

Pflegerische Versorgungsstruktur

Rahmenplanung bis 2020

Rahmenplanung
der pflegerischen Versorgungsstruktur
bis 2020



Inhalt	
Zusammenfassung	6
1 Einleitung	7
2 Aktuelle und zukünftige Pflegebedürftigkeit in Hamburg	8
■ 2.1 Bevölkerungsentwicklung	8
2.1.1 Die Bevölkerung insgesamt	8
2.1.2 Bevölkerung mit Migrationshintergrund	9
■ 2.2 Entwicklung der Hilfe- und Pflegebedürftigkeit	11
2.2.1 Pflegebedürftigkeit	11
2.2.2 Hilfebedürftigkeit	13
2.2.3 Prognose der Pflege- und der Hilfebedürftigkeit in Hamburg	13
2.2.4 Pflege- und Hilfebedürftigkeit bei Menschen mit Migrationshintergrund	14
2.2.5 Der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff	15
3 Qualitative Weiterentwicklung der Pflege und weitere Querschnittsthemen	16
■ 3.1 Perspektive: Pflege im Quartier	17
■ 3.2 Querschnittsthema Demenz	20
■ 3.3 Querschnittsthema Gewalt in der Pflege	21
■ 3.4 Querschnittsthema Versorgung von Menschen mit Migrationshintergrund	22
4 Information und Beratung	29
■ 4.1 Informationsschriften und Veröffentlichungen	24
■ 4.2 Beratung	25
4.2.1 Pflegestützpunkte	25
4.2.2 Weitere Beratungsangebote	27
■ 4.3 Versorgungskontinuität	29
5 Pflege zu Hause	31
■ 5.1 Bestand und Entwicklung	31
■ 5.2 Allgemeine Planaussagen	32
■ 5.3 Niedrigschwellige Betreuungs- und Entlastungsangebote sowie Selbsthilfe	33
■ 5.4 Ambulante Pflegedienste	35
■ 5.5 Tagespflege	38
■ 5.6 Kurzzeitpflege	39

6	Neuere Wohnformen bei Hilfe- und Pflegebedürftigkeit	41
■	6.1 Wohn-Pflege-Gemeinschaften	41
■	6.2 Pflege im Quartier	41
7	Vollstationäre Pflege	46
■	7.1 Bestand und Entwicklung	46
■	7.2 Prognose zur Entwicklung von Bedarfen und Angeboten	48
■	7.3 Fachliche Bewertung des Angebots und Ziele	49
■	7.4 Maßnahmen	50
8	Hospizarbeit	52
■	8.1 Ambulante Hospizversorgung	53
■	8.2 Hospize	55
9	Ausbildung und Berufstätigkeit in der Pflege	57
■	9.1 Entwicklung der Berufstätigkeit und Prognose des Pflegekraftbedarfs	57
	9.1.1 Planungsverfahren anderer Länder und hier angewandte Methodik	57
	9.1.2 Ergebnisse	58
	9.1.3 Berufstätigkeit in der Pflege: Einflüsse und mögliche Maßnahmen	59
■	9.2 Entwicklung der Berufsausbildungen und Maßnahmen zur Verbesserung der Ausbildungssituation	61
	9.2.1 Zahlenmäßige Entwicklung der Berufsausbildungen	61
	9.2.2 Maßnahmen zur Verbesserung der Ausbildungssituation in der Altenpflege	61
■	9.3 Pflegeorganisation als Leitungsaufgabe	62
10	Anhang	63
■	10.1 Datenquellen und Prognoseverfahren	63
	10.1.1 Datenquellen	63
	10.1.2 Prognoseverfahren	64
■	10.2 Anhang Bevölkerung und Pflegebedürftigkeit	68
■	10.3 Tabellenverzeichnis	72

Die Sicherung der Hilfe bei Pflegebedürftigkeit ist eine wichtige Zukunftsaufgabe für die Stadt Hamburg. Das Eintreten von Pflegebedürftigkeit ist stark altersabhängig. Mit der Zunahme der Zahl über 80-Jähriger Menschen in Hamburg geht eine deutliche Erhöhung der Zahl Pflegebedürftiger einher. Während die Pflegestatistik für 2013 fast 50.000 Menschen mit Pflegebedarf verzeichnet, wird für 2020 eine Zahl von 54.000 und für 2030 von 62.000 prognostiziert. Bei jedem dritten pflegebedürftigen Menschen in Hamburg liegt eine Einschränkung der Alltagskompetenz, meist wegen einer dementiellen Erkrankung, vor.

Die größte Herausforderung für die Zukunft ist, den steigenden Bedarf an ausgebildeten Pflegekräften zu sichern. Die Prognosen zu diesem Thema zeigen, dass angesichts eines steigenden Durchschnittsalters der Beschäftigten von Pflegeeinrichtungen der jetzige, im Zeitvergleich schon sehr erfreuliche Stand in der Altenpflegeausbildung nicht ausreicht, um auch nur den Personalbestand aufrecht zu erhalten. Um die Pflege der größer werdenden Zahl Pflegebedürftiger sicherstellen zu können, sind ein weiter verbessertes Personalmanagement in den Betrieben und eine Erhöhung der Ausbildungsleistung notwendig. Ein weiterer Schritt ist die Einführung des neuen Pflegeberufs durch Bund und Länder, die den an einer Pflegeausbildung interessierten Menschen eine breitere Berufsperspektive eröffnet. Die notwendigen Umstellungsmaßnahmen in den Pflegeeinrichtungen und Pflegeschulen sollen in bewährter Weise durch übergreifende Projekte unterstützt werden, für die eine anteilige Finanzierung aus EU-Mitteln genutzt werden kann. Zu diesen Projekten wird voraussichtlich die Integration von Flüchtlingen in den Hamburger Pflege-Arbeitsmarkt gehören.

Diese Rahmenplanung geht auf zwei Gruppen von Hilfe- und Pflegebedürftigen speziell ein: Menschen mit Migrationshintergrund und Menschen mit Demenz. Ansätze zur besseren Integration dieser Gruppen sind in Hamburg auf den Weg gebracht und erprobt worden, sie müssen verbreitet und weiterentwickelt werden.

Eine wichtige Perspektive ist die verstärkte fachpolitische Ausrichtung auf eine Pflege im Quartier. Der Grundgedanke ist, dass durch die Kombination verschiedener beruflicher und ehrenamtlicher Angebote sowohl Versorgungssicherheit als auch soziale Teilhabe im Stadtteil sichergestellt werden sollen und damit in vielen Fällen ein pflegebedingter Umzug und eine vollstationäre Pflege unnötig werden. Der Senat wird entsprechende Projekte verstärkt unterstützen. Diese Projekte fußen auf den bewährten Angeboten der ambulanten und stationären Pflege. Sie ergänzen sie und werden sie im Einzelfall weiterentwickeln, ohne sie zu ersetzen.

Konflikte in Pflegesituationen sind eine starke Belastung für Pflegebedürftige und (familiäre oder berufliche) Pflegepersonen – sie können leicht eskalieren. Die Angst vor Gewalt in der Pflege wird in der vorliegenden Rahmenplanung erstmalig aufgenommen und analysiert. In Hamburg erprobte und Erfolg versprechende Ansätze wie der „Werdenfelser Weg“ können als Beispiel für angestrebte Verbesserungsmöglichkeiten herangezogen werden.

Eine alle fünf Jahre fortgeschriebene Rahmenplanung ist zunächst eine Momentaufnahme der Situation, der Themen und der Prognosen zum Zeitpunkt der Erstellung. Die vorliegende Rahmenplanung bis 2020 zeigt aber dringende Bedarfe und Ansatzpunkte für die Aufgaben einzelner Beteiligten und für gemeinsames Handeln auf. Die Umsetzung im Einzelnen muss im Planungszeitraum geschehen und wird durch die zuständigen Behörden und den Landespflegeausschuss intensiv begleitet.

Die Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz legt auf Grundlage des Hamburgischen Landespflegegesetzes die Rahmenplanung der pflegerischen Versorgungsstruktur bis 2020 vor. Sie setzt dabei die gesetzliche Vorgabe (§ 2 Abs. 2 Hamburgisches Landespflegegesetz (HmbLPG)) um:

„(2) Die Rahmenplanung stellt den Bestand an Pflegeeinrichtungen und komplementären Angeboten fest, bewertet die Angebote hinsichtlich ihrer Zahl und der Qualität vor dem Hintergrund der Bedarfe von Pflegebedürftigen und Pflegepersonen und des Zusammenwirkens im Rahmen der pflegerischen Versorgung, trifft Aussagen über die voraussichtliche Entwicklung der Bedarfe insbesondere unter Berücksichtigung der Bevölkerungsentwicklung, formuliert quantitative und qualitative Ziele für die Versorgungsstruktur und benennt Maßnahmen zur Weiterentwicklung der Versorgungsstruktur. Dabei berücksichtigt die Rahmenplanung Strukturen und Planungen im Gesundheitswesen.“

Die Planung beschreibt den Rahmen, in dem die Langzeitpflege in Hamburg stattfindet und die Perspektiven seiner Weiterentwicklung. Sie dient damit allen an der pflegerischen Versorgung Beteiligten als Orientierungshilfe und Planungsgrundlage.

Der Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz ist bewusst, dass die Entwicklung der Pflege stark von unabhängigen Entscheidungen der Träger pflegerischer Angebote und durch Vertragsbeziehungen zwischen Leistungsträgern und Leistungserbringern bestimmt wird. Andererseits sollen auch Positionen von Betroffenenvertretern und der wissenschaftliche Sachverstand Gehör finden. Deshalb wurde bei dieser Rahmenplanung Wert darauf gelegt, den Landespflegeausschuss sehr frühzeitig in die Planung einzubeziehen. Daher hat der Landespflegeausschuss im Dezember 2014 die Tagung „Pflegen im Quartier“ durchgeführt, deren Ergebnisse in die Planung eingeflossen sind. In einer Arbeitsgruppe des Landespflegeausschusses wurden im weiteren Verlauf schon frühe Entwürfe der Planung diskutiert. Damit wird die gemeinsame Verantwortung aller an der pflegerischen Versorgung Beteiligten (§ 8 SGB XI, §§ 1 und 2 HmbLPG) schon in der Planung umgesetzt.

Geprägt ist diese Planung auch von fachpolitischen Zielsetzungen der zuständigen Behörde bzw. des Senats. Dort werden programmatische Aussagen getroffen, die dieser Planung zugrunde liegen.

Die zuständige Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz legt diesen Bericht vor und verantwortet ihn. Die frühzeitige Einbeziehung des Landespflegeausschusses in diese Landesrahmenplanung bedeutet daher im Umkehrschluss nicht, dass alle Aussagen, Planungsschritte, Einschätzungen und insbesondere Bewertungen in diesem Bericht von allen beteiligten Interessengruppen geteilt werden. Unabhängig von dieser Einschränkung bildet die Rahmenplanung überwiegend den hohen Konsens zur Weiterentwicklung der pflegerischen Versorgungsstruktur in Hamburg ab.

Im Vergleich zur letzten Rahmenplanung bis 2015 wurde ein größeres Gewicht auf die wichtigen Querschnittsthemen (Pflege im Quartier, Demenz, Gewalt in der Pflege, Versorgung von Menschen mit Migrationshintergrund) gelegt.

Änderungen durch das am 01. Januar 2016 in Kraft tretende Zweite Pflegestärkungsgesetz (PSG II) werden in dieser Planung angesprochen, soweit sie schon konkreter absehbar sind. Noch unklar ist die zukünftige rechtliche Gestaltung der Schnittstelle zur Eingliederungshilfe. Daher wird die Situation von Menschen mit Behinderung, die Leistungen der Eingliederungshilfe erhalten, in dieser Planung nicht speziell behandelt.

Die Zahl und die Potentiale derjenigen, die aus der Erwerbsphase ihres Lebens ausgeschieden sind und sich aktiv in die Gestaltung der Stadt einbringen wollen, wachsen. In der Unterstützung für hilfe- und pflegebedürftige Mitbürger hat sich in den letzten Jahren ein Feld breiten bürgerchaftlichen Engagements entwickelt, in dem sowohl jüngere wie ältere Hamburger¹ arbeiten. Dies wird in verschiedenen Kapiteln der Rahmenplanung berücksichtigt.

¹ Aus Gründen der einfacheren Lesbarkeit und der Klarheit statistischer Analysen wird für Klassifikationen von Personengruppen grundsätzlich die männliche Bezeichnung gewählt. Die weibliche Bezeichnung wird zusätzlich verwendet, um Differenzierungen nach Geschlecht darzustellen.

■ 2.1 Bevölkerungsentwicklung

2.1.1 Die Bevölkerung insgesamt

Hamburg gehört zu den Wachstumsregionen in Deutschland. Abweichend vom Bundestrend hat die Stadt seit Anfang der 90er Jahre eine Bevölkerungszunahme zu verzeichnen. 2015 leben in Hamburg 1,78 Mio. Einwohner.²

Bundesweit verändert sich als Teil der demografischen Entwicklung die altersmäßige Zusammensetzung der Bevölkerung - mit erheblichen regionalen Unterschieden. Im Jahr 2030 soll mehr als jeder dritte Einwohner Deutschlands über 60 Jahre alt sein.³

Hamburg wird sich trotz Bevölkerungswachstum in den kommenden Jahren, insbesondere nach 2020, auf demografische Veränderungen einstellen müssen. Der Anteil der älteren Bevölkerung und insbesondere der Anteil der Hochbetagten wird in den kommenden Jahren auch in Hamburg steigen, allerdings wegen der Zuwanderung von jüngeren Personen langsamer als im Bundesdurchschnitt.⁴

Die Metropolregion Hamburg gehört zu den sechs bevölkerungsreichsten Metropolregionen Deutschlands. Die wirtschaftliche Stärke und der Wohlstand Hamburgs drücken sich dabei insbesondere durch die Fähigkeit der Regionen aus, Arbeitsplätze bereitzustellen.⁵ Deshalb ist die positive Entwicklung in Bezug auf die Gesamtbevölkerung durch die Attraktivität Hamburgs für jüngere Menschen aus dem ganzen Bundesgebiet zu erklären. Die demografische Entwicklung in Deutschland wird den "Wettbewerb um die klügsten Köpfe" zwischen den verschiedenen Regionen deutlich verstärken. Im Jahr 2030 werden Jugendliche grundsätzlich davon ausgehen können, dass sie in der Wirtschaft als künftige Fachkräfte mit ihren innovativen Ideen gebraucht, geschätzt und umworben werden.⁶ Für die pflegerische Versorgung bedeutet das, dass die Konkurrenz um den Berufsnachwuchs noch stärker werden wird. Zu den Bedingungen unter denen die Pflegeberufe erfolgreich sein können siehe Kapitel 9.

Für die Einschätzung von zukünftigen Bedarfen und Möglichkeiten in der pflegerischen Versorgung ist die Bevölkerungsvorausberechnung eine wichtige Grundlage. In den folgenden Tabellen wird die Entwicklung in verschiedenen Altersgruppen dargestellt.

Tabelle 1:
Bevölkerungs-
prognose nach
Alter bis 2030

Alter	2015	2020	2025	2030
Unter 15	237.700	255.600	266.400	271.400
15 - 25	184.200	182.700	178.400	179.600
25 - 65	1.023.700	1.063.300	1.068.100	1.043.300
65-80	243.300	226.400	236.400	270.100
80 +	91.000	112.200	118.100	118.900
Gesamt	1.779.900	1.840.200	1.867.400	1.883.300

Quelle: Bevölkerungsvorausberechnung für Hamburg 2015, s. 10.1.1.1

Bei der Betrachtung der Tabelle 1 ist gut erkennbar

- eine Stagnation bei der Altersgruppe der 15- bis 25-Jährigen, die für eine Erstausbildung in Frage kommt,⁷
- ein Anstieg der Zahl der 25- bis unter 65-Jährigen von 2015 bis 2025, anschließend sinkt die Zahl,
- eine Abnahme der Zahl der Senioren im Alter 65-80 bis 2020; danach rücken die geburtenstarken Jahrgänge verstärkt in diese Altersgruppe, was den rapiden Anstieg zwischen 2025 und 2030 erklärt,
- ein Anstieg der Zahl der Senioren im Alter von 80 Jahren und älter bis 2025, danach eine durch die geburtenschwachen Jahrgänge der Kriegsgeneration verursachte Stagnation.

2 Bevölkerungsvorausberechnung 2015

3 Demografie-Konzept Hamburg 2030, Hamburg, August 2014, S.14

4 Ebd.

5 Hamburgisches WeltWirtschaftsinstitut. Hamburg 2020 – Chancen nutzen, Zukunft gestalten

<http://www.hwwi.org/publikationen/insights/hwwi-insights-ausgabe-04-2012/hamburg-2020-chancen-nutzen-zukunft-gestalten.html> - abgerufen am 08.10.2015

6 Demografie-Konzept Hamburg 2030, Hamburg, August 2014, S. 26-27

7 Die Untergrenze wurde so gewählt, weil die Vorausberechnung diese Altersklassen vorgibt

2.1.2 Bevölkerung mit Migrationshintergrund

Zu der Bevölkerung mit Migrationshintergrund gehören die ausländische Bevölkerung sowie alle ab 1950 von außerhalb Deutschlands Zugewanderten unabhängig von ihrer Nationalität. Dazu zählen auch die in Deutschland geborenen eingebürgerten früheren Ausländer sowie in Deutschland geborene Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren mit deutscher Staatsangehörigkeit, bei denen sich der Migrationshintergrund aus der Migrationserfahrung der Eltern oder eines Elternteils ableitet. Außerdem gehören zu dieser Gruppe seit 2000 auch die (deutschen) Kinder ausländischer Eltern, die die Bedingungen für das Optionsmodell erfüllen. Nicht zur Bevölkerung mit Migrationshintergrund zählen Flüchtlinge und Vertriebene in Folge des Zweiten Weltkriegs.⁸

Ende 2013 haben rund 550.000 Menschen mit Migrationshintergrund in Hamburg gelebt, das sind knapp 31 % aller Einwohner. Menschen mit Migrationshintergrund die in Hamburg leben, kommen aus fast allen Ländern der Welt. Verstärkt leben auch Menschen mit Migrationshintergrund aus Ländern der europäischen Union in Hamburg.⁹

Die Zuwanderung ist unter anderem aufgrund politischer, wirtschaftlicher und gesellschaftlicher Entwicklung oder Krisen im Heimatland der potenziellen Zuwanderer, aber auch im möglichen Zuwanderungsland, starken temporären Schwankungen unterworfen.

Aus der Zuwanderungsgeschichte in der Bundesrepublik ergeben sich Besonderheiten bei der Bevölkerung mit Migrationshintergrund. Die Immigranten aus der Gastarbeitergeneration kommen zunehmend ins Rentenalter. Deshalb nimmt die Zahl älterer Menschen mit Migrationshintergrund schnell zu.

Verteilung der Bevölkerung mit Migrationshintergrund nach Herkunftsländern und Stadtteilen¹⁰

Als attraktive Stadt für Zuwanderer aus dem In- und Ausland gilt Hamburg trotz niedriger Geburtenraten auch in den kommenden Jahren als verhältnismäßig „junge“ Stadt. Gleichzeitig steigt aber auch die Zahl der Älteren.

Insgesamt leben 72.110 60-Jährige und Ältere mit Migrationshintergrund in Hamburg. Die wichtigsten Bezugsländer sind Polen (17,1 %), die Türkei (16,8 %), die Russische Föderation (7,2 %) und die Staaten der EU ohne Deutschland (39,7 %). Das bedeutet, dass 12.331 Personen, die über 60 Jahre alt sind, polnischer Herkunft sind, 12.114 Personen sind türkischer Herkunft, 5.192 Personen sind russischer Herkunft und 28.628 Personen sind aus den EU-Ländern. Insgesamt beträgt die Zahl der über 60-Jährigen und Älteren mit Migrationshintergrund aus diesen vier Herkunftsregionen 58.265 Personen.

In 20 von 104 Stadtteilen beträgt der Anteil der über 60-Jährigen mit Migrationshintergrund 25 % und mehr. In der Tabelle 20 ist die Verteilung der Bevölkerung (60 Jahre und älter) mit Migrationshintergrund in den 20 Stadtteilen vorgestellt. Die höchste Zahl dieser Über-60jährigen findet sich in drei Hamburger Stadtteilen: In Billstedt leben 4.662 Menschen mit Migrationshintergrund (viele haben einen afghanischen Migrationshintergrund oder mit Bezug zu Ghana und Serbien), in Wilhelmsburg leben 3.151 und in Horn 2.172 Menschen mit Migrationshintergrund. In weiteren sieben Stadtteilen beträgt die Zahl der älteren Menschen mit Migrationshintergrund mehr als 1.000 Personen.

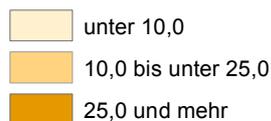
⁸ Statistisches Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein; 22.09.2014; Nr. IX/2014, Bevölkerung mit Migrationshintergrund in den Hamburger Stadtteilen Ende 2013, S. 3

⁹ Statistisches Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein; 22.09.2014; Nr. IX/2014, Bevölkerung mit Migrationshintergrund in den Hamburger Stadtteilen Ende 2013, S. 2

¹⁰ Statistik Nord: Ältere Bevölkerung mit Migrationshintergrund 2013, Sonderauswertung

Bevölkerung mit Migrationshintergrund in Hamburg am 31.12.2013

Anteil der Über-60Jährigen mit Migrationshintergrund
an Bevölkerung über 60 Jahren in Prozent



Landesdurchschnitt:
16,9 %



Prognose der älteren Bevölkerung mit Migrationshintergrund

Die Tabelle 2 zeigt die Prognose der älteren Bevölkerung mit Migrationshintergrund bis 2025. Es ist deutlich, dass die Zahl der Menschen mit Migrationshintergrund von 44.712 (im Jahre 2010) auf 79.307 (im Jahre 2025) um mehr als 70 % steigen wird. Festzustellen ist zudem eine überproportional starke Zunahme der Menschen im Alter von 80 Jahren und älter.

Alter	2010	2015	2020	2025
65-80	35.644	44.649	52.614	61.960
80+	7.644	9.113	13.496	17.347
Gesamt	43.288	53.762	66.110	79.307

Tabelle 2:
Prognose ältere
Bevölkerung mit
Migrationshinter-
grund in Ham-
burg bis 2025

Quelle: Berechnung der BGV (s. 10.1.2.2) auf Basis einer Sonderauswertung von Statistik Nord

Tabelle 21 im Anhang zeigt die Prognose der älteren Bevölkerung mit Migrationshintergrund nach Geschlecht.

■ 2.2 Entwicklung der Hilfe- und Pflegebedürftigkeit

2.2.1 Pflegebedürftigkeit

Pflegebedürftig sind nach der Definition des Pflegeversicherungsgesetzes Personen, die wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung im Bereich der Körperpflege, der Ernährung, der Mobilität und der hauswirtschaftlichen Versorgung auf Dauer - voraussichtlich für mindestens sechs Monate - in erheblichem oder höherem Maße der Hilfe bedürfen. Hauptursachen der Pflegebedürftigkeit bei Älteren sind die „psychischen Störungen und Verhaltensstörungen“, die Krankheiten des Kreislaufsystems sowie die Krebserkrankungen.¹¹ Insbesondere mit den Erstgenannten sind demenzielle Symptome verbunden.

Umfangreiche Informationen zu Pflegebedürftigen und Pflegenden liefert die Pflegestatistik für Hamburg (s. 10.1.1.2). Es gab 2013 49.566 pflegebedürftige Menschen in Hamburg, eine Steigerung von 7,8 % im Vergleich zu 2009.

Das Risiko, pflegebedürftig zu werden, steigt mit dem Alter. 15 % der Pflegebedürftigen sind jünger als 60 Jahre, 66 % sind 75 Jahre und älter, 37 % sind älter als 85 Jahre. Das Durchschnittsalter beträgt 75,8 Jahre. 2009 betrug das durchschnittliche Alter 78 Jahre.¹²

¹¹ Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V. (MDS): Pflegebericht 2011/2012

¹² Das Durchschnittsalter wird von der Pflegestatistik nicht direkt ausgegeben, es kann aber aus den Werten für die Altersklassen ermittelt werden: Unter 60 = 40, 60-65 = 62,5, 65-70 = 67,5, ... 95+ = 97,5. Es handelt sich hierbei um einen Schätzwert, der in erster Linie für Vergleiche mit anderen Daten der Pflegestatistik nützlich ist.

Der Anteil der Pflegebedürftigen in der stationären Pflege an allen Hamburger Pflegebedürftigen beträgt 2013 unverändert 31 %, d.h. zwei Drittel der pflegebedürftigen Menschen werden Zuhause gepflegt. Genutzt wird in der häuslichen Pflege mit 39 % das Pflegegeld, bei 29 % der Pflegebedürftigen ist ein Pflegedienst tätig, 2,2 % nutzen die Tagespflege und 0,9 % die Kurzzeitpflege. Die Anzahl der Leistungsempfänger hat 2013 in allen Angeboten zugenommen. Angesichts der Großstadtsituation ist es als Erfolg zu werten, dass der Anteil der häuslichen Pflege auf hohem Niveau stabil bleibt.

Mehr als die Hälfte (57 %) aller Pflegebedürftigen ist 2013 in Pflegestufe I eingestuft. 31 % in Pflegestufe II und 12 % in Pflegestufe III.

Tabelle 3:
Pflegestufen-
verteilung
insgesamt 2007
bis 2013

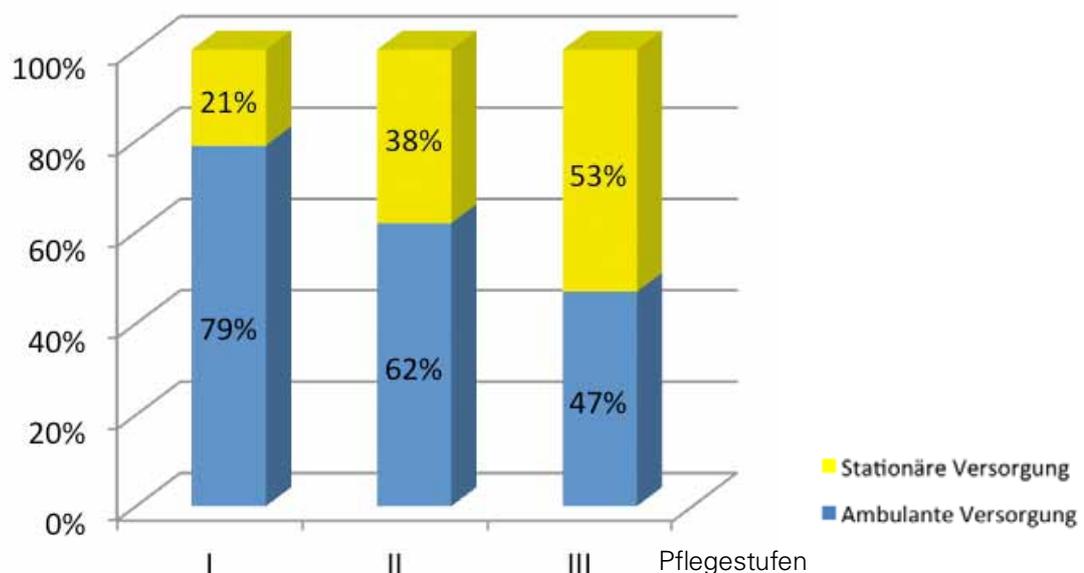
	I	II	III
2007	52 %	36 %	12 %
2009	54 %	34 %	12 %
2011	56 %	32 %	12 %
2013	57 %	31 %	12 %

Quelle: Pflegestatistiken 2007, 2009, 2011 und 2013

Bei der Pflegestufenverteilung hat es in den letzten Jahren eine deutliche Zunahme des Anteils der Pflegestufe I zulasten der Stufe II gegeben.

Die folgende Abbildung 1 verdeutlicht, dass bei leichter Pflegebedürftigkeit (Pflegestufe I) die Versorgung zum großen Teil in der Häuslichkeit erfolgt. Mit zunehmender Pflegebedürftigkeit steigt der Anteil der Menschen in stationärer Versorgung an allen Pflegebedürftigen.

Abbildung 1:
Pflegestufen-
verteilung 2013



Quelle: Pflegestatistik 2013

Die Zahl der Menschen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz wird erst seit 2013 erfasst. Es sind 2013 insgesamt 20.662 Personen. Davon haben 2.611 Personen, die nicht die Pflegestufe I erreicht haben, Leistungen erhalten.

Fast zwei Drittel aller Pflegebedürftigen sind Frauen. Allerdings nimmt der Männeranteil seit Jahren kontinuierlich zu und liegt jetzt bei 35 %. Aufgrund der demografischen Entwicklung wird sich dieser Trend fortsetzen.

Um eine Grundlage für kleinräumigere Planungen zu haben, wurde die Anzahl der Pflegebedürftigen in den Stadtteilen geschätzt. Die Methode wird in 10.1.1.3 dargestellt, die Ergebnisse in Tabelle 23.

2.2.2 Hilfebedürftigkeit

In Abgrenzung zur Pflegebedürftigkeit wird als „Hilfebedürftigkeit“ ein Ausmaß an Einschränkungen und regelmäßigem Unterstützungsbedarf unterhalb der Schwelle von Pflegestufe I, wie sie im SGB XI definiert ist, bezeichnet. Personen mit Hilfebedarf werden nicht statistisch erfasst. Ihre Zahl wird aufgrund repräsentativer Daten für Hamburg hochgerechnet. Für 2013 ergibt sich eine Zahl von 61.295 Personen (vgl. 10.1.2.3).

2.2.3 Prognose der Pflege- und der Hilfebedürftigkeit in Hamburg

Die Bevölkerungsprognose ist eine wichtige Grundlage der Prognosen der Pflegebedürftigkeit und Hilfebedürftigkeit. Die folgende Abbildung 2 zeigt die Prognosen für die Pflege- und Hilfebedürftigkeit.

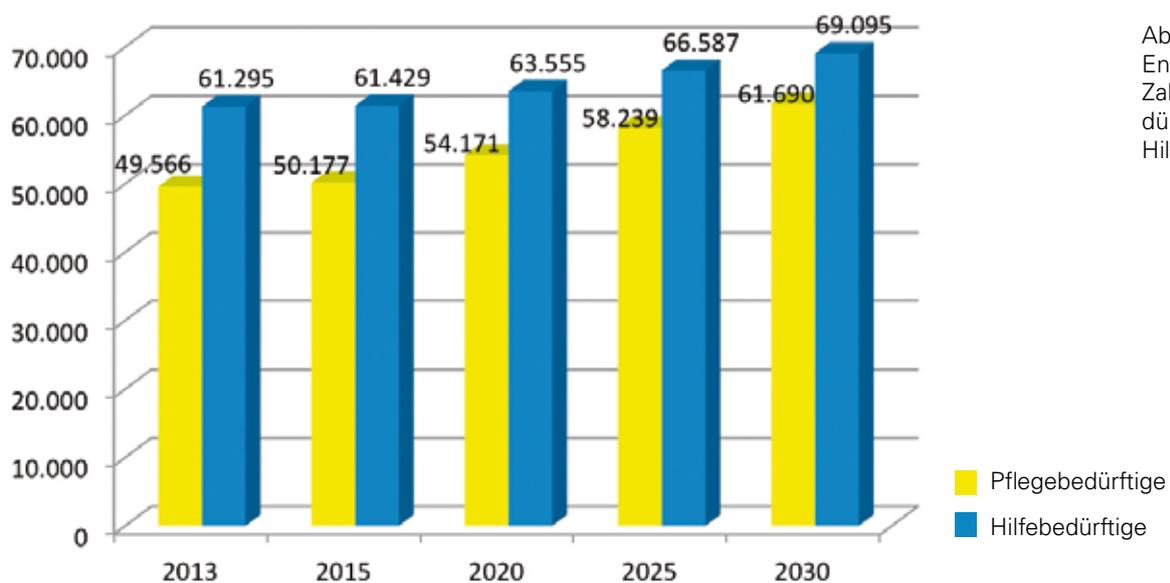


Abbildung 2:
Entwicklung der
Zahl aller Pflegebe-
dürftigen und der
Hilfebedürftigen

Quelle: 2013 Pflegestatistik, 2015 bis 2030 Prognose BGV

Bei Betrachtung der Abbildung 2 wird deutlich, dass die Gesamtzahl der Pflege- und Hilfebedürftigen in den nächsten Jahren steigen wird.

Bis 2020 ist mit einer Zunahme auf 54.171 Pflegebedürftige zu rechnen, eine Steigerung im Vergleich zu 2013 von fast 9,3 %. Für 2030 werden 61.690 Pflegebedürftige erwartet (zur Prognose s. 10.1.2.4).

Das Eintreten von Pflegebedürftigkeit ist stark altersabhängig.

Ein Effekt, der zahlenmäßig in der vorliegenden Prognose nicht erfasst werden kann, ist die Annahme einer Verbesserung der funktionalen Gesundheit im Alter. Inzwischen gilt es als unwahrscheinlich, dass bei zunehmender Lebenserwartung die ‚gewonnenen Jahre‘ mit dem gleichen hohen Pflegebedürftigkeitsrisiko behaftet sind wie heute. Vielmehr ist davon auszugehen, dass sich das Risiko in Richtung der letzten Lebensjahre verschiebt oder sich sogar dort weiter konzentriert (Kompression der Morbidität).¹³ Durch eine Verbesserung der Prävention könnte dieser Effekt noch gesteigert werden.

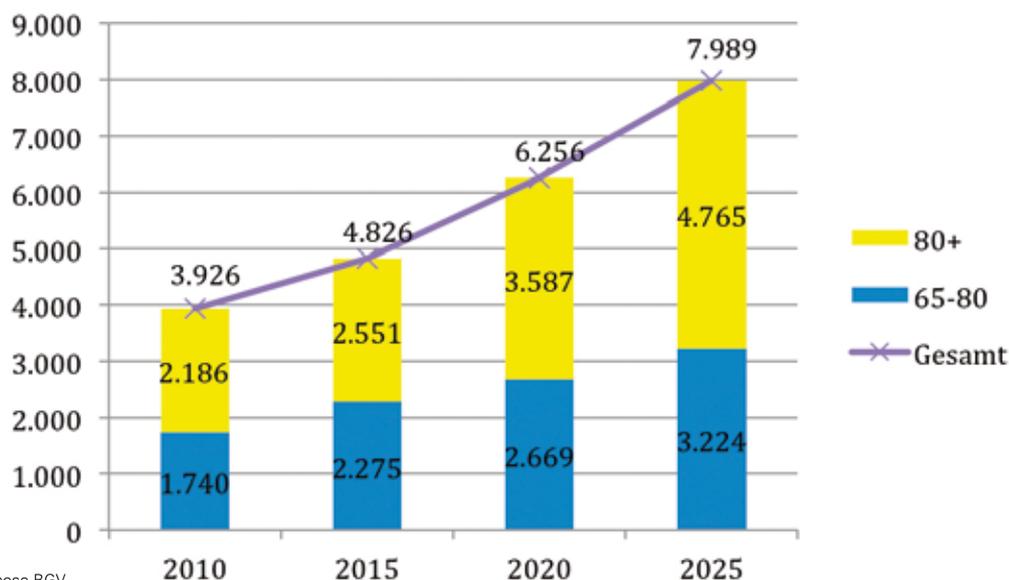
Für die Entwicklung der Hilfebedürftigkeit gelten die gleichen Faktoren wie für die Pflegebedürftigkeit. Die Zahl der Hilfebedürftigen in Hamburg steigt von 2015 bis 2020 um 2.126 Personen bzw. 3,5 %. Von 2020 bis 2030 steigt sie nochmal um 5.540 Personen bzw. 8,7 %.

In Tabelle 22 im Anhang wird die Prognose der Pflegebedürftigkeit nach Alter und Geschlecht dargestellt.

2.2.4 Pflege- und Hilfebedürftigkeit bei Menschen mit Migrationshintergrund

Die Abbildung 3 liefert Informationen über die Menschen mit Migrationshintergrund, die pflegebedürftig sind. Anhand der Prognose der Entwicklung der Anzahl älterer Menschen mit Migrationshintergrund und der Prävalenz der Pflegebedürftigkeit wurde die Prognose der Pflegebedürftigkeit bei Menschen mit Migrationshintergrund erstellt (s. 10.1.2.4). Die Zahl der älteren Pflegebedürftigen wird bis 2025 kontinuierlich steigen. Der große Zuwachs der 80-Jährigen und Älteren, die pflegebedürftig sind, ist gut zu erkennen. Die gesamte Zahl der Pflegebedürftigen beträgt im Jahr 2015 4.826 Personen. Im Jahr 2020 wird sich diese Zahl auf 6.256 Personen erhöhen, und im Jahr 2025 werden 7.989 pflegebedürftige Menschen mit Migrationshintergrund in Hamburg leben. Dies bedeutet eine Steigerung von 2015 zu 2025 um 65 %. Im Vergleich zur Gesamtbevölkerung ist das eine sehr dynamische Entwicklung.

Abbildung 3:
Ältere Pflegebedürftige mit Migrationshintergrund



Quelle: Prognose BGV

Die Abbildung 4 gibt Auskunft über die Zahl der Menschen mit Migrationshintergrund, die hilfebedürftig sind. Gut erkennbar ist, dass die gesamte Zahl der älteren Hilfebedürftigen laut der Prognose bis 2025 zunimmt. Im Jahr 2015 wohnen 5.839 Hilfebedürftige im Alter von 65 und älter in Hamburg. Im Jahr 2025 erhöht sich die Zahl um fast 57 %. Laut der Prognose werden im Jahr 2025 9.160 ältere Menschen mit Migrationshintergrund auf Hilfe im Alltag angewiesen sein.

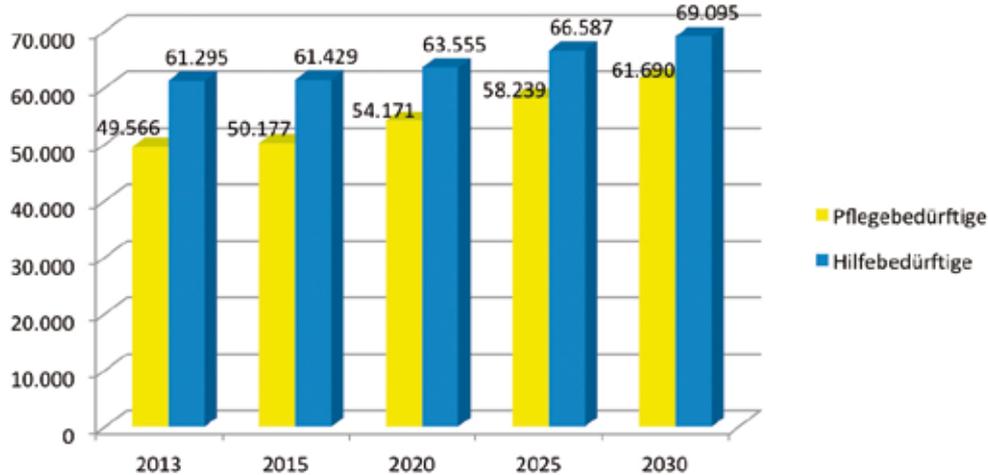


Abbildung 4:
Ältere Hilfebedürftige mit Migrationshintergrund

Quelle: Prognose BGV

Die in den Abbildungen 3 und 4 dargestellten Informationen beziehen sich auf die Hilfe- und Pflegebedürftigkeit von Älteren mit Migrationshintergrund. Die schnelle Zunahme ist darin begründet, dass in früheren Jahren sehr wenig ältere Zuwanderer hier lebten, die Zahlen aber nun mit dem Altwerden der Gastarbeitergeneration schnell steigen.

2.2.5 Der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff

Die Einführung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs ändert nichts am individuellen Unterstützungsbedarf der Betroffenen. Änderungen werden sich mit dem Zweiten Pflegestärkungsgesetz in den Leistungen der Pflegeversicherung und der Leistungsanspruchnahme der Pflegebedürftigen ergeben. Der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff wird auch die statistische Erfassung wesentlich verändern. In Zukunft wird der Hilfebedarf wesentlich umfassender erfasst und auch ein geringerer Hilfebedarf kann schon zu Pflegegrad 1 und damit zu einer statistischen Berücksichtigung führen. Wie mit Bedarfen unterhalb des Pflegegrades 1 sozialhilferechtlich, statistisch und planerisch umzugehen sein wird, wird zu klären sein.

Eine fachpolitisch bedeutsame Zusammenführung von Qualitätsanforderungen an Betreuung und Pflege in Deutschland ist die Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen aus dem Jahre 2005 (Pflege-Charta). Auch wenn die Charta selbst nicht rechtsverbindlich ist, fußt sie in weiten Teilen auf geltendem Recht oder diente in der Folge als Grundlage für die Rechtssetzung. Sie vermittelt insgesamt ein Leitbild für die Pflege in Deutschland, dem sich auch die im Landespflegeausschuss vertretenen Organisationen verpflichtet fühlen.

Die Pflege-Charta umfasst acht Artikel:

„Artikel 1: Selbstbestimmung und Hilfe zur Selbsthilfe

Jeder hilfe- und pflegebedürftige Mensch hat das Recht auf Hilfe zur Selbsthilfe sowie auf Unterstützung, um ein möglichst selbstbestimmtes und selbstständiges Leben führen zu können.

Artikel 2: Körperliche und Seelische Unversehrtheit, Freiheit und Sicherheit

Jeder hilfe- und pflegebedürftige Mensch hat das Recht, vor Gefahren für Leib und Seele geschützt zu werden.

Artikel 3: Privatheit

Jeder hilfe- und pflegebedürftige Mensch hat das Recht auf Wahrung und Schutz seiner Privat- und Intimsphäre.

Artikel 4: Pflege, Betreuung und Behandlung

Jeder hilfe- und pflegebedürftige Mensch hat das Recht auf eine an seinem persönlichen Bedarf ausgerichtete, gesundheitsfördernde und qualifizierte Pflege, Betreuung und Behandlung.

Artikel 5: Information, Beratung und Aufklärung

Jeder hilfe- und pflegebedürftige Mensch hat das Recht auf umfassende Informationen über Möglichkeiten und Angebote der Beratung, der Hilfe, der Pflege sowie der Behandlung.

Artikel 6: Kommunikation, Wertschätzung und Teilhabe an der Gesellschaft

Jeder hilfe- und pflegebedürftige Mensch hat das Recht auf Wertschätzung, Austausch mit anderen Menschen und Teilhabe am gesellschaftlichen Leben.

Artikel 7: Religion, Kultur und Weltanschauung¹⁴

Jeder hilfe- und pflegebedürftige Mensch hat das Recht, seiner Kultur und Weltanschauung entsprechend zu leben und seine Religion auszuüben.

Artikel 8: Palliative Begleitung, Sterben und Tod

Jeder hilfe- und pflegebedürftige Mensch hat das Recht, in Würde zu sterben.“¹⁵

Die Artikel zeigen das Spektrum der Verantwortung von Angehörigen, Mitmenschen, Diensten und Einrichtungen sowie Kostenträgern und staatlichen Stellen bei der Gestaltung der Lebensbedingungen Hilfe- und Pflegebedürftiger auf. Die Kommentierung der Artikel enthält konkrete Anforderung für die Gestaltung der Lebensbedingungen Hilfe- und Pflegebedürftiger.

Eine zentrale Orientierung, die auch in den weiteren Abschnitten dieses Kapitels zum Ausdruck kommt, folgt aus der UN-Behindertenrechtskonvention (UNBRK): die Inklusion. Für Menschen mit Behinderung gilt, dass möglichst keine Sondersysteme zu schaffen sind, sondern dass das soziale und materielle Umfeld so zu gestalten ist, dass möglichst weitgehend ein selbstbestimmtes Leben in der örtlichen Gemeinschaft erreicht wird. Nach der entsprechenden Beschreibung¹⁶ in der Konvention handelt es sich bei hilfe- und pflegebedürftigen Menschen um Menschen mit Behinderung im Sinne der Konvention.

¹⁴ Die Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen, hrsg. vom BMFSFJ, www.pflege-charta.de

¹⁵ Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen; hrsg. vom BMFSFJ, 8. Auflage 2010; www.pflege-charta.de

¹⁶ Art. 1 UNBRK: ... „Zu den Menschen mit Behinderungen zählen Menschen, die langfristige körperliche, seelische, geistige oder Sinnesbeeinträchtigungen haben, welche sie in Wechselwirkung mit verschiedenen Barrieren an der vollen, wirksamen und gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft hindern können.“

Die Pflege-Charta und die UNBRK haben als Ausgangspunkt den oder die Einzelne. Sie müssen sich aber natürlich auch auf das Umfeld auswirken, weil „Behinderung aus der Wechselwirkung zwischen Menschen mit Beeinträchtigungen und einstellungs- und umweltbedingten Barrieren entsteht, die sie an der vollen, wirksamen und gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft hindern.“¹⁷ Das umfasst Pflegeeinrichtungen, ihre Konzepte und ihre Leistungen. Schließlich erwachsen daraus auch Anforderungen an die pflegerische Versorgungsstruktur.

Die zentralen Aspekte Selbstbestimmung, Menschenwürde und Inklusion aus der Pflege-Charta und der UNBRK bilden die Basis für die Themen, Inhalte und Zielperspektiven der folgenden Abschnitte dieses Kapitels. Diese sprechen zentrale Querschnittsthemen an, die in den Abschnitten zu den einzelnen Versorgungsbereichen wieder aufgegriffen werden.

■ 3.1 Perspektive: Pflege im Quartier

Das Stichwort „Pflege im Quartier“ findet sich seit einigen Jahren häufig in der fachlichen und pflegepolitischen Diskussion.

Die demografischen Herausforderungen sind – je nach Quartier – in Hamburg unterschiedlich. Deshalb wollen wir einen Schwerpunkt auf die Demografie-Festigkeit der jeweiligen Stadtteile und Quartiere richten. Dazu sollen die Entwicklungslinien, die Nutzung von vorhandenen Potenzialen, besonders im ehrenamtlichen Bereich, aber auch die Verzahnung von Engagement und Hilfsangeboten so zusammen geführt werden, dass das Zusammenleben der Generationen in den unterschiedlichen Quartieren unterstützt werden kann.

Gemeinsam mit ambulanten und stationären Pflegeanbietern, mit der freien Wohlfahrtspflege, mit Wohnungsgesellschaften und Bürgerinnen und Bürgern sollen in Hamburg quartiersbezogene Pflegekonzepte entwickelt werden, damit auch Pflegebedürftige solange wie möglich in ihrem Lebensumfeld verbleiben können. Um dies zu erreichen, hat der Senat als ersten Schritt mit der Wohnungswirtschaft eine Hamburger Erklärung verabschiedet. Die Beteiligten werden sich demnach dafür einsetzen, dass in den nächsten Jahren zusätzliche, demografisch bedingte Mehrbedarfe für die Pflege insbesondere durch verlässliche ambulante Pflegeangebote im Wohnumfeld bzw. im Quartier abgedeckt werden. Das Förderprogramm für neue Wohnformen im Alter wird auch bürgerschaftliches Engagement in den Quartieren fördern und damit berufliche Pflege ergänzen.

Diese Aussagen bedeuten eine Richtungsentscheidung hin zu einer kleinräumig strukturierten Pflege, eine Festlegung auf Kooperation und das Angebot von Förderung. Dies wird in der vorliegenden Rahmenplanung näher ausgeführt.

Quartiersansätze

Pflegebedingte Umzüge in eine unbekannte Umgebung und damit oft verbunden eine vollstationäre Versorgung werden in der Bevölkerung nur als letzte Möglichkeit akzeptiert.¹⁸ Im Vordergrund steht der Wunsch, weiterhin am Leben in der gewohnten Umgebung teilhaben zu können und Kontakte zu haben; auch für ältere Menschen gilt hierfür der oben genannte Anspruch der Inklusion.

Mit Quartiersansätzen wird eine Möglichkeit gesehen, die Folgen einer zunehmenden Pflegebedürftigkeit durch ein soziales Miteinander und gegenseitige Unterstützung abzumildern oder zu bewältigen. Die Besonderheit liegt in der Kombination von Sicherstellung der Pflege und Berücksichtigung von sozialen Bedürfnissen in einer häuslichen Umgebung. Bisher bleibt die Sicherstellung der sozialen Komponente häufig dem Zufall überlassen. Ein Ergebnis kann Vereinsamung sein. Laut einer Studie des Zentrums für Qualität in der Pflege erhalten in den Großstädten Hamburg und Berlin Menschen mit Pflegebedarf den wenigsten Besuch, so dass die soziale Isolation hier am stärksten ist.¹⁹

¹⁷ Präambel Buchstabe e) UNBRK

¹⁸ TNS emnid Umfrage Wohnwünsche im Alter http://www.impulse-fuer-den-wohnungsbau.de/w/files/studien-etc/emnid_wohnwuensche-im-alter-pressemappe.pdf – abgerufen am 15.04.2015

¹⁹ ZQP - Kurzbericht zu pflegerelevanten Gesundheitsproblemen in der ambulanten Pflege und Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland 2015, S. 12 <http://www.zqp.de/upload/content.000/id00442/attachment01.pdf> – abgerufen am 19.05.2015

Ein Quartier ist ein durch baulich und soziale Faktoren definiertes Gebiet, in dem Menschen aller Generationen gemeinsam leben, wohnen, sich begegnen und versorgt werden können. Es kann einerseits als eine Einheit eines Stadtteils gesehen werden, andererseits ist die subjektive Wahrnehmung dieses Raumes durch die Einwohner zu berücksichtigen. Die Quartiersgröße kann dabei nach verschiedenen Kriterien definiert werden, so kann die fußläufige Erreichbarkeit, aber auch die Zahl der Einwohner (ca. 20.000) als Kriterium herangezogen werden.²⁰

Das Quartier bildet den Rahmen, in dem der Lebensmittelpunkt seiner Bewohner liegt. Diese haben viele unterschiedliche, aber auch gemeinsame Bedarfe z.B. in Bezug auf Kommunikation, Nahversorgung, Erholung oder Mobilität. Wichtig ist es Strukturen und Angebote zu schaffen, die generationsübergreifend sind und alle Zielgruppen erreichen. Zu den wichtigsten Zielen eines erfolgreichen Quartierskonzept zählen laut Kuratorium Deutsche Altershilfe (KDA) und Netzwerk Soziales Neu Gestalten (SONG) ein gesellschaftliches Umfeld mit einer tragenden sozialen Infrastruktur, bedarfsgerechte Wohn- und Dienstleistungsangebote sowie wohnortnahe Beratungs- und Begleitmöglichkeiten.²¹ Dabei sollte im Besonderen das soziale Miteinander gefördert werden, um so allen Menschen eine gesellschaftliche Teilhabe zu ermöglichen.²²

Zu den wichtigsten Quartiers-Voraussetzungen zählen daher eine gut erreichbare medizinische und pflegerische Versorgung, Teilhabemöglichkeiten für alle Generationen sowie bedarfsgerechte Wohnformen. Sind diese gegeben, ist es möglich, dass Menschen in der häuslichen Umgebung bis ins hohe Alter leben und versorgt werden können.

Es gibt im Bundesgebiet bereits eine Reihe positiver umgesetzter Quartiersprojekte. Das Bielefelder Modell erprobt bereits seit 1996 eine quartierbezogene Organisation. Ein Wohnungsunternehmen hat sich dabei mit einem sozialen Dienstleister zusammengeschlossen um Wohnkonzepte zu entwickeln, die sich für das Quartier öffnen und in denen ein Generationsaustausch stattfindet.²³

Quartiersprojekte in Anlehnung an das Bielefelder Modell werden auch bereits in Hamburg erprobt. In Barmbek und in Horn setzt die SAGA/GWG das Konzept „Lebendige Nachbarschaft (LeNa)“ um. In Barmbek werden in benachbarten Wohnblocks verschiedene Wohnformen geschaffen, die sich sowohl an die Bedürfnisse älterer Menschen, als auch an die Bedürfnisse von jüngeren Menschen und Familien richten. Des Weiteren beinhaltet der neu geschaffene Wohnkomplex einige Vorschlagswohnungen, die für pflegebedürftige Menschen bestimmt sind. Ein im Haus präsenster Pflegedienst sichert die Versorgung. Darüber hinaus stellt das Wohnungsbauunternehmen Gemeinschaftsräume und Außenflächen, die generationsübergreifend genutzt und gestaltet werden können, zur Verfügung. Ein Freiwilligenbüro im Haus wird von verschiedenen Akteuren im Quartier genutzt. Dort werden Freizeit,- und Hilfeangebote geplant und organisiert. Bereits nach kurzer Zeit war erkennbar, dass sich die Bewohner gegenseitig unterstützen und Angebote füreinander gestalten. Die positiven Erfahrungen können als Signal gewertet werden und andere Akteure motivieren sich an der Quartiersentwicklung zu beteiligen.

Der Kern der angesprochenen Ansätze besteht in dem kombinierten Angebot von Versorgungssicherheit und Begegnungs- und Teilhabemöglichkeiten.

Das Gefühl von Versorgungssicherheit entsteht durch die Präsenz des Dienstleisters Tag und Nacht und die Möglichkeit jederzeitiger Erreichbarkeit.

Begegnungs- und Teilhabemöglichkeiten entstehen durch öffentliche Räume, in denen man sich zusammenfindet bzw. jemand sich zu anderen ‚gesellen‘ kann. Dies muss auch für Menschen mit Behinderung oder Pflegebedarf möglich sein.

Denkbar sind einerseits Modelle, bei denen eine einzelne Einrichtung ambulante Pflege und Begegnungsmöglichkeiten auch für das Quartier organisiert, z.B. auch eine vollstationäre Pflegeeinrichtung, eine Servicewohnanlage oder eine Tagespflege. Andererseits könnte die Arbeitsteilung noch ausgeprägter sein, z.B. zwischen einem Mehrgenerationenhaus, das als Treffpunkt dient, einem Träger niedrigschwelliger Betreuungs- und Entlastungsangebote und einem Pflegedienst.

20 Michell-Auli, P; Kremer-Preiß, U (2013): Quartiersentwicklung - KDA-Ansatz und kommunale Praxis, S. 66

21 Michell-Auli, P; Kremer-Preiß, U (2013): Quartiersentwicklung - KDA-Ansatz und kommunale Praxis, S. 15-24

22 Memorandum des Netzwerks: Soziales neu gestalten (SONG) http://www.netzwerk-song.de/fileadmin/user_upload/Memorandum-des-netzwerks.pdf, S. 5 – abgerufen am 10.04.2015

23 „das Bielefelder Modell“ 2015 <http://www.isa-platform.eu/best-practice/bielefelder-modell-de.html> – abgerufen am 17.09.2015

Bei Quartiersansätzen stellen sich auf verschiedenen Ebenen Fragen der Koordination:

- auf individueller Ebene die Koordination der Hilfen, wenn der Einwohner nicht mehr selbst dazu in der Lage ist
- die Kooperation mehrerer Träger z.B. in Bezug auf die Gestaltung der Angebote, die Abrechnung von Leistungen für einen Nutzer mit Kostenträgern oder die Umlage gemeinsamer Kosten
- bei größeren Netzwerken die Koordination und die Abstimmung unterschiedlicher Angebote, die Schließung von Angebotslücken, die Planung gemeinsamer Angebote, die Zusammenarbeit (statt Konkurrenz) bei der Einwerbung von Mitteln und der Gewinnung von Freiwilligen
- auf Quartiersebene nach der Analyse der Ausgangssituation und der Identifikation von Zielen und Maßnahmen die Entwicklung der Kooperation vorhandener und neu dazu kommender Träger und Schlüsselpersonen.

Diese Fragen sollten bei den unterschiedlichen Ansätzen stets mit beantwortet werden.

Zentrale Gestaltungsaufgabe

Betrachtet man die vorgestellten Modelle und Ansätze, lassen sich zwei Perspektiven unterscheiden, die sich ergänzen.

Das Kuratorium Deutsche Altershilfe und Stadtteilentwicklungsprogramme betrachten zunächst den Raum und seine Einwohner und gelangen von da zu einzelnen Gruppen, u.a. zu hilfe- und pflegebedürftigen Menschen. In dieser Perspektive wird deutlich, dass insbesondere bei der Planung keine isolierte, nur auf pflegerische Hilfen ausgerichtete Perspektive eingenommen werden kann. Vielmehr gilt es, Ressourcen und Bedarfe des Quartiers zu analysieren. Auf dieser Basis können Maßnahmen entwickelt werden, die meist mehreren Zielgruppen zu Gute kommen werden.

Das Bielefelder Modell und LeNa betrachten die Bewohner eines Hauses oder eines Blocks und fragen, was nötig ist, damit diese auch bei Hilfe- und Pflegebedürftigkeit im Haus – und damit auch im Quartier – wohnen bleiben können.

Viel spricht dafür, in Hamburg mit beiden Perspektiven zu arbeiten, sie aber unterschiedlichen Institutionen zuzuordnen, die jeweils die ‚Federführung‘ übernehmen.

Um konkrete kleinräumige Angebote zu entwickeln, die als ‚Alternative‘ zur stationären Pflege oder zur ambulanten Pflege mit möglicher Vereinzelung in der eigenen Wohnung überzeugen, sollte mit ‚greifbaren‘ Modellen wie LeNa begonnen werden. Diese können mittelfristig evaluiert werden. Von diesen Modellen können auch Impulse für das Quartier (Infrastruktur, Verkehr, ...) ausgehen, die aussichtsreich, weil konkret begründet sind. Die Vorhaben sollten auch die besonderen Anforderungen von Menschen mit Demenz an eine sichere Umgebung berücksichtigen.

Parallel sollten alle Projekte der Stadtteilentwicklung und Sozialen Stadtteilentwicklung die Einwohner mit Hilfe- und Pflegebedarf und deren Bedürfnisse mit im Blick haben und bei der Gestaltung von Infrastruktur, Wohnumfeld, Wohnbebauung, Treffpunkten und anderen sozialen Angeboten berücksichtigen. Dabei sollten möglichst Quartiersprojekte im oben genannten Sinn mitgedacht und wenn möglich auch umgesetzt werden.

Situation und Planungen für Hamburg werden im Abschnitt 6.2 dargestellt. Außerdem werden in den Abschnitten zur ambulanten Pflege, zur Tages- und zur stationären Pflege die Konsequenzen einer Quartiersorientierung dargestellt.

■ 3.2 Querschnittsthema Demenz

Demenz ist die Folge verschiedener Erkrankungen, insbesondere der Alzheimer Krankheit und von Durchblutungsstörungen des Gehirns. Durch Schädigungen von Gedächtnis und Denkvermögen wird die Handlungsfähigkeit der Erkrankten zunehmend eingeschränkt. Das Risiko einer dementiellen Erkrankung steigt mit zunehmendem Alter. Im Lebensverlauf ist es relativ hoch: 50 % aller Frauen und ein Drittel aller Männer über 60 Jahren erkranken an Demenz.²⁴ Die dementiellen Symptome nehmen i.d.R. kontinuierlich zu; die Krankheiten sind bisher nicht heilbar. Vaskulären Demenzen kann durch die bekannten präventiven Maßnahmen (Ernährung, Bewegung, nicht Rauchen) für kardiovaskuläre Erkrankungen vorgebeugt werden. Studien führen eine festgestellte sinkende Häufigkeit von Demenzen hierauf zurück.²⁵

Über die Morbidität an demenziellen Erkrankungen liegen keine genauen Angaben vor. Der Morbiditätsatlas für Hamburg weist 22.000 Patienten mit einer diagnostizierten Demenz auf.²⁶ Die Pflegestatistik für Hamburg nennt für 2013 rd. 19.400 Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz, von denen die allermeisten an einer Demenz leiden. Beide Datenquellen führen Leistungsempfänger auf. Sie sind unabhängig voneinander: Eine diagnostizierte Demenz führt nicht automatisch zu Leistungen der Pflegeversicherung und deren Leistungen setzen keine abrechnungsrelevante Diagnosestellung voraus. Dementsprechend kommen Untersuchungen, die mit Bevölkerungsstichproben arbeiten, zu höheren Werten. Aufgrund älterer Prävalenzraten ist die Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz bisher von 26.000 schwer und mittelschwer Erkrankten ausgegangen.²⁷ Die Deutsche Alzheimer Gesellschaft empfiehlt inzwischen auf Basis neuerer Studien von erhöhten Prävalenzraten (Anteil Erkrankter an einer bestimmten Bevölkerungsgruppe) auszugehen.²⁸ Demnach gäbe es in Hamburg im Jahr 2015 rund 31.200 Menschen mit Demenz. Die Zahl würde sich bis 2030 auf 38.800 erhöhen.

Tabelle 4:
Prognose Menschen
mit Demenz in
Hamburg bis 2030

	2015	2020	2025	2030
Menschen mit Demenz	31.200	34.000	36.600	38.800

Ihre Symptomatik macht demenzielle Erkrankungen zu einer Hauptursache von Hilfe- und Pflegebedürftigkeit. 34 % aller Pflegebedürftigen in Hamburg weisen eine eingeschränkte Alltagskompetenz auf.²⁹ Unter den Krankheiten erhöht nur Demenz die Wahrscheinlichkeit maßgeblich, stationär anstatt ambulant gepflegt zu werden.³⁰

Wegen der mit den Erkrankungen einhergehenden sehr großen psychischen und sozialen Belastungen für die Erkrankten und ihre Angehörigen und der zahlenmäßigen Bedeutung der Demenz gibt es bedeutende Initiativen auf mehreren Ebenen zur Verbesserung der Situation der Betroffenen. Auf Bundesebene wurde die Allianz für Menschen mit Demenz geschlossen, an der auch die Länder beteiligt sind. Für die pflegerische Versorgung von besonders weitreichender Bedeutung ist die kommende Änderung der Definition der Pflegebedürftigkeit und der Leistungen. Damit sollen die Bedarfe demenziell Erkrankter besser erfasst und gedeckt werden.

In Hamburg hat die Gesundheitssenatorin die Landesinitiative Leben mit Demenz gegründet, um gezielte und koordinierte Maßnahmen zu ergreifen.

Demenz ist ein Querschnittsthema für die gesamte pflegerische Versorgung. Dementsprechend wird es jeweils in den Abschnitten, die sich auf Teilbereiche der pflegerischen Versorgung beziehen, aufgegriffen.

24 Barmer GEK Pflegereport 2010, S. 12 25 The Lancet Neurology; Available online 21 August 2015; Yu-Tzu Wu et al: Dementia in western Europe: epidemiological evidence and implications for policy making

25 The Lancet Neurology; Available online 21 August 2015; Yu-Tzu Wu et al: Dementia in western Europe: epidemiological evidence and implications for policy making

26 Morbiditätsatlas Hamburg; Gutachten zum kleinräumigen Versorgungsbedarf in Hamburg – erstellt durch das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland im Auftrag der Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz Hamburg; Erhart M., Hering R., Schulz M., Graf von Stillfried D.; Berlin 2013 (<http://www.hamburg.de/contentblob/4133362/data/morbidaetsatlas.pdf>) - abgerufen am 08.10.2015; ausgewertet wurden Abrechnungsdaten für die Jahre 2009 und 2011.

27 Rahmenplanung der pflegerischen Versorgungsstruktur bis 2015, S. 56

28 Deutsche Alzheimer Gesellschaft; Die Häufigkeit von Demenzerkrankungen; Berlin; Juni 2014

29 Pflegestatistik Hamburg 2013

30 Ergebnis einer Untersuchung auf Basis von GEK-Versichertendaten 2006 in Heinen, I; Bussche, H. van den u.a.: Morbiditätsunterschiede bei Pflegebedürftigen in Abhängigkeit von Pflegesektor und Pflegestufe; in: ZfGG 2015 48:237-245

■ 3.3 Querschnittsthema Gewalt in der Pflege

Im Opferschutzkonzept, das der Senat im Februar 2014 vorgelegt hat, wurde das Thema Gewalt in der Pflege bereits in einem eigenen Kapitel behandelt.³¹ Das Konzept weist u.a. auf Optimierungspotenzial in der Gestaltung einer verbindlichen Kooperation aller Akteure, in der Schärfung und Transparenz der Leistungsangebote und -profile aller Akteure und in der Schließung von letzten Versorgungslücken hin. In dieser Rahmenplanung wird das Thema Gewalt bzw. Gewaltprävention in der Pflege noch einmal kurz beschrieben und an verschiedenen Stellen wieder aufgegriffen. Gewalt gegenüber Pflegebedürftigen reicht von Vernachlässigung (psychosozial, pflegerisch) über die ökonomische Einschränkung bis zur psychischen, körperlichen und sexualisierten Gewalt einschließlich der Tötung. Ältere pflegebedürftige Menschen sind aufgrund ihres hohen Lebensalters, aufgrund von Krankheit oder Gebrechlichkeit von ihren Pflegepersonen besonders abhängig und oft besonders verletzlich. Das Risiko Opfer von Gewalt zu werden, steigt mit zunehmender Abhängigkeit von der Pflege und Anderen. Pflegebedürftige Menschen, insbesondere mit Demenz, gelten in Hinblick auf Misshandlung und Vernachlässigung als besonders gefährdete Gruppe.³² Die Pflegenden erbringen in der Regel viele und qualitativ gute Leistungen. Problematische, aggressive oder sogar gewalttätige Verhaltensweisen können jedoch in allen Pflegekonstellationen vorkommen – in der familiären ebenso wie in der beruflichen Pflege. Die möglichen Ursachen von Gewaltnutzung in der Pflege sind so vielschichtig wie die Formen gewalttätigen Handelns selbst. Dabei ist anzunehmen, dass Gewalthandlungen überwiegend ohne Schädigungsabsicht ausgeübt werden.

Zum Ausmaß der Gewalt in Pflegebeziehungen gibt es keine verlässlichen repräsentativen Daten. Fallschilderungen bzw. Befragungen zeigen aber, dass Gewalt kein Ausnahmephänomen ist.

Gewalt in der familiären Pflege

Überlastung und Überforderung Pflegenden sind Risikofaktoren für Gewalt in der familiären Pflege.³³

Zur Prävention von Aggression und Gewalt in der häuslichen Pflege durch Angehörige können Entlastungs- und Unterstützungsangebote beitragen (s. 4.2 u.a. Landesinitiative Leben mit Demenz). Neben konkreten Maßnahmen der Unterstützung oder zeitweisen Übernahme der Pflege durch Externe spielen Angebote der Aufklärung und Beratung eine Rolle.³⁴ Die Informations- und Entlastungsangebote für pflegende Angehörige sind in den Abschnitten 4 und 5 dargestellt.

Gewalt in der Pflege durch Pflegekräfte

Auch von Pflegekräften können Gewalthandlungen gegenüber Pflegebedürftigen vorkommen.³⁵ Grundsätzlich kann davon ausgegangen werden, dass auch in der Pflege durch Pflegekräfte keine Schädigungsabsicht besteht. Als Ursache für Gewalthandlungen von Pflegekräften werden u.a. die mit der Pflege verbundene Belastung, Persönlichkeitsmerkmale des Pflegenden sowie die eingeschätzte Pflegequalität des Pflegedienstes, bestimmte Formen negativer Gruppendynamik in Institutionen, die mit dem Machtunterschied in Institutionen verbundene Dialektik von Macht und Machtlosigkeit sowie mangelnde Fremd- und Selbstkontrolle genannt.³⁶ Als Prävention und Gegenmaßnahmen sind insbesondere strukturelle Verbesserungen der Pflegesituation nötig. Pflegekräfte brauchen entsprechend Unterstützung, problematische Situationen zu identifizieren, einzuschätzen und damit umgehen zu können sowie das nötige Fachwissen und die Handlungskompetenz, um entsprechend handeln zu können.

31 Konzept zur Bekämpfung von Gewalt gegen Frauen und Mädchen, Menschenhandel und Gewalt in der Pflege, Bericht Hamburger Senat, Drs. 20/10994, 25.02.2014

32 Müller-Hergl, Christian: Gewalt und Vernachlässigung (Elder Abuse); Universität Witten/Herdecke, Witten, 2011, S. 6f

33 Görgen G, Herbst S, Kotlenga S, Nägele B, Rabold S: Kriminalitäts- und Gewalterfahrungen im Leben älterer Menschen, Zusammenfassung wesentlicher Ergebnisse einer Studie zu Gefährdungen älterer und pflegebedürftiger Menschen, 5. Auflage, Berlin: BMFSFJ, 2012, S. 33ff

34 ZQP-Bevölkerungsbefragung „Aggression und Gewalt in der Pflege“, Juli 2014

35 Görgen G, Herbst S, Kotlenga S, Nägele B, Rabold S: Kriminalitäts- und Gewalterfahrungen im Leben älterer Menschen, Zusammenfassung wesentlicher Ergebnisse einer Studie zu Gefährdungen älterer und pflegebedürftiger Menschen, 5. Auflage, Berlin: BMFSFJ, 2012, S. 31f

36 Müller-Hergl, Christian: Gewalt und Vernachlässigung (Elder Abuse); Universität Witten/Herdecke, Witten, 2011, S.9

Angebote

Die vorhandenen Maßnahmen und Angebote, die der Hilfe von Verbrechen- und Gewaltopfern dienen, sind auch für Menschen, die Gewalt im Zusammenhang mit Pflegesituationen erleben, sinnvoll und grundsätzlich offen. Die Beratungsstelle *intervento* in Trägerschaft von *verikom*³⁷ wird seit 01. Januar 2015 von der Behörde für Arbeit, Soziales, Familie und Integration (BASFI) mit dem neuen Schwerpunkt der Beratung älterer Menschen ab 60 Jahren gefördert. Die Kooperation und Vernetzung zwischen der Altenhilfe, der Behindertenhilfe und der Opferhilfe sind auf- und auszubauen.

Ergänzend zu den präventiven und beaufsichtigenden Maßnahmen gibt es Anlaufstellen bei Beschwerden, Konflikten und Hinweisen auf Mängel, an die sich Betroffene, Angehörige und externe Beobachter wenden können.

Ein besonderer Aspekt im Kontext von Gewalt in der Pflege sind die freiheitsentziehenden Maßnahmen (FEM). Die Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz finanzierte mit rund 97.500 Euro ein zweijähriges Projekt (bis zum 31.12.2014), um den sogenannten „Werdenfelser Weg“ für eine würdevolle Pflege in Hamburg umzusetzen. Pflegefachkräfte wurden im Projekt zu spezialisierten Verfahrenspflegern fortgebildet, die schon während des richterlichen Genehmigungsverfahrens gezielt auf Alternativen zu freiheitsbeschränkenden und -entziehenden Maßnahmen hinweisen und die Einrichtungen entsprechend beraten. Die Fortbildungen zum spezialisierten Verfahrenspfleger haben 130 Personen erfolgreich abgeschlossen. Die Zahl der richterlich genehmigten Maßnahmen zum Freiheitsentzug ist von 756 im Jahr 2012 auf 493 im Jahr 2014 zurückgegangen.³⁸ Die Hamburger Verfahrenspfleger stehen den Gerichten weiterhin zur Verfügung und arbeiten jetzt gemeinsam und selbstorganisiert im Arbeitskreis „Spezialisierte Hamburger Verfahrenspfleger nach dem Werdenfelser Weg“.³⁹ Der Arbeitskreis kann Interessenten auch Schulungsangebote benennen. Seit September 2014 trifft sich der „Arbeitskreis Freiheitsentziehende Maßnahmen im ambulanten und stationären Versorgungssystem“ regelmäßig. Im Arbeitskreis sind Vertreter der Gerichte, Wohn- und Pflegeaufsicht, Medizinischer Dienst der Krankenkassen, Berufsschule für Pflege, Pflegeeinrichtungen, Arbeiter-Samariter-Bund, Behörden, Bezirksämtern und Betreuungsvereine vertreten. Die Zusammenarbeit und Kooperationen der Beteiligten sollen gefördert werden.

■ 3.4 Querschnittsthema Versorgung von Menschen mit Migrationshintergrund

Die Vielfalt der Herkunftsländer der in Hamburg lebenden Menschen mit einem Migrationshintergrund wird im Kapitel 2.1.2 beschrieben. Pflegebedürftig gewordene ältere Menschen mit Migrationshintergrund sind noch weniger als Senioren ohne Migrationshintergrund eine einheitliche Gruppe. Nicht nur unterschiedliche kulturelle und religiöse Hintergründe sind zu beachten, sondern auch die individuellen Migrationsbiografien der Zugewanderten. Beispielhaft seien die seit 1955 im Rahmen von Anwerbeverträgen aus den Mittelmeerländern zugewanderten „Gastarbeiter“, die ursprünglich nur wenige Jahre in Deutschland bleiben sollten, die Aussiedler und Spätaussiedler sowie politische Flüchtlinge genannt. Diese Vielfalt der soziokulturellen Hintergründe bedeutet eine Bereicherung der Pflegeeinrichtungen und ihrer Mitarbeiter. Durch das Kennenlernen der anderen Kultur werden neue Blickwinkel auf den Alltag möglich. Gleichzeitig ist die Vielfalt auch eine Herausforderung, weil immer wieder Anpassungen und Änderungen von Handlungsabläufen nötig werden.

Idealvorstellungen, wie Pflege aussehen sollte, sind bei Migranten und Nicht-Migranten annähernd gleich. Beide erwarten Hilfe vor allem vom (Ehe-)Partner bzw. von den Kindern. Allerdings zeigt sich auch für die Betroffenen mit Migrationshintergrund in der Praxis, dass die Angehörigen

³⁷ Verbund für interkulturelle Kommunikation und Bildung e.V., Hospitalstraße 109, 22767 Hamburg, <http://www.verikom.de/projekte/intervento/> - abgerufen am 20.05.2015

³⁸ Die Gerichststatistik unterscheidet nicht zwischen den Versorgungsbereichen Eingliederungshilfe und Pflege.

³⁹ Internetseite der spezialisierten Verfahrenspfleger nach dem Werdenfelser Weg, <http://verfahrenspfleger-hamburg.de/> - abgerufen am 02.07.2015

die Pflege oft nicht in ausreichendem Maße leisten können, weil diese z.B. weit entfernt leben, selbst vollzeiterwerbstätig sind, über zu kleine Wohnungen verfügen, geringe finanzielle Ressourcen aufweisen oder nur unzureichende Gesundheits- und Pflegekenntnisse haben. Dieses Problem wird oftmals verdrängt bis ein akuter Pflegebedarf eintritt.⁴⁰ Aus der Angehörigenpflege türkischer Frauen ist bekannt, dass sie vielfältigen Belastungen ausgesetzt sind. Neben eventueller Berufstätigkeit und/oder familiären Verpflichtungen gehören dazu auch psychische Belastungen durch die (vermutete) Erwartung der türkischen Gemeinschaft und die Aufrechterhaltung kulturspezifischer familiärer Identität unter erschwerten, weil verändernden Bedingungen, wie schleichender und extern bedingter Veränderung der Geschlechterrolle.⁴¹

Bei der Betreuung und Pflege von Menschen mit Migrationshintergrund in der eigenen Häuslichkeit durch Externe sind kulturbezogene Angewohnheiten und Lebensweisen zu beachten. Die Kenntnis und Akzeptanz gehört in einem hohen Maß zu den Voraussetzungen eines Zugangs und einer guten Pflege, weil dort der „Eingriff“ in die Privatsphäre besonders groß ist.

Zugewanderte ältere Menschen nutzen die Angebote der Pflege bisher in nicht sehr hohem Maße. Als Gründe hierfür werden in der Literatur geringe Deutschkenntnisse, schlechte Erfahrungen mit Institutionen sowie fehlende Informationen vermutet.⁴² Studien zur Pflege in Familien mit Migrationshintergrund sind nur vereinzelt verfügbar. Danach sei für viele Betroffene eine berufliche Pflege überhaupt erst vorstellbar, wenn keine Angehörigen zur Pflege bereitstehen. Die Hilfe von Pflegediensten würde häufig abgelehnt, weil diese Hilfemöglichkeiten aus dem Herkunftsland nicht bekannt seien und im Falle der Pflege eines Angehörigen bürokratische, sprachliche und soziale Barrieren als besonders schwierig wahrgenommen würden.⁴³

Bedeutend sei auch der Umstand, dass viele zumeist ältere Pflegebedürftige mit Migrationshintergrund nur wenige Finanzmittel haben. Einerseits erscheine dadurch berufliche Pflege sehr teuer, andererseits entlaste die Geldleistung das familiäre Budget.⁴⁴

Bei der Inanspruchnahme von Leistungen der Pflegeversicherung präferierten Menschen mit Migrationshintergrund daher Geldleistungen. Die geringe Nachfrage hemmt wiederum die Entwicklung neuer Angebote.

Bei allen Planungen für Menschen mit Migrationshintergrund müssen diese immer als dazugehörig gedacht werden und ihre spezifischen Bedürfnisse berücksichtigt werden. Die Notwendigkeit einer kultursensiblen Ausgestaltung der Altenhilfe rückt zunehmend ins öffentliche Bewusstsein. Konkrete Ansatzpunkte sind die Qualifizierung und Weiterbildung des Pflegepersonals zu Fragen der Migration, der Lebenssituation und Altersbilder sowie die vermehrte Einstellung von muttersprachlichen Pflegekräften. Neben den personellen Voraussetzungen sollten auch die strukturell-organisatorischen Voraussetzungen geschaffen werden. Z.B. sollte das Pflegepersonal mit Fremdsprachenkenntnissen im Dienstplan so eingesetzt werden, dass sie Kontakt mit Älteren mit Migrationshintergrund haben.

Die Teilhabe von pflegebedürftigen Menschen mit Migrationshintergrund ist zu stärken und Isolation zu vermeiden. Um Menschen mit Migrationshintergrund zu erreichen sind daher kultursensible Angebote zu schaffen, kulturell geprägte Entscheidungen zu beachten, Informationsdefizite zu beheben und die rechtliche Betreuung zu verbessern. Auf der Angebotsebene sollten für einige Zielgruppen klar erkennbare Angebote mit spezieller Ausrichtung geschaffen werden, die Aspekte einer kulturspezifischen familiären Identität berücksichtigen und die Kultur und den Alltag der Stadtteile abbilden. Einzelne Praxisbeispiele werden in den folgenden Kapiteln vorgestellt. Angebote, bei denen die Ansprache von Menschen mit Migrationshintergrund gut gelungen ist, sollten näher betrachtet werden.

Die Erfahrung bei der Planung und Umsetzung der Projekte Veringeck und des in der Planung befindlichen Wohnhauses „Mekan“ zeigen, dass die Migranten als Akteure ein Beratungs- und Begleitungsangebot benötigen, um erfolgreich ihre Interessen gegenüber Investoren und Behörden vertreten zu können. Das kann durch bestehende Beratungsangebote und durch eine gute Vernetzung geschehen.

40 Bundesamt für Migration und Flüchtlinge. Pflegebedürftigkeit und Nachfrage nach Pflegeleistungen.. Forschungsbericht 12, S. 38

41 Andreas Büscher: Herausforderungen in der pflegerischen Versorgung von Menschen mit Migrationshintergrund, Berlin, 2009

42 Interkulturelle Altenhilfe in Berlin, S. 6

43 Bundesamt für Migration und Flüchtlinge. Pflegebedürftigkeit und -nachfrage nach Pflegeleistungen.. Forschungsbericht 12, S. 38

44 Bundesamt für Migration und Flüchtlinge. Forschungsbericht Pflegebedürftigkeit und Nachfrage nach Pflegeleistungen von Migranten, S.41

Gegenstand dieses Abschnittes sind die Informations- und Beratungsangebote für Bürger zu den Themen Hilfe- und Pflegebedürftigkeit, die die Stadt unterhält oder fördert sowie vergleichbare Angebote weiterer Träger.

Insbesondere die häusliche Pflege ist häufig für alle Beteiligten mit großen physischen und psychischen Belastungen verbunden. Besonders belastend ist Pflege rund um die Uhr, bei Menschen mit Demenz, von Schwerstpflegebedürftigen, ohne einen ausreichenden Einsatz von Hilfsmitteln oder parallel zu einer Berufstätigkeit. Frühzeitige, umfassende und leicht zugängliche Informationen und Beratungen zu Entlastungsmöglichkeiten und Diensten bei drohender und bestehender Hilfe- und Pflegebedürftigkeit sind daher wichtige Elemente der Unterstützung pflegender Angehöriger.

Seit der letzten Rahmenplanung aus dem Jahr 2010 hat es in allen Bereichen entscheidende Weiterentwicklungen gegeben.

■ 4.1 Informationsschriften und Veröffentlichungen

Broschüren und Informationen im Internet sind ein wichtiges Element im Rahmen einer allgemeinen und individuellen Beratung. Schriftliche Veröffentlichungen in Papier sowie Veröffentlichungen im Internet dienen der Selbstinformation oder ergänzen eine persönliche Beratung.

Bestand und Entwicklung

Die Zahl der Broschüren ist seit 2010 deutlich gestiegen und wurde dem aktuellen Informationsbedarf angepasst.

Die folgenden bewährten Broschüren wurden aktualisiert und in einer neuen Auflage veröffentlicht:

- Hospizführer Hamburg (Mai 2013)
- Servicewohnen in Hamburg (August 2013)
- Ich Sorge vor (November 2013 und Juli 2015)
- Ratgeber für Bevollmächtigte (November 2013 und Juli 2015)
- Wegweiser Betreuungsrecht (November 2013 und Juli 2015)
- Flyer Ambulante Betreute Wohngemeinschaften für Menschen mit Demenz (Januar 2015)

Neu erschienen sind die folgenden Broschüren und Flyer:

- Ein Leitfaden zum Thema künstliche Ernährung wurde auf Beschluss des Landespflegeausschusses Hamburg veröffentlicht. (August 2011)
- Flyer Pflegestützpunkte allgemein (Dezember 2011),
- Hamburgisches Wohn- und Betreuungsqualitätsgesetz (HmbWBG) mit den Verordnungen Bau, Personal und Mitwirkung (Juli 2012)
- Die Generation 60+ ist gefragt, Seniorenmitwirkungsgesetz (Dezember 2012)
- Flyer Die Generation 60+ ist gefragt, Seniorenmitwirkungsgesetz (Dezember 2012)
- Schwerste Schädel-Hirnverletzungen und Wachkoma (Februar 2013)
- Leitfaden zum Wohn- und Betreuungsvertragsgesetz WBVG (Juni 2013)
- Ihre Rechte im Heim, in der Wohnung, in anderen Einrichtungen und bei ambulanten Diensten in verständlicher Sprache (April 2014)
- Leben mit Demenz (August 2014)
- Flyer zur Beratung im Pflegestützpunkt in türkischer und russischer Sprache (2015)

Die Broschüre „Ambulante Betreute Wohngemeinschaften für Menschen mit Demenz“ wird zurzeit überarbeitet.

Mehrsprachige Broschüren zur Information über Pflegeleistungen und Demenz sind auch über einige Landesverwaltungen und Verbände erschienen.⁴⁵

⁴⁵ Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e. V.
<http://mige.ix.tech.de/index.php?id=241> und <http://www.kultursensible-altenhilfe.de/> - abgerufen am 27.07.2015

Veröffentlichungen im Internet:

Das Internet wird zunehmend - auch von Älteren - als Informationsquelle genutzt.⁴⁶

Auf eine Neuauflage der Broschüre „Hilfe und Pflege im Alter“ wurde wegen der ständigen Veränderungen in diesem Bereich bisher verzichtet. Zeitnah und laufend aktualisiert stehen Informationen auf der Website der Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz www.hamburg.de/pflege zur Verfügung.

Für die Landesinitiative Demenz - Leben mit Demenz in Hamburg – wurde eine eigene Website eingerichtet: www.hamburg.de/landesinitiative-leben-mit-demenz/

Die Informationen zum Thema Demenz wurden deutlich ausgeweitet, neu strukturiert, nutzerfreundlicher aufbereitet und ebenfalls auf eine eigene Internetseite gestellt:

<http://www.hamburg.de/demenz/>

Die vorhandenen Broschüren und Veröffentlichungen im Internet müssen inhaltlich regelmäßig auf Aktualität geprüft, bei Bedarf angepasst oder auch aus dem Bestand entfernt werden.

Fachliche Bewertung des Angebots und Ziele

Broschüren und Veröffentlichungen im Internet sollen vorrangig dem Informationsbedarf der Nutzer dienen. Der Bestand wurde ausgebaut, ist breit gefächert und muss den Nutzerbedarfen und Nutzergewohnheiten immer wieder angepasst werden. Auf Barrierefreiheit, Mehrsprachigkeit und eine verständliche Sprache ist bei neuen Veröffentlichungen und Neuauflagen verstärkt zu achten.

Veröffentlichungen im Internet und über internetgestützte soziale Netzwerke nehmen für den Informationstransfer an Bedeutung zu. Deshalb müssen in den nächsten Jahren Überlegungen angestellt werden, wie den veränderten Nutzergewohnheiten angemessen Rechnung getragen werden kann. Informationen in Papierform werden vorerst weiterhin parallel benötigt.

■ 4.2 Beratung

Damit pflegebedürftige Menschen und die sie pflegenden Angehörigen die für ihre persönliche Lebensplanung richtigen Entscheidungen treffen können, besteht die Möglichkeit, eine fachlich zuverlässige und umfassende Pflegeberatung oder eine Beratung zu speziellen Pflege Themen in Anspruch zu nehmen. Die individuelle, auf die jeweilige Lebenssituation zugeschnittene Beratung bietet neben Informationen teilweise auch Unterstützung bei der Organisation von zielgenauen, bedarfsgerechten Unterstützungs-, Entlastungs- und Pflegeleistungen.

4.2.1 Pflegestützpunkte

Kernstück der Beratungsangebote für pflegebedürftige Menschen und pflegende Angehörigen zu allen Fragen rund um das Thema Pflege sind in Hamburg die Pflegestützpunkte.

Pflegestützpunkte erfüllen den Rechtsanspruch auf Pflegeberatung nach § 7a SGB XI. Sie tragen wesentlich dazu bei, die Beratungs- und Unterstützungsmöglichkeiten für Pflegebedürftige und ihre Angehörigen zu verbessern, da sie Information, Beratung und Hilfskoordination aus einer Hand und unter einem Dach gewähren.

Pflegestützpunkte sind Beratungsstellen, die gemeinsam von den Kranken- und Pflegekassen sowie der Stadt Hamburg getragen werden. Die Pflegestützpunkte arbeiten mit der Seniorenberatung der Bezirksämter in einem Beratungszentrum zusammen. Sie beraten und unterstützen hilfe- und pflegebedürftige Menschen und ihre Angehörigen kompetent und unabhängig zu allen Fragen rund um das Thema Pflege. Auch zu Fragen, die im Vorfeld von Pflege auftreten, werden Informationen gegeben. Neben der Beratung unterstützen die Berater bei der Koordination von Hilfen, wenn notwendig auch über einen längeren Zeitraum. Bei Bedarf führen die Berater auch Hausbesuche durch.

46 http://www.bitkom.org/de/presse/81149_81036.aspx; <http://www.ard-zdf-onlinestudie.de/>; Statistisches Bundesamt: Die Generation 65+ in Deutschland, Juli 2015, Wiesbaden, S. 29ff - abgerufen am 06.03.2015

Bestand und Entwicklung

In Hamburg sind insgesamt neun Pflegestützpunkte (in jedem Bezirk ein Pflegestützpunkt, im Bezirk Wandsbek zwei und zusätzlich ein Pflegestützpunkt für Kinder und Jugendliche) in eigenen Räumlichkeiten der Bezirksamter, ohne Teil der Bezirksverwaltung zu sein, eingerichtet worden. Die Pflegestützpunkte sind mit je drei Vollzeitstellen, der Pflegestützpunkt für Kinder und Jugendliche mit zwei Vollzeitstellen ausgestattet. Die Berater haben unterschiedliche, teilweise auch mehrfache Berufsabschlüsse als Altenpfleger, Gesundheits- und Krankenpfleger, Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger,- Sozialversicherungsfachangestellte oder ein abgeschlossenes Studium der Sozialen Arbeit oder im pflegerischen Bereich. Überwiegend haben die Mitarbeiter darüber hinaus auch eine Zusatzqualifikation als Pflegeberater nach den Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes⁴⁷ erworben.

Der Pflegestützpunkt für Kinder und Jugendliche ist bundesweit der erste und bisher einzige seiner Art. Er berät Hamburg weit Eltern von pflegebedürftigen Kindern und Jugendlichen zu speziellen Hilfe-, Betreuungs-, Pflege und Unterstützungsangeboten für Kinder. Um Diagnostik und Beratung zu verknüpfen, wurde er beim Beratungszentrum sehen|hören|bewegen|sprechen angesiedelt. Die Nutzerzahlen bestätigen den Bedarf.

Die Arbeit der Hamburger Pflegestützpunkte wurde 2010 wissenschaftlich evaluiert. Die Ergebnisse bestätigen und bestärken die Entscheidung zur Einrichtung von Pflegestützpunkten. Unter Berücksichtigung der wissenschaftlichen Begleitstudie stellten die Träger der Pflegestützpunkte im Februar 2011 fest, dass das Angebot für Hamburg grundsätzlich bedarfsgerecht ausgebaut ist. Die Anzahl von neun Pflegestützpunkten, ihre organisatorische Anbindung an die Bezirksamter und die ausgewählten Standorte haben sich grundsätzlich bewährt und bleiben bis auf weiteres unverändert.

Die Weiterentwicklung der Angebote und Verbesserungsmöglichkeiten sind ständiges Thema im Steuerungsausschuss der Pflegestützpunkte, in dem Pflegekassen, Bezirksamter und die Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz vertreten sind.

Die Erstkontaktzahlen haben sich seit Eröffnung kontinuierlich weiter entwickelt. Im Jahr 2011 wandten sich rd. 6.400 Ratsuchende erstmals an einen Pflegestützpunkt. In dem Jahr konnte erstmalig eine Erhebung für ein volles Kalenderjahr über alle neun Pflegestützpunkte erfolgen. 2014 gab es rund 7.400 Erstkontakte. In den ersten sieben Monaten des Jahres 2015 ist ein deutlicher Anstieg der Beratungsanfragen zu verzeichnen. Es wurden bis einschließlich Juli 5.376 Erstkontakte dokumentiert. Das ist eine Steigerung um 1.053 Erstkontakte zum Vergleichszeitraum in 2014. Insgesamt kann deshalb für 2015 mit über 8.000 Erstkontakten gerechnet werden. Ursache dafür sind u.a. ein erhöhter Informations- und Beratungsbedarf im Zusammenhang mit der Einführung des Pflegestärkungsgesetzes I zum 1. Januar 2015 und der neuen Gesetzgebung zur besseren Vereinbarkeit von Familie, Pflege und Beruf.

Mit einer weiteren Steigerung der Nachfrage ist insbesondere im Jahr 2016 mit den Änderungen in der Pflegeversicherung zu rechnen. Langfristig nimmt mit der ansteigenden Zahl von Hilfe- und Pflegebedürftigen Menschen auch der Beratungsbedarf zu.

Besonders stark wird die Zahl der Hilfe- und Pflegebedürftigen mit Migrationshintergrund zunehmen. Die Pflegestützpunkte stellen sich zunehmend der Aufgabe, für diese ein kultursensibles Informations- und Beratungsangebot zu entwickeln. Dazu wurde u. a. ein türkisch- und russischsprachiger Informationsflyer entwickelt. Auf die Pflegeberatung von türkisch- und russischstämmigen Migranten hat sich der Pflegestützpunkt Harburg besonders spezialisiert. Dort arbeiten zwei Beraterinnen, die aus der Türkei und aus Russland stammen. Sie stehen bei Bedarf auch den anderen Pflegestützpunkten im Rahmen der kollegialen Unterstützung zur Verfügung. Auch als Referentinnen auf Fachtagungen und öffentlichen Veranstaltungen für Menschen mit Migrationshintergrund sind sie tätig.

Informationen für Menschen mit Migrationshintergrund in Einzelgesprächen und Veranstaltungen werden von den Pflegestützpunkten regelmäßig angeboten. Außerdem sind sie bestrebt, mit Migrantenorganisationen zu kooperieren. Eine Dokumentation darüber erfolgt seit Ende 2012 im Rahmen eines strukturierten Berichtswesens. Im Jahr 2013 wurden zehn⁴⁸, im Jahr 2014 fünf zielgruppenspezifische Informationsveranstaltungen für Menschen mit Migrationshintergrund von

47 Der GKV-Spitzenverband ist der Spitzenverband Bund der Pflegekassen nach § 53a SGB XI.
48 Drs. 20/10521 Situation älterer Menschen mit Migrationshintergrund in Hamburg vom 11.02.2014, S. 20

den Pflegestützpunkten durchgeführt. Die Pflegestützpunkte sind darüber hinaus in verschiedene Netzwerke und Arbeitsgruppen für Migranten eingebunden und nehmen regelmäßig an deren Sitzungen teil. Es besteht auch eine enge Zusammenarbeit mit den Integrationsfachkräften der Bezirksämter.

Das Angebot der Pflegestützpunkte wird durch die im Folgenden genannten weiteren, spezialisierten Beratungsangebote fachlich ergänzt.

Fachliche Bewertung des Angebots und Ziele

Mit der gemeinsamen Einrichtung von Pflegestützpunkten durch Kranken- und Pflegekassen und den Bezirksämtern nach einem einheitlichen Organisationsmodell ist es in Hamburg gelungen, ein wohnortnahes, neutrales, qualitativ hochwertiges und derzeit bedarfsgerechtes Beratungsangebot nach § 92c SGB XI zu installieren, in dem auch Pflegeberatung nach § 7a SGB XI - unabhängig von einer Kassenzugehörigkeit oder von Sozialhilfebezug - stattfindet.

Über den Steuerungsausschuss wird das Beratungsangebot der Pflegestützpunkte weiterhin quantitativ und qualitativ begleitet und bei Bedarf angepasst. Mit den Themen Demenz und Migration stellen sich die Pflegestützpunkte wichtigen Zukunftsaufgaben.

Die Stadt will in den Bezirksämtern Anlaufstellen einrichten, die in allen Fragen der Pflege- und Seniorenarbeit beraten. Rat, Unterstützung und Vermittlung von Hilfen für ältere, behinderte oder pflegebedürftige Mitbürgerinnen und Mitbürger sollen künftig regional und aus einer Hand zu erhalten sein. Deshalb sollen die Pflegestützpunkte in diesen Zentren der Beratung und Unterstützung für Ältere, Menschen mit Behinderung und Pflegebedürftigkeit mitwirken. Nach Möglichkeit sollen auch Beratungsangebote der Sozialversicherungen stärker in diese Zentren einbezogen werden. Informationen über die Qualität von Pflegeeinrichtungen sollen gut verständlich im Internet veröffentlicht werden und bei den Pflegestützpunkten zur Verfügung stehen.

Der in Hamburg in Bezug auf Beratung und Pflegestützpunkte erreichte Stand und die ambitionierten fachpolitischen Ziele zur Weiterentwicklung werden bundesweit beachtet und in vergleichenden Studien positiv bewertet.

Die Aktivitäten zum Ausbau der Beratung von Menschen mit Migrationshintergrund sollen in den nächsten Jahren regelmäßig fortgesetzt und ausgebaut werden. Die Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz wird prüfen, wie diese wirksamer unterstützt werden können.

Als ein Ergebnis der Landesinitiative Leben mit Demenz in Hamburg sollen die Pflegestützpunkte zukünftig noch intensiver als bisher die Beratungsbedarfe von Menschen mit Gedächtnisproblemen/Demenz und ihrer Angehörigen übernehmen. Den Pflegestützpunkten kommen im Zusammenhang mit der ebenfalls im Rahmen der Landesinitiative entwickelten Kompetenz- und Hilfefunktion (KoKeD) eine wichtige Schlüssel- und Lotsenfunktion in und durch das Hilfesystem zu. Dazu sollen alle Berater eine vertiefte Schulung zum Thema Demenz erhalten.

Überlastung Pflegenden ist eine Hauptursache für Gewalt in der Pflege. Durch ihre die Pflegenden entlastende Arbeit haben Pflegestützpunkte auch in dieser Hinsicht eine präventive Funktion.

4.2.2 Weitere Beratungsangebote

Neben den Pflegestützpunkten gibt es weitere Zielgruppen und/oder themenspezifische Beratungsangebote für pflegebedürftige Menschen und ihre Angehörigen.

Hamburger Koordinationsstelle für Wohn-Pflege-Gemeinschaften

Die Hamburger Koordinationsstelle für Wohn-Pflege-Gemeinschaften bei der STATTBAU HAMBURG GmbH, ist ein spezialisiertes Beratungs- und Serviceangebot zur Förderung innovativer Wohn-, Betreuungs- und Pflegeformen. Als unabhängige Anlauf- und Fachstelle steht sie Bürgern sowie Institutionen für die Beratung, den Aufbau und die Praxisbegleitung innovativer Wohn-Pflege-Gemeinschaften zur Verfügung. Die Koordinationsstelle hat in den vergangenen Jahren schrittweise und ausgerichtet auf die spezifischen Belange aller Akteure bereits bezogener und in Planung befindlicher Wohn-Pflege-Angebote ein Netzwerk - bestehend aus unterschiedlichen

Foren - aufgebaut. Seit 2006 findet in diesem Netzwerk ein kontinuierlicher Praxistransfer statt, der der Qualitätssicherung und Weiterentwicklung der Wohn- und Versorgungskonzepte dient. Die bisherigen Erfahrungen im Hamburger Netzwerk bestätigen, dass die Lebens- und Betreuungsqualität in den Wohnformen in erheblichem Maße von den Mitwirkungsmöglichkeiten, dem gleichberechtigten Zusammenwirken aller Projekt-Beteiligten und der Transparenz des Leistungsgeschehens abhängt. In der Praxis deutlich erkennbar ist zudem, dass neutrale Personen, die die pflege- und assistenzbedürftigen Menschen in der Wahrnehmung ihrer Interessen und Rechte in bestimmten Projektphasen oder aber dauerhaft unterstützen, die Eigenverantwortung, Selbstbestimmung und Partizipation der Betroffenen fördern.

Hamburg weit entstehen mit Unterstützung der Hamburger Koordinationsstellen immer mehr Wohn-Pflege-Gemeinschaften. Das Arbeitsfeld umfasst inzwischen auch die Entwicklung und Einbindung von Wohn-Pflege-Gemeinschaften und anderer neuer Wohnmodelle in das Quartier. Die Beratung zur nachhaltigen, quartierbezogenen Versorgung im Kontext ambulanter und stationärer Wohngruppen soll daher strukturiert fortgeführt und weiter ausgebaut werden.

Compass GmbH

Der Verband der privaten Krankenversicherung hat zur Pflegeberatung die Compass GmbH gegründet. Sie bietet eine bundesweite Hotline und ein Netz von Beratern an, die Ratsuchende zu Hause aufsuchen. In Hamburg befindet sich ein Regionalstützpunkt.

Beschwerdetelefon Pflege Hamburg

Das Beschwerdetelefon Pflege wird von den Pflegekassen und der Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz getragen. Es steht weiterhin als kostenlose und neutrale Beschwerdestelle zu allen Pflege Themen unter der bekannten Telefonnummer 040 - 28 05 38 22 zur Verfügung. Im Jahr 2014 wurden 347 Erstkontakte zu Beschwerdefällen dokumentiert. Es wurde mit eigener Aufgabenstellung inzwischen organisatorisch Teil des Pflegestützpunktes Hamburg-Mitte. Das Beschwerdetelefon Pflege ist mit einer Vollzeitstelle ausgestattet. Die Vertretung erfolgt durch Berater des Pflegestützpunktes Hamburg-Mitte.

Alzheimer-Telefon

Die Alzheimer Gesellschaft Hamburg e.V. bietet seit ihrer Gründung telefonische Beratung rund um das Thema Demenz an. Am „Alzheimer-Telefon“ informieren überwiegend ehrenamtlich tätige, ehemals pflegende und betreuende Angehörige sowie Fachkräfte, wie Psychologen, Sozialarbeiter oder Pflegekräfte, Ratsuchende je nach persönlichem Bedarf.

Aufgrund der wachsenden Anzahl von Menschen mit demenziellen Erkrankungen und aus der Praxis des „Alzheimer-Telefons“ ist ein Anstieg des Beratungsbedarfes zu verzeichnen. Deshalb wird das quantitative Informations- und Beratungsangebot deutlich ausgebaut. Derzeit stehen achtzehn Personen für die Telefonberatung zur Verfügung, davon fünf neue Beraterinnen, die im Juni 2015 ihre Ausbildung abgeschlossen haben. Die Beratungszeiten wurden ab August 2015 auf 18 Stunden die Woche ausgeweitet. Im ersten Halbjahr 2015 war das „Alzheimer-Telefon“ an 73 Tagen besetzt und es wurden 172 Personen telefonisch und persönlich beraten.

Beratungszentrum für Technische Hilfen & Wohnraumanpassung

Das Beratungszentrum für Technische Hilfen & Wohnraumanpassung ist mit seiner Hilfsmittelausstellung und seiner online-wohn-beratung seit Jahren ein zuverlässiges und kompetentes Beratungsangebot für Bürger, aber auch für Einrichtungen und Fachorganisationen. Die Vielfalt der Ausstellungsstücke im Beratungszentrum ermöglicht es ratsuchenden Menschen, sich ganz praktisch und vor Anschaffung über das für sie am besten geeignete Hilfsmittel und auch über Umbaumöglichkeiten zu informieren. In dieser Kombination - Ausstellung und Beratung – ist das Angebot einmalig in Hamburg und auch in Norddeutschland. Es finden jährlich ca. 950 individuelle Beratungen (davon 1/3 mit Hausbesuch/en) statt. Darüber hinaus finden über 90 Gruppenführungen pro Jahr statt, in denen die Beratungsangebote und die Ausstellung gezeigt werden, davon ca. die Hälfte für Schulklassen aus Pflegeberufen.

Mit der Leistungserhöhung für Wohnungsumbaumaßnahmen seit 2015 nach dem Pflegeleistungsgesetz I (bis 4.000 Euro statt bisher 2.557 Euro) kommt der Nutzung der Angebote von „Barrierefrei Leben e.V.“ noch eine größere Bedeutung zur Unterstützung und Entlastung Pflegebedürftiger und ihrer Angehörigen zu.

CHARON Beratungsstelle Sterben, Tod, Trauer

Die Beratungsstelle CHARON wurde zur Beratung Schwerstkranker und sterbender Menschen sowie deren Angehörigen und Freunde eingerichtet um ihnen das Erleben von Sterben, Tod und Trauer zu erleichtern. CHARON führt auch Fachberatungen und Schulungen für hauptamtliche Mitarbeiter in Einrichtungen des Sozial- und Gesundheitswesens und ehrenamtliche Helfer sowie öffentliche Veranstaltungen zum Thema durch. Seit 2013 werden Unternehmen zum Thema Trauer am Arbeitsplatz beraten.

Bei CHARON arbeiten Sozialpädagoginnen mit entsprechender Zusatzqualifikation. Die Informations- und Beratungsangebote werden überkonfessionell und kostenlos angeboten.

Überwiegend wird die Beratung von trauernden Angehörigen wahrgenommen. Es fanden 2014 828 Einzelberatungen von Sterben, Tod und Trauer betroffener Menschen statt. 97 % der Beratungsgespräche wurden von Angehörigen wahrgenommen.

Durch Schulungen trägt CHARON dazu bei, die Begleitung Sterbender in allen Versorgungsbereichen (z.B. auch in der Eingliederungshilfe, in Kinder- und Jugendeinrichtungen) zu verbessern. 2014 fanden eine Schulung für Ehrenamtliche mit 14 Teilnehmern sowie sieben Schulungen für hauptamtliche Mitarbeiter in sozialen Einrichtungen mit 133 Teilnehmern statt. 80 Beratungsgespräche mit Hauptamtlichen wurden 2014 geführt.

Die Schulungen und die Information der Öffentlichkeit helfen, die Themen Sterben, Tod und Trauer zu enttabuisieren.

■ 4.3 Versorgungskontinuität

Im pflegerischen und medizinischen Versorgungssystem sind einzelne Versorgungsbereiche stark voneinander getrennt. Solche Abgrenzungen gibt es besonders zwischen Leistungen nach Krankenversicherungsrecht und solchen nach Pflegeversicherungsrecht sowie zwischen der ambulanten und stationären Versorgung in beiden Bereichen. Die Grenzen werden durch unterschiedliche Leistungsansprüche der Berechtigten sowie unterschiedliche Abrechnungs- und Finanzierungssysteme gebildet. Wechseln Hilfebedürftige oder Ratsuchende zwischen den Bereichen, kommt es leicht zu Informationsverlusten auf Seiten der Leistungserbringer und nicht ausreichender Information über das Angebot anderer Versorgungsbereiche auf Seiten der Nutzer. Dies kann auch beim parallelen Bezug von Leistungen aus zwei Bereichen der Fall sein.

Aktuell gibt es verschiedene Ansätze in Hamburg, hier zu Verbesserungen zu kommen.

Kompetenzkette Demenz (KoKeD)

Im Rahmen der Landesinitiative Leben mit Demenz wurde das Konzept der Kompetenzkette aus dem Pakt für Prävention aufgegriffen. Die Arbeitsgruppe Kompetenz- und Hilfekette Demenz (KoKeD) hat ein „Hamburger Eckpunktepapier für den Aufbau einer Kompetenz- und Hilfekette Demenz - Handlungssicherheit und Kompetenz rund um die Diagnose Demenz“ erarbeitet. Darin wird die Absicht erklärt, eine wohnortnahe und sektorenübergreifende verlässliche Zusammenarbeit „beruflicher Nachbarn“ als Hamburger Standard rund um die Diagnose Demenz aufzubauen. In den nächsten zwei Jahren soll eine Umsetzung der Hamburger Kompetenz- und Hilfekette Demenz unter Berücksichtigung der Befragungsergebnisse Hamburger Fachärzteschaft vorbereitet und in verschiedenen Settings erprobt werden. Durch eine bessere Verzahnung der vorhandenen Angebote über die Systemgrenzen hinweg wird dazu beigetragen, dass Menschen mit Demenz nicht alleine gelassen werden. Die Unterstützung von Familien und Versorgung von älteren Menschen - insbesondere in belastenden familiären Lebenslagen - kann so deutlich verbessert werden. Gleichzeitig können auch auf allen Ebenen Ressourcen geschont werden, indem zeitnah passgenaue und abgestimmte Hilfen angeboten werden.

Präventiver Hausbesuch

Jeder ältere Hamburger soll das Angebot bekommen, bei einem Hausbesuch bestimmte gesundheitliche und soziale Risiken abklären zu können und entsprechende Beratung zu erhalten. Werden beim Hausbesuch Risiken erkannt, sollen möglichst kurzfristig geeignete Maßnahmen folgen. Ein Konzept zu dem Angebot wird zurzeit entwickelt, die Zielrichtung, die Zielgruppe und die Zugangswege werden konkretisiert. Langfristig wird ein Sinken der Prävalenz bestimmter gesundheitlicher und sozialer Probleme in der Zielgruppe erwartet.

Überleitung in das oder aus dem Krankenhaus

Für die Versorgungskontinuität Pflegebedürftiger ist der Übergang von Krankenhausbehandlung zu pflegerischer Versorgung, aber auch in umgekehrter Richtung, von großer Bedeutung. Krankenhäuser sind zu einem systematischen Entlassungsmanagement gesetzlich verpflichtet. Vorgaben hierzu ergeben sich aus dem Hamburgischen Krankenhausgesetz (§ 6 Abs. 3 HmbKHG) und aus dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (§ 39 SGB V).

Die Ausgestaltung dieser Gesetze im Einzelnen sollte in Hamburg qualitätsorientiert und im Konsens der Vertragspartner geschehen. Dabei sollte die im Jahr 2015 vom AQUA - Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen im Auftrag des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) veröffentlichte Konzeptskizze⁴⁹ für ein Qualitätssicherungsverfahren zum Entlassungsmanagement berücksichtigt werden. In diesem Bericht wurden erstmalig Fragestellungen und Prozessabläufe zum Entlassungsmanagement konkretisiert, die Eignung von Erhebungsinstrumenten geprüft sowie Empfehlungen ausgearbeitet. Zu den Risikokriterien zählen beispielsweise ungeplante Wiederaufnahmen nach Krankenhausaufenthalten, mehrfache Krankenhausaufenthalte innerhalb des letzten Jahres, Pflegebedürftigkeit, kognitive Defizite, funktionelle Beeinträchtigungen bei der Motorik oder Mobilität, ein hohes oder sehr geringes Alter, hohe Anforderungen und Belastungen, eine prekäre Lebens- und Versorgungssituation, bestimmte Erkrankungen wie beispielsweise psychische Störungen, Herz-Kreislaufkrankungen, Krebskrankungen oder auch eine geringe Gesundheitskompetenz. Über die weitere Umsetzung des Konzeptes entscheidet der G-BA wahrscheinlich Anfang 2016.

In Hamburg hat der Landespflegeausschuss bereits im Jahr 2000 die Verwendung von Überleitungsbögen empfohlen, die bis heute im Einsatz sind. Nun hat die ‚Landeskonferenz Versorgung nach § 90a SGB V‘ eine Arbeitsgruppe mit dem Auftrag eingesetzt, die derzeit eingesetzten Überleitungsinstrumente zu sichten, zu bewerten und ggf. Veränderungen vorzuschlagen. Die Arbeit ist noch nicht abgeschlossen.

Die systematische Einbeziehung einer nachgehenden Pflegeberatung in die Entlassungsplanung hat ein Projekt des Pflegestützpunktes Hamburg-Nord mit dem Asklepios Klinikum Nord zum Inhalt. Im Rahmen der Pflegeüberleitung der Klinik sollen Patienten am Standort Heidberg, bei denen ein umfänglicher Informations- und Beratungsbedarf zu Pflegefragen nach der Krankenhausentlassung absehbar ist, gezielt über die Beratungsangebote der Pflegestützpunkte informiert und ihnen die Vormerkung einer Pflegeberatung im Pflegestützpunkt Hamburg-Nord angeboten werden. Hierfür werden besondere Informationsflyer über das Leistungsangebot des Pflegestützpunktes Nord an die Patienten der somatischen Stationen verteilt. Das Projekt wird Ende 2015 starten. 2016 findet eine Zwischenauswertung und Überprüfung statt. Danach soll über eine Verlängerung und Möglichkeiten der Übertragbarkeit auf andere Kliniken entschieden werden.

49 https://www.sqg.de/sqg/upload/CONTENT/Neue-Verfahren/Entlassungsmanagement/Bericht_Konzeptskizze_Entlassungsmanagement.pdf - abgerufen 06.11.2015

■ 5.1 Bestand und Entwicklung

69 % der Pflegebedürftigen werden zu Hause gepflegt, entweder nur von ihren Angehörigen, von Angehörigen unter Beteiligung eines Pflegedienstes oder allein durch einen ambulanten Pflegedienst. In Hamburg sind das 2013 rd. 34.400 Personen, eine Steigerung von 7 % im Vergleich zu 2009.

Den folgenden Tabellen ist die Verteilung der unterschiedlichen Pflegearrangements in der häuslichen Pflege zu entnehmen.

	2009	2013
Pflegegeld	56 %	57 %
Ambulante Pflege	43 %	42 %
Tagespflege	2 %	3 %
Kurzzeitpflege	1 %	1 %

Tabelle 5:
Verteilung der Leistungsanspruchnahme in der häuslichen Pflege 2009 und 2013 in von Hundert aller Pflegebedürftigen in eigener Häuslichkeit

Quelle: Berechnung BGV nach Pflegestatistik 2013; durch Mehrfachanspruchnahme übersteigt die Summe 100 %

In der Versorgung in der Häuslichkeit beträgt der Anteil der reinen⁵⁰ Pflegegeldempfänger 57 %, in 42 % der Haushalte ist ein Pflegedienst tätig und 3 % nutzen die Tagespflege.⁵¹

In dieser Tabelle ist wegen der immer noch relativ kleinen Nutzerzahl die starke Zunahme der Tages- und Kurzzeitpflegenutzer kaum erkennbar (s.u.).

20 % der Pflegebedürftigen in der ambulanten Versorgung sind jünger als 60 Jahre, 59 % sind 75 Jahre und älter, 29 % sind älter als 85 Jahre. Das Durchschnittsalter beträgt 72,7 Jahre.

8 % der Nutzer von ambulanten Pflegediensten sind jünger als 60 Jahre, 73 % sind 75 Jahre und älter, 40 % 85 Jahre und älter. Sie sind mit 78,8 Jahren im Durchschnitt 10,5 Jahre älter als Pflegegeldempfänger.

22.148 der Pflegebedürftigen in der ambulanten Versorgung sind 2013 in Pflegestufe I eingestuft. Das ist eine Steigerung um 2.616 Personen bzw. 13,4 % im Vergleich zu 2009. Die Anzahl der Pflegebedürftigen in der Pflegestufe III bleibt mit 8 % annähernd konstant. Der Anteil in Pflegestufe I steigt von 61 % auf 64 %, der Anteil in Pflegestufe II sinkt von 31 % auf 28 %.

11.009 Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz erhalten in der Häuslichkeit Leistungen, davon 2.150 Personen ohne Pflegestufe.

Der Männeranteil aller Pflegebedürftigen nimmt auch in der ambulanten Pflege seit Jahren kontinuierlich zu und liegt jetzt bei 39 %. Aufgrund der demografischen Entwicklung wird sich dieser Trend fortsetzen.⁵²

⁵⁰ Kombileistungsempfänger werden in der Pflegestatistik nicht getrennt erfasst.

⁵¹ Laut der Studie MUG III wurde in 8 % der Pflegearrangements ausschließlich durch professionelle Kräfte die Pflege sichergestellt. Schneekloth, Ulrich; Wahl, Hans-Werner (Hg.): Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung in privaten Haushalten (MuG III); München 2005, S. 74

⁵² Pflegestatistik Hamburg 2013

■ 5.2 Allgemeine Planaussagen

Demenz

Auch mit demenziellen Erkrankungen ist das weitere Leben zu Hause das vorrangige Ziel. In der eigenen Wohnung und der gewohnten Umgebung können Menschen mit Demenz länger den Alltag selbständig gestalten, als wenn ein Umzug stattfindet. Das selbständige Leben zu Hause wird allerdings durch zunehmende kognitive Ausfälle schwieriger. Dies betrifft nicht nur die Selbstversorgung, sondern die gesamte Tagesgestaltung. Angehörige, die die Betreuung übernehmen, sind vor allem dadurch belastet, dass sich ihr Gegenüber in so unerwarteter Weise verändert und die intellektuellen und emotionalen Beziehungen in der gewohnten Form nicht aufrechterhalten werden können. Der Alltag muss für den Erkrankten mit organisiert werden, seine Kooperation ist aber fraglich. Um Überlastungen vorzubeugen ist eine Kombination von Hilfen wichtig. Sie kann mit einer ausführlichen Beratung beginnen und dann die ehrenamtlichen und beruflichen Unterstützungsmaßnahmen umfassen, die in diesem Kapitel aufgeführt sind.

Im Rahmen der Landesinitiative Leben mit Demenz wurden die Themen mit Verbesserungsbedarf benannt: Wenige Angebote für Erkrankte im Anfangsstadium, Akzeptanz der Erkrankung im sozialen Umfeld, psychosoziale Be- und Überlastung von pflegenden Angehörigen, häusliche Krisensituationen, freiheitsentziehende Maßnahmen und andere Formen der Gewalt, demenzorientierte Pflege ambulanter Dienste. In der Landesinitiative wurden dazu praktische Maßnahmen entwickelt (Website, Broschüre, BasisQ⁵³, Aktionswochen); weitere sind in Vorbereitung. Die für einige Pflegenden bestehenden Hemmschwellen, Hilfe bei (drohender) Überlastung zu suchen oder anzunehmen, könnten dadurch gesenkt werden.

Gewaltprävention

Die genannte Beratung, Information und Unterstützung kann auch das mögliche Aufkommen von Gewalthandlungen in Pflegebeziehungen - dies betrifft sowohl pflegende Angehörige, wie beruflich Pflegenden - vorbeugen.

Versorgung von Menschen mit Migrationshintergrund

Die Pflege in Familien mit Migrationshintergrund (siehe 3.4) ist geprägt durch eine überdurchschnittlich hohe Bereitschaft zur Übernahme der Pflege Angehöriger, häufig auch unter dem Druck kultureller Normen. Leistungen der Pflegeversicherung werden unterdurchschnittlich in Anspruch genommen. Beratung in der Muttersprache und Entlastungsangebote, die transkulturell ausgerichtet sind, können ein Ansatzpunkt sein, die Pflege in Familien mit Migrationshintergrund zu stärken.

Palliative Pflege

Die Begleitung eines sterbenden Menschen zu Hause stellt besonders hohe Ansprüche an die körperliche und psychische Verfassung der Angehörigen. Die palliative Pflege ist ein wichtiger Baustein in der Weiterentwicklung der ambulanten palliativen Versorgung von denjenigen Menschen, die nicht über die Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung begleitet werden.

Es muss bei der Begleitung Schwerstkranker und Sterbender eine 24-stündige Erreichbarkeit durch einen Pflegedienst sowie die Zusammenarbeit mit einem Hausarzt, der idealerweise in der Schmerztherapie und Palliativmedizin weitergebildet ist, sichergestellt werden. Möglichst frühzeitig sollte die Einschaltung einer ehrenamtlichen Hospizbegleitung einbezogen werden, um einen tragfähigen Kontakt rechtzeitig aufzubauen.⁵⁴ Mit diesen Maßnahmen könnte auch in vielen Fällen vermieden werden, dass palliativ gepflegte Menschen bei krisenhafter Verschlechterung ins Krankenhaus verlegt werden, obwohl sie dies persönlich nicht mehr wünschen.

■ 5.3 Niedrigschwellige Betreuungs- und Entlastungsangebote sowie Selbsthilfe

Definition und Beschreibung

Im Pflegeversicherungsgesetz (SGB XI) sind 2002 erstmalig auch Leistungen für Menschen mit „eingeschränkter Alltagskompetenz“ und einem „erhöhtem Betreuungsbedarf“ (z. B. Menschen mit Demenz) aufgenommen worden - die sogenannten niedrigschwelligen Betreuungsangebote. Mit dem Pflegeweiterentwicklungsgesetz (Novelle des SGB XI) im Jahr 2008, dem Pflege-Neuausrichtungsgesetz (PNG) im Jahr 2013 und dem Ersten Pflegestärkungsgesetz ab 2015 wurden die Leistungen und die Fördermöglichkeiten für diesen Personenkreis und für Menschen mit Pflegebedarf Schritt für Schritt weiter zu niedrigschwelligen Betreuungs- und Entlastungsangeboten ausgebaut.

Menschen ab Pflegestufe I oder mit einem erhöhten Betreuungsbedarf unterhalb der Pflegestufe I haben einen Leistungsanspruch in Höhe von derzeit 104 Euro bzw. 208 Euro im Monat, je nach Ausprägung des Betreuungsbedarfes. Diese Beträge werden nicht an die Pflegebedürftigen ausgezahlt, sondern können für Betreuungs- und Entlastungsleistungen von Pflegediensten oder nach Landesrecht anerkannten Anbietern verwendet werden. Die Leistungsempfänger treten in Vorlage und die Pflegekassen erstatten nach Rechnungsvorlage die Kosten.

Niedrigschwellige Betreuungs- und Entlastungsangebote und Selbsthilfegruppen können dazu beitragen, die Betreuung zu intensivieren und pflegenden Angehörigen eine Zeit der Entlastung zu ermöglichen, während die Pflegebedürftigen gut betreut werden. Zu solchen Betreuungsangeboten zählen beispielsweise:

- Betreuungsgruppen für Menschen mit Demenz;
- stundenweise Entlastung pflegender Angehöriger im häuslichen Bereich;
- Einzelfallbetreuung im Rahmen der Nachbarschaftshilfe.

Außerdem gibt es als weitere Unterstützungsangebote

- Menschen die sich für Pflegebedürftige ehrenamtlich engagieren, z. B. als Ombudspersonen oder als Begleiter von Wohngemeinschaften mit pflegebedürftigen Menschen),
- Selbsthilfegruppen für Pflegebedürftige und für pflegende Angehörige.

Zukünftig sollen Entlastungsangebote auch dazu beitragen, eine Lücke in der Inanspruchnahme von hauswirtschaftlichen Angeboten zu schließen.

Nach Landesrecht anerkannte niedrigschwellige Angebote gemäß § 45c SGB XI für Personen mit einem erheblichen Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung (gemäß § 45a SGB XI) können gefördert werden, wenn sie von Freiwilligen erbracht und beruflich begleitet werden. Die Förderung deckt insbesondere die Kosten der beruflichen Begleitung und den Aufwandsersatz für die Freiwilligen ab. Die Förderung erfolgt zu gleichen Teilen durch die Pflegekassen und das Land Hamburg.

Ambulante Pflegedienste können neben der Grundpflege und der hauswirtschaftlichen Versorgung auch Betreuungs- und Entlastungsleistungen zur Unterstützung von Aktivitäten im häuslichen Umfeld und zur Gestaltung des häuslichen Alltags anbieten und nach SGB XI abrechnen.

Bestand und Entwicklung:

Angebot	2010	2015
Anbieter geförderter Niedrigschwelliger Betreuungsangebote		
Betreuungsangebote	9	14
Anzahl Betreuungsgruppen	15	29
Anzahl Helferkreise	9	12
Anzahl Selbsthilfegruppen	0	19

Tabelle 6:
Niedrigschwellige
Betreuungsange-
bote

Quelle: Daten der BGV

Die Förderung von Selbsthilfegruppen zum Thema Pflege erfolgt seit 2012 nach dem seit Jahren in Hamburg etablierten Verfahren zur Förderung aller Selbsthilfegruppen, d.h. über den sogenannten „Selbsthilfegruppentopf“. Was Selbsthilfegruppen sind, ist einvernehmlich definiert. Zweimal jährlich können Gruppen einen Förderantrag stellen. Die Kontakt- und Informations-Stelle für Selbsthilfegruppen (KISS) hat 2012 zusätzlich zu ihrem bisherigen Aufgabenspektrum (Förderung von Selbsthilfegruppen „Gesundheit“ und „sozialer Lebenslagen“) auch die Beratung und fachliche Unterstützung, die Antragsbearbeitung sowie die Öffentlichkeitsarbeit für Selbsthilfegruppen aus dem Bereich „Pflege“ übernommen. Sie wird für diese Leistungen im Rahmen der Gesamtförderung als Selbsthilfekontaktstelle mitgefördert.

Im April 2014 wurde das erste niedrigschwellige Betreuungsangebot für türkischstämmige Migranten gestartet: Gönüllü – steht für Gönül: Herz, Mut, Verstand und bedeutet „Freiwillige/r“. Das Projekt wird in Kooperation zwischen dem Diakonischen Werk - SeniorPartner Diakonie (DW) Hamburg, der Türkischen Gemeinde Hamburg und Umgebung e. V. (TGH) und der Hamburgischen Brücke – Gesellschaft für private Sozialarbeit e.V. durchgeführt und gefördert. Kernangebote von Gönüllü sind ein türkischsprachiger Besuchsdienst und eine Betreuungsgruppe. Neben der Verbesserung und Aufrechterhaltung der häuslichen Versorgung, der an Demenz erkrankten, älteren türkischsprachigen Menschen, der Entlastung der Angehörigen, der Erreichung der Zugangswege zu den Gesundheits- und Pflegesystemen sollen auch türkischsprachige Freiwillige gewonnen und in betroffene Familien vermittelt werden. Bisher wurden einige Beratungsgespräche und Hausbesuche durchgeführt. Im Verlauf des ersten Jahres zeigte sich, dass Freiwillige leichter zu gewinnen waren als Nutzer. Die Freiwilligen wurden als große Bereicherung von den Ehrenamtlichen der niedrigschwelligen Betreuungsangebote willkommen geheißen. Für eine abschließende Bewertung des Projekts ist es zum jetzigen Zeitpunkt noch zu früh.

Fachliche Bewertung des Angebots und Ziele:

Die Bedarfe für die Angebote werden angesichts einer zunehmenden Zahl von Pflegebedürftigen und der ausgebauten Leistungen nach dem SGB XI zunehmen. Die Leistungen werden in Hamburg weiterhin auf einem qualitativ hohen Niveau erbracht.

Angebote, die von Freiwilligkeit und Bürgerengagement getragen werden, sind vorbildhaft und eröffnen eine Perspektive für die pflegerische Versorgung: Bürger, die ihre Zeit zur Verfügung stellen, erhöhen damit jenseits der beruflichen Pflege entscheidend die Lebensqualität Hilfebedürftiger.

Die Angebote sind seit 2010 zahlenmäßig und auch inhaltlich ausgebaut worden. So konnte z. B. ein erstes Angebot für Migranten eingerichtet werden.

Mit der neu geschaffenen Hamburger Fachstelle für Bürgerschaftliches Engagement in Wohn- und Betreuungsformen wurde ein Projekt zur Gewinnung, Schulung, Vermittlung und Begleitung von Freiwilligen als Ombudspersonen, WG-Begleitern und Wohn-Paten gestartet.

Die derzeit gültige Hamburgische Pflege-Engagement-VO (HmbPEVO) zur Anerkennung und Förderung von niedrigschwelligen Betreuungsangeboten nach § 45c SGB XI muss an die geänderte Rechtslage angepasst werden, in einem ersten Schritt an die Gesetzeslage nach dem Pflegegestärkungsgesetz I und ab 2017 in einem zweiten Schritt an das Pflegegestärkungsgesetz II.

Die Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz strebt hierfür eine Regelung an, die die aufgebauten Strukturen bewahrt und die Möglichkeiten der neuen Rechtslage für die Nutzer erschließt. Dabei soll die Transparenz der Angebote gewahrt, der Verbraucherschutz aufrechterhalten und das nachbarschaftliche Engagement gefördert werden.

■ 5.4 Ambulante Pflegedienste

Definition und Beschreibung

Ambulante Pflegedienste erbringen pflegerische und hauswirtschaftliche Leistungen auf Basis von SGB XI, SGB V und SGB XII. Die Dienste finanzieren sich dabei aus Sozialversicherungs- und Sozialhilfemitteln sowie aus Selbstzahlerentgelten.

Bestand und Entwicklung

Die Zahl der Pflegedienste stieg in Hamburg von 345 Diensten 2009 auf 367 Pflegedienste 2015⁵⁵ d.h. um 22 Pflegedienste bzw. 5,8%.

2013 waren in den 358 Diensten 10.206 Personen beschäftigt, das sind 480 bzw. rund 5 % mehr als 2009⁵⁶. Auch die Zahl der rechnerischen Vollzeitstellen ist um rund 5 % gestiegen. Die Zahl der Pflegebedürftigen, die von Pflegediensten betreut werden, stieg von 13.801 Nutzern um 4,9 % auf 14.480 Nutzer.

Unter den Beschäftigten befinden sich 5.594 ausgebildete Pflegekräfte⁵⁷: Sie stellen damit 55 % aller Beschäftigten in der Pflege. Ihre Anzahl stagniert seit 2009. Der Anteil der ausgebildeten Pflegekräfte an allen Beschäftigten verringerte sich im gleichen Zeitraum um 3 Prozentpunkte.⁵⁸ Ambulante Pflegedienste sind bei einem Drittel der Pflegebedürftigen in der Häuslichkeit an der Versorgung beteiligt. Gepflegt werden 14.480 Menschen. Das sind 5 % mehr als im Jahr 2009.

	2009	2013
Pflegedienste	345	342
Anzahl der Beschäftigten in den Pflegediensten	9.726	10.206
Anzahl der ausgebildeten Pflegekräfte	5.629	5.594
Anteil der ausgebildeten Pflegekräfte	58 %	55 %
Nutzer	13.801	14.480

Tabelle 7:
Ambulante
Dienste und
Beschäftigte

Quelle: Pflegestatistik 2009 bzw. 2013

Der Anteil der in den einzelnen Pflegestufen betreuten Pflegebedürftigen hat sich gegenüber 2009 weiter zugunsten der Pflegebedürftigen in der Pflegestufe I verschoben. 64 % aller von ambulanten Diensten Gepflegten haben diese Einstufung.

Es gibt 2013 5.048 Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz, die durch einen Pflegedienst Leistungen erhalten, davon 1.168 Personen ohne Pflegestufe.

⁵⁵ Datenerhebung der BGV, Stand 05.11.2015

⁵⁶ Basis Rahmenplanung der pflegerischen Versorgungsstruktur bis 2015

⁵⁷ Fach- und Assistenzkräfte in der Pflege

⁵⁸ Pflegestatistik Hamburg 2013

Prognose zur Entwicklung von Bedarfen und Angeboten

2020 werden rund 15.800 Pflegebedürftige zu Hause durch Pflegedienste zu pflegen sein, sofern sich die Verteilung zwischen Sach- und Geldleistungsempfängern nicht verschiebt. Das sind 9,1 % mehr als 2013.

Tabelle 8:
Pflegebedürftige
zu Hause bis 2030

	2013	2015	2020	2025	2030
Anzahl der zu Hause lebenden Pflegebedürftigen	34.427 ¹	34.851 ²	37.626 ²	40.451 ²	42.848 ²
Pflegebedürftige Personen versorgt durch ambulante Pflegedienste	14.480 ¹	14.659 ²	15.825 ²	17.014 ²	18.022 ²

Quelle:¹ Pflegestatistik 2013, ²Prognose BGV

Ein quantitativ ausreichendes Angebot an ambulanten Pflegeleistungen wird im Rahmen der marktförmigen Gestaltung dieses Segments sichergestellt sein, sofern es gelingt, die notwendige Anzahl an Pflege(fach)kräften zu behalten und zu gewinnen. Die Stagnation der Fachkraftanzahl (s. Tabelle 7) sollte hier aufmerksam machen.

Fachliche Bewertung des Angebots und Ziele:

Die Betreuung von Menschen mit Demenz stellt ambulante Dienste vor Herausforderungen. Zu nennen sind u.a. Sorgen über Betreuung und Sicherheit in den Zeiten, in denen keine Betreuung geleistet wird. Eine Arbeitsgruppe der Landesinitiative Leben mit Demenz wird sich mit der Thematik beschäftigen.

Ambulante Pflegedienste sind notwendige Partner in einem Netzwerk zur Organisation eines zuverlässigen Quartiersangebots (vgl. 3.1). Gerade das Beispiel der Pflege von Menschen mit Demenz macht deutlich, dass oft zur Sicherstellung der Pflege ein umfangreicheres Angebot erforderlich ist, als es ein ambulanter Pflegedienst alleine leisten kann.

Mitarbeitende ambulanter Pflegedienste sind oftmals die ersten und teilweise die einzigen externen Akteure, die Kenntnis von Gewalt- und Vernachlässigungsfällen erlangen können und Zugang zu den Betroffenen haben. In Verbindung mit dem pflegerischen Fachwissen prädestiniert das Pflegekräfte dazu, in Fällen von Gewalt selbst zu intervenieren oder Interventionen durch Dritte möglich zu machen. Pflegekräfte benötigen allerdings Unterstützung, problematische Situationen zu identifizieren, einzuschätzen und damit umgehen zu können sowie das nötige Fachwissen und die Handlungskompetenz, um entsprechend handeln zu können.

Die Einbeziehung eines ambulanten Dienstes in die häusliche Pflege kann auch direkt gewaltpräventive Wirkung haben, da Pflegekräften oftmals eine vermittelnde Rolle in konflikthaften Pflegekonstellationen zukommt.

Es können aber auch von Pflegekräften Gewalthandlungen gegenüber Pflegenden ausgehen. Die Projekte zum Gewaltschutz in häuslichen Pflegebeziehungen zielen neben der Erhöhung der Sensibilisierung für kritische Situationen, die sich durch Angehörige, Pflegebedürftige oder beruflich Pflegenden ergeben können, vor allem darauf ab, eine adäquate Organisationskultur in den Pflegediensten zu entwickeln. Die Projekte SiliA⁵⁹, Safer Care⁶⁰, PURFAM⁶¹ und ein Projekt der Uniklinik Düsseldorf⁶² beinhalten u.a. die Entwicklung praxistauglicher Konzepte mit konkreten Verfahrensweisen und Instrumenten für eine Gewaltprävention, zur Früherkennung durch professionelle Akteure, die Entwicklung eines Assessmentinstruments (Checklisten, Angehörigenfragebögen, Teambesprechungen; Ablaufschemata) und zielgruppenspezifische Schulungen. Der Arbeiter-Samariter-Bund Hamburg hat 2014 Leitlinien und ein Präventionsprogramm für eine gewaltfreie Pflege entwickelt.

59 Aktionsprogramm Sicher Leben im Alter, <http://www.dhpol.de/de/hochschule/Fachgebiete/sipo.php> – abgerufen am 26.06.2015

60 Gewalt gegen Ältere erkennen und vermeiden, www.hs-fulda.de/index.php?id=9935 – abgerufen am 26.06.2015

61 Potenziale und Risiken in der familialen Pflege alter Menschen www.hf.uni-koeln.de/35748 – abgerufen am 26.06.2015

62 Prävention von Gewalt in der Pflege durch interdisziplinäre Sensibilisierung und Intervention von stationären und ambulanten Pflegeeinrichtungen; www.milcea.eu/gfp.html – abgerufen am 26.06.2015

Allen ambulanten Pflegediensten in Hamburg wird empfohlen, ihre Organisation mit Blick auf drohende oder wahrgenommene Gewalt anhand der Schulungsmaterialien (weiter-) zu entwickeln.

Bei der Betreuung und Pflege von Menschen mit Migrationshintergrund in der eigenen Häuslichkeit durch Externe sind kulturbezogene Angewohnheiten und Lebensweisen zu beachten. Die Kenntnis und Akzeptanz gehört in einem hohen Maß zu den Voraussetzungen eines Zugangs und einer guten Pflege, weil dort der „Eingriff“ in die Privatsphäre besonders groß ist. Es sollten daher vorrangig Pflegekräfte mit dem jeweiligen Migrationshintergrund eingesetzt werden. Nach Angaben der Pflegedienste sind in Hamburg überwiegend Mitarbeiter mit russischen, polnischen, türkischen, iranischen und afghanischen Sprachkenntnissen tätig. Dies entspricht den häufigsten Bezugsländern der Hamburger mit Migrationshintergrund.⁶³

Pflegedienste, die palliative Leistungen anbieten wollen, sollten Fachkräfte beschäftigen, die sich im Rahmen eines berufsbegleitenden 160-Stunden-Kurses fortgebildet haben. In den Kursen werden nicht nur die Themen Sterben, Tod und Trauer bearbeitet, sondern es wird vor allem Wert auf eine optimale Ausbildung in Palliativpflege gelegt, deren wesentliche Elemente Schmerztherapie, Symptomkontrolle, Pflege Techniken, Ethik und Kommunikation sind.

Der Senat setzt sich dafür ein, die ambulanten Angebote zu stärken und sie in die bestehende medizinische und pflegerische Versorgung zu integrieren. So soll jeder Pflegedienst verbindlich mit Anbietern der Hospiz- und Palliativversorgung zusammen arbeiten beziehungsweise sie in ihre Einrichtung integrieren.

Die Koordinierungsstelle Hospiz- und Palliativarbeit kann die Pflegedienste unterstützen, Kooperationen mit ambulanten Hospizdiensten, Seelsorgern, Psychologen, Palliativmedizinern und stationären Hospizen einzugehen und sie kann geeignete Fortbildungsangebote empfehlen.

In Hamburg gibt es 21 Fachpflegedienste⁶⁴, die mit examinierten Fachpflegekräften mit entsprechender Zusatzqualifikation arbeiten und – ausgestattet mit entsprechenden Pflegehilfsmitteln – in der Lage sind, den besonderen pflegerischen Bedürfnissen schwerkranker und sterbender Menschen Rechnung zu tragen. Für eine bedarfsgerechte Versorgung ist eine enge Kooperation mit dem Hausarzt, sowie Zusammenarbeit weiterer an der Versorgung Beteiligten, wie ambulanten Hospizdiensten und Apotheken notwendig. Die Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz wird den Prozess zur Verbesserung der allgemeinen ambulanten Versorgung unterstützen. In Kapitel 8 wird auf die hospizliche Begleitung und palliative Versorgung näher eingegangen.

In der ambulanten Pflege gibt es eine ausreichende Anzahl von Diensten in allen Stadtteilen. Mögliche Spezialisierungen (Menschen mit spezifischem Migrationshintergrund, palliative Pflege, Menschen mit Demenz) wurden hier angesprochen. Grundkompetenzen müssen aber in allen Diensten vorhanden sein. So wurde in der letzten Rahmenplanung den Diensten empfohlen, ihre Mitarbeiter zu Fragen der Demenz besonders zu schulen. Es kann mangels zentraler statistischer Erfassung nicht nachvollzogen werden, in welchem Umfang dies geschehen ist. Von einem weiteren Bedarf kann ausgegangen werden. Das gilt auch für Gewaltprävention als Teil der Qualitätssicherung.

Neben den genannten Spezialisierungen liegt im Ausbau des regionalen Bezuges bis hin zu Quartierskonzepten eine Chance zur Stärkung des Profils eines Dienstes.

Maßnahmen:

Den ambulanten Diensten wird empfohlen, die angesprochenen Maßnahmen zu entwickeln.

63 Statistisches Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein: Bevölkerung mit Migrationshintergrund in den Hamburger Stadtteilen Ende 2013, Hamburg, 22.09.2014

64 Angaben des Koordinierungsstelle Hospiz- und Palliativarbeit Hamburg, Stand 17.07.2015

■ 5.5 Tagespflege

Definition und Beschreibung: In Tagespflegeeinrichtungen werden Pflegebedürftige von morgens bis nachmittags gepflegt, verpflegt und betreut. Die Nacht und die Wochenenden verbringen sie zu Hause. Viele Tagespflegegäste besuchen nur an ein oder zwei Wochentagen die Einrichtung. Von großer Bedeutung ist dieses Angebot für die dementiell oder gerontopsychiatrisch erkrankten pflegebedürftigen Menschen, deren Pflege besonders große Anforderungen an die pflegenden Angehörigen stellt.

Bestand und Entwicklung

In Hamburg gibt es 35 Einrichtungen mit 788 Plätzen (Stand September 2015).

Tabelle 9:
Tagespflege-
einrichtungen

	2009/2010	2013	2015
Tagespflegeeinrichtungen¹	20 ¹	31 ¹	35 ¹
Plätze in den Tagespflegeeinrichtungen	386 ¹	678 ¹	788 ¹
Nutzer	612 ²	1.150 ²	1.336 ³
Anzahl der zu Hause lebenden Pflegebedürftigen	31.961 ²	34.947 ²	37.569 ³

Quelle: ¹BGV Erhebungen, ²Pflegestatistik 2009 bzw. 2013, ³Prognose BGV

Die Tabelle macht den starken Ausbau dieses Angebots deutlich. Seit 2010 haben sich die Zahl der angebotenen Plätze und die der Nutzer verdoppelt. Ursächlich dürfte die verbesserte Refinanzierung der Tagespflegekosten durch die Pflegeversicherung sein.

2013 haben 1.099 Personen mit Pflegeeinstufung die Tagespflegeeinrichtungen besucht, dazu kommen 51 Personen⁶⁵ mit eingeschränkter Alltagskompetenz ohne Pflegestufe. Eine eingeschränkte Alltagskompetenz weisen insgesamt 658 Personen auf. Dies unterstreicht die Bedeutung dieses Angebots für diese Zielgruppe. 50 % der Nutzer sind gering pflegebedürftig (Pflegestufe I). Das Durchschnittsalter beträgt 79,6 Jahre. 42 % der Besucher sind männlich.⁶⁶

Die Zahl der zu Hause lebenden Pflegebedürftigen - und damit der potentiellen Tagespflegenutzer - wird bis 2020 um 9,1 % gegenüber 2013 zunehmen.

Ein wichtiger Faktor für die weitere positive Entwicklung im Ausbau und der Nutzung von Tagespflegestätten sind die erhöhten Leistungen der Pflegeversicherung nach dem Pflegestärkungsgesetz I. Seit Jahresbeginn 2015 werden die Leistungen für die Tagespflege uneingeschränkt neben den ambulanten Sachleistungen gewährt. Die Erfahrung der letzten Jahre zeigt, dass die Anbieter in zunehmendem Maß auf die Nachfrage reagieren und neue Angebote machen.

In Planung seitens der Träger von Tagespflegestätten sind derzeit zusätzlich vier Einrichtungen mit insgesamt ca. 66 Plätzen.

Fachliche Bewertung des Angebots und Ziele

Der Ausbau der Tagespflege ist in Hamburg vorangeschritten. Die räumliche Verteilung führt zum Teil noch zu längeren Anfahrtswegen. Der verstärkte Auslastungsdruck in den Tagespflegeeinrichtungen hat aber auch vereinzelt zur Folge, dass auch größere Fahrwege seitens der Einrichtungen nicht gescheut werden, um neue Kunden zu gewinnen. Größere qualitative Mängel sind nicht bekannt geworden. Tagespflegen könnten ideale Partner in Quartiersprojekten werden. Dazu wäre eine Öffnung des Hauses für weitere Nutzer, die Kooperation mit Ehrenamtlichen und mit Dienstleistern notwendig.

⁶⁵ Die Zahl der Menschen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz wird erst seit 2013 erfasst. 2009 wurden diese Personen noch nicht statistisch erfasst und sind daher in der Nutzerzahl nicht enthalten.

⁶⁶ Pflegestatistik Hamburg 2013

Maßnahmen:

Bei der Planung von Quartiersprojekten sollte die Einrichtung einer neuen Tagespflegeeinrichtung oder die Kooperation mit einer bestehenden in Betracht gezogen werden.

■ 5.6 Kurzzeitpflege

Definition und Beschreibung:

In der Kurzzeitpflege werden Personen mit Pflegebedarf vorübergehend in einer Pflegeeinrichtung vollstationär gepflegt. Das Angebot richtet sich an Pflegebedürftige, bei denen die Pflege zeitweise nicht oder noch nicht sichergestellt ist. Dies kann der Fall sein bei vorübergehender Abwesenheit von Pflegepersonen, vorübergehender Erhöhung des Pflegebedarfs, nach Krankenhausentlassung zur weiteren Rekonvaleszenz und Erreichung eines Zustandes, in dem häusliche Pflege möglich ist, zur Abklärung der weiteren Versorgung oder Vorbereitung der häuslichen Pflege.

Da die Kurzzeitpflege nur für Ausnahmesituationen gedacht ist, wird sie maximal vier Wochen gewährt. Seit 01. Januar 2015 kann der Anspruch auf Kurzzeitpflege um den nicht verbrauchten Anspruch auf Verhinderungspflege für längstens acht Wochen erhöht werden. Pflegegeld wird bis zur Hälfte der zuletzt vor Beginn der Kurzzeitpflege geleisteten Höhe, längstens vier Wochen pro Kalenderjahr, gewährt.

Kurzzeitpflege kann in selbständig wirtschaftenden Kurzzeitpflegeeinrichtungen (solitäre Kurzzeitpflege) mit eigenem Versorgungsvertrag und separater Vergütungsvereinbarung oder auf eingestreuten Plätzen in Pflegeheimen (bis zu 10 % der Platzzahl) erbracht werden. Bei den eingestreuten Plätzen handelt es sich um die Zwischennutzung vorübergehend nicht belegter vollstationärer Plätze. Die pflegerischen und therapeutischen Anstrengungen müssen sich, anders als bei einer dauerhaften Aufnahme in ein Pflegeheim, auf eine Entlassung richten.

Bestand und Entwicklung

In Hamburg gibt es zwei selbständig wirtschaftende Einrichtungen mit 52 Plätzen (Haus Weinberg im Rauhen Haus, Haus Hortensie im Hospital zum Heiligen Geist). Die Anzahl der eingestreuten Kurzzeitpflegeplätze ist nicht festgelegt. In der Pflegestatistik 2013 sind für einen Stichtag 456 Nutzer benannt.

	2009/2010	2013	2015
Anzahl solitärer Plätze	59 ¹	52 ²	52 ²
Anzahl der Nutzer auf eingestreuten Plätzen	300 ¹	456 ³	463 ⁴

Tabelle 10:
Kurzzeitpflege
in Einrichtungen

Quelle: ¹Pflegestatistik 2009 (Stichtagserhebung); ²Versorgungsverträge Stand 15.10.2015, ³Pflegestatistik 2013 (Stichtagserhebung), ⁴Prognose BGV

Nach der Pflegestatistik hat die Nutzung der Kurzzeitpflege zugenommen. Dies bezieht sich weitgehend auf die Nutzung eingestreuter Plätze.

Im Bereich der solitären Kurzzeitpflege hat die Platzzahl trotz Förderung der Freien und Hansestadt Hamburg nach § 4 Abs. 2 Hamburgisches Landespflegegesetz (HmbLPG) i.V.m. § 6 Abs. 3 Hamburgisches Landespflegegesetz-Durchführungsverordnung (HmbLPGDVO) bis zur Höhe von tgl. 23,70 Euro pro belegten Platz nicht zugenommen. Die Auslastung schwankt sehr stark zwischen den Monaten und liegt im Jahresdurchschnitt bei rd. 83 %. Rd. 2/3 der Nutzer kommen aus der eigenen Häuslichkeit. Der Trend hin zu eher kurzfristigen Belegungsanfragen gerade auch von Personen mit geringer Pflegestufe, besonders in Krisensituationen hält an. Mit einem Anteil von 73 % der Nutzer kehrten 2014 mehr Personen in die eigene Häuslichkeit zurück als im Vorjahr, 5 % verstarben in der Einrichtung (2013: 8 %). Die Aufenthaltsdauer liegt unverändert durchschnittlich bei 22 Tagen.

Die flexiblere Inanspruchnahmemöglichkeit von Kurzzeitpflege und Verhinderungspflege durch gegenseitige Nutzung der Ansprüche nach dem Ersten Pflegestärkungsgesetz kann zu weiterer Verbesserung der Nutzung führen.

Die solitäre Kurzzeitpflege hat einen Preisnachteil aufgrund des höheren Personalbedarfs und einer geringeren Auslastungsquote gegenüber dem Angebot auf eingestreuten Plätzen. Die hohe Fluktuation in einer solitären Kurzzeitpflegeeinrichtung ist nur schwer wirtschaftlich aufzufangen. Eine stärkere Einpreisung des Risikos wird aber nicht als zielführend angesehen, weil dadurch der Preisnachteil gegenüber dem eingestreuten Angebot weiter wachsen würde.

Bisher nicht durch Kranken- oder Pflegeversicherungsleistungen abgedeckt ist eine zeitlich befristete Pflegebedürftigkeit insbesondere nach Krankenaufenthalt. Diese Lücke soll mit Einführung des geplanten Krankenhausstrukturgesetzes durch eine neue gesetzliche Grundlage in § 39b SGB V für eine 4 wöchige Leistung der Krankenversicherung geschlossen werden. Ob dies strukturelle Auswirkungen haben wird, ist davon abhängig ob die in den Eckpunkten enthaltene Formulierung „in dafür geeigneten Einrichtungen“ Gesetzeskraft erhält und welche Anforderungen damit verbunden sein werden.

Die Zahl der zu Hause lebenden pflegebedürftigen Menschen, und damit die potentiellen Kurzzeitpflegenutzer, werden bis 2020 um 9,1 % gegenüber 2013 zunehmen. Die Verweildauer in Krankenhäusern wird voraussichtlich auf dem niedrigen Niveau bleiben.

Fachliche Bewertung des Angebots und Ziele

Die Kurzzeitpflege ist geeignet krisenhafte Situationen in der häuslichen Pflege zu überbrücken und damit die häusliche Pflege längerfristig aufrecht zu erhalten. Sie trägt zur Entlastung von pflegenden Angehörigen bei. Insbesondere nach Krankenhausaufenthalten und bei zeitweiser Verschlechterung der Pflegesituation sind besondere, auch rehabilitative Anstrengungen der Einrichtungen nötig, um eine Rückkehr in die Häuslichkeit zu ermöglichen. Hierfür sind solitäre Kurzzeitpflegeeinrichtungen prädestiniert. In Hamburg sind zurzeit keine Probleme zu erwarten, kurzfristig einen Kurzzeitpflegeplatz zu finden. Der Ausbau der solitären Kurzzeitpflege ist sinnvoll, um längerfristig geplante Aufenthalte zu ermöglichen oder gezielt auf eine Rückkehr in die Häuslichkeit vorzubereiten.

Maßnahmen

Die Förderung der Investitionskosten wird beibehalten, um das spezifisch-rehabilitative Angebot von solitärer Kurzzeitpflege weiterhin zu erhalten.

Der Senat unterstützt gezielt neue Wohn- und Versorgungskonzepte um die Bedürfnisse der Hamburger nach normalem Wohnen trotz Pflegebedürftigkeit zu befriedigen und zukunftsfähige Ansätze zu entwickeln.⁶⁷ Der Bezugspunkt ist das Quartier. Ziel ist, dass hilfe- und pflegebedürftige Menschen in ihrem gewohnten Umfeld bleiben können.

Kleinräumige Wohn- und Betreuungsformen in stationären Einrichtungen sind im Kapitel 7 beschrieben.

■ 6.1 Wohn-Pflege-Gemeinschaften

Definition und Beschreibung

Wohn-Pflege-Gemeinschaften sind eine Wohn- und Betreuungsmöglichkeit für Menschen, die aufgrund ihrer Pflegebedürftigkeit nicht mehr alleine oder mit Angehörigen leben können oder möchten. Es handelt sich dabei um Gemeinschaften mit familiärem Charakter. Die Mitglieder der Wohngemeinschaft leben in selbst möblierten Einzelappartements bzw. Einzelzimmern mit zusätzlichen Gemeinschaftsflächen. Die Mitglieder haben aufgrund der Wohnlage und der Betreuungssituation die Möglichkeit, Dienstleistungen und kulturelle Angebote des Stadtteils zu nutzen. Die Alltagsgestaltung der Gruppe orientiert sich an den Gewohnheiten und biografischen Bedürfnissen der Mitglieder wie zum Beispiel den Schlafgewohnheiten, den Mahlzeiten oder den Freizeitaktivitäten. Die Mitglieder nehmen aktiv am Alltag teil. Betreuungskräfte unterstützen dies und fördern so die Selbstständigkeit.

Der Einbezug ins Quartier durch Nutzung externer Angebote und den Einbezug von Nachbarn als Helfer ist in Wohn-Pflege-Gemeinschaften häufige Praxis. Ambulant betreute Wohn-Pflege-Gemeinschaften sind ein Weg Normalität und Teilhabe auch bei Pflegebedürftigkeit zu verwirklichen. Bei den Wohn-Pflege-Gemeinschaften werden zwei Angebotsformen unterschieden: Angebote, die in der Verantwortung der Mieter - bzw. deren Angehörigen oder gesetzlichen Betreuer - und solche, die in der Verantwortung eines Trägers liegen.

Wohn- Pflege-Gemeinschaften für Pflegebedürftige in der Verantwortung der Mieter

In selbstverantworteten Wohn-Pflege-Gemeinschaften leben bis zu zehn Personen als Mieter in einer Wohn- oder Hausgemeinschaft zusammen. Jedes Mitglied der Gemeinschaft schließt einen Mietvertrag über den Wohnraum ab. Unabhängig vom Mietverhältnis verständigt sich die Gruppe auf einen Pflegedienst, der eine Rund-um-die-Uhr-Betreuung sicherstellt.

In der Gemeinschaft leben ausschließlich Menschen mit Pflegebedarf. Die Mitglieder dieser Gemeinschaft werden im Alltag jeweils durch ihren persönlichen Interessenvertreter unterstützt. Dazu gehören vor allem Angehörige; es können aber auch gesetzliche Betreuer oder bevollmächtigte freiwillige Personen diese Aufgabe wahrnehmen. Sie begleiten die Mitglieder weiter, ohne allein für die Pflege und Betreuung verantwortlich zu sein.

Für die Kostenübernahme gelten die Regelungen in der ambulanten Pflege.

Seit 2012 unterstützt die Pflegeversicherung die Gründung einer ambulanten Wohn-Pflege-Gemeinschaft finanziell mit einer Anschubfinanzierung und investiven Mitteln für wohnumfeldverbessernde Maßnahmen in Höhe von höchstens 4000 Euro pro pflegebedürftiger Person, maximal jedoch 16.000 Euro für die gesamte Wohn-Pflege-Gemeinschaft. Bundesweit werden die Fördergelder noch zurückhaltend in Anspruch genommen.⁶⁸ Mit Inkrafttreten der Reform des Pflegeversicherungsgesetzes durch das Pflege-Neuausrichtungsgesetz (PNG) können pflegebedürftige Mieter pauschal 205 Euro pro Monat bei der Pflegekasse beantragen, um eine Pflegekraft, die organisatorische, verwaltende oder pflegerische Tätigkeiten verrichtet, zu finanzieren.

67 Demografie-Konzept Hamburg 2030, Hamburg, August 2014, S. 67

68 Ärztblatt Internetartikel <http://www.aerzteblatt.de/nachrichten/63708/Foerdergelder-fuer-Pflege-Wohngemeinschaften-werden-kaum-genutzt> - abgerufen am 06.08.2015

Trägergestützte ambulante Wohn-Pflege-Gemeinschaften für Pflegebedürftige

Wohn-Pflege-Gemeinschaften in Trägerverantwortung, in denen bis zu zwölf Menschen leben, unterscheiden sich im Betreuungskonzept von selbstverantworteten Wohn-Pflege-Gemeinschaften. Sie sind dadurch gekennzeichnet, dass ein Betreiber die Gesamtverantwortung für die Wohn-Pflege-Gemeinschaft trägt. Dies führt zur Einordnung als Wohneinrichtung im Sinne des Hamburgischen Wohn- und Betreuungsqualitätsgesetzes (HmbWBG) und zieht die Geltung bestimmter Qualitätsstandards nach sich.

In Trägerverantwortung befinden sich derzeit neben fünf ambulant organisierten Wohn- und Betreuungsformen für Menschen mit Demenz auch sechs Gemeinschaften für beatmungspflichtige Menschen. Im Gegensatz zu selbstorganisierten ambulanten Wohn-Pflege-Gemeinschaften, in denen die Mitglieder der Gruppe bzw. deren Vertreter selbst die Verantwortung für die Alltagsgestaltung tragen, erbringt der Betreiber alle Leistungen aus einer Hand und die Bewohner der Wohn-Pflege-Gemeinschaften bzw. ihre Vertreter wirken bei Angelegenheiten von bewohnerübergreifendem Interesse durch eine Wohnbeirat sowie durch Angehörigenbeirat mit.

Die Versorgung und Begleitung schwerstkranker und sterbender Mieter in Wohn-Pflege-Gemeinschaften wird bei Bedarf durch die Einbeziehung externer Fachkompetenz (wie z.B. Schmerztherapeuten, Palliative-Care-Teams und Ehrenamtlicher) sichergestellt.

Bestand und Entwicklung

2015 befinden sich 22 ambulante Wohn-Pflege-Gemeinschaften mit 193 Plätzen in der Selbstverantwortung der Mieter bzw. ihrer Vertreter. Ihre Zahl ist in fünf Jahren deutlich gestiegen. Zusammen mit den trägergestützten Wohn-Pflege-Gemeinschaften hat sich das Angebot mit insgesamt 277 Plätzen mehr als verdoppelt. Dies ist ein Hinweis auf den zunehmenden Bedarf und das hohe Engagement der Beteiligten.

Tabelle 11:
Wohn-Pflege-
Gemeinschaften
für hilfe- und
pflegebedürftige
Menschen

	2010	2015
Anzahl der selbstverantworteten Wohn-Pflege-Gemeinschaften	13	22
Anzahl der Wohn-Pflege-Gemeinschaften in Trägerverantwortung	1	11

Quelle: 2010: Rahmenplanung 2010; 2015: Koordinationsstelle Erhebung 21.08.2015

Von den elf ambulant organisierten Wohn-Pflege-Gemeinschaften in Trägerverantwortung werden in sechs Wohn-Pflege-Gemeinschaften Beatmungspatienten betreut.

Sieben weitere Wohn-Pflege-Gemeinschaften mit voraussichtlich 91 Plätzen befinden sich in der Umsetzung und werden 2016 bzw. 2017 bezugsfertig sein.

Darüber hinaus befinden sich derzeit vier Vorhaben für etwa 50 bis 70 Personen in der Planung. Zentraler Baustein zur Förderung von Wohn-Pflege-Gemeinschaften ist die Hamburger Koordinationsstelle für Wohn-Pflege-Gemeinschaften bei der STATTBAU HAMBURG GmbH, die Investoren, Vermieter, Dienstleister sowie Nutzer beim Aufbau dieser Wohnform unterstützt und das Zusammenwirken koordiniert. Umfassende Beratung „aus einer Hand“, eine Wohnplatzbörse sowie der regelmäßige Informationsaustausch in den sog. „Foren“ für Angehörige, Pflegedienste und Projektentwickler tragen maßgeblich zur Qualitätsentwicklung bei. Die Koordinationsstelle wird

seit 2006 von der Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz gefördert und hat ihr Beratungskonzept den Bedarfen entsprechend kontinuierlich weiterentwickelt. Im Januar 2015 wurde sie in Kooperation mit der Alzheimer Gesellschaft Hamburg beauftragt, eine Fachstelle für bürgerschaftliches Engagement in Wohn- und Versorgungsformen einzurichten. Ziel ist die Gewinnung, Schulung, Vermittlung und Begleitung von Ombudspersonen, WG-Begleitern und Wohn-Paten zur Unterstützung und Weiterentwicklung quartiersbezogener Wohn- und Versorgungsformen für Menschen mit Pflege- und Assistenzbedarf durch bürgerschaftliches Engagement.

Neue Wohnformen können geeignete Voraussetzungen bieten, muttersprachlich betreut zu werden und die eigene Kultur zu pflegen. Die Entwicklung interkultureller Wohnprojekte ist besonders wichtig, weil u.a. die Zahl älterer Menschen mit Migrationshintergrund schneller zunimmt als im Vergleich zur Gesamtbevölkerung (s. 2.1.2). Das interkulturelle Wohnhaus Veringeck im Stadtteil Wilhelmsburg ist ein Beispiel. Es ist das erste seiner Art in Hamburg und eines der wenigen im Bundesgebiet. Neben der Demenz-Wohngemeinschaft für zehn ältere Menschen mit türkischem Migrationshintergrund bietet das Haus für alle Älteren im Stadtteil Servicewohnen für Senioren, eine Tagespflegeeinrichtung, ein Café, ein Hamam (türkisches Dampfbad) und einen begrünten Innenhof. Es entstand im Rahmen der Internationalen Bauausstellung IBA Hamburg⁶⁹ und wurde im Dezember 2011 eröffnet. Die Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz hat das Projekt mit 315.000 Euro gefördert. Die Tagespflegeeinrichtung, das öffentliche Stadtteilcafé und der Hamam im Erdgeschoss des Hauses fungieren als integrativer Begegnungsort, so dass die Integration und der kulturelle Austausch von Migranten mit der deutschstämmigen Nachbarschaft im Stadtteil aktiv gefördert werden. Die Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz hat die Veröffentlichung einer Broschüre der IBA Hamburg gefördert, die Broschüre beschreibt das Modellprojekt und steht im Sinne einer Planungshilfe für Investoren, Betreiber und weitere Interessierte zur Verfügung.⁷⁰

Prognose zur Entwicklung von Bedarfen und Angeboten

Kleinräumige Versorgungsstrukturen werden zunehmend nachgefragt. Anders als zunächst erwartet stellt es kein Problem dar, für die Zielgruppe der pflegebedürftigen Senioren geeigneten Wohnraum zu gewinnen. Baugenossenschaften und private Investoren sanieren Wohnraum oder bauen neue Wohnanlagen. Überwiegend schließen sie sich mit Trägern zusammen, die als Zwischenvermieter den Aufbau von Wohngemeinschaften initiieren.

Zukünftig ist zu erwarten, dass auch weitere kleinräumige alternative Projekte entstehen. Beispielsweise seien Etagen- bzw. Hausgemeinschaften für Menschen mit Pflegebedarf genannt.

Im Bezirk Altona ist in Kombination mit einem Baugemeinschaftsprojekt eine Hausgemeinschaft überwiegend türkischer alleinstehender Frauen in Planung (Wohnhaus Mekan). Eines ihrer Ziele ist die gegenseitige Hilfe im Alter und im Falle von Pflegebedürftigkeit. Die Gruppe wurde vom Bezirksamt und von der Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz bei der inzwischen erfolgreichen Suche nach einem geeigneten Objekt im vertrauten Lebensumfeld unterstützt. Das Konzept sieht die Zusammenarbeit mit einem Pflegedienst mit türkischsprachigem Schwerpunkt vor, der im Bedarfsfall die Betreuung der Mieter im Wohnhaus übernehmen wird. Damit wird in Hamburg ein zweites Modellprojekt entstehen.

Fachliche Bewertung des Angebots und Ziele

Die Vielfalt von Wohn- und Versorgungsformen zwischen der Pflege zu Hause und stationären Einrichtungen bisheriger Form stärkt die Selbstbestimmung hilfe- und pflegebedürftiger Menschen.

Das interkulturelle Wohnhaus Veringeck⁷¹ und das geplante Wohnhaus Mekan tragen dazu bei, eine Lücke zu schließen, da klassische stationäre Pflegeangebote von älteren, pflegebedürftigen Zuwanderern bisher selten in Anspruch genommen werden.

69 Unter Beteiligung des Investors, eines Pflegedienstes, Vertretern der IBA Hamburg, der Wohnungsbaukreditanstalt, mehrerer Behörden (Behörde für Stadtentwicklung, Bezirksamt Hamburg-Mitte, der Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz) und der Koordinationsstelle Wohn-Pflege-Gemeinschaften.

70 Veringeck, Hamburg, November 2014, <http://www.hamburg.de/pflege/veroeffentlichungen/4592254/broschuere-veringeck/> - abgerufen am 31.08.2015

71 Das Wohnprojekt Veringeck ist ein interkulturelles Wohnprojekt, <http://www.hamburg.de/pflege-im-heim/3192808/eroeffnung-veringeck/> - abgerufen am 01.09.2015

Entscheidend für die Entwicklung dieses Segments sind die genannten Aufbauhilfen insbesondere für Investoren und Vermieter einerseits sowie der Begleitung der Nutzer bzw. der Angehörigen andererseits.

Zur Stärkung der Teilhabe pflege- und assistenzbedürftiger Menschen soll durch die Hamburger Fachstelle für Bürgerschaftliches Engagement in Wohn- und Versorgungsformen die Wohn- und Betreuungsqualität verbessert und neue Wege für eine „Kultur des Engagements und der sozialen Aufmerksamkeit“ geebnet werden. Ziel der Fachstelle ist es, die Selbstbestimmung, die Rechte und die gesellschaftliche Teilhabe pflege- und assistenzbedürftiger Menschen in Pflegeheimen und Wohn-Pflegegemeinschaften zu stärken und quartiersbezogene Wohn- und Versorgungsformen für Menschen mit Pflege- und Assistenzbedarf als Alternative zum Pflegeheim durch bürgerschaftliches Engagement weiterzuentwickeln. Das Projekt hat bundesweit Modellcharakter. Die Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz begrüßt zudem die Entwicklung von Haus- oder Wohngemeinschaftsprojekten für hilfe- und pflegebedürftige Menschen aus der Wohnungslosigkeit. Derzeit besteht für diese Zielgruppe noch kein Wohn-Pflege-Angebot. In Planung befindet sich jedoch ein Wohnhaus in Hamburg–Mitte, in dem unter anderem auch Wohnraum und Betreuung für diese Zielgruppe (für ca. 6 Personen) entstehen soll.

Maßnahmen

Die Qualitätsempfehlungen für ambulante Wohn-Pflege-Gemeinschaften und der Leitfadens für Angehörige werden überarbeitet.

Die Öffentlichkeitsarbeit für neue Wohnformen wird fortgesetzt und weiter intensiviert.

Für Wohnformen für beatmungspflichtige pflegebedürftige Menschen sollen fachliche Standards erarbeitet werden, die hinsichtlich des erforderlichen Betreuungsaufwandes mehr Transparenz für Verbraucher schaffen.

Die Förderrichtlinie für kleinräumige, quartiersorientierte Wohnformen für pflegebedürftige Menschen tritt in Kraft. Vorgesehen sind u.a. gedeckelte Zuschüsse für Neubauten und bauliche Anpassungsmaßnahmen zur Errichtung von Wohn- und Hausgemeinschaften sowie Maßnahmen zum Aufbau von Strukturen, die das Ziel verfolgen, den Verbleib pflegebedürftiger Menschen im Quartier sowie die Selbsthilfe von Bürgern zu fördern. Die Beratung zur nachhaltigen, quartierbezogenen Versorgung im Kontext ambulanter und stationärer Wohn-Pflege-Gemeinschaften soll strukturiert fortgeführt werden.

■ 6.2 Pflege im Quartier

In Abschnitt 3.1 wurde schon dargestellt, warum Konzepte der Pflege im Quartier in der Rahmenplanung eine bedeutende Rolle spielen. Außerdem wurde als Beispiel bereits das Wohnmodell „Lebendige Nachbarschaft“ (LeNa) vorgestellt.

Die Hamburger Stadtteile sind sehr heterogen, so dass unterschiedliche Modelle und Kombinationen je nach Ausgangslage denkbar sind, um den Quartiersgedanken umzusetzen. Zentral ist die Kombination der Leistungen verschiedener Akteure, die zu einem zuverlässigen Angebot für Bewohner führen.

Durch die Erprobung und Umsetzung verschiedener Quartierskonzepte, könnte in Hamburg der Grundstein gelegt werden, um die Folgen des demographischen Wandels abzumildern und es älteren Menschen zu ermöglichen, trotz eingeschränkter Mobilität oder einer Pflegebedürftigkeit in der gewohnten Umgebung wohnen bleiben zu können. Daher ist es sinnvoll verschiedene Kombinationsmöglichkeiten zu erproben und die positiven Quartiererfahrungen zukünftig auszuweiten. Die oben dargestellte Ausgangssituation bietet eine gute Grundlage für weitere Schritte.

- a) Mit der kommenden Förderrichtlinie für neue Wohnformen pflegebedürftiger Menschen werden weitere Leistungserbringer motiviert, Konzepte zu erproben, die soziale und pflegerische Betreuungsangebote integrieren.
- b) Die Leistungen der Pflegeversicherung für Niedrigschwellige Betreuungs- und Entlastungsangebote bzw. für Angebote zur Entlastung im Alltag sollen auch für Betreuungsleistungen im Quartier nutzbar gemacht werden.
- c) Auch die Bezirksämter werden sich künftig um das Zusammenwirken verschiedener Träger und Angebote der Seniorenarbeit im Sinne eines demografiefesten Quartiers, in das auch hilfe- und pflegebedürftige Menschen eingebunden sind, bemühen.
- d) Aus der Hamburger Erklärung zum Leben im Quartier bei Hilfe- und Pflegebedürftigkeit folgt, dass das Quartier der Bezugspunkt für eine moderne, generationenfreundliche Stadtpolitik und Pflege ist. Wohnungsunternehmen und Dienstleister sind aufgerufen in enger Zusammenarbeit Strukturen zu schaffen, die es den Menschen erlauben, auch bei gesundheitlichen Problemen im Quartier zu bleiben. Dabei werden die Erfahrungen der LeNa-Projekte einfließen.
- e) Quartiersentwicklung kann sich nicht nur auf einzelne Zielgruppen beziehen. Die behördenübergreifende Zusammenarbeit und Planung bei der Gewinnung von Wohnraum sowie zur Entwicklung geeigneter Rahmenbedingungen, um pflegebedürftigen und behinderten Menschen möglichst auf Dauer den Verbleib in der gewohnten Umgebung zu ermöglichen, sollen weiter intensiviert werden. Dies umfasst beispielsweise auch die Abstimmung von Aktivitäten und Förderprogrammen mit den Bezirksämtern und anderen Fachbehörden.

Die Schaffung von Unterstützungsstrukturen im Quartier im Sinne von Abschnitt 3.1 ist ein anspruchsvolles Ziel, das auch eine Änderung der Kultur des Zusammenlebens in den einbezogenen Quartieren voraussetzt. Deshalb sollen bis 2020 zunächst zehn zusätzliche Quartiersprojekte etabliert und modellhaft erprobt werden.

Vollstationäre Pflege umfasst die Versorgung und Begleitung pflegebedürftiger Menschen in von einem Träger bereitgestellten Räumen. Die vollstationäre Pflege erfolgt auf Dauer in einem Pflegeheim, wenn eine häusliche oder teilstationäre Pflege nicht (mehr) möglich oder gewollt ist.

■ 7.1 Bestand und Entwicklung

In Hamburg gibt es 152 vollstationäre Wohneinrichtungen für Pflegebedürftige mit 18.051 Plätzen.⁷² 2009 gab es 149 vollstationäre Wohneinrichtungen für Pflegebedürftige mit 17.292 Plätzen. Die Platzzahl stieg von 2009 bis 2015 um 4,75 %. Die Zahl der pflegebedürftigen Nutzer stieg von 2009 bis 2013 von 14.036 um rd. 8 % auf 15.139.⁷³ Bei kaum veränderter Auslastung deutet dies auf einen Rückgang der Zahl der im Sinne des SGB XI nicht pflegebedürftigen Bewohner hin. Rund 31 % aller Pflegebedürftigen leben in stationären Langzeitpflegeeinrichtungen. Frauen stellen 74 % der Nutzer, damit ist ihr Anteil im Vergleich zu 2009 weiter um 3 % gesunken. Nur 4 % der Nutzer sind jünger als 60 Jahre, 83 % sind 75 Jahre und älter, 54 % sind älter als 85 Jahre. Das Durchschnittsalter⁷⁴ ist von 2009 um 0,4 Jahre auf 82,8 Jahre gesunken.

Die Quote der Nutzer stationärer Dauerpflege an der Gesamtbevölkerung im Jahr 2013 steigt von 3,4 % in der Altersgruppe der 60- bis 65-Jährigen auf 9,6 % der über 85jährigen. In den Pflegeeinrichtungen leben überwiegend (58 %) Schwer- und Schwerstpflegebedürftige (Pflegestufe II und III).

Die Zahl der Menschen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz wird erst seit 2013 erfasst. Es sind 2013 insgesamt 8.427 Nutzer, davon erhalten 402 Nutzer ohne Pflegestufe Leistungen.

Der Anteil der Einzelzimmer hat sich laut Pflegestatistik wie in den vorhergehenden Jahren weiter erhöht. Er liegt jetzt bei 68 %.

Seit 2010 ist eine rege Entwicklung von Wohngruppen in vollstationären Pflegeeinrichtungen zu beobachten. Inzwischen gibt es 33 Wohngruppen für ca. 385 pflegebedürftige Menschen, die in acht stationären Pflegeeinrichtungen integriert sind. Sie bieten aufgrund der Gruppengröße kleinräumige Versorgungsstrukturen mit Einzelzimmern, einer gemeinsam genutzten Wohnküche und einem festen Betreuungsteam. Dadurch werden geeignete Rahmenbedingungen geschaffen, um den individuellen Bedürfnissen und Gewohnheiten dieser Bewohner besser Rechnung zu tragen.

In den Einrichtungen waren 2013 12.650 Personen beschäftigt, das sind 1.161 bzw. 10 % mehr als 2009. Auch die Zahl der rechnerischen Vollzeitstellen ist um 825 (+ 9,4 %) gestiegen. Unter den Beschäftigten befinden sich 5.673 ausgebildete Pflegekräfte (Pflegefachkräfte und Assistenzkräfte). Sie stellen damit 45 % aller Beschäftigten in der Pflege. Die Anzahl der ausgebildeten Pflegekräfte ist von 2009 bis 2013 um 19,3 % gestiegen. Der Anteil der ausgebildeten Pflegekräfte an allen Beschäftigten erhöhte sich im gleichen Zeitraum um 8,4 %.⁷⁵

Tabelle 12:
Vollstationäre
Pflegeeinrichtungen
und
Beschäftigte

	2009/2010	2013	2015	2020
Vollstationäre Pflegeeinrichtungen	149 ¹	152 ¹	152 ^{1a}	159
Plätze	17.292 ¹	17.886 ¹	18.051 ^{1a}	18.690 ^{1a}
Geschätzte Bewohnerzahl	15.400 ³	16.097 ⁴	16.246 ⁴	17.546 ⁴
Bedarf an vollstationären Plätzen	16.042 ⁵	16.768 ⁵	16.923 ⁵	18.277 ⁵
Pflegebedürftige Bewohner	14.036 ²	15.139 ²		
Beschäftigte	11.489 ²	12.650 ²		
Ausgebildete Pflegekräfte	4.754 ²	5.673 ²		

Quelle: ¹BGV Erhebung, ^{1a}BGV Erhebung, Stand Okt. 2015, ²Pflegestatistik 2009 bzw. 2013, ³Rahmenplanung 2010, ⁴Berechnung BGV unter Annahme einer 90 %igen Auslastung, ⁵Berechnung BGV unter Annahme der genannten Nutzerzahl und einer 96%igen Auslastung.

72 BGV Erhebung, Stand 01.10.2015

73 Pflegestatistik Hamburg 2013

74 Berechnung BGV anhand der Pflegestatistik Hamburg 2013

75 Pflegestatistik Hamburg 2013

Dementielle Erkrankungen sind eine der Hauptursachen von Hilfe- und Pflegebedürftigkeit und des Umzugs in eine vollstationäre Pflegeeinrichtung. 53 % der Bewohner weisen eine eingeschränkte Alltagskompetenz auf.⁷⁶ Seit Jahrzehnten wird über eine angemessene Gestaltung von Betreuung und Pflege diskutiert und geforscht. Im Rahmen des Projekts „Weiterentwicklung stationärer Angebote für Menschen mit Demenz“ der Landesinitiative wurden die entwickelten Betreuungsprinzipien zusammengefasst:

- Selbstbestimmung der Bewohner
- die Schaffung geeigneter, überschaubarer Milieus
- eine flexible Tagesstruktur
- individualisierte Beschäftigungs- und Bewegungsangebote
- eine personenzentrierte Haltung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter
- personelle Kontinuität (inkl. eindeutiger Verantwortung), um Versorgungs- und Beziehungsqualität sicher zu stellen
- Zufriedenheit und eine aktive Beteiligung der Angehörigen
- Integration von Freiwilligen und die Öffnung zum Stadtteil
- Zufriedenheit der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter und eine kompetenzorientierte Personalstruktur
- eine mitarbeiternahe Konzept- und Personalentwicklung
- bedarfsgerechter Einsatz des Personals

Diese Prinzipien beschreiben wichtige Voraussetzungen in Bezug auf das Personalmanagement, gesellschaftliche Erwartungen („Öffnung“), Erwartungen der Angehörigen und vor allem Grundsätze bei der Betreuung von Menschen mit Demenz. Es wird deutlich, dass zahlreiche Faktoren zusammenwirken müssen, damit sich Menschen mit Demenz gut aufgehoben fühlen können.⁷⁷ Seit 1999 gibt es in Hamburg die Besondere stationäre Dementenbetreuung. Das Programm richtet sich an Nutzer mit mittelschweren bis schwersten dementiellen Erkrankungen, die wegen starker herausfordernder Verhaltensweisen im stationären Regelangebot nicht adäquat versorgt werden können. Die Besondere stationäre Dementenbetreuung hat einen Umfang von 823 Plätzen in 35 Einrichtungen (Stand 31.07.2015).

Es gibt dementiell erkrankte Bewohner, deren herausfordernde Verhaltensweisen so ausgeprägt sind, dass sie für sich oder andere eine Gefährdung darstellen und die deshalb nach richterlichem Beschluss auf geschlossenen Stationen betreut werden müssen. Konzeptionell und in der Ausstattung entsprechen diese Plätze der Besonderen stationären Dementenbetreuung. Eine geschlossene Unterbringung für Menschen mit Demenz ist aktuell bei PFLEGEN & WOHNEN HAMBURG im Umfang von zusätzlich 173 Plätzen in vier Einrichtungen möglich.

Für die Angebote der Besonderen stationären Dementenbetreuung gilt ein erhöhter Pflegesatz auf Basis einer Rahmenvereinbarung.

Einzelne Projekte zur stationären Pflege von Menschen mit Migrationshintergrund in Hamburg sind seit 2009 die türkische Wohngruppe mit 14 Plätzen in der Wohneinrichtung TABEA im Stadtteil Lurup sowie der im Frühjahr 2014 eröffnete spezialisierte Wohnbereich „Orient“ für pflegebedürftige Menschen u.a. aus dem persischen Kulturkreis mit 28 Plätzen bei PFLEGEN & WOHNEN HAMBURG im Stadtteil Wandsbek.

In Pflegeeinrichtungen verbringen viele Menschen ihren letzten Lebensabschnitt. Angesichts einer großen Zahl hochbetagter Menschen mit zum Tod führenden, schweren Erkrankungen und belastenden Symptomen müssen vollstationäre Pflegeeinrichtungen Palliativversorgung und Hospizkultur weiterentwickeln und flächendeckend umsetzen.

⁷⁶ Pflegestatistik Hamburg 2013

⁷⁷ Martin Hamborg spricht von einer „Vertrauenskultur“, die in der Einrichtung gelebt werden sollte, Altenpflege 8/2015, S. 21

Es gibt kaum zuverlässige Zahlen darüber, wie sich das Verhältnis zwischen Todesfällen zu Hause, im Krankenhaus, in Pflegeeinrichtungen und an anderen Orten darstellt bzw. in den letzten Jahren entwickelt hat. Nach Schätzungen des Diakonischen Werks aus dem Jahr 2011 versterben 25 % der Menschen in stationären Pflegeeinrichtungen.⁷⁸ Eine Auswertung der Sterbefälle im Januar und Februar 2009 in Hamburg ergab, dass rd. 20 % der Verstorbenen zuletzt in einer stationären Pflegeeinrichtung gelebt haben.

Von 2006 bis 2012 hat die Stadt Hamburg 55 Pflegeeinrichtungen auf ihrem Weg Hospizkultur zu etablieren, über eine Richtlinie gefördert.

Begleitend bestand das „Netzwerk stationärer Pflegeeinrichtungen - Palliativ Kompetenz Nord“, ein fachliches Austauschgremium beteiligter Einrichtungen und Interessierter. Die Beratungsstelle CHARON unter Trägerschaft der Hamburger Gesundheitshilfe hat das Netzwerk Nord unter dem neuen Titel „Netzwerk Palliative Geriatrie Hamburg (NPG Hamburg)“ weiterentwickelt. Die Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz fördert den Prozess und unterstützt das Netzwerk in seiner Arbeit mit einem Zuschuss zu den Personal- und Sachkosten für einen Projektzeitraum von drei Jahren. Der Landespflegeausschuss empfiehlt mit Beschluss vom 19. September 2013 allen Pflegeeinrichtungen die nachhaltige Verankerung einer Hospizkultur sowie eine aktive Teilnahme am Netzwerk.

■ 7.2 Prognose zur Entwicklung von Bedarfen und Angeboten

Angebotsprognose

Stationäre Pflegeeinrichtungen sind ein notwendiger Bestandteil der pflegerischen Versorgungsstruktur.

Die Entwicklung des Angebots an Plätzen in der stationären Pflege ist von Investitionsentscheidungen der Träger abhängig.

Die Platzzahl wird aufgrund der bekannten Planungen bis 2017 voraussichtlich auf 18.690 steigen.

Bedarfsprognose

Der Einzug in eine vollstationäre Pflegeeinrichtung erfolgt meist dann, wenn pflegebedürftige Menschen und deren Angehörige keine anderen Möglichkeiten der Versorgung mehr sehen. Entgegen anderer plausibler Prognosen (z.B. Sinken des familiären Pflegepotentials) ist der Anteil der stationär Gepflegten in Hamburg seit Jahren annähernd konstant.

Geht man davon aus, dass

- aktuell in Hamburg ein Bedarf von 16.923 Plätzen⁷⁹ besteht,
 - dieser Bedarf mit zunehmender Pflegebedürftigkeit im gleichen Umfang steigt,
- ergäbe sich für 2020 ein Bedarf von 18.277 Plätzen (2025 19.647, 2030 20.807). Siehe auch Tabelle 12.

Im Jahr 2020 wird also der geschätzte Bedarf um rd. 400 Plätze unter dem voraussichtlichen Bestand liegen.

Dabei ist noch nicht berücksichtigt, dass geplant ist, andere Angebote wie Wohngruppen und Quartiersprojekte zu entwickeln, die Pflegeheimplätze im Einzelfall ersetzen können. Außerdem werden voraussichtlich der Ausbau der Tagespflege und das Zweite Pflegestärkungsgesetz ab 2017 die Nachfrage nach stationären Pflegeplätzen dämpfen. Einzelheiten der Bedarfsprognose sind in Anhang 10.1.2.6 dargestellt.

⁷⁸ Diakonisches Werk der Evangelischen Kirche in Deutschland e.V.: Der Tod gehört zum Leben, Stuttgart, März 2011, S. 4

⁷⁹ Berechnung anhand der aktuellen Platzzahl und einer aktuellen Auslastung von 90 %, hochgerechnet auf eine vertragliche Auslastung von 96 %

■ 7.3 Fachliche Bewertung des Angebots und Ziele

Wie oben dargestellt gibt es 2015 in Hamburg 18.051 Plätze in der vollstationären Pflege; von 2010 bis 2015 sind 759 dazugekommen. Zehn Prozent dieser Plätze sind zurzeit nicht belegt. Um Wahlfreiheit der Nutzer zu gewährleisten, wären vier Prozent freie Plätze (Auslastung von 96 Prozent) ausreichend. Die bestehende Kapazitätsreserve an stationären Pflegeplätzen wird durch den ständigen Neubau von Einrichtungen aufrechterhalten.

Die berufliche Pflege spielt sich überwiegend stationär ab: 15.139 Menschen werden in Heimen gepflegt, 14.480 ambulant.⁸⁰ Dies verdeutlicht die hohe Bedeutung der vollstationären Pflege. Die weitere Entwicklung hängt einerseits von dem demographisch bedingten Aufwuchs des Pflegebedarfs ab, andererseits aber auch von der Präferenz der pflegerischen Versorgungsform durch die zu Pflegenden. Bei einer Verbesserung der Optionen zur ambulanten Pflege, kann - nach Umfrageergebnissen über den priorisierten künftigen Pflegeort – damit gerechnet werden, dass diese Option zunehmend gewählt wird.

Die Politik hat die Rahmenbedingungen für eine individuelle Wahl und Kombination der passenden Wohn- und Betreuungsformen (Pflegeberatung/Pflegestützpunkte, ambulante Pflege und Tagespflege, Kurzzeitpflege und Verhinderungspflege, spezielle Leistungen und Anschubfinanzierung für Wohngemeinschaften etc.) schrittweise verbessert. Es wurden neue Konzepte zur Pflege und Betreuung (s. Kapitel 6) entwickelt. Es wird deshalb angestrebt, dass in den nächsten Jahren zusätzliche, demografisch bedingte Mehrbedarfe für die Pflege insbesondere durch verlässliche ambulante und teilstationäre Pflegeangebote im Wohnumfeld bzw. im Quartier abgedeckt werden. Pflegeheime sollen sich verstärkt ins Quartier öffnen und ihre Leistungen dort auch ambulant anbieten. Ziel ist ein vielfältiges Angebot an ambulanten und stationären Wohn- und Pflegeformen, welches die unterschiedlichen Bedürfnisse pflegebedürftiger Menschen abdeckt und so Wahlfreiheit in der Pflege ermöglicht.

Für die Einrichtungen würde das heißen, vermehrt Betätigungs-, Unterhaltungs-, Informations-, Beratungs-, Dienstleistungs-, Betreuungs- und Pflegeangebote nach außen zu machen, das Haus auf der anderen Seite für solche Angebote zu öffnen, Raum für das Engagement von Ehrenamtlichen und Angehörigen zu geben und so zu einem unverzichtbaren Netzwerkknoten im Stadtteil zu werden. Langfristig werden diese Häuser auch die übrigen Herausforderungen (Qualität, Konkurrenz um Nutzer und Personal) leichter bewältigen können.

Die Qualität der Leistungen der meisten Einrichtungen wird von den Prüfinstanzen nicht beanstandet. In 20 % der Einrichtungen stellt der MDK Fälle von gefährlicher Pflege fest.⁸¹ Ein wissenschaftlich abgesichertes Verfahren zur Qualitätsmessung in der Pflege gibt es bisher mit dem Indikatorenmodell⁸² nur in Ansätzen. Mit dem Zweiten Pflegestärkungsgesetz erhält der Qualitätsausschuss auf Bundesebene den Auftrag, hierzu ein verbindliches Verfahren zu vereinbaren. Die kleinräumige Binnenstrukturierung der Einrichtungen in Form von Wohngruppen hat seit 2010 deutlich zugenommen. Hier kann besser auf die individuellen Wünsche, Vorlieben und Gewohnheiten der Bewohner eingegangen werden und kontinuierlichere Kontakte zwischen Personal und Bewohnern sind möglich.

Angesichts des abwartenden Angebotsverhaltens und der zurückhaltenden Nutzung von Angeboten für Menschen mit Migrationshintergrund sowie der ethnischen und sprachlichen Vielfalt innerhalb der älteren Menschen mit Migrationshintergrund ist es zu diesem Zeitpunkt nicht möglich flächendeckend spezifische Angebote vorzuhalten.

Bei den am Netzwerk Palliative Geriatrie teilnehmenden Einrichtungen kann davon ausgegangen werden, dass sie verbindlich mit Anbietern der Hospiz- und Palliativversorgung zusammen arbeiten beziehungsweise sie in ihre Einrichtung integrieren. Darüber hinausgehende Erkenntnisse, welche stationären Pflegeeinrichtungen in Hamburg Kooperationen zur Stärkung der hospizlichen Begleitung und palliativen Versorgung eingegangen sind, gibt es bisher nicht.

⁸⁰ Pflegestatistik Hamburg 2013

⁸¹ MDK Nord: Jahresbericht 2014 Rückblick/Ausblick 2015; Hamburg 2015, S. 21;

bei Prüfungen wird eine Zufallsstichprobe von maximal 9 Bewohnern befragt und untersucht.

⁸² K. Wingenfeld, D. Engels u.a.: Entwicklung und Erprobung von Instrumenten zur Beurteilung der Ergebnisqualität in der stationären Altenhilfe. Abschlussbericht; Bielefeld/Köln 2011

■ 7.4 Maßnahmen

Die stationären Pflegeeinrichtungen werden vom Senat aufgefordert, wie im Abschnitt 6.2. dargestellt, sich stärker an der Gestaltung der quartiersbezogenen Pflege zu beteiligen und sich damit einem zukunftssträchtigen Versorgungsmodell weiter zu öffnen.

Die Einbeziehung von ehrenamtlichen Helfern und Angehörigen sollte systematisch erprobt und von der Einrichtung zukünftig verstärkt als Ressource genutzt werden.

Kooperationen zu Akteuren im Quartier wie Stadtteilkulturzentren, Kirchengemeinden etc. sollen intensiviert und genutzt werden, um den Bewohnern die Teilhabe außerhalb und innerhalb der Einrichtung zu ermöglichen.

Es werden zukünftig noch mehr qualifizierte Leitungskräfte benötigt, die über die notwendigen Leitungskompetenzen verfügen, um attraktive und familienfreundliche Arbeitsplätze in der stationären Pflege zu schaffen.

Das Projekt „Weiterentwicklung stationärer Angebote für Menschen mit Demenz“ wurde im Rahmen der Landesinitiative Leben mit Demenz in Hamburg entwickelt. Innerhalb des Projektzeitraums von zwei Jahren bis Ende 2016 sollen die teilnehmenden Wohn-Pflegeeinrichtungen einen Teil ihrer Wohnbereiche konzeptionell und organisatorisch noch mehr als bisher den Bedürfnissen ihrer Bewohner mit Demenz anpassen. Als Ergebnis wird u.a. ein Leitfaden entstehen, der andere Einrichtungen bei ähnlichen Vorhaben unterstützen soll.

Die bauliche Gestaltung der Wohnbereiche ist ein wichtiger, auch die Betreuungsorganisation und -abläufe vorstrukturierender Faktor. Bei Neu- und Umbauten sollten die Träger hier mit fachkundiger Beratung so bauen, dass eine Betreuung in kleineren Gruppen und in wohnlicher Atmosphäre möglich ist. Damit werden dann auch Anforderungen des Hamburgischen Wohn- und Betreuungsqualitätsgesetzes (HmbWBG) erfüllt.

Das neue Begutachtungsassessment nach dem Zweiten Pflegestärkungsgesetz berücksichtigt die Bedarfe von Menschen mit Demenz schon bei der Einstufung. Im Zuge der Anpassung der Rahmenverträge auf Landesebene muss geklärt werden, wie zukünftig die qualitativen und personellen Anforderungen an die Betreuung der Zielgruppe der besonderen stationären Dementenbetreuung geregelt werden.

Hilfreich für die Entwicklung von Einrichtungskonzepten zur Prävention von Gewalt kann das Internetportal des Zentrums für Qualität in der Pflege sein, das zum Thema Aggression und Gewalt in der Pflege sowie zum professionellen Umgang mit problematischen Situationen informiert.⁸³ Eine wichtige Voraussetzung, um die Anwendung von freiheitsentziehenden Maßnahmen möglichst zu vermeiden, besteht im Wissen über alternative Möglichkeiten des Umgangs mit problematischen Situationen in der Pflege. Die Fachmedien bieten dazu umfangreiche Informationen.⁸⁴ Empfohlen wird auch, dass Einrichtungen sich zur Vermeidung von freiheitsentziehenden und -beschränkenden Maßnahmen präventiv beraten lassen und Fach- und Führungskräfte ggfls. eine Fortbildung zum Verfahrenspfleger absolvieren.⁸⁵

Mehr Einrichtungen als bisher sollten zunächst konzeptionell und dann praktisch kleine Wohnbereiche für pflegebedürftige Bewohner mit bestimmten Migrationshintergründen entwickeln. Gelingen kann dies u.a. mit mehrsprachigem Pflegepersonal, das durch den eigenen Hintergrund und Schulungen über eine interkulturelle Pflegekompetenz verfügt. Eine weitere sinnvolle Voraussetzung ist die Kooperation mit den Gemeinden und Zusammenschlüssen von Migranten.

⁸³ Zentrum für Qualität in der Pflege. Gewaltprävention in der Pflege <http://pflege-gewalt.de> - abgerufen am 19.08.2015

⁸⁴ Zum Beispiel die Leitlinien zur Vermeidung freiheitseinschränkender Maßnahmen <http://www.leitlinie-fem.de/> - abgerufen am 19.08.2015

⁸⁵ <http://werdenfelser-weg-original.de/> - abgerufen am 16.10.2015
<http://verfahrenspfleger-hamburg.de/> - abgerufen am 16.10.2015

Den Einrichtungen wird zur nachhaltigen Verankerung einer Hospizkultur in ihren Häusern empfohlen, sich an den Indikatoren und Empfehlungen zur Palliativkompetenz des Deutschen Hospiz- und Palliativverbandes⁸⁶ bzw. dem Grundsatzpapier zur Entwicklung von „Hospizkultur und Palliativversorgung in stationären Einrichtungen der Altenhilfe“⁸⁷ zu orientieren.

Das Gesetz zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland (Hospiz- und Palliativgesetz – HPG)⁸⁸ sieht Maßnahmen vor, um die hospizliche und palliative Versorgung von Nutzern stationärer Pflegeeinrichtungen nachhaltig zu verbessern. Stationäre Pflegeeinrichtungen sollen künftig Kooperationsverträge mit vertragsärztlichen Leistungserbringern schließen, die diese Leistung vergütet bekommen. Pflegeeinrichtungen können den Bewohnern eine umfassende gesundheitliche Versorgungsplanung zum Lebensende anbieten, indem sie ihnen Hilfe und Angebote der Sterbebegleitung aufzeigen. Im Rahmen einer Fallbesprechung soll auf individuelle Bedürfnisse des Bewohners eingegangen und es sollen mögliche Notfallszenarien besprochen und geeignete einzelne Maßnahmen der palliativ-medizinischen, palliativ-pflegerischen und psychosozialen Versorgung dargestellt werden. Pflegeeinrichtungen werden verpflichtet, mit einem Hospiz- und Palliativnetz zusammenzuarbeiten und darüber zu berichten.

Mit den vorgesehenen Formulierungen im SGB XI wird leistungsrechtlich klargestellt, dass Sterbebegleitung zu den Pflegeleistungen gehört. Eine zusätzliche Finanzierung von palliativpflegerischen Leistungen oder für die Weiterentwicklung der Sterbebegleitung, wie Personalentwicklung, Fortbildung und der Organisationsentwicklung, ist damit nicht verbunden.

Die Koordinierungsstelle Hospiz- und Palliativarbeit kann die Einrichtungen bei Kooperationen mit ambulanten Hospizdiensten, Palliative-Care-Teams (Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung Anbieter) und spezialisierten Ärzten unterstützen und begleiten.

⁸⁶ Bundesarbeitsgemeinschaft Hospiz (Hrsg.) (jetzt: Deutscher Hospiz- und Palliativverband e.V.): Hospizkultur im Alten- und Pflegeheim - Indikatoren und Empfehlungen zur Palliativkompetenz; Niederzier 2006

⁸⁷ Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e. V., Deutscher Hospiz- und Palliativverband e. V. (Hrsg.): Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen im hohen Lebensalter in Pflegeeinrichtungen, Berlin August 2012

⁸⁸ Gesetz zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland Bundesgesetzblatt 2015 Nr. XX, S. XX

Hospizarbeit hat sich zum Ziel gesetzt, schwerstkranken und sterbenden Menschen ein würdiges und selbstbestimmtes Leben und Sterben bis zuletzt zu ermöglichen. Hospizarbeit thematisiert den Tod, aber sie bejaht das Leben. Die Wünsche, Bedürfnisse und Erwartungen des Sterbenden stehen im Mittelpunkt des Handelns derjenigen, die Hospizarbeit leisten. Sie unterstützen auch die Familie, Angehörige und Freunde bei der Betreuung und Begleitung des sterbenden Menschen. Betroffene und Angehörige werden auf allen Ebenen des Menschseins wahrgenommen, d.h. auf der physischen, psychisch emotionalen, geistigen und spirituellen Ebene. Hospiz ist kein fester Ort, sondern vielmehr eine Haltung.

Trotzdem hat die engagierte Arbeit der Hospizbewegung in den letzten Jahrzehnten zunächst zur Entstehung bestimmter Angebotsformen geführt, die in diesem Kapitel beschrieben werden.

Im Vordergrund der Hospizarbeit steht die ambulante Betreuung im Haushalt oder in der Familie. Neben dieser ambulanten Hospizbetreuung und der Versorgung Sterbender in Pflegeheimen und in Krankenhäusern sind in beschränktem Umfang auch stationäre Hospize notwendig. Diese sollten flächendeckend vorhanden sein, was in Hamburg schon weitgehend der Fall ist.

Die Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz finanziert seit Mitte 2007 die Koordinierungsstelle Hospiz- und Palliativarbeit⁸⁹. Träger ist der Landesverband Hospiz und Palliativarbeit e.V. Die Koordinierungsstelle soll dazu beitragen, dass in Hamburg schwerstkranken, sterbende Menschen und ihre Angehörigen und Freunde optimal versorgt werden. Schwerpunkt war auftragsgemäß zunächst die Koordination der Einrichtungen und Dienste der hospizlichen und palliativen Versorgung. Diese ist durch regelmäßige Kontakte, Veranstaltungen, Moderationen und Präsentationen sowie dem Ausbau multiprofessioneller Netzwerke wesentlich verbessert worden. Die Arbeit der Koordinierungsstelle hat sich in den letzten fünf Jahren weiterentwickelt, bezieht Hausärzte, Apotheker und Krankenhäuser mit in die Vernetzung ein und wird auch vermehrt von diesen zur Vermittlung angefragt.

Eine Zukunftsaufgabe der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung liegt insbesondere darin, die oben genannte Haltung der Hospizbewegung und die damit verbundene Arbeitsweise in die Regelangebote zu implementieren sowie für eine Vernetzung von speziellen und Regelangeboten zu sorgen. Konkret wird die verbindliche Zusammenarbeit der Pflegeeinrichtungen und der Pflegedienste mit Anbietern der Hospiz- und Palliativversorgung angestrebt.

Die Maßnahmen des Gesetzes zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland (Hospiz- und Palliativgesetz – HPG) tragen dazu bei, die hospizliche und palliative Versorgung in Deutschland weiterzuentwickeln und zu verbessern.

Zum Anteil der Sterbenden Menschen, die einer palliativen Fürsorge und hospizlicher Begleitung bedürftigen liegen keine belastbaren Daten vor.

Die Zahl der Sterbenden wird in den nächsten Jahren steigen.

Tabelle 13:
Sterbefälle
Prognose
bis 2030

Alter in Jahren	2015	2020	2025	2030
0 - 20	100	100	100	100
20 - 60	1.800	1.800	1.600	1.400
60 - 75	3.600	3.300	3.400	3.600
75+	12.000	12.800	13.300	13.400
Gesamt	17.500	18.000	18.300	18.500

Quelle: Statistisches Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein

Die Steigerung geht fast ausschließlich auf die Gruppe der älteren Menschen ab 75 Jahren zurück.

■ 8.1 Ambulante Hospizversorgung

Definition und Beschreibung

Ambulante Hospizdienste

Ehrenamtliche Mitarbeit hat die Hospizarbeit in Deutschland entscheidend geprägt und wesentlich zu ihrer Verbreitung und Entwicklung beigetragen. Bei der ambulanten Begleitung sterbender Menschen und ihrer Angehörigen ist das bürgerschaftliche Engagement zentrales Element der Hospizarbeit. In ambulanten Hospizdiensten bzw. -initiativen organisierte Freiwillige suchen schwerstkranke und sterbende Menschen und ihre Familien auf und leisten Sterbebegleitung in der eigenen Häuslichkeit und zunehmend auch in stationären Pflegeeinrichtungen und Krankenhäusern. Die Form der Begleitung richtet sich nach den Bedürfnissen der Sterbenden oder deren Angehörigen. Sie kann darin bestehen, Sitzwachen oder kleinere Erledigungen zu übernehmen, Arztbesuche zu begleiten, vorzulesen, zu reden, gemeinsam nachzudenken, gemeinsam die Situation auszuhalten, aber auch über weitere Angebote der hospizlichen und palliativen Versorgung zu informieren.

Die ehrenamtlichen Helfer sind für ihre Aufgaben speziell geschult. Die freiwillig Tätigen stehen unter der fachlichen Verantwortung einer entsprechend ausgebildeten Fachkraft mit der Weiterbildung Palliative-Care, die als Koordinator tätig ist und die Betroffenen zur palliativen Versorgung berät. Eine enge Zusammenarbeit mit ambulanten Pflegediensten, dem Hausarzt und den Angehörigen ist notwendig.

Ambulante Kinderhospizdienste begleiten die gesamte Familie des Kindes ab Diagnose einer lebensverkürzenden Erkrankung. Die Mitarbeiter entlasten die Eltern und unterstützen die Geschwister z.B. durch Hausaufgabenhilfe.

Ambulante Hospizdienste können bei Erfüllung der Voraussetzungen eine Förderung nach § 39a Abs. 2 SGB V erhalten. Sie finanzieren sich darüber hinaus durch Spenden. Für den Betreuten entstehen bei der Inanspruchnahme keine Kosten.

Mit dem Gesetz zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland wird die Finanzierung der ambulanten Hospizdienste weiter verbessert. Künftig kann die Begleitung in Krankenhäusern vergütet werden, Sachleistungen werden berücksichtigt und die zeitnahe Erstattung der Leistung durch die Kostenträger wird festgelegt.

	2010	2015
Ambulante Hospizdienste und -initiativen	18 ¹	18 ¹
Ambulante Hospizdienste gefördert nach § 39a SGB V	14 ²	15 ²
Anzahl der Sterbebegleitungen	460 ²	542 ²
Anzahl der tätigen Freiwilligen	413 ²	570 ²

Tabelle 14:
Ambulante
Hospizdienste

Quelle: ¹Koordinierungsstelle Hospiz- und Palliativarbeit; ²vdek

Fachliche palliativpflegerische oder palliativmedizinische Fragestellungen, wie sie bei Sterbenden häufig vorkommen, können von ehrenamtlichen Helfern nicht beantwortet werden. Hierzu bedarf es professioneller Expertise. Auch kann von ehrenamtlichen Helfern keine Rund-um-die-Uhr-Erreichbarkeit erwartet werden, die in der Betreuung Sterbender aber eine wesentliche Hilfe und häufig unentbehrlich zur Beruhigung von Patient und Angehörigen ist.

Zur allgemeinen Palliativpflege durch ambulante Dienste siehe Abschnitt 5.4.

Allgemeine ambulante palliative Versorgung

Die allgemeine ambulante Palliativversorgung (AAPV) wird von Leistungserbringern der Primärversorgung (in erster Linie den niedergelassenen Haus- und Fachärzten sowie den ambulanten Pflegediensten) erbracht. Ehrenamtliche Mitarbeiter der ambulanten Hospizdienste sollten auf Wunsch des Betroffenen eingebunden werden.

Die hauptamtlichen Mitarbeiter der AAPV müssen Kenntnisse über die weiteren Angebote der Palliativversorgung - insbesondere der SAPV, der Schmerztherapie, der stationären Hospize oder Palliativstationen - besitzen und müssen mit diesen Versorgungsstrukturen entsprechend den Bedürfnisse der Betroffenen kooperieren, um bei zunehmender Komplexität der Versorgungssituation eine ergänzende Versorgung gewährleisten zu können.

Zur Förderung der allgemeinen Palliativversorgung wurden im Oktober 2013 neue Abrechnungspositionen zur Eingangsdiagnostik und Betreuung von schwerstkranken und sterbenden Patienten durch Hausärzte und Kinder- und Jugendärzte in den Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) aufgenommen.⁹⁰ Für Hausbesuche bei palliativmedizinisch zu versorgenden Patienten sind Zuschläge vorgesehen.

Die bestehenden gesetzlichen Regelungen zur ambulanten Versorgung werden mit den vorgesehenen Regelungen im Hospiz- und Palliativgesetz weiter ergänzt und fortentwickelt, um die Palliativversorgung auch in der Regelversorgung zu stärken und den fließenden Übergang zwischen kurativer Behandlung und palliativ-medizinischer Versorgung zu gewährleisten. Nach dem Gesetz sollen die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und der GKV-Spitzenverband im Bundesmantelvertrag die Voraussetzungen für eine besonders qualifizierte und koordinierte palliativ-medizinische Versorgung im Hinblick auf Leistungskonkretisierung, Qualifikation der Leistungserbringer, Koordinierung und interprofessionelle Strukturierung der Versorgungsabläufe und Versorgungsqualität vereinbaren. Die ärztliche Leistung wird über den Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) vergütet.

Klarstellungen erfolgen in den Gesetzestexten des SGB V und SGB XI, dass die Sterbebegleitung in die (Grund- und Kranken-)Pflege mit einbezogen wird.

Das Gesetz zur besseren Vereinbarkeit von Familie, Pflege und Beruf sieht einen Rechtsanspruch für Angehörige vor, in der letzten Lebensphase des pflegebedürftigen Familienmitglieds drei Monate lang weniger zu arbeiten oder auch ganz auszusetzen. Der Rechtsanspruch besteht auch für (außerhäusliche) Betreuung eines pflegebedürftigen minderjährigen Kindes.

Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung (SAPV)

Betroffene mit einer nicht heilbaren, fortschreitenden und weit fortgeschrittenen Erkrankung mit einer zugleich begrenzten Lebenserwartung, die eine besonders aufwendige Versorgung aufgrund eines komplexen Symptomgeschehens benötigen, haben nach § 37b SGB V einen Anspruch auf die Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung (SAPV). Die SAPV ist neben der Versorgung zuhause auch in Wohneinrichtungen möglich. Dort tätige Ärzte und Pflegedienste müssen eine palliative Weiter- bzw. Fortbildung nachweisen. Die SAPV ist von einem Arzt zu verordnen.

Die SAPV ergänzt die allgemeine ambulante Versorgung. Die SAPV wird in Hamburg von neun Palliative-Care-Teams (PCT), davon eines für Kinder und Jugendliche, gesichert.

Prognose zur Entwicklung von Bedarfen und Ziele

Mit Stärkung der ambulanten Versorgung schwerstkranker und sterbender Menschen in der eigenen Häuslichkeit, dem weiteren Ausbau der Hospizkultur in stationären Einrichtungen und der steigenden Zahl sterbender Menschen wird der Bedarf an freiwilliger Unterstützung steigen.

Ein bedarfsgerechter Ausbau ist mit dem verbesserten Finanzierungssystem für ambulante Hospizdienste möglich.

Fachliche Bewertung des Angebots und Ziele

Freiwillige Hospizdienste leisten einen wichtigen Beitrag zur Verbesserung der Lebensqualität von Menschen in der letzten Lebensphase in ihrer eigenen Häuslichkeit und in Einrichtungen. Der quantitative Umfang und die Leistungen der Dienste entsprechen dem aktuellen Bedarf. Die Palliativpflege kann durch die Weiterentwicklung der Richtlinie über die Verordnung häuslicher Krankenpflege konkretisiert werden.

Die allgemeine ambulante Versorgung kann durch die neue vergütete Koordinierungsleistung der Ärzte gestärkt werden. Weiterentwickelt wird die Vernetzung der ambulanten Leistungserbringer, wie ambulanten Hospizdienste und Pflegedienste, mit weiteren Akteuren der hospizlichen Begleitung und palliativen Versorgung.

Maßnahmen

Vernetzung und Unterstützung durch die Koordinierungsstelle Hospiz- und Palliativarbeit bei der Kooperation von

- ambulanten Hospizdiensten mit den Regelversorgern (Pflegeheimen, Krankenhäusern, Hausärzten, Pflegediensten)
- ambulanten Pflegediensten mit ambulanten Hospizdiensten, Seelsorgern, Psychologen, Palliativmedizinern und stationären Hospizen

zur Stärkung der allgemeinen ambulanten Versorgung.

■ 8.2 Hospize

Definition und Beschreibung

Stationäre Hospize sind solitäre Einrichtungen in kleinen Einheiten mit maximal 16 Plätzen mit familiärem Charakter. Ein multiprofessionelles Team stellt insbesondere die palliativ-pflegerische Versorgung der Gäste sicher.

Die Teams in den Hospizen verfügen über viel Wissen und Erfahrung, die im Austausch mit ambulanten Hospizdiensten, Pflegediensten, Pflegeheimen, Ärzten, weiteren Aktiven und den Regelversorgern von Nutzen sind.

Bestand und Entwicklung

	2010	2015
Anzahl der Hospize für Erwachsene	5	7
Anzahl der Plätze in den Hospizen für Erwachsene	70	96
Anzahl der Kinder- und Jugendhospize	1	2
Anzahl der Plätze in den Kinder- und Jugendhospizen	12	17
Anzahl der begleiteten Menschen in Hospizen	718	1.100

Tabelle 15:
Stationäre
Hospize

Quelle: BGV Erhebung bei den Trägern stationärer Hospize

Es gibt sieben stationäre Hospize in denen schwerstkranke, sterbende Menschen ihren letzten Lebensabschnitt verbringen können, wenn ein Verbleib in der eigenen Wohnung nicht mehr möglich ist und keine Krankenhausbehandlung erforderlich ist. Ein achttes stationäres Hospiz wird in Blankenese entstehen. Dort sind zur Eröffnung voraussichtlich im Jahr 2016 zehn Plätze geplant. Weitere Planungen sind der Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz nicht bekannt.

Ein stationäres Hospiz und ein teilstationäres Tages-Hospiz für Kinder und Jugendliche begleiten schwerstkranke Kinder und deren Angehörige von der Diagnose einer lebensverkürzenden Krankheit bzw. Behinderung an. Die Versorgung lebensbegrenzt erkrankter Kinder unterscheidet sich von der Versorgung Erwachsener. Die Kinder und Jugendlichen sind von anderen Erkrankungen als die Erwachsenen betroffen. Dies sind vorrangig (Mehrfach-) Behinderungen oder Stoffwechselerkrankungen, seltener Tumorerkrankungen. Bei lebensverkürzt erkrankten Kindern kann die ganze Familie, insbesondere Geschwisterkinder, im stationären Hospiz begleitet werden. Vielfach wird eine Kurzzeitpflege angenommen.

Die Übernahme von 95 % der zuschussfähigen Kosten, die die Krankenkassen bisher für Kinderhospize tragen, soll mit dem Inkrafttreten des geplanten Hospiz- und Palliativgesetzes auch bei stationären Hospizen angewendet werden. Bisher wurden 90 % übernommen. Stationäre Hospize finanzieren sich darüber hinaus durch Spenden. Für die Gäste entstehen bei der Inanspruchnahme keine Kosten.

Prognose zur Entwicklung von Bedarfen und Angeboten

Die Anzahl sterbender Menschen wird bis 2030 in der Altersgruppe unter 60 Jahren sinken, in der Altersgruppe von 60 bis 75 Jahren 2020 zunächst sinken und dann wieder ansteigen, in der Altersgruppe über 75 Jahren in den nächsten Jahren linear zunehmen. Die Annahme der letzten Rahmenplanung, dass sich die Versorgung in der Häuslichkeit durch Palliative-Care-Teams dämpfend auf die Nachfrage nach stationären Hospizleistungen auswirkt, kann nicht bestätigt werden. Die in der Summe steigende Zahl der speziell Versorgten am Lebensende weist auf eine stärkere Inanspruchnahme aller Leistungsarten - ambulant, wie stationär - hin.

Fachliche Bewertung des Angebots und Ziele

Stationäre Hospize sind eine notwendige Ergänzung der ambulanten Versorgung und der Begleitung von Menschen in der letzten Lebensphase. Die hohen qualitativen Anforderungen an stationäre Hospize aus der Rahmenvereinbarung werden erfüllt. Jeder zehnte Gast in den Hamburger Hospizen war vor der Aufnahme häuslich in einer spezialisierten ambulanten Palliativversorgung. Gründe für den Umzug in der finalen Lebensphase können akute Verschlechterungen des physischen und psychischen Zustandes sein oder auch der Wunsch, Angehörige in der direkten Sterbephase zu entlasten.

Die vorhandene Anzahl der stationären Hospizplätze in Hamburg ist nach fachlicher Einschätzung vollständig bedarfsdeckend. Die einzelnen Hospize haben es verstanden sich als wichtige regionale Partner zu etablieren. Die Fähigkeit zur Kooperation und die damit einhergehende Einbindung von Bürgern und Institutionen im Quartier zeichnen die stationären Hospize aus. Dies kann beispielhaft für andere Einrichtungen sein.

Fachkräfte sind für die Sicherstellung der Langzeitpflege unabdingbar. Auch wenn keine genauen Zahlen vorliegen, ist aktuell eine große Nachfrage nach Altenpflegern sowie Gesundheits- und Krankenpflegern festzustellen. Viele offene Stellen können nur mit langer Verzögerung besetzt werden, auf 100 offene Stellen kommen bundesweit nur 36 gemeldete Arbeitslose.⁹¹ Die Situation in Hamburg ist nur geringfügig besser: Im Zeitraum von Juli 2014 bis Juni 2015 kamen im Durchschnitt auf 100 offene Stellen im Altenpflegebereich 49 Arbeitslose.⁹² Aktuelle Zahlen zu den offenen Stellen und den besonders gesuchten Qualifikationen in Hamburger Pflegediensten und -einrichtungen liegen nicht vor.⁹³

Um die medizinische und pflegerische Versorgung einer immer älter werdenden Gesellschaft zu sichern, sind ausreichend und hoch qualifizierte Pflegekräfte erforderlich. Die Stadt hat im Rahmen ihrer Fachkräftestrategie die Kranken- und Altenpflege zu Schwerpunkten gemacht. Mit der Ausbildungsumlage wurde für eine gute Finanzierung gesorgt und die Zahl der Ausbildungsplätze deutlich gesteigert. Mit zahlreichen Maßnahmen wird die Umschulung zu Pflegefachkräften unterstützt.

In diesem Kapitel wird auf Basis vorhandener Daten die weitere Entwicklung der Personalsituation in der Pflege beschrieben. Die bevorstehende Herausforderung, die die Einführung des neuen Pflegeberufs mit sich bringen wird, kann dabei nur erwähnt werden. Bei den vorgestellten Prognosen wird dieses Vorhaben nicht berücksichtigt. Rechnerisch wird also davon ausgegangen, dass es zu keinen Einbrüchen des Interesses von Ausbildungswilligen im Vorfeld der Einführung kommt und die Ausbildungsbereitschaft der Betriebe mit der Einführung gleich bleibt. Auch die höhere Attraktivität des neuen Berufes, die ja das Ziel ist, wird nicht zahlenmäßig erfasst.

■ 9.1 Entwicklung der Berufstätigkeit und Prognose des Pflegekraftbedarfs

9.1.1 Planungsverfahren anderer Länder und hier angewandte Methodik

In den Ländern Hessen und Rheinland-Pfalz werden die Prognosen durch das Frankfurter Institut für Wirtschaft, Arbeit und Kultur (IWAK) als „Pflegetechnikmonitor“ fortlaufend erstellt.⁹⁴ Es stellt eine Nachfrage auf dem Arbeitsmarkt ein entsprechendes Angebot an Pflegekräften gegenüber.

Der Pflegetechnikmonitor betrachtet die beiden Berufsgruppen Alten- und Krankenpflege getrennt und in vier Sektoren: Krankenhäuser, Reha-Kliniken, ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen. Die Situationsbeschreibung und die Prognosen für Hamburg beschränken sich auf den Bereich der Langzeitpflege. Es wird davon ausgegangen, dass sich die Wechselwirkungen mit der Krankenpflege und der Krankenpflegeausbildung nicht verändern oder nicht berücksichtigt werden. Außerdem werden nur zwei Qualifikationsebenen (Fachkräfte und Assistenzberufe) betrachtet. Auf eine jährliche Befragung sämtlicher Leistungserbringer wird verzichtet, es wird stattdessen mit vorliegenden Zahlen gearbeitet. Auf diese Weise ist der Aufwand wesentlich geringer. Trotzdem sind aussagekräftige Ergebnisse für Hamburg möglich. An den Stellen, wo Wechselwirkungen mit der Krankenpflege nicht berücksichtigt wurden, wird im Methodenteil darauf hingewiesen.

Bei der Prognose für die Personalsituation wird dem Bestand an ausgebildeten Pflegekräften in der Langzeitpflege und seiner Entwicklung die Entwicklung des Bedarfs gegenübergestellt. Die Basis des Bestandes liefert die Pflegestatistik 2013. Der zu erwartende Bestand setzt sich aus Abgängen aus dem Beruf einerseits und Zugängen andererseits zusammen. Bei den Abgängen handelt es sich vornehmlich um Altersabgänge, bei den Zugängen um Ausbildungsabsolventen, die dem Arbeitsmarkt zur Verfügung stehen. Eine gewisse Zahl von Berufsausstiegen ist ebenfalls zu berücksichtigen.

Zur Bedarfsermittlung wird zunächst das Basisjahr 2013 betrachtet. Die für 2013 in der Pflegestatistik angegebene Anzahl der Pflegefachkräfte und Assistenzkräfte wird um die Zahl der gesuchten Kräfte erhöht. Der so ermittelte Bedarf für 2013 wird mit der Steigerungsrate der Pflegebedürftigkeit fortgeschrieben.

Details des Prognoseverfahrens werden im Anhang (10.1.2.7) dargestellt.

⁹¹ Bundesagentur für Arbeit gemäß Altenpflege 8/2015, S. 7

⁹² Auskunft der Arbeitsagentur Hamburg vom August 2015

⁹³ Die HPG beabsichtigt, in 2016 eine entsprechende Erhebung bei den Mitgliedsbetrieben der Verbände zu erproben.

⁹⁴ Christa Larsen, Angela Joost, Planungen der Länder: Kommunales Pflegearbeitsmarktmonitoring in Hessen und in Rheinland-Pfalz, Vortrag auf der Tagung „Pflege beobachten“ am 7./8. März 2012 in Münster

9.1.2 Ergebnisse

2013 waren 8.450 Pflegefachkräfte in Hamburger Pflegeeinrichtungen tätig. Sie verteilten sich wie folgt auf Berufe und Arbeitsgebiete:

Tabelle 16:
Pflegefachkräfte
nach Beruf und
Tätigkeitsbereich

	ambulant	stationär ¹	insgesamt
Altenpflegekräfte	2.100	3.327	5.427
Gesundheits- und Krankenpflegekräfte²	2.293	820	3.113
Summe Fachkräfte	4.393	4.147	8.540
Assistenzkräfte	1.301	1.526	2.827

¹einschließlich Tages- und Kurzzeitpflege, ²einschließlich Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger
Quelle: Pflegestatistik 2013

Deutlich wird, dass in der ambulanten Pflege mehr Krankenpflegekräfte als Altenpflegekräfte tätig sind, während ihr Anteil in der stationären Pflege eher gering ist.

Von Interesse sind auch die Angaben zum Arbeitsvolumen.

Tabelle 17:
Pflegefachkräfte
und Stellen 2003
und 2013

2003					2013			
Anzahl	Anzahl	VZÄ ⁹⁵	Anteil Vollzeit	Stellen je Person	Anzahl	VZÄ	Anteil Vollzeit	Stellen je Person
ambulant	3.356	2.451	43%	0,73	4.393	3.187	40%	0,73
stationär	3.521	3.043	63%	0,86	4.147	3.525	58%	0,85
insgesamt	6.877	5.494	54%	0,80	8.540	6.712	49%	0,79

Quelle: Pflegestatistik 2013;

Tabelle 17 enthält zwei Kennzahlen, die für 2003 und 2013 verglichen werden: der Anteil der Pflegefachkräfte mit Vollzeitstellen und der durchschnittliche Stellenanteil einer Pflegefachkraft. Folgendes ist zu erkennen:

- Der Anteil der Vollzeitstellen ist in der stationären Pflege deutlich höher als in der ambulanten.
- Dasselbe gilt für die Ausschöpfung des Arbeitskraftpotentials (Größe des Stellenanteils).
- Der Anteil der Vollzeitbeschäftigten verringert sich geringfügig im Zeitverlauf; in der stationären Pflege sinkt er um 5 Prozentpunkte.
- Die Ausschöpfung des Arbeitskräftepotentials ist im Zeitverlauf nahezu konstant.

Die absolute Zahl der vollzeitbeschäftigten Fachkräfte hat von 3.680 auf 4.187 zugenommen. Im Vergleich von Anzahl der Beschäftigten und Vollzeitäquivalenten wird das Potenzial erkennbar, das in einer Erhöhung der Arbeitszeit liegt. Eine Pflegefachkraft hat durchschnittlich eine 0,8 Stelle. Bei der Bedarfsermittlung musste wegen der Datenverfügbarkeit mit Personen gerechnet werden.

Unter diesen Voraussetzungen und Annahmen ergeben sich die folgenden Vorausberechnungen für Bestand und Bedarf beim ausgebildeten Pflegepersonal.

Pflegefachkräfte	2013	2015	2020	2025	2030
Bestand	8.540	8.389	8.633	8.391	8.135
Bedarf	9.513	9.630	10.397	11.178	11.840
Differenz	-973	-1.241	-1.764	-2.787	-3.705

Tabelle 18: Entwicklung von Bestand und Bedarf bei Pflegefachkräften

Quelle: Prognose der BGV

Ein stark steigendes Defizit an Pflegefachkräften wird deutlich. Ebenfalls zu erkennen ist, dass der derzeitige Nachwuchs ab 2020 nicht ausreicht, um den Bestand zu erhalten, geschweige denn das Defizit zu verringern.

Assistenzkräfte	2013	2015	2020	2025	2030
Bestand	2.727	2.744	3.043	3.204	3.390
Bedarf	3.325	3.366	3.634	3.907	4.138
Differenz	-598	-622	-591	-703	-748

Tabelle 19: Entwicklung von Bestand und Bedarf bei Assistenzkräften

Quelle: Prognose der BGV

Es zeigt sich, dass der Mangel bei den Assistenzberufen etwas geringer ist und eine geringere Dynamik aufweist. Die Ausbildungszahlen des Jahres 2014 scheinen in diesem Bereich näher an der notwendigen Zahl zu liegen. Sie reichen aus, um den Bestand zu erhöhen, wenn auch nicht im notwendigen Umfang.

9.1.3 Berufstätigkeit in der Pflege: Einflüsse und mögliche Maßnahmen

Zur Attraktivität des Pflegeberufes gehört auch eine angemessene Bezahlung. Hier sind Einrichtungs- und Kostenträger in der Verantwortung, um mehr Menschen für den Beruf zu gewinnen und im Beruf zu halten.

In diesem Kapitel stehen jedoch die Einflussfaktoren auf den Bestand an Pflegekräften und seine Entwicklung im Vordergrund. Schon in der Berechnung wird deutlich, dass das meiste Potential bei den beschäftigten Pflegekräften liegt (a):

- Hinausschieben des Ausscheidens aus dem Beruf
- Verkürzung der Unterbrechungen in der Arbeitsbiografie
- Verringerung der Zahl derjenigen, die den Beruf wechseln
- Senkung des Krankenstandes⁹⁶
- Vollzeitätigkeit statt Teilzeitbeschäftigung

Zusätzlich kann die Zahl der Berufseinsteiger (b) erhöht werden durch

- Qualifizierung von bisher unqualifizierten Beschäftigten
- Steigerung der Zahl der Ausbildungsabsolventen (s.u.)

96 In Hamburg betrug der Krankenstand der AOK-Versicherten im Jahre 2014 im Durchschnitt aller Branchen 5,27 %, bei den Beschäftigten in Alten- und Pflegeheimen waren es 7,99 % (und damit der höchste Krankenstand aller Branchen). Alarmierend ist besonders der Krankenstand durch Langzeiterkrankungen von mehr als 42 Tagen: 1,47 % für den Durchschnitt aller AOK-Versicherten, 2,73 % bei Beschäftigten in Alten- und Pflegeheimen. Institut für betriebliche Gesundheitsförderung BGF GmbH (Hrsg.) im Auftrag der AOK Rheinland/Hamburg, Auswertung von Arbeitsunfähigkeitsdaten der AOK-versicherten Beschäftigten in Hamburg. Köln 2015. S. 9 und S. 24.

Schließlich kann versucht werden, Fachkräfte (oder Auszubildende) aus dem Ausland anzuwerben (c).

Für die Faktoren (a) sind die Arbeitsbedingungen von entscheidender Bedeutung. Sie müssen möglichst gesundheitsförderlich und familienfreundlich sein sowie der persönlichen Entwicklung Raum geben. Die Erwartungen von Beschäftigten in der Pflege unterscheiden sich immer weniger von denen in anderen Berufsgruppen: U.a. im Hinblick auf Gestaltungs- und Handlungsansprüche, Selbstbestimmung, Kompetenzentwicklung, Partizipationsansprüche, Work-Life-Balance. Dieser „Normalisierung des Pflegearbeitsberufes“ müssen sich die Einrichtungen stellen.⁹⁷ Wenn Gesundheit und hohe Arbeitszufriedenheit gegeben sind, bleiben die Beschäftigten auch lange im Beruf. Entsprechende Maßnahmen sind eine Kernaufgabe der Einrichtungsträger. Sie sollten durch deren Verbände unterstützt werden. Durch öffentliche Stellen werden bereits Maßnahmen zur Familienfreundlichkeit und zur Gesundheitsförderung unterstützt.⁹⁸ Die Aufstiegsmöglichkeiten sollen durch eine Neuordnung der Fortbildungen für Führungskräfte in der Langzeitpflege erleichtert und verbessert werden.

Das Angebot von Vollzeitstellen ist eine nicht einfache, aber organisatorisch möglicherweise lösbare Aufgabe.

Weitere Maßnahmen (zu diesem, aber auch zu den folgenden Blöcken) sind in der Ausbildungs- und Qualifizierungsoffensive Altenpflege aufgeführt.⁹⁹ Eine steigende Gesundheit und Arbeitszufriedenheit der Beschäftigten in der Langzeitpflege würde auch das Ansehen der Langzeitpflege als Berufsperspektive verbessern, das heute bei Pflegekräften oft geringer ist als eine Tätigkeit im Krankenhaus.

Von einer erhöhten Arbeitszufriedenheit würden auch die Qualität der Pflege und das Wohlbefinden der Gepflegten profitieren.

Dies würde sich auch positiv auf die Zahl der Berufseinsteiger (b) auswirken, weil die Berufsangehörigen selbst wichtige Multiplikatoren bei der Berufswahl sind. Dieser Effekt würde sowohl diejenigen Personen betreffen, die in der Pflege arbeiten, wie auch Außenstehende, die eine Ausbildung erst aufnehmen wollen. Die Erstgenannten lassen sich auch durch berufsbegleitende Ausbildungsmöglichkeiten motivieren. Hierzu werden in Hamburg die Wege durch sehr gute abgeschlossene und laufende ESF-Projekte¹⁰⁰ gebahnt.

In der Fachpresse wird immer wieder über Versuche berichtet, Fachkräfte aus dem Ausland anzuwerben (c). Die Erfolge dabei sind das Ergebnis eines systematischen Einsatzes insbesondere der Arbeitgeber für die Integration. Die größte Herausforderung ist der Erwerb ausreichender Sprachkenntnisse. Systematische ‚Anwerbeprogramme‘ von städtischer Seite sind bis auf weiteres nicht geplant. Menschen, die heute als Flüchtlinge nach Hamburg kommen, könnten hingegen zu einer Chance für die pflegerische Versorgung werden. Denkbar sind hier Programme, die (Nach)Qualifikation mit Spracherwerb verbinden. Der Senat stellt hierfür mit dem Programm „work and integration for refugees“ (W.I.R.) die organisatorischen Weichen.

Da die Personallücke bei den Fachkräften deutlich größer ist als bei den Assistenzkräften und Aufstiegsperspektiven einen motivierenden Effekt haben, sind Maßnahmen zur Förderung der Weiterqualifizierung erfolgversprechend. Solche Weiterqualifizierungen sollten für Beschäftigte möglich sein, da viele Assistenzkräfte sich eine Ausbildung wie für jugendliche Schulabgänger, nicht leisten können. Laufende Verfahren dazu sollten fortgeführt und intensiviert werden.

97 Anm. Prof. Stratmeyer

98 z.B. die Hamburger Allianz für Familien (<http://www.hamburg.de/familienallianz/>), die „sicheren Seiten“ (https://www.bgw-online.de/DE/Arbeitssicherheit-Gesundheitsschutz/Sichere-Seiten/Pflege/Pflege_node.html) – abgerufen am 08.10.2015

99 Ausbildungs- und Qualifizierungsoffensive Altenpflege 2012-2015, Vereinbarungstext, Berlin 2012

100 Qualifizierungsoffensive II (abgeschlossen) und Qualifizierungsoffensive III Träger Hamburgische Pflegegesellschaft; Ausbildungserfolg in der Pflege verbessert, Träger: Albertinen Diakoniewerk e.V. und Gesundheitswirtschaft Hamburg GmbH

■ 9.2 Entwicklung der Berufsausbildungen und Maßnahmen zur Verbesserung der Ausbildungssituation

Einige Maßnahmen haben zu einer Verbesserung der Ausbildungssituation geführt, ohne schon ausreichend zu sein. Wesentliches Moment zur Steigerung der Ausbildungskapazitäten ist die Einführung einer Ausbildungsumlage mit dem Anreiz, Ausbildungsplätze zu schaffen. Die Förderung der Umschulungen im Pflegebereich für drei Jahre trägt ebenfalls dazu bei. Diese Maßnahme sollte deshalb auf jeden Fall entfristet werden.

Der demographische Wandel sorgt nicht nur für eine größere Nachfrage nach Pflegekräften, sondern wird auch zu einer Verringerung der Zahl ausbildungsplatzsuchender Jugendlicher aus anderen Bundesländern führen. Dadurch wird der Wettbewerb um Auszubildende zwischen unterschiedlichen Branchen noch härter werden. Hier sind die Ausbildungsbetriebe und ihre Verbände in der Verantwortung, attraktivere Bedingungen zu bieten.

9.2.1 Zahlenmäßige Entwicklung der Berufsausbildungen

Die Anzahl der Absolventen in der Altenpflegeausbildung bzw. Absolventen von zukünftigen Pflegegeschulen, die in der Altenpflege arbeiten wollen, wurden in dieser Berechnungsvariante zunächst konstant mit 569 (378 Fachkräfte, 191 Assistenzberufe) angesetzt. Dabei wird in vorsichtiger Schätzung davon ausgegangen, dass inzwischen eine hohe Anzahl an Anfängern erreicht wurde, die nicht leicht zu steigern sein wird.

Eine einfache Rückrechnung erlaubt die Schätzung, dass es erforderlich wäre, 990 Ausbildungsanfänger in Pflegefachberufen pro Jahr zu erreichen, wenn bis 2025/26 der Personalmangel behoben werden soll. D.h. rein rechnerisch wäre deutlich mehr als eine Verdoppelung der Ausbildungsanfänge pro Jahr erforderlich (s. 10.1.2.7). Dieses Ziel erscheint wenig realistisch.

Ähnlich ist es bei den Assistenzberufen. Hier gibt es die Notwendigkeit, die Ausbildungsanfänge auf 350 zu erhöhen (bisher 245).

9.2.2 Maßnahmen zur Verbesserung der Ausbildungssituation in der Altenpflege

Die Erhöhung der Zahl der Ausbildungsplätze ist durch die Ausbildungsumlage gelungen. Versuche, sie noch weiter zu erhöhen, dürften an Grenzen stoßen, insbesondere was die Besetzung der zusätzlichen Plätze angeht. Imagekampagnen für größere Attraktivität der Pflegeberufe sind sinnvoll. Pflege ist immer noch überwiegend ein weiblicher Beruf, daher ist es geboten, sich gezielt um junge Männer zu bemühen, die eine Pflegeausbildung beginnen. Dazu sind unterschiedliche Erwartungen von jungen Frauen und jungen Männern an den Beruf zu berücksichtigen.

Die Zahl der Ausbildungsabbrüche ist zu reduzieren, indem für diejenigen Hilfen angeboten werden, die sich aus verschiedenen Gründen überlegen, die Ausbildung nicht abzuschließen. Das können Hilfen bei Schwierigkeiten sein, in der schulischen Ausbildung dem Stoff zu folgen, oder mit den physischen und psychischen Belastungen des Berufs fertig zu werden. Projekte, die die Möglichkeiten hierzu erproben, laufen derzeit.

Es wäre zu ermitteln, welche Gründe dazu führen, dass der Beruf nach der Ausbildung nicht ausgeübt wird, um hier gezielte Hilfen anzubieten.

Menschen mit Migrationshintergrund sind bisher in Relation zum Bevölkerungsanteil sowohl in den Pflegeberufen wie in der Langzeitpflege unterdurchschnittlich vertreten. Die Pflegebetriebe stehen vor der Herausforderung „kultursensibel“ für die Pflegeberufe bei Jugendlichen und Erwachsenen mit Migrationshintergrund zu werben. Gelingt dies, ist damit die Chance verbunden Menschen mit Migrationshintergrund auch leichter als Nutzer zu gewinnen. Das Projekt „Willkommen Vielfalt“ des Instituts für berufliche Aus- und Fortbildung¹⁰¹ versucht beide Aspekte umzusetzen. Die generalistische Pflegeausbildung wird zu Umstellungen bei Ausbildungsbetrieben führen, zum Beispiel was die Organisation und Koordination der Praxiseinsätze mit Unterstützung der

Pflegeschulen angeht. Dies, zusammen mit einer potentiell abwartenden Haltung, was „die neue Pflegeausbildung denn bringt“, birgt die Gefahr, dass es zwischenzeitlich zu einer Stagnation oder gar Verringerung der Ausbildungskapazitäten, kommt. Hier gilt es gegenzusteuern, indem die Umstellung als transparenter Prozess organisiert wird, in dessen Rahmen die Betriebe bedarfsgerecht einbezogen und informiert werden.

Im Vorfeld der neuen Ausbildung könnte es zu Zurückhaltung bei Jugendlichen kommen, die keinen Beruf mehr erlernen möchten, der absehbar ‚veraltet‘ ist. Auch hier sind vor allem Informationen über den großen Bedarf für alle Berufsbilder wichtig. Von Vorteil wären vielleicht auch Übergangsregelungen, die den Erwerb des neuen Abschlusses ermöglichen, auch wenn eine ‚alte‘ Ausbildung begonnen wurde.

■ 9.3 Pflegeorganisation als Leitungsaufgabe

In den Kapiteln 3 bis 8 werden zahlreiche fachliche Anforderungen an die Pflege und an die Pflegeeinrichtungen formuliert. In Kapitel 9 kommen Anforderungen in Bezug auf das Personalmanagement dazu.

Der Spannungsbogen zwischen generalistischer und spezialisierter pflegerischer Versorgung wächst. Auf der einen Seite steigen die Erwartungen an eine kontinuierliche und vertrauensvolle (Bezugs-)Pflege (Bewohner-, Patienten- und Angehörigenbedürfnisse). Auf der anderen Seite nimmt der Wissenszuwachs in der Pflege mit immer größerer Geschwindigkeit zu. Die Wissensvorräte können dabei schon heute von Führungskräften und vom Pflegepersonal nicht mehr angemessen aufgenommen, verarbeitet und in Pflegehandlungen transferiert werden. Aus diesen Entwicklungen entsteht ein völlig neuer Bedarf einer Synchronisierung. Die Perspektive der Bezugspflege als ganzheitliche Sicht auf den Menschen und die spezialisierten Perspektiven (z.B. Wund- und Schmerzmanagement, Palliative Care, ...) müssen gleichermaßen in die Versorgung integriert werden. Bisher fehlt es noch weitgehend an Organisationsmodellen und Personalentwicklungskonzepten, die geeignet sind, diese Entwicklungen aufzunehmen.

Es gibt zunehmend eine weitere Ausdifferenzierung in den Qualifikationsprofilen von der Hilfskraft bis zur Akademikerin. Die Einrichtungen müssen außerdem in ihrer Personalorganisation und -entwicklung der Tatsache Rechnung tragen, dass die Pflegenden im Hinblick auf Motivation und Potenzial höchst heterogen sind.

Im Ergebnis bedeuten diese Feststellungen, dass auf Ebene der Einrichtungen und für die Sicherstellung der pflegerischen Versorgung das Personalmanagement, das Wissensmanagement und die Fähigkeiten der leitenden Kräfte eine entscheidende Rolle spielen.

Aktuell unterstützt ein ESF-Projekt diese Qualifizierung. In Vorbereitung ist eine Neustrukturierung der Leitungsförderbildungen in Hamburg.

Parallel absolvieren viele Pflegefachkräfte ein Hochschulstudium und werden als Führungskräfte auf dieser Grundlage die Realität gestalten. Sie werden diese Aufgabe nur meistern können, wenn im Versorgungssystem und in der Einrichtung auch die Ressourcen dafür bereit stehen.

■ 10.1 Datenquellen und Prognoseverfahren

10.1.1 Datenquellen

Im Folgenden werden die wichtigsten Datenquellen der Rahmenplanung bis 2020 beschrieben, im Text erfolgt nur eine stichwortartige Nennung.

10.1.1.1 Hamburger Bevölkerung

Die Angaben zur Anzahl der Einwohner nach Alter, Geschlecht und Bezirk im Jahr 2013 werden als Basis für den Bezug insbesondere der Pflegestatistik 2013 benötigt. Verwandt wird der Melderegisterauszug zum Stand 31.12.2013, herausgegeben vom Statistischen Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein (Statistik Nord).

Die Bevölkerung 2015 wird gemäß der Bevölkerungsprognose „Entwicklung der Bevölkerung von 2014 bis 2060 – 13. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung, Basis 31.12.2013, für Hamburg“ dargestellt. Durch die Darstellung zusammengefasster Altersgruppen können sich durch Rundungen Abweichungen in der Summe der Daten gegenüber den Daten des Statistisches Nord ergeben.

Die Daten zur Bevölkerung mit Migrationshintergrund 2013 wurden weitgehend einer Sonderauswertung von Statistik Nord entnommen. Bei den hier dargestellten Befunden zur Anzahl und Herkunft der Bevölkerung mit Migrationshintergrund in Hamburg handelt es sich nicht um statistische Ergebnisse im Sinne einer Erhebung, sondern um Schätzungen aufgrund statistischer Berechnungen. Sie beruhen auf einem anonymisierten Melderegisterabzug vom 31.12.2013. Für die Ableitung des Migrationshintergrunds wurde die vom Kommunalen Statistischen Informationssystem (KOSIS-Verbund) entwickelte Software „MigraPro“ eingesetzt. MigraPro ist ein Programm, mit dem auf der Basis des Statistikdatensatzes „Bevölkerungsbestand“ die Klartextangabe des Geburtsorts umgesetzt (mehr dazu s. u.) sowie der Zuwanderungshintergrund und das Bezugsland abgeleitet werden. Das Bezugsland kann dabei das Herkunftsland oder das Land der früheren Staatsangehörigkeit (der eigenen oder der Eltern) sein.¹⁰²

10.1.1.2 Pflegestatistik

Die Pflegestatistik enthält umfangreiche Daten zu Pflegeeinrichtungen, Pflegepersonal und Pflegebedürftigen. Sie wird alle zwei Jahre im Rahmen der bundesweiten Pflegestatistik zum 15. Dezember vom Statistikamt Nord erhoben. Die Auswertungen für Hamburg (Pflegestatistik Hamburg) liegen jeweils Anfang des übernächsten auf die Erhebung folgenden Jahres vor. Der Planung liegt die Pflegestatistik Hamburg 2013 zugrunde. Die Pflegestatistik macht seit 2013 Angaben zu den Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz. Eine weitere Neuerung sind Altersangaben zum Pflegepersonal.

Weiterhin werden Personen, die zwar von Pflegeeinrichtungen betreut werden, aber nicht pflegebedürftig im Sinne des SGB XI und in ihrer Alltagskompetenz nicht eingeschränkt sind, nicht erfasst. Daher sind der Pflegestatistik Hamburg keine verlässlichen Angaben über die Zahl der Bewohner oder die Auslastung der Pflegeheime zu entnehmen.

10.1.1.3 Pflegebedürftigkeit nach Stadtteilen

Die Pflegestatistik Hamburg macht nur Angaben für Hamburg insgesamt, nicht für kleinere Gebietseinheiten. Um trotzdem Angaben auf Stadtteilebene machen zu können, wurde wie folgt vorgegangen: Betrachtet werden soll nur die Bevölkerung außerhalb von Einrichtungen. Deshalb wird zunächst die Einwohnerschaft über 65 Jahre um die Anzahl der Bewohner ggf. vorhandener Pflegeheime reduziert. Auf diese korrigierte Altersbevölkerung wird eine Prävalenzrate für 65-Jährigen und Ältere außerhalb von Einrichtungen angewandt.

Das Ergebnis ist nur ein grober Näherungswert, weil jüngere Pflegebedürftige ebenso wenig berücksichtigt werden wie unterschiedliche Alters- und Geschlechtszusammensetzungen in der älteren Bevölkerung. Es liefert aber einen ersten Eindruck als Grundlage für regionale Planungen.

102 Statistische Analysen. Statistisches Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein, 06 März 2013, Dr. Adriane Hartmann und Annett Jackisch, Hamburger Bevölkerung mit Migrationshintergrund; S.7 http://www.statistik-nord.de/fileadmin/Dokumente/Statistische_Analysen/Statistische_Analysen_06_2013.pdf - abgerufen am 08.10.2015

10.1.1.4 Datenbestände der Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz

In der Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz werden zwei Datenbanken mit Angaben zu ambulanten Diensten und Pflegeheimen geführt. Damit sind Auswertungen zu Preisen und Angeboten zum jeweils aktuellen Zeitpunkt möglich. In der stationären und ambulanten Pflege werden Auswertungen zum 15.07.2015 zugrunde gelegt.

10.1.1.5 Fachkraftquote in der stationären Pflege

Die Heimaufsicht in den Bezirken prüft zweimal jährlich die Fachkraftquote in den stationären Einrichtungen. Die Ergebnisse werden anonymisiert auch der Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz mitgeteilt. Auf dieser Basis kann eine durchschnittliche Fachkraftquote für Hamburg ermittelt werden.

10.1.2 Prognoseverfahren

Die meisten zahlenmäßigen Prognosen in dieser Planung stützen sich auf die Bevölkerungsentwicklung nach Alters- und Geschlechtsgruppen, wie sie in der Bevölkerungsvorausberechnung prognostiziert wird (s.o.). Die Verteilung eines Merkmals in der jetzigen Bevölkerung wird auf dieser Grundlage in die Zukunft projiziert. Andere Faktoren, die das Ergebnis beeinflussen können außer der Bevölkerungsentwicklung, werden zum Teil textlich diskutiert, aber bei der Berechnung nicht berücksichtigt, weil sie sich zahlenmäßig nicht erfassen lassen.

Die Ergebnisse der Prognosen der Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz werden in den Tabellen gerundet dargestellt. Davon wird in den Fällen abgewichen, in denen Rundungen zu deutlichen Datenveränderungen führen würden.

10.1.2.1 Bevölkerungsprognose für Hamburg

Die Bevölkerungsprognose ist die Grundlage der Prognosen der Pflegebedürftigkeit, der Hilfebedürftigkeit und der Demenz. Für die aktuelle Rahmenplanung wurde die vom Statistikamt Nord erarbeitete Modellrechnung zur zukünftigen Bevölkerungsentwicklung in Hamburg verwendet. Die 13. Koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung, die hier in der Variante 2, „Kontinuität bei stärkerer Zuwanderung“ verwendet wird, basiert auf den Daten vom 31.12.2013. Sie entspricht folgenden Annahmen für Deutschland: Geburtenrate 1,4 Kinder je Frau, Lebenserwartung bei Geburt 2060 für Jungen 84,8, für Mädchen 88,8 Jahre und einem langfristigen Außenwanderungssaldo von 200 000 (G1-L1-W2). Der Prognosezeitraum reicht bis 2060. Für die Rahmenplanung wird die Modellrechnung bis zum Jahr 2030 verwendet. Die Prognose für Hamburg wurde von Statistik Nord am 07.09.2015 veröffentlicht.

Die Prognose der Todesfälle ist eine Grundlage der Bevölkerungsprognose und wird vom Statistikamt Nord zur Verfügung gestellt.

Eine kleinräumige Bevölkerungsvorausberechnung für die Hamburger Stadtteile liegt nicht vor.

10.1.2.2 Prognose der Bevölkerung mit Migrationshintergrund in Hamburg

Die vom Statistikamt Nord ermittelten Daten zu Personen mit Migrationshintergrund 2013 sind Grundlage für die Prognostizierung der Bevölkerung mit Migrationshintergrund. Sie werden zur Gesamtbevölkerung ins Verhältnis gesetzt. Ausgehend von der Annahme, dass diese Quoten innerhalb einer Alters- und Geschlechtsgruppe gleich bleiben, erfolgt die Anwendung der Quote auf die Bevölkerungsvorausberechnungen der Jahre 2015, 2020 und 2025.

Spezifische Veränderungen z.B. durch eine andere Mortalität oder durch Rückwanderungen sind aufgrund fehlender Daten nicht quantifizierbar und können daher nicht berücksichtigt werden.

10.1.2.3 Prognose der Hilfebedürftigkeit

Es gibt – anders als zur Pflegebedürftigkeit – keine regelmäßigen statistischen Erhebungen zur Hilfebedürftigkeit in der Bevölkerung. Aus einer für Deutschland repräsentativen Befragung im Rahmen der Studie „Möglichkeiten und Grenzen der selbständigen Lebensführung in Privathaushalten (MuG III)“¹⁰³ sind jedoch Prävalenzraten (Anteil in der Betroffenen in einer bestimmten Bevölkerungsgruppe) bekannt. Auf Basis dieser Prävalenzraten werden durch Anwendung auf die Bevölkerungsprognose Werte für 2013 bis 2030 ermittelt. Die Bevölkerungszahl wurde dazu vorher um die Zahl der Pflegebedürftigen reduziert.

Hilfebedürftige mit Migrationshintergrund in Hamburg

Basierend auf der Annahme, dass das Merkmal Hilfebedürftigkeit innerhalb der Gruppe der Personen mit Migrationshintergrund und der Gesamtbevölkerung identisch verteilt ist, werden die für die Gesamtbevölkerung 2013 ermittelten Prävalenzraten auf die Prognosen zur Bevölkerung mit Migrationshintergrund der Jahre 2015, 2020 und 2025 angewandt. Aufgrund der Altersklassen, in denen die Ausgangsdaten vorliegen, können nur die Hilfebedürftigen ab 65 Lebensjahren prognostiziert werden.

10.1.2.4 Prognose der Pflegebedürftigkeit

Auf Basis der jeweiligen Bevölkerungen und Pflegestatistiken für Hamburg der Jahre 2011 und 2013 werden Prävalenzraten ermittelt. Aus diesen Raten wird für Alters- und Geschlechtsgruppen jeweils eine mittlere Prävalenzrate errechnet. Diese wird auf die Bevölkerung gemäß Vorausberechnung 2015 bis 2030 angewandt.

Bei der Prognose zur Verteilung auf einzelne Versorgungsformen (stationär, ambulante Dienste, häusliche Pflege insgesamt) wurde von einer gleichbleibenden Verteilung ausgegangen.

Prognose der Anzahl der Pflegebedürftigen mit Migrationshintergrund in Hamburg

Basierend auf der Annahme, dass das Merkmal Pflegebedürftigkeit innerhalb der Gruppe der Personen mit Migrationshintergrund und der Gesamtbevölkerung identisch verteilt ist, werden die für die Gesamtbevölkerung 2013 ermittelten Prävalenzraten auf die Prognosen zur Bevölkerung mit Migrationshintergrund der Jahre 2015, 2020 und 2025 angewandt. Aufgrund der Altersklassen, in denen die Ausgangsdaten vorliegen, können nur die Pflegebedürftigen ab 65 Lebensjahren prognostiziert werden.

Mögliche Unterschiede bei Morbidität und Mortalität und damit auch Pflegebedürftigkeit zwischen der Gruppe der Personen mit Migrationshintergrund und der Gesamtbevölkerung sind wahrscheinlich¹⁰⁴, können aufgrund fehlenden Datenmaterials aber nicht quantifiziert werden und bleiben daher unberücksichtigt.

10.1.2.5 Prognose der Menschen mit Demenz

Wissenschaftliche Studien sind zu unterschiedlichen Ergebnissen zur Prävalenz von dementiellen Erkrankungen gekommen, u.a. weil leichte Formen mit einbezogen wurden oder nicht. Die der bisher für Hamburg durchgeführten Schätzung zugrunde gelegten Daten stammen aus einer älteren Meta-Analyse (einer vergleichenden Zweitauswertung) mehrerer Untersuchungen und berücksichtigen nur mittelschwere und schwere Demenzen.¹⁰⁵

Inzwischen zeigt eine neue Meta-Analyse etwas höhere Prävalenzen. Für die neue Prognose wurden diese Werte, von denen auch die Deutsche Alzheimer Gesellschaft und Alzheimer Europe ausgehen, zugrunde gelegt.¹⁰⁶

Diese Prävalenzraten werden auf die Bevölkerungsvorausberechnung angewandt. Die Prognose berücksichtigt nicht, dass in einer großen Studie gezeigt werden konnte, dass die Prävalenzraten im Zeitvergleich gesunken sind.¹⁰⁷

¹⁰³ Schneekloth, Ulrich; Wahl, Hans-Werner (Hg.): Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung in privaten Haushalten (MuG III); München 2005

¹⁰⁴ Robert-Koch-Institut; Statistisches Bundesamt (2008): Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Migration und Gesundheit; Berlin

¹⁰⁵ Bickel, H. (1999): Epidemiologie der Demenz. In: H. Förstel, H. Bickel, A. Kurz (Hg.): Alzheimer Demenz. Grundlagen, Klinik und Therapie, Berlin, Heidelberg, Nach: 4. Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland, Berlin 2002

¹⁰⁶ Deutsche Alzheimer Gesellschaft: Das Wichtigste 1. Die Häufigkeit von Demenzerkrankungen https://www.deutsche-alzheimer.de/fileadmin/alz/pdf/factsheets/infoblatt1_haeufigkeit_demenzerkrankungen_dalzg.pdf Veröffentlicht: 06/2014 - abgerufen am 08.10.2015

¹⁰⁷ Langa, K. L., E. B. Larson, J. H. Karlawish, D. M. Cutler, M. U. Kabeto, S. Y. Kim & A. B. Rosen: Trends in the prevalence and mortality of cognitive impairment in the United States: Is there evidence of a compression of cognitive morbidity? *Alzheimer's & Dementia* 4, 2008, 134 – 144

10.1.2.6 Bedarfsprognose für die vollstationäre Pflege

Angebotsprognose

Die Wohn-Pflege-Aufsichten in den Bezirksämtern erfahren meist frühzeitig vom Neubau von Pflegeeinrichtungen. Wenige Merkmale dieser Vorhaben werden an die Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz weitergegeben und dort gesammelt. Unsicherheiten bestehen bei der Prognose, weil es häufig zu Verzögerungen in der Umsetzung der Planungen kommt.

Prognose der benötigten Plätze in der stationären Pflege

Zunächst wird für 2015 der Bedarf ermittelt, indem die Zahl der belegten Plätze geschätzt wird. Dazu wird die Platzzahl mit der Auslastung multipliziert. Letztere wird dem Berichtswesen der Wohn-Pflegeaufsichten entnommen.

Dieser Bedarf wird mit der Steigerungsrate der Pflegebedürftigkeit fortgeschrieben. Bedarfsverändernde Faktoren wie der Ausbau von alternativen Angeboten oder Veränderungen im Leistungsrecht werden nicht betrachtet.

10.1.2.7 Prognose der Personalsituation

Der aktuelle und zukünftige Bestand wird dem aktuellen und zukünftigen Bedarf gegenübergestellt. Gerechnet wird in Personen, nicht in Vollzeitäquivalenten. Für dieses Vorgehen spricht, dass es die aktuelle Realität am Arbeitsmarkt gut abbildet und nur auf dieser Basis alle Daten der Pflegestatistik vorliegen. Die Altersangaben zu den Pflegekräften wären sonst nicht verwendbar.

Bestand

Der Bestand eines Jahres setzt sich zusammen aus dem Ergebnis des Vorjahres abzüglich der Altersabgänge und zuzüglich der Absolventen der Ausbildung des Jahres. Eine gewisse Zahl von (zeitweisen) Berufsausstiegen ist ebenfalls zu berücksichtigen. Nach Auskunft des Instituts für Wirtschaft, Arbeit und Kultur (IWAK) haben Experteninterviews dort ergeben, dass ca. 90 % der Pflegekräfte im Beruf bleiben, von denen allerdings 40 % temporär ausscheiden, ohne den Beruf endgültig zu verlassen.¹⁰⁸ Das IWAK hat die zu erwartenden Zugänge durch Ausbildung berechnet, indem es den Anteil der Auszubildenden in Pflegeberufen an der Altersgruppe der 15- bis 24-Jährigen konstant hält. Der Einfluss, den ein vergrößertes Angebot an Ausbildungsplätzen hat, bleibt dabei unberücksichtigt. Gerade bei diesem Faktor ist aber in Hamburg auch durch die Ausbildungumlage in jüngster Zeit Bewegung entstanden. Daher wird von den besetzten Ausbildungsplätzen ausgegangen und die Ausbildungsabbrüche abgezogen. Wegen der Unterbrechungen der Beschäftigungszeit (s.o.) wird angenommen, dass rein rechnerisch ca. 60 % der Absolventen dem Arbeitsmarkt dauerhaft zur Verfügung stehen. Exakte Daten über den endgültigen Berufsaustritt durch Verrentung in der Langzeitpflege fehlen. Etwas über 62 Jahre beträgt das durchschnittliche Renteneintrittsalter über alle Gesundheitsberufe nach den Angaben der Deutschen Rentenversicherung.¹⁰⁹ Nicht berücksichtigt werden kann der zusätzliche Wechsel von Krankenpflegekräften in die Altenpflege. Allerdings sollte die Branche auch genügend Nachwuchs ausbilden, um ohne diese Zugänge auszukommen.

Konkret wurde bei der Bestandsprognose wie folgt vorgegangen:

Die Basis wird der Pflegestatistik 2013 entnommen. Für die Jahre bis 2030 wird jeweils die Anzahl der Pflegekräfte abgezogen, die das 62. Lebensjahr überschreitet.

Addiert werden die zu erwartenden Absolventen des jeweiligen Ausbildungsjahrgangs. Nach Auskunft des Hamburger Instituts für berufliche Bildung (HIBB) begannen 2015 485 eine Ausbildung in der Altenpflege und 245 als Pflegeassistenten (zusammen 730).¹¹⁰ In dieser Zahl spiegeln sich die Effekte der Ausbildungumlage bereits wider. Deswegen wird für die Prognose angenommen, dass die Zahlen in etwa so bleiben. Die Abbruchquote über die gesamte Ausbildung liege bei 15 – 20 %. In der Berechnung wurde von 22 % ausgegangen.

Im Ergebnis ist mit 403 Absolventen der Altenpflegeausbildung und 203 Absolventen der Gesundheits- und Pflegeassistenz Ausbildung (zusammen 606) zu rechnen. Insgesamt ergibt sich dann, dass (rein rechnerisch) ca. 242 Altenpflegekräfte und 122 Assistenzkräfte jährlich dem Arbeitsmarkt zuwachsen. Dabei sind die Angaben des IWAK zu Berufsunterbrechungen und -beendigungen eingeflossen, um rechnerisch zu erfassen wie viele dem Arbeitsmarkt auch dauerhaft zur Verfügung stehen. (vgl. 9.2.1)

¹⁰⁸ IWAK Frankfurt, Berufsverläufe von Altenpflegerinnen und Altenpflegern, Frankfurt a. Main 2009, S. 12

¹⁰⁹ Fernmündliche Auskunft des Instituts für Wirtschaft, Arbeit und Kultur vom Juli 2015

¹¹⁰ Im Juli 2015

Bedarf

Zunächst wird der Bedarf für das Basisjahr 2013 betrachtet. Die für 2013 in der Pflegestatistik angegebene Anzahl der Pflegefachkräfte und Assistenzkräfte wird um die Zahl der gesuchten Kräfte – 953 Pflegefachkräfte, 598 Assistenzkräfte - erhöht. Diese Werte wurden bei einer Befragung, die die Hamburgische Pflegegesellschaft 2012 durchgeführt hat, ermittelt.¹¹¹ Der so ermittelte Bedarf für 2013 wird mit der Steigerungsrate der Pflegebedürftigkeit fortgeschrieben.

Bei diesem Verfahren können weitere Einflüsse, wie z.B. eine Verbesserung von Stellenschlüsseln oder eine Verschiebung der Nachfrage zwischen unterschiedlichen Qualifikationsniveaus, nicht berücksichtigt werden.

¹¹¹ André Burghardt, Die Ausbildung in der Altenpflege und die Einführung einer Ausbildungsumlage in Hamburg. Eine quantitative Befragung von voll- und teilstationären sowie ambulanten Pflegeeinrichtungen in Hamburg zum Ausbildungsangebot und zur Angebotsprognose. Bachelor Thesis an der Hochschule für angewandte Wissenschaften, Hamburg 2012, S. 23

10.2 Anhang Bevölkerung und Pflegebedürftigkeit

Tabelle 20:
Aufteilung der
Bevölkerung (60
Jahre und älter)
mit Migrations-
hintergrund nach
Stadtteilen 2013

Stadtteil	Anzahl der Personen mit Migrationshin- tergrund	Polen	Türkei	Russische Föderation	EU Staa- ten ohne Deutschland	Weitere Bezugsländer
Billstedt	4.662	23,6	20,4	6,0	37,5	Ghana, Serbien
Wilhelmsburg	3.151	8,2	41,5	3,5	24,0	Portugal
Horn	2.172	18,4	25,3	5,3	36,6	
Jenfeld	1.757	22,3	10,7	10,9	31,7	Afghanistan
Altona-Altstadt	1.427	8,6	39,9	2,1	29,4	
Neuallermöhe	1.302	29,3	3,4	20,2	34,3	Afghanistan ¹¹²
Dulsberg	1.202	9,7	34,7	3,3	23,7	
Harburg	1.198	12,9	30,4	6,0	34,6	
Hausbruch	1.148	20,7	10,5	23,9	31,2	
St. Pauli	1.085	8,4	40,1	0,7	34,2	
Altona-Nord	970	5,1	37,2	2,2	29,1	
Neustadt	675	15,1	22,7	3,0	42,5	
St. Georg	603	11,9	17,9	2,8	42,3	
Rothenburgsort	549	23,3	20,0	3,6	40,4	
Sternschanze	374	3,7	33,2	0,8	36,6	
Veddel	348	3,7	50,9	0,3	12,9	

¹¹² Statistisches Amt für Hamburg und Schleswig- Holstein; 22.09.2014; Nr. IX/2014 , Bevölkerung mit Migrationshintergrund in den Hamburger Stadtteilen Ende 2013, S. 2

Tabelle 21:
Prognose ältere
Bevölkerung mit
Migrationshinter-
grund in Hamburg
bis 2025

Alter	2010			2015			2020			2025		
	M	F	Gesamt									
65-70	8.547	7.953	16.140	9.915	9.979	19.894	10.569	12.085	22.654	12.470	13.229	25.699
70-75	6.724	6.022	12.746	7.249	6.811	14.060	8.729	9.226	17.955	9.398	11.283	20.681
75-80	3.252	3.506	6.758	5.431	5.265	10.696	5.970	6.035	12.005	7.291	8.289	15.580
80-85	1.632	2.665	4.297	2.352	2.789	5.141	4.034	4.319	8.353	4.458	4.990	9.448
85-90	674	1.556	2.230	943	1.777	2.720	1.455	1.956	3.411	2.545	3.070	5.615
90+	271	846	1.170	315	937	1.252	501	1.231	1.732	845	1.439	2.284
Ges.	21.100	22.188	43.288	26.205	27.558	53.763	31.258	34.852	66.110	37.007	42.300	79.307

M = Männer

F = Frauen

Basis 2013 nach Pflegestatistik

Altersklassen	Insgesamt	Männlich	Weiblich
< 60	7.334	3.963	3.371
60-64	1.959	893	1.066
65-69	2.672	1.307	1.365
70-74	4.620	2.132	2.488
75-79	6.878	2.789	4.089
80-84	7.794	2.497	5.297
85-89	9.704	2.276	7.428
90 +	8.605	1.522	7.083
Gesamt:	49.566	17.379	32.187

Modellrechnung 2015 (Prävalenzraten)

Altersklassen	Insgesamt	Männlich	Weiblich
< 60	7.196	3.886	3.309
60-64	1.814	846	968
65-69	2.600	1.254	1.346
70-74	3.899	1.844	2.055
75-79	7.298	3.000	4.298
80-84	8.565	2.818	5.746
85-89	9.528	2.424	7.104
90 +	9.278	1.708	7.570
Gesamt:	50.177	17.780	32.398

Tabelle 22:
Prognose der
Pflegebedürftigkeit bis 2030
nach Alter und
Geschlecht

Modellrechnung 2020 (Prävalenzraten)

Altersklassen	Insgesamt	Männlich	Weiblich
< 60	7.417	4.012	3.406
60-64	2.103	1.001	1.103
65-69	2.584	1.238	1.346
70-74	3.637	1.706	1.931
75-79	6.270	2.640	3.631
80-84	11.615	4.048	7.567
85-89	10.177	2.888	7.289
90 +	10.367	2.248	8.120
Gesamt:	54.171	19.780	34.391

Modellrechnung 2025 (Prävalenzraten)

Altersklassen	Insgesamt	Männlich	Weiblich
< 60	7.368	3.981	3.386
60-64	2.522	1.212	1.310
65-69	3.004	1.467	1.537
70-74	3.651	1.701	1.950
75-79	5.936	2.477	3.459
80-84	10.023	3.581	6.442
85-89	13.961	4.230	9.731
90 +	11.774	2.922	8.852
Gesamt:	58.239	21.571	36.668

Modellrechnung 2030 (Prävalenzraten)

Altersklassen	Insgesamt	Männlich	Weiblich
< 60	7.259	3.920	3.339
60-64	2.554	1.238	1.317
65-69	3.625	1.790	1.836
70-74	4.273	2.036	2.237
75-79	6.037	2.511	3.526
80-84	9.714	3.457	6.258
85-89	12.190	3.791	8.399
90 +	16.037	4.315	11.722
Gesamt:	61.690	23.058	38.633

Stadtteil	Bevölkerung 65 +	Heimplätze in den Stadtteilen	Zuhause lebende Pflegebedürftige in den Stadtteilen
■ Hamburg-Mitte			
Hamburg-Altstadt	219		18
Hafencity	215		17
Neustadt	1.710		137
St. Georg	1.341	210	92
Hammerbrook	89		7
Borgfelde	988		79
Hamm	5.686	151	444
Horn	6.188	403	466
Billstedt	12.276	284	962
Billbrook	116		9
Rothenburgsort	1.323	132	96
Veddel	376		30
Wilhelmsburg	7.273	510	545
Kleiner Grasbrook und Steinwerder	62		5
Waltershof und Finkenwerder	2.244	104	172
■ Altona			
Altona-Altstadt	3.663	280	273
Sternschanze	805	372	38
Altona-Nord	2.093		167
Ottensen	4.378	191	337
Bahrenfeld	4.059	292	304
Groß Flottbek	2.338	207	172
Othmarschen	3.050	261	225
Lurup	6.611	416	499
Osdorf	5.966	519	440
Nienstedten	1.821	178	133
Blankenese	3.625		290
Iserbrook	2.864	183	216
Sülldorf	2.026		162
Rissen	4.618	386	342
■ Eimsbüttel			
Eimsbüttel	6.899	189	538
Rotherbaum	2.425	47	191
Harvestehude	3.502	105	273
Hoheluft-West	1.717	116	129
Lokstedt	5.669	599	410
Niendorf	10.802	241	847
Schnelsen	5.669	307	432
Eidelstedt	7.149	216	556
Stellingen	4.929	177	382
■ Hamburg-Nord			
Hoheluft-Ost	1.428		114
Eppendorf	4.222	384	310
Groß Borstel	1.740	35	137
Alsterdorf	2.720	309	195
Winterhude	7.765	269	602
Uhlenhorst	3.377	450	238
Hohenfelde	1.558	336	100
Barmbek-Süd	5.100	380	381
Dulsberg	2.038	74	158
Barmbek-Nord	5.633	408	421
Ohlsdorf	2.626	145	200

Tabelle 23:
Pflegebedürftigkeit
in den Stadtteilen

Stadtteil	Bevölkerung 65 +	Heimplätze in den Stadtteilen	Zuhause lebende Pflegebedürftige in den Stadtteilen
Fuhlsbüttel	2.515	100	194
Langenhorn	8.784	427	672
Eilbek	3.519	71	276
Wandsbek			
Wandsbek	6.669	451	501
Marienthal	2.777	477	188
Jenfeld	4.559	569	324
Tonndorf	2.598		208
Farmsen-Berne	6.847	513	511
Bramfeld	11.227	325	875
Steilshoop	3.665	68	288
Wellingsbüttel	2.988	340	215
Sasel	5.803		464
Poppenbüttel	7.423	1199	508
Hummelsbüttel	4.260	124	332
Lemsahl-Mellingstedt	1.278		102
Duvenstedt	1.156	60	88
Wohldorf-Ohlstedt	992		79
Bergstedt	2.260	219	165
Volksdorf	5.196	227	399
Rahlstedt	20.347	764	1.573
Bergedorf			
Lohbrügge	9.391	248	734
Bergedorf	6.843	568	507
Curslack	600		48
Altengamme	439		35
Neuengamme	761		61
Kirchwerder	1.849		148
Ochsenwerder	514		41
Reitbrook	124		10
Allermöhe	253		20
Billwerder	263		21
Moorfleet	192		15
Tatenberg	103		8
Spadenland	100		8
Neuallermöhe	1.611		129
Harburg			
Harburg	2.767	168	209
Neuland und Gut Moor	240		19
Wilstorf	3.410	337	249
Rönneburg	595		48
Langenbek	861		69
Sinstorf	700		56
Marmstorf	2.632		211
Eißendorf	5.168	186	400
Heimfeld	3.415	487	238
Moorburg und Altenwerder	102		8
Hausbruch	3.282	93	256
Neugraben-Fischbek	6.012	164	469
Francop	121		10
Neuenfelde	702		56
Cranz	147		12

Tabelle 23:
Pflegebedürftigkeit
in den Stadtteilen

*Annahme: In einem Heim sind jeweils 90 % der Plätze besetzt

■ 10.3 Tabellenverzeichnis

Tabelle 1:	Bevölkerungsprognose nach Alter bis 2030	08
Tabelle 2:	Prognose ältere Bevölkerung mit Migrationshintergrund in Hamburg bis 2025	11
Tabelle 3:	Pflegestufenverteilung insgesamt 2007 bis 2013	12
Tabelle 4:	Prognose Menschen mit Demenz in Hamburg bis 2030	20
Tabelle 5:	Verteilung der Leistungsanspruchnahme in der häuslichen Pflege	31
Tabelle 6:	Niedrigschwellige Betreuungsangebote	33
Tabelle 7:	Ambulante Dienste und Beschäftigte	35
Tabelle 8:	Pflegebedürftige zu Hause bis 2030	36
Tabelle 9:	Tagespflegeeinrichtungen	38
Tabelle 10:	Kurzzeitpflege in Einrichtungen	39
Tabelle 11:	Wohn-Pflege-Gemeinschaften für hilfe- und pflegebedürftige Menschen	42
Tabelle 12:	Vollstationäre Pflegeeinrichtungen und Beschäftigte	46
Tabelle 13:	Sterbefälle Prognose bis 2030	52
Tabelle 14:	Ambulante Hospizdienste	53
Tabelle 15:	Stationäre Hospize	55
Tabelle 16:	Pflegeschlüssel nach Beruf und Tätigkeitsbereich	58
Tabelle 17:	Pflegeschlüssel und Stellen 2003 und 2013	58
Tabelle 18:	Entwicklung von Bestand und Bedarf bei Pflegeschlüsseln	59
Tabelle 19:	Entwicklung von Bestand und Bedarf bei Assistenzkräften	59
Tabelle 20:	Aufteilung der Bevölkerung (60 Jahre und älter) mit Migrations- hintergrund nach Stadtteilen 2013	68
Tabelle 21:	Prognose ältere Bevölkerung mit Migrationshintergrund in Hamburg bis 2025	68
Tabelle 22:	Prognose der Pflegebedürftigkeit bis 2030 nach Alter und Geschlecht	69
Tabelle 23:	Pflegebedürftigkeit in den Stadtteilen	70

Herausgeberin:

Freie und Hansestadt Hamburg
Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz (BGV)
Amt für Gesundheit
Billstraße 80
20539 Hamburg
Internet: www.hamburg.de/pflege

Layout: kwh-design

Titelfotos: Küche/ R. Timm, Beratung/M.-O. Schulz, Rasur/A. Tumuschat-Bruhn,
Gehstock/Barrabas Attila/fotolia, Rollator/pixabay.com

Druck: Druckerei der Behörde für Arbeit, Soziales, Familie und Integration

Stand: Dezember 2015

Diese Broschüre finden Sie auch im Internet.

Sie lässt sich herunterladen unter:

www.hamburg.de/pflege/veroeffentlichungen

In gedruckter Form ist die Broschüre kostenfrei in Einzelexemplaren erhältlich bei:

Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz (BGV)

Broschürenversand

Billstraße 80, 20539 Hamburg

Tel. 040/428 37 – 23 68

E-Mail: publikationen@bgv.hamburg.de



Hamburg

Behörde für Gesundheit
und Verbraucherschutz