Niedersächsischer Landespflegebericht 2010

(nach § 2 des Nds. Pflegegesetzes)

---

vorgelegt vom

Nds. Ministerium für

Soziales, Frauen, Familie, Gesundheit und Integration

Niedersächsischer Landespflegebericht 2010 (Kurzfassung)

Der Landespflegebericht 2010 schreibt - gemäß § 2 Satz 3 NPflegeG - die zuletzt im Jahr 2005 dargelegten Entwicklungen der pflegerischen Versorgung in Niedersachsen fort. Er basiert im Wesentlichen auf den zum 15.12.2007 erhobenen Daten der Pflegestatistik nach § 109 Abs.1 SGB XI und besteht aus drei Berichtsteilen: Dem Stand der pflegerischen Versorgung (1), der Entwicklung des Pflegebedarfs (2) und den Vorschlägen zur Anpassung der bestehenden Versorgungsstruktur an die zukünftigen pflegerischen Versorgungsanforderungen (3).

1. Pflegebedürftige Menschen zum Jahresende 2007

Im Dezember 2007 erhielten 242.196 Menschen in Niedersachsen Leistungen der sozialen und privaten Pflegeversicherung. Knapp ein Drittel der Leistungsempfänger/-innen war männlich (32,6%); gut zwei Drittel weiblich (67,4%). Die Anzahl von Leistungsempfänger/-innen im Durchschnitt zur Gesamtbevölkerung in Niedersachsen lag mit einer Pflegequote von 3,04 höher als der Bundesdurchschnitt von 2,73.

Alter der Pflegebedürftigen und Pflegedauer

Im Zeitraum von 1999 bis 2007 ist die Zahl der Leistungsempfänger/-innen um 15,7% gestiegen. Das Risiko, von einer Pflegebedürftigkeit betroffen zu sein, wächst mit zunehmendem Lebensalter: 83,2% der pflegebedürftigen Menschen waren 65 Jahre und älter; mehr als die Hälfte in einem Alter von 80 bis 95 Jahren. Mit steigendem Alter wächst auch der Anteil weiblicher Pflegebedürftiger an der Gesamtzahl. Die Pflegedauer - die in Pflegebedürftigkeit verbrachte Lebenszeit - lag für Männer durchschnittlich bei 2,5 Jahren, für Frauen bei 3,7 Jahren. Die zunehmende Zahl von Leistungsempfänger/-innen war dabei ausschließlich auf den wachsenden Anteil alter und hochaltriger Menschen an der älteren Bevölkerung zurückzuführen. Pflegebedürftigkeit wird in der Normalbiografie eine mögliche Lebensphase mit einer immer höheren Wahrscheinlichkeit - und stellt damit ein normales Lebensrisiko dar.

Pflegestufenentwicklung und Versorgungsarten

Mehr als die Hälfte der Pflegebedürftigen (51,4%) war in Pflegestufe I eingestuft, gut ein Drittel (34,5%) in Pflegestufe II und 14,1% in Pflegestufe III, davon 2% als sog. Härtefälle. Von Ende 2005 bis Ende 2007 waren erstmalig Zuwächse in allen Pflegestufen zu verzeichnen. Über zwei Drittel der 242.196 Leistungsempfänger/-innen (164.000) wurde zu Hause versorgt; davon 107.210 Pflegebedürftige ausschließlich von Angehörigen und in der eigenen Häuslichkeit. Dieser hohe Anteil familiärer Pflege hat sich somit seit 1999 kaum verändert.

Ende 2007 beliefen sich die Anteile häuslich/ambulanter Leistungen auf 67,3%, stationärer Dauerpflege auf 31,2% und teilstationärer Leistungen auf 1,5%.

Im Vergleich zu 1999 hat die vollstationäre Versorgung im Pflegeheim mit einem Anteil von zuvor 28,6% auf 31,2% Ende 2007 an Bedeutung gewonnen. Aber auch der Anteil von Kombinations- und Pflegesachleistungen hat in der Gesamtversorgung einen wachsenden Stellenwert eingenommen und ist von 19,3% auf 23% gestiegen.

2. Informelle Pflege und Tendenzen

Die gestiegene Lebenserwartung hat dazu geführt, dass die familiäre Unterstützung alter und hochaltriger Menschen im Familienzyklus zu einem erwartbaren Regelfall geworden ist. Häusliche Pflegearrangements erweisen sich auch vor dem Hintergrund des demographischen Wandels als stabil und anpassungsfähig[1].

Informelle Pflegepersonen und Pflegepotentiale

Die Hälfte aller Pflegebedürftigen wurde von nur einer Hauptpflegeperson versorgt; in den anderen häuslichen Pflegearrangements waren zwei oder mehr Pflegepersonen an der Pflege beteiligt. (Ehe-)Partner/-innen bildeten mit 28% und Töchter mit 26% die Hauptgruppen der Pflegenden in Verwandtschaftsbeziehungen. Es mehrten sich jedoch Anzeichen für Veränderungen in häuslichen Pflegearrangements: der Anteil männlicher Hauptpflegepersonen betrug im Berichtszeitraum mehr als ein Viertel an der Gesamtzahl; die Bedeutung nicht-familialer Pflegeunterstützung durch Freunde, Nachbarn und Bekannte ist weiter gewachsen. Das durchschnittliche Alter der Hauptpflegepersonen betrug 59 Jahre; 53% waren im Alter zwischen 55 und 79

1 Schneekloth, U., 2006

Jahren. Ein höheres Pflegepotential bestand in den kommunalen Gebietskörperschaften, in denen ein hoher Anteil mittlerer Jahrgänge an der Gesamtbevölkerung zu verzeichnen war.

Umfang häuslicher Pflege und Belastungen

Die Pflegestatistik weist Pflegegeldempfänger/-innen sowie Leistungen der ambulanten Pflegedienste aus, nicht aber Daten zum Umfang informell erbrachter Leistungen. Nach einer Selbsteinschätzung der Haushalte wurden Leistungsbezieher/-innen durchschnittlich 36,7 Stunden pro Woche, d.h. fast in einem zeitlichen Umfang einer beruflichen Vollzeittätigkeit gepflegt. Der Aufwand differierte dabei nicht nur nach Pflegestufen, sondern auch danach, ob eine kognitive Beeinträchtigung vor allem in Form einer demenziellen Erkrankung vorlag. 83% der Hauptpflegepersonen empfanden die mit der Pflege verbundenen Belastungen als eher stark oder sehr stark. Insbesondere die Betreuung eines demenzerkrankten Familienmitgliedes war für die Pflegeperson(en) mit erhöhten Belastungen verbunden.

Gemischte Pflegearrangements

Zunehmend verbinden Pflegepersonen ihre berufliche Tätigkeit mit der familialen Pflege. Das in 2008 eingeführte Pflegezeitgesetz wurde bislang nur vereinzelt für eine Pflegezeit von bis zu sechs Monaten in Anspruch genommen. Die Pflegearrangements wurden zunehmend vielfältiger gemischt mit informellen und formellen Unterstützungsangeboten i.S. eines „Pflege-Mixes“. Vor diesem Hintergrund ist die Bedeutung von Leistungen ambulanter Pflegedienste, Tagespflegeeinrichtungen und stundenweiser Betreuungsangebote gewachsen. Es gab auch Hinweise darauf, dass informelles Pflegepotential durch ein Arrangement mit ambulanten und teilstationären Pflegeleistungen gestärkt und gesichert werden kann.

3. Pflegerische Versorgungssituation

Die Bestandsanalyse der pflegerischen Versorgungsstruktur hat ergeben, dass Niedersachsen sowohl bei den Pflegediensten als auch bei den vollstationären Pflegeheimen über eine der Nachfrage entsprechende und insoweit ausreichende Zahl an Pflegeeinrichtungen und räumlich gegliederte Versorgungsstruktur verfügt. Das schließt Versorgungslücken in regionalen Einzelfällen nicht aus.

Ambulante Pflegedienste

Ende 2007 gab es 1.112 ambulante Pflegedienste, davon 63% in privater, 35% in freigemeinnütziger und 2% in öffentlicher Trägerschaft. Seit 1999 ist die Zahl der Pflegedienste in Niedersachsen um 20% gestiegen und liegt mit dieser Entwicklung über dem Bundesdurchschnitt. Im Durchschnitt versorgte jeder Dienst rd. 50 pflegebedürftige Menschen; die Freigemeinnützigen jedoch doppelt so viele, wie die Privaten. Die von niedersächsischen Pflegediensten betreuten Pflegebedürftigen waren zu 53% in Pflegestufe I, 34% in II und 13% in Pflegestufe III - ähnlich wie im Bundesvergleich.

Kurzzeitpflege

Die Zahl solitärer Kurzzeitpflegeeinrichtungen ist seit 1999 kontinuierlich von 69 Einrichtungen mit 553 Plätzen auf nunmehr 23 Einrichtungen mit 332 Plätzen zurückgegangen. Im Rahmen der „eingestreuten“ Kurzzeitpflege in vollstationären Einrichtungen der Dauerpflege gab es Ende 2007 inges. 3.589 Plätze, die flexibel für Kurzzeitpflege genutzt werden können. Kurzzeitpflege erfüllt eine wichtige gesundheitsförderliche Funktion für informelle Pflegepersonen; ihre rehabilitative Funktion beispielsweise im Übergang vom Krankenhaus in die Häuslichkeit wird derzeit vermutlich nicht ausreichend ausgeschöpft.

Tages- und Nachtpflege

Ende 2007 waren insgesamt 109 Tagespflegeeinrichtungen mit zusammen 1.429 Plätzen zugelassen; nach Angaben der AOK Niedersachsen verdoppelte sich die Zahl bis Oktober 2010 auf 234 Einrichtungen mit 3.148 Plätzen. Tagespflege wurde

nahezu ausschließlich von älteren Pflegebedürftigen in Anspruch genommen. Nachtpflege wurde nur in Form von „eingestreuter“ Nachtpflege im Zusammenhang mit Tagespflege, Kurzzeit- oder vollstationärer Dauerpflege angeboten.

Vollstationäre Dauerpflege

Niedersachsen verfügte Ende 2007 über einen Bestand von 1.394 Pflegeheimen mit zusammen 90.153 Plätzen; davon wurden 95% für die Zielgruppe der älteren Menschen angeboten – ein Anstieg der Kapazitäten seit 2003 um 12,2%. Private Träger waren mit einem Anteil von 59%, gemeinnützige mit 38% und öffentliche mit 3% an Einrichtungen vertreten; nach Zahl der Plätze mit jeweils 52%, 44% und 4%. In Niedersachsen war ein überproportionaler Anteil von privat-gewerblichen Trägern zur pflegerischen Versorgung zugelassen. Dies hatte wegen des vergleichsweise niedrigen Pflegesatzniveaus dieser Trägergruppe Auswirkungen auf den Durchschnitt in Niedersachsen insgesamt. Im Vergleich mit anderen westdeutschen Flächenländern lag Niedersachsen in den Vergütungen der Pflegestufe I an vorletzter sowie in den Vergütungen der Pflegestufen II und III an letzter Rangstelle.
Der Anteil der Plätze in 1-Bett-Zimmern hat sich seit 1999 überproportional erhöht, derjenige in Doppel- und Mehrbettzimmern entsprechend verringert. Es ist in regional unterschiedlich ausgeprägtem Umfang von Überkapazitäten an vollstationären Pflegeplätzen auszugehen.

4. Beschäftigte im Pflegebereich

Von Ende 2003 bis Ende 2007 konnte ein nicht unwesentlicher Anstieg der Inanspruchnahme von ambulanten und stationären Pflegeleistungen festgestellt werden. Entsprechend war in diesem Zeitraum in den Pflegediensten und Pflegeheimen ein erheblicher Personalzuwachs zu verzeichnen. Von 89.002 Beschäftigten in Pflegeeinrichtungen waren es Ende 2007 87% Frauen und 13% Männer. Die Zahl der Fachpflegekräfte betrug 33.234 Beschäftige mit einem Anteil von 37,3% an der Gesamtzahl. Sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich wurde der Anteil von Fachkräften an der Gesamtzahl aller Beschäftigten größer. Insgesamt konnte die zunehmende Zahl pflegebedürftiger Menschen in der Versorgung durch Personalzuwächse befriedigt werden; regional entstandene Engpässe waren dabei nicht ausgeschlossen.

Personal in ambulanten Pflegediensten

In den zugelassenen Pflegediensten waren insgesamt 24.033 Personen beschäftigt, 16% mehr als im Jahr 2003. In jedem Dienst waren durchschnittlich 22 Personen tätig; die Zahl der Beschäftigten ist seit 1999 kontinuierlich um gut zwei Mitarbeitende gestiegen. Die Zahl der betreuten Pflegebedürftigen ist im Verhältnis zu den Beschäftigen dagegen gleich beblieben und lag Ende 2007 bei 2,3. Die Beschäftigung in Pflegediensten war im Berichtszeitraum zu einem hohen Anteil von Teilzeittätigkeiten mit geringem Stundenumfang und geringfügigen Tätigkeiten gekennzeichnet und galt für alle dort tätigen Berufsgruppen. Nur 18,7% der Beschäftigten waren vollzeiterwerbstätig. Der Anteil der Fachpflegeberufe lag bei 59%; die größte Untergruppe bildeten Angehörige des Gesundheits- und Krankenpflegeberufs mit 36%, gefolgt von Altenpfleger/-innen mit 16%.

Personal in vollstationären Pflegeheimen

In Pflegeheimen waren Ende 2007 insgesamt 64.969 Personen beschäftigt; 13% mehr als im Jahr 2003. Durchschnittlich waren 47 Beschäftigte in jeder Einrichtung tätig und versorgten wie im Jahr 1999 pro Mitarbeitende 1,22 Heimbewohner/-innen. Im Unterschied zu ambulanten Diensten überwogen Vollzeit-Arbeitsverhältnisse mit 23.177 und qualifizierte Teilzeitbeschäftigungen mit 19.344 Beschäftigten. Unter den Pflegefachkräften mit 32% hatten Altenpfleger/-innen mit 22% den größten Anteil an der Gesamtzahl aller Beschäftigten. Sowohl in Pflegeheimen als auch in Pflegediensten entsprachen die Tätigkeitsbereiche der Beschäftigten ihren jeweiligen Ausbildungen.

5. Regionale Entwicklungen und Versorgungsstrukturen

Ein hoher Anteil an über 65- Jährigen an der Gesamtbevölkerung ging tendenziell mit einem hohen Anteil an pflegebedürftigen Personen einher. Landkreise und kreisfreie Städte mit einem Anteil von über 20% an über 65-Jährigen hatten in überwiegender Anzahl eine Pflegequote von durchschnittlich über 3,0. Diese Korrelation traf jedoch nicht in jeder Region zu. Die kommunalen Gebietskörperschaften mit den höchsten Anteilen an Leistungsbezieher/-innen an der Gesamtbevölkerung - Landkreise

Osterode und Northeim sowie Stadt Salzgitter - lagen mit einer Pflegequote von über 4,0 dicht an den bundesweit höchsten Pflegequoten.

Inanspruchnahme verschiedener Leistungsarten

Es gab große regionale Unterschiede bei der Inanspruchnahme verschiedener Leistungsarten. Die jeweilige Pflegequote stand nicht in unmittelbarem Zusammenhang mit der Verteilung auf die Leistungsarten. Auch der Einfluss des Gemeindetyps (ländliche oder städtische Region) auf die Wahl der Pflegearrangements war nicht sehr groß. Vielmehr schien die Altersverteilung in der Bevölkerung eine größere Bedeutung auf die Verteilung des Bezugs von Pflegegeld, ambulanten Pflegeleistungen, Tages- und Kurzzeitpflege und vollstationärer Dauerpflege zu haben. Tendenziell konnte die Aussage getroffen werden, dass die Wahl eines stationären Pflegearrangements immer unwahrscheinlicher wird, je mehr Personen in einem Haushalt leben. Es gab auch Hinweise auf einen Zusammenhang zwischen einer hohen Inanspruchnahme von vollstationärer Dauerpflege und einem großen Anteil an Hochaltrigen in der Bevölkerung.

Regionale Versorgungsstrukturen

Für Niedersachsen kann im Berichtszeitraum hinsichtlich der ambulanten pflegerischen Versorgung von einem flächendeckenden, zahlenmäßig ausreichenden und regional nachfrageinduzierten Angebot ausgegangen werden. Gleiches galt für die vollstationären Pflegeheime, mit Ausnahme regionaler Überangebote. Die Ende 2007 noch unbefriedigende regionale Versorgungslage mit Einrichtungen der Tagespflege hat sich mit der jüngsten Entwicklung tendentiell verbessert; genauere Analysen dazu fehlen jedoch. In 29 von 46 Landkreisen und kreisfreien Städten gab es Ende 2007 keine Kurzzeitpflegeeinrichtung; 14 weitere verfügten nur über *eine* Einrichtung.

Auch die Versorgungsstruktur mit niedrigschwelligen Betreuungsangeboten hat sich nochmals verbessert: In jeder kommunalen Gebietskörperschaft gibt es mindestens einen Anbieter von niedrigschwelligen Betreuungsangeboten, landesweit gab es bis Ende Oktober 2010 insgesamt 346 anerkannte Anbieter.

Die Versorgung mit weiteren ergänzenden Angeboten an professionellen, organisierten ehrenamtlichen sowie informellen Beratungs-, Hilfe- und

Unterstützungsleistungen im Vor- und Umfeld von Pflege war dagegen nach Einschätzung der Mehrzahl der Landkreise und kreisfreien Städte bislang nicht überall ausreichend.

6. Entwicklungen durch das Pflegeweiterentwicklungsgesetz

Mit dem Pflegeweiterentwicklungsgesetz vom 1.7.2008 wurde insgesamt betrachtet eine sinnvolle Weiterentwicklung der bestehenden Strukturen der Pflegeversicherung erreicht. Hierzu zählen die Fortentwicklung der Leistungsbeträge in der häuslich-ambulanten Versorgung und der Tages- und Nachtpflege. Zusätzlich wurden weitere Strukturelemente umgesetzt:

Pflegeberatung und Pflegestützpunkt

Mit dem Anspruch auf individuelle Beratung und Hilfestellung i. S. eines individuellen Fallmanagements sollte die Versorgungssituation Pflegebedürftiger verbessert, die Angehörigen im Pflegeprozess begleitend informiert und entlastet und so auch die häusliche Pflege gestärkt werden. Die bisherige Umsetzung des § 7a SGB XI durch die Pflegekassen erfolgte in sehr unterschiedlicher Form. Bis zum 31.10.2010 hatten sich 20 Landkreise und kreisfreie Städte für die Einrichtung eines Pflegestützpunktes entschieden. Über die Einrichtung weiterer Pflegestützpunkte wird noch verhandelt. Die Pflegestützpunkte übernehmen die Aufgabe eines Care-Managements mit dem Ziel einer leistungsstarken, regional gegliederten, ortsnahen und aufeinander abgestimmten ambulanten und stationären pflegerischen Versorgung.

Vergütungszuschläge für Pflegebedürftige mit erheblichem allgemeinen Betreuungsbedarf

Bislang haben in Niedersachsen 1.227 Pflegeeinrichtungen Verträge mit den Pflegekassen über Vergütungszuschläge für Pflegebedürftige gemäß § 87b SGB XI vereinbart[2]. Durch zusätzliche Betreuung soll die stationäre Versorgung von demenzerkrankten, psychisch kranken und geistig behinderten Pflegebedürftigen verbessert werden.

---

2 Stand: Oktober 2010

Leistungen nach § 45 a SGB XI

Nach ersten Erfahrungen scheinen sowohl die Leistungsausweitung und der Ausbau niedrigschwelliger Betreuungsangebote als auch die Vergütungszuschläge für Pflegebedürftige mit erheblichem allgemeinen Betreuungsbedarf wertvolle Impulse zur Verbesserung der pflegerischen Versorgung gesetzt zu haben.

Förderung ehrenamtlicher Strukturen und Selbsthilfe

Im Oktober 2010 wurde in Niedersachsen auch die Förderrichtlinie nach § 45 d SGB XI in Kraft gesetzt. Auf dieser Grundlage können ehrenamtliche Gruppen und auch Selbsthilfegruppen von betroffenen Demenzerkrankten und pflegenden Angehörigen gefördert werden. Erstempfänger der Zuwendung sind die Selbsthilfekontaktstellen; sie haben die Aufgabe der Förderung dieser Gruppen und der Unterstützung einer entsprechend ortnahen und zielgruppenspezifischen Versorgungsstruktur; Fördermittel werden von den Kontaktstellen an die Gruppen weitergeleitet.

7. Pflegebedürftigkeitsprognosen und zukünftige Bedarfe

Für die kommenden Jahrzehnte bis 2050 wird eine deutliche Zunahme pflegebedürftiger Menschen prognostiziert. Verschiedene zugrunde gelegte Varianten weisen keine wesentlichen Unterschiede in Tendenzen und Zahlen auf.
Entsprechend der Status-Quo-Prognosen - unveränderte Pflegequoten von 2007 - wird der Anstieg von Pflegebedürftigen in Niedersachsen bis 2060 in vier Schritten erfolgen. Ausgehend vom Stand des Jahres 2007 wird

- bis 2020 die Zahl Pflegebedürftiger um 25 % anwachsen,
- es bis 2030 knapp die Hälfte (45% - 46%) mehr Pflegebedürftige geben,
- bis 2040 die Zahl der Pflegebedürftigen um ca. zwei Drittel (66,5 %) ansteigen und
- bis 2050 ihre Zahl um mehr als 90% gestiegen sein.

Erst ab 2060 ist damit zu rechnen, dass die Zahl der Pflegebedürftigen wieder sinken wird. Der Anteil der über 80-Jährigen an der Gesamtzahl aller Pflegebedürftigen steigt nach diesen Prognosen kontinuierlich von 55% Ende 2007 auf 78% im Jahr

2050. Diese Altersgruppe wird dann einen Anteil von über drei Viertel an der Gesamtzahl aller Pflegebedürftigen haben. Die pflegerische Versorgung hochaltriger Personen und insbesondere der über 90-jährigen wird erheblich an Bedeutung gewinnen.

Regionale Entwicklungen

In den einzelnen kommunalen Gebietskörperschaften kommt es aufgrund von unterschiedlichen Alterszusammensetzungen in der Bevölkerung und verschiedener Pflegequoten zu divergierenden Entwicklungen. Bis 2030 kann übereinstimmend für alle Landkreise und kreisfreien Städte ein Anstieg der Zahl Pflegebedürftiger prognostiziert werden.

Informelles Pflege- und Hilfepotential

Bis 2020 ist nach derzeitiger Erkenntnislage nicht von einem Rückgang des informellen Pflege- und Hilfepotentials auszugehen. In den Jahren 2020 - spätestens jedoch ab 2030 – ist mit einem allmählichen Absinken des Pflegepotentials von Angehörigen zu rechnen. Weitere Perspektiven für ein häusliches Pflegearrangement ergeben sich u.a. dort, wo es gelingt, berufliche Pflege und verfügbare Potentiale informeller Pflegepersonen, freiwillig Engagierter sowie der Gesundheits- und Assistenzberufe zu kombinieren[3].

Institutionelle Pflege und Personalbedarf

Die Bedeutung professioneller Pflegeangebote - ambulanter, teilstationärer und stationärer Art - wird durch sich verändernde Pflegearrangements und den mittelfristig prognostizierten Rückgang informeller Pflegepotentiale deutlich steigen. Damit wird der Bedarf an professionellen Fach- und Hilfskräften in der Pflege und Betreuung wachsen. Anhand von Modellrechnungen werden in diesem Bericht zukünftige Personalbedarfe und erforderliche Versorgungsstrukturen errechnet.

---

[3] Mittnacht, B., 2010, S. 23ff

8. Personengruppen mit besonderem Hilfebedarf

Demenzerkrankte Menschen und pflegebedürftige Personen ohne tragfähiges soziales Netzwerk stellen in der ambulanten, aber auch in der stationären pflegerischen Versorgung eine besondere Herausforderung dar. Es wird erwartet, dass beide Personengruppen in den kommenden Jahrzehnten zahlenmäßig in besonderer Weise wachsen werden.

Demenzerkrankte Pflegebedürftige

Der Anteil von Personen mit Demenzerkrankungen wird - gemessen an der Gesamtzahl Pflegebedürftiger - stetig größer. Gelingt kein Durchbruch in der Prävalenz und Therapie wird die Zahl der Krankheitsfälle sich bis 2040 auf 220.000 verdoppeln. Eine adäquate Versorgungsstruktur sollte sich jedoch nicht nur quantitativ anpassen, sondern auch bestehende Angebote qualitativ in Form bedarfsgerechter und lebensweltorientierter Angebote weiterentwickeln. Eine Umweltgestaltung, die sich an den spezifischen Bedürfnissen der Person orientiert, ist eine wesentliche Voraussetzung für die Verwirklichung von Lebensqualität für Menschen mit einer Demenzerkrankung. Ihre überwiegend Jahre andauernde Betreuung und Pflege ist für pflegende Angehörige mit erheblichen Belastungen und täglich neuen Herausforderungen verbunden. Die Rahmenbedingungen für die häusliche Pflege, spezifische Kompetenzentwicklung, Aspekte der Belastungsprävention, Angebote der häuslichen Entlastung und der Selbsthilfe sollten weiterentwickelt, ausdifferenziert und in den Fokus von Versorgungsplanung genommen werden.

Pflegebedürftige Personen ohne tragfähiges soziales Netzwerk

Pflegebedürftige Personen, die alleine und ohne tragfähiges soziales Netzwerk leben, haben die geringsten Chancen, eigene Pflegebedürftigkeit im häuslichen Umfeld zu bewältigen und den notwendigen, persönlichen Zeitbedarf an Hilfe und Unterstützung gedeckt zu bekommen. In diesem Kontext kann neben der ambulanten professionellen Unterstützung ehrenamtliches bzw. freiwilliges Engagement eine wichtige Funktion einnehmen. Auch dem Einsatz neuer

Technologien kommt - in Wechselwirkung mit anderen Angeboten - zukünftig eine wachsende Bedeutung zu. Dazu werden Kriterien und Anforderungen an alltagsorientierte, praktikable und nützliche Entwicklungen im Bereich technologischer Unterstützung dargestellt, die sowohl zur Wahrung der Sicherheit als auch der Privatsphäre beitragen.

9. Weitere Vorschläge zur Anpassung der Versorgungsstrukturen

Die Bevölkerung wird immer älter und ihre Gesamtzahl sinkt kontinuierlich; diese beiden Kernaussagen haben unmittelbaren Einfluss auf die Entwicklung im Pflegebereich. Die prognostizierten Zahlen von Pflegebedürftigen in den kommenden Jahrzehnten stehen in enger Verbindung mit den Prognosen eines wachsenden Bedarfs an Pflegefachkräften.

Personalbestandssicherung und Nachwuchsgewinnung

Die Gewinnung, Ausbildung und Qualifizierung von Menschen in Berufen der Altenpflege und Gesundheits- und Krankenpflege ist eine zentrale Aufgabe der kommenden Jahre, bei der die Verbände, Ausbildungsstätten, Einrichtungsträger, Agenturen für Arbeit und das Land eng zusammenarbeiten müssen.

Maßnahmen und Sachstand des Pflegepakets

Im Rahmen des Pflegepakets wurden insbesondere folgende Maßnahmen getroffen:

- Förderung von Ausbildungsplätzen in der Altenpflege
- Förderung von Ausbildungsplätzen an privaten Altenpflegeschulen
- Förderung der Kosten von Umschulungen im 3. Ausbildungsjahr.

Weitere geplante Aktivitäten auf Landesebene

Zur Koordinierung der Anerkennung ausländischer Abschlüsse wurde mit Kabinettsbeschluss vom 22. Juni 2010 ein interministerieller Arbeitskreis zur Anerkennung von im Ausland erworbenen Abschlüssen unter Federführung des Sozialministeriums eingerichtet. Die Landesregierung plant, noch entschiedener auf Menschen mit Migrationshintergrund zuzugehen, vorhandene Potenziale in diesen Bevölkerungsgruppen gezielt zu fördern und Zugangsbarrieren in den Arbeitsmarkt

zu senken. Eine Imagekampagne des Norddeutschen Zentrums zur Weiterentwicklung der Pflege (NDZ) soll zur Steigerung der Attraktivität der Pflegeberufe beitragen. Das MS hat seine Bereitschaft bekundet, die Kampagne der LAG der freien Wohlfahrtpflege „Typen gesucht“ auch in 2011 weiter zu fördern. Ziel dieser Kampagne ist die frühzeitige Sensibilisierung von jungen Menschen für soziale Berufe.

Aktivitäten auf Bundesebene

Vor dem Hintergrund zunehmender Probleme der Vereinbarkeit von beruflicher Tätigkeit und familialer Pflegeverantwortung sowie der nur zögerlichen Inanspruchnahme einer max. sechsmonatigen Pflegezeit unterstützt das Sozialministerium die vom Bundesfamilienministerium angekündigte Neuregelung im Rahmen des Familien-Pflegezeit-Modells. Im Rahmen der Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Neuordnung der Ausbildung in der Gesundheits- und (Kinder-) Krankenpflege sowie der Altenpflege auf Bundesebene, in der eine weitestgehende Zusammenführung der verschiedenen Ausbildungsstränge diskutiert wird, tritt das Land Niedersachsen für eine Vereinheitlichung der Kranken- und Altenpflegeausbildung ein. Es wird zu erörtern sein, ob die Ausbildungskosten in der Altenpflege zukünftig - dem Finanzierungsmodell der Gesundheits- und Krankenpflegeberufe folgend - pflegevergütungsneutral aus Mitteln der Pflegekassen getragen werden sollten.

Inhalt

Niedersächsischer Landespflegebericht 2010 (Kurzfassung) ... 2

Inhalt ... 15

Abbildungsverzeichnis ... 21

Tabellenverzeichnis ... 23

Einführung ... 27

1. Gesetzlicher Auftrag, rechtlicher Bezugs- und Handlungsrahmen ... 27

2. Strukturpolitische Faktoren ... 29

3. Aufbau und Inhalte des Berichtes, Reichweite der Aussagen ... 31

4. Datengrundlagen ... 34

5. Begriffserläuterungen ... 35

I. Stand der pflegerischen Versorgung ... 40

1. Pflegebedürftige Menschen in Niedersachsen ... 40

1.1 Sozio-demographische Merkmale, Pflegebedarf und Art der pflegerischen Versorgung ... 40

1.2 Selbstbeschaffte Pflegehilfen, soziodemographische Merkmale der Pflegepersonen ... 61

1.3 Regionale Verteilung und Strukturen ... 70

1.4 Personen mit besonderem Hilfebedarf ... 82

1.4.1 Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene ... 82

1.4.2 Menschen mit demenziellen oder depressiven Erkrankungen ... 91

1.4.3 Menschen mit Behinderungen ... 96

1.4.4 Menschen mit fortschreitenden chronischen Erkrankungen (Aids und Multiple Sklerose) oder Schädel-Hirn-Trauma (SHT) ... 100

1.4.5 Migrantinnen und Migranten ... 103

2. Inanspruchnahme von Leistungen nach dem Pflegeversicherungsgesetz ... 105

2.1 Nachfragen nach Leistungen für Pflege ... 106

2.2 Feststellung der Pflegebedürftigkeit bei Erst- und Wiederholungsbegutachtungen sowie bei Widersprüchen ... 111

2.3 In Anspruch genommene Leistungen ... 124

3. Pflegerische Versorgungsstruktur 134
3.1 Pflegedienste und Pflegeheime 134
3.2 Entwicklung der Pflegeeinrichtungen 135
3.2.1 Pflegedienste 136
3.2.2 Pflegeheime 137
3.3 Ambulante Pflegeeinrichtungen (Pflegedienste) 140
3.3.1 Änderungen des leistungs-, vertrags- und förderrechtlichen Hintergrunds 140
3.3.2 Angebotsstruktur 142
3.3.3 Regionale Verteilung 146
3.3.4 Zusammenfassende Bewertung 147
3.4 Teilstationäre Pflegeeinrichtungen (Tages- und Nachtpflege) 148
3.4.1 Änderungen des leistungs-, vertrags- und förderrechtlichen Hintergrunds 148
3.4.2 Angebotsstruktur 150
3.4.3 Tagespflegeeinrichtungen 150
3.4.4 Regionale Verteilung 154
3.4.5 Nachtpflegeeinrichtungen 154
3.4.6 Zusammenfassende Bewertung 155
3.5 Kurzzeitpflegeeinrichtungen 156
3.5.1 Änderungen des leistungs-, vertrags- und förderrechtlichen Hintergrunds 156
3.5.2 Angebotsstruktur 159
3.5.3 Regionale Verteilung 162
3.5.4 Zusammenfassende Bewertung 163
3.6 Einrichtungen der vollstationären Dauerpflege (Pflegeheime) 164
3.6.1 Änderungen des leistungs-, vertrags- und förderrechtlichen Hintergrunds 164
3.6.2 Angebotsstruktur 166
3.6.3 Regionale Verteilung 173
3.6.4 Zusammenfassende Bewertung 179

3.7 Personal in Pflegediensten und Pflegeheimen 180
3.7.1 Personal in Pflegediensten 181
3.7.2 Personal in Pflegeheimen 195
3.8 Strukturvergleich Pflegedienste / Pflegeheime 213
3.9 Vergütungen 214
3.9.1 Vergütungen von ambulanten Pflegeleistungen 216
3.9.2 Vergütungen von Leistungen der vollstationären Dauerpflege ... 218
3.9.3 Vergütungen von teilstationären Pflegeleistungen 225
3.9.4 Vergütungen von Leistungen der Kurzzeitpflege 226
3.10 Angebote für Personen mit besonderem Hilfebedarf 228
3.10.1 Kinder 228
3.10.2 Menschen mit demenziellen und depressiven Erkrankungen 239
3.10.3 Menschen mit Behinderungen 248
3.10.4 Menschen mit fortschreitenden chronischen Erkrankungen (Aids und Multiple Sklerose) und Schädel-Hirn-Trauma (SHT) 253
3.10.5 Migrantinnen und Migranten 259
3.10.6 Palliativversorgung und Hospizarbeit 264
3.11 Angebote des Betreuten Wohnens 274
3.11.1 Gefördertes Betreutes Wohnen 274
3.11.2 Ambulant betreute Wohngemeinschaften 276
3.12 Niedrigschwellige Betreuungsangebote (§§ 45 a bis c SGB XI) 277
3.12.1 Leistungs-, anerkennungs- und förderrechtlicher Hintergrund ... 277
3.12.2 Anzahl und Angebotsstruktur 280
3.12.3 Regionale Verteilung 282
3.13 Zusätzliche Betreuungsangebote der Pflegedienste (§ 45b SGB XI) 285
3.14 Ehrenamt und Selbsthilfe 286
3.14.1 Förderung von Ehrenamt und Selbsthilfe (§ 45d SGB XI) 288
3.14.2 Leistungs- und förderrechtlicher Hintergrund 289
3.14.3 Anzahl, Angebotsstruktur und Regionale Verteilung 291
3.15 Pflegestützpunkte, Pflegeberatung und Pflegekurse 292
3.15.1 Pflegestützpunkte 292

3.15.2 Pflegeberatung ... 295
3.15.3 Pflegekurse nach § 45 SGB XI ... 299
3.16 Psychiatrische Häusliche Krankenpflege nach § 132 a SBG V ... 302
3.16.1 Leistungs- und vertragsrechtlicher Hintergrund ... 303
3.16.2 Stand der Entwicklung ... 304
3.17 Pflegezeitgesetz ... 307
3.17.1 Grundsätzliche Bedeutung und rechtlicher Hintergrund ... 307
3.17.2 Kurzfristige Arbeitsverhinderung ... 308
3.17.3 Pflegezeit ... 308
4. Qualität der pflegerischen Versorgung ... 310
4.1 Rechtsentwicklung 2001 bis 2008 ... 310
4.2 Qualitätsprüfungen seit 01.07.2008 im Recht der Pflegeversicherung ... 312
4.3 Bewertungen der Transparenzvereinbarungen und Ausblick ... 323
4.4 Qualität der häuslichen Pflege bei Pflegegeldbezug ... 325
4.5 Arbeitsgemeinschaften nach § 20 Heimgesetz ... 335
4.6 Ausbildung und Weiterqualifizierung in den Pflegeberufen ... 336
4.7 Landesweite Personalinitiative Pflege ... 344
5. Strukturentwicklung und Maßnahmenförderung im Vor- und Umfeld von Pflege 345
5.1 Das Niedersachsenbüro „Neues Wohnen im Alter“ ... 346
5.2 Die Landesagentur „Generationendialog Niedersachsen“ ... 347
5.3 Das Niedersachsen-Forum „Alter und Zukunft“ ... 347
5.4 Die Seniorenservicebüros Niedersachsen ... 349
5.5 Bürgerschaftliches Engagement ... 350
5.6 Das Selbsthilfebüro Niedersachsen ... 351
5.7 Weitere Maßnahmen ... 352
5.8 Zentrum für Bewegungsförderung im Norden ... 354
II. Entwicklung des Pflegebedarfs ... 356
1. Zahl der pflegebedürftigen Menschen aufgrund der demographischen Entwicklung (Status-quo-Prognose) ... 356
1.1 Datengrundlagen und Annahmen zur Entwicklung der Pflegebedürftigkeit ... 356

1.2 Altersspezifische Entwicklung der Bevölkerung in Niedersachsen 364
1.3 Pflegebedürftige Menschen in Niedersachsen - Vorausberechnung bis 2030 / 2060 368
1.4 Entwicklung in den verschiedenen Lebensaltern 371
1.5 Entwicklung in den kreisfreien Städten und Landkreisen bis 2030 377
2. Einschätzungen zur strukturellen Entwicklung 379
2.1 Pflegebedürftigkeit im Alter 380
2.2 Private Unterstützungs- und Hilfepotentiale 381
2.3 Institutionelle Pflege und komplementäre Versorgung 391
2.4 Personal 392
3. Personen mit besonderem Hilfebedarf 396
3.1 Kinder 396
3.2 Personen mit demenziellen Erkrankungen 396
3.3 Menschen mit Behinderungen 398
3.4 Personen mit fortschreitenden chronischen Erkrankungen (Aids und Multiple Sklerose) oder mit Schädel-Hirn-Trauma 400
3.5 Migrantinnen und Migranten 402
3.6 Todkranke und sterbende Menschen 403
III. Vorschläge zur Anpassung der vorhandenen an die notwendige pflegerische Versorgungsstruktur 404
1. Kapazitätsentwicklung bei Pflegediensten und Pflegeheimen 405
1.1 Fortgeltung der Einschätzungen des Landespflegeberichtes 2005 405
1.2 Kurzzeitpflege 406
1.3 Pflegesätze in der vollstationären Dauerpflege 407
2. Weiterentwicklung der Vorsorgungsstrukturen 410
2.1 Pflegeweiterentwicklungsgesetz 410
2.2 Bewertung und Weiterentwicklungsbedarf 412
2.3 Bestimmte Personengruppen mit besonderem Hilfebedarf 413
2.3.1 Demenzerkrankte Pflegebedürftige 413
2.3.2 Pflegebedürftige Personen ohne tragfähiges soziales Netzwerk 413
3. Personalbestandssicherung und Nachwuchsgewinnung 415

3.1 Maßnahmen und Sachstand des Pflegepakets 416
3.1.1 Förderung von Ausbildungsplätzen in der Altenpflege 416
3.1.2 Förderung von Ausbildungsplätzen an privaten Altenpflegeschulen 416
3.1.3 Förderung der Kosten von Umschulungen im 3. Ausbildungsjahr 416
3.1.4 Förderung von Schulungen der Pflegekräfte 417
3.1.5 Ideenwettbewerb 417
3.2 Weitere geplante Aktivitäten auf Landesebene 417
3.2.1 Arbeitnehmerfreizügigkeit/ Anerkennung ausländischer Berufsabschlüsse 418
3.2.2 Gezieltes Zugehen auf Menschen mit Migrationshintergrund 418
3.2.3 Initiative des NDZ 419
3.2.4 Kampagne der LAG der freien Wohlfahrtspflege 419
3.3 Aktivitäten auf Bundesebene 419
3.3.1 Unterstützung der Weiterentwicklung des Pflegezeitgesetzes 419
3.3.2 Vereinheitlichung der Gesundheits-, (Kinder-)Kranken- und Altenpflegeausbildung 420
Verzeichnis von Quellen und Literatur 422

Abbildungsverzeichnis

Abb. 1. Anteil der Pflegebedürftigen an der Bevölkerung 42
Abb. 2. Begutachtungen insgesamt..... 108
Abb. 3. Begutachtungen nach Erledigungsart - ambulant und stationär..... 113
Abb. 4. Anteil der Pflegestufen bei ambulanten Erstgutachten 117
Abb. 5. Anteil der Pflegestufen bei stationären Erstgutachten 118
Abb. 6. Anteil der Pflegestufen bei ambulanten Folgegutachten..... 119
Abb. 7. Anteil der Pflegestufen bei stationären Folgegutachten..... 119
Abb. 8. PEA-Ergebnisse in Abhängigkeit der Pflegestufen (alle Leistungen) 122
Abb. 9. Entwicklung der Zahl der Dienste seit 1999..... 136
Abb. 10. Tagespflegeeinrichtungen..... 150
Abb. 11. Pflegeplätze in Tagespflegeeinrichtungen..... 151
Abb. 12. Platzzahl „Eingestreute Kurzzeitpflege“..... 160
Abb. 13. Gesamtzahl an Pflegeplätzen (2007 : 87 946)..... 171
Abb. 14. Beschäftigte in Pflegediensten absolut..... 183
Abb. 15. Beschäftigte je Pflegedienst..... 183
Abb. 16. Betreute Pflegebedürftige in Diensten im Verhältnis zum Personal 184
Abb. 17. Beschäftigte in Pflegediensten nach Beschäftigungsverhältnis..... 185
Abb. 18. Personal in Pflegediensten nach Berufsgruppen (2007 : 24.033)..... 188
Abb. 19. Pflegefachkräfte in Pflegediensten 191
Abb. 20. Sonstige Beschäftigte in Pflegediensten..... 192
Abb. 21. Beschäftigte in Pflegeheimen 196
Abb. 22. Betreute Pflegebedürftige in Pflegeheimen im Verhältnis zum Personal 197
Abb. 23. Beschäftigte je Pflegeheim 197
Abb. 24. Zahl der Beschäftigten je Pflegeheim absolut 198
Abb. 25. Beschäftigte in Pflegeheimen für Behinderte..... 198
Abb. 26. Beschäftigte in Pflegeheimen für Psychisch Kranke 199
Abb. 27. Personal in Pflegeheimen nach Trägerart..... 200
Abb. 28. Beschäftige in Pflegeheimen nach Beschäftigungsverhältnis..... 202
Abb. 29. Personal in Pflegeheimen nach Berufsgruppen..... 206
Abb. 30. Pflegefachkräfte in Pflegeheimen..... 208
Abb. 31. Sonstige Beschäftigte in Pflegeheimen..... 209
Abb. 32. Beschäftige in Pflegeheimen mit pflegewissenschaftlicher Ausbildung..... 210
Abb. 33. Anerkannte und geförderte niedrigschwellige Betreuungsangebote 281

Abb. 34. Flächenverteilung der Niedrigschwelligen Betreuungsangebote 284
Abb. 35. Versorgungsregionen ambulanter psychiatrischer Pflege in Niedersachsen 306
Abb. 36. Seniorenservicebüros in Niedersachsen 350
Abb. 37. Mehrgenerationenhäuser in Niedersachsen 353
Abb. 38. Entwicklung der Pflegebedürftigen / Variantenvergleich 369
Abb. 39. Entwicklung der Leistungsempfänger 2007 - 2030 378

Tabellenverzeichnis

(Mit dem Zusatz „TA“ versehene Tabellen finden sich im Tabellenanhang I und II)

Tab. (1) Leistungsempfängerinnen und –empfänger von 1999 bis 2007 nach Altersgruppen (TA) 41

Tab. (2) Leistungsempfänger/-innen 2007 nach Altersgruppen und Pflegestufen (TA) 42

Tab. (3) Zahl der Pflegebedürftigen in Pflegestufen – Bundesländervergleich 2005 und 2007 (TA).... 43

Tab. (4) Pflegebedürftige nach Pflegestufen, Tendenz zum Vorjahr in % - bundesweit..... 43

Tab. (5) Altersspezifische Pflegebedürftigkeitsquoten von 1999 bis 2007 (TA) 45

Tab. (6) Leistungsempfänger 2007 nach Altersgruppen, Leistungsarten und Geschlecht (TA)..... 47

Tab. (7) Pflegedauer bei über 60ig-Jährigen in Jahren..... 52

Tab. (8) Leistungsempfänger 2007 nach Altersgruppen, Leistungsarten und Pflegestufen (TA) 57

Tab. (9) Pflegeleistungen nach Leistungsarten 57

Tab. (10) Prozentuelle Verteilung je Leistungsart an den Gesamtleistungen..... 58

Tab. (11) Leistungsempfänger von 1999 bis 2007 nach Art der Leistung, Pflegestufen und im Bundesvergleich (TA)..... 58

Tab. (12) Pflegegeldempfänger/-innen 2007 nach Leistungsträgern, Altersgruppen und Pflegestufen (TA) 61

Tab. (13) Anzahl der Pflegepersonen nach Jahr und Geschlecht..... 66

Tab. (14) Durchschnittlicher wöchentlicher Zeitaufwand für die Pflege und Betreuung 68

Tab. (15) Leistungsempfänger/-innen 2007 nach regionaler Gliederung und Altersgruppen (TA) 71

Tab. (16) Leistungsempfänger von 1999 bis 2007 nach regionaler Gliederung und Leistungsarten (TA) 71

Tab. (17) Bevölkerung und Pflegequoten (= PQ ; % - Anteil an der Gesamtbevölkerung)..... 73

Tab. (18) Leistungsempfängerinnen und -empfänger..... 83

Tab. (19) Verteilung in Pflegestufen 2003 und 2007 84

Tab. (20) Prävalenz von Demenzen in Abhängigkeit vom Alter 92

Tab. (21) Inzidenz von Demenzen in Abhängigkeit vom Alter 92

Tab. (22) Geschätzte Zunahme der Krankenzahl von 2000 bis 2050 93

Tab. (23) Personen in stat. Einrichtungen der Eingliederungshilfe für Behinderte (Bund)..... 99

Tab. (24) Größen der Bevölkerungsgruppen unter den Migrantinnen und Migranten in %..... 104

Tab. (25) Begutachtungen nach Anträgen auf Pflegeleistungen 1999 - 2009 106

Tab. (26) Begutachtungen nach Anträgen auf ambulante und stationäre Leistungen..... 107

Tab. (27) Erstbegutachtungen ambulant, stationär, gesamt, anteilig 109

Tab. (28) Zahl der Folgegutachten gesamt, ambulant und stationär..... 110

Tab. (29) Anteil der nach Erstbegutachtung als pflegebedürftig eingestuften Personen..... 114

Tab. (30) : Folgegutachten ambulant und stationär 115

Tab. (31) Bewilligungsquoten bei Erstbegutachtungen - bundesweit 116
Tab. (32) Einstufungen für ambulante Pflege bei Erstbegutachtungen in % 116
Tab. (33) Einstufungen für stationäre Pflege bei Erstbegutachtungen in % 117
Tab. (34) Anteil der Leistungsarten in den -bereichen in den Jahren 2005 bis 2009..... 124
Tab. (35) Zusätzliche Betreuungsleistungen -Ausgabenvolumen (in Mio. €)..... 129
Tab. (36) Leistungsempfänger häusliche Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson 130
Tab. (37) Leistungsempfänger Vollstationäre Pflege der Wiedereingliederung..... 132
Tab. (38) Sachleistungsaushilfen im Ausland in Mio. € 133
Tab. (39) Pflegedienste und Pflegeheime in den Bundesländern von 1999 bis 2007 (TA) 137
Tab. (40) Pflegeeinrichtungen von 1999 bis 2007 nach Anzahl, Angebot und Zahl der Plätze (TA) ... 137
Tab. (41) Pflegedienste 2007 nach Art des Dienstes, Anzahl und Trägergruppen (TA) 142
Tab. (42) Pflegedienste und betreute Pflegebedürftige nach Trägergruppen..... 143
Tab. (43) Pflegedienste 2007 nach Größenklassen und Art der Einrichtung (TA)..... 143
Tab. (44) Pflegedienste in den Bundesländern von 1999 bis 2007 (TA) 143
Tab. (45) Pflegedienste 2007 nach Art des Dienstes (TA) 145
Tab. (46) Pflegedienste 2007 in regionaler Gliederung nach Zahl der betr. Pflegebedürftigen (TA) . 146
Tab. (47) Pflegedienste 2007 in regionaler Gliederung, Veränderungen gegenüber 2003 (TA)..... 146
Tab. (48) Tagespflegegäste 2007 nach Altersgruppen und Geschlecht (TA) 152
Tab. (49) Verfügbare Plätze Tages- und Nachtpflege 2007, regionale Gliederung (TA) 154
Tab. (50) Pflegeheime von 1999 bis 2007 nach Art und Träger (TA) 166
Tab. (51) Ländervergleich stationäre Einrichtungen nach Trägern (TA) 167
Tab. (52) Pflegeheime von 1999 bis 2007 nach Art, verfügbaren Plätzen und Träger (TA)..... 167
Tab. (53) Ländervergleich Zahl der Pflegeplätze nach Trägern (TA) 168
Tab. (54) Pflegeheime 2007 nach Kapazitätsgrößenklassen und Träger (TA)..... 169
Tab. (55) Art der verfügbaren Plätze in Dauerpflege von 1999 bis 2007 (TA) 170
Tab. (56) Pflegeheime von 1999 bis 2007, regionale Gliederung, verfügbare Plätze, Platzzahl (TA) . 173
Tab. (57) Vollstationäre Pflegeeinrichtungen 1999 bis 2007, reg. Gliederung, Zahl der Plätze, Träger (TA) 176
Tab. (58) Stat. Einrichtungen 2007, reg. Gliederung, Art der verfügbaren Plätze (TA)..... 178
Tab. (59) Personal in Pflegediensten 2007 nach Berufsabschluss und Trägergruppen (TA) 182
Tab. (60) Personal in Pflegediensten von 1999 bis 2007 nach Berufsabschluss (TA) 182
Tab. (61) Personal in Pflegediensten 2007 in regionaler Gliederung (TA)..... 194
Tab. (62) Personal in Pflegeheimen 2007 in reg. Gliederung (TA) 213

Tab. (63) Personal in Pflegeheimen 2007 in reg. Gliederung nach Trägergruppen und Beschäftigungsverhältnis (TA) ... 213
Tab. (64) Vergütungen nach Trägerschaft und Pflegeklassen ... 220
Tab. (65) Tagespflegesätze vollstationäre Dauerpflege nach Pflegeklassen in € ... 221
Tab. (66) Tagespflegesätze vollstat. Dauerpflege nach Trägerschaft und Pflegeklassen in Euro ... 221
Tab. (67) Vollst. Einricht. der Dauerpflege 2007 nach Kapazitätsgrößen und Größenklassen (TA) ... 222
Tab. (68) Vom Förderprogramm „schwerstkranke Kinder“ unterstützte Projekte ... 232
Tab. (69) Einrichtungen der LAG „Phase F“ Niedersachsen ... 257
Tab. (70) Zahl der Anbieter, Art und Zielgruppen der Angebote ... 282
Tab. (71) Versicherte mit Leistungen der psychiatrischen häuslichen Krankenpflege ... 305
Tab. (72) Pflegepersonen in Pflegezeit, AOK N Versicherte ... 309
Tab. (73): Noten für ambulante Pflegedienste in Niedersachsen und bundesweit ... 322
Tab. (74): Noten für stationäre Pflegeeinrichtungen in Niedersachsen und bundesweit ... 323
Tab. (75) Schülerinnen/ Schüler der Altenpflege /Altenpflegehilfe 2005 - 2009 ... 338
Tab. (76) Schülerinnen/ Schüler der Gesundheits- und Krankenpflege 2005 - 2009 ... 339
Tab. (77) Schülerinnen/ Schüler der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege 2005 - 2009 ... 339
Tab. (78) Schülerinnen/ Schüler der Heilerziehungspflege 2005 - 2009 ... 340
Tab. (79) Schülerinnen und Schüler der Pflegeassistenz Heilerziehungspflege 2008 - 2009 ... 341
Tab. (80) Themen des Niedersachsenforums „Alter und Zukunft“ 1992 - 2010 ... 349
Tab. (81) Lebenserwartung bei Geburt ... 360
Tab. (82) Lebenserwartung im Alter 65 ... 360
Tab. (83) Entwicklung der Bevölkerung von 2008 bis 2060 (V1W1) (TA) ... 364
Tab. (84) Entwicklung der Bevölkerung von 2008 bis 2060 (V1W2) (TA) ... 364
Tab. (85) Entwicklung der Bevölkerung von 2008 bis 2030, reg. Bev.prog. (TA) ... 364
Tab. (86) Entwicklung der Pflegebedürftigen bis 2030 / Vorausberechnung LSKN ... 368
Tab. (87) Entwicklung der Pflegebedürftigen bis 2060 / Vorausberechnungen Stat. Bundesamt ... 369
Tab. (88) Entwicklung der Pflegebedürftigen 2030 - 2060 - Veränderungen zwischen den Prognoseabschnitten ... 370
Tab. (89) Durchschnittliche Pflegequoten 2007 für unterschiedliche Altersgruppen ... 371
Tab. (90) Alters- und geschlechtsspezifische Pflegequote 2007 (TA) ... 372
Tab. (91) Leistungsempfänger 2007 – Prognosen nach Alter und Geschlecht (TA) ... 372
Tab. (92) Voraussichtliche Entwicklung der Zahl Pflegebedürftiger bis 2060 (V1W1) (TA) ... 372
Tab. (93) Voraussichtliche Entwicklung der Zahl Pflegebedürftiger bis 2060 (V1W2) (TA) ... 372
Tab. (94) Entwicklung der Pflegebedürftigen unter 15 Jahre bis 2030 / LSKN ... 372

Tab. (95) Entwicklung der Pflegebedürftigen unter 15 Jahre bis 2060 / Stat. Bundesamt 372
Tab. (96) Entwicklung der Pflegebedürftigen von 15 bis unter 40 Jahre bis 2030 / LSKN 373
Tab. (97) Entwicklung der Pflegebedürftigen von 15 bis unter 40 Jahre bis 2060 / Stat. Bundesamt 373
Tab. (98) Entwicklung der Pflegebedürftigen von 40 bis unter 65 Jahre bis 2030 / LSKN 373
Tab. (99) Entwicklung der Pflegebedürftigen von 40 bis unter 65 Jahre bis 2060 / Stat. Bundesamt 374
Tab. (100) Entwicklung der Pflegebedürftigen von 65 bis unter 80 Jahre bis 2030 / LSKN 374
Tab. (101) Entwicklung der Pflegebedürftigen von 65 bis unter 80 Jahre bis 2060 / Stat. Bundesamt 375
Tab. (102) Entwicklung der Pflegebedürftigen über 80 Jahre bis 2030 / LSKN 375
Tab. (103) Entwicklung der Pflegebedürftigen über 80 Jahre bis 2060 / Stat. Bundesamt 375
Tab. (104) Regionale Bevölkerung nach Altersgruppen 2008-2030 (TA) 377
Tab. (105) Leistungsempfänger 2007 nach reg. Gliederung und Altersgruppen (TA) 377
Tab. (106) Reg. Entwicklung Leistungsempfänger/-innen bis 2030 (TA) 377
Tab. (107) Entwicklung des Personalbedarfs auf der Grundlage der Var. 1 W1 394
Tab. (108) Entwicklung des Fachpersonalbedarfs bis 2020 auf der Grundlage der Var. 1 W1 395
Tab. (109) Prävalenzraten von Demenzerkrankungen nach Alter und Geschlecht 397
Tab. (110) : Pflegesatzniveau in Niedersachsen 407
Tab. (111) : Pflegesatzniveau in Rheinland-Pfalz 408
Tab. (112) : Pflegesatzniveau in Baden-Württemberg 408
Tab. (113) : Pflegesatzniveau in Nordrhein-Westfalen 408
Tab. (114) : Durchschnittliche Pflegesätze nach Trägergruppen 409

Vorwort

Einführung

Das Niedersächsische Ministerium für Soziales, Frauen, Familie, Gesundheit und Integration legt hiermit den Landespflegebericht 2010 nach § 2 des Niedersächsischen Pflegegesetzes vor.

1. Gesetzlicher Auftrag, rechtlicher Bezugs- und Handlungsrahmen

Gesetzlicher Auftrag

Nach § 2 des Gesetzes zur Planung und Förderung von Pflegeeinrichtungen nach dem Elften Buch Sozialgesetzbuch (Niedersächsisches Pflegegesetz - NPflegeG -) in der Fassung vom 26. Mai 2004, zuletzt geändert durch Artikel 4 des Gesetzes vom 17. Dezember 2007[4], erstellt das Fachministerium für das Gebiet des Landes einen räumlich gegliederten Bericht über den Stand und die voraussichtliche Entwicklung der pflegerischen Versorgung, den Landespflegebericht. Er soll auch Vorschläge zur Anpassung der vorhandenen pflegerischen Versorgungsstruktur an die notwendige pflegerische Versorgungsstruktur enthalten.

Zuständiges Fachministerium ist das Ministerium für Soziales, Frauen, Familie, Gesundheit und Integration (MS).

Der Landespflegebericht ist nach § 2 Satz 3 NPflegeG alle fünf Jahre fortzuschreiben. Im Jahr 2000 hatte das MS - seinerzeit Ministerium für Frauen, Arbeit und Soziales (MFAS) - den Pflegerahmenplan vorgelegt. Der Landespflegebericht aus dem Jahr 2005 knüpfte in seiner Struktur und seinen Inhalten an den Pflegerahmenplan an und stellte eine erste Fortschreibung im Sinne von § 2 Satz 3 NPflegeG dar. Er wurde von dem damaligen Ministerium für Soziales, Frauen, Familie und Gesundheit vorgelegt.

Mit dem vorliegenden Landespflegebericht wird der Landespflegebericht aus dem Jahr 2005 fortgeschrieben.

Die pflegerische Versorgung und deren Entwicklung erfolgt auf örtlicher Ebene. Nach § 3 NPflegeG sind die Landkreise und kreisfreien Städte zur Erstellung und

---

4 Nds. GVBl. S. 775

Fortschreibung örtlicher Pflegeberichte verpflichtet. Diese sollen ebenfalls in regionaler Gliederung den Stand und die voraussichtliche Entwicklung der pflegerischen Versorgung darstellen. Die örtlichen Pflegeberichte sollen auch Vorschläge zur Anpassung der vorhandenen pflegerischen Versorgungsstruktur an die notwendige pflegerische Versorgungsstruktur enthalten. Bei ihrer Erstellung und Fortschreibung ist der Landespflegebericht zu berücksichtigen. Als räumliche Gliederungsebene im Landespflegebericht wurden dementsprechend die Landkreise und kreisfreien Städte gewählt.

Rechtlicher Bezugs- und Handlungsrahmen

Verhältnis von Bundes- und Landesrecht

Die Regelungen des NPflegeG zur Pflegeberichterstattung auf Landesebene und auf kommunaler Ebene finden ihre rechtliche Begründung im Pflegeversicherungsgesetz (SGB XI). Nach § 9 SGB XI sind die Länder für die Vorhaltung einer leistungsfähigen, zahlenmäßig ausreichenden und wirtschaftlichen pflegerischen Versorgungsstruktur verantwortlich. „Das Nähere zur Planung und zur Förderung der Pflegeeinrichtungen wird durch das Landesrecht bestimmt“.

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

Mit den im zweiten Abschnitt des NPflegeG getroffenen Regelungen hat der Landesgesetzgeber den bundesrechtlichen Auftrag umgesetzt und die rechtlichen Grundlagen für die Wahrnehmung der strukturpolitischen Verantwortung auf Landes- wie auf kommunaler Ebene geschaffen. Mit der Förderung von Pflegeeinrichtungen nach dem dritten Abschnitt leistet das Land hierzu einen nennenswerten Beitrag.

In § 1 NPflegeG ist auf Landesebene das Ziel bestimmt, „eine leistungsfähige, wirtschaftliche und räumlich gegliederte pflegerische Versorgungsstruktur zu gewährleisten, die mit einer ausreichenden Zahl von Pflegeeinrichtungen eine ortsnahe, aufeinander abgestimmte, dem allgemein anerkannten medizinisch-pflegerischen Erkenntnisstand entsprechende ambulante, teilstationäre und vollstationäre Versorgung der Pflegebedürftigen sicherstellt“.

Demgemäß wird in dem vorliegenden Bericht auch auf Wechselwirkungen innerhalb des komplexen Versorgungssystems der Pflege in den verschiedenen Bereichen und

zu den Versorgungssystemen mit engen Berührungen zur Pflege (soziale, gesundheitliche und Wohnversorgung) eingegangen. Hierzu zählen auch Aspekte wie Prävention vor Pflege und Vermeidung von Pflegebedarfen, Gesundheitsförderung sowie Verringerung der mit Pflege für die betroffenen Menschen und ihre privaten oder professionellen Helferinnen und Helfer verbundenen Belastungen und Benachteiligungen. Dabei können allerdings nur pflegerische Aspekte Berücksichtigung finden. Beispielsweise werden die pflegerische Versorgung im Überschneidungsbereich zur häuslichen Krankenpflege und die Palliativversorgung nach dem SGB V nicht in ihrer Gesamtheit, sondern nur in Einzelaspekten Gegenstand des Landespflegeberichtes sein. Dagegen ist die hospizliche Versorgung zwar in erster Linie der Palliativversorgung zuzurechnen, sie findet dennoch unter dem Aspekt Erwähnung, dass auch Hospize eine Zulassung als Pflegeeinrichtung erhalten können und insofern der pflegerischen Versorgungsstruktur zugerechnet werden können. Auch Hospizdienste sind als die Pflege Sterbender ergänzend begleitende und das familiäre Pflegesystem stützende Angebote im Vor- und Umfeld von Pflege einbezogen.

Verhältnis von Planung und Förderung der Pflegeeinrichtungen

Die Planung der pflegerischen Versorgungsstruktur und die Förderung der Investitionsaufwendungen der Pflegeeinrichtungen (§§ 9,10 NPflegeG) bilden nach dem NPflegeG voneinander unabhängige Regelungsbereiche: Die Förderung einer neuen Einrichtung ist nicht an eine vorhergehende Aufnahme dieser Einrichtung oder Maßnahme in einen örtlichen Bedarfsplan oder einen Bedarfsplan auf Landesebene oder an eine entsprechende Bestätigung durch die Kommune oder das Land gebunden.

2. Strukturpolitische Faktoren

Der Landespflegebericht fasst sektorenübergreifende (ambulant/ teilstationär/ vollstationär) und die Überschneidungsbereiche mit anderen Versorgungsbereichen einbeziehende sowie räumlich differenzierende Informationen zusammen. Er stellt damit eine wesentliche Grundlage für die Bewertung der Situation und Einschätzung zukünftiger Entwicklungen dar.

Der Landespflegebericht und die örtlichen Pflegeberichte sind handlungsleitende Orientierungshilfen für strukturbildende und -entwickelnde Maßnahmen im Bereich der Pflege und der mit ihr verbundenen Bereiche.
Die Versorgung pflegebedürftiger Menschen vollzieht sich auf dem Hintergrund einer sich in vielen Dimensionen verändernden Bevölkerungs- und Familienstruktur. Diese Veränderungen nehmen nicht nur Einfluss auf die Nachfrage nach pflegerelevanten Dienstleistungen. Die demographische Entwicklung und der sich vollziehende soziale Wandel im Zusammenleben zeigen Auswirkungen in allen Bereichen pflegerischer Versorgung. Die Angebotsstrukturen befinden sich dementsprechend in einem Prozess der stetigen Anpassung bzw. Ausdifferenzierung an diese gesellschaftlichen Veränderungen.
In dem Zusammenhang spielt auch das grundlegende Verständnis von Hilfe- und Pflegebedürftigkeit eine große Rolle. Ob Hilfe- und Pflegebedürftigkeit als unausweichliches „Altersschicksal“ oder ausschließliche Folge einer nicht oder nur begrenzt behandelbaren Alterserkrankung gesehen wird oder als ein mehrdimensionales Geschehen, bei dem unterschiedliche Ebenen in Wechselwirkung treten, hat Einfluss auch die Gestaltung auch der pflegerischen Gesamtversorgung[5]. Dauerhaften und medizinisch schwer zu beeinflussenden Fähigkeitsstörungen, die zu einer Pflegediagnose führen, stehen bestimmte Ressourcen bzw. Ressourcenbegrenzungen im Bereich der materiellen Umwelt, wie beispielsweise Wohnmerkmale und Hilfsmittel, und der sozialen Umwelt, wie beispielsweise persönliche Kontakte und Unterstützung, gegenüber. Entscheidend für die Pflegequalität und den tatsächlichen Hilfe- und Pflegebedarf sind die spezifische Art und das Ausmaß möglicher Ressourcenaktivierung auf Seiten der Person und Umwelt bzw. die entsprechenden Wechselwirkungen zwischen Person und Umwelt.

Die Einflussfaktoren auf die pflegerischen Versorgungsstrukturen sind vielfältig. Die Entwicklung der gesundheitlichen, sozialen und pflegerischen Versorgung folgt vermehrt marktwirtschaftlichen Prinzipien und entzieht sich einer gezielten und maßnahmengenauen Planung des Landes sowie der kommunalen Gebietskörperschaften. Unterstützt wird die wettbewerbliche Ausrichtung des

5 Schneekloth & Wahl, 2005

Pflegemarktes durch bestehende Zulassungsvoraussetzungen für Pflegedienste und Pflegeheime.
Hinzu treten Entwicklungen bei Zielvorstellungen und Verfahren pflegerischen Handelns als Folge fortschreitender medizin-, gerontologie- und pflegewissenschaftlicher Erkenntnisse und praktischer Erfahrungen. Auch sie nehmen Einfluss auf die Weiterentwicklung von Angebotsstrukturen und der Ausgestaltung von Pflegeleistungen. Diese Erkenntnisse beziehen sich nicht nur im engen Sinne auf pflegerisches Handeln sondern beispielsweise auch auf Wohnformen und soziale Beziehungen im Zusammenhang mit pflegerischer Versorgung.

Einen großen Einfluss auf bestehende Versorgungsstrukturen hatten daneben gesetzliche Veränderungen, insbesondere das Pflege-Weiterentwicklungsgesetz vom 1.7.2008, auf die im vorliegenden Landespflegebericht besonders eingegangen werden soll. Eine stärkere Betonung ambulanter vor stationärer Pflege durch zusätzliche oder erhöhte gesetzliche Leistungen und die Stärkung der Wahrnehmung von Verbraucherinteressen auf dem immer größer und vielfältiger werdenden Pflegemarkt unterschiedlichster Dienstleistungen sind zwei Zielrichtungen des Gesetzes vom 1.7.2008.

3. Aufbau und Inhalte des Berichtes, Reichweite der Aussagen

Der Aufbau und die Inhalte des Landespflegeberichts sind in ihrer Grundstruktur durch § 2 NPflegeG vorgegeben. Er ist dreigegliedert und enthält danach 1. einen Bericht zum Stand der pflegerischen Versorgung, 2. einen Bericht zur Entwicklung des Pflegebedarfs und 3. Vorschläge zur Anpassung der vorhandenen pflegerischen Versorgungsstruktur an die notwendige pflegerische Versorgungsstruktur.
Der hiermit vorgelegte Landespflegebericht folgt diesen gesetzlichen Vorgaben.

Bericht über den Stand der pflegerischen Versorgung

Der Landesgesetzgeber hat mit seinem Auftrag an das zuständige Fachministerium, im Landespflegebericht über den Stand der pflegerischen Versorgung zu berichten, den Aufgabenrahmen auf eine allgemeine Pflegeberichterstattung ausgeweitet. Dieser über die Feststellung einer notwendigen Versorgungsstruktur hinausgehenden Aufgabenstellung wird in diesem Bericht nachgekommen.

Zunächst wird eine Darlegung der in den Bezug von Leistungen der Pflegeversicherung einbezogenen Menschen und der von diesen Menschen in Anspruch genommenen bzw. von den Leistungsträgern für sie gewährten Leistungen erfolgen. Ein Schwerpunkt des Landespflegeberichtes 2005 war die Darstellung der in den letzten Jahren erfolgten Entwicklung. Diese wird für die darauffolgenden Jahre fortgeschrieben.

Im Landespflegebericht 2010 wird ein Schwerpunkt auf die Darstellung der im § 37 SGB XI sogenannten „selbstbeschafften Pflegehilfen“ und des sogenannten „informellen Pflegepotentials“ gesetzt, die im ambulanten Bereich die häusliche Versorgung des größten Anteils pflegebedürftiger Menschen sicherstellen. Als informelles Pflegepotential werden die im sozialen Unterstützungsnetzwerk für pflegebedürftige Menschen vorhandenen nichtberuflichen Helferinnen und Helfer verstanden. Das sind in erster Linie Ehegatten bzw. Lebenspartnerinnen und -partner und Kinder. Soweit mit vorliegenden Daten möglich soll die Entwicklung des informellen Pflegesektors der letzten Jahre aufgezeigt werden.

Des Weiteren wird der Versorgungsstand für pflegebedürftige Personengruppen mit besonderem Hilfebedarf in Fortführung der vorangegangenen Berichterstattung und der stattgefundenen Entwicklungen erläutert.

Die Inanspruchnahme von Leistungen nach dem Pflegeversicherungsgesetz und die pflegerische Versorgungsstruktur werden in ihrer Entwicklung seit 1999 und der regionalen Verteilung dargestellt.

Das am 01.07.2008 eingeführte Gesetz zur strukturellen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung stellte keine grundlegende Reform dar, sondern wollte die Struktur der Pflegeversicherung weiterentwickeln[6]. Von den Neuerungen durch dieses Gesetz werden im Rahmen dieses Landespflegeberichtes folgende Aspekte dargestellt:

---

6 Deutscher Bundestag, Drucksache 16/7439

- die neu hinzu gekommenen und erweiterten Leistungsangebote in der Versorgungsstruktur; das sind beispielsweise die Pflegeberatung nach § 7 a SGB XI und Pflegestützpunkte nach § 92 c SGB XI sowie der Ausbau ehrenamtlicher Strukturen und der Selbsthilfe nach § 45 d SGB XI,
- im Kapitel zur Qualität der pflegerischen Versorgung der Stand und die Ergebnisse der Qualitätsprüfungen nach § 115 SGB XI in Niedersachsen, in regionaler Gliederung und im Bundesvergleich,
- das Pflegezeitgesetz (PflegeZG) vom 28. Mai 2008[7] mit seinen Regelungen zur kurzzeitigen Arbeitsverhinderung und der Pflegezeit bezüglich seiner Umsetzung und Inanspruchnahme seitens der Arbeitnehmer, soweit Daten dazu vorliegen.

Bericht über die Entwicklung des Pflegebedarfs

Die Ermittlung der Entwicklung des Pflegebedarfs erfolgt im Schwerpunkt anhand der Abschätzung der Entwicklung der Zahl der Pflegebedürftigen aufgrund der demographischen Entwicklung. Er erfolgt als Status-quo-Prognose. Sie beruht bei der Ermittlung der alters- und geschlechtsspezifischen Pflegeprävalenz auf den vorliegenden Daten aus der Pflegestatistik nach § 109 SGB XI sowie hinsichtlich der Bevölkerungsentwicklung in Niedersachsen bis 2030 auf der Grundlage der 12. Koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung bis 2060. Darüber hinaus sollen andere Variablen mit Einfluss auf die Entwicklung des Pflegebedarfs in Niedersachsen einbezogen werden.

Zusätzlich zur Prognose der quantitativen Entwicklung wird eine Einschätzung über strukturelle Entwicklungen z.B. bei den informellen Unterstützungs-, Pflege- und Hilfepotentialen oder bei den institutionellen Pflege- und Hilfsangeboten vorgenommen. Sie dienen der Deutung der quantitativen Entwicklung bzgl. Aussagen zur Anpassung der vorhandenen an die notwendige pflegerische Versorgungsstruktur im Teil III. Die Vielzahl und Mehrdimensionalität von Einflussgrößen auf die Strukturentwicklung lassen lediglich Einschätzungen zu, die punktuell durch vorliegende Ergebnisse aus Untersuchungen empirisch gestützt werden.

7 BGBL. I S. 8774, 896

Vorschläge zur Anpassung der vorhandenen pflegerischen Versorgungsstruktur an die notwendige pflegerische Versorgungsstruktur

Hinsichtlich der vom Landesgesetzgeber an den Landespflegebericht gestellten Erwartungen wird davon ausgegangen, dass dieser

- die jeweils vorhandenen Versorgungsstrukturen in ihren wesentlichen Merkmalen und Bedingungen unter Einbeziehung zurückliegender Entwicklungen kennzeichnet,
- aus der Ist-Analyse erkennbare grundlegende Versorgungsstrukturmängel und regionale Versorgungsdisparitäten benennt,
- entsprechende Handlungsempfehlungen zu den einzelnen Bereichen des Versorgungssystems formuliert

und hieraus Vorschläge im Sinne von nachvollziehbar begründeten Empfehlungen für die Weiterentwicklung des pflegerischen Versorgungssystems ableitet.

Die Ausführungen zum Pflegebedarfsaufkommen und zur hiervon beeinflussten Kapazitätsentwicklung beispielsweise bei Pflegediensten und Pflegeheimen auf der Grundlage von verfügbaren Ist-Daten und der Prognosen sind lediglich Trendaussagen. Konkrete Bedarfsprognosen bezogen auf die Zahl und Größe von Pflegediensten sowie die Zahl der Pflegeplätze in den unterschiedlichen Arten von Pflegeeinrichtungen können daraus nicht hergeleitet werden. Hierzu bedarf es der genauen Analyse auf örtlicher Ebene.

4. Datengrundlagen

Eine Datengrundlage ist die seit 1999 alle zwei Jahre durchgeführte Pflegestatistik nach § 109 Abs. 1 SGB XI. Die Daten wurden jeweils mit Stand 15. Dezember in den Jahren 1999, 2001, 2003, 2005 und 2007 vom Landesbetrieb für Statistik und Kommunikationstechnologie Niedersachsen (LSKN) erhoben. Die Erhebung der Daten für den Zeitpunkt 15.12.2009 wird voraussichtlich erst im Herbst 2010 abgeschlossen sein und kann daher nicht mehr in ihrer Gesamtheit im vorliegenden Landespflegebericht verwendet werden.

Die Pflegestatistik bildet für folgende Berichtsgegenstände die wesentliche Grundlage:

- Stand und Entwicklung der Zahl der pflegebedürftigen Menschen, ihre soziodemographischen Merkmale, in Anspruch genommene Leistungen und Schweregrad der Pflegebedürftigkeit,
- Stand und Entwicklung der Pflegedienste und Pflegeheime in Zuordnung zur Trägerschaft, Kombination mit anderen Einrichten, wesentlichen Nutzergruppen sowie der Vergütung der von dort erbrachten Leistungen,
- Personal in Pflegeeinrichtungen nach Arbeitsumfang, Qualifikation und überwiegendem Tätigkeitsbereich.

Die Daten liegen regionalisiert nach Landkreisen und kreisfreien Städten vor. Aus datenschutzrechtlichen Gründen können Veröffentlichungen kleinerer Datenmengen nicht erfolgen (Veröffentlichungsverbot). Das gilt insbesondere für die Einrichtungen der Tagespflege und der Kurzzeitpflege.

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

- Geschäfts- und Leistungsstatistik der gesetzlichen Pflegekassen nach § 79 SGB IV,
- Berichte der Bundesregierung zur Entwicklung der Pflegeversicherungen (4. Bericht über die Entwicklung der Pflegeversicherung, 2007),
- Geschäfts- und Leistungsstatistik des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung Niedersachsen (MDKN),
- Pflegeberichte des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS) (2004, 2005, 2006, 2007-2008)
- Berichte aus empirischen Untersuchungen (s. Quellenverzeichnis)
- Berichte des Statistischen Bundesamtes Deutschland - Veröffentlichungen zur Pflegestatistik.

5. Begriffserläuterungen

- **Pflegebedürftigkeit**

Pflegebedürftigkeit bezeichnet einen Zustand, in dem eine Person durch eine Krankheit oder Behinderung in unterschiedlichem Ausmaß jedoch dauerhaft nicht in der Lage ist, alltägliche Aktivitäten und Verrichtungen selbstständig nachzugehen und deshalb Hilfe zur Bewältigung der daraus resultierenden Defizite benötigt. Im

Sinne der Pflegeversicherungsgesetzes (§ 14 SGB XI) sind Personen pflegebedürftig, die wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens auf Dauer, voraussichtlich für mindestens 6 Monate, in erheblichem oder höherem Maße der Hilfe bedürfen.
Grundlage dieses Berichts ist mithin noch der derzeit geltende (somatisch geprägte) Pflegebedürftigkeitsbegriff.
Bekanntlich wird derzeit die Einführung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs erörtert. Diesem liegt der Gedanke zugrunde, dass in einem weiteren Sinne als durch die Definition des Pflegeversicherungsgesetzes Menschen als pflegebedürftig zu bezeichnen sind, die infolge fehlender personaler Ressourcen, mit denen körperliche oder physische Schädigungen, die Beeinträchtigung körperlicher oder kognitiver/ psychischer Funktionen, gesundheitlich bedingte Belastungen oder Anforderungen kompensiert oder bewältigt werden könnten, dauerhaft oder vorübergehend zu selbständigen Aktivitäten im Lebensalltag, selbständiger Krankheitsbewältigung oder selbständiger Gestaltung von Lebensbereichen und sozialer Teilhabe nicht in der Lage und daher auf personelle Hilfe angewiesen sind[8]. Pflegebedürftigkeit stellt ein multifaktorielles Geschehen dar. Für die Person bedeutet Pflegebedürftigkeit eine mehr oder weniger große Abhängigkeit von der Hilfe anderer Menschen.

- **Pflegende Angehörige**

Der Begriff „Angehörige“ geht über den Begriff Familie hinaus und schließt neben leiblichen Verwandten und der Ehepartnerin, dem Ehepartner auch nicht eheliche Beziehungen, enge Freunde und Bekannte ein. Pflegende Angehörige sind einzelne Personen aus dem Kreis der Angehörigen, die einen Teil der oder die gesamte Betreuung und Pflege bei einer ihnen bekannten Person ehrenamtlich durchführen. Der von ihnen geleistete Anteil der Betreuung und Pflege kann verschieden hoch sein. Die Inanspruchnahme zusätzlicher professioneller Pflegedienste oder anderer Pflegeleistungen ist möglich, aber nicht automatisch damit verbunden. Pflegende Angehörige übernehmen individuell und unterschiedlich viele aus einer Reihe von sozialen, rechtlichen, finanziellen, betreuenden und pflegerischen Aufgaben und Verantwortlichkeiten.

---

8 Wingenfeld et al., 2007

- **Hauptpflegeperson**

Nach § 19 SGB XI gilt diejenige bzw. derjenige als Pflegeperson, die bzw. der einen pflegebedürftigen Menschen in der häuslichen Umgebung nicht erwerbsmäßig mind. 14 Stunden in der Woche pflegt. Es kann sich dabei um Familienangehörige als auch Freunde, Nachbarn oder ehrenamtliche Helferinnen und Helfer handeln. In den meisten Fällen trägt eine Person, die Hauptpflegeperson, die primäre Verantwortung. Hauptpflegepersonen sind deutlich mehr als andere Helferinnen und Helfer an einer Pflegeversorgung beteiligt, nicht selten pflegen sie auch ohne Beteiligung anderer. Sie zeichnen sich i. d. R. durch eine bestimmte zu leistende Kontinuität in der Versorgung und eine besondere Beanspruchung durch die übernommene Pflegeverantwortung aus.

- **Informelles Pflegepotential**

Als informelles Pflegepotential werden die im sozialen Unterstützungsnetzwerk für pflegebedürftige Menschen vorhandenen nichtberuflichen Helferinnen und Helfer verstanden.

- **Pflegebiografie**

Ein festgestellter Hilfebedarf bei Pflegebedürftigkeit bleibt in den seltensten Fällen konstant. Meistens nimmt der Pflegebedarf einer Leistungsbezieherin/ eines Leistungsbeziehers im Zeitverlauf mehr oder weniger schnell zu. Eine Anpassung des ursprünglich festgestellten Hilfebedarfs an die aktuelle pflegerische Situation wird in der Veränderungsbegutachtung des Medizinischen Dienstes vorgenommen. Eine Pflegebiografie beginnt jedoch schon vor der gesetzlich definierten Pflegebedürftigkeit, wenn eine Person vermehrt auf Unterstützung angewiesen ist. Der Begriff der Pflegebiografie verdeutlicht, dass Pflegebedürftigkeit kein statischer, gleich bleibender Zustand ist[9].

- **Pflegearrangement**

Ein Pflegearrangement ist eine Zusammenstellung und Abstimmung von Akteuren verschiedener Art, die das Ziel verfolgen, einen bestimmten Grad der pflegerischen

9 MDK-Forum, 4/2004, S. 6 ff

Versorgung zu realisieren. Die wichtigsten Akteure in der häuslichen Pflegeversorgung sind i.d.R. Familienangehörige. Andere Akteure können Pflegedienste, Nachbarn, Ehrenamtliche, Haushaltshilfen, Menüdienste etc. sein. Blinkert und Klie[10] unterscheiden bei den Akteuren zwischen Angehörige des informellen und des formellen Sektors. Dem informellen Sektor I werden Angehörige und Familienmitglieder zugerechnet, dem informellen Sektor II Freunde, Bekannte, Nachbarn und Ehrenamtliche. Der formelle Sektor I setzt sich aus professionellen Pflegeanbietern und sonstigen professionellen Anbieter (Therapeuten), der formelle Sektor II aus anderen Anbietern (Haushaltshilfe, Menüdienst, etc.) zusammen.

- **Inzidenz**

Die Inzidenz beschreibt die Menge von Zugängen in einen Bestand von Kranken bzw. Betroffenen und (in diesem Zusammenhang) von Leistungsempfängerinnen und -empfängern des PflegeVG. Sie ist wesentlich für die Betrachtung und Bewertung von Risiken in der Bevölkerung.

- **Prävalenz**

Unter Prävalenz versteht man die (relative) Häufigkeit von Krankheitsfällen zu einem bestimmten Zeitpunkt. Die Prävalenz sagt aus, wie viele Menschen einer bestimmten Gruppe definierter Größe an einer bestimmten Krankheit erkrankt bzw. pflegebedürftig geworden sind.

- **Pflegequote**

Die Pflegequote ist der Anteil Pflegebedürftiger an der jeweiligen Bevölkerungsgruppe in Prozent gerechnet.

- **Expansionsthese**

Die Expansionsthese geht auf Ernest Gruenberg (1977) zurück und beschreibt eine zunehmende Ausweitung gesundheitlich beeinträchtigter oder kranker Lebensphasen im Lebenslauf. Danach hat sich im Zuge des Anstiegs der

10 Blinkert und Klie, 2006, S. 424 ff

Lebenserwartung nur die Dauer der gesundheitlich eingeschränkten Lebensphase, nicht aber die Länge der gesunden Lebenszeit verlängert[11].

- **Kompressionsthese**

Die Kompressionsthese wurde von James Fries (1980) begründet und geht davon aus, dass sich in Zukunft die Länge der chronisch kranken Lebenszeit verringern wird. Fries geht davon aus, dass der Anstieg der Lebenserwartung stagniert, während chronische Krankheiten aufgrund der Erfolge in der Prävention in ein immer höheres Alter zurückgedrängt werden[12].

11 Gesundheitsberichterstattung, 2009, S. 105
12 Gesundheitsberichterstattung, 2009, S. 106

I. Stand der pflegerischen Versorgung

1. Pflegebedürftige Menschen in Niedersachsen

1.1 Sozio-demographische Merkmale, Pflegebedarf und Art der pflegerischen Versorgung

Zahl der Bezieherinnen und Bezieher von Leistungen der Pflegeversicherung

Am 15.12.2007 erhielten in Niedersachsen 242.196 Menschen Leistungen der sozialen und privaten Pflegeversicherung. Neben den in der amtlichen Pflegestatistik erfassten Leistungsempfängerinnen und Leistungsempfängern im SGB XI gibt es eine größenmäßig nicht bekannte Anzahl von Einwohnerinnen und Einwohnern Niedersachsens, bei denen ebenfalls Pflegebedarf besteht, jedoch keine entsprechenden Leistungen der Pflegeversicherung bezogen werden. Diese haben entweder keinen Leistungsantrag gestellt oder den für die Leistungen der Pflegeversicherung relevanten zeitlichen Pflegeaufwand noch nicht erreicht. Analysen des Mikrozensus im Jahr 2003 [13] belegen, dass sich bundesweit etwa eine Million Personen selber als hilfebedürftig einstufen, jedoch (noch) keine Leistungen der Pflegeversicherung beziehen. Im Vergleich zu den Leistungsbezieherinnen und Leistungsbeziehern nach SGB XI sind diese Personen deutlich jünger und zwei Drittel von ihnen sind Frauen. Begrifflich wird diese Gruppe gelegentlich als „Hilfebedürftige mit selbstreferiertem Hilfebedarf bezeichnet“[14].

In der amtlichen Pflegestatistik der Länder und des Bundes werden nicht alle pflegebedürftigen Menschen sondern ausschließlich Leistungsempfängerinnen und Leistungsempfänger nach PflegeVG erfasst.

Die nachfolgenden Daten orientieren sich am sozialrechtlich geprägten Begriff der Pflegebedürftigkeit nach § 14 und § 15 SGB XI und geben den versicherungsrechtlich anerkannten Pflegebedarf wieder. Das sich darin ausdrückende Verhalten der Inanspruchnahme sozialer Leistungen nach PflegeVG setzt eine gewisse Informiertheit der Betroffenen und die individuelle Befähigung und Motivation zur Beantragung der Leistungen voraus [15].

Von 242.196 pflegebedürftigen Personen nach §§ 14, 15 SGB XI sind 163.160 weiblich und 79.036 männlich[16]. Knapp ein Drittel Leistungsempfänger (32,6%)

---

13 Im Rahmen jüngerer Mikrozensus-Befragungen wurden diese Fragen nicht wieder aufgenommen.
14 GeroStat, Alter und Pflege, 03/07, S.8
15 GeroStat, s.o.
16 Statistisches Bundesamt, Pflegestatistik 2007

stehen gut zwei Drittel Leistungsempfängerinnen (67,4%) in Niedersachsen gegenüber.

Die Pflegequote beträgt in Niedersachsen insgesamt 3,04 (3,04% der Bevölkerung). Im Vergleich mit dem Bundesdurchschnitt liegt die Pflegequote in Niedersachsen höher. Die Bundespflegequote beträgt 2,73. Im Vergleich der geschlechtsspezifischen Pflegequoten ergibt sich ein ähnliches Bild: die weibliche Pflegequote in Niedersachsen beträgt 4,02 und auf Bundesebene 3,62, die männliche Pflegequote in Niedersachsen liegt bei 2,02 und auf Bundesebene bei 1,81.

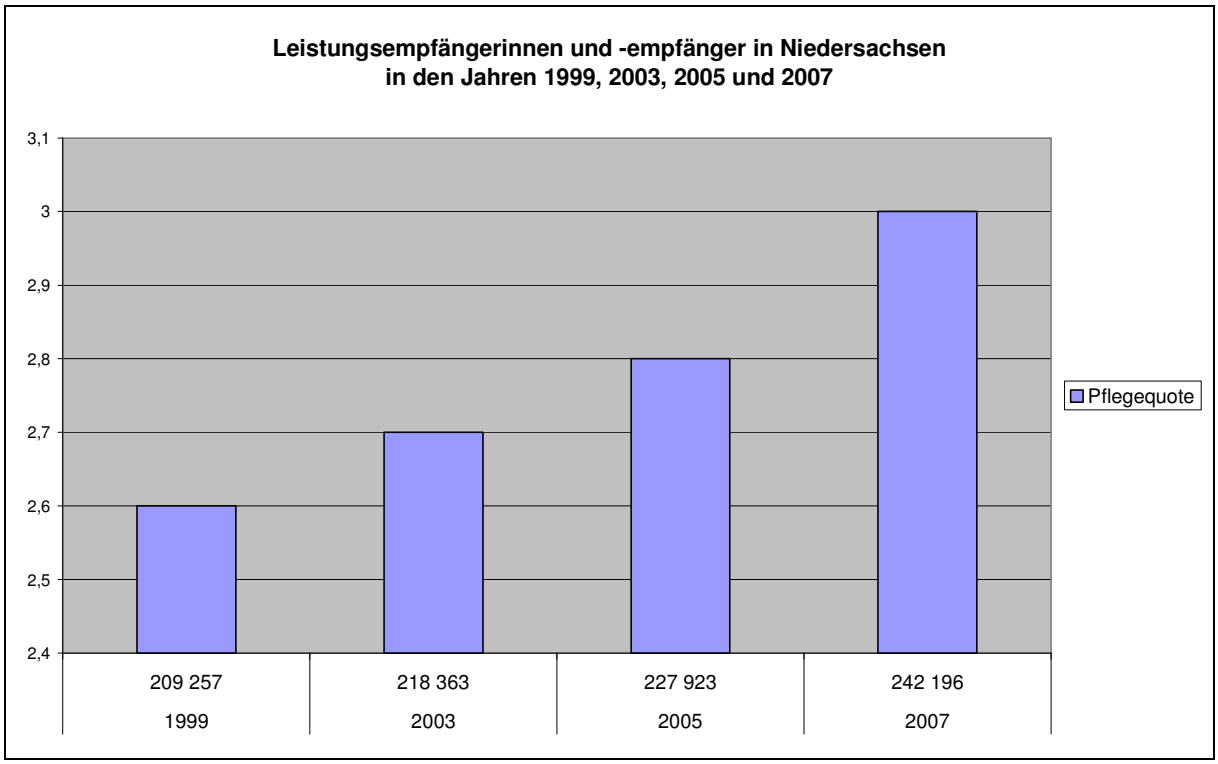
Die Anzahl von Leistungsempfängerinnen und Leistungsempfängern im Durchschnitt zur Gesamtbevölkerung in Niedersachsen liegt im Bundesvergleich höher als der Bundesdurchschnitt.

(Zum Verhältnis von Leistungsbezieherinnen und Leistungsbezieher zur Bevölkerungszahl s. a. Abschnitt 1.1.3)

Die Zahl der Leistungsempfängerinnen und Leistungsempfänger ist seit Beginn der Leistungen nach PflegeVG im Jahr 1995 ständig gestiegen. Ende 1999, dem Zeitpunkt der ersten amtlichen Erhebung, betrug die Zahl 209.257, Ende 2003 waren es 218.363 Personen und Ende 2005 bereits 227.923. Der Anstieg seit 1999 beträgt 2005 bereits 8,9% und liegt 2007 bei 15,7%:

Tab. (1) Leistungsempfängerinnen und –empfänger von 1999 bis 2007 nach Altersgruppen (TA)

Abb. 1. Anteil der Pflegebedürftigen an der Bevölkerung



Quelle: LSKN, Pflegestatistik 2007, eigene Berechnungen MS

Grad der Pflegebedürftigkeit

Von 242.196 Leistungsempfängerinnen und Leistungsempfängern in Niedersachsen sind 124.109 Personen in Pflegestufe I. Das ist mehr als die Hälfte von ihnen (51,2%). Gut ein Drittel aller Leistungsempfänger, 83.298 Personen, sind in Pflegestufe II eingestuft (34,4%) und 34.049 Personen in Pflegestufe III (14,1%), davon 685 sog. Härtefälle. 740 Personen waren zum Zeitpunkt der Erhebung noch keiner Pflegestufe zugeordnet.

Tab. (2) Leistungsempfänger/-innen 2007 nach Altersgruppen und Pflegestufen (TA)

Für alle Pflegebedürftigen im Bundesgebiet, die Leistungen nach PflegeVG beziehen, lauten die Anteilswerte 51,7% (PSt. I), 35,2% (PSt. II) und 13,0% (PSt. III einschließlich Härtefälle) sowie 0,5% ohne Einstufung. Im Vergleich sind die niedersächsischen Einstufungsergebnisse nahezu identisch; lediglich in Pflegestufe II etwas niedriger und in Pflegestufe III etwas höher.

2005 stellte sich die Zahl der Leistungsempfängerinnen und Leistungsempfänger in Niedersachsen in den 3 Pflegestufen wie folgt dar: 112.430 Personen waren in

Pflegestufe I (49,5%), 81.234 in Pflegestufe II (35,8%) und 33.327 in Pflegestufe III (14,7%).
War die Zahl der Leistungsempfängerinnen und Leistungsempfänger in Pflegestufe II und III in den Jahren 1999, 2001 und 2003 leicht rückläufig und die Steigerung der Gesamtanzahl Pflegebedürftiger auf die Zunahme in Pflegestufe I zurück zu führen, haben sich die Zuwächse in allen Pflegestufen bis 2007 nahezu angeglichen.

Tab. (3) Zahl der Pflegebedürftigen in Pflegestufen – Bundesländervergleich 2005 und 2007 (TA)

Der MDS hatte in seinem Pflegebericht des Medizinischen Dienstes 2005[17] darauf hingewiesen, dass der Zuwachs in Pflegestufe I sich nicht nur darauf begründen kann, dass Neuzugänge zu berechnen sind, sondern ein Akkumulationsprozess stattfindet, in dem Pflegebedürftige der Stufe I die längste Verbleibdauer in dieser Pflegestufe haben. Pflegebedürftige der Stufen II und III und solche, die aus niedrigen Stufen in die höhere wechseln, sterben deutlich häufiger. Es wurde in dem Pflegebericht weiter darauf hingewiesen, dass sich der Bestand von Pflegebedürftigen der Stufe I über die Jahre hinweg erst aufgebaut hat. Ob dieser Akkumulationsprozess mit den Daten aus 2005 und 2007 als abgeschlossen bezeichnet werden kann, wird erst anhand weiterer Datenanalysen der kommenden Jahre mit Sicherheit beantwortet werden können. Für eine Trendwende in der Pflegestufenentwicklung und einer allmählichen Zunahme der Leistungsempfängerinnen und -empfänger in Pflegestufe II und III spricht jedoch eine in nahezu allen Bundesländern und für die gesamte Bundesrepublik ähnlich deutliche Entwicklung.

Tab. (4) Pflegebedürftige nach Pflegestufen, Tendenz zum Vorjahr in % - bundesweit

	1999	2001	2003	2005	2007
insgesamt	2.016.091	2.039.780	2.076.935	2.128.550	2.246.829
Pflegestufe I	926.476	5,8	4,9	3,9	8,2
Pflegestufe II	784.824	- 1,6	- 1,1	0,5	2,5
Pflegestufe III	285.264	- 3,1	- 0,1	1,7	3,9

Quelle: Statistisches Bundesamt, Pflegestatistik 2007, Deutschlandergebnisse

17 MDS, 2007, S. 19 ff

Verteilung von Pflegestufen und Leistungsarten

107.210 Pflegegeldempfängerinnen und -empfänger (ohne Sachleistungsbezug) befinden sich mit 61,5% in Pflegestufe I, mit 30% in Pflegestufe II und mit 8,5% in Pflegestufe III. Ambulante Pflege (einschließlich Kombinationsleistungen) wird von 55.764 Pflegebedürftigen in Anspruch genommen, davon 52,7% in Pflegestufe I, 34,3% in Pflegestufe II und 13% in Pflegestufe III. In der vollstationären Dauerpflege befinden sich verteilt auf die Pflegestufen 35,7% in Pflegestufe I, 40,6% in Pflegestufe II und 22,8% in Pflegestufe III. Eine ähnliche prozentuale Verteilung findet sich unter Einbeziehung der Kurzzeitpflege, Tages- und Nachtpflege. Im Vergleich der Versorgungsarten Kurzzeit- und Tagespflege[18] ist festzustellen, dass die Verteilungen sehr unterschiedlich sind. Die Tagespflege wird von Pflegebedürftigen der Pflegestufe II am Häufigsten in Anspruch genommen (43,5%), in Pflegestufe I von 39,7% und in der Pflegestufe III noch von 15,6%. Die Kurzzeitpflege hingegen wird von 58,6% der Pflegebedürftigen in Pflegestufe I genutzt, von 30% in Pflegestufe II und von 8,8% in Pflegestufe III.

Es besteht somit grundsätzlich **ein Zusammenhang zwischen dem Grad der Pflegebedürftigkeit und der Art der pflegerischen Versorgung**. Mit zunehmendem Ausmaß der Pflegebedürftigkeit werden vermehrt externe Hilfen durch Pflegedienste und Tagespflege in Anspruch genommen oder es erfolgt ein Wechsel in die stationäre Dauerpflege. Dennoch ist der Zusammenhang insbesondere im Vergleich ambulanter und stationärer Versorgungsformen nicht so gravierend, wie es das Ausmaß von Pflegebedürftigkeit und die erhöhte Belastung für die informelle Unterstützung häuslicher Pflege in höheren Pflegestufen vermuten lässt.

Immerhin werden im häuslichen/ ambulanten Bereich noch 41,5% von insgesamt 48,6% der pflegebedürftigen Personen in Pflegestufen II und III gepflegt (31,5% in Pflegestufe II und 10% in Pflegestufe III).

Bei den Härtefällen der Pflegestufe III stellt sich die Versorgungsstruktur wie folgt dar: Knapp 70% von ihnen leben in der stationären Dauerpflege und immerhin noch knapp 30% erhalten im häuslichen Bereich ambulante Pflegeleistungen.

---

18 Einschränkend ist hierbei anzumerken, dass es sich bei den Zahlen um Stichtagserhebungen handelt

Die Befunde zur Verteilung von Pflegestufen und der Inanspruchnahme von Tagespflege lassen den Schluss zu, dass die **Tagespflege eine hohe Bedeutung in der Stabilisierung der häuslichen bzw. ambulanten Pflege mit anwachsender Pflegebedürftigkeit hat**.

In den Jahren 1999, 2003, 2005 und 2007 gab es bei der Anzahl von Pflegegeldempfängerinnen und -empfängern der Pflegestufe I einen kontinuierlichen Anstieg, in den Pflegestufen II und III dagegen eine kontinuierliche Abnahme mit Ausnahme des Jahres 2007 mit einem leichten Anstieg in beiden Pflegestufen. Ambulante Pflegedienste haben in denselben Jahren in allen drei Pflegestufen einen Anstieg der Anzahl Pflegebedürftiger verzeichnen können. Ähnlich ist die Entwicklung in stationären Einrichtungen. Lediglich in der Pflegestufe III gab es in der stationären Pflege im Zeitraum zwischen 2005 und 2007 einen leichten Rückgang der Zahl Pflegebedürftiger.

Alter und Pflegebedürftigkeit

Hinsichtlich der Altersverteilung der Leistungsempfängerinnen und Leistungsempfänger zeigt sich übereinstimmend mit den Befunden im Landespflegebericht 2005[19] das typische Bild einer überproportionalen Steigerung des Auftretens von Pflegebedürftigkeit mit steigendem Lebensalter. 16,8% aller Pflegebedürftigen sind unter 65 Jahre alt und 83,2% sind 65 Jahre und älter. 7.047 Kinder im Alter bis zu 15 Jahren haben einen Anteil an der Zahl Pflegebedürftiger von 2,9%. Der Anteil der 15- bis 40- Jährigen beträgt 4% und der 40- bis 65-Jährigen 9,9%. Zur Entwicklung der altersspezifischen Pflegebedürftigkeitsquoten siehe:

Tab. (5) Altersspezifische Pflegebedürftigkeitsquoten von 1999 bis 2007 (TA)

In den Bevölkerungsgruppen der über und der unter 65- jährigen Bewohnerinnen und Bewohner gibt es erwartbare unterschiedliche Entwicklungen. Seit 1999 ist der Anteil der über 65-jährigen an der Gesamtbevölkerung in Niedersachsen um 28,4% im Jahr 2007 gestiegen. Die Zahl der über 65-jährigen Leistungsbezieherinnen und Leistungsbezieher ist nicht in der entsprechenden Höhe angestiegen, es lässt sich aber ebenso von einem

19 MS, Landespflegebericht 2005, S. 68 ff

exponentiellen Wachstum sprechen. 1999 waren 166.081 Menschen in dieser Altersgruppe im Leistungsbezug des SGB XI; im Jahr 2007 sind es 201.421 Menschen. Das entspricht einem Wachstum von 21,3%.
Der Anteil der unter 65-jährigen Bewohnerinnen und Bewohner an der Gesamtbevölkerung ist in dem Zeitraum von 1999 bis 2007 kontinuierlich um 4,5% gesunken. Die Zahl der Leistungsbezieherinnen und Leistungsbezieher ist in den Jahren 1999 bis 2005 um 8,1% gesunken, jedoch überproportional zur Bevölkerungsentwicklung. Jedoch weist die Statistik von 2005 bis 2007 eine unerwartete Steigerung um 1.088 pflegebedürftigen Menschen aus. Trotz eines Bevölkerungsrückgangs von 2,3% bei den unter 65-Jährigen ist die Zahl der Menschen im Leistungsbezug des SGB XI um 2,7% gestiegen. Diese Steigerung ist insbesondere auf das Anwachsen der Zahl von bis zu 30-jährigen Leistungsempfängerinnen und schwerpunktmäßig der 10- bis 20- jährigen Mädchen und Frauen zurückzuführen. Derzeit liegen keine Anhaltspunkte zur Erklärung dieser Entwicklung vor.

Mehr als die Hälfte aller Leistungsbezieherinnen und Leistungsbezieher in Niedersachsen sind im Alter von 80 bis 95 Jahren. 40% von ihnen sind im Alter von 80 bis 90 Jahren und 15% im Alter von 90 Jahren und älter.
Grundsätzlich ist davon auszugehen, dass deutlicher als in den Jahren zuvor - und bei einem unterstellten gleichartigen Nachfrageverhalten nach Leistungen aus der Pflegeversicherung - sowohl (und primär) die Altersentwicklung in der Bevölkerung als auch die altersbedingte Wahrscheinlichkeit des Eintretens von Pflegebedürftigkeit maßgebliche Einflussfaktoren für die zukünftige Entwicklung der Zahl der Leistungsempfängerinnen und Leistungsempfänger darstellen.
Im Bundesvergleich der Pflegequoten in den unterschiedlichen Alterskohorten ist ein überdurchschnittliches Ansteigen mit zunehmendem Alter in Niedersachsen zu verzeichnen. In der Alterskohorte der 75- bis 85-Jährigen beträgt die Pflegequote in Niedersachsen 15,5% und im gesamten Bundesgebiet 14,2%. In der Alterskohorte der 85- bis 90- Jährigen liegt diese in Niedersachsen bei 40,2%, im Bundesgebiet bei 37,2% und bei den 90 und über 90- Jährigen beträgt die Pflegequote in Niedersachsen 65,1% und im Bundesgebiet 61,6%.

Zwischen dem Lebensalter und der Art der pflegerischen Versorgung besteht ein deutlicher Zusammenhang. Die Daten der Pflegestatistik bestätigen diesen naheliegenden Sachverhalt in eindeutiger Weise. Mit steigendem Alter steigt die Inanspruchnahme professioneller Pflegeangebote, also

- von Pflegesachleistungen,
- von teilstationären Angebotsformen und
- von vollstationären Versorgungsformen.

Geschlechtsspezifische Unterschiede bei Pflegebedürftigkeit

Von 242.196 Leistungsempfängerinnen und Leistungsempfänger Ende 2007 in Niedersachsen sind 79.036 männliche und 163.160 weibliche Pflegebedürftige. Knapp **1/3 pflegebedürftiger Männer stehen 2/3 pflegebedürftiger Frauen gegenüber**. Auf das gesamte Bundesgebiet bezogen sind 67,6% aller Menschen mit Pflegebedarf Frauen. Ein „Frauenüberschuss“ ist jedoch erst ab der Altersgruppe der über 65-jährigen Pflegebedürftigen festzustellen. In den Altersgruppen von 5 bis 40 Jahren ist sogar der Anteil männlicher Pflegebedürftiger in Niedersachsen leicht höher als der Anteil weiblicher Pflegebedürftiger und entspricht der geschlechtsspezifischen Bevölkerungsverteilung in den Altersjahren.

Tab. (6) Leistungsempfänger 2007 nach Altersgruppen, Leistungsarten und Geschlecht (TA)

Mit steigendem Alter steigt der Anteil weiblicher Pflegebedürftiger an der Gesamtanzahl. In der Gruppe der 75 bis 85-Jährigen liegt der männliche Anteil in Niedersachsen bei 30,8%, in der Gruppe der 85 bis 90-Jährigen bei 20,3% und in der Gruppe der über 90-Jährigen nur noch bei 17,2%. Der dargestellte „Frauenüberschuss“ an Pflegebedürftigen steht in engem Bezug zu der gegenüber den Männern höheren Lebenserwartung der Frauen[20]. Der höhere Pflegebedarf der Frauen liegt aber nicht nur in deren höherer Lebenserwartung begründet, denn sie erklärt nicht deren höhere Pflegeprävalenz. Die Ursachen hierfür sind u.a. in den geschlechtsspezifischen Gesundheitskonditionen und Krankheitsbildern älterer Menschen zu finden. Wie dem Report Altersdaten „Alter und Pflege“ zu entnehmen ist, leiden Frauen häufiger als Männer an chronischen Krankheiten und

20BiB, Bevölkerungsforschung Aktuell, 03/2009, S.6

Multimorbidität, was nicht unmittelbare Todesfolge hat, aber langfristig Pflegebedarf verursacht[21]. Auch die ab 80 Jahren zunehmend auftretenden demenziellen Erkrankungen stellen vor allem für Frauen ein Risiko dar, da mehr Frauen als Männer dieses Alter erreichen. Männer sind am Häufigsten von Krankheiten des Kreislaufsystems betroffen, mit denen ein hohes Sterberisiko verbunden ist und die häufig auch kurzfristig zum Tode führen.

Frauen haben mit zunehmendem Alter häufiger funktionale Einschränkungen und Aktivitätsbeschränkungen als Männer. Sie sind wegen ihrer oftmals schlechteren körperlichen Verfassung stärker von Pflegebedürftigkeit betroffen[22]. Für Frauen dauert die im pflegebedürftigen Zustand verbrachte Lebensphase länger, da sie durchschnittlich früher pflegebedürftig werden und zudem länger leben.

Männliche Pflegebedürftige werden zu 52,7% ausschließlich unter Bezug von Pflegegeld versorgt; bei weiblichen Pflegebedürftigen sind es 40,1%. Der Anteil männlicher Pflegebedürftiger mit Bezug von Kombinationsleistungen oder ausschließlich von Sachleistungen liegt bei 22,5%, bei weiblichen Pflegebedürftigen bei 23,3%. Entsprechend höher ist mit 35% der Anteil der Frauen, der in der vollstationären Dauerpflege lebt; der Anteil der Männer liegt hier bei 23,2%. Einer der wesentlichen Gründe für die zwischen Frauen und Männern unterschiedliche Gewichtung der Art pflegerischer Betreuung ist darin zu sehen, dass Männer, die im Alter pflegebedürftig werden, damit rechnen können, dass sie von ihrer in den meisten Fällen jüngeren (Ehe)Partnerin betreut werden[23]. Frauen verbringen längere Zeiträume als Männer im Alter und insbesondere in Hochaltrigkeit alleinstehend und verwitwet.

Pflegebegründende Diagnosen

Neben den Alterseffekten, dem Familienstand und der sozialen Lage bestimmt insbesondere die vorhergehende Krankheitsgeschichte eine später im Lebensverlauf auftretende Pflegebedürftigkeit[24]. Einige spezifische Erkrankungen sind in besonderem Maße mit dem Risiko einer möglichen Pflegebedürftigkeit verbunden.

---

21 DZA, 2007, S. 11
22 Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Gesundheit und Krankheit im Alter, S. 62
23 BiB, Aktuell, 03/2009, S. 7
24 GEK-Pflegereport, 2009, S. 134

Laut Pflegestatistik des Medizinischen Dienstes stellen Krankheiten und Gesundheitsprobleme aus vier Krankheitsgruppen die häufigsten pflegebegründenden Diagnosen im Sinne des SGB XI dar [25].

Bei allen Erst- und Folgebegutachtungen stehen psychische und Verhaltensstörungen (einschließlich der Demenzerkrankungen) mit 23% an erster Stelle, gefolgt von Krankheiten des Kreislaufsystems mit 17%. Von diesen 17% sind mehr als die Hälfte der Antragssteller Menschen, die einen Schlaganfall als pflegebegründende Diagnose aufweisen. Der Schlaganfall ist damit die häufigste Ursache andauernder Behinderungen und verursacht häufig einen dauerhaften Pflegebedarf. Weitere 14,3% sind Krankheiten mit Symptomen und abnormen klinischen Befunden und Laborbefunden und 13,9% Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes[26].

Die Gruppe der Erstantragsteller im Alter zwischen 40 und 60 Jahren weisen ein anderes Krankheitsspektrum auf[27]. Das Gros der Krankheiten, 40,9% der Erstantragstellerinnen und -antragsteller in dieser Altersgruppe bilden Krebserkrankungen und Krankheiten, die dem psychiatrischen und hirnorganischen Formenkreis zuzurechen sind.

Krebserkrankungen gehören zu den Erkrankungen, die eng mit dem Beginn der Pflegeverläufe in Zusammenhang stehen. Personen, die an bösartigen Neubildungen erkranken, sind verstärkt pflegebedürftig, versterben jedoch schneller und haben eine kurze Pflegedauer[28]. Ihre Prävalenz ist daher relativ gering. Dagegen ist die Prävalenz psychischer Erkrankungen bei pflegebedürftigen Personen entsprechend höher.

Es sind deutliche Unterschiede bei den pflegebegründenden Diagnosen im ambulanten und im stationären Bereich festzustellen.

Die Pflegeberichterstattung des MDS weist im Berichtszeitraum 2008 auf der Grundlage aller in dem Zeitraum durchgeführten persönlichen Erstbegutachtungen im ambulanten Bereich in der Pflegestufe I psychische und Verhaltensstörungen (einschließlich Demenzerkrankungen) mit 17,2% als zweithäufigste

---

25 MDS, Pflegebericht des Medizinischen Dienstes, 2006, S, 20 ff

26 Nach ICD-10, einer internationalen Klassifikation der Krankheiten, sind diese Krankheiten andernorts nicht klassifizierbar

27 MDS, 2003, S. 41 ff

28 GEK-Pflegereport, 2009, S. 173

pflegebegründende Diagnose aus. In den Pflegestufen II und III liegt diese Diagnose jeweils auf dem dritten Rang mit 17,4% bzw. 12,2%.
Im stationären Bereich ist die Zahl psychischer und Verhaltensstörungen deutlich höher. In Pflegestufe I und II liegen demenzielle und psychische Erkrankungen an erster Stelle mit 33,6% und 27,5%. In Pflegestufe III stehen sie auf Rang zwei mit 21,6%.
Krebserkrankungen sind bei Erstbegutachtungen in Pflegestufe II und III häufige pflegebegründende Diagnosen. Im ambulanten Bereich liegen sie mit 25,4% in Pflegestufe II und mit 40,5% in Pflegestufe III an erster Stelle. Im stationären Bereich beträgt deren Anteil in Pflegestufen II und III auf dem dritten Rang 15,5% und 18%. Leistungsbezieherinnen und Leistungsbezieher mit Krebserkrankungen werden demnach überwiegend und in hohen Pflegestufen auch im Finalstadium ambulant versorgt.
Krankheiten des Kreislaufsystems, insbesondere Schlaganfälle, treten im ambulanten Bereich der Pflegestufen II und III mit 18,3% bzw. 19,2% auf und nehmen jeweils Rang zwei ein. Im stationären Bereich sind sie häufiger anzutreffen. Mit 13,5% in Pflegestufe I, 26,6% in Pflegestufe II und 31,7% in Pflegestufe III stiegt ihr Anteil von Rang drei und zwei auf den ersten Rang in Pflegestufe III. Leistungsbezieherinnen und Leistungsbeziehern mit Schlaganfällen und anderen Krankheiten des Kreislaufsystems sind bei den Erstbegutachtungen sehr häufig mit höheren Pflegestufen im stationären Bereich anzutreffen.

Pflegeverläufe

Ohne Berücksichtigung pflegebegründender Diagnosen zeigt sich bei der allgemeinen Eintrittswahrscheinlichkeit in die Pflegebedürftigkeit ein Anstieg mit zunehmendem Alter[29]. Die Wahrscheinlichkeit, dass eine Pflegebiografie mit Pflegestufe I beginnt, ist am größten. Ungefähr halb so groß ist in jedem Alter die Wahrscheinlichkeit, dass bei der Erstbegutachtung die Pflegestufe II festgestellt wird. Selbst in den höheren Altersjahren ist die Wahrscheinlichkeit, mit Pflegestufe III in die Pflegebedürftigkeit einzutreten, geringer als 1%.
Die Analysen im GEK-Pflegereport 2009 belegen, dass Pflegebiografien überwiegend in Pflegestufe I und II und sehr selten in Pflegestufe III beginnen.

29 GEK-Pflegereport, 2009

Geschlechtsspezifische Unterschiede bestehen lediglich darin, dass die Inzidenz in Pflegestufe I bei Frauen leicht über denen bei Männern liegt; in den Pflegestufen II und II unterscheiden sie sich kaum.
Analysen des MDS zu Leistungsberechtigten der Pflegestufe I legen nahe, zwischen zwei Gruppen zu unterscheiden. Die eine Gruppe bilden Menschen mit Krankheiten mit nicht oder sehr langsam voranschreitendem Verlauf, wie z.B. Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems oder leichtere Schlaganfälle. Die andere Gruppe bilden Pflegebedürftige mit schneller voranschreitenden Krankheitsverläufen, wie z.B. vaskulären Demenz und Morbus Parkinson, bei denen der Hilfebedarf im Zeitverlauf schnell ansteigt[30].
Aufgrund fehlender Statistiken zur direkten Ermittlung der Pflegedauer bleiben Aussagen dazu lückenhaft. Grob unterteilt gibt es drei Gruppen von Leistungsbezieherinnen und Leistungsbeziehern: Menschen mit einer kurzzeitigen Pflegebedürftigkeit (von wenigen Monaten), einer langjährigen Pflegebedürftigkeit (von mehreren Jahren) und einer Pflegebedürftigkeit, die ein Leben lang oder die überwiegende Zeit der Lebensdauer besteht.
Die Analysen zum zeitlichen Wandel der Eintrittswahrscheinlichkeit in den Leistungsbezug nach dem SGB XI in dem Zeitraum von 2000 bis 2008 liefern den Befund, dass das Risiko im Alter pflegebedürftig zu werden, zurückgegangen ist. Der Rückgang fällt bei den Frauen weitaus größer aus als der bei den Männern. Zwischen den einzelnen Pflegestufen zeigen sich erhebliche Unterschiede mit jeweils größerem Rückgang in höheren Pflegestufen.
Die zunehmende Zahl der Pflegebedürftigen ist ausschließlich auf die zunehmende Zahl der älteren Bevölkerung zurückzuführen. Das altersspezifische Risiko des Auftretens von Pflegebedürftigkeit dagegen sinkt.

Nach Beginn der Pflegebedürftigkeit gibt es einen großen Anteil von 25% der Männer und ca. 15% der Frauen, die bereits nach drei Monaten verstorben sind. Ein deutlich höherer Anteil von über 30% der Männer und über 50% der Frauen überlebt länger als drei Jahre. Die in Pflegebedürftigkeit verbrachte Zeit ist entsprechend geschlechtsspezifisch unterschiedlich. In einer von der GEK in Auftrag gegebene Längsschnittstudie analysierten Versichertenzahlen weist **für Männer eine**

30 MDS, 2005, S. 21

durchschnittliche Pflegedauer von 2,48 Jahren und für Frauen von 3,67 Jahren aus[31], wobei die bisher ermittelten Zahlen die tatsächliche Dauer geringfügig unterschätzen, da diese Untersuchung noch andauert und bislang nur die Zugangskohorten von 2000 bis 2008 berücksichtigt hat.

Geschlechterspezifische Unterschiede bestehen ebenfalls hinsichtlich der Pflegearrangements. Frauen, die pflegebedürftig sind, werden durchschnittlich über zwei Jahre durch Angehörige mit oder ohne formell-ambulanter Unterstützung und über ein Jahr vollstationär gepflegt. Männer werden durchschnittlich mindestens eineinhalb Jahre informell gepflegt, ein halbes Jahr mit formell-ambulanter Unterstützung und verbringen ca. ein halbes Jahr im Pflegeheim. Diese Angaben beziehen sich wiederum auf Personen, deren Pflegeverläufe 8 Jahre beobachtet werden konnten.

Das Max-Planck-Institut für demografische Forschung in Rostock (MPIDR) hat zur Berechnung der Pflegedauer die Sterbetafeln und die alterspezifischen Pflegeraten der Pflegestatistik verwendet. Die folgenden Parameter sind für das höhere Alter der ab 60-Jährigen berechnet worden. Mit der Konzentration auf das höhere Alter wurde somit eine spezifische Pflegedauer für ältere Pflegebedürftige berechnet. Danach lag die Pflegedauer 2005 für Frauen bei 3.61 und für Männer bei 2.05 Jahren[32].

Die Pflegedauer der über 60-Jährigen ist seit 1999 bei Frauen von 3.26 auf 3.61 Jahren und bei Männern von 1.75 auf 2.05 Jahren 2005 angestiegen. Die Pflegedauer steigt mit zunehmendem Lebensalter. Je höher das Lebensalter, desto länger ist die Pflegedauer mit Ausnahme der Frauen von 85+.

Tab. (7) Pflegedauer bei über 60ig-Jährigen in Jahren

60+ Jährige	1999	2001	2003	2005
Frauen	3.26	3.43	3.38	3.61
Männer	1.75	1.85	1.86	2.05

Quelle: Max-Planck-Institut für demografische Forschung, working paper, 2010

Im Zeitraum von 1999 bis 2005 ist die Pflegedauer der älteren pflegebedürftigen Menschen angestiegen. Die Zunahme an gesunder Lebenserwartung ist jedoch

31 GEK-Pflegereport, 2009, S.173
32 MPIDR, 2010

größer als die Zunahme der Pflegedauer. Auffällig ist eine starke Differenzierung nach Geschlecht mit einer leichten Tendenz der Annäherung. In der regionalen Verteilung der Bundesländer bleiben alle dargestellten Zusammenhänge erhalten.
Die Variation der Pflegedauer nach Alter bildet die gesundheitliche Selektion in der Pflege und der Sterblichkeit ab[33]. Die Ergebnisse der Untersuchung von Scholz und Schulz stützen die Kompressionshypothese, nach der sich in Zukunft die Länge der chronisch kranken Lebenszeit verringern wird.
Die statische Untersuchung von verstorbenen GEK-Versicherten von mindestens 60 Jahren im Jahr 2008 ergab[34], dass 48% der Männer und 65% der Frauen vor ihrem Tod Pflegeversicherungsleistungen bezogen haben. Bezogen auf alle 2008 verstorbenen GEK-Versicherten ergaben sich Werte von 42% bei Männern und 60% bei Frauen. Bezogen auf das allgemeine Risiko pflegebedürftig zu werden bedeutet dies, dass ungefähr jede/r Zweite überwiegend in der letzten Lebensphase pflegebedürftig wird.
Pflegebedürftigkeit wird damit eine mögliche Lebensphase in der Normalbiografie mit einer hohen Wahrscheinlichkeit und stellt damit ein normales Lebensrisiko dar[35].

Art der pflegerischen Versorgung

Bei den Leistungen der Pflegeversicherung wird unterschieden zwischen Dienst-, Sach- und Geldleistungen für den Bedarf an Grundpflege und hauswirtschaftlicher Versorgung[36]. Hinzu kommen bei teilstationärer Pflege, Kurzzeitpflege und vollstationäre Pflege die soziale Betreuung sowie die Leistungen der medizinischen Behandlungspflege. Es wird grundsätzlich zwischen ambulanten und stationären Leistungen unterschieden. Nach § 3 SGB XI soll die Pflegeversicherung mit ihren Leistungen vorrangig die häusliche Pflege und die Pflegebereitschaft der Angehörigen und Nachbarn unterstützen, damit die Pflegebedürftigen möglichst lange in ihrer häuslichen Umgebung bleiben können. Die häusliche Pflege wird vorrangig vor der stationären Pflege gewährt.

---

33 Vortrag von Scholz & Schulz, 2008
34 GEK-Pflegebericht, 2009
35 GEK-Pflegebericht, 2009
36 MDS und GKV, 2009, S. 13

Zu den ambulanten Leistungen gehören

- Pflegesachleistungen durch zugelassene Pflegedienste; § 36 SGB XI
- das Pflegegeld; § 37 Abs. 1 und 2 SGB XI und
- die Kombinationsleistung aus Pflegegeld u. Pflegesachleistung; § 38 SGB XI.

Mit dem Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes (PfWG) zum 01.07.2008 ist eine stufenweise Anhebung der Pflegesachleistungen eingeführt worden. Bis zum 30.06.2008 wurden in Pflegestufe I 384 Euro, bis zum 31.12.2009 420 Euro gezahlt. In Pflegestufe II waren es 921 bzw. 980 Euro und in Pflegestufe III 1.432 bzw. 1.470 Euro (in Härtefällen jeweils 1.918 Euro).
Seit dem 01.01.2010 erhalten Pflegebedürftige der Pflegestufe I 440 Euro, der Pflegestufe II 1.040 Euro und der Pflegestufe III 1.510 Euro (in Härtefällen 1.918 Euro). Die letzte bereits beschlossene Anhebung der Pflegesachleistungen wird ab 01.01.2012 in Kraft treten.
Auch das Pflegegeld für selbst beschaffte Pflegehilfen wurde erhöht. Bis zum 30.06. 2008 wurden in den 3 Pflegestufen 205, 410 und 665 Euro und bis Ende 2009 215, 420 und 675 Euro gezahlt. Seit dem 01.01.2010 erhalten Pflegebedürftige der Pflegestufe I 225 Euro, der Pflegestufe II 430 Euro und der Pflegestufe III 685 Euro. Ab dem 01.01.2012 wird das Pflegegeld erneut angehoben. Mit dem Pflegegeld erhalten Leistungsempfängerinnen und Leistungsempfänger eine monatliche Geldleistung, mit der die Tätigkeit von privaten Pflegepersonen in Form einer Aufwandsentschädigung unterstützt und abgesichert werden soll.

Zu den weiteren Leistungsansprüchen der Versicherten im ambulanten Bereich gehört die häusliche Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson nach § 39 SGB XI. Auch diese Leistungen sind ab 01.01.2010 erhöht worden. Die Pflegeaufwendungen für bis zu vier Wochen im Kalenderjahr betragen in allen Pflegestufen 1.510 Euro (bis zum 30.06.2008 1.432 Euro und bis zum 31.12.2009 1.470 Euro). Ab 01.01.2012 wird dieser Betrag noch einmal auf 1.550 Euro angehoben.
Wenn die häusliche Pflege nicht in ausreichendem Umfang sichergestellt werden kann oder wenn dies zur Ergänzung oder Stärkung der häuslichen Pflege erforderlich ist, haben Pflegebedürftige nach § 41 SGB XI Anspruch auf teilstationäre Pflege in Einrichtungen der Tages- oder Nachtpflege. Der Anspruch auf teilstationäre Pflege umfasst seit 01.01.2010 je Kalendermonat für Pflegebedürftige der Pflegestufe I 440

Euro (zuvor 384 bzw. 420 Euro), der Pflegestufe II 1.040 Euro (921 bzw. 980 Euro) und der Pflegestufe III 1.510 Euro (1.432 bzw. 1.470 Euro). Auch diese Beträge werden ab 01.01.2012 nochmals angehoben.
Auch die Kurzzeitpflege (§ 42 SGB XI) dient der Unterstützung der häuslichen Pflege zur Vermeidung von dauerhaftem Heimaufenthalt. Die Leistung der Kurzzeitpflege ist auf einen Zeitraum von längstens vier Wochen je Jahr beschränkt. Seit 01.01.2010 erhalten Pflegebedürftige aller Pflegestufen Pflegeaufwendungen bis zu 1.510 Euro jährlich (zuvor bis zu 1.432 bzw. 1.470 Euro) und ab dem 01.01.2012 bis zu 1.550 Euro. Leistungen der Kurzzeitpflege können in Kurzzeitpflegeeinrichtungen (besonderer Versorgungsvertrag) oder als sogenannte „eingestreute Kurzzeitpflege“ in vollstationären Einrichtungen der Dauerpflege erbracht werden.
Im Bereich der vollstationären Leistungen werden folgende Versicherungsleistungen erbracht: In den Pflegestufen I bis II sind die Leistungsbeiträge unverändert geblieben und betragen in Pflegestufe I 1.023 Euro und in Pflegestufe II 1.279 Euro. In der Pflegestufe III wurden die Leistungsbeiträge zum 01.01.2010 zum zweiten Mal angehoben und betragen seitdem 1.510 Euro und im Härtefall 1.825 Euro. Ab dem 01.01.2012 werden die Leistungsbeträge nochmals angehoben und liegen in Pflegestufe III dann auf der Höhe von 1.550 Euro und im Härtefall bei 1.918 Euro.
Für die Pflege in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen sind Pflegeaufwendungen in der Höhe von 10% des Heimentgelts, höchstens jedoch 256 Euro monatlich vorgesehen.

Bei den ergänzenden Leistungen für Versicherte mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf ist zwischen dem ambulanten und dem vollstationären Bereich zu unterscheiden.
Die Ansprüche im ambulanten Bereich richten sich nach den §§ 45a-c SGB XI; die Leistungen wurden ab dem 01.07.2008 erhöht. Abhängig von der persönlichen Pflegesituation auf der Grundlage der dauerhaften und regelmäßigen Schädigungen oder Fähigkeitsstörungen nach § 45a Abs.2 Satz 1 Nr. 1 bis 9 SGB XI besteht ein Anspruch auf jährlich bis zu 1.200 Euro (Grundbetrag) bzw. bis zu 2.400 Euro (erhöhter Betrag).
Im vollstationären Bereich wurden Vergütungszuschläge für Pflegebedürftige mit erheblichem allgemeinen Betreuungsbedarf eingeführt (§ 87b SGB XI). Auf diese

haben vollstationäre Pflegeeinrichtungen Anspruch, soweit sie über den reinen pflegerischen Leistungsrahmen hinaus Betreuungs- und Aktivierungsmaßnahmen für die Heimbewohnerinnen und Heimbewohner durchführen. Hiermit soll der dafür notwendige zusätzliche Personalbedarf finanziert werden. Die Vergütungszuschläge werden auf der Grundlage vereinbart, dass in der Regel für jeden stationären Leistungsbezieher und jede stationäre Leistungsbezieherin mit erheblichen allgemeinem Bedarf an Beaufsichtigung und Betreuung und der entsprechenden Anwendung des § 45a SGB XI der 25. Teil der Personalaufwendungen für eine zusätzliche Vollzeitkraft finanziert wird (zum vertragsrechtlichen Hintergrund s. a. Abschnitt I.3.1.5 und zu den in Anspruch genommenen Leistungen s. a. Abschnitt I.1.2.3).

Zusätzlich zu den beschriebenen Leistungen werden Pflegeaufwendungen bis zu 31 Euro monatlich für Pflegehilfsmittel, die zum Verbrauch bestimmt sind, gewährt. Die Kosten für sonstige Pflegehilfsmittel werden i. d. R. vollständig übernommen und technische Pflegehilfsmittel vorrangig leihweise zur Verfügung gestellt.

Für Maßnahmen zur Verbesserung des Wohnumfeldes werden Aufwendungen in Höhe von bis zu 2.557 Euro je Maßnahme, unter Berücksichtigung einer angemessenen Eigenbeteiligung, gezahlt.

Die Rentenversicherungsbeiträge für Pflegepersonen werden je nach Umfang der Pflegetätigkeit bis zu 135,58 Euro bei Pflegestufe I, 271,17 Euro bei Pflegestufe II und 406,76 Euro bei Pflegestufe III gezahlt. Voraussetzung dafür ist, dass die Pflegetätigkeit pro Woche wenigstens 14 Stunden i.S. der festgestellten Pflegebedürftigkeit umfasst, die Pflegeperson keiner Beschäftigung von mehr als 30 Wochenstunden nachgeht und sie noch keine Vollrente wegen Alters bezieht.

Verteilung der Leistungsbezieherinnen und Leistungsbezieher auf die Leistungsarten

Die Inanspruchnahme aller Leistungen der Pflegeversicherung in Niedersachsen ist von 1999 um 15,7% bis 2007 gestiegen. 67,3% beträgt 2007 der Anteil an häuslichen/ambulanten Leistungen und 31,2% den der stationären Dauerpflege. Die teilstationären Leistungen kommen mit 1,5% dazu.

Von 242.196 Leistungsbezieherinnen und Leistungsbeziehern empfangen 107.210 ausschließlich Pflegegeld. 32.567 pflegebedürftige Menschen erhalten

Kombinationsleistungen aus Pflegegeld und Pflegesachleistungen. Weitere 23.197 Leistungsempfängerinnen und Leistungsempfänger beziehen ausschließlich Pflegesachleistungen und werden von Pflegediensten in der Häuslichkeit versorgt. 44,3% der zu Hause gepflegten Menschen erhalten ausschließlich Pflegegeld, 13,4% Kombinationsleistungen und 9,6% beziehen Pflegesachleistungen. Insgesamt werden immer noch mehr als zwei Drittel (67,3%) aller Leistungsempfängerinnen und Leistungsempfänger zu Hause gepflegt. In der stationären Dauerpflege leben 75.557 Pflegebedürftige; mit 32,7% ist das knapp ein Drittel. Weitere 3.665 nahmen 2007 Leistungen der Kurzzeit[37]-, Tages- und Nachtpflege in Anspruch.

Tab. (8) Leistungsempfänger 2007 nach Altersgruppen, Leistungsarten und Pflegestufen (TA)

Nachstehend wird die relative Verteilung nach Leistungsarten an den Gesamtleistungen in Niedersachsen in den Jahren 1999 bis 2007 dargestellt:

Tab. (9) Pflegeleistungen nach Leistungsarten

Jahr	Pflege-geld	Kombi-leistungen	Pflege-dienste	Kurzzeit-[38], Tages- und Nachtpflege	Dauer-pflege	Gesamt-zahl
1999	107.578	27.890	12.531	1.483	59.775	209.257
2003	100.028	31.283	16.115	2.777	68.160	218.363
2005	100.463	35.512	16.134	3.483	72.331	227.923
2007	107.210	32.567	23.197	3.665	75.557	242.196

Quelle: LSKN, Pflegestatistik 1999, 2003, 2005 und 2007

Der relative Anteil pflegebedürftiger Menschen, der ausschließlich von Angehörigen zu Hause gepflegt wird, ist in den Jahren 1999 bis 2003 leicht gesunken und seit Ende 2007 fast wieder auf dem gleichen Niveau wie im Jahr 1999. Der Anteil an Kombinationsleistungen liegt 2007 unter dem im Jahr 2005, jedoch höher als 1999 und 2003. Kontinuierlich gestiegen ist die Zahl der Bezieherinnen und Bezieher ausschließlich von Pflegesachleistungen von 1999 bis 2007 um 46%. Auch die Inanspruchnahme von Leistungen der Kurzzeit-, Tages- und Nachtpflege ist in den

37 Diese Daten beziehen sich auf eine Stichtagserhebung am 15.12.2007.
38 s. Fußnote 31

Jahren stetig gestiegen und liegt 2007 um 60% höher als 1999. In der stationären Dauerpflege betrug der Anstieg in den Jahren von 1999 bis 2007 21%.

Tab. (10) Prozentuelle Verteilung je Leistungsart an den Gesamtleistungen

Jahren	Pflege-geld	Kombi-leistungen	Pflege-dienste	Kurzzeit-[39], Tages- und Nachtpflege	Dauer-pflege	Gesamtzahl 100 %
1999	51,4	13,3	6,0	0,7	28,6	209.257
2003	45,8	14,3	7,4	1,3	31,2	218.363
2005	44,1	15,6	7,1	1,5	31,7	227.923
2007	44,3	13,4	9,6	1,5	31,2	242.196

Quelle: LSKN, Pflegestatistik 1999, 2003, 2005 und 2007, eigene Berechnungen des MS

Im Bundesvergleich liegt der Anteil der zu Hause versorgten Pflegebedürftigen bei 68,4% leicht über dem in Niedersachsen (67,3%). Der Anteil der ausschließlich von Angehörigen versorgten Leistungsbezieherinnen und Leistungsbeziehern beträgt im Bundesdurchschnitt 46% (in Niedersachsen 44,3%). In der vollstationären Dauerpflege liegt Niedersachsen mit 31,2% geringfügig über dem Bundesdurchschnitt von 29,9%.

Tab. (11) Leistungsempfänger von 1999 bis 2007 nach Art der Leistung, Pflegestufen und im Bundesvergleich (TA)

Weitere Leistungsarten und ihre Inanspruchnahme im Einzelnen:
Die im Landespflegebericht 2005[40] beschriebene ansteigende Inanspruchnahme teilstationärer Leistungen setzte sich mit Stand 2007 weiter fort. Die Zahl der Tagespflegegäste in Niedersachsen am Erhebungsstichtag 15.12.2007 betrug 1.881 (2005: 1.435). 1999 waren es 811 und 2003 bereits 1.233 gezählte Gäste in Tagespflegeeinrichtungen. Die prozentuale Steigerungsrate seit 2003 beträgt wiederum 52,6%; seit 1999 hat sich die Zahl der Tagespflegegäste um mehr als 1.000 (am Stichtag) erhöht. Der Anteil an allen Leistungsbezieherinnen und Leistungsbeziehern befindet sich mit 0,8% jedoch nach wie vor auf einem niedrigem Niveau (1999: 0,4%).

39 s. Fußnote 31
40 MS, Landespflegebericht 2005, S. 67

Die zur Verfügung stehenden Stichtagsdaten für die Kurzzeitpflege erlauben folgende Aussagen:
Unter der Annahme einer Gleichverteilung über das Jahr hinweg kann zur Ermittlung eines Ganzjahreswertes in etwa vom Zwölffachen der am Stichtag ermittelten Zahl der Kurzzeitpflege in Anspruch Nehmenden (1.781) ausgegangen werden[41]. Für Niedersachsen ergibt sich auf diesem Wege für das gesamte Jahr 2007 eine Gesamtzahl von 21.372 Gästen in der Kurzzeitpflege. Die Gesamtzahl für das Jahr 2005 liegt mit 24.576 Gästen in der Kurzzeitpflege höher als 2007. Im Jahr 2003 konnte auf der gleichen Berechnungsgrundlage eine Zahl von 18.530 Leistungsfällen hochgerechnet werden. In den Jahren von 1999 (angenommene 8.064 Pflegebedürftige in Kurzzeitpflege) bis 2005 hatte sich die angenommene Inanspruchnahme der Kurzzeitpflege bei den stichtagsbezogenen Daten somit mehr als verdreifacht.
Ca. jede achte Leistungsbezieherin bzw. jeder achte Leistungsbezieher in häuslicher/ ambulanter Pflege hat 2007 (wie bereits auch 2003) das Kurzzeitpflegeangebot genutzt. Im Jahr 2005 war es jede bzw. jeder sechste.
Die Leistungen der Kurzzeitpflege tragen zur Sicherung der häuslichen pflegerischen Versorgung bei. Das gilt insbesondere für die Übergänge beispielsweise nach einem Krankenhausaufenthalt, wenn die seit Einführung der G-DRG's[42] in den Krankenhäusern 2003 nach kürzeren Verweildauern entlassenen Patientinnen und Patienten Zeit zur Rekonvaleszenz und gesundheitlichen Stabilisierung benötigen oder die häusliche Pflege durch Angehörige zunächst organisiert und sicher gestellt werden muss.

Die Bedeutung der Nachtpflege ist mit drei Nutzerinnen und Nutzern am Stichtag so gering, dass sie in der Gesamtversorgung eine zu vernachlässigende Rolle spielt und nur im seltenen Einzelfall eine individuelle Bedeutung erhält.

---

41 Tatsächlich ist aber angesichts der Tatsache, dass die Leistungen der Kurzzeitpflege überwiegend als Urlaubspflege in Form der so genannten „eingestreuten" Kurzzeitpflege in vollstationären Einrichtungen der Dauerpflege in Anspruch genommen werden, von einer solchen Gleichverteilung über das Jahr nicht auszugehen. Andererseits stellt der 15. Dezember als Stichtag nach Aussage der Träger keinen repräsentativen Durchschnittstag für die Kurzzeitpflegenutzung der Einrichtungen dar; vielmehr ist die zeitliche Nähe zum Weihnachtsfest und zum Jahreswechsel eine unterdurchschnittliche Nachfrage nach dieser Leistung in den Einrichtungen zu verzeichnen (MS, Landespflegebericht 2005, S. 67). Insofern wird mangels genauerer Informationen von einer vorsichtigen Einschätzung der Gesamt-Inanspruchnahme von Kurzzeitpflege im Umfang des Zwölffachen der Stichtagsdaten ausgegangen

42 G-DRG (German Diagnosis Related Groups): Diagnosebezogene Fallgruppen in einem Fallpauschalen-System

Es lassen sich zusammengefasst folgende wesentlichen Befunde für Niedersachsen festhalten:

- Die Anzahl der Leistungsbezieherinnen und Leistungsbezieher ist zwischen 2005 und 2007 höher gestiegen als im Zeitraum 1999 und 2001; seit 1999 insgesamt um 15,7%. Die Gesamtzahl liegt damit in Niedersachsen Ende 2007 im Bereich der Vorausberechnung aus 2003 für das Jahr allerdings höher als Variante 5 mit der Basisannahme eines mittleren Anstiegs der durchschnittlichen Lebenserwartung und dem mittleren Wanderungssaldo, jedoch niedriger als die Variante 8 (hoher Anstieg der durchschnittlichen Lebenserwartung und mittleres Wanderungssaldo)[43].
- Die Pflegequote in Niedersachsen liegt mit 3,04 höher als im Bundesdurchschnitt mit 2,73. Die Differenz zwischen der niedersächsischen und der bundesdurchschnittlichen Pflegequote wird in den höheren Lebensaltern größer.
- Erstmals seit 2003 sind Zuwächse in allen drei Pflegestufen zu verzeichnen.
- Nach wie vor werden mehr als zwei Drittel der Leistungsbezieherinnen und Leistungsbezieher ambulant versorgt. Männliche Pflegebedürftige werden prozentual mehr als weibliche Pflegebedürftige zu Hause gepflegt und wechseln seltener in die stationäre Dauerpflege.
- Die Zahl der ausschließlich von Angehörigen versorgten Pflegebedürftigen ist in den Jahren von 1999 bis 2007 stabil geblieben. Der prozentuale Anteil aller häuslich gepflegten Personen an der Gesamtversorgung hat seit 1999 leicht abgenommen (um 3,4%).
- In der ambulanten Versorgung hat die Kombinationsleistung eine leicht gestiegene Bedeutung und die Ausschöpfung aller Pflegesachleistungen eine höhere Bedeutung erlangt. Die Tagespflege trägt in der häuslichen Versorgung insbesondere von Schwerpflegebedürftigen zur Stabilisierung bei.
- In der vollstationären Dauerpflege werden 2007 im Vergleich zu 1999 20,9% und in der ambulanten Pflege 46% mehr Pflegebedürftige versorgt. In der gesamten Versorgung hat die ambulante Pflege mit dieser Entwicklung eine zunehmende Bedeutung erlangt.

---

[43] MS, Landespflegebericht 2005, S. 255

- Der zahlenmäßige Anstieg von Pflegebedürftigen ist auch durch eine längere Pflegedauer beider Geschlechter begründet und nicht nur durch das Hinzukommen neuer Leistungsbezieherinnen und Leistungsbeziehern. Gleichzeitig sinkt das altersspezifische Risiko des Auftretens von Pflegebedürftigkeit.

1.2 Selbstbeschaffte Pflegehilfen, soziodemographische Merkmale der Pflegepersonen

Seit Einführung des SGB XI im Jahre 1995 können Leistungen zur häuslichen Pflege in Anspruch genommen werden. Ein zentrales Anliegen der Pflegeversicherung ist die Stärkung der häuslichen Pflege. Nach § 3 SGB XI soll die Pflegeversicherung mit ihren Leistungen „vorrangig die häusliche Pflege und die Pflegebereitschaft der Angehörigen und Nachbarn unterstützen, damit die Pflegebedürftigen möglichst lange in ihrer häuslichen Umgebung bleiben können." Daten aus der Pflegestatistik belegen die Bedeutung der häuslichen Pflege. In Niedersachsen werden Ende 2007 107.210 (44,3%) der pflegebedürftigen Menschen ausschließlich durch Angehörige in der Häuslichkeit gepflegt. Bundesweit liegt der Anteil der Pflegegeldempfängerinnen und -empfänger bei 46%.

In § 37 SGB XI ist der Bezug von Pflegegeld für selbst beschaffte Pflegehilfen geregelt und in § 38 SGB XI die Kombination von Geldleistungen und Sachleistungen. Insgesamt 139.777 Pflegebedürftige (57,7%) werden statistisch belegt ausschließlich oder flankierend unterstützt mit ambulanten Pflegeleistungen von Angehörigen in der Häuslichkeit gepflegt.

Tab. (12) Pflegegeldempfänger/-innen 2007 nach Leistungsträgern, Altersgruppen und Pflegestufen (TA)

Auch innerhalb der Gruppe derjenigen, die ausschließlich Pflegesachleistungen nach § 36 SGB XI beziehen, sind zu einem unbestimmten Anteil pflegende Angehörige an der häuslichen Pflege beteiligt bzw. wird diese überwiegend durch ihre Leistungen aufrecht erhalten. Lediglich ein nicht zu beziffernder Anteil alleinlebender bzw. alleinstehender, häufig kinderloser Pflegebedürftiger wird ohne die Unterstützung von Angehörigen in der eigenen Häuslichkeit versorgt. Daten der TNS Infratest

Repräsentativerhebung 2002 ermittelten 8% aller Leistungsbezieherinnen und Leistungsbezieher, die keine privaten Helferinnen und Helfer hatten[44].

§ 19 SGB XI definiert den Begriff der Pflegepersonen. Danach sind es Personen, „die nicht erwerbsmäßig einen Pflegebedürftigen im Sinne des § 14 in seiner Umgebung regelmäßig pflegen."

Es konnte nicht auf eine ausreichende landesweite und in regionalisierter Gliederung vorliegende Datenlage über pflegende Angehörige zugegriffen werden. Zum Stand und Entwicklung der Zahl pflegender Angehöriger und ihre sozio-demographischen Merkmale wurden daher Berichte aus empirischen Untersuchungen hinzugezogen.

Bislang fehlen exakte Daten zur Zahl (pflegebedürftiger) Menschen mit demenziellen Erkrankungen und deren sozio-demographischen Merkmale. Es liegen nur Schätzungen in Form von Hochrechnungen aus einzelnen empirischen Erhebungen auf Bundesebene vor.

Obwohl die Pflegestatistik nach § 109 SGB XI auch Pflege- und Betreuungsleistungen durch Angehörige und ehrenamtliche Helferinnen und Helfer erfassen könnte, liegen über die Versorgungs- und Betreuungsleistungen, die von Angehörigen erbracht werden, nur wenige belastbare empirische Informationen vor.[45]

Nach Repräsentativbefunden der MuG III - Studie[46] erhalten 92% der Pflegebedürftigen im ambulanten Bereich in aller Regel von den nächsten eigenen Angehörigen regelmäßig private Hilfe und Betreuung[47]. Dies gilt auch für die Mehrheit der Pflegebedürftigen, die in Einpersonenhaushalten leben und ebenfalls auf eine private Hauptpflegeperson, die im näheren räumlichen Umfeld wohnt, zurückgreifen können. Verheiratete oder in einer Partnerschaft lebende Pflegebedürftige werden von dem (Ehe-)Partner oder der (Ehe-)Partnerin gepflegt. Für verwitwete oder alleinstehende ältere, in der Mehrzahl hochaltrige Personen übernehmen die eigenen Kinder oder Schwiegerkinder die Pflege und Betreuung. Bei jüngeren Pflegebedürftigen, Kindern und Jugendlichen, stehen die Eltern bzw. ein Elternteil in der pflegerischen Verantwortung. 9% der Pflegebedürftigen, die über private Pflegepersonen verfügen, werden nicht von den eigenen Angehörigen, sondern von Nachbarn, Freunden oder Bekannten gepflegt. Bei weiteren 7% sind

---

44 TNS Infratest Repräsentativerhebung 2002
45 DIW, 20/2004, S. 289
46 Die Zahlen beziehen sich auf das gesamte Bundesgebiet. Für Niedersachsen liegen keine spezifischen Daten vor.
47 Schneekloth & Wahl, MuG III, 2005, S. 76

sonstige bislang nicht erwähnte Verwandte (z.B. Nichte oder Cousine) Hauptpflegeperson einer/eines Pflegebedürftigen.[48]

Sozio-demographische Merkmale der Hauptpflegepersonen

In der Mehrzahl vorliegender Studien zu pflegebedürftigen Personen beschränken sich die Informationen auf die so genannte „Hauptpflegeperson". In mehr als der Hälfte aller häuslichen Pflegearrangements erfolgt die pflegerische Versorgung von mehr als einer Person. Auf die Gesamtzahl häuslicher Pflegearrangements bezogen wird jede/jeder Pflegebedürftige von durchschnittlich zwei Helferinnen und Helfern versorgt.

Fast die Hälfte aller Pflegebedürftigen wird jedoch von nur einer Hauptpflegeperson umfassend betreut und gepflegt. Ihr durchschnittliches Alter beträgt (2002) 59 Jahre. 53% aller Hauptpflegepersonen sind im Alter zwischen 55 und 79 Jahren, mit 16% ist die Gruppe der unter 45-Jährigen und mit 7% die der über 80-Jährigen hauptsächlich pflegerisch tätig[49]. Jede 14. Hauptpflegeperson gehört selbst schon der Gruppe Hochaltriger an.

(Ehe)Partnerinnen und -Partner mit 28% und Töchter mit 26% bilden die Hauptgruppe der in Verwandtschaftsbeziehung Pflegenden. Die Pflege durch einen Sohn mit inzwischen 10% (1991: 3 %) gewinnt jedoch zunehmend an Bedeutung. Schwiegertöchter dagegen pflegen mit 6% weniger als noch 1991 mit 9%. Mehr als ein Viertel aller Hauptpflegepersonen sind männlich (27%) und knapp drei Viertel sind weiblich (73%).

Die **hauptsächlichen Beziehungskonstellationen** in der häuslichen Pflege sind in der Reihenfolge vorkommender Häufigkeit folgende:

(Ehe)Partnerin pflegt (Ehe)Partner, Tochter pflegt Mutter oder Vater, (Ehe)Partner pflegt (Ehe)Partnerin, Sohn pflegt Mutter oder Vater und Schwiegertochter pflegt Schwiegermutter oder Schwiegervater. Die (Ehe)Partnerpflege hat i.d.R. Vorrang vor der Pflege durch Kinder. Ist einer der (Ehe)Partner bereits verstorben, übernehmen die (Schwieger)Kinder die pflegerische Versorgung des verbliebenen Elternteils.

---

48 In der MuG III - Studie werden erhobene Daten aus den Jahren 1991 und 2002 miteinander verglichen. Aktuellere Zahlen liegen derzeit nicht vor, da eine aktualisierende Untersuchung z.Z. im Auftrag des BMFSFJ durchgeführt wird, jedoch daraus noch keine Daten vorliegen.

49 Infratest Repräsentativerhebung 2002

Ein Anwachsen der Gruppe im Bereich von Freunden, Nachbarn und Bekannten könnte ein Hinweis auf neue Konstellationen in häuslicher Versorgung sein. Sie greift insbesondere dann, wenn keine tragfähigen familiären Netzwerke vorhanden sind, z.B. bei Kinderlosigkeit oder größerer Wohnentfernung zu den Angehörigen.[50]

Neben den Daten aus der MuG III - Studie lassen Daten aus der Rentenversicherung Rückschlüsse auf den pflegenden Personenkreis zu. Zu den Leistungen der Pflegeversicherung gehört neben dem Pflegegeld für die Pflegebedürftigen die Übernahme der Beiträge an die Rentenversicherung. Nach § 19 SGB XI erhält eine Pflegeperson nur dann Leistungen zur sozialen Sicherung nach § 44 SGB XI, wenn sie eine pflegebedürftige Person wenigstens 14 Stunden i.S. der festgestellten Pflegebedürftigkeit wöchentlich pflegt und wenn darüber hinaus der Umfang der Erwerbstätigkeit der Pflegeperson 30 Stunden in der Woche nicht übersteigen. Eine Versicherungspflicht besteht nicht gegenüber Renten- und Pensionsbezieherinnen und -beziehern. Anhand der Versichertenkonten der Rentenversicherung können daher nur jüngere Altersgruppen bis zum Rentenalter untersucht werden und wird in erster Linie die Pflege durch die Kindergeneration abgebildet[51].

Danach steigt die Zahl der Pflegepersonen seit 1995 infolge so genannter Einführungseffekte von 113.132 bis ins Jahr 2000 auf 270.917 Versicherte an. Die höchste Zahl wurde 2004 mit 313.846 Versicherten erreicht. Seitdem sinkt sie jährlich leicht bis auf 292.709 im Jahr 2007. In der jährlichen Zeitraumerhebung der Deutschen Rentenversicherung steigt die Zahl männlicher Pflegepersonen seit 2000 von 38.404 bis 2007 auf 39.498 Versicherte. Die Zahl weiblicher Pflegepersonen sinkt dagegen im gleichen Zeitraum in absoluten Zahlen von 489.290 auf nunmehr 369.211 Versicherte. Von dieser deutlichen Abnahme ist gleichermaßen die durchgehend ganzjährige Pflege als auch die nicht ganzjährige Pflege betroffen. In der jährlichen Stichtagserhebung (31.12.) dagegen steigen die Zahl versicherter Frauen und Männer im vergleichbaren Zeitraum.

Für **Niedersachsen** liegen Daten aus der Statistik der Deutschen Rentenversicherung aus dem Jahr 2008 vor. Danach waren zum Stichtag 31.12. insgesamt 32.544 Pflegepersonen in der Rentenversicherung, davon 2.280 Männer

50 MuG III -Studie, 2005, S. 77
51 GEK-Pflegereport, 2009, S. 83

und 30.264 Frauen. Demnach sind 93% der versicherten Pflegepersonen weiblich und nur 7% männlich.

Die Verteilung nach Alterskohorten ergibt einen deutlichen Schwerpunkt im Alter zwischen 40 und 59 Jahren. Bei den Frauen liegt er bei 72,5% aller weiblichen Versicherten, bei den Männern bei 70,1% und stützt die Annahme, dass es sich dabei v.a. um die Generation pflegender Kinder und Schwiegerkinder handelt. Bei den unter 40-Jährigen ist der männliche Anteil (vermutlich pflegender Väter) überproportional mit 14,3% und der Anteil der Frauen (überwiegend pflegender Mütter) liegt bei 16%.

Die absolute Zahl der Pflegepersonen und Angaben zu sozio-demographischen Daten sind stark von dem verwendeten Erhebungskonzept zur geleisteten Pflege und von den Datengrundlagen verfügbaren Altersgruppen abhängig[52].

Während den Daten der Rentenversicherung eine klare Abgrenzung von Pflegetätigkeiten von mindestens 14 Stunden i.S. der festgestellten Pflegebedürftigkeit in der Woche zugrunde liegt und Renten- und Pensionsbezieher und -bezieherinnen nicht berücksichtigt sind, werden in den Daten des Sozioökonomischen Panels (SOEP) auch geringfügige Pflegetätigkeiten altersgruppenübergreifend abgebildet. Pflegetätigkeiten im Rahmen des SOEP werden über die Frage danach erhoben, wie viele Stunden eines durchschnittlichen Werktages auf die Versorgung und Betreuung von pflegebedürftigen Personen entfallen. Es ist sicher anzunehmen, dass die untersuchten Personen im Gegensatz zu den MuG-Studien nicht nur Hauptpflegepersonen sind, sondern zu einem Großteil darüber hinausgehende zusätzliche Pflegeaufgaben leisten.

52 GEK-Pflegereport, 2009, S. 87

Tab. (13) Anzahl der Pflegepersonen nach Jahr und Geschlecht

	Insgesamt	Männer	Frauen
2001	3.023.149	1.061.617	1.961.532
2002	3.338.687	1.206.090	2.132.597
2003	3.594.032	1.265.394	2.328.638
2004	3.743.936	1.366.638	2.377.298
2005	3.463.392	1.203.796	2.259.596
2006	3.676.797	1.372.015	2.304.782

Quelle: Sozio-ökonomisches Panel (2001-2006)

Die dargestellte Entwicklung in der Tabelle zur Anzahl der Pflegepersonen weist bundesweit insgesamt und nach Geschlecht differenziert eine Zunahme der Pflegepersonen aus. Der Anteil der Gesamt-Zahl an der Pflege beteiligten Männer, unabhängig vom zeitlichen Umfang ihrer Tätigkeit, variierte in dem Zeitraum zwischen 34 und 37%. Die Daten des SOEP belegen, dass Männer häufiger die häusliche Pflege unterstützen, als dass sie als Hauptpflegeperson tätig sind.
Die Gruppe der Pflegenden ist auch über die bestehenden Geschlechterunterschiede hinaus heterogen[53]. Danach pflegen Frauen am häufigsten im Alter von 45-75 Jahren, während Männer erst in höheren Altersjahren pflegen. Weibliche Pflegepersonen übernehmen häufiger Pflegeaufgaben für die Elterngeneration, sind also mehr in der intergenerativen Pflege tätig, während männliche Pflegepersonen vor allem die eigene (Ehe)Partnerin pflegen, also überwiegend intragenerative Pflege leisten.

Berufstätigkeit der Hauptpflegeperson

Konsequenzen der Pflege für die Erwerbstätigkeit der Hauptpflegeperson bilden die Daten der Infratest Repräsentativerhebung 2002[54] ab. Danach waren pflegende Angehörige von Leistungsempfängerinnen und Leistungsempfängern zu Beginn der Pflege zu 51% nicht erwerbstätig, 10% haben ihre Erwerbstätigkeit aufgegeben, 11% haben sie eingeschränkt und 26% haben ihre Tätigkeit fortgesetzt (2% ohne Angaben).

53 GEK-Pflegereport 2009, S. 86
54 TNS Infratest Repräsentativerhebung 2002

Die Vereinbarkeit von privater Pflege und eigener Berufstätigkeit hat sich im Vergleich zu 1991 erkennbar verbessert. Damals haben noch 14% die Erwerbstätigkeit aufgegeben und 12% eingeschränkt. Es kann davon ausgegangen werden, dass zu der verbesserten Vereinbarkeit von Beruf und wahrgenommener Pflegeverantwortung flankierende Hilfen, insbesondere in Form von ambulanten Pflegeleistungen und in einigen Regionen auch Angebote der Tagespflege, beigetragen haben.
2001 haben Schneider et al.[55] nachweisen können, dass Frauen bei auftretender Pflegebedürftigkeit in der Familie eher bereit waren, ihre Erwerbstätigkeit (vorübergehend) aufzugeben oder zumindest einzuschränken. Es ist davon auszugehen, dass Frauen auch deshalb eher ihre Erwerbstätigkeit aufgeben oder einschränken, weil ihr Einkommen unter dem der Männer liegt und geschlechtsspezifische Rollenerwartungen bei der Entscheidung zum Tragen kommen.

Pflegebedingter Zeitaufwand und Belastungen durch die Pflege

Die Infratest Repräsentativerhebung gibt ebenfalls Hinweise auf den durchschnittlichen wöchentlichen Zeitaufwand für die Pflege und Betreuung Pflegebedürftiger in Privathaushalten zum Jahresende 2002. Gemäß einer Selbsteinschätzung der Haushalte werden Leistungsbezieherinnen und Leistungsbezieher insgesamt 36,7 Stunden pro Woche gepflegt. Der Aufwand im Durchschnitt betrachtet differiert nicht nur nach Pflegestufen. Einen deutlichen Unterschied ergibt sich auch in der Differenzierung zwischen kognitiv unbeeinträchtigten und kognitiv beeinträchtigten (v. a. demenzerkrankten) Pflegebedürftigen. Während Pflegepersonen von ausschließlich somatisch Pflegebedürftigen durchschnittlich 33,7 Stunden aufbringen, leisten diejenigen von (zusätzlich) kognitiv beeinträchtigten Pflegebedürftigen knapp 40 Pflege- und Betreuungsstunden pro Woche. Am höchsten ist dabei der Zeitwert mit 61,9 Stunden in der Pflegestufe III. In diesen Daten manifestiert sich für die häusliche Leistungserbringung der erhöhte Hilfe- und Pflegebedarf, von dem insbesondere für die Pflege demenzerkrankter Pflegebedürftiger ausgegangen werden kann.

55 Schneider, T. et al, 2001

Tab. (14) Durchschnittlicher wöchentlicher Zeitaufwand für die Pflege und Betreuung

mittlerer Aufwand in Stunden pro Woche	insgesamt	kognitiv beeinträchtigt	kognitiv unbeeinträchtigt
Pflegestufe I	29,4	31,4	28,1
Pflegestufe II	42,2	43,7	40,0
Pflegestufe III	54,2	61,9	46,6
Insgesamt (durchschnittlich)	36,7	39,7	33,7

TNS Infratest Repräsentativerhebung 2002[56]

Die im Durchschnitt aufgewendete Zeit von 36,7 Stunden pro Woche bzw. 5,2 Stunden pro Tag (einschließlich Wochenende) für Pflege, hauswirtschaftliche Versorgung und allgemeine Betreuung entspricht knapp dem Umfang einer beruflichen Vollzeittätigkeit. Der geschätzte Gesamtaufwand streut allerdings erheblich. Im Unterschied zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen, bei dem bestimmte zeitliche Orientierungswerte zugrunde gelegt werden, wird in diesem Zusammenhang der gesamte Zeitaufwand eingeschätzt. Hierbei kommen unterschiedliche Faktoren zusammen; beispielsweise bringen Partnerinnen und Partner in der Regel mehr Zeit auf als Kinder oder sonstige Angehörige.

Auch wenn private Hauptpflegepersonen nicht mehr notwendigerweise rund um die Uhr verfügbar sein müssen, um in einem Pflegearrangement die häusliche Pflege sicher zu stellen, ist die Übernahme der Pflege nach wie vor mit hohen Belastungen verbunden.

83% der Hauptpflegepersonen empfinden die Belastungen als eher stark oder sehr stark. Nur 12% geben an, dass sie weniger und 5% gar nicht durch die Pflege belastet sind. Im Vergleich zu der Repräsentativerhebung im Jahr 1999 ist das Belastungsempfinden etwas rückläufig. Damals gaben 90% der pflegenden Angehörigen an, sich eher stark und sehr stark belastet zu fühlen.[57]

56 MuG III - Studie, 2005, S. 78
57 Schneekloth, Ulrich, 2006, S. 409

Auch zahlreiche andere Forschungsergebnisse lassen den Schluss zu, dass die Pflege Angehöriger subjektiv und objektiv mit hohen zeitlichen, sozialen, physischen und gesundheitlichen Belastungen einher gehen[58].

Insbesondere die Betreuung einer Person mit einer Demenzerkrankung stellt eine große Herausforderung für pflegende Angehörige dar. Zahlreiche Studien zur Pflege Demenzkranker im häuslichen Bereich stellen eine signifikant höhere Belastung der pflegenden Angehörigen Demenzkranker im Vergleich zu Pflegenden von nicht Demenzerkrankter fest[59]. Pflegepersonen erleben nicht nur persönliche Einschränkungen, sondern auch finanzielle sowie immense psychische und physische Belastungen aufgrund krankheitsspezifischer Persönlichkeitsveränderungen sowie der abnehmenden kognitiven Leistungsfähigkeiten der demenzerkrankten Person. Nach Untersuchungen zeigten pflegende Angehörige beispielsweise erhöhte Depressionswerte, psychiatrische Symptome und eine reduzierte Immunstärke[60].

Zusammenfassende Befunde

- Hauptpflegepersonen sind (Ehe)Partner, die sich gegenseitig pflegen und die Generation der (Schwieger)Kinder, die die Pflege übernehmen, wenn nur (noch) ein Elternteil da ist.
- Häusliche Pflegearrangements erweisen sich auch vor dem Hintergrund des demographischen Wandels als stabil und anpassungsfähig. Die gestiegene Lebenserwartung führt dazu, dass die familiale Unterstützung alter und hochaltriger Menschen zu einem erwartbaren Regelfall im Familienzyklus geworden ist.
- Es gibt Anzeichen für Veränderungen in den häuslichen Pflegearrangements, unter anderem durch ein allmählich sich veränderndes Rollenverständnis der Geschlechter. Der Anteil männlicher Hauptpflegepersonen beträgt derzeit ca. ein Viertel an der Gesamtzahl. Auch die Bedeutung nicht-familialer, informeller Pflegeunterstützung wächst.

---

58 Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. (Hrsg.), Überleitung und Case Management in der Pflege, Hannover, 2004, S. 170

59 Beyrodt, M., Roling, G., Belastungen und Bedarf pflegender Angehöriger von Menschen mit Demenz, in: Niedrigschwellige Hilfen für Familien mit Demenz, Frankfurt am Main, 2007, S. 41

60 Gräßel, Elmar (2002), When home care ends - changes in the physical health of informal caregivers caring for dementia patients: a longitudinal study. JAGS 50; 843-849

- Die Verlängerung der Lebenserwartung eröffnet Chancen für langlebige (Ehe)Partnerbeziehungen und eine Erweiterung der Partnerpflege.
- Zunehmende Ehepartnerpflege und die Pflege hochaltriger Familienangehöriger haben Folgen für das Alter der Pflegenden. Pflegepersonen sind zum Zeitpunkt der Pflege überwiegend in der dritten Lebensphase. Mehr als 60% der pflegenden Angehörigen ist im Alter von 55 Jahren und älter.
- Zunehmend verbinden die Pflegepersonen eine berufliche Tätigkeit mit der familialen Pflege. Die Pflegearrangements werden vielfältiger gemischt mit informellen und formellen Unterstützungsangeboten im Sinne eines „Pflege-Mixes“. Vor diesem Hintergrund wächst die Bedeutung von Tagespflegeeinrichtungen und von stundenweisen Betreuungsangeboten.
- Die Belastungen in der häuslichen Pflege für die Pflegepersonen konnte etwas gemindert werden, befinden sich aber nach wie vor auf einem hohen Niveau. Häusliche Pflege ist mit einem hohen zeitlichen Aufwand verbunden. Die Minderung von Belastungsmomenten in familialer Pflege ist nach wie vor eine dominierende Herausforderung für Träger und Dienstleistungen in der ambulanten Versorgung.
- Die Pflegestatistik weist Pflegegeldempfängerinnen und -empfänger sowie Leistungen der ambulanten Pflegedienste (einschließlich der Kombinationsleistungen) aus, nicht aber Daten zu dem tatsächlichen Umfang familiär erbrachter Leistungen. Pflegepersonen werden unabhängig vom Pflegegeld rentenpflichtversichert, ihre Pflegearrangements erhalten entlastende Unterstützung sowie Leistungen der Verhinderungspflege. Nach Repräsentativerhebungen erhalten 92% aller ambulant gepflegten Leistungsempfängerinnen und -empfänger Hilfe- und Pflegeleistungen durch Angehörige und Bekannte.

1.3 Regionale Verteilung und Strukturen

Für die Darstellung von regionalen Unterschieden wird zum Teil auf die Zuordnung zu den früheren Regierungsbezirken zurückgegriffen. Die Zusammenfassung großer Teilregionen des Landes ist angesichts gewisser grundlegender Unterschiede in den

bevölkerungs- und siedlungsstrukturellen Bedingungen sowie sozio-strukturellen Merkmalen für solche typisierenden Kennzeichnungen geeignet.

Zahl der Leistungsempfängerinnen und Leistungsempfänger 2007

Die vergleichsweise größte Zahl der Leistungsempfängerinnen und -empfänger lebt in den Landkreisen und kreisfreien Städten des ehemaligen Regierungsbezirks Weser-Ems.

Tab. (15) Leistungsempfänger/-innen 2007 nach regionaler Gliederung und Altersgruppen (TA)

Bei einer Gesamtzahl von 242.196 Leistungsbezieherinnen und Leistungsbeziehern liegt der dortige prozentuale Anteil (72.761 Pflegebedürftige) bei 30%. Im ehemaligen Regierungsbezirk Hannover stellen 65.716 pflegebedürftige Menschen (27,1%) die zweitgrößte Gruppe der Leistungsempfängerinnen und Leistungsempfängern dar. Im ehemaligen Regierungsbezirk Braunschweig gibt es 54.255 pflegebedürftige Menschen mit 22,4% an der Gesamtzahl und im ehemaligen Regierungsbezirk Lüneburg sind es 49.464 mit einem Anteil von gut einem Fünftel (20,4%).

Tab. (16) Leistungsempfänger von 1999 bis 2007 nach regionaler Gliederung und Leistungsarten (TA)

Die Pflegequoten aller ehemaligen Regierungsbezirke liegen in einer Bandbreite von 0,2 (Lüneburg und Weser-Ems) bis 0,6 (Braunschweig) Prozentpunkte höher als die Bundespflegequote mit 2,7.

Der Landkreis mit dem höchsten Anteil an Leistungsbezieherinnen und Leistungsbeziehern an der Gesamtbevölkerung ist der Landkreis Osterode mit einer Pflegequote von 4,3. Die kreisfreie Stadt Salzgitter liegt niedersachsenweit an zweiter Stelle mit einer Pflegequote von 4,1. Weitere Landkreise mit einem hohen Anteil pflegebedürftiger Personen in Niedersachsen sind Northeim (4,0), Goslar (3,9) und Lüchow-Dannenberg (3,9). Die bundesweit vier höchsten Pflegequoten gibt es im bayrischen Landkreis Passau mit 5,0, in der kreisfreien Stadt Hof (4,9), dem hessischen Werra-Meißner-Kreis (4,7) und dem Landkreis Uecker-Randow in Mecklenburg-Vorpommern mit einer Pflegequote von 4,5[61].

61 Statistische Ämter des Bundes und der Länder, Pflegestatistik 2007, Februar 2010, S. 6

Die niedrigste Pflegequote in Niedersachsen hat die kreisfreie Stadt Osnabrück mit 2,3, gefolgt vom Landkreis Harburg (2,4) und den Landkreisen Stade, Ammerland und Osnabrück mit je 2,5. Demgegenüber war der bundesweit geringste Anteil an Pflegebedürftigen in den bayerischen Landkreisen Freising und Erding (beide 1,5) feststellbar. Es folgten die baden-württembergischen Landkreise Böblingen und Ludwigsburg mit jeweils 1,7[62].

Der Anteil an Leistungsempfängerinnen und Leistungsempfänger in den kreisfreien Städten liegt mit 30.428 Personen bei 12,6%. Der Anteil in den Landkreisen beträgt 87,4% mit einer Anzahl von 211.768 Pflegebedürftigen.

Leistungsbezieherinnen und Leistungsbezieher im Verhältnis zur Bevölkerungszahl der über 65-ig Jährigen

Unter versorgungspolitischen Aspekten von größerer Aussagekraft für die Landkreise und kreisfreien Städte als das Verhältnis der Gesamt-Zahl der Leistungsbezieherinnen und Leistungsbezieher zur Gesamt-Einwohnerzahl (Pflegequote) ist die Betrachtung (nur) der Altersgruppe der über 65-Jährigen.

Ein hoher prozentualer Anteil an über 65-jährigen an der Gesamtbevölkerung korrespondiert tendenziell mit einem hohen Anteil an pflegebedürftigen Personen. Der durchschnittliche Prozentsatz an über 65-Jährigen liegt in Niedersachsen bei 20,3%.

Die Landkreise und kreisfreien Städte mit einem Anteil von über 20,3% an über 65-Jährigen haben in überwiegender Anzahl auch eine Pflegequote von über 3,0, also überdurchschnittlich hoch.

Die Entwicklungen beim Anteil der über 65-Jährigen im Vergleich zum Anteil der Pflegebedürftigen verlaufen jedoch nicht immer erwartbar parallel zueinander. Beispielsweise hat der Landkreis Emsland eine Pflegequote von 3,4, ihr Anteil an über 65-jährigen Bewohnerinnen und Bewohnern liegt jedoch bei nur 17,13% und ist damit deutlich unterdurchschnittlich.

Auch die Stadt Salzgitter hat zwar einen sehr großen Anteil von 4.289 Pflegebedürftigen an der Gesamtbevölkerung und die zweithöchste Pflegequote in Niedersachsen von 4,1, ihr Anteil der über 65-Jährigen liegt jedoch bei einer vergleichsweise moderaten Zahl von 22,8%. Im Landkreis Ammerland ist die

62 ebenda

Pflegequote 2,5 deutlich unterdurchschnittlich, der Anteil der über 65-Jährigen liegt mit 19,7% jedoch fast auf dem Durchschnittswert für Niedersachsen. Die Stadt Osnabrück hat die geringste Pflegequote von 2,3, ihr Anteil an über 65-Jährigen ist jedoch mit 19,8% ebenfalls nahezu durchschnittlich.
Einen hohen Anteil an über 65-Jährigen haben die Landkreise Goslar (25,70%), Osterode (25,69%), Holzminden (24,5%), Lüchow-Dannenberg (25%) und die Städte Wilhelmshaven (23,9%) und Wolfsburg (23,5%). Die Pflegequoten liegen in den genannten Landkreisen mit Werten zwischen 3,5 und 4,3 deutlich höher als in den beiden Städten mit 3,3 bzw. 3,0, in denen ein größerer Anteil an jüngerer Bevölkerung lebt.

Entwicklung von 1999 - 2007

Die Entwicklung der Zahl der Leistungsempfängerinnen und Leistungsempfänger ist in den verschiedenen Teilregionen Niedersachsens nicht einheitlich verlaufen. Im Vergleich zu den Zahlen im Jahr 2003 ist der Anteil an der Gesamtzahl Pflegebedürftiger in den Landkreisen um 5,6% gestiegen (2003: 81,8%), dagegen in den kreisfreien Städten um 6,2% gesunken (2003: 18,2%). Damit setzt sich der im Landespflegebericht 2005[63] beschriebene Trend des überproportionalen Zuwachses an Leistungsempfängerinnen und -empfängern in den Landkreisen im Vergleich zu den Städten weiter fort. Diese Entwicklung ist aus der Altersentwicklung in diesen Gebieten allein nicht zu erklären.

Tab. (17) Bevölkerung und Pflegequoten (= PQ ; % - Anteil an der Gesamtbevölkerung)

Jahre	Weser-E.	PQ	Lüneburg	PQ	Hannover	PQ	Braunschweig	PQ
1999	60.051	2.5	41.904	2.5	59.628	2.8	47.674	2.9
2001	61.711	2.5	43.441	2.6	58.925	2.7	49.027	2.9
2003	64.171	2.6	45.034	2.7	59.895	2.8	49.263	2.7
2005	67.180	2.7	47.214	2.8	62.680	2.9	50.849	3.1
2007	72.761	2.9	49.464	2.9	65.716	3.0	54.255	3.3

Quelle: Landesbetrieb für Statistik und Kommunikationstechnologie Niedersachsen, eigene Berechnungen des MS

63 MS, Landespflegebericht 2005, S. 77

Die prozentuale Steigerungsrate in den ehemaligen Regierungsbezirken ist in Weser-Ems von 1999 bis 2007 mit 17,5% am höchsten, gefolgt von Lüneburg mit 15,3%. Deutlich unterdurchschnittlich im Vergleich mit der Steigerungsrate für Gesamt-Niedersachsen (15,7%) liegen die Werte für den ehemaligen Regierungsbezirk Hannover mit 9,3% und für Braunschweig mit 12,1%. Höhere Steigerungsraten waren demnach in den ehemaligen Regierungsbezirken zu verzeichnen, die die niedrigeren Pflegequoten von 2,9 im Jahr 2007 aufweisen. Niedrigere Steigerungsraten sind hingegen in den ehemaligen Regierungsbezirken mit den höheren Pflegequoten zu verzeichnen.

Art der pflegerischen Versorgung

Ebenso wie für die Entwicklung der Zahl der Leistungsempfängerinnen und Leistungsempfänger bestehen auch hinsichtlich der Art der in Anspruch genommenen Leistungen zwischen den kommunalen Gebietskörperschaften Unterschiede. Deren Ursachen können nur vermutet werden.

Folgende relevanten Merkmale kommen im Wesentlichen in Betracht:

- Die Altersverteilung in der Bevölkerung und der Anteil der über 65-Jährigen und der hochaltrigen Bevölkerung (über 80-Jährige),
- die tatsächlichen Möglichkeiten einer privaten häuslichen Pflege (Vorhandensein von Pflegepersonen in privaten Beziehungsverhältnissen, z.B. das Vorhandensein entsprechender Familienstrukturen wie (Ehe)Partner und (Schwieger)Kinder, Anteil möglicher Pflegepersonen in beruflichen Tätigkeiten, pflegefreundliche und flexible Beschäftigungsverhältnisse etc.),
- die Bereitschaft und Möglichkeiten von Angehörigen zur Übernahme von Pflegeverantwortung und -organisation bzw. durch familiale Unterstützung, Versorgung und Pflegeübernahme,
- der Grad an Informiertheit in der Bevölkerung über vorhandene Unterstützungsangebote und bereitzustellender SGB XI Leistungen,
- das Angebot an wohnortnaher, qualifizierter und leistungserschließender Beratung (z.B. bzgl. Pflege, Hilfsmittel, Wohnungsanpassung, Case-Management zur Optimierung der Pflegesituation mit dem Ziel der Vermeidung von Heimaufenthalten oder bezüglich der Auswahl eines geeigneten Pflegeheimes), psychosoziale Beratung, zielgruppenspezifische

Beratungsangebote, z.B. gerontopsychiatrische Beratung und Beratung von Angehörigen pflegebedürftiger Kinder,

- das Vorhandensein erreichbarer, kompetenzfördender Angebote für Pflegepersonen wie Pflegekurse und -trainings,
- das Angebot an Überleitung vom Krankenhaus in die häusliche Pflege im Rahmen des Entlassungsmanagements und des Sozialdienstes im Krankenhaus und Angebote an rehabilitativen Maßnahmen und Einrichtungen,
- das Angebot an nachbarschaftlichen und ehrenamtlichen Unterstützungsleistungen (z.B. Betreuung, hauswirtschaftliche Hilfen),
- das Angebot (qualitativ und qualitativ) an ambulanten Pflegediensten (Pflege, hauswirtschaftliche Versorgung, Betreuung, ergänzende Dienstleistungen),
- das Angebot an Tages- und Kurzzeitpflege zur Sicherung der häuslichen/ familialen Pflege,
- das Angebot an Formen des Betreuten Wohnens (betreute Wohnungen, betreute Wohngemeinschaften) und
- die Anzahl und die Qualität vorhandener stationärer Einrichtungen der Dauerpflege.

Die dargestellte Vielzahl der Einflussvariablen und die Tatsache, dass diese einander zum Teil auch wechselseitig bedingen, schließen eine Deutung der zwischen den kommunalen Gebietskörperschaften unterschiedlichen Ausprägungen der Inanspruchnahme der verschiedenen Leistungen der Pflegeversicherung im Sinne einer Belegführung, die wissenschaftlichen Anforderungen genügt, auf der Grundlage der vorliegenden Daten zur Ist-Situation aus. Im Weiteren wird daher keine Interpretation der Daten vorgenommen; die Darstellung konzentriert sich auf die Feststellung von besonderen Auffälligkeiten in Gestalt von Abweichungen und Häufungen bzgl. landesdurchschnittlicher Werte.

Bezug von Pflegegeld

Beim Anteil der Pflegegeldbezieherinnen und -bezieher besteht in der Gesamtschau zwischen den Landkreisen (43,3%) und den kreisfreien Städten (43,5%) kaum ein Unterschied. Niedersachsenweit beträgt ihr Anteil 44,3% und bundesweit 46,0%. Der ehemalige Regierungsbezirk Weser-Ems liegt mit 47,8% deutlich über diesem Wert,

der ehemalige Regierungsbezirk Braunschweig mit 44,6% nur knapp darüber. Deutlich unter dem Durchschnitt ist der Anteil der Leistungsempfängerinnen und Leistungsempfänger von Pflegegeld in den ehemaligen Regierungsbezirken Hannover (41,4%) und Lüneburg (42,4%) angesiedelt (siehe auch Tab. 15).

Folgende regionale Besonderheiten sind zu benennen:
Von den kreisfreien Städten haben Wolfsburg (56,2%) und Salzgitter (54,1%) den größten Anteil an Pflegebedürftigen, die ausschließlich Pflegegeld beziehen.
In den Landkreisen Cloppenburg (60,1%), Wittmund (57,1%), Gifhorn (55,4%), Aurich (54,9%), Emsland (54,5%) und Leer (54,2%) werden die meisten pflegebedürftigen Personen ausschließlich von Angehörigen gepflegt. Diese Anteile sind weit über dem Wert für das gesamte Niedersachsen mit 44,3%. Weit darunter liegen die Stadt Oldenburg mit einem Anteil von Leistungsbezieherinnen und Leistungsbeziehern von Pflegegeld mit 33,5% und die Stadt Osnabrück mit 37,3%. Ebenfalls deutlich geringer als der Landesdurchschnitt ist der Anteil in den Landkreisen Uelzen (35,1%), Goslar (37,0%) und Hameln-Pyrmont (38,8%).
Die Landkreise mit einem geringeren Anteil von Pflegegeldempfängerinnen und -empfängern haben einen höheren Anteil von über 65-Jährigen in der Bevölkerung und eine ebenfalls höhere Pflegequote, während die Landkreise mit einem hohen Anteil prozentual eher weniger über 65-Jährigen, dabei jedoch eine erhöhte Pflegequote aufweisen. Diese Befunde deuten darauf hin, dass in den Landkreisen mit jüngerer Bevölkerung ein höheres familiäres Potential zur Übernahme von Pflegeaufgaben zur Verfügung steht bzw. mobilisiert werden kann, auch wenn der Anteil Pflegebedürftiger überdurchschnittlich hoch ist. Dagegen scheint in Landkreisen mit älterer Bevölkerung und einer hohen Zahl von Pflegebedürftigen das familiale Pflegepotential entsprechend geringer zu sein.
Welche der vorgenannten Zusammenhänge letztlich das Ergebnis bewirken und für die Entwicklung von Versorgungsstrategien für die Zukunft von Bedeutung sind, kann nur durch eine genauere Analyse der örtlichen/regionalen Bedingungen im Rahmen der örtlichen Pflegeberichte erfolgen.

Bezug von ambulanter Pflege

Beim Bezug von ambulanten Pflegeleistungen weist von den bisherigen Bezirksregierungen Braunschweig prozentual im Vergleich mit Niedersachsen (23,0%) einen unterdurchschnittlichen Wert von 21,0% und Weser-Ems einen überdurchschnittlichen Wert von 25,1% auf. Die ehemaligen Bezirksregierungen Hannover und Lüneburg liegen mit 22,5% bzw. 22,9% fast gleichauf.

Die Landkreise haben einen Anteil von 22,0% an Leistungsempfängerinnen und -empfänger, die ambulante Pflegeleistungen in Anspruch nehmen, und bilden damit in etwa einen Landesdurchschnitt ab. In den kreisfreien Städte liegt der Anteil mit 24,5% darüber und setzt den im Landespflegebericht 2005 aufgezeigten Entwicklung fort, nach dem im städtischen Siedlungsraum mehr Pflegedienste in häuslicher Pflege tätig sind, als durchschnittlich im ländlichen Siedlungsraum[64].

Überdurchschnittlich hohe Anteile an Pflegesachleistungsbezieherinnen und -bezieher haben danach die Städte Delmenhorst (33,0%), Oldenburg (31,0%), Osnabrück (26,2%), Braunschweig (24,5%) und Emden (24,1%). Dass jedoch der städtische Siedlungsraum nicht allein entscheidendes Kriterium für eine überdurchschnittliche Inanspruchnahme ambulanter Pflegeleistungen ist zeigen folgende Befunde bei den Landkreisen: Grafschaft Bentheim hat einen Anteil von 30,9%, Emsland 28,9%, Northeim 27,8%, Aurich 26,4%, Harburg 26,0%, Lüchow-Dannenberg 25,4%, Hameln-Pyrmont 25,1%, Landkreis Osnabrück 24,6%, und Holzminden 24,5%.

Die geringsten Anteilswerte für die Nutzung von ambulanten Pflegeleistungen haben die kreisfreien Städte Salzgitter (18,5%) und Wilhelmshaven (19,8%) sowie die Landkreise Osterode (11,9%), Schaumburg (14,7%), Cloppenburg (16,9%), Helmstedt (17,9%), Peine (18,4%), Wesermarsch (18,5%), Wittmund (18,5%) und Verden (19,7%).

Im Verhältnis des Bezugs von Pflegegeld und ambulanter Pflege gibt es zwei unterschiedliche Entwicklungen im gesamten Spektrum der Anteilsverteilung im Leistungsbezug der häuslichen Pflege. Kommunale Gebietskörperschaften wie die kreisfreie Stadt Salzgitter und Wolfsburg sowie die Landkreise Gifhorn, Cloppenburg und Wesermarsch haben einen überdurchschnittlichen Anteil an Pflegegeldbezieherinnen und -beziehern und einen unterdurchschnittlichen Anteil im Bezug von Pflegeleistungen. Hier ist die informelle Übernahme von Pflegeleistungen

64 MS, Landespflegebericht 2005, S. 81

sehr verbreitet, während die Bereitschaft bzw. Notwendigkeit formelle Pflegeleistungen in Anspruch zu nehmen eher gering zu nennen ist. In Salzgitter beträgt das Verhältnis 54,0% (Pflegegeld) und 18,5% (ambulante Pflege), in Wolfsburg 56,2% und 20,0%. Am stärksten differiert das Verhältnis im Landkreis Cloppenburg mit 60,0% und 16,9%, gefolgt von Wittmund (57,1% und 18,5%), Gifhorn (55,4% und 20,7%) und Wesermarsch (46,9% und 18,5%).
Ganz anders stellt sich die Anteilsverteilung beispielsweise in der kreisfreien Stadt Delmenhorst dar. Mit dem höchsten Anteil beim Bezug von Pflegeleistungen mit 33,0% liegt der Anteil beim Pflegegeldbezug ebenfalls überdurchschnittlich hoch (46,7%). In den Landkreisen Aurich (26,4% und 54,9%) und Emsland (28,9% und 54,5%) ist die Entwicklung ähnlich verlaufen. Neben einem hohen Anteil in der Bevölkerung, der familiäre Pflegeleistungen übernimmt, gibt es einen ebenfalls hohen Anteil der (überwiegend zusätzliche) Pflegeleistungen ambulanter Dienste in Anspruch nimmt. Damit ergibt sich in den genannten Gebietskörperschaften ein Gesamtanteil der häuslich versorgten Pflegebedürftigen bei ca. 80% und mehr, der einen äußerst geringen Anteil in vollstationärer Dauerpflege verursacht.
Niedersachsen liegt mit 23,0% Anteil an ambulanten Pflegeleistungen leicht über dem bundesweiten Anteil mit 22,4%.

Vollstationäre Dauerpflege

Der durchschnittliche Anteil Pflegebedürftiger in vollstationärer Dauerpflege in Niedersachsen beträgt 31,2% und bundesweit 31,6%. Mit 25,0% deutlich unter dem Landesdurchschnitt liegt der Anteil im ehemaligen Regierungsbezirk Weser-Ems. Überdurchschnittlich sind die Werte in den ehemaligen Regierungsbezirken Braunschweig (33,0%), Lüneburg (33,5%) und Hannover (34,8%).
Der Unterschied zwischen dem durchschnittlichen Anteil in den Landkreisen (33%) und den kreisfreien Städten (30,4%) ist eher gering. Die Landkreise mit den höchsten Anteilen an vollstationärer Dauerpflege sind Osterode (47,4%), Schaumburg (44,5%), Uelzen (43,6%) und Goslar (39,9%); die kreisfreie Stadt mit dem höchsten Anteil ist Wilhelmshaven (39,0%).
Den geringsten Anteil an Leistungsbezieherinnen und -bezieher in vollstationärer Dauerpflege hat der Landkreis Emsland mit 14,0%, gefolgt von Aurich (17,9%), Leer (21,2%), Cloppenburg (21, 5%) und Gifhorn (22,7%). Von den kreisfreien Städten

haben Delmenhorst mit 18,8% und Wolfsburg mit 22,8% die geringsten Anteile von vollstationärer Dauerpflege.
In den o. g. Landkreisen mit den höchsten Anteilen an vollstationärer Dauerpflege liegen die Werte jeweils höher als der Anteil an Pflegegeldbezieherinnen und -beziehern: in Osterode um 8,2 Prozentpunkte, in Schaumburg um 4,7, in Uelzen um 8,5 und in Goslar um 3,0 Prozentpunkte. In diesen Landkreisen gibt es einen deutlich höheren Anteil an über 85-jährigen an der Bevölkerung als durchschnittlich in Niedersachsen (2,2%). In Goslar beträgt ihr Anteil 3,3%, in Osterode 3,1%, in Uelzen 2,9% und in Schaumburg 2,8%. Im Vergleich dazu beträgt der Anteil der hochaltrigen über 85-Jährigen an der Gesamtbevölkerung in Aurich 1,9%, Leer 1,7%, Gifhorn 1,7% und Cloppenburg 1,4%. Auch in der kreisfreien Stadt Wilhelmshaven, in der die Anteile von vollstationären Dauerpflege und Bezug von Pflegegeld fast gleichgroß sind, liegt der Anteil der über 85-Jährigen bei 3,0%.

Tages- und Kurzzeitpflege

Die Nutzung von Tages- und Kurzzeitpflege ist vom bestehenden Angebot an solchen Einrichtungen abhängig[65] und in entsprechender Beziehung stehen die folgenden Befunde.
Die Landkreise Osnabrück (4,1%), Vechta (3,4%), Oldenburg (3,0%) und Emsland (2,6%) haben den größten Anteil der Inanspruchnahme von Tages- und Kurzzeitpflege an den Versorgungsarten. Osnabrück (2,2%) und Salzgitter (2,0%) liegen mit ihrem Anteil an Tages- und Kurzzeitpflege bei den kreisfreien Städten an vorderer Stelle. Die Landkreise mit dem kleinsten Anteil an Tages- und Kurzzeitpflege sind Lüchow-Dannenberg (0,2%), Osterholz-Scharmbeck (0,4%) und Peine (0,4%).

Zusammenfassende Befunde

- Es gibt sehr große regionale Unterschiede bei der Inanspruchnahme der verschiedenen Leistungsarten. Die jeweilige Pflegequote einer kommunalen Gebietskörperschaft, die eine Aussage über den Anteil der Pflegebedürftigen an der Gesamtbevölkerung trifft, steht nicht in unmittelbarem Zusammenhang mit der Verteilung auf die Versorgungsarten. Landkreise und kreisfreie Städte

65 MS, Landespflegebericht 2005, S. 82

mit einer hohen Pflegequote weisen eine ganz unterschiedliche Verteilung auf. Es ist sehr zu vermuten, dass dort verschiedene Einflüsse wirksam sind. Beispielsweise scheint die Altersverteilung in der Bevölkerung eine größere Bedeutung auf die Verteilung des Bezugs von Pflegegeld, ambulanten Pflegeleistungen, Tages- und Kurzzeitpflege und vollstationärer Dauerpflege zu haben.

- Die Prävalenz von Pflegebedürftigkeit unterscheidet sich nach Art der kommunalen Gebietskörperschaft; der Anteil in den Landkreisen und kreisfreien Städten hat sich unterschiedlich entwickelt. Die Befunde zeigen jedoch, dass hinsichtlich der Wahl des jeweiligen Pflegearrangements (familiale, informell-ambulante, vollstationäre Pflege) der Einfluss des Gemeindetyps (städtische oder ländliche Region) nicht sehr groß ist.
- Die Befunde geben einen vorsichtigen Hinweis darauf, dass es einen Zusammenhang zwischen einer hohen Inanspruchnahme von vollstationärer Dauerpflege und einem großen Anteil an Hochaltrigen in der Bevölkerung zu geben scheint.
- Spezifische regionale Analysen könnten genauere Erkenntnisse bzgl. der Bevölkerungsverteilung und der durchschnittlichen Haushaltsgröße in einer jeweiligen kommunalen Gebietskörperschaft hervor bringen. Tendenziell kann die Aussage getroffen werden, dass je mehr Personen in einem Haushalt leben, desto unwahrscheinlicher es ist, dass ein stationäres Pflegearrangement gewählt wird.[66]
- Die unterschiedlichen Entwicklungen im Verhältnis des Bezugs von Pflegegeld und des Bezugs ambulanter Pflegeleistungen sind für unterschiedliche kommunale Gebietskörperschaften dargestellt worden. Diese Befunde zeigen einerseits, dass die Bereitschaft familiäre Pflege zu übernehmen, nicht durch ein flankierendes Angebot an ambulanten und teilstationären Pflegeleistungen geschwächt wird. Vielmehr gibt es Hinweise darauf, dass informelles Pflegepotential durch ein Arrangement mit ambulanten und teilstationären Pflegeleistungen gestärkt und gesichert werden kann und stützt damit die sogenannte Anregungsthese[67]. Danach **kann eine starke Infrastruktur das**

66 GEK-Pflegereport, 2009, S. 292
67 Gesundheitsberichterstattung des Bundes, 2009, S. 204

Potential von Familien für bestimmte Unterstützungsleistungen ermöglichen. Andererseits geben diese Befunde einen deutlichen Hinweis darauf, dass in einigen Landkreisen und kreisfreien Städten eine große Bevölkerungsgruppe nach wie vor ohne oder nur mit geringer Unterstützung formeller Betreuungs- und Pflegeleistungen familiäre Pflegeleistungen erbringt.

- Ein Ergebnis aus einer Untersuchung der GEK[68] wird hier nur kurz angemerkt und muss im folgenden Kapitel zur pflegerischen Versorgungsstruktur wieder aufgegriffen werden. Höhere Kapazitäten bzw. Überkapazitäten von stationären Versorgungsangeboten (das gilt selbstverständlich auch für die ambulanten Versorgungsangebote) verstärken das auf Pflegeheime bezogene Inanspruchnahmeverhalten von Leistungsempfängerinnen und -empfänger.
- Die Befunde der regionalen Verteilungen und die Beziehung von Bevölkerungsstruktur und der Art der pflegerischen Versorgung weisen darauf hin, sich vom Paradigma der familialen Pflegebereitschaft zu lösen und zukünftig von **familialen Pflegepotentialen** auszugehen. In Landkreisen, in denen der Anteil der älteren Bevölkerung sehr hoch und derjenigen der jüngeren sehr gering ist, ist der Prozentsatz von Pflegegeldempfängerinnen und -empfängern sehr gering, demgegenüber der stationärer Dauerpflege weit über dem Landesdurchschnitt. Bei der Definition familialer bzw. informeller Pflegepotentiale werden zuallererst **das Vorhanden-Sein von möglichen Pflegepersonen**, aber auch der jeweilige Anteil an Erwerbstätigen und Anteil an Arbeitslosen, die Höhe und Verteilung von Einkommen und Renten- bzw. Pensionsbezügen, die Vereinbarkeitsthematik (Familie, Beruf, Pflege) und das Vorhandensein von ambulanten und teilstationären Angeboten an Betreuung und Pflege als mögliche Kriterien hinzuzuziehen sein. Der Anteil mittlerer Jahrgänge an der Gesamtbevölkerung ist ein vorrangiges Kriterium für den jeweiligen Anteil an familialer Pflege bzw. intergenerativer Pflege. Pflegepotentiale stehen in engem Zusammenhang mit vorhandenen Ressourcen. Zu den haushaltsökonomischen Erwägungen bei der Wahl eines Pflegearrangements gehört neben dem Zeitbudget der potentiellen Pflegeperson bzw. mehrerer Pflegepersonen auch die jeweilige ökonomische

68 GEK-Pflegereport, 2009, S.

Lage. Tendenziell wählen einkommensschwächere Haushalte eher ein informelles Pflegearrangement[69]. In Regionen mit einer hohen Arbeitslosigkeit stellen Geldleistungen ein häufig gewähltes Arrangement dar, da neben der sich aus der Arbeitslosigkeit ableitenden verfügbaren Zeit das Pflegegeld als eine zusätzliche Einnahmequelle gesehen werden kann. Dagegen sind einkommensstärkere Haushalte es eher gewohnt und geneigter formelle Unterstützung in Anspruch zu nehmen.

1.4 Personen mit besonderem Hilfebedarf

1.4.1 Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene

a) Pflegebedürftige Kinder

Pflegebedürftigkeit im Sinne des SGB XI tritt zwar weitaus am häufigsten bei alten und hochaltrigen Menschen auf, dennoch sind auch Kinder hiervon betroffen. Sie geht in diesem Fällen nahezu immer mit einer schweren Erkrankung und/oder einer schweren Behinderung des Kindes einher. Eine indizierte Pflegebedürftigkeit bei Kindern ist insofern äußeres Kennzeichen für eine jeweils sehr belastete Familiensituation. Ihr muss durch ein besonderes Angebot an unterstützenden, beratenden und zeitweilig familienersetzenden Versorgungsangeboten Rechnung getragen werden.

Zahl der pflegebedürftigen Kinder

In Niedersachsen lebten am Stichtag 15.12.2007 insgesamt 7.047 Leistungsempfängerinnen und -empfänger der sozialen und privaten Pflegeversicherung im Alter unter 15 Jahren. Von ihnen waren 17,2% unter 5, 38,0% zwischen 5 und 10 und 46,5% zwischen 10 und 15 Jahre alt.

Im Vergleich zu den Daten aus dem Jahr 2003 sankt die Gesamtzahl der pflegebedürftigen Kinder unter 15 Jahren um 471 (6,3%).

69 GEK-Pflegereport, 2009, S. 292

Tab. (18) Leistungsempfängerinnen und -empfänger

Altersgruppen	2003	2007
Gesamt (relative Zahlen)	7518	7047
Unter 5 in %	17,2 %	15,5 %
Zwischen 5 und 10 in %	40,5 %	38,0 %
Zwischen 10 und 15 in %	42,3 %	46,5 %

Stand: 15.12.; Quelle: LSKN; Pflegestatistik nach § 109 SGB XI

Zu den großen Unterschieden hinsichtlich der Zahl der pflegebedürftigen Kinder in der Altersgruppe der 0-5-jährigen einerseits und derjenigen in den beiden anderen Altersgruppen ist festzuhalten: Die vergleichsweise geringe Zahl der pflegebedürftigen Kinder bei den 0-5-jährigen ist nicht auf eine geringere Pflegebedürftigkeits-Prävalenz in dieser Altersgruppe zurückzuführen. Vielmehr sind die im Rahmen der Begutachtung zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit durch den MDK anzulegenden Kriterien gem. Begutachtungsrichtlinien nach § 7 SGB XI hierfür maßgebend. Danach ist bei Kindern stets nur der Aufwand an grundpflegerischen Hilfen berücksichtigungsfähig, der das Maß der altersüblichen Hilfeleistungen bei den Verrichtungen des täglichen Lebens übersteigt. Dies ist - aus nahe liegenden Gründen - bei Säuglingen und kleinen Kindern eher ausnahmsweise der Fall. In den Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes zur Begutachtung von Pflegebedürftigkeit unter Besonderheiten der Ermittlung des Hilfebedarfs bei Kindern heißt es, dass im ersten Lebensjahr Pflegebedürftigkeit nur ausnahmsweise vorliegt und die Feststellung einer besonderen Begründung bedarf[70].

Unter Berücksichtigung dieser systembedingten Auswirkungen des Begutachtungsverfahrens ist anzunehmen, dass auch in der Altersgruppe der 0 - 5 - jährigen der phänotypische Hilfebedarf von Pflegebedürftigkeit quantitativ etwa gleich umfangreich vertreten ist wie bei den nachfolgenden Altersgruppen der Kinder. Die in den Jahren 2003 -2007 festzustellende Abnahme der Zahl der Kinder kommt in ihrem Verhältnis zur Zahl der Kinder in Niedersachsen insgesamt zum Ausdruck: Kamen am 15.12.2003 5,9 nach SGB XI pflegebedürftigen Kinder bis unter 15

70 GKV, MDS, 2009, S. 57

Jahren auf 1.000 geborene Kinder derselben Altersgruppe, waren es am 15.12.2007 ebenfalls 5,9 Kinder.

Grad der Pflegebedürftigkeit

Pflegebedürftige Kinder sind vergleichsweise häufiger vor allem schwerst-pflegebedürftig (Pflegestufe III) als der Durchschnitt aller Empfängerinnen und Empfänger von Leistungen der Pflegeversicherung in Niedersachsen. Ende 2007 waren 50,5% der pflegebedürftigen Kinder in Pflegestufe I, 31,0% in Pflegestufe II und 18,5% in Pflegestufe III. Allerdings hat es im Vergleich zum Jahr 2003 eine größere Angleichung an die durchschnittliche Verteilung gegeben. Für die Gesamtheit der Bezieherinnen und Bezieher von Pflegeversicherungsleistungen betrugen die vergleichbaren Werte 51,4%, 34,5% und 14,1%.

Tab. (19) Verteilung in Pflegestufen 2003 und 2007

Pflegestufen	2003	2007
alle in relativen Zahlen	7.518	7.047
Pflegestufe I in %	47,9 %	50,5 %
Pflegestufe II in %	32,6 %	31,0 %
Pflegestufe III in %	19,5 %	18,5 %

Stand: 15.12.; Quelle: LSKN; Pflegestatistik nach § 109 SGB XI

Während es für die Gesamtheit der Bezieherinnen und Bezieher von SGB XI-Leistungen ein Anstieg in allen drei Pflegestufen zu verzeichnen gab, hat sich für Kinder bis zum Alter von 15 Jahren zwischen 2003 und 2007 eine Verschiebung von prozentualen Anteilen aus den Pflegestufen II und III in die Pflegestufe I ergeben.

Im Unterschied zu Durchschnittswerten bezogen auf Pflegebedürftige aller Altersgruppen steigt mit steigendem Lebensalter der Kinder bis unter 15 durchschnittlich der Grad der Pflegebedürftigkeit. Es waren 2007 mehr als die Hälfte (58,4%) der betroffenen Kinder der Altersgruppe unter 5-jährigen in Pflegestufe I und nur knapp 10% in Pflegestufe III; bei den Kindern der Altersstufe 5-10 war die Hälfte in Pflegestufe I und 17,3% in Pflegestufe III; bei denjenigen zwischen 10-15 Jahren waren rd. 48% in Pflegestufe I und mehr als 22% in Pflegestufe III.

Ein Grund für die bei den Kindern feststellbare Situation wird erneut in dem Begutachtungsverfahren gesehen: Aufgrund des durch schwere Krankheit oder Behinderung geprägten Gesundheitszustandes werden in zunehmendem Maß die Unterschiede zu den Fähigkeiten altersgleicher gesunder Kinder erkennbar. Wie bereits im Landespflegebericht 2005[71] festgestellt wurde, kann hier nochmals zusammen gefasst werden: Schwere und schwerste Pflegebedürftigkeit liegt bei Kindern in höherem Maß vor, als in den diesbezüglichen statistischen Daten zum Ausdruck kommt. Dies ist ursächlich auf das Verfahren der Feststellung der Pflegebedürftigkeit bei Kindern zurückzuführen.

Geschlecht

Das Verhältnis zwischen pflegebedürftigen Mädchen und Jungen beträgt 47,3% zu 52,7%. Der überwiegende Jungenanteil entspricht ihrem höheren Anteil unter den Neugeborenen. Des Weiteren ist aus der Gesundheitsberichterstattung eine größere Krankheit-, Behinderungs- und Sterblichkeitsrate bei Jungen bekannt.

Art der pflegerischen Versorgung

Nahezu alle Eltern von pflegebedürftigen Kindern stellen die pflegerische Versorgung in der Familie ohne fachliche Hilfe durch Dritte sicher und beziehen für ihre Kinder Pflegegeld. Leistungen der vollstationären Dauerpflege erhielten 2007 nur 15 pflegebedürftige Kinder (2003: 22). Einen Pflegedienst nahmen 2007 insgesamt 611 Pflegebedürftige in Anspruch, das entspricht 8,7% (2003: 7%) an der Gesamtzahl pflegebedürftiger Kinder unter 15 Jahren.

Die Daten über den Leistungsbezug bei pflegebedürftigen Kindern lässt die Bedeutung qualifizierter Beratung der Eltern solchermaßen betroffenen Kindern insbesondere im Rahmen der verpflichtenden Beratungseinsätze nach § 37 SGB XI Abs. 3 SGB XI bei Bezug von Pflegegeld erkennbar werden. Wie bereits im Landespflegebericht 2005 angeregt wurde, sollte in diesem Zusammenhang bedacht werden, inwieweit allgemeine Pflegedienste für diese Aufgabe hinreichend geeignet erscheinen, oder ob es für diese Aufgaben nicht besonderer Kenntnisse und Erfahrungen bedarf, wie sie üblicherweise nur in den speziellen Kinderkrankenpflegediensten vorhanden sind.

---

71 MS, Landespflegebericht 2005, S. 84

b) Pflegebedürftige Jugendliche sowie Erwachsene jungen und mittleren Alters

Die öffentliche Debatte um die Pflegeversicherung und die Sicherstellung einer quantitativ wie qualitativ ausreichenden Pflege erfolgt derzeit nahezu ausschließlich unter dem Aspekt der Pflege, Versorgung und Betreuung älterer bis hochaltriger Menschen. Dies ist angesichts des auch in diesem Bereicht erneut aufgezeigten gehäuften Auftretens von Pflegebedürftigkeit im Alter und der prognostizierten Alterung unser Gesellschaft nahe liegend.

Tatsächlich werden jedoch auch Jugendliche und Erwachsene jüngeren und mittleren Alters aufgrund von Erkrankungen und Behinderungen oder Unfall bedingt pflegebedürftig und bedürfen Pflege- und Unterstützungsarrangements, die ihren altersspezifischen Lebensanforderungen gerecht werden.

Die gesetzlichen Bestimmungen zur Feststellung des Hilfe- und Pflegebedarfs werden der besonderen Situation von in jüngerem Alter von Pflegebedürftigkeit betroffenen Menschen nicht hinreichend gerecht. In dem Pflegebericht des Medizinischen Dienstes der Spitzenverbände der Kranken- und Pflegekassen[72] heißt es:

„Versicherte zwischen 40 und 60 Jahren, bei denen der Medizinische Dienst keine Pflegebedürftigkeit festgestellt hat, leiden überproportional häufig an Erkrankungen des psychiatrischen und hirnorganischen Formenkreis. In knapp 40 v.H. diagnostizierten die Gutachter psychische und Verhaltensstörungen, sowie Krankheiten des Nervensystems. Ihr Hilfebedarf in Bezug auf die Verrichtungen nach § 14 SGB XI ist demnach (noch) nicht so hoch, als dass ihnen nach den Kriterien des Gesetzes Leistungen aus dem Pflegeversicherungs-Gesetz zustehen.

(….) viele der Versicherten im psychosozialen Bereich auf Fremdhilfe angewiesen sind. „Soziale Bereiche des Lebens wahrnehmen“, „Antrieb/Beschäftigung“, „Stimmung“ und „Situatives Anpassen“ sind dabei die häufigsten Bereiche, in denen die Gutachter eine Auffälligkeit feststellen, die einen erheblichen Beaufsichtungs- und Betreuungsaufwand erfordern.“

Obwohl dieser spezielle Hilfebedarf bislang nicht zur Feststellung auf Pflegebedürftigkeit herangezogen werden kann, ist es im Unterschied dazu seit Einführung des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes möglich, dass zusätzliche

72 MDS, Pflegebericht für das Jahr 2003, Mai 2005, S. 43

Betreuungsleistungen nach § 45b SGB XI in Anspruch genommen werden können und Aufwendungen in der Höhe von 100,- bzw. 200 Euro monatlich erstattet werden, wenn eine Berechtigung nach § 45a SGB XI vorliegt.

Jugendliche und junge Erwachsene

Als Jugendliche und junge Erwachsene wurden für diesen Bericht die an das Kindesalter anschließenden Leistungsempfängerinnen und -empfänger in der Altersgruppe der 15- bis unter 40-jährigen definiert. Bei dieser Gruppe wurde aus Gründen der geringen Zahl keine weitere Differenzierung in Jugendliche und junge Erwachsene vorgenommen. Hinsichtlich der lebensverlaufstypischen Lebenslagen von Jugendlichen und die nachfolgenden Altersjahrgänge ist jedoch z.B. im Blick auf die privaten Unterstützungs- und Hilfenetze von unterschiedlichen Rahmenbedingungen auszugehen. Angesichts fehlender statistischer Daten zur Differenzierung der Leistungsempfängerinnen und -empfänger nach deren Haushaltstruktur bzw. Wohnsituation können hierzu keine Aussagen getroffen werden.

Zahl der pflegebedürftigen Personen zwischen 15 und 40 Jahren

Ende 2007 lebten in Niedersachsen 9.834 Leistungsempfängerinnen und -empfänger im Alter zwischen 15 und 40 Jahren. Diese Zahl entspricht in etwa derjenigen der pflegebedürftigen Kinder. Insofern erscheint die Behauptung nicht unzulässig, dass bis etwa zu einem Lebensalter von 40 Jahren die Prävalenz von Pflegebedürftigkeit nahezu unverändert bleibt. Für den größten Teil der im Jugendalter oder als junge Erwachsene Pflegebedürftigen ist anzunehmen, dass sie bereits im Kindesalter pflegebedürftig waren und dauerhaft bleiben.

Die Zahl der Leistungsbezieherinnen und -bezieher in der Altersgruppe von 15 bis unter 40 Jahren ist seit 2003 geringfügig um 0,8% gestiegen. Im Vergleich dazu ist sie in der Zeit von 1999 bis 2003 um ca. 9% gesunken.

Grad der Pflegebedürftigkeit

Jugendliche und junge Erwachsene sind im Fall von Pflegebedürftigkeit - noch ausgeprägter als Kinder - vergleichsweise häufig schwer und schwerst-pflegebedürftig. Von den Ende 2007 eingestuften Personen waren 40,8% in

Pflegestufe I, 32,8% in Pflegestufe II und 26,3% in Pflegestufe III. Ursächlich hierfür sind vor allem schwere und/oder unheilbare Erkrankungen, die einen entsprechend hohen Pflegebedarf nach sich ziehen. Der Anteil von Pflegebedürftigen in Pflegestufe III ist seit 2003 (25%) nochmals gestiegen. Damit hat sich die beobachtbare Entwicklung seit 1999 (23,8%) fortgesetzt.

Geschlecht

Bei den pflegebedürftigen Jugendlichen und jungen Erwachsenen liegt der Anteil der Mädchen und jungen Frauen bei 47,2% (4.645 weibliche Pflegebedürftige) und der der Jungen und jungen Männer bei 52,8% (5.189 männliche Pflegebedürftige). Die Verteilung entspricht fast genau derjenigen bei den Kindern bis unter 15 Jahren.
Im Vergleich zum Jahr 2003 (45% und 55%) haben sich die geschlechtsspezifischen Prozentanteile in der Altersgruppe der 15 bis 40-jährigen stärker angeglichen.

Art der pflegerischen Versorgung

Ende 2007 wählten 86,7% der pflegebedürftigen Jugendlichen und jungen Erwachsenen das Pflegegeld. Unterstützungsleistungen durch einen Pflegedienst werden nur zu 10% und vollstationäre Dauerpflege zu 3,1% in Anspruch genommen und in ganz geringem Umfang Angebote der Kurzzeit- und Tagespflege.
Die Pflegeversorgung wird zu einem überwiegenden Anteil durch die Familie (Herkunftsfamilie oder eigene Familie) und zu einem geringen Anteil durch Unterstützung eines Pflegedienstes sicher gestellt. Tendenziell ist, wie im Durchschnitt über alle Leistungsbezieherinnen und -bezieher der Pflegeversicherung ein leichter, gleichmäßiger Anstieg der Inanspruchnahme von externer Pflege durch Pflegedienste festzustellen (6,7% 1999 und 8,4% 2003).
Nur 301 pflegebedürftige Menschen im Alter zwischen 15 und 40 Jahren lebten Ende 2007 in einer Einrichtung der vollstationären Dauerpflege, 69 (18,6%) weniger als Ende 2003. Hier bestehen deutliche Unterschiede zur Entwicklung bei den älteren Menschen; dort war in den genannten Jahren ein erheblicher Anstieg der Bezieherinnen und Bezieher von Leistungen der vollstationären Dauerpflege zu verzeichnen.
Im Vergleich zu der Gruppe pflegebedürftiger Kinder bis unter 15 Jahren ist der Anteil derjenigen, die die Unterstützung eines Pflegedienstes in Anspruch nehmen,

geringfügig höher. Pflegebedürftige Personen im Alter zwischen 15 und 40 Jahren nehmen etwas häufiger Pflegeleistungen (ambulant, teilstationär) in Anspruch. Es kann angenommen werden, dass sie beispielsweise bei schweren Erkrankungen, wie z.B. einer Krebserkrankung, neben der privaten auch auf pflegefachliche Hilfe angewiesen sind.

Pflegebedürftige Personen mittleren Alters

Als Erwachsene mittleren Alters wurden Leistungsempfängerinnen und -empfänger der Altersgruppe der 40- bis 65-jährigen bezeichnet.

Zahl der pflegebedürftigen Personen zwischen 40 und 65 Jahren

Mit 23.894 betrug Ende 2007 die Zahl der pflegebedürftigen Erwachsenen mittleren Alters nahezu das 2,4fache der Zahl pflegebedürftiger Jugendlichen und jungen Erwachsenen. Für einen Anstieg der Zahl von Pflegebedürftigen mit Anstieg des Lebensalters sind nicht die in höherem Lebensalter typischen Alterskrankheiten und der altersbedingte Fähigkeitsverlust ausschlaggebend. Vielmehr sind in dieser Altergruppe neben körperlichen und geistigen Behinderungen pflegebedingte Krankheiten (Krebs und psychische Erkrankungen) Ursache für diese Entwicklung.

Die Zahl pflegebedürftiger Personen im Alter zwischen 40 und 65 ist seit 2003 von 23.040 auf 23.894 um 3,6% gestiegen.

Grad der Pflegebedürftigkeit

Pflegebedürftige Erwachsene mittleren Alters wiesen Ende 2007 mit 15,4% geringfügig häufiger als die Gesamtheit aller Bezieherinnen und Bezieher von Pflegeversicherungsleistungen (14,1%) eine schwerste Pflegebedürftigkeit (Pflegestufe III) auf. In der Pflegestufe I entsprach der Anteil mit 50,8% ungefähr demjenigen der Gesamtheit aller pflegebedürftigen Personen in Niedersachsen zu diesem Zeitpunkt (51,4%). In der Pflegestufe II betrug der Anteil der zwischen 40- und 65-jährigen 33,4% (Gesamtheit 34,5%).

Bei dieser Altersgruppe zeigen sich auch bei der Entwicklung der Einstufungsergebnisse im Gegensatz zu den Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen tendenziell Übereinstimmungen mit den landesweiten Durchschnittswerten - allerdings quantitativ weniger stark ausgeprägt.

Die Anteilswerte bei Pflegestufe I stieg von 2003 mit 48,4% auf 51,4%, bei Pflegestufe II sank sie von 34,7% auf 33,4% und bei Pflegestufe III sank sie ebenfalls von 16,2% auf 15,4%.

Geschlecht

In der Altersgruppe der 40- bis 65-jährigen liegt der Anteil weiblicher Pflegebedürftiger mit 50,2% leicht über dem männlicher Pflegebedürftiger mit 49,8%. Damit ist der Anteil der Frauen in dieser Altergruppe erstmalig höher, als der gleichaltriger Männer. Ende 2003 lag ihr Anteil mit 47,3% noch deutlich unter dem männlicher Pflegebedürftiger. Die Gründe für diese geschlechtsspezifischen Veränderungen in der Verteilung sind nicht bekannt.

Art der pflegerischen Versorgung

Pflegebedürftige Erwachsene mittleren Alters nahmen Ende 2007 zu 63,4% Pflegegeld in Anspruch, um damit ihre Pflege ohne fachliche Hilfe durch zugelassene Pflegedienst oder -heime sicherzustellen. Zu knapp 16,5% wählten sie unterstützend zur häuslichen Pflege einen Pflegedienst und 19,3% lebten in einer Einrichtung der vollstationären Dauerpflege. Die vergleichbaren Werte für die Gesamtheit der Pflegebedürftigen in Niedersachsen betrugen 44,3%, 23% und 32,7%.

Diese Zahlen verdeutlichen die Übergangssituation, in der sich viele Menschen mittleren Alters befinden, wenn sie in diesem Alter pflegebedürftig werden. Ein weit überwiegender Teil kann nach wie vor die Pflege im häuslichen Bereich durch Angehörige sicherstellen. Zugleich kann in dieser Altersgruppe aber bereits ein Fünftel die Versorgung in der eigenen Häuslichkeit nicht mehr ermöglichen.

Der Anteil der Pflegeheimbewohnerinnen und -bewohner ist dabei über den Zeitraum von 2003 bis 2007 von 20,6% auf 19,3% gesunken, während 1999 (19,9%) bis 2003 der Anteil geringfügig gestiegen ist und damit Ende 2007 unter dem Wert von 1999 liegt.

Ambulante Pflege wurde 2003 von 15% der Pflegebedürftigen dieser Altersgruppe in Anspruch genommen. Ende 2007 betrug ihr Anteil 16,5%. Damit wird die Tendenz einer zunehmenden Verteilung von pflegerischen Aufgaben im häuslichen Umfeld auch auf Pflegedienste wie in der Gesamtheit aller Pflegebedürftigen fortgesetzt.

1.4.2 Menschen mit demenziellen oder depressiven Erkrankungen

Unter den psychischen Erkrankungen im Alter sind demenzielle und depressive Erkrankungen die Häufigsten. Fasst man die Ergebnisse verschiedener epidemiologischer Studien zusammen, dann leidet ca. ein Viertel der über 70-jährigen unter mindestens einer psychischen Erkrankung. Demenz ist mit ca. 14% die häufigste Diagnose gefolgt von depressiven Störungen auch „Altersdepressionen“ genannt, an denen etwa jeder zehnte ältere Mensch erkrankt[73]. Zu den weiteren unter psychischen Erkrankungen im Alter werden unter anderen paranoide Störungen und Suchterkrankungen gerechnet.

a) Personen mit demenziellen Erkrankungen

Von einer Demenz wird gesprochen (ICD-10, Internationale Klassifikation der Krankheiten, (WHO, 1993)), wenn die Merkmale Abnahme des Gedächtnisses, Abnahme anderer geistiger Fähigkeiten wie Urteilsfähigkeit und Denkvermögen, Beeinträchtigung der Gefühlskontrolle, des Antriebs und Sozialverhaltens und eine Dauer der genannten Störungen von mindestens 6 Monaten vorliegen[74]. Die häufigsten Ursachen einer Demenz sind neurodegenerative Prozesse. Die Alzheimer-Demenz gilt als die häufigste neurodegenerative Erkrankung des höheren Lebensalters und ist mit 50-60% die am häufigsten auftretende Demenzform. Das klinische Symptomspektrum einer Demenz wird bestimmt durch die Lokalisation der zugrundeliegenden strukturellen Hinschädigung. Bei der Alzheimer-Krankheit und der Lewy-Body-Demenz ist das Krankheitsgeschehen gekennzeichnet durch Störungen des Gedächtnisses, der Orientierungsfähigkeit und der Sprache. Frontotemporale Degenerationen (Morbus Pick) sind verbunden insbesondere mit vorherrschenden Veränderungen der Persönlichkeit, des Sozialverhaltens und des Antriebs. Die Parkinson- und Huntington-Krankheiten führen vor allem zu einer Verlangsamung der Informationsverarbeitung und zu Einschränkungen der Aufmerksamkeit.

Jede Demenzerkrankung verläuft in verschiedenen Stadien, individuell unterschiedlich und wird maßgeblich von der Art des ursächlichen

---

73 Richter, R. (2006): Psychische Erkrankungen im Alter: Vorbeugen und Therapieren, unter: http://www.who-tag.de/pdf/2006richter_r_abstract.pdf.

74 Kurz, Alexander, Symptomatik und Verlauf von Demenzkrankheiten, S. 21 ff, in: Deutsche Alzheimer Gesellschaft, Hrsg. Bickel, Horst, Demenz und Pflegebedürftigkeit, November 1999

Krankheitsprozesses und der Persönlichkeit der erkrankten Person mitbestimmt. In Deutschland leben gegenwärtig etwa 1,2 Millionen Demenzerkrankte[75]. Demenzielle Erkrankungen sind besonders altersabhängig und haben die höchsten Erkrankungsraten unter den Hochaltrigen, deren Anteil in der Bevölkerung kontinuierlich ansteigt. Die mittlere Prävalenzrate in der Altersgruppe der 65- bis 69-jährigen beträgt 1,2%; ihre geschätzte Krankenzahl 62.000. Die 75- bis 79-jährigen erkrankten zu 6% an einer Demenz; ihre Zahl wird auf 180.000 geschätzt. In der Gruppe der 90-jährigen und Älteren beträgt die mittlere Prävalenzrate 34,6% (175.000 Erkrankte).

Tab. (20) Prävalenz von Demenzen in Abhängigkeit vom Alter

Altersgruppe	Mittlere Prävalenz-rate (%)	Geschätzte Zahl der Erkrankten, Ende 2008
65-69	1,2	62.000
70-74	2,8	127.000
75-79	6,0	180.000
80-84	13,3	300.000
85-89	23,9	310.000
90 und älter	34,6	175.000
65 und älter	6,9	1.154.000

Quelle: Informationsblatt der Deutsche Alzheimer Gesellschaft, (Bickel, H.), 08/2010

Diese Daten ermöglichen eine Schätzung der Zahl demenziell erkrankter Menschen in Niedersachsen. Danach lebten aktuell ca. 120.000 demenzerkrankte Menschen in Niedersachsen. Für die Bundesrepublik Deutschland gerechnet ist mit einer Gesamtzahl von fast 300.000 jährlichen Neuerkrankungen an Demenz zu rechnen[76], umgerechnet auf die Bevölkerungszahl in Niedersachsen ist von einer Zahl von 30.000 Neuerkrankungen auszugehen.

Tab. (21) Inzidenz von Demenzen in Abhängigkeit vom Alter

75 Deutsche Alzheimer Gesellschaft, Informationsblatt 1 - Die Epidemiologie der Demenz, 08/2010, www.deutsche-alzheimer.de
76 Ebenda

Altersgruppe	Mittlere Inzidenzrate pro Jahr (%)	Schätzungen der jährlichen Neuerkrankungen in Deutschland für 2009
65-69	0,4	20.000
70-74	0,9	40.000
75-79	1,9	54.000
80-84	4,1	80.000
85-89	6,5	64.000
90 und älter	10,1	33.000
65 und älter	1,9	291.000

Quelle: Informationsblatt der Deutsche Alzheimer Gesellschaft, (Bickel, H.), 08/2010

Von Demenzerkrankungen sind Frauen und Männer gleichen Alters mit ähnlich hoher Wahrscheinlichkeit betroffen. Aufgrund der längeren Lebenserwartung der Frauen sind sie weitaus mehr erkrankt als Männer. Daher entfallen etwa 70% der Demenzerkrankungen auf die Frauen und ca. 30% auf die Männer[77]. Gelingt kein Durchbruch in der Prävalenz und Therapie von Demenzerkrankungen, wird die Zahl der Krankheitsfälle in Deutschland aufgrund der veränderten Altersstrukturen jedes Jahr um durchschnittlich 35.000 ansteigen und sich bis zum Jahr 2040 verdoppeln.

Tab. (22) Geschätzte Zunahme der Krankenzahl von 2000 bis 2050

Jahr	Geschätzte Anzahl von über 65-Jährigen in Mill.	Geschätzte Krankenzahl
2000	13,7	935.000
2010	16,8	1.210.000
2020	18,6	1.545.000
2030	22,2	1.824.000
2040	23,8	2.197.000
2050	23,5	2.620.000

Quelle: Informationsblatt der Deutsche Alzheimer Gesellschaft, (Bickel, H.), 08/2010, Schätzungen auf der Basis der 11. koordinierten Bevölkerungsvorausschätzung (Variante 1 W2)

77 Deutsche Alzheimer Gesellschaft, Informationsblatt 1 - Die Epidemiologie der Demenz, 08/2010, www.deutsche-alzheimer.de

Nach derzeitigem Stand der Forschung gibt es für degenerative Demenzerkrankungen keine kausale Therapie. Aus diesem Grund ist die Weiterentwicklung und der Einsatz psychosozialer Interventionen von großer Bedeutung[78]. 80-100% der Personen mit demenziellen Erkrankungen zeigen vor allem in fortgeschrittenen Stadien Verhaltensweisen, die von dem sozialen Umfeld als störend, herausfordernd bzw. belastend empfunden werden und nicht selten zu frühzeitiger Institutionalisierung führen.

Vorausschauende pflegerische und psychosoziale Versorgungsstrategien für die Gruppe von Menschen mit demenziellen Erkrankungen nehmen aus den folgenden Gründen eine besondere Bedeutung ein:
Durch demografisch bedingte Alterungsprozesse in der Gesellschaft wird ein stetig zunehmender Anteil demenzerkrankter Menschen an der Gesamtzahl Pflegebedürftiger erwartet. Demenzerkrankungen werden künftig eine stetig wachsende Bedeutung bei der Entstehung von Pflegebedürftigkeit einnehmen. Angehörige sind in der häuslichen Pflege demenziell Erkrankter stärker belastet als in der Pflege von somatisch Pflegebedürftigen. Anhaltend hohe Belastungen können als ein Ausdruck der Grenzen häuslicher Pflege gewertet werden. Demenzerkrankungen sind der Hauptgrund für einen Übergang in die stationäre Dauerpflege. Ergebnisse der MuG-Studien identifizieren Demenzerkrankungen als den zentralen Risikofaktor für einen Heimübertritt[79].
Die vollstationäre Dauerpflege wird zu 60% von demenzerkrankten Pflegebedürftigen in Anspruch genommen, nach einer Studie des Zentralinstituts für Seelische Gesundheit liegt ihr Anteil an der Heimpflege sogar bei über 70%[80]. Demenzerkrankte haben eine längere Pflegedauer als somatisch Pflegebedürftige. Über die gesamte Altersklasse der 65- bis 100-jährigen hinweg lebt eine demenzerkrankte Person durchschnittlich ca. 1 Jahr länger, als nicht-demente Pflegebedürftige[81].

---

78 Steinhagen-Thiessen, Elisabeth, et al, Subjektive Wahrnehmung und Bewältigung der Demenz im Frühstadium, S. 71 ff, in: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, Bd. 40, Heft 2, 04/2007
79 Vortrag Ulrich Schneekloth, TNS Infratest Sozialforschung, Die Lebenssituation Hilfe- und Pflegebedürftiger, Fachtagung des Statistischen Bundesamtes in Kooperation mit der FH Münster, 10.03.2010
80 Schäufele et al. (2005), unveröffentlichte Studie des Zentralinstituts für Seelische Gesundheit (ZI)
81 Forschungszentrum Generationenverträge, Demenzkranke und Pflegebedürftige in der Sozialen Pflegeversicherung - ein intertemporaler Kostenvergleich, Freiburg, 11/2007, www.generationenverträge.de

b) Menschen mit depressiven Erkrankungen

Eine hohe Verbreitung depressiver Störungen mit ihren gravierenden sozialen und auch ökonomischen Folgen hat in den letzten Jahren zu einer stärkeren gesellschaftlichen Sensibilisierung und Verstärkung von professionellen Handlungsstrategien geführt. Kernsymptome einer Depression sind Niedergeschlagenheit, Verlust von Freude und Interesselosigkeit sowie eine Antriebsstörung oder erhöhte Ermüdbarkeit[82]. Personen mit depressiven Erkrankungen leiden an einer dauerhaften Überschattung des menschlichen Erlebens durch negative Gedanken und Gefühle. Durch Depressionen erhöht sich einerseits die Wahrscheinlichkeit des Auftretens einer körperlichen Erkrankung, andererseits erhöht das Vorliegen körperlicher Erkrankungen (speziell funktioneller Fähigkeitseinschränkungen) die Wahrscheinlichkeit, im Alter an einer Depression zu erkranken. Es kommt häufig zu einer Vermischung von körperlichen und psychischen Symptomen im Alter und eine depressive Erkrankung wird nicht erkannt. Eine psychische Erkrankung wie die Altersdepression kann Ursache für eine Pflegebedürftigkeit sein.

In der älteren Bevölkerung treten depressive Störungen etwa ebenso häufig auf wie in anderen Altersgruppen. Eine besondere Rolle kommt im Alter der so genannten subdiagnostischen Depressivität zu, den Krankheitsbildern, die zwar nicht voll ausgebildet sind, die aber die Lebensqualität der Betroffenen deutlich beeinträchtigen und das Risiko einer späteren Erkrankung deutlich erhöhen[83]. Ursächlich werden Depressionen von zahlreichen Faktoren ausgelöst. Heutzutage geht man davon aus, dass akut auftretende Stressoren, wie kritische Lebensereignisse, Verlusterlebnisse etc. die Störung bei einer entsprechenden genetischen oder psychosozialen Prädisposition auslösen können. Für das höhere Lebensalter ist das Vorhandensein weiterer Erkrankungen und Behinderungen für die Entwicklung und Aufrechterhaltung depressiver Störungen von besonderer Bedeutung.

Bei institutionalisierten Personen ist ein erhöhtes Risiko der Erkrankung an einer Depression zu beobachten[84]. Depressive Symptome traten nach Studienangaben bei

82 Zank und Heidenblut, S. 15 ff
83 Zank und Heidenblut, S. 16
84 Gesundheitsberichterstattung des Bundes, S. 52

40% bis 50% der untersuchten Bewohnerinnen und Bewohnern von Alten -und Pflegeheimen auf (davon 15% bis 20% schwere Depressionen).
Es gibt einen Zusammenhang zwischen der Suizidrate und dem Vorliegen einer Depression. Es wird angenommen, dass bei 40 bis 60% aller Personen, die einen Suizid begehen Depressionen vorliegen[85]. Die Suizidhäufigkeit ist bei älteren Menschen deutlich höher als im Mittel aller Altersgruppe. Insbesondere bei Männern steigt sie ab etwa 75 Jahren exponentiell an. Eine besondere Form der Selbsttötung ist die Selbstaufgabe bei schwerer Erkrankung, wenn beispielsweise die Nahrungsaufnahme reduziert oder ganz aufgegeben wird. Für Angehörige und Pflegende entsteht dabei eine erhebliche ethische Konfliktsituation.

1.4.3 Menschen mit Behinderungen

Rechtslage

Nach § 14 SGB XI sind Personen pflegebedürftig, wenn sie wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens auf Dauer, voraussichtlich für mindestens 6 Monate, in erheblichem oder höherem Maße (§ 15) der Hilfe bedürfen.
Leistungsrechtlich von Relevanz sind insofern Umfang und Dauer des Hilfebedarfs, nicht hingegen dessen Ursache in Gestalt einer Krankheit oder Behinderung.
Durch vorstehende rechtliche Regelung wird lediglich sichergestellt, dass Menschen mit Behinderungen grundsätzlich zum leistungsberechtigten Personenkreis gehören.
Angesichts dessen wird bei der Ausweisung der durch die Pflegeversicherung erbrachten Leistungen in der Leistungsstatistik nach § 79 SGB IV und der Pflegestatistik nach § 109 SGB XI auch nicht nach der die Pflegebedürftigkeit auslösenden Ursache (Krankheit/Behinderung) differenziert. Für (wesentlich) behinderte Bezieherinnen und Bezieher von Leistungen der Pflegeversicherung liegen daher keine gesonderten Daten vor. Eine Ausnahme bilden behinderte pflegebedürftige Personen, die in stationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen leben und Leistungen nach § 43a SGB XI erhalten (s. u.).

85 Gesundheitsberichterstattung des Bundes, 2008, S. 52

Pflegebedürftige Menschen mit Behinderungen haben in Abhängigkeit von ihrem (überwiegenden) Lebensort unterschiedlich Zugang zu den Leistungen nach dem SGB XI:

- Leben sie zu zuhause, im ambulanten Bereich und bedürfen der Pflege im Sinne des SGB XI, erhalten sie die Leistungen nach den allgemeinen Vorschriften über Leistungen bei häuslicher Pflege (§§ 36-42 SGB XI). Sofern es sich um Personen mit einem erheblichen Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung handelt (§ 45a SGB XI), haben sie zudem Anspruch auf besondere Betreuungsleistungen (§ 45b SGB XI) (s. auch Kap. I.3.6)
- Leben sie in einer zugelassenen vollstationären Pflegeeinrichtung, erhalten sie die üblichen Leistungen der vollstationären Pflege nach § 43 SGB XI in Abhängigkeit von der jeweiligen Pflegestufe. Für Pflegebedürftige aus dem Personenkreis der Berechtigten nach § 45a SGB XI erhalten vollstationäre Pflegeeinrichtungen gemäß § 87b SGB XI Vergütungszuschläge für Pflegebedürftige mit erheblichem allgemeinen Betreuungsbedarf, wenn sie eine entsprechende Vereinbarung über leistungsgerechte Zuschläge zur Pflegevergütung mit den Pflegekassen getroffen haben. Die Vergütungszuschläge werden auf der Grundlage vereinbart, dass in der Regel für jeden Heimbewohner mit erheblichem allgemeinem Bedarf an Beaufsichtigung und Betreuung der 25. Teil der Personalaufwendungen für ein zusätzliche Vollzeitkraft finanziert wird (§ 87b SGB XI Abs. 1 Satz 2 Nr. 3).
- Leben sie in einer Einrichtung der Eingliederungshilfe[86], in der die Teilhabe am Arbeitsleben und am Leben in der Gemeinschaft, die schulische Ausbildung oder die Erziehung behinderter Menschen im Vordergrund des Einrichtungszwecks stehen (§ 71 Abs. 4 SGB XI), übernimmt die Pflegekasse zur Abgeltung der in § 43 Abs. 2 genannten Aufwendungen 10% der Vergütung nach § 75 Abs. 3 SGB XI, jedoch höchstens monatlich 256 Euro. Hierbei handelt es sich um einen Pauschalsatz, der keine Differenzierung nach Pflegestufen entsprechend § 15 SGB XI erfordert. Neben diesen Leistungen werden bei intermittierendem häuslichem Aufenthalt (z.B. in den

86 Zu diesen zählen neben den so genannten Langzeiteinrichtungen für geistig, körperlich, seelisch oder Sinnes- Behinderte u.a. auch die Wohnstätten an Werkstätten für Behinderte (WfB)

Ferien) Leistungen der häuslichen Pflege unter gleichzeitigem Ruhen der Ansprüche nach § 43a SGB XI gewährt.

Formen der Behinderungen

Die häufigsten angeborenen Behinderungen sind das Down-Syndrom, die Zerebralparese, Neuralrohrdefekte und autistische Störungen. Sie haben ihre Ursache entweder in einer genetischen Besonderheit des behinderten Kindes, in schädigenden Einflüssen während der Schwangerschaft oder Komplikationen bei der Geburt[87].

Bundesweit sind 65% der vollstationären Einrichtungen der Eingliederungshilfe sind auf Menschen mit geistiger Behinderung ausgerichtet, 25% der Bewohnerinnen und Bewohner haben psychische Erkrankungen und Suchterkrankungen und weitere 10% haben körperliche Behinderungen[88].

Zahl der Leistungsbezieherinnen und Leistungsbezieher in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen

Die Zahl der in stationären Einrichtungen der Eingliederungshilfe lebenden Personen ist im letzten Jahrzehnt ständig gestiegen. Insoweit ist auch bei den hierunter pflegebedürftigen Menschen ein weitgehend kontinuierlicher Anstieg festzustellen.

Bundesweit steigt die Zahl der Leistungsempfängerinnen und -empfänger in Einrichtungen der Wiedereingliederung seit 1999 bis 2009 um 67,8% von 53.875 auf 79.457 Personen.

Im Jahr 2004 sind bundesweit für 65.104 Personen Leistungen für stationäre Pflege in vollstationären Einrichtungen der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen geflossen. Im Jahr 2009 wurden diese Leistungen bereits für 79.457 Personen gezahlt; das entspricht einer Zunahme um 14.353 Personen, also um 8 Prozent.

87 Berliner Institut, 2009, S. 22 ff
88 dito, S. 58

Tab. (23) Personen in stat. Einrichtungen der Eingliederungshilfe für Behinderte (Bund)

Jahre	Anzahl	Anstieg in relativen Zahlen	Anstieg in %	Gesamtanteil an der Zahl aller Leistungsempfänger in %
1999	53.875	-	-	2,9 %
2004	65.104	11.229	17,2 %	3,3 %
2009	79.457	14.353	18,1 %	3,5 %

Quelle: BMG, Leistungsempfänger der sozialen Pflegeversicherung, eigene Berechnungen MS[89]

Diese „überproportionale" Zunahme muss vor dem Hintergrund des vergleichsweise niedrigen Ausgangsniveaus betrachtet werden. Unter Annahme des überschlägigen Erfahrungswertes von 10 Prozent des auf Niedersachsen entfallenden Anteils wäre demnach für die Leistungsempfängerinnen und -empfänger in diesen Einrichtungen im Jahr 2009 eine Zahl von ca. 7.946 Personen anzunehmen.

Noch immer macht die Gruppe der Menschen mit Behinderung in diesen Einrichtungen damit nur einen geringen Anteil an der Gesamtzahl aller im Leistungsbezug des SGB XI aus. Bezogen auf die Leistungsdaten für 2009 waren es 3,5%. In den stationären Einrichtungen der Eingliederungshilfe bilden die 40-50-Jährigen die größte Altersgruppe. Sie gehört zu den geburtenstarken Jahrgängen und hat auch in der Gesamtbevölkerung einen großen Umfang. Jüngere Altersgruppen leben zu einem größeren Teil bei den Eltern oder werden ambulant betreut. Die älteren Gruppen sind noch kleiner, weil viele Bewohnerinnen und Bewohner von Heimen der Behindertenhilfe bislang kein hohes Alter erreichen konnten[90].

Menschen mit einer lebenslangen oder früh erworbenen geistigen Behinderung entwickeln nicht automatisch eine Pflegebedürftigkeit[91]. Es ist jedoch von einer Zunahme „altersbedingter" Pflegebedürftigkeit behinderter Menschen auszugehen, da auch die Zahl geistig behinderter Menschen im Alter von 60 und mehr zunehmen wird. Menschen mit geistiger Behinderung sind im Alter höheren Risiken für die häufigsten Erkrankungen ausgesetzt. Außerdem haben sie schon früh ein erhöhtes Risiko an Demenz zu erkranken: von den 50- bis 60-Jährigen haben bereits 42

89 Quelle unter: www.bmg.bund.de
90 Berliner Institut, 2009, S. 28
91 Kranich, M., Altgewordene Menschen mit geistiger Behinderung: Zum Verhältnis von geistiger Behinderung und Demenz (www.demenz-service-nrw.de/2008-02-04Vortrag-Geistige-Behinderung-und-Demenz.pdf)

Prozent demenzielle Symptome, bei den über 60-Jährigen sind es 56 Prozent. Vor allem bei Menschen mit Down-Syndrom ist das Alzheimer-Risiko hoch. Jeder dritte Mensch mit Down-Syndrom leidet im mittleren Erwachsenenalter an einer Alzheimer-Erkrankung[92]. Die Demenzerkrankung ist bei älteren geistig behinderten Menschen eines der häufigsten Probleme mit gravierenden Auswirkungen auf die psychische Gesundheit und kognitiv-intellektuelle Leistungsfähigkeit.

1.4.4 Menschen mit fortschreitenden chronischen Erkrankungen (Aids und Multiple Sklerose) oder Schädel-Hirn-Trauma (SHT)

Multiple-Sklerose-Erkrankte

Multiple-Sklerose (MS) ist eine der am häufigsten auftretenden neurologischen Krankheiten in Deutschland. In Niedersachsen sind nach Schätzungen des Landesverbandes Niedersachsen der Deutschen Multiplen Sklerose Gesellschaft (DMSG)[93] etwa 10.000 Menschen von dieser Erkrankung betroffen. Sie tritt vorwiegend zwischen dem 18. und 50. Lebensjahr unerwartet auf.

Die diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten in jungen Lebensjahren haben sich verbessert. Frauen sind nicht nur deutlich häufiger betroffen als Männer, sondern auch in höherem Maße auf stationäre Versorgung angewiesen.

Angesichts der Tatsache, dass die Krankheit im Einzelfall sehr unterschiedlich und nicht immer progredient (stetige langsame Zunahme von Schüben) verläuft, ist bei vielen MS-Erkrankten eine eigenständige Lebensführung dauerhaft oder über einen langen Zeitraum erhalten.

Hinsichtlich der Zahl der pflegebedürftigen an MS erkrankten Personen liegen keine Erkenntnisse vor. Die zur Pflegebedürftigkeit führende Art der Erkrankung stellt kein leistungsrechtlich relevantes Kriterium dar und wird insofern auch weder in der Leistungsstatistik der Pflegekassen nach § 79 SGB IV noch in der Pflegestatistik nach § 109 SGB XI ausgewiesen. Aussagen hinsichtlich Zahl, regionaler Verteilung und Pflege- und Betreuungssituation dieses Personenkreises sind daher nicht möglich.

---

92 Engel, H.; Schmitt-Schäfer, T., 2004
93 www.dmsg-niedersachsen.de

Aids-Kranke

Aids steht für „Acquired Immune Deficiency Syndrome“, also erworbener Immundefekt, die Abwehrfähigkeit des Körpers ist gegenüber Krankheitserregern vermindert. Ursache für Aids ist die Infektion mit HIV („Human Immunodefiency Virus“). Es gibt zwei Virustypen (HIV-1 und 2) mit speziellen Merkmalen.

Die HIV-Infektion wird in verschiedene Stadien eingeteilt, mit Aids wird das Stadium bezeichnet, bei dem das Immunsystem stark beeinträchtigt ist und sich bestimmte lebensbedrohliche Infektionskrankheiten und Tumore entwickeln können.

Obwohl in der Behandlung der HIV-Krankheit in den letzten Jahren deutliche Fortschritte zu verzeichnen waren, ist eine echte Heilung bisher nicht möglich. Dank medizinischer Therapien bestehen gute Chancen, dass sich eine Immunschwäche zurückbildet oder viele Jahre hinauszögern lässt. Menschen mit HIV können inzwischen mit einer deutlich höheren Lebenserwartung und -qualität leben.

Das Robert-Koch-Institut (RKI) schätzt die Zahl der derzeit in Niedersachsen mit HIV-Infektionen und Aids lebenden Menschen auf ca. 4.000 (davon 3.200 Männer, ca. 600 Aids-Erkrankte)[94]. Ende 2004 waren es ca. 3.000 Erkrankte. Die Zahl der jährlichen neuen Aids-Erkrankungen liegt 2009 bei ca. 60, die HIV-Erstdiagnosen steigen auf ca. 190.

Bis zum 01.03.2010 wurden dem Robert-Koch-Institut für das Jahr 2009 insgesamt 2.856 neu diagnostizierte HIV-Infektionen gemeldet[95]. Gegenüber dem Jahr 2008 (2.843) bedeutet dies keine nennenswerte Veränderung bei der Gesamtzahl der HIV-Neudiagnosen. Seit 2007 hat sich der in den Jahren davor beobachtete Anstieg der HIV-Neudiagnosen deutlich verlangsamt.

Im Vergleich zum Bundesgebiet ist Niedersachsen eher unterproportional betroffen, der größte Anteil lebt in großstädtischen Regionen.

Über den Anteil pflegebedürftiger HIV-Infizierter bzw. Aids-Erkrankter liegen keine genauen Zahlen vor. Bei fortgeschrittenem Stadium der Krankheit ist jedoch auch das Vorliegen von Pflegebedürftigkeit im Sinne des SGB XI sehr wahrscheinlich.

---

94 Epidemiologische Kurzinformation des Robert-Koch-Instituts, Stand Ende 2009, Berlin

95 Robert-Koch-Institut, 2010

Schädel-Hirngeschädigte der „Phase F“

Betroffener Personenkreis

Bei den Schädel-Hirngeschädigten der „Phase F“ (Bedarf an vollstationärer Dauerpflege) handelt es sich um Personen mit ausgeprägten neurologischen Schädigungen; dies sind insbesondere

- Cerebrale Gefäßkrankheiten (u. a. Schlaganfall),
- Schädigungen durch akuten Sauerstoffmangel (hypoxische Hirnschädigungen, z. B. bei Herz-Kreislauf-Stillstand),
- Entzündlichen Prozessen (z.B. Encephalitis oder Polyradikulitis),
- Tumorerkrankungen des zentralen Nervensystems (ZNS).

Die Folgen dieser Schädigungen beeinträchtigen die selbständige Lebensweise der Betroffenen wegen der mit der Schädigung verbundenen schweren und dauerhaften Fähigkeits- und Funktionsstörungen. Im Vordergrund der Beeinträchtigungen stehen verschiedene Bewusstseinsstörungen, intellektuell-kognitive Störungen, Wahrnehmungsstörungen, Störungen der Sensorik und Motorik sowie der Kommunikationsfähigkeit. Hierdurch sind die Betroffenen in ihrer Erlebnis- und Empfindungsverarbeitung oftmals sehr eingeschränkt.

Unter den durch die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) geprägten Bezeichnung „Phase F“ subsumierten Hilfebedarf fallen unterstützende, betreuende und/oder zustandserhaltende Maßnahmen für Personen mit o.g. Symptomatik, bei denen trotz qualifizierter Akutbehandlung (Phase A) und Rehabilitation (Phasen B, C, D oder E) über Monate kein wesentlicher funktioneller Zugewinn erreicht werden konnte. Dies schließt allerdings nicht aus, dass dennoch im Einzelfall Rehabilitationspotential vorhanden ist. Diese Menschen bedürfen aber in jedem Fall dauerhafter pflegerischer Hilfen.

Es kann angenommen, dass die Mehrzahl aus diesem Personenkreis in Pflegestufe III und häufig als Härtefall eingestuft ist[96].

Anzahl der Betroffenen

Nach einer Wachkoma-Studie des Selbsthilfeverbandes „Schädel-Hirnpatienten in Not e.V.“ in 2002 beträgt die Zahl der Phase F-Langzeitpatienten und -patientinnen (sechs Monate Wachkoma und länger) in Niedersachsen bei einer Zahl von 833 und

96 MS, Landespflegebericht 2005, S. 93

einer Zahl von jährlich neu hinzukommenden Personen von 278. Neuere Zahlen liegen dem Bundesverband nicht vor.
Nach Einschätzungen der „Landesarbeitsgemeinschaft Phase F“ (LAG) sind die stationär versorgten Personen in den Mitgliedseinrichtungen der LAG durchschnittlich zwischen 40 und 50 Jahre alt.
Im häuslichen Bereich gepflegte Menschen sind häufig jünger, beispielsweise Kinder und Jugendliche, die noch eher auf Hilfe der Familie (in der Regel der Eltern) rechnen können. In der Gruppe der älteren Patienten und Patientinnen der „Phase F“ überwiegt die stationäre Versorgung.

1.4.5 Migrantinnen und Migranten

Die Zahl der älteren Menschen mit Migrationshintergrund wächst in Deutschland und ebenso in Niedersachsen stark an. Dies geschieht mit einiger Verzögerung zur Bevölkerung ohne Migrationshintergrund[97]. Noch bilden die älteren Menschen mit Migrationshintergrund eine Gruppe von relativ jungen Alten im Altersbereich von ca. 60 bis 80 Jahren, doch dies wird sich in den nächsten Jahren zunehmend ändern. Für die Gruppe der älteren und hochaltrigen Menschen mit Migrationshintergrund wird ein deutlich steigender Pflegebedarf erwartet[98], insbesondere wenn ein Teil der 1. Generation der Arbeitsmigrantinnen und -migranten das 8. Lebensjahrzehnt vollenden[99]. Im Mikrozensus des Statistischen Bundesamtes wiesen im Jahr 2005 9,4% der befragten Leistungsempfängerinnen und -empfänger des SGB XI einen Migrationshintergrund auf[100].
Der Anteil der ausländischen Mitbürgerinnen und Mitbürger in Niedersachsen hat sich seit Ende 2004 kaum verändert. Nach dem Ausländerzentralregister betrug ihr Anteil damals mit 462.383 Personen 6,7% an der gesamten Bevölkerung, Ende 2009 lag er mit 453.636 Personen bei 6,8%. Die größte Bevölkerungsgruppe unter den Migrantinnen und Migranten bilden mit 101.934 Personen (22,5%) die Gruppe der Türkinnen und Türken, gefolgt von der Bevölkerungsgruppe der Polen mit 39.287 Personen (8,6%), gesamt Asien mit 35.199 Personen (7,6%), der ehemaligen

97 Gesundheitsberichterstattung des Bundes, 2008, S. 95
98 BMFSFJ, 5. Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland, 2005, S. 425
99 Gesundheitsberichterstattung des Bundes, 2008, S. 102
100 Statistisches Bundesamt (2007), Bevölkerung und Erwerbstätigkeit. Bevölkerung mit Migrationshintergrund - Ergebnisse des Mikrozensus 2005. Fachserie 1 Reihe 2.2 Wiesbaden

Sowjetunion mit 27.876 Personen (6,1%), des ehemaligen Jugoslawien mit 24.343 (5,4%), Italien mit 22.567 (5,0%) und Griechenland mit 14.496 Personen (3,2%).

Tab. (24) Größen der Bevölkerungsgruppen unter den Migrantinnen und Migranten in %

Türkei	22,5 %
Polen	8,6 %
Gesamt Asien	7,6%
Ehemalige Sowjetunion	6,1 %
Ehemaliges Jugoslawien	5,4 %
Italien	5,0 %
Griechenland	3,2 %
Gesamtzahl (=100 %): 453.636	

Quelle: Bevölkerungsfortschreibung und Ausländerzentralregister (AZR), Stand: 31.12.2009

Hinsichtlich der geschlechtsspezifischen Anteilswerte sind deutliche Unterschiede vorhanden. Danach ist der Anteil der männlichen älteren Bevölkerung höher als der der Frauen im Vergleich zu der Gesamtbevölkerung[101].

Statistische Daten zur Zahl der Leistungsempfängerinnen und -empfänger mit Migrationshintergrund liegen nicht vor. Durch die ungesicherte Datenlage werden nicht nur Aussagen zur derzeitigen Versorgungssituation von pflegebedürftigen Migrantinnen und Migranten sondern auch die Einschätzung des künftigen Pflegebedarfs erschwert.

Bei der Wahl der Pflegeversicherungsleistung wird tendenziell eher für das Pflegegeld optiert. Generell kann gesagt werden, dass eine aufsuchende Versorgung den Erwartungen der älteren Migrantenbevölkerung in größerem Umfang entspricht[102]. Die Vorstellungen, die ältere Menschen mit Migrationshintergrund über ihre Versorgung im Alter haben, unterscheiden sich nur teilweise von denen der älteren Bevölkerung ohne Migrationshintergrund. Sie erwarten Hilfe vor allem von ihren Partnerinnen bzw. Partnern und von ihren Kindern. Der hohe Anteil an Verheirateten wirkt sich hierbei zunächst begünstigend aus. In türkischen Familien ist zusätzlich ein großes Hilfspotential von Verwandten der gleichen Generation

101 MS, Landespflegebericht 2005, S. 95
102 BMFSFJ, 5. Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland, 2005, S. 426

vorhanden[103]. Allerdings verfügen nicht alle älteren Menschen mit Migrationshintergrund über Angehörige in Deutschland oder in erreichbarer Nähe.
Als Zugangsbarrieren älterer Migrantinnen und Migranten zu die häusliche Pflege unterstützenden Angeboten sowie Beratung werden folgende Aspekte benannt:

- Ältere Menschen mit Migrationshintergrund sind kaum über die unterschiedlichen Möglichkeiten der Altenpflege und Versorgung informiert.
- Es kommt ein Schamgefühl dazu, Hilfe von außen in Anspruch nehmen zu müssen, die eigentlich von der Familie erwartet wird.
- Bestehende Sprachprobleme und Vorbehalte gegenüber Institutionen verhindern die Kontaktaufnahme.
- Älteren Menschen mit Migrationshintergrund fehlt häufig eigene Vorbild-Erfahrung zum Prozess des Älterwerdens, da ihre Eltern nicht mit ihnen in Deutschland lebten[104].

2. *Inanspruchnahme von Leistungen nach dem Pflegeversicherungsgesetz*

Die Daten über Zahl und Struktur der pflegebedürftigen Personen in Niedersachsen im vorangehenden Abschnitt I.1 sind Ausdruck der Umsetzung der gesetzlichen Vorgaben über die Gewährung von Leistungen nach SGB XI und der insoweit praktizierten Bewertung des Vorliegens von Pflegebedürftigkeit im Sinne der Kriterien von Pflegebedürftigkeit nach den §§ 14 und 15 SGB XI.
Die Daten zu Abschnitt 2 geben Auskunft über

- Die Nachfrage nach Leistungen der Pflegeversicherung aus der Bevölkerung und ihre Entwicklung
- Die Zahl der von dem Leistungsbezug der Pflegeversicherung ausgeschlossenen Versicherten mangels hinreichender Pflegebedürftigkeit im Sinne der oben genannten Vorschriften
- Art und Umfang der nach den Vorschriften des SGB XI erbrachten Leistungen im einzelnen und deren Entwicklung seit Leistungsbeginn nach diesem Gesetz.

---

103 Gesundheitsberichterstattung des Bundes, 2008, S. 102
104 Gesundheitsberichterstattung des Bundes, 2008, S. 103

2.1 Nachfragen nach Leistungen für Pflege

Entwicklung der Pflegebegutachtungen gesamt

Die Zahl der Begutachtungen im Rahmen des Verfahrens zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit im § 18 SGB XI auf Antrag des/der Versicherten bei den Pflegekassen sind von 2005 bis 2009 stetig angestiegen. Ihre Zahl betrug im Jahr 2005 142.240 und 2009 176.641. Die Gesamtzahl ist in diesen Jahren um 34.401 Begutachtungen angewachsen und entspricht damit einer Steigerungsrate von 19,5%. Eine Ausnahme stellt das Jahr 2006 dar, in dem die Zahl der Begutachtungen von 142.240 im Vorjahr 2005 auf 138.962 sank. Im Jahr 2008 war die höchste Zuwachsrate zu verzeichnen; im Vergleich zum Vorjahr stieg die Zahl allein in dem Jahr um 16.173 Begutachtungen auf Leistungen nach dem SGB XI.
Eine deutliche Zunahme der Anzahl der Anträge ist seit 2007 feststellbar. In einer Zeitreihe von 1999 bis 2009 wird die zahlenmäßige Entwicklung dargestellt.

Tab. (25) Begutachtungen nach Anträgen auf Pflegeleistungen 1999 - 2009

Jahr	Anzahl der Begutachtungen
1999	139.857
2001	136.212
2003	133.124
2005	142.240
2006	138.962
2007	149.817
2008	165.990
2009	176.641

Quelle: MDK N

Anträge auf ambulante Pflege umfassen Anträge auf Pflegegeld sowie auf häusliche Pflegeleistungen. Anträge auf stationäre Pflege umfassen voll- und teilstationäre sowie Kurzzeitpflegeleistungen.

Entwicklung der Begutachtungen nach ambulanten und stationären Leistungen

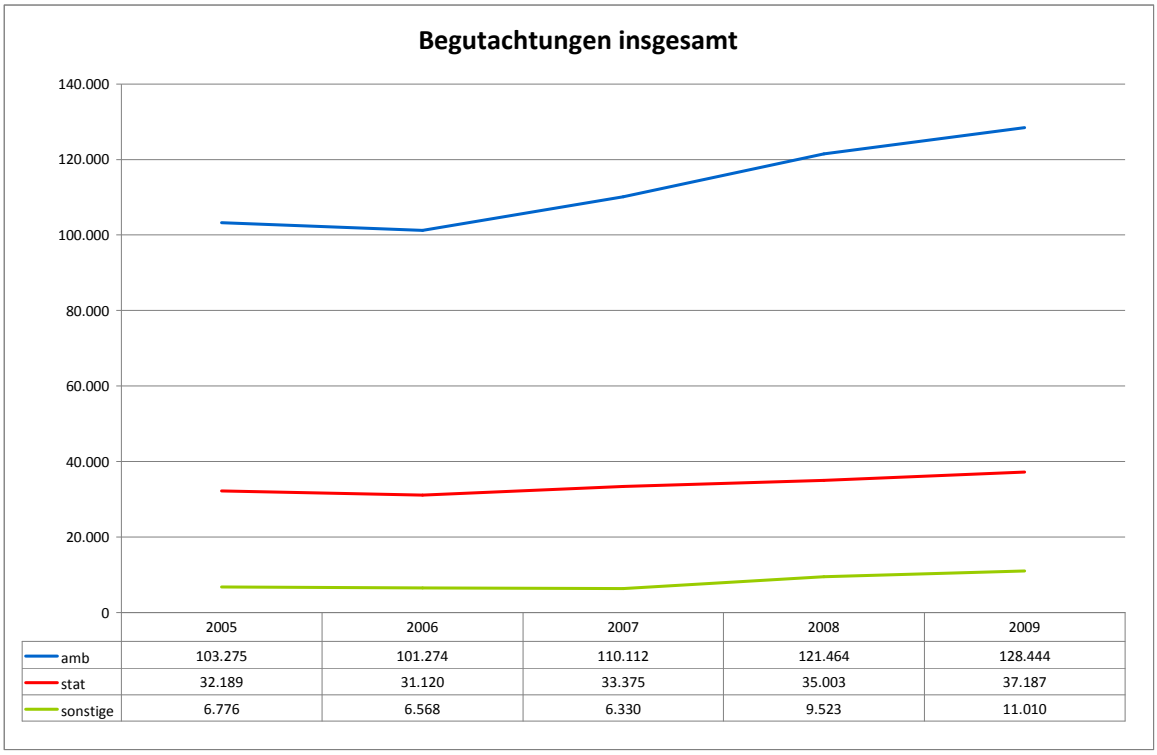
Im Zeitraum von 2005 bis 2009 ist die Zahl der Begutachtungen bei Anträgen nach ambulanten und stationären Leistungen gleichermaßen gestiegen.
Die Zahl der Begutachtungen auf ambulante Pflege ist seit 2005 (103.275) um 25.169 auf 128.444 im Jahr 2009 gestiegen. Mit einem Anstieg von 24,4% entspricht diese Zahl ungefähr dem prozentualen Anstieg der Gesamtzahl der Begutachtungen (24,2%).
Auch die Begutachtungen bei Anträgen auf stationäre Leistungen nach dem SGB XI sind in dem Zeitraum von 2005 und 2009 kontinuierlich gestiegen. Der Zuwachs beträgt in diesen Jahren 4.998 Begutachtungen mit einem Prozentsatz von 15,5% und fällt damit geringer als in der ambulanten Pflege aus.

Tab. (26) Begutachtungen nach Anträgen auf ambulante und stationäre Leistungen

Jahr	ambulant	stationär
1999	107.311	32.546
2001	103.396	32.816
2003	96.973	36.151
2005	103.275	32.189
2007	110.112	33.375
2009	128.444	37.187

Quelle: MDK N

Abb. 2. Begutachtungen insgesamt



	2005	2006	2007	2008	2009
amb	103.275	101.274	110.112	121.464	128.444
stat	32.189	31.120	33.375	35.003	37.187
sonstige	6.776	6.568	6.330	9.523	11.010

Quelle: MDK N

Die Entwicklung in den Jahren von 2005 bis 2009 unterscheidet sich deutlich von der in den Jahren 1999 bis 2004. Während die Zahl der Begutachtungen nach Anträgen auf ambulante Leistungen bis 2004 kontinuierlich zurückging und die auf stationäre Pflege stetig anstieg, gibt es seit 2005 einen kontinuierlichen Anstieg in beiden Leistungsbereichen, der in der ambulanten Pflege höher ist als in der stationären.

Erst- und Folgebegutachtungen

Unter den Antragsarten wird nach Erst-, Folge- und Widerspruchsanträgen unterschieden. Als Erstanträge werden Anträge gewertet, wenn noch keine Leistungen nach dem SGB XI bezogen wurden. Erfolgt beispielsweise ein Antrag auf stationäre Pflege, so wird dieser nicht als Erstantrag gewertet, wenn in der Vergangenheit bereits ambulante Pflegeleistungen in Anspruch genommen worden sind. Ein solcher Antrag wird in der Pflegestatistik des MDK unter „Folgebegutachtung“ erfasst.

Unter Folgebegutachtungen sind folgende Fallkonstellationen subsumiert:

- Neubegutachtungen zum Zwecke der Einstufung in eine andere Pflegestufe derselben Leistungsart und
- Neubegutachtungen zum Zwecke eines Wechsels von ambulanter zu stationärer Leistung (und ggf. zugleich eine andere Pflegestufe).

Die letzte Fallkonstruktion wird unter die stationären Folgebegutachtungen subsumiert, wenn zugleich auch eine Überprüfung der Pflegestufe erfolgt. Während bei den Erstbegutachtungen die Zahlen eindeutig im Sinne der Nachfrage nach ambulanter bzw. stationärer Pflege interpretiert werden können, ist bei den Wiederholungsbegutachtungen auf stationäre Pflege die Option eines Wechsels von ambulanter zu stationärer Pflege mit einzubeziehen.

Tab. (27) Erstbegutachtungen ambulant, stationär, gesamt, anteilig

Jahr	Begutachtung ambulant	Begutachtung stationär	Begutachtung Gesamt	Anteil an den Gesamtbegut-achtungen in %
2005	58.431	9.859	68.290	48,0%
2006	56.391	9.039	65.430	47,1%
2007	60.669	9.185	69.854	46,6%
2008	69.561	9.637	79.198	47,7%
2009	73.441	10.094	83.535	47,3%

Quelle: MDK N

Die Tabelle T I.2.1/5 zeigt die Differenzierung der Erstbegutachtungen nach Leistungsarten. Knapp 88% der Erstbegutachtungen werden nach Anträgen auf ambulante Leistungen gestellt. Bei steigender Gesamtzahl der Erstbegutachtungen um 15.245 (18,2%) zwischen 2005 und 2009 steigt der prozentuale Anteil ambulanter Begutachtungen von 85,6% auf 87,9% im Unterschied zu den stationären, die im gleichen Zeitraum von 14,4% auf 12,1% sinken. Der Anteil der Erstbegutachtungen an der Gesamtzahl der Anträge variiert zwischen 46,6% und 48%.

Differenzierung der Folgebegutachtungen nach Leistungsbereich

Die Tabelle T I.2.1/6 zeigt die Differenzierung der Folgebegutachtungen nach Leistungsarten. Ebenso wie die Zahl der Erstbegutachtungen ist die der Folgegutachten gestiegen. Es sind 12.520 mehr Folgebegutachtungen erstellt worden als 2005; das entspricht einem Prozentsatz von 17,5%.

Tab. (28) Zahl der Folgegutachten gesamt, ambulant und stationär

Jahr	gesamt	ambulant	stationär	Anteil an Gesamtbegutachtungen in %
2005	58.835	37.942	20.893	41,4%
2006	59.069	38.259	20.810	42,5%
2007	64.369	41.555	22.814	43,0%
2008	66.011	42.262	23.749	39,7%
2009	71.355	45.928	25.427	40,4%

Quelle: MDK N

Bei den Folgebegutachtungen liegt der Anteil der Anträge auf ambulante Leistungen zwischen 64% und 64,8% und der der stationären Leistungen zwischen 35,2% und 36%. In beiden Leistungsarten ist ein kontinuierlicher Zuwachs an Folgebegutachtungen zu verzeichnen. Ihr Anteil an den Gesamtbegutachtungen bleibt relativ konstant bei gut 40%.

Im stationären Bereich ist die Zahl der Folgegutachten 2005 mehr als doppelt so groß als die der Erstgutachten mit steigender Tendenz. Im Jahr 2009 ist der Anteil bereits eineinhalb mal so groß. Bei einer großen Zahl der Anträge im stationären Bereich geht eine ambulante Leistung voraus.

Der im Vergleich zu den Erstbegutachtungen im ambulanten Bereich geringere Anteil von Erstbegutachtungen im stationären Bereich (12,1%) unterlegt statistisch die hohe Wahrscheinlichkeit des Beginns von Pflegebiografien in informellen und formell-ambulanten Pflegearrangements. Der deutlich höhere Anteil stationärer Folgebegutachtungen (3%) im Vergleich zu den ambulanten ist somit auch Ausdruck des Wechsels von der ambulanten zur stationären Pflege mit fortschreitender Dauer des Leistungsbezugs.

Widersprüche

Die Anzahl aller Gutachten bei Anträgen auf Widerspruch ist seit 2005 um 2.246 auf 10.501 im Jahr 2009 (21,4%) gestiegen. Damit ist der Anstieg der Begutachtungen aufgrund von Widersprüchen in diesem Zeitraum etwas höher als der aller Erst- und Folgebegutachtungen (19,5%) im vergleichbaren Zeitraum. Die Anzahl der Gutachten bei Widersprüchen im ambulanten Bereich ist seit 2005 von 6.902 um 22,6% auf 8.921 im Jahr 2009 gestiegen. Von diesen wurden 3.545 in Pflegestufe I (31,5%), 1.906 in Pflegestufe II (39,7%) und 649 in Pflegestufe III (7,3%) eingestuft. 2.811 erhielten keine Einstufung in eine Pflegestufe. Im stationären Bereich wurden 2005 1.353 Begutachtungen bei Widersprüchen durchgeführt; 2009 war die Zahl auf 1.580 Begutachtungen gestiegen (14,4%). Davon erhielten 556 die Pflegestufe I (17,2%), 477 Pflegestufe II (30,2%) und 269 die Pflegestufe III (17%). 271 wurden nach einem Antrag auf Widerspruch im stationären Bereich keiner Pflegestufe zugeordnet.

2.2 Feststellung der Pflegebedürftigkeit bei Erst- und Wiederholungsbegutachtungen sowie bei Widersprüchen

Begutachtungsfristen

Die aktualisierte Fassung der Begutachtungs-Richtlinie vom 08.06.2009 setzt insbesondere die begutachtungsrelevanten Themen aus dem Pflege-Weiterentwicklungsgesetz vom 01.07.2008 um[105]. Im Regelfall soll dem Antragsteller spätestens 5 Wochen nach Eingang des Antrags bei der zuständigen Pflegekasse die Entscheidung der Pflegekasse mitgeteilt werden[106]. Eine unverzügliche Begutachtung, spätestens innerhalb einer Woche ist erforderlich,

- wenn sich der Antragsteller im Krankenhaus oder in einer stationären Rehabilitationseinrichtung befindet und Hinweise vorliegen, dass zur Sicherstellung der ambulanten oder stationären Weiterversorgung und Betreuung eine Begutachtung in der Einrichtung erforderlich ist oder die Inanspruchnahme von Pflegezeit nach dem Pflegezeitgesetz gegenüber dem Arbeitgeber der pflegenden Person angekündigt wurde,

105 MDS und GKV, 2009, S. 3

106 s.o., S. 24 ff

- sich der Antragsteller in einem Hospiz befindet oder ambulant palliativ versorgt wird.

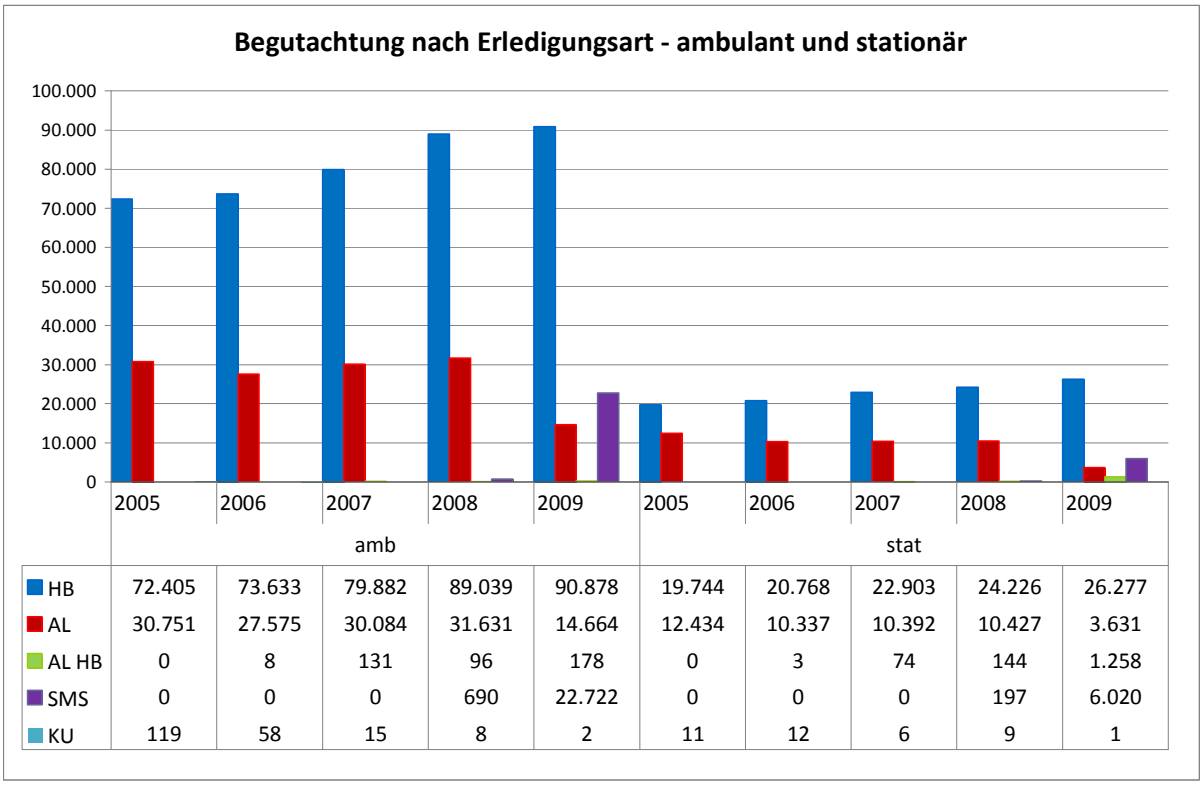
Eine Begutachtung innerhalb von zwei Wochen ist erforderlich, wenn der Antragsteller sich in häuslicher Umgebung befindet, ohne palliativ versorgt zu werden, und die Inanspruchnahme von Pflegezeit nach dem Pflegezeitgesetz gegenüber dem Arbeitgeber der pflegenden Person angekündigt wurde. In den Fällen der verkürzten Begutachtungsfrist muss die Empfehlung des MDK zunächst nur die Feststellung beinhalten, ob Pflegebedürftigkeit nach dem SGB XI vorliegt. Die abschließende Begutachtung ist unverzüglich nachzuholen. Die veränderten Begutachtungsfristen stellen hohe Anforderungen an den Ablauf und die Bearbeitung der Gutachten. Neben dem Hausbesuch (HB), der Aktenlage (AL), Aktenlage mit Hausbesuch (AL HB) und der körperlichen Untersuchung in der Beratungsstelle (Ku in BC) hat der MDK N seit September 2009 vermehrt kurze Stellungnahmen (SMS) durchgeführt und seit März 2010 ein weiteres Aktenlageformular (AL VBF) eingeführt, mit dem vorrangig alle Kurzzeitpflege-Aufträge bearbeitet werden.

Begutachtung nach Erledigungsart

Die 176.641 Begutachtungen im Jahr 2009 wurden im ambulanten Bereich überwiegend in Form von Hausbesuchen 90.878 durchgeführt.

Auch im stationären Bereich wurden die Begutachtungen in Form von Hausbesuchen (26.277) am häufigsten durchgeführt.

Abb. 3. Begutachtungen nach Erledigungsart - ambulant und stationär



	amb					stat				
	2005	2006	2007	2008	2009	2005	2006	2007	2008	2009
HB	72.405	73.633	79.882	89.039	90.878	19.744	20.768	22.903	24.226	26.277
AL	30.751	27.575	30.084	31.631	14.664	12.434	10.337	10.392	10.427	3.631
AL HB	0	8	131	96	178	0	3	74	144	1.258
SMS	0	0	0	690	22.722	0	0	0	197	6.020
KU	119	58	15	8	2	11	12	6	9	1

Hausbesuche (HB), Aktenlage (AL), Aktenlage mit Hausbesuch (AL HB), kurze Stellungnahme (SMS), körperliche Untersuchung (KU)

Quelle: MDK N

Die Zahl der Hausbesuche ist nach Angaben des MDK N in den Jahren 2005 bis 2009 sowohl im ambulanten um 20,3% als auch im stationären Bereich um 25,1% kontinuierlich gestiegen. Neben der umfangreicheren Aktenlage hat in beiden Bereichen die kurze Stellungnahme eine zunehmende Bedeutung erhalten. 2009 war die Zahl der Aktenlagen im stationären Bereich um 65,2% und im ambulanten Bereich um 53,6% im Vergleich zum Vorjahr gesunken.

Begutachtungsergebnisse

Die nachfolgenden Ergebnisse beruhen auf der monatlichen Geschäftsstatistik des MDK N. Die in dieser Statistik ausgewiesenen Begutachtungsergebnisse stellen aus folgenden Gründen keine Abbildung der Leistungsempfängerinnen und -empfänger dar:

- Die bereits im Leistungsbezug befindlichen Personen sind nur soweit erfasst, wie bei ihnen im jeweiligen Jahr Folgebegutachtungen vorgenommen wurden.

- Die in einem bestimmten Jahr erstmals Begutachteten können im selben Zeitraum als in eine Folgebegutachtung einbezogen werden (Doppelzählung).
- Die im jeweiligen Jahr begutachteten Personen können noch im selben Zeitraum aus dem Leistungsbezug ausgeschieden sein.

Sowohl die Erstbegutachtungen, als auch Folge- und Widerspruchsbegutachtungen sind nach Pflegestufen aufgeschlüsselt. In der Statistik des MDK N sind auch diejenigen Personen erfassen, die bei den Begutachtungen die Voraussetzungen zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit nach dem SGB XI nicht erfüllen. Da zudem seitens der Pflegekassen den Empfehlungen des MDK nahezu ausnahmslos gefolgt wird, lassen die Ergebnisse der Erstbegutachtungen Aussagen über die Zahl und den Anteil derjenigen zu, die im Anschluss an die erstmalige Begutachtung überhaupt Leistungen nach dem SGB XI beziehen.

Die Statistik des MDK N ermöglicht vor allem Aussagen über die Entwicklung des Begutachtungsgeschehens im Zeitverlauf und über die Einstufungen nach dem Schweregrad der Pflegebedürftigkeit.

Feststellung des Vorliegens einer Pflegebedürftigkeit

Den Anteil der nach Erstbegutachtung als pflegebedürftig eingestuften Personen gibt Tab. (18) wieder.

Tab. (29) Anteil der nach Erstbegutachtung als pflegebedürftig eingestuften Personen

Jahr	Erstgut-achten ambulant	davon als pflegebedürftig anerkannt	Anteil in %	Erstgut-achten stationär	davon als pflegebedürftig anerkannt	Anteil in %
2005	58.431	43.860	75,0	9.859	8.227	83,4
2006	56.391	42.184	74,8	9.039	7.599	84,1
2007	60.669	44.281	73,0	9.185	7.504	81,7
2008	69.561	50.499	72,6	9.637	7.942	82,4
2009	73.441	53.597	73,0	10.094	8.229	81,5

Quelle: MDK N

Der Anteil der als pflegebedürftig anerkannten Personen ist im Zeitverlauf der Jahre 2005 bis 2009 gestiegen, allerdings nicht in dem gleichen Umfang wie die Zahl der Erstgutachten. Der prozentuale Anteil an der Gesamtzahl von Erstgutachten im ambulanten Bereich ist um 2,0 und im stationären Bereich um 1,9 Prozentpunkte

gesunken. 2009 wurden 73,0% der Personen im Rahmen der ambulanten Erstbegutachtungen als pflegebedürftig anerkannt, der stationären 81,5%. Die höhere Wahrscheinlichkeit der Feststellung des Vorliegens einer Pflegebedürftigkeit in der stationären Pflege deckt sich mit der Erfahrung, dass stationäre Pflege tendenziell erst bei Vorliegen einer schwereren Pflegebedürftigkeit gewählt bzw. in Anspruch genommen wird.

Das Ergebnis zeigt jedoch auch, dass immerhin 27 Prozent derjenigen, die nach Antrag auf ambulante Leistungen und gut 18 Prozent derjenigen, die nach Antrag auf vollstationäre Leistungen erstmalig begutachtet wurden, keine Leistungen erhalten konnten, da sie das entsprechende Ausmaß der Pflegebedürftigkeit im Sinne des SGB XI (noch) nicht aufweisen. In absoluten Zahlen ausgedrückt waren dies im Jahr 2009 19.844 Personen mit Antrag auf ambulante und 1.865 Personen mit Antrag auf stationäre Pflegeleistungen.

Den Anteil der nach Folgebegutachtung als pflegebedürftig eingestuften Personen gibt Tab. (30) wieder:

Tab. (30) : Folgegutachten ambulant und stationär

Jahr	Folgegut-achten ambulant	davon als pflege-bedürftig anerkannt	Anteil in %	Folgegut-achten stationär	davon als pflege-bedürftig anerkannt	Anteil in %
2005	37.942	35.751	94,2	20.893	20.570	98,4
2006	38.259	35.670	93,2	20.810	20.443	98,2
2007	41.555	38.983	93,8	22.814	22.411	98,2
2008	42.262	39.938	94,5	23.749	23.385	98,5
2009	45.928	43.237	94,1	25.427	25.042	98,5

Quelle: MDK N

In den Folgebegutachtungen ist der Anteil der als pflegebedürftig anerkannten Personen an der Gesamtzahl erwartungsgemäß höher. Bei den Begutachtungen im ambulanten Bereich wurden ca. 94% und im stationären Bereich ca. 98,5% der Personen in eine der drei Pflegestufen eingestuft. In absoluten Zahlen waren 2009 entsprechend 2.691 Personen im ambulanten Bereich und 385 Personen im stationären Bereich nicht als pflegebedürftig eingestuft.

In den Widerspruchgutachten erhalten im ambulanten Bereich gut 30% keine Pflegestufe; im stationären Bereich sind es ca. 17% der Personen, die keine Pflegestufe erhalten. In absoluten Zahlen ausgedrückt wurden 2009 im ambulanten Bereich 2.811 von 8.921 Personen nicht als pflegebedürftig anerkannt und im stationären Bereich 271 von 1.580 Personen.

Im Bundesgebiet liegt die Bewilligungsquote aller Anträge auf Feststellung der Pflegebedürftigkeit bei ca. 71%. In Niedersachsen liegt die Bewilligungsquote 2005 bei 76,3%, 2006 bei 76,1% und 2007 bei 74,1%.

Tab. (31) Bewilligungsquoten bei Erstbegutachtungen - bundesweit

Jahr	Anträge insgesamt	bewilligt	abgelehnt	Bewilligungsquote
2005	822.895	590.036	198.051	71,7%
2006	801.903	573.159	194.318	71,5%
2007	888.084	633.679	215.556	71,4%

Quelle: Bundesministerium für Gesundheit

Feststellung des Grades der Pflegebedürftigkeit (Pflegestufe)

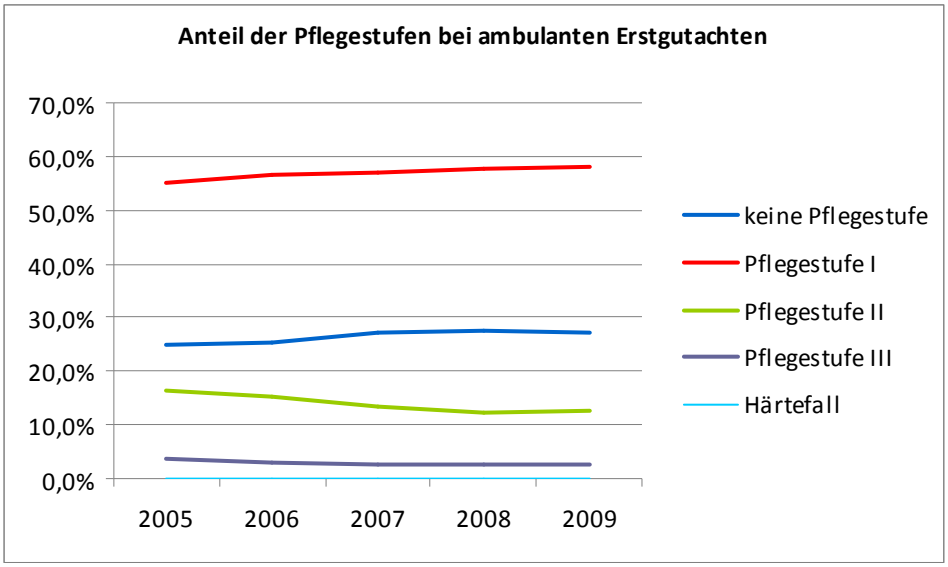
Nach Pflegestufen differenziert gab es in den Jahren 2005 bis 2009 bei den Erstbegutachtungen in Pflegestufe I den größten Anstieg um 24,2%. Der Gesamtanteil der Pflegestufe I bei den Erstbegutachtungen beträgt im Jahr 2009 58% (42.561). In Pflegestufen II (9.185) und III (1.849) ist die Zahl leicht rückläufig.

Tab. (32) Einstufungen für ambulante Pflege bei Erstbegutachtungen in %

	2005	2006	2007	2008	2009
Pflegestufe I	55,2	56,5	57,1	57,9	58,0
Pflegestufe II	16,3	15,4	13,2	12,2	12,5
Pflegestufe III	3,6	2,9	2,6	2,5	2,5

Quelle: MDK N

Abb. 4. Anteil der Pflegestufen bei ambulanten Erstgutachten



Quelle: MDK N

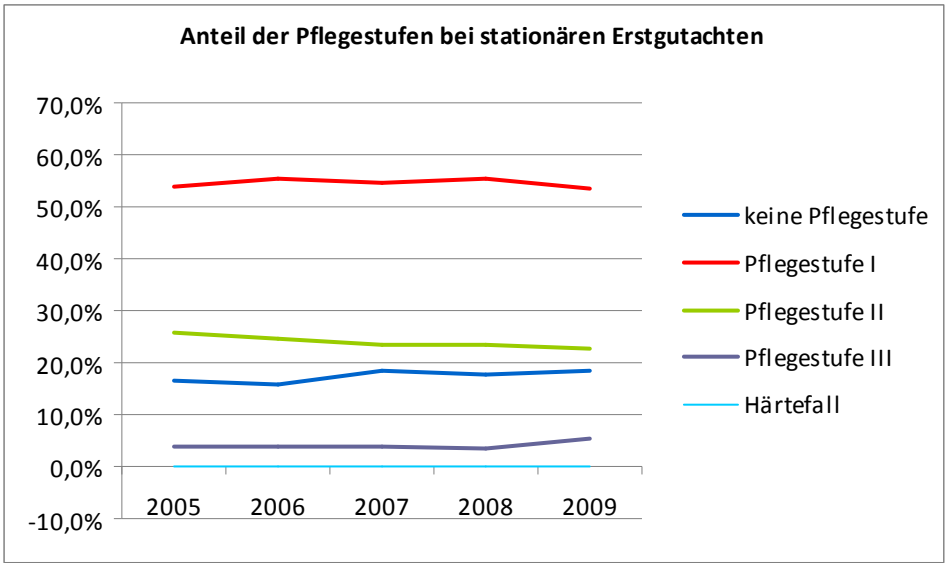
In der Pflegestufe I sind die Zahlen in den Jahren 2005 bis 2009 relativ konstant geblieben, in Pflegestufe II um 10,1% abnehmend und in Pflegestufe III um 27,8% zunehmend bei einer absoluten Zahl von 529 im Jahr 2009. Auch im stationären Bereich ist der Anteil der Pflegestufe I mit 53,6% (5.410) an der Gesamtzahl der Erstbegutachtungen im stationären Bereich im Jahr 2009 am höchsten.

Tab. (33) Einstufungen für stationäre Pflege bei Erstbegutachtungen in %

	2005	2006	2007	2008	2009
Pflegestufe I	53,8	55,4	54,6	55,3	53,6
Pflegestufe II	25,7	24,7	23,3	23,4	22,6
Pflegestufe III	3,9	3,8	3,7	3,5	5,2

Quelle: MDK N

Abb. 5. Anteil der Pflegestufen bei stationären Erstgutachten



Quelle: MDK N

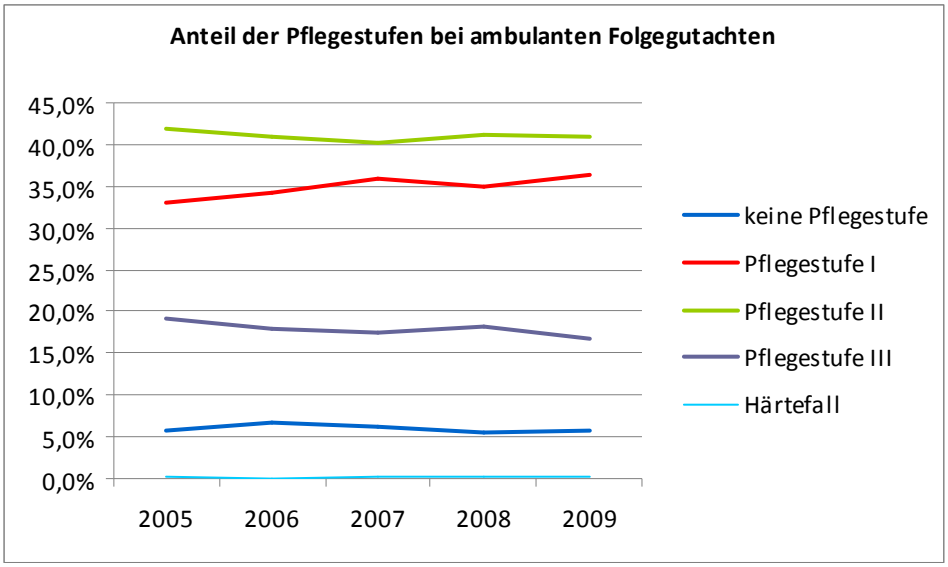
Folgebegutachtungen

Folgebegutachtungen der Empfängerinnen und Empfänger von Leistungen der Pflegeversicherung erfolgen auf Grund sich verändernder Pflegebedürftigkeit mit dem Ziel der Feststellung bzw. der Inanspruchnahme von Leistungen, die den neuen Erfordernissen der pflegerischen Versorgung entsprechen. Sie führen häufig zur Feststellung einer höheren Pflegestufe.

Der größte Anteil der ambulanten Folgegutachten hat in den Jahren 2005 bis 2009 die Pflegestufe II mit ca. 41%, gefolgt von der Pflegestufe I mit rund 35%. In beiden Pflegestufen steigen die Zahlen der Leistungsempfängerinnen und -empfänger 2009 auf 18.747 in Pflegestufe II und 16.745 in Pflegestufe I. Relativ konstant bleiben die absoluten Zahlen in der Pflegestufe III, jedoch mit einem sinkenden Anteil von 19,2% im Jahr 2005 auf 16,7% im Jahr 2009 (7.666).

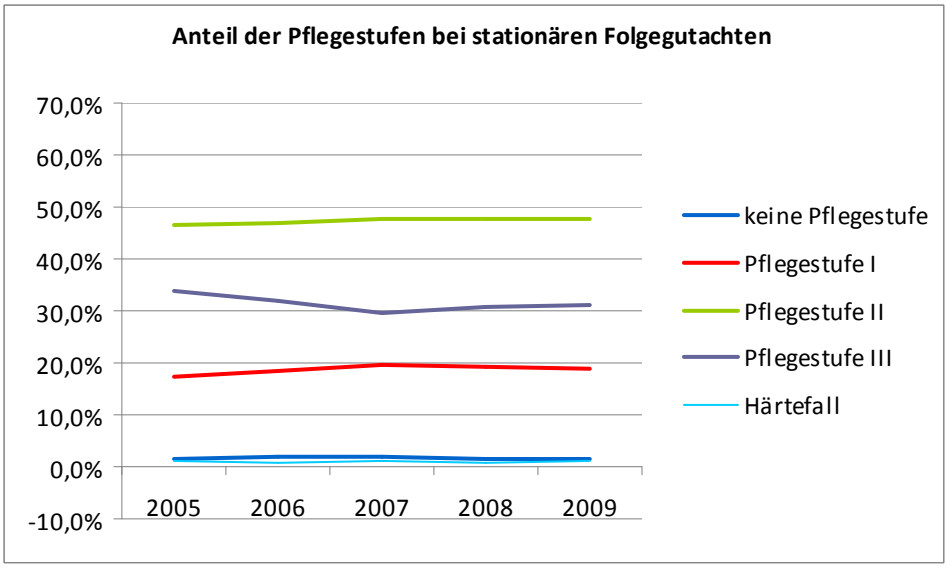
Bei den Folgegutachten im stationären Bereich stellt sich die Verteilung anders als bei den Erstgutachten dar. Zwischen 46,4% und 47,9% liegt der Anteil der Pflegestufe II, zwischen 33,9% und 30,6% der Anteil der Pflegestufe III und zwischen 17,2% und 19,6% der Anteil der Pflegestufe I im Zeitraum von 2005 bis 2009. In relativen Zahlen waren es 2009 in Pflegestufe I 4.772, in Pflegestufe II 12.086 und in Pflegestufe III 7.933 Folgegutachten.

Abb. 6. Anteil der Pflegestufen bei ambulanten Folgegutachten



Quelle: MDK N

Abb. 7. Anteil der Pflegestufen bei stationären Folgegutachten



Quelle: MDK N

Härtefälle

Mit dem 28.10.2005 hat es eine Änderung der Richtlinie zur Anwendung der Härtefallregelungen gegeben[107]. Die Richtlinie bestimmt in Ergänzung der Pflegebedürftigkeits-Richtlinie gemäß § 17 Abs. 1 SGB XI die Merkmale zur

107 Richtlinie der Spitzenverbände der Pflegekassen zur Anwendung der Härtefallregelungen (Härtefall-Richtlinien-HRi) vom 10.07.1995 geändert durch Beschlüsse vom 19.10.1995, vom 03.07.1996 und vom 28.10.2005

Annahme eines Härtefalles sowie das Verfahren zur Feststellung eines Härtefalls. Ein außergewöhnlich hoher bzw. intensiver Pflegeaufwand kann beispielsweise bei Krebserkrankungen und AIDS-Erkrankungen im Endstadium, hoher Querschnittslähmung, Wachkoma, schwerer Ausprägung der Demenz, nach Schädelhirnverletzungen und im Endstadium der Mukoviszidose vorliegen. Die Anzahl der Härtefälle ist in den Jahren 2005 bis 2009 bei ambulanten Erstanträgen von 10 auf 2 gesunken, bei den stationären Erstanträgen von 6 auf 13 gestiegen. Erwartbar höher liegt die Anzahl der Härtefälle bei den Folgeanträgen; im ambulanten Bereich gab es eine Steigerung seit 2005 von 50 auf 79 im Jahr 2009, im stationären Bereich eine ebenfalls anwachsende Zahl von 201 auf 251 Anträgen. Die Anzahl der Folgebegutachtungen war in dem Zeitraum in allen Pflegestufen und auch bei den Härtefällen steigend. Ebenfalls steigend ist die Anzahl der Folgebegutachtungen in allen Pflegestufen und bei den Härtefällen im ambulanten Bereich. Dort ist der Anteil der Pflegestufe II bei den Folgegutachten in diesem Bereich mit 40,8 % im Jahr 2009 am höchsten.

Begutachtungen bei Widersprüchen

Die Zahl der Widersprüche bei Begutachtungen auf ambulante Pflege ist von 2005 bis 2009 in der Gesamtzahl von 6.902 auf 8.921 und in allen drei Pflegestufen gestiegen, in Pflegestufe I um 24,0%, in Pflegestufe II um 21,7% und in Pflegestufe III um 5,7%. Auch die Zahl der Widersprüche bei Begutachtung auf Härtefall im ambulanten Bereich ist konstant gestiegen in relativen Zahlen von 4 (2005) auf 10 (2009).

Die Zahl der Widersprüche bei Begutachtung auf stationäre Pflege ist im gleichen Zeitraum in der Gesamtzahl von 1.353 auf 1.580 und in Pflegestufe I um 25 % und II um 10, 7% gestiegen. In Pflegestufe III und bei Härtefällen ist die Zahl dagegen gesunken.

Begutachtungen von Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz

Im Rahmen des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes erhalten nun auch Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz (PEA) unabhängig von bestehender Pflegebedürftigkeit im Sinne des Gesetzes Leistungen. Die Gutachterinnen und

Gutachter des Medizinischen Dienstes prüfen dazu, ob ein erheblicher allgemeiner Betreuungsbedarf vorliegt[108]. Für Menschen, die zu Hause gepflegt werden, wird zwischen dem Grundbetrag (PEA-Stufe 1) von bis zu 1.200 Euro jährlich und dem erhöhten Betrag (PEA-Stufe 2) von jährlich bis zu 2.400 Euro für zweckgebundene qualitätsgesicherte Betreuungsleistungen unterschieden. Für Pflegebedürftige in Pflegeheimen wird über eine Personalberechnung die pflegerische Versorgung verbessert.
Zur Feststellung einer eingeschränkten Alltagskompetenz wird anhand eines Screenings geprüft, ob die Antragsstellerin/ der Antragssteller zum berechtigten Personenkreis des § 45a SGB XI gehören könnte. Bei einem positiven Screeningergebnis werden in einem Assessment 13 Bereiche, sog. Items, geprüft.

Der MDK Niedersachsen erfasst seit Januar 2010 Ergebnisse der Begutachtungen der Anträge auf Leistungen nach dem SGB XI differenziert nach begutachteten PEA-Leistungen im ambulanten und stationären Bereich, in Abhängigkeit nach Pflegestufen, Leistungsarten und der jeweiligen PEA-Stufe. Diese Ergebnisse der Begutachtungen im Zeitraum von Januar bis Oktober 2010 soll im Folgenden dargestellt werden.

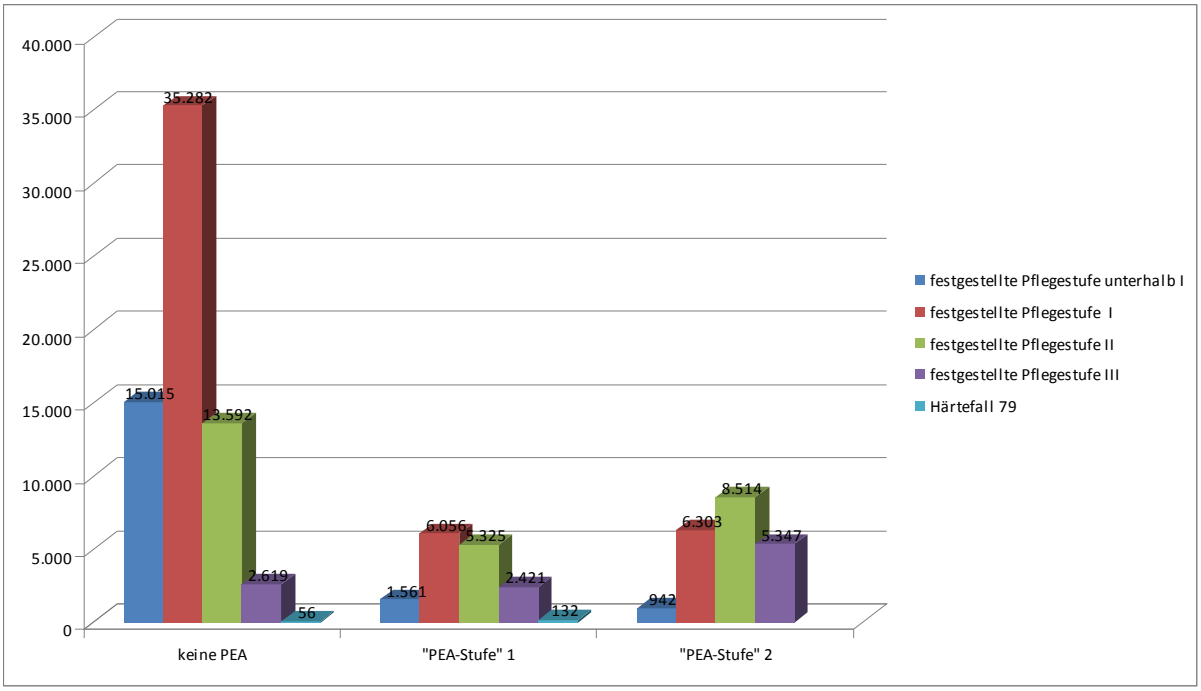
PEA-Ergebnis in Abhängigkeit der Pflegestufen (alle Leistungen)

Personen mit dem Ergebnis einer Pflegebedürftigkeit **unterhalb der Pflegestufe I** wurden monatlich in einer Zahl von rd. 1.750 begutachtet. Von der Gesamtzahl von 17.518 im Zeitraum Januar bis Oktober 2010 begutachteten Personen erhielten knapp 9% (1.561) die PEA-Stufe 1 und 5,4% (942) die PEA-Stufe 2. Insgesamt können 14,3% dieser Gruppe Leistungen nach § 45a-c SGB XI beziehen.
Bei den begutachteten Personen mit einer **Pflegestufe I** (gesamt: 47.641, monatlich ca.: 4.760) erhöht sich der Anteil der Berechtigten auf rd. 16%, davon 12,7% in PEA-Stufe 1 und 13,2% in PEA-Stufe 2. **In den Pflegestufen I, II, III und bei den Härtefällen liegt der Anteil der PEA-Stufe 2 jeweils höher als bei der PEA-Stufe 1.**

[108] MDS, Begutachtungen des Medizinischen Dienstes für die Pflegeversicherung 2009, Juli 2010, S. 9

Begutachtete der Pflegestufe II sind zu einem Anteil von 50,4% Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz; 19,4% in der PEA-Stufe 1 und 31% in 2. In Pflegestufe III erhalten rd. 75% die PEA-Stufe 1 (23,3%) und 2 (51,5%). In Härtefällen liegt der Anteil bei rd. 70% (1: 21%, 2: 49,4%).
Insgesamt erhalten 65,4% keine PEA-Stufe, 14,6% die Stufe 1 und 20% die Stufe 2.

Abb. 8. PEA-Ergebnisse in Abhängigkeit der Pflegestufen (alle Leistungen)



Quelle: MDK N

Ergebnisse der Begutachtung von Anträgen ausschließlich PEA-Leistungen

Bei Begutachtungen von Anträgen ausschließlich nach PEA-Leistungen gibt es folgende Ergebnisse. Für den ambulanten Bereich wurden monatlich rd. 237 Anträge gestellt, von Januar bis Oktober 2010 insgesamt 2.366 Anträge, von denen 28,5% keine PEA-Einstufung erzielten, 40,7% die Stufe 1 und 30,7% die PEA-Stufe 2.
Für den stationären Bereich lagen in dem genannten Zeitraum 451 Anträge vor. 241 von ihnen ergaben im Ergebnis eine PEA-Stufe (1: 31,3%, 2: 22,2%).

PEA-Ergebnisse in Abhängigkeit beantragter Leistungen

Für die im Zeitraum von Januar bis Oktober 2010 vorgenommen 82.029 Begutachtungen für **ambulante Leistungen** wurden in 23.176 Fällen (28,3%) vom

MDK eine PEA-Stufe festgestellt; 12,3% in der Stufe 1 und 15,9% in Stufe 2. Im Ergebnis der 58.850 (71,7%) weiteren Begutachtungen gab es keine PEA-Einstufung.

Für die im gleichen Zeitraum vorgenommenen 24.216 Begutachtungen für **stationäre Leistungen** wurde in 10.646 Fällen (rd. 44%) keine PEA-Einstufung vorgeschlagen, prozentual deutlich weniger als im ambulanten Bereich. Von 56% der festgestellten Einstufungen entfallen 22,4% auf die PEA-Stufe 1 und 33,5% auf Stufe 2.

Die Ergebnisse von 599 (Januar bis Oktober 2010) vorgenommenen Begutachtungen für **Hilfe nach § 43a SGB XI** liefern folgende Daten. Danach erhielten 272 Personen (45,4%) eine PEA-Einstufung (1: 19,2%, 2: 26%). 54,6% wurden nicht als PEA eingestuft.

Begutachtungen und Leistungsarten

Im Folgenden werden die vom MDK N vorgenommenen Anzahl der Begutachtungen mit den von den Leistungsempfängerinnen und -empfängern in Anspruch genommenen Leistungsarten und ihre Entwicklung im Zeitraum von 2005 bis 2009 dargestellt.

Tab. (34) Anteil der Leistungsarten in den -bereichen in den Jahren 2005 bis 2009

Leistungs-bereich	Leistungsart	2005	2006	2007	2008	2009
ambulant	Pflegegeld	55.737	53.550	58.097	64.382	65.588
	Sachleistungen	18.660	18.985	20.810	22.713	24.982
	Kombinations-leistungen	20.383	19.932	21.745	23.310	25.277
	Kurzzeitpflege	8.495	8.807	9.460	11.059	12.597
ambulant gesamt		**103.275**	**101.274**	**110.112**	**121.464**	**128.444**
stationär	Dauerpflege	31.422	30.199	32.286	33.943	36.163
	§ 43a SGB XI	767	921	1.089	1.060	1.024
stationär gesamt		**32.189**	**31.120**	**33.375**	**35.003**	**37.187**
sonstige Anlässe		6.776	6.568	6.330	9.523	11.010
Gesamtergebnis		**142.240**	**138.962**	**149.817**	**165.990**	**176.641**

Quelle: MDK N

Begutachtungsdauer

Im Zeitraum zwischen Januar und Oktober 2009 betrug die durchschnittliche Begutachtungsdauer des MDK Niedersachsen über alle Begutachtungs- und Erledigungsarten hinweg 43,6 Tage. Mit Stand 05.11.2010 erreichte der MDK Niedersachsen eigenen Angaben entsprechend bis dato für das Jahr 2010 eine durchschnittliche Begutachtungsdauer von 24,1 Tagen. Damit leistet der MDK Niedersachsen einen wichtigen Beitrag zur Einhaltung der gesetzlichen 5-Wochen-Frist für die Feststellung von Pflegebedürftigkeit.

2.3 In Anspruch genommene Leistungen

Vorbemerkungen

Die nachfolgenden Ausführungen geben einen Einblick in das Leistungsgeschehen der sozialen Pflegeversicherung[109] bezüglich der Art der von den pflegebedürftigen Versicherten nachgefragten bzw. von den Pflegekassen gewährten Leistungen.

109 Für die von den privaten Krankenversicherungsunternehmen diesbezüglich erfolgten Leistungen liegen keine Daten vor.

Hierbei werden an dieser Stelle nur diejenigen Leistungen betrachtet, die neben den im Abschnitt I.1 dargestellten Leistungen (Pflegegeld, ambulante und stationäre Pflegeleistungen) weiterhin unter den Leistungskatalog der sozialen Pflegeversicherung fallen. Es sind folgende Leistungen:

- Pflegehilfsmittel (§ 40 (1), (2) SGB XI) und technische Hilfsmittel (§ 40 (3) SGB XI
- Leistungen für Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes (§ 40 (4) SGB XI)
- Pflegekurse (§ 45 SGB XI)
- Beratung bei Pflegegeldbezug (§ 37 (3) SGB XI)
- Pflegeberatung (§ 7a SGB XI)
- Zusätzliche Betreuungsleistungen (§ 45 b SGB XI)
- Häusliche Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson (§ 39 SGB XI)
- Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegepersonen (§ 44 SGB XI)
- Zusätzliche Leistungen bei Pflegezeit (§ 44 a SGB XI)
- Pflege in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen (§ 43a SGB XI)
- Aufwendungen für Leistungen im Ausland
- Vergütungszuschläge für Pflegebedürftige mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf (§ 87b SGB XI)

Die Änderungen der Leistungsansprüche für Leistungsempfängerinnen und -empfänger durch das Pflege-Weiterentwicklungsgesetz vom 01.07.2008, sowohl die Erweiterung im Leistungskatalog als auch im Umfang der Leistungen, werden jeweils ausgewiesen.

Dabei kann allerdings überwiegend nur auf bundesweite Angaben zurückgegriffen werden. Datengrundlage bildet die Leistungsstatistik der Pflegekassen nach § 79 SGB IV[110]. Diese ist nicht regionalisiert verfügbar. Sie enthält für die nachfolgend dargestellten Leistungen nur in Einzelfällen Angaben über die Zahl der Leistungsfälle bzw. die Zahl der Personen, die diese Leistungen in Anspruch genommen haben, sondern überwiegend über das diesbezügliche Ausgabenvolumen der Pflegekassen.

110 Geschäfts- und Rechungsergebnisse der sozialen Pflegeversicherung, BMG

In Anbetracht der Tatsache, dass die Höhe der Ausgaben, die in Niedersachsen anfallen dürften, etwa 10% der Gesamtausgaben im Bundesgebiet ausmachen, kann jedoch jeweils auf eine ungefähre Größenordnung der Leistungen in Niedersachsen geschlossen werden.

Befunde

Bei der Mehrheit der hier aufgeführten Leistungen der sozialen Pflegeversicherung sind die Ausgaben im Zeitraum von 2004 bis 2009 gestiegen. Der Anteil der einzelnen Leistungen am gesamten Ausgabevolumen ist sehr unterschiedlich groß.

Pflegehilfsmittel und technische Hilfsmittel

Zur Sicherung des Erfolgs der Krankenbehandlung oder zur Überwindung von körperlichen Behinderungen haben Pflegebedürftige Anspruch auf Versorgung mit Pflegehilfsmitteln in Höhe von bis zu 31 Euro monatlich und auf technische Hilfsmittel, welche von den Pflegekassen vorrangig leihweise überlassen werden. Pflegehilfsmittel sind zum Beispiel Inkontinenzmaterial, Desinfektionsmittel und Unterlagen. Seit dem 01.07.2008 kann die Leistung auch in Form einer Kostenerstattung erbracht werden. Die Ausgaben für Pflegehilfsmittel lagen 2009 bundesweit bei 43,7 Millionen Euro und sind seit 2004 um 17,7 Millionen Euro (40,5%) gestiegen.

Zu den technischen Hilfsmitteln gehören beispielsweise Pflegebetten und Hausnotrufanlagen. Es werden 100% der Kosten übernommen, nur unter bestimmten Voraussetzungen ist eine Zuzahlung der Versicherten von 10%, höchstens 25 Euro je Pflegehilfsmittel zu leisten. Die Pflegekassen sollen technische Pflegehilfsmittel in allen geeigneten Fällen vorrangig leihweise überlassen und der pflegebedürftigen Person unentgeltlich und zuzahlungsfrei zur Verfügung stellen. Der Anspruch umfasst auch die notwendige Änderung, Instandsetzung und Ersatzbeschaffung von Pflegehilfsmitteln sowie die Ausbildung in ihrem Gebrauch. In den Ausgaben der sozialen Pflegeversicherung betragen Kosten der technischen Hilfsmittel ein Vielfaches der Pflegehilfsmittel. Die Ausgaben der technischen Hilfsmittel lagen 2009 bundesweit bei 245,2 Millionen und sind seit 2004 um 32,2 Millionen (13,1%) gestiegen.

Leistungen für Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes

§ 40 Abs. 4 SGB XI gibt den Pflegekassen die Möglichkeit, finanzielle Zuschüsse für Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes des Pflegebedürftigen zu gewähren, und zwar bis zu einem Betrag in Höhe von 2.557 Euro je Maßnahme. In Abhängigkeit von der Höhe des Einkommens trägt der Pflegebedürftige einen angemessenen Eigenanteil an der Maßnahme. Die Verbesserungsmaßnahmen des Wohnumfeldes dienen der Entlastung des Pflegebedürftigen und der Pflegekraft in der häuslichen Umgebung. Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes wurden 2009 bundesweit mit 93,3 Millionen Euro bezuschusst. Seit 2004 (54 Millionen) gab es demnach eine Steigerung um 42,1%.

Pflegekurse

Pflegekurse dienen der Kompetenzförderung pflegender Angehöriger und an einer ehrenamtlichen Pflegetätigkeit interessierten Personen und der Vermittlung von Fertigkeiten für eine eigenständige Durchführung der Pflege. Sie sollen ihren Beitrag dazu leisten, das soziale Engagement zu fördern und Pflege und Betreuung zu erleichtern bzw. die Belastungen der Laienkräfte gering zu halten und sie u.a. zu befähigen, realistisch die Möglichkeiten ihrer eigenen Kräfte zu sehen. Die Kurse sind unentgeltlich, unabhängig davon, ob und wo sie bzw. die Pflegebedürftigen versichert sind. Die Schulung soll auch in der häuslichen Umgebung des Pflegebedürftigen i. S. individueller Pflegetrainings stattfinden und qualifiziert Pflegepersonen in der Ausübung spezifischer Pflegeverrichtungen. Die Inanspruchnahme von Pflegekursen ist seit 2004 bundesweit um 1 Millionen Euro von 13 auf 14 Millionen Euro nur leicht gestiegen, soweit dies aus dem Ausgabenvolumen für diese Maßnahmen zu entnehmen ist.

Beratung bei Pflegegeldbezug

Im Abstand von 6 Monaten bei Pflegestufe I und II bzw. 3 Monaten bei Pflegestufe III haben Pflegebedürftige, die Pflegegeld beziehen, eine Beratung in der eigenen Häuslichkeit abzurufen. Versicherte mit erheblichem allgemeinen Beaufsichtigungs- und Betreuungsbedarf (Personenkreis nach § 45a SGB XI) haben Anspruch auf die doppelte Anzahl an Beratungen im jeweils selben Zeitraum. In diesen Fällen kann die

Beratung auch durch von den Landesverbänden der Pflegekassen anerkannten Beratungsstellen wahrgenommen werden.
Diese Leistung der Pflegeversicherung dient der Sicherung der Qualität der häuslichen Pflege und der pflegefachlichen Unterstützung der Pflegepersonen. Die Vergütung beträgt in den Pflegestufen I und II bis zu 21 Euro und in der Pflegestufe III bis zu 31 Euro. Die Ausgaben für Pflegepflichteinsätze richten sich nach der Zahl der Leistungsbezieherinnen und -bezieher und dem Grad ihrer Pflegebedürftigkeit. Sie stiegen in den letzten 5 Jahren seit 2004 von 25 Euro auf 32,2 Millionen Euro im Jahr 2009 um 22,4%.

Pflegeberatung

Mit der Einführung des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes ist ein Anspruch auf individuelle Beratung und Hilfestellung durch einen Pflegeberater bzw. einer Pflegeberaterin in den Leistungskatalog der Pflegekassen aufgenommen worden. Die Aufgabe der Pflegeberatung ist insbesondere den individuellen Hilfebedarf zu erfassen und zu analysieren, einen individuellen Versorgungsplan mit den im Einzelfall erforderlichen Sozialleistungen und Hilfen zu erstellen und auf die Durchführung des Versorgungsplans hinzuwirken und sie zu überwachen bzw. ggf. an eine veränderte Bedarfslage anzupassen. Die Anzahl von Pflegeberaterinnen/Pflegeberatern ist so zu bemessen, dass die Aufgaben zeitnah und umfassend wahrgenommen werden können.
Die Ausgaben für Pflegeberatung, die in den Pflegekassen und in Pflegestützpunkten angeboten werden kann, haben sich 2009 quartalsweise stetig vergrößert und liegen bundesweit in dem Jahr bei 35 Millionen Euro.

Zusätzliche Betreuungsleistungen

Versicherte, bei denen ein erheblicher Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung gegeben ist und die die Voraussetzungen des § 45 a SGB XI erfüllen, können Betreuungsleistungen nach § 45b SGB XI in Anspruch nehmen. Dies sind sowohl Pflegebedürftige der Pflegestufen I, II und III sowie Personen, die einen Hilfebedarf im Bereich der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung haben, der nicht das Ausmaß der Pflegestufe I erreicht.
Diese Leistungen werden seit 2002 gewährt und wurden seit 01.07.2008 auf 1.200 Euro (Grundbetrag) bzw. 2.400 Euro (erhöhter Betrag) erhöht. Der Betrag ist

zweckgebunden einzusetzen und dient der Erstattung von Aufwendungen im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme von Leistungen:

- der Tages- und Nachtpflege,
- der Kurzzeitpflege,
- der zugelassenen Pflegedienste, sofern es sich um besondere Angebote der allgemeinen Anleitung und Betreuung handelt, und
- der anerkannten niedrigschwelligen Betreuungsangebote.

Die Ausgaben für zusätzliche Betreuungsleistungen sind seit 2004 von 18 Millionen Euro auf 191,7 Millionen Euro im Jahr 2009 gestiegen. Dieser überproportionale Anstieg der Ausgaben ist einerseits mit der Erhöhung der Leistungsbeträge und andererseits noch mit Einführungseffekten und Ausweitung der Anbieterstruktur zugelassener Pflegedienste und anerkannter niedrigschwelliger Betreuungsangebote seit Inkrafttreten des Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetzes im Jahr 2002 zu erklären.
Differenziert nach Grundbetrag und erhöhtem Betrag und nach Pflegestufen bzw. ohne Einstufung in eine Pflegestufe wurden 79,1 Millionen Euro für Leistungsberechtigte des Grundbetrages in den Pflegestufen I bis III und 96,7 Millionen für Leistungsberechtigte des erhöhten Betrages in den Pflegestufen I bis III ausgegeben. Für Leistungsberechtigte des Grundbetrages ohne Einstufung in eine Pflegestufe wurden 2009 bundesweit 6,9 Millionen und für die mit erhöhtem Betrag 4,4 Millionen Euro aus der sozialen Pflegeversicherung ausgegeben.
4,6 Millionen Euro haben Versicherte nach alter Regelung vor dem 01.07.2008 und einem jährlichen Betrag von 460,- Euro noch im Jahr 2009 rückwirkend geltend machen können.

Tab. (35) Zusätzliche Betreuungsleistungen -Ausgabenvolumen (in Mio. €)

2009	**Grundbetrag** (100,- Euro)	**Erhöhter Betrag** (200,- Euro)
Pflegestufen I bis III	79,1	96,7
Keine Pflegestufe	6,9	4,4

Quelle: Geschäfts- und Rechungsergebnisse der sozialen Pflegeversicherung, BMG

Beispielhaft dazu Angaben der AOK Niedersachsen:

Nach Auskunft der AOK N haben 2009 insgesamt 58.175 AOK-Versicherte Leistungen nach § 45b SGB XI in Anspruch genommen; davon 52,5% von Pflegediensten, 20,1% niedrigschwellige Betreuungsangebote, 16,2% Tages- und Nachtpflege und 11,2% Kurzzeitpflege. Das Ausgabenvolumen der AOK N in diesem Jahr betrug knapp 9 Mio. Euro.

Häusliche Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson

Diese Leistung kann in Anspruch genommen werden, wenn eine Pflegeperson wegen Erholungsurlaubs, Krankheit oder aus anderen Gründen an der Pflege gehindert ist. Die Leistungen sind seit 01.07.2008 zeitlich gestuft angehoben worden. Die Pflegekasse übernimmt die Kosten einer notwendigen Ersatzpflege für längstens 4 Wochen je Kalenderjahr unter der Voraussetzung, dass die Pflegeperson den Pflegebedürftigen vor der erstmaligen Verhinderung mindestens 6 Monate in seiner häuslichen Umgebung gepflegt hat.

Die häusliche Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson wurde in der sozialen Pflegeversicherung bundesweit mit steigender Zahl von Empfängerinnen und Empfängern insgesamt und in allen drei Pflegestufen in Anspruch genommen.

Tab. (36) Leistungsempfänger häusliche Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson

	2005	2006	2007	2008
Insgesamt	14.263	18.714	22.834	30.120
Pflegestufe I	5.251	7.115	8.959	12.043
Pflegestufe II	5.949	7.671	9.216	12.078
Pflegestufe III	3.063	3.928	4.660	5.999

Quelle: Gesundheitsberichterstattung des Bundes

Insgesamt hat sich die Zahl der Leistungsempfängerinnen und -empfänger von 2005 bis 2008 mehr als verdoppelt. In Pflegestufe I und II ist die Zahl derjenigen Personen, die Leistungen der häuslichen Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson in Anspruch nehmen, im Jahr 2008 mit ca.12.000 nahezu gleichgroß, weitere rund 6.000 beziehen Leistungen der Pflegestufe III.

Bei denjenigen ausschließlich durch Angehörige gepflegten Pflegebedürftigen[111] im Jahr 2007 (insgesamt 1,03 Mill.) beträgt die Aufteilung nach Pflegestufen 61,8% in Pflegestufe I, 29,9% in Pflegestufe II und 8,3% in Pflegestufe III. Der Vergleich der absoluten Zahlen mit der Verteilung der Leistungen der häuslichen Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson zeigt, dass mit höherer Pflegestufe deutlich häufiger Leistungen des § 39 SGB XI in Anspruch genommen werden. Dennoch haben nur 5,5% der Pflegebedürftigen der Pflegestufe III mit Pflegegeldbezug diese Leistungen im Jahr 2007 bezogen. Unter Hinzuziehung der gesamten Zahl der Berechtigten würde sich dieser Anteil noch weiter verringern.
Seit 2004 verdoppelten sich die Ausgaben für die häusliche Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson nahezu - bundesweit von 174 Millionen auf 342,8 Millionen im Jahr 2009. Für diese erhebliche Steigung des Ausgabenvolumens innerhalb von 5 Jahren wird zum Teil auch die Möglichkeit der Nutzung des § 39 SGB XI durch die stundenweise Verhinderung der Pflegeperson geführt haben.

Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegepersonen

Leistungen zur sozialen Sicherung erhält eine Pflegeperson, wenn sie eine pflegebedürftige Person wenigstens 14 Stunden wöchentlich i.S. der festgestellten Pflegebedürftigkeit pflegt und dabei nicht mehr als 30 Stunden wöchentlich erwerbstätig ist. Die Pflegekassen entrichten Beiträge an den zuständigen Träger der gesetzlichen Rentenversicherung. Die Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegepersonen sanken bundesweit im Zeitraum zwischen 2004 und 2009 um 51,5 auf 876,5 Millionen.

Zusätzliche Leistungen bei Pflegezeit

Seit 01.07.2008 erhalten Pflegepersonen, die nach § 3 PflegeZG von der Arbeitsleistung vollständig freigestellt wurden oder deren Beschäftigung durch Reduzierung der Arbeitszeit zu einer geringfügigen Beschäftigung (im Sinne des § 8 Abs. 1 Nr.1 SGB IV) wird, auf Antrag Zuschüsse zur Kranken- und Pflegeversicherung. Der im Jahr 2009 bundesweit in der Höhe von 0,4 Millionen entrichteten Beitrag hat ein (noch) geringes Ausgabenvolumen. Zum einen tritt § 44a

111 Die Anspruchsberechtigung geht jedoch über den Kreis der Pflegegeldbezieherinnen und -bezieher hinaus, sondern orientiert sich an dem zeitlichen Umfang der Pflegetätigkeit der Pflegeperson von mind. 14 Stunden.

SGB XI nur dann ein, wenn die Pflegeperson in Vollzeit die Pflege übernommen hat oder geringfügig beschäftigt bleibt und darüber hinaus nicht familienversichert werden kann; zum anderen kommen in diesem Zusammenhang auch Einführungseffekte des PflegeZG zum Tragen.

Pflege in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen

Die Pflegekasse übernimmt für behinderte Menschen in Einrichtungen, deren Zweck die Teilhabe am Arbeitsleben, die schulische Ausbildung oder Erziehung behinderter Menschen ist, 10 v. H. des Heimentgelts. Diese Aufwendungen dürfen allerdings im Einzelfall höchstens 256 Euro monatlich betragen. Bundesweit steigt die Zahl der Leistungsempfängerinnen und -empfänger in diesen Einrichtungen in den Jahren 2004 bis 2009 von 65.104 auf 79.457 um 22%.

Tab. (37) Leistungsempfänger Vollstationäre Pflege der Wiedereingliederung

Vollstationäre Pflege d. Wiedereingliederung	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Alle Pflegestufen	65.104	66.389	68.987	71.517	73.974	79.457

Quelle: Gesundheitsberichterstattung des Bundes

In dem Zeitraum von 2004 bis 2009 stiegen die Ausgaben für die Pflege in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen bundesweit um 8% von 231 Millionen Euro auf 251,1 Millionen.

Aufwendungen für Leistungen im Ausland

Hält sich ein Pflegebedürftiger bzw. eine Pflegebedürftige in ambulanter Pflege im Ausland auf, so hat er bzw. sie neben dem Pflegegeld Anspruch auf sog. „Sachleistungsaushilfen“. Der Anspruch auf Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung nach § 36 SGB XI kann jedoch nur in den Ländern erhoben werden, die von der entsprechenden EU-Verordnung mit erfasst sind. Die Sachleistungsaushilfen im Ausland lagen 2004 bundesweit bei einer Größenordnung von 2,1 Millionen Euro und haben sich im Jahr 2009 mehr als verdoppelt. Ihr Ausgabenvolumen ist in dieser Zeit um 3,2 Millionen auf 5,3 Millionen Euro angewachsen.

Tab. (38) Sachleistungsaushilfen im Ausland in Mio. €

Jahre	Ausgaben
2001	2,8
2004	2,1
2009	5,3

Quelle: Gesundheitsberichterstattung des Bundes

Vergütungszuschläge für Pflegebedürftige mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf

Vergütungszuschläge für Pflegebedürftige mit erheblichem allgemeinen Betreuungsbedarf erhalten auf Antrag bei den Landesverbänden der Pflegekassen diejenigen vollstationäre Einrichtungen, die zusätzliche Betreuungs- und Aktivierungsangebote für Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenzen vorhalten. Für 25 Bewohnerinnen und Bewohner mit eingeschränkter Alltagskompetenz wird eine zusätzliche Vollzeitstelle finanziert, wenn die zusätzlichen Betreuungen und Aktivitäten über das notwendige hinaus erbracht werden und wenn zusätzliches versicherungspflichtiges Betreuungspersonal bereitgestellt wird, welches nicht bei der Bemessung der Pflegesatzverhandlung noch bei den Zusatzleistungen berücksichtigt wurde.

Im Rahmen des § 87b SGB XI wurden 2009 bundesweit in einem Finanzvolumen von 210 Millionen Euro für Vergütungszuschläge ausgegeben. Für Niedersachsen entspricht das einem Finanzvolumen von 21 Millionen Euro pro Jahr und umgerechnet ca. 700 neu geschaffenen Vollzeitstellen. Danach hätten rund 17.500 Heimbewohnerinnen und -bewohner, Versicherte aller Pflegekassen, mit eingeschränkter Alltagskompetenz Leistungen nach § 87b SGB XI erhalten.

Angaben der AOK Niedersachsen

Nach Einführung einer vollständig EDV-unterstützten Abrechnung hatte beispielsweise die AOK N für diese Leistungen ein abgerechnetes Volumen im Monat Juni 2010 von 1.701.515 Euro. Die Gesamtzahl der vollstationär versorgten Pflegebedürftigen AOK N Versicherten beträgt 35.794 Personen. Abgerechnet wurde im Monat Juni 2010 für 17.664 Heimbewohnerinnen und -bewohner (rd. 50%).

3. Pflegerische Versorgungsstruktur

3.1 Pflegedienste und Pflegeheime

Die nachfolgenden Ausführungen beziehen sich auf die durch die leistungs- und vertragsrechtlichen Vorgaben des SGB XI bestimmten und abgegrenzten Formen der pflegerischen Versorgungsstruktur. Das SGB XI unterscheidet hierbei - einheitlich subsumiert unter dem Begriff der Pflegeeinrichtung - zwei Angebotskategorien (§ 71 SGB XI):

- ambulante Pflegeeinrichtungen (Pflegedienste) und
- stationäre Pflegeeinrichtungen (Pflegeheime).

Bei letzteren wird nach dem Umfang der Versorgung unterschieden in

- teilstationäre Pflegeheime (Pflege und Betreuung der pflegebedürftigen Personen nur tagsüber oder nur nachts (Tages- / Nachtpflegeeinrichtungen) und
- vollstationäre Pflegeheime (Pflege und Versorgung ganztägig)

Hier wiederum ist - mit Blick auf den Aufenthaltszeitraum der Nutzerinnen und Nutzer der Einrichtungen - zu unterscheiden zwischen

- Einrichtungen der Kurzzeitpflege und
- Einrichtungen der vollstationären Dauerpflege.

Die Einrichtungsarten korrespondieren mit den leistungsrechtlichen Vorgaben. Pflegedienste erbringen häusliche Pflegehilfe nach § 36 SGB XI oder im Rahmen von Verhinderungspflege nach § 39 SGB XI. Teilstationäre Pflegeheime erbringen Leistungen der Tages- oder Nachtpflege nach § 41 SGB XI, Kurzzeitpflegeeinrichtungen Leistungen der Kurzzeitpflege nach § 42 SGB XI sowie der Verhinderungspflege nach § 39 SGB XI. Diese beiden Leistungen können jedoch auch von vollstationären Einrichtungen der Dauerpflege erbracht werden - so genannte „eingestreute“ Kurzzeitpflege - angesichts der Tatsache, dass es sich auch bei der Kurzzeitpflege um vollstationäre Pflege handelt. Auch bei Leistungen der Verhinderungspflege nach § 39 SGB XI ist diese in vollstationärer Form zulässig. Vorrangig erbringen vollstationäre Einrichtungen der Dauerpflege allerdings Leistungen der vollstationären Pflege nach § 43 SGB XI.

Zur Leistungserbringung bedarf es in allen Fällen einer Zulassung zur pflegerischen Versorgung durch Versorgungsvertrag (§§ 72, 73 SGB XI).

Ausdrücklich keine Pflegeeinrichtungen sind Krankenhäuser und stationäre Einrichtungen, in denen die Leistungen zur medizinischen Vorsorge oder zur medizinischen Rehabilitation im Vordergrund des Zweckes der Einrichtung stehen. Dasselbe gilt für stationäre Einrichtungen die vorrangig der Teilhabe am Arbeitsleben oder am Leben in der Gemeinschaft, der schulischen Ausbildung oder der Erziehung kranker oder behinderter Menschen dienen. Die letztgenannten erhalten für pflegebedürftige Bewohnerinnen und Bewohner eine Erstattung ihres pflegerischen Aufwandes in Höhe von monatlich bis zu 256 Euro (§ 43a SGB XI).[112]

Einrichtungen des Betreuten Wohnens mit Angebot von Pflege stellen ebenfalls keine Pflegeeinrichtungen im o. g. Sinne dar. Sofern sie mit einem Angebot der Pflege verbunden sind, wird diese durch einen zugelassenen ambulanten Pflegedienst in der Wohnung der pflegebedürftigen Person erbracht. Betreute Wohnungen oder Wohngemeinschaften unterliegen allerdings nach geltender Rechtsprechung[113] dem Heimgesetz, wenn seitens der Bewohnerinnen und Bewohner faktisch keine Wahlmöglichkeit bei den Pflege- und Betreuungsanbietern besteht. In diesen Fällen wird im Regelfall auch das Bestehen einer stationären Pflegeeinrichtung zu unterstellen sein.

3.2 Entwicklung der Pflegeeinrichtungen

Die nachfolgenden Ausführungen enthalten die wesentlichen Kerndaten über den Bestand an Pflegediensten und Pflegeheimen in Niedersachsen und deren Entwicklung zwischen Ende 1999 und Ende 2007 sowie im Vergleich zum Bundesgebiet und anderen Bundesländern[114]. Nähere Informationen zu den verschiedenen Einrichtungsarten, z. B. bezüglich der von Ihnen versorgten

---

112 Eine leistungs- und vertragsrechtliche Grundlage im SGB XI haben neben den vorstehenden „klassischen" Einrichtungen der pflegerischen Versorgung auch die so genannten niedrigschwelligen Betreuungsangebote für pflegebedürftige Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz (Demenz, psychische Erkrankungen und geistige Behinderungen) nach den §§ 45a-c SGB XI und stationäre Hospize (siehe § 39a SGB V). Letztere allerdings nur dann, wenn sie zugleich eine Zulassung als stationäre Pflegeeinrichtung nach § 72 SGB XI haben. Niedrigschwellige Betreuungsangebote bedürfen der Anerkennung nach Landesrecht als Voraussetzung von Leistungen nach § 45b SGB XI.

113 Vgl. VG Stade, Beschluss vom 06.04.2009, 4 B 1758/08 und VG Frankfurt a.M., Beschluss vom 26.09.2008, 3 L 2665/08

114 Quelle: Pflegestatistik nach § 109 SGB XII 1999, 2001, 2003; 2005, 2007 LSKN

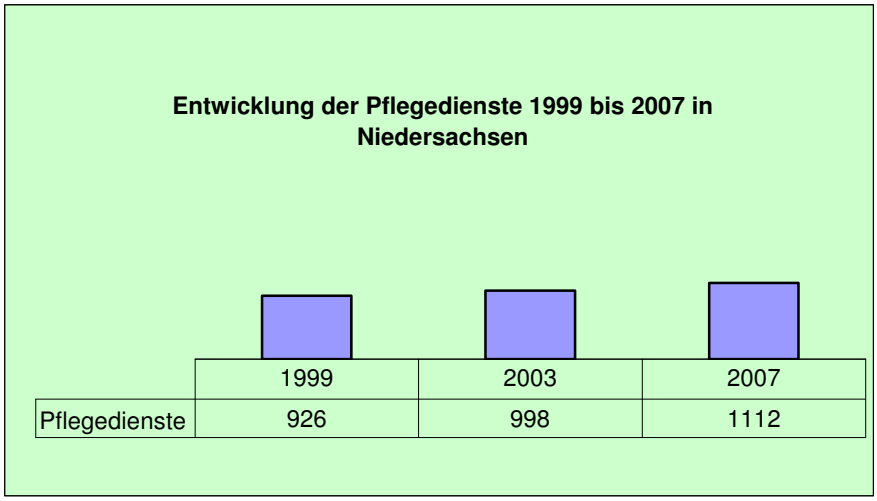
Personen, Art des Einrichtungsträgers oder regionalen Verteilung geben die nachfolgenden Abschnitte 3.3 bis 3.6.

3.2.1 Pflegedienste

Anzahl der Dienste

Ende 2007 waren in Niedersachsen **1.112 Pflegedienste** für die pflegerische Versorgung nach dem SGB XI zugelassen. In Relation zur bei weitem größten Zahl der Nutzerinnen und Nutzer dieser Einrichtungen, der älteren Menschen, kam danach rechnerisch durchschnittlich ein Pflegedienst auf 1.456 Einwohnerinnen und Einwohner im Alter von 65 und mehr Jahren. Die Pflegedienste versorgten im Durchschnitt rund 50 pflegebedürftige Menschen (50,1).

Abb. 9. Entwicklung der Zahl der Dienste seit 1999



Stand: 15.12.; Quelle: LSKN; Pflegestatistik nach § 109 SGB XI

Die Zahl der Pflegedienste hat sich zwischen 2003 und 2007 von 998 auf 1.112 um 114 erhöht (= 11,4%). Seit 1999 ist die Zahl der Pflegedienste damit insgesamt um 186 Einrichtungen (= 20,1%) gestiegen.

Angesichts der Tatsache, dass es in den letzten vier Jahren zu einem nicht unerheblichen Anstieg der Zahl der Pflegedienste gekommen ist, ist zu unterstellen, dass die laufenden Veränderungen im Dienstleistungssegment der häuslichen Pflege nach dem SGB XI zu einer nachfrageorientierten Entwicklung von Pflegeangeboten geführt haben und es keine Beeinträchtigung in der Versorgung der pflegebedürftigen Bevölkerung gegeben hat.

Vergleich zu anderen Bundesländern

Mit 9,6% aller Pflegedienste in der Bundesrepublik entspricht das Angebot in Niedersachsen in etwa seinem Anteil an der bundesrepublikanischen Gesamtbevölkerung.

Hinsichtlich der Entwicklung der Zahl der Pflegedienste seit 1999 mit einer Zunahme um 20,1% liegt das Land deutlich über dem Bundesdurchschnitt von 6,6%. Nur Berlin hat zwischen Ende 1999 und Ende 2007 einen etwas größeren Anstieg zu verzeichnen. In den Bundesländern Saarland und Bremen ist die Zahl der Pflegedienste gegenüber 1999 deutlich gesunken. Bundesdurchschnittlich hat sich die Zahl der Pflegedienste zwischen Ende 1999 und Ende 2007 von 10.820 um 709 auf 11.529 erhöht. In den Jahren 1999 und 2003 war ihre Zahl um rund 2% gesunken.

Tab. (39) Pflegedienste und Pflegeheime in den Bundesländern von 1999 bis 2007 (TA)

3.2.2 Pflegeheime

Zahl, Kapazität und Art der Pflegeheime

Niedersachsen verfügte Ende 2007 über einen Bestand von **1.394 Pflegeheimen** mit zusammen 90.153 Plätzen. Hiervon waren 1.328 Heime mit insgesamt 86.342 Plätzen stationäre Pflegeeinrichtungen für ältere Menschen. Das sind jeweils etwas mehr als 95% aller Pflegeheime bzw. Pflegeplätze. Neben den Altenpflegeheimen standen - entsprechend der Kategorisierung nach der Pflegestatistik - 19 Heime für pflegebedürftige Menschen mit Behinderungen mit zusammen 678 Plätzen und 39 Heime mit einer Gesamtkapazität von 2.733 Plätzen für pflegebedürftige psychisch kranke Menschen (i. S. der Eingliederungshilfe nach dem SGB XII: Personen mit einer seelischen Behinderung).[115]

Tab. (40) Pflegeeinrichtungen von 1999 bis 2007 nach Anzahl, Angebot und Zahl der Plätze (TA)

[115] Hierbei handelt es sich um Einrichtungen, in denen die Pflege nach SGB XI im Vordergrund des Nutzungszweckes steht und insofern nicht um Einrichtungen im Sinne von § 71 Abs. 4 SGB XII. Die Aufgliederung in Einrichtungen für ältere, für behinderte und für psychisch kranke (seelisch behinderte) Menschen gem. Erhebungskategorien der Pflegestatistik ist weder vom Leistungs- noch vom Vertragsrechts des SGB XI vorgegeben, erscheint jedoch unter versorgungspolitischem Aspekt zweckmäßig.

Die durchschnittliche Platzzahl liegt bei den drei Einrichtungskategorien somit bei rd. 65 (2003:63) bei den Altenpflegeeinrichtungen, 36 (2003:49) bei den Pflegeeinrichtungen für die behinderten Menschen und 70 Plätzen (2003:75,5) bei den Einrichtungen für die pflegebedürftigen psychisch kranken (seelisch behinderten) Menschen.

Entwicklung der Zahl der Einrichtungen und der Platzkapazität seit 1999

Die Zahl der Pflegeheime ist zwischen Ende 2003 und Ende 2007 um 141 (10,1%), die Platzkapazität um 11.005 Plätze (12,2%) gestiegen. Hatte danach Ende 2003 noch jedes Pflegeheim durchschnittlich rd. 63 Plätze, waren es Ende 2007 über 64 Plätze. Zwischen 1999 und 2003 ist die Platzkapazität um 13,3% gestiegen. Der Anstieg der Zahl der Pflegeheime und der Platzzahl in diesen Heimen fand weitestgehend bei den Altenpflegeheimen statt.

Hier wuchs die Zahl der Einrichtungen zwischen Ende 2003 und Ende 2007 um 132, die Platzzahl um 11.043. Zu Beginn der vollstationären Leistungen der Pflegeversicherung im Jahr 1996 verfügten die Altenpflegeheime in Niedersachsen zusammengenommen über rd. 55.000 Plätze; Ende 2003 waren es 75.299 Plätze und Ende 2007 86.342 Plätze.

Die Zahl der **Pflegeheime für Menschen mit Behinderungen** lag 2005 bei 22 und 2007 bei 19 Einrichtungen; bei diesen Einrichtungen hat seit 2003 eine **Platzverringerung im Umfang von 153 Plätzen** stattgefunden. 2005 gab es einen höchsten Stand mit 1.023 Plätzen. Bei den **Pflegeeinrichtungen für psychisch kranke** (seelisch behinderte) **Menschen** kamen bis 2005 fünf dazu; 2007 lag die Zahl mit 6 Einrichtungen weniger fast gleichauf mit der Zahl aus dem Jahr 1999 (37 Heime). Die Gesamtplatzzahl ist hierdurch **seit 2003 um 137 Plätze gesunken**.

Der Anstieg der Zahl der Pflegeheime und der Platzzahl in diesen Heimen bezog sich nahezu ausschließlich auf vollstationäre Einrichtungen der Dauerpflege. **Dabei fanden z.T. gleichzeitig nicht unwesentliche Strukturveränderungen von ursprünglich funktional gemischten Einrichtungen zu monofunktionalen Einrichtungen der Dauerpflege statt**. Die Zahl der Einrichtungen, in denen Dauer- und Kurzzeitpflege angeboten wurde, wuchs von 16 Ende 2003 auf 52 Ende 2007 und kombinierte Einrichtungen aus Kurzzeit- und

Tagespflegeeinrichtungen und/oder Nachtpflege sanken von 6 auf 3 Einrichtungen. Dem entgegen stieg die Zahl der Einrichtungen, in denen ausschließlich Kurzzeit- bzw. Tagespflege angeboten wird, von 18 auf 23 bzw. von 38 auf 63 Einrichtungen und, besonders ausgeprägt, bei den Einrichtungen, die ausschließlich Leistungen der Dauerpflege (ggf. mit eingestreuter Kurzzeitpflege) anbieten. Hier kamen von 2003 bis 2007 89 neue Einrichtungen auf den Markt; der Anstieg der Platzzahlen bei den Einrichtungen der (nur) Dauerpflege betrug 8.658; davon entfielen auf die Einrichtungen für ältere Menschen 6.903 (rd. 80%).

Der Zuwachs an Platzkapazitäten für die vollstationäre Dauerpflege korrespondiert nur bedingt mit dem Zuwachs der Leistungsempfängerinnen und Leistungsempfänger der vollstationären Dauerpflege. Hier betrug der Anstieg zwischen Ende 2003 und Ende 2007 „nur“ 7.397. Es ist anzunehmen, dass die Differenz zwischen der Platzkapazität und der tatsächlichen Nutzung der Plätze durch pflegebedürftige Personen entweder durch eine entsprechende Nutzung durch Heimbewohnerinnen und Heimbewohner ausgelastet wird, die einen vollstationären Versorgungsbedarf, aber keinen Pflegebedarf im Sinne des SGB XI aufweisen (so genannte Pflegestufe Null oder „G“) oder zu geringerer Auslastung geführt haben.

Vergleich zu anderen Bundesländern

Die niedersächsische Bevölkerung nähert sich im Vergleich zu anderen Bundesländern leicht einer bundesdurchschnittlichen Versorgung mit stationären Pflegeeinrichtungen und mit Plätzen in diesen Einrichtungen an. Niedersachsen liegt zwar mit einer Zahl von 1.394 (12,6%) sowohl nach der Zahl der Heime als auch nach der Zahl der Plätze in Pflegeheimen (90.153 = 11,3%) deutlich über seinem Anteil an der pflegebedürftigen Gesamtbevölkerung in der Bundesrepublik.

In Relation zu der Gesamtzahl der Pflegebedürftigen jedoch werden in Niedersachsen 32,7% in Heimen versorgt, bundesweit liegt ihr Anteil bei 31,6%. Von Ende 2005 bis Ende 2007 gab es eine Steigerung von pflegebedürftigen Menschen in Heimen von 4,5% in Niedersachsen und von 4,8% im Bundesdurchschnitt.

Die höchsten Anteile an stationär gepflegten Menschen haben die Bundesländer Schleswig-Holstein (40,4%) und Baden-Württemberg, die niedrigsten Anteile Brandenburg (25,1%), Hessen (25,4%), Thüringen (27,8%) und Berlin (28,2%).
In der vollstationären Dauerpflege liegt der Anteil an der Gesamtzahl Pflegebedürftiger in Niedersachsen bei 31,2%, bundesweit im Durchschnitt bei 29,9%. Die Steigerung seit 2005 betrug hier in Niedersachsen 4,5% und im Bundesdurchschnitt 4,2%.

Wie in Niedersachsen ist auch in allen anderen Bundesländern vor allem die Zahl der Pflegeheime und der Pflegeplätze für ältere Menschen gestiegen. Die Entwicklung der Größe der Pflegeheime variiert in den Bundesländern. Von 2005 bis 2007 sank die durchschnittliche Anzahl Pflegebedürftiger in Berlin von 76,6 auf 74,4, in Baden-Württemberg von 63,8 auf 60,7 und Nordrhein-Westfalen von 73,6 auf 71,8, während sie in Hamburg von 76,6 auf 82,4 stieg. In Niedersachsen stieg die durchschnittliche Anzahl leicht von 56,2 auf 56,8, im Bundesdurchschnitt sank sie auf 64,3. Die Einrichtungsgröße stationärer Pflegeheime liegt in Niedersachsen damit unter dem Durchschnitt aller Bundesländer.

3.3 Ambulante Pflegeeinrichtungen (Pflegedienste)

3.3.1 Änderungen des leistungs-, vertrags- und förderrechtlichen Hintergrunds

Leistungsrechtlicher Hintergrund

Die zentrale leistungsrechtliche Grundlage nach dem SGB XI bildet § 36 - Pflegesachleistung (häusliche Pflegehilfe). Danach haben Pflegebedürftige bei häuslicher Pflege Anspruch auf Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung als Sachleistung. Pflegedienste können aus Mitteln der Pflegeversicherung auch Leistungen der häuslichen Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson nach § 39 erbringen.
Pflegebedürftige Personen, die häuslich gepflegt werden und bei denen eine erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz vorliegt (insbesondere Demenzerkrankte; § 45a SGB XI) haben zudem Anspruch auf einen Zuschuss der Pflegeversicherung für die Inanspruchnahme qualitätsgesicherter Leistungen für

allgemeine Beaufsichtigung und Betreuung (§ 45b SGB XI). Diese können auch von Pflegediensten erbracht werden. Dies setzt allerdings voraus, dass es sich dabei um besondere Angebote der allgemeinen Anleitung und Betreuung und nicht um Leistungen der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung handelt (gem. § 45b Abs. 1 Satz 3 Nr. 3).

Nahezu alle Pflegedienste erbringen neben den Leistungen nach dem SGB XI auch solche der häuslichen Krankenpflege gem. § 37 SGB V sowie ergänzende Angebote im Vor- und Umfeld von Pflege (z. B. Essen auf Rädern, Fußpflege etc.). Letztere sind von den Personen, die solche Leistungen in Anspruch nehmen, aus eigenem Einkommen und Vermögen zu vergüten, sofern nicht nachrangige Leistungsträger (Sozialhilfe) bei Vorliegen von Bedürftigkeit hierfür aufzukommen haben.

Vertragsrechtlicher Hintergrund

Ambulante Pflegeeinrichtungen (Pflegedienste) bedürfen zur Leistungserbringung aus Mitteln der Pflegeversicherung der Zulassung durch Versorgungsvertrag (§§ 72, 73 SGB XI). Sie sind selbständig wirtschaftende Einrichtungen, die unter ständiger Verantwortung einer ausgebildeten Pflegefachkraft Pflegebedürftige in ihrer Wohnung pflegen und hauswirtschaftlich versorgen (§ 71 Abs. 1 SGB XI).

Zur Erbringung von Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach § 37 SGB V bedarf es des Abschlusses von Verträgen mit den Krankenkassen nach § 132a SGB V. Die Inhalte der vergütungspflichtigen Leistungen sind bundeseinheitlich durch die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 und gemeinsame Rahmenempfehlungen der Spitzenverbände der Krankenkassen und die Wahrnehmung der Interessen von Pflegediensten maßgeblichen Spitzenorganisationen auf Bundesebene über die einheitliche Versorgung mit häuslicher Krankenpflege nach § 132 a Abs. 1 SGB V vorgegeben.

Förderrechtlicher Hintergrund

Pflegedienste erhalten nach dem Niedersächsischen Pflegegesetz (NPflegeG) für ihre im Rahmen der Leistungserbringung nach §§ 36 und 39 SGB XI anfallenden

betriebsnotwendigen Investitionsaufwendungen eine Erstattung in Form einer landeseinheitlichen Pauschale (gem. § 9 NPflegeG). Die Höhe der Förderung betrug bis 31.12. 2009 = 0,00317 Euro je Bewertungspunkt, sofern nach § 89 Abs. 3 Satz 1 SGB XI eine Bemessung der Vergütung nach Komplexleistungen vereinbart ist, im Übrigen 1,89 Euro je Zeitstunde, für die Pflegeeinsätze abgerechnet worden sind (§ 2 DVO-NPflegeG). Ab 01.01.2010 wurden die Pauschalen um 20% auf 0,00254 Euro je Bewertungspunkt und 1,51 Euro je Zeitstunde herabgesetzt.

In der Folge der Förderung nach § 9 NPflegeG entstehen den durch die Pflegedienste gepflegten Personen keine durch sie oder einen nachrangigen Kostenträger (Sozialhilfe) zu tragenden Investitionsaufwendungen. Die Förderung dient damit der Stärkung der häuslichen pflegerischen Versorgung und der Vermeidung von dauerhaften Heimaufenthalten. Die Haushalts-Veranschlagung für das Jahr 2011 beträgt 24,452 Mio. Euro.

3.3.2 Angebotsstruktur

Art des Trägers

Von den 1.112 Pflegediensten in Niedersachsen zum Jahresende 2007 waren 703 (63,2%) in privater, 384 (34,5%) in gemeinnütziger und 25 (2,2%) in öffentlicher - überwiegend kommunaler - Trägerschaft. Zwischen Ende 2003 und Ende 2007 hat es wiederum eine Verschiebung zugunsten der privaten Dienstleistungsanbieter stattgefunden. So waren die vorstehenden Anteile Ende 1999 noch 53,2%, 44,3% und 2,5% und Ende 2003 56,8%, 40,9 % und 2,3%.

Tab. (41) Pflegedienste 2007 nach Art des Dienstes, Anzahl und Trägergruppen (TA)

Betreute pflegebedürftige Personen

Die Zahl der Pflegedienste sagt für sich genommen noch nichts über deren Versorgungspotential aus. Dies wird u. a. durch die Zahl der zum Erhebungstag betreuten pflegebedürftigen Menschen deutlich. Hier übertreffen die Dienste in gemeinnütziger Trägerschaft mit durchschnittlich 71,5 betreuten Personen die privaten Pflegedienste mit 37,2 um nahezu das Doppelte. Insgesamt werden 49,2%

(27.460 betreute Personen) von freigemeinnützigen, 46,9% (26.146) von privaten Pflegediensten und 3,9% (2.158) von öffentlichen Pflegediensten versorgt.

Tab. (42) Pflegedienste und betreute Pflegebedürftige nach Trägergruppen

	insgesamt	private	frei gemeinnützige	öffentliche
Pflegedienste	**1.112**	**703**	**384**	**25**
Pflegebedürftige	**55.764**	**26.146**	**27.460**	**2.158**

Quelle: LSKN, Pflegestatistik nach § 109 SGB XI, 15.12.2007

Ende 2007 versorgte jeder Pflegedienst in Niedersachsen durchschnittlich mehr pflegebedürftige Personen als noch Ende 1999. Das trifft auch auf die Pflegedienste in privater Trägerschaft zu. Hier stieg die Zahl von durchschnittlich 29 (1999) und 34 (2003) auf 37, bei den gemeinnützigen von 60 (1999) und 65 (2003) auf 72 und bei den öffentlichen Trägern von 58 (1999) und 65 (2003) sogar auf 86 betreute Personen. Der Durchschnitt über alle Pflegedienste lag 1999 bei 44, seit 2003 bei 47 und seit 2007 bei 50 Personen. Der Anstieg ist ebenso wie die zunehmende Zahl von Pflegeeinrichtungen ein Indikator für die deutlich gestiegene Inanspruchnahme von ambulanten Pflegeleistungen.

Tab. (43) Pflegedienste 2007 nach Größenklassen und Art der Einrichtung (TA)

Die niedersächsischen, nordrhein-westfälischen, rheinland-pfälzischen und saarländischen Pflegedienste versorgten Ende 2007 mit 50 bis 51 Personen im Vergleich zum Bundesdurchschnitt (44 Pers.) überdurchschnittlich viele Personen. Noch mehr Personen wurden von den Pflegediensten in Berlin (53) und Bremen (53) betreut. Weit unter diesem Versorgungswert (und damit zugleich unter dem Bundesdurchschnitt) liegen die Pflegedienste in den Ländern Mecklenburg-Vorpommern (34) und Sachsen (34).

Tab. (44) Pflegedienste in den Bundesländern von 1999 bis 2007 (TA)

Grad der Pflegebedürftigkeit der betreuten Personen

Die von den niedersächsischen Pflegediensten betreuten pflegebedürftigen Personen waren zu rd. 53% (2003: 49%) in Pflegestufe 1, 34% (2003: 37%) in Pflegestufe 2 und rd. 13% (2003: 14,4%) in Pflegestufe 3. Niedersachsen liegt damit nahe am Bundesdurchschnitt (52,5% / 35,4% / 12,1%)116. Zwischen den Bundesländern bestehen auch hier zum Teil nicht unwesentliche Unterschiede. So sind z. B. in den Ländern Hessen (48,6%), Rheinland-Pfalz (47,7%) und Thüringen (48,6%) betreute Personen der Pflegestufe I vergleichsweise unterrepräsentiert, solche in Schleswig-Holstein (32,9%) in Pflegestufe II deutliche überrepräsentiert und in Mecklenburg-Vorpommern (8,9%), Sachsen (8,6%) und Sachsen-Anhalt (9,0%) solche der Pflegestufe III unterrepräsentiert. Hessen liegt mit 15,3% betreute Personen in der Pflegestufe III deutlich oberhalb des Bundesdurchschnitts.

Personal

Die Unterschiede zwischen den Bundesländern hinsichtlich der Zahl der von den Pflegediensten durchschnittlich betreuten pflegebedürftigen Personen kommen auch in den Daten über die Personalstärke der Pflegedienste zum Ausdruck. In den niedersächsischen Pflegediensten waren Ende 2007 durchschnittlich 22 Personen (2003: 21) beschäftigt. Der Bundesdurchschnitt lag bei 21,2 (siehe Tab. 44).

Unterschiede bei der Personalstärke der Pflegedienste führen nicht zu Unterschieden im Verhältnis von Personal zu betreuten Personen. Hier entspricht Niedersachsen durchschnittlich 2,3 betreuten Personen je Beschäftigter / Beschäftigtem in etwa dem Bundesdurchschnitt (2,2).

Diese Werte erlauben allerdings keinen Bezug zur Versorgungslage der betreuten Personen angesichts der Tatsache, dass hierbei jeweils alle Beschäftigten der Pflegedienste summarisch erfasst sind. Für eine Beurteilung im vorstehenden Sinne wäre zumindest Arbeitszeitumfang und Qualifikation der Beschäftigten und die Verteilung der zu pflegenden Personen in Pflegestufen einzubeziehen.

---

[116] Statistisches Bundesamt,. 3. Bericht: Ländervergleich - ambulante Pflegedienste, S. 7

Art und Leistungsangebot der Pflegedienste

Singuläre sowie anderen Einrichtungen oder Diensten zugeordnete Pflegedienste

Nicht alle rd. 1.112 Pflegedienste in Niedersachsen bieten ihre Dienstleistungen für alle potentiellen Nachfrager gleichermaßen auf dem jeweiligen regionalen „Markt“ an. Immerhin 100 (9%) Pflegedienste sind als eigenständige Dienste tätig an einer Wohneinrichtung (Altenheim, Altenwohnung, Betreutes Wohnen), einem Krankenhaus bzw. einer Vorsorge- oder Reha-Einrichtung oder einem Hospiz (17 Dienste), einige wenige (8 Dienste) auch an einer Einrichtung oder einem Dienst der Eingliederungshilfe (i. d. Regel Familienentlastende Dienste - FeD - mit gleichzeitiger Zulassung als ambulante Pflegeeinrichtung).

Tab. (45) Pflegedienste 2007 nach Art des Dienstes (TA)

Seit 2003 ist ihr Anteil an der Gesamtzahl der Pflegedienste um 13% gesunken. Für diese Dienste ist anzunehmen, dass sie ihre Tätigkeit weitestgehend oder sogar ausschließlich auf die pflegebedürftigen Menschen konzentrieren, die entweder im Zusammenhang mit der Einrichtung, der sie zugeordnet sind, einen ambulanten pflegerischen Versorgungsbedarf haben (z. B. bei Altenwohnanlagen oder im Nachgang einer stationären Krankenbehandlung oder Reha-Maßnahme) oder die - wie häufig Menschen mit einer geistigen Behinderung - einen Pflege- und Betreuungsbedarf aufweisen, der besondere fachliche und persönliche Qualifikationen oder Erfahrungen erfordert.

Leistungsangebot

Nur sehr wenige Pflegedienste (7 = 0,6%) erbringen ausschließlich Leistungen nach dem SGB XI. Diese Zahl ist seit Ende 2003 nochmals gesunken (2003: 14 Dienste). Die übrigen (so genannte „gemischte Einrichtungen“) erbringen zu annähernd 98,2% zugleich Leistungen der häuslichen Krankenpflege, zu 62,1% Leistungen der Hilfe zur Pflege nach dem SGB XII, 42,4% zudem sonstige ambulante Hilfeleistungen (wie z. B. Essen auf Rädern, Fußpflegedienste, besondere Betreuungsleistungen, Pflegekurse und -trainings für pflegende Angehörige etc.). Die Anteile derjenigen Dienste, die Hilfe zur Pflege und sonstige ambulante Hilfeleistungen anbieten, sind

seit 2003 geringer (73% bzw. rd.50%), derjenigen mit häuslicher Krankenpflege (97%) höher.
Die Pflegedienste bieten insofern ein vielfältiges Pflege- sowie Unterstützungsangebot in deren Vor- und Umfeld an. Das jeweils örtliche Angebot wird sich dabei nach der Nachfrage nach den jeweiligen Dienstleistungen ebenso wie nach den betrieblichen Bedingungen und unternehmerischen Entscheidungen im Einzelfall richten.

3.3.3 Regionale Verteilung

Zahl der Pflegedienste

Das Angebot an Pflegediensten in Niedersachsen ist flächendeckend. Jede kreisfreie Stadt und jeder Landkreis verfügt über mehrere Dienste.

Tab. (46) Pflegedienste 2007 in regionaler Gliederung nach Zahl der betr. Pflegebedürftigen (TA)

Die Zahlen reichen von 137 (2003: 112) Diensten in der Region Hannover, davon allein 76 (2003: 55) in der Landeshauptstadt, bis zu acht Pflegediensten in der Stadt Delmenhorst und der Stadt Emden und neun Pflegediensten in der Stadt Wolfsburg.

Die Zunahme an Pflegediensten von Ende 2003 bis Ende 2007 - per Saldo 186 Dienste war mit 51 Diensten am stärksten im ehem. Regierungsbezirk Hannover; es folgten die kommunalen Gebietskörperschaften im ehem. Regierungsbezirk Weser-Ems (40), Braunschweig (16) und Lüneburg (7). Den größten Einzelzuwachs hatte die Region Hannover mit 25 zusätzlichen Pflegediensten, darauf entfiel auf die Landeshauptstadt Hannover 21. Diese Daten machen die nicht unerheblichen Bewegungen auf dem Markt der ambulanten Pflegeleistungsanbieter deutlich.

Tab. (47) Pflegedienste 2007 in regionaler Gliederung, Veränderungen gegenüber 2003 (TA)

Von den Pflegediensten betreute Personen

Durchschnittlich wurden von den Pflegediensten Ende 2007 15% mehr Personen betreut als Ende 2003 und 27,5% mehr seit 1999. Veränderungen vollzogen sich dabei in den kommunalen Gebietskörperschaften zum Teil sehr unterschiedlich und

sind nicht allein auf die demographische Entwicklung zurückzuführen. Nähere Erklärungen könnten nur von einer genauen Analyse der örtlichen Bedingungen und Entwicklungsverläufe im Zuge der örtlichen Pflegeberichte erwartet werden.
Die Anzahl der von den Pflegediensten betreuten Pflegebedürftigen variiert erheblich. Am deutlichen abweichend vom landesdurchschnittlichen Wert von 50 liegt der Durchschnitt in der Stadt Delmenhorst mit 102 betreuten pflegebedürftigen Personen, 80 in Wolfsburg und 79 in Stade. Am niedrigsten sind die Durchschnittswerte in Osterode am Harz mit 29 und Wilhelmshaven mit 28 betreuten Pflegebedürftigen.

Auch hinsichtlich der Verteilung der ambulant betreuten Personen auf die Pflegestufen zeigt der Vergleich der kommunalen Gebietskörperschaften untereinander kein einheitliches Bild. So weisen die Städte Wilhelmshaven mit 66,7%, Delmenhorst mit 62,7% und Braunschweig mit 57,8% sowie der Landkreis Hameln-Pyrmont (62%) bei Personen der Pflegestufe I deutlich überdurchschnittliche Werte auf (Landesdurchschnitt 48,7%), die Landkreise Gifhorn und Emsland (je 17,4%) sowie Harburg und Oldenburg (je 16,7%) überdurchschnittliche in Pflegestufe III (Landesdurchschnitt 13%).

3.3.4 Zusammenfassende Bewertung

Für Niedersachsen kann hinsichtlich der ambulanten pflegerischen Versorgung von einem flächendeckenden, zahlenmäßig ausreichenden und aufgrund der Trägervielfalt im Sinne einer gegebenen Wahlfreiheit zwischen den Angeboten positiv zu bewertenden Angebot an Pflegediensten ausgegangen werden. Diese Feststellung gilt auch bei regionaler Betrachtung und im Vergleich zu den anderen Bundesländern.

Das Angebot an Diensten erscheint - im Sinne der Zielsetzung des Pflegeversicherungsgesetzes - nachfrageinduziert (marktorientiert). Vor dem Hintergrund der feststellbar gestiegenen Inanspruchnahme ambulanter Pflegedienste ist im Blick auf die demographische Entwicklung insofern auch für die Zukunft mit einer Ausweitung des Angebotes zu rechnen.

Die bereits heute feststellbare zunehmende Diversifikation des Angebotes der Pflegedienste über die Pflegeleistungen im engeren Sinne hinaus in Richtung auf umfassendere Dienstleistungs-, Service-, Beratungs- und Betreuungsangebote und die zunehmende Orientierung auf Serviceangebote im Rahmen des Betreuten Wohnens für ältere Menschen lassen auf einen in der Zukunft erforderlichen Zuwachs an Angeboten der häuslichen Pflege und Versorgung und eine zunehmende Vielfalt hoffen.

3.4 Teilstationäre Pflegeeinrichtungen (Tages- und Nachtpflege)

3.4.1 Änderungen des leistungs-, vertrags- und förderrechtlichen Hintergrunds

Leistungsrechtlicher Hintergrund

Die leistungsrechtliche Grundlage bildet § 41 SGB XI. Pflegebedürftige haben danach Anspruch auf teilstationäre Pflege in Einrichtungen der Tages- oder Nachtpflege, wenn häusliche Pflege nicht in ausreichendem Umfang sichergestellt werden kann oder wenn dies zur Ergänzung oder Stärkung der häuslichen Pflege erforderlich ist.

Die Leistungen der Tages- oder Nachtpflege (die die Transportkosten zwischen Wohnung und Pflegeeinrichtung mit umfasst) können parallel zu Leistungen der häuslichen Pflegehilfe (§ 36 SGB XI) oder dem Pflegegeld (§ 37 SGB XI) bezogen werden. Seit 01.07.2008 können Pflegebedürftige die Ansprüche auf Tages- und Nachtpflege, Pflegegeld und Pflegesachleistungen gemäß § 41 Abs. 3 nach ihrer Wahl miteinander kombinieren.

Die Pflegekasse übernimmt im Rahmen der teilstationären Pflege die pflegebedingten Aufwendungen, der sozialen Betreuung und Aufwendungen für die in der Einrichtung notwendigen Leistungen der medizinischen Behandlungspflege. Der Anspruch auf Leistungsbeträge für teilstationäre Pflege wurden mit Einführung des Pflegeweiterentwicklungsgesetzes angehoben und umfasst je Kalendermonat in Pflegestufe I 440 Euro (450 Euro ab 1.1.2012), in Pflegestufe II 1.040 Euro (1.100 Euro ab 2012) und in Pflegestufe III 1.510 Euro (1.550 Euro ab 2012).

Vertragsrechtlicher Hintergrund

Einrichtungen der Tages- oder Nachtpflege bedürfen zur Vergütung ihrer Leistungen aus Mitteln der Pflegeversicherung einer Zulassung durch Versorgungsvertrag nach § 72 SGB XI. Nach § 71 Abs. 2 SGB XI handelt es sich um - selbständig wirtschaftende - stationäre Pflegeeinrichtungen (Pflegeheime), in denen Pflegebedürftige unter ständiger Verantwortung einer ausgebildeten Pflegefachkraft gepflegt und nur tagsüber oder nur nachts (teilstationär) untergebracht und gepflegt werden.

Förderrechtlicher Hintergrund

Einrichtungen der Tages- oder der Nachtpflege erhalten nach § 10 des Niedersächsischen Pflegegesetzes (NPflegeG) eine Förderung im Umfang ihrer betriebsnotwendigen Investitionsfolgeaufwendungen. Die Kosten hierfür trägt das Land. Die Förderung erfolgt leistungsfolgend für belegte Plätze. Sie berücksichtigt durch Unterauslastungszuschläge die besonderen Marktbedingungen solcher Einrichtungen (§ 8 Abs. 2 DVO-NPflegeG).

In der Folge dieser landesrechtlichen Regelungen entstehen Nutzerinnen und Nutzern dieser Einrichtungen keine andernfalls von ihnen aus eigenem Einkommen oder Vermögen oder durch einen nachrangigen Leistungsträger (Sozialhilfe) zu tragenden Investitionsaufwendungen. Die Förderung dient der Stärkung der häuslichen pflegerischen Versorgung und der Vermeidung von dauerhaftem Heimaufenthalt.

Die Landesregierung hat durch Änderung der Durchführungsverordnung (DVO-NPflegeG, hier § 8 Abs. 2 i. d. F. d. Neubekanntmachung vom 30. März 2005, mit Wirkung zum 1. Jan. 2004 die Förderbedingungen für teilstationäre Einrichtungen durch praxisgerechte Anpassung des kalkulierten angenommenen Auslastungsgrades von bislang 85% auf 80% verbessert. Die Aufwendungen des Landes für die Förderung von teilstationären Pflegeeinrichtungen sind seit In-Kraft-Treten des NPflegeG zum 1. Juli 1996 entsprechend der zunehmenden Inanspruchnahme dieser Einrichtungen (siehe Abschnitt I.1, „Art der pflegerischen

Versorgung) laufend gestiegen. Für 2011 sind Mittel in Höhe von 4,75 Mio. Euro veranschlagt.

3.4.2 Angebotsstruktur

3.4.3 Tagespflegeeinrichtungen

Zahl und Platzkapazität der Einrichtung

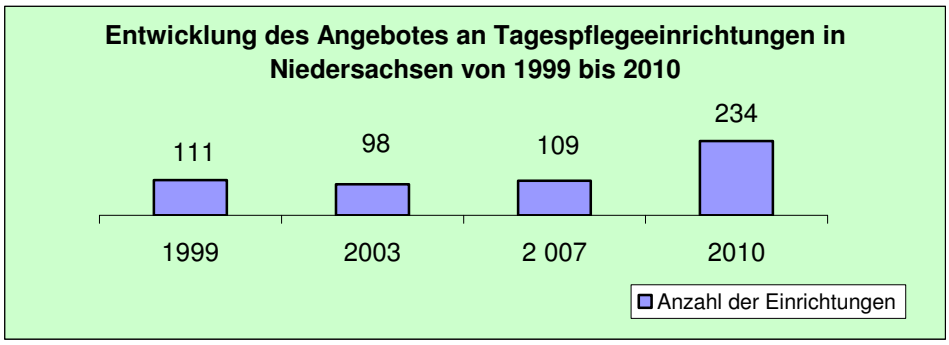
Ende 2007 waren in Niedersachsen insgesamt **109 Tagespflegeeinrichtungen** (2003:98) mit zusammen **1.429 Plätzen** (2003:1.091) zugelassen.

Während die Zahl dieser Einrichtungen in den Jahren 1999 bis 2003 kontinuierlich abgenommen hat, ist seitdem ein stetiger Anstieg festzustellen.

Im Zeitraum von Ende 2007 bis 2010 sind überproportional viele Einrichtungen entstanden. Es darf vermutet werden, dass aufgrund der Leistungsverbesserungen seit dem 01.07.2008 Tagespflegeeinrichtungen einen größeren Zulauf von pflegebedürftigen Menschen erfahren haben.

Die Daten der AOK Niedersachsen mit Stand Oktober 2010 begründen die Annahme, dass in Niedersachsen **234 Tagespflegeeinrichtungen mit 3.148**[117] **Plätzen** zugelassen waren. Danach hat sich **die Zahl der Einrichtungen und der Plätze von 2007 bis 2010 mehr als verdoppelt.**

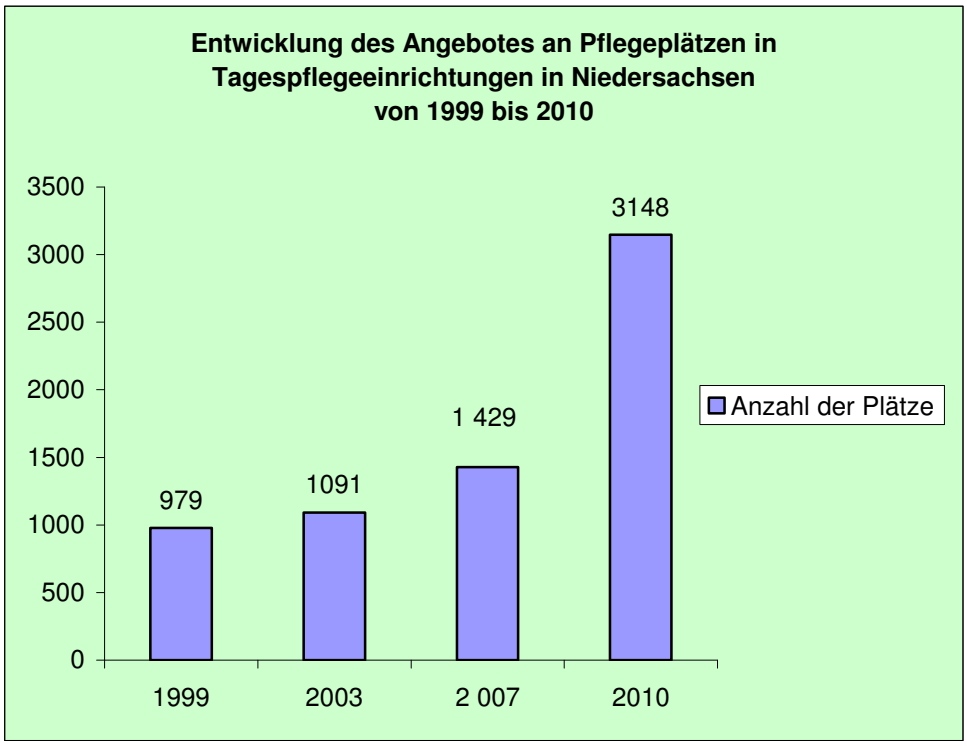
Abb. 10. Tagespflegeeinrichtungen



Stand: 15.12.1999, 15.12.2003, 15.12.2007, Oktober 2010; Quelle: LSKN; Pflegestatistik nach § 109 SGB XI; AOK N

[117] Angaben der AOK Niedersachsen (Stand Oktober 2010)

Abb. 11. Pflegeplätze in Tagespflegeeinrichtungen



Stand: 15.12.1999, 15.12.2003, 15.12.2007; Quelle: LSKN; Pflegestatistik nach § 109 SGB XI
Stand: Oktober 2010; Quelle: AOK N

Träger der Einrichtungen

68 Tagespflegeinrichtungen (62%)[118] befinden sich Ende 2007 in gemeinnütziger Trägerschaft, 39 (36%) in privater und 2 Einrichtungen (knapp 2%) in öffentlicher Trägerschaft. Die Entwicklung bis Oktober 2010 ist bei diesen Angaben nicht einbezogen.

Hinsichtlich dieser Verteilung haben sich im Zeitraum seit Ende 2003 Änderungen zugunsten der Einrichtungen in privater Trägerschaft ergeben. Ihr Anteil hat sich in dem Zeitraum verdoppelt. Die Einrichtungen in gemeinnütziger Trägerschaft haben gleichzeitig Anteilspunkte verloren (2003: 67%). Die Zahl derer öffentlicher Trägerschaft hat sich auf zwei halbiert.

Den höchsten Anteil an der Gesamtplatzzahl von 1.429 haben die Tagespflegeeinrichtungen in gemeinnütziger Trägerschaft mit 902 (63,1%), private

[118] Diese und nachfolgende Angaben beziehen sich auf Daten des LSKN, Pflegestatistik 2007 und berücksichtigen insoweit nicht die Entwicklung bis 2010.

Träger sind mit 500 Plätzen (35%) vertreten und öffentliche Träger mit 24 Plätzen (1,7%).

Zuordnung der Tagespflegeeinrichtungen zu anderen Einrichtungen

58% aller Einrichtungen sind solitäre Tagespflegeeinrichtungen. 42% waren jeweils über die Jahre von Ende 2003 bis Ende 2007 Teil so genannter „mehrgliedriger Einrichtungen“ in Verbindung mit einer Dauer- und/oder Kurzzeitpflegeeinrichtung oder auch einem ambulanten Pflegedienst. Durch einrichtungsübergreifenden Personal- und Sachmitteleinsatz können dabei Synergieeffekte zur Steigerung der Wirtschaftlichkeit genutzt werden.
Solitäre Einrichtungen sind zu 44,4% in privater Trägerschaft. Die gemeinnützigen Träger haben an der Gesamtzahl mehrgliedriger Einrichtungen einen Anteil von 54,3%.
„Eingestreute Tagespflege“ (Betreuung von Tagesgästen im Rahmen der Tagesbetreuung von Heimbewohnerinnen und Heimbewohnern in Einrichtungen der Dauerpflege), wie sie zur Zeit der Berichtslegung des Pflegerahmenplanes 2000 noch in größerem Umfang bei durch Bestandsschutz (§ 73 SGB XI) zugelassenen Pflegeeinrichtungen angenommen werden musste, scheint aufgrund der zwischenzeitlich von den Landesorganisationen der Pflegekassen konsequent verfolgten normengerechten Vertragsgestaltung bei Versorgungsverträgen nur noch in Einzelfällen vorzukommen.

Von Tagespflegeeinrichtungen betreute pflegebedürftige Personen

Von insgesamt 242.196 Empfängerinnen und Empfänger von Leistungen der Pflegeversicherung erhielten am Stichtag der Erhebung (15.12.2007) insgesamt nur 1.881 (0,8%) Leistungen der Tagespflege.
Bezogen auf die Empfängerinnen und Empfänger von häuslichen Pflegeleistungen (häusliche Pflegehilfe nach § 36 oder Pflegegeld nach § 37 SGB XI) - Tagespflege ist eine zur häuslichen Pflege komplementäre Leistung der Pflegeversicherung - betrug der Anteil 1,2%.

Tab. (48) Tagespflegegäste 2007 nach Altersgruppen und Geschlecht (TA)

Tagespflege wird nahezu ausschließlich von älteren pflegebedürftigen Menschen in Anspruch genommen. Ende 2007 waren lediglich 111 der insgesamt 1.881 Nutzerinnen und Nutzer (6%) von Tagespflegeeinrichtungen im Alter zwischen 25 bis unter 65 Jahren. Bei der Altersgruppen der 65- bis unter 80-jährigen und der 80-jährigen und älteren ist die letztgenannte Altersgruppe mit 54% am stärksten vertreten. 2003 waren die Zahl der Tagespflegegäste diese Alterskohorten geringer als die der 65- bis unter 80-jährigen. 2007 war diese Gruppe mit 40% vertreten. Demnach hat es in dem Zeitraum von 2003 bis 2007 eine Verschiebung zugunsten der hochaltrigen Nutzergruppe ergeben.

Im Verhältnis zu ihrem Anteil unter allen Leistungsbezieherinnen und Leistungsbeziehern (67,4%) sind Frauen als Nutzerinnen von Tagespflegeangeboten leicht unterrepräsentiert (65,8%). Dieses Verhältnis hat sich zu dem Stand im Jahr 2003 verändert. Der Anteil der Männer betrug damals 32% und liegt Ende 2007 bei 34,2%. Frauen waren 2003 im Verhältnis zu ihrem Anteil unter allen Leistungsbezieherinnen und -beziehern etwas überrepräsentiert.
Das Angebot der Tagespflege wird offenbar für pflegebedürftige Männer attraktiver.
Nutzerinnen und Nutzer der Tagespflege sind nach Grad der Pflegebedürftigkeit im Verhältnis zu ihrem Anteil aller Leistungsbezieherinnen und -bezieher in der Pflegestufe I deutlich unterrepräsentiert (40%: 51,2%), in den Pflegestufen II (43,5%: 34,3%) und III (15,6 %:14%) deutlich überrepräsentiert. Tagespflegegäste sind in den höheren Pflegestufen anteilsmäßig in größerer Zahl vertreten und damit stärker pflegebedürftig.

Damit bestätigt sich folgende Feststellung: Tagespflegeeinrichtungen erreichen den intendierten Nutzerkreis der „Grenzgänger“ zwischen häuslicher Pflege und Heimpflege. Sie stellen für die pflegenden Angehörigen besonders im Falle schwererer Pflegebedürftigkeit eine deutliche Entlastung dar, die diesen daraufhin die weitergehende häusliche Pflege und Betreuung ermöglicht. Die Verbesserungen der leistungsrechtlichen Bestimmungen im SGB XI waren zweckdienlich das Angebot an Tagespflege zu stärken und auszubauen und damit die häusliche Versorgung zu stabilisieren.

3.4.4 Regionale Verteilung

Die Ende 2007 noch unbefriedigende Versorgungslage mit Angeboten der Tagespflege in Niedersachsen wird besonders deutlich bei Betrachtung der Verhältnisse in den kreisfreien Städten und Landkreisen. Danach verfügten **Ende 2007** noch **11** der 46 kommunalen **Gebietskörperschaften** über **keine Tagespflegeeinrichtung**. Bei den kommunalen Gebietskörperschaften ohne Tagespflegeeinrichtungen handelt es sich ausschließlich um ländliche Siedlungsregionen.

Tab. (49) Verfügbare Plätze Tages- und Nachtpflege 2007, regionale Gliederung (TA)

Die größte Anzahl an Tagespflegeplätzen gab es in dem Gebiet des ehemaligen Regierungsbezirks Weser-Ems mit 590, gefolgt vom ehemaligen Regierungsbezirk Hannover mit 382, Braunschweig mit 250 und dem Regierungsbezirk Lüneburg mit 223 Plätzen.

3.4.5 Nachtpflegeeinrichtungen

In Niedersachsen gab es ausweislich der Pflegestatistik vom 15.12.2007 zu diesem Zeitpunkt keine eigenständige Nachtpflegeeinrichtung. Soweit nach Auskunft der Einrichtungsträger Nachtpflege angeboten wurde[119], erfolgte dies im Zusammenhang mit Tagespflege (eine Einrichtung), Kurzzeitpflege- oder Angeboten der vollstationären Dauerpflege (insgesamt 45 Einrichtungen).
Aus den statistischen Daten wird deutlich, dass es sich bei den Angeboten durchweg um „eingestreute Nachtpflege“ (Bereitstellung bei Einzelnachfrage) handelt. Die Nachtpflegeangebote dürften damit nicht der an die Zulassung von Pflegeeinrichtungen gebundenen Voraussetzung der selbständig wirtschaftenden Einheit entsprechen. Insoweit dürften auch Leistungen nach § 41 SGB XI nicht gewährt bzw. in Anspruch genommen werden können. Allerdings kommen Leistungen der Verhinderungspflege nach § 39 SGB XI in Betracht.

---

[119] Anmerkung: Bei der Pflegestatistik handelt es sich um eine Vollerhebung bei allen Pflegediensten und Pflegeheimen; die Einrichtungsträger sind zu den für die Statistik vorgegebenen Aussagen verpflichtet

Für Personen, die im Einzelfall eine nächtliche stationäre Betreuung benötigen oder wünschen, ist danach zeitlich auf insgesamt vier Wochen im Jahr und einen Leistungsbetrag von 1.470 Euro begrenzt.

3.4.6 Zusammenfassende Bewertung

a) Tagespflege

Bis Ende 2007 gab es zwar eine deutliche Ausweitung von Tagespflegeeinrichtungen und -plätzen, unter Einbezug der regionalen Verteilung waren jedoch in Niedersachsen noch ca. ein Viertel aller kommunalen Gebietskörperschaften ohne tagespflegerisches Angebot. Eine wesentliche Verbreitung dieser teilstationären Versorgungsart erfolgte mit den Leistungsverbesserungen für Tagespflege durch das Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes am 1.7.2008 von der ebenfalls eine bessere regionale Verteilung erhofft werden kann.

Die positive Bedeutung dieser 2008 geschaffenen Verbesserungen im Leistungsbezug kann nicht hoch genug eingeschätzt werden. Diese Versorgungsart schafft nicht nur deutliche und vielschichtige Entlastungseffekte in der Angehörigenpflege und kann zur Stabilisierung insbesondere bei langjähriger Pflegeversorgung betragen. Sie fördert darüber hinaus maßgeblich und wirkungsvoll die Vereinbarkeit von Pflege und Berufstätigkeit von Angehörigen. Vor allem in der intergenerativen Betreuung spielt diese Vereinbarkeitsthematik eine herausragende Bedeutung.

b) Nachtpflege

Nach Kenntnis der Landesorganisationen der gesetzlichen Pflegekassen und des MS besteht derzeit in Niedersachsen mangels ausreichender Nachfrage nach wie vor kein Angebot der Nachtpflege im Sinne der Vorhaltung eines regelmäßigen Angebotes für einen Personenkreis mit gestörtem Tag-/Nacht-Rhythmus, nächtlichen Angstbeschwerden oder besonderen Anforderungen an nächtlicherseits anfallende Pflege mit der Folge nicht erträglicher Schlafunterbrechungen bzw. -störungen der pflegenden Angehörigen. Dies schließt eine Versorgung solcher Personen im

Einzelfall oder vorübergehend bei entsprechend freier Kapazität in vollstationären Pflegeeinrichtungen - wie dargestellt - nicht aus.

3.5 Kurzzeitpflegeeinrichtungen

3.5.1 Änderungen des leistungs-, vertrags- und förderrechtlichen Hintergrunds

Leistungsrechtlicher Hintergrund:

Die leistungsrechtliche Grundlage ist § 42 SGB XI. Die Leistung dient - wie die Tagespflege - der Ermöglichung oder Sicherung der häuslichen Pflege. Sie erfolgt insoweit ebenfalls grundsätzlich komplementär zu den Leistungen der häuslichen Pflege (häusliche Pflegehilfe nach § 36 oder Pflegegeld nach § 37 SGB XI). Die Leistung ist auf einen kalenderjährlichen Höchstzeitraum von vier Wochen und einen Höchstbetrag von kalenderjährlich 1510 Euro (1550 Euro ab 1.1.2012) begrenzt. Die Leistung begründet einen Anspruch auf eine vollstationäre Pflege. Sie wird gewährt

für eine Übergangszeit im Anschluss an eine stationäre Behandlung des Pflegebedürftigen oder
in sonstigen Krisensituationen, in denen vorübergehend häusliche oder teilstationäre Pflege nicht möglich oder nicht ausreichend ist.
Seit dem 01.07.2008 besteht ein Anspruch auf Kurzzeitpflege gemäß § 42 Abs. 3 SGB XI in begründeten Einzelfällen bei zu Hause gepflegten Kindern bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres auch in geeigneten Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen und anderen geeigneten Einrichtungen, wenn die Pflege in einer von den Pflegekassen zur Kurzzeitpflege zugelassenen Pflegeeinrichtungen nicht möglich ist oder unzumutbar erscheint.

Bei der Leistung nach § 42 Abs. Nr. 1 SGB XI für eine Übergangszeit im Anschluss an eine stationäre Behandlung der Pflegebedürftigen steht die auf die Rückkehr in die eigene Häuslichkeit ausgerichtete aktivierende und rehabilitativ orientierte Pflege im Vordergrund. Häusliche Pflege soll damit her- bzw. wieder hergestellt werden.
Diesbezüglich besteht im Blick auf die Intention des Bundesgesetzgebers ein deutlicher Unterschied zu den Leistungen nach § 42 Abs. 2 Nr. 2 SGB XI in

sonstigen Krisensituationen, in denen vorübergehend häusliche oder teilstationäre Pflege nicht möglich oder nicht ausreichend ist. Als typische Krisensituationen dieser Art gelten in der Praxis Krankheit, Kuraufenthalt oder auch Urlaub der privaten Pflegeperson. Insoweit sind hier die Grenzen zu den Leistungen der häuslichen Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson (§ 39 SGB XI) fließend.

Die Kurzzeitpflege nach § 42 Abs. 2 Nr. 2 SGB XI ist - unbeschadet der allgemeinen gesetzlichen Vorgabe der aktivierenden Pflege - mehr auf eine zustandserhaltende Pflege ausgerichtet; sie überwiegt in der Praxis bei weitem. Sie ist hinsichtlich des Nachfrageaufkommens nur schwer kalkulierbar und starken saisonalen Schwankungen unterworfen. Nach Angaben von Trägern vollstationärer Einrichtungen wird daher aus betriebswirtschaftlichen Gründen Kurzzeitpflege bevorzugt bedarfsweise in Abhängigkeit zur Auslastung ihrer Einrichtungen mit pflegebedürftigen Dauerbewohnern angeboten (sogenannte ‚eingestreute Kurzzeitpflege').

Vertragsrechtlicher Hintergrund

Kurzzeitpflege kann als - zeitlich befristete - vollstationäre Leistung nur in für die vollstationäre Pflege durch Versorgungsvertrag zugelassenen Pflegeeinrichtungen erbracht werden. Der Gesetzgeber hat allerdings diesbezüglich - anders als bei den ambulanten Pflegediensten und den teilstationären Pflegeeinrichtungen - keine Vorgaben hinsichtlich der Selbständigkeit der Wirtschaftsführung in Abgrenzung zur vollstationären Dauerpflege gemacht (§ 71 Abs. 2 Nr. 2 SGB XI). Insofern können Leistungen der Kurzzeitpflege auch in vollstationären Einrichtungen der Dauerpflege erbracht werden. In der Praxis erfolgt dies in der Regel in Abhängigkeit von der Auslastung der Einrichtungen durch Dauerbewohnerinnen und -bewohner; manche Einrichtungen halten für die „eingestreute Kurzzeitpflege" auch Platzkontingente vor.

Einrichtungen, die ausschließlich Kurzzeitpflege erbringen (unabhängig von deren Form), sowie Teile von Einrichtungen unter dem Dach eines vollstationären Pflegeheims, die ausschließlich der Kurzzeitpflege vorbehalten und räumlich und wirtschaftlich klar und eindeutig abgegrenzt sind, erhalten für diesen Bereich einen eigenen Versorgungsvertrag nach § 72 SGB XI.

Einrichtungen der vollstationären Dauerpflege mit Angebot der „eingestreuten Kurzzeitpflege“ erhalten einen insoweit unspezifizierten Versorgungsvertrag für die Erbringung vollstationärer Pflege.

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

Förderrechtlicher Hintergrund:

Einrichtungen der Kurzzeitpflege erhalten nach dem Niedersächsischen Pflegegesetz (NPflegeG, § 10) seit 01. Juli 1996 eine Förderung des Landes für betriebsnotwendige Investitionsfolgeaufwendungen.

Im Zuge des Haushaltsbegleitgesetzes 2006 (Nds. GVBl. 29/2005, S. 426) wurde die entsprechende Förderung durch den Landesgesetzgeber dahingehend geändert, dass

- die Förderungsdauer auf den Zeitraum der Leistungen nach den §§ 42 und 39 SGB XI (jeweils bis zu vier Wochen je Jahr),
- der förderberechtigte Personenkreis auf in Niedersachsen ansässige Personen und
- bei „eingestreuter“ Kurzzeitpflege, auf solche Personen, die nicht unmittelbar im Anschluss an den Kurzzeitpflegeaufenthalt in der Einrichtung als Dauerbewohnerinnen und -bewohner verbleiben,

begrenzt wurde.

Die Umsetzung der Förderung nach § 10 NPflegeG ist in der Verordnung zur Durchführung des Niedersächsischen Pflegegesetzes (DVO-NPflegeG) vom

30. März 2005, geändert durch Verordnung vom 2.11.2009 (Nds. GVBL. Nr. 24/2009 S. 408), geregelt. Zustimmungsbehörden sind die kreisfreien Städte und Landkreise.

Bis Ende 2010 konnten eine Förderung nach § 10 NPflegeG auch Träger von vollstationären Pflegeeinrichtungen („eingestreute Kurzzeitpflege“) erhalten; die Förderung der Investitionsaufwendungen bei „eingestreuter Kurzzeitpflege“ erfolgte in Höhe des mit dem örtlichen Träger der Sozialhilfe nach den §§ 75, 76 SGB XII vereinbarten Investitionsbetrages (§ 3 DVO-NPflegeG i. V. m. § 10 Abs. 1 Satz 2 NPflegeG).

Das Fördervolumen des Landes ist seit Beginn der Förderung (1. Juli 1996) laufend und - entsprechend der starken Entwicklung der Inanspruchnahme der Leistungen der Kurzzeitpflege und der Verhinderungspflege in stationären Pflegeeinrichtungen - erheblich gestiegen. Im Jahr 2010 sind seitens des Landes für diesen Zweck rd. 13,4 Mio. Euro eingeplant worden.

Die Förderung (Leistungen der Kurzzeitpflege nach § 42 sowie der Verhinderungspflege nach § 39 SGB XI) erfolgt leistungsfolgend für belegte Plätze in dem Umfang, dass den Kurzzeitpflegegästen aus dem Aufenthalt in der Einrichtung keine Belastungen aus andernfalls in Rechnung gestellten Investitionskosten entstehen. Dies wird als maßgeblicher Beitrag des Landes zur Unterstützung der häuslichen Pflege und zur Vermeidung von dauerhaften Heimaufenthalten gesehen.

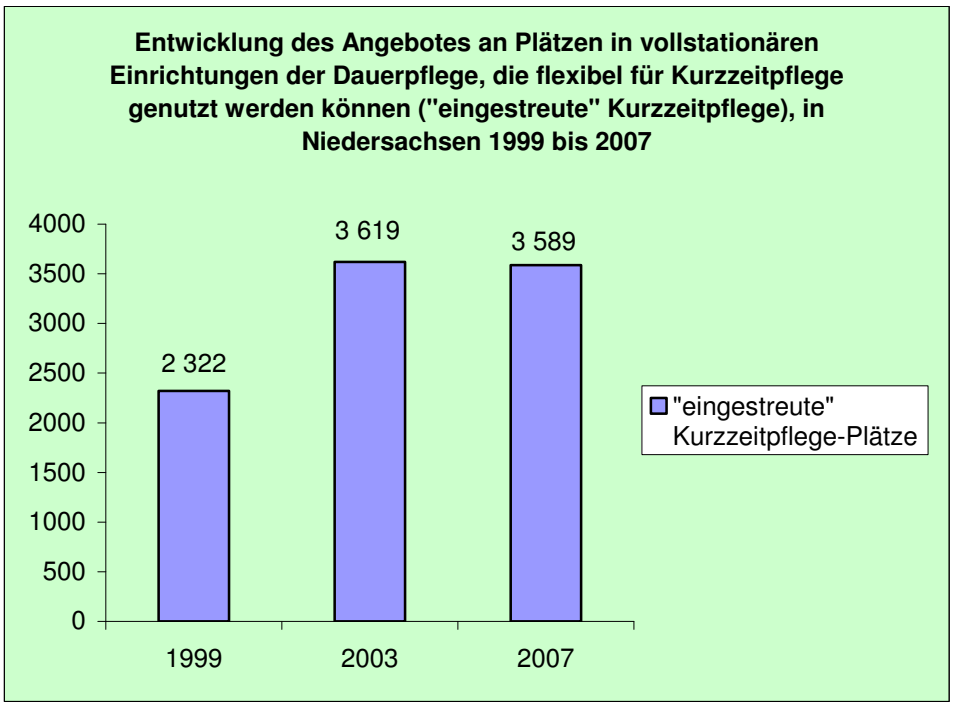
3.5.2 Angebotsstruktur

Zahl und Platzkapazität der Kurzzeitpflegeeinrichtungen

Ende 2007 waren in Niederachsen **23 selbständige Kurzzeitpflegeeinrichtungen** (2003: 47) mit zusammen **332 Plätzen** (2003:486) zugelassen. Die Zahl dieser Einrichtungen ist seit Ende 1999 kontinuierlich zurückgegangen; zu diesem Zeitpunkt waren es noch 69 (553 Plätze), zum Jahresende 2001 noch 65 Einrichtungen (571 Plätze).

Im Rahmen der „eingestreuten“ Kurzzeitpflege in vollstationären Einrichtungen der Dauerpflege beträgt die Zahl der Plätze in Dauerpflegeeinrichtungen, die flexibel für Kurzzeitpflege genutzt werden 3.589 (2003: 3.619). Zusammen mit der Zahl der Plätze in solitären Einrichtungen und in anderen mehrgliedrigen Einrichtungen (4.351) beträgt ihr Anteil an allen stationären Pflegeplätzen in Niedersachsen 4,8% (1999: 3,3%, 2003: 4,6%).

Abb. 12. Platzzahl „Eingestreute Kurzzeitpflege“



Stand: 15.12.; Quelle: LSKN; Pflegestatistik nach § 109 SGB XI

Träger der Kurzzeitpflegeeinrichtungen

Wie bei den Tagespflegeeinrichtungen machen auch bei den Kurzzeitpflegeeinrichtungen gemeinnützige Träger mit 52,2% (2003: 60) den überwiegenden Trägeranteil aus, gefolgt von privaten Trägern mit knapp 34,8% (2003: 30) und den öffentlichen Trägern mit 13 Prozent (2003: 10). 62,3% der Plätze entfallen auf Einrichtungen in freigemeinnütziger Trägerschaft, 22,3 % auf private Träger und 15,4% auf öffentliche Träger.

Raumangebot der Kurzzeitpflegeeinrichtungen

Knapp 65 Prozent aller Plätze in den Kurzzeitpflegeeinrichtungen wurden Ende 2007 als Einzelzimmer angeboten, in lediglich 0,4% der Fälle (drei Plätze) waren es

Dreibettzimmer. Das Raumangebot hat sich seit Ende 1999 mit der Zunahme von Einzelzimmern verbessert. Damals standen nur rd. 55% der Plätze in Einzelzimmern zur Verfügung und 12 Plätze befanden sich in Dreibettzimmern.

In der Kurzzeitpflege betreuter Personenkreis

Vorbemerkung:
Die nachfolgend dargestellten Strukturmerkmale der pflegebedürftigen Personen, die Leistungen der Kurzzeitpflege in Anspruch genommen haben, beziehen sich sowohl auf solche Personen, die in Kurzzeitpflegeeinrichtungen gepflegt wurden, als auch solche, die sich im Rahmen „eingestreuter" Kurzzeitpflege in vollstationären Einrichtungen der Dauerpflege aufgehalten haben. Die Datengrundlagen erlauben diesbezüglich keine Differenzierung.

Unter den 1.781 Personen, die am 15.12.2007 als Bezieherinnen und Bezieher von Leistungen der Kurzzeitpflege ausgewiesen waren, befanden sich zwei Kinder (pflegebedürftige Personen unter 15 Jahren) und 14 Personen im Alter zwischen 15 und unter 40 Jahren und 74 in der Altersgruppe der 40 bis unter 65jährigen. Die Altersverteilung der Leistungsbezieherinnen und -bezieher von Kurzzeitpflege entspricht damit weitgehend den Bezieherinnen und Beziehern von ambulanten Pflegeleistungen durch Pflegedienste. Der größte Anteil hat die Gruppe der Hochaltrigen über 80 Jahren mit rd. 68%. Die 65- bis unter 80-jährigen sind mit knapp 27% vertreten. In der Pflegestufe I sind Nutzerinnen und Nutzer der Kurzzeitpflege mehr vertreten als im Verhältnis zu ihrem Anteil aller Leistungsbezieherinnen und -bezieher (58,6%: 51,2%).

Personen, die ein Angebot der „eingestreuten" Kurzzeitpflege in Anspruch nehmen, kommen im Regelfall aus einem laufenden Bezug ambulanter Leistungen der Pflegeversicherung (häusliche Pflegehilfe oder Pflegegeld) mit einer insoweit schon bestehenden Pflege-Einstufung in die Kurzzeitpflege.
Es sind auch Personen mit schwersten oder lebensbedrohlichen Erkrankungen, die nach einem Krankenhausaufenthalt noch nicht direkt in die häusliche Versorgung

gegeben werden konnten und übergangsweise in die Kurzzeitpflegeeinrichtung kommen.

3.5.3 Regionale Verteilung

Kurzzeitpflegeeinrichtungen

Für Einrichtungen der Kurzzeitpflege v.a. im Übergang von klinischer zu nachklinischer Versorgung mit einer vorrangig rehabilitativen Zielsetzung gibt eine unausgeglichene Versorgungslage in Niedersachsen. Solitäre Kurzzeitpflegeeinrichtungen sind in besonderer Weise dafür geeignet, im Anschluss daran in eine häusliche Pflege überzuleiten. Nicht auszuschließen ist, dass auch Angebote „eingestreuter" Kurzzeitpflege auf die Gestaltung aktivierender und zustandsfördernder Pflege- und Versorgungsleistungen ausgerichtet sind. Wie weit im betrieblichen Rahmen einer stationären Dauerpflegeeinrichtung die an eine Kurzzeitpflege nach Krankenhausaufenthalt zu richtenden Anforderungen im ausreichenden Maß gewährleistet werden können, kann jedoch nicht hinreichend geklärt werden. Die regionale Versorgung mit solitären Kurzzeitpflegeangeboten in Niedersachsen stellt sich wie folgt dar:

In 29 der 46 kommunalen Gebietskörperschaften gab es Ende 2007 keine Kurzzeitpflegeeinrichtung, 14 weitere verfügten nur über eine solche Einrichtung.

Plätze für „eingestreute" Kurzzeitpflege

Für Ende 2007 wurden von den Trägern der stationären Einrichtungen der Dauerpflege im Rahmen der Erhebung zur Pflegestatistik 3.589 Pflegeplätze (4,1%) in diesen Einrichtungen benannt, die flexibel für Kurzzeitpflege genutzt werden können. Ihr Anteilswert fällt von Region zu Region sehr unterschiedlich aus. Während in den Einrichtungen der Stadt Wolfsburg nur 0,5% aller Dauerpflegeplätze für „eingestreute" Kurzzeitpflege bereitstehen (4 Plätze), waren es - im Höchstfall - in der Stadt Emden 15% der Plätze (75 Plätze). Ebenfalls weit überdurchschnittliche Werte wurden für die Stadt Osnabrück (10,9% / 166 Plätze) sowie die Landkreise Gifhorn (9,8% / 124 Plätze) und Emsland (8,6% / 156 Plätze) angegeben.

Vergleichsweise deutlich unterdurchschnittliche Angebotswerte weisen neben der Stadt Wolfsburg auch die Landkreise Lüneburg (1,8%), Stade und Lüchow-Dannenberg (je 1,5%) auf.

3.5.4 Zusammenfassende Bewertung

Die Inanspruchnahme von Leistungen der Kurzzeitpflege hat in den vergangenen Jahren zugenommen. Dies ist unter dem Aspekt der Sicherung der häuslichen Pflege positiv zu werten.
Kurzzeitpflege erfolgt gegenwärtig immer noch weit überwiegend als so genannte ‚Urlaubspflege' in Gestalt „eingestreuter" Kurzzeitpflege in vollstationären Einrichtungen der Dauerpflege. Sie erfüllt damit auch eine wichtige gesundheitsfördernde Funktion für Pflegepersonen, die gerade bei langjähriger Pflegeübernahme Urlaub oder Kuraufenthalte benötigen.
Dies entspricht jedoch nicht dem vorrangigen leistungsrechtlichen Anliegen einer übergangsweisen stationären Pflege nach einer stationären Behandlung oder im Fall eines häuslichen Krisenfalles.
Kurzzeitpflege stellt auch eine geeignete Gelegenheit dar, nach einer stationären Behandlung zu „sondieren", inwieweit bei den betroffenen Personen Möglichkeiten zur häuslichen Versorgung (noch) bestehen. Ein solcher Orientierungszeitraum kann aus medizinischer und / oder pflegerischer Sicht wie auch für die pflegebedürftigen Menschen selbst oder die Angehörigen von großem Nutzen sein.
Wenn diese in Kurzzeitpflege liegenden Möglichkeiten nicht hinreichend genutzt werden, kann es zu übereilten Entscheidungen für einen dauerhaften Heimaufenthalt oder nicht ausreichend vorbereitete Rückkehr in den häuslichen Bereich kommen. Gleiches gilt für die durch Kurzzeitpflege erzielbare Reha-Fähigkeit bei Personen mit grundsätzlich vorhandenem Reha-Potential.

Der Anteil der über 65-jährigen an der Zahl der Krankenhauspatientinnen und -patienten beträgt 45% mit einer entsprechend großen Wahrscheinlichkeit des Auftretens oder Vorliegens einer Pflegebedürftigkeit. Dieses verdeutlicht die Notwendigkeit einer nachklinischen rehabilitativen Versorgung von Patientinnen und Patienten mit vorübergehender oder bleibender Pflegebedürftigkeit. Neben Rehabilitationskliniken sollten Einrichtungen der Kurzzeitpflege im Übergang zur

nachklinischen Versorgung an dieser Schnittstelle eine wichtige rehabilitative Funktion unter Einbeziehung potentieller Pflegepersonen übernehmen. Angehörige, die bereit dazu sind, eine häusliche Pflegeversorgung zu übernehmen oder weiterzuführen, könnten parallel zu einem Kurzzeitpflegeaufenthalt ihres pflegebedürftigen Familienmitglieds im Rahmen von Pflegekursen und individuellen Trainings ihre Kompetenzen fördernd auf diese Aufgabe vorbereitet werden. Ein positives Praxisbeispiel dafür bietet das von den AOKen Rheinland-Hamburg und Westfalen-Lippe geförderte Modell an der Universität Bielefeld.
Diese Möglichkeiten werden derzeit im Rahmen von Übergangspflege in der Kurzzeitpflegeeinrichtung kaum genutzt.

3.6 Einrichtungen der vollstationären Dauerpflege (Pflegeheime)

3.6.1 Änderungen des leistungs-, vertrags- und förderrechtlichen Hintergrunds

3.6.1.1 Leistungsrechtlicher Hintergrund

Leistungen der vollstationären Pflege aus Mitteln der Pflegeversicherung erfolgen im Falle eines notwendigen umfassenden Pflege-, Versorgungs- und Betreuungsbedarfs bei Aufenthalt der pflegebedürftigen Person in

- einer vollstationären Pflegeeinrichtung (vollstationäres Pflegeheim) oder
- einer vollstationären Einrichtung der Hilfe für behinderte Menschen.

Die leistungsrechtlichen Grundlage bilden die §§ 43 und 43a SGB XI.

Die Leistungen nach § 43 SGB XI sind denjenigen für die häusliche und die teilstationäre Pflege nachrangig. Sie werden gewährt, wenn häusliche oder teilstationäre Pflege nicht möglich ist oder wegen der Besonderheit des einzelnen Falles nicht in Betracht kommt. Eine leistungsauslösende Situation ist in der Regel auch gegeben, wenn aus dem privaten Umfeld der pflegebedürftigen Person keine Möglichkeit für eine häusliche Pflege gesehen wird oder die Bereitschaft hierzu fehlt.

Die Leistungen umfassen einen monatlichen Höchstbetrag

- bei Pflegestufe 1 von 1023 Euro,
- bei Pflegestufe 2 von 1279 Euro und

- bei Pflegestufe 3 wurde der Betrag ab 1.7.2008 von 1432 Euro auf 1470 Euro, ab 1.1.2010 auf 1.510 Euro und ab 1.1.2012 auf 1.550 Euro angehoben (Härtefall: von 1.688 Euro auf 1.750, 1.825 und 1.918 Euro).

Die Leistungen nach § 43 a SGB XI umfassen 10% des nach § 75 Abs. 3 SGB XII mit dem zuständigen Träger der Sozialhilfe vereinbarten Heimentgelt, höchstens jedoch monatlich 256 Euro. Sie stellen nach Maßgabe der gesetzlichen Vorschrift eine Abgeltung für die in den vollstationären Einrichtungen der Hilfen für Menschen mit Behinderungen (§ 71 Abs. 4 SGB XI) erfolgten Aufwendungen im Sinne des § 43 Abs. 2 SGB XI (Grundpflege, Behandlungspflege und soziale Betreuung) dar.

3.6.1.2 Vertragsrechtlicher Hintergrund

Einrichtungen, die Leistungen der vollstationären Pflege nach § 43 SGB XI erbringen wollen, bedürfen dafür der Zulassung durch Versorgungsvertrag nach §§ 72, 73 SGB XI. Voraussetzung hierfür ist, dass in ihnen pflegebedürftige Personen unter ständiger Verantwortung einer ausgebildeten Pflegefachkraft gepflegt und ganztägig (vollstationär) untergebracht und verpflegt werden (§ 71 Abs. 2 SGB XI).

Vollstationäre Pflegeeinrichtungen haben seit 1.7.2008 abweichend von § 84 Abs. 2 Satz 2 und Abs. 4 Satz 1 sowie unter entsprechender Anwendung des § 45a SGB XI bei pflegebedürftigen Heimbewohnerinnen und -bewohner mit erheblichem Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung Anspruch auf Vereinbarung leistungsgerechter Zuschläge zur Pflegevergütung. Die Vereinbarungen der Vergütungszuschläge werden mit den Pflegeheimen getroffen werden. Die Voraussetzungen dafür sind in § 87b Abs. 1 Satz 2 geregelt. Mit dem Stand Ende Oktober 2010 haben die Pflegekassen in Niedersachsen mit 1.227 Pflegeeinrichtungen Verträge mit Vergütungszuschlägen für Pflegebedürftige nach § 87b SGB XI vereinbart[120].

Die erwähnte Regelung des § 43a SGB XI bezüglich der vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen schließt die Zulassung von

[120] Nach Angaben der AOK Niedersachsen

vollstationären Einrichtungen, in denen überwiegend oder ausschließlich pflegebedürftige Menschen mit einer geistigen, seelischen oder körperlichen Behinderung leben, als Pflegeeinrichtungen im Sinne des § 71 Abs. 2 nicht aus (siehe nachfolgende Situationsdarstellung der pflegerischen Versorgungsstruktur). Hierbei handelt es sich um Einrichtungen, bei denen die Pflege im Vordergrund des Einrichtungszweckes steht.

Hinsichtlich der vollstationären Einrichtungen der Hilfe für Menschen mit Behinderungen wird auf Abschnitt I.3.4.3 hingewiesen.

3.6.1.3 Förderrechtlicher Hintergrund

Heimbewohnerinnen und -bewohner haben - soweit die eigenen finanziellen Mittel nicht ausreichen - einen Anspruch auf Leistungen (Hilfe zur Pflege) nach dem SGB XII. Hierfür zahlt das Land einen Ausgleich an die örtlichen Sozialhilfeträger gem. § 18 NPflegeG.

3.6.2 Angebotsstruktur

<u>Zahlenmäßige Entwicklung der Pflegeheime und ihrer Kapazität im Vergleich zu anderen Bundesländern</u>

Hierzu wird auf Abschnitt I.3.2.2, Abschnitt „Pflegeheime“ verwiesen.

<u>Träger stationärer Pflegeeinrichtungen</u>

Zahl der Einrichtungen

Private Einrichtungsträger machten Ende 2007 in Niedersachsen den größten Anteil unter den Trägern von Pflegeheimen mit 59,1% aus, gefolgt von gemeinnützigen Trägern mit 37,9% und den öffentlichen Trägern mit 3%. Unter den Einrichtungen in gemeinnütziger Trägerschaft machen die Träger von Verbänden der Wohlfahrtspflege mit 84,5%, bei denjenigen in öffentlicher Trägerschaft die kommunalen Träger mit 83,3% den bei weitem größten Anteil aus.

Tab. (50) Pflegeheime von 1999 bis 2007 nach Art und Träger (TA)

Die Verhältnisse haben sich zwischen Ende 2003 und Ende 2007 wiederum geringfügig (Zunahme von 2,3%) zugunsten privater Träger verschoben[121].

Bundesweit gab es im Dezember 2007 rd. 11.000 nach SGB XI zugelassene voll- bzw. teilstationäre Pflegeheime. Die Mehrzahl der Heime (55% bzw. 6.100) befand sich in freigemeinnütziger Trägerschaft; der Anteil der Privaten betrug 39%. Öffentliche Träger haben den geringsten Anteil (6%)[122]. Im Ländervergleich sind die freigemeinnützigen Heime besonders stark in Mecklenburg- Vorpommern und Brandenburg (jeweils 69%), Nordrhein- Westfalen sowie im Saarland (jeweils 67%) vertreten. Die Privaten weisen die höchsten Anteile in Schleswig-Holstein und Niedersachsen (68% und 59%) auf.

Tab. (51) Ländervergleich stationäre Einrichtungen nach Trägern (TA)

Bei Einrichtungen, die ausschließlich Dauerpflege anbieten (ggf. einschließlich „eingestreuter" Kurzzeitpflege) sind private Träger mit 61,7% (2003: knapp 60%) noch etwas häufiger, gemeinnützige sowie öffentliche Träger beide etwas seltener vertreten (35,3% bzw. 3%).

Angesichts der Tatsache, dass Pflegeheime für ältere Menschen 95% aller Pflegeheime ausmachen, unterscheiden sich diese in ihrer Verteilung nach Trägern nicht von der Verteilung bei der Summe aller Heime.

Tab. (52) Pflegeheime von 1999 bis 2007 nach Art, verfügbaren Plätzen und Träger (TA)

Auch bei den Pflegeeinrichtungen für behinderte Menschen befindet sich die größte Zahl der Einrichtungen in privater Trägerschaft mit 63,2% (2003: 56,3%). Der Anteil der Einrichtungen in gemeinnütziger Trägerschaft verringert sich auf 26,3% (2003: 43,6%). 2 Pflegeeinrichtungen für behinderte Menschen sind Ende 2007 mit 10,5% in öffentlicher Trägerschaft (2003: 0).

---

[121] Siehe Landespflegebericht 2005, S. 127

[122] Statistisches Bundesamt: Pflegestatistik 2007, Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung, 4. Bericht: Ländervergleich - Pflegeheime, S. 4

Bei den vollstationären Pflegeeinrichtungen für psychisch kranke (seelisch behinderte) Menschen (39 Pflegeheime) ist der Anteil der privaten Träger mit zwei Drittel aller Einrichtungen am größten. Vergleichsweise groß ist mit fünf Einrichtungen auch die Zahl solcher Einrichtungen in öffentlicher Trägerschaft. In gemeinnütziger Trägerschaft befinden sich demgemäß nur rd. ein Fünftel der Dauerpflegeeinrichtungen für psychisch kranke (seelisch behinderte) Menschen.

Zahl der Plätze

Nach Zahl der Plätze in den vollstationären Pflegeheimen entspricht die Verteilung auf die drei Trägerarten derjenigen nach der Zahl der Einrichtungen nicht vollständig. Insgesamt entfielen Ende 2007 auf die Einrichtungen in privater Trägerschaft 52% (2003: 48%) aller Plätze, auf diejenigen in gemeinnütziger Trägerschaft 44,4% (2003: rd. 47%) und 3,6% (2003: rd. 5%) aller Plätze entfielen auf die Einrichtungen in öffentlicher Trägerschaft. Bei den Einrichtungen, die ausschließlich Dauerpflege anbieten, war die Verteilung 53,6%, 42,7% und 3,7%.

Tab. (53) Ländervergleich Zahl der Pflegeplätze nach Trägern (TA)

Die Verhältnisse haben sich hier zwischen Ende 2003 und Ende 2007 etwas stärker zugunsten der Einrichtungen in privater Trägerschaft verschoben.

Im Ländervergleich zeigt sich bezüglich der Platzkapazität der Einrichtungen eine weitgehende Übereinstimmung mit der Verteilung nach der Zahl der Einrichtungen. Bei einer Bewertung nach der Zahl der verfügbaren Plätze sind die Heime in freigemeinnütziger Trägerschaft „Marktführer“ in Deutschland[123]. Von den bundesweit rund 799.000 Plätzen in Pflegeheimen befinden sich 470.000 bzw. 59% in freigemeinnützigen Heimen. Der Anteil der Privaten beträgt 34% - er hat somit um rund 2 Prozentpunkte gegenüber 2005 (und um rund 9 Prozentpunkte gegenüber 1999) zugenommen; die Öffentlichen weisen einen Anteil von 7% auf. Hohe Marktanteile haben die Privaten auch bei dieser Bewertung nach Plätzen in Schleswig-Holstein und Niedersachsen (63% und 52%). In Berlin und Hamburg

[123] Statistisches Bundesamt: Pflegestatistik 2007, Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung, 4. Bericht: Ländervergleich - Pflegeheime, S. 4

weisen sie mit 49 bzw. 44% ebenfalls klar überdurchschnittliche Anteile auf. Die Freigemeinnützigen sind hingegen stark im Saarland (73%), in Bremen und Nordrhein-Westfalen (jeweils 72%) vertreten.

Bei den Pflegeeinrichtungen für psychisch kranke (seelisch behinderte) Menschen sind private und öffentliche Träger nach der Platzkapazität mit 68,4% bzw. rd. 13,1% noch ausgeprägter vertreten als nach der Zahl der Heime. Gemeinnützige Träger halten hier nur 18,5% der Plätze vor.

Größe der Einrichtungen

Insgesamt waren Ende 2007 im Bestand aller vollstationären Einrichtungen der Dauerpflege Einrichtungen mit Platzzahlen von unter 10 Plätzen bis zu solchen über 300 Plätze vertreten. Eine Einrichtung hat eine Größe von über 300 Plätzen. Mehr als die Hälfte der Einrichtungen 52,4% (2003: 44,5%) hat bis zu 50 Plätze, 36,5% zwischen 51 und 100 Plätze und rd. 11% (2003: 17%) über 100 Plätze. Insgesamt gab es im Zeitraum zwischen 2003 und 2007 einen leichten Trend zu kleineren Heimen, der vermutlich mit dem höheren Anteil privater Träger verbunden ist.

Tab. (54) Pflegeheime 2007 nach Kapazitätsgrößenklassen und Träger (TA)

Die privaten Träger haben überdurchschnittlich viele kleinere Pflegeheime; nahezu 63,8% (2003: 60%) der Heime haben hier 50 und weniger Plätze, 29,1% (2003: 30%) sind mittelgroße Heime und 7% (2003: 10%) der Heime haben über 100 Plätze. Der Anteil kleinerer Pflegeheime ist seit 2003 größer und der größerer Einrichtungen kleiner geworden.

Dagegen überwiegen bei den gemeinnützigen Trägern eher die mittleren Heime: 47,5% (2003: 46%) hatten 51 bis 100 Plätze, 17,2% (2003: 23%) über 100 Plätze. Kleinere Heime machten mit 35,3% mehr als ein Drittel aus (2003: 31,2%). Der Trend zu größeren Pflegeheimen im Zeitraum von 1999 bis 2003 ist zugunsten mittlerer Heimgrößen als beendet zu bezeichnen[124].

[124] MS, Landespflegebericht 2005, S. 129

Die (42) Pflegeheime in öffentlicher Trägerschaft verteilten sich mit 42,9% (2003: 34%), 42,9% (2003: 34%) und 14,3% (2003: 32%) überwiegend auf kleinere und mittlere Heime.

Raumangebot der Dauerpflegeeinrichtungen

In Niedersachsen wurden Ende 2007 insgesamt 90.153 Plätze (2003: 77.550 Plätze) in vollstationären Einrichtungen der Dauerpflege angeboten, davon 87.946 Plätze bzw. 97,6% (2003: 72.806 Plätze, 93,9%) in so genannten eingliedrigen Einrichtungen (nur Dauerpflege). Hiervon entfielen 58,4% (2003: 53,5%) auf Einzelzimmer, 40,7% (2003: 45%) auf Doppelzimmer, lediglich 0,9% (2003: 1,8%) auf 3-Bett-Zimmer und 0,1% (54 Plätze) auf 4-und-mehr-Bettzimmer.

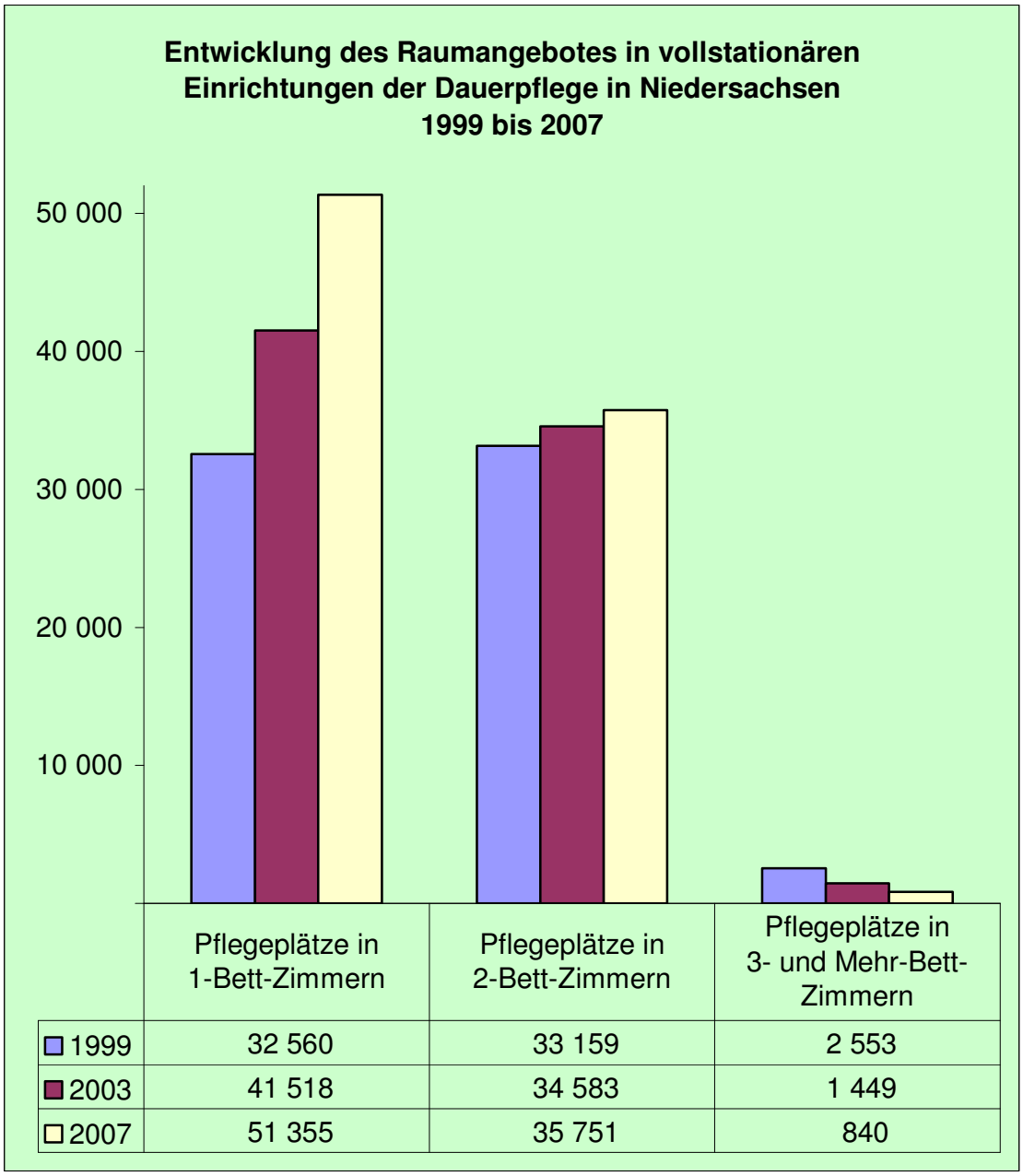
Der Anteil der Plätze in 1-Bett-Zimmern hat zwischen Ende 1999, Ende 2003 und Ende 2007 **zugenommen, derjenige in Doppel- und in Mehrbettzimmern abgenommen**. In nahezu demselben Umfang gilt dies auch für die eingliedrigen Dauerpflegeeinrichtungen in den Jahren 1999, 2003 und 2007 (47,0% / 52,9% / 58,4%; 49,0% / 45,2% / 40,6%; 3,6% / 1,9% / 1%).

Tab. (55) Art der verfügbaren Plätze in Dauerpflege von 1999 bis 2007 (TA)

Die zahlenmäßige Entwicklung der Plätze in den vollstationären Dauerpflegeeinrichtungen ist weit überproportional zugunsten des Angebotes an 1-Bett-Zimmern erfolgt. Der Standard der Einrichtungen hat sich insoweit deutlich verbessert.

Die Zahl der Plätze ist von Ende 2003 bis Ende 2007 insgesamt um 10.672 Plätze (12%), in den eingliedrigen Einrichtungen der Dauerpflege um 10.396 Plätze (11,8%) gestiegen. Die Zahl der 1-Bett-Zimmer nahm dabei um 10.041 (19,4%) bzw. 9.837 Plätze (19,6%), die Zahl der Plätze in 2-Bett-Zimmern nahm um 1.243 (3,5%) bzw. 1.168 Plätze (3,3%) zu. Die Zahl der Plätze in 3-Bett-Zimmern sank in demselben Zeitraum um 590 (42,8%) bzw. 587 Plätze (42,8%), diejenige in 4-und-mehr-Bettzimmern jeweils um 22 Plätze (28,9%).

Abb. 13. Gesamtzahl an Pflegeplätzen (2007 : 87 946)



Stand: 15.12.; Quelle: LSKN; Pflegestatistik nach § 109 SGB XI

Bei den 1-Bett-Zimmern weist Niedersachsen im Vergleich mit dem Bundesdurchschnitt (54,3%) überdurchschnittliche, bei allen anderen Zimmerarten unterdurchschnittliche Anteilswerte (41,7%, 1,2%, 0,1%) auf.

Auslastung der Dauerpflegeeinrichtungen

Ende 2007 waren die niedersächsischen Dauerpflegeheime zu 85,9% (2003: 90%), in eingliedrigen Einrichtungen zu 85,5% mit pflegebedürftigen Personen ausgelastet[125]. Die Auslastung vollstationärer Einrichtungen der Dauerpflege ist seit 2003 gesunken. Neben diesen im Sinne des SGB XI pflegebedürftigen Bewohnerinnen und Bewohnern leben in den Einrichtungen auch solche der so genannten Pflegestufe Null, deren Größenordnung nicht bekannt ist. Es kann grundsätzlich nicht von einer **Vollauslastung** der vollstationären Dauerpflegeheime in Niedersachsen ausgegangen werden.

Unter Berücksichtung der Trägerschaft bestehen Unterschiede bei der Auslastung der Dauerpflegeeinrichtungen. Pflegeheime in privater und öffentlicher Trägerschaft sind jeweils zu 83,6% ausgelastet. Deutlich höher ausgelastet sind dagegen Einrichtungen freigemeinnütziger Träger mit rd. 89%.
Insgesamt die höchste Auslastung haben mehrgliedrige vollstationäre Dauerpflegeeinrichtungen mit dem Angebot von Kurzzeit-, Tages- und/oder Nachtpflege in freigemeinnütziger Trägerschaft mit 98%.

Die bundesweite Auslastung der verfügbaren Plätze in vollstationärer Dauerpflege liegt über der niedersächsischen mit 87,6%, sowie auch in eingliedrigen Einrichtungen mit 87,2%.

Von den Dauerpflegeinrichtungen betreute pflegebedürftige Personen

Grundsätzlich wird hierzu auf Abschnitt I.1 hingewiesen.
Ergänzend wird zur Situation der Bewohnerinnen und Bewohner von Pflegeheimen in Niedersachsen hinsichtlich ihrer zahlenmäßigen Entwicklung und ihres Grades der Pflegebedürftigkeit im Vergleich zur Situation in anderen Bundesländern folgendes ergänzt:

[125] Bei der Vereinbarung von Pflegevergütungen und Entgelten für Verpflegung wird landesweit einheitlich eine rechnerisch durchschnittliche Auslastungsquote i.d.H. von 98% zugrunde gelegt.

Zahlenmäßige Entwicklung

Ende 2007 bezogen 79.222 Personen Leistungen für vollstationäre Dauerpflege - 4,5% mehr als noch Ende 2005[126]. Bundesdurchschnittlich betrug die Steigerung 4,2%. Zwischen den Bundesländern bestehen große Unterschiede. Die Steigerungswerte reichen von 0,5% in Berlin bis jeweils 6,8% in Baden-Württemberg und Sachsen.

Grad der Pflegebedürftigkeit

Niedersachsen befindet sich bezüglich des geringsten Schweregrades (Pflegestufe I) seiner Bewohnerinnen und Bewohner von vollstationären Einrichtungen der Dauerpflege mit 36,7% annähernd am Bundesdurchschnitt von 36,3%. Am deutlichsten über dem bundesdurchschnittlichen Wert liegen das Saarland (42,9%) und unter diesem Brandenburg (29%).

Beim Anteilswert für Pflegestufe II liegt Niedersachsen mit 40,8% unter dem Bundesdurchschnitt von 42,9%, hingegen bei Pflegestufe 3 mit 22,5% gegenüber 20,8% darüber. Noch höhere Anteilswerte dort wurden für die Länder Bayern und Brandenburg (jeweils 24,7%) festgestellt. Im Saarland (15,1%) und Sachsen (16%) bestehen in Pflegestufe III besonders niedrige Anteilswerte. Pflegestufe 2 ist vom MDK besonders häufig für Pflegeheimbewohnerinnen und -bewohner in Sachsen (48,5%) und Sachsen-Anhalt (49%) begutachtet worden.

3.6.3 Regionale Verteilung

Zahl der Pflegeheime[127]

Alle Landkreise und kreisfreien Städte in Niedersachsen verfügen über Pflegeheime in ihrem Gebiet. Die Städte Delmenhorst und Wolfsburg hatten Ende 2007 mit sieben bzw. neun Einrichtungen die geringste, die Region Hannover mit 161 Einrichtungen die größte Zahl an Pflegeheimen.

Tab. (56) Pflegeheime von 1999 bis 2007, regionale Gliederung, verfügbare Plätze, Platzzahl (TA)

---

[126] Statistisches Bundesamt, Pflegestatistik 2007, 3. Bericht: Ländervergleich - Pflegeheime

[127] Die Darstellung bezieht sich wegen der Datengrundlage - Pflegestatistik Tab. S. 16 - auf alle stationären Pflegeeinrichtungen einschl. solche der Tages- und der Kurzzeitpflege. Angesichts der geringen Zahl der letztgenannten Einrichtungen erscheint diese Ungenauigkeit im Blick auf die Aussagen zur Versorgungssituation unbedeutend.

Zwischen Ende 2003 und Ende 2007 wuchs der Einrichtungsbestand in Niedersachsen um 141 Einrichtungen. In einigen kommunalen Gebietskörperschaften gab es größere Zuwächse an Pflegeheimen, beispielsweise in den Landkreisen Diepholz um sechs, Schaumburg um acht, Hildesheim um neun und Osnabrück um 10 Einrichtungen. Abgänge gab es dagegen nur in der Stadt Salzgitter und den Landkreisen Osterode am Harz und Cuxhaven, jeweils um ein Pflegeheim.
Eine Verringerung der Platzzahlen und eine - rechnerische - Verschlechterung der Versorgung der Bevölkerung waren mit dieser Angebotsverringerung allerdings nicht verbunden.

Zahl der verfügbaren Plätze

Die Zahl der verfügbaren Plätze in vollstationären Pflegeheimen der insgesamt 88.708 Plätze vereinigte mit zusammen 12.041 Plätzen Ende 2007 die Region Hannover auf sich. Auf die Landkreise zusammen kamen mit 66.018 Plätzen 74,4% aller vollstationären Pflegeplätze. Die Einrichtungen dort verfügten nur über durchschnittlich 60 Plätze, diejenigen in den kreisfreien Städten (ohne Region Hannover) hingegen über durchschnittlich 77, in der Region Hannover über 75 Plätze.

Zwischen Ende 2003 und Ende 2007 nahm die Zahl der vollstationären Pflegeplätze um insgesamt 10.672 Plätze entsprechend 13,7% zu. Der Zuwachs in den Landkreisen betrug 14,4%, der in den kreisfreien Städten 13,3%. Mehr als 25% mehr Pflegeplätze sind in dem genannten Zeitraum für die Landkreise Schaumburg (25,9%), Harburg (26,7%), Emsland (27,5%), Leer (35,2%) und Wittmund mit 71,3% ausgewiesen. Auch die Stadt Delmenhorst lag mit einem Zuwachs von 31,6% deutlich über dem Landesdurchschnitt.
Einzig im Landkreis Osterholz und in der Stadt Emden waren Ende 2007 per Saldo weniger Pflegeplätze verfügbar als vier Jahre zuvor.

Versorgung der Bevölkerung

Als geeigneter Indikator für die - quantitative - Versorgung der Bevölkerung kann insbesondere das Verhältnis der angebotenen Plätze zur Zahl der älteren Einwohner (65 Jahre und älter) gelten[128]. Danach zeigt sich für die kreisfreien Städte und die Landkreise in Niedersachsen folgendes Bild (siehe Tab. 56).

Die Versorgungswerte - Zahl der Plätze auf je 1000 Einwohner im Alter von 65 und mehr Jahren - reichen in den kommunalen Gebietskörperschaften von 31 in der Stadt Wolfsburg, 34 in Delmenhorst und 35 im Landkreis Emsland bis zu denen in den Landkreisen Osterode (94), Schaumburg (86) und Goslar (74). Der Landesdurchschnitt lag Ende 2007 bei 55 Plätzen je 1000 Einwohner ab 65 Jahre, derjenige der Landkreise zusammengenommen bei 57, der kreisfreien Städte bei 51 und der Region Hannover bei 52.

Die Verhältniswerte stellen einen gewissen Indikator für die Nachfrage nach vollstationären Pflegeplätzen in den jeweiligen Gebietskörperschaften dar. Diese wiederum wird durch verschiedene Faktoren beeinflusst, beispielsweise durch ihren Anteil an älterer Bevölkerung. Die Landkreise Osterode am Harz und Goslar sind hierfür ein gutes Beispiel. In Betracht kommen auch „Sogeffekte“ im Umland großstädtischer Siedlungsräume von Hamburg oder Bremen. Die Verhältniswerte ermöglichen hingegen keine Aussage über die Bedarfsdeckung in der jeweiligen kommunalen Gebietskörperschaft. Diese Frage kann nur vor Ort z. B. im Zuge der Erstellung der örtlichen Pflegeberichte geklärt werden. So kann ein niedriger Verhältniswert wie beispielsweise in den Landkreisen Leer oder Emsland in Anbetracht eines überdurchschnittlichen Pflegepotentials in häuslichen Versorgung oder aufgrund eines überdurchschnittlichen Versorgungsangebotes an professionellen und ehrenamtlichen Pflege- und Hilfsdiensten, an betreuten Wohnungen etc. ein größeres stationäres Pflegeangebot entbehrlich machen.

---

[128] Zur qualitativen Versorgung, gekennzeichnet durch Merkmale wie Wohnkomfort, Qualität der pflegerischen und der hauswirtschaftlichen Versorgung sowie der sozialen Betreuung, der Teilhabe der Heimbewohnerinnen und Heimbewohner am Leben in der Gemeinschaft, Preis-Leistungs-Verhältnis und Zufriedenheit der Bewohnerinnen und Bewohner können in diesem Bericht mangels entsprechender Informationsgrundlagen keine Aussagen getroffen werden. Dies wäre insoweit ggf. einer Darstellung und Bewertung im Rahmen der Erstellung der örtlichen Pflegeberichte vorbehalten. Einen gewissen Indikator liefern allerdings die Daten zur Raumstruktur der Einrichtungen (siehe nachfolgender Unterabschnitt „Raumstruktur“).

Strukturmerkmale der vollstationären Pflegeeinrichtungen

Größe der Einrichtungen (verfügbare Plätze je Heim)

Ende 2007 hatten die vollstationären Pflegeheime in Niedersachsen durchschnittlich 64 Plätze. Die Spanne für die Durchschnittsgröße der Heime in den jeweiligen kommunalen Gebietskörperschaften ist dabei erstaunlich groß: Sie reicht von 41 Plätzen in der Stadt Wilhelmshaven bzw. 44 im Landkreis Osterholz bis 104 (Landkreis Wolfenbüttel), 98 (Stadt Wolfsburg) bzw. 96 (Stadt Osnabrück). Es befinden sich sowohl unter den Gebietskörperschaften mit deutlich unterdurchschnittlich großen wie unter denjenigen mit im Durchschnitt überproportional großen Pflegeheimen ländlich wie städtisch strukturierte Kommunen. Es ist daher anzunehmen, dass für die Größe der Einrichtungen jeweils örtliche Rahmenbedingungen des Einzelfalles oder auch unabhängig von den Standortkriterien getroffene unternehmerische Entscheidungen jeweils die regionale Entwicklung beeinflusst haben.

Entsprechend der im Durchschnitt über alle kommunalen Gebietskörperschaften zwischen Ende 2003 und Ende 2007 vermehrten Zahl der Einrichtungen ebenso wie der Zahl der Plätze in diesen Einrichtungen ist entsprechend auch die durchschnittliche Größe der Einrichtungen, bezogen auf die Platzzahl, gestiegen - von landesdurchschnittlich 62 auf 64 Plätze. Diese Steigerung fällt etwas geringer aus als im Zeitraum von Ende 1999 und Ende 2003 von 59 auf 62.

In 19 Kommunen sind allerdings im vorgenannten Zeitraum die durchschnittlichen Heimgrößen gesunken. Die Entwicklung in diesen Kommunen darf allerdings nicht darüber hinwegtäuschen, dass in den letzten Jahren überwiegend im Zuge von Neubauten, Ergänzungen im Einrichtungsbestand oder im Zuge von umfassenden Modernisierungsmaßnahmen überwiegend größere Pflegeheime entstanden sind.

Träger der stationären Pflegeeinrichtungen

Aus dem Überblick über die regionale Verteilung der Pflegeheime in Niedersachsen nach ihrer Trägerzugehörigkeit werden folgende wesentliche Verteilungsmuster deutlich:

Tab. (57) Vollstationäre Pflegeeinrichtungen 1999 bis 2007, reg. Gliederung, Zahl der Plätze, Träger (TA)

- Private Träger sind weit überdurchschnittlich in den kommunalen Gebietskörperschaften des ehem. Regierungsbezirks Lüneburg (72,4%; Landesdurchschnitt: 59,1%) und unterdurchschnittlich im ehem. Regierungsbezirks Weser-Ems (45,3%) vertreten.
  Private Träger sind der Stadt Wolfsburg überhaupt nicht und den Städten Delmenhorst und Osnabrück nur mit einer Einrichtung vertreten.
  Der Zuwachs an Einrichtungen in privater Trägerschaft zwischen Ende 2003 und Ende 2007 war besonders ausgeprägt in den Landkreisen Göttingen (sechs), Hildesheim (sieben), Schaumburg (neun) und der Region Hannover (11).
  Vergleichsweise viele Einrichtungen in privater Trägerschaft wurden im Landkreis Stade aufgegeben.
- Entsprechend sind gemeinnützige Träger deutlich überdurchschnittlich in den kreisfreien Städten und Landkreisen des ehem. Regierungsbezirks Weser-Ems vertreten (50,1%; Landesdurchschnitt: 37,9%). Gemeinnützige Träger sind in allen Landkreisen und kreisfreien Städten Niedersachsens mit mindestens drei Einrichtungen vertreten. Der Zuwachs an Einrichtungen in gemeinnütziger Trägerschaft zwischen Ende 2003 und Ende 2007 war deutlich geringer als bei denjenigen in privater Trägerschaft (36 gegenüber 113 Einrichtungen). Überwiegend ist das Entwicklungsbild bei den gemeinnützigen Trägern von einem eher konstanten Einrichtungsangebot geprägt. Zuwächse an Einrichtungen in gemeinnütziger Trägerschaft in vergleichsweise maßgeblichem Umfang erfolgten im Landkreis Osnabrück (sechs), der Region Hannover (fünf) und den Landkreisen Emsland, Diepholz, Hildesheim, Nienburg und Grafschaft Bentheim (je drei). In der Stadt Braunschweig sind im gleichen Zeitraum drei Einrichtungen weniger zu verzeichnen gewesen.
- Öffentliche Träger stellen in Niedersachsen mit insgesamt 42 Einrichtungen lediglich zu 3,0% die Trägerschaft von stationären Pflegeheimen. Die meisten von ihnen (sechs) befinden sich in der Region Hannover (2003: neun). 25 (2003: 17) der insgesamt 46 kommunalen Gebietskörperschaften verfügen

über keine, weitere 10 jeweils nur über eine stationäre Pflegeeinrichtung in öffentlicher Trägerschaft.

Die Entwicklungsbewegungen hinsichtlich der Zahl der Pflegeheime in öffentlicher Trägerschaft zwischen Ende 2003 und Ende 2007 waren insgesamt sehr gering. Sechs kommunale Gebietskörperschaften haben die Zahl ihrer Einrichtungen in kommunaler Trägerschaft erhöht. Ein vergleichsweise großer Zuwachs im Umfang von drei Einrichtungen ist im Landkreis Stade festzustellen.

Raumangebot der vollstationären Einrichtungen der Dauerpflege[129]

Zimmergröße nach Zahl der Pflegeplätze

Über die Situation in den Landkreisen und kreisfreien Städten ist zusammenfassend festzuhalten:

Tab. (58) Stat. Einrichtungen 2007, reg. Gliederung, Art der verfügbaren Plätze (TA)

1-Bett-Zimmer

Die Spanne des Anteils von 1-Bett-Zimmern in den vollstationären Dauerpflegeheimen ist, über alle kreisfreien Städte und Landkreise Niedersachsens betrachtet, beachtlich. Sie reicht von 41,4% im Landkreis Peine bis zu 87,3% im Landkreis Emsland. Der Landesdurchschnitt liegt bei 58,4%. Unter diesem Wert liegen die Einrichtungen in den kommunalen Gebietskörperschaften des ehem. Regierungsbezirks Hannover (52,2%), noch deutlicher die Einrichtungen in der Region Hannover (50,3%). Die Einrichtungen im ehem. Regierungsbezirk Braunschweig liegen mit 52,8% ebenfalls unter dem Landesdurchschnitt, diejenigen im ehem. Regierungsbezirk Lüneburg liegen mit 60,1% etwas darüber. Deutlich besser fallen dagegen durchschnittlich die Einrichtungen in den kreisfreien Städten und Landkreisen des ehem. Regierungsbezirks Weser-Ems aus (67,4%).

[129] Enthalten nur Plätze für Dauerpflege (einschl. solche für „eingestreute“ Kurzzeitpflege); Raumstruktur von Einrichtungen der Kurzzeitpflege siehe Abschnitt I.3.1.4

Vergleichsweise wenig 1-Bett-Zimmer weisen außer im Landkreis Peine auch noch die Einrichtungen in der Städte Salzgitter (45,6%) und Wilhelmshaven (48,5%). Die höchsten Einzelzimmerquoten befinden sich außer im Landkreis Emsland in der Stadt Osnabrück (75,8%) und dem Landkreis Osnabrück (80,9%).

2-Bett-Zimmer

Landesdurchschnittlich beträgt der in Doppelzimmern befindliche Anteil der Dauerpflegeplätze 40,7%. Für die Einrichtungen in den kreisfreien Städten und den Landkreisen korrespondieren die Durchschnittswerte weitestgehend mit denjenigen für die Plätze in den 1-Bett-Zimmern angesichts der Tatsache, dass 3-und-mehr-Bettzimmer in allen Gebietskörperschaften einen sehr geringen Anteil haben (s. nachstehender Unterabschnitt). Insofern ist in den kreisfreien Städten und Landkreisen der Anteil an Plätzen in Doppelzimmern - im Durchschnitt über die Einrichtungen betrachtet - gering, die eine hohe Einzelzimmerquote besitzen und umgekehrt.

Dementsprechend niedrig (32%) im Vergleich zum Landesdurchschnitt ist darum der Anteil an Doppelzimmerplätzen in den Gebietskörperschaften der ehem. Bezirksregierung Weser-Ems, vergleichsweise deutlich überdurchschnittlich (46,4%) in den kommunalen Gebietskörperschaften des ehem. Regierungsbezirks Hannover. Den höchsten Anteil an Plätzen in 2-Bett-Zimmern haben die Einrichtungen im Landkreis Peine (57,8%), die niedrigsten diejenigen im Landkreis Emsland (12,7%).

3.6.4 Zusammenfassende Bewertung

Die Daten über die Angebotsverhältnisse bezüglich der vollstationären (Dauer)-pflege in Niedersachsen ebenso wie in den kommunalen Gebietskörperschaften lassen die Feststellung einer flächendeckenden, zahlenmäßig ausreichenden und bezüglich des Raumangebotes sich positiv entwickelnden Versorgungsstruktur zu. Das gilt auch im Ländervergleich.

Bestätigt wird diese Feststellung durch die Angaben der Landkreise und kreisfreien Städte zur Selbsteinschätzung der jeweiligen pflegerischen Versorgungssituation.

Danach haben 48 von 49 befragten kommunalen Gebietskörperschaften angegeben, dass der Bedarf an vollstationären Dauerpflegeeinrichtungen gedeckt sei. 31 Landkreise und kreisfreie Städte sehen sogar eine Überversorgung mit stationären Dauerpflegeplätzen in ihrem Zuständigkeitsgebiet.

Anhand der statistischen Datenlage und der Auskünfte der kommunalen Gebietskörperschaften kann derzeit von zumindest regionalen **Überkapazitäten an vollstationären Pflegeplätzen** in Niedersachsen ausgegangen werden.
Beispiele aus der Praxis zeigen, dass im Falle einer gut ausgebauten wohnungsnahen und im Einzelfall gut koordinierten ambulanten / zugehenden Versorgungs-, Pflege- und Betreuungsinfrastruktur, ggf. auch im Rahmen Betreuten Wohnens, ein Großteil der Personen der Pflegestufe Null keiner vollstationären Versorgung bedürfte. Aufgrund des hohen Anteils der Leistungsempfängerinnen und Leistungsempfänger der Pflegestufe I in der häuslichen Pflege - insbesondere unter den Empfängerinnen und Empfängern von Pflegegeld - kann unterstellt werden, dass die vorgenannte Behauptung sogar auf einen Teil der Heimbewohnerinnen und Heimbewohner mit Pflegestufe I zutrifft.

3.7 Personal in Pflegediensten und Pflegeheimen

Qualifizierte Pflege bedarf - sofern sie nicht durch Angehörige erbracht wird bzw. werden kann - einer ausreichenden Zahl für diese Aufgabe qualifizierter Fach- und Hilfskräfte. Für die Jahre von Ende 2003 bis Ende 2007 kann ein nicht unwesentlicher Anstieg der Inanspruchnahme von ambulanten und von stationären Pflegeleistungen festgestellt werden. Im folgenden Abschnitt wird dargestellt, dass bzw. in wie weit dieser Entwicklung durch die Bereitstellung eines entsprechenden Angebots an Personal in den Pflegediensten und Pflegeheimen Rechnung getragen werden konnte.

Die Daten der Pflegestatistik ermöglichen dazu einen differenzierten Einblick in die quantitative wie strukturelle Entwicklung und den derzeitigen Personalbestand im Hinblick auf Zahl, Beschäftigungsverhältnis, Tätigkeitsbereiche und Qualifikation der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Pflegedienste und Pflegeheime. Sie ermöglicht einen Vergleich der Situation in Niedersachsen mit derjenigen in den anderen

Bundesländern und gibt einen Einblick in die Verhältnisse auf örtlicher Ebene in den kreisfreien Städten und Landkreisen von Niedersachsen.

Gesamtzahl der Beschäftigten, Geschlecht, Berufsabschluss und Arbeitsanteil

Insgesamt waren in Niedersachsen Ende 2007 89.002 Beschäftigte in Pflegeeinrichtungen tätig, davon 24.033 (27%) in Pflegediensten und 64.969 (73%) in Pflegeheimen.

Es waren Ende 2007 in allen niedersächsischen Pflegeeinrichtungen 77.430 (87%) weibliche und 11.572 (13%) männliche Beschäftige tätig.

Die Anzahl der Fachpflegekräfte betrug zu demselben Zeitpunkt 33.234 Beschäftigte mit einem Anteil von 37,3% (männliche Beschäftigte: 33,4%) am Gesamtpersonal aller Einrichtungen. Pflegehelferberufe waren in einer Anzahl von 7.341 (8,2%) vertreten, therapeutische Berufe mit 1.594 (1,8%) und heilpädagogische, sozialpädagogische und pflegewissenschaftliche Ausbildungen mit 1.477 (1,7%).

Die Zahl der Beschäftigten mit sonstigem Berufsabschluss, sonstigem pflegerischen Beruf oder ohne Berufsabschluss bzw. in Ausbildung beträgt zusammen 39.335 (44,2%). Die größte Einzelgruppe nach Berufsabschluss bilden die Beschäftigten mit sonstigen Berufsabschlüssen (19.065 Personen = 21,4%). Männliche Beschäftige haben zu 29,5% sonstige Berufsabschlüsse.

27.670 Beschäftigte in Pflegeeinrichtungen (31,1%) arbeiten in Vollzeit, 56.384 (63,4%) in Teilzeit, davon sind 13.867 Personen geringfügig beschäftigt mit einem Anteil am gesamten Personal von 15,6%.

Praktikant/innen, Schüler/innen, Auszubildende, Helfer/innen im freiwilligen sozialen Jahr und Zivildienstleistende haben einen Anteil von 5,5% (4.948 Personen).

3.7.1 Personal in Pflegediensten

3.7.1.1 Zahl der Beschäftigten

Gesamtzahl / je Betrieb / betreute Personen

Ende 2007 waren in den zugelassenen Pflegediensten Niedersachsens insgesamt 24.033 Personen (2003: 20.715) beschäftigt - **je Pflegedienst 21,6 Personen (2003:**

20,8), die durchschnittlich 2,3 pflegebedürftige Menschen betreuten (Abb. 14). Hierbei handelt es sich nur um Personal, das im Bereich des SGB XI tätig ist[130].

Beschäftigte bei privaten / gemeinnützigen / öffentlichen Trägern

49,6% (2003: 40,6%) der Beschäftigten entfielen auf Pflegedienste in privater Trägerschaft, 47,2% (2003: 57%) auf solche in gemeinnütziger und 3,2% (2003: 2,5%) in öffentlicher Trägerschaft. Nach der Zahl der Gepflegten betrug die Verteilung nach Art des Trägers 46,9% (2003: 40,9%), 49,2% (56,8%) und 3,9% (2,3%). Die Pflegedienste in privater Trägerschaft waren im Durchschnitt - gemessen an der Zahl der dort Beschäftigten - deutlich kleiner als diejenigen in gemeinnütziger Trägerschaft. Auf sie entfielen durchschnittlich 17 Personen je Pflegedienst, auf die Dienste in gemeinnütziger Trägerschaft 29,6 Personen und auf solche in öffentlicher Trägerschaft 30,6.

Tab. (59) Personal in Pflegediensten 2007 nach Berufsabschluss und Trägergruppen (TA)

Entwicklung seit 1999

Zwischen Ende 2003 und Ende 2007 hat das Personal in Pflegediensten niedersachsenweit um 3.318 Personen (16%) zugenommen und lag Ende 2007 bei 24.033. Seit 1999 beträgt der Zuwachs 6.108 Personen (34,1%). Der Anstieg in den Personalzahlen war überproportional zum Anstieg der Zahl der Pflegedienste. Dies kommt auch in der Zahl der Beschäftigten je Pflegedienst zum Ausdruck: Ende 1999 betrug diese noch 19,4. Ende 2007 liegt die Beschäftigtenzahl je Pflegedienst bei 21,6. Der Anstieg der Beschäftigten verlief aber proportional zum Anstieg der von den Diensten betreuten Personen. **Die gestiegene Nachfrage nach ambulanten Pflegeleistungen konnte insoweit durch einen vermehrten Personaleinsatz befriedigt werden**.

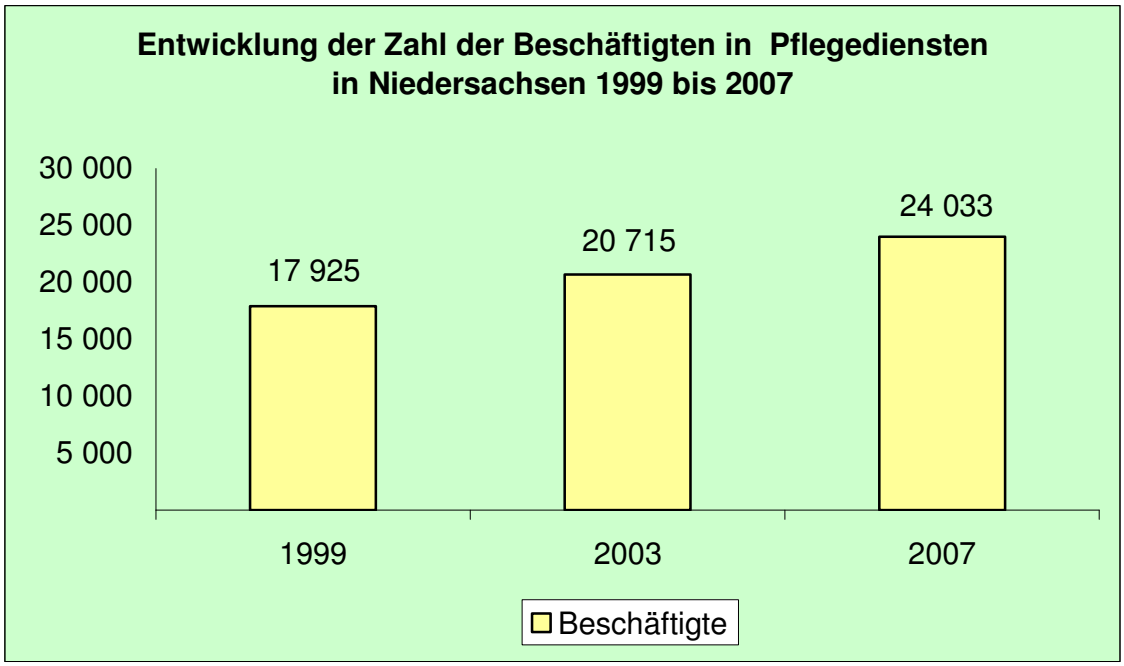
Tab. (60) Personal in Pflegediensten von 1999 bis 2007 nach Berufsabschluss (TA)

---

[130] Angesichts der Tatsache, dass nur 0,6% aller Pflegedienste ausschließlich Leistungen nach dem SGB XI erbringen ist die tatsächliche Zahl der Beschäftigten in den Pflegediensten noch höher. Dies betrifft alle diejenigen Beschäftigten, die keine Leistungen im Bereich des SGB XI erbringen (z. B. nur solche im Bereich der häuslichen Krankenpflege nach § 37 SGB V oder therapeutisch tätige Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter (Physiotherapeuten, Ergotherapeuten etc). Statistische Erhebungen oder Anhaltswerte für diese Personengruppen liegen nicht vor.

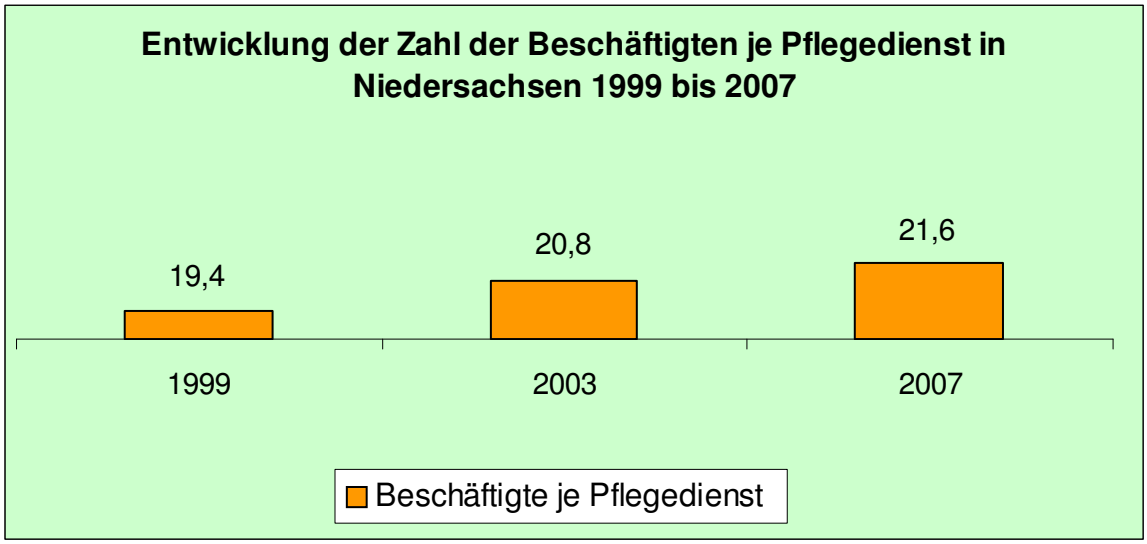
Die Zahl der betreuten Pflegebedürftigen ist im Verhältnis zu den Beschäftigten dagegen gleich geblieben und lag Ende 2007 bei 2,3.

Abb. 14. Beschäftigte in Pflegediensten absolut



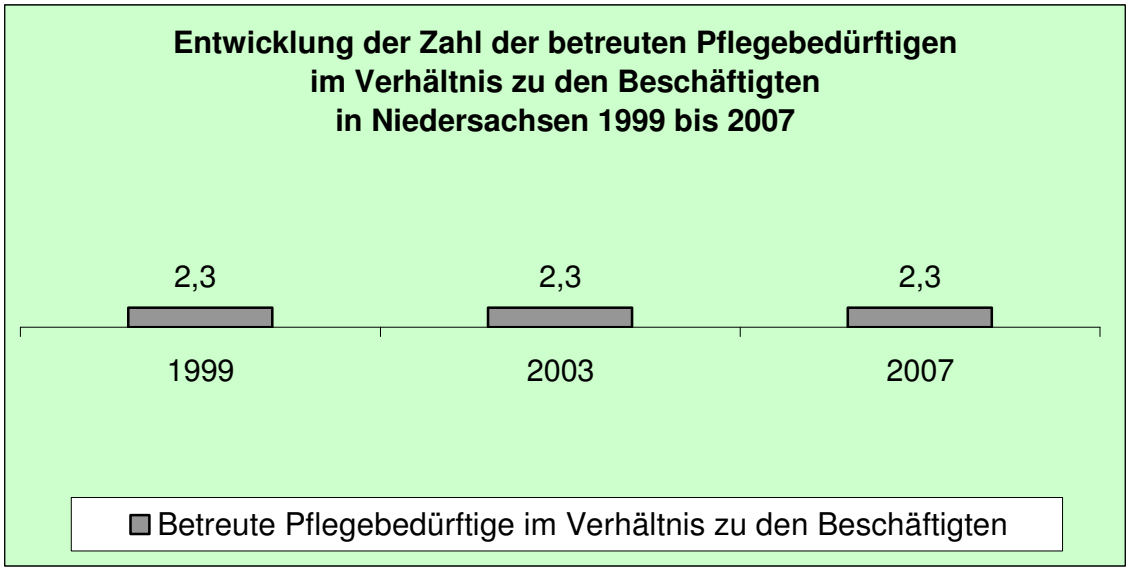
Stand: 15.12.; Quelle: LSKN; Pflegestatistik nach § 109 SGB XI

Abb. 15. Beschäftigte je Pflegedienst



Stand: 15.12.; Quelle: LSKN; Pflegestatistik nach § 109 SGB XI

Abb. 16. Betreute Pflegebedürftige in Diensten im Verhältnis zum Personal



Stand: 15.12.; Quelle: LSKN; Pflegestatistik nach § 109 SGB XI

Die zahlenmäßige Entwicklung der Pflegedienste im genannten Zeitraum findet auch bei der Personalentwicklung der unterschiedlichen Träger ihren Niederschlag. **Pflegedienste in privater Trägerschaft hatten** nach absoluter Zahl (3.513 Personen) wie relativ im Verhältnis zur Zahl Ende 2003 (+41,8%) **den stärksten Ausbau zu verzeichnen**. Die Zahl der Beschäftigten in gemeinnütziger Trägerschaft ist dagegen lediglich um 452 Personen (3,8%) gestiegen. Hingegen ist sie in öffentlicher Trägerschaft im Umfang von 245 Personen (48,3%) gestiegen.

3.7.1.2 Strukturmerkmale der Beschäftigten und ihrer Tätigkeit

Geschlecht

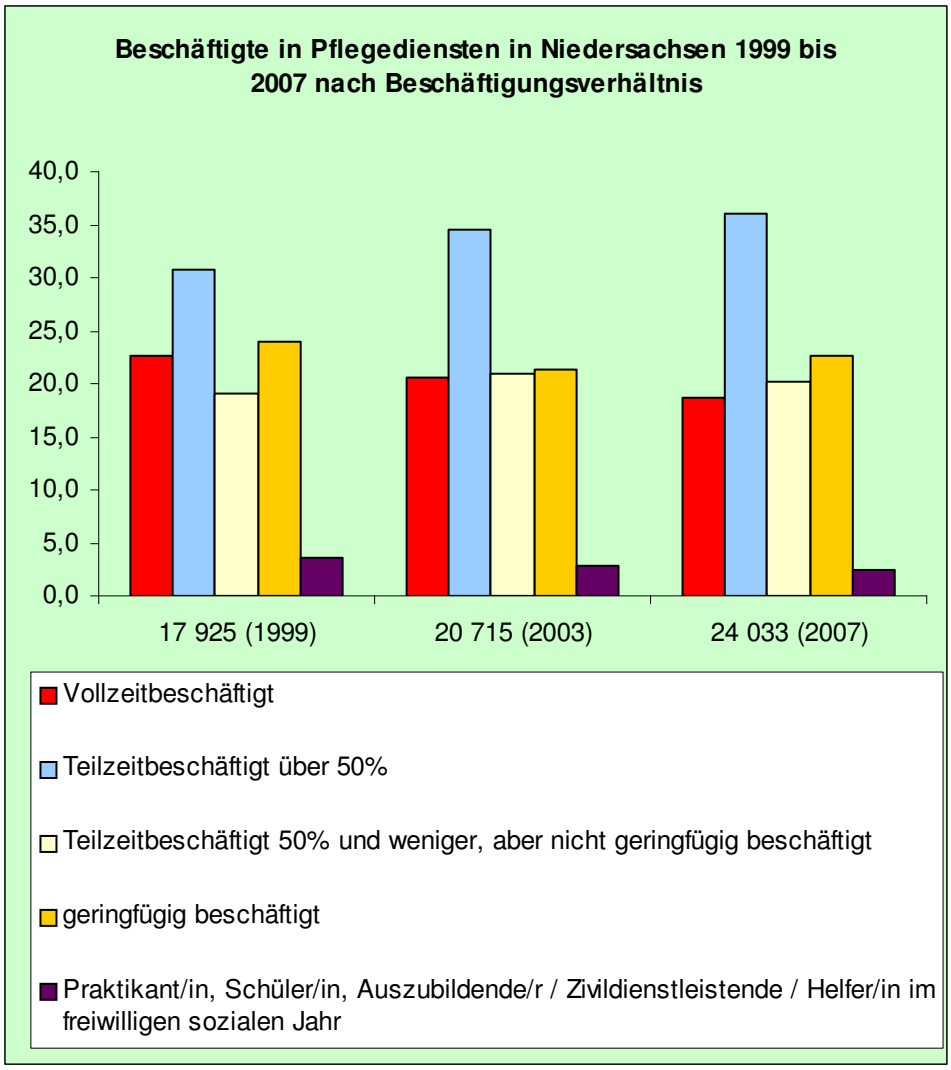
Unter den Beschäftigten der Pflegedienste **überwiegen die Frauen** nach wie vor **erheblich**. Der Anteil lag Ende 2007 bei 90,3% und ist seit 2003 (89%) sogar leicht gestiegen.

Das Geschlechterverhältnis zeigt gewisse Zusammenhänge mit dem Beschäftigungsverhältnis und der ausgeübten Tätigkeit (s. nachfolgende Abschnitte).

Beschäftigungsverhältnis

Die wesentlichen Merkmale hier sind (Abb. 17):

Abb. 17. Beschäftigte in Pflegediensten nach Beschäftigungsverhältnis



Stand: 15.12.; Quelle: LSKN; Pflegestatistik nach § 109 SGB XI

- Nur 18,7% (2003: 20,5%) der Beschäftigten sind **Vollzeit erwerbstätig**. Unter den weiblichen Beschäftigten macht der Anteil der Vollzeit Beschäftigten 16,4% (2003: 18%) aus; dieser Anteil sank ebenfalls seit Ende 2003. Im Ländervergleich liegt **Niedersachsen bei den Vollzeit-Beschäftigungen** in den Pflegediensten deutlich unterhalb des Bundesdurchschnitts von 26,4%. Im Vergleich zu Ende 2003 ist der Bundesdurchschnitt ebenfalls gesunken (2003: 29%). Niedersachsen liegt im Ländervergleich wie bereits Ende 2003 an letzter Stelle. Nur Baden-Württemberg liegt ebenfalls unter 20% (19,5%).

- **Teilzeitbeschäftigung überwiegt:** Qualifizierte Teilzeitbeschäftigungen mit über 50% machen 36,1%, solche mit geringerem Zeitansatz 20,2% aus. Die zuletzt genannte Beschäftigungsart hat seit Ende 2003 leicht ab, die zuerst genannte leicht zugenommen. Bei den qualifizierten Teilzeitbeschäftigungen (über 50%) liegt Niedersachsen deutlich über dem Bundesdurchschnitt von 32,9%. Bei den Teilzeitbeschäftigungen unter 50% liegt Niedersachsen mit 20,2% ebenfalls über dem Bundesdurchschnitt von 15,5%.
  Mehr als **ein Fünftel** (22,6%) des Personals der Pflegedienste in Niedersachsen (5.430 Personen) ist Ende 2007 **geringfügig beschäftigt** gewesen. **Der Anteil** der geringfügig Beschäftigten **hat** seit Ende 2003 um 1,2% zugenommen (2003: 21,4%). Der Anteil der Frauen liegt in allen Arten der Teilzeitbeschäftigung leicht über dem der Männer.
  Geringfügige Beschäftigungen und solche in Teilzeittätigkeit unterhalb von 50% gehen nicht zwangläufig mit geringer beruflicher Qualifikation einher (siehe nachfolgend „Berufsabschluss“).
- Die Pflegedienste in Niedersachsen beschäftigen nur zu **geringen Anteilen Praktikantinnen/Praktikanten bzw. Auszubildende mit 1,5%** (2003: 1,1%), Helferinnen/Helfer im freiwilligen sozialen Jahr mit 0,1% (2003: 0,2%) und Zivildienstleistende mit lediglich 0,8% (2003: 1,5%).
  Die erstgenannte Gruppe hat in den vergangenen Jahren **geringfügig zugenommen**. **Dies kann jedoch nicht darüber hinwegtäuschen, dass Pflegedienste unverändert für die praktische Ausbildung z. B. in der Altenpflege kaum zur Verfügung stehen**. Niedersachsen unterscheidet sich diesbezüglich nicht von den anderen Bundesländern.
  Die **Zahl der Zivildienstleistenden hat** von 415 zum Ende 1999 auf 308 zum Ende 2003 und auf 185 zum Ende 2007 nochmals **deutlich abgenommen**.

<u>Umfang der Beschäftigung im Bereich SGB XI</u>

22,8% der Beschäftigten in den Pflegediensten in Niedersachsen erbringen ausschließlich Leistungen nach dem SGB XI, einschließlich dieser ist allerdings die Hälfte des Personals zu mindestens drei Vierteln der Arbeitszeit für Leistungen nach dem SGB XI oder hiermit im Zusammenhang stehend tätig. Ein weiteres gutes Viertel (25,6%) ist zwischen 25 und 50% mit Aufgaben nach dem SGB XI oder damit

in unmittelbarem Zusammenhang stehend (z. B. Leitungs- oder Verwaltungstätigkeiten) beschäftigt, die restlichen jeweils ca. zur Hälfte zwischen 25 und 50% bzw. zu weniger als 25%.

Tätigkeitsbereich im Pflegedienst

Von den Beschäftigten der niedersächsischen Pflegedienste erbrachten Ende 2007 83,1% (2003: 84%) praktische Pflege- und Hilfeleistungen im häuslichen Bereich der pflegebedürftigen Menschen - 86,2% hiervon im Bereich der Grundpflege, 13,8% in der hauswirtschaftlichen Versorgung. Gut 6% waren als Pflegedienstleitungen, etwas über 5% in der Verwaltung tätig - ebenso in „sonstigen Bereichen". An der prozentualen Verteilung der Tätigkeitsbereiche hat sich seit 2003 sehr wenig verändert.

85,2% der weiblichen Beschäftigten sind im Bereich der Leistungen der Grundpflege und der hauswirtschaftlichen Versorgung tätig. Auch die Pflegedienstleitung liegt zu 85,4% in der Hand von Frauen.

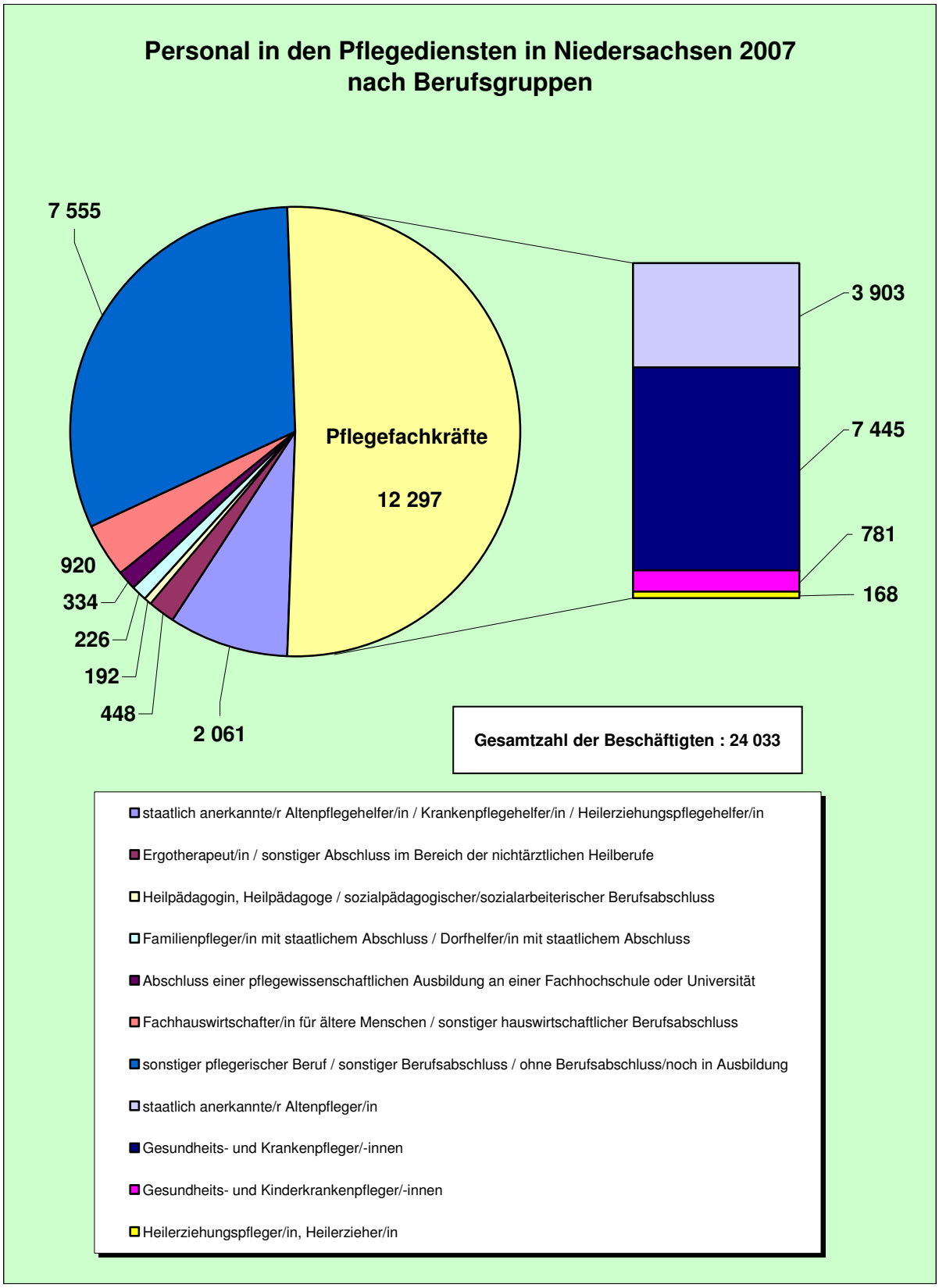
Die Daten über die Tätigkeitsbereiche des Personals in den niedersächsischen Pflegediensten machen deutlich: Die Leistungsstruktur der Pflegedienste nach dem SGB XI ist weitestgehend auf die grundpflegerischen Leistungen ausgerichtet. Im Vergleich dazu sind hauswirtschaftliche Tätigkeiten von untergeordneter Bedeutung.

Berufsabschluss

Vertretene Berufsabschlüsse nach ihrer Häufigkeit

Die häusliche pflegerische und hauswirtschaftliche Versorgung bietet ein Betätigungsfeld für Beschäftigte mit unterschiedlichen Berufen und Ausbildungsniveaus. Sie reichen von fachbezogenen Hochschulabschlüssen an Fachhochschulen oder Universitäten bis zu denjenigen ohne Berufsabschluss.

Abb. 18. Personal in Pflegediensten nach Berufsgruppen (2007 : 24.033)



Stand: 15.12.; Quelle: LSKN; Pflegestatistik 2003; eigene Berechnung MS

Das Gros der Beschäftigten bilden nach wie vor Angehörige der zentralen Pflegeberufe

- Gesundheits- und Krankenpflegerin / -pfleger (7.445 Personen)
- Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin / -pfleger (781 Personen)
- Altenpflegerin / Altenpfleger (3.903 Personen)

und der dazu jeweils gehörenden Helferberufe mit staatlichem Abschluss.

Diese Gruppe von Beschäftigten machte Ende 2007 **58,9% des im Bereich des SGB XI tätigen Personals der Pflegedienste** aus. Die nach wie vor größte Untergruppe bilden mit zusammen 36,2% (2003: 30%) die Gesundheits- und Krankenschwestern bzw. -pfleger einschließlich der Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen / -pfleger. Staatlich geprüfte Altenpflegerinnen und Altenpfleger bildeten mit 16,2% (2003: 13,3%) die zweitgrößte Einzelgruppe der Fachberufe des Gesundheitswesens. Die Helferberufe (Alten- / Krankenpflegehelferinnen und -helfer) hatte einen Anteil von 8,6% (2.061 Personen) an den Beschäftigten.

Im Sinne des § 71 SGB XI ebenfalls als Pflegefachkräfte für ambulante Pflegedienste mit der Berechtigung einer verantwortlichen Pflegeleitung als Voraussetzung für die Zulassung des Pflegedienstes gelten **Heilerziehungspflegerinnen und -pfleger bzw. Heilerzieherinnen und -erzieher**. Diese Zuordnung ist allerdings auf Pflegedienste beschränkt, die überwiegend behinderte Menschen pflegen und betreuen (§ 71 Abs. 2 Satz 2 SGB XI). Einen solchen Berufsabschluss hatten jedoch nur wenige Beschäftigte 168 Personen (2003: 114). Sie machten zusammen mit den beschäftigten Heilerziehungshelferinnen und -helfern (28 Personen) und Heilpädagoginnen/Heilpädagogen (15 Personen) insgesamt nur rd. 0,9% aller Beschäftigten aus. Für die o. g. Pflegedienste, die sich in erster Linie an Menschen mit Behinderungen wenden - dies sind in der Regel die so genannten Familienentlastenden Dienste (FeD) - bilden sie ein wichtiges Fachpersonal.

Hauswirtschaftliche Fachkräfte (hauswirtschaftlicher Berufsabschluss, Fachhauswirtschafterinnen für ältere Menschen) sind mit zusammen 920 Personen (3,8%) vertreten.

Gering vertreten (448 Personen = 1,9%) sind **Angehörige der therapeutischen nichtärztlichen Heilberufe** wie Ergotherapeuten, Physiotherapeuten etc.. Die statistischen Daten lassen die Frage offen, ob diese Beschäftigten ihrer Ausbildung gemäß bei den von den Pflegediensten betreuten Personen eingesetzt wurden oder ob sie „berufsfremd“ (und insofern gleichsam als ungelernte Kräfte) im Rahmen der häuslichen Pflege nach dem SGB XI eingesetzt wurden.

Als weitere Berufsgruppen treten **Familienpflegerinnen und Dorfhelferinnen** mit 226 Personen mit 0,9% (2003: 263 Personen) hinzu.
0,7% aller Beschäftigen (177 Personen) haben einen sozialpädagogischen bzw. -arbeiterischen Berufsabschluss und weitere 1,4% (334 Personen) einen Abschluss einer pflegewissenschaftlichen Ausbildung an einer Fachhochschule oder Universität.

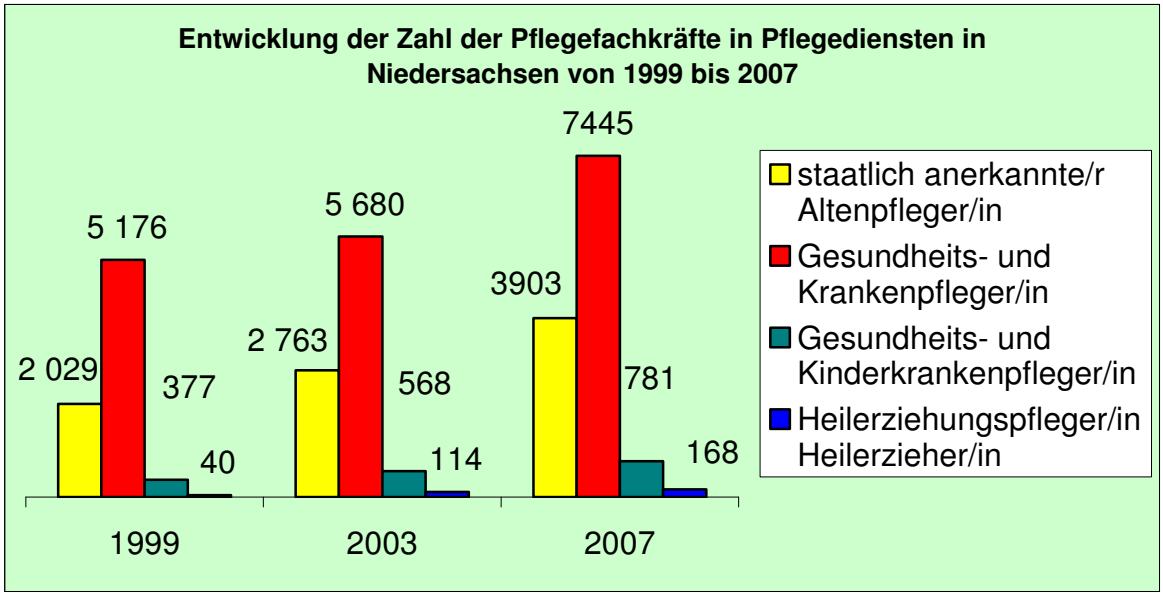
Mit 31,4% (2003: 41,3%) machen **einen großen Anteil unter den Beschäftigten an- und ungelernte Kräfte aus**. 11,2% der Beschäftigten bzw. 2.696 Personen (2003: 3.513 Personen) wurden unter der Bezeichnung „sonstiger pflegerischer Beruf“ subsumiert. Hierbei handelt es sich in der Regel um im Rahmen von Fortbildungsmaßnahmen auf häusliche Hilfetätigkeiten vorbereitete Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter (z. B. die so genannten „Haus- und Familienpflegehelferinnen“). 3.624 Beschäftigte mit einem Anteil von 15,1% (2003: 3.338 Beschäftigte, 16,1%) verfügten über einen „sonstigen Berufsabschluss“ und 5,1% bzw. 1.235 Personen (2003: 8,2%,1.700 Personen) waren ohne Berufsabschluss bzw. noch in Ausbildung.

Entwicklung zwischen Ende 1999 und Ende 2007

Bei der Entwicklung in den Fachberufen der Alten- und der „Gesundheits- und Krankenpflege“ entfiel der **in absoluten Zahlen größte Zuwachs mit 1.765 Personen auf die Berufsgruppe der Gesundheits- und Krankenpfleger/innen**. Der **relativ größte Zuwachs** (41,3%) von 1.140 Personen ist **bei Altenpflegerinnen und Altenpflegern zu verzeichnen**. Ihr **Anteil an den Pflegefachberufen liegt** damit **bei 31,7% (2003: 30,2%)**; derjenige der Gesundheits- und Krankenschwestern

und -pfleger bei 60,5% (2003: 62,3%). Trotz fortschreitender prozentualer Verschiebung des jeweiligen Anteils der beiden Berufsgruppen an den Fachberufen hat sich dieser Prozess im Vergleich zum Zeitpunkt Ende 2003 verlangsamt[131].
Die Zahl der Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/-innen ist auf 781 gestiegen, die der Heilerziehungspfleger/innen und der Heilerzieher/innen auf 168.

Abb. 19. Pflegefachkräfte in Pflegediensten



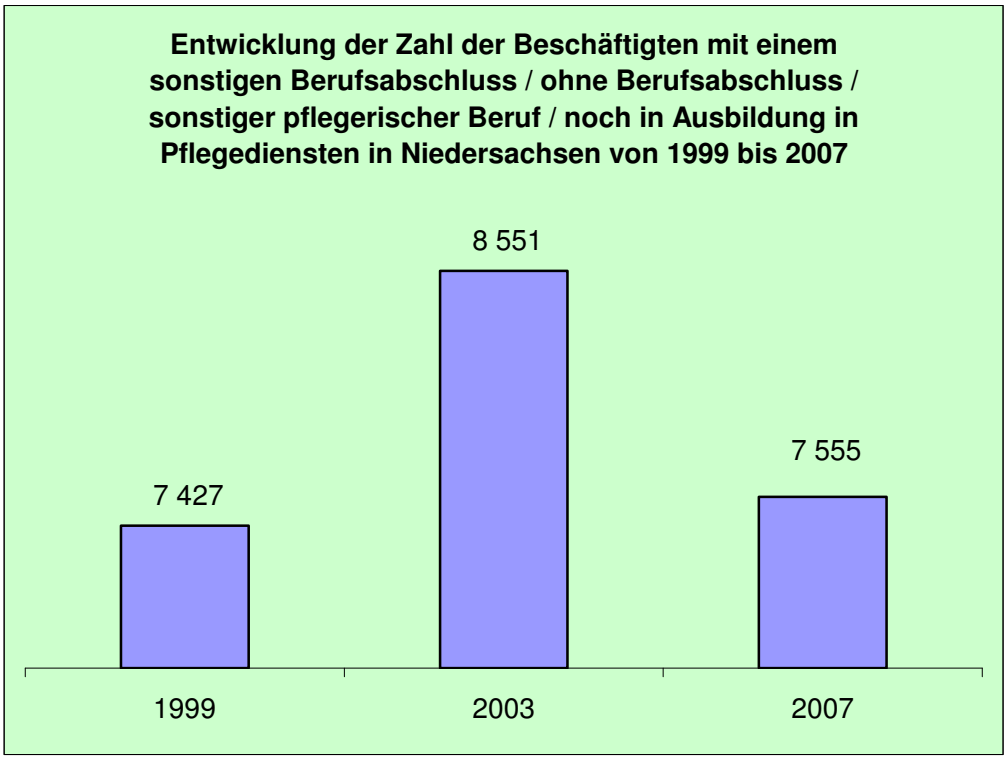
Stand: 15.12.; Quelle LSKN; Pflegestatistik nach § 109 SGB XI

Die Beschäftigtenzahl pflegewissenschaftlicher Ausbildungen an einer Fachhochschule oder Universität haben sich von Ende 2003 bis Ende 2007 mehr als vervierfacht.

Der Anteil an- und ungelernter Kräfte ist dagegen zahlenmäßig von 8.551 auf 7.555 gesunken (Personen mit sonstigem Berufsabschluss, sonstiger pflegerischer Beruf und solche ohne Berufsabschluss).

[131] MS, Landespflegebericht 2005, S. 147

Abb. 20. Sonstige Beschäftigte in Pflegediensten



Stand: 15.12.; Quelle: LSKN; Pflegestatistik nach § 109 SGB XII

Zusammenfassend kann insoweit von einer Entwicklungstendenz zu einer verstärkten fachberuflichen Prägung der Beschäftigtenstruktur der Pflegedienste insbesondere zugunsten der Altenpflege gesprochen werden.

Personalprofil der Träger

Private Träger von Pflegediensten beschäftigen im Vergleich überdurchschnittlich Pflege- und anderes Fachpersonal. So waren z. B. 17,8% der Beschäftigten Altenpflegerinnen/Altenpfleger und 33,3% Gesundheits- und Krankenschwestern / -pfleger. Bei den Pflegediensten in gemeinnütziger Trägerschaft und in öffentlicher Trägerschaft betrugen die entsprechenden Anteilswerte 14,8% bzw. 14% für die Altenpflege und 28,7% und 28,3% für die Gesundheits- und Krankenpflege.

Bei den an- und ungelernten Kräften fallen die Werte der Personalzusammensetzung bei den Pflegediensten in privater Trägerschaft dementsprechend vergleichsweise niedriger aus. So betrugen die Beschäftigten, die unter der Bezeichnung „sonstiger pflegerischer Beruf, sonstiger Berufsabschluss und ohne Berufsabschluss bzw. noch

in Ausbildung“ zusammengefasst sind, dort lediglich 26,1%, hingegen annähernd 37% bei den gemeinnützigen und 31,5% bei den öffentlichen Trägern.

Zusammenhang zwischen Berufsabschluss und Beschäftigungsverhältnis

Zwischen fachlicher Qualifikation und dem Umfang der Beschäftigung besteht ein enger Zusammenhang. Das wird beispielhaft deutlich bei einem Vergleich zwischen den beschäftigten Fachpflegepersonen und den an- und ungelernten Arbeitskräften. So überwogen Ende 2007 bei den Pflegefachkräften Vollzeitbeschäftigungen oder qualifizierte Teilzeittätigkeit. Vollzeit beschäftigt waren 25% (2003: 31%) der Altenpflegerinnen und Altenpfleger, 25,2% (2003: 29%) der Gesundheits- und Krankenschwestern / -pfleger und 26% (2003: 30,1%) der Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen / -pfleger. Für die qualifizierte Teilzeittätigkeit betrugen die Anteilswerte 47,9%, 35% und 35,5% (2003: 43%, 32,2% und 34,9%). Der jeweilige Anteil an qualifizierter Teilzeittätigkeit ist im Zeitraum von Ende 2003 bis Ende 2007 leicht gestiegen, der an Vollzeitbeschäftigungen gesunken.

Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aus einem sonstigen pflegerischen Beruf waren hingegen nur zu 7% (2003: 9,3%) Vollzeit beschäftigt, solche mit einem sonstigen bzw. ohne Berufsabschluss nur zu 10,8% bzw. 16,2% (2003: 14,1% bzw. 12,3%). Bei den Letztgenannten waren auch qualifizierte Teilzeit-Arbeitsverhältnisse mit 28,9% bzw. 13.4% (2003: 26,8% bzw. 16,4%) vergleichsweise selten. Demgegenüber waren hier geringfügige Beschäftigungen mit 35,5% und 28,1% (2003: 31,6% und 29,5%) sehr häufig.

Damit wird die positive Korrelation zwischen Ausbildungsniveau und Beschäftigungsumfang deutlich.

Festzustellen bleibt weiterhin:

Die Beschäftigung in Pflegediensten ist zu einem hohen Anteil von Teilzeittätigkeiten mit geringem Stundenumfang (unter 50% der Wochen-Voll-Arbeitszeit) und von geringfügigen Tätigkeiten gekennzeichnet und diese Beschäftigungsverhältnisse betreffen - wenn auch unterschiedlich gewichtet - alle in den Pflegediensten tätigen Berufsgruppen. So waren auch die Fachkräfte der Alten-, der Gesundheits- und

Kranken- und der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege zu 10,6% bzw. fast 21,6% und 20,7% in geringfügigen Beschäftigungsverhältnissen tätig.

Zusammenhang zwischen Berufsabschluss und überwiegendem Tätigkeitsbereich

Grundsätzlich ist festzustellen, dass die Beschäftigten der Pflegedienste ihrer beruflichen Qualifikation entsprechend eingesetzt werden und arbeitsteilige Leistungserbringung praktiziert wird.

Nach wie vor bilden die Fachkräfte der Gesundheits- und Krankenpflege den größten Teil der Beschäftigten in den Pflegediensten, die Leitungsfunktionen innehaben. 13,2% der Gesundheits- und Krankenpflegerinnen / -pfleger und 17,2% der Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen /-pfleger nahmen Ende 2007 eine solche Aufgabe wahr, hingegen nur 6,8% der examinierten Altenpflegerinnen und Altenpfleger. Sie sind weit überwiegend in der Grundpflege tätig. Diese Aufgabenteilung erklärt sich aus der Tatsache, dass nahezu alle Pflegedienste außer Leistungen nach dem SGB XI auch solche der häuslichen Krankenpflege nach dem SGB V erbringen. Dies setzt für die Leitungsposition in Pflegediensten eine abgeschlossene Ausbildung und die Berufszulassung in der Krankenpflege voraus.

Hauswirtschaftliche Dienstleistungen wurden weit überwiegend von Beschäftigten mit sonstigem hauswirtschaftlichen Berufsabschluss, sonstigem Berufsabschluss, sonstigem pflegerischen Beruf und ohne Berufsabschluss erbracht (83,2%).

3.7.1.3 Regionales Strukturbild Pflegedienste

Personal in den Pflegediensten und hiervon betreute Personen

Die große Spannbreite der Pflegedienste hinsichtlich ihrer Personalkapazität besteht auch innerhalb der Landkreise und kreisfreien Städte.

Tab. (61) Personal in Pflegediensten 2007 in regionaler Gliederung (TA)

Sie wird u. a. aus den Daten über die durchschnittliche Personalbesetzung deutlich. Diese reichte Ende 2007 von rund 12 Beschäftigten in Wilhelmshaven und Osterode am Harz bis zu durchschnittlich 34 Beschäftigten in der Stadt Wolfsburg und 45 im Landkreis Grafschaft Bentheim. Weit über dem Landesdurchschnitt (rd. 22

Personen) lagen zudem die Pflegedienste im Landkreis Leer (rd. 28 Beschäftigte) und in der Landeshauptstadt Hannover (rd. 29). Nur über durchschnittlich rd. 16 Beschäftigte verfügten hingegen die Landkreise Helmstedt, Peine und Wittmund.

Die Personalbesetzung in den Pflegediensten lässt auch keine Rückschlüsse auf die (quantitative) Versorgung der pflegebedürftigen Menschen zu. Es gibt allerdings auch keinen proportionalen Zusammenhang zwischen der Personalkapazität und der Zahl der durchschnittlich betreuten Personen. So wiesen z. B. die - durchschnittlich - personalstarken Pflegedienste in den Landkreisen Grafschaft Bentheim und Leer mit durchschnittlich 1,7 und 1,9 je Mitarbeiterin / Mitarbeiter betreuten Personen ebenso, gemessen am Landesdurchschnitt (2,3), einen überdurchschnittlich guten Verhältniswert auf wie z. B. der Landkreis Friesland (1,8 Betreute/Beschäftigte; durchschnittlich 16,3 Beschäftigte).

Insgesamt kamen in den Landkreisen Leer, Grafschaft Bentheim, Göttingen und Friesland sowie in den Städten Oldenburg und Hannover die wenigsten betreuten Personen auf eine Mitarbeiterin / einen Mitarbeiter (zwischen 1,6 und 1,9 Personen), in den Landkreisen Peine, Stade, Northeim und der Stadt Delmenhorst die meisten (zwischen 3,2 und 4,7).

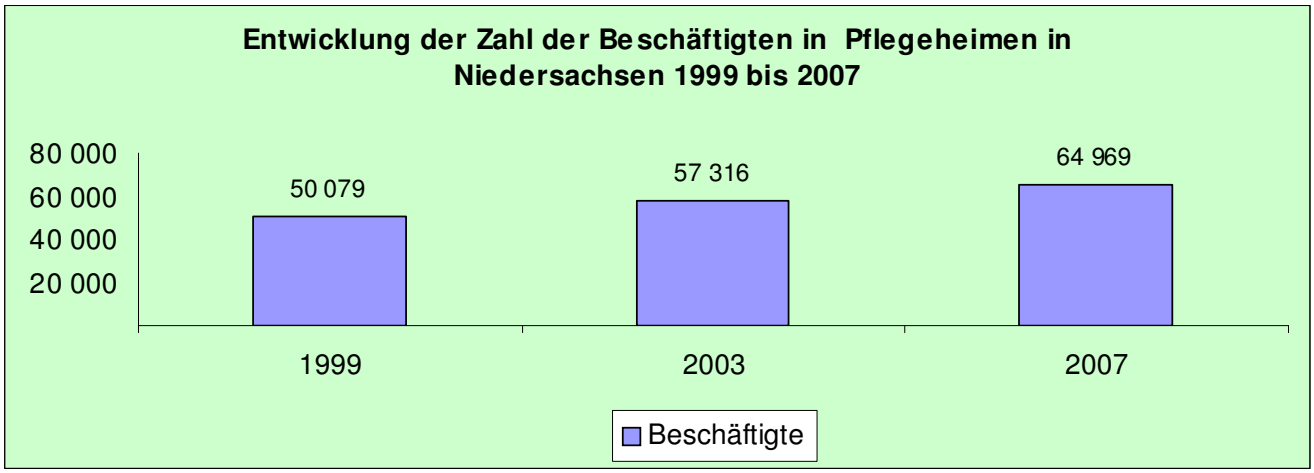
3.7.2 Personal in Pflegeheimen

3.7.2.1 Zahl der Beschäftigten

Die Situation lässt sich im Überblick wie folgt wiedergeben:

- Ende 2007 waren in den Pflegeheimen Niedersachsens **insgesamt 64.969 (2003: 57.316 Personen) beschäftigt** (Abb.21). In diesen 1.394 Pflegeheimen wurden damit 2,7 Mal (2003: 2,8) so viele Personen hauptamtlich tätig wie in den 1.112 Pflegediensten.

Abb. 21. Beschäftigte in Pflegeheimen

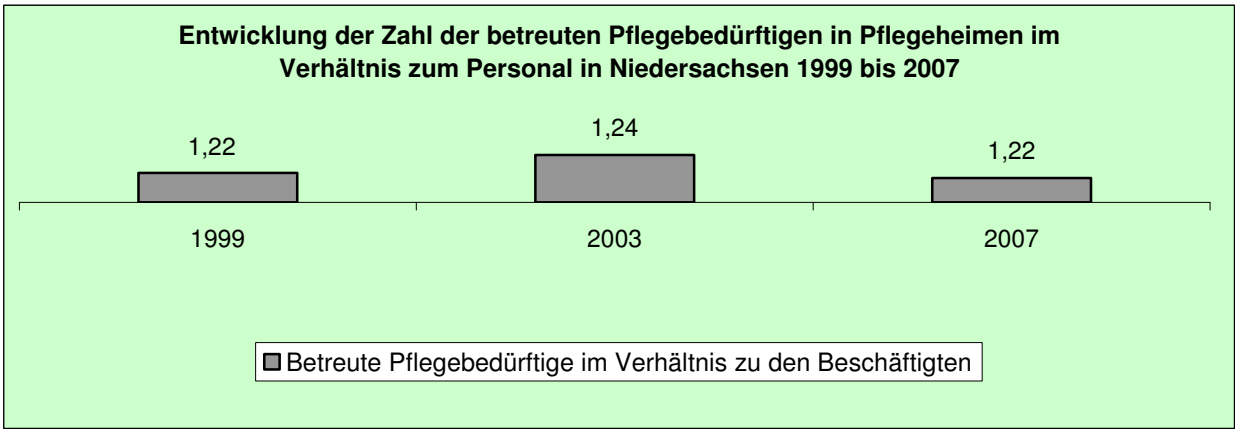


Stand: 15.12.; Quelle: LSKN; Pflegestatistik nach § 109 SGB XI

- Die Pflegeheime in Niedersachsen hatte Ende 2007 durchschnittlich 46,6 Beschäftigte. Sie versorgten dabei im Durchschnitt 1,22 Heimbewohnerinnen und Heimbewohner[132].
- Die Zahl der in den Pflegeheimen Beschäftigten wuchs zwischen Ende 2003 und Ende 2007 um 7.653 Personen. Im selben Zeitraum stieg die Zahl der Empfängerinnen und Empfänger von stationären Pflegeleistungen um 8.285 Personen (2003: 9679). Das zusätzliche Personal konnte diesen Anstieg der Heimbewohnerinnen und -bewohner vollständig kompensieren. Die Zahl der betreuten Pflegebedürftigen in Pflegeheimen im Verhältnis zum Personal hat sich seit 1999 kaum verändert.

[132] Verhältnis aus Zahl der Empfängerinnen und -empfänger von Leistungen der voll- und teilstationären sowie der Kurzzeit-Pflege. Diese Berechnung lässt die Tatsache außer Acht, dass in den Pflegeheimen auch Personen leben, die nicht pflegebedürftig im Sinne von SGB XI sind (sog. Pflegestufe „Null“).

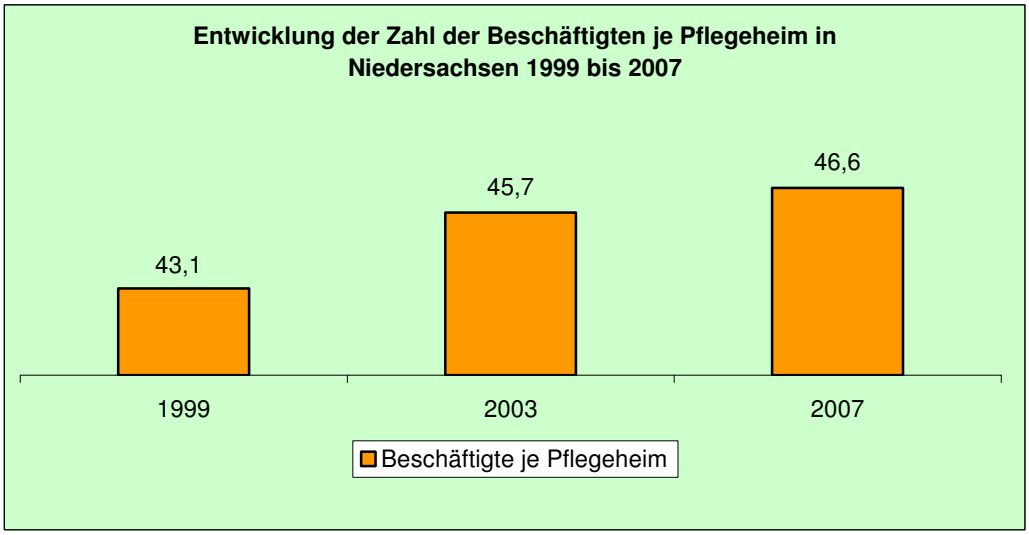
Abb. 22. Betreute Pflegebedürftige in Pflegeheimen im Verhältnis zum Personal



Stand: 15.12.; Quelle: LSKN; Pflegestatistik nach § 109 SGB XI

- Die durchschnittliche Zahl der Beschäftigten je Pflegeheim hat sich seit Ende 2003 um rd. eine Person erhöht und liegt bei 46,6. Dies korrespondiert mit der Zunahme der durchschnittlichen Zahl der Plätze in den Heimen.

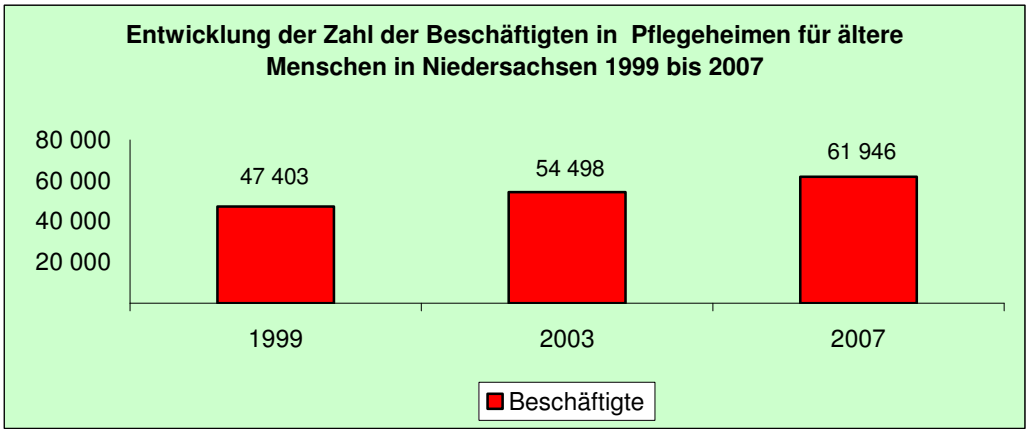
Abb. 23. Beschäftigte je Pflegeheim



Stand: 15.12.; Quelle: LSKN; Pflegestatistik nach § 109 SGB XI

- Die Pflegeheime für ältere Menschen mit 61.946 Beschäftigten entsprachen hinsichtlich der durchschnittlichen Zahl der Beschäftigten, ihrem Verhältnis zur Zahl der Heimbewohnerinnen und Heimbewohner sowie in der zeitlichen Entwicklung aufgrund ihres außerordentlich großen Anteils an den Pflegeheimen insgesamt den vorstehend dargestellten Durchschnittswerten für alle Pflegeheime.

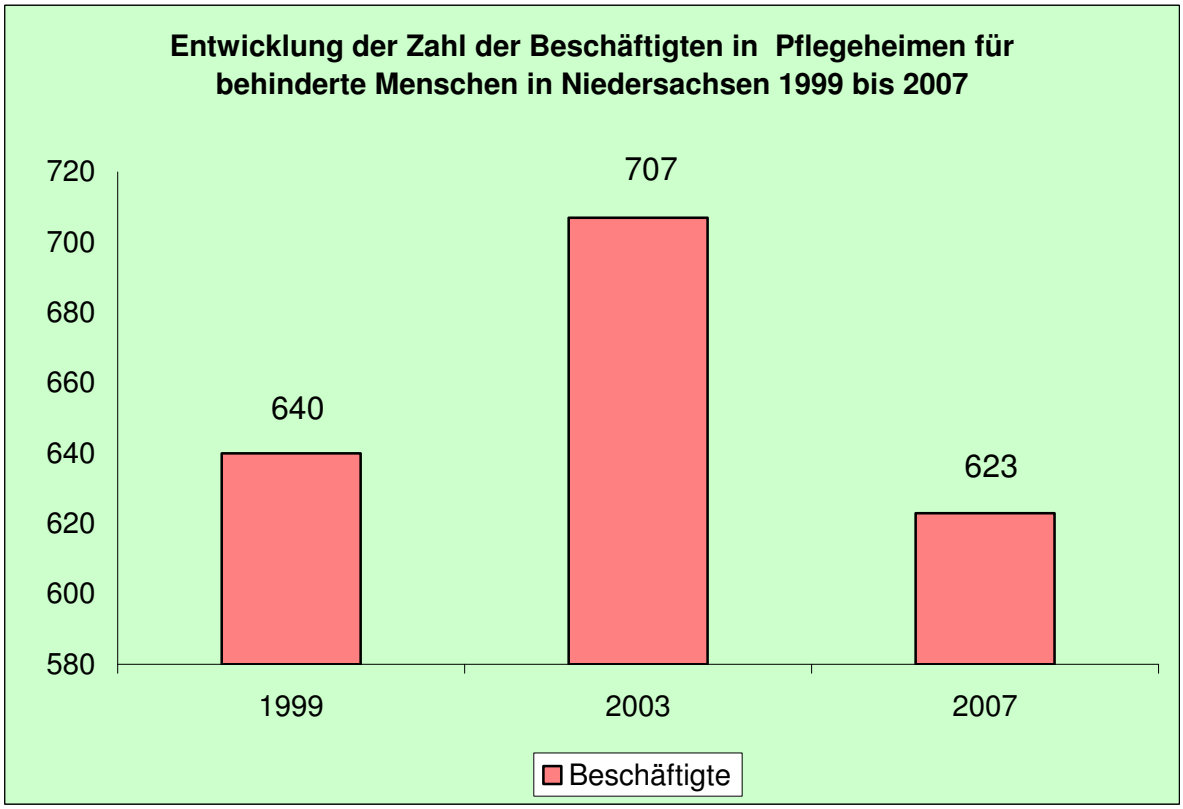
Abb. 24. Zahl der Beschäftigten je Pflegeheim absolut



Stand: 15.12.; Quelle: LSKN; Pflegestatistik nach § 109 SGB XI

- Bei den Pflegeheimen für behinderte Menschen mit 623 Beschäftigten (2003: 707) waren durchschnittlich weniger Personen beschäftigt (rd. 33). Hier kam Ende 2007 auf eine / einen Beschäftigte/n eine betreute Person (1,07). Hier blieb das Verhältnis zwischen Beschäftigten und betreuten Personen nahezu gleich.

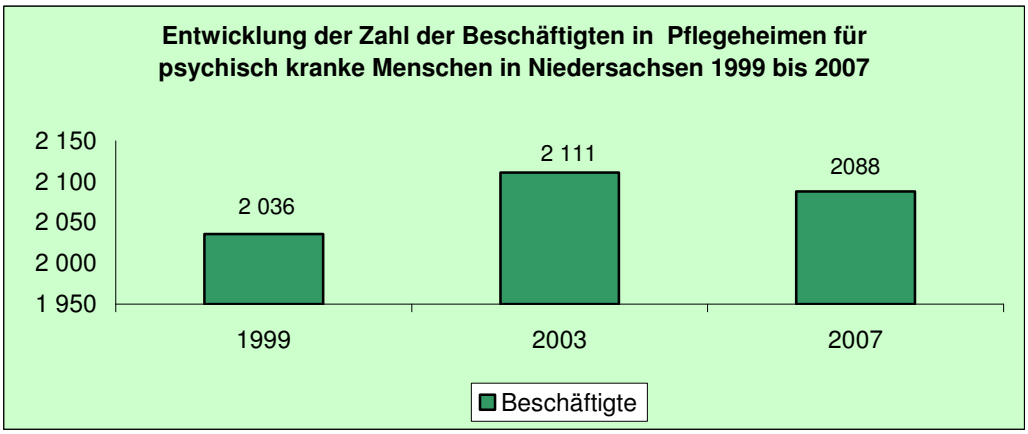
Abb. 25. Beschäftigte in Pflegeheimen für Behinderte



Stand: 15.12.; Quelle: LSKN; Pflegestatistik nach § 109 SGB XI

- Die Pflegeheime für psychisch kranke (seelisch behinderte) Menschen hatten Ende 2007 mit 2.088 Personen durchschnittlich rund 53,5 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. In diesen Heimen blieb die **Zahl der betreuten je beschäftigter Person bei 1,08**.

Abb. 26. Beschäftigte in Pflegeheimen für Psychisch Kranke



Stand: 15.12.; Quelle: LSKN; Pflegestatistik nach § 109 SGB XI

Zahl der Beschäftigten in unterschiedlicher Trägerschaft

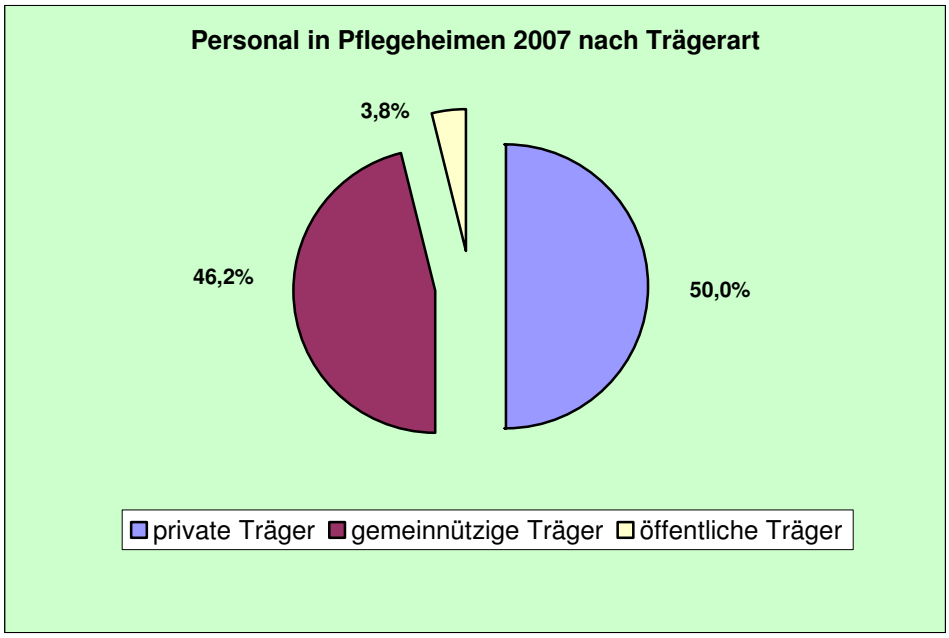
- Einrichtungen in privater Trägerschaft beschäftigten Ende 2007 50% **des Personals** (2003: 46%) aller niedersächsischen Pflegeheime. Das korrespondiert in etwa mit dem Anteil der von diesen Trägern vorgehaltenen Plätze (50,5%). In den Pflegeheimen in privater Trägerschaft kamen durchschnittlich 1,23 Bewohnerinnen und Bewohner auf eine Mitarbeiterin / einen Mitarbeiter. Das Verhältnis wurde im Zeitraum zwischen Ende 2003 und Ende 2007 leicht verbessert; die Personal-Betreuten-Relation in den Pflegeheimen der privaten Träger ist damit geringfügig ungünstiger als im Durchschnitt in den Heimen der gemeinnützigen Träger.
- Die gemeinnützigen Träger von Pflegeheimen beschäftigten Ende 2007 46,2% (2003: rd. 50%) aller in solchen Einrichtungen in Niedersachsen Erwerbstätigen. Bezogen auf alle in Pflegeheimen in Niedersachsen Beschäftigten hat sich der Anteil der von den gemeinnützigen Anbietern Beschäftigten - korrespondierend zum Anstieg bei den privaten Trägern - damit verringert.

Die durchschnittliche Personalstärke je Pflegeheim blieb seit Ende 2003 unverändert; sie lag Ende 2007 bei rd. 57.

Die Pflegeheime in gemeinnütziger Trägerschaft haben Ende 2007 durchschnittlich 1,21 Heimbewohnerinnen und Heimbewohner durch eine Mitarbeiterin / einen Mitarbeiter betreut.

- Pflegeheime in öffentlicher Trägerschaft beschäftigten Ende 2007 3,8% des Pflegepersonals in Pflegeheimen in Niedersachsen (2003: 5,2%). Dies stimmt mit ihrem Anteil an Plätzen in diesen Einrichtungen überein. Auch die Abnahme des Personalanteils der Heime in öffentlicher Trägerschaft zwischen Ende 2003 und Ende 2007 korrespondiert mit der Abnahme der von diesen Trägern jeweils vorgehaltenen Plätze. Die durchschnittliche Platzzahl bei diesen Einrichtungen verringert sich im selben Zeitraum leicht auf 58,3 Plätze (2003: 59,2). Die durchschnittliche Zahl der Betreuten je Mitarbeiterin / Mitarbeiter verringert sich leicht auf 1 : 1,13 (2003: 1 : 1,21).

Abb. 27. Personal in Pflegeheimen nach Trägerart



Stand: 15.12.; Quelle: LSKN; Pflegestatistik nach § 109 SGB XI

- Der Zuwachs an Heimbewohnerinnen und Heimbewohnern konnte durch zusätzliches Personal bei allen Trägern weitestgehend kompensiert werden: die Zahl der durchschnittlich von einer Mitarbeiterin oder einem Mitarbeiter betreuten Personen hat sich zwischen Ende 2003 und Ende 2007

durchschnittlich zu 0,03 verringert. Das Verhältnis hat sich bei allen Einrichtungsträgern leicht verbessert bzw. ist konstant geblieben.

- Die Niedersächsischen Pflegeheime nehmen hinsichtlich des durchschnittlichen Personalbestandes (46,6 Personen) im Ländervergleich einen leicht unterdurchschnittlichen (52 Personen) Rang ein. Im Ländervergleich liegt Niedersachsen mit 64,7 Plätzen je Pflegeheim[133] in etwa auf der gleichen unterdurchschnittlichen Position wie hinsichtlich des durchschnittlichen Personalbestandes. Insofern kann hier für die niedersächsischen Pflegeheime von keiner vergleichsweise negativen wie positiven Situation ausgegangen werden. Hinsichtlich des Verhältnisses von Beschäftigten zur Zahl der verfügbaren Plätze entsprachen die Pflegeheime in Niedersachsen ungefähr dem Bundesdurchschnitt (1,39).

[133] Quelle: Statistisches Bundesamt; 4. Bericht Pflegestatistik 2007

3.7.2.2 Strukturmerkmale der Beschäftigten und ihrer Tätigkeit

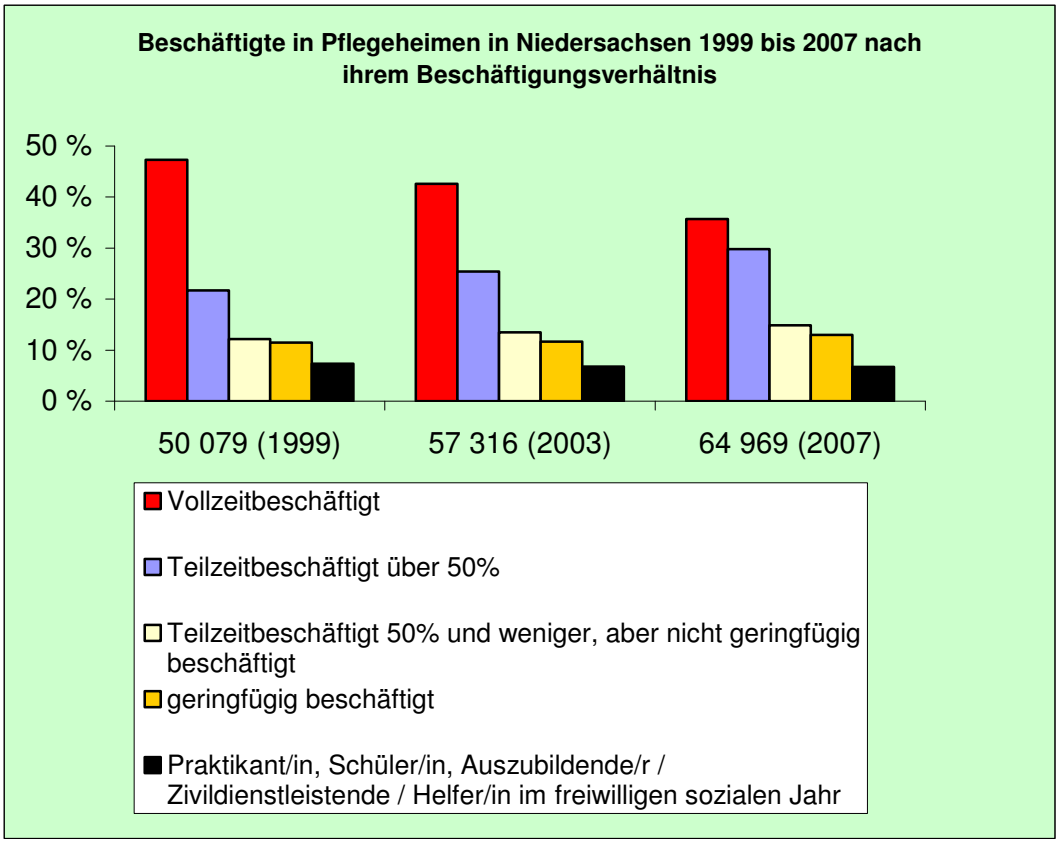
Geschlecht

Die für die Pflegedienste getroffenen Feststellungen über das Geschlechterverhältnis unter den Beschäftigten, dessen Entwicklung zwischen Ende 2003 und Ende 2007 und über Zusammenhänge mit dem Beschäftigungsverhältnis und den ausgeübten Tätigkeiten gelten nahezu gleich auch für die Beschäftigten in den Pflegeheimen. Einzig die Quote der männlichen Beschäftigten war hier (Ende 2007) mit 14,4% höher als bei den Pflegediensten (rd. 10%).

Beschäftigungsverhältnis

Die wesentlichen Merkmale hier sind:

Abb. 28. Beschäftige in Pflegeheimen nach Beschäftigungsverhältnis



Stand: 15.12.; Quelle: LSKN; Pflegestatistik nach § 109 SGB XI

- In der stationären Pflege mit insgesamt 64.969 Beschäftigten überwiegen Vollzeit-Arbeitsverhältnisse mit 23.177 Beschäftigten und qualifizierte Teilzeitbeschäftigungen mit 19.344 Beschäftigten deutlich.
- Nahezu 35,7% (2003: 43%) der Beschäftigten sind Vollzeit erwerbstätig; der Anteil sank seit Ende 2003 um 7,7%. Im Ländervergleich entspricht Niedersachsen dem Bundesdurchschnitt von 35,4%. Den höchsten Anteil an Vollzeitbeschäftigungen stellen die Pflegeheime in Berlin (49%), den niedrigsten Sachsen (25,8%).
- Mehr als ein Viertel der in der stationären Pflege in Niedersachsen Beschäftigten übt eine qualifizierte Teilzeittätigkeit aus (29,8%). Der Anteil der Teilzeitbeschäftigten (9.645 Personen) mit einer Wochenarbeitszeit unter 50% beträgt 14,8%. Vor allem qualifizierte Teilzeitarbeitsverhältnisse haben zwischen Ende 2003 und Ende 2007 zugenommen (gegenläufig zur Entwicklung bei Vollzeitbeschäftigungen). Die Steigerungsrate betrug bei qualifizierter Teilzeit rd. 5%, bei Teilzeittätigkeiten unter 50% 1,3%. Im Ländervergleich ist Teilzeitbeschäftigung in Pflegeheimen in Niedersachsen ebenfalls annähernd bundesdurchschnittlich (32,2% / 14,8%) vertreten.
- Der Anteil der geringfügig Beschäftigten (8.437 Personen) ist im stationären Bereich deutlich niedriger als bei den Pflegediensten (13% gegenüber 22,6%). Der Abstand vergrößerte sich im Zeitraum zwischen Ende 2003 und Ende 2007. In den niedersächsischen Pflegeheimen liegt ihr Anteil im Vergleich zum Bundesdurchschnitt (10,2%) etwas höher.
- 5,5% der in Pflegeheimen in Niedersachsen Beschäftigten (3.548 Personen)[134] waren Ende 2007 Auszubildende oder Praktikantinnen / Praktikanten. Pflegeheime betreiben damit in einem erheblich größeren Umfang als die Pflegedienste (1,5%) Nachwuchssicherung insbesondere in der Altenpflege. Zahl und Anteil dieser Beschäftigungsverhältnisse haben zwischen Ende 2003 und Ende 2007 leicht zugenommen. Im Ländervergleich liegt der Anteil der Auszubildenden / Praktikanten / Schüler in den niedersächsischen Pflegeheimen ungefähr in der Höhe des Bundesdurchschnitts (5,6%). Deutlich höher war der Anteil in Baden-

[134] Quelle: Statistisches Bundesamt; Vierter Bericht „Pflegestatistik 2007“

Württemberg (9,3%) und Rheinland-Pfalz (9,3%), äußerst gering in Berlin (2,3%).

- Zwischen Ende 2003 und Ende 2007 leicht gestiegen ist die Zahl der Helferinnen und Helfer im freiwilligen sozialen Jahr von 140 auf 248 Personen (0,24 / 0,4% der Beschäftigten). Deutlich abgenommen hat - infolge der Verringerung der Einberufungen durch das Bundesamt für Zivildienst - die Zahl der Zivildienstleistenden in den niedersächsischen Pflegeheimen (von 671 auf 570); gesunken ist dementsprechend auch der Anteil der Zivildienstleistenden an den Beschäftigten (von 1,2 auf 0,9%). Prozentual liegt die Zahl der Helferinnen und Helfer im freiwilligen sozialen Jahr im stationären Bereich deutlich höher als im ambulanten, der Anteil an Zivildienstleistenden ist ungefähr gleich groß. In beiden Beschäftigtenkategorien liegen die niedersächsischen Pflegeheime deutlich unter dem Bundesdurchschnitt (0,7% und 1,1%).

Umfang der Beschäftigung im Bereich SGB XI

Die allermeisten Beschäftigten in den niedersächsischen Pflegeheimen waren ausschließlich für die im Zusammenhang mit der vollstationären Pflege nach dem SGB XI anfallenden Aufgaben tätig. Insgesamt waren 86% zumindest im Umfange von 75% ihrer Arbeitszeit, 71% zur Gänze mit diesen Aufgaben beschäftigt. 6,4% der Beschäftigten widmeten sich zwischen 50-unter 75% und 3,2% zwischen 25-unter 50% der vollstationären Pflege und den damit im Zusammenhang stehenden Tätigkeiten, annähernd 4,6% sogar nur zu weniger als 25%.

Auch vom Vollzeit beschäftigten Personal nahmen nur 85% ausschließlich Aufgaben der vollstationären Pflege oder hiermit zusammenhängende Aufgaben wahr. Diese auf den ersten Blick widersprüchliche Tatsache erklärt sich z. B über Personen im Leitungsbereich, die im Rahmen ihres Beschäftigungsverhältnisses einen Teil ihrer Arbeitszeit für übergeordnete Tätigkeiten einsetzten.

Tätigkeitsbereich im Pflegeheim

Rd. 66% der in den niedersächsischen Pflegeheimen Beschäftigten waren Ende 2003 im Bereich der **Pflege und** (hiermit in engem Zusammenhang stehenden)

Betreuung der Heimbewohnerinnen und -bewohner tätig. Einbezogen sind hierin auch die Pflegedienstleitungen.

Gut ein Fünftel der Beschäftigten in den Pflegeheimen (20,6%) nahmen Aufgaben im Hauswirtschaftsbereich wahr. Hinzu kommen 2,9**% Beschäftigte im haustechnischen Bereich**.

Rund **3,6% des Personals** waren für Leistungen der **sozialen Betreuung** eingesetzt („begleitender Dienst"). **Verwaltung und Geschäftsführung** banden **5,5%** der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter.

Die Tätigkeitsfelder zeigen geschlechtsspezifische Ausprägungen. Im Bereich von Pflege und Betreuung waren zu 88% Frauen tätig, in der sozialen Betreuung 85% und im Hauswirtschaftsbereich 93,5%. Verwaltungs- und Geschäftsführungsaufgaben nahmen dagegen nur zu 76,7% Frauen wahr, haustechnische Aufgaben fast nur Männer (Anteil von Frauen 9,1%).

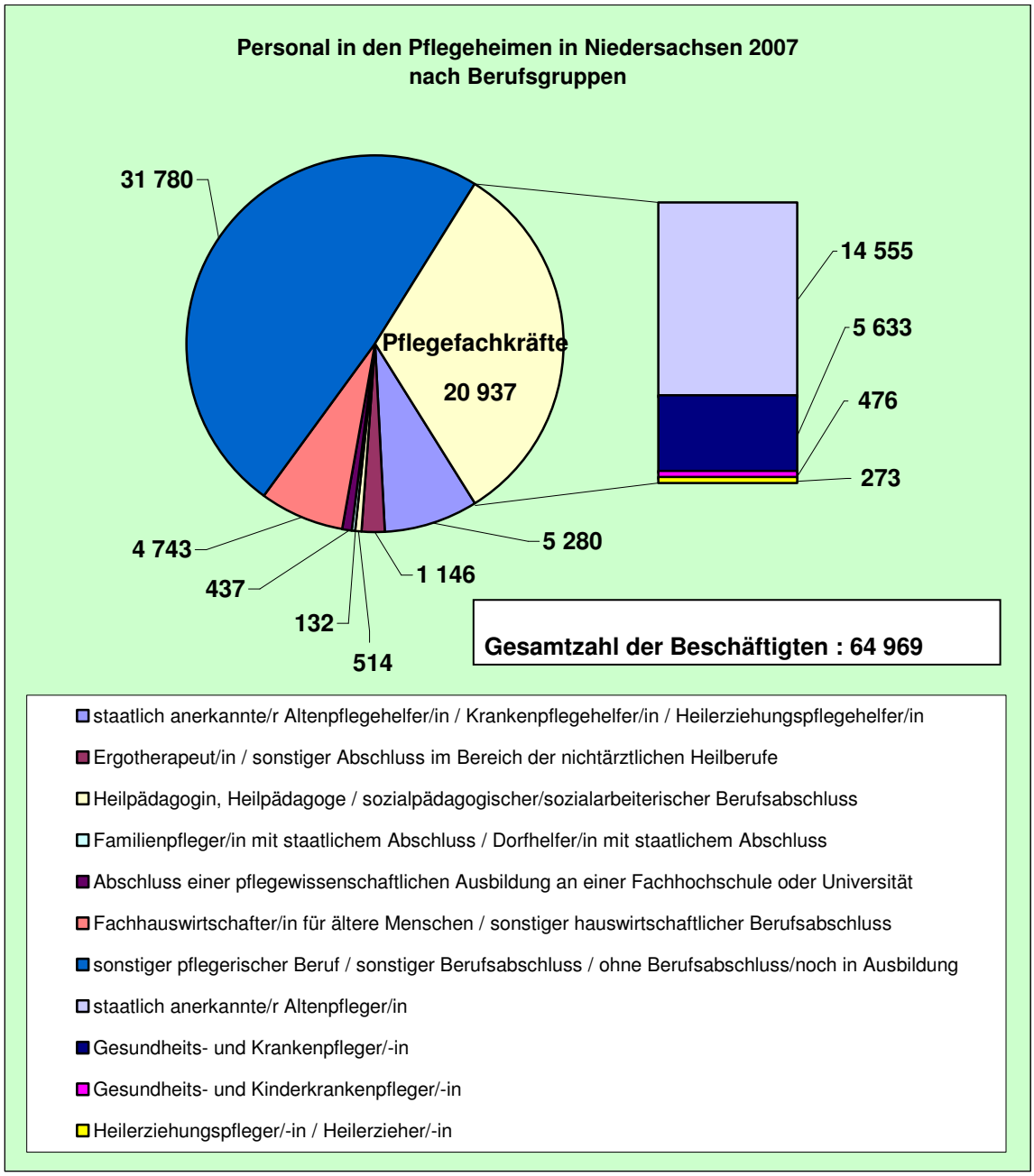
Es gibt **hinsichtlich der Verteilung des Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in den Pflegeheimen nach ihrem Tätigkeitsfeld zwischen den Bundesländern keine besonders auffälligen Abweichungen**. So lag z. B. der Anteilswert für Pflege und Betreuung in Niedersachsen etwas unter dem Bundesdurchschnitt (68,7%). Bundesdurchschnittlich wurden 3,9% des Personals für die soziale Betreuung eingesetzt - Niedersachsen liegt auch hier knapp darunter.

Berufsabschluss

Vertretene Berufsabschlüsse nach ihrer Häufigkeit

Die Beschäftigten in den niedersächsischen Pflegeheimen unterscheiden sich in ihrer beruflichen Zusammensetzung maßgeblich von den Beschäftigten der Pflegedienste, insbesondere durch einen geringeren Anteil an Pflegefachkräften und einen höheren Anteil an un- und angelernten Kräften. Für Ende 2007 zeigt sich folgendes Strukturbild:

Abb. 29. Personal in Pflegeheimen nach Berufsgruppen



Stand: 15.12.; Quelle: LSKN; Pflegestatistik 2007; eigene Berechnung MS

- **Pflegefachkräfte** (Altenpflegerinnen / -pfleger, Gesundheits- und Krankenpflegerinnen / -pfleger, Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen / -pfleger) machen zusammen 31,8% (2003: 30,4%) des Personals aus (20.937 Personen). Dazu kommen 273 (0,4%) Heilerziehungspfleger/innen und Heilerzieher/innen.

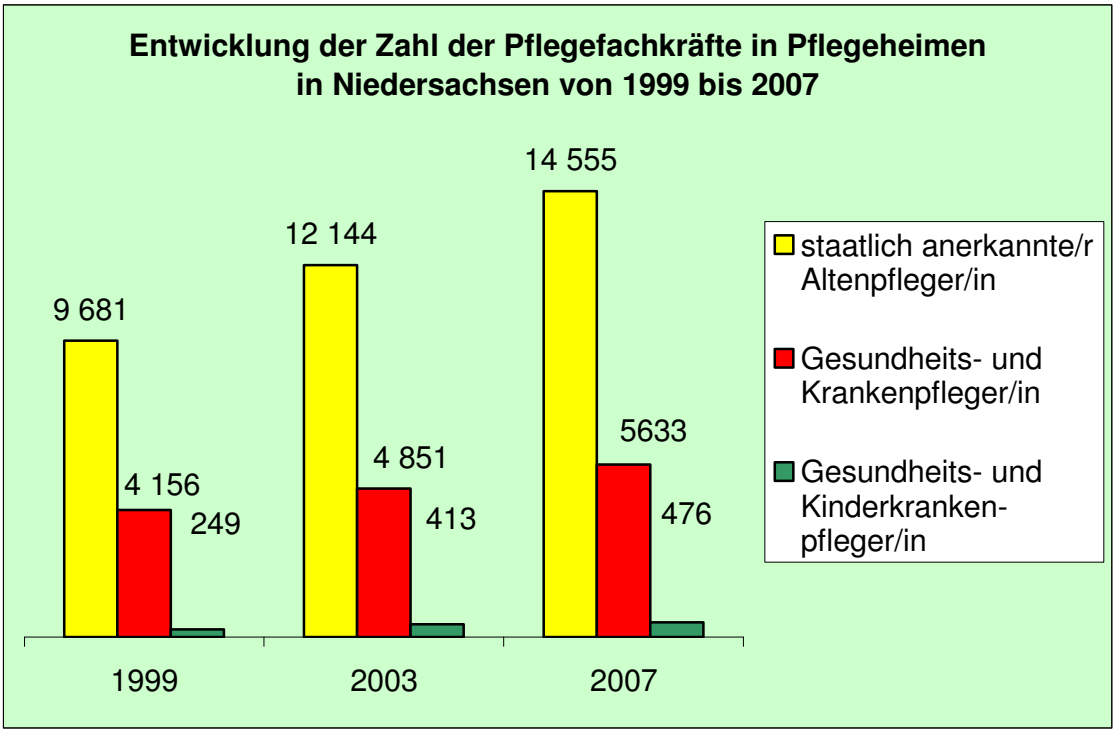
- **Unter den Pflegefachkräften** machen die **Altenpflegerinnen und Altenpfleger mit 14.555 Personen mehr als 70%** aus.
- In den **Helferberufen** sind insgesamt mit 5.280 Personen (8,5%) vertreten.
- **Ungelernte Kräfte und** Angehörige der Gruppe „sonstiger pflegerischer Beruf“ (31.780 Personen) machen rd. 49% (2003: 45,3%) der Beschäftigten aus.
- **Der Anteil an hauswirtschaftlichen Fachkräften** (4.743 Personen) beträgt in den Pflegeheimen 7,3%.
- **Alle anderen Berufsgruppen** sind nur **mit sehr geringen Anteilswerten** vertreten. Das gilt insbesondere auch für die therapeutischen Berufe (Ergotherapeutinnen / -therapeuten, Physiotherapeutinnen / -therapeuten etc.); sie machen mit insgesamt 1.146 Personen nur 1,8% aus. Sozialpädagoginnen/-pädagogen sind zu 0,8% (490 Personen) und Heilpädagoginnen und -pädagogen mit nur 24 Personen vertreten. 132 Beschäftigte sind Familienpfleger/innen und Dorfhelfer/innen (0,2%) und 437 (0,7%) haben eine pflegewissenschaftliche Ausbildung.

Entwicklung zwischen Ende 1999 und Ende 2007

Hier zeichnete sich für das Personal in den Pflegeheimen folgendes ab:

- Die **Altenpflegerinnen und Altenpfleger** stellen nicht nur mit 14.555 Beschäftigten den bei weitem größten Anteil unter den Pflegefachkräften in den Einrichtungen, sie haben in den Jahren von 2003 bis 2007 auch die **stärkste** zahlenmäßige **Entwicklung** erfahren (**Steigerung um 20%**; 2.411 Personen); seit 1999 betrug die Steigerung 50,3%.
- Das **Krankenpflegepersonal** (beide Berufsgruppen zusammen) hat zwar **auch zugenommen**, jedoch nur um **16%** (845 Personen) mit 5.633 Beschäftigten die Gesundheits- und Krankenpfleger/innen und mit 476 die Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/innen; seit 1999 betrug die Steigerung insgesamt 38,7%.

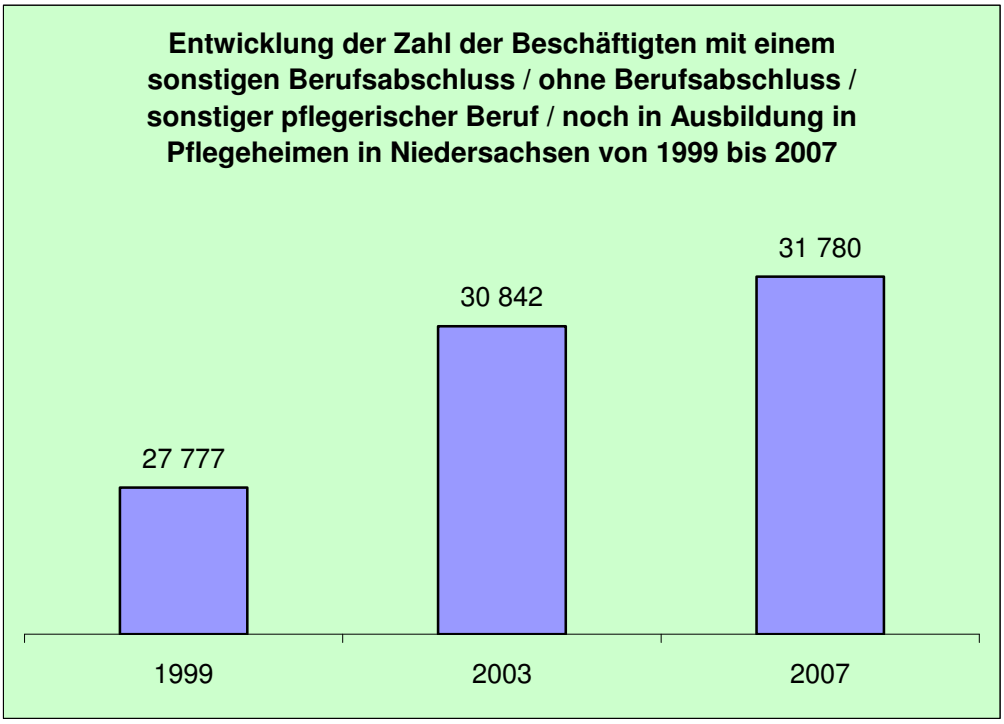
Abb. 30. Pflegefachkräfte in Pflegeheimen



Stand: 15.12.; Quelle: LSKN; Pflegestatistik nach § 109 SGB XI

- Davon haben die Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und –pfleger im Zeitraum von 2003 mit 413 bis 2007 mit 476 einen Zuwachs von 63 (15,2%) erfahren.
- In den drei Untergruppen der **an- und ungelernten Beschäftigten** ist die Zahl der Beschäftigten leicht gestiegen. Für sie zusammen betrug die **Steigerung 3%** (938 Personen) mit 31.780 Beschäftigten.

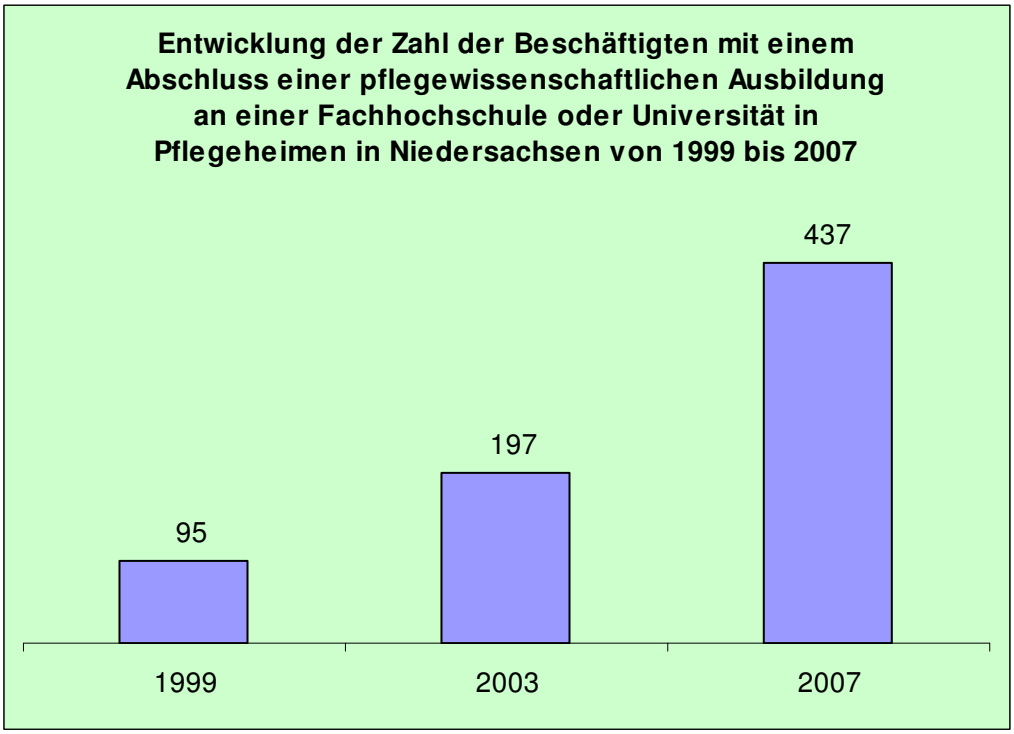
Abb. 31. Sonstige Beschäftigte in Pflegeheimen



Stand: 15.12.; Quelle: LSKN; Pflegestatistik nach § 109 SGB XI

- Bei den **Beschäftigten mit Abschluss einer pflegewissenschaftlichen Ausbildung** an einer Fachhochschule oder Universität hat sich die Zahl von Ende 2003 bis Ende 2007 mehr als verdoppelt (von 197 auf 437 Personen).

Abb. 32. Beschäftige in Pflegeheimen mit pflegewissenschaftlicher Ausbildung



Stand: 15.12.; Quelle: LSKN; Pflegestatistik nach § 109 SGB XI

- Ende 2007 gab es in den Pflegeheimen im Vergleich zu Ende 2003 619 Ergotherapeutinnen / -therapeuten (2003: 124), 273 Heilerziehungspflegerinnen / -pfleger (2003: 76), 34 **Dorfhelferinnen** (2003: 36) und 98 staatlich geprüfte **Familienpflegerinnen** (2003: 195).

Personalprofil der Träger

Hinsichtlich ihrer Zuordnung zu den verschiedenen Trägerarten lassen sich - anders als bei den Pflegediensten (s. Abschnitt I.3.2.1.2) bei den niedersächsischen Pflegeheimen beim Fachpersonaleinsatz keine nennenswerten Unterschiede feststellen.

Pflegeheime in privater Trägerschaft hatten allerdings im Vergleich zu denjenigen der beiden anderen Trägerarten (zu Lasten des Anteils der Altenpflegerinnen und Altenpfleger) häufiger Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und -pfleger angestellt (10,2% gegenüber 7,1% bzw. 6,7%).

Alles in allem ist zwischen den Trägerarten hinsichtlich der in den Pflegeheimen beschäftigten Berufsgruppen und deren jeweiligem Verhältnis zur Gesamtzahl der Beschäftigten eine weitgehende Übereinstimmung festzustellen.

Zusammenhang zwischen Berufsabschluss und Beschäftigungsverhältnis

Die für die niedersächsischen **Pflegedienste** zum Zusammenhang zwischen Berufsabschluss und Beschäftigungsverhältnis **getroffenen Feststellungen treffen** grundsätzlich **auch auf die Pflegeheimen zu** - **allerdings** in **weniger** ausgeprägtem Maß.

Das gilt vor allem für die bei den Pflegeheimen etwas geringeren Unterschiede zwischen dem Fach- und dem an- und ungelernten Personal. So waren rd. 55% (2003: 63%) der Altenpflegerinnen und Altenpfleger, 47,6% (2003: 55%) der Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und -pfleger und gut 48% (2003: 52%) der Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und -pfleger Vollzeit erwerbstätig. Bei den Beschäftigten aus der Gruppe der „sonstigen pflegerischen Berufe“ waren es 29,5% (2003: 40,1%), bei den Beschäftigten mit einem sonstigen Berufsabschluss 28% (2003: 36,2%) und bei denjenigen ohne Berufsabschluss bzw. in Ausbildung 18,7% (2003: 23,6%).

Wie bei den Pflegediensten waren aber auch bei den Pflegeheimen un- und angelernte Kräfte vergleichsweise überdurchschnittlich häufig in Teilzeitbeschäftigungen unter 50% tätig oder geringfügig beschäftigt. Bei den (Pflege)Fachkräften sind hingegen insbesondere geringfügige Beschäftigungen vergleichsweise selten.

Zusammenhang zwischen Berufsabschluss und überwiegendem Tätigkeitsbereich

Die Beschäftigten der Pflegeheime werden entsprechend ihrer beruflichen Qualifikation eingesetzt. Ende 2007 waren dementsprechend die Beschäftigten nachfolgender Berufsgruppen schwerpunktmäßig in folgenden Bereichen tätig:

- **Fachpersonen der Alten- und der Gesundheits- und Krankenpflege** (einschl. Gesundheits- und Kinderkrankenpflege) sind zu 95,1**%** im Tätigkeitsfeld **„Pflege und Betreuung“ eingesetzt.** Daneben fallen in

gewissem Umfang auch noch Tätigkeiten im Bereich „Leitung und Verwaltung“ und „Soziale Betreuung“ ins Gewicht.

- Im Einsatzfeld „Pflege und Betreuung“ waren auch fast alle Beschäftigten (94,9%) der Kategorie „sonstiger pflegerischer Beruf“ tätig.
- **Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der heilpädagogischen Fachberufe** waren - mit Ausnahme von Heilpädagoginnen und Heilpädagogen - ebenfalls weit überwiegend (1,5%) im Tätigkeitsfeld „Pflege und Betreuung“ eingesetzt. Die letztgenannte - zahlenmäßig mit insgesamt 24 Personen sehr geringe - Gruppe war zu zweidrittel in sozialer Betreuung eingesetzt.
- Von den in den Pflegeheimen beschäftigten **Ergotherapeutinnen /-therapeuten** waren 75% im Bereich von „sozialer Betreuung“, knapp 20% in „Pflege und Betreuung“ tätig.
- Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter mit einem **sozialpädagogischen Abschluss** oder einem Abschluss als Sozialarbeiterin / Sozialarbeiter (490 Personen) machten nur 0,8% der Beschäftigten aus. In diesen Fällen hatten sie aber vergleichbar häufig (**20,8%) Leitungsaufgaben** inne. Zur **Hälfte** waren sie im Bereich der **sozialen Betreuung (51,4%)**, zu knapp einem Viertel im Bereich „Pflege und Betreuung“ tätig.
- **Familienpflegerinnen und Dorfhelferinnen** waren weitestgehend im Bereich von „Pflege und Betreuung“ (75,5%) beschäftigt.
- **Beschäftigte mit Abschluss einer pflegewissenschaftlichen Ausbildung an einer Fachhochschule oder Universität** (437 Personen) waren zu weit überdurchschnittlichem Umfang (73,2%) in Pflege und Betreuung und nur 20% Aufgaben im Bereich von **Leitung und Verwaltung** tätig.
- Beschäftigte der Kategorie „**sonstiger Berufsabschluss**“ nahmen zu **15,5%** Aufgaben im Bereich von **„Leitung und Verwaltung“** wahr. In dieser Berufskategorie befand sich der vergleichsweise größte Anteil an Beschäftigten des „haustechnischen Bereichs“ (9,8%). Jeweils mehr als ein Drittel (37,3%) nahm Aufgaben von „Pflege und Betreuung“ wahr.
- **Hauswirtschaftlichen Fachkräfte** (4.743 Personen) waren zu weit überwiegendem Maß (80%) im Hauswirtschaftsbereich tätig.

- **Personen ohne Berufsabschluss** (11.551 Personen) waren zu mehr als der Hälfte (60,5%) im Bereich „Pflege und Betreuung“, zu weiteren rd. 30% in der Hauswirtschaft eingesetzt.

3.7.2.3 Regionales Strukturbild Pflegeheime

Personal in den Pflegeheimen

Die große Spannbreite der Pflegeheime hinsichtlich ihrer Personalkapazität besteht grundsätzlich auch innerhalb der Landkreise und kreisfreien Städte. Sie wird u. a. aus den Daten über die durchschnittliche Personalbesetzung deutlich. Diese reichte Ende 2007 von rd. 31 Beschäftigten in dem Landkreis Celle und in der Stadt Wilhelmshaven bis zu 76 Beschäftigten in den Stadt Wolfsburg oder rd. 75 Beschäftigte in der Stadt Osnabrück und dem Landkreis Wolfenbüttel. Der Landesdurchschnitt lag bei 46,6%.

Tab. (62) Personal in Pflegeheimen 2007 in reg. Gliederung (TA)

Tab. (63) Personal in Pflegeheimen 2007 in reg. Gliederung nach Trägergruppen und Beschäftigungsverhältnis (TA)

Personal im Verhältnis zu den betreuten Personen

Im Unterschied zu den Pflegediensten gibt es bei den Pflegeheimen bei dem Verhältnis zwischen durchschnittlicher Personalkapazität und durchschnittlich betreuten Personen zwischen den kommunalen Gebietskörperschaften nur geringe Abweichungen. Die Spanne reicht hier nur von 0,9 (Landkreis Cloppenburg) bis 1,4 (Landkreise Uelzen und Gifhorn, sowie die Städte Braunschweig und Delmenhorst). Der Landesdurchschnitt lag bei 1,2.

3.8 Strukturvergleich Pflegedienste / Pflegeheime

Im Sinne einer zusammenfassenden Bewertung der Strukturdaten können folgende Merkmale festgehalten werden. Sie entsprechen im Wesentlichen den 2005[135] beschriebenen Tendenzen:

[135] MS, Landespflegebericht 2005, S. 163 ff

- In den Pflegediensten und Pflegeheimen war für die Jahre von Ende 2003 bis Ende 2007 ein erheblicher Personalzuwachs zu verzeichnen.
- Die im genannten Zeitraum zunehmende Zahl der pflegebedürftigen Menschen konnte durch die Personalzuwächse befriedigt werden.
- Pflegedienste und Pflegeheime in Niedersachsen entsprechen hinsichtlich des Verhältnisses von Beschäftigten zur Zahl der betreuten Personen dem Bundesdurchschnitt.
- Pflegedienste unterscheiden sich von Pflegeheimen durch eine deutlich geringere Quote an Vollzeitbeschäftigungen. Allerdings ist die Quote der qualifizierten Teilzeitbeschäftigungen hoch. Sie beschäftigen durchschnittlich mehr Personen in Teilzeitarbeitsverhältnissen mit geringer Stundenzahl und in geringfügigen Beschäftigungen.
- Sowohl bei Pflegediensten als auch bei Pflegeheimen geht die Entwicklung in Richtung eines vermehrten Einsatzes von Fachpersonal. Pflegedienste unterscheiden sich strukturell deutlich von Pflegeheimen beim Pflegefachpersonal. In den Pflegediensten überwiegen die Fachberufe der Gesundheits- und Krankenpflege, in den Pflegeheimen die Altenpflegerinnen und Altenpfleger.
- Der bei weitem größte Teil der Beschäftigten in den Pflegediensten und Pflegeheimen ist weiblich; diesbezüglich sind für die Zeit von Ende 2003 bis Ende 2007 kaum Veränderungen zu verzeichnen. Männliche Beschäftigte nehmen vergleichsweise häufiger als im Durchschnitt ihrer Präsenz in den Pflegeeinrichtungen Leitungsaufgaben und Aufgaben im technischen Dienst war.
- Sowohl in den Pflegediensten als auch in den Pflegeheimen entsprechen die Tätigkeitsbereiche der Beschäftigten ihren Ausbildungen. Von dieser Feststellung ausgenommen sind Beschäftigte in Pflegeheimen mit einer pflegewissenschaftlichen Ausbildung.

3.9 Vergütungen

Die statistischen Daten im Rahmen der veröffentlichten Daten der Pflegestatistik geben nur die Vergütungen für stationäre Pflegeeinrichtungen (vollstationär,

teilstationär und Kurzzeitpflege) wieder. Die Vergütungen für die ambulanten Pflegeleistungen sind statistisch nicht erfasst. Insofern sind hier auch für die Situation in Niedersachsen nur allgemeine Angaben zur Vergütungsstruktur und finanziellen Bewertung von Leistungen (Grundpflege/ hauswirtschaftliche Versorgung/ Fahrkosten) möglich.
Die von der Pflegestatistik erfassten Merkmale beziehen sich nur auf die Vergütungsbestandteile „Vergütung für die allgemeinen Pflegeleistungen“ und „Entgelt für Unterkunft und Verpflegung“ (§ 82 Abs. 1 SGB XI). Über die den Nutzerinnen und Nutzern der Pflegedienste und Pflegeheime ebenfalls berechneten Investitions(folge)aufwendungen (§ 82 Abs. 3 und 4 SGB XI) können aufgrund der diesbezüglich fehlenden Zuständigkeit der Vertragsparteien zur Vereinbarung auch dieses Kostenbestandteiles der Pflegeeinrichtungen im SGB XI keine Aussagen getroffen werden.

Zur Rechtslage allgemein ist zudem vorab festzuhalten:
Die Preisfindung für Pflegesachleistungen nach dem SGB XI erfolgt auf vertragsrechtlicher Grundlage. Der Bundesgesetzgeber hat diese Aufgabe grundsätzlich den im Gesetz näher bezeichneten Vertragsparteien (§ 85 Abs. 1, § 89 Abs. 2 SGB XI) überantwortet.
Vertragsparteien sind grundsätzlich die Pflegekassen oder ihre Verbände sowie der jeweils zuständige (örtliche oder überörtliche) Sozialhilfeträger auf der Leistungsträgerseite, der Träger des Pflegedienstes oder -heimes auf der Leistungsanbieterseite. Das Land ist nur in seiner Funktion als überörtlicher Träger der Sozialhilfe Vertragspartei. In Niedersachsen trifft dies nur auf zugelassene Pflegeheime zu, in denen überwiegend volljährige Bewohnerinnen und Bewohner im Alter unter 60 Jahren leben. Das Land hat im Übrigen nur die Rechtsaufsicht über die Verbände der landesunmittelbaren Pflegekassen.

Das Land hat somit - von geringfügigen Ausnahmen abgesehen - rechtlich keine Möglichkeiten, auf die Preisgestaltung bei Pflegediensten und Pflegeheimen einzuwirken.

3.9.1 Vergütungen von ambulanten Pflegeleistungen

Rechtsgrundlagen

Die Vergütungen für ambulante Pflegeleistungen können gem. § 89 Abs. 3 SGB XI, je nach Art und Umfang der Pflegeleistungen, nach dem dafür erforderlichen Zeitaufwand oder unabhängig vom Zeitaufwand nach dem Leistungsinhalt des jeweiligen Pflegeeinsatzes, nach Komplexleistungen oder in Ausnahmefällen auch nach Einzelleistungen bemessen werden. Sonstige Leistungen wie hauswirtschaftliche Versorgung, Behördengänge oder Fahrtkosten können auch mit Pauschalen vergütet werden.

Seit dem 1.7.2008 ist zu berücksichtigen, dass Leistungen von mehreren Pflegebedürftigen gemeinsam abgerufen und in Anspruch genommen werden können und die sich aus einer gemeinsamen Leistungsinanspruchnahme ergebenden Zeit- und Kostenersparnisse den Pflegebedürftigen zugute kommen.

Es können auch Vergütungen für Betreuungsleistungen als Sachleistungen gem. § 36 Abs. 1 SGB XI vereinbart werden, wenn die Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung im Einzelfall sichergestellt sind.

Vergütungen

Vergütungsgrundlagen

In Niedersachsen erfolgt die Vergütung der ambulanten Pflegeleistungen auf der Grundlage von Vereinbarungen über 21 Leistungskomplexe[136].

Nach Aussage der Landesorganisationen der Pflegekassen gibt es nur noch eine Einrichtung, deren Vergütung nach einem älteren Leistungskomplexkatalog erfolgt.

Höhe der Vergütung

Zu den vergütungsfähigen Leistungen werden Leistungen der Grundpflege, der hauswirtschaftlichen Versorgung, der Betreuung gemäß § 36 SGB XI und Wegepauschalen sowie Pflegeeinsätze von Pflegediensten bei Pflegegeld-empfängerinnen und -empfängern gemäß § 37 Abs. 3 SGB XI gezählt.

---

[136] Niedersächsischer Leistungskomplexkatalog für ambulante Pflegeleistungen nach SGB XI

Bei der Vergütung der ambulanten Pflegeleistungen nach Leistungskomplexen sind jeweils zu solchen Komplexen (z. B. „kleine Morgentoilette“, „große Morgentoilette“ etc.) zusammengefasste Einzelleistungen mit einem Punktwert versehen.
Grundlage für die Abrechnung der Leistungen ist die Punktzahl des jeweiligen Leistungskomplexes. Die Punktwerte liegen in Niedersachsen zwischen 0,030 und 0,041 Euro.

Bestandteile des Vergütungssystems sind Leistungskomplexe für:

- den Erstbesuch
- den Folgebesuch
- die Grundpflege und
- die hauswirtschaftliche Versorgung.

Prophylaxen sind Bestandteil der Leistungskomplexe in der Grundpflege und i.S. einer aktivierenden Pflege im Rahmen und bezogen auf die einzelnen Verrichtungen zu erbringen.

Die Komplexleistungen werden auf der Basis von Punktwerten im Umfang zwischen 50 und 600 Punkten vergütet. In der Grundpflege sind weniger aufwendige Leistungen, wie beispielsweise Hilfen beim Aufsuchen und Verlassen des Bettes im Zusammenhang mit der Körperpflege mit 50, Hilfen beim An- bzw. Ausziehen von Kompressionsstrümpfen/-strumpfhose ab Klasse II mit 65 sowie Kämmen und Rasieren mit 70 Punkten versehen. Die große Pflege I mit Ganzkörperwaschung bzw. Duschen wird als sehr aufwendige Komplexleistung mit 360 und die große Pflege II mit der Ganzkörperwaschung im Vollbad mit 450 Punkten vergütet. Den höchsten Punktewert erhält der Erstbesuch mit der Anamnese, Beratung und Pflegeplanung in der Höhe von 600; der Folgebesuch ist mit 300 Punkten versehen.
Den Vergütungen für ambulante Pflegeleistungen liegt ein sehr differenziertes Leistungssystem zugrunde. Es ist daher - wenn überhaupt - nur sehr eingeschränkt mit anderen Vergütungssystemen vergleichbar.
Zu den leistungsbezogenen Vergütungen treten jeweils die leistungsunabhängigen Wegepauschalen hinzu. Hierbei gelten folgende grundsätzliche Unterscheidungen:

- Für die Zeit von 20.00 - 6.00 Uhr fallen grundsätzlich die doppelten Beträge an. Dasselbe gilt - für jede Tageszeit - an Wochenenden und Feiertagen.

- Werden vom Pflegedienst anlässlich desselben Hausbesuches sowohl Leistungen nach dem SGB XI als auch solche der häuslichen Krankenpflege (§ 37 SGB V) erbracht (dies ist häufig der Fall), halbieren sich die in den Leistungsabrechnungen für die nach SGB XI erbrachten Leistungen auszuweisenden jeweiligen Hausbesuchspauschalen.
- Werden Leistungen von mehreren pflegebedürftigen Menschen gemeinsam abgerufen und in Anspruch genommen, müssen entsprechende vertragliche Regelungen getroffen werden, sodass die sich aus der gemeinsamen Leistungsinanspruchnahme ergebenden Zeit- und Kostenersparnisse den Pflegebedürftigen zu Gute kommen. Mit dieser Vorschrift zur Aufforderung entsprechende vertragliche Regelungen zu treffen, sollen die Kostenvorteile bei der Betreuung mehrerer Personen zugunsten der Pflegebedürftigen abgeschöpft werden. Das **sogenannte „Poolen" von Leistungen** ist insbesondere bei den Wegepauschalen und hauswirtschaftlichen Leistungen beispielsweise in Pflegewohngemeinschaften bzw. in Formen des betreuten Wohnens möglich. In Niedersachsen wurden die Voraussetzungen dafür durch eine Integration im Niedersächsischen Leistungskatalog geschaffen. Entsprechende Verträge sind den Landesverbänden der Pflegekassen bislang jedoch nicht bekannt.

3.9.2 Vergütungen von Leistungen der vollstationären Dauerpflege

Rechtsgrundlagen

Die vertragsrechtlichen Grundlagen für die Vergütung stationärer Pflegeleistungen (Leistungen der vollstationären Dauerpflege ebenso wie solche der Tages- und Nachtpflege und der Kurzzeitpflege) bilden die §§ 84, 85 SGB XI i. V. m. § 75 SGB XI (Rahmenvertrag). Pflegesätze sind die Entgelte der Heimbewohner oder ihrer Kostenträger für die teil- oder vollstationären Pflegeleistungen des Pflegeheims sowie für die soziale Betreuung und für die medizinische Behandlungspflege, soweit kein Anspruch auf Krankengeld nach § 37 SGB XI besteht. In den Vergütungen für die vollstationären Pflegeleistungen dürfen keine Aufwendungen berücksichtigt werden, die nicht der Finanzierungszuständigkeit der sozialen Pflegeversicherung unterliegen (§ 84 Abs. 1 SGB XI). Die Pflegesätze sind nach dem

Versorgungsaufwand der Pflegebedürftigen (Pflegestufen) in drei Pflegeklassen einzuteilen. Für Pflegebedürftige, die als Härtefall anerkannt sind, können Zuschläge zum Pflegesatz der Pflegeklasse 3 bis zur Höhe des kalendertäglichen Unterschiedsbetrages vereinbart werden, der sich aus § 43 Abs. 2 Satz 2 Nr. 3 und 4 ergibt.

Neben den Pflegesätzen und den Entgelten für Unterkunft und Verpflegung dürfen mit den Heimbewohnerinnen und Heimbewohnern einzelvertraglich Zusatzleistungen vereinbart werden (§ 88 SGB XI). Sie sind in dem Rahmenvertrag nach § 75 SGB XI von den notwendigen Leistungen abzugrenzen und von den Heimbewohnerinnen und Heimbewohnern jederzeit abwählbar.
Die Pflegevergütungen und das Entgelt für Unterkunft und Verpflegung werden von allen vorgenannten Parteien; der Investitionsbetrag nur zwischen dem Einrichtungsträger und dem örtlichen Träger der Sozialhilfe vereinbart.

Seit 1.7.2008 können Pflegeheime unter bestimmten Voraussetzungen auch Vergütungszuschläge für Pflegebedürftige nach § 87b SGB XI vereinbaren.

3.9.2.1 Vergütungen für Pflegeleistungen

Durchschnittsbeträge
Die Einrichtungen der vollstationären Dauerpflege erhielten Ende 2007 für ihren Pflegeaufwand gem. Pflegestatistik je Platz und Tag durchschnittlich

- in Pflegeklasse I: 41 Euro[137],
- in Pflegeklasse II: 53 Euro und
- in Pflegeklasse III: 66 Euro.

Die durchschnittliche Vergütung für vollstationäre Dauerpflege im Monat beträgt in Pflegeklasse I 1.246 Euro in den weiteren Pflegeklassen 1.611 und 2.006 Euro.

[137] In der Pflegestatistik sind alle Beträge jeweils auf einen vollen Euro-Betrag auf- bzw. abgerundet ausgewiesen.

Vergütungen im Ländervergleich

Die vollstationären Pflegeheime in **Niedersachsen** hatten im Ländervergleich in Pflegestufe I nach Bremen **den niedrigsten Durchschnittssatz der westlichen Bundesländer** (siehe auch Abschnitt III.1.3). Alle östlichen Bundesländer lagen mit ihren Durchschnittsbeträgen noch deutlich darunter. Bayern und Baden-Württemberg lagen mit 1.520 bzw. 1.459 Euro in Pflegestufe I an höchster Stelle, der Gesamtdurchschnitt bei 1.307 Euro.

In Pflegestufe II hat Berlin die höchsten Pflegesätze (1.946 Euro); Niedersachsen (1.611 Euro) liegt unter dem Bundesdurchschnitt von 1.733 Euro und nach den östlichen Bundesländern und Rheinland-Pfalz auf einem unteren Rang.

In Pflegestufe III haben Nordrhein-Westfalen (2.341 Euro) und Baden-Württemberg (2.371 Euro) die höchsten Pflegesätze. Niedersachsen (2.006 Euro) liegt mit den östlichen Bundesländern unter dem Bundesdurchschnitt von 2.158 Euro.

Durchschnittliche Vergütungen nach Gruppen von Trägern

Vollstationäre **Pflegeheime in privater Trägerschaft** waren Ende 2007 mit ihren Pflegesätzen über alle Pflegeklassen **unterdurchschnittlich** (siehe auch Abschnitt III.1.3). Nur der Verpflegungssatz lag auf der Höhe des Landesdurchschnitts. Die Pflegeheime in gemeinnütziger und öffentlicher Trägerschaft lagen in allen Pflegeklassen über dem Landesdurchschnitt. Die öffentlichen Träger waren im Vergleich zu den freigemeinnützigen nochmals in allen Pflegeklassen teurer. Die Verpflegungssätze der beiden Träger lagen etwas über dem Durchschnitt.

Tab. (64) Vergütungen nach Trägerschaft und Pflegeklassen

Art der Vergütung	Insgesamt	**Private Träger**	**Freigemeinnützige Träger**	**Öffentliche Träger**
Pflegeklasse 1	41	40	42	45
Pflegeklasse 2	53	52	55	59
Pflegeklasse 3	66	64	68	73
Verpflegung	16	16	17	17

Quelle: LSKN, Pflegestatistik über stationäre Einrichtungen, 2007

Preisentwicklung zwischen Ende 1999 und Ende 2007

In dem genannten Zeitraum sind die **Preise für vollstationäre Leistungen der Dauerpflege kontinuierlich gestiegen**. In Pflegeklasse 1 betrug der Preisanstieg durchschnittlich 4 Euro, in den Pflegeklassen 2 und 3 ebenfalls jeweils durchschnittlich 4 Euro. Die Verpflegungssätze sind in dem Zeitraum gleich geblieben.

Tab. (65) Tagespflegesätze vollstationäre Dauerpflege nach Pflegeklassen in €

Art der Vergütung	**1999**	**2003**	**2007**
Pflegeklasse 1	37	40	41
Pflegeklasse 2	48	52	53
Pflegeklasse 3	61	65	66
Verpflegung	16	16	16

Quelle: LSKN, Pflegestatistik über stationäre Einrichtungen, 2007

Insgesamt sind die Pflegesätze bei allen Trägern zwischen 1999 und 2003 stärker angestiegen als in den Jahren zwischen 2003 und 2007.

Die Preisentwicklung mit wachsenden Pflegesätzen war bei den privaten Trägern ausgeprägter (5, 7 und 7 Euro), bei den freigemeinnützigen etwas geringer (4, 5 und 5 Euro) und bei den Pflegeheimen in öffentlicher Trägerschaft war der Preisanstieg gemäß Pflegestatistik mit 4, 5 und 4 Euro je Platz und Tag durchschnittlich am niedrigsten.

Tab. (66) Tagespflegesätze vollstat. Dauerpflege nach Trägerschaft und Pflegeklassen in Euro

Träger/Jahre Pflegeklassen	**Private Träger** 1999 - 2003 - 2007			**Freigemeinnützige** 1999 - 2003 - 2007			**Öffentliche Träger** 1999 - 2003 - 2007		
Pflegeklasse 1	35	38	40	38	41	42	41	44	45
Pflegeklasse 2	45	50	52	50	54	55	54	57	59
Pflegeklasse 3	57	61	64	63	67	68	69	71	73
Verpflegung	16	16	16	17	17	17	18	17	17

Quelle: LSKN, Pflegestatistik über stationäre Einrichtungen, 2007

Preisunterschiede zwischen den Einrichtungen

Zwischen den Einrichtungen bestehen **zum Teil erhebliche Preisunterschiede**. So gab es beispielsweise Ende 2007 in Pflegeklasse 1 11 Einrichtungen mit einem Pflegesatz von unter 20 und 25 Euro je Platz und Tag und 44 Pflegeheime mit einem Satz von über 65 Euro (siehe Tab. 67). Bei Pflegeklasse 2 bewegten sich die Pflegesätze zwischen 20 - 25 Euro (2 Heime) und 75 und mehr Euro (53 Heime), bei Pflegeklasse 3 zwischen weniger als 45 Euro (5 Heime) und über 100 Euro (17 Heime).

Tab. (67) Vollst. Einricht. der Dauerpflege 2007 nach Kapazitätsgrößen und Größenklassen (TA)

Die größte Anzahl liegt jedoch jeweils am Mittelwert oder in dessen Nähe. So lagen z. B. Ende 2007 bei Pflegeklasse 1 77% aller Pflegheime bei einem Betrag zwischen 35 - 45 Euro, bei Pflegeklasse 2 annähernd 62,7% im Bereich zwischen 45 - 55 Euro (siehe Tab. 67). Die Pflegesätze in Pflegeklasse 3 waren zu 18,5% in der Preisklasse zwischen 55 und 60 Euro, zu rd. 30% in der Preisklasse zwischen 60 und 65 Euro und 35,4% in der Preisklasse zwischen 65 und 75 Euro.

Verhältnis der Preise für die vollstationäre Pflege zu den Leistungen der Pflegeversicherung:

Pflegebedürftige Heimbewohnerinnen und Heimbewohner erhalten aus den Mitteln der Pflegeversicherung monatlich bis zu

- 1.023 Euro bei Pflegestufe I
- 1.279 Euro bei Pflegestufe II und
- 1.432 Euro bei Pflegestufe III (bis 30. Juni 2008).

Heimbewohnerinnen und Heimbewohner in Niedersachsen konnten Ende 2007 somit im Durchschnitt in keiner Pflegestufe mehr ihre Aufwendungen für die Pflegeleistungen im Heim aus Mitteln der Pflegeversicherung voll abdecken. Bereits bei Pflegestufe 1 waren von ihnen im Durchschnitt monatlich 223 Euro aus eigenem Einkommen und Vermögen oder zu Lasten eines nachrangigen Leistungsträgers (Sozialhilfe) aufzubringen. Bei Pflegestufe 2 betrug die notwendige Eigenleistung durchschnittlich monatlich 332 Euro, bei Pflegestufe 3 monatlich 574 Euro.

Vergütungszuschläge für Pflegebedürftige nach § 87b SGB XI

1.227 vollstationäre Pflegeeinrichtungen haben mit Stand Ende Oktober 2010 Vergütungszuschläge für Pflegebedürftige nach § 87b SGB XI mit den Pflegekassen in Niedersachsen vereinbart. Die täglichen Beträge liegen nach Auskunft der AOK Niedersachsen zwischen 2,46 Euro und 3,59 Euro. Der Mittelwert beträgt 3,24 Euro.

Regionale Preisstrukturen

Anders als für weite Teile der ambulanten Pflegeeinrichtungen sind die für die vollstationären Einrichtungen der Dauerpflege vereinbarten Preise sehr individuell und auch im Durchschnitt auf kommunaler Ebene durchaus unterschiedlich. Hierbei lässt sich erneut kein typisches Muster Stadt / Land feststellen, wenn auch **die durchschnittlich höchsten Sätze** über alle Pflegeeinrichtungen hinweg in den **Städten Göttingen (44 / 57 / 70 Euro), und Osnabrück (46 / 59 / 74 Euro)** bezahlt wurden. Vergleichsweise hoch im Pflegesatz lagen auch noch die Landkreise Vechta (43 / 56 / 70), Göttingen (44 / 57 / 70), Hameln-Pyrmont (42 / 55 / 68) und die Region Hannover (45 / 58 / 71). Die durchschnittlich niedrigsten Pflegesätze hatten die Einrichtungen in den Landkreisen Lüchow-Dannenberg, Osterode am Harz und Peine.

3.9.2.2 Entgelte für Unterkunft und Verpflegung

Höhe der Entgelte

Hierzu ist festzuhalten:

- Bewohnerinnen und Bewohner von vollstationären Einrichtungen der Dauerpflege in Niedersachsen mussten Ende 2007 nach den Daten der Pflegestatistik durchschnittlich **16 Euro je Platz und Tag** für Unterkunft und Verpflegung aufwenden.
- Gemeinsam mit Berlin hatten die Pflegeheime in **Niedersachsen auch bei Unterkunft und Verpflegung den niedrigsten Durchschnittspreis mit 16 Euro aller westlichen Bundesländer**. Durchschnittlich am teuersten waren hier die Heime in Nordrhein-Westfalen (26 Euro), gefolgt von Hamburg (23 Euro).

- Ausweislich der Pflegestatistik blieb das **Durchschnittsentgelt** für Unterkunft und Verpflegung in Niedersachsen über die Jahre **von Ende 1999 bis Ende 2007 unverändert**.
- **Pflegeeinrichtungen in gemeinnütziger und in öffentlicher Trägerschaft** nahmen Ende 2007 **durchschnittlich ein Euro mehr** pro Platz und Tag (17 Euro).

Regionale Preisstrukturen

Auch zwischen den kommunalen Gebietskörperschaften bestehen hinsichtlich der durchschnittlich von den Dauerpflegeeinrichtungen erhobenen Beträge für Unterkunft und Verpflegung deutliche Unterschiede. Die niedrigsten Beträge lagen bei 15 Euro (Landkreise Osterode, Peine, Cloppenburg, Oldenburg, Wesermarsch und Stadt Delmenhorst) und 18 Euro (Landkreise Gifhorn, Harburg, Stadt Wilhelmshaven und Region Hannover).

3.9.2.3 Investitionskosten

In Rede stehen hier die Aufwendungen für die betriebsnotwendigen Investitionsfolgeaufwendungen, die den Bewohnerinnen und Bewohnern von Pflegeheimen in Rechnung gestellt werden können (§ 82 SGB XI)[138]. Es können keine Vergleiche zwischen Einrichtungen und kommunalen Gebietskörperschaften hergestellt werden, da die von der Pflegestatistik erfassten Merkmale sich nur auf die Vergütungsbestandteile „Vergütung für die allgemeinen Pflegeleistungen“ und „Entgelt für Unterkunft und Verpflegung“ (§ 82 Abs. 1 SGB XI) beziehen. Über die den Nutzerinnen und Nutzern der Pflegeheime ebenfalls berechneten Investitions(folge)aufwendungen (§ 82 Abs. 3 und 4 SGB XI) können aufgrund der diesbezüglich fehlenden Zuständigkeit der Vertragsparteien zur Vereinbarung auch dieses Kostenbestandteiles der Pflegeeinrichtungen im SGB XI keine Aussagen getroffen werden.

[138] Dargestellt werden Durchschnittswerte sowie niedrigste und höchste Werte. Die Höhe der Investitionsaufwendungen gibt grundsätzlich keinen Hinweis auf den baulich-räumlichen Zustand der Einrichtungen.

Höhe der Investitionsbeträge

Bewohnerinnen und Bewohner von vollstationären Einrichtungen der Dauerpflege mussten im Oktober 2010 über ihren Beitrag zu den allgemeinen Pflegeleistungen hinaus - soweit nicht durch die Leistungen der Pflegeversicherung abgedeckt - und zusätzlich zu den Entgelten für Unterkunft und Verpflegung **im Durchschnitt** über alle vollstationären Pflegeheime je Tag rd. 16 Euro **für die Investitions(folge)aufwendungen** bezahlen. **Monatlich** war dies ein Betrag von **486,70 Euro**. Die Unterschiede zwischen den Einrichtungen sind - je nach Ausfinanzierungsgrad der vordem getätigten Investitionen und sonstiger Finanzierungsbedingungen bei den zurückliegenden Investitionen - außerordentlich unterschiedlich. Sie reichten von 3,85 bis 36,19 Euro, d. h. monatlich von einem Betrag **von 117 Euro bis zu über 1.100 Euro**.

Die **Beträge** für die Investitionsaufwendungen sind durchschnittlich seit 1.Juli 2005 **um 7,5%**, **gestiegen**.

3.9.3 Vergütungen von teilstationären Pflegeleistungen

Vergütungen

Die gemäß Pflegestatistik für Ende 2007 ausgewiesenen 109 teilstationären Pflegeeinrichtungen hatten einen Durchschnittspflegesatz in Pflegeklasse 1 von 34 Euro, in Pflegeklasse 2 von 42 und in Pflegeklasse 3 von 50 Euro pro Tag und Person.

2003 lagen die Durchschnittssätze für die Pflegeklassen 1, 2 und 3 bei 34, 43 und 52 Euro. Die Pflegesätze für teilstationäre Pflegeleistungen sind in den Jahren zwischen Ende 2003 und Ende 2007 in Pflegeklasse 1 gar nicht und in den Pflegeklassen 2 und 3 um durchschnittlich ein bzw. zwei Euro gesunken.

Die Pflegesätze reichen in Pflegeklasse 1 von 20 - 24 Euro (4 Einrichtungen) bis zu 65 und mehr Euro täglich (5 Einrichtung). Die weitaus meisten Einrichtungen (52 Einrichtungen) bewegten sich zu jeweils in etwa gleicher Zahl in den Preisklassen zwischen 35 und 45 Euro.

In Pflegeklasse 2 reicht die Spanne von ebenfalls 25 - 30 Euro (3 Einrichtung) bis zu 75 und mehr Euro (3 Einrichtung). Insgesamt 57,8% der Einrichtungen hatten Pflegesätze zwischen 35 und 45 Euro.

Für Nutzerinnen und Nutzer der Pflegestufe 3 boten immerhin 34% der Einrichtungen Ende 2007 noch einen Pflegesatz von unter 45 Euro pro Tag. Die übrigen Einrichtungen verteilten auf die Preisklassen zwischen 45 und 75 Euro. Immerhin noch drei Einrichtungen forderten von ihren Tages- / Nachtgästen 75 und 85 Euro.

Entgelte für Unterkunft und Verpflegung

Die Entgelte für Unterkunft und Verpflegung lagen Ende 2007 bei durchschnittlich 13 Euro je Platz und Tag. Damit betrugen sie durchschnittlich drei Euro weniger als bei den vollstationären Dauerpflegeheimen.

Ebenfalls wie bei den vollstationären Einrichtungen der Dauerpflege ist auch bei den Tages- und Nachtpflegeeinrichtung der Preis für Unterkunft und Verpflegung gesunken - hier von Ende 2003 bis Ende 2007 um durchschnittlich ein Euro je Tag.

3.9.4 Vergütungen von Leistungen der Kurzzeitpflege

Die nachfolgenden Daten beziehen sich ausschließlich auf vollstationäre Pflegeeinrichtungen, die ein spezielles Kurzzeitpflegeangebot in Gestalt einer Solitäreinrichtung oder einer abgegrenzten wirtschaftlichen Einheit mit eigenem Versorgungsvertrag in Angliederung an eine andere Pflegeeinrichtung - zumeist eine Einrichtung der vollstationären Dauerpflege, ein Krankenhaus oder eine stationäre Einrichtung der medizinischen Rehabilitation vorhalten. Die Vergütungen der Leistungen der so genannten „eingestreuten“ Kurzzeitpflege in vollstationären Einrichtungen der Dauerpflege und die Entgelte für Unterkunft und Verpflegung, die während des Kurzzeitpflegeaufenthaltes von den Kurzzeitpflegegästen aufzubringen sind, entsprechen grundsätzlich denjenigen der Bewohnerinnen und Bewohner der Pflegeheime, die sich dauerhaft in den Einrichtungen aufhalten.

Vergütungen

Ende 2007 waren in Niedersachsen ausweislich der Pflegestatistik insgesamt 86 Kurzzeitpflegeeinrichtungen zur entsprechenden Versorgung mit Leistungen nach § 42 SGB XI und ggf. § 39 SGB XI zugelassen. Die Durchschnittspflegesätze in den Pflegeklassen 1, 2 und 3 betrugen 48, 59 und 70 Euro (2003: 48, 60 und 73 Euro), die Vergleichswerte in der vollstationären Dauerpflege lagen bei 41, 53 und 66 Euro.

Für die Kurzzeitpflege bestand gem. § 42 SGB XI ein - pflegestufenunabhängiger - Leistungsanspruch in Höhe bis zu 1.432 Euro (bis 1.7.2008) bzw. 1.470 Euro (seit 1.7.2008) je Kalenderjahr. Der Anspruch ist auf vier Wochen je Kalenderjahr beschränkt. Die bei den vorgenannten durchschnittlichen Vergütungen möglichen **Aufenthaltsdauern** in den Einrichtungen ohne einen Zuzahlungsbedarf für die Pflegeleistungen aus eigenem Einkommen betragen **im Höchstfall** (jeweils knapp) **30 Tage** bei **Pflegeklasse 1**, **24 Tage** bei **Pflegeklasse 2** und **20 Tage** bei **Pflegeklasse 3**. Insofern werden bei den beiden letztgenannten Pflegeklassen die Aufwendungen nicht mehr in vollem Umfang aus Mitteln der Pflegeversicherung gedeckt, sofern der gesetzlich mögliche Höchstzeitraum für den Aufenthalt in der Einrichtung genutzt werden soll. Dieser leistungsrechtliche „Mangel" kann im Falle der Kurzzeitpflege allerdings durch die ergänzende Inanspruchnahme von Leistungen der Verhinderungspflege (§ 39 SGB XI) kompensiert werden. Diese Vorschrift ermöglicht ebenfalls Leistungen bis zu kalenderjährlich vier Wochen und bis zu 1.432 Euro bzw. 1.470 Euro (seit 1.7.2008). Insofern können sich die o. g. Aufenthaltsdauern in den Kurzzeitpflegeeinrichtungen im Bedarfsfall verdoppeln[139].

Die Preisentwicklung zwischen Ende 2003 und Ende 2007 fiel bei den Kurzzeitpflegeeinrichtungen durchschnittlich mit einem Anstieg von sieben Euro in Pflegeklasse 1, sechs in Pflegeklasse 2 und vier in Pflegeklasse 3 höher aus als bei den vollstationären Einrichtungen der Dauerpflege.

Die Preisspannen lagen Ende 2007 bei Pflegeklasse 1 zwischen 30 bis 35 Euro und 65 und mehr Euro je Platz und Tag, bei Pflegeklasse 2 zwischen 30 und 35 Euro und 75 Euro und mehr und bei Pflegeklasse 3 unter 45 Euro und 100 und mehr.
Der Zusammenhang zwischen der Größe der Einrichtung und der Höhe des Pflegesatzes ist bei den Kurzzeitpflegeeinrichtungen noch weniger ausgeprägt als bei den vollstationären Dauerpflegeeinrichtungen und den teilstationären Pflegeeinrichtungen.

Entgelte für Unterkunft und Verpflegung

[139] Diese rechtlichen Rahmenbedingungen treffen auf die so genannte „eingestreute" Kurzzeitpflege in gleicher Weise zu.

Die Entgelte für Unterkunft und Verpflegung lagen Ende 2007 mit durchschnittlich 17 Euro knapp über denjenigen der vollstationären Dauerpflegeeinrichtungen. Die Entgelte für Unterkunft und Verpflegung sind im Zeitraum von Ende 2003 bis Ende 2007 um zwei Euro gesunken und haben damit wieder das Niveau von 2001 erreicht.

Zusammenfassende Feststellung

In Abschnitt I.3.5 wurde dargestellt, dass sich die Zahl der solitären Kurzzeitpflegeeinrichtungen in den Jahren zwischen Ende 2003 und Ende 2007 um 24 Einrichtungen verringert hat (Ende 1999 bis Ende 2003 um 22 Einrichtungen) und auch die Zahl der angebotenen Plätze abgenommen hat. Damit setzt sich eine Entwicklung fort, die seit 1999 zu beobachten ist. Insgesamt gibt es Ende 2007 86 Kurzzeitpflegeeinrichtungen mit einem eigenen Versorgungsvertrag.

Solitäre Kurzzeitpflegeeinrichtungen verlieren in der regionalen Versorgung zunehmend an Bedeutung. Die Mehrzahl aller Landkreise und kreisfreien Städte kann keine Pflegeplätze in Kurzzeitpflegeeinrichtungen mehr ausweisen.

3.10 Angebote für Personen mit besonderem Hilfebedarf

3.10.1 Kinder

Mit 7.047 Personen (Ende 2007) stellen Kinder (unter 15 Jahren) eine vergleichweise kleine Gruppe unter den Leistungsempfängerinnen und Leistungsempfänger der Pflegeversicherung dar. Wenngleich es seit 2003 eine Verschiebung prozentualer Anteile in die Pflegestufe I gegeben hat, sind unter ihnen nach wie vor überproportional solche der Pflegestufe II und III vertreten. Pflegebedürftigkeit bei Kindern geht zumeist einher mit einer schweren Erkrankung und/oder Behinderung bzw. wird durch diese bewirkt (siehe auch Abschnitt I.1.4.1).

Die weit überwiegende Zahl der pflegebedürftigen Kinder wird in der Familie von den Eltern betreut. Sie stellen die pflegerische Versorgung im Sinne des SGB XI (Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung) mit Bezug von Pflegegeld selbst sicher (siehe auch Abschnitt I.1.4.1).

Mit dem Schweregrad der Pflegebedürftigkeit - in diesem Alter oft verbunden mit einer schweren oder mehrfachen Behinderung - nimmt aber (wie bei den Erwachsenen) die stationäre Versorgung wegen Überforderung des familialen

Kontextes zu. Solche Kinder befinden sich nahezu ausnahmslos in Einrichtungen der Behindertenhilfe (§ 71 Abs. 4 SGB XI). Bei ihnen geht das MS angesichts der Zuständigkeit des Landes als überörtlicher Träger der Sozialhilfe, vertreten durch das Landesamt für Soziales, Jugend und Familie (LS), von einer alters- und behinderungsgerechten Wohn- und Betreuungssituation sowie einer fachlich qualifizierten medizinisch-pflegerischen Versorgung aus. Die Leistungen der Eingliederungshilfe umfassen in den Einrichtungen auch diese Leistungen. Das LS ist für diese Einrichtungen auch die Heimaufsichtsbehörde.

Bei der häuslichen Versorgung wird die pflegerische Versorgung der Kinder nicht selten ergänzend durch Leistungen der häuslichen Krankenpflege (§ 37 SGB V) sichergestellt. Das trifft vor allem bei sehr kleinen oder schwerst kranken Kindern zu. Solche Kinder bedürfen häufiger behandlungspflegerischer Leistungen nach ärztlicher Verordnung, die (neben den Ärztinnen und Ärzten) nur von Fachpflegekräften ordnungsgemäß ausgeführt werden können. Vielfach bedarf es auch der fachlichen Anleitung und Unterstützung der Eltern hinsichtlich der medizinisch-pflegerischen Versorgung. Eltern und Geschwister von pflegebedürftigen Kindern leben in einer andauernden Ausnahmesituation. Sie sind außerordentlichen Belastungen physischer und psychischer Art ausgesetzt. Ganz besonders gilt dies nach der Geburt und in den ersten Lebensjahren sowie bei lebensbedrohlichem Zustand des Kindes. Eltern pflegebedürftiger Kinder bedürfen daher neben ärztlicher und fachpflegerischer Information und Anleitung auch begleitender Beratung und psychosozialer Unterstützung.

Im Pflegerahmenplan des MS (damals MFAS) aus dem Mai 2000 wurde - im Rahmen der damals zur Verfügung stehenden Kenntnisse beschränkt auf die häusliche Kinderkrankenpflege - auf ein, unter dem Aspekt einer flächendeckenden Versorgung unzureichendes Angebot hingewiesen und ein Dialog des MS hierüber mit den Landesorganisationen der Kranken- und Pflegekassen und dem Arbeitskreis der häuslichen Kinderkrankenpflege in Niedersachsen angekündigt. Dieser Dialog wurde noch im Jahr 2000 auf der Fachebene begonnen und durch ein Gespräch der damals amtierenden Sozialministerin mit der damaligen Vorstandsvorsitzenden der AOKN unterstützt.

Gleichzeitig wurde über die Errichtung eines Kinderhospizes für sterbende Kinder und für Kinder mit einer begrenzten Lebenserwartung mittels landesseitiger Förderung beraten. Das Kinderhospiz „Löwenherz“ mit Sitz in Syke wurde am 22. September 2003 eröffnet. Die Investitionsfolgeaufwendungen werden nach dem Niedersächsischen Pflegegesetz (NPflegeG) gefördert.
Das Kinderhospiz bietet acht Plätze für die Betreuung, Unterstützung und Begleitung von Kindern mit einer lebensbedrohenden Krankheit und deren Eltern. Es umfasst neben Räumlichkeiten für die Kinder auch solche für begleitende Eltern. Die Einrichtung ist als Pflegeeinrichtung nach § 72 SGB XI für Leistungen der vollstationären Pflege und der Kurzzeitpflege zugelassen. Sie dient insoweit den Familien auch für eine vorübergehende Entlastung.
Wie aus der nachstehenden Übersicht der einzelnen Projekte ersichtlich ist, hat das Land Niedersachsen in den Jahren 2007 bis 2009 die Fortbildung ambulanter Hospizhelferinnen und -helfer durch das Kinderhospiz Löwenherz unterstützt. Zudem wurde von 2007 bis 2010 eine Studie des Deutschen Kinderhospizvereins zur Hospizarbeit im Bereich Kinder und Jugendliche mit finanziellen Mitteln des Landes durchgeführt.

Die vorstehenden Bemühungen der Landesregierung um eine Verbesserung der Situation schwerstkranker / -behinderter / pflegebedürftiger Kinder fanden ab Mitte 2001 eine wesentliche Unterstützung durch den einstimmigen Beschluss des Landtages „Flächendeckende Versorgung und Betreuung schwerstkranker Kinder sicherstellen“ vom 13. Juni 2001 (LT-Drs. 14/2567)[140].
Mit Datum vom 26. Januar 2005 hat der Niedersächsische Landtag durch einen erneuten, wiederum einstimmigen, Beschluss „Versorgung schwer kranker Kinder in Niedersachsen qualitativ verbessern“ die Thematik erweitert und vertieft[141].

Zur Umsetzung der Entschließung vom Juni 2001 wurde vom MS ein „Runder Tisch schwerstkranke Kinder“ (im Folgenden nur Runder Tisch) eingerichtet. Am Runden Tisch sind neben dem MS als Moderator und Geschäftsführung die Leistungsträger

[140] Weitere Informationen dazu sind im Landespflegebericht 2005, S. 177 nachzulesen.
[141] Im Einzelnen siehe Antwort der Landesregierung; LT-Drs. 15/2091 vom 30.06.2005

und -erbringer, Kinderkrankenhäuser sowie Kinderkrankenpflegedienste und Selbsthilfegruppen vertreten.
Er berät das MS hinsichtlich der mit der Umsetzung der Landtagsentschließung verbundenen fachpraktischen Fragen sowie bei Anträgen auf Förderung von Einzelmaßnahmen (Modellerprobungen, Untersuchungen und wissenschaftlichen Begleitungen, Baumaßnahmen, Fortbildungsmaßnamen) und stellt die Koordination und Vernetzung unter den Beteiligten und in die nach geordneten Gliederungen sicher.
Über die Umsetzung dieser Entschließung hat die Landesregierung in zwei Antworten mit Datum vom 16.01.2002 (LT-Drs. 14/3053) und 30.06.2005 (LT-Drs. 15/2091) informiert. Der letztgenannte Bericht enthält auch Kurzdarstellungen der landesseitig geförderten Projekte und Maßnahmen zum derzeitigen Erkenntnisstand.

Die Bestandsaufnahme hat zum einen erkennen lassen, dass Niedersachsen über ein landesweites und differenziertes Angebot an Versorgungs- und Unterstützungsmöglichkeiten für schwerstkranke Kinder und ihre Eltern verfügt. Gleichzeitig stellt sie einen wertvollen Erkenntnishintergrund für unzureichendes Angebot in quantitativer und qualitativer Hinsicht wie unter dem Aspekt der Erreichbarkeit seitens der betroffenen Familien dar. Diese unzureichenden Versorgungsstrukturen wurden und werden im Runden Tisch aufgearbeitet, im Blick auf ihre Umsetzbarkeit bzw. die Umsetzungsbedingungen und -voraussetzungen geprüft und, sofern möglich, gemeinsam bzw. von den jeweiligen Partnern einer Lösung zugeführt. Die Arbeit des Runden Tisches erstreckt sich über unterschiedliche Förderprojekte.

Tab. (68) Vom Förderprogramm „schwerstkranke Kinder“ unterstützte Projekte

Lfd. Nr.	Bezeichnung der Maßnahme	Laufzeit	bewilligte Förderung (in Euro)
1	Qualifizierung einer Kinderpflegekraft zur häuslichen Pflege für dauerbeatmete Kinder (KIMBU häusliche Kinderkrankenpflege)	2003	8.000,00
2	Zuwendungen zum Bau des Kinderhospizes Löwenherz	2003-2004	772.000,00
3	Entwicklung einer zuverlässig beurteilbaren Narkoseführung bei Kindern in den ersten Lebensmonaten (Frühgeborene, Säuglinge und Kleinkinder bis zu einem Jahr) (Klinikum Oststadt, Hannover)	2002-2004	248.858,00
4	Modellerprobung klinikgestütztes Case-Management zur Sicherstellung der Versorgung und Betreuung schwerstkranker Kinder - städtischer Raum (Hannoversche Kinderheilanstalt)	2002-2007	187.188,00
5	Modellerprobung fachlich begleitete Gruppen von Eltern sehr kleiner Frühgeborener (Hannoversche Kinderheilanstalt)	2004-2008	101.948,80
6	Wissenschaftliche Begleitung des vom MDKN durchgeführten Modellvorhabens „Verbesserung der Begutachtung von Pflegebedürftigkeit bei Kindern in Niedersachsen“ (Uni Bielefeld)	2004-2006	74.170,00
7	Wissenschaftliche Begleitung der Konzeptentwicklung und Erprobung einer Fortbildung für die häusliche Krankenpflege für schwerstkranke Kinder (FH Münster)	2004-2007	150.000,00
8	Modellerprobung klinikgestütztes Case-Management zur Sicherstellung der Versorgung und Betreuung schwerstkranker Kinder - ländlicher Raum	2004-2008	160.000,00
9	Errichtung eines therapeutischen Zentrums mit integrierter Kurzzeitpflege für hirnorganisch/neurologisch erkrankte Kinder und Jugendliche, Zuwendung für den Bau und die Ausstattung eines Wohn- und Aufenthaltsbereiches für die Eltern sowie von Räumlichkeiten für die Schulung und Förderung der Eltern (Kinderkrankenhäuser Papenburg und Meppen)	2004-2005	175.324,00

10	Einführung einer Qualitätsgemeinschaft und Versorgungsstruktur bei niedersächsischen Kinderkrankenpflegediensten (KIMBU häusliche Kinderkrankenpflege)	2006-2008	207.188,00
11	Studie zur Hospizarbeit im Bereich Kinder und Jugendliche (Deutscher Kinderhospizverein)	2007-2010	95.000,00
12	Fortbildung ambulanter Hospizhelfer (Kinderhospiz Löwenherz)	2007-2009	65.564,00
13	Begleitete Gruppen von Eltern mit Migrationshintergrund sehr kleiner Frühgeborener (Sozialpädiatrisches Zentrum der Hannoverschen Kinderheilanstalt)	2008-2010	138.267,00
14	Optimale flächendeckende Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit Krebs (Betreuungsnetz für schwerkranke Kinder)	2008-2010	368.598,18
15	Entwicklung und Umsetzung eines ganzheitlichen Betreuungs- und Förderkonzeptes im Rahmen des Krankenhaus-Sonderunterrichts für schwerkranke Kinder und Jugendliche in Niedersachsen (UMG)	2009-2012	213.333,00
16	Maßnahmen zur Behebung des Personalnotstandes in der häuslichen Kinderkrankenpflege in Niedersachsen (KIMBU häusliche Kinderkrankenpflege)	2010-2013	180.000,00
17	Koordinierte Fort- und Weiterbildung zur Verbesserung der multidisziplinären ambulanten Versorgung schwerkranker Kinder und Jugendlicher (Betreuungsnetz für schwerkranke Kinder)	2010-2013	288.809,00
18	Qualitätssicherung in der ambulanten Versorgung schwerkranker Kinder und Jugendlicher (Betreuungsnetz für schwerkranke Kinder)	Antrag liegt vor	
19	Unterstützung von Familien mit schwerkranken Kindern und Jugendlichen: Geschwisterprojekte und Familienangebote (Betreuungsnetz für schwerkranke Kinder)	Antrag liegt vor	
20	Errichtung eines Jugendhospizes (Kinderhospiz Löwenherz)	Antrag liegt vor	
21	Kurzzeitpflegeeinrichtung für Kinder (Träger Aegidiushaus)	Gespräche laufen	

Kurzzeitpflegeeinrichtungen

Mit der Einführung des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes ist ein Kurzzeitpflegeaufenthalt nach § 42 SGB XI für Kinder nicht mehr nur auf Pflegeeinrichtungen des Elften Sozialgesetzbuches beschränkt. Auch Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen können nun im begründeten Einzelfall für einen Kurzzeitpflegeaufenthalt in Anspruch genommen werden. Der Bundesgesetzgeber hat mit dieser Neuregelung dem Umstand Rechnung getragen, dass zum einen solitäre Pflegeeinrichtungen für Kinder spärlich gesät sind und zum anderen Pflegeeinrichtungen für Erwachsene den kindlichen Bedürfnissen nicht gerecht werden können. Statistische Erhebungen über die Anzahl der Kinder, die dieses Angebot wahrgenommen haben, liegen nicht vor.

Der Runde Tisch unterstützt z.Z. die Einrichtung einer Kurzzeitpflege ausschliesslich für Kinder. Das Land will hierfür über einen Zeitraum von mehreren Jahren einen Zuschuss an den Träger leisten.

Ein besonderes Problemfeld im Zusammenhang mit der Versorgung und Betreuung schwerstkranker / -behinderter / pflegebedürftiger Kinder bildet die häusliche pflegerische Versorgung. Diese Problematik betrifft im Wesentlichen fünf Kernfragen:

1. die Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach dem SGB XI durch den medizinischen Dienst,
2. die Herstellung eines flächendeckenden, fachlich ausreichenden Angebotes,
3. die fachliche Qualität bzw. Qualifizierung der professionellen Pflegekräfte in allgemeinen Pflegediensten,
4. die Möglichkeiten der verstärkten Nutzung der häuslichen Kinderkrankenpflegedienste zur Fachberatung und -koordinierung im Aufgabenfeld der häuslichen Pflege schwerstkranker Kinder und
5. der Übergang aus der Kinderklinik in den familiären Alltag am Wohnort der betroffenen Familie.

Zu 1.) Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach dem SGB XI durch den medizinischen Dienst

In den Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes zur Begutachtung von Pflegebedürftigkeit nach dem XI. Buch des Sozialgesetzbuches[142] sind Besonderheiten der Ermittlung des Hilfebedarfs bei Kindern einschließlich ihrer Zeitbemessung erläutert. Danach ist das zu begutachtende Kind zur Feststellung des Hilfebedarfs mit einem gesunden Kind gleichen Alters zu vergleichen. Maßgebend für die Beurteilung des Hilfebedarfs bei einem Säugling oder Kleinkind ist nicht der natürliche altersbedingte Pflegeaufwand, sondern nur der darüber hinaus gehende Hilfebedarf. Im ersten Lebensjahr liegt Pflegebedürftigkeit nur ausnahmsweise vor; die Feststellung bedarf einer besonderen Begründung. In den Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes ist für einzelne Verrichtungen der Hilfebedarf angegeben, den erfahrungsgemäß fast alle der ihrem Alter entsprechend entwickelten und gesunden Kinder bei diesen Verrichtungen benötigen.

Auf Landesebene wurde der Versuch unternommen, die Begutachtung bei schwerstkranken Kindern modellhaft ausschließlich durch Fachkräfte der Kinderkrankenpflege durchzuführen. Hintergrund dafür war die Einschätzung, dass die besondere Situation von Familien mit schwerstkranken Kindern bei Begutachtungen nicht angemessen durch Personen gewertet wird, deren Kenntnisse und Erfahrungen im Wesentlichen auf die Pflegebedürftigkeit *älterer* Menschen ausgerichtet sind. Der MDKN hatte daher, einer Anregung des MS folgend, eine modellhafte Erprobung durchgeführt. Das Projekt wurde mit Förderung des Landes bis 2006 wissenschaftlich begleitet (s. vorstehende Übersicht) und ergab, dass der ausschließliche Einsatz von Kinderkrankenpflegekräften bei Kinderbegutachtungen nach dem SGB XI keine nennenswerten Effekte zeigen würde. Aus den Untersuchungsbefunden ließ sich jedoch ableiten, dass die Begutachtung unbedingt von Personen mit Pflegeerfahrung und speziellen Kenntnissen durchgeführt werden sollte. Empfehlenswert sei eine gezielte Weiterbildung der mit Kinderbegutachtungen regelmäßig beauftragten MDK-Mitarbeiter/-innen.

---

[142] MDS, GKV-Spitzenverband, Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes zur Begutachtung von Pflegebedürftigkeit nach dem XI. Buch des Sozialgesetzbuches, Düsseldorf, 2009, S. 57 ff

Seit dem 01.Juli 2008 gilt für die Begutachtung von Kindern inzwischen die Regelung des § 18 Abs. 7 S. 2 SGB XI.

Zu 2 und 3) Herstellung eines flächendeckenden, fachlich ausreichenden Angebotes und der fachlichen Qualität bzw. Qualifizierung der professionellen Pflegekräfte in allgemeinen Pflegediensten

In Niedersachsen gibt es zurzeit 12 ambulante Kinderkrankenpflegedienste. Mit den Standorten in Bremen, Göttingen, Hannover (zwei Dienste), Sulingen, Vechta, Wunstorf, Sögel, Uplengen-Remels, Braunschweig, Oldenburg und Nordhorn sind sie zwar über das Land verteilt, jedoch großräumig ungleichgewichtig. So besteht vor allem im Nord- und Südosten des Landes nahezu kein solches, in besonderer Weise für die Pflege schwerstkranker Kinder qualifiziertes Angebot. Vor diesem Hintergrund wurde vom Runden Tisch ein Konzept für eine Verdichtung des Hilfeangebotes im Bereich der häuslichen Kinderkrankenpflege entwickelt. Das Konzept besteht aus zwei Komponenten:

- dem Einbezug der Kinderkliniken und Abteilungen für Kinderheilkunde in die ambulante Versorgung insbesondere im Übergang nach einer stationären Behandlung im Wege von Vereinbarungen mit den Krankenkassen und
- der Gewinnung und Qualifizierung von Kinderkrankenpflegepersonal aus allgemeinen Pflegediensten zur Erbringung von Pflege- und Beratungsleistungen in Familien mit schwerstkranken Kindern. Bei diesen Fachkräften muss(te) angesichts ihrer weitgehend auf die Pflege alter Menschen ausgerichteten Berufspraxis von einem erheblichen Bedarf an Aktualisierung und Erweiterung ihres fachlichen Wissens im Blick auf die Pflege schwerstkranker Kinder ausgegangen werden.

Bislang haben von den 34 Kinderkliniken und kinderheilkundlichen Abteilungen an Krankenhäusern in Niedersachsen 22 eine Vereinbarung mit den Landesverbänden der landesunmittelbaren Krankenkassen abgeschlossen[143]. Die bundesunmittelbaren Kassen sahen sich aus grundsätzlichen Erwägungen (bundesweite Präzedenzwirkung) zu einem formellen Beitrag nicht in der Lage. Sie haben aber

[143] Zum Zeitpunkt der Antwort der Landesregierung auf die Entschließung vom 26.01.2005 waren es noch 18 Kliniken.

eine Einzelfall bezogene Leistungsbereitschaft zu erkennen gegeben und diese auch bereits in mehreren Fällen realisiert.

Für die Fortbildung der Kinderkrankenpflegekräfte aus allgemeinen Pflegediensten wurde mit Förderung durch das Land ein Konzept entwickelt. Es befindet sich derzeit in der Anwendung. Das Projekt, das zwei jeweils einjährige Maßnahmen zur berufsbegleitenden Fortbildung umfasst, wird wissenschaftlich begleitet (s. vorstehende Übersicht über die geförderten Projekte). Die Fortbildungsmaßnahmen sind bei den Trägern von Pflegediensten auf erfreuliche Resonanz gestoßen. In der ersten Maßnahme befinden sich 15 Teilnehmerinnen; für die zweite Maßnahme liegen bereits ausreichende Anmeldungen vor. Die bis jetzt vorliegenden Erfahrungen haben bereits erkennen lassen, dass die Kinderpflegekräfte einer nachgehenden Beratung und Unterweisung bedürfen. Insoweit stellen die Fortbildungen notwendige, aber nicht hinreichende Bedingungen für eine nachhaltig zufrieden stellende Verbesserung der Versorgung der schwerstkranken Kinder mit Leistungen der häuslichen Krankenpflege dar.

Zu 4) Möglichkeiten der verstärkten Nutzung der häuslichen Kinderkranken pflegedienste als Einrichtungen der Fachberatung und -koordinierung im Aufgabenfeld der häuslichen Pflege schwerstkranker Kinder

Die vorhandenen Kinderkrankenpflegedienste verfügen über hervorragende Kenntnisse und Erfahrungen im Bereich der Pflege und Betreuung von schwerstkranken Kindern und deren Familien. Sie haben dazu u. a. in Zusammenarbeit mit den Verbänden der Krankenkassen im Runden Tisch einen Leistungskatalog und Qualitätskriterien für die häusliche Krankenpflege schwerstkranker Kinder entwickelt[144]. Dieser Leistungskatalog wird von den landesunmittelbaren Krankenkassen für die Vergütung von Leistungen bei solchen Kindern zugrunde gelegt. Auch hier handeln die bundesunmittelbaren Kassen entsprechend.

Vor diesem Hintergrund stellt sich die Frage einer verstärkten Nutzung der besonderen Fachkompetenz der Kinderpflegedienste. Im Runden Tisch wurden dazu

---

[144] Dieser Leistungskatalog ist auf der Homepage des MS eingestellt: www.ms.niedersachsen/Soziales/Familie/HilfefürFamilien/de

verschiedene Ansätze erörtert, von denen sich derzeit im Blick auf konkrete Projekte konkretisieren:
Hinsichtlich des Aufbaus einer Qualitätsgemeinschaft und eines Netzwerkes Häuslicher Kinderkrankenpflege ist das Projekt „Einführung einer Qualitätsgemeinschaft und Versorgungsstruktur bei niedersächsischen Kinderkrankenpflegediensten“(KIMBU häusliche Kinderkrankenpflege) von 2006 bis 2008 gefördert worden. Im engeren Sinne handelt es sich bei diesem Projekt um die abgestimmte Kooperation zwischen den Spezialpflegediensten und den allgemeinen Pflegediensten sowie den Kinderkrankenhäusern, die eine Versorgung von Kindern zu Hause übernehmen. Hierzu wurden entsprechende Ablaufstandards und -strukturen entwickelt. Das enge Zusammenwirken und verlässliche Absprachen zwischen den in Frage kommenden Netzwerkakteuren waren dabei zentrale Punkte.

Zu 5) Der Übergang aus der Kinderklinik in den familiären Alltag am Wohnort der betroffenen Familie

Besonders problematisch gestaltet sich oft - vor allem nach der Geburt eines schwerstkranken- oder behinderten Kindes - der Übergang aus der Kinderklinik in den familialen Alltag am Wohnort der betroffenen Familie. Die in Anlehnung an das so genannte „Augsburger Modell“ von 2004 bis 2008 geförderten Modellprojekte eines „klinikgestützten Case-Managements zur Sicherstellung der Versorgung und Betreuung schwerstkranker Kinder in ländlichen Raum“ stellen einen vielversprechenden Ansatz zur Verbesserung der Situation der Eltern.

Zusammenfassend lässt sich die zu Beginn des Modellprojekts gestellte Frage eindeutig bejahen, dass auch im ländlichen Raum ein Nachsorgeprogramm zur Betreuung von Familien mit schwer bzw. schwerst erkrankten Kindern und Jugendlichen erfolgreich aufgebaut werden kann.
Die Weiterbildung von Kinderkrankenschwestern (heute: Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen) zu Case-Managern/-Mangerinnen ist sinnvoll, da einerseits jahrelange Erfahrungen im pflegerischen Bereich und im Umgang mit Eltern erkrankter Kinder vorliegen und andererseits durch den vertrauensvollen Kontakt zu den Kinderkrankenschwestern bereits während des stationären

Aufenthalts eine gute Basis für die spätere Betreuung im Rahmen des Case-Managements gelegt wird.

Wichtiger Parameter für die Effizienz eines Case-Managements ist die gute Vernetzung mit lokal bereits vorhandenen Strukturen (z.B. Beratungsstellen, SPZ, Kliniken, Gesundheits- und Jugendämtern und anderen Leistungsanbietern im Gesundheitswesen) sowie anderen sich etablierenden Case-Management-Anbietern.

Am Ende des vierjährigen Pilotprojekts **„Klinikgestütztes Case-Management zur Sicherstellung der Versorgung und Betreuung schwerst kranker Kinder im ländlichen Raum“** konnte festgestellt werden, dass die sozialmedizinische Nachsorge ein effizientes und, langfristig gesehen, auch kostengünstiges Instrument zur Verbesserung der Betreuung von Menschen mit komplexen Erkrankungen und deren Familien ist. Deshalb wurde der Anspruch auf sozialmedizinische Nachsorgeleistungen mit Wirkung vom 1. Juli 2005 auch im § 43 des SGB V gesetzlich verankert.

3.10.2 Menschen mit demenziellen und depressiven Erkrankungen

Die Versorgungslage für gerontopsychiatrisch erkrankte Personen, zu denen demenziell und depressiv Erkrankte gerechnet werden, ist derzeit in Niedersachsen hinsichtlich ihrer medizinischen und pflegerischen Versorgung sowie bezüglich der Angebote zur Betreuung angesichts einer bislang noch fehlenden systematischen Erfassung und Analyse nur partiell und zum Teil auch nur beispielhaft darstellbar.
Im Auftrag des MS hat der Landesfachbeirat Psychiatrie im Jahr 2008 unter Einberufung eines Runden Tisches „Empfehlungen zur Versorgung von Menschen mit Demenz in Niedersachsen“ erarbeitet, welche veröffentlicht werden sollen.

Gerontopsychiatrische Patientinnen und Patienten werden tagesklinisch in den allgemeinpsychiatrischen Tageskliniken mitversorgt, sofern nicht gerontopsychiatrische Tageskliniken zusätzlich eingerichtet worden sind. Sie werden ebenfalls im Rahmen des gesetzlichen und vertraglichen Zielauftrages der Institutsambulanzen vollinhaltlich mitversorgt. Der Anteil gerontopsychiatrischer

Patientinnen und Patienten in den psychiatrischen Institutsambulanzen in Niedersachsen liegt bei 10-20%. Dieser Anteil ist weiterhin steigend. Die Institutsambulanzen arbeiten mit Allgemeinärztinnen und -ärzten, mit komplementären Diensten und Sozialpsychiatrischen Diensten zusammen. Mehr oder minder intensiv ist auch die Zusammenarbeit mit Alten- und Pflegeheimen und anderen ambulanten Anbietern der Geriatrie und der gerontopsychiatrischen Stationen oder Abteilungen an Fach- oder Allgemeinkrankenhäusern.

Im Landkreis Diepholz werden an fünf Standorten gerontopsychiatrische Beratungsstellen vorgehalten, an deren Finanzierung sich seit Juni 2005 der Landkreis beteiligt. Im Gesundheitsamt des Landkreises wurde eine halbe Stelle für die Koordination der Arbeit der gerontopsychiatrischen Beratungsstellen eingerichtet.
In Wolfsburg stellt die Beratungsstelle AGe eine Anlaufstelle für ältere Menschen mit psychischen Erkrankungen dar. Es werden Hilfen für Erkrankte, Beratung für Angehörige und Gedächtnissprechstunden für ältere Bürgerinnen und Bürger angeboten.
Ebenfalls in Wolfsburg setzt sich der Verein Altersvision e.V. zur Aufgabe, die Integration, Rehabilitation und Therapie von hilfebedürftigen älteren Menschen mit psychischen Erkrankungen und Menschen in psychosozialen Krisen zu fördern.
Bei Vorliegen einer ärztlichen Verordnung kann bei psychiatrischen oder gerontopsychiatrischen Krankheitsbildern auch häusliche gerontopsychiatrische Krankenpflege nach § 37 Abs. 1 und 2 SGB V durch (Fach-) Pflegedienste nach § 132 a SGB XI erbracht werden (s. Kap. I.3.10).
Zum Stand, den Entwicklungen und dem Ausbau der Selbsthilfestrukturen wird auf Kap. I.3.15 verwiesen.

Caritas Forum Demenz

Das Caritas Forum Demenz[145] besteht seit 2005 und berät ältere Menschen mit psychischen und demenziellen Erkrankungen und deren Angehörige. Es ist darüber hinaus als Multiplikator in Wissensvermittlung und Durchführung von Informations- und Fachveranstaltungen tätig.

---

[145] www.caritasforumdemenz.de

Als Gerontopsychiatrisches Kompetenzzentrum ist das Caritas Forum Demenz ein zentraler Initiator für eine flächendeckende Weiterentwicklung ambulanter gerontopsychiatrischer Versorgungsstrukturen in Teilen Niedersachsens. Das Informations- und Beratungszentrum für Leistungserbringer aus dem medizinischen, pflegerischen und psychosozialen Bereich arbeitet in den Strukturen der sozialpsychiatrischen Verbünde in enger Kooperation mit dem Landesfachbeirat Psychiatrie Niedersachsen. Es wird durch das Ministerium für Soziales, Frauen, Familie, Gesundheit und Integration Niedersachsen gefördert.

Ambet e.V.

Ebenfalls vom MS gefördert wird das Kompetenz-Netzwerk Gerontopsychiatrische Beratung Südostniedersachsen[146]. Im Rahmen dieser Maßnahme erfolgt in der Region ein Aus- und Aufbau ambulanter gerontopsychiatrischer Beratungs- und Unterstützungsangebote. Es soll in einem abgestuften System einerseits Beratungshilfen für Angehörige sowie andere Beteiligte der sozialpflegerischen Versorgung vorgehalten werden, andererseits eine abgestimmte regionale (Grund-)Versorgungsstruktur im Beratungs-, Unterstützungs-, Qualifizierungs- und Vernetzungsangeboten entstehen. Ziele des Projektes sind darüberhinaus die überregionale Vernetzung und Qualitätssicherung der Angebote.

a) Spezielle Angebote für Personen mit demenziellen Erkrankungen

Der Paritätische Niedersachsen e.V. bietet mit dem Projekt HilDe - Hilfen bei Demenz betroffenen Familien Informationen, Beratung und Betreuung an.

Auch einige Träger von stationären Pflegeeinrichtungen sind für ihre besonderen Aktivitäten im Blick auf die Versorgung und Weiterentwicklung der Pflege und Betreuung von demenziell erkrankten alten Menschen dem MS bekannt.

Modellprojekt Pflegeoase

Das MS hatte 2006 eine einjährige wissenschaftliche Begleitforschung des Modellprojekts Pflegeoase in Auftrag gegeben und gefördert, um eine empirische Datenbasis zu schaffen und die praktischen Erfahrungen in und mit einer Pflegeoase

---

[146] www.kompetenznetzwerk-gb.de

systematisch zu untersuchen. Das Evaluationsprojekt lief von Ende 2006 bis Ende 2007[147].

Das Seniorenzentrum Holle im Landkreis Hildesheim bietet für 69 Menschen mit Demenz in unterschiedlichen Stadien der Erkrankung ein spezialisiertes Betreuungskonzept an. Es hat für die Gruppe schwerstpflegebedürftiger Menschen mit Demenz das Projekt Pflegeoase in Anlehnung an die Grundideen eines Schweizerischen Modells initiiert.

Um diese Versorgungsform umsetzen zu können, wurde mit dem MS eine Ausnahmeregelung im Rahmen des Heimgesetzes sowie die Anwendung einer Experimentierklausel von vier Jahren vereinbart und eine wissenschaftliche Begleitforschung eingesetzt. Die Pflegeoase hatte damit den Status eines Modellprojekts. Damit wurde bundesweit erstmals eine Ausnahmeregelung zur Inbetriebnahme einer Pflegeoase im Seniorenzentrum Holle erteilt[148].

Das Seniorenzentrum Holle kann als ein Vorreiter für die Thematik Pflegeoase in Deutschland bezeichnet werden, weil es die erste Einrichtung ist, die das Konzept systematisch entwickelt und dieses auch evaluieren lassen hat.

Die Pflegeoase kann als Weiterführung eines spezialisierten Angebots für Demenzerkrankte angesehen werden. Diese stellt eine nochmalige Fokussierung der Betreuung auf eine sehr spezifische Zielgruppe dar. Die Kriterien zur Aufnahme eines Bewohners/einer Bewohnerin in der Pflegeoase sind Folgende:

- Es sind demenzerkrankte Menschen mit Mehrfacherkrankungen, die nicht mehr mobil, in ihren verbalen Kommunikationsmöglichkeiten weitgehend eingeschränkt und körperlich stark geschwächt sind,
- die vollständig auf umfassende Pflege und Betreuung angewiesen sind,
- die den Mitarbeitenden des Seniorenzentrums durch eine längere Betreuungszeit bekannt sind und
- alle Beteiligten darin überein stimmen, dass für die jeweilige Bewohnerin bzw. dem jeweiligen Bewohner die Oase in der letzten Lebensphase das richtige Angebot ist.

In der Pflegeoase leben Menschen mit einem außergewöhnlich hohen grund- und behandlungspflegerischen Bedarf, der die normalen Leistungen der Pflegestufe III

---

[147] Forschungsbericht Pflegebericht Holle, unter: www.demenz-support.de

[148] Forschungsbericht Pflegebericht Holle, unter: www.demenz-support.de

nach den §§ 14 und 15 SGB XI übersteigt und über das Leistungsangebot der nach § 5 Abs. 2 vereinbarten Leistungs- und Qualitätsvereinbarung (LQV) des Seniorenzentrums Holle vom 2. April 2002 hinausgeht.
Dieser deutlich vergrößerte Versorgungsbedarf ist durch zusätzliche Leistungen sowie durch einen erhöhten Zeitbedarf bei der Grundpflege, der Behandlungspflege sowie der sozialen Betreuung abzusichern. Für alle Bewohnerinnen und Bewohner, die von dieser LQV erfasst werden, muss grundsätzlich eine Anerkennung der Pflegebedürftigkeit im Sinne des § 43 Abs. 3 SGB XI als Härtefall vorliegen. Sofern im Einzelfall eine Anerkennung als Härtefall (noch) nicht vorliegt, bedarf die Aufnahme in diesen speziellen Wohnbereich der Zustimmung des zuständigen Trägers der Sozialhilfe (nach Abstimmung mit der zuständigen Heimaufsichtsbehörde).
Für alle in der Pflegeoase aufgenommenen pflegebedürftigen Menschen besteht die Möglichkeit eines dreiwöchigen Probewohnens.

Mit der Evaluationsstudie konnten erste forschungsbasierte Ergebnisse zur Versorgungsform Pflegeoase generiert werden. Ein wichtiger Einflussfaktor auf das Erleben und Bewerten einer Pflegeoase ist die Mitarbeiterpräsenz, die es ermöglicht, die Bewohner und Bewohnerinnen im Blick zu haben und unmittelbar auf ihre Bedürfnisse reagieren zu können. Verschiedene Veröffentlichungen heben die Bedeutung von Bindung und Kontakt für diese Personengruppe hervor, z.B. erleben Menschen in fortgeschrittenen Stadien einer Demenzerkrankung Stress, wenn sie längere Zeit allein und ohne Begleitung sind[149].
Die Ergebnisse der Evaluation weisen in der Tendenz positive Auswirkungen für die Bewohner und Bewohnerinnen auf. Im Lebensumfeld der Pflegeoase konnten Veränderungen bei ihnen beschrieben und positive Entwicklungen festgestellt werden. Lediglich im Bereich Mobilität wurde ein zunehmender Funktionsverlust beobachtet.
Auch die Einschätzung der Angehörigen war sehr positiv. Ihr Erleben und Bewerten der Pflegeoase war von großer Zufriedenheit und dem Gefühl von Entlastung geprägt. Für die Mitarbeitenden der Pflegeoase wird ein Spannungsfeld beschrieben, das sich zwischen den Polen Arbeitsbelastung und -zufriedenheit aufbaut. Ein

[149] Forschungsbericht Pflegeoase Holle, S. 188

prägendes Merkmal für das Team der Pflegeoase ist das „Allein“-Arbeiten und die besondere Herausforderung im Bereich der Kommunikation.
Zusammenfassend ergab die Evaluationsstudie, dass die Pflegeoase ein Nischenangebot für eine spezifische Zielgruppe ist, in der die Gestaltung der sozialen Umwelt der wichtigste Qualitätsfaktor ist.

Die aktuelle Diskussion zum Thema Pflegeoase bezieht verschiedene Perspektiven: (1) des Rechts sowohl auf Gemeinschaft als auch auf Rückzug, (2) eines Rückschritt in die Ära der Mehrbettzimmer und des erneuten fachlichen Diskurses einer segregativen versus integrativen Betreuung von Menschen mit Demenz in der stationären Einrichtung.

Modellprojekte nach § 45c SGB XI

Das Land Niedersachsen und die Pflegekassen fördern im Rahmen von Modellförderung nach § 45c SGB XI folgende drei Projekte mit einer Laufzeit von jeweils drei Jahren:

I. Modellprojekt FIDEM - Ambet e.V., Braunschweig

Hausärztinnen und -ärzte sind für ältere Menschen die häufigsten und manchmal auch alleinigen Ansprechpartner/-innen in Gesundheitsfragen. Hausarztpraxen sind auch für von einer Demenzerkrankung betroffene Menschen die erste Anlaufstelle.
Das Modellprojekt FIDEM soll durch frühzeitige Interventionen und Implementierung nichtärztlicher Beratungs- und Unterstützungsangebote in der hausärztlichen Versorgung zu einer Verbesserung der Versorgungsstruktur und Lebensqualität von Menschen mit Demenz und ihrer Angehörigen beitragen. Neben einer differenzierten Diagnostik, medikamentöser und nichtmedikamentöser Behandlung wird in sechs ausgewählten Praxen eine individuelle Beratung und Unterstützung der Erkrankten und Angehörigen umgesetzt. Weiterhin wird ein Schwerpunkt in der Förderung der Ressourcen der Betroffenen durch ergotherapeutische Behandlung gesetzt.
Vor dem Hintergrund unterschiedlicher Siedlungsstrukturen werden Hausarztpraxen aus dörflichen, kleinstädtischen und städtischen Gebieten an dem Modellprojekt beteiligt.

Das Projekt FIDEM ist bei der Gerontopsychiatrischen Beratungsstelle ambet e.V. mit folgenden Aufgaben angesiedelt:

- Gewinnung der Kooperationspartner,
- Beratung der Projektteilnehmenden,
- Entwicklung von administrativen Entlastungen für die Kooperation von Arztpraxen und komplementären Diensten,
- Initiierung von örtlichen Netzwerken und Aufbau von Kommunikationsstrukturen und
- Aufbau- und Durchführung von Qualifizierungsangeboten.

Die Finanzierung des Modellprojektes von 01.10.2009 bis 30.09.2012 erfolgt neben Eigenmitteln des Trägers durch die Förderung des MS und der Pflegekassen auf der Grundlage des § 45c SGB XI, sowie durch die Firma Pfizer. Das Modellprojekt wird von der Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e.V. evaluiert.

II. Niedrigschwellige Betreuungsangebote für Demenzerkrankte mit Migrationshintergrund in Hannover - Demenzkompetenzzentrum Heinemanhof, Stadt Hannover

Durch migrationsspezifische, soziokulturelle und strukturelle Barrieren sind Demenzerkrankte mit Migrationshintergrund sowie ihre Angehörigen von einer Ausgrenzung aus der Regelversorgung bedroht. Im Rahmen des Modellprojektes sollen im Zeitraum von 01.10.2010 bis 30.09.2013 die Bedarfslage im Stadtgebiet der Landeshauptstadt Hannover in Bezug auf die verschiedenen Migrantengruppen ermittelt und Zugangswege zu verschiedenen Zielgruppen der Migrantinnen und Migranten erschlossen werden. Die mit dem Modellprojekt verbunden Ziele sind die Verbesserung der ambulanten Versorgung von demenzerkrankten Menschen mit Migrationshintergrund, ein Abbau von familiärer Tabuisierung und Sensibilisierung der Fachöffentlichkeit. Dazu sollen Kooperationen mit relevanten Dienstleistern entwickelt und dezentrale Strukturen geschaffen werden. Es ist geplant in verschiedenen Stadtteilen und an unterschiedlichen Standorten spezifische Angebote aufzubauen und zu erproben. Es ist auch die Entwicklung von Handlungsempfehlungen für andere Anbieter von niedrigschwelligen Betreuungsleistungen über Hannover hinaus geplant.

Das Pflegezentrum Heinemanhof wurde 2008 um einen Beratungs- und Betreuungstreffpunkt, das Kompetenzzentrum, für demenzerkrankte Menschen und ihre Angehörigen erweitert und bietet seitdem Beratung, Schulungen und Betreuungsgruppen an.

III. Inanspruchnahme, Effekte und darauf basierende Weiterentwicklung Niedrigschwelliger Betreuungsangebote in Niedersachsen - Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e.V.

Das Modellprojekt soll in einem ersten Schritt, die erlebte Wirkung niedrigschwelliger Betreuungsangebote durch die pflegenden Angehörigen und betreute Pflegebedürftige, Nutzergruppen und ihr Inanspruchnahmeverhalten anhand einer Evaluation erfassen. Zuvor werden die nach § 45a-c SGB XI anerkannten Einrichtungen, die bereits mit niedrigschwelligen Betreuungsangeboten arbeiten, bei der Entwicklung von einzelnen Instrumenten einbezogen. Im Rahmen einer partizipativen Evaluation können ihre Anliegen im Form von Umsetzungsproblemen (beispielsweise der Gewinnung neuer Freiwilligengruppen) und Schwierigkeiten bei der Erreichung bestimmter Zielgruppen berücksichtigt werden. In einem weiteren Schritt sollen die Ergebnisse in Form von daraus entwickelten Handreichungen und Empfehlungen im laufenden Projekt an die Anbieter von niedrigschwelligen Betreuungsangeboten vermittelt werden. Auf diese Weise können festgestellte ‚best-practice'-Beispiele im Land multipliziert und die qualitative Weiterentwicklung bestehender Versorgungskonzepte insbesondere für demenzkranke Pflegebedürftige gefördert werden.

Weitere Angebote im Rahmen des Modellprojekts sind:

- Beratung von Einrichtungen und Trägern,
- Fortbildungsangebote,
- Netzwerkarbeit und
- Durchführung von Fachveranstaltungen.

Das Modellprojekt wird in der Zeit vom 01.10.2010 bis 30.09.2013 gefördert.

Alzheimer Gesellschaft Niedersachsen e.V.

Die Alzheimer Gesellschaft Niedersachsen e.V. vertritt die Anliegen demenzerkrankter Menschen und ihrer Angehörigen in Niedersachsen. Sie will ein Problembewusstsein und Verständnis für demenzielle Erkrankungen stärken und

regionale Angebote in Niedersachsen unterstützen. Im Rahmen der Vereinstätigkeit werden Hilfen für von der Alzheimer Krankheit oder anderen Demenzerkrankungen betroffenen Menschen und ihrer Angehörigen entwickelt und gefördert.

Zu den Aufgaben der Alzheimer Gesellschaft Niedersachsen gehören

- die Gründung von regionalen Alzheimer-Gesellschaften und Alzheimer-Selbsthilfe-Initiativen und die Förderung der Zusammenarbeit,
- der Aufbau von regionalen Informations- und Beratungsmöglichkeiten,
- die Koordinierung überregionaler Maßnahmen und der Aufbau von Arbeitskreisen,
- Fort- und Weiterbildung,
- Förderung des öffentlichen und politischen Bewusstseins für Demenzerkrankungen und
- die Mitwirkung im Bundesverband der Deutschen Alzheimer Gesellschaft e.V.

Die Alzheimer Gesellschaft Niedersachsen e.V. hat in den vergangenen vier Jahren als ein Schwerpunkt ihrer Arbeit thematisch die häufig krisenhaft erlebte Situation der Menschen mit demenziellen Einschränkungen im Krankenhaus aufgegriffen. In Kooperation mit der Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e.V. führte sie seit 2006 drei Fachtagungen zu dem Themenbereich durch.
Im Anschluss an die erste Veranstaltung bildete sich die Arbeitsgemeinschaft „Menschen mit demenziellen Erkrankungen im Krankenhaus“, die seitdem verschiedene Materialien für Mitarbeitende im allgemeinversorgenden Krankenhaus entwickelt hat[150]. Im Rahmen eines halbjährigen Projektes wurden 2010 zwei Curricula für die Fortbildung von Krankenhauspersonal zur Verbesserung der Versorgung von Menschen mit demenziellen Einschränkungen mit dem Umfang von 14 und 160 Stunden auf der Vorlage eines von der AG erstellten Papiers entwickelt. Dazu soll bis Ende 2010 ein Schulungsfilm entstehen.

---

[150] Die entwickelten Materialien sind „Empfehlungen für den Umgang mit Menschen mit Demenz im Krankenhaus“, eine Liste mit Projekten zur Versorgung Demenzkranker im Krankenhaus“ und einer Literaturliste. Sie sind als Download eingestellt. www.alzheimer-niedersachsen.de

Nach Auskunft der Alzheimer Gesellschaft Niedersachsen e.V. gibt es z.Z. 25 Mitgliedsinitiativen in Form von regionalen Gesellschaften und Gruppen[151]. Viele regionale Alzheimer Gesellschaften bieten neben Beratung, Selbsthilfegruppen und Angehörigen-Gesprächskreisen auch niedrigschwellige Betreuungsangebote an.

Zum Stand der Entwicklung von niedrigschwelligen Betreuungsangeboten wird auf Kap. I.3.13 hingewiesen.

b) Spezielle Angebote für Personen mit depressiven Erkrankungen

Das Niedersächsische Bündnis gegen Depressionen[152] wurde 2008 auf Initiative der Medizinischen Hochschule Hannover, der Kontaktstelle für Selbsthilfegruppen in der Region Hannover (Kibis) und der Region Hannover gegründet. Das Bündnis, das sich an dem Nürnberger Vorbild „Bündnis Depression“ orientiert, hat das Ziel die Zusammenarbeit von Beratungsstellen, Ärztinnen und Ärzten, Kliniken, Psychotherapeutinnen und -therapeuten als auch Selbsthilfegruppen zu verbessern. Weiterhin sollen im Rahmen des zweijährigen Aufklärungszeitraums durch Veranstaltungen, Vorträge oder Beratungsangebote Betroffene, Angehörige und professionell Tätige über Depressionen sensibilisiert und ihre Früherkennungs- und Behandlungsmöglichkeiten informiert werden. In der Region Hannover wird unter anderem ein Schwerpunkt im Themenbereich „Depression im höheren Lebensalter“ gesetzt. Unter anderem sollen Pflegekräfte in Einrichtungen fortgebildet werden. Das Bündnis wird von zahlreichen Kooperationspartnern aus der Gesundheitsversorgung unterstützt.

3.10.3 Menschen mit Behinderungen

Den unterschiedlichen Leistungsarten der Pflegeversicherung für Menschen mit Behinderungen (s. Abschnitt I.3.4.3) entsprechen die - auf deren spezifische Belange mehr oder minder ausgerichteten - Versorgungsangebote.

151 Die Liste aller Mitgliedereinrichtungen ist eingestellt unter www.alzheimer-niedersachsen.de.
152 Vorbild ist das gleichnamige Modell in Nürnberg - ein depressions- und suizidpräventives Programm, das 2002 gegründet wurde.

Pflegedienste

Entsprechend dem nicht auf die Ursache von Pflegebedürftigkeit, sondern auf spezifische Beeinträchtigungen ausgerichteten Pflegebegriff des SGB XI finden pflegebedürftige Menschen mit Behinderungen grundsätzlich keine auf ihre spezifischen Belange in besonderer Weise angepassten ambulanten Pflegedienste vor. Aus den Unterlagen über die Personalstruktur festgestellt werden, dass die auf die speziellen Belange von (pflegebedürftigen) Menschen mit Behinderungen ausgebildeten Heilerziehungspflegerinnen und -erziehungspfleger in den Pflegediensten so gut wie nicht vertreten sind. Dabei hat der Bundesgesetzgeber diese Berufsgruppen sogar ausdrücklich als verantwortliche Pflegekraft im Sinne der Zulassungsvoraussetzungen für Pflegedienste gelten lassen, die überwiegend behinderte Menschen pflegen und betreuen (§ 71 Abs. 3 Satz 2 SGB XI).

In Niedersachsen bestehen spezielle ambulante Hilfeangebote für Menschen mit Behinderungen, die zum Teil als Pflegedienste nach SGB XI zugelassen sind oder über Kooperationsverträge mit einem zugelassenen Pflegedienst Leistungen nach dem SGB XI erbringen. Dies sind:

- Familienentlastende Dienste (FED),
- Dienste der Individuellen Schwerstbehindertenbetreuung (ISB) und
- Dienstleistungsverhältnisse im Rahmen so genannter „Persönlicher Assistenz“.

Familienentlastende Dienste

Familienentlastende Dienste sind in erster Linie zur zeitweisen Entlastung von Familien, die Kinder und Erwachsene mit schweren und schwersten Behinderungen zu versorgen haben, durch freigemeinnützige Verbände, vor allem dem Verband der Lebenshilfe, gebildet worden und sind von ihrem Grundverständnis ambulante Dienste der Eingliederungshilfe mit heil- und sozialpädagogischen Schwerpunkt. Als solche werden sie auch vom Land durch freiwillige Leistungen im Rahmen der zur Verfügung stehenden Mittel gefördert.

Die Richtlinie des Landes über die Gewährung von Zuwendungen zur Förderung von familienentlastenden Diensten (RdErl. d. MS v. 26.06.2008 - 103-43 114/ - VORIS 21141 - Nds. MBl. 2008 Nr. 25, S. 743) beschreibt als Aufgabe des FED die Entlastung von Personen, die in ihrem Haushalt einen i.S. des § 2 Abs. 1 SGB IX

i.V.m. § 53 SGB XII wesentlich geistig, körperlich und/oder seelisch behinderten Menschen betreuen.
Im Rahmen der Förderrichtlinie des Landes werden Träger gefördert die FED schaffen oder anbieten. Ziel ist dabei die Einrichtung mindestens eines FED je Landkreis und kreisfreier Stadt. Gegenstand der Förderung ist die Beschäftigung einer ausgebildeten hauptamtlichen Fachkraft, der Einsatz von ehrenamtlichen Kräften und Sachausgaben für die Betreuung im Haushalt.
Bei den FED handelt es sich um Einrichtungen, die durch Fach- und Hilfskräfte Pflege und Betreuung in der häuslichen Umgebung bzw. bei Bedarf auch Gruppenbetreuung außerhalb des Haushalts bieten. Das Angebot alltagsorientierter Dienstleistungen wird nach Art und Umfang den Erfordernissen der einzelnen Familien angepasst und ist somit bedürfnisorientiert und flexibel angelegt.
Familienentlastende Dienste sind damit in der Lage, durch die Bereitstellung von qualifizierten und verlässlichen Entlastungsangeboten Überforderung in der Pflegesituation zu verringern. Sie tragen auf diese Weise dazu bei, Freiräume für Erholung und die Wahrnehmung eigener Interessen in privater und beruflicher Hinsicht zu schaffen, so dass letztendlich die Betreuungs- und Pflegefähigkeit der Angehörigen erhalten bleiben und gefördert und das Verbleiben des pflegebedürftigen Angehörigen in der Familie ermöglicht wird.
Derzeit gibt es in Niedersachsen 32 Familienentlastende Dienste und eine weitere Einrichtung hat für 2010 einen Erstantrag auf Anerkennung gestellt. 2005 waren es noch 26 anerkannte FED, sowie zwei Erstanträge.
Im Bereich der ehemaligen Bezirksregierung Braunschweig gibt es z.Z. sechs FED, der ehemaligen Bezirksregierung Hannover ebenfalls sechs, der ehemaligen Bezirksregierung Lüneburg sieben (und ein Erstantrag) und im Bereich der ehemaligen Bezirksregierung Weser-Ems 13 FED. In 19 kommunalen Gebietskörperschaften gibt es jeweils einen Familienentlastenden Dienst, in fünf Landkreisen jeweils zwei und in einem Landkreis drei anerkannte FED. Für 15 Landkreise und sechs kreisfreie Städte liegt kein Antrag auf Familienentlastende Dienste vor bzw. gibt es keinen FED.

Individuelle Schwerstbehindertenbetreuung

Die Dienste der individuellen Schwerstbehindertenbetreuung (ISB) sind dem Grunde nach Angebote der ambulanten Eingliederungshilfe. Die Hilfen werden überwiegend

von Zivildienstleistenden erbracht. Die mit der ISB verfolgten Zielsetzungen lassen sich Erlassen des Bundesamtes für den Zivildienst entnehmen. Nach dem von dort veröffentlichten Merkblatt „Die individuelle Schwerstbehindertenbetreuung - ISB - durch Zivildienstleistende“ vom November 1993 soll der Einsatz von Zivildienstleistenden in der Betreuung von Schwerstbehinderten diesen ermöglichen, in ihrer privaten häuslichen Umgebung zu verbleiben und am allgemeinen Leben (Beruf, Freizeit) teilzunehmen. Dabei können die Zivildienstleistenden u.a. mit Hilfen betraut werden, die typischerweise oder zumindest in Teilen den nach SGB XI zu erbringenden Hilfen entsprechen:

- Pflegerische Hilfen (z.B. beim Aufstehen, Waschen, Zähneputzen, etc.),
- Hilfen im Haushalt (Reinigen der Wohnung, Zubereitung der Mahlzeiten) und
- Hilfe außer Haus (z.B. Einkäufe, Erledigungen, Behördengänge etc.).

Der von ISB-Diensten betreute Personenkreis erfüllt nach Aussagen von Trägerseite ausnahmslos die Voraussetzungen zur Leistungsgewährung nach dem SGB XI. Diese kann als Pflegesachleistung auch von den ISB-Diensten erbracht werden, sofern diese die Voraussetzungen für einen Versorgungsvertrag nach § 72 SGB XI erfüllen. Dies wäre auch der Fall, wenn die ISB-Dienste in vertraglicher Kooperation mit einem zugelassenen Pflegedienst tätig würden. Die Verrichtungen nach dem SGB XI wären in diesem Fall durch die verantwortliche Pflegefachkraft des Pflegedienstes gewährleistet.

Die ISB-Dienste sind anerkannte Beschäftigungsstellen für Zivildienstleistende nach §§ 3 und 4 des Zivildienstgesetzes (ZDG). Für die individuelle Schwerstbehindertenbetreuung standen in Niedersachsen mit Stand vom 01.11.2009 215 Zivildienststellen zur Verfügung. Von den bereitgestellten Plätzen waren allerdings nur ca. die Hälfte, 110 Stellen, besetzt. Damit ist die Anzahl der seit 2004 besetzten Stellen in Niedersachsen um rund 20 gesunken.

Die auf neun Monate verkürzte Zivildienstzeit erschwert die ganzjährige Betreuung im Rahmen der individuellen Schwerstbehindertenbetreuung durch Zivildienstleistende. Wenn die Zivildienstzeit ab 1.7.2011 ausgesetzt werden wird, steht die individuelle Schwerstbehindertenbetreuung möglicherweise grundlegend zur Diskussion. Andere Beschäftigungsverhältnisse sowie freiwillige Formen des Zivildienstes bzw. des freiwilligen sozialen Jahres werden derzeit diskutiert.

Die Zahl der Dienste der ISB wird statistisch nicht erfasst. Die letzte Vollerhebung wurde von der Landesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtpflege im Januar 1992 in Abstimmung mit dem Niedersächsischen Sozialministerium durchgeführt.

Persönliche Assistenz im Rahmen des Persönlichen Budgets

Zu Beginn der Leistungsgewährung nach dem SGB XI haben in einem Haushalt lebende, zumeist schwer körperbehinderte und als pflegebedürftig nach dem SGB XI eingestufte Personen von der so genannten „Persönlichen Assistenz“ Gebrauch gemacht, in dem sie einen Pflegesachleistungsanspruch nach § 36 SGB XI geltend gemacht und Pflegekräfte weisungsgebunden beschäftigt haben, die eine Einzelzulassung nach § 77 Abs. 1 SGB XI besaßen. Diesen Weg einer selbst bestimmten Verwendung des Sachleistungsanspruches hat der Bundesgesetzgeber im Zuge des 2. SGB XI-Änderungsgesetzes durch eine Änderung in § 77 Abs. 1 SGB XI mit Wirkung zum 01.07.1996 ausgeschlossen. Insbesondere sollten dabei der Vorrang der Leistungserbringung durch zugelassene - und damit der Qualitätsprüfung nach § 80 SGB XI unterliegende - Pflegedienste gesichert und die Umgehung des Anspruches auf Pflegegeld bei selbst beschaffter (privater) Pflege zugunsten der Inanspruchnahme der vom Leistungsrahmen wesentlich höheren Pflegesachleistungen verhindert werden.

Mit der Einführung der Leistungsform des Persönlichen Budgets im Neunten Buch Sozialgesetzbuch zum 01. Juli 2001 und dem Rechtsanspruch auf Leistungen in Form des Persönlichen Budgets seit dem 01. Januar 2008 können Leistungsempfängerinnen und -empfänger von den Rehabilitationsträgern anstelle von Dienst- oder Sachleistungen zur Teilhabe ein Budget wählen. Hieraus bezahlen sie die Aufwendungen, die zur Deckung ihres persönlichen Hilfebedarfs erforderlich sind. Damit werden behinderte Menschen zu Budgetnehmerinnen und -nehmer, die den „Einkauf“ der Leistungen eigenverantwortlich, selbständig und selbstbestimmt regeln können. Das Persönliche Budget soll die Höhe der Kosten aller bisher individuell festgestellten Leistungen nicht überschreiten.

Als Persönliches Budget können sämtliche Leistungen zur Teilhabe in Anspruch benommen werden. Ausdrücklich vorgesehen ist auch der Einsatz des Persönlichen Budgets für betreutes Wohnen. Es eignet sich in besonderem Maße, den Auszug aus einem Heim und den Eintritt in betreute Wohnmöglichkeiten zu erleichtern.

Als Persönliches Budget sind möglich:

- Pflegeleistungen der Pflegeversicherung und der Sozialhilfe,
- Krankenkassenleistungen und
- Leistungen der begleitenden Hilfen im Arbeitsleben (Arbeitsassistenz, Persönliche Assistenz).

Grundsätzlich können Teilhabeleistungen auch von Familienmitgliedern erbracht und im Rahmen Persönlicher Budgets entgolten werden, wenn es sich nicht um so genannte „Beistandspflichten“ handelt, die beispielsweise Eltern gegenüber ihren behinderten Kindern erfüllen müssen.

Vollstationäre Einrichtungen

Die überwiegende Anzahl der stationär versorgten pflegebedürftigen Menschen mit Behinderungen in Niedersachsen lebt in Einrichtungen der Eingliederungshilfe im Sinne des § 71 Abs. 4 SGB XI und erhält ggf. ergänzende Leistungen aus der Pflegeversicherung bis zu 256 Euro (s.o.).

Nach Informationen des Landesamtes für Soziales, Jugend und Familie gibt es zum Stichtag 31.10.2010 insgesamt 796 Einrichtungen mit zusammen 24.243 Plätzen. Für diese Bewohnerinnen und Bewohner erbringen die Pflegekassen Leistungen nach § 43a SGB XI, sofern eine Pflegebedürftigkeit gemäß § 15 Abs. 1 SGB XI vorliegt.

3.10.4 Menschen mit fortschreitenden chronischen Erkrankungen (Aids und Multiple Sklerose) und Schädel-Hirn-Trauma (SHT)

Multiple-Sklerose-Erkrankte

Spezialisierte ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen

Z.Z. steht als Spezialangebot für diese Personengruppe in Niedersachsen insbesondere das Liner-Haus in Celle zur Verfügung. Stationäre Pflegeeinrichtungen mit einer spezialisierten MS-Station sind der Margaretenhof in Laatzen, das Senioren- und Pflegezentrum im Lehre-Wendhausen sowie das Paulusheim in Osnabrück und die Residenz am Rosenkrug in Neustadt am Rübenberge[153].

[153] Nach Auskunft des DMSG Landesverbandes Niedersachsen e.V., www.dmsg-niedersachsen.de

Bundesweit werden vom DMSG[154] seit Juni 1997 Fachfortbildung „Pflege bei MS“ für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter ambulanter und stationärer Pflegedienste angeboten. Die Fortbildung endet mit einem personengebundenen Zertifikat für Pflegekräfte. Ambulante und stationäre Einrichtungen, deren Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter erfolgreich an der DMSG - Fachfortbildung teilgenommen haben, können unter bestimmten Voraussetzungen die Auszeichnung „DMSG-geprüfter Pflegedienst“ erhalten. Diese Auszeichnung wird befristet verliehen und kann durch regelmäßige Weiterbildung verlängert werden.
Ambulante Pflegedienste in Niedersachsen mit der Auszeichnung „DMSG-geprüfter Pflegedienst“ sind nach Angaben der DMSG 23 gelistete Einrichtungen.

MS-Beratung und -Selbsthilfe

Der DMSG-Landesverband stellt Interessierten den Service von vier Beratungsstellen in den ehemaligen Regierungsbezirken in Niedersachsen zur Verfügung. Die vier Beratungsstellen befinden sich in Hannover, Braunschweig, Leer und Winsen/Luhe. Darüber hinaus gibt es eigenständige Vereine mit Beratungsstellen mit Haren im Landkreis Emsland und in Osnabrück.
Neben der Fachberatung in den genannten Beratungsstellen wurde in den letzten Jahren ein Betroffenen- Beraternetzwerk aufgebaut. Zuvor fortgebildete Beraterinnen und Berater, die selber von einer MS-Erkrankung betroffen sind, beraten Erkrankte aus der Betroffenen-Sicht. Das Betroffenen- Beraternetzwerk umfasst derzeit 19 Beraterinnen und Berater und soll zukünftig weiter ausgebaut werden.
Daneben gibt es niedersachsenweit 70 Selbsthilfegruppen, von denen 30 als DMSG-Kontaktgruppen auf der Homepage des Landesverbandes aufgeführt sind. Die SH-Gruppen und Betroffenennetzwerke sind auf das gesamte Gebiet in Niedersachsen verteilt sind.

Aids-Erkrankte

Die Niedersächsische Aids-Hilfe (NAH) Landesverband e.V. ist der Dachverband der 12 AIDS-Hilfen in Niedersachsen. Mitgliedseinrichtungen sind außerdem der Spezialpflegeverein für AIDS-Erkrankte SIDA e.V., der Christenbeistand der AIDS-Erkrankten und HIV-Infizierte Lazaruslegion e.V., die Beratungsstelle für Prostituierte

---

[154] Nach Auskunft des DMSG e.V., www.dmsg.de

Phoenix e.V. sowie die Akademie Waldschlösschen. Die NAH wird zum größten Teil aus Mitteln des Landes Niedersachsen finanziert[155].
Es ist ein spezielles Angebot im Sinne Betreuten Wohnens (Wohnen mit ambulanter Pflege) für Aidserkrankte bekannt.

Lighthouse

Das Lighthouse, das der Hannöverschen AIDS-Hilfe e.V. angegliedert ist, besteht seit Ende 2002. Es kooperiert mit der Immunologischen Ambulanz in Hannover (MHH), mit Allgemein- und Schwerpunktpraxen sowie Fachärzten/-innen für Psychiatrie und Psychotherapie. Die pflegerische Versorgung wird durch ambulante Pflegedienste gewährleistet. Als einzige Wohneinrichtung bietet es sechs Plätze an. Angebote wie das Lighthouse sind aufgrund der neuro-psychiatrischen Erkrankungen und den damit verbundenen sozialen Verlusten eine unersetzliche Hilfe.
Nach Auskunft der AIDS-Hilfe e.V. wohnen zurzeit an Aids erkrankte Menschen im Alter von 40 - 60 Jahren in der Einrichtung.

Ambulante Pflege

Nach Angaben der Mitgliedsorganisationen der Niedersächsischen AIDS-Hilfe wird das heutige Angebot von ambulanten Pflegediensten, die auch Aids- und HIV-Patientinnen und Patienten betreuen, deutlich verbessert. Mit vielen Anbietern bestehen Kooperationen vor Ort.
Diese Pflegedienste sind allerdings nicht auf Aids oder HIV spezialisiert, sondern betreuen die Infizierten lediglich standardmäßig mit allgemeiner Grund- und Behandlungspflege. Dem komplexen Krankheitsbild einer fortgeschrittenen HIV-Infektion können sie ohne spezielle Fortbildung nicht gerecht werden.

Schädel-Hirngeschädigte der „Phase F“

Angebote für die stationäre Versorgung

Der Landespflegeausschuss hat am 29.11.2000 empfohlen, sich bei der stationären Versorgung von Schädel-Hirngeschädigten („Phase F“) zukünftig am „Rahmenkonzept zur vollstationären Pflege von Schädel-Hirnbeschädigten in Pflegeeinrichtungen der Phase F in Niedersachsen“ vom 09.10.2000 (ergänzt am

155 www.niedersachsen.aidshilfe.de

16.03.04)[156] zu orientieren. Dieses Rahmenkonzept ist hervorgegangen aus den von der Landesarbeitsgemeinschaft (LAG) Niedersachsen der Nachsorgeeinrichtungen der „Phase F“ unter beratender Mitwirkung des Ministeriums für Soziales, Frauen, Familie und Gesundheit, der Landesorganisationen der Kranken- und Pflegekassen und des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung Niedersachsen getroffenen Überlegungen für diesen Personenkreis.

Es umfasst auch Ausführungen über die besonderen Rahmenbedingungen zur Versorgung von langzeitbeatmeten Pflegebedürftigen und zudem zu Anforderungen an die personelle, räumliche und apparative Ausstattung.

Aufbauend auf diesem Rahmenkonzept hat die LAG Phase F Niedersachsen für ihre Mitglieder Kriterien für Qualitätsanforderungen für stationäre Einrichtungen der „Phase F“ entwickelt.

Auf der Grundlage der Empfehlung zur Kostenbeteiligung nach § 37 Abs. 2 Satz 3 SGB V für Pflegebedürftige in zugelassenen Pflegeeinrichtungen nach dem „Phase - F - Konzept“ haben sich die Landesverbände der gesetzlichen Krankenkassen und die Landesarbeitsgemeinschaft der Phase F Niedersachsen Ende 2009 unter Moderation des Niedersächsischen Ministeriums für Soziales, Frauen, Familie und Gesundheit auf eine pauschale Entlastung für schwerstschädelhirngeschädigte Bewohnerinnen und Bewohner in Facheinrichtungen geeinigt[157]. Je nach Pflegesatzhöhe der einzelnen Einrichtungen und Pflegestufe der Bewohnerin bzw. des Bewohners übernimmt die Krankenkasse zur Finanzierung besonders aufwändiger Behandlungspflege bis zu ca. 900,- Euro monatlich. Der Kostenanteil der Krankenversicherung errechnet sich aus einem prozentualen Anteil an dem Entgelt der jeweiligen Pflegekasse und beträgt zwischen 10% und 25%. Auf örtlicher Ebene bedarf es zur Umsetzung einer Einzelvereinbarung.

In der LAG „Phase F“ sind folgende Einrichtungen zusammengeschlossen:

156 Auf der Homepage des MS: www.ms-niedersachsen.de
157 siehe Homepage der LAG Phase F Niedersachsen, www.phase-f-niedersachsen.de

Tab. (69) Einrichtungen der LAG „Phase F“ Niedersachsen

Einrichtungen der „Phase F“ in Niedersachsen [158]	PLZ, Ort	Plätze (davon Beatmung)	Auslastung 2009
Ev. Krankenhausverein e.V.	49824 Emlichheim	45 (eingestreut)	96%
Facheinrichtung für Intensivpflege FIP	26672 Barßel	72 (eingestreut)	k.A.
Gut Retzen	27305 Süstedt	91 (20)	88%
Haus Am Barkhof	27711 Osterholz-Scharmbeck	14 (eingestreut)	k.A.
Henriettenstiftung Altenhilfe gGmbH	30171 Hannover	55 (eingestreut)	92%
MATERNUS, Senioren- und Pflegezentrum Wendhausen	38165 Lehre-Wendhausen	35 (eingestreut)	90%
Noi Vita, Fachpflegeeinrichtung für Schwerstpflege GmbH	30657 Hannover	40 (eingestreut)	95%
Paulusheim	49082 Osnabrück	26 (keine)	99%
Pflegeheime Fichteneck GmbH	38700 Braunlage	64 (eingestreut)	87%
Reha-Aktiv Bersenbrück GmbH	49593 Bersenbrück	32 (eingestreut)	k.A.
Seniorenwohnpark Augustfehn GmbH	26689 Augustfehn	k.A.	k.A.
Pflege- und Therapiezentrum Gut Wienebüttel GmbH	21339 Lüneburg	55 (20)	89%

Quelle: LAG „Phase F“ Niedersachsen

Sechs der aufgelisteten 12 Einrichtungen haben Vereinbarungen nach § 87b SGB XI. Die Facheinrichtung für Intensivpflege (FIP) in Barßel bietet darüber hinaus Pflegekurse nach § 45 SGB XI an. Sie nimmt als einzige Einrichtung in Niedersachsen auch wachkomatöse Kinder in „Phase F“ auf.

Neben den Mitgliedseinrichtungen der LAG gibt es weitere stationären Einrichtungen für Phase F Patientinnen und Patienten in Niedersachsen. Es stehen insgesamt 635 „Phase F“- Plätze zur Verfügung. Inzwischen gibt es in Niedersachsen auch Einrichtungen der „Phase G“ (geringer Pflegeanteil und Unterstützung des Rehabilitationspotentials z.B. durch Tagesstruktur und Alltagsgestaltung).

158 www.phase-f-niedersachsen.de

Ambulante Versorgung

Hinsichtlich des Personenkreises der Schädel-Hirngeschädigten besteht ein relativ großes Selbsthilfepotential. Neben den Regionalgruppen in Celle-Lüneburg, Friesland-Wangerland, Göttingen, Hannover-Landkreis Uelzen, Hannover, Meppen-Emsland, Südniedersachsen-Nordhessen, Rotenburg-Wümme und Vechta-Osnabrück und Umgebung von „Schädel-Hirnpatienten in Not e.V.“ gibt es weitere Selbsthilfegruppen des „Forums Gehirn“ in Hannover und Umgebung und Uelzen und Umgebung und den „Selbsthilfeverband für neurologisch Erkrankte und Unfallopfer“.

Soweit die Pflege nicht ausschließlich durch private Pflegepersonen (Angehörige) und unter ärztlicher Aufsicht erfolgt, wird fachpflegerischer Bedarf (Grund- und Behandlungspflege) durch die zugelassenen Pflegedienste erfüllt.

Wenn ein Patient bzw. eine Patientin der „Phase F“ zu Hause intensiv gepflegt werden soll, schließen spezialisierte Pflegedienste mit fachlich fortgebildetem Personal einzelfallbezogen Verträge mit den Kostenträgern ab.

Nach Aussagen von Trägern der stationären Einrichtungen erfolgt auf Anfrage von dort auch Beratung pflegender Angehöriger bei häuslich gepflegten Personen.

Vor dem Hintergrund zeitweiliger Entlastung der pflegenden Angehörigen oder bei deren vorübergehenden Verhinderung halten einige stationäre Einrichtungen ein Angebot von Kurzzeitpflege in „eingestreuter“ Form vor.

Die gesonderte Ausweisung von Plätzen für die Kurzzeitpflege gestaltet sich betriebswirtschaftlich schwierig und hat sich nach Aussage der LAG Niedersachsen der Nachsorgeeinrichtungen der „Phase F“ nicht bewährt. Daran scheitere auch die Errichtung von Solitäreinrichtungen zur Kurzzeitpflege.

Beatmungspflichtige Personen

Beatmungspflichtige Personen zählen oft zum Personenkreis der schwer Schädel-Hirngeschädigten; sie bilden aber aufgrund ihres besonderen Pflegebedarfs wiederum eine eigene Patientengruppe. Während beatmungspflichtige Patientinnen und Patienten früher lange Zeit in Krankenhäusern versorgt wurden, werden sie heute schneller in die häusliche Umgebung oder in eine spezialisierte Pflegeeinrichtung entlassen. Aufgrund fortgeschrittener Medizintechnik und

weiterentwickelter pflegewissenschaftlicher Erkenntnisse kann eine Versorgung in hierfür personell wie apparativ speziell ausgestatteten Pflegeeinrichtungen und damit für diese Menschen zugleich lebensgerechteren Umgebung sicher gestellt werden. Dem MS sind z. Z. zwei Einrichtungen bekannt - je eine in den ehemaligen Regierungsbezirken Lüneburg und Weser-Ems - die jeweils 20 Plätze für beatmungspflichtige Menschen zur Verfügung stellen, sowie weitere acht, die eingestreute Plätze ausweisen.
Die Beatmungspflege im häuslichen/ambulanten Bereich und im spezialisierten Pflegeheim setzt hohe Anforderungen an die Pflegekräfte und bedarf intensiver fachlicher Fortbildung.

3.10.5 Migrantinnen und Migranten

Pflegebedürftige Menschen mit Migrationshintergrund bedürfen, wenn sie pflegerisch und betreuend versorgt werden müssen, eines Angebotes, das ihrer sozio-kulturell geprägten Lebens- und Bedürfnislage Rechnung trägt. Zur Durchführung einer klientenorientierten Pflege müssen ambulante Dienste und stationäre Einrichtungen auch angesichts der Inhomogenität dieser Bevölkerungsgruppen Kompetenzen und Konzepte der Versorgung und Betreuung unter jeweils kulturkongruenten Vorzeichen einbringen bzw. entwickeln. Angesichts sprachlicher Schwierigkeiten und geringer Kontaktmöglichkeiten zum deutschen Kontext ist es für ältere Migrantinnen und Migranten von besonderer Bedeutung, muttersprachliche Informationen zu möglichen Hilfen zu bekommen[159]. Es ist davon auszugehen, dass bei älteren Migrantengruppen Kommunikationsprobleme auch bei der Begutachtung eine Rolle spielen.
Sprach- und Religionskenntnisse, ein Wissen um kulturelle Traditionen, Sitten, Rituale und Gebräuche, wie beispielsweise Esskultur, Geschlechterrollen, Umgang mit Körper, Krankheit und Schmerz, Sterben und Tod sowie Sensibilität für die soziale Situation sind wesentliche Voraussetzungen für die Bereitstellung und Akzeptanz von Pflegeleistungen der ambulanten Dienste und stationäre Einrichtungen. Im gesamten Pflegebereich sollte daher eine Reflexion und Weiterentwicklung bestehender Pflegegrundsätze stattfinden, um auch

159 BMFSFJ, 5. Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland, 2005, S. 426

anderskulturellen Krankheitsvorstellungen und kulturspezifischen Pflegebedürfnissen gerecht werden zu können.

NDZ - Aus aller Welt-Datenbank

Das Norddeutsche Zentrum zur Weiterentwicklung der Pflege (NDZ)[160] initiierte in den Jahren 1997-2000 das Projekt „Aus aller Welt", dessen Aufgabe die Erfassung interkultureller Aktivitäten und Projekte in stationären und ambulanten Pflegeeinrichtungen sowie in Einrichtungen der pflegerischen Aus- und Weiterbildung war. Die Aktualisierung dieser Datenbank mit einer umfassenden Sammlung interkultureller Aktivitäten im Gesundheitswesen erfolgte 2009/2010[161]. An dem Informationsnetzwerk haben sich neben Niedersachsen auch die Bundesländer Bremen, Hamburg, Schleswig-Holstein und seit 01.01.2009 auch Mecklenburg-Vorpommern beteiligt. Die Datensammlung aus Einrichtungen des Gesundheits- und Pflegebereichs leistet einen Beitrag zur stärkeren Vernetzung einzelner Aktivitäten und Kooperationsmöglichkeiten, indem Erfahrungen anderen Einrichtungen zur Verfügung gestellt werden.

Die in der Datenbank präsentierten interkulturellen Projekte im Pflege- und Gesundheitsbereich in Niedersachsen[162] sind in den drei Arbeitsbereichen

(1) Aus-, Fort- und Weiterbildung,

(2) Stationäre Alten- und Krankenpflege und

(3) Ambulante Alten- und Krankenpflege

verortet. Der größte Teil der vorgestellten Projekte sind im Bereich der **Aus-, Fort- und Weiterbildung** angesiedelt. Mit unterschiedlichen konzeptionellen Ansätzen wird das Thema „Interkulturelle Pflege" schwerpunktmäßig in das vorhandene Lehrangebote der Bildungseinrichtungen integriert, im Rahmen der Curriculumsentwicklung in Ausbildungen verstärkt berücksichtigt und werden Fort- und Weiterbildungsprogramme um diesen Themenbereich erweitert. In einem Projekt der Berufsförderung wird die Integration von Migrantinnen und Migranten durch eine Ausbildungsmaßnahme in Zusammenarbeit mit dem örtlichen Arbeitsamt zur Erlangung der staatlichen Anerkennung ihrer Ausbildung in Deutschland gefördert.

---

[160] www.ndz-pflege.de

[161] NDZ, Aus aller Welt II

[162] NDZ, Aus aller Welt II, Niedersachsen

Die aufgeführten Projekte im Aus-, Fort- und Weiterbildungsbereich finden in mehr als 10 verschiedenen Städten Niedersachsens statt.

Im **stationären Alten- und Krankenpflegebereich** werden vielfältige Projekten an neun verschiedenen Standorten vorgestellt. Es sind dies einerseits Aktivitäten der direkten bewohnerbezogenen Verbesserung der kulturellen Pflege und Betreuung und der Durchführung von Veranstaltungen und kultursensiblen Einbeziehung des sozialen, nachbarschaftlichen Umfeldes der Einrichtung, andererseits die Organisation von Bewohnerurlauben in Nachbarländern und ein kulturübergreifender Wissenstransfer und Informationsaustausch.
Die in der Datenbank erfassten Projekte in der **ambulanten Alten- und Krankenpflege** in drei Städten Niedersachsens umfassen ein breites Spektrum von unterschiedlichen Maßnahmen. Es wurde ein Konzept zur kultursensiblen Pflege im ambulanten Dienst entwickelt, ein interkultureller Seniorenwegweiser bzw. Seniorenkompass und eine mehrsprachige Gesundheitsbroschüre, die auch das Thema Pflegeversicherung erörtert, veröffentlicht, sowie Senioren-Wohngemeinschaften eingerichtet und die Integration von Migrantinnen und Migranten in die Arbeit der Pflegeberufe gefördert.
Diese vereinzelten regionalen Projekte haben Vorzeigecharakter und können Einrichtungen und Trägern als Modelle und Anregungen für eigene konzeptionelle Überlegungen dienen.
Die Darstellungen der Einrichtungen und Träger, insbesondere von Alten -und Krankenpflegeschulen und von Trägern der Fort- und Weiterbildung in der Pflege, zeigen, dass sowohl im Bereich der pflegefachlichen beruflichen Bildung wie bei den Anbietern von Pflegeleistungen die wachsenden Anforderungen einer interkulturellen bzw. kultursensiblen Pflege zunehmend erkannt und aufgegriffen werden.

Handbuch für eine kultursensible Altenpflegeausbildung

Auch das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend hat mit dem im Rahmen eines Forschungsprojektes der Evangelischen Fachhochschule Hannover entwickelten Handbuchs für eine kultursensible Altenpflegeausbildung[163] die Initiative ergriffen, bundesweit die Umsetzung einer kultursensiblen,

163 BMFSFJ, Handbuch für eine kultursensible Altenpflegeausbildung - Eine Arbeitshilfe für Pflegeschulen und Pflegeeinrichtungen

lernfeldorientierten Altenpflegeausbildung zu unterstützen. Das Handbuch umfasst u.a. drei Ausbildungsmodule, enthält Hinweise, wie interkulturelle Aspekte als Querschnittsthema in die Ausbildung einfließen können und führt in den Themenkomplex „Kultursensible Altenpflege“ ein.

Forum Kultursensible Altenhilfe

Das Forum Kultursensible Altenhilfe[164] ist ein freiwilliger Zusammenschluss von Verbänden, Migrantenorganisationen und Institutionen, der sich nach der Umsetzung der Kampagne für eine Kultursensible Altenhilfe[165] Anfang 2006 konstituiert hat. Die Grundlage der Arbeit bildet das Memorandum für eine kultursensible Altenhilfe[166] und die Handreichung für eine kultursensible Altenpflege. Die Umsetzung findet in vier regionalen Gruppen statt. Die Regionalgruppe Nord wird von dem Ausländerreferat in Wolfsburg und dem Transkulturellen Pflegedienst in Hannover koordiniert. Durch Vorträge, Tagungen und in Form von regelmäßigen Netzwerktreffen soll der Wissenstransfer, die Transparenz über Praxismodelle und die Verbreitung von kultursensiblen Arbeitsansätzen beteiligter Einrichtungen und Organisationen gefördert werden.

Kultursensible Pflegeangebote

Pflegedienste

Bekannt sind vier Pflegedienste in Hannover, die speziell pflegebedürftige Migrantinnen und Migranten betreuen und versorgen: der Transkulturelle Pflegedienst, Interkulturelle Sozialdienst, Kultursensible Sozialdienst und Interpflege.

Hilfestellung bei Fragen der Gesundheitsförderung bietet auch das Ethnomedizinische Zentrum e.V. in Hannover an. Die Beratungsstelle wird vom Land finanziell gefördert.

Angebote, wie die zielgruppenspezifischen Pflegedienste oder das ethno-medizinische Zentrum sind Kernzellen für eine Verbesserung des Zugangs der Bevölkerung mit Migrationshintergrund zu den Angeboten der pflegerischen Versorgung und zur Qualitätsentwicklung und -sicherung einer kultursensiblen Pflege

164 Das Forum für eine kultursensible Altenhilfe wird von der Beauftragten der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration gefördert.
165 www.kultursensible-altenhilfe.de
166 Download unter: www.kultursensible-altenhilfe.de

zur verstehen. Weitere Erkenntnisse zu dieser Thematik werden von dem im Kap. I.3.10.2 darstellten Modellprojekt im Heinemanhof in Hannover erwartet.

Jüdisches Pflegeheim

Für stationär pflegebedürftige Mitbürgerinnen und Mitbürger jüdischen Glaubens bietet das Jüdische Seniorenheim Hannover, das Lola-Fischel-Haus, stationäre Dauerpflege mit 84 Plätzen an.

Internetportal GeMiNie

Das Internetportal "Gesundheit für Migrantinnen und Migranten in Niedersachsen" (GeMiNie)[167] wurde im Rahmen eines Projektes der Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e.V. (LVG & AFS)[168] im Auftrag der Niedersächsischen Landesregierung erstellt. Das Portal ermöglicht eine gezielte Recherche nach Gesundheitsdienstleistern anhand der Kriterien: Standort, Fachgebiet und Sprachkenntnis und bietet fremdsprachige Gesundheitsinformationen.

Für den Pflegebereich relevante thematische Schwerpunkte der Datenbank sind Betreuung und Pflege, vorpflegerischer Bereich und Selbsthilfe. Im Schwerpunkt „Betreuung und Pflege" sind Einrichtungen und Anbieter von betreutem Wohnen, ambulanter, teilstationärer und stationärer Pflege, Pflegeberatung und von ambulanten und stationären Hospizdiensten aufgeführt.

Demenzerkrankte mit Migrationshintergrund

Zunehmend rücken Demenzerkrankungen bei Pflegebedürftigen mit Migrationshintergrund in den Fokus professioneller Arbeit. Es gibt keine Statistiken und empirische Untersuchungen zu kultur- und migrationsspezifischer Prävalenz der Erkrankung. Wenngleich bis dato keine verlässlichen Daten vorliegen, so sind die Inzidenz- und Prävalenzraten demenzieller Erkrankungen beispielsweise bei türkischen Migrantinnen und Migranten mindestens so hoch wie bei der Gesamtbevölkerung[169]. Naheliegende Gründe, die in Zusammenhang mit der Migrationsbiografie stehen, legen die Vermutung nahe, dass der Alterungsprozess bei diesen Personengruppen früher einsetzt und somit eine frühere demenzielle

167 www.geminie.de
168 www.gesundheit-nds.de
169 www.1.2009.dgppn-kongress.de, Universitätsklinik Köln, Josef Kessler

Symptomatik zu erwarten ist. Durch migrationsspezfische, soziokulturelle und strukturelle Barrieren ist der Zugang zu Angeboten in der Versorgung erschwert. Wenn ein Demenzkranker nicht Deutsch als Muttersprache spricht, wird bereits eine deutschsprachige Diagnose schwierig. Zum Verfahren der Demenzdiagnostik gibt es kein kulturell übergreifendes Verfahren. Die Universitätsklinik Köln hat ein Transkulturelles Assessment mentaler Leistungen (TRAKULA)[170] entwickelt, das dann eingesetzt werden kann, wenn auf Sprachkompetenz nur eingeschränkt zurückgegriffen werden kann. Der Test kommt ohne lese- und schreiblastige Module aus und richtet sich in erster Linie an Migrantinnen und Migranten.

3.10.6 Palliativversorgung und Hospizarbeit

Die Hospizbewegung (vom lateinischen hospitum - Herberge) will eine neue Kultur von Sterben und Leben fördern. Moderne Hospizarbeit ist eine Sterbebegleitung durch speziell für diese Aufgabe fortgebildete Hospizhelferinnen und Hospizhelfer, die parallel zu professioneller medizinischer und pflegerischer Versorgung angeboten werden kann. Das Ziel moderner Hospizarbeit ist es, das Leiden von sterbenden Menschen zu lindern, ihnen, wenn möglich, das Verbleiben in der vertrauten Umgebung zu ermöglichen und den Angehörigen beizustehen[171].

Im Laufe der Zeit wurden ehrenamtliche Gruppen oder Organisationen mit dem Ziel tätig, Sterben in Einsamkeit und ohne menschliche Zuwendung zu verhindern und Sterbende in der letzten Lebenszeit - unabhängig vom Aufenthaltsort - zu begleiten.

Im Zuge dieser Tätigkeit wurde vermehrt deutlich, dass bei einem Personenkreis, der einer ärztlichen Behandlung aufgrund des Krankheitsfortschrittes nicht mehr zugänglich ist, der jedoch der Schmerztherapie, psychosozialer Hilfe und in der Regel auch der Pflege bedarf, aber hierfür auf keine oder keine ausreichende häusliche Hilfe zurückgreifen kann, stationäre Versorgung und Betreuung erforderlich ist, für die das stationäre Versorgungssystem der Krankenhäuser und der Pflegeheime nur ungenügend geeignet ist. Dies führte zur Gründung von stationären Hospizen auch in Deutschland.

In der Palliativversorgung (Palliative Care) wirken der professionell geprägte Bereich der Palliativmedizin und Palliativpflege sowie der ehrenamtlich geprägte Bereich der

170 www.1.2009.dgppn-kongress.de
171 www.hospiz.net

Hospizarbeit zusammen. Die Palliation (aus dem Lateinischen: Linderung) bezeichnet allgemein eine medizinische Maßnahme, deren primäres Ziel nicht der Erhalt, die Genesung oder Wiederherstellung der normalen Körperfunktion, sondern deren bestmögliche Anpassung an die gegebenen physiologischen und psychologischen Verhältnisse ist.
In den vergangenen Jahren hat die Palliativversorgung und Hospizarbeit stark an Bedeutung gewonnen. Das Land hat diesen Prozess unter anderem durch ein eigenes Rahmenkonzept und mit der niedersachsenweiten Einrichtung und Förderung von so genannten Palliativstützpunkten vorangetrieben.

Palliativversorgung

Die Medizinische Hochschule Hannover, Abteilung Epidemiologie, Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung, hat im Auftrag des MS, der Verbände der gesetzlichen Krankenkassen in Niedersachsen sowie der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen von 2003 bis 2004 ein Gutachten zur Palliativversorgung in Niedersachsen - Bestandsaufnahme und Empfehlungen zur Weiterentwicklung - erstellt. Die Begriffe Palliativmedizin, Palliativpflege und Hospizarbeit werden darin als Teilbereiche innerhalb des Gesamtkonzepts der Palliativversorgung beschrieben.
Auf der Basis dieses Gutachtens wurde unter Einbeziehung von Vertreterinnen und Vertretern von an der Palliativversorgung in Niedersachsen beteiligten Leistungsanbietern, der Hospiz Landesarbeitsgemeinschaft, der Hospizstiftung, der Ärztekammer, der Kassenärztlichen Vereinigung sowie der Verbände der gesetzlichen Krankenkassen in Niedersachsen ein „Rahmenkonzept zur Weiterentwicklung der Palliativversorgung in Niedersachsen“ (März 2006) erarbeitet.
In dem Rahmenkonzept wird davon ausgegangen, dass die Palliativversorgung in eine Basisversorgung und eine Spezialversorgung gegliedert ist. Die Basisversorgung ist elementarer Bestandteil der allgemeinen Versorgung beispielsweise der Hausärztinnen und -ärzte und Krankenhäuser sowie von ambulanten Pflegediensten und Pflegeheimen. Neben der Basisversorgung sind in den vergangenen Jahren Strukturen einer Spezialversorgung in Palliative Care entstanden, die für diejenigen Patientinnen und Patienten zur Verfügung stehen, die aufgrund der Ausprägung ihrer Probleme und Bedürfnisse eine über die Basisversorgung hinaus gehende Versorgung benötigen.

Angestrebt wird der landesweit flächendeckende Aufbau einer qualitativ guten und quantitativ ausreichenden Palliativversorgung, ausgehend von einer Basis- und einer Spezialversorgung in Palliative Care.

Palliativstützpunkte

Der wesentliche Ansatz des o.a. Rahmenkonzepts ist eine engere Vernetzung der vorhandenen örtlichen Angebotsstrukturen in der spezialisierten Palliativversorgung und Hospizarbeit innerhalb von Palliativstützpunkten. Die landesweit flächendeckende Errichtung von Palliativstützpunkten nimmt daher in dem Rahmenkonzept die Schlüsselstellung ein. Das Rahmenkonzept beschreibt einen Palliativstützpunkt als einen konzeptionellen Organisationsverbund zwischen den unterschiedlichen Leistungserbringern der spezialisierten Palliativversorgung und Hospizarbeit, der organisatorisch an einen dieser Leistungserbringer anzubinden ist.

Unter dem Dach eines Palliativstützpunktes sind demnach anzubieten

⇒ eine 24-Stunden-Hotline insbesondere zur
- Beratung der an der Basisversorgung beteiligten Leistungserbringer sowie
- Koordination der an der Basis- und der Spezialversorgung beteiligten Leistungserbringer,

⇒ wohnortnahe ambulante Versorgung durch
- an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Fachärztinnen und Fachärzte mit besonderer palliativmedizinischer Qualifikation,
- Pflegedienste, die durch fest angestellte Pflegefachkräfte mit Weiterbildung in Palliative Care eine entsprechende 24stündige Bereitschaft gewährleisten oder durch Ambulante Palliativdienste,

⇒ wohnortnahe ambulante Begleitung und Betreuung durch Hospizdienste,

⇒ stationäre Begleitung und Betreuung in Hospizen,

⇒ stationäre Versorgung in Krankenhäusern, die über eine geeignete palliativmedizinische Infrastruktur verfügen.

Die Angebote der stationären Versorgung müssen nicht wohnortnah vorhanden sein, sie sollten aber in Abhängigkeit von den jeweiligen regionalen Gegebenheiten

möglichst innerhalb einer Anfahrzeit von einer Stunde erreicht werden können. Unter diesem Aspekt können Krankenhäuser und insbesondere stationäre Hospize ihr Leistungsangebot gleichzeitig über mehrere Palliativstützpunkte zur Verfügung stellen.

Seit Mitte 2006 gewährt das Land Zuwendungen für den landesweit flächendeckenden Aufbau von Palliativstützpunkten, um die Palliativversorgung in Niedersachsen nachhaltig zu verbessern. Gefördert werden zuwendungsfähige Personal-, Sach- und sonstige Verwaltungsausgaben für die Koordination und Kooperation der an dem jeweiligen Palliativstützpunkt beteiligten Leistungserbringer. Die Förderung erfolgt je Palliativstützpunkt für längstens vier Jahre und max. 55.000 Euro. Danach kann die Aufrechterhaltung der 24-Stunden-Hotline mit bis zu 5.000 Euro jährlich gefördert werden.
Bis zum Jahr 2010 sind insgesamt bereits 34 Palliativstützpunkte errichtet worden; die angestrebte Flächendeckung ist damit nahezu erreicht[172].

Niedersächsische Koordinierungs- und Beratungsstelle für Hospizarbeit und Palliativversorgung

Mit der Errichtung einer Niedersächsischen „Koordinierungs- und Beratungsstelle hat das Land Niedersachsen eine zentrale Stelle für die Weiterentwicklung der Hospizarbeit und Palliativversorgung“ geschaffen[173].
Die Koordinierungs -und Beratungsstelle hat die Aufgaben:

- Bindeglied zwischen dem MS und der Hospizarbeit und Palliativversorgung in ihrer Gesamtheit,
- Unterstützung und Beratung in Fragen der weiteren Entwicklung der Hospizarbeit und Palliativversorgung,
- Unterstützung beim Aufbau neuer Initiativen im haupt- und ehrenamtlichen Bereich der Hospizarbeit und Palliativversorgung,
- Mitwirkung bei der Umsetzung der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung als neuer Leistung der gesetzlichen Krankenkassen auf Landesebene und
- Anlaufstelle für Bürgerinnen und Bürger, die haupt- und ehrenamtlich mit der Betreuung von schwerstkranken und sterbenden Menschen befasst sind.

Die Niedersächsische „Koordinierungs- und Beratungsstelle für Hospizarbeit und Palliativversorgung“ hat im Januar 2009 ihre Arbeit aufgenommen.

---

172 www.ms.niedersachsen.de
173 www.palliativ.niedersachsen.de

Spezialisierte ambulante Palliativversorgung

Seit dem 01.04.2007 haben die Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung einen Anspruch auf eine spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) durch Palliative-Care-Teams als eigenständige Regelleistung der Krankenkassen (§ 37b Abs. 1 und 2 SGB V). Die Landesregierung hat diese bundesgesetzliche Leistungsverbesserung nachhaltig unterstützt.

Niedersachsen gehört zu den ersten Bundesländern, in denen die Leistungserbringer und die Krankenkassen einen Mustervertrag über die Erbringung dieser Leistung abgeschlossen haben. Inzwischen wurden auf örtlicher Ebene bereits 26 Versorgungs- und Vergütungsverträge vereinbart.

Spezialisierte ambulante Palliativversorgung für Kinder

Die palliative Versorgung von Kindern umfasst nicht nur die palliativmedizinische und palliativpflegerische Versorgung des lebensbegrenzt erkrankten Kindes, sondern auch die qualifizierte Begleitung seiner Eltern und Geschwisterkinder. Diese Leistungen sind zudem nicht nur auf die finale Lebensphase der Kinder begrenzt. Sie erstrecken sich zumeist auch auf zeitlich vorangehende Leistungen, die der Entlastung und professionellen Unterstützung der Familien dienen und damit die Pflege im familiären Umfeld für einen möglichst langen Zeitraum ermöglichen.

Zwischen der Palliativversorgung für Erwachsene und der für Kinder sind deutliche Unterschiede festzustellen. Dies betrifft zunächst das Alter und die verbleibende Lebenserwartung der Patientinnen und Patienten: Bei Erwachsenen erfolgt eine Palliativversorgung zumeist unter dem Eindruck eines absehbar bevorstehenden Lebensendes. Der Personenkreis der Kinder und Jugendlichen umschließt dagegen alle Altersstufen von Neugeborenen bis zu jungen Erwachsenen; die Palliativversorgung dieses Personenkreises erfordert daher eine altersgerechte Einbeziehung der Kinder und Jugendlichen in ihre Behandlung und eine hohe pädiatrische Kompetenz.

Auch die Arten der Grunderkrankungen unterscheiden sind deutlich: Bei Erwachsenen sind dies zu 90% onkologische Erkrankungen, bei Kindern und Jugendlichen hingegen überwiegen neuropädiatrische, neuromuskuläre sowie Stoffwechselerkrankungen, für deren Behandlung in den einzelnen Spezialdisziplinen eine hohe Fachkompetenz vorausgesetzt werden muss.

Gemäß § 37b Abs. 1 Satz 4 SGB V sollen in der spezialisierten ambulanten Pallaitivversorgung die besonderen Belange von Kindern berücksichtigt werden. Dennoch enthalten weder die SAPV-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses der Ärzte und Kassen (G-BA) noch die „Gemeinsamen Empfehlungen nach § 132d Abs. 2 SGB V für die spezialisierte ambulante Palliativversorgung vom 23.06.2008“ der Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen nähere Ausführungen über eine speziell auf Kinder und Jugendliche ausgerichtete palliativmedizinische Versorgung.

Auf Initiative Niedersachsens ist das Bundesgesundheitsministerium im April 2010 lt. Beschluss der Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden gebeten worden, „den Gemeinsamen Bundesausschuss aufzufordern, zeitnah im Rahmen einer Überarbeitung seiner Richtlinie zur Verordnung von spezialisierter ambulanter Palliativversorgung die besonderen Belange von Kindern und Jugendlichen im Sinne von § 37 b Absatz 1 SGB V zu konkretisieren. Es gilt zeitnah eine Grundlage zu schaffen für eine baldige Umsetzung der bundesrechtlichen Vorgabe durch den Abschluss entsprechender Versorgungsverträge und Vergütungsvereinbarungen zwischen den potentiellen Leistungserbringern und den gesetzlichen Krankenkassen.“

Ca. 150 Kinder und Jugendliche sterben jährlich in Niedersachsen an den Folgen nicht heilbarer Erkrankungen, beispielsweise als Folge von Frühgeburtlichkeit, Nerven- und Stoffwechsel-, Muskel- oder anderen Organerkrankungen sowie Krebs.

Um den Kindern und Familien eine spezialisierte medizinische, pflegerische und psychosoziale Versorgung zu Hause zu ermöglichen haben sich die Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen, die pädiatrische Palliativ-AG Niedersachsen/Bremen und das vom Land geförderte „Netzwerk für die Versorgung schwerkranker Kinder und Jugendlicher e.V.“ Anfang 2010 über neue Vergütungsregeln verständigt. Damit finanzieren in Niedersachsen die Krankenkassen ein modellhaftes Versorgungsnetz für die flächendeckende Versorgung sterbenskranker Kinder und Jugendlicher.

Stationäre Hospize

Mit dem Pflegeversicherungsgesetz und vor allem mit der Einführung des § 39a SGB V im Zuge des zweiten Krankenversicherungs-Neuordnungsgesetz (2. GKV-NOG) vom 23.06.1997 mit Wirkung vom 01.01.1997 hat der Bundesgesetzgeber einen

Leistungsanspruch für die Nutzung von stationären Hospizen und damit - indirekt - Grundlagen für eine wesentlich verbesserte Finanzierung der stationären Hospize geschaffen. Nach § 39a SGB V haben Versicherte, die keiner Krankenhausbehandlung bedürfen, Anspruch auf einen Zuschuss zu stationärer oder teilstationärer Versorgung in Hospizen, in denen palliativ-medizinische Behandlung erbracht wird, wenn eine ambulante Versorgung im Haushalt oder der Familie des Versicherten nicht erbracht werden kann.

Einige Änderungen im § 39a SGB V wurden mit dem Pflege - Weiterentwicklungsgesetz vom 1.7.2008 eingeführt.

Weitere umfangreiche Änderungen der gesetzlichen Grundlagen für die ambulante und stationäre Hospizarbeit sind am 1.08.2009 in Kraft getreten.

Danach werden Patientinnen und Patienten in stationären Hospizen von der Übernahme eines Eigenanteils befreit. Bisher mussten die Betroffenen einen Eigenanteil übernehmen, der bundesweit unterschiedlich hoch war. Der Finanzierungsanteil wird zukünftig von den Kranken- und Pflegekassen übernommen. Die Kranken- und Pflegekassen tragen somit 90%, bei Kinderhospizen 95 % der zuschussfähigen Kosten eines Hospizes; lediglich Leistungen der Pflegekassen werden darauf angerechnet. Auch der kalendertägliche Mindestzuschuss, den die Krankenkassen für die stationäre Hospizversorgung leisten, ist von 6 % der monatlichen Bezugsgröße (gem. § 18 Abs. 1 SGB IV) auf 7% angehoben worden. Der Zuschuss der Kranken- und Pflegekassen ist ausdrücklich nicht als Vollfinanzierung der stationären Hospize angelegt; auch weiterhin soll ein bedeutender Anteil der Kosten durch Spenden und vielfältiges ehrenamtliches Engagement aufgebracht werden.

Die Leistungen nach dem SGB XI richten sich nach den üblichen Bestimmungen dieses Gesetzes. Nach dem NPflegeG erhalten diese Einrichtungen zudem als nach dem SGB XI zugelassene Pflegeeinrichtungen eine Förderung der Investitionskosten im Umfang der durch sie nach dem SGB XI erbrachten Leistungen (Pflegetage).

Grundsätzlich kann das Leistungsangebot der Hospize unterschieden werden nach medizinischer Versorgung, psychosozialer und spiritueller Versorgung. Der Schwerpunkt der Hospize liegt auf der Palliativpflege sowie auf der psychosozialen und spirituellen Begleitung der Patientinnen und Patienten. Die medizinische Versorgung wird von externen Ärztinnen und Ärzten erbracht.

Stationäre Hospize erhalten auch eine Förderung der Investitionsaufwendungen, sofern sie für die Pflege nach dem SGB XI gem. § 72 als stationäre Pflegeeinrichtungen zugelassen sind und soweit sie im Rahmen ihrer Tätigkeit Leistungen nach dem SGB XI erbringen. Die Förderung erfolgt für Hospize für den Fall, dass sie einen Versorgungsvertrag als Kurzzeitpflegeeinrichtungen haben, nach den Vorschriften über die Förderung solche Einrichtungen (§ 10 Abs. 1 Satz 1 NPflegeG). Sind sie als vollstationäre Einrichtungen der Dauerpflege zugelassen, erhalten die Hospize eine Förderung in den Fällen, in den die Bewohnerinnen und Bewohner Leistungen der Kurzzeitpflege nach § 42 oder der Verhinderungspflege nach § 39 SGB XI erhalten.

Im Verzeichnis der Hospiz LAG Niedersachsen[174] werden z.Z. 17 stationäre Hospize in den Orten Buchholz, Bardowick, Oldenburg, Leer, Celle, Hannover (drei Hospize), Bad Pyrmont, Bad Münder, Göttingen, Braunschweig, Salzgitter, Wolfsburg, Osnabrück, Dinklage und Westerstede sowie das Kinderhospiz Löwenherz in Syke aufgeführt. Weitere zwei stationäre Hospize sind z. Z. in Planung. Im Vergleich dazu gab es Ende 2005 erst 12 stationäre Hospizeinrichtungen in Niedersachsen.

Eine Unterbringung der Angehörigen von Sterbenden ist in allen stationären Hospizen grundsätzlich möglich.

Aus den Ergebnissen einer Studie des Deutschen Hospiz- und PalliativVerbandes (DHPV) über die Hospizarbeit in stationären Hospizen in Deutschland[175] geht hervor, dass bundesdurchschnittlich 117 Patientinnen und Patienten im Jahr aufgenommen werden, 10 Hospizbetten pro Einrichtung zur Verfügung stehen und die Aufenthaltsdauer 20 Tage beträgt. Es wird in den Einrichtungen eine Belegung von durchschnittlich 80% erreicht. Für Niedersachsen wird eine durchschnittliche Belegung in ähnlicher Höhe angenommen.

Ambulante Hospizdienste

Seit dem 01.01.2002 haben die gesetzlichen Krankenkassen gem. § 39a Abs. 2 SGB V ambulante Hospizdienste zu fördern, die für Versicherte, die keiner Krankenhausbehandlung und keiner vollstationären oder teilstationären Versorgung in einem Hospiz bedürfen, qualifizierte Sterbebegleitung in deren Haushalt oder

---

174 www.hospiz-nds.de

175 Deutscher Hospiz- und PalliativVerband (DHPV), Ambulante Hospizdienste und stationäre Hospize vor existenziellen Problemen - Neuregelung dringlich, 13.03.2009, unter: www.hospiz.net

Familie erbringen. Seit dem 01.04.2007 können ambulante Hospizdienste auch in stationären Pflegeeinrichtungen ehrenamtliche Sterbebegleitung mit finanzieller Förderung durch die Kranken- und Pflegekassen erbringen (§ 39 a Abs. 2 Satz 1 SGB V). Dadurch soll der Hospizgedanke besonders gefördert werden, ungeachtet dessen, dass auch in den Pflegeheimen selbst die hospizliche Sterbebegleitung durch entsprechende Fort- und Weiterbildung des Pflegepersonals an Bedeutung gewinnt. Mit Wirkung vom 01.08.2009 wurde die Berechnung der Finanzierung ambulanter Hospizdienste grundlegend verändert. Statt eines bestimmten, durch die Krankenkassen bislang pro versicherter Person zur Verfügung gestellten Betrags, der Versicherungsbezug, gilt nun der Leistungsbezug. Für eine erbrachte Leistungseinheit ist zukünftig von den Krankenkassen bundesweit ein einheitlicher Betrag zur Verfügung zu stellen. Die Höhe des Betrages wurde im § 39a Abs. 2 SGB V mit 11% der monatlichen Bezugsgröße gem. § 18 Abs. 1 SGB IX festgeschrieben, das sind im Jahr 2010 281,05 Euro. Ferner werden seit dem 01.08.2009 auch die durch ambulante Hospizdienste in Einrichtungen der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen gem. § 43a SGB XI oder in Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe erbrachten Leistungen bei der Berechnung der Förderung berücksichtigt.
Voraussetzung der Förderung ist eine Zusammenarbeit des ambulanten Hospizdienstes mit palliativ-medizinisch erfahrenen Pflegediensten und Ärzten und die fachliche Verantwortung einer fachlich qualifizierten Person, die über mehrjährige entsprechende Erfahrung oder eine Weiterbildung verfügt.
Mit der Förderung nach § 39a SGB V leisten die Krankenkassen einen Zuschuss zu den notwendigen Personalkosten des jeweiligen ambulanten Hospizdienstes für die palliativ-pflegerische Beratung durch entsprechend ausgebildete Fachkräfte sowie für die Gewinnung, Fortbildung, Koordination und Unterstützung der ehrenamtlich tätigen Personen, die für die Sterbebegleitung zur Verfügung stehen.
Neben der Förderung nach § 39a Abs. 2 SGB V finanzieren sich die ambulanten Hospizdienste insbesondere durch die ehrenamtliche Tätigkeit der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sowie durch Spenden und Zuschüsse von den Trägern bzw. Vereinen der Hospizdienste.
Im Verzeichnis der Hospiz LAG Niedersachsen werden z.Z. 112 ambulante Hospizdienste geführt (2005: 104). Sieben von ihnen bieten zusätzlich einen ambulanten Palliativdienst an.

Unter den vom DHPV erfassten Hospizeinrichtungen[176] gibt es bundesweit 1.500 ambulante Hospizdienste. Die Anzahl der ehrenamtlich tätigen Hospizhelferinnen und -helfer wird bundesweit auf insgesamt 80.000 geschätzt, davon sind ca. 10.500 in Niedersachsen eingesetzt.
Die ambulanten Hospizdienste sind relativ gleichmäßig über das Land verteilt. In jedem Landkreis und jeder kreisfreien Stadt gibt es durchschnittlich 2,3 ambulante Hospizdienste.

Hospiz Stiftung Niedersachsen

Die Hospiz Stiftung Niedersachsen ist eine Initiative der evangelisch-lutherischen Landeskirchen Hannovers, Oldenburg, Braunschweig, Schaumburg-Lippe und der Reformierten Kirche Leer sowie der katholischen Bistümer Hildesheim, Osnabrück und des oldenburgischen Teils des Bistums Münster. Die Stiftung wurde im Jahr 2003 gegründet. Sie hat zum Ziel, insbesondere das ehrenamtliche Engagement in der Sterbe- und Trauerbegleitung dauerhaft zu unterstützen. Alle drei Jahre wird zu diesem Zweck in Zusammenarbeit mit dem MS der Hospizpreis Niedersachsen verliehen. 2007 und 2010 wurden drei Pflegeeinrichtungen und drei ehrenamtlich Tätige für ihr besonderes Engagement in der Hospiz- und Palliativarbeit ausgezeichnet.

Akademie für Palliativmedizin und Hospizarbeit

Die Akademie für Palliativmedizin und Hospizarbeit unterstützt die Bestrebungen, eine flächendeckende Palliativ- und Hospizversorgung in Niedersachsen aufzubauen, indem sie Aus-, Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen anbietet und mit Bildungseinrichtungen kooperiert. Zielgruppen der Bildungsveranstaltungen sind alle Berufsgruppen und ehrenamtlich Tätige in der Hospizarbeit und Palliativversorgung. Darüber hinaus fördert die Akademie die regionale Vernetzung von Mitarbeitenden in so genannten „Runden Tischen“, die verteilt in Niedersachsen entstanden sind. Zurzeit gibt es 17 Runde Tische in Alfeld, Celle, Delmenhorst, Göttingen, Hannover, Lüneburg, Nordhorn, Oldenburg, Osnabrück, Osterholz, Rotenburg, Schaumburg, Soltau-Fallingbostel, Stade, Varel und Verden.

176 Stand: Oktober 2008

3.11 Angebote des Betreuten Wohnens

Definition und Bedeutung des Betreuten Wohnens

Im Rahmen der Sozialen Wohnraumförderung in Niedersachsen gilt das "Betreute Wohnen" - der Begriff ist nicht geschützt - als ein Wohnkonzept, das sich durch die Sicherung größtmöglicher Wahlfreiheit und eigenständiger Lebensführung für die Bewohnerinnen und Bewohner auszeichnet. Neben dem Mietvertrag für eine alten- und behindertengerechte Wohnung oder eine Wohneinheit in einer Wohngruppe/ Wohngemeinschaft ist in diesen Fällen ein entsprechender Betreuungsvertrag über allgemeine Betreuungsleistungen abzuschließen. Inhalte des Vertrages sind ein definierter Betreuungsumfang wie Notrufdienste, die Vermittlung von Dienst- und Pflegeleistungen nach Wahl, Informationen und Beratungsleistungen und der monatlich dafür zu entrichtende Betrag der Mieterin oder des Mieters. Durch eine eindeutige Definition der allgemeinen Betreuungsleistungen als „Grundleistungen" des Betreuten Wohnens ist im Rahmen der sozialen Wohnraumförderung sichergestellt, dass diese Wohnform in Abgrenzung zum Wohnen im Heim steht.

Diese Abgrenzung resultiert aus den Regelungen des § 1 Abs. 2 HeimG des Bundes. Im Entwurf für ein Nds. Gesetz zum Schutz von Heimbewohnerinnen und Heimbewohnern ist diese Regelungssystematik des Heimgesetzes des Bundes im Grundsatz aufgegriffen worden.

3.11.1 Gefördertes Betreutes Wohnen

<u>Förderung Altenwohnungen</u>

Gefördert wird die Schaffung von Mietwohnungen für ältere Menschen ab 60 Jahre, schwerbehinderte Menschen sowie hilfe- und pflegebedürftige Menschen. Dies betrifft nicht nur einen Neubau, sondern auch einen Aus- und Umbau sowie die Erweiterung von dementsprechenden Wohnungen.

Alle Bauvorhaben für „Betreutes Wohnen" haben hierbei Vorrang.

Die **Zahl der geförderten Altenwohnungen in Niedersachsen hat sich von 2005 bis 2009 deutlich von 60 auf 296 Wohnungen** erhöht. Davon als Betreutes Wohnen: 45 Wohnungen im Jahr 2005, 165 Wohnungen im Jahr 2009. Auch die Summe der Darlehen für Altenwohnungen hat sich vervielfacht: 2005 wurden rund 1,7 Mio. Euro Darlehen vergeben, 2009 waren es bereits rund 10,7 Mio. Euro

Darlehen und Zuschüsse. (2010, Stand 31.10.: 133 Altenwohnungen, davon 46 im Betreuten Wohnen. Vergebene Darlehen: rd. 5,0 Mio. €).

Förderung Barrierefreiheit

Seit dem Förderjahr 2007 wird in Niedersachsen der erforderliche Einbau eines Aufzugs für alten- und behindertengerechtes Wohnen mit Zuschüssen gefördert. 2007 wurden Zuschüsse in Höhe von 13.400 Euro bewilligt, 2008 waren es 96.100 Euro und 2009 bereits 158.000 Euro. (2010, Stand 31.10.: bisher 76.150 €).

Förderung gemeinschaftlicher Wohnformen

Ebenfalls seit 2007 ist die Förderung gemeinschaftlicher Wohnformen im Alter Bestandteil des normalen Programms. Zuvor wurden solche Wohnformen lediglich als Modelle gefördert. 2007 wurden insgesamt 35 Mietwohnungen in gemeinschaftlicher Wohnform mit Darlehen in Höhe von insgesamt 625.000 Euro gefördert, 2008 waren es 44 Wohnungen, davon 16 im Betreuten Wohnen, in Höhe von insgesamt 730.000 Euro Darlehen sowie 18.000 Euro Zuschüssen. 2009 wurden 18 Mietwohnungen in gemeinschaftlicher Wohnform (davon 8 im Betreuten Wohnen) mit Darlehen i. H. v. 295.000 Euro und Zuschüssen i. H. v. 12.000 Euro gefördert.

Besonderes Beispiel für das Betreute Wohnen in Niedersachsen

Als ein herausragendes Beispiel nicht nur hinsichtlich des Betreuten Wohnens, sondern auch zum Mehrgenerationenwohnen in Niedersachsen kann die Hermine-Kölschtzky-Stiftung Oldenburg genannt werden:

Auf 1.900 qm Wohnfläche entstanden 41 bedarfsgerechte Wohnungen für ältere Menschen, Single, Alleinerziehende und Wohngemeinschaften sowie zahlreiche Gemeinschaftsräume. Drei der Wohnungen werden seit Januar 2008 als Kindertagesstätte genutzt. Zum Konzept des Mehrgenerationenwohnens gehören nachbarschaftliche Aktivitäten, gegenseitige Hilfe und integrierte Pflegemöglichkeiten. Das Projekt zeigt modellhaft, wie zukunftsfähige Strukturen geschaffen werden können. Mehrgenerationen-Wohnhäuser sind eine Möglichkeit, auf den demografischen Wandel zu reagieren. Daher hat sich das Land Niedersachsen an der Finanzierung der Gesamtkosten in Höhe von ca. 3,5 Mio. Euro mit 1,23 Mio. Euro aus Mitteln des Wohnraumförderungsprogramms 2007 beteiligt.

Die wachsende Zahl von Anträgen und Bewilligungen zeigt, dass Niedersachsen mit den Förderschwerpunkten „Wohnungen und gemeinschaftliche Wohnformen für ältere Menschen und Menschen mit Behinderung/ Vorrang für Betreutes Wohnen“ bedarfsgerecht handelt. Es ist davon auszugehen, dass dieser Bedarf aufgrund der demografischen Entwicklung weiter zunehmen wird. Das Förderprogramm wird daher fortgesetzt.[177]

3.11.2 Ambulant betreute Wohngemeinschaften

In einer ambulant betreuten Wohngemeinschaft (WG) leben pflegebedürftige Menschen mit Betreuungsbedarf in einer großen Wohnung zusammen und werden dort gemeinschaftlich betreut. Jede Bewohnerin/ jeder Bewohner hat ein eigenes Zimmer. Das Wohnzimmer und eine Wohnküche sowie Bad und Toiletten werden gemeinsam genutzt. In einer WG wohnen i.d.R. 4 bis 12 hilfs- und pflegebedürftige Personen zusammen.

Die ambulant betreuten Wohngemeinschaften unterscheiden sich von einem stationären Wohngruppen-Modell vor allem durch den Grad der Selbstbestimmung der Mieter oder ihrer gesetzlichen Vertreterinnen/ Vertreter über das Alltagsgeschehen und die Inanspruchnahme von Betreuungs-, Versorgungs- und Pflegeleistungen. Hierfür können verschiedene Vertragskonstruktionen gefunden werden.

In Niedersachsen gibt es nach Informationen der Nds. Fachstelle für Wohnberatung (NFW)[178] 56 ambulant betreute Wohngemeinschaften; 2005 waren es noch 23. Danach hat sich die Zahl mehr als verdoppelt. Die Auflistung beinhaltet jedoch lediglich eine Aufstellung von ambulant betreuten Wohngemeinschaften, die dem NFW bekannt sind bzw. gemeldet worden[179].

Die insgesamt 56 WG unterscheiden sich: 34 von ihnen weisen einen Schwerpunkt für demenz-, psychisch- bzw. gerontopsychiatrisch erkrankte Menschen auf, weitere 12 für alte Menschen mit Pflegebedürftigkeit und 10 bieten ein Wohn- und Pflegeangebot für demenzerkrankte und pflegebedürftige Menschen.

---

177 Die aktuellen Konditionen des Förderprogramms können bei Bedarf unter http://www.nbank.de/Privatpersonen/Wohnraum/Wohnraumfoerderung eingesehen werden.
178 Stand: Mai 2010
179 www.fachstelle-wohnberatung.de

Das Land hat die Erarbeitung von Qualitätskriterien und Empfehlungen für ambulant betreute Wohngemeinschaften in Niedersachsen gefördert. Im Rahmen eines Projektes, das von der NFW durchgeführt wurde, wurden verschiedene Akteuren an der Entwicklung von Qualitätskriterien, zu Fragen der Qualitätssicherung und der Anforderungen an WG-Mitgliedern beteiligt. In einer Broschüre hat die NFW im Jahr 2006 darüber hinaus Praxisbeispiele aus Niedersachsen sowie Vereinbarungen und praktische Empfehlungen für die Realisierung von Wohngemeinschaften veröffentlicht.

3.12 Niedrigschwellige Betreuungsangebote (§§ 45 a bis c SGB XI)

Das Land fördert seit 2004 den Auf- und Ausbau von niedrigschwelligen Betreuungsangeboten für Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz. Hierbei handelt es sich um Personen mit

- demenzbedingten Fähigkeitsstörungen,
- geistigen Behinderungen und
- psychischen Erkrankungen,

bei denen neben dem Hilfebedarf im Bereich der Grundpflege und der hauswirtschaftlichen Versorgung auch ein erheblicher Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung gegeben ist (§ 45a Abs. 1 SGB XI). Mit der Einführung des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes wurde der berechtigte Personenkreis um die Personen erweitert, die einen Hilfebedarf im o. g. Bereich haben; auch wenn das Ausmaß der Pflegestufe I noch nicht erreicht wird. Unter fachlicher Anleitung übernehmen zuvor geschulte ehrenamtliche Helferinnen und Helfer die Betreuung und Beaufsichtigung der demenzerkrankten, psychisch kranken oder geistig behinderten Personen.

Das Angebot dient zum einen der zeitweisen Entlastung der pflegenden Angehörigen zur Unterstützung und Sicherung der häuslichen Pflege, zum anderen aber auch der Betreuung und Begleitung der in ihrer Alltagskompetenz beeinträchtigten Betroffenen.

3.12.1 Leistungs-, anerkennungs- und förderrechtlicher Hintergrund

Die Rechtsgrundlagen bilden:

- Der § 45 c i.V.m. § 45 b Abs. 1 Satz 6 Nr. 4 SGB XI;
- die niedersächsische Verordnung zur Anerkennung von niedrigschwelligen Betreuungsangeboten nach § 45 b des Elften Buchs des Sozialgesetzbuchs (AnerkVO-SGB XI vom 28. August 2002; Nds. GVBI. Nr. 26, Seite 372);
- die niedersächsische Richtlinie über die Gewährung von Zuwendungen zur Förderung von niedrigschwelligen Betreuungsangeboten sowie Modellvorhaben nach § 45 c SGB XI (RdErl. d. MS v. 17.11.2008, Nds. MBI. Nr. 47, S. 1213).

<u>§ 45c i.V.m. § 45b Abs. 1 Satz 6 Nr. 4 SGB XI</u>

Mit dem Pflege-Weiterentwicklungsgesetz vom 01.07.2008 hat der Bundesgesetzgeber den Leistungsanspruch nach den §§ 45 a bis c SGB XI von zuvor 460 Euro jährlich erhöht. Seitdem haben Berechtigte nach § 45 a SGB XI Anspruch auf 100 Euro monatlich (Grundbetrag) oder 200 Euro monatlich (erhöhter Betrag) zum „Einkauf“ von qualitätsgesicherten Betreuungsleistungen. Die Höhe des jeweiligen Anspruchs wird von der Pflegekasse auf Empfehlung des MDK im Einzelfall festgestellt. Berechtigte Personen können diese Leistungen für die Inanspruchnahme

- der Tages- oder Nachtpflege,
- der Kurzzeitpflege,
- der zugelassenen Pflegedienste, sofern es sich um besondere Angebote der allgemeinen Anleitung und Betreuung handelt, oder
- der nach Landesrecht anerkannten niedrigschwelligen Betreuungsangebote, die nach § 45c SGB XI gefördert werden oder förderungsfähig sind

einsetzen (§ 45 b SGB Abs. 1 Satz 6 SGB XI).

Niedrigschwellige Betreuungsangebote sind Betreuungsangebote, in den Helferinnen und Helfer unter pflegefachlicher Anleitung die Betreuung von Pflegebedürftigen mit erheblichem Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung übernehmen und so pflegende Angehörige entlasten und beratend unterstützen (§ 45 c Abs. 3 SGB XI). Die Betreuung kann als Einzelbetreuung im häuslichen Bereich erfolgen oder als Gruppenbetreuung auch außerhalb der eigenen Häuslichkeit.

Mit den niedrigschwelligen Betreuungsangeboten soll eine bedürfnisorientierte und gemeindenahe Versorgung mit möglichst unbürokratischen Angeboten erreicht werden.

Verordnung zur Anerkennung von niedrigschwelligen Betreuungsangeboten[180]

Die Inanspruchnahme von Leistungen der allgemeinen Beaufsichtigung und Betreuung durch niedrigschwellige Betreuungsangebote sowie die Förderung solcher Angebote aus Mitteln der Pflegeversicherung (§ 45 b und c SGB XI) setzt eine Anerkennung dieser Angebote auf der Grundlage einer landesrechtlichen Verordnung voraus.

Die Landesregierung hat von dieser Ermächtigung Gebrauch gemacht. Die einschlägige Nds. Verordnung nennt als Voraussetzungen für die Anerkennung u. a.:

- das Vorliegen eines Betreuungskonzepts (einschl. Leistungsbeschreibung),
- die Sicherstellung einer fachlichen Anleitung, Schulung und kontinuierlichen Begleitung und Unterstützung der Helferinnen und Helfer,
- die Sicherstellung und den Nachweis einer qualifizierten Vorbereitung der Helferinnen und Helfer im Mindestumfang von 20 Stunden sowie den Nachweis einer kontinuierlichen Fortbildung,
- eine hinreichende Versicherung des Anbieters des niedrigschwelligen Betreuungsangebotes gegen Schäden, die durch die Betreuung entstehen können.

Anerkennungsfähig sind in Niedersachsen

- Betreuungsgruppen für Menschen mit demenzbedingten Fähigkeitsstörungen, mit geistigen Behinderungen oder psychischen Erkrankungen,
- Helferkreise zur stundenweisen Entlastung pflegender Angehöriger im häuslichen Bereich,
- Tagesbetreuung in Kleingruppen oder Einzelbetreuung und
- Familienentlastende Dienste.

Die zuständige Behörde für die Anerkennung ist das Niedersächsische Landesamt für Soziales, Jugend und Familie (LS).

---

180 s. auch unter: www.niedrigschwellige-betreuungsangebote-nds.de

Richtlinie zur Förderung niedrigschwelliger Betreuungsangebote

Die niedersächsische Richtlinie zur Förderung niedrigschwelliger Betreuungsangebote hat die vorherige Richtlinie (RdErl. d. MS v. 6.9.2004; Nds. MBl. Nr. 28/2004, Seite 545)[181] ersetzt. Gemäß § 45c Abs. 1 fördert der Spitzenverband Bund der Pflegekassen den Auf- und Ausbau von niedrigschwelligen Betreuungsangeboten sowie Modellvorhaben zur Erprobung neuer Versorgungskonzepte und Versorgungsstrukturen im Wege der Anteilsfinanzierung aus Mitteln des Ausgleichfonds mit jährlich 25 Mio. Euro. Die Mittel werden auf die Länder nach dem Königsteiner Schlüssel verteilt. Für den Förderzweck stehen damit in Niedersachsen 2010 bis zu 2,35 Millionen Euro an Mitteln aus der Pflegeversicherung bereit.

Die Förderung erfolgt allerdings nur in dem Umfang, in dem eine Förderung in gleicher Höhe auch durch das Land erfolgt. Dem hat die Landesregierung durch die o. g. Förderrichtlinie und Veranschlagung im Haushaltsplan Rechnung getragen.

Gefördert werden dabei niedrigschwellige Betreuungsangebote sowie Modellvorhaben, wobei der Schwerpunkt der Förderung auf den niedrigschwelligen Betreuungsangeboten liegt.

Die Förderung der niedrigschwelligen Betreuungsangebote richtet sich auf den Aufwand der Anbieter im Bereich der Organisation des Betreuungsangebotes sowie die fachliche Betreuung und Schulung der Helferinnen und Helfer. Die Zuwendungen sind an den Umfang der Betreuung geknüpft, wobei für die Zahl der ehrenamtlichen Helferinnen und Helfer und der Teilnehmenden der Betreuungsgruppen bestimmte Mindestgrößen festgelegt sind.

3.12.2 Anzahl und Angebotsstruktur

Die Anzahl der niedrigschwelligen Betreuungsangebote ist von 2003 bis 2010 kontinuierlich gestiegen. Bis Ende der ersten Jahreshälfte 2003 waren erst knapp 30 niedrigschwellige Betreuungsangebote anerkannt. Bereits mit dem Inkrafttreten der Förderrichtlinie im September 2004 konnte dann aber ein deutlicher Anstieg der Anerkennungszahlen festgestellt werden[182].

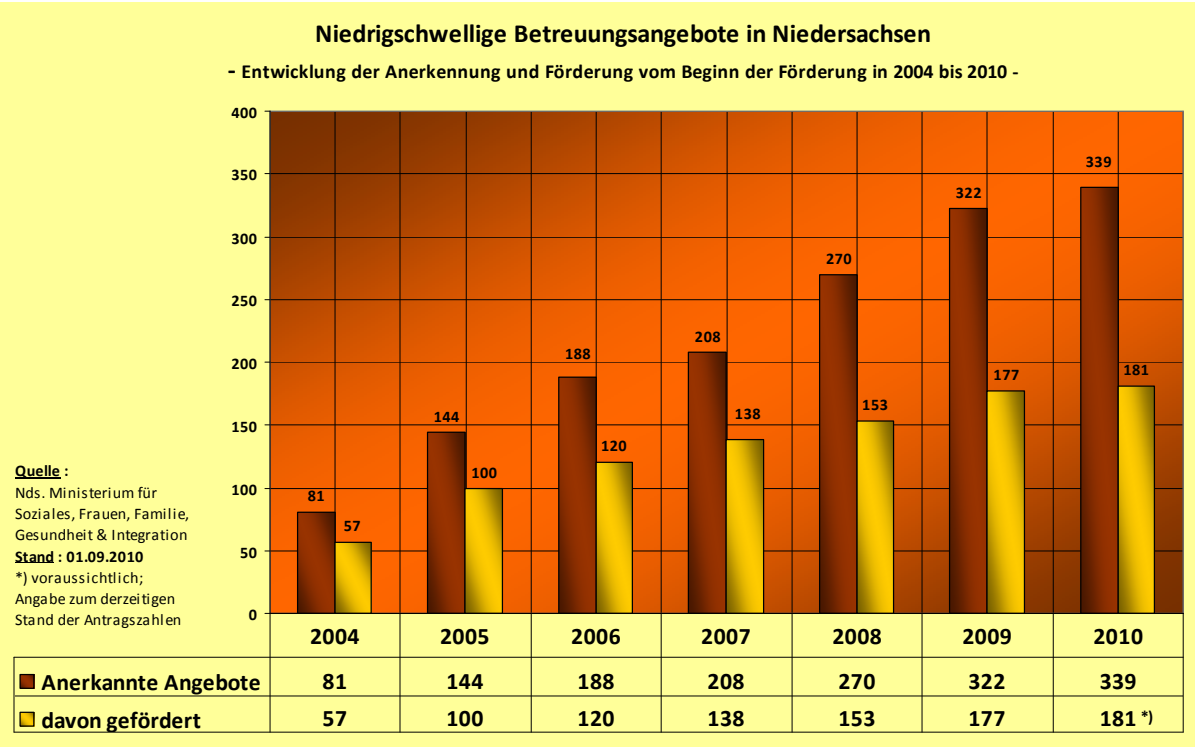
---

[181] s. auch unter: www.niedrigschwellige-betreuungsangebote-nds.de

182 Schmidt, T., Wolff, B. (2007), S. 126

Weitere Faktoren, wie die gezielte Öffentlichkeitsarbeit und verbesserte Information der berechtigten Pflegebedürftigen sowie auch eine daraus resultierende steigende Nachfrage nach Angeboten, haben die Anbieterzahl weiter wachsen lassen.
In Niedersachsen waren bis zum 31. Oktober 2005 insgesamt 148 niedrigschwellige Betreuungsangebote anerkannt. Zum 31. Oktober 2010 hatte sich diese Zahl mit bereits 339 anerkannten Anbietern weit mehr als verdoppelt.

Abb. 33. Anerkannte und geförderte niedrigschwellige Betreuungsangebote



Quelle: Landesamt für Soziales, Jugend und Familie, eigene Berechnungen MS

Am Häufigsten wird die häusliche Einzelbetreuung angeboten, die mit so genannten Helferkreisen organisiert wird, dazu kommen Betreuungsgruppen, Tagesbetreuungen und auch die Familienentlastenden Dienste.

Tab. (70) Zahl der Anbieter, Art und Zielgruppen der Angebote

	Demenziell und psychisch Erkrankte	Geistig Behinderte	zusammen
Gesamtzahl der Anbieter, davon	293	46	339
- Helferkreis	258	38	296
- Betreuungsgruppe	225	34	259
- Tagesbetreuung	69	28	97
- Familienentlastender Dienst	2	31	33
Gesamtzahl der Angebote	554	131	685

Quelle: Landesamt für Soziales, Jugend und Familie, eigene Berechnungen MS

3.12.3 Regionale Verteilung

In jedem Landkreis und jeder kreisfreien Stadt gibt es durchschnittlich sieben, mindestens jedoch einen Anbieter von niedrigschwelligen Betreuungsangeboten. In den meisten kommunalen Gebietskörperschaften kann insofern von einer - hinsichtlich ihrer Verbreitung - hinreichenden Versorgungsstruktur ausgegangen werden. Insbesondere in einigen flächenmäßig größeren Landkreisen wäre aufgrund der zu erwartenden demografischen Entwicklung jedoch eine weitere Angebotsausweitung wünschenswert.

Die positive Entwicklung der niedrigschwelligen Betreuungsangeboten ist u.a. auf die Tätigkeit des Informationsbüros für niedrigschwellige Betreuungsangebote bei der Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e.V. zurückzuführen, die vom Land im Rahmen einer Projektförderung von 2003 bis 2008 gefördert wurde. Mit dem Projekt wurde eine landesweit zentrale Anlaufstelle geschaffen, die Einrichtungen bei der Etablierung niedrigschwelliger Betreuungsangebote unterstützt und das Thema auf die verschiedenen Ebenen transportiert hat[183]. Das Informationsbüro hatte die Aufgabe, den angestrebten flächendeckenden Aufbau von niedrigschwelligen Betreuungsangeboten zu unterstützen unter anderem durch

[183] Schmidt, T., Wolff, B. (2007), S. 120

- gezielte Information und Beratung in allen Landesteilen,
- die Durchführung von Informations-, Fach- und Fortbildungsveranstaltungen für (potentielle neue) Anbieter,
- die Vorbereitung und internetgestützte Einführung einer Informationsplattform,
- die Entwicklung von Informationsmaterialien zum Aufbau von niedrigschwelligen Betreuungsangeboten sowie zu den in diesem Zusammenhang aufkommenden rechtlichen oder fachlichen Fragen und
- die Vernetzung der bestehenden Angebote u.a. durch Bildung thematischer Arbeitsgruppen.

Flyer- und Plakataktion des Landes

Die Erkrankung an Altersdemenz ist eine der größten sozial- und gesundheitspolitischen Herausforderungen zum Beginn dieses neuen Jahrtausends. Derzeit ist nicht absehbar, ob und ggf. wann medizinische Möglichkeiten zur Verfügung stehen werden, um diese Krankheit zu heilen oder zumindest maßgeblich therapeutisch zu beeinflussen.

Wir wissen aber aufgrund der demografischen Entwicklung und den weiteren Erkenntnissen zum Auftreten und zum Verlauf der Erkrankung sicher, dass in den nächsten Jahrzehnten mit einer gravierend ansteigenden Zahl von demenziellen Erkrankungen zu rechnen ist.

In Niedersachsen sind derzeit rund 100.000 Menschen demenziell erkrankt; etwa 60.000 der Betroffenen werden von ihren Familienangehörigen in der häuslichen Umgebung gepflegt. Jeder, der in seiner Familie oder in seinem weiteren persönlichen Umfeld einmal einen demenziell Erkrankten betreut hat, weiß, dass dieses Krankheitsbild sowohl für die Betroffenen als auch für die Angehörigen eine häufig viele Jahre andauernde hohe Belastung mit sich bringt.

Aufgrund dieser Belastung ist es den Betroffenen häufig gar nicht möglich, sich über für ihren Fall geeignete Hilfsmöglichkeiten zu informieren. Krankheitsbedingt muss aber nahezu jeder der Betroffenen in zeitlichen Abständen einen Arzt und eine Apotheke aufsuchen.

Das Land hat hier angesetzt - und gemeinsam mit der Kassenärztlichen Vereinigung und der Apothekerkammer Niedersachsen eine landesweite Plakat- und Flyeraktion

gestartet, um die Betroffenen zu erreichen und auf diese besonderen Angebote aufmerksam zu machen. Pflegende Angehörige erhalten jetzt in Arztpraxen und Apotheken Informationen zu den niedrigschwelligen Betreuungsangeboten. Auch im Internet werden Hinweise und Adressen bereit gestellt.

Diese Aktion hat erfolgreich dazu beigetragen, die Angebote noch besser bekannt zu machen - erkennbar auch an der weiter steigenden Zahl der sich im Land entwickelnden Angebote. Erst bekannte Angebote aber können auch in Anspruch genommen.
Die daraus entstehende Entlastung der Angehörigen stützt die häusliche Pflegesituation; viele der demenziell Erkrankten können auf diese Weise länger in ihrem Wohnumfeld verbleiben.
Zur weiteren Steigerung des Bekanntheitsgrades dieser Angebote werden in Zukunft auch die Pflegestützpunkte beitragen, die jetzt in den Landkreisen des Landes nach und nach ihre Tätigkeit aufnehmen.

Abb. 34. Flächenverteilung der Niedrigschwelligen Betreuungsangebote

3.13 Zusätzliche Betreuungsangebote der Pflegedienste (§ 45b SGB XI)

Als zusätzliche Betreuungsleistungen nach § 45b SGB XI können auch Leistungen der zugelassenen Pflegedienste oder Einrichtungen der Tagespflege in Anspruch genommen werden, sofern es sich um Angebote der allgemeinen Anleitung und Betreuung handelt. Neben den niedrigschwelligen Betreuungsangeboten gibt es eine Zahl von mehr als 900 (Stand September 2010) zugelassenen Pflegediensten mit einem besonderen Betreuungsangebote im Sinne von § 45b Abs. 1 Satz 6 Nr.3. Die Anzahl der zusätzlichen Betreuungsangebote der Pflegedienste und Einrichtungen der Tagespflege hat sich seit 2005 von 278 mehr als verdreifacht und hat inzwischen einen Anteil von rd. 75 % an der Gesamtzahl der Pflegedienste von 1.211 (September 2010) bzw. von 6 % der 235 Einrichtungen der Tagespflege (September 2010) in Niedersachsen erreicht.

Im Unterschied zu den niedrigschwelligen Betreuungsangeboten bestehen bei diesen Angeboten keine rechtlich normierten qualitativen Vorgaben. Im Rahmen eines Anerkennungsverfahrens erwarten die Landesverbände der Pflegekassen allerdings auch von diesen Angebotsträgern die Vorlage einer Leistungsbeschreibung und eines Konzeptes als Voraussetzung zur Leistungsgewährung nach § 45b SGB XI. Die fachliche Anleitung, Schulung, kontinuierliche Begleitung sowie die Unterstützung sonstiger Kräfte ist durch eine Fachkraft sicherzustellen. Sofern Betreuungsleistungen in Gruppen durchgeführt werden, sollte eine maximale Anzahl von acht Personen nicht überschritten werden.

Es wird eine Liste aller Anbieter und eine Preisübersicht geführt.

Die Leistungserbringung erfolgt bei diesen Angeboten durch beim Pflegedienst beschäftigte Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Demzufolge liegen die durchschnittlichen Nutzungsentgelte deutlich über denjenigen der niedrigschwelligen Betreuungsangebote. Beträge unter 10 Euro pro Betreuungsstunde sind selten; im Höchstfall reichen sie bis über 40 Euro. Das Gros der Leistungsbeträge liegt zwischen 15 und 30 Euro; der durchschnittliche Wert liegt bei ca. 26 Euro pro Betreuungsstunde. Es wird dabei meistens zwischen einer Einzel- und einer Gruppenbetreuung unterschieden. Die Preise werden z.T. gestaffelt nach Qualifikation der eingesetzten Pflegekraft ausgewiesen.

Für die Betreuungsleistungen der Pflegedienste bzw. für die Bereitstellung des Betreuungsangebotes erforderlichen Regiekosten erfolgt keine Landesförderung.

Regionale Verteilung

Nach Auswertung der Anbieterliste unter dem Aspekt der regionalen Verteilung gibt es in jedem Landkreis und jeder kreisfreien Stadt mindestens fünf zusätzliche Betreuungsangebote durch Pflegedienste. Die meisten Anbieter befinden sich erwartungsgemäß in Hannover mit 67 Anbietern, gefolgt von der Region Hannover ohne Stadt Hannover mit 48 Anbietern, im Landkreis Hildesheim (46) und im Landkreis Emsland (38). Durchschnittlich gibt es 18,5 Anbieter in jeder kommunalen Gebietskörperschaft. In den Landkreisen Aurich (5), Delmenhorst (6), Soltau-Fallingbostel (6), Vechta (6) und Emden (7) befinden sich die wenigsten Anbieter.

Es lässt sich nicht beurteilen, wie aktiv die gelisteten Pflegedienste dieses Angebot vorhalten und wie sie es jeweils konzeptionell ausgestalten. Die häusliche Einzelbetreuung ist mit vergleichsweise geringem Aufwand anzubieten, während eine Gruppenbetreuung mit der Bereitstellung von Räumlichkeiten und zu kalkulierendem Personaleinsatz verbunden ist.

3.14 Ehrenamt und Selbsthilfe

Strukturen im Bereich Ehrenamt und Selbsthilfe

Angebotsformen und -strukturen im Bereich der Selbsthilfe sind in Niedersachsen die Selbsthilfegruppen, Selbsthilfekontaktstellen und das Selbsthilfebüro Niedersachsen.

Das Selbsthilfe-Büro Niedersachsen ist eine landesweit tätige Service-, Informations- und Koordinierungseinrichtung für die Selbsthilfe in Niedersachsen. Es wird vom MS und den gesetzlichen Krankenkassen finanziert. Bei den Kontakt- und Beratungsstellen für Selbsthilfe handelt es sich um Fachinstitutionen für den gesundheitlichen, psychischen und sozialen Selbsthilfebereich. Sei dienen als Anlaufstelle für Menschen, die sich für Selbsthilfe interessieren und unterstützen diese beim Aufbau und in die Vermittlung von Selbsthilfegruppen.

Selbsthilfegruppen sind Zusammenschüsse von mehreren Personen (etwa 6 bis 12). Die Mitglieder einer Selbsthilfegruppe stehen in ähnlichen Lebenssituationen oder sind von vergleichbaren Schwierigkeiten betroffen. Das Ziel ihrer gemeinsamen Arbeit ist die Bewältigung sozialer, persönlicher oder krankheitsbedingter Belastungen. Selbsthilfegruppen arbeiten ohne formale und professionelle Leitungen und gestalten die Form ihres Miteinanders mit der Methode des regelmäßigen und

gleichberechtigten Gesprächs und entsprechend den Bedürfnissen ihrer Mitglieder. Selbsthilfegruppen im Bereich von Pflegethematiken sind beispielsweise Gruppen von pflegenden Angehörigen und Gruppen von Angehörigen die Demenzerkrankte pflegen.

Im Hinblick auf die Umsetzung des § 45d SGB XI sind auch die Strukturen des bürgerschaftlichen Engagements von besonderem Interesse. Dies umfasst eine Vielzahl unterschiedlicher Angebote und Strukturen, wie beispielsweise

- Freiwilligenagenturen,
- Nachbarschaftshilfen (in organisierter Form, z.B. Vereine, freie Wohlfahrtspflege),
- Kommunale Angebote (z.B. ehrenamtliche Unterstützungsleistungen)
- Ehrenamt / bürgerschaftliches Engagement im Bereich der freien Wohlfahrtspflege und
- Nachbarschaftliche Unterstützung (informell, nicht organisiert).

Regionale Verteilung

Aufgrund der Heterogenität von Anbietern und Unterstützungsformen in diesem Bereich ist es z.T. sehr schwierig, Angebote zu erheben und Strukturen zu beschreiben. Es kann zwischen den institutionalisierten-organisierten und den informellen-selbstorganisierten Bereichen unterschieden werden. Die organisierten Aktivitäten sind häufig auch überregional bekannt und können bezogen auf einen Landkreis oder einer kreisfreien Stadt besser erfasst werden; informelle Aktivitäten sind i.d.R. eher zufällig und durch direkte Kontakte von anderen Diensten bekannt und sind schwieriger zu erfassen.

Im Rahmen des vom Land geförderten Projekts „Vorbereitung der Umsetzung des § 45d SGB XI in Niedersachsen“ hat die Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e.V. im Zeitraum von Februar 2009 bis Februar 2010 eine Bestandsaufnahme der vorhandenen Strukturen in Niedersachsen durchgeführt.

Danach gibt es in 20 Landkreisen und kreisfreien Städten mindestens eine Selbsthilfegruppe für pflegende Angehörige und in 13 von ihnen mindestens eine Gruppe von Angehörigen, die ein demenzerkranktes Familienmitglied pflegt und betreut. In 10 Fällen wurden Angebote von Gesprächskreisen für pflegende

Angehörige angegeben, die i.d.R. jedoch professionell begleitet und daher nicht der „klassischen“ Selbsthilfe zugerechnet werden.
In 19 Landkreisen und kreisfreien Städten existieren Koordinierungsstellen für freiwilliges bzw. bürgerschaftliches Engagement, v.a. Freiwilligenagenturen. Spezielle Gruppen von Ehrenamtlichen bzw. Freiwilligen, die neben niedrigschwelligen Betreuungsangeboten andere (eher somatisch) pflegebedürftige Menschen in der Häuslichkeit betreuen und pflegende Angehörige zeitweise entlasten, wurden in 10 Landkreisen bzw. kreisfreien Städten angegeben.

Das Angebot der „Pflegebegleiter“ wurde im Rahmen eines Bundesmodellprojekts des Forschungsinstituts Geragogik entwickelt und von 2004 - 2008 im Rahmen des § 8 Abs. 3 SGB XI vom Spitzenverband der Pflegekassen bundesweit gefördert. In Niedersachsen wurden acht Projekte in den Landkreisen Diepholz, Emsland, Lüchow-Dannenberg, den Orten Springe-Gestorf, Buchholz, Hude-Ganderkesee, Schneverdingen und in Lüneburg initiiert. Ziel des Projektes „Pflegebegleiter“ ist eine Stärkung pflegender Angehöriger durch speziell dafür qualifizierte Ehrenamtliche bzw. Freiwillige und die Vernetzung mit weiteren Angeboten.

Aufgrund der erforderlichen Ortsnähe von Angeboten der Selbsthilfe und ehrenamtlichen Unterstützung zu den Nutzerinnen und Nutzern besteht in diesem Bereich ein erheblicher Bedarf an weiteren Aktivitäten und einer stärkeren Verbreitung bereits bestehender Angebote.

3.14.1 Förderung von Ehrenamt und Selbsthilfe (§ 45d SGB XI)

Im Rahmen der Reform der Pflegeversicherung sind die Mittel der Pflegekassen für niedrigschwellige Betreuungsangebote und Modellprojekte (§§ 45 a ff SGB XI) zum 01.07.2008 bundesweit von 10 auf 25 Mio. EUR jährlich angehoben worden.
Rd. 10% dieser Mittel, die auf der Grundlage des sog. „Königssteiner Schlüssel“ verteilt werden, entfallen auf Niedersachsen; sie bedürfen in der Höhe ihrer Inanspruchnahme einer Gegenfinanzierung durch das Land (freiwillige Leistung).

Mit diesen Mitteln soll nach dem Willen der Bundesregierung neben den niedrigschwelligen Betreuungsangeboten und den Modellprojekten nach § 45c SGB XI aber auch noch eine weitere Aufgabe finanziert werden:
Nach dem neuen § 45d SGB XI können die Mittel des Ausgleichsfonds auch verwendet werden zur Förderung und zum Auf- und Ausbau

- von Gruppen ehrenamtlich tätiger sowie sonstiger zum bürgerschaftlichen Engagement bereiter Personen sowie
- von Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen,

die sich die Unterstützung, allgemeine Betreuung und Entlastung von Pflegebedürftigen, von Personen mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf sowie deren Angehörigen zum Ziel gesetzt haben.
Die vorgenannten Hilfsangebote ergänzen die bisherigen Leistungsangebote der Pflegeversicherung; sie dienen dazu, die familiären Pflegearrangements der im häuslichen Bereich versorgten Menschen zu unterstützen und die Lebensqualität der Betroffenen und der pflegenden Angehörigen zu verbessern.

3.14.2 Leistungs- und förderrechtlicher Hintergrund

Die Rechtsgrundlagen der Förderung bilden:

- die §§ 45d i. V. m. 45c SGB XI sowie
- die niedersächsische Richtlinie über die Gewährung von Zuwendungen zur Förderung nach § 45 d SGB XI (RdErl. d. MS v. 11.10.2010, Nds. MBl. Nr. 40, S. 1017.)

<u>Rechtsgrundlage §§ 45d i. V. m. 45c SGB XI</u>
Derzeit werden fast 70% der Pflegebedürftigen in Niedersachsen in der eigenen Häuslichkeit durch Angehörige und ggf. ergänzend durch ambulante Pflegedienste betreut.
Die demografische Entwicklung und die gleichzeitig wachsende örtliche Mobilität der klassischen Pflegepersonen werden die häusliche Pflege durch Angehörige künftig jedoch zunehmend erschweren:

Die Zahlen der Pflegebedürftigen, der Kleinfamilien sowie der Einpersonenhaushalte werden weiter ansteigen; gleichzeitig wird der Bevölkerungsanteil jüngerer Menschen - also der Kreis der potenziellen Pflegepersonen - weiter sinken.
Insbesondere aufgrund des sich abzeichnenden Mangels an qualifiziertem Pflegepersonal besteht insofern die Notwendigkeit, rechtzeitig weitere bedarfsorientierte Hilfsangebote zu schaffen, um die familiären Pflegearrangements zu unterstützen und auf diese Weise die Lebensqualität der pflegebedürftigen Menschen zu verbessern.
Zu diesem Zweck gewinnen der Einsatz ehrenamtlicher und sonstiger zum bürgerschaftlichen Engagement bereiter Personen sowie die Selbsthilfe zunehmend an Bedeutung. Der besondere Vorzug der Selbsthilfe liegt hierbei in der Betroffenenkompetenz, die auf der Kenntnis der Lebenssituation von Pflegebedürftigen beruht; dies schafft zum Einen Akzeptanz bei den Betroffenen und ermöglicht zum Anderen eine bedarfsgerechte und sinnvolle Unterstützung des Pflegealltags für die pflegenden Angehörigen.
Solche Angebote tragen dazu dabei, die Qualität der Pflege zu verbessern und ermöglichen daneben auch den Verbleib in der eigenen häuslichen Umgebung.

Die Förderung aus Mitteln der Pflegeversicherung erfolgt als Zuschuss und orientiert sich an der Höhe der Förderung des Landes bzw. der Kommune. Im Unterschied zu den niedrigschwelligen Betreuungsangeboten wird die Zielgruppe hier zudem ausdrücklich auch auf den Kreis der Pflegebedürftigen mit körperlichen Erkrankungen erweitert.

Nds. Richtlinie über die Gewährung von Zuwendungen zur Förderung nach § 45d SGB XI

Die Förderrichtlinie trifft die erforderlichen Regelungen zur Erreichung des beschriebenen Förderzwecks in Niedersachsen. Dabei sind die Empfehlungen des GKV-Spitzenverbandes und des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. zur Förderung von niedrigschwelligen Betreuungsangeboten, ehrenamtlichen Strukturen und der Selbsthilfe sowie von Modellvorhaben zur Erprobung neuer Versorgungskonzepte und -strukturen berücksichtigt worden.

Da Selbsthilfe- und Ehrenamtlichengruppen per se keine rechtliche Struktur haben, sind die bereits flächendeckend vorhandenen und von den Krankenkassen nach § 20 SGB V geförderten **Selbsthilfekontaktstellen als Zuwendungsempfänger festgelegt worden.** Dies hat den Vorteil, dass die bei den Selbsthilfekontaktstellen vorhandenen Erfahrungen zur Initiierung, zum Aufbau und zur fachlichen Begleitung solcher Gruppen genutzt werden können.

Ehrenamtliche Gruppen oder **Selbsthilfegruppen erhalten jährliche Förderungsbeträge.** Die Angebote der **Selbsthilfekontaktstellen** werden für ihren Aufwand der Initiierung und Koordination der Gruppen an der Förderung beteiligt. Förderfähig sind Personal- und Sachausgaben, Aufwandsentschädigungen und tlw. auch Raummieten und Büroausstattung. Im Interesse einer gleichmäßigen Verteilung der Mittel sind je Landkreis/kreisfreier Stadt Obergrenzen der zur Verfügung stehenden Fördermittel festgelegt, die sich an der Bewohnerzahl und an den Prävalenzraten für demenzielle Erkrankungen orientieren.

3.14.3 Anzahl, Angebotsstruktur und Regionale Verteilung

Die Förderung der vorstehend beschriebenen Strukturen ist erst zum Jahresende 2010 angelaufen; mit dem Fördergegenstand der Richtlinie wird inhaltlich Neuland betreten. Zwar gibt es Angaben zur Zahl der vorhandenen Selbsthilfegruppen im Bereich des SGB V, d.h. Selbsthilfegruppen, denen bestimmte Krankheitsbilder zugrunde liegen, für Gruppen mit der ausschließlichen Zielrichtung „Pflege“ liegen jedoch kaum Erkenntnisse vor. Angaben zur Zahl und zu möglichen Konzeptionen vorhandener Gruppen waren insofern schwer zu ermitteln.

Wie bei den niedrigschwelligen Betreuungsangeboten wird auch im Falle der Förderung nach § 45d SGB XI eine möglichst flächendeckende Förderung angestrebt. Ziel ist es, die im Land vorhandenen einzelnen Gruppen an die jeweils örtlich vorhandene Selbsthilfekontaktstelle anzubinden.

Dies erscheint aussichtsreich, weil in nahezu jedem Landkreis bzw. kreisfreien Stadt Niedersachsens mindestens eine Selbsthilfekontaktstelle tätig ist. Sofern es keine oder ggf. sogar mehrere solcher Stellen gibt, wird MS die zuständige Stelle in

Absprache mit den Pflegekassen aus dem Kreis der vorhandenen Stellen bzw. aus einem Anrainer-Landkreis bestimmen (Nr. 3.2 der Richtlinie).

3.15 Pflegestützpunkte, Pflegeberatung und Pflegekurse

Die Beratung pflegebedürftiger Menschen und ihrer pflegenden Angehörigen, Unterstützung individueller Pflegearrangements, Eröffnung von Hilfe- und Leistungsoptionen sowie die gezielte Kompetenzentwicklung bei Pflegepersonen durch Pflegekurse und individuellen häuslichen Schulungen sind bei der Bewältigung von Pflegebedürftigkeit wichtige Aufgaben zur Stabilisierung der häuslichen Versorgung.

3.15.1 Pflegestützpunkte

Mit dem Inkrafttreten des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes am 01.07.2008 können in Deutschland Pflegestützpunkte nach § 92 c SGB XI etabliert werden. Hintergrund für ihre Entstehung ist eine für die Leistungsempfängerinnen und -empfänger überwiegend unübersichtlich und unvernetzt nebeneinander bestehende Vielzahl von unterschiedlichen Leistungsanbietern und Ansprechpartnern in Angelegenheiten der individuellen Pflegeversorgung. Es soll mit der Einrichtung von Pflegestützpunkten eine Anlauf- und Beratungsstruktur entstehen, die pflegebedürftigen Menschen und ihren Pflegepersonen hilft, die richtige Art und das richtige Maß an Leistungen in Anspruch zu nehmen und die dafür sorgt, dass Über-, Unter- und Fehlversorgungen vermieden werden [184].

Pflegestützpunkte sollen gemäß § 92c Abs. 1 SGB XI zur wohnortnahen Beratung, Versorgung und Betreuung der Versicherten eingerichtet werden. Sie sollten sich zur Neutralität gegenüber jeglichen Träger- und Anbieterinteressen verpflichten und strikt im Interesse der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen sowie einer Sicherstellung einer bedarfs- und bedürfnisangemessenen Versorgung agieren. Es sind einfache und direkte Zugangsmöglichkeiten zu Pflegestützpunkten zu schaffen. Sie sollten leicht auffindbar, problemlos erreichbar und barrierefrei zugänglich sein. Des

184 KDA, BMG, 2. Zwischenbericht Werkstatt Pflegestützpunkte, Köln, November 2009, S. 9, download unter: www.werkstatt-pflegestuetzpunkte.de

Weiteren hat eine niedrigschwellige Organisation[185], beispielsweise durch gute telefonische Erreichbarkeit, nutzerfreundliche Öffnungszeiten, der Einbeziehung von neuen Kommunikationsmedien und Verfügbarkeit über zugehende mobile Beratung, eine hohe Bedeutung für die Inanspruchnahme durch die verschiedenen Zielgruppen.

Die Entscheidung, ob Pflegestützpunkte aufgebaut werden, liegt bei den jeweiligen obersten Landesbehörden.
Zu den Aufgaben der Pflegestützpunkte gehört es:

- Pflegebedürftige, Angehörige und sonstige interessierte Personen umfassend und unabhängig zu möglichen Sozialleistungen zu beraten und Kontakt zu der jeweils zuständigen Pflegekasse herzustellen,
- alle für die wohnortnahe Versorgung und Betreuung in Betracht kommenden gesundheitsfördernden, präventiven, kurativen, rehabilitativen und sonstigen medizinischen sowie pflegerischen und sozialen Hilfs- und Unterstützungsangebote zu koordinieren und
- die pflegerischen und sozialen Versorgungs- und Betreuungsangebote aufeinander abzustimmen und zu vernetzten.

Leistungs-, vertrags- und förderrechtlicher Hintergrund

Am 28. Mai 2009 haben die niedersächsischen Kranken- und Pflegekassen, der niedersächsische Städtetag, der niedersächsische Landkreistag und das MS eine entsprechende Rahmenvereinbarung zur Errichtung von Pflegestützpunkten abgeschlossen[186]. Das niedersächsische Modell sieht vor, dass die Pflegekassen und kommunalen Gebietskörperschaften eigenverantwortlich in jedem Landkreis und in jeder kreisfreien Stadt mindestens einen Pflegestützpunkt einrichten. Auf der Grundlage der Rahmenvereinbarung können die Pflege- und Krankenkassen sowie die kommunalen Gebietskörperschaften regionale Vereinbarungen abschließen und die weiteren Details zur inhaltlichen Ausgestaltung festlegen.
Die Rahmenvereinbarung zur Verbesserung des Beratungsangebots für pflegebedürftige Menschen und deren Angehörige in Niedersachsen sowie über die

185 Schaeffer, D., Kuhlmey, A., Pflegestützpunkte - Impulse zur Weiterentwicklung der Pflege, in Z Gerontol Geriat 41, 2008, S. 81 ff
186 Die Rahmenvereinbarung steht als Download auf der Homepage des MS zur Verfügung unter: www.ms.niedersachsen.de

Einrichtung und den Betrieb von Pflegestützpunkten in Niedersachsen gemäß § 92 c SGB XI sieht in ihren gemeinsamen Grundsätzen (§ 1 Abs. 1) vor, durch die Einrichtung von Pflegestützpunkten keine Doppelstrukturen zu schaffen, sondern vorhandene Strukturen zu nutzen und weiter zu vernetzten.

Die Pflegestützpunkte werden gemeinsam von den Landesverbänden der Kranken- und Pflegekassen sowie den Ersatzkassen und der jeweiligen kommunalen Gebietskörperschaft finanziert. Nach § 1 Abs. 2 soll die Finanzierung in einem ausgewogenen Verhältnis zwischen den Pflege- und Krankenkassen einerseits und den kommunalen Gebietskörperschaften andererseits erfolgen.
Die Landesverbände stellen zur Mit-Finanzierung der Pflegestützpunkte einen Betrag von max. 2.124.000 Euro jährlich zur Verfügung. Diese Mittel werden nach einem Schlüssel verteilt, der sich an der Zahl der über 60-jährigen in einer kreisfreien Stadt bzw. einem Landkreis orientiert. Je Bewohnerin bzw. Bewohner im Alter ab 60 Jahren (Landesstatistik mit Stichtag 31.12.2007) wird 1 Euro, mindestens jedoch 30.000 Euro je kommunaler Gebietskörperschaft gezahlt. Die Höchstförderung eines Pflegestützpunktes beträgt 50.000 Euro.

In § 4 der Rahmenvereinbarung sind die Regelungsgegenstände der regionalen Vereinbarungen beispielsweise durch Festlegung des Standortes für einen Pflegestützpunkt, ihren Aufgaben, Öffnungszeiten, Mindestpersonalausstattung, Öffentlichkeitsarbeit und Kündigungsregelungen enthalten.
Die Mindestpersonalausstattung gemäß § 4 Abs. 5 sieht vor, zwei in der Beratung geschulte Mitarbeitende von mindestens jeweils 50 v.H. einer Vollzeitkraft einzusetzen, deren Qualifikation sich an den Kriterien des § 7a Abs. 3 Satz 2 SGB XI orientiert (siehe Kap. I.3.9.3 Pflegeberatung).
Die kommunalen Gebietskörperschaften haben als Grundlage einer regionalen Vereinbarung ein Konzept im Sinne der Umsetzung der in § 4 Abs. 3 genannten Aufgaben und Schaffung von mindestens einem Pflegestützpunkt vorzulegen. Das weitere Verfahren wird in § 5 geregelt.

Stand der Entwicklung von Pflegestützpunkten

Mit Stand Oktober 2010[187] haben in Niedersachsen insgesamt 18 kommunale Gebietskörperschaften mindestens einen Pflegestützpunkt eingerichtet. Darunter befinden sich drei kreisfreie Städte und 15 Landkreise. Weitere Stützpunkte werden in den Landkreisen Goslar und Peine zum 1.11.2010 bzw. 1.1.2011 zugelassen.

Die Hälfte der bereits eingerichteten Pflegestützpunkte hat keine zusätzliche Dependance. Neben Wolfsburg, Braunschweig und Salzgitter sind das die Landkreise Emden, Emsland, Helmstedt, Leer, Osnabrück, Osterode und Verden. Ein Pflegestützpunkt mit jeweils einer Außenstelle ist in den Landkreisen Aurich, Cuxhaven, Hildesheim, Rotenburg und Soltau-Fallingbostel entstanden. Der Landkreis Göttingen hat zusätzlich zwei Dependancen, die Landkreise Northeim und Schaumburg haben jeweils drei eingerichtet[188].

Mindestens in der Hauptstelle wird an einem Tag in der Woche und in vielen Fällen auch zusätzlich in den Außenstellen wird eine Öffnungszeit bis 18.00 Uhr angeboten. Damit wird ein Regelungsgegenstand der regionalen Vereinbarungen (§ 4 Abs. 4) erfüllt. Die Pflegestützpunkte sind in der Regel auch per E-Mail erreichbar.

3.15.2 Pflegeberatung

Mit Einführung des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes haben Leistungsempfängerinnen und -empfänger des PflegeVG ab 01.01.2009 Anspruch auf individuelle Beratung und Hilfestellung im Sinne eines individuellen Fallmanagements durch einen Pflegeberater oder eine Pflegeberaterin. Diese sollen die Beratung suchende Person bei der Auswahl und Inanspruchnahme von bundes- oder landesrechtlich vorgesehenen Sozialleistungen sowie sonstigen Hilfsangeboten, die auf die Unterstützung von Menschen mit Pflege-, Versorgungs- oder Betreuungsbedarf ausgerichtet sind, unterstützen.

Gemäß § 7a Abs. 1 SGB XI gehört es zu den Aufgaben der Pflegeberatung,

---

[187] Nach Auskunft der AOK N

[188] Die aktuelle Liste von bereits eingerichteten Pflegestützpunkten ist auf der Homepage des MS als download eingestellt unter: www.ms.niedersachsen.de

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

In die Pflegeberatung können auf Wunsch der pflegebedürftigen Person Angehörige und Lebenspartnerinnen und -partner einbezogen werden.

Pflegeberatung nach § 7a SGB XI soll die Versorgungssituation des Pflegebedürftigen verbessern, seine Angehörigen entlasten und damit auch die häusliche Pflege stärken.

Anzahl der Pflegeberaterinnen und Pflegeberater

Gemäß § 7a Abs. 3 SGB XI ist die Anzahl von Pflegeberatern und -beraterinnen so zu bemessen, dass die oben beschriebenen Aufgaben im Interesse der Hilfesuchenden zeitnah und umfassend wahrgenommen werden können. In der Gesetzesbegründung des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes zu § 7a Abs. 3 SGB XI wird als „Richtschnur“ eine Betreuungsrelation von einer Pflegeberaterin bzw. einem Pflegeberater für 100 pflegebedürftige Personen angenommen.

Erfahrungen aus Modellprojekten zum Case-Management zeigen, dass

- der Beratungs- und Betreuungsbedarf zum Beginn einer Pflegesituation höher ist als im weiteren Verlauf und
- es unterschiedliche intensive Beratungs- und Betreuungsbedarfe gibt[189].

[189] GEK-Spitzenverband, Empfehlungen des GKV-Spitzenverbandes nach § 7a Abs. 3 Satz 3 SGB XI zur Anzahl und Qualifikation der Pflegeberaterinnen und Pflegeberater vom 29. August 2008, S. 3

Der GKV-Spitzenverband hat am 29. August 2008 Empfehlungen zur Anzahl und Qualifikation der Pflegeberaterinnen und Pflegeberater beschlossen. Eine konkrete Anzahl ist darin nicht benannt, sondern die Empfehlung gegeben worden, dass die Pflegekassen eine dem Bedarf ihrer Versicherten entsprechende Anzahl einsetzen oder beauftragen und sich auf eine voraussichtlich wachsende Nachfrage einrichten sollten.

Qualifikation

Grundsätzlich soll diese Pflegeberatung durch Pflegefachkräfte, Sozialversicherungsfachangestellte oder Sozialarbeiterinnen/Sozialarbeiter durchgeführt werden. Zusätzlich zu den Grundqualifikationen müssen Pflegeberaterinnen und -berater die für die Beratungstätigkeit erforderlichen Fertigkeiten und Kenntnisse durch Weiterbildungen nachweisen. Diese gliedern sich in die Module Pflegefachwissen (100 Stunden), Case Management (180 Stunden) und Recht (120 Stunden) und eines einwöchigen Praktikums in einem ambulanten Pflegedienst sowie eines zweitägigen Praktikums in einer teilstationären Pflegeeinrichtung. Zulassungsvoraussetzungen für die Weiterbildung sind nachzuweisende Kenntnisse in Gesprächsführung, Moderation und Verhandlungstechnik.

Bis zum 30. Juni 2011 besteht eine gesetzliche Übergangsfrist, um die Qualifikationsanforderungen zu erfüllen.

Stand der Umsetzung

Die **AOK Niedersachsen** hat insgesamt 22 Pflegeberaterinnen und Pflegeberater in 17 verschiedenen Regionen Niedersachsen eingesetzt[190]. Unter ihnen sind 16 Pflegefachkräfte, fünf Sozialversicherungsfachangestellte und eine Sozialpädagogin, jeweils mit verschiedenen Weiterbildungen. Die Regionen mit jeweils einer/einem Mitarbeitenden sind Celle-Soltau, Hannover, Jade, Mittelweser, Nordostheide, Ost-Niedersachsen, Ostfriesland, Süd-Niedersachsen, Weserbergland und Weser-Leine-Aue. Zwei Pflegeberatungskräfte sind im Braunschweiger Land, in der Region Elbe-Weser, Emsland-Grafschaft Bentheim, Hildesheim, Oldenburger Münsterland und Osnabrücker Land eingesetzt.

---

[190] Stand: Juli 2010

Nach Auskunft des **BKK Landesverbandes Mitte** haben die Betriebskrankenkassen bundesweit einen Bundesrahmenvertrag „Pflegeberatung“ geschlossen. Auf freiwilliger Basis hat sich ein Großteil der Betriebskrankenkassen zusammengeschlossen und stellt sich im Rahmen einer Beauftragung im Einzelfall die Dienste ihrer Pflegeberaterinnen und -berater gegenseitig zur Verfügung.
In der Regel sind bei den Betriebskrankenkassen Sozialversicherungsfachangestellte zur Pflegeberatung eingesetzt, welche die geforderte Weiterbildung absolvieren oder bereits absolviert haben. Es existiert eine Datenbank, auf die jede teilnehmende BKK zugreifen kann und sich auf diese Weise die nächstgelegene, zur Verfügung stehende Pflegeberatung auswählen kann.
Aussagen zu der Anzahl der Pflegeberaterinnen und -berater kann der Landesverband BKK nicht vornehmen. Nach bisherigen Erfahrungen wird die Pflegeberatung nach § 7a SGB XI von berechtigten Pflegebedürftigen kaum nachgefragt.

Die **Knappschaft** verfügt zur Zeit in Niedersachsen über fünf Pflegeberaterinnen und –berater. Der Einsatz erfolgt nach interner Zuständigkeitsabgrenzung in Nord-, Mittel- und Südniedersachsen. Er handelt sich um Personen mit qualifizierter Aus- bzw. Weiterbildung in der Kranken- und Altenpflege sowie um Sozialversicherungsfachangestellte mit entsprechender Zusatzqualifikation.

In der **landwirtschaftlichen Sozialversicherung Niedersachsen-Bremen** stehen derzeit vier eigene Pflegeberaterinnen/-berater zur Verfügung. Daneben wird in Einzelfällen aufgrund vertraglicher Regelungen die Pflegeberatung auf Dritte (hier: spectrum K GmbH, Das BKK Gemeinschaftsunternehmen, s.o.) übertragen. Die vier eigenen Pflegeberaterinnen/-berater sind ausgebildete Sozialversicherungsfachangestellte mit der entsprechenden Zusatzqualifikation. Sie werden landesweit eingesetzt; ihre Dienstorte sind in Oldenburg und Hannover.

Nach Angaben des **Verbandes der Ersatzkassen e.V.**, Landesvertretung Niedersachsen, hat die Barmer GEK bundesweit ca. 100 Pflegeberaterinnen/-berater eingesetzt; gesicherte landesspezifische Daten können jedoch nicht mitgeteilt

werden. Die DAK hat niedersachsenweit sieben Regionalcenter, in denen jeweils mehrere Pflegeberaterinnen/-berater eingesetzt sind. Die Barmer GEK und die DAK konnten keine Angaben über die Vorqualifikationen der für diese Aufgabe eingesetzten Mitarbeitenden vornehmen.

Der **Verband der Privaten Krankenversicherung e.V.** hat 2008 das Unternehmen Compass gegründet. Compass bietet für alle Privatversicherten Pflegeberatung gemäß § 7a SGB XI an. Bundesweit sind rund 175 Pflegeberaterinnen/-berater eingesetzt, davon sind 19 regional in vier Teams in Niedersachsen organisiert. Die Pflegeberatung erfolgt zum einen durch eine zentrale telefonische und zum anderen durch eine aufsuchende Beratung. Das pflegeberatende Personal hat verschiedene Vorqualifikationen entsprechend der gemäß § 7a SGB XI aufgeführten Berufsgruppen. Zusätzlich zu an den Empfehlungen des GKV-Spitzenverbandes orientierten Weiterbildungen werden ihnen darauf aufbauende Fortbildungen angeboten. Bundesweit wurden 21 Pflegeberater/-innen zu Case Manager (DGCC) ausgebildet. In Niedersachsen sind wenigstens vier davon jeweils einem Team zugeordnet.

3.15.3 Pflegekurse nach § 45 SGB XI

Bereits seit Einführung der Pflegeversicherung können pflegende Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen unentgeltlich Pflegekurse und individuelle Pflegetrainings in Anspruch nehmen. Ausdrücklich soll mit diesen - die Kompetenz der Pflegepersonen steigernden - Angeboten das soziale Engagement im Bereiche der Pflege gefördert und gestärkt werden. Die Pflegekassen können die Kurse entweder selbst oder gemeinsam mit anderen Pflegekassen durchführen oder geeignete andere Einrichtungen mit der Durchführung beauftragen.
Gegenstand der Kurse ist die Vermittlung und Vertiefung von Kenntnissen der ambulanten Pflege, nicht nur soweit sie notwendig, sondern auch soweit sie hilfreich sind, z.B. Kinästhetik zur Vermeidung von körperlichen Überlastungen der Pflegepersonen.
Der Eintritt von Pflegebedürftigkeit bei einem Familienmitglied und die dadurch notwendig werdende Entscheidung des familialen Systems, wie mit dieser

Veränderung umgegangen werden soll, werden in aller Regel als Krise und stressreiches Ereignis empfunden. Auch in den Fällen, in denen Pflegebedürftigkeit nicht plötzlich und unerwartet beginnt, sondern langsam und vorhersehbar eintritt, ist sie immer eine Herausforderung für die Innovationsfähigkeit einer Beziehung und der sie tragenden und konstituierenden Personen[191].

Familiale Pflege erfordert von den Beteiligten vielfältige Lernprozesse. Dies betrifft keineswegs nur pflegerische Techniken, sondern vor allem neue Ebenen des Umgangs miteinander.
Bei bereits pflegenden Angehörigen verlagern sich Schulungsbedürfnisse auf speziellere Fragen, die sich aufgrund der individuellen Pflegesituation stellen[192]. In der Forschung gibt es große Einigkeit in der Einschätzung, dass die Pflege demenziell erkrankter älterer Menschen gegenüber der Pflege vorrangig körperlich eingeschränkter Personen besondere Belastungen mit sich bringt[193]. Typische von Pflegenden als belastend erlebte Verhaltensweisen treten bei demenziellen Erkrankungen gehäuft auf. Demenzpflege erfordert die Fähigkeit, zu aggressivem und problematischem Verhalten des Pflegebedürftigen auf Distanz zu gehen und ihn für sein Verhalten nicht verantwortlich zu machen. In spezifischen Pflegekursen zum Thema Demenz wird daher über demenzielle Erkrankungen und Entwicklungen informiert, Verständnis für krankheitsbedingtes Verhalten geweckt und ein reflexiver Umgang mit den erkrankten Pflegebedürftigen erlernt.

Pflegekurse und individuellen Pflegetrainings sollen ihren Beitrag dazu leisten, die Belastungen der Laienkräfte gering zu halten und sie befähigen, realistisch die Möglichkeiten ihrer eigenen Kräfte zu erkennen.
Die Schulungen sollen nach § 45 Abs. 1 Satz 3 SGB XI auch in der häuslichen Umgebung der Pflegebedürftigen abgehalten werden. Im Unterschied zu den Pflichteinsätzen nach § 37 Abs. 3 SGB XI, bei denen die Beratung im Vordergrund steht, ist der Auftrag im Rahmen des § 45 SGB XI umfassender. Es sind alle

---

[191] Kriminologisches Forschungsinstitut Niedersachsen e.V., Forschungsbericht Nr. 98, S. 90
[192] Thomas Klie, Utz Krahmer (Hrsg.): Sozialgesetzbuch XI, soziale Pflegeversicherung. Lehr- und Praxiskommentar, Baden-Baden, 2009.
[193] Kriminologisches Forschungsinstitut Niedersachsen e.V., Forschungsbericht Nr. 98, S. 97

tatsächlich vorhandenen Defizite und Problembereiche aufzugreifen, um die Qualität der Pflege zu verbessern[194].

Obwohl die Pflegepersonen in der häuslichen Pflege überwiegend die Hauptlast der Pflege tragen, werden spezielle Pflegekurse nur von 16% von ihnen in Anspruch genommen[195]. In einer Untersuchung über pflegende Angehörige von demenzerkrankten Personen lag die Nutzungsquote sogar nur bei 12,8 %[196]. Weitere Ergebnisse der Studie waren, dass Pflegekurse bei den pflegenden Angehörigen zu wenig bekannt sind, die Entfernung zwischen Wohnort und angebotenem Pflegekurs eine Rolle spielt und dass auf die Kursinhalte bezogenen Wünsche pflegender Angehörige, insbesondere den nach praxisnaher Vermittlung, berücksichtigt werden müssen.

Angebotstruktur

Eine Übersicht von angebotenen Pflegekursen zu geben, ist aufgrund einer heterogenen Anbieterstruktur derzeit nicht möglich. Eine Abfrage bei den Landesverbänden der Pflegekassen brachte jedoch folgende Ergebnisse:

Die **AOK Niedersachsen** hat im Jahr 2009 mit insgesamt 73 durchgeführten Pflegekursen und einer durchschnittlichen Teilnehmerzahl von 12 bis 13 Personen pro Kurs ca. 900 pflegende Angehörige oder ehrenamtliche Pflegepersonen erreicht.

Die AOK N bietet drei Kategorien von allgemeinen, speziellen und anderen Kursen an. Unter den allgemeinen Kursen werden Aufbau- und Grundkurse, Sturzprävention und „Heben, Tragen, Lagern“ zusammengefasst. Die speziellen Kurse sind Pflegethemen zu ausgesuchten Krankheitsbildern wie Apoplex, Demenz, Diabetes, Morbus Parkinson und Inkontinenz. Andere Kursthemen sind beispielsweise Themen wie Kinästhetik, Leistungen der Pflegeversicherung, Umbaumaßnahmen und Betreuungsrecht.

Es wurden weitere Kurse angeboten, die jedoch mangels ausreichender Beteiligung ausfallen mussten. Nach Angaben der AOK N haben 2009 insgesamt 19.200

---

[194] s.o.

[195] Schneekloth, U., Wahl, H.-W., 2005, S. 80

[196] Gräßel, E. u.a., Pflegekurse - Prädiktoren der Inanspruchnahme und Qualitätserwartungen aus Sicht pflegender Angehöriger eines Demenzpatienten, in: Gesundheitswesen 2009, 71, S. 291 ff

Hausbesuche durch Pflegefachkräfte und 65.000 persönliche oder telefonische Beratungen im Servicezentrum stattgefunden.

Die **Landwirtschaftliche Pflegekasse Niedersachsen-Bremen** (LPK NB) muss, nach eigenen Angaben, in der Planung, Organisation und Umsetzung der Pflegekurse nach § 45 SGB XI den ländlichen Regionen und überwiegend dort lebenden Versicherten in besonderem Maße Rechnung tragen. Aus diesem Grund haben sie mit dem Niedersächsischen Landfrauenverband und der ländlichen Erwachsenenbildung Niedersachsen Konzepte über die Inhalte und Umsetzung der Pflegekurse entwickelt, die seit Jahren wohnortnah im Auftrag der LPK NB durchgeführt werden. Daneben wird pflegenden Angehörigen bzw. Personen der 7-Tage-Kurs „LKK aktiv plus Pflege“ angeboten, eine Kombination aus Pflegekurs und Primärprävention. Der Kostenanteil des Pflegekurses wird von der LPK NB übernommen. Im Jahr 2009 wurden keine eigenen Pflegekurse durchgeführt, jedoch sind 53 in ihrem Auftrag von anderen Einrichtungen angeboten und durchgeführt worden.
Zusätzlich wurden einzelnen Pflegepersonen Pflegekurse durch anderweitige Anbieter erstattet und dabei Kosten für 140 Teilnehmende geltend gemacht worden. An den im Auftrag angebotenen Pflegekursen haben 612 Angehörige bzw. Pflegepersonen teilgenommen.

Die **Barmer GEK** hat im Jahr 2009 insgesamt 351 Pflegekurse mit 1.011 Teilnehmenden durchgeführt. Es wurden Basis-, Spezialpflege- und Überleitungspflegekurse sowie Schulungen im häuslichen Umfeld angeboten. Dabei zeigte sich, dass insbesondere Themen im Bereich der Betreuung demenzerkrankter Angehöriger verstärkt nachgefragt wurden.

3.16 Psychiatrische Häusliche Krankenpflege nach § 132 a SBG V

Die Versorgung mit häuslicher Krankenpflege nach § 132a SGB V hat das Ziel, durch eine phasenweise intensive ambulante Versorgung psychiatrischer bzw. gerontopsychiatrischer Patientinnen und Patienten **unnötige Krankenhaus- und Heimeinweisungen zu vermeiden**. Eine Indikation für die psychiatrische

Krankenpflege ist bei Menschen mit spezifischen psychiatrischen Diagnosen und akuter Behandlungsbedürftigkeit gegeben.

Merkmale gerontopsychiatrisch erkrankter Personen sind beispielsweise eine zunehmende Immobilität, Isolation durch Multimorbidität, ein reduzierter Allgemeinzustand durch Mangelernährung und Selbstpflegedefizit. Es treten häufig Zustände der Verwahrlosung, Suchtmittelmissbrauch, paranoide oder depressive Störungen auf[197]. Im Verlauf der gerontopsychiatrischen Pflegeverordnung soll eine Pflege- und Behandlungscompliance (Einwilligung in pflegerische und medizinische Maßnahmen) aufgebaut, dauerhafte ärztliche Behandlung, pflegerische Grundversorgung und soziale Kontakte geschaffen sowie psychische Beeinträchtigungen bewältigt werden. Es kann zu einer Überleitung in SGB XI Leistungen kommen bzw. Leistungen nach § 132a SGB V und SGB XI - Leistungen können parallel verordnet sein.

Im Rahmen des Bundesmodellprojektes „Ambulante Gerontopsychiatrische Zentren in Hannover“ wurde das einjährige Modellprojekt „Häusliche Krankenpflege für alte Menschen mit psychischen Veränderungen“ im Jahr 2003 erprobt und in einem ersten Schritt etabliert.
Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat die Richtlinien über die Verordnung von „häuslicher Krankenpflege“ nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 und Abs. 7 SGB V überarbeitet. Die zum 01.07.2005 in Kraft getretene Neufassung erfasste erstmalig Leistungen der ambulanten psychiatrischen Pflege.

3.16.1 Leistungs- und vertragsrechtlicher Hintergrund

Die ärztliche Verordnung gerontopsychiatrischer Pflege nach § 37 Abs.1 und § 37 Abs. 2 SGB V kann über eine Fachärztin oder einen Facharzt für Neurologie und Psychiatrie erfolgen bzw. Hausärztinnen und Hausärzte können dann verordnen, wenn die Diagnose durch eine Fachärztin oder einen Facharzt bereits gesichert ist.

---

[197] Vortrag Harnau, B., Caritas Forum Demenz, 11/09

Unter den vorordnungsfähigen Diagnosegruppen finden sich Demenzen sowie depressive und wahnhafte Störungen. Nach einer 14-tägigen Erstverordnung beträgt die gesamte Verordnungsdauer maximal vier Monate, in begründeten Ausnahmefällen auch länger. Die ärztlich verordneten Pflegeeinheiten entsprechen 14 Einsätzen à 45 Minuten pro Woche. Die Mindesteinsatzzeit von 45 Minuten wird in der Regel mit 34,67 Euro plus Wegepauschale vergütet. Die Leistungserbringer sind entweder ein selbstständiger psychiatrischer bzw. gerontopsychiatrischer Fachpflegedienst jeweils mit mindestens fünf Pflegefachkräften und spezifischen psychiatrischen Qualifikationsanforderungen.

3.16.2 Stand der Entwicklung

Nach Auskunft der AOK Niedersachsen gibt es derzeit 26 Anbieter für häusliche psychiatrische Fachkrankenpflege gemäß § 132 a Abs. 2 SGB V in Niedersachsen, die aufgrund von Solitärverträgen Leistungen mit der AOK, BKK, Knappschaft, LKK und dem Vdek anbieten können. Im Juli 2008 waren es noch 16 Anbieter. Von den derzeit 26 Anbietern befinden sich u.a. sieben in der Region Hannover, drei in Braunschweig, drei in der Stadt bzw. im Landkreis Osnabrück und zwei in Oldenburg. Eine flächendeckende Versorgungsstruktur für die psychiatrische Fachkrankenpflege gibt es derzeit noch nicht. Für einzelne Landkreise in Niedersachsen gibt es noch keinen Anbieter in erreichbarer Nähe.

Dennoch ist die bisherige Entwicklung der häuslichen psychiatrischen Fachkrankenpflege äußerst positiv verlaufen. Das wird auch an der Entwicklung ihrer Fallzahlen deutlich. Die Anzahl der Versicherten der AOK Niedersachsen mit Leistungen der psychiatrischen häuslichen Krankenpflege lag im Jahr 2009 bei 892. Damit haben sich die Fallzahlen von 2005 von 66 Versicherte der AOK Niedersachsen bis 2009 versechsfacht.

Tab. (71) Versicherte mit Leistungen der psychiatrischen häuslichen Krankenpflege

Jahr	Fallzahl	durchschnittliche Laufzeit (Tage)
2005	149	66
2006	371	68
2007	501	77
2008	656	87
2009	892	83
Bis 06/2010	624	65

Quelle: AOK Niedersachsen, Oktober 2010

Der deutliche Anstieg der Versichertenfallzahlen ist damit zu begründen, dass sich seit 2005 allmählich eine neue ambulante Versorgungsleistung für psychisch erkrankte Menschen etabliert hat, für die auf Anbieterseite zunächst die Voraussetzungen geschaffen werden mussten.

Die durchschnittliche Laufzeit der psychiatrischen häuslichen Krankenpflege lag nach Auskunft der AOK Niedersachsen für die AOK-Versicherten 2005 bei 66 Tagen, im Jahr 2009 bei 83 Tagen. Nach den ersten Jahren der Etablierung von Anbietern in den verschiedenen Versorgungsgebieten Niedersachsens scheint sich die Laufzeit auf dem derzeitigen Niveau einzupendeln. Sie liegt mit knapp drei Monaten deutlich unter der maximalen Laufzeit von vier Monaten.

Die Unterstützung ambulanter Pflegedienste beim Aufbau (geronto-)psychiatrischer Fachpflege in Niedersachsen zählt zu den Aufgaben des Caritas Forum Demenz, welches vom Land Niedersachsen gefördert wird.

Abb. 35. Versorgungsregionen ambulanter psychiatrischer Pflege in Niedersachsen

s. dazu Fußnote[198]

198 Landesfachbeirat Psychiatrie Niedersachsen, Harnau, B., Beins, W.

3.17 Pflegezeitgesetz

3.17.1 Grundsätzliche Bedeutung und rechtlicher Hintergrund

Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer mit pflegebedürftigen Angehörigen, die Verantwortung übernehmen und sich kümmern wollen, möchten vielfach deshalb nicht ihre Erwerbstätigkeit aufgeben müssen. Sie stehen vor der Aufgabe, ihre Berufstätigkeit mit der Pflege von Angehörigen in Einklang zu bringen.
Für die Betroffenen sind permanenter Zeitdruck, emotionale und körperliche Belastungen häufige Folgen der Pflegesituation. Im Unterschied zu der überwiegend gut kalkulierbaren Betreuung von Kleinkindern ist bei der Angehörigenpflege die voraussichtliche Dauer - bei meist zunehmendem Pflegebedarf - kaum abzuschätzen. Aufgrund der psychischen und physischen Belastungen durch die Pflege parallel zu einer Berufstätigkeit kann die Arbeits- und Leistungsfähigkeit am Arbeitsplatz zeitweilig eingeschränkt sein.

Mit dem Pflege-Weiterentwicklungsgesetz vom 01.07.2008 wurde für Angehörige von pflegebedürftigen Menschen ein Anspruch auf Pflegezeit im Rahmen des neuen Pflegezeitgesetzes (PflegeZG) eingeführt. Ziel des Gesetzes ist, Beschäftigen die Möglichkeit zu eröffnen, pflegebedürftige nahe Angehörige in häuslicher Umgebung zu pflegen und damit die Vereinbarkeit von Beruf und familiärer Pflege zu verbessern. Das Gesetz ermöglicht es Beschäftigen, kurzfristig bis zu 10 Tagen in Rahmen der so genannten „kurzfristigen Arbeitsverhinderung“ der Arbeit fernzubleiben, um die Pflege naher Angehöriger zu organisieren. Darüber hinaus wird ihnen ein Anspruch auf Freistellung von der Arbeitsleistung bis zu sechs Monaten eingeräumt, wenn sie deren häusliche Pflege im Rahmen der Pflegezeit übernehmen.
Nahe Angehörige im Sinne des Gesetzes sind Großeltern, Eltern, Schwiegereltern als auch Ehegatten, Lebenspartner, Partner einer eheähnlichen Gemeinschaft, Geschwister und Kinder.
Die Rechte nach dem PflegeZG kommen allen Beschäftigten im Sinne dieses Gesetzes zugute: Arbeitnehmerinnen und -nehmer, die zu ihrer Berufsbildung Beschäftigten (z.B. Auszubildende, Praktikanten/-innen), arbeitnehmerähnliche Personen und Heimarbeiterinnen und -arbeiter. Eine Einschränkung gibt es hinsichtlich des Anspruchs auf Pflegezeit: dieser greift nur gegenüber Arbeitgebern

mit regelmäßig mehr als 15 Beschäftigten. Bei der Berechnung der Beschäftigtenzahl wird jede/jeder Beschäftigte unabhängig von ihrem/seinem Beschäftigungsumfang gezählt. Im PflegeZG sind zwei unterschiedliche Freistellungsansprüche vorgesehen.

3.17.2 Kurzfristige Arbeitsverhinderung

Die kurzfristige Arbeitsverhinderung gem. § 2 PflegeZG wird unabhängig von der Anzahl der Beschäftigen in einem Unternehmen gewährt. Die/der Beschäftigte ist berechtigt, der Arbeit kurzfristig bis zu 10 Arbeitstagen fernzubleiben, wenn dies erforderlich ist, um für einen pflegebedürftigen nahen Angehörigen in einer akut aufgetretenen Pflegesituation eine bedarfsgerechte Pflege zu organisieren oder eine pflegerische Versorgung in dieser Zeit sicherzustellen.
Voraussetzungen für die Inanspruchnahme einer kurzfristigen Arbeitsverhinderung sind:

- Eine unverzügliche Mitteilung an den Arbeitgeber über die Verhinderung und deren voraussichtliche Dauer und die
- Vorlage einer ärztlichen Bescheinigung über die Pflegebedürftigkeit des nahen Angehörigen und der Erforderlichkeit einer Organisation oder Sicherstellung der Pflege auf Verlangen des Arbeitgebers.

Pflegebedürftig im Sinne dieses Gesetzes sind Personen, die die Voraussetzungen nach den §§ 14, 15 SGB XI erfüllen. Eine Zustimmung des Arbeitgebers zur kurzfristigen Arbeitsverhinderung muss nicht eingeholt werden.
Die Pflegezeit gem. § 3 PflegeZG kann zeitlich unmittelbar nach einer kurzzeitigen Arbeitsverhinderung beansprucht werden.

3.17.3 Pflegezeit

Voraussetzungen für eine Freistellung von der Arbeitsleistung für max. bis zu sechs Monaten gem. § 3 PflegeZG sind,

- dass der Arbeitgeber regelmäßig mehr als 15 Beschäftigte hat,
- ein naher Angehöriger der/des Beschäftigten pflegebedürftig ist und die Pflegebedürftigkeit durch Vorlage einer Bescheinigung nachgewiesen wird,
- die/der Beschäftigte diesen in häuslicher Umgebung pflegt und

- die beabsichtigte Pflegezeit spätestens 10 Arbeitstage vor deren Beginn schriftlich angekündigt hat.

Gem. § 3 Abs. 1 PflegeZG können sich Beschäftigte für die Übernahme der Pflege eines nahen Angehörigen von der Arbeitsleistung vollständig oder teilweise freistellen lassen. Das PflegeZG sieht keinen Anspruch auf eine Entgeltfortzahlung für die Dauer der Pflegezeit vor. Bei der kurzfristigen Arbeitsverhinderung kann sich ggf. ein Entgeltfortzahlungsanspruch aus § 616 BGB ergeben. In der Pflegezeit besteht für die Beschäftigten ein besonderer Kündigungsschutz auch dann, wenn es sich nur um eine pflegebedingte Arbeitszeitreduzierung handelt.

Bei Ankündigung einer Pflegezeit muss dem Arbeitgeber auch mitgeteilt werden, für welchen Zeitraum und in welchem Umfang die Freistellung von der Arbeitsleistung in Anspruch genommen werden soll. Beim Eingang eines Antrags auf Pflegezeit muss bei Gewährleistung von Pflegezeit eine Einstufung in eine der Pflegestufen vorliegen. Innerhalb von 14 Tagen muss in diesen Fällen eine Begutachtung stattfinden. Die Pflegezeit muss dann von der Krankenkasse oder dem MDK bescheinigt werden.

Stand der Inanspruchnahme

Nach Angaben der AOK N waren es 2009 insgesamt 59 Pflegepersonen von Versicherten der AOK N, die eine Pflegezeit nach dem PflegeZG genommen haben. Mit einem Marktanteil von rund einem Drittel AOK Versicherter in Niedersachsen, kann hochgerechnet eine Gesamtzahl von 180 Pflegepersonen in Pflegezeit im Jahr 2009 vermutet werden.

Tab. (72) Pflegepersonen in Pflegezeit, AOK N Versicherte

Jahre	Anzahl der Pflegepersonen
2008	33
2009	59
bis 06/2010	41

Quelle: Daten der AOK N

Die Zahlen über Pflegepersonen in Pflegezeit geben Auskunft darüber, wie viele Angehörige von AOK-Versicherten die Pflegezeit in Anspruch genommen haben,

jedoch nicht wie lange sie in der Pflegezeit geblieben sind und ob sie ihre Arbeitszeit reduziert haben oder vorübergehend ganz aus dem Arbeitsprozess gegangen sind.
Insgesamt gesehen werden die rechtlichen Möglichkeiten, die das PflegeZG eröffnet, zunächst nur sehr zögerlich in Anspruch genommen. Die Gründe dafür mögen vielfältig sein:

- Pflegepersonen oder Angehörige, die potentiell Pflegeverantwortung übernehmen wollten, sind nicht über das neue PflegeZG informiert.
- Angehörige, die pflegerische Aufgaben übernehmen würden, befürchten bei einem vorübergehenden Ausstieg aus dem Arbeitsleben oder einer Minderung ihrer Arbeitszeit Nachteile, die ihnen bei ihrem Arbeitgeber daraus entstehen könnten.
- Betriebe haben bislang noch nicht die Voraussetzungen für eine individuelle Inanspruchnahme der Pflegezeit durch Betriebsangehörige geschaffen.
- Pflegepersonen, die Pflegezeit nehmen möchten, arbeiten in Betrieben mit unter 16 Beschäftigten und sind daher nicht berechtigt, diese in Anspruch zu nehmen.
- Angehörige, die erstmalig oder umfassender als bislang Pflegeverantwortung übernehmen möchten, können sich die Einschränkung ihrer Arbeitszeit oder die vorübergehende Aufgabe aus finanziellen Gründen nicht erlauben.

4. Qualität der pflegerischen Versorgung

Der Anspruch eine qualitätvolle und auf die Erhaltung der Menschenwürde auch im Alter und bei Pflegebedürftigkeit gerichtete Pflege und Betreuung nach dem (jeweiligen) Stand der medizinisch-pflegerischen Erkenntnisse zu leisten, war von jeher Anliegen aller Angehöriger der Pflegeberufe. Qualitätssicherung und Qualitätsentwicklung in der Pflege sind nicht erst mit Einführung des Pflegeversicherungsgesetzes ein fachberufliches und gesellschaftliches Anliegen.

4.1 Rechtsentwicklung 2001 bis 2008

Mit dem Pflegeversicherungsgesetz und insbesondere mit dem Pflegequalitätssicherungsgesetz vom 9. Sept. 2001 als Änderungsgesetz zum SGB

XI wurden gesetzliche Verpflichtungen der professionellen Erbringer von Pflege nach diesem Gesetz zur Erbringung diesbezüglich qualitätvoller Leistungen normiert. Die Ausfüllung dieser Verpflichtungen wurde dabei wesentlich dem Aushandlungsprozess zwischen den Leistungsanbietern und den Kostenträgern (Pflegekassen, Träger der Sozialhilfe) in der Praxis überlassen.

Durch das Pflegeversicherungsgesetz wurde den Verbänden der Pflegekassen und den für sie fachlich-gutachterlich tätigen Medizinischen Diensten der Krankenversicherung einerseits eine erhebliche Definitionsmacht und zum anderen eine gesellschaftspolitische Verantwortung zur Gewährleistung einer qualitätvollen Pflege für die Versicherten zugewiesen.

Dabei wurde nicht nur der Prüfhorizont auf die professionelle häusliche Pflege hin ausgeweitet. Vielmehr gewann auch die Prüfung der Leistungsqualität in den Pflegeheimen auf der Grundlage vertraglicher Vereinbarungen (Rahmenvertrag nach § 75 SGB XI, Leistungs- und Qualitätsvereinbarung nach § 80a SGB XI, Vergütungsvereinbarung nach § 85 SGB XI) und unter Einbezug neuer pflegewissenschaftlicher Erkenntnisse zur Systematisierung und Operationalisierung pflegerischen Handelns (Pflegeprozess, individuelle Pflegeplanung, Pflegedokumentation; Struktur-, Prozess-, Ergebnisqualität) gegenüber der an der Einhaltung von Mindeststandards ausgerichteten heimaufsichtsrechtlichen Prüfung eine neue fachliche Dimension und andere Schwerpunktsetzungen.

Eine grundlegende Veränderung der Aufsichts- und Prüffunktionen der Heimaufsicht erfolgte zeitgleich mit dem In-Kraft-Treten des Pflegequalitätssicherungsgesetzes zum 01.01.2002 durch das Dritte Gesetz zur Änderung des Heimgesetzes vom 5. Nov. 2001 (BGBl. I S. 2960).
In der Heimaufsicht erfolgte dabei eine Abkehr von der eng geführten Ausrichtung auf Mindeststandards unter dem Aspekt des Ordnungsrechts zur Abwehr von Gefahren für Leib und Leben hin zu einem Prüfauftrag im Sinn eines umfassenden Qualitätssicherungsauftrages - einschließlich der Begutachtung der Pflegequalität (§15 Abs. 2 Nr. 5 HeimG). Dieser auf Struktur, Prozess und (Pflege-)Ergebnis ausgerichtete Prüfauftrag des Heimgesetzes im Bereich der stationären Pflege

entspricht damit in großen Teilen demjenigen des Pflegeversicherungsgesetzes (§ 80 SGB XI).
Die Folgen waren - trotz eines gesetzlichen Zusammenarbeitsgebotes - in der Praxis Abgrenzungsprobleme zwischen den beiden Prüfinstanzen und Unsicherheit hinsichtlich der Prüfbereiche sowie hinsichtlich der Bewertung der Prüfergebnisse. Bei den Einrichtungen entstand bürokratischer Mehraufwand durch Doppelprüfungen und aufgrund voneinander abweichender Anforderungen.
Der diesbezüglich erforderliche Bürokratieabbau wurde von der Landesregierung erkannt. Gemeinsam mit den kommunalen Spitzenverbänden, den Landesorganisationen der Pflegekassen und dem MDKN wurde an einer praxisgerechten Organisation der Prüfungen von Heimaufsicht und MDKN gearbeitet. Mit Beschluss des Landespflegeausschusses vom 15.11.2006 wurde eine gemeinsame Empfehlung zur Zusammenarbeit des Medizinischen Dienstes und der Heimaufsichtsbehörden im Rahmen von Prüfungen nach dem 11. Kapitel des Elften Buches des Sozialgesetzbuches §§ 15 und 20 des HeimG in Niedersachsen beschlossen. Nach dieser Empfehlung wurde ab 1.10.2006 in fünf Kommunen und ab 1.4.2007 landesweit modellhaft verfahren. Ziel dieser Empfehlung war es, die rechtlichen Verpflichtungen für die Praxis in Niedersachsen zu konkretisieren und insbesondere die Abgrenzung der Prüfbereiche zur Vermeidung von Doppelprüfungen, die gegenseitige Anerkennung der Prüfergebnisse und eine Zunahme gemeinsamer Prüfungen im Sinn von § 15 Abs. 4 HeimG / §§ 114 u. 117 SGB XI zu erreichen.

4.2 Qualitätsprüfungen seit 01.07.2008 im Recht der Pflegeversicherung

Es gehörte zu den wesentlichen Bausteinen des Pflegeweiterentwicklungsgesetzes vom 1.7.2008, die Qualitätsprüfungen sowohl hinsichtlich ihrer fachlichen Grundlagen als auch hinsichtlich der Veröffentlichung von Transparenzberichten nach dem SGB XI neu zu organisieren.
Die Qualitätssicherung wird seither nach Änderungen bzw. Einfügung der §§ 112, 113, 113 a, 114 und 115 SGB XI geregelt. Die §§ 80 und 80 a SGB XI sind seit dem 1.7.2008 weggefallen. Durch die Neuregelungen in den §§ 112 ff SGB XI wurden die Aufgaben der Qualitätssicherung durch den MDK und die der Landesverbände der Pflegekassen gestärkt.

Qualitätsprüfungen sind gemäß § 114 SGB XI wie folgt geregelt:

- Prüfung aller Pflegeeinrichtungen durch den MDK bis Ende 2010,
- ab 2011 jährliche Prüfungen aller Einrichtungen und
- Einführung einer Regelprüfung neben der Anlass- oder Wiederholungsprüfung.

Qualitätsprüfungen finden in den Einrichtungen grundsätzlich unangemeldet statt (§ 114 a Abs. 1 SGB XI).

Ambulante Pflegedienste und Pflegeheime werden gemäß § 72 Abs. 3 und § 112 Abs. 2 SGB XI dazu verpflichtet, sich an Maßnahmen der internen Qualitätssicherung zu beteiligen. Versorgungsverträge dürfen nur mit Pflegeeinrichtungen abgeschlossen werden, die sich gemäß § 72 Abs. 3 Satz 3 und 4 SGB XI verpflichten, nach Maßgabe der Vereinbarungen nach § 113 SGB XI einrichtungsintern ein Qualitätsmanagement einzuführen und weiterzuentwickeln und alle Expertenstandards nach § 113 a SGB XI anzuwenden.

Gemäß § 112 Abs. 1 Satz 2 SGB XI sind Maßstäbe für die Beurteilung der Leistungsfähigkeit einer Pflegeeinrichtung und die Qualität ihrer Leistungen die verbindlichen Anforderungen in den Vereinbarungen nach § 113 sowie die nach § 84 Abs. 5 SGB XI vereinbarten Leistungs- und Qualitätsmerkmale.

Die von den Beteiligten in den Gemeinsamen Grundsätzen und Maßstäben festgelegten grundsätzlichen Eckpunkte, die für alle Pflegekassen und deren Verbände sowie für die zugelassenen Pflegeeinrichtungen unmittelbar verbindliche Grundlage sind, gelten seit 1996 unverändert fort. In dieser dem Gesetzesauftrag folgenden vertraglichen Vereinbarung zur Qualitätssicherung in der Pflege werden die für die Qualität der Pflege maßgeblichen Ebenen - Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität - benannt, definiert und erläutert.

Die allgemeinen Pflegeleistungen nach SGB XI sollen - das gilt für die professionelle stationäre und ambulante aber grundsätzlich auch für die private Pflege - bedarfsgerecht, gleichmäßig und nach dem Stand medizinisch-pflegerischer Erkenntnisse erbracht werden. Weitere Bestandteile pflegerischer Versorgung nach dem SGB XI sind im Bereich der stationären Pflege die Behandlungspflege, die soziale Betreuung, die zusätzliche Betreuung und Aktivierung von Pflegebedürftigen

mit erheblichem allgemeinen Betreuungsbedarf sowie Leistungen für Unterkunft und Verpflegung sowie individuell vereinbarte Zusatzleistungen.

Diese allgemeine Beschreibung der Pflege und Betreuung in Verbindung mit dem Konzept von Qualitätssicherung und Qualitätsentwicklung sagt wenig darüber aus, wie und mit welchem Ziel Pflege durchgeführt wird und werden soll, ob Pflegequalität tatsächlich vorhanden ist und wie Pflegequalität festgestellt werden kann.

Das Gelingen von Pflege im Bereich der familienexternen Dienstleistungen ist von einer Vielzahl ineinander greifender, sich wechselseitig bedingender und beeinflussender Tatbestände abhängig. Als Kriterien, die für die Qualität von Pflege erfüllt seien müssen, gelten insbesondere:

- Professionalität und Management des Unternehmens „Pflegeeinrichtung“,
- Leit- und Unternehmenskultur,
- die zentrale und die dezentrale Organisation der Pflegeeinrichtung,
- Betriebs- und Personalmanagement einschließlich der Implementierung von Informationsstrategien und -technologien,
- Fachlichkeit und Professionalität der Pflegefachkräfte sowie anderer Fachkräfte durch pflegewissenschaftlich begründete und nachprüfbare Pflege und Betreuung,
- Case- und Care-Management,
- Wahrnehmung und Berücksichtigung der Bedürfnisse der Pflegebedürftigen,
- Mitmenschlichkeit (Empathie),
- Beachtung der Rechte und der Würde der Pflegebedürftigen und nicht zuletzt
- Einbindung der Angehörigen in die Pflege sowie
- Kooperation mit anderen an der Pflege beteiligten Leistungserbringern.

Daneben bestimmen die räumlichen Gegebenheiten und die personelle und sächliche Ausstattung einer Pflegeeinrichtung den Zielerreichungsgrad der Pflege.

Sind alle genannten Voraussetzungen erfüllt, bleibt dennoch zu berücksichtigen, dass Pflege individuell empfunden wird. Das kann bedeuten, dass unter Aspekten von Fachlichkeit sowohl gute als auch mangelhafte pflegerische Versorgung nicht

oder nicht richtig ermessen oder eingeschätzt wird. So wird z. B. von den pflegebedürftigen Menschen und ihren Angehörigen ein ständiger Wechsel des Pflegepersonals oft als schlechte Versorgung und Pflege empfunden, obschon Pflege und Versorgung nach streng fachlicher Bewertung arbeitsteilig oftmals zu den besseren oder zumindest gleich guten Ergebnissen führt bzw. im konkreten Fall geführt hat. Letztlich geht es bei der Pflege immer um Prozesse gegenseitiger Beziehungsgestaltung.

Pflegedokumentation

Die Einrichtung und Führung einer angemessenen Pflegedokumentation, die die für den individuellen Pflegeprozess erforderlichen Angaben festhält, ist gemäß § 113 SGB XI ein Instrument, den Nachweis für die Qualität der Pflege zu führen. Die Pflegedokumentation ist als Beleg der erbrachten Leistungen für den Pflegebedürftigen und seine Angehörigen oder rechtlichen Betreuerinnen/Betreuer von Bedeutung. Sie gilt dem MDKN bei seinen Qualitätsprüfungen in Pflegeeinrichtungen als ein Indiz einer professionellen Pflegeplanung und der individuellen Pflegeprozesssteuerung.

Die Pflegedokumentation hat folgende Funktionen:

- Qualitätssicherung
- Therapiesicherung
- Abrechnungssicherung
- Beweissicherung.

Die Anwendung der Pflegedokumentation ist nach den Grundsätzen und Maßstäben zur Qualitätssicherung nach § 113 SGB XI von jeder Pflegeeinrichtung sachgerecht und kontinuierlich zu führen. Eine entsprechende Vereinbarung existiert zurzeit noch nicht. Insofern ist ein Verfahren bei der Schiedsstelle Qualitätssicherung gemäß § 113b SGB XI noch anhängig.

Nationale Expertenstandards

Neben der Verpflichtung der Einrichtungen, intern Maßnahmen zur Sicherstellung und Weiterentwicklung der Qualität der Pflege zu betreiben, sieht § 113 a SGB XI Expertenstandards zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität der Pflege vor.

Dafür existieren international entwickelten Normen (DIN ISO 9000/2000, EFQM), nach denen Qualität der Pflege und Qualitätsentwicklung in Pflegeeinrichtung eingeführt, evaluiert und weiterentwickelt sowie zertifiziert wird.
Die Nachfrage nach Informationen über den jeweiligen wissenschaftlich gesicherten Wissens- und Erkenntnisstand zur Pflege richtet sich insbesondere an die Pflegewissenschaft und die übrige Fachwelt. Sie hat bereits zur Entwicklung einer Reihe von Pflegestandards in der Bundesrepublik geführt. Im Rahmen eines vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG, damals BMGS) geförderten Pilotprojekts, mit dem das „Deutschen Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege“ (DNQP) an der Fachhochschule Osnabrück im Jahr 2000 begann. Die zentralen Aufgabenschwerpunkte des DNQP sind:

- Entwicklung, Konsentierung und Implementierung evidenzbasierter Expertenstandards und
- Beforschung von Methoden und Instrumenten zur Qualitätsentwicklung und -messung.

Orientiert an dem Bedürfnis, vorhandene Ressourcen besser zu nutzen und die Pflegequalität auf einem bestimmten Niveau festzulegen, wurden, gestützt auf internationale pflegewissenschaftliche Erfahrungen, seitdem bereits sieben nationale Expertenstandards zur Erreichung bestimmter Pflegeziele entwickelt bzw. aktualisiert. Es sind dies die Expertenstandards für:

- Dekubitusprophylaxe in der Pflege, Implementierung 2004
- Schmerzmanagement in der Pflege, Implementierung 2005
- Sturzprophylaxe in der Pflege, Implementierung 2006
- Förderung der Harnkontinenz in der Pflege, 2007
- Entlassungsmanagement in der Pflege, Aktualisierung 2009
- Pflege von Menschen mit chronischen Wunden, 2009
- Ernährungsmanagement zur Sicherstellung und Förderung der oralen Ernährung in der Pflege, 2010

Hinzuweisen ist dabei, dass formal die nach § 113 a SGB XI vorgesehenen Vereinbarungen und Veröffentlichungen im Bundesanzeiger noch vollzogen werden müssen.

Beispiel Entlassungsmanagement

In zahlreichen Studien zu Überleitungssituationen im Kontext mit Pflegebedürftigkeit wurde festgestellt, dass bei der Entlassung und dem Übergang vom stationären in den nachstationären Bereich die meisten Versorgungsbrüche erzeugt werden [199]. Sie führen in der Folge zu erhöhten Belastungen der Betroffenen und ihrer Angehörigen, aber auch durch die damit oftmals verbundenen sog. „Drehtüreffekten“ zur Verschwendung knapper Ressourcen im Gesundheitswesen.

Mit Einführung des Pflege-Weiterentwicklungsgesetztes vom 1.7.2008 haben Versicherte einen Anspruch auf ein Versorgungsmanagement insbesondere zur Lösung von Problemen beim Übergang in die verschiedenen Versorgungsbereiche. Gemäß § 11 Abs. 4 Satz 2 SGB V sorgen die betroffenen Leistungserbringer für eine sachgerechte Anschlussversorgung des Versicherten und übermitteln sich gegenseitig die erforderlichen Informationen. Sie sollen zur Erfüllung dieser Aufgabe von den Krankenkassen unterstützt werden. Dabei sind die Pflegeeinrichtungen in das Versorgungsmanagement einzubeziehen und eine enge Zusammenarbeit mit den Pflegeberaterinnen und -beratern nach § 7a SGB XI zu gewährleisten (§ 11 Abs. 4 Satz 3, 4 SGB V).

Nach Auskunft der Niedersächsischen Krankenhausgesellschaft gibt es keine Übersicht darüber, wie viele Krankenhäuser in Niedersachsen bereits ein Entlassungsmanagement im Sinne des § 11 Abs. 4 SGB V umgesetzt haben. Die meisten Krankenhäuser verfügen über eingeführte Ansätze einer organisierten Patientenentlassung, die häufig beim Sozialdienst angesiedelt sind.

Der aktualisierte Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege richtet sich primär an Pflegefachkräfte in stationären Gesundheitseinrichtungen, in Krankenhäusern, Fach- und Rehabilitationskliniken. Er stellt in Rechnung, dass viele Einrichtungen bereits über Ansätze einer systematischen Patientenentlassung verfügen, die sich mit Hilfe des Expertenstandards optimieren lassen.

Er regelt insofern nicht das organisatorische Vorgehen des Entlassungsmanagements innerhalb der jeweiligen Einrichtungen, empfiehlt mit Bezug auf internationale Studien gleichwohl, dass im Entlassungsmanagement die

[199] Deutsches Netzwerk für Qualität in der Pflege, Expertenstandard Entlassungsmanagement, 2009

Pflegefachkraft aufgrund ihrer Nähe zu Patientinnen und Patienten und den Angehörigen die entscheidende Koordinationsfunktion einnimmt.

Das Ziel eines systematischen Entlassungsmanagements ist es, dem Entstehen von Versorgungsbrüchen bei der Patientenentlassung durch gezielte Vorbereitung von Patientinnen und Patienten und von Angehörigen sowie durch einen besseren Informationsaustausch zwischen den am Entlassungsprozess Beteiligten entgegenzuwirken. Dies erfordert beim Assessment und den folgenden Interventionen den Blick auf die Lebenserfordernisse der Patienten und Patientinnen im nachstationären Setting zu richten.

Transparenzberichte

Gemäß § 115 Abs. 1 a SGB XI haben die Landesverbände der Pflegekassen sicherzustellen, dass die von den Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen sowie deren Qualität, insbesondere hinsichtlich der Ergebnis- und Lebensqualität, für die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen verständlich, übersichtlich und vergleichbar sowohl im Internet als auch in anderer geeigneten Form kostenfrei veröffentlich werden. Grundlage dafür sind insbesondere die Prüfungsergebnisse des MDK, ggf. auch gleichwertige Prüfergebnisse nach § 114 Abs. 3 und 4 SGB X (z.B. Prüfergebnisse der Heimaufsicht, Ergebnisse zur Struktur- und Prozessqualität bei Prüfungen durch unabhängige Prüfer). Diese können durch in anderen Prüfverfahren gewonnene Informationen ergänzt werden.

Die Vertragspartner nach § 115 Abs. 1 a SGB XI haben Transparenzvereinbarungen für die stationäre Pflege (PTVS) vom 17.12.2008 und für die ambulante Pflege (PTVA) vom 29.01.2009 getroffen. Die Transparenzvereinbarungen sind in die Qualitäts-Prüfungsrichtlinien (QPR) eingearbeitet worden. Der GKV-Spitzenverband veröffentlichte am 05.11.2009 die entsprechende Vorlage zum „Verfahren zur Notenberechnung entsprechend der Bewertungssystematik der Transparenzvereinbarungen“ mit dem Verfahren in der stationären Pflege, den Besonderheiten für die ambulante Pflege, der Berechnung des Landesvergleichswertes und der Zuordnungstabelle von Skalenwerten zu Noten[200].

---

[200] GKV-Spitzenverband, Verfahren zur Notenberechnung entsprechend der Bewertungssystematik der Pflegetransparenzverfahren stationär vom 17. Dezember 2008 und der Pflege-Transparenzverfahren ambulant vom 29. Januar 2009, Stand: 5. November 2009

Die MDK führen seit dem 01.07.2009 Prüfungen auf der Grundlage dieser QPR mit den Prüfungen in stationären Pflegeeinrichtungen durch. Im Oktober 2009 wurde auf der Grundlage der neuen QPR mit den Prüfungen in ambulanten Pflegediensten begonnen.

Notenberechnung

Die Notenberechung für die Transparenzkriterien, Qualitätsbereiche sowie die Gesamtnote erfolgt entsprechend der Transparenzvereinbarungen für die ambulante Pflege vom 29.01.2009 bzw. für die stationäre Pflege vom 17.12.2008.

Bei den Transparenzkriterien für die stationäre Pflege ist zwischen einrichtungsbezogenen und bewohnerbezogenen Kriterien zu unterscheiden.
Die Kriterien sind fünf Qualitätsbereichen zugeordnet:

- Pflege und medizinische Versorgung (35 Kriterien)
- Umgang mit demenzkranken Bewohnern (10 Kriterien)
- Soziale Betreuung und Alltagsgestaltung (10 Kriterien)
- Wohnen, Verpflegung, Hauswirtschaft und Hygiene (9 Kriterien)
- Befragung der Bewohner (18 Kriterien)

Die Bewertung der Pflegeheime erfolgt anhand von 82 Einzelkriterien, die in einem Fragebogen aufgelistet sind[201]. In die Berechnung der Gesamtnote fließen nur die Kriterien der ersten vier Qualitätsbereiche ein.
Für die Notenberechnung der einzelnen Kriterien, der Bereiche sowie der Gesamtnote gilt eine einheitliche Notendefinition[202]. Es wird grundsätzlich mit Skalenwerten und nicht mit Notenwerten gerechnet und erst zum Ende einer Rechenoperation werden den ermittelten Skalenwerten die Notenwerte, die sich aus der Zuordnungstabelle ergibt, zugeordnet. Die Note für das Gesamtergebnis wird gebildet, indem die Skalenwerte für die einrichtungsbezogenen Kriterien bzw. die Skalenmittelwerte der bewohnerbezogenen Kriterien aller zu den Qualitätsbereichen 1-4 zugehörigen Kriterien addiert und durch die Anzahl der zutreffenden Kriterien dividiert werden. Der errechnete Skalenmittelwert wird dann einer Note für das Gesamtergebnis zugeordnet.

---

[201] www.pflegenoten.de/Kriterien_Heime.gkv.net

[202] Dabei werden Skalenwerte von 10,0 bis 0 Noten von 1,0 bis 5,0 zugeordnet.

Für die ambulante Pflege gelten grundsätzlich die gleichen Verfahrensbeschreibungen wie für die stationäre Pflege; es sind jedoch einige Besonderheiten zu beachten. Bei den Transparenzkriterien wird zwischen einrichtungsbezogenen und kundenbezogenen Kriterien unterschieden. Die Kriterien sind vier Qualitätsbereichen zugeordnet:

- Pflegerische Leistungen (17 Kriterien)
- Ärztlich verordnete pflegerische Leistungen (10 Kriterien)
- Dienstleistung und Organisation (10 Kriterien)
- Befragung der Kunden (12 Kriterien)

Die Bewertung der Pflegedienste erfolgt anhand von 49 Einzelkriterien. In die Berechnung der Gesamtnote fließen nur die Kriterien der ersten drei Qualitätsbereiche ein.

Landesdurchschnittsnoten

Der Landesvergleichswert wird dann berechnet, wenn mindestens 20% der Heime bzw. der Pflegedienste in einem Bundesland geprüft worden sind. Er wird für die ambulante und die stationäre Pflege gesondert berechnet.

Die Landesdurchschnittsnoten werden durch die Daten-Clearing-Stelle (DCS), einer von den Bundesverbänden der Pflegekassen beim Verband der Ersatzkassen (VdEk) eingerichteten Institution, ermittelt. Als Datenbank und -sammelstelle bildet sie das EDV-technische Hilfsmittel bei der Abstimmung der Transparenzberichte auf Landesebene zwischen Pflegekassen, MDK und Pflegeeinrichtungen und übermittelt die abschließenden Berichte an die Veröffentlichungsplattform der Pflegekassen.

Der Landesdurchschnittswert wird monatlich berechnet und im Transparenzbericht jeder Einrichtung aktualisiert. Seit Dezember 2009 veröffentlichen die Landesverbände der Pflegekassen die sog. Pflegenoten im Internet[203].

Veröffentlichung der Ergebnisse der Qualitätsprüfungen

Die Veröffentlichung der Ergebnisse aus den Qualitätsprüfungen erfolgt auf zwei Darstellungsebenen. In der ersten Ebene werden das Gesamtergebnis sowie die

[203] Positionen der Verbände der Pflegekassen auf Bundesebene zur Evaluation und Weiterentwicklung der Pflege-Transparenzvereinbarungen (ambulant/stationär)- sog. Pflegenoten, Stand 1.4.2010

Ergebnisse aus fünf Qualitätsbereichen für den stationären Bereich abgebildet. Auf der zweiten Ebene werden die Ergebnisse von 82 Einzelkriterien aufgeschlüsselt und bewertet[204].

Die erste Darstellungsebene gibt einen Überblick über die Adressdaten der Einrichtung, die Ergebnisse in den verschiedenen Qualitätsbereichen, das Gesamtergebnis und weitere Informationen.

Nach den gesetzlichen Regelungen des Sozialgesetzbuches XI müssen die Landesverbände der Pflegekassen die Veröffentlichung der Ergebnisse der Qualitätsprüfungen in der Pflege sicherstellen. Der GKV-Spitzenverband stellt unter der Internetadresse einen Wegweiser zu den Veröffentlichungsplattformen der Landesverbände der Pflegekassen zur Verfügung[205].

Die Verbraucherzentrale empfiehlt in seiner Broschüre[206], dass Betroffene sich anhand eigener Kriterien einen persönlichen Eindruck von den Einrichtungen verschaffen sollten und die Ergebnisse der Qualitätsprüfungen ihnen allenfalls eine erste Orientierung bieten können.

Die Ergebnisse der Transparenzberichte erscheinen auf folgenden Internet-Seiten:

www.aok-gesundheitsnavi.de (AOK)

www.bkk-pflegefinder.de (BKK)

www.der-pflegekompass.de (Knappschaft, LKK, IKK)

www.pflegelotse.de (vdek - Verband der Ersatzkassen)

Ergebnisse der Transparenzberichte

Bundesweit wurden bislang mit Stand 01.11.2010 13.781 Pflegeberichte erstellt, davon 11.525 (83,6%) veröffentlicht und 28 weitere zur Veröffentlichung freigegeben[207]. Die Anzahl der geprüften ambulanten Dienste betrug 5.330 und die der stationären Einrichtungen 6.223.

Die bundesweiten Noten für ambulante Pflegedienste betrugen für die Bereiche „pflegerische Leistungen“ **2,6**, „ärztlich verordnete pflegerische Leistungen“ **1,9**,

204 Verbraucherzentrale, Noten für Pflegeheime, Gebrauchsanweisung für den Umgang mit Qualitätsberichten, November 2009, S.2

205 www.pflegenoten.de/Veroeffentlichungen_Uebersicht.gkvnet

206 Verbraucherzentrale, Noten für Pflegeheime, Gebrauchsanweisung für den Umgang mit Qualitätsberichten, November 2009, S.15

207 Datenbestand Transparenzberichte in der DatenClearingStelle, Stand 1.11.2010

„Dienstleistung und Organisation“ **1,6** und im **Gesamtergebnis 2,1**. Die Befragung der Kunden ergab eine Note von 1,0.
Die bundesweiten Noten für stationäre Einrichtungen lagen in den Bereichen „Pflege und medizinische Versorgung“ bei **2,0**, „Umgang mit demenzkranken Bewohnern“ bei **1,9**, „Soziale Betreuung und Alltagsgestaltung“ bei **1,7** und „Wohnen, Verpflegung, Hauswirtschaft, Hygiene“ bei **1,2**. Das Gesamtergebnis für stationäre Einrichtungen brachte eine Note von **1,7**. Die Befragung der Bewohner ergab eine Note von 1,2.

In **Niedersachsen** wurden von 01.08.2009 bis 01.11.2010 592 ambulante und 666 stationäre Pflegeeinrichtungen geprüft und veröffentlicht. Die Einrichtungen können sich innerhalb von 28 Tagen zu den Ergebnissen der Begutachtung äußern, bevor die Transparenzberichte veröffentlicht werden.
Danach wurden für ambulante Pflegedienste Durchschnittsnoten in den Bereichen „pflegerische Leistungen“ von **2,6**, „ärztlich verordnete pflegerische Leistungen“ von **1,8** und „Dienstleistung und Organisation“ von **1,8** vergeben. Im Gesamtergebnis lag die niedersächsische mit **2,0** etwas niedriger als die bundesweite Note für den ambulanten Bereich.
Die stationären Einrichtungen lagen im Gesamtergebnis mit **2,0** über der bundesweiten Note von 1,7. Aufgeschlüsselt nach den Versorgungsbereichen lag „Pflege und medizinische Versorgung“ bei **2,3**, „Umgang mit demenzkranken Bewohnern“ bei **2,1**, „Soziale Betreuung und Alltagsgestaltung“ bei **2,1** und „Wohnen, Verpflegung, Hauswirtschaft und Hygiene“ bei **1,2**.

Tab. (73): Noten für ambulante Pflegedienste in Niedersachsen und bundesweit

Bereiche	Noten (Mittelwert)	Noten (bundesweit)
Pflegerische Leistungen	2,6	2,6
Ärztlich verordnete pflegerische Leistungen	1,8	1,9
Dienstleistung und Organisation	1,6	1,6
Gesamtergebnis	2,0	2,1
Befragung der Kunden	1,1	1,0

Quelle: DatenClearingStelle, Abteilung Gesundheit, Verband der Ersatzkassen e.V.

Tab. (74): Noten für stationäre Pflegeeinrichtungen in Niedersachsen und bundesweit

Bereiche	Noten (Mittelwert)	Noten (bundesweit)
Pflege und medizinische Versorgung	2,3	2,0
Umgang mit demenzkranken Bewohnern	2,1	1,9
Soziale Betreuung und Alltagsgestaltung	1,9	1,7
Wohnen, Verpflegung, Hauswirtschaft, Hygiene	1,2	1,2
Gesamtergebnis	2,0	1,7
Befragung der Bewohnerinnen und Bewohner	1,2	1,2

Quelle: DatenClearingStelle, Abteilung Gesundheit, Verband der Ersatzkassen e.V.

Im **Vergleich der Bundesländer** untereinander gibt es für ambulante und stationäre Einrichtungen im jeweiligen Landesdurchschnitt große Unterschiede bei der Notenvergabe. Im ambulanten Bereich erreichte Baden-Württemberg bislang mit einer Gesamtnote von **1,2** die beste durchschnittliche Bewertung, Nordrhein-Westfalen-Lippe die schlechteste mit **2,6**. Im stationären Bereich lag wiederum Baden-Württemberg mit einer Pflegenote von **1,2** vorn, während bislang die schlechteste Durchschnittsnote von **2,2** für Rheinland-Pfalz ausgewiesen ist.

4.3 Bewertungen der Transparenzvereinbarungen und Ausblick

Mehr Transparenz hinsichtlich der Qualität der erbrachten Leistungen in ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen zu schaffen, war eine von vielen Seiten gewünschte und geforderte Entwicklung. Sie soll pflegebedürftigen Menschen und ihren Angehörigen bei der Wahl einer Pflegeeinrichtung helfen, eine Entscheidung auf der Grundlage objektiver Bewertungen treffen zu können.

Die Bundesverbände der Pflegekassen würdigen in ihrem Positionspapier vom 1.4.2010[208] die Einführung der Pflegenoten als einen bedeutenden Schritt in Richtung Transparenz der Pflegequalität. Sie sehen allerdings auch notwendigen Änderungsbedarf, der anhand der ersten Empfehlungen zu einer Modifizierung des Änderungsberichts des MDS/SEG 2[209] diskutiert werden sollte. Die Bundesverbände der Pflegekassen setzen sich laut Positionspapier dafür ein, dass spätestens Anfang

[208] Ebenda, S. 2

[209] Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V., Evaluation der Transparenzvereinbarungen, Abschlussbericht, Stand 16.02.2010

2011 mit einem überarbeiteten System gearbeitet werden kann, sofern bis Herbst 2010 die Gesamtergebnisse der Evaluation feststehen und daran anschließend Verhandlungen mit den Verbänden der Leistungserbringer erfolgen.

Von den Einrichtungen und Trägern von Pflegeeinrichtungen wurde die Konzeption der Qualitätsprüfungen von Anfang an zwiespältig aufgenommen: Einerseits wurde sie begrüßt, da sie geeignet sein könnte, dem negativen Image von Einrichtungen entgegenzutreten[210]. Andererseits wird sie als unangemessen und problematisch zurückgewiesen. Die Implementierung der neuen Qualitätsprüfungen und die Veröffentlichung der Prüfberichte waren von Beginn an von einer ganzen Reihe von gerichtlichen Auseinandersetzungen begleitet. Das Spektrum der Entscheidungen der Sozialgerichte zeigt eine hohe Varianz[211].

Die weitreichende Kritik an den Pflegenoten bezieht sich auf die MDK-Anleitung zur Prüfung der Qualität, da sie mit ihren Fragen nicht den allgemein anerkannten Stand der Medizin und Pflege widerspiegeln würde[212]. Darüberhinaus basiere der Prüfbericht des MDK ganz wesentlich auf der Analyse der Pflegedokumentation und nicht der Prozess- und Ergebnisqualität, was fachlich als problematisch gewertet wird. Das Kuratorium Deutsche Altershilfe (KDA) setzt sich in seiner Erklärung vom 13.7.2010[213] für die Beibehaltung des Bewertungssystems für ambulante Pflegedienste und stationäre Pflegeeinrichtungen durch Pflegenoten, jedoch auch für eine Weiterentwicklung der Pflege-Transparenzkriterien ein.
Zwischen den Vertragspartnern nach § 115 Abs. 1 a SGB XI war eine Evaluation der Transparenzvereinbarungen als Modellprojekt nach § 8 Abs. 3 SGB XI vereinbart worden. In 2009 wurden die Pflege-Transparenzvereinbarungen durch den GKV-Spitzenverband begleitend evaluiert. Der Berichtszeitraum für die stationäre Pflege war August und September 2009, der für die ambulante Pflege Oktober und November 2009. Der Abschlussbericht des MDS zur „Quantitativen und qualitativen Auswertung der Transparenzergebnisse der Medizinischen Dienste für die stationäre

---

210 Klie, Thomas, Verbraucherschutz in der Pflege? - Qualitätsprüfungen und Transparenzberichte gemäß § 115 SGB XI im Streit, in: Zeitschrift für Rechtsfragen in der stationären und ambulanten Pflege, 7/2010, S. 351 ff
211 Hoffer, Heike, Qualitätsberichte im Spiegel der Sozialgerichte: Qualitätstransparenz zwischen Verfassungsrecht und Pflegewirklichkeit, in: Zeitschrift für Rechtsfragen in der stationären und ambulanten Pflege, 5/2010, S. 236
212 Klie, Thomas, Verbraucherschutz in der Pflege? - Qualitätsprüfungen und Transparenzberichte gemäß § 115 SGB XI im Streit, in: Zeitschrift für Rechtsfragen in der stationären und ambulanten Pflege, 7/2010, S. 357
213 www.kda.de/news-detail/items/kda-warnt-vor-fehlentwicklungen-in-der-pflege.de

und ambulante Pflege“ liegt seit 16.02.2010 vor[214]. Aus den Ergebnissen der qualitativen und quantitativen Analyse werden im abschließenden Berichtsteil Empfehlungen abgeleitet, die gesondert für die stationäre und die ambulante Pflege zur kurzfristigen Änderung der Transparenzvereinbarungen zusätzliche Bewertungsregeln vorgeschlagen.

Die von den Vereinbarungspartnern der Pflegenoten beschlossene wissenschaftliche Evaluation[215] konnte im Juli 2010 mit einem Abschlussbericht beendet werden. Aus diesem Evaluationsbericht geht hervor, dass weder national noch international wissenschaftliche Erkenntnisse zu Transparenzsystemen vorliegen und es zu den Pflegenoten keine kurzfristig realisierbare Alternative, jedoch Überarbeitungsbedarf gibt. Er enthält Empfehlungen mit wesentlichen Hinweisen für die Anwendung sowie für die Weiterentwicklung der Vereinbarungen.

Der vom Bundesministerium für Gesundheit eingesetzte Beirat von Mitgliedern aus Wissenschaft, Verbraucherschutz, Bundes- und Landesministerien sowie dem Deutschen Pflegerat hat die Empfehlungen aus der wissenschaftlichen Evaluation aufgegriffen und rät den Vereinbarungspartnern diese schrittweise umzusetzen[216]. Kurzfristig soll beispielsweise sichergestellt werden, dass immer eine ausreichende Anzahl Pflegebedürftiger in die Prüfung eingezogen wird. Mittelfristig soll z.B. auf der Basis der zu erwartenden wissenschaftlichen Erkenntnisse die Bewohner- und Kundenzufriedenheit genauer abgebildet werden. In einem langfristigen Weiterentwicklungsprozess könnten spätere national und international übertragbare wissenschaftliche Grundlagen einbezogen werden. Bereits im Vorfeld hatten sich die Vereinbarungspartner darauf verständigt, die Empfehlungen aufzugreifen und schrittweise umzusetzen.

4.4 Qualität der häuslichen Pflege bei Pflegegeldbezug

§ 37 SGB XI eröffnet die Möglichkeit, bei festgestellter Pflegebedürftigkeit anstelle häuslicher Pflege durch zugelassene ambulante Pflegedienste oder stationärer Pflege in einer zugelassenen Pflegeeinrichtung ein Pflegegeld zu beanspruchen,

---

214 MDS, Abschlussbericht der Evaluation der Transparenzvereinbarungen, Stand: 16.02.2010

215 Die wissenschaftliche Evaluation wurde von der Hochschule für Angewandte Wissenschaften in Hamburg, Prof. Dr. Martina Hasseler und der Alice-Salomon-Hochschule Berlin, Prof. Dr. Karin Wolf-Ostermann, durchgeführt.

216 Gemeinsame Pressemitteilung des GKV-Spitzenverbandes, der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe, Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände und Vereinigung der Träger der Pflegeeinrichtungen, Berlin 21.07.2010

wenn der pflegebedürftige Mensch selbst in geeigneter Weise die erforderliche Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung sicher stellt.

Ende 2007 nahmen 44,8 % der insgesamt 242.196 Leistungsempfängerinnen und Leistungsempfänger in Niedersachsen ausschließlich Pflegegeld, weitere 13,4 % in Kombination mit einer Pflegesachleistung durch einen Pflegedienst (§ 38 SGB XI) in Anspruch[217].

Neben dem Pflegegeld haben Pflegebedürftige in der eigenen Häuslichkeit Anspruch auf Pflegehilfsmittel und technische Hilfen zur Erleichterung der Pflege oder zur Linderung der Beschwerden nach § 40 SGB XI. Diese Leistungsansprüche sind ebenfalls als Beitrag zur (Qualitäts-) Sicherung der häuslichen Pflege zu werten.

Während die professionelle ambulante und stationäre Pflege große öffentliche Aufmerksamkeit erlangt hat, sind die Pflege und die Qualität der Pflege von Pflegebedürftigen, die ausschließlich Pflegegeld in Anspruch nehmen, bisher kaum ein Thema für die Öffentlichkeit gewesen. Die häusliche Pflege durch Angehörige wird häufig als die ideale Form der Pflege angesehen. Das zeigt u.a. die Tatsache, dass über zwei Drittel aller Pflegebedürftigen zu Hause betreut werden.

Pflegebedürftige, die sich anstelle professioneller Pflege für die Inanspruchnahme der Geldleistung nach § 37 SGB XI entschieden haben, sind selbst für die Sicherstellung der Pflege und insofern auch deren Qualität verantwortlich. Anders als bei der häuslichen Pflege durch professionelle Pflegefachkräfte und andere Pflegekräfte der ambulanten Pflegedienste ist die Laienpflege nur in geringem Maße von pflegefachlichen, sondern weit mehr von lebensgeschichtlich gewachsenen Situationen und Anforderungen, von Motiven der helfenden Personen und eigenen Alltagskompetenzen geprägt. Anders als die professionelle Pflege entzieht sie sich darum auch in einem gewissen Maße - unbeachtlich der sich zudem dort stellenden Fragen eines rechtlich wie moralisch bedenklichen Eingriffs in die Privatsphäre - einem formellen Qualitätssicherungs- und Qualitätsprüfungsverfahren. In der Folge hiervon ist unter Umständen nicht auszuschließen, dass

217 siehe Abschnitt I.1.1

- der Gesundheitszustand der pflegebedürftigen Person nicht zutreffend beurteilt wird,
- die notwendigen Prophylaxen nicht erfolgen,
- der angemessene und erforderliche Pflegebedarf nicht zuverlässig eingeschätzt wird,
- die Kenntnisse über Pflegetechniken, Pflegehilfsmittel und unterstützende Hilfesysteme nicht vorhanden sind bzw. nicht zum Nutzen der Pflegebedürftigen eingesetzt werden können.

Pflegende Angehörige sind zudem auf die pflegerische Aufgabe selten vorbereitet. Die eigenen Belastungsgrenzen werden ggf. nicht zuletzt darum nicht erkannt. Der Mangel an eigener Distanz in der Pflegebeziehung führt nach Berichten aus der Praxis und wissenschaftlichen Studien nicht selten zu Überforderungen. Seelische Belastungen und gesundheitliche Probleme, die die Pflegesituation für alle Beteiligten erschweren bzw. unerträglich machen, sind die Folge.
Die Belastungsfaktoren und das Belastungserleben pflegender Angehöriger sind in einer Reihe von Studien ausführlich beschrieben worden. Es gibt Befunde, die zeigen, dass ein knappes Drittel der Pflegepersonen nicht nur einer, sondern gleichzeitig mehreren Personen Unterstützung gibt[218]. Dabei kommt der Tatsache, dass 60% der Hauptpflegepersonen bereits 55 Jahre und älter sind und die Wahrscheinlichkeit der eigenen Hilfs- oder Pflegebedürftigkeit in absehbarer Zeit nicht auszuschließen ist, besondere Bedeutung zu[219]. Pflegende Ehepartner sollen dabei einem höheren Ausmaß an Belastungen ausgesetzt sein, als Familienmitglieder in der intergenerativen Pflege, vor allem in Bezug auf depressive Störungen, Erschöpfungszustände und Gliederschmerzen[220].

Qualitätsfördernde Leistungen des SGB XI zur Sicherung häuslicher Pflege

Aus den o. a. Gründen sieht das SGB XI für die private häusliche Pflege eine Reihe von Möglichkeiten der professionellen Unterstützung vor, die helfen sollen, die

218 BMFSFJ, 4. Bericht zur Lage der älteren Generation, S. 198
219 Infratest Repräsentativerhebung 2002 „Möglichkeit und Grenzen selbständiger Lebensführung in Privathaushalten“ (MuG III), Berlin 2005
220 BMFSFJ, 4. Bericht zur Lage der älteren Generation, S. 198

Qualität der Pflege sicherzustellen und gleichzeitig dauerhafte Überforderung pflegender Angehöriger zu vermeiden.

So ermöglicht § 38 SGB XI die Kombination von Geld und Sachleistung (professionelle Pflege). Hiervon wird in zunehmendem Maß Gebrauch gemacht. Wenn häusliche Pflege vorübergehend wegen Verhinderung der Pflegeperson nicht gesichert ist, kann bis zu vier Wochen im Jahr eine Ersatzperson zu Lasten der Pflegeversicherung gestellt werden (§ 39 SGB XI). Die Ersatzpflege kann auch durch Pflegedienste oder durch stationäre Pflegeeinrichtungen erfolgen. Möglichkeiten für einen vorübergehenden Aufenthalt in einem Pflegeheim bieten auch die Leistungen der Kurzzeitpflege nach § 42 SGB XI.
Schließlich kann unterstützend eine Tages- oder Nachtpflegeeinrichtung in Anspruch genommen werden, wenn anders die häusliche Pflege nicht sichergestellt werden kann (§ 41 SGB XI). Weiterhin bieten die Pflegekassen oder durch sie beauftragte Personen oder Institutionen Hilfestellungen in Gestalt von Pflegekursen; diese sollen in Form von Einzelberatungen und -anleitungen (Pflegetrainings) auch in der Wohnung der Gepflegten stattfinden (§ 45 SGB XI).

Mit Einführung des Pflegeweiterentwicklungsgesetzes wurde eine Erweiterung von Angebotsarten bzw. eine Erhöhung bestehender Leistungsbeträge zur Entlastung von pflegenden Angehörigen vorgenommen.
Gemäß § 45c Abs. 3 Satz SGB XI sind auch die sog. niedrigschwelligen Betreuungsangebote Leistungen, durch die pflegende Angehörige entlastet und beratend unterstützt werden können. Gleiches gilt für § 45d SGB XI. Nach Abs. 1 haben Gruppen ehrenamtlich tätiger Personen das Ziel nicht nur die Betreuung der Pflegebedürftigen zu übernehmen, sondern auch deren Angehörige zu entlasten. Gemäß § 45d Abs. 1 Satz 2 SGB XI sollen Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen Personen mit erheblichem allgemeinen Betreuungsbedarf sowie deren Angehörigen unterstützen. Sie verfolgen das Ziel, die Lebenssituation von Pflegebedürftigen und Angehörigen zu verbessern.
Des Weiteren sind die Pflegeberatung nach § 7a SGB XI und Pflegestützpunkte nach § 92 c SGB XI seit 1.7.2008 hinzugekommene Angebote der Beratung und des Casemanagements, die u.a. dazu dienen, pflegende Angehörige zu informieren, zu

unterstützen und in ihrer pflegerischen Aufgabe kontinuierlich zu begleiten. Im Beratungsprozess sollen Pflegepersonen ebenfalls Möglichkeiten zur Kompetenzerweiterung, Entlastung und Selbstreflexion eröffnet werden.

Einfluss des MDK auf die Sicherstellung der häuslichen Pflege bei Pflegegeldbezug im Rahmen von Begutachtungen

Die Qualität häuslicher Pflege bei Pflegegeldbezug steht zwar nicht im Focus der Tätigkeit des MDK, dennoch bietet die Begutachtung der Pflegebedürftigkeit in der häuslichen Umgebung der die Leistungen nach dem SGB XI Beantragenden durch den MDK einen Einblick in die (potentielle) Versorgungssituation. Nach Auskunft des MDS bzgl. der Auswertung der Daten von 2009 (Pflegebericht 2009 wird z.Z. erarbeitet) stellt der MDK in unter 2,0 v. H der Erstanträge auf Gewährung von Pflegegeld fest, dass häusliche Pflege nicht sichergestellt ist.

Bei der Begutachtung der Pflegebedürftigkeit in der eigenen Häuslichkeit hat der MDK mit Einwilligung des Versicherten

- eine Untersuchung im Wohnbereich der/des Betroffenen vorzunehmen,
- die behandelnden Ärztinnen/Ärzte in die Begutachtung einzubeziehen und sich Kenntnisse über wichtige Vorerkrankungen sowie Art, Dauer und Umfang der Hilfebedürftigkeit zu verschaffen,
- pflegende Angehörige oder sonstige an der Pflege Beteiligte zu befragen und
- dazu Stellung zu nehmen, ob die häusliche Pflege in geeigneter Weise sichergestellt werden kann.

Darüber sind ggf. Maßnahmen zur Verbesserung der Versorgungsqualität zu empfehlen.

Beratungseinsatz nach § 37 Abs. 3 SGB XI

Pflegende Angehörige und ehrenamtlich Pflegende erhalten bei ihrer schwierigen Aufgabe zudem pflegefachliche Unterstützung in Form von Beratungen nach § 37 Abs. 3 SGB XI durch eine zugelassene ambulante Pflegeeinrichtung (Pflegedienst) eigener Wahl. Personen, bei denen eine erheblicher Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung nach § 45 a SGB XI festgestellt ist und die noch

nicht die Voraussetzungen der Pflegestufe I erfüllen, können halbjährlich einmal einen Beratungsbesuch in Anspruch nehmen. In diesem Fällen kann die Beratung auch durch die Landesverbände der Pflegekassen anerkannte Beratungsstellen wahrgenommen werden.
Diese Beratungen sollen der Sicherung der Qualität der häuslichen Pflege durch regelmäßige Hilfestellung und praktische pflegefachliche Unterstützung dienen. Aufgrund des regelmäßigen Zugangs zur häuslichen Pflegesituation haben professionelle Pflegekräfte auch die Möglichkeit, Erscheinungen der Überlastung bei pflegenden Angehörigen frühzeitig zu erkennen, Hilfen aufzuzeigen und anzubieten. Im Mittelpunkt der Beratungseinsätze steht ein Training im Umgang mit Hilfsmitteln, das Erlernen bestimmter Pflegetechniken oder einer den Rücken schonenden Arbeitsweise, das Aufzeigen von Entlastungsangeboten, die Beratung zum Umgang mit demenziell erkrankten Menschen, das Erörtern sozialrechtlicher Belange oder die Vermittlung weiterführender Hilfsangebote wie Wohnraum- oder Seniorenberatung.

Über die Verpflichtung nach § 37 SGB XI, eine Beratung in der eigenen Häuslichkeit durch eine zugelassene Pflegeeinrichtung abzurufen - bei Pflegestufe I und II einmal halbjährlich, bei Pflegestufe III einmal vierteljährlich (bei Berechtigten nach § 45 a SGB XI verdoppelt sich dieser Anspruch) - werden die Pflegebedürftigen mit Pflegegeldbezug bereits mit dem ersten Bewilligungsbescheid der Pflegekasse informiert. Eine Erinnerung erfolgt durch die Pflegekasse spätestens nach Versäumen des Zeitpunkts des Beratungsgesprächs.
Die Beratungsbesuche werden nach Aussage des Landesverbandes der AOK in Niedersachsen zu 100% abgerufen. Bei den zahlenmäßig wenigen Weigerungen, die Beratung durch einen Pflegedienst in Anspruch zu nehmen, klären die Kassen über die möglichen Folgen (Kürzung oder Entzug des Pflegegeldes) auf. Dies hat in der Regel die Abrufung der Beratung zur Folge.

Bei der Frage, ob die Pflege sichergestellt ist, hat sich die Beraterin / der Berater unter Berücksichtigung individueller und situativer Aspekte zu orientieren

- an der körperlichen, psychischen und kognitiven Verfassung der Pflegebedürftigen,
- an der Pflegestrategie,

- an der Situation der Pflegeperson (Belastung und Belastbarkeit),
- am sozialen Umfeld der konkreten Pflegesituation und
- an der Wohnsituation einschl. möglicher das Wohnumfeld verbessernder Maßnahmen.

Werden Defizite in der häuslichen Pflege festgestellt, sind diese zu begründen. Die weitestgehende Form eines Pflegemissstandes sind Misshandlung und Vernachlässigung der pflegebedürftigen Person. Nach Auskunft des Landesverbandes der AOK Niedersachsen ist selten ein Fall bekannt geworden, in dem die häusliche Pflege durch selbst beschaffte Pflegehilfen nicht sichergestellt war. In einigen Beratungsbesuchen wurden Anregungen zur Verbesserung der Pflegesituation gemacht, die sich insbesondere auf Pflegehilfsmittel bezogen.

Das Kriminologische Forschungsinstitut Niedersachsen (KFN) kommt in einer vom November 2005 bis Juni 2006 durchgeführten qualitativen Interviewstudie in den Regionen Berlin, Großraum Hannover und Göttingen sowie im ländlichen Südniedersachsen zu einem etwas anderen Ergebnis[221]. Danach sind in einem über Einzelfälle hinausgehenden Maß Fälle der Misshandlung und Vernachlässigung von Pflegebedürftigen im häuslichen Bereich anzunehmen.

Gewaltphänomene in der häuslichen Pflege können nach Ergebnissen dieses Berichtes nur zu einem Teil mit Überforderungs- und Belastungssituationen der familialen Pflegepersonen in Verbindung gebracht werden. In der Bewertung dieses Befundes wird in dem Forschungsbericht dargelegt, dass die bisweilen „nahezu reflexartig“ vorgebrachte Formel von der Überlastung, die problematisches Verhalten auslöse und der Entlastung, die man privat wie professionell Pflegenden deshalb anbieten und zuteil werden lassen müsse, eine mindestens stark verkürzende Antwort auf ein soziales Problem darstellt.
Zusammenfassend heißt es in dem Bericht[222], dass „Gewalt in der häuslichen Pflege“ ein in seinem Erscheinungsbild und seinen Entstehungsbedingungen vielgestaltiges und komplexes Phänomen ist, an dessen Genese Belastung und Überlastung Pflegender sicherlich einen Anteil haben, welches jedoch auch etwa im

221 Kriminologisches Forschungsinstitut Niedersachsen - Forschungsbericht Nr. 98, S. 79 ff
222 Kriminologisches Forschungsinstitut Niedersachsen - Forschungsbericht Nr. 98, S. 125

Hinblick auf Beziehungsdynamiken in der Pflege und darauf fußende Gefahren der Eskalation von Konfliktsituationen betrachtet werden muss.

Im Frühjahr 2005 hatte das KFN bereits eine Befragung bei nahezu allen in Hannover tätigen ambulanten Pflegediensten durchgeführt[223]. Im Ergebnis konnte auch hier eine beträchtliche Prävalenz selbstberichteten problematischen Verhaltens gegenüber Pflegebedürftigen festgestellt werden. Allerdings lagen die berichteten Verhaltensweisen primär im unteren Schwerebereich und konzentrierten sich auf die Bereiche der Vernachlässigung, verbaler Aggressionen sowie problematischer Formen der Freiheitseinschränkung. Letztere wurden offenbar primär auf Wunsch von Angehörigen und weniger aus eigener Initiative vorgenommen. Pflegekräfte sind nach dieser Studie jedoch häufiger Zeuge als selber Täter bei allen Viktimisierungsformen Pflegebedürftiger.
Die Befunde des KFN unterstreichen die Bedeutung der Präsenz von Pflegekräften als Informanten bzw. Zeugen von Misshandlungen und Vernachlässigung in der Versorgungssituation häuslich gepflegter Menschen.

Die Spitzenverbände der Pflegekassen haben für den Nachweis über einen Pflegeeinsatz nach § 37 Abs. 3 SGB XI, dem Gesetzesauftrag folgend, ein Standardformular vorgegeben, das Rückschlüsse zulässt,

- ob die Pflege gesichert ist
- ob die Pflege nicht sichergestellt ist, mit Angaben zur Qualität der tatsächlichen Pflegesituation
- welche Maßnahmen zur Verbesserung der Pflegesituation angeregt werden.

Eine Meldung ohne Dokumentation des Ergebnisses des Pflegeeinsatzes erfolgt, wenn der Pflegebedürftige den Feststellungen nicht zugestimmt hat. Die Mitteilungen der ambulanten Pflegedienste an die Pflegekassen sind die Grundlage für mögliche weitere Maßnahmen zur Sicherstellung der häuslichen Pflege bei Pflegegeldbezug.

223 Kriminologisches Forschungsinstitut Niedersachsen - Forschungsbericht Nr. 98, S. 78

Die Spitzenverbände der Pflegekassen und der Verband der privaten Krankenversicherung e.V. haben zudem, der gesetzlichen Vorgabe des § 37 Abs. 5 SGB XI entsprechend, gemeinsam mit den Vereinigungen der Träger auf Bundesebene unter Beteiligung des MDS Empfehlungen zur Qualitätssicherung der Beratungsbesuche erarbeitet[224]. Diese Qualitätsmaßstäbe stellen jedoch für die Beratungsbesuche derzeit noch keine verbindliche Handlungsgrundlage dar.

An den Beratungsbesuchen beteiligen sich fast alle ambulanten Pflegedienste. Grundsätzlich wird zwar moniert, dass die Vergütung für die zeitaufwendigen Beratungen zu gering ist. Gleichzeitig wird von den Pflegediensten nicht verkannt, dass der Beratungsbesuch eine Möglichkeit der Akquise künftiger Kunden darstellt, und als solcher einen zusätzlichen Wert für die Pflegeeinrichtung hat.

Für die Beratung werden ausschließlich Pflegefachkräfte, d. h. Altenpflegerinnen und -pfleger und Gesundheits- und Krankenpflegrinnen und -pfleger der ambulanten Pflegedienste entsprechend den gesetzlichen Anforderungen eingesetzt (§ 37 Abs. 4 SGB XI). Der Zeitaufwand für die Beratungsbesuche wird für die Pflegestufen I und II mit 30 bis 45 Minuten, bei der Pflegestufe III mit 45 bis 60 Minuten angegeben. Im Einzelfall - insbesondere beim Erstbesuch - kann der Zeitbedarf aber auch deutlich darüber hinaus gehen.

Bewertung

Die Pflegeeinsätze nach § 37 Abs. 3 SGB XI stellen eine wichtige Form systematischer „Qualitätsermittlung“ der pflegerischen Versorgung bei privat organisierter Pflege dar. Mit der Änderung und Ergänzung der Vorschrift des § 37 SGB XI im Zuge der Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetzes auf der Grundlage der Ergebnisse einer umfangreichen empirischen Untersuchung im Auftrage des MS (damals MFAS)[225]

[224] Empfehlungen nach § 37 Abs. 5 SGB XI zur Qualitätssicherung der Beratungsbesuche nach § 37 Abs. 3 SGB XI vom 21.11.2003

[225] IES GmbH (Hg.) (2001): Der Pflegeeinsatz nach § 37 Abs. 3 SGB XI als Instrument der Qualitätssicherung in der häuslichen Pflege bei selbst beschaffter Pflegehilfe, Hannover

- wurde die ursprüngliche Kontrollfunktion der Bestimmung mit der Folge von Leistungsentzug im Falle der Feststellung einer nicht gesicherten häuslichen Pflege mit Wirkung zum 01.01.2002 zugunsten des Beratungsauftrages abgeschafft (Paradigmenwechsel),
- wurden die Spitzenverbände der Pflegekassen zur Erarbeitung von Qualitätsmaßstäben für die Beratungsbesuche sowie von einheitlichen „Berichtsformularen“ für die Pflegedienste verpflichtet (s. o.),
- wurde die Möglichkeit der Inanspruchnahme einer doppelten Anzahl von Beratungen für Familien mit demenziell erkrankten Angehörigen eingeführt
- und wurde die Möglichkeit der Inanspruchnahme von Beratungen für Familien, deren zu betreuenden bzw. pflegenden Angehörigen unterhalb der Einstufung in eine Pflegestufe liegen, jedoch Anspruch auf Leistungen nach § 45 a SGB XI haben, eingeführt.

Vor dem Hintergrund der Forschungsergebnisse des KFN kann angenommen werden, dass die Empfehlungen nach § 37 Abs. 5 SGB XI zur Qualitätssicherung der Beratungsbesuche in dieser Form nicht ausreichend sind, um Formen von Vernachlässigung und Misshandlung aufzudecken und entsprechende Maßnahmen zu ergreifen und einer weiteren Überarbeitung bedürfen.

Zusätzlich zu den Beratungsbesuchen nach § 37 Abs. 3 SGB XI können seit 1.7.2008 auch Pflegeberatung nach § 7a SGB XI und die Beratung in einem Pflegestützpunkt nach § 92 c SGB XI in Anspruch genommen werden, sofern dieser in erreichbarer Nähe eingerichtet wurde.

Beratungsangebote nach § 45 SGB XI (Kurse für pflegende Angehörige und ehrenamtlich Pflegende)

Eine weitere Hilfe für pflegende Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen stellen die von den Pflegekassen nach § 45 SGB XI unentgeltlich angebotenen Schulungskurse dar (s. o.). Durch sie sollen pflegerische Fertigkeiten für eine eigenständige Durchführung der Pflege vermittelt, die pflegebedingte Belastung gemindert und das soziale Engagement im Bereich der Pflege gefördert und gestärkt werden.

Die AOK Niedersachsen hat beispielsweise eine Reihe themenspezifischer oder Einführungskurse angeboten, die z.T. gut nachgefragt wurden. Es konnten jedoch nicht alle angeboten Kurse aufgrund mangelnder Nachfrage durchgeführt werden.

Aus Untersuchungen über Pflegekurse liegen Erkenntnisse[226] darüber vor, unter welchen Bedingungen pflegende Angehörige Interesse an einer Teilnahme haben. Qualitätswünsche an Pflegekurse sind u.a. inhaltliche Aspekte und die Art der Vermittlung von Hilfestellungen sowie eine gegebene Praxisnähe[227].
Berichten aus der Praxis zufolge wird in zunehmendem Maß von den pflegenden Angehörigen von der Möglichkeit einer konkreten Beratung und Unterweisung in der Wohnung der oder des Gepflegten Gebrauch gemacht.

4.5 Arbeitsgemeinschaften nach § 20 Heimgesetz

Nach § 20 HeimG sind zum Schutz der Interessen und Bedürfnisse der Bewohnerinnen und Bewohner und zur Sicherung einer angemessenen Qualität des Wohnens und der Betreuung in den Heimen sowie zur Sicherung einer angemessenen Qualität der Überwachung Arbeitsgemeinschaften einzurichten. Vertreten in diesen Arbeitsgemeinschaften sind die örtlichen Heimaufsichtsbehörden, der Medizinische Dienst, die Pflegekassen, deren Landesverbände und der / die Sozialhilfeträger. Den Vorsitz und die Geschäfte der Arbeitsgemeinschaft führen die für die Durchführung des Heimgesetzes zuständigen Behörden. Das sind in Niedersachsen für alle Pflegeeinrichtungen nach dem SGB XI die Landkreise, kreisfreien und großen selbständigen Städte.
Ein Zusammenschluss mehrerer Kommunen zu einer Arbeitsgemeinschaft ist möglich und wird in Niedersachsen praktiziert. Die Arbeitsgemeinschaften sind verpflichtet, mit den Verbänden der Freien Wohlfahrtspflege, den kommunalen Trägern und den sonstigen Trägern von Pflegeeinrichtungen sowie deren Vereinigungen, den Verbänden der Bewohnerinnen und Bewohner und den Verbänden der Pflegeberufe sowie den Betreuungsbehörden vertrauensvoll zusammen zu arbeiten.

---

[226] Weidner, Frank, u.a. (2006)
[227] Gräßel, E., u.a. (2009), S. 291 ff

Gemäß § 117 SGB XI arbeiten die Landesverbände der Pflegekassen und der MDK mit der Heimaufsichtsbehörde bei der Zulassung und der Überprüfung von Pflegeheimen eng zusammen, um ihre wechselseitigen Aufgaben insbesondere durch

- gegenseitige Information und Beratung,
- Terminabsprachen für gemeinsame oder arbeitsteilige Überprüfung von Heimen oder
- Verständigung über die in Einzelfall notwendigen Maßnahmen

wirksam aufeinander abzustimmen.

Auch der Entwurf für ein Niedersächsisches Gesetz zum Schutz von Heimbewohnerinnen und Heimbewohnern (NHeimG) sieht vor, die bisher im Rahmen des Bundesheimgesetzes geregelte Zusammenarbeit, gegebenenfalls auf Basis von Vereinbarungen zwischen den Landesverbänden der gesetzlichen Pflegekassen Niedersachsen, den kommunalen Spitzenverbänden Niedersachsens sowie dem zuständigen Fachministerium, fortzusetzen. Derzeit gibt es in Niedersachsen 19 Arbeitsgemeinschaften.

4.6 Ausbildung und Weiterqualifizierung in den Pflegeberufen

Gute Pflege braucht gut ausgebildetes Pflegepersonal, das in der Lage ist, jeweils nach dem besonderen Pflege- und Betreuungsbedarf der Pflegebedürftigen die pflegerische Versorgung bedarfsgerecht, gleichmäßig und nach dem anerkannten Stand der medizinisch-pflegerischen Erkenntnisse entsprechend durchzuführen.

Altenpflegerinnen und Altenpfleger

Die Pflege nach SGB XI bezieht sich überwiegend auf alte Menschen. Altenpflegerinnen und Altenpfleger stellen daher in besonderer Weise geeignete Fachkräfte für die Leistungserbringung im Rahmen des SGB XI dar.

Die Ausbildung nach dem Altenpflegegesetz ist in Niedersachsen durch das Niedersächsische Schulgesetz (NSchG) erfasst. Daher wird der Bildungsgang an öffentlichen Berufsbildenden Schulen und an Schulen in freier Trägerschaft angeboten.

Schulen in freier Trägerschaft erhalten Finanzhilfe zur Deckung der Sach- und Personalkosten nach den schulrechtlichen Vorgaben. An öffentlichen Schulen werden Investitionskosten von den Schulträgern (Kommunen) getragen. Bei Schulen in freier Trägerschaft entfällt dieser Teil der Finanzierung, so dass diese Schulgeld in jeweils unterschiedlichem Umfang erheben.

Die Refinanzierungsverantwortung bezüglich der Ausbildungsvergütung liegt seither bei den Pflegeeinrichtungen, die mit den Auszubildenden den Ausbildungsvertrag abgeschlossen haben. Zurzeit übernehmen die Kostenträger pro Auszubildender/m nach Maßgabe einer Empfehlung der Pflegesatzkommission für stationäre Pflegeeinrichtungen einen Betrag von 7.300 € jährlich im Rahmen der Pflegevergütung. Ausbildende ambulanter Pflegeeinrichtungen können die anfallenden Aufwendungen für die Ausbildungsvergütung in Höhe von 80% in die Pflegevergütung einrechnen.

Altenpflegeschulen

Mit dem Gesetz über die Berufe in der Altenpflege (AltPflG) vom 25.08.2003 hat der Bund erstmals eine bundeseinheitliche Regelung für dieses Berufsbild vorgegeben. Die Verantwortung für die gesamte Ausbildung liegt ungeachtet der Tatsache, dass Schülerinnen und Schüler einen Ausbildungsvertrag mit einer Einrichtung vorlegen müssen, die eine Vergütung zu leisten hat, bei der Schule. Es handelt sich somit nicht um eine duale, sondern formal um eine vollschulische Ausbildung. Das Berufsbildungsgesetz (BBiG) findet ausdrücklich keine Anwendung. Gleichwohl hängt die Gesamtzahl der Schülerinnen und Schüler wesentlich auch von der Bereitschaft der Einrichtungen ab, Verträge für die praktische Ausbildung abzuschließen.

In der Altenpflegeausbildung, die überwiegend an Schulen in freier Trägerschaft angeboten wird, **waren die Schülerzahlen von 2005 bis 2009 um 133 leicht gestiegen.** Die Zahl der Altenpflegeschulen stieg in dem genannten Zeitraum von 80 auf 83. Das schulische Angebot an Ausbildungsplätzen lag bisher immer über der Zahl der abgeschlossenen Ausbildungsverträge. Die Zahl der Umschülerinnen und

-schüler an der Gesamtzahl der Auszubildenden war im Zeitraum von 2005 bis 2008 um 45% erheblich gesunken, stieg seitdem bis 2009 jedoch wieder um rd. 50%. Die **Zahl männlicher Auszubildender ist leicht gesunken**. Ihr Anteil an der Gesamtzahl betrug im Jahr 2005 21% und 2009 20%.

Tab. (75) Schülerinnen/ Schüler der Altenpflege /Altenpflegehilfe 2005 - 2009

Jahr	Schulen	Schüler	Schülerinnen	Gesamt	davon Umschüler
2005	80	1.049	3.875	4.924	909
2006	79	1.009	3.690	4.699	543
2007	79	1.002	3.547	4.549	452
2008	81	936	3676	4.612	409
2009	83	1.017	4.040	5.057	619

Quelle: MK Schulstatistik Altenpflege (zum Stichtag 15.11. j. J.)

Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und -pfleger, Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und -pfleger

In der Altenpflege werden auch Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und -pfleger, Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und -pfleger als Pflegefachkräfte eingesetzt. Die genannten Berufe werden den anderen Heilberufen nach Art. 74 Abs.1 Nr. 19 GG zugeordnet. Sie sind seit 1955 bundesgesetzlich in Ausbildung und Berufsanerkennung geregelt. Zurzeit gilt das Gesetz über die Berufe in der Krankenpflege vom 16.07.2003 (BGBl. I S. 1442), und die dazu ergangene Ausbildungs- und Prüfungsverordnung vom 10.11.2003 (BGBl. I S. 2263).

Die dreijährigen Bildungsgänge in der Kranken- und Kinderkrankenpflege werden ausschließlich an Schulen in freier Trägerschaft, die mit Krankenhäusern verbunden sind, durchgeführt. Die Finanzierung dieser Schulen erfolgt nur nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) über die Pflegesätze der Krankenhäuser.

Neben dem Bundesrecht gelten Erlasse des MK zu den **Mindestanforderungen an diese Schulen** (vom 13.4.2010) **sowie zur Praxisanleitung** (20.04.2005). Letzterer gilt für die Bildungsgänge in der Alten-, Gesundheits- und Krankenpflege- und Gesundheits- und Kinderkrankenpflege, da die Ausbildung in Teilen in den gleichen Einrichtungen erfolgt.

Die Zahl der Schulen der Gesundheits- und Krankenpflege ist von 2005 bis 2009 um acht zurückgegangen. Die Zahl der Schülerinnen und Schüler ist im gleichen Zeitraum um 393 gestiegen. Der Anteil männlicher Auszubildenden an der Gesamtzahl ist in diesem Zeitraum ähnlich wie in der Altenpflegeausbildung von 18% auf 17% leicht gesunken.

Die Zahl der Schulen für Kinderkrankenpflege ist von 20 im Jahr 2005 auf 14 in Jahr 2009 gesunken. Auch die Zahl der Schülerinnen und Schüler ist in dem Zeitraum um 238 (36%) gesunken.

Entwicklung der Zahl der Schülerinnen und Schüler in der Krankenpflege und in der Kinderkrankenpflege in Niedersachsen von 2005 bis 2009

Tab. (76) Schülerinnen/ Schüler der Gesundheits- und Krankenpflege 2005 - 2009

Jahr	Schulen	Schüler	Schülerinnen	Gesamt
2005	92	1.059	4.786	5.845
2006	92	1.117	4.982	6.099
2007	87	1.074	5.139	6.213
2008	84	1.086	5.117	6.203
2009	85	1.081	5.157	6.238

Quelle: LSKN Schulstatistik

Tab. (77) Schülerinnen/ Schüler der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege 2005 - 2009

Jahr	Schulen	Schüler	Schülerinnen	Gesamt
2005	20	18	647	665
2006	18	14	460	474
2007	14	14	419	433
2008	14	14	423	437
2009	14	14	413	427

Quelle: LSKN Schulstatistik

Heilerziehungspflege

Bei der Heilerziehungspflege handelt es sich um einen vollschulischen Bildungsgang, der durch die Länder normiert wird. Grundlage ist die Rahmenvereinbarung der Kultusministerkonferenz (KMK) über Fachschulen vom 07.11. 2002. Die Ausbildung hat gleichwertige sozialpflegerische, erzieherische und (behinderten-)pflegerische

Schwerpunkte. Obwohl große Anteile der Ausbildung in Einrichtungen der Behindertenhilfe durchgeführt werden, liegt die Gesamt-Verantwortung auch hier bei der Schule. Der Bildungsgang wird mehrheitlich an Schulen in freier Trägerschaft angeboten.

Die Zahl der Schulen der Heilerziehungspflege ist um eine Schule auf 29 gestiegen. Die Anzahl der Schülerinnen und Schüler stieg im Zeitraum von 2005 bis 2009 um 277, davon ist die Zahl der Umschülerinnen und -schüler von 119 auf 15 erheblich gesunken. Der Anteil männlicher Auszubildender ist auch hier gesunken, von 30% im Jahr 2005 auf 26%.

Entwicklung der Zahl der Schülerinnen und Schüler der Heilerziehungspflege in Niedersachsen von 2005 bis 2009

Tab. (78) Schülerinnen/ Schüler der Heilerziehungspflege 2005 - 2009

Jahr	Schulen	Schüler	Schülerinnen	Gesamt	davon Umschüler
2005	28	596	1.373	1.969	119
2006	28	587	1.481	2.068	50
2007	29	577	1.554	2.131	32
2008	29	601	1.602	2.203	27
2009	29	593	1.653	2.246	15

Quelle: MK Schulstatistik

BFS "Pflegeassistenz"

Zum Schuljahr 2009/2010 wurde die Pflegeassistenz nach einem Schulversuch, der unter der Bezeichnung „Sozial- und Pflegehilfe" durchgeführt wurde, als eigenständiger Bildungsgang eingeführt. Diese Berufsfachschule hat den Hauptschulabschluss zur Eingangsvoraussetzung. Der zweijährige Bildungsgang ist auf eine generalistische Helfertätigkeit in der Pflege ausgerichtet. Das Curriculum berücksichtigt auf dem bisherigen Niveau der Helferberufe berufliche Handlungsfelder der Sozial-, Familien-, Heilerziehungs-, Alten- und Krankenpflege und führt sie zusammen.

In dieser BFS sind die einjährigen Helferausbildungen in der Altenpflege-, Gesundheits- und Krankenpflege und Heilerziehungshilfe aufgegangen. Ergänzend zum beruflichen Abschluss wird der Realschulabschluss erreicht, so dass der Weg in weiterführende Ausbildungen möglich ist. Eine Anrechnung auf die Dauer einer Ausbildung zur Pflegefachkraft nach dem Alten- oder Gesundheits- und Krankenpflegegesetz ist möglich.

2008 gab es 37 Berufsfachschulen mit diesem Bildungsgang, 2009 waren es bereits 77. Die Zahl der Schülerinnen und Schüler hat sich seitdem von 1.086 mehr als verdoppelt (2009: 2.668). 2009 betrug der Anteil an Männern 18,5%.

Tab. (79) Schülerinnen und Schüler der Pflegeassistenz Heilerziehungspflege 2008 - 2009

Jahr	Schulen	Schüler	Schülerinnen	Gesamt
2008	37	219	867	1.086
2009	77	495	2.173	2.668

Quelle: MK Schulstatistik

Umschulungen in der Alten-, Kranken- und Heilerziehungspflege

Ein größerer Anteil von Altenpflegerinnen und Altenpflegern wurde durch Umschulungsmaßnahmen der Arbeitsverwaltung nach § 434 d Abs. 1 des Sozialgesetzbuches III (SGB III) gewonnen. Da nach den bundesrechtlichen Gesetzen für die Berufe in der Alten- und Krankenpflege eine dreijährige Ausbildungszeit vorgeschrieben und eine Verkürzung grundsätzlich nicht möglich ist, fanden Umschulungen in der Alten- und Krankenpflege bislang dreijährig statt.

Ab 01.01.2006 werden Umschulungen in der Alten- und Krankenpflege damit nur dann finanziert, wenn die Kosten des dritten Ausbildungsjahres (Schule und Lebensunterhalt) außerhalb der Arbeitsverwaltung verlässlich getragen werden. Die Einrichtungsträger müssen sich zu Beginn der Altenpflegeausbildung einer Umschülerin / eines Umschülers bereit erklären, den Lebensunterhalt im dritten Ausbildungsjahr durch eine Ausbildungsvergütung zu sichern. Das Land übernimmt die Schulkosten im Rahmen der Finanzhilfe, wenn Umschulungen an Schulen in freier Trägerschaft stattfinden.

Das Konjunkturpaket II sah bei Eintritten in eine Weiterbildung in den Jahren 2009/2010 wieder die dreijährige Umschulungsförderung durch die Arbeitsverwaltung vor. Diese Regelung wurde jedoch nicht verlängert.
Ab dem Jahr 2011 übernimmt das Land Niedersachsen im Rahmen des „Pflegepakets“ die Weiterbildungskosten, die die Träger der praktischen Ausbildung nach § 17 Abs. 1a AltPflG i.V.m. § 79 Abs. 1 Nr. 1 bis 4 SGB III nunmehr tragen müssten und die Schulkosten im Rahmen der Finanzhilfe. Die Ausbildungsvergütung wird von den Einrichtungen getragen.

Nachwuchsgewinnung

Für die Pflege ist wegen des zunehmenden Bedarfs aufgrund der demographischen Entwicklung die Nachwuchsgewinnung von existenzieller Bedeutung. Die Ausbildungssituation der beiden maßgeblichen Pflegefachberufe verändert sich ständig und mangels verlässlicher Berechnungsgrundlagen kann der künftige Bedarf an Pflegefachkräften nicht valide vorausgeschätzt werden. Ein methodisches Problem ist bereits die Frage, ob die derzeitige Anzahl an Pflegefachkräften als ausreichend anzusehen ist. Es gibt sehr unterschiedliche Aussagen zur derzeitigen Personalausstattung der Pflege.

Nach einer Befragung der kommunalen Gebietskörperschaften im Mai bis August 2010 im Rahmen der Fortführung des Landespflegeberichtes gaben 11 Landkreise und kreisfreie Städte einen deutlichen oder sich abzeichnenden Mangel an Pflegekräften, insbesondere an Pflegefachkräften und Führungskräften an. Diese Zahl entspricht einem Anteil von 22% an allen kommunalen Gebietskörperschaften. Es kann davon ausgegangen werden, dass es regionale Unterschiede in Bezug auf die Einschätzung des Bedarfs an Pflegefachkräften gibt.

Die Auswirkungen dieser verschiedenen Entwicklungsstränge auf Angebot und Nachfrage von Fachkräften in der Pflege und die Personalversorgung wird von der Landesregierung gemeinsam mit den Verbänden der Einrichtungsträger und den Kostenträgern auf Landesebene im Landesarbeitskreis „Personalinitiative Pflege“ aufmerksam verfolgt werden müssen, so dass rechtzeitig Entwicklungs- und Steuerungsmaßnahmen eingeleitet werden können. Das Niedersächsische

Schulgesetz kennt keine Restriktionen für die Eröffnung von Bildungsgängen, wenn Bedarf oder Nachfrage bestehen.

Fortbildung und Weiterqualifizierung

Für die verantwortliche Pflegefachkraft wird nach § 71 SGB XI ausdrücklich - neben einer Berufserfahrung - der erfolgreiche Abschluss einer Weiterbildungsmaßnahme für leitende Funktionen mit einer Mindeststundenzahl von 460 Stunden gefordert.

Den aktuellen Anforderungen entsprechend wurde mit der Verordnung über die Weiterbildung in Gesundheitsfachberufen vom 18.03.2002 (Nds. GVBl. S. 86) auch Altenpflegerinnen und Altenpflegern der Zugang zur Weiterbildung zur staatlich anerkannten „Fachkraft für Leitungsaufgaben in der Pflege“ eröffnet. Diese Weiterbildung entspricht dem Rahmenkonzept für die Weiterbildung zur verantwortlichen Pflegefachkraft (Stand 30.8.1999), das von einer Arbeitsgruppe der Ständigen Konferenz der Weiterbildungsinstitute für Leitende und Lehrende Pflegepersonen entwickelt und beschlossen sowie von einer Arbeitsgruppe der Spitzenverbände der Pflegekassen und der zuständigen Referenten der Bundesländer überarbeitet wurde.

Die Weiterbildung zur Fachkraft für Leitungsaufgaben in der Pflege nach der o. g. Weiterbildungsverordnung des Landes sieht ein Verhältnis der Weiterbildungsinhalte von 50% (Managementkompetenz), 25% (psychosoziale und kommunikative Kompetenz) und 25% (pflegefachliche Kompetenz) vor.

Der große Bedarf und das Interesse an dieser Weiterbildung dokumentieren sich in der Anzahl der derzeit 19 staatlich anerkannten Weiterbildungsstätten für Fachkräfte für Leitungsaufgaben in der Pflege in Niedersachsen. Daneben bieten eine Vielzahl privater Bildungsträger Qualifizierungsmaßnahmen an.

In der Regel veranlassen die Träger der Pflegeeinrichtungen für die Erbringung ihrer besonders ausgerichteten pflegerischen Leistungen hausinterne berufsbegleitende Fortbildungen oder nutzen verbandsinterne oder berufsständische

Fortbildungsangebote. Die Aktualisierung des beruflichen Wissens durch Selbststudium und die genannten Fortbildungen ist der Regelfall.

Darüber hinaus werden verschiedene, zur speziellen Versorgung bestimmter Zielgruppen angelegte Weiterbildungen angeboten, die den Weiterbildungsabsolventinnen und -absolventen ein breites berufliches Spektrum und berufliches Fortkommen, ein wesentlicher Gesichtspunkt für Berufsmotivation und Berufszufriedenheit, eröffnen.

Pflegepaket

Aus den Mittel des Pflegepaketes fördert das Land Niedersachsen seit dem Schuljahr 2010/2011 alle Schülerinnen und Schüler an niedersächsischen Altenpflegeschulen in privater Trägerschaft mit einem Zuschuss zum zu leistenden Schulgeld in Höhe von 50 € pro Monat. Gleichzeitig erhält jede Pflegeeinrichtung in Niedersachsen einen Prämienbetrag für jeden zur Verfügung gestellten Ausbildungsplatz in der Altenpflege. Der monatliche Zuschuss beläuft sich dabei auf mindestens 50 €. Sofern die Einrichtung mehr Ausbildungsplätze anbietet als dies im Landesdurchschnitt der Fall ist oder für den ambulanten Pflegebereich ausgebildet wird, erhöht sich der monatliche Zuschuss auf 85 €[228].

4.7 Landesweite Personalinitiative Pflege

Als eine Untergruppe des Landespflegeausschusses wurde 2001 der Landesarbeitskreis Personalinitiative Pflege (LAK PIP) eingerichtet. Der Vorsitz wird derzeit von der Arbeitsgemeinschaft der Altenpflegeschulen in Niedersachsen wahrgenommen. Die Geschäftsführung ist beim MS angesiedelt. Es finden regelmäßig Tagungen statt, derzeitiger Schwerpunkt bilden Fragen der Personalgewinnung sowie Verbesserung des Berufsbildes.

228 Gemäß der Richtlinie über die Gewährung von Zuwendungen zur Förderung der Ausbildung in der Altenpflege, Nds. Ministerialblatt Nr. 25 vom 14.07.2010, S. 615

5. *Strukturentwicklung und Maßnahmenförderung im Vor- und Umfeld von Pflege*

Die Bedeutung von Maßnahmen zur Vorbeugung von Pflegebedürftigkeit und solchen im Umfeld von Pflege ist in den vergangenen Jahren zunehmend erkannt und in vielfältiger Weise durch die verschiedensten Akteure auf Ebene des Bundes, der Länder und in den Kommunen durch den Auf- und Ausbau professioneller und ehrenamtlicher Hilfestrukturen, die Förderung von Selbst- und Nachbarschaftshilfe-Strukturen sowie Einzelmaßnahmen und Programme zur Gesundheitsvorsorge und -förderung aufgegriffen worden. Im Schwerpunkt geht es dabei um die Vermeidung von Pflegebedürftigkeit durch die Verhinderung, Verzögerung oder Minderung altersbedingter Abbauprozesse („gesundes Altern"). Angesprochen sind dabei insbesondere

- gesunde Lebensweise/Vorbeugung von Krankheiten,
- Erhalt der mentalen Fähigkeiten durch geistige Betätigung (Bildung, Unterhaltung, Teilhabe),
- gesellschaftliches Engagement / Partizipation.

Maßnahmen im Umfeld von Pflege dienen im wesentlichen der Minderung der pflegebedingten Belastungen und der Vermeidung oder Verzögerung einer gesundheitlichen Verschlechterung durch Information, Beratung und konkreten Unterstützung der pflegebedürftigen Menschen und ihrer Angehörigen - überwiegend mit dem Ziel, die häusliche Pflege zu sichern.

Mit der fortschreitenden Alterung auch der niedersächsischen Bevölkerung und der damit aller Wahrscheinlichkeit nach zunehmenden Zahl an pflegebedürftigen Menschen[229] **erhalten Maßnahmen im Vor- und Umfeld von Pflege unter dem Aspekt der Lebensqualität der alten/pflegebedürftigen Menschen, dem Erhalt des privaten Pflegepotentials und nicht zuletzt (damit) der Finanzierbarkeit des Versorgungssystems besondere Bedeutung**. Um die Potenziale älterer Menschen zu stärken und zu nutzen, ihre Selbstständigkeit und Lebensqualität zu erhalten und fördern, ist das Landesprogramm „Leben und Wohnen im Alter - Förderung von

229 siehe Abschnitte II.1.3.1 und II.2.2.1

Seniorenservicebüros, Freiwilliges Jahr für Seniorinnen und Senioren, Seniorenbegleitung und Wohnberatung im Alter“ aufgelegt worden. Dazu gehören folgende vom Land geförderte Projekte:

5.1 Das Niedersachsenbüro „Neues Wohnen im Alter“

Das Niedersachsenbüro „Neues Wohnen im Alter“ soll dazu beitragen, dass älteren Menschen in den Kommunen und Landkreisen Niedersachsens ein bedarfsgerechtes Wohnangebot und ein qualifiziertes, breit gefächertes Beratungsangebot zu allen Fragen rund um das Wohnen im Alter zur Verfügung stehen. Neben der Beratung zur Wohnraumanpassung sollen Wohn- und Nachbarschaftsprojekte, die durch Selbsthilfe, Eigeninitiative und bürgerschaftliches Engagement entstehen, unterstützt werden.

Das Niedersachsenbüro hat folgende Aufgaben:

- Aufbau/Weiterentwicklung von Wohnberatungsangeboten vor Ort (nach Möglichkeit in den Seniorenservicebüros) zu allen Fragen rund um das Thema Wohnen im Alter,
- Beratung der Kommunen bei der Weiterentwicklung des Wohnbestands bzw. Wohnangebots,
- Förderung von gemeinschaftlichen Wohnprojekten und Nachbarschaften,
- Förderung von Selbsthilfepotentialen und bürgerschaftlichem Engagement.

Durch die zwei Träger (Forum Gemeinschaftliches Wohnen und Niedersächsische Fachstelle für Wohnberatung) wird den kommunalen Trägern ein umfangreiches Angebot gemacht, das vielfältig genutzt wird. Hierzu gehören:

- Information und fachliche Unterstützung zur bedarfsgerechten Weiterentwicklung vorhandener Wohnviertel,
- Aufbau/Weiterentwicklung von Wohnberatungsangeboten u. a. durch die Qualifikation von Wohnberaterinnen und Wohnberatern,
- Initiierung, Beratung und Begleitung von gemeinschaftlichen Wohnprojekten und Nachbarschaften, Aufbau eines Informationsnetzwerks,
- Aufbau eines Informationsnetzwerks,
- Informationsmaterialien und Arbeitshilfen.

(Für weitere Informationen zum Niedersachsenbüro s. http://www.neues-wohnen-nds.de.)

5.2 Die Landesagentur „Generationendialog Niedersachsen“

Die Landesagentur „Generationendialog Niedersachsen“ ist bei Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e. V. (LVG/AfS) angesiedelt. Aufgabe und Ziel der von ihr initiierten oder unterstützten Projekte ist es, die zunehmende Trennung und Kommunikationslosigkeit zwischen den Generationen mit generationsübergreifenden Ansätzen zum freiwilligen Engagement in Niedersachsen aufzubrechen und zur Generationenverständigung beizutragen. Zugleich sollen mit Kommunen und anderen Trägern freiwilliger Arbeit neue Modelle entwickelt werden, wie das freiwillige Engagement von Seniorinnen und Senioren besser gefördert und vor Ort vernetzt werden kann. Die Angebote der Landesagentur richten sich an Freiwillige sowie an Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aus Projekten, Vereinen, Verbänden, Kommunen und Unternehmen.
Weitere Aufgaben sind:

- Organisation des Niedersachsen-Forums „Alter und Zukunft“ (s.u.),
- landesweite Koordination und Unterstützung beim Aufbau sowie der Vernetzung und Evaluation der Seniorenservicebüros,
- Beratung der Seniorenservicebüros bei der Umsetzung der Qualifizierungsmaßnahme „DUO“,
- das Netzwerk moderne kommunale Seniorenpolitik Niedersachsen mit dem Aufbau eines Netzwerks seniorenpolitischer Konferenzen vor Ort,
- der „Dialog der Generationen“, ein Projekt, das in Kooperation mit dem Landesseniorenrat durchgeführt wird. In vier Veranstaltungen haben in 2010 Schülerinnen und Schüler mit Seniorinnen und Senioren diskutiert. Das Projekt soll fortgesetzt werden.

5.3 Das Niedersachsen-Forum „Alter und Zukunft“

Diese jährliche, jeweils eintägige Veranstaltung wird seit 18 Jahren vom MS in Kooperation mit einer niedersächsischen Kommune mit wechselnden

Schwerpunktthemen durchgeführt. Sie hat das Ziel, den Dialog mit und zwischen den älteren Mitbürgerinnen und Mitbürgern zu fördern. Die Veranstaltung erreicht bis zu 500 Teilnehmerinnen und Teilnehmer. Sie richtet sich sowohl an ältere Menschen der jeweiligen Region als auch an ein Fachpublikum aus ganz Niedersachsen. Neben einer fachlichen Diskussion werden auf einem „Markt der Möglichkeiten“ regionale und überregionale Initiativen, Organisationen und Einrichtungen präsentiert. Für die ausführenden Kommunen bietet das Landesforum eine ideale Möglichkeit der Selbstdarstellung. Darüber hinaus schaffen die Veranstaltungen gute Voraussetzungen für neue Vernetzungsaktