tabelle 49: Zahl der Pflegebedürftigen differenziert nach Versorgungsarten für die Landkreise Lüchow-Dannenberg und Vechta und die Stadt Delmenhorst in relativen Zahlen und in Prozent (Quelle: LSN, Pflegestatistik 2013)

Einer Status-Quo-Berechnung auf der Grundlage der prozentualen Verteilung nach Versorgungsarten im Jahr 2013 und der Vorausberechnungen von Pflegebedürftigkeitszahlen zufolge würde sich in den Landkreisen Lüchow-Dannenberg, Vechta sowie der Stadt Delmenhorst folgende Verteilung nach Versorgungsarten ergeben:

Landkreis Lüchow-Dan- nenberg	Empfängerinnen/Empfän- ger von Pflegegeld	In Pflegediensten	In Pflegeheimen
Status-Quo-Verteilung 2013	43,8 %	25,2 %	31,0 %
Vorausberechnung 2020	1.153	664	818
Vorausberechnung 2025	1.249	719	886
Vorausberechnung 2031	1.313	756	931

Tabelle 50: Verteilung der Versorgungsarten in den Jahren 2020, 2025 und 2031 im Landkreis Lüchow-Dannenberg (Quelle: LSN, Pflegestatistik 2013, Bevölkerungsvorausberechnung bis 2031)

Landkreis Vechta	Empfängerinnen/Empfän- ger von Pflegegeld	In Pflegediensten	In Pflegeheimen
Status-Quo-Verteilung 2013	47,6 %	25,7 %	26,7 %
Vorausberechnung 2020	2.254	1.215	1.262
Vorausberechnung 2025	2.462	1.327	1.327
Vorausberechnung 2031	2.772	1.494	1.552

Tabelle 51: Verteilung der Versorgungsarten in den Jahren 2020, 2025 und 2031 im Landkreis Vechta (Quelle: LSN, Pflegestatistik 2013, Bevölkerungsvorausberechnung bis 2031)

Delmenhorst, Stadt	Empfängerinnen/Empfän- ger von Pflegegeld	In Pflegediensten	In Pflegeheimen
Status-Quo-Verteilung 2013	59,5 %	18,2 %	22,2 %
Vorausberechnung 2020	1.670	511	624
Vorausberechnung 2025	1.837	562	686
Vorausberechnung 2031	1.990	609	743

Tabelle 52: Verteilung der Versorgungsarten in den Jahren 2020, 2025 und 2031 in der Stadt Delmenhorst (Quelle: LSN, Pflegestatistik 2013, Bevölkerungsvorausberechnung bis 2031)

Auf der Grundlage dieser Berechnungen kann in allen drei kommunalen Gebietskörperschaften mit der größten Steigerungsrate bei von Pflegediensten versorgten Pflegebedürftigen gerechnet werden. An zweiter Stelle folgt jeweils die stationäre Versorgung. Der Pflegegeldbezug weist die geringsten Steigerungsraten auf, wobei im Landkreis Lüchow-Dannenberg mit der größten Zunahme zu rechnen ist.

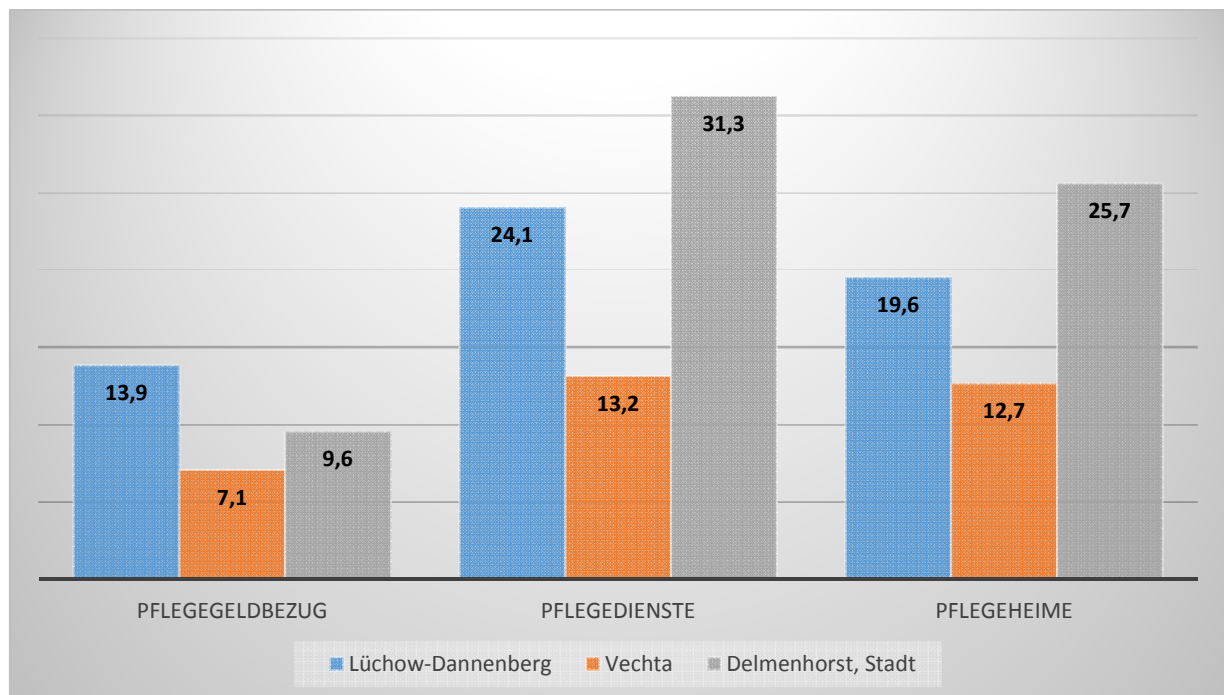


Abbildung 155: Voraussichtliche Steigerungsrate der Versorgungsarten in den Jahren 2013 bis 2031 in Prozent in den Landkreisen Lüchow-Dannenberg und Vechta und der Stadt Delmenhorst (Quelle: LSN, Pflegestatistik 2013, Bevölkerungsvorausberechnung bis 2031)

Voraussichtliche Entwicklung des Verhältnisses von Pflegebedarf und informellem Pflegepotenzial in drei ausgewählten Modellregionen¹⁶⁷

Einerseits wächst in allen Modellregionen die Anzahl in den Bevölkerungsgruppen von 80- und über 80-Jährigen bis zum Jahr 2031 stetig. Differenziert nach unterschiedlichen Altersgruppen zeigen sich jedoch variierende Verläufe über den gesamten Zeitraum. Nur die älteste Altersgruppe wächst kontinuierlich in allen drei Gebietskörperschaften. Andererseits schrumpft der Bevölkerungsanteil der 15- bis 65-Jährigen, der einer Untersuchung des BMG zufolge mit 67 % das größte Potenzial der privaten Pflegepersonen darstellt (BMG 2011, Seite 27, siehe dazu Kapitel II.4.1). In den drei Modellregionen stellen sich diese Entwicklungen wie folgt dar:

- **Landkreis Lüchow-Dannenberg**

Im Landkreis Lüchow-Dannenberg stellt die Altersgruppe der 85- bis 90-Jährigen im Jahr 2025 voraussichtlich die größte Einzelgruppe unter den Pflegebedürftigen dar; im Jahr 2031 wird dies voraussichtlich die Altersgruppe der 90-Jährigen und Älteren sein.

¹⁶⁷ Eine Einschätzung des Umfangs und der Art des zukünftigen privaten Pflegepotenzials in den einzelnen kommunalen Gebietskörperschaften auf der Grundlage von Modellberechnungen kann allenfalls eine grobe Annäherung darstellen.

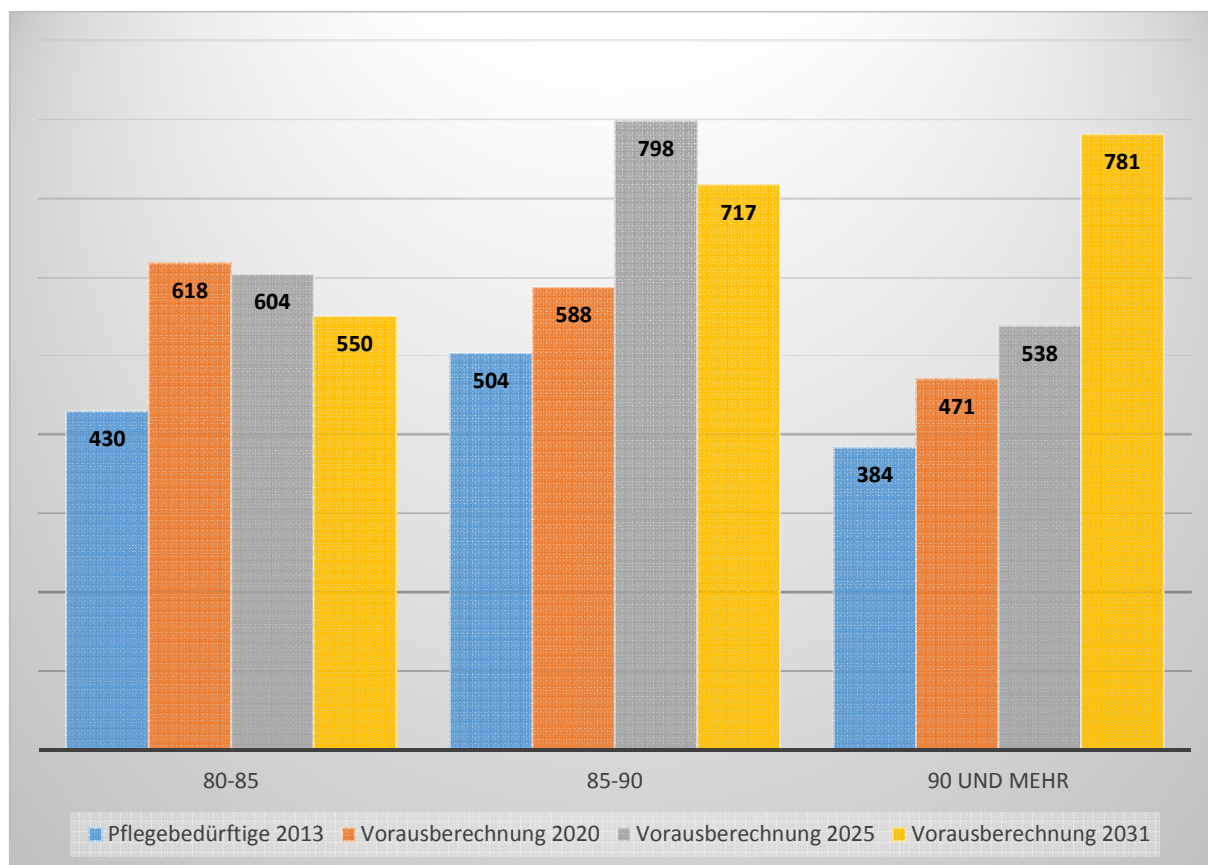


Abbildung 156: Anzahl der Pflegebedürftigen in den Altersgruppen der 80-Jährigen und Älteren im Jahr 2013 und Vorausberechnungen für die Jahre 2020, 2025 und 2031 im Landkreis Lüchow-Dannenberg (Quelle: LSN, Pflegestatistik 2013, Bevölkerungsvorausberechnung bis 2031)

Im Landkreis Lüchow-Dannenberg zeichnet sich in den kommenden Jahren eine Verringerung der Gruppe der 15- bis 65-Jährigen von 61,4 % auf 51,9 % (- 9,5 %) ab. Im Vergleich dazu nimmt der Anteil der 65-Jährigen und Älteren stetig zu und beläuft sich im Jahr 2031 auf knapp 40 % der Gesamtbevölkerung. Auf vier Personen im Alter von über 65 Jahren kommen nur noch fünf Personen der jüngeren Altersgruppen. Im Vergleich mit den anderen beiden kommunalen Gebietskörperschaften findet hier die größte Annäherung der Größen beider Gruppen statt.

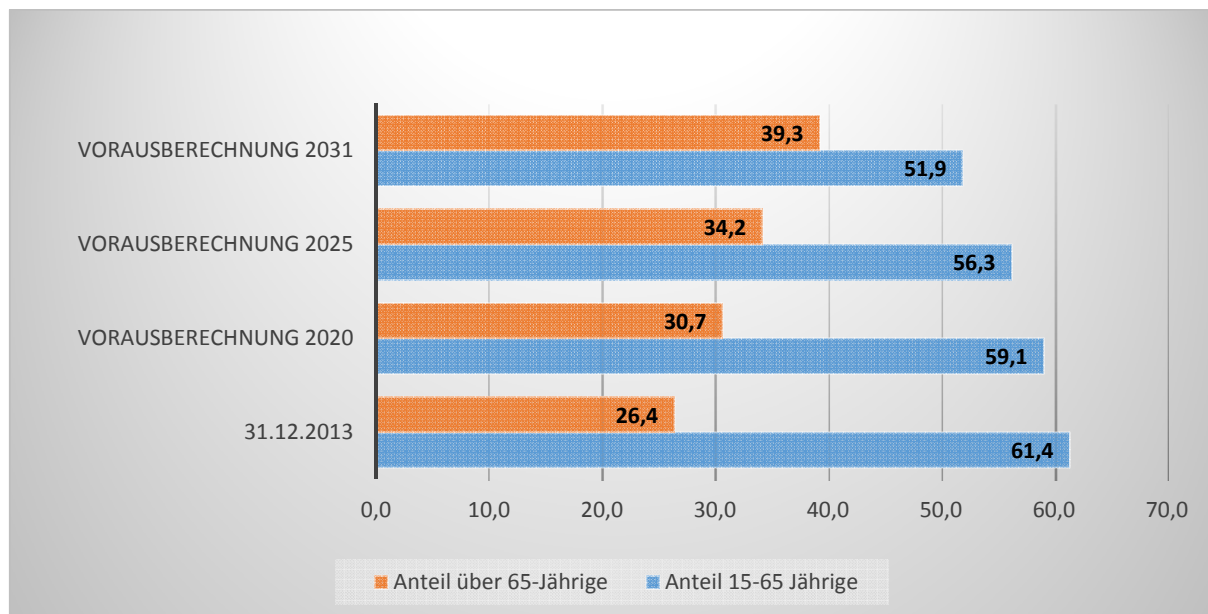


Abbildung 157: Anteil der 15- bis 65-Jährigen gegenüber dem Anteil der über 65-Jährigen im Landkreis Lüchow-Dannenberg im Jahr 2013 und Vorausberechnungen für die Jahre 2020, 2025 und 2031 in Prozent (Quelle: LSN, Bevölkerungsfortschreibung 31.12.2013, Bevölkerungsvorausberechnung bis 2031)

Es ist somit davon auszugehen, dass im Zeitraum zwischen 2013 und 2031 im Landkreis Lüchow-Dannenberg das private Pflegepotenzial um rund ein Sechstel abnehmen wird. Dies wird sich auf die generationenübergreifende Pflege einschränkend auswirken. Demgegenüber ist von einer Zunahme der Partnerpflege unter den 65-Jährigen und Älteren auszugehen. Ob zusätzlich informelles Potenzial (beispielsweise Nachbarschaft, Bekanntenkreis, Freundeskreis) gewonnen werden kann, ist nicht absehbar.

- **Landkreis Vechta**

Die derzeitige Altersverteilung in den höheren Altersgruppen unter den Pflegebedürftigen des Landkreises Vechta ähnelt ihrer Struktur nach der des Landkreises Lüchow-Dannenberg.

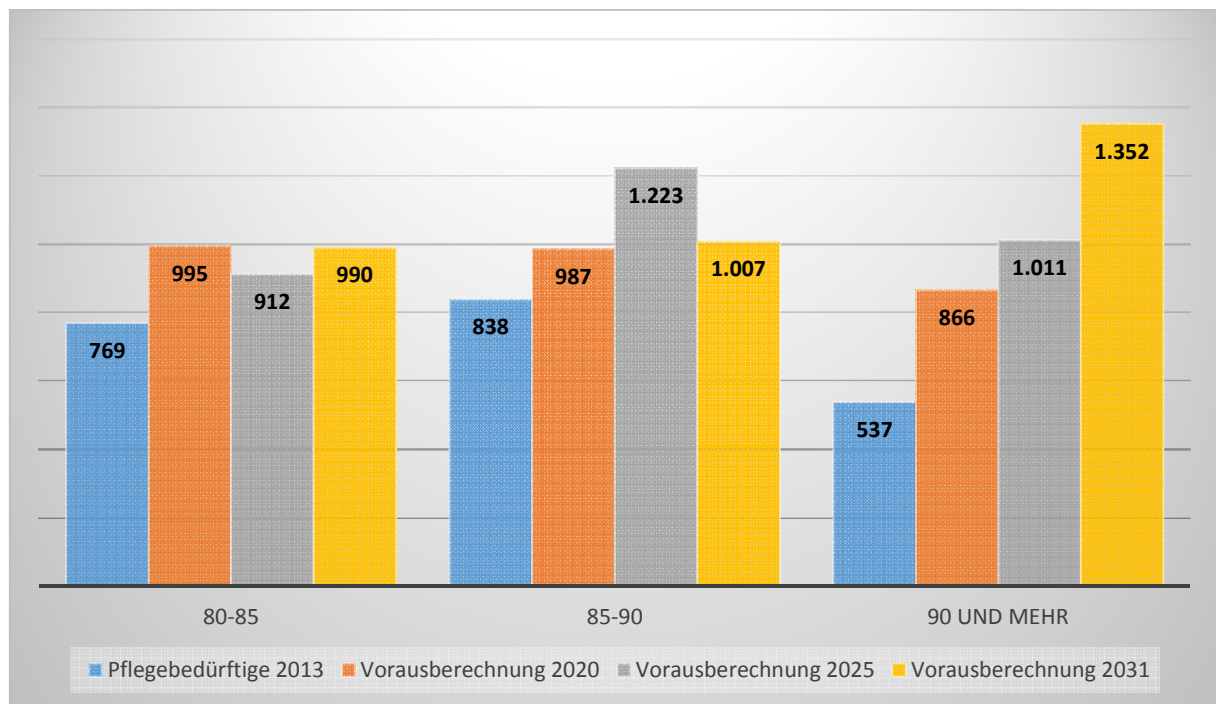


Abbildung 158: Anzahl der Pflegebedürftigen in den Altersgruppen der 80-Jährigen und Älteren im Jahr 2013 und Vorausberechnungen für die Jahre 2020, 2025 und 2031 im Landkreis Vechta (Quelle: LSN, Pflegestatistik 2013, Bevölkerungsvorausberechnung bis 2031)

Nach der Vorausberechnung wird die Entwicklung im Landkreis Vechta jedoch deutlich anders verlaufen als im Landkreis Lüchow-Dannenberg: Der Anteil der über 65-Jährigen an der Gesamtbevölkerung steigt von 15,3 % auf einen vergleichsweise moderaten Anteil von 21,2 %, während der Anteil der 15- bis 65-Jährigen von 68,2 % auf lediglich 64 % (- 4,2 %) fällt. Eine Person von über 65 Jahren werden drei Personen im Alter von 15 bis 65 Jahren gegenüberstehen. Es wird demnach bis 2031 ein vergleichbar großer Bevölkerungsanteil bestehen, der die Versorgung der wachsenden Gruppe Pflegebedürftiger übernehmen könnte. Insgesamt kann somit im Landkreis Vechta von einem langfristig stabilen privaten Pflegepotenzial ausgegangen werden.

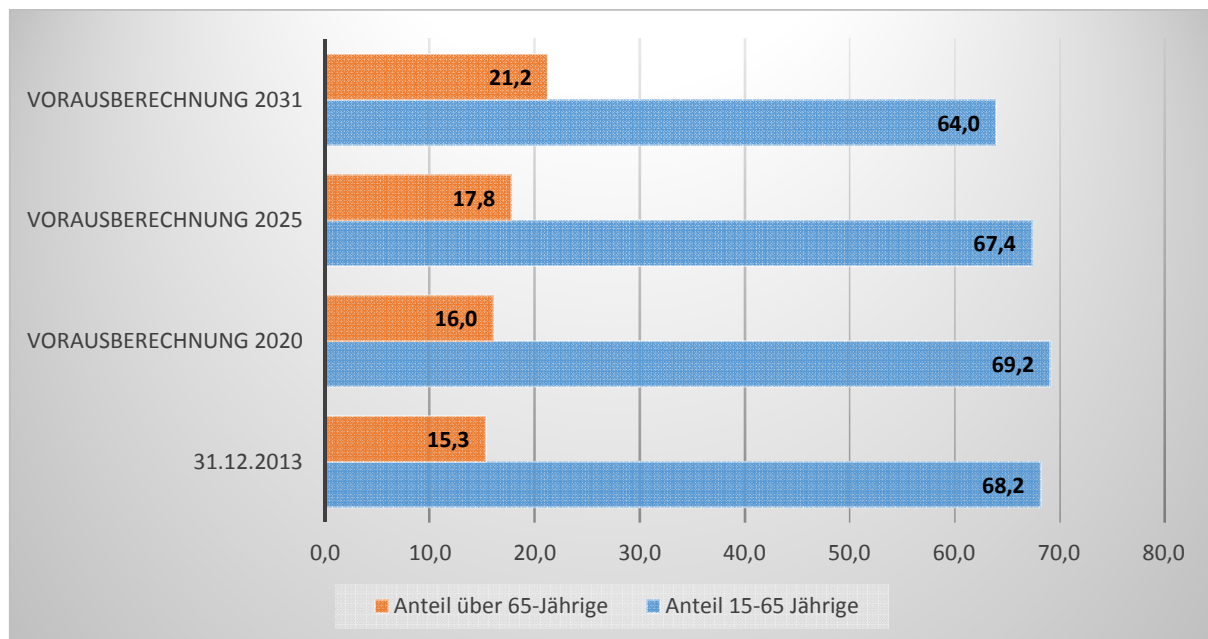


Abbildung 159: Anteil der 15- bis 65 -Jährigen gegenüber dem Anteil der über 65-Jährigen im Landkreis Vechta im Jahr 2013 und Vorausberechnungen für die Jahre 2020, 2025 und 2031 in Prozent (Quelle: LSN, Bevölkerungsfortschreibung 31.12.2013, Bevölkerungsvorausberechnung bis 2031)

- Stadt Delmenhorst

Delmenhorst hat im Vergleich zu den anderen beiden Modellregionen voraussichtlich die größte Steigerungsrate der über 90-Jährigen unter den Pflegebedürftigen zu erwarten.

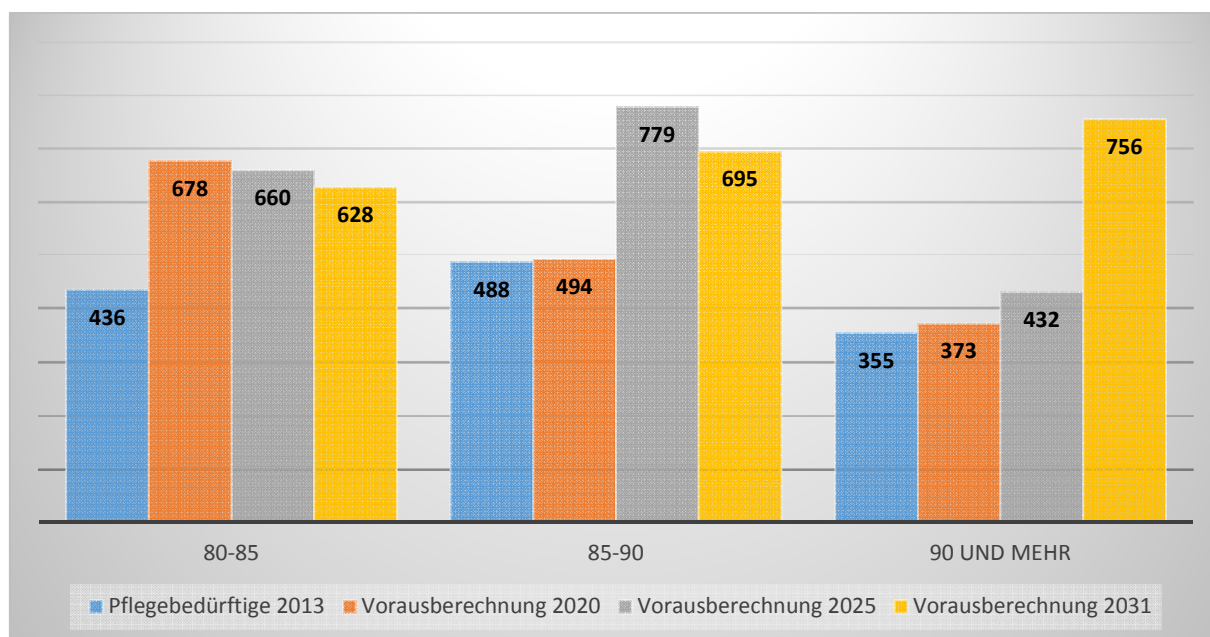


Abbildung 160: Anzahl der Pflegebedürftigen in den Altersgruppen der 80-Jährigen und Älteren im Jahr 2013 und Vorausberechnungen für die Jahre 2020, 2025 und 2031 in der kreisfreien Stadt Delmenhorst (Quelle: LSN, Pflegestatistik 2013, Bevölkerungsvorausberechnung bis 2031)

Die Vorausberechnung zeigt eine kontinuierliche Zunahme des Anteils der über 65-Jährigen an der Gesamtbevölkerung, während der Anteil der Altersgruppe der 15- bis 65-Jährigen von knapp 65 % auf etwa 58 % sinkt (- 7 %). Es wird ein Verhältnis von einer Person in der Altersgruppe der über 65-Jährigen gegenüber zwei Personen im Alter von 15- bis 65 Jahren entstehen.

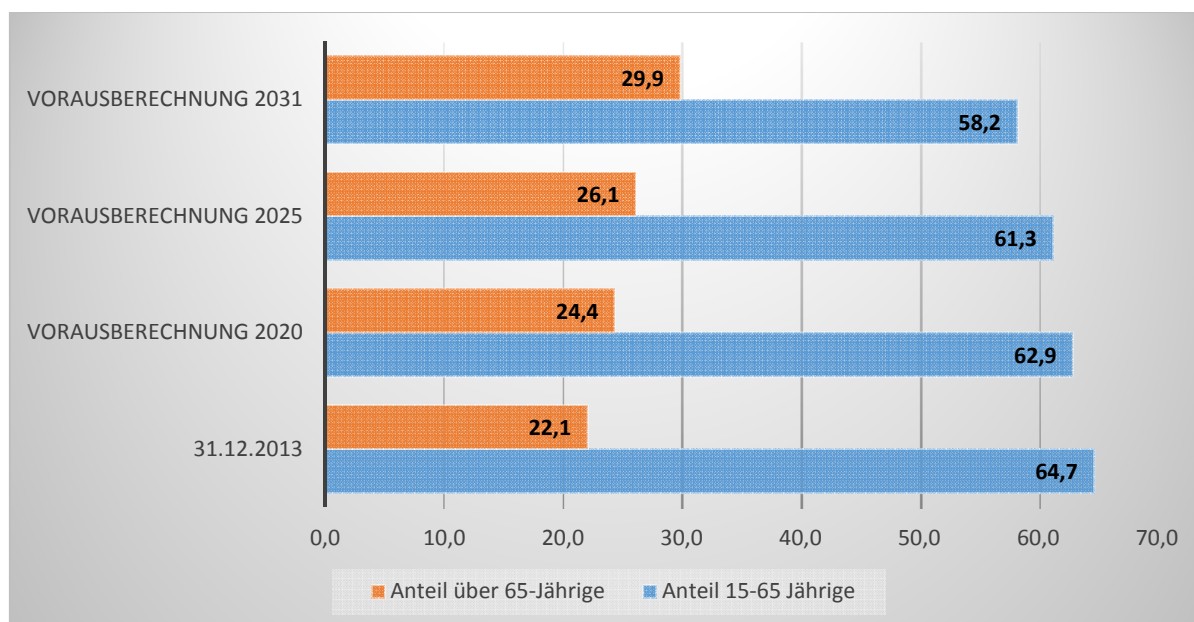


Abbildung 161: Anteil der 15- bis 65-Jährigen gegenüber dem Anteil der über 65-Jährigen in der kreisfreien Stadt Delmenhorst im Jahr 2013 und Vorausberechnungen für die Jahre 2020, 2025 und 2031 in Prozent (Quelle: LSN, Bevölkerungsfortschreibung 31.12.2013, Bevölkerungsvorausberechnung bis 2031)

Es wird demnach ein Rückgang des privaten Pflegepotenzials in der Altersgruppe der 15- bis 65-Jährigen zu erwarten sein. Mit dem niedersachsenweit höchsten Anteil an Pflegegeldempfängerinnen und Pflegegeldempfängern unter allen Pflegebedürftigen (59,5 %, 2013) ist die Pflegebereitschaft von Angehörigen in Delmenhorst derzeit besonders stark ausgeprägt. Allerdings wird die Anzahl der über 90-jährigen, eine Pflegebedürftigengruppe mit dem größeren Risiko von stationärer Versorgung, voraussichtlich besonders stark anwachsen. Inwieweit sich vorhandene Potenziale in Familien durch den Ausbau der pflegerischen Versorgungsstrukturen und pflegeflankierenden Maßnahmen zukünftig weiter mobilisieren und sichern lassen, ist nicht einzuschätzen.

Weitere Einflussfaktoren auf die Pflegedauer und Verteilung nach Versorgungsformen

Zu den weiteren Einflussfaktoren auf die Pflegedauer und die Verteilung nach Versorgungsarten zählt der Anteil männlicher Pflegebedürftiger und demenzkranker Pflegebedürftiger.

Der Anteil männlicher Pflegebedürftiger wird sich prognostisch in den drei kommunalen Gebietskörperschaften wie folgt darstellen:

- Anteil der Männer unter den Pflegebedürftigen

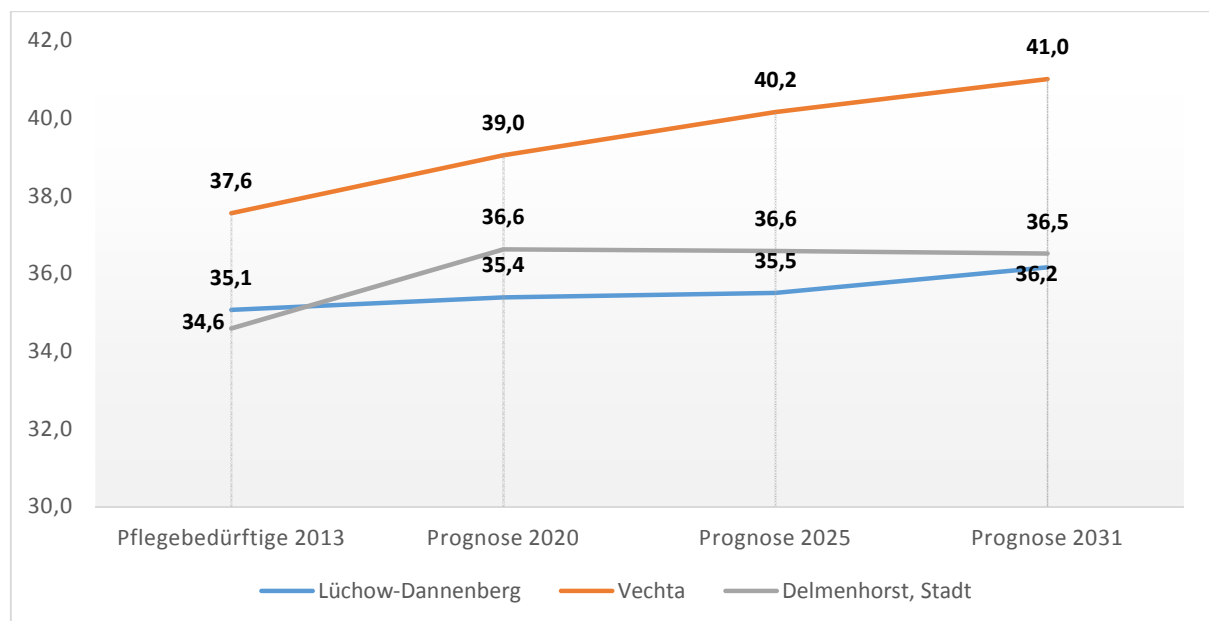


Abbildung 162: Anteil der Männer unter den Pflegebedürftigen im Jahr 2013 und Vorausberechnungen für die Jahre 2020, 2025 und 2031 in Prozent (Quelle: LSN, Pflegestatistik 2013, Bevölkerungsvorausberechnung bis 2031)

Vor dem Hintergrund einer geschlechterspezifischen Ausprägung des Krankheitsgeschehens und den damit verbundenen Unterschieden hinsichtlich der Pflegeverläufe (siehe hierzu Kapitel II.2) ist davon auszugehen, dass eine Zunahme des Männeranteils unter den Pflegebedürftigen vermutlich zu einer Verkürzung der durchschnittlichen Pflegedauer führt.

- Anteil demenzerkrankter Personen

Ein höherer Anteil an demenzerkrankten Menschen unter den Pflegebedürftigen führt zu einer Verlängerung der Pflegedauer und einer Erhöhung der Anzahl stationär versorgter Pflegebedürftiger (siehe Kapitel II.2). Die Prävalenz von Demenzerkrankungen steigt mit zunehmendem Lebensalter (siehe Kapitel II.2.4).

Landkreis Lüchow-Dannenberg

Auf Grundlage der regionalen Bevölkerungsvorausberechnung und den dargestellten Demenzprävalenzraten für die Altersgruppen der über 80-Jährigen kann im Landkreis Lüchow-Dannenberg im Zeitraum von 2013 bis 2031 eine Zunahme der Anzahl der über 80-Jährigen Demenzerkrankten um 454 Personen (+ 58 %) auf 1.231 Personen prognostiziert werden.

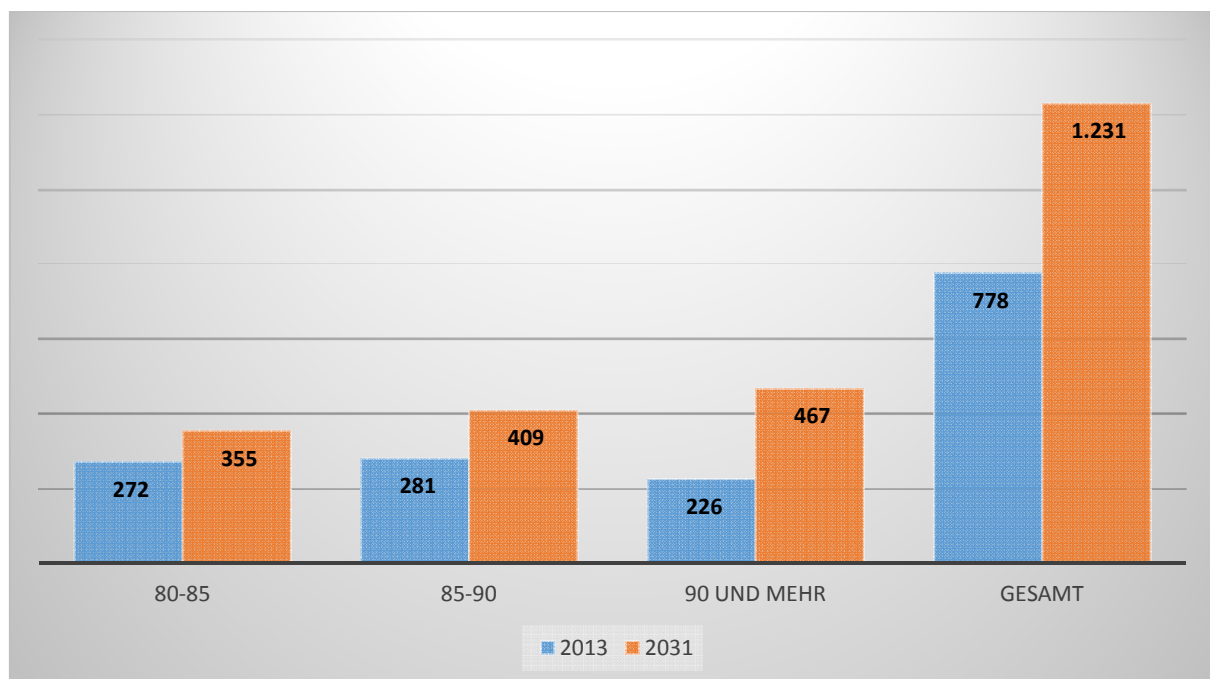


Abbildung 163: Anzahl demenzkranker Personen im Jahr 2013 und Vorausberechnung bis ins Jahr 2031 im Landkreis Lüchow-Dannenberg (Quelle: LSN, Bevölkerungsfortschreibung 2013, Bevölkerungsvorausberechnung bis 2031)

Landkreis Vechta

Im gleichen Zeitraum ist im Landkreis Vechta voraussichtlich eine Zunahme um 714 Personen (+ 57 %) mit einer Demenzerkrankung in den Altersgruppen der 80- und über 80-Jährigen zu erwarten.

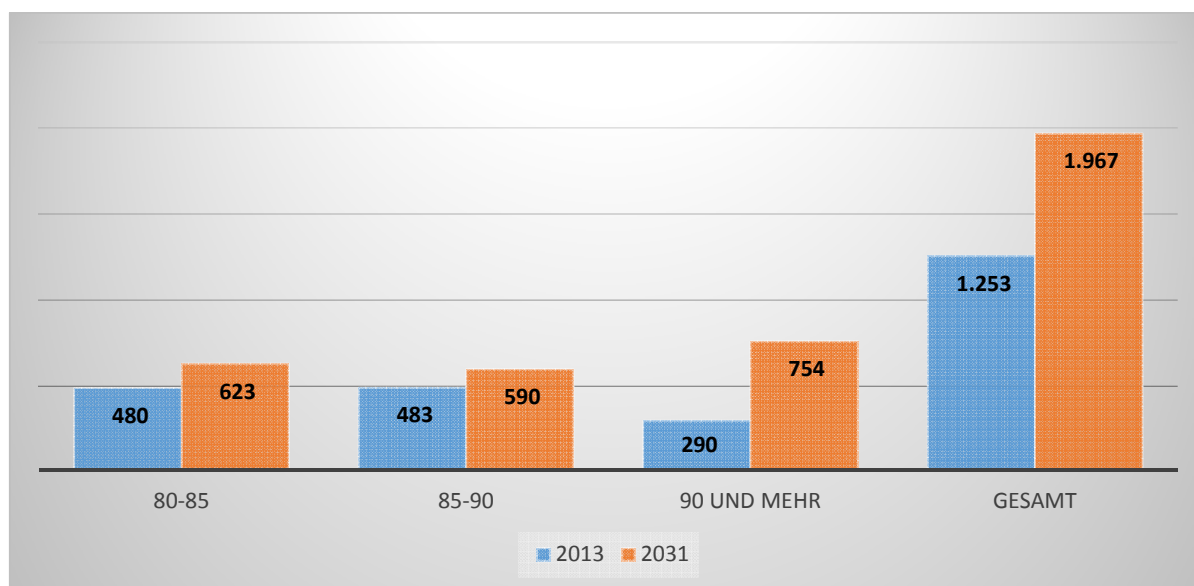


Abbildung 164: Anzahl demenzkranker Personen im Jahr 2013, prognostizierte Anzahl im Jahr 2031 im Landkreis Vechta (Quelle: LSN, Bevölkerungsfortschreibung 2013, Bevölkerungsvorausberechnung bis 2031)

Stadt Delmenhorst

Die kreisfreie Stadt Delmenhorst wird im Zeitraum von 2013 bis 2031 voraussichtlich die größte prozentuale Zunahme um 568 Personen mit demenzbedingten Einschränkungen (+ 66 %) aufweisen.

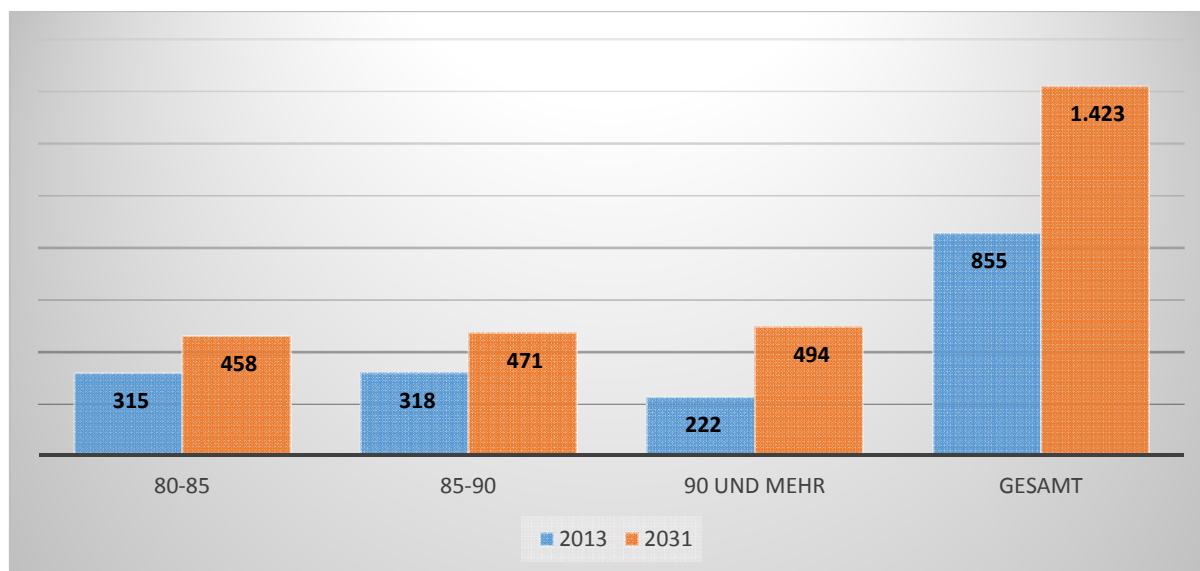


Abbildung 165: Anzahl demenzkranker Personen im Jahr 2013, prognostizierte Anzahl im Jahr 2031 im Landkreis Vechta (Quelle: LSN, Bevölkerungsfortschreibung 2013, Bevölkerungsvorausberechnung bis 2031)

Während die zukünftige Zahl von Demenzkranken in der Bevölkerung auf Grundlage der Prävalenzraten näherungsweise errechnet werden kann, ist eine Aussage darüber, wie viele dieser Personen im Jahr 2031 zu der Gruppe der Leistungsbezieherinnen und Leistungsbezieher zählen werden, kaum

möglich. Nach derzeitiger Rechtslage kann nach vorsichtiger Einschätzung davon ausgegangen werden, dass die überwiegende Zahl von Personen mit demenziellen Einschränkungen Leistungsbezieherinnen und Leistungsbezieher nach SGB XI sein werden.

Annahmen zur Entwicklung der Zahl der Pflegegeldempfängerinnen und Pflegegeldempfänger und zur zukünftigen Verteilung von Pflegebedürftigen auf ambulante und stationäre Versorgungsformen

Aufgrund des stagnierenden privaten Pflegepotenzials im Landkreis Lüchow-Dannenberg und in der Stadt Delmenhorst ist von einer gleichbleibenden Anzahl und einem abnehmenden Anteil von Pflegegeldempfängerinnen und Pflegegeldempfängern auszugehen.

Im Landkreis Vechta mit einem stabilen privaten Pflegepotenzial wird von einer gleichbleibenden Verteilung nach Versorgungsarten ausgegangen. Ein steigender Anteil von Männern unter den Pflegebedürftigen wird sich möglicherweise verkürzend auf die durchschnittliche Pflegebedürftigkeitsdauer auswirken. Dieser Effekt wird sich vermutlich jedoch durch die wachsende Anzahl von demenzkranken Pflegebedürftigen im Landkreis Vechta wieder aufheben.

Zusätzliche 219 (Lüchow-Dannenberg) beziehungsweise 284 Pflegebedürftige (Delmenhorst) werden diesen Annahmen zufolge zukünftig von professionellen Pflegedienstleistern versorgt werden müssen. Zu beachten ist, dass in beiden Gebieten eine deutlich wachsende Anzahl demenzkranker Pflegebedürftiger hinzukommt, die spezielle Versorgungsbedarfe aufweisen und in besonderer Weise das Risiko einer stationären Versorgung tragen. Geringfügig steigende Anteile von Männern unter den Pflegebedürftigen werden vermutlich keinen bedeutenden Einfluss auf Veränderungen der Pflegebedürftigkeitsdauer nehmen können. Im Landkreis Vechta hingegen wird der Status-Quo gehalten.

Modellberechnung für das Jahr 2031	Empfängerinnen/ Empfänger von Pflegegeld	In Pflegediensten	In Pflegeheimen	Zusätzliche
Lüchow-Dannenberg	1.094 (36,5 %)	756 (25,2 %)	931 (31,0 %)	219 (7,3 %)
Vechta	2.772 (47,6 %)	1.494 (25,7 %)	1.552 (26,7 %)	Keine (Status-Quo)
Stadt Delmenhorst	1.706 (51,0 %)	609 (18,2 %)	743 (22,2 %)	284 (8,5 %)

Tabelle 53: Modellberechnungen zur Verteilung der Pflegebedürftigen nach Versorgungsarten in den Landkreisen Lüchow-Dannenberg und Vechta und der Stadt Delmenhorst im Jahr 2031 (Quelle: LSN, Pflegestatistik 2013, Bevölkerungsvorausberechnung bis 2031)

Vor diesem Hintergrund werden zwei Szenarien¹⁶⁸ zur möglichen Verteilung nach Versorgungsarten entwickelt.

Szenario 1 (ausreichende ambulante Versorgungsstrukturen)	Empfängerinnen/ Empfänger von Pflegegeld	In Pflegediensten (+ 50 %)	In Pflegeheimen (+ 50%)
Landkreis Lüchow-Dannenberg	1.094 (+ 36,5 %)	866 (+ 28,9 %)	1.041 (+ 34,7 %)
Stadt Delmenhorst	1.706 (+ 51,0 %)	751 (+ 22,4 %)	885 (+ 26,5 %)

Tabelle 54: Modellberechnung zur Verteilung der Pflegebedürftigen nach Versorgungsarten im Landkreis Lüchow-Dannenberg und der Stadt Delmenhorst im Jahr 2031 (Quelle: LSN, Pflegestatistik 2013, Bevölkerungsvorausberechnung bis 2031)

Szenario 2 (nicht ausreichende ambulante Versorgungsstrukturen)	Empfängerinnen/ Empfänger von Pflegegeld	In Pflegediensten (0 %)	In Pflegeheimen (+ 100 %)
Landkreis Lüchow-Dannenberg	1.094 (+ 36,5 %)	756 (+ 25,2 %)	1.150 (+ 38,3 %)
Stadt Delmenhorst	1.706 (+ 51,0 %)	609 (+ 18,2 %)	1.027 (+ 30,7 %)

Tabelle 55: Modellberechnung zur Verteilung der Pflegebedürftigen nach Versorgungsarten im Landkreis Lüchow-Dannenberg und der Stadt Delmenhorst im Jahr 2031 (Quelle: LSN, Pflegestatistik 2013, Bevölkerungsvorausberechnung bis 2031)

Modellberechnungen zur notwendigen Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen

Sofern bei professionellen Pflegedienstleistern keine Überkapazitäten bestehen, wird zukünftig in allen drei kommunalen Gebietskörperschaften ein Ausbau von ambulanten Pflegeleistungen sowie von stationären Dauerpflegeeinrichtungen erforderlich sein:

¹⁶⁸ Im ersten Szenario sind ausreichende, wohnortnahe und bedarfsgerechte ambulante Versorgungsstrukturen gegeben; es wird hier von einer jeweils hälftigen Verteilung zusätzlicher Pflegebedürftiger auf Pflegedienste und Pflegeheime ausgegangen. Im zweiten Szenario wird davon ausgegangen, dass nicht ausreichende beziehungsweise fehlende ambulante Versorgungsstrukturen dazu führen, dass zusätzliche Pflegebedürftige stationär versorgt werden.

Modellberechnung Steigerung der Pflegebedürftigenzahlen 2013 - 2031	In Pflegediensten	In Pflegeheimen
Landkreis Vechta (Status-Quo)	479 (+ 47,2 %)	498 (+ 47,2 %)
Landkreis Lüchow-Dannenberg (Szenario 1)	278 (+ 47,3 %)	317 (+ 43,8 %)
Landkreis Lüchow-Dannenberg (Szenario 2)	168 (+ 28,6 %)	426 (+ 58,8 %)
Stadt Delmenhorst (Szenario 1)	280 (+ 59,4 %)	310 (+ 53,9 %)
Stadt Delmenhorst (Szenario 2)	138 (+ 29,3 %)	452 (+ 78,6 %)

Tabelle 56: Modellberechnung zur Steigerung der Pflegebedürftigenzahlen und in Prozent nach Versorgungsarten in den Landkreisen Lüchow-Dannenberg und Vechta und der Stadt Delmenhorst im Jahr 2031 (Quelle: LSN, Pflegestatistik 2013, Bevölkerungsvorausberechnung bis 2031)

Kurzbewertung

Am Beispiel von Modellberechnungen in drei demografisch sehr unterschiedlich strukturierten kommunalen Gebietskörperschaften zeigt sich, dass die zukünftige Aufteilung von Pflegebedürftigen auf die Versorgungsarten Pflegegeld, Pflegedienste und Pflegeheime deutlich divergieren kann. Regionen mit einem abnehmenden informellen Pflegepotenzial werden eine zum Teil erhebliche Nachfragesteigerung nach professionellen Pflegedienstleistern erfahren. Ein weiterer Anstieg stationär versorgter Pflegebedürftiger wird darüber hinaus in jenen Regionen zu verzeichnen sein, in denen die Anzahl demenzerkrankter Pflegebedürftiger sowie die Zahl der über 90-Jährigen steigt. Professionelle Pflegestrukturen werden deshalb ausgebaut werden müssen.

Pflegearrangements werden von einer jeweils unterschiedlichen Zahl von Angehörigen getragen. Je mehr Personen in der Angehörigenpflege Aufgaben übernehmen, sich gegenseitig vertreten und unterstützen, desto geringer ist das Risiko eines häuslichen Versorgungsabbruchs, beispielsweise durch eine Erkrankung der (Haupt)Pflegeperson. Nimmt die Bevölkerungsgruppe mit dem höchsten Pflegepotenzial ab, kommt dem Bestehen tragfähiger Lösungen zur Vereinbarkeit einer Berufstätigkeit insbesondere der Hauptpflegeperson mit anderen familiären Aufgaben eine besondere Bedeutung zu. Eine stationäre Versorgung lässt sich durch ein bedarfsgerechtes ergänzendes Pflegeangebot, zum Beispiel Pflegedienste, Einrichtungen der Tages- und Nachtpflege, NBEA, Selbsthilfe und (Pflege)Beratung vermutlich länger hinauszögern oder ganz vermeiden.

Deutlich werden die regionalen Unterschiede der zukünftigen Pflegesituationen. Entsprechend unterschiedliche Rahmenbedingungen werden die regionalen Steuerungsstrategien zu berücksichtigen haben. Wesentliche Voraussetzungen hierfür sind regionale Analysen im Sinne des § 3 NPflegeG.

III Maßnahmen und Empfehlungen zur Anpassung der vorhandenen pflegerischen Versorgungsstrukturen an die notwendigen pflegerischen Versorgungsstrukturen

Die vorliegenden Prognosen lassen darauf schließen, dass der Anteil alter und hochaltriger Menschen an der niedersächsischen Bevölkerung in den nächsten 15 Jahren voraussichtlich stark zunehmen wird. Da sich mit steigendem Alter die Pflegebedürftigkeitsprävalenz erhöht, ist auch mit einer erheblichen Ausweitung der Zahl der Pflegebedürftigen zu rechnen. Sind im Jahr 2013 noch rund 290.000 Personen gemäß § 14 Abs. 1 SGB XI pflegebedürftig, wird sich diese Zahl im Jahr 2030 voraussichtlich auf rund 380.000 Personen erhöhen. Hinzu kommt eine nicht bezifferbare Zahl von Menschen, die zwar zur Bewältigung ihres Alltages bereits der Unterstützung aus dem privaten Umfeld oder von professionellen Pflegekräften bedürfen, jedoch noch keiner Pflegestufe zugeordnet wurden.

Die Steigerungsraten der Pflegebedürftigkeit entwickeln sich in den Regionen in Niedersachsen sehr unterschiedlich (siehe Kapitel II.2.4 und II.11).

In den vergangenen Jahren hat der Pflegesektor auf die Herausforderungen des demografischen Wandels und die zunehmende Pflegebedürftigkeit reagiert. Positiv ist in diesem Zusammenhang zum Beispiel die Ausweitung der Versorgungsinfrastruktur im ambulanten und teilstationären pflegerischen Bereich hervorzuheben. Dies betrifft insbesondere

- die ambulanten Pflegedienste, deren Anzahl sich zwischen 2007 und 2013 um 10,7 % erhöht hat und die seither 22 % mehr Personen versorgen,
- das Angebot an Tagespflege, deren Kapazitäten sich im gleichen Zeitraum vervierfacht haben,
- das Kurzzeitpflegeangebot, wobei sich die Zahl eingestreuter Kurzzeitpflegeplätze seit dem Jahr 2007 um 17,4 % und die Zahl solitärer Kurzzeitpflegeplätze um 69,3 % erhöht hat, und
- die niedrigschwelligen Betreuungs- und Entlastungsangebote, deren Anbieterzahl sich seit 2010 um 18,3 % erhöht hat.

Davon unbenommen ist auch ein tragfähiges stationäres Versorgungsangebot für die Sicherstellung einer bedarfsgerechten pflegerischen Versorgung entscheidend. In den vergangenen Jahren hat in diesem Bereich ebenfalls eine deutliche Ausweitung der Kapazitäten stattgefunden. Die Anzahl der Dauerpflegeplätze ist seit 2007 um 13,7 % gestiegen. Niedersachsenweit kann von einem flächendeckenden, quantitativ ausreichenden Angebot ausgegangen werden. In einigen Landkreisen und kreisfreien Städten bestehen gegenwärtig sogar Überkapazitäten.

Das SGB XI versteht gemäß § 8 Abs. 1 SGB XI die Sicherstellung der pflegerischen Versorgung explizit als gesamtgesellschaftliche Aufgabe.

In diesem Zusammenhang sind die Pflegekassen angehalten, ihrem Sicherstellungsauftrag aus § 12 SGB XI umfassend wahrzunehmen. Die Kommunen bringen sich im Zuge ihres Auftrags zur Sicherstellung der Daseinsfürsorge ein, um eine bedarfsgerechte pflegerische Versorgung zu ermöglichen. Die Pflegeeinrichtungen übernehmen die Pflege, Versorgung und Betreuung der Pflegebedürftigen (§ 11 SGB XI). Das Land Niedersachsen ist gem. § 9 Abs. 1 SGB XI und § 1 Abs. 1 des Niedersächsischen Pflegegesetzes verpflichtet, eine leistungsfähige, zahlenmäßig ausreichende und wirtschaftliche Versorgungsstruktur sicherzustellen.

1. Maßnahmen zur Stärkung der Rolle der Kommunen in der Pflege

Länder, Kommunen, Pflegekassen und Pflegeeinrichtungen wirken bei der Versorgung pflegebedürftiger Menschen eng zusammen, um eine leistungsfähige, regional gegliederte, ortsnahe und aufeinander abgestimmte ambulante und stationäre pflegerische Versorgung der Bevölkerung zu gewährleisten (§ 8 SGB XI). Gemeinsames Ziel ist es, soweit möglich den Verbleib der Betroffenen in der gewohnten häuslichen und familiären Umgebung – und damit auch in ihrem Quartier beziehungsweise im Sozialraum – zu unterstützen.

Die Kommunen haben dabei als Träger der Daseinsvorsorge und der kommunalen Altenhilfe eine zentrale Bedeutung: Denn die Pflege ist vor allem "vor Ort" und unter Einbeziehung der regionalen, kleinteiligen Gegebenheiten zu sichern. Dies gilt insbesondere für die ländlichen Regionen. Die Frage nach der Bedarfsgerechtigkeit von regionaler Pflegeinfrastruktur und regionalen Steuerungsbedarfen sollte daher zuallererst in der Kommune beantwortet werden. Die Kommunen verfügen über die Nähe zu den sozialräumlichen Strukturen - und damit grundsätzlich auch über das notwendige Wissen über die Situation der pflegerischen Versorgung vor Ort. Zugleich gewähren die Kommunen regelmäßig Hilfen und Unterstützungsleistungen für Ältere, Pflegebedürftige und ihre Angehörigen (unter anderem Altenhilfe) einerseits und steuern mitunter regionalen Angebotsstrukturen mit Blick auf die besonderen Nachfragesituationen (unter anderem Sozialplanung) andererseits. Im Übrigen wird auf das grundgesetzlich garantierte Recht der Kommunen, alle Angelegenheiten der örtlichen Gemeinschaft im Rahmen der Gesetze in eigener Verantwortung zu regeln, verwiesen (Art. 28 Abs. 2. GG).

1.1 Weiterentwicklung der Beratungsstrukturen

- Senioren- und Pflegestützpunkte Niedersachsen

Mit der Zusammenlegung von SSB und PSP, die niedersachsenweit in fast allen Landkreisen und kreisfreien Städten stattgefunden hat, wurde bereits ein maßgeblicher Beitrag zur Weiterentwicklung der Beratungsstrukturen geliefert. Pro Landkreis beziehungsweise kreisfreier Stadt kann ein Senioren- und Pflegestützpunkt Niedersachsen (SPN) gefördert werden. Die Förderung der SPN über die „Richtlinie zur Gewährung von Zuwendungen zur Förderung von Beratungsstrukturen für ältere Menschen“ vom 27. Juli 2015 (Nds. MBl. S. 1046) ist bis zum 31. Dezember 2019 möglich und beträgt pro SPN jährlich bis zu 40.000 Euro. Ziel ist es, landesweit 48 SPN einzurichten. Bereits 45 Landkreise, Städte beziehungsweise freie Träger haben für 2015 eine Förderung beantragt. Derzeit zeichnet sich eine gute Akzeptanz dieser neuen Beratungsstrukturen ab. Die SPN sollen in den kommenden Jahren neben ihrer Beratungstätigkeit eine möglichst enge Vernetzung und Koordination der Zusammenarbeit aller entsprechenden Akteure vor Ort schaffen und intensivieren. Dabei ist eine Zusammenarbeit mit Beratungsangeboten für Personenkreise mit besonderen Versorgungsbedarfen anzustreben, beispielsweise mit demenzspezifischem Schwerpunkt. Die Angebote zur Wohnberatung und die DUO-Angebote sollen in diesem Zusammenhang verfestigt und weiter ausgebaut werden. Die für das Jahr 2018 geplante Evaluation dieses Angebotes wird noch differenziertere Einblicke gewähren.

- Modellkommunen Pflege

Die „Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Stärkung der Rolle der Kommunen in der Pflege“ hat die Durchführung eines Modellprojekts zur besseren Verzahnung von Angebots- und Beratungsstrukturen der sozialen Pflegeversicherung und der kommunalen Infrastruktur empfohlen.

In 60 „Modellkommunen Pflege“ sollen die Beratungsansprüche und -pflichten nach dem SGB XI¹⁶⁹ mit weiteren, in (Finanzierungs-) Verantwortung der Kommune liegenden Beratungsansprüchen und -pflichten¹⁷⁰ zu einem Gesamtkonzept verbunden und in eigener Verantwortung oder in Kooperation erbracht werden.

¹⁶⁹ Zum Beispiel Pflegeberatung gemäß §§ 7 und 7a SGB XI, Beratung in der eigenen Häuslichkeit gemäß § 37 Abs. 3 SGB XI, Pflegekurse für Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen und Einbeziehung der PSP beziehungsweise vergleichbarer Beratungsangebote

¹⁷⁰ Zum Beispiel Altenhilfe, Hilfe zur Pflege, Eingliederungshilfe für behinderte Menschen, bürgerschaftliches Engagement, öffentlicher Gesundheitsdienst und rechtlichen Betreuung

Vorgesehen ist ein Vergleich mit anderen Kooperationsmodellen oder mit Kommunen mit unveränderter Struktur. Die Zulassung zur „Modellkommune Pflege“ soll den Ländern obliegen. Die gesetzliche Verankerung dieses Projektes ist im Rahmen der nächsten Stufe der Pflegereform durch entsprechende Regelungen im SGB XI und Folgeänderungen im Landesrecht vorgesehen.

- **Pflegeberatung gemäß § 7a SGB XI**

Durch das Inkrafttreten des PSG II soll zum 01. Januar 2016 der Anspruch auf eine umfassende Information und Pflegeberatung nach § 7a SGB XI ausgeweitet werden: Mit der Ausdehnung dieses Anspruches auf pflegende Angehörige und weitere Personen (sofern der Anspruchsberechtigte dies wünscht) wird den tatsächlichen Versorgungssituationen im häuslichen Umfeld Rechnung getragen. Die rechtzeitige Organisation und Koordinierung der Versorgungs- und Betreuungsmaßnahmen soll erleichtert werden.

Darüber hinaus wird sich die vorgesehene Einführung einheitlicher und verbindlicher Vorgaben für alle Pflegeberaterinnen und Pflegeberater und sonstige Beratungsstellen, die Pflegeberatungen im Sinne des § 7a SGB XI durchführen, positiv auf die Beratungsqualität auswirken.

1.2 Örtliche Pflegeberichterstattung und Pflegekonferenzen

Nach § 3 des NPflegeG sind die Landkreise und kreisfreien Städte zur Erstellung und Fortführung räumlich gegliederter Pflegeberichte über den Stand und die voraussichtliche Entwicklung der pflegerischen Versorgung in ihrem Gebiet verpflichtet.

Die örtlichen Pflegeberichte stellen für das Land wichtige Planungsgrundlagen dar. Es ist eine flächendeckende Umsetzung des in § 3 NPflegeG gesetzlich bestimmten Auftrags anzustreben. Dies gilt auch für die in § 4 NPflegeG vorgesehenen örtlichen Pflegekonferenzen zur Beratung und Koordinierung von Fragen der pflegerischen Versorgung vor Ort.

Im Übrigen hat auch die „Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Stärkung der Rolle der Kommunen in der Pflege“ die regionale Pflegestrukturplanung und regionale Pflegekonferenzen als wichtige Instrumente zur Sicherstellung der pflegerischen Versorgung identifiziert.

1.3 Gesundheitsregionen Niedersachsen

Im Rahmen des Projekts „Gesundheitsregionen Niedersachsen“ sollen zwischen dem 01. Januar 2014 und dem 31. Dezember 2017 möglichst viele niedersächsische Landkreise und kreisfreie Städte beim Aufbau kommunaler Strukturen unterstützt werden. Ziel ist eine intensive träger- und sektorenübergreifende Kooperation und Vernetzung der Akteure des Gesundheitswesens vor Ort sowie aus anderen

Bereichen der regionalen Daseinsvorsorge. Ende 2015 haben 31 niedersächsische Landkreise und kreisfreie Städte einen Antrag auf Strukturförderung zum Aufbau einer Gesundheitsregion gestellt.

Im Rahmen der Gesundheitsregionen sollen in Niedersachsen innovative medizinische Versorgungs- oder Kooperationsprojekte entstehen. Dabei geht es vorrangig um die Entwicklung und Umsetzung von Konzepten zur

- Zusammenarbeit von Ärztinnen und Ärzten, Krankenhäusern und nicht ärztlichen Gesundheitsberufen (zum Beispiel Pflegekräften) unter besonderer Berücksichtigung der Bedarfe und an der Patientin oder dem Patienten orientierter Strukturen,
- Ansiedlung von Vertragsärztinnen und Vertragsärzten – insbesondere von Hausärztinnen und Hausärzten – in ländlichen Regionen,
- Entlastung von Vertragsärztinnen und Vertragsärzten – insbesondere von Hausärztinnen und Hausärzten – mit den Schwerpunkten Delegation (auch in Verbindung mit der Pflege), Teamarbeit und Vernetzung,
- Nachwuchsgewinnung von Ärztinnen und Ärzten und Pflegekräften im ländlichen Raum,
- Verbesserung der Mobilität (unter anderem ÖPNV) unter Einbeziehung in der Mobilität eingeschränkter Patientinnen und Patienten oder
- Gesundheitsförderung und Primärprävention.

Mit der Förderung der Gesundheitsregionen gibt das Land Niedersachsen gemeinsam mit den Kooperationspartnern (Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen, AOK Niedersachsen, Ersatzkassen, BKK Landesverband Mitte) Impulse, dass sich die Landkreise und kreisfreien Städte auf kommunaler Ebene strukturiert und nachhaltig den Herausforderungen im Rahmen der Gesundheitsversorgung stellen. Die Förderung ist zeitlich befristet (2014 bis 2017).

Eine Prognose über Maßnahmen und Empfehlungen in den einzelnen Regionen ist zum gegenwärtigen Zeitpunkt nicht möglich. Dies liegt im Einflussbereich der teilnehmenden Landkreise und kreisfreien Städte.

1.4 Das „Zukunftsforum Niedersachsen“ – Der Niedersächsische Demografiebeirat

Der Niedersächsische Ministerpräsident Stephan Weil hat im Februar 2014 den Niedersächsischen Demografiebeirat, das „Zukunftsforum Niedersachsen“ berufen.

Das 35-köpfige Gremium berät die Landesregierung während der laufenden Legislaturperiode in Fragen des demografischen Wandels und gibt ihr Handlungsempfehlungen zur Umsetzung. Die Mitglieder des Beirates bringen eine große Expertise aus allen Bereichen der Gesellschaft mit -

Expertinnen und Experten aus Wissenschaft und Wirtschaft, Handwerkskammern, Industrie- und Handelskammern, Gewerkschaften, kommunalen Spitzenverbänden, Spitzenverbänden der Freien Wohlfahrtspflege, Sozialverbänden, Kirchen und Religionsgruppen und anderen gesellschaftlichen Gruppen. Im Februar 2016 wurden zusätzlich die Geschäftsführer der drei niedersächsischen Metropolregionen als ordentliche und die Landesbeauftragten für regionale Landesentwicklung als kooptierte Mitglieder in den Beirat berufen.

Aufgrund der Breite der Themenstellung werden jedes Jahr ausgewählte Schwerpunktfelder für die Bearbeitung definiert.

Unterstützt wird der Beirat von für die spezifischen Themen maßgeschneiderten Arbeitsgruppen.

Die Aufgabe besteht darin, für ausgewählte demografierelevante Lebens- und Politikbereiche Beispiele „guter Praxis“ zu bewerten und bekannt zu machen und besonders geeignete Anregungen der Landesregierung zur Umsetzung zu empfehlen, sowie eigene Projektvorschläge zu erarbeiten.

Ein weiteres Ziel ist die Vernetzung der Akteurinnen und Akteure im Lande und der Aufbau eines gesellschaftsübergreifenden Demografienetzwerks analog der Leitidee des Zukunftsforums, die Herausforderungen des demografischen Wandels im gesellschafts- und fachübergreifenden Dialog gemeinsam zu meistern.

Mit dem Thema „Starke Städte und lebendige Dörfer“ gehen das Zukunftsforum und die neu konstituierten Arbeitsgruppen in die zweite Phase ihrer Arbeit, die in der zweiten Jahreshälfte 2016 abgeschlossen sein wird.

Als zentrale Herausforderung für diese Periode wurde definiert, für die Stabilisierung ländlicher Räume geeignete Konzepte und „Gute Beispiele“ der Stärkung von Dörfern und Städten zu entwickeln und zur Umsetzung zu empfehlen. Diese sollen auf der vorhandenen Siedlungs- und Wirtschaftsstruktur aufsetzen und passgenau

Projekte zur Stabilisierung des Arbeitsmarktes und zur Qualitätsverbesserung der Lebensverhältnisse vor Ort aufgreifen und fördern. In diesem Zusammenhang wird auch der Bereich der pflegerischen Versorgung einbezogen, sowohl als wichtige Säule der Daseinsvorsorge als auch als unverzichtbares Angebot zum Erhalt von wohnortnahen und leistungsfähigen Strukturen etwa in Klein- und Mittelstädten.

2. Stärkung der häuslichen Pflege

§ 3 SGB XI formuliert den allgemeinen Grundsatz des Vorrangs der häuslichen Pflege. Ziel ist, dass die Pflegebedürftigen möglichst lange in ihrer häuslichen Umgebung bleiben können.

2.1 Stärkung der ambulanten Pflege im ländlichen Raum

Die langfristige Sicherung der ambulanten Pflege stellt insbesondere ländliche Regionen vor besondere Herausforderungen: Diese Bereiche sind häufig stärker von Alterungsprozessen betroffen als Ballungszentren. Die Nachfrage nach pflegerischer Versorgung ist hier häufig schon heute hoch, gleichzeitig bestehen mitunter starke Abwanderungstendenzen der jüngeren Bevölkerung, was das professionelle und informelle Pflegepotenzial gleichermaßen schmälert. Bereits heute besteht in vielen Regionen ein Fachkräftemangel. Hinzu kommen Anforderungen durch große räumliche Distanzen und schlechtere Verkehrsanbindungen. Ein auskömmliches und bezahlbares Angebot pflegerischer Versorgungsstrukturen, das auch dem Kriterium der Wirtschaftlichkeit Rechnung trägt, lässt sich unter diesen Bedingungen nicht immer aufrechterhalten.

Insofern kann ohne die Stärkung und den Ausbau der ambulanten Pflege insbesondere im ländlichen Raum weder die bedarfsgerechte Pflege einer zunehmenden Zahl von Pflegebedürftigen noch die Einhaltung des Grundsatzes nach § 3 SGB XI gelingen.

Den Ländern obliegt nach § 9 SGB XI die Strukturverantwortung für die Pflegeversorgung. In diesem Rahmen stehen sie vor besonderen Herausforderungen, eine demografiefeste ambulante Versorgungsstruktur im ländlichen Raum sicherzustellen. Dies kann jedoch nur erreicht werden, wenn sich alle Verhandlungspartnerinnen und Verhandlungspartner der Selbstverwaltung auf dieses Ziel konzentrieren und die nötigen Maßnahmen zügig einleiten. Für die zahlreichen Problemstellungen, zum Beispiel zum zukünftigen Umgang mit den Wegekosten, der Problematik von Fahrzeiten, der geteilten Dienste und erzwungenen Teilzeitarbeit, müssen die Verhandlungspartnerinnen und Verhandlungspartner Lösungen entwickeln, die sich auch im Pflegesatzgeschehen abbilden. Auskömmliche Finanzierung, Leistungsfähigkeit und Fachkräftesicherung bilden hier eine unauflösbare Einheit.

Eine auskömmliche Finanzierung sollten die Verhandlungspartnerinnen und Verhandlungspartner in Pflegesatzverhandlungen sicherstellen. Finden die Selbstverwaltungsorganisationen keine geeigneten Lösungen, drohen im ländlichen Raum ein Versorgungsengpass in der ambulanten Versorgung Pflegebedürftiger einerseits und eine weitere Verstärkung des Fachkräftemangels andererseits.

Eine bundesrechtliche Ermächtigungsgrundlage, die die Länder berechtigt, von den Regelungen des SGB IV und SGB XI abzuweichen und im Rahmen ihrer Strukturverantwortung in begründeten Ausnahmesituationen die Selbstverwaltung einzuschränken, besteht bislang nicht.

Ebenso hat das Land keine Möglichkeit, nach § 75 SGB XI Kollektiv-Rahmenverträge über die ambulant-pflegerische Versorgung abzuschließen – und damit eine wirksame und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten sicherzustellen und einheitliche Vorgaben für Art, Inhalt und Umfang der pflegerischen Versorgung festzulegen. Das Land ist nicht Vertragspartei und kann insoweit keinen Einfluss nehmen. Damit die Fachkräftesicherung für den ambulanten Bereich gelingen kann, müssen die Arbeitsbedingungen für Pflegekräfte und die Rahmenbedingungen für ambulante Pflegedienste nachhaltig verbessert werden. Die Prinzipien „Guter Arbeit“ werden zum zentralen Maßstab zukunftsfähiger ambulanter Pflege. Zugleich ist es erforderlich, der ambulanten Pflege im ländlichen Raum zu jener flächendeckenden „Kampagnenfähigkeit“ bei der Herstellung tragfähiger Arbeits- und Organisationsbedingungen zu verhelfen, die ihr oftmals aufgrund der unzureichenden Betriebsgröße fehlt.

Zur Unterstützung struktureller Entwicklungen ist vom Land Niedersachsen ab 2016 - zunächst für drei Jahre - eine Förderrichtlinie „Stärkung der ambulanten Pflege im ländlichen Raum“ geplant. Für die Förderung sollen jährlich rund 6 Millionen Euro eingesetzt werden. Befördert werden sollen in der ambulanten Pflege insbesondere die Verbesserung der Arbeits- und Rahmenbedingungen, Kooperation und Vernetzung, Verbesserung der Vereinbarkeit von Beruf und Familie für Pflegekräfte, Umsetzung von „Gesamtversorgungsverträgen“ sowie die Einführung von technischen und EDV-basierten Systemen im ländlichen Raum.

Insgesamt sollen mit dem Programm für ambulante Pflegedienste Anreize geschaffen werden, die auf Dauer angelegte strukturelle Veränderungen auslösen und so zu einer nachhaltigen Sicherstellung der Versorgung im ländlichen Raum in Niedersachsen beitragen.

2.2 Stärkung der teilstationären Pflege im ländlichen Raum

Mit Wirkung zum 1. Januar 2015 waren die Kriterien für die Ermittlung der förderfähigen Aufwendungen für die Gewährung von Leistungen nach § 10 NPflegeG den aktuellen Entwicklungen anzupassen. Dabei wurde unter anderem bei teilstationären Einrichtungen die bei der Verteilung der förderfähigen Aufwendungen anzusetzende durchschnittliche Auslastungsquote auf 85 % erhöht. Zur Unterstützung des ländlichen Raumes wurde hingegen für teilstationäre Pflegeeinrichtungen, deren Standort außerhalb der Landeshauptstadt Hannover und der Städte Braunschweig, Delmenhorst, Emden, Göttingen, Oldenburg, Osnabrück, Salzgitter, Wilhelmshaven und Wolfsburg liegt, die Möglichkeit eingeräumt, auf Antrag bei der vorherigen Regelung von 80 % zu verbleiben.¹⁷¹ Auf diese Weise können teilstationäre Einrichtungen im ländlichen Raum eine höhere Förderung erhalten.

¹⁷¹ Gemäß § 8 der PflegeEFördVO

2.3 Stärkung der Selbsthilfe

Die Förderrichtlinie des Landes wurde im Jahr 2014 bis Ende 2018 verlängert¹⁷². Auf ihrer Grundlage werden an rund 30 Selbsthilfekontaktstellen Bewilligungsbescheide für insgesamt etwa 150 Selbsthilfegruppen erteilt. Das Gesamtfördervolumen aus Mitteln des Landes beläuft sich dabei jährlich auf rund 150.000 Euro. Die Bewilligungszahlen und das Fördervolumen haben sich in den letzten Jahren auf hohem Niveau verstetigt. Die Selbsthilfe ist damit auf eine verlässliche Grundlage gestellt.

2.4 Ausbau der Betreuungs- und Entlastungsangebote nach § 45a - c SGB XI

Zum 1. Januar 2015 erfolgte mit dem PSG I die Ergänzung des Leistungsspektrums um niedrigschwellige Entlastungsangebote und die Ausdehnung der Leistungsangebote auf alle Leistungsempfängerinnen und Leistungsempfänger (siehe Kapitel II.4.5). Dies trägt zu einer zusätzlichen Unterstützung der Pflegebedürftigen und der sie pflegenden Angehörigen bei. Die Erweiterung der Angebote um Pflege- und Alltagsbegleitung und die Erbringung hauswirtschaftlicher Dienstleistungen wird zu einer zusätzlichen Entlastung der pflegenden Angehörigen und der Stabilisierung der häuslichen Versorgung im Alltag führen. Die Rahmenbedingungen für die künftig zu „Angeboten zur Unterstützung im Alltag“ zusammengefassten Leistungsangebote lassen einen weiteren Anstieg der Inanspruchnahme erwarten. Insbesondere die für Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 vorgesehenen Möglichkeit einer teilweisen Umwandlung (bis zu 40 %) des nach § 36 SGB XI für den jeweiligen Pflegegrad für ambulante Pflegesachleistungen zustehenden Leistungsbetrages für die Entlastungsangebote (Umwandlungsanspruch) wird sich langfristig positiv auswirken.

Für „Angebote zur Unterstützung im Alltag“ ist ebenfalls eine Anerkennung der Leistungsanbieter vorgesehen, um die Qualität der zu erbringenden Leistungen nachhaltig zu gewährleisten. In Niedersachsen werden entsprechende Kriterien auf Landesebene zeitgerecht zum Inkrafttreten des PSG II vorliegen.

2.5 Stärkung der Pflege durch Angehörige

Eine wichtige Säule der ambulanten Versorgung stellt die Pflege durch Angehörige dar. Dies spiegelt sich zum Beispiel in der hohen und in den letzten Jahren ansteigenden Zahl von Pflegegeldempfängerinnen und Pflegegeldempfängern, die keine Leistungen von Pflegediensten in Anspruch nehmen, aber auch in der zunehmenden Zahl der Bezieherinnen und Bezieher von Kombinationsleistungen wieder.

¹⁷² Nds. MBl. 2014 Nr. 43, S. 777

Wenngleich die Bereitschaft zur Übernahme von Pflege ungebrochen hoch zu sein scheint, ist die informelle Pflege doch - wie die Ausführungen in Kapitel II.4.1 zeigen - häufig mit erheblichen physischen und psychischen Belastungen verbunden und nicht immer mit einer Erwerbstätigkeit vereinbar. Um dieses große Potenzial auch zukünftig zu nutzen, muss die Selbsthilfefähigkeit der Angehörigen kontinuierlich gestärkt werden.

Hierzu ist die Verbesserung der Rahmenbedingungen für eine Vereinbarkeit häuslicher Pflege und Beruf entscheidend. Die überwiegende Mehrheit der privaten Pflegepersonen befindet sich im erwerbsfähigen Alter und geht einer Berufstätigkeit nach. Durch das Inkrafttreten des Pflegezeitgesetzes, des FPfZG und des Gesetzes zur besseren Vereinbarkeit von Familie, Pflege und Beruf sind die besonderen Bedarfe erwerbstätiger Pflegepersonen vom Gesetzgeber stärker in den Fokus genommen worden. Die entsprechenden Regelungen werden jedoch in Niedersachsen wie auch bundesweit noch kaum in Anspruch genommen. Erforderlich ist neben einer weiteren Attraktivitätssteigerung durch Weiterentwicklung der Regelungen eine stärkere Sensibilisierung der pflegenden Angehörigen für ihre diesbezüglichen Ansprüche.

Im Rahmen von zwei Programmen, die speziell auf die Situation von Frauen am Arbeitsmarkt zugeschnitten sind, werden auch Maßnahmen gefördert, die die Rahmenbedingungen für die Vereinbarkeit von Beruf und Familie verbessern. In Anbetracht des demografischen Wandels geht es dabei schon jetzt nicht mehr in erster Linie um die Vereinbarkeit von Beruf und Kinderbetreuung, sondern es rücken die Beschäftigten in den Vordergrund, die neben ihrer Berufstätigkeit häusliche Pflegeaufgaben übernehmen und dafür Entlastung benötigen. Auch hier sind es immer noch ganz überwiegend Frauen, die neben ihrer Berufstätigkeit die Versorgung kranker Angehöriger schultern. Beide Programme verfolgen deshalb auch das Ziel, die gesellschaftlichen Rahmenbedingungen so zu verändern, dass häusliche Betreuungs- und Pflegeaufgaben und Berufstätigkeit besser als bisher vereinbart werden können. Die Programme sind fester Bestandteil der Strukturfondsförderpolitik in Niedersachsen. Bisherige Maßnahmen und Aktivitäten daraus werden auch in der kommenden Strukturfondsförderperiode bis 2020 fortgesetzt.

- Programm Koordinierungsstellen Frauen und Wirtschaft zum Thema „Vereinbarkeit und Pflege“
Das Land Niedersachsen fördert landesweit 24 Koordinierungsstellen Frauen und Wirtschaft (KoStellen) aus dem Europäischen Sozialfond (ESF) und aus Landesmitteln. Sie beraten und qualifizieren Frauen, arbeiten mit ihren rund 1.300 Verbundbetrieben eng zusammen und beraten diese auch zum Thema Vereinbarkeit von Beruf und Pflege. Einige KoStellen haben Befragungen zur Vereinbarkeit von Beruf und Pflege bei den Verbundbetrieben durchgeführt.

Darüber hinaus organisieren die KoStellen Informationsveranstaltungen.¹⁷³ Die KoStelle Wolfsburg hat beispielsweise in 2013/2014 eine Seminarreihe für die Einrichtung von „Betrieblichen Ansprechpartnern PFLEGE“ durchgeführt. Auch weitere KoStellen haben eine entsprechende Veranstaltungsreihe in ihr Angebot aufgenommen.

- Programm „Förderung der Integration von Frauen in den Arbeitsmarkt (FIFA)“

In 2014 wurde eine Studie zum Thema „Vereinbarkeit von Beruf und Pflege in kleinen und mittleren Unternehmen in der Region Göttingen“ der Demografieagentur für die niedersächsische Wirtschaft GmbH gefördert.¹⁷⁴

Grundsätzlich besteht im Rahmen von FIFA die Möglichkeit der Förderung von Projekten für die Qualifikation von in der Pflege beschäftigten Frauen. Vereinbarkeitsmaßnahmen sind regelmäßiger Bestandteil nahezu aller Projekte.

Im Rahmen der Fachkräfteinitiative Niedersachsen (s. Kapitel II.8.4) werden Maßnahmen zur Förderung der Erwerbstätigkeit von Frauen initiiert. Hierzu gehören auch die Vereinbarkeit von Beruf und Pflege. Dabei sind insbesondere die Unternehmen gefordert, die zum Beispiel durch Veränderung ihrer Arbeitsorganisation und Unternehmenskultur ihren Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern eine ausgewogene Balance von Beruf und Familie ermöglichen können.

Nicht zuletzt ist eine ausreichende soziale Sicherung der Pflegepersonen von herausragender Bedeutung. Das PSG II sieht eine Neugestaltung der rentenversicherungsrechtlichen Absicherung der Pflegepersonen vor, die nicht erwerbsmäßig einen Pflegebedürftigen in seiner häuslichen Umgebung pflegen. Künftig wird es für die rentenrechtliche Berücksichtigung darauf ankommen, in welchem Umfang die Pflegepersonen die Pflege erbringen und in welchen Pflegegrad der Pflegebedürftige eingestuft ist. Im Ergebnis wird dies dazu führen, dass für mehr pflegende Angehörige Rentenbeiträge entrichtet werden, und damit zur Verbesserung der sozialen Sicherung der familiär Pflegenden beigetragen wird.

¹⁷³ Besonders erwähnenswert ist das Expertenforum Personal Wolfsburg zur betrieblichen Unterstützung im Pflegefall, welches am 24. April 2014 stattgefunden hat.

¹⁷⁴ Abschlussbericht siehe http://www.demografieagentur.de/fileadmin/Mediathek/Downloads/NP1_Meldungen/2015/150217_Abschlussbericht_Beruf_und_Pflege_Demografieagentur.pdf

2.6 Förderung eines altersgerechten Wohnumfeldes

Um auch im Fall einer Hilfe- und Pflegebedürftigkeit Selbstständigkeit und Selbstbestimmung zu bewahren und einen Verbleib im häuslichen Umfeld zu ermöglichen, ist die Schaffung eines bedarfsgerechten Wohnumfeldes von herausragender Bedeutung.

- Unterstützung alters- und pflegegerechter Wohnumfeldbedingungen über das Förderprogramm „Wohnen und Pflegen im Alter“

Mit dem neuen Förderprogramm „Wohnen und Pflege im Alter“ gewährt das Land Zuwendungen für die Schaffung alters- und pflegegerechter Wohnumfeldbedingungen sowie zur Förderung von Handlungsstrategien zum Aufbau von Unterstützungsnetzen vor Ort im Quartier. Diese sollen der Herstellung von Wahlfreiheit beim Wohnen und bei der Pflege im Alter als Alternative zu einer vollstationären Betreuung und Pflege in Niedersachsen dienen. Ziel ist die Umsetzung modellhafter regionaler Projekte, die insbesondere im ländlichen Raum ein weitgehend selbständiges Leben älterer Menschen im häuslichen Wohnumfeld auch bei Hochaltrigkeit oder Pflegebedürftigkeit ermöglichen. Gefördert werden investive Vorhaben und hier insbesondere

- Neu- und Umbauten zur Schaffung alters- und pflegegerechter Wohnungen und Wohngemeinschaften,
- Neu- und Umbauten zur Schaffung eines alters- und pflegegerechten Wohnumfeldes beziehungsweise einer Quartiersinfrastruktur; sowie nicht investive Vorhaben und hier insbesondere
- Sach- und Personalkosten für die Umsetzung von Projekten, die den Aufbau verbindlicher Nachbarschaftsinitiativen zur Unterstützung Pflegebedürftiger vorsehen (zum Beispiel Nachbarschaftsvereine, Senioren- oder Sozialgenossenschaften),
- Sach- und Personalkosten für die Umsetzung von Projekten, die den Aufbau ambulant betreuter Pflege-Wohngemeinschaften vorsehen,
- Sach- und Personalkosten für den Aufbau von quartiersbezogenen Unterstützungsnetzen (Quartiersmanagement),
- Sach- und Personalkosten für den Aufbau von pflegerischen Infrastrukturen – auch in technisch unterstützender Form wie beispielsweise E-Health, E-Care oder AAL – und damit verbundenen interdisziplinären Kompetenzteams im Quartier zur Förderung des selbständigen Wohnens im Alter und bei Pflege.

Im Haushalt des Niedersächsischen Sozialministeriums stehen jährlich 1. Million Euro für das Förderprogramm „Wohnen und Pflege im Alter“ bereit.¹⁷⁵

- Fortführung der sozialen Wohnraumförderung¹⁷⁶

Die soziale Wohnraumförderung konzentriert sich nach den gesetzlichen Bestimmungen des Niedersächsischen Wohnraumfördergesetzes vorrangig auf bezahlbaren Wohnraum für besondere Bedarfsgruppen. Die Schaffung von bedarfsgerechten Wohnungen und neuen Wohnformen für ältere Menschen und Menschen mit Behinderung ist dabei ein wichtiges Handlungsfeld.

Gefördert wird die Schaffung von Mietwohnungen für ältere Menschen ab 60 Jahre, schwer behinderte Menschen sowie hilfe- und pflegebedürftige Menschen. Dies betrifft nicht nur einen Neubau, sondern auch einen Aus- und Umbau sowie die Erweiterung von bestehendem Wohnraum. In den Jahren 2010 bis 2014 wurden 741 Mietwohnungen für ältere Menschen und Menschen mit Behinderungen mit 28,6 Millionen Euro gefördert, davon 138 Wohnungen im Betreuten Wohnen mit einem Fördervolumen von rund 4,8 Millionen Euro. Des Weiteren wird die Beschaffung und Installation von Aufzügen mit Zusatzdarlehen in Höhe von bis zu 50.000 Euro je Aufzug gefördert, um ein alten- und behindertengerechtes Wohnen zu ermöglichen.

Auch die Förderung gemeinschaftlicher Wohnformen ist seit einigen Jahren Bestandteil des Wohnraumförderprogramms. Gefördert werden derzeit der Neubau, Ausbau und Umbau oder die Erweiterung bestehenden Wohnraums zur Schaffung von gemeinschaftlichen Wohnformen für ältere Menschen, Menschen mit Behinderung und hilfe- und pflegebedürftige Personen. Diese Personen sollen selbstbestimmt zur Miete wohnen und ihre Pflege oder Betreuung individuell mithilfe ambulanter Dienste ihrer Wahl organisieren können. Seit Beginn der Förderung dieser Wohnformen im Jahr 2007 bis Ende des Jahres 2014 konnten rund 200 Mietwohnungen für gemeinschaftliche Wohnformen mit mehr als 4,7 Millionen Euro gefördert werden, davon 64 Wohneinheiten im Betreuten Wohnen mit einem Fördervolumen von rund einer Million Euro.

Der Bedarf an geeigneten und bezahlbaren Wohnungen für ältere Menschen, Menschen mit Behinderungen und pflegebedürftige Menschen wird sich in den kommenden Jahren aufgrund der demografischen Veränderungen weiter erhöhen. Das Förderprogramm des Landes wird daher fortgesetzt und unter Beteiligung der Kommunen und der Wohnungswirtschaft bedarfsgerecht weiterentwickelt.

¹⁷⁵ Nähere Informationen unter http://www.soziales.niedersachsen.de/startseite/soziales_gesundheit/wohnen_und_pflege_im_alter/wohnen-und-pflege-im-alter-133116.html

¹⁷⁶ Nähere Informationen unter <http://tinyurl.com/jox2n7q>

- Erleichterung der Gründung alternativer Wohnformen im Niedersächsischen Gesetzes für unterstützende Wohnformen und Heime

Dem am 06. Juli 2011 in Kraft getretenen NHeimG lag die seinerzeit in allen Bundesländern verbreitete Auffassung zugrunde, dass immer mehr Menschen auch bei Pflegebedürftigkeit alternative Wohnformen einschließlich Pflege- und Betreuungsleistungen selbständig und unbeeinflusst durch Dritte organisieren wollen. Mittlerweile hat sich herausgestellt, dass ambulant betreute Wohnformen in der Regel gerade nicht von den Bewohnerinnen und Bewohnern selbst initiiert und gegründet werden können, weil diese in der Regel von dem erheblichen Organisations- und Vernetzungsaufwand, der derartigen Wohnformen vorausgeht, überfordert sind. Daher müssen derartige Angebote in der weit überwiegenden Zahl der Fälle von Dritten, in der Regel Betreibern, vorbereitet werden. Es besteht ein dringender Bedarf, ein Angebot von trägergebundenen gemeinschaftlichen Wohnformen für ältere und pflegebedürftige Menschen zu entwickeln und zu ermöglichen, die einer ambulanten Versorgung in einem häuslich-familiären Umfeld oder einer diesem Umfeld ähnlichen Pflegeumgebung den Vorzug vor einem Leben in einem stationär ausgerichteten Heim geben. Solche Wohnformen werden üblicherweise von der Wohnungswirtschaft und kooperierenden ambulanten Dienstleistern gemeinsam betrieben. Darin wird in der Praxis die entscheidende Voraussetzung dafür gesehen, dass sich in Niedersachsen alternative Wohnformen besser als bisher entwickeln können. In Anbetracht der aktuellen ordnungsrechtlichen Bestimmungen des Heimgesetzes sind trägergebundene Angebote heute allerdings nicht oder nur unter unzumutbaren Schwierigkeiten möglich. Daher bedarf es einer Anpassung des NHeimG, die die Landesregierung mit einem entsprechenden Gesetzentwurf auf den Weg gebracht hat. Die Gründung alternativer Wohnformen soll künftig einfacher als bisher möglich sein.

Dieses Ziel soll dadurch erreicht werden, dass der Anwendungsbereich des Gesetzes auf ambulant betreute Wohngemeinschaften neu definiert wird. Künftig sollen die Anbieter von Wohnraum und die Träger ambulanter Dienste die Möglichkeit haben, bei der Leistungserbringung miteinander zu kooperieren oder Leistungen der Vermietung und Betreuung aus einer Hand anzubieten.

Des Weiteren sollen die für alternative Wohnformen pflegebedürftiger Menschen geltenden Regelungen auf alternative Wohnformen für Menschen mit Behinderungen übertragen werden. Damit soll die UN-Behindertenrechtskonvention auch im Bereich des Heimrechts umgesetzt werden. Menschen mit Behinderungen sollen damit künftig die gleichen Wahlmöglichkeiten haben wie Menschen ohne Behinderungen.

Die zu den ambulant betreuten Wohngemeinschaften entwickelten Grundsätze sollen auf das betreute Wohnen übertragen werden. Auch hier gilt: Der Geltungsbereich des Gesetzes soll nur dann

ausgelöst werden, wenn hinsichtlich des Wohnens und der über allgemeine Unterstützungsleistungen hinausgehenden (entgeltlichen) Leistungen eine strukturelle Abhängigkeit der Bewohnerin oder des Bewohners besteht.

Schließlich sollen Menschen mit demenzbedingten Funktionsstörungen künftig in ihrem Recht auf Leben in alternativen Wohnformen keinerlei Beschränkungen mehr unterliegen. Auch dort sollen künftig nach der Gründungsphase die ambulanten Dienstleister frei gewählt werden können.

In einem weiteren Schritt sollen die heimrechtlichen Verordnungen, insbesondere die Heimpersonalverordnung und die Heimmindestbauverordnung, auf möglichen Anpassungsbedarf hin überprüft werden.

- Assistive Unterstützungssysteme (AAL)

E-Health und AAL sind ein Kernhandlungsfeld des Masterplans Soziale Gesundheitswirtschaft (vergleiche Kapitel II.10.5). Eine der vier ressortübergreifenden Arbeitsgruppen¹⁷⁷ des Projektes beschäftigt sich mit der Frage, wie Niedersachsen zu einem attraktiven Standort der sozialen Gesundheitswirtschaft in diesem Bereich entwickelt sowie eine wohnortnahe und bezahlbare medizinisch-pflegerische Versorgung der Bevölkerung sichergestellt werden kann.

Die wesentlichen Maßnahmen und Maßnahmenvorschläge der einzelnen Arbeitsgruppen sind in einem Eckpunktepapier zusammengestellt. Dazu gehören für den Bereich AAL insbesondere die weitere Bekanntmachung von assistiven Unterstützungssystemen in der Öffentlichkeit, die Sensibilisierung in den Gesundheitsberufen und die Berücksichtigung in der Aus-, Fort- und Weiterbildung. Weitere wichtige Maßnahmen sollen die Einbindung vorhandener Netzwerke und Initiativen¹⁷⁸ sowie gemeinsame Auftritte im Rahmen überregionaler Veranstaltungen wie Kongresse, Messe oder Gemeinschaftsstände sein.

¹⁷⁷ Beteiligt sind MS, MW, MWK.

¹⁷⁸ Zu nennen sind hier zum Beispiel die SPN, der Landesseniorenrat Niedersachsen e. V. mit seinen Mitgliedern (kommunale Seniorenvertretungen), das Niedersachsenbüro „Neues Wohnen im Alter“, die LINGA oder auch die Netzwerkinitiative „GENIAAL Leben“ mit seinen über 50 Netzwerkpartnern aus unterschiedlichen Forschungsinstitutionen, Unternehmen, Verbänden und ministerialen Einrichtungen.

3. Fachkräftesicherung im Pflegebereich

Die Fachkräftesicherung ist eine der zentralen Herausforderungen im Altenpflegesektor. Um einem prognostizierten Personalmehrbedarf von 35.000 Beschäftigten in der ambulanten und (teil-)stationären Pflege bis zum Jahr 2031 (vergleiche Kapitel II.8.5) zu begegnen, bedarf es zum einen weiterer Anstrengungen zur Gewinnung, Ausbildung und Qualifizierung von Menschen für den Pflegeberuf. Zum anderen müssen Maßnahmen ergriffen werden, um einen langfristigen Verbleib der Beschäftigten im Beruf zu erreichen.

3.1 Steigerung der Attraktivität der Pflegeausbildung

Ein zentrales Anliegen der Landesregierung ist es, die Attraktivität der Pflegeausbildung zu steigern und die Zahl der Ausbildungsplätze in der Altenpflege zu erhöhen.

- Herstellung der Schulgeldfreiheit in der Altenpflegeausbildung

Während an öffentlichen Schulen gemäß § 54 Abs. 2 S. 1 des Niedersächsischen Schulgesetzes kein Schulgeld erhoben wird, müssen Auszubildende in der Altenpflege an Schulen in freier Trägerschaft Schulgeld entrichten. Diese zusätzliche finanzielle Belastung kann dazu führen, dass sich Schülerinnen und Schüler für einen anderen Beruf entscheiden.

Die Landesregierung hat deshalb mit Wirkung zum 01. Februar 2015 die Schulgeldfreiheit in der Altenpflegeausbildung an Schulen in freier Trägerschaft in § 16a des Niedersächsischen Pflegegesetzes gesetzlich abgesichert. Damit wurde die Schulgeldförderung aus dem Bereich der freiwilligen Leistungen gehoben und die bisherige Förderpraxis verstetigt. Die Sicherheit, auch zukünftig kein Schulgeld zahlen zu müssen, soll mehr junge Menschen motivieren, sich für eine Altenpflegeausbildung zu entscheiden. Die Verordnung zur Förderung von Altenpflegesschulen in freier Trägerschaft regelt das Antragsverfahren und die Höhe der Förderbeträge. Auszubildende in kleinen Klassen werden finanziell besonders unterstützt. Damit soll unter anderem die Altenpflegeausbildung im ländlichen Raum gestärkt werden.

- Einführung einer solidarischen Umlagefinanzierung der Ausbildungsvergütungen in der Altenpflege

Derzeit werden die Kosten der Ausbildungsvergütung nach § 17 des AltPflG zunächst von den ausbildenden Einrichtungen getragen, die diese dann durch Aufschläge bei der Vergütung ihrer allgemeinen Pflegeleistungen gemäß § 82a SGB XI refinanzieren. Pflegebedürftige, die von einer ausbildenden Einrichtung versorgt werden, zahlen daher mehr als Personen, die von einer Einrichtung

Pflegeleistungen erhalten, die nicht ausbildet. Dies führt in der Praxis zu einem Wettbewerbsnachteil für die ausbildenden Einrichtungen mit der unerwünschten Folge, dass Gegenanreize zur Bereitschaft zur Ausbildung gesetzt werden. Eine gerechtere Verteilung der Kosten kann mit einer solidarischen Umlagefinanzierung erreicht werden. Dabei zahlen alle Pflegeeinrichtungen und Altenheime - unabhängig davon, ob sie ausbilden oder nicht - in die Umlage ein. Den ausbildenden Betrieben werden die ihnen entstehenden Belastungen vollständig aus der Umlage ersetzt.

Vor diesem Hintergrund hat der Landtag die Landesregierung mit Beschluss vom 25. September 2013 (LT-Drs. 17/607) aufgefordert, „zur Abwendung eines drohenden Pflegenotstands, zur Sicherung einer guten und wertvollen Pflege in Niedersachsen und zur gleichmäßigen Lastenverteilung zwischen Leistungserbringern in der stationären und ambulanten Altenpflege eine solidarische Umlagefinanzierung der Ausbildungsvergütung in der Altenpflegeausbildung zwischen ausbildenden und nicht ausbildenden Einrichtungen wieder einzuführen“.

Der nach § 25 Abs. 1 AltPflG notwendige Nachweis, dass ein Ausgleichsverfahren erforderlich ist, um einen Mangel an Ausbildungsplätzen zu verhindern oder zu beseitigen, wurde erbracht. In einem Vergleich zwischen dem im Land vorhandenen und dem erwartbaren Bedarf an Ausbildungsplätzen (Bedarfsprognose) sowie dem vorhandenen und erwartbaren Angebot an Ausbildungsplätzen (Angebotsprognose) wurde von der CIMA Institut für Regionalwirtschaft GmbH (CIMA) eine nicht nur vorübergehende Mangelsituation festgestellt.¹⁷⁹ Die Altenpflegeausgleichsverordnung soll 2016 in Kraft treten.

Die CIMA geht davon aus, dass „die Zahl der angebotenen Ausbildungsplätze mit der Einführung einer Umlagefinanzierung signifikant um rund 50 % erhöht werden kann“. Mittelfristig kann so eine Schließung der Fachkraftlücke erreicht werden. Erfahrungen anderer Länder mit den Auswirkungen eines Umlageverfahrens bestätigen diese Erwartung.

- Gewinnung von Auszubildenden für die Altenpflege - Projekt „Eine Stunde für die Altenpflege“
Im Rahmen des Projekts „Eine Stunde für die Altenpflege“ werden vom Niedersächsischen Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung Altenpflegeschulen Träger der praktischen Ausbildung prämiert, die im Rahmen von einstündigen Informationsveranstaltungen für das Berufsfeld Altenpflege an allgemeinbildenden Schulen werben. Das Projekt folgt in seiner Struktur einem „peer-to-peer-Ansatz“: Auszubildende in der Altenpflege stellen ihren Beruf den Schülerinnen und Schülern, die vor der Berufswahlentscheidung stehen, oder ihren Eltern vor. Das Projekt startete mit dem Schuljahr 2015/2016.

¹⁷⁹ Gutachten vom 10. Juli 2014 unter http://www.ms.niedersachsen.de/startseite/themen/soziales/pflegeversicherung/umlageverfahren_zur_finanzierung_praktischen_altenpflegeausbildung/umlageverfahren-zur-finanzierung-der-praktischen-altenpflegeausbildung-127902.html

- Neuordnung der Pflegeausbildung

Bisher sind die drei Pflegefachberufe (Altenpflegerin und Altenpfleger, Gesundheits- und Krankenpflegerin und Gesundheits- und Krankenpfleger, Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger) im Gesetz über die Berufe in der Altenpflege (Altenpflegegesetz - AltPflG) und im KrPflG geregelt. Die Ausbildungen sind somit an Institutionen und Altersgruppen ausgerichtet. Dies ist angesichts des demografischen Wandels und der erheblichen inhaltlichen und institutionellen Schnittmengen zwischen den Versorgungsbereichen nicht mehr zeitgemäß.

Eine zukunftsgerechte Berufsausbildung muss zu individuell ausgerichtetem, präventivem, kurativem, rehabilitativem, palliativem und sozialpflegerischem Handeln qualifizieren und zur Pflege von Menschen aller Altersgruppen in allen Versorgungsformen befähigen. Bereits im Jahr 2009 haben sich die Länder durch Beschlüsse der Gesundheitsministerkonferenz und der Arbeits- und Sozialministerkonferenz für eine Zusammenführung der Pflegeberufe ausgesprochen. Im März 2012 hat eine Bund-Länder-Arbeitsgruppe Eckpunkte zur Vorbereitung eines Entwurfs des neuen Pflegeberufegesetzes veröffentlicht. Sie sehen im Grundsatz einen generalistischen Pflegeberuf mit Schwerpunktausweisungen vor. Die Schwerpunkte sollen durch Vertiefungen im Bereich der praktischen Ausbildung erlangt werden. Im Frühjahr 2015 haben das BMG und Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) einen Arbeitsentwurf des Pflegeberufegesetzes vorgelegt. Die Diskussion zeigt, dass die Herausforderung darin besteht, die Neuordnung so zu gestalten, dass die Ausbildungszahlen nicht zurückgehen, alle Berufsfelder gleichermaßen einbezogen werden und eine gerechte Finanzierung sichergestellt ist. Ende November 2015 wurde mit dem Referentenentwurf das Gesetzgebungsverfahren eingeleitet und befindet sich derzeit in der Abstimmung.

- Förderung der Akademisierung

Im Rahmen der Neuordnung der Pflegeausbildung sollen auch Regelungen zur Ausbildung auf Hochschulniveau getroffen werden. Niedersachsen hat sich unabhängig davon unter anderem auf Grundlage der Empfehlungen des Wissenschaftsrates zu hochschulischen Qualifikationen für das Gesundheitswesen aus dem Jahr 2012 entschlossen, die sich abzeichnenden beziehungsweise bereits eingetretenen Veränderungen in den Versorgungsbedarfen zeitnah, zielgerichtet und qualitätsorientiert zu begleiten. Unter Beteiligung des Kultusministeriums und des Ministeriums für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung wurde vom Ministerium für Wissenschaft und Kultur eine Arbeitsgruppe „Gesundheitsfachberufe an niedersächsischen Hochschulen“ ins Leben gerufen, in welcher die fachlich kompetenten Vertretungen aus den niedersächsischen Hochschulen, Univer-

sitäten und medizinischen Fakultäten mitwirken. Mit den „Ergebnissen und Empfehlungen der Arbeitsgruppe Gesundheitsfachberufe an niedersächsischen Hochschulen“ vom 09. Oktober 2014 verfolgt die Arbeitsgruppe unter anderem das Ziel, die hochschulischen Kompetenzen durch die Bildung von Netzwerken zu bündeln und eine abgestimmte Entwicklungsplanung zu gewährleisten. Standortspezifische Besonderheiten und die jeweiligen Hochschulkompetenzen sind dabei einzubeziehen. Die Arbeitsgruppe Gesundheitsfachberufe an niedersächsischen Hochschulen soll auch in den nächsten Jahren als Plattform und Steuerungsgremium für akademische Weichenstellungen in den Gesundheitsfachberufen fortgeführt werden.

3.2 Verbesserung der Rahmenbedingungen des Pflegeberufs

Um die Rahmenbedingungen der in der Pflege Tätigen zu verbessern, ergreift die Landesregierung vielfältige Maßnahmen.

- **Errichtung einer Pflegekammer**

Die Errichtung einer Pflegekammer stellt eine wesentliche flankierende Maßnahme dar, um eine deutliche Aufwertung der Pflege in der gesellschaftlichen Wahrnehmung zu erreichen. Mit der Pflegekammer erhalten alle niedersächsischen Pflegefachkräfte (Altenpflegerinnen und Altenpfleger, Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger sowie Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger) eine demokratisch legitimierte berufspolitische Vertretung, die für sie mit einer starken Stimme sprechen kann. Wesentliche Aufgaben der Pflegekammer werden die berufsständische Vertretung, die Überwachung der Berufspflichten auf Basis einer Berufsordnung und die Regelung der Fort- und Weiterbildung sein. Darüber hinaus wird sie Aufgaben übernehmen, die bislang dem LS übertragen sind (zum Beispiel Ausstellung von Berufsurkunden, Anerkennung im Ausland erworbener Ausbildungsnachweise).

Die Pflegekammer wird wichtige Impulse zur Weiterentwicklung der Pflegepraxis geben. Sie kann Empfehlungen und Leitlinien erarbeiten und so beispielsweise Standards zur Pflegequalität definieren. Diese können bei Rechtsstreitigkeiten zu Pflegefehlern zur Feststellung des aktuellen Standes der Wissenschaft herangezogen werden. Die Pflegekräfte werden darin bestärkt, die Einhaltung dieser Standards in der täglichen Praxis durchzusetzen. Auf diese Weise stellt die Pflegekammer eine fachgerechte und professionelle Pflege der Bevölkerung sicher.

In einer repräsentativen Umfrage (Infratest dimap 2013¹⁸⁰) sowie in neun regionalen Informationsveranstaltungen hat sich gezeigt, dass die Mehrheit der Pflegefachkräfte in Niedersachsen der Errichtung einer eigenen berufsständischen Vertretung in Form einer Pflegekammer positiv gegenübersteht. Deshalb hat die Niedersächsische Landesregierung Anfang 2015 das Gesetzgebungsverfahren eingeleitet. Das Pflegekammergesetz soll Anfang 2016 in den Landtag eingebracht werden. Parallel zum Gesetzgebungsverfahren hat am 28. Juli 2015 die Gründungskonferenz Pflegekammer¹⁸¹ ihre Arbeit aufgenommen. Ihre Aufgabe ist es, die Arbeit des Errichtungsausschusses administrativ vorzubereiten, der erst mit Inkrafttreten des Pflegekammergesetzes eingerichtet werden kann. Zudem übernimmt sie die weitere Information der Pflegefachkräfte in Niedersachsen über die Pflegekammer. Als Vorläufergremium des Errichtungsausschusses und dem Gedanken der Selbstverwaltung folgend ist die Gründungskonferenz mit potentiellen Mitgliedern der Pflegekammer aus Niedersachsen besetzt. Hierzu sind Vorschläge von einer Vielzahl von Verbänden sowie von interessierten Pflegefachkräften selbst erbeten worden, auf deren Basis je 25 Mitglieder und stellvertretende Mitglieder berufen wurden.

- Einführung eines einheitlichen Personalbemessungsverfahrens für Pflegeeinrichtungen

Im Rahmen des PSG II ist erstmals eine verbindliche Entwicklung und Erprobung eines Verfahrens zur einheitlichen Bemessung des Personalbedarfs in Pflegeeinrichtungen nach qualitativen und quantitativen Maßstäben vorgesehen (§ 113c SGB XI neu). Die Beauftragung eines unabhängigen wissenschaftlichen Instituts soll bis Ende 2016 erfolgen. Das Verfahrenskonzept soll bis Ende Juni 2020 vorliegen.

Sollten sich die Vertragsparteien nach § 113 SGB XI nicht bis Ende 2016 über die Beauftragung geeinigt haben, bestimmt das BMG im Einvernehmen mit dem BMFSFJ innerhalb von vier Monaten das Verfahren und die Inhalte der Beauftragung. Daneben obliegt es dem BMG im Einvernehmen mit dem BMFSFJ unter Beteiligung der Vertragsparteien Zeitziele festzulegen. Sollten diese nicht erreicht und die Umsetzung dadurch gefährdet werden, können beide gemeinsam einzelne Verfahrensschritte im Wege der Ersatzvornahme umsetzen.

Insgesamt ist die Entwicklung und Erprobung eines einheitlichen Personalbemessungsverfahrens zu begrüßen. Aufgrund des gesetzlich festgeschriebenen engen Zeitplans ist mit einer zügigen Umsetzung zu rechnen. Die Ergebnisse werden in den künftigen Pflegesatzverhandlungen nicht ohne Berücksichtigung bleiben. Auch eröffnet die mit § 18c Abs. 2 Nr. 5 SGB XI neu geschaffene verpflichtende Evaluation der Entwicklung der ambulanten Pflegevergütungen und der stationären

¹⁸⁰ http://www.ms.niedersachsen.de/download/76170/Evaluationsstudie_Pflegekammer_Niedersachsen.pdf

¹⁸¹ Nähere Informationen hierzu unter <http://www.pflegekammerniedersachsengründungskonferenz.de/>

Pflegesätze einschließlich der einrichtungseinheitlichen Eigenanteile erstmals die Möglichkeit, die Auswirkungen in Niedersachsen im bundesweiten Vergleich bewerten zu können.

- Sicherstellung einer leistungsgerechten Bezahlung der Pflegekräfte

Die Attraktivität eines Berufs ist auch von der Höhe der Vergütung abhängig. Hier besteht in Niedersachsen Nachholbedarf (vergleiche Kapitel II.8.4). Der Wettbewerb in der Pflege ist derzeit ein Wettbewerb um den Preis beziehungsweise um die Höhe der Zuzahlung durch Pflegebedürftige. Die erforderlichen Kosten guter Arbeit für gute Pflege gefährden aufgrund der fehlenden vollständigen Refinanzierung oftmals die unternehmerische Existenz der Pflegeeinrichtungen und damit die Versorgungssicherheit.

Ein allgemeinverbindlicher Tarifvertrag für die Pflege kann dazu beitragen, den Wettbewerb zu Lasten der Pflegekräfte zu beenden. Erste Schritte haben die Tarifpartner in Niedersachsen bereits unternommen. So trat am 01. Oktober 2014 der Tarifvertrag Diakonie Niedersachsen zwischen dem Diakonischen Dienstgeberverband Niedersachsen e. V. (DDN) und der Vereinten Dienstleistungsgewerkschaft (ver.di) in Kraft. Rund 37.000 Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer fallen unter diesen Vertrag. Am 17. Februar 2015 haben ver.di und die Verbände der Landesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege in Niedersachsen den bundesweit ersten Tarifvertrag über die Ausbildungsbedingungen in der Pflege für ein ganzes Bundesland unterzeichnet. Ziel der Landesregierung ist bei Vorliegen der Voraussetzungen gemäß § 5 Tarifvertragsgesetz die Allgemeinverbindlichkeitserklärung.

- Sicherstellung der Berücksichtigung tarifgerechter Bezahlung im Rahmen der Pflegesatzverhandlungen

Gemäß § 84 Abs. 2 SGB XI müssen es die Pflegesätze dem Pflegeheim bei wirtschaftlicher Betriebsführung ermöglichen, seinen Versorgungsauftrag zu erfüllen. Seit dem 01. Januar 2015 gilt, dass die Bezahlung tarifvertraglich vereinbarter Vergütungen nicht mehr als unwirtschaftlich abgelehnt werden kann. Gleichzeitig wurden die Einrichtungsträger gemäß § 84 Abs. 7 SGB XI verpflichtet, im Falle einer Vereinbarung der Pflegesätze auf Grundlage tarifvertraglich vereinbarter Vergütungen die entsprechende Bezahlung der Beschäftigten jederzeit einzuhalten. Das Land ist nicht an den Pflegesatzverhandlungen beteiligt und kann somit die Einhaltung dieser rechtlichen Regelungen nicht unmittelbar beeinflussen. Davon unbenommen werden die Entwicklung der Pflegesätze und die Erfahrungen der Vereinbarungspartner bei der Umsetzung der neuen Regelungen in den nächsten Jahren sorgfältig zu beobachten sein.

Mit einer „Gemeinsamen Erklärung zum Einkommen der Pflegekräfte in Niedersachsen“ gaben die Niedersächsische Sozialministerin Cornelia Rundt, der Vorstandsvorsitzende der AOK Niedersachsen, Dr. Jürgen Peter und Jörg Niemann, Leiter der vdek-Landesvertretung Niedersachsen, am 17. Dezember 2015 ein wichtiges Signal, dass sich Land und Pflegekassen zu der gemeinsamen Verantwortung für die Zukunftssicherung der Pflege in Niedersachsen bekennen. Die Landesregierung begrüßt, dass die AOK Niedersachsen und der vdek die Bemühungen um attraktivere Arbeitsbedingungen in der Pflege weiter vorantreiben und dies durch die Berücksichtigung von tarifvertraglichen Bindungen bei der Vergütungsverhandlungen für ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen auch mit hoher Verbindlichkeit umsetzen. Im Gegenzug wird von den Trägern der Einrichtungen erwartet, im Falle einer Vereinbarung der Pflegesätze auf Grundlage tarifgerechter Bezahlung die hierfür bereitgestellten Mittel auch an die Beschäftigten überprüfbar weiterzuleiten. Dies ist nicht nur rechtlich geboten, sondern auch Ausdruck gelebter Verantwortungsgemeinschaft der Sozialpartner in der Pflege.

3.3 Gewinnung von Pflegefachkräften aus dem Ausland

- Umsetzung der europarechtlichen Regelungen zur Berufsankennung

Aufgrund des sich abzeichnenden Fachkräftemangels wird in den kommenden Jahren die Gewinnung ausländischer Fachkräfte auch im Bereich der Pflege einen wesentlich höheren Stellenwert einnehmen als derzeit (vergleiche Kapitel II.8.3). Um die Anerkennung von Fachkräften insbesondere aus dem europäischen Ausland zu vereinfachen, werden derzeit die Berufsgesetze auf Bundes- und Landesebene an die Richtlinie 2013/55/EU angeglichen. Diese am 17. Januar 2014 in Kraft getretene Richtlinie novelliert die seit dem Jahr 2005 bestehende Richtlinie über die Anerkennung von Berufsqualifikationen (2005/36/EG).

Zur Vereinfachung und Beschleunigung der Anerkennung ausländischer Berufsabschlüsse wird mit der Novellierung der Landesgesetze in 2016 unter anderem der Europäische Berufsausweis zunächst für Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger sowie Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten eingeführt. Er eröffnet Anerkennungssuchenden bereits in ihrem Heimatland die Möglichkeit, alle nötigen Schritte für die Anerkennung ihres Ausbildungsabschlusses zu unternehmen. Darüber hinaus wird es zukünftig möglich, das Antragsverfahren auf elektronischem Wege und über den - im Rahmen der Dienstleistungsrichtlinie 2006/123/EG bereits etablierten - einheitlichen Ansprechpartner abzuwickeln.

- Unterstützung von ausländischen Pflegefachkräften im Anerkennungsverfahren

Das unter anderem vom Land Niedersachsen geförderte IQ Netzwerk unterstützt sowohl interessierte Fachkräfte aus dem Ausland als auch Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber in Niedersachsen durch umfangreiche Beratungs- und Schulungsangebote beim Anerkennungsverfahren und beim Erwerb der erforderlichen fachlichen und sprachlichen Kompetenzen. Die Zusammenarbeit im Pflegebereich soll in Zukunft intensiviert werden.

- Umsetzung von Projekten zur Gewinnung ausländischer Pflegefachkräfte

Das Pilotprojekt „Ausbildung von Arbeitskräften aus Vietnam zu Pflegefachkräften“ wird im Auftrag des Bundesministeriums für Wirtschaft und Technologie (BMWi) von der Deutschen Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit (GIZ) unter anderem in Niedersachsen durchgeführt.¹⁸² Projektpartner der GIZ ist die Zentrale Auslands- und Fachvermittlung (ZAV) der BA. Im Rahmen des Projektes sollen 100 Vietnamesinnen und Vietnamesen, die in ihrem Heimatland bereits eine Pflegeausbildung auf Bachelor-Niveau abgeschlossen und ein Zertifikat auf dem Sprachniveau A2 erworben haben, zu Altenpflegefachkräften ausgebildet werden. In Niedersachsen haben 23 Vietnamesinnen und Vietnamesen die schulische Altenpflegeausbildung absolviert; 22 haben die staatliche Prüfung bestanden und sind seitdem überwiegend in ihren Einrichtungen als Pflegefachkräfte tätig. Das Projekt wurde wissenschaftlich begleitet, um Erkenntnisse über Chancen und Hemmnisse von Personalgewinnung aus Drittstaaten und deren Ausbildung in Deutschland zu gewinnen. An dem Folgeprojekt, das im September 2015 begann, beteiligen sich wieder zwei niedersächsische Altenpflegeschulen mit der Ausbildung von jeweils acht Vietnamesinnen und Vietnamesen zu Altenpflegefachkräften.

Darüber hinaus werden in Niedersachsen weitere von der BA geförderte Projekte unterstützt und durchgeführt:

- Über das EURES-Netzwerk (European Employment Services¹⁸³) können Stellen- und Bewerberangebote aus den EU-Staaten sowie Norwegen, Island, Liechtenstein und der Schweiz abgeglichen und grenzüberschreitende Vermittlungsaktivitäten eingeleitet werden.

¹⁸² <http://www.bmwi.de/DE/Themen/Wirtschaft/branchenfokus,did=591614.html>

¹⁸³ <https://ec.europa.eu/eures/home.jsp?lang=de>

- Im Rahmen des Sonderprogrammes des Bundes „Job of my Life¹⁸⁴“ wurde in der Region Oldenburg und Ostfriesland zum 01. Januar 2015 ein Projekt zur Ausbildung in der Altenpflege und der Gesundheits- und Krankenpflege gestartet. 30 Jugendliche aus den Niederlanden, Spanien und Kroatien erlernen einen Pflegeberuf. Federführend ist die Kreishandwerkerschaft Leer/Wittmund in Kooperation mit dem oldenburgisch-ostfriesischen Pflegenetzwerk. Zurzeit sind noch alle Plätze besetzt.
- Durch das Projekt „Arbeit und Leben Göttingen“ soll vom 01. Januar 2016 bis 31. August 2019 für die Landkreise Göttingen, Northeim und Osterode am Harz 21 Jugendliche aus Spanien, Griechenland und Kroatien in der Altenpflege ausgebildet werden.
- Im Projekt „Triple Win“ gewinnen die ZAV der BA und die GIZ qualifizierte Pflegefachkräfte aus Serbien, Bosnien-Herzegowina und den Philippinen für Einrichtungen der Kranken- und Altenpflege. In Niedersachsen haben sich daran bisher 17 Arbeitgeber beteiligt (Stand 30. November 2015). 40 Dienstleistungsverträge konnten hier bisher geschlossen werden.

3.4 Bündelung und Koordinierung der Aktivitäten zur Fachkräftesicherung

- Fachkräfteinitiative Niedersachsen¹⁸⁵

Am 08. Juli 2014 hat die Niedersächsische Landesregierung mit den Arbeitsmarktpartnern und Arbeitsmarktpartnerinnen die Vereinbarung zur Fachkräftesicherung geschlossen und die Fachkräfteinitiative Niedersachsen ins Leben gerufen. Die Partnerinnen und Partner haben in einem gemeinsamen Prozess 13 Handlungsfelder identifiziert und sich auf Ziele zur Fachkräftesicherung verständigt. Auf der Grundlage des Handlungsrahmens werden die Partnerinnen und Partner gemeinsam ansetzen und an der Sicherung der Fachkräftebasis für die niedersächsische Wirtschaft und damit an der Zukunft des Landes arbeiten.

Ein wesentliches Handlungsfeld der Fachkräfteinitiative ist dabei die Förderung der Fachkräftegewinnung in der Pflegebranche. Sie wird deshalb für das zweite Jahr der Fachkräfteinitiative neben den Themen „Arbeitsmarktintegration von Asylbewerberinnen, Asylbewerbern und Flüchtlingen“ sowie „Duale Berufsausbildung“ als Schwerpunkt in den Blick genommen. Hierfür sollen die Maßnahmen zur Steigerung der Attraktivität der Pflegeausbildung und des Berufsbildes insgesamt gebündelt und Akzente gesetzt werden.

¹⁸⁴ Das Sonderprogramm „job of my life“ soll die Mobilität junger Menschen, die das Recht auf Arbeitnehmerfreizügigkeit in der EU besitzen, fördern und ausbildungsinteressierten Jugendlichen die Möglichkeit bieten, in Deutschland eine Ausbildung zu absolvieren.

¹⁸⁵ Die Vereinbarung zur Fachkräftesicherung, der Handlungsrahmen sowie die aktuellen Sachstandsberichte sind auf der Homepage des Niedersächsischen Ministeriums für Wirtschaft, Arbeit und Verkehr unter www.fachkraefteinitiative.niedersachsen.de nachzulesen.

- Masterplan „Soziale Gesundheitswirtschaft“ der Landesregierung

Die Gesundheitswirtschaft leistet einen wesentlichen Beitrag zur Wertschöpfung und zur Erwerbstätigkeit. Im Jahr 2013 beschäftigte die Branche nach Berechnungen des Instituts für Wirtschaftsforschung WifOR GmbH rund 581.700 Erwerbstätige in Niedersachsen. Seit dem Jahr 2000 wurden mehr als 81.400 zusätzliche Arbeitsplätze geschaffen. Rund jede beziehungsweise jeder siebte Erwerbstätige war 2013 in der Gesundheitswirtschaft beschäftigt. Der Erwerbstätigenanteil ist seit dem Jahr 2000 von 14,2 % auf 15,1 % gestiegen und ab 2000 entstanden über 25 % aller neuen Arbeitsplätze in der Gesundheitswirtschaft.

Am 20. Januar 2015 hat der Landtag die Landesregierung aufgefordert, die laut Koalitionsvereinbarung für die 17. Wahlperiode vorgesehene Entwicklung eines ressortübergreifenden Masterplans „Soziale Gesundheitswirtschaft“ voranzutreiben (LT-Drs. 17/2778). Ziel ist es, Niedersachsen zu einem attraktiven Standort der sozialen Gesundheitswirtschaft zu entwickeln und eine wohnortnahe und bezahlbare pflegerische Versorgung der Bevölkerung sicherzustellen, wobei die Interessen der Beschäftigten und die Prinzipien „guter Arbeit“ berücksichtigt werden.

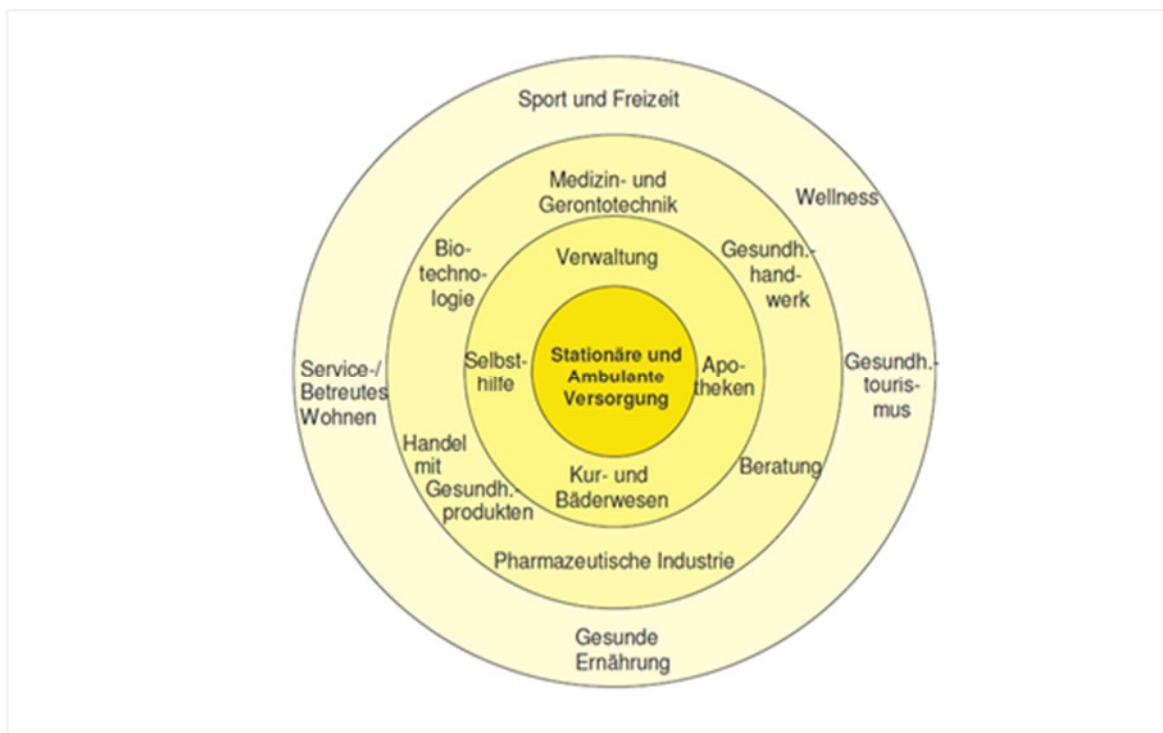


Abbildung 166: Zwiebelmodell zur Gesundheitswirtschaft (Institut für Arbeit und Technik 2009)

Die Reichweite des Masterplans geht weit über den Pflegebereich hinaus (vergleiche Zwiebelmodell in Abbildung 1). Die pflegerische Versorgung gehört zum Kernbereich der Gesundheitswirtschaft, aber auch weitere Bereiche weisen mehr oder weniger starke Bezüge zur Pflege auf, zum Beispiel das Betreute Wohnen. Auch die Verzahnung mit und die Sicherstellung von zahlreichen

weiteren Bereichen der Gesundheitswirtschaft, wie zum Beispiel der haus- und fachärztlichen Versorgung sowie der Versorgung mit Heil- und Hilfsmitteln und Arzneimitteln spielen für die Versorgung pflegebedürftiger Menschen eine wesentliche Rolle. Dies gilt auch vor dem Hintergrund, dem überwiegenden Wunsch der Pflegebedürftigen nach einem Verbleib in der eigenen Häuslichkeit und dem Grundsatz „ambulant vor stationär“ Rechnung zu tragen.

„Gute Arbeit“ in der Gesundheitswirtschaft zielt darauf, den Wert der Arbeit und die Qualität der Beschäftigung auch hier in den Fokus zu rücken. Hierzu gehören insbesondere auskömmliche und faire Löhne, die gleichberechtigte Teilhabe von Frauen und Männern am Arbeitsleben einschließlich der Entgeltgleichheit sowie angemessene und faire Arbeitsbedingungen.

Gerade im Pflegebereich sind die krankheitsbedingten Fehlzeiten besonders hoch. So weist die Altenpflege die fünfthöchsten Fehlzeiten aus (CIMA Institut für Regionalwirtschaft Hannover gGmbH 2015). Vor diesem Hintergrund gewinnen Betriebliche Gesundheitsförderung (BGF) und Betriebliches Gesundheitsmanagement (BGM) zunehmend an Bedeutung. BGF im Sinne der Ottawa-Charta) zielt auf die Befähigung zur aktiven Teilhabe von Betroffenen bei der Gestaltung der Lebenswelt Betrieb. Im Vordergrund stehen dabei die Ressourcenorientierung und die Förderung von Fähigkeiten und Potenzialen. BGM verfolgt das Ziel, Gesundheit als betriebliches Ziel zu verankern. Es bleibt abzuwarten, welche konkreten Möglichkeiten das Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (PrävG) bieten wird.

Weitere Schnittstellen zur Pflege ergeben sich zum Beispiel bei den Themen E-Health und AAL (siehe hierzu Kapitel II.10.5) und Gesundheitstourismus.

4. Berücksichtigung besonderer Versorgungsbedarfe

Auch Gruppen mit besonderen Versorgungsbedarfen gilt es zu berücksichtigen. Zu ihnen zählen insbesondere pflegebedürftige und schwerstkranke Kinder und Jugendliche, Menschen mit Migrationshintergrund und Demenzkranke.

4.1 Pflegebedürftige und schwerstkranke Kinder und Jugendliche

Die Landtagsentschließung „Flächendeckende Versorgung und Betreuung schwerstkranker Kinder und Jugendlicher“ vom 15. Juli 2015 (LT-Drs. 17/3919) hat den spezifischen Versorgungsbedarf für diesen Personenkreis besonders in den Fokus gerückt.

Der Runde Tisch schwerstkranke Kinder wird es sich auch zukünftig zur Aufgabe machen, die Versorgungssituation von schwerstkranken Kindern und Jugendlichen in Niedersachsen zu beobachten und auf eine weitere Verbesserung hinzuwirken. Dazu gehört zum Beispiel die Versorgung mit Kurzzeitpflegeplätzen, die im Jahr 2014 mit dem Aegidiushaus am Kinderkrankenhaus AUF DER BULT GmbH in Hannover begonnen wurde. Der Runde Tisch wird die weitere Entwicklung in diesem Bereich vor allem im Hinblick auf den Wunsch der Eltern nach einer Erhöhung der Zahl der vorhandenen Plätze auf der einen Seite und auf die Auslastung und den wirtschaftlichen Betrieb der Einrichtung auf der anderen Seite weiterhin zu begleiten. Zu den Aufgaben des Runden Tisches gehört es darüber hinaus, die Landesregierung bei der Bewertung von Förderanträgen zu beraten. Eine weitere wichtige Aufgabe ist hier zum Beispiel die Information der betroffenen Eltern und Familien, der durch die Neuauflage der Broschüre „Schwerstkranke Kinder“ Rechnung getragen werden soll.

4.2 Menschen mit Migrationshintergrund

Die seitens des Landes in den vergangenen Jahren begonnene Förderung über die Richtlinien Integration (bis 12/2016) und die Richtlinie Migrationsberatung (ab 1/2017) wird fortgesetzt, um Menschen mit Zuwanderungsgeschichte in dem Prozess von Migration und Teilhabe unter anderem die erforderliche sozialpädagogische und psychosoziale Beratung zu bieten. Hierunter fallen gesundheitliche und altersspezifische Themen und Bedarfe und darauf aufsetzend die Weitervermittlung in Regeldienste. Außerdem ist die Integrationsberatung durch Vernetzung und Mitwirkung an einer interkulturellen Öffnung von Regeldiensten, Verwaltung und sonstigen Einrichtungen beteiligt.

Im Vordergrund wird auch künftig die Beratung und Information in der Umsetzung von Partizipation und Teilhabe stehen und nicht die Förderung von Parallelsystemen.

4.3 Menschen mit einer Demenzerkrankung

- FIDEM Niedersachsen

Das FIDEM Konzept¹⁸⁶ - hat in seiner ersten Modellphase in der Region Braunschweig (2009 bis 2012), koordiniert vom Verein ambet e. V. Braunschweig, zu einer tragfähigen und nachhaltigen Zusammenarbeit der Hausarztpraxen mit dem nichtärztlichen Bereich geführt. Die Anzahl der aus Praxen vermittelten demenzkranken Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen hat sich deutlich erhöht. In der zweiten Modellphase (seit 2013) sind in drei Modell-Landkreisen (Grafschaft Bentheim als Raum ländlicher Prägung, Lüneburg als tendenziell eher städtisch geprägter Raum und Osterode am Harz mit einem vergleichsweise hohen Anteil älterer Menschen) SPN als koordinierende Stellen erprobt worden¹⁸⁷, sodass das Konzept bereits auf weitere interessierte kommunale Gebietskörperschaften übertragen werden kann. Dazu werden von der LVG & AFS entsprechende Fortbildungen für Mitarbeitende der SPN angeboten und nachhaltige Strukturen auf der Landesebene aufgebaut.

- Menschen mit Demenz im Krankenhaus

Mit dem Anstieg der Zahl älterer Patientinnen und Patienten im Krankenhaus wächst auch die Zahl derjenigen mit demenziellen Symptomen. Ihr Anteil an der Gesamtzahl der Behandlungsfälle schwankt nach bestehenden Untersuchungen erheblich, liegt jedoch bei mindestens 12 % (Deutsche Alzheimer Gesellschaft 2013). In der Häuslichkeit oder im Pflegeheim betreute Menschen mit einer Demenz werden aufgrund somatischer Erkrankungen in der Klinik überwiegend als Notfälle aufgenommen und behandelt. Dort sind die gesamten Rahmenbedingungen, insbesondere die Betreuung, Kommunikation und räumliche Gestaltung, nicht auf die besonderen Anforderungen dieser Menschen ausgerichtet. Verunsicherung, Ängste und Panikgefühle sind die Folge. Bei Entlassung nach einem häufig traumatisch erlebten Aufenthalt sind ihr kognitiver Status und körperlicher Zustand (zunächst) erheblich verschlechtert und die weitere pflegerische Versorgung erschwert.

¹⁸⁶ FIDEM (Frühe Informationen und Hilfen bei Demenz) bezeichnet ein systematisches Vorgehen zur Identifikation von dementiell Erkrankten und zur Verbesserung der Zusammenarbeit von Hausarztpraxen und nichtärztlichen Angeboten zur Versorgung dieses Personenkreises überwiegend im Kontext des SGB XI. Durch die möglichst frühzeitige Diagnostik einer Demenzerkrankung und die Vermittlung in nichtärztliche Beratungs- und Unterstützungsangebote kann die Versorgung für demenzkranke Menschen und ihre Angehörigen verbessert werden. Hierfür werden Hausärztinnen und Hausärzte sowie die Medizinischen Fachangestellten der Praxen fortgebildet und eine Vernetzung mit der (Pflege)Beratung, Niedrigschwelligen Betreuungs- und Entlastungsangeboten, demenzspezifischer Ergotherapie und örtlichen Selbsthilfestrukturen aufgebaut. Die regionale Koordination wird in der Regel von den SPN übernommen. Zu den koordinierenden Aufgaben gehört die Akquise der Akteure, die Durchführung einer Informationsveranstaltung und die Initialisierung der Netzwerke sowie Unterstützung der Fortbildung und der FIDEM-Netzwerkarbeit. FIDEM Niedersachsen ist ein Modellprojekt nach § 45c SGB XI, das bis September 2016 vom Land Niedersachsen, den Pflegekassen und den privaten Pflegeversicherungsunternehmen gefördert wird.

¹⁸⁷ Evaluation durch die Hochschule Osnabrück

Die Qualifizierung des Krankenhauspersonals ist ein Kernhandlungsfeld zur Verbesserung der klinischen Versorgung dieser Patientengruppe. Das Land Niedersachsen hat im Jahr 2012 die Evaluation einer 160-stündigen Fortbildung von Beschäftigten im Krankenhaus finanziert, die von der Alzheimer Gesellschaft Niedersachsen e. V. und der LVG & AFS entwickelt wurde.¹⁸⁸ Seit 2015 wird die Qualifizierung zur/zum Demenzbeauftragten für Fachpflegekräfte, Ärztinnen/Ärzte, Qualitätsmanagement und therapeutisches Personal angeboten. Die ersten 22 Demenzbeauftragten sind bereits in niedersächsischen Kliniken tätig.

- Implementierung der Erkenntnisse aus dem Modellvorhaben „ReduFix“

Im Rahmen des Modellvorhabens „ReduFix“¹⁸⁹ wurden Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von Heimen über neue Erkenntnisse der Pflegewissenschaft, rechtliche Fragestellungen, die Wirkung von Psychopharmaka auf das Verhalten älterer Menschen sowie Einsatzmöglichkeiten neuer technischer Hilfen wie Bewegungssensoren oder dämpfende Hüftprotektoren geschult. In Folge konnte bei jeder fünften Heimbewohnerin beziehungsweise bei jedem fünften Heimbewohner vollständig auf eine Fixierung verzichtet oder zum Teil deutlich reduziert werden.

Das Land beabsichtigt, die Implementierung der Erkenntnisse aus dem Modellvorhaben „ReduFix“ in der Praxis voll- und teilstationärer Pflegeeinrichtungen durch Zuwendungen zu fördern.

- Lokale Allianzen für Menschen mit Demenz

Im Rahmen der Lokalen Allianz für Menschen mit Demenz werden aus Mitteln des Bundesaltensplans im Zeitraum zwischen 2012 bis 2014 42 Projekte gefördert (bundesweit 292). Für die Förderperiode 2015 steht die Kooperation mit den PSP, die Entwicklung von Netzwerken im ländlichen Raum und, auf Anregung Niedersachsens, die Einbeziehung von Menschen mit Migrationshintergrund im Vordergrund. Hier wurden aus Niedersachsen 13 Anträge zur Projektförderung (bundesweit 186) gestellt, wobei zehn den Schwerpunkt „ländlicher Raum“ und drei den Schwerpunkt „Menschen mit Migrationshintergrund“ aufweisen. Eine Kooperation mit den SPN ist in der Regel vorgesehen.

Mit dem bis 2017 laufenden Programm sollen Aktivitäten gebündelt, ergänzt und Akteure vernetzt werden. Dabei soll an vorhandene Strukturen angeknüpft und eine Vielfalt der Angebote ermöglicht werden (zum Beispiel medizinische oder pflegerische Initiativen beziehungsweise Strukturen,

¹⁸⁸ Diese Fortbildung wurde von der Deutschen Alzheimer Gesellschaft e. V., Selbsthilfe Demenz, 2013 in einer Broschüre „Menschen mit Demenz im Krankenhaus“ veröffentlicht.

¹⁸⁹ Reduktion von körpernaher Fixierung bei demenzerkrankten Heimbewohnerinnen und Heimbewohnern in der Praxis stationärer Pflegeeinrichtungen

wie Kommunen, Selbsthilfeorganisationen, Beratungsstellen, Kirchengemeinden, Vereine oder Mehrgenerationenhäuser).

4.4 Lesben, Schwule, Bisexuelle, Transsexuelle, Transgender und Intersexuelle

Weitere, bisher noch zu wenig berücksichtigte Personengruppen mit besonderen pflegerischen Versorgungsbedarfen stellen Lesben, Schwule, Bisexuelle, sowie trans- und intergeschlechtliche Menschen dar. Schätzungen des MS zufolge leben in Niedersachsen bis zu 80.000 Schwule und Lesben über 65 Jahre. Die Anzahl bisexueller, trans- und intergeschlechtlicher Menschen dieser Altersgruppe kann nicht präzise beziffert werden. Die benannten Personengruppen haben häufig Zeit ihres Lebens unter Diskriminierungen unterschiedlichster Art gelitten und konnten ihre sexuelle und geschlechtliche Identität oft nicht offen ausleben. Insbesondere die Lebenssituation homosexueller Männer in Deutschland ist in den ersten zwei Dritteln des 20. Jahrhunderts durch eine brutale Kriminalisierung und Stigmatisierung gekennzeichnet, die nach 1945 aber keineswegs aufhörten (Bochow 2005).

Diese Diskriminierungserfahrungen sowie der nach wie vor gepflegte Jugendkult in der schwulen Community führen zu einem hohen Anteil älterer Männer, die isoliert leben und deren Versorgung im Alter unter diesen Bedingungen vermutlich teilweise nicht gesichert ist. Hinzu kommt, dass sie im Gesundheitswesen noch immer auf Barrieren treffen, die einer adäquaten medizinischen und psychosozialen Versorgung entgegenstehen.

Bisher vermeidet ein großer Teil der lesbisch liebenden Älteren jeglichen Kontakt mit der Altenhilfe und -pflege. Sie befürchten, dort ihre Würde nicht wahren zu können. In vielen Einrichtungen der Altenhilfe wird gleichgeschlechtliche Liebe eher geduldet als wirklich akzeptiert. Inzwischen setzen sich verschiedene Einrichtungen, wie zum Beispiel das Kuratorium Deutsche Altershilfe, dafür ein, die Berührungängste Frauen liebender Frauen zu der Altenpflege abzubauen. Allerdings sind die Frauen nicht leicht erkennbar. Die wenigsten ließen eine Partnerschaft eintragen und die meisten werden sich nicht als „Lesben“ ansprechen lassen (Plötz 2013).

Schließlich ist zu berücksichtigen, dass Erotik und Sexualität auch im Alter bedeutsam sein können, selbst wenn sich die Praxis durch das Alter verändern mag. Krankheiten oder Behinderungen müssen kein Hinderungsgrund sein. In Alten- und Pflegeheimen ist daher eine entsprechende Diskretion beziehungsweise Respekt vor der Intimsphäre unabdingbar. Auf all diese Erwartungen angemessen zu reagieren, kann als ein wesentliches Element der geforderten sozialen Kompetenz des Heimpersonals bezeichnet werden (Bochow 2005).

Die Landesregierung tritt ausdrücklich für die sexuelle und geschlechtliche Vielfalt ein. Sie unterstützt die Belange von lesbischen Frauen, schwulen Männern, Bisexuellen, trans- und intergeschlechtlichen Menschen und möchte deren Selbstbestimmungsrecht stärken.

Zum Abbau der Diskriminierung im Bereich der Pflege bedarf es insbesondere der Sensibilisierung und Qualifizierung der Träger sowie der Pflegekräfte im Rahmen der Aus- und Weiterbildung. Sexuelle und geschlechtliche Vielfalt – und ausdrücklich auch das lesbische Leben – sollen feste Lehrinhalte werden. Wünschenswert sind ferner Modellprojekte für eine kultursensible Pflege, Leitbilder oder Zertifikate. Gute Beispiele im Bereich der Erwachsenenbildung liefert die Stiftung Akademie Waldschlösschen, die vom Land Niedersachsen gefördert wird. Die Akademie führte im November 2015 in Zusammenarbeit mit der Bundesinteressenvertretung schwuler Senioren (BISS) und der Deutschen AIDS-Hilfe (DAH) eine Fachtagung durch, in der es um die Situation von Schwulen im Alten- und Pflegebereich ging. Ein Thema war unter anderem eine "Lebensstilakzeptierende und -fördernde Altenpflege, Wünsche und Bedürfnisse pflegebedürftiger Lesben und Schwule". Weitere Fachtagungen und Expertenworkshops sind für 2016 in Planung.

5. Weiterentwicklung der gesetzlichen Rahmenbedingungen der Pflegeversicherung

5.1 Umsetzung der Pflegestärkungsgesetze

Die zum 1. Januar 2016 beziehungsweise teilweise erst zum 1. Januar 2017 in Kraft tretenden Neuregelungen des SGB XI durch das PSG II bauen auf das zu Beginn des Jahres 2015 in Kraft getretene PSG I auf. Die Umsetzung der neuen Regelungen wird auch auf der Landesebene Anpassungsbedarf auslösen. Dies gilt insbesondere für den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff.

Zum Zeitpunkt der Berichtserstellung lassen sich zu den Auswirkungen des ab 2017 geltenden neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs auf die niedersächsische Pflegelandschaft lediglich Vermutungen anstellen. Hier bleibt die tatsächliche Entwicklung abzuwarten.

Fest steht jedoch, dass die Vereinbarungspartner für die Pflegeeinrichtungen im Hinblick auf den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff und die neuen Pflegegrade bis zum 30. September neue Pflegesätze zu vereinbaren haben. Ebenso sind mit Blick auf die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs die Personalstruktur und die Personalrichtwert-Vereinbarungen zu prüfen und auf die neuen Pflegegrade anzupassen. Im Überleitungsjahr 2016 werden somit sowohl die Rahmenverträge als auch Versorgungsverträge für die ambulante und die stationäre Pflege zwischen den Pflegekassen und den Einrichtungen neu zu verhandeln sein.

Im Rahmen der Umstellung auf die fünf neuen Pflegegrade sollen Benachteiligungen für Betroffene, die bereits Leistungen beziehen, durch Überleitungsregelungen möglichst ausgeschlossen werden. Dies wird durch Vorgaben für eine pauschale Überleitung bereits Pflegebedürftiger ohne neue Begutachtung in die neuen Pflegegrade, die Setzung der entsprechenden Leistungsbeträge sowie begleitende Regelungen insbesondere für den stationären Bereich erreicht. Für die Vergütungsvereinbarungen der voll- und teilstationären Pflegeeinrichtungen mit den Kostenträgern sind weitere Auffangregelungen zur Überleitung vorgesehen, sofern bis zum Umstellungszeitpunkt keine neuen Vereinbarungen verhandelt wurden.

Auch hier sind die Möglichkeiten des Landes beschränkt, Einfluss zu nehmen. Lediglich als Träger der überörtlichen Sozialhilfe ist das Land allein im Bereich der Rahmenvertragsverhandlungen für die vollstationäre Pflege Vertragspartei. In diesem Zusammenhang wird sich die Landesregierung für eine bessere Personalausstattung in der Pflege und eine tarifgerechte Entlohnung einsetzen.

5.2 Übertragung des PSG II auf das SGB XII

Die Änderungen in der gesetzlichen Pflegeversicherung durch das PSG II machen auch die Anpassung der Hilfe zur Pflege im Zwölften Buch Sozialgesetzbuch (SGB XII) notwendig, da die Vorschriften im SGB XII zum einen umfänglich auf Regelungen im SGB XI verweisen und zum anderen eine Rückverengung

des künftig breiter gefassten Verständnisses von Pflegebedürftigkeit in der Sozialhilfe nicht begründbar ist.

Regelungsbedarf wird zum Beispiel hinsichtlich des Vor- und Nachrangverhältnisses der Leistungen der Pflegeversicherung zu den Leistungen der Hilfe zur Pflege und der Eingliederungshilfe beziehungsweise des angekündigten Bundesteilhabegesetzes gesehen. Auch durch die nicht abschließende Definition der neuen Leistungsart „pflegerische Betreuungsmaßnahme“ im SGB XI kann in der Hilfe zur Pflege nach SGB XII das Leistungsspektrum nachhaltig verändert werden, da Leistungen für Betreuung und psychosoziale Unterstützung neben die Leistungen für grundpflegerische und hauswirtschaftliche Bedarfe treten werden. Ebenso blieb die finanzielle Wechselwirkung der zukünftigen Belastungen der Sozialhilfe durch die Einführung „pflegerischer Betreuungsmaßnahmen“ als Regelleistung der Pflege bislang außer Betracht.

Für Menschen mit Hilfebedarfen, die nicht den Pflegegrad 1 erreichen, bedarf es der Klärung, welche Hilfeleistung bei Sozialhilfebedürftigkeit die Bedarfsdeckung gewährleistet und wie sich die Hilfe zur Pflege zu den anderen Sozialhilfeleistungen abgrenzt.

Des Weiteren werden einige, durch das PSG II eingeführte Regelungen bei der individuellen Kostenbelastung der Bewohnerinnen und Bewohner zu Verschiebungen führen, was auch Auswirkungen auf die finanziellen Gesamtfolgen für Länder und Kommunen hat. Als Beispiele sind hier die für alle Vertragsparteien verbindliche Vorgabe zur Vereinbarung pflegegradunabhängiger Eigenanteile in der vollstationären Pflege und die Erhebung von Bedarfen in den maßgeblichen Kriterien für „außerhäusliche Aktivitäten“ und für „Haushaltsführung“ zu nennen, die nicht die Pflegeversicherungsleistungen erhöhen, aber zum Teil gegenüber dem zuständigen Träger der Sozialhilfe geltend gemacht werden können.

Eine Vorfestlegung durch das PSG II zulasten der Träger der Sozialhilfe muss vermieden werden. Niedersachsen spricht sich für eine zeitgleiche Übertragung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs (01. Januar 2017) auf das Sozialhilferecht aus und wird sich gemeinsam mit den anderen Ländern bei den entsprechenden Überlegungen einbringen.

5.3 Stärkung der Strukturverantwortung der Länder in der Pflege

Die Rahmensetzung für die Pflege und deren zukunftsgerichte Ausgestaltung fällt maßgeblich den Pflegekassen und den weiteren Vertragsparteien nach § 71ff. SGB XI zu. Zugleich haben die Länder die Strukturverantwortung in der Pflege. Die Landesregierung wird die gesetzliche Inpflichtnahme der Verantwortungsgemeinschaft aller Akteure der Pflege Niedersachsens weiter konsequent verfolgen.

Sollte absehbar sein, dass die wesentlichen Rahmenbedingungen für eine zukunftsgerechte Ausgestaltung der Pflege nicht geschaffen werden können - und die Selbstverwaltungsparteien ihren gesetzlich verankerten Aufgaben nicht gerecht werden - muss über weitere Möglichkeiten zur Stärkung der Strukturverantwortung im Rahmen des SGB XI neu nachgedacht werden. Zu betrachten wäre dabei die Frage, ob im Falle eines drohenden Versorgungsengpasses die Länder im Rahmen ihrer Strukturverantwortung berechtigt werden können, verbindliche Rahmenvorgaben für die Verhandlungspartnerinnen und Verhandlungspartner durch Rechtsverordnung festzusetzen, ebenso müsste in diesem Zusammenhang die Bedarfsgerechtigkeit des bisher in § 75 SGB XI vorgesehenen Prinzips der einvernehmlichen und gemeinsamen Entscheidung hinterfragt werden.

5.4 Evaluation der Auswirkungen des PSG II auf die Entwicklung der Vergütungen in den Pflegeberufen

In § 18c Abs. 2 SGB XI ist eine begleitende wissenschaftliche Evaluation von Maßnahmen und Ergebnissen vorgesehen, die gemäß § 18 Abs. 2 S. 3 SGB XI insbesondere auch Erfahrungen und Auswirkungen auf die Entwicklung der ambulanten Pflegevergütung und der stationären Pflegesätze einschließlich der einrichtungseinheitlichen Eigenanteile umfasst. Dies wird erstmals umfassende, flächendeckende Vergleichsergebnisse zu Pflegevergütungen und Pflegesätzen liefern.

5.5 Verzahnung von SGB V und SGB XI

Menschen mit sozialem Betreuungs- oder Pflegebedarf und gleichzeitigem akuten oder chronischen Bedarf an Behandlungspflege und ärztlicher Versorgung sind in der Regel auf Unterstützung und Leistungen sowohl des SGB V als auch des SGB XI angewiesen. Dadurch ist eine Abgrenzung der Leistungen der häuslichen Krankenpflege (§ 37 SGB V) neben ambulanter oder stationärer Pflege oft aufwendig und schwierig. Eine befriedigende Lösung dafür ist bisher nicht in Sicht.

Damit sich Systembrüche zwischen gesundheitlicher und pflegerischer Versorgung nicht negativ auf die Betroffenen und ihre Angehörigen auswirken, ist eine bessere Verzahnung der Leistungen aus SGB V und SGB XI anzustreben. Dies ist auch im Interesse eines sinnvollen Kostenmanagements.

Literaturverzeichnis

Augurzky, B./ Borchert, L./ Deppisch, R./ Krolop, S./ Mennicken, R./ Preuss, M./ Rothgang, H./ Stocker-Müller, M./ Wasem, J. (2008): Heimentgelte bei der stationären Pflege in Nordrhein-Westfalen. Ein Bundesländervergleich. RWI: Materialien, Heft 44.

Arbeitskreis Charta für eine kultursensible Altenpflege/ Kuratorium Deutsche Altershilfe (Hrsg.) (2002): Für eine kultursensible Altenpflege. Eine Handreichung. Darmstadt.

Bank für Sozialwirtschaft (Hrsg.) (2012): BFS Marktreport Pflege 2012. Pflegeheime unter Druck. Köln.

Bauer, U. (2008): Die Zukunft der Pflege – Qualitäts- und Strukturfragen aus Nutzersicht. In: Böcken, J./ Braun, B./ Amhof, R. (Hrsg.): Gesundheitsmonitor 2008. Gütersloh.

Becker, W./ Meifort, B. (1998): Altenpflege – Abschied vom Lebensberuf. Bielefeld.

Behrens, J./ Horbach, A./ Müller, R. (2009): Forschungsstudie zur Verweildauer in Pflegeberufen in Rheinland-Pfalz. Halle.

Beikirch, E./ Breloer-Simon, G./ Rink, F./ Roes, M. (2014): Projekt „Praktische Anwendung des Strukturmodells – Effizienzsteuerung der Pflegedokumentation in der ambulanten und stationären Langzeitpflege“. Abschlussbericht. Berlin/Witten.

Bellmann, L./ Grunau, P./ Maier, F./ Thiele, G. (2012): Struktur der Beschäftigung sowie Entgeltentwicklung in den Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen – 2004 bis 2008. Düsseldorf.

Berliner Rat für Familienfragen (Hrsg.) (2014): Vereinbarkeit von Pflege und Beruf in Berlin. Berlin. berufundfamilie gGmbH/ GfK (2011): Vereinbarkeit von Beruf und Pflege. Repräsentative Befragung deutscher Unternehmen. Frankfurt (Main).

Blinkert, B./ Klie, T. (2006): Die Zeiten der Pflege. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, Ausgabe 39, Nummer 3, Seite 202-210.

Blome, A./ Keck, W./ Alber, J. (2008): Generationenbeziehungen im Wohlfahrtsstaat. Lebensbedingungen und Einstellungen von Altersgruppen im internationalen Vergleich. Wiesbaden.
Bochow, M. (2005): Ich bin doch schwul und will es immer bleiben / Schwule Männer im dritten Lebensalter. Hamburg.

BQS-Institut für Qualität & Patientensicherheit (2014): Vom Bedarf zur Reha: Bestandsaufnahme zur medizinischen Rehabilitation für pflegende Angehörige. Ein Gutachten im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. Düsseldorf.

Brandes, S./ Ludewig, M./ Wolff, B. (2013a): Identifikation fördernder und hemmender Faktoren bei der Inanspruchnahme von Niedrigschwelligen Betreuungsangeboten – Ergebniszusammenfassung der Expertinnen-Runde. Hannover.

Brandes, S./ Ludewig, M./ Wolff, B. (2013b): Einschätzung der Wirkung von Niedrigschwelligen Betreuungsangeboten durch Angehörigen – Ergebniszusammenfassung der Wirkungsinterviews.
Brause, M./ Kleina, T./ Horn, A./ Schaeffer, D. (2015): Burnout-Risiko in der stationären Langzeitversorgung. Ressourcen und Belastungen von Pflege- und Betreuungskräften. In: Prävention und Gesundheitsförderung, Band 10, Heft 1, Seite 41-48.

Bücker, C. (2008): Familien mit einem pflegebedürftigen Kind – Herausforderungen und Unterstützungserfordernisse. In: Pflege & Gesellschaft, Band 13, Heft 1, Seite 77-88.

Bundesagentur für Arbeit (Hrsg.) (2015): Der Arbeitsmarkt in Deutschland – Altenpflege, Arbeitsmarktberichterstattung März 2015. Nürnberg.

Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (Hrsg.) (2012): Pflegebedürftigkeit und Nachfrage nach Pflegeleistungen von Migrantinnen und Migranten im demographischen Wandel. Nürnberg.

Bundesministerium des Inneren (Hrsg.) (2015): Migrationsbericht des Bundesamtes für Migration und Flüchtlinge im Auftrag der Bundesregierung. Berlin.

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.) (2008): Handbuch für eine kultursensible Altenpflegeausbildung - Eine Arbeitshilfe für Pflegeschulen und Pflegeeinrichtungen. Berlin.

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.) (2011): Vereinbarkeit von Beruf und Pflege. Wie Unternehmen Beschäftigte mit Pflegeaufgaben unterstützen können. Berlin.

Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.) (2011): Abschlussbericht zur Studie „Wirkungen des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes“. Bericht zu den Repräsentativerhebungen im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. Berlin.

Bundesministerium für Gesundheit (2012): Das Pflege-Neuausrichtungs-Gesetz. 3. aktualisierte Auflage. Berlin.

CIMA Institut für Regionalwirtschaft Hannover GgmbH (Hrsg.) (2014): Gutachten zur Erforderlichkeit eines Umlageverfahrens zur Finanzierung der Ausbildungsvergütungen in der Altenpflege. Hannover.

Czekanowski, P./ Mnich, E./ McKee, K./ Öberg, B./ Prouskas, C./ Quattrini, S. (2008): Main characteristics of the sample: Older care-recievers and their main family carers. In: Lamura, G/ Döhner, H./ Kofahl, C. (Hrsg.): Family carers of older people in Europe: A six country comparative study. Berlin, Seite 117-145.

DatenClearingStelle (Hrsg.) (2015): Newsletter der DCS-Pflege - Monat Juli 2015. Berlin.

Deutsche Alzheimer Gesellschaft Selbsthilfe Demenz e. V. (Hrsg.) (2013): Menschen mit Demenz im Krankenhaus. Auf dem Weg zum demenzsensiblen Krankenhaus. Berlin.

Deutscher Bundestag (Hrsg.) (2013): Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Lisabeth Scharfenberg, Sven-Christian Kindler, Katja Dörner, weiterer Abgeordneter und

der Fraktion BÜNDNIS 90/Die Grünen zum Stand der Umsetzung des Familienpflegezeitgesetzes – Drucksache 17/12166. Berlin.

Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (Hrsg.) (2009): Expertenstandard Entlassmanagement in der Pflege. Osnabrück.

Deutsches Zentrum für Altersfragen (Hrsg.) (2007): Report Altersdaten, Statistisches Informationssystem GeroStat. In: Alter und Pflege, Heft 3. Berlin.

Dorin, L./ Büscher, A. (2012): Ambulante Pflegearrangements von Schwerpflegebedürftigen: Präferenzen, Erwartungen, Entscheidungshintergründe. In: Böcken, J./ Braun, B./ Repschläger, U. (Hrsg.): Gesundheitsmonitor 2012. Bürgerorientierung im Gesundheitswesen. Gütersloh, Seite 248-270.

Emme von der Ahe, H./ Weidner, F./ Laag, U./ Blome, S. (2012): Entlastungsprogramm bei Demenz - EDe II: Optimierung der Unterstützung für nicht erheblich pflegebedürftige Demenzerkrankte und ihre Angehörigen. Berücksichtigung pflegepräventiver Ansätze. Minden und Köln.

Engel, H./ Schmitt-Schäfer, T. (2004): Erhebung des umfassenden Hilfebedarfs von geistig-, körperlich- und sinnesbehinderten Menschen in stationären Einrichtungen der Eingliederungshilfe in Hamburg. Köln.

Geyer, J./ Schulz, E. (2014): Who cares? Die Bedeutung der informellen Pflege durch Erwerbstätige in Deutschland. In: DIW Wochenberichte, Nummer 14, Seite 293-301.

GKV-Spitzenverband (Hrsg.) (2011): Recherche und Analyse von Pflegebedürftigkeitsbegriffen und Einschätzungsinstrumenten. Schriftenreihe Modellprogramm zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung. Band 1, Bielefeld.

GKV-Spitzenverband (Hrsg.) (2015): Praktikabilitätsstudie zur Einführung des NBA in der Pflegeversicherung. Berlin.

Görge, T./ Greve, W./ Tesch-Römer, C./ Pfeiffer, C. (2004): Kriminalität und Gewalt im Leben alter Menschen: Opfererfahrungen, Sicherheitsgefühl und Kriminalitätsfurcht älterer Menschen im alltäglichen Lebensumfeld und in häuslichen Pflegekontexten. Hannover.

Gröning, K./ Lietzau, Y. (2010): Gewalt gegen ältere Menschen. In: Aner, K./ Karl, U. (Hrsg.): Handbuch sozialer Arbeit und Alter. Wiesbaden, Seite 361-367.

Grunwald, K./ Kuhn, C./ Meyer, T./ Voss, A. (2012): Demenz bei Menschen mit geistiger Behinderung. Eine empirische Bestandsaufnahme. Bad Heilbrunn.

Hasselhorn, H.-M./ Müller, B./ Tackenberg, P./Kümmerling/ Simon, M. (2005): Berufsausstieg bei Pflegepersonal. Arbeitsbedingungen und beabsichtigter Berufsausstieg bei Pflegepersonal in Deutschland und Europa. Dortmund, Berlin und Dresden.

Haux, R. (2016): Informatik in der Gesundheitsversorgung: Wird es durch assistierende Gesundheitstechnologien zu neuen Lebensweisen und zu neuen Versorgungsformen kommen? Erscheint In: Braunschweigische Wissenschaftliche Gesellschaft (Hrsg.). Jahrbuch 2015. Braunschweig.

Heinen, I./ von den Bussche, H./ Koller, D./ Wiese, B./ Hansen, H./ Schäfer, I./ Scherer, M./ Schön, G./ Kaduszkiewicz, H. (2015): Morbiditätsunterschiede bei Pflegebedürftigen in Abhängigkeit von Pflege-sektor und Pflegestufe – eine Untersuchung auf der Basis von Abrechnungsdaten der Gesetzlichen Krankenversicherung. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie Band 48, Heft 3, Seite 237-245.

Hellige, B. /Hüper, C. (2013): Bericht der wissenschaftlichen Begleitforschung zum Projekt „Niedrigschwellige Betreuungsangebote für Demenzerkrankte mit Migrationshintergrund in Hannover“. Hannover (unveröffentlicht).

Hohmeyer, K./ Kopf, E. (2015): Pflegende in Arbeitslosengeld-II-Haushalten: Wie Leistungsbezieher Pflege und Arbeitssuche vereinbaren. In: IAB-Kurzbericht, Heft 5, Seite 1-7.

Infratest dimap (Hrsg.) (2013): Evaluationsstudie „Pflegekammer Niedersachsen“. Eine Studie im Auftrag des Niedersächsischen Ministeriums für Soziales, Frauen, Familie, Gesundheit und Integration. Berlin.

Institut der deutschen Wirtschaft Köln (Hrsg.) (2015): Realitätscheck für die Politik. Köln.

Institut für Arbeit und Technik (Hrsg.) (2009): Die deutsche Gesundheitswirtschaft - Defizite ihrer außenwirtschaftlichen Aktivität und wirtschaftlichen Handlungsoptionen. Expertise im Auftrag des BMWI. Gelsenkirchen.

Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (Hrsg.) (2015): Viel Varianz. Was man in den Pflegeberufen in Deutschland verdient. Nürnberg.

Institut für Demoskopie Allensbach (Hrsg.) (2012): Weil Zukunft Pflege braucht. R + V-Studie zu Frauen und Pflege. Wiesbaden.

Jabsen, A./ Blossfeld, H. P. (2008): Die Auswirkungen häuslicher Pflege auf die Arbeitsteilung in der Familie. In: Zeitschrift für Familienforschung, Ausgabe 20, Nummer 3, Seite 293-321.

Joost, A./ Kipper, J./ Tewolde, T. (2009): Berufsverläufe von Altenpflegerinnen und Altenpflegern. Frankfurt (Main).

Kalytta, T./ Metz, A.-M. (2003): Stationäre und teilstationäre Altenpflege – Belastungen und Beanspruchungen der Pflegekräfte. In: Wirtschaftspsychologie aktuell, Nummer 4, Seite 41-45.

Keck, W. (2012): Die Vereinbarkeit von häuslicher Pflege und Beruf. Bern.

Keck, W./ Saraceno, C./ Hessel, P. (2009): Balancing elderly care and employment in Germany. Discussion Paper. Berlin.

Klaus, D./ Tesch-Römer, C. (2014): Pflegende Angehörige und Vereinbarkeit von Pflege und Beruf: Befunde aus dem Deutschen Alterssurvey 2008. Berlin.

Klie, T. (2011): Moratorium Nein zu Pflege-Noten. Freiburg.

Kofahl, C./ Lüdecke, D. (2014): Familien im Fokus. Die Lebens- und Versorgungssituation von Familien mit chronisch kranken und behinderten Kindern in Deutschland. Ergebnisse der Kindernetzwerk-Studie. Berlin.

Kohler, S./ Döhner, H. (2011): Carers@Work. Carers between Work and Care. Conflict or Chance? Results of Interviews with Working Carers. Hamburg.

Korczak, D./ Steinhauser, G./ Kuczera, C. (2012): Effektivität der ambulanten und stationären geriatrischen Rehabilitation bei Patienten mit der Nebendiagnose Demenz. Köln: DIMDI.URL: http://portal.dimdi.de/de/hta/hta_berichte/hta331_bericht_de.pdf (aktuell am 17.12.2015)

Künemund, H. (2005): Produktive Tätigkeiten. In: Kohli, M./ Künemund, H. (Hrsg.): Die zweite Lebenshälfte: Gesellschaftliche Lage und Partizipation im Spiegel des Alters-Survey. 2. Auflage. Wiesbaden, Seite 277-317.

Künemund, H. (2008): Tätigkeiten und Engagement im Ruhestand. In: Tesch-Römer, C./ Engstler, H./ Wurm, S. (Hrsg.): Altwerden in Deutschland. Wiesbaden, Seite 289-327.

Kuhlmey, A./ Suhr, R./ Blüher, S./ Dräger, D. (2013): Das Risiko der Pflegebedürftigkeit: Pflegeererfahrungen und Vorsorgeverhalten bei Frauen und Männern zwischen dem 18. und 79. Lebensjahr. In: Böcken, J./ Braun, B./ Repschläger, U. (Hrsg.): Gesundheitsmonitor 2013. Bürgerorientierung im Gesundheitswesen. Kooperationsprojekt der Bertelsmann Stiftung und der BARMER GEK. Gütersloh, Seite 10-38.

Lopez-Hartmann, M./ Wens, J./ Verhoeven, V./ Remmen, R. (2012): The effect of caregiver support interventions for informal caregivers of community-dwelling frail elderly: a systematic review. In: International Journal of Integrated Care, Ausgabe 12, Seite 1-15.

Ludwig, W./ Wolf, K.-H./ Duwenkamp, C./ Gusew, N./ Hellrung, N. (2012): Health-enabling technologies for the elderly – an overview of services based on a literature review. Comput Methods Programs Biomed.

Lüdecke, D./ Mnich, E. (2009): Vereinbarkeit von Beruf und Pflege – Unterschiede von pflegenden Männern und Frauen. In: Behrens, J. (Hrsg.): „Pflegebedürftige“ in der „Gesundheitsgesellschaft“. Langzeitbetreuung und Pflege im Spannungsfeld neuer Bewältigungsstrategien. 4. Tagung der Forschungsverbünde „Pflege und Gesundheit“ und 7. Internationaler Kongress der österreichischen, deutschen und schweizer Fachgesellschaft für Gesundheits- und Medizinsoziologie vom 26.-28. März 2009, Halle (Saale). Hallesche Beiträge zu den Gesundheits- und Pflegewissenschaften, Auflage 8, Nummer 1, Seite 1-14.

Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V. (Hrsg.) (2007): Pflegebericht des Medizinischen Dienstes 2005, Essen.

Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V. (Hrsg.) (2010): Evaluation der Transparenzvereinbarungen. Quantitative und qualitative Auswertung der Transparenzergebnisse der medizinischen Dienste für die stationäre und ambulante Pflege. Essen.

Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V. (Hrsg.) (2013): Begutachtungen des Medizinischen Dienstes für die Pflegeversicherung – Pflegebericht 2011/2012. Essen.

Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V./ GKV-Spitzenverband (Hrsg.)(2013): Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes zur Begutachtung von Pflegebedürftigkeit nach dem XI. Buch des Sozialgesetzbuches. Essen.

Meier-Baumgartner, H.P./ Pientka, L./ Anders, J./ Heer, J./ Friedrich, C. (2002): Die Effektivität der postakuten Behandlung und Rehabilitation älterer Menschen nach einem Schlaganfall oder einer Hüftgelenksnahe Fraktur. Arbeitspapier. Stuttgart.

Meins, W. (1995): Demenz und geistige Behinderung. In: Zeitschrift für Gerontopsychologie und -psychiatrie Band 8, S. 135-151.

Metzing, S. (2007): Kinder und Jugendliche als pflegende Angehörige. Erleben und Gestalten familiärer Pflege. Bern (u. a.).

Neumeier, S. (2015): Lokale Verteilung ambulanter Pflegedienste nach SGB XI in Deutschland auf Basis eines rasterbasierten GIS-Erreichbarkeitsmodells. Thünen-Working-Paper 47, Braunschweig.

Nicolai, M.-T./ Wolff, B. (2013): Nutzerstruktur der Niedrigschwelligen Betreuungsangebote und Quantifizierung bislang unerreichter Berechtigten Gruppen – Ergebniszusammenfassung einer Halbjahresdokumentation und Vergleich mit Daten des MDK N und der AOK N. Hannover.

Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Frauen, Familie, Gesundheit und Integration (Hrsg.) (2012): Evaluation von Beratungsangeboten für Familien und ältere Menschen in Niedersachsen. Vorhaben des Niedersächsischen Ministeriums für Soziales, Frauen, Familie, Gesundheit und Integration. Endbericht. Hannover.

Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung (Hrsg.) (2014): Migration und Teilhabe in Niedersachsen, Integrationsmonitoring 2014. Hannover.

Perrig-Chiello, P./ Höpflinger, F. (2012): Pflegende Angehörige älterer Menschen. Probleme, Bedürfnisse, Ressourcen und Zusammenarbeit in der ambulanten Pflege. Bern.

Pinquart, M./ Sörensen, S (2002): Interventionseffekte auf Pflegenden Dementer und andere informelle Helfer: Eine Metaanalyse. In: Zeitschrift für Gerontopsychologie und -psychiatrie, Ausgabe 15, Nummer 2, Seite 85-100.

Plötz, K. (2013): Wie ist das denn mit denen? Ein paar Seiten für alle, die mehr über das lesbische Leben wissen wollen. Hannover.

Preuß, M. (2013): Vereinbarkeit von Pflege und Erwerbstätigkeit. Vermittlungshandeln in einem komplexen Spannungsfeld. Wiesbaden.

Reichert, M. (2012): Vereinbarkeit von Erwerbstätigkeit und Pflege – eine Bestandsaufnahme. In: Bisbinck, R./ Bosch, G./ Hofemann, K./ Naegle, G. (Hrsg.): Sozialpolitik und Sozialstaat. Festschrift für Gerhard Bäcker. Wiesbaden, Seite 323-333.

Rinderspacher, J. P./ Herrmann-Stojanov, I./ Pfahl, S./ Reuß, S. (2009): Zeiten der Pflege. Eine explorative Studie über individuelles Zeitverhalten und gesellschaftliche Zeitstrukturen in der häuslichen Pflege. Berlin (u. a.).

Robert-Koch-Institut (Hrsg.) (2013): HIV/AIDS in Niedersachsen – Eckdaten der Schätzung. Epidemiologische Kurzinformation des Robert-Koch-Instituts. Berlin.

Robert-Koch-Institut (Hrsg.) (2014): HIV-Infektionen und AIDS-Erkrankungen in Deutschland – Bericht zur Entwicklung im Jahr 2013 aus dem Robert-Koch-Institut. Epidemiologisches Bulletin, Nummer 26, Berlin.

Rosenthal, C. J./ Martin-Mathews, A./ Keefe, J. M. (2007): Care management and care provision for older relatives among employed informal care-givers. In: Ageing & Society, Nummer 27, Heft 3, Seite 755-778.

Rothgang, H./ Müller, R./ Unger, R. (2013): Barmer GEK Pflegereport 2013. Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Band 32. Schwäbisch Gmünd.

Rothgang, H./ Müller, R./ Mundhenk, R./ Unger, R. (2014): Barmer GEK Pflegereport 2014. Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Band 29. Schwäbisch Gmünd.

Rott, C./ Jopp, D.S. (2012): Das Leben der Hochaltrigen. Wohlbefinden trotz gesundheitlicher Einschränkungen. In: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz Band 4/55. S. 474-480

Runde, P./ Giese, R./ Kaphengst, C./ Hess, J./ Weber, S. (2011): AOK-Trendbericht Pflege II – Entwicklungen in der häuslichen Pflege seit Einführung der Pflegeversicherung. Hamburg.

Schmidt, R./ Gräbel, E. (2012). Belastungsaspekte pflegender Angehöriger. In: Schmidt, R./ Thiele, H./ Leibig, A. (Hrsg.): Pflege in der Rehabilitation. Medizinische Rehabilitation und Pflegeintervention. Stuttgart. Seite 285-291.

Schneekloth, U./ Leven, I. (2003): Hilfe- und Pflegebedürftigkeit in Privathaushalten in Deutschland 2002. Schnellbericht. Erste Erkenntnisse der Repräsentativerhebung im Rahmen des Forschungs-Projektes „Möglichkeiten und Grenzen der selbstständigen Lebensführung hilfe- und pflegebedürftiger Menschen in Privathaushalten“. München.

Schneekloth, U./ Wahl, H. W. (2005): Möglichkeiten und Grenzen selbstständiger Lebensführung in privaten Haushalten (MuG III): Repräsentativbefunde und Vertiefungsstudien zu häuslichen Pflegearrangements, Demenz und professionellen Versorgungsangeboten. Integrierter Abschlussbericht im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, München.

Schneekloth, U./Wahl H. W. (2006): Selbstständigkeit und Hilfebedarf bei älteren Menschen in Privathaushalten. Pflegearrangements, Demenz, Versorgungsangebote. Stuttgart.

Schneider, N. F./ Häuser, J. C./ Ruppenthal, S. M./ Stengel, S. (2006): Familienpflege und Erwerbstätigkeit. Eine explorative Studie zur betrieblichen Unterstützung von Beschäftigten mit pflegebedürftigen Familienangehörigen. Mainz.

Schultz, C./ Dankers, F. (2015): Vereinbarkeit von Beruf und Familie in Altenpflegeeinrichtungen. Eine Studie des Netzwerkbüros „Erfolgsfaktor Familie“ und der Christian-Albrechts-Universität zu Kiel in Zusammenarbeit mit dem Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e. V., Kiel.

Schupp, J./ Künemund, H. (2004): Private Versorgung und Betreuung von Pflegebedürftigen in Deutschland. DIW-Wochenberichte, Nummer 71, Seite 289-294.

Selbsthilfe-Büro Niedersachsen (2015): Themen von Selbsthilfegruppen in Niedersachsen. Hannover.

Seger, W./ Sittaro, N.-A./ Lohse, R./ Rabba, J. (2013): Vergleich von Pflegeverlauf und Sterblichkeit von Pflegebedürftigen mit und ohne Rehabilitation. Hannover Morbiditäts- und Mortalitätspflegestudie. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie Band 3.

Simon, M./ Tackenberg, P./ Hasselhorn, H.-M./ Kümmerling, A./ Büscher, A./ Müller, B. H. (2005): Auswertung der ersten Befragung der NEXT-Studie in Deutschland. Wuppertal.

Spitzenverband der Gesetzlichen Krankenversicherung (Hrsg.) (2011): Das neue Begutachtungsinstrument zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit. Berlin.

Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2015): Pflegestatistik 2013 – Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung – Deutschlandergebnisse. Wiesbaden.

Stegmann, M./ Mika, T. (2007): Ehrenamtliche Pflege in Versichertenbiografien. In: Deutsche Rentenversicherung, Seite 171-189.

Techniker Krankenkasse (Hrsg.) (2013): Bleib locker, Deutschland! – TK-Studie zur Stresslage der Nation. Hamburg.

Techniker Krankenkasse (Hrsg.) (2014): TK-Pflegestudie 2014. Hamburg.

Theobald, H./ Szebehely, M./ Preuß, M. (2013): Arbeitsbedingungen in der Altenpflege. Die Kontinuität der Berufsverläufe – ein deutsch-schwedischer Vergleich. Berlin.

Theunissen, G. (2000): Alte Menschen mit geistiger Behinderung und Demenz: Handlungsmöglichkeiten aus pädagogischer Sicht. In: Bundesvereinigung Lebenshilfe für Menschen mit geistiger Behinderung e.V. (Hrsg.) (2000) Persönlichkeit und Hilfe im Alter: Zum Alterungsprozess bei Menschen mit geistiger Behinderung. Auflage 2. Marburg.

Wakabayashi, C./ Donato, K. M. (2006): Does caregiving Increase Poverty among Women in Later Life? Evidence from Health and Retirement Survey. In: Journal of Health and Social Behavior, Ausgabe 47, Nummer 3, Seite 258-274.

Wissenschaftliches Institut der AOK (Hrsg.) (2014): Krankheitsbedingte Fehlzeiten und gesundheitliche Belastungen in Gesundheitsberufen. Schwerin.

Wolff, B./ Brandes, S. (2013): Gesamterhebung Niedrigschwelliger Betreuungsangebote – Ergebnissammenfassung der Erhebung 2012. Hannover.

Wolff, B./ Ludewig, M./ Brandes, S. (2013): Werkstatt Handbuch Niedrigschwellige Betreuungsangebote – Zentrale Handlungsfelder und Weiterentwicklungspotential. Hannover.

Zentrum für Qualität in der Pflege (Hrsg.) (2014): ZQP-Bevölkerungsbefragung „Aggressionen und Gewalt in der Pflege“. Berlin.

Zentrum für Qualität in der Pflege (Hrsg.) (2015a): ZQP-Unternehmensbefragung „Vereinbarkeit von Pflege und Beruf“. Berlin.

Zentrum für Qualität in der Pflege (Hrsg.) (2015b): Alternde Migranten und Pflege in Deutschland – eine Bestandsaufnahme. Berlin.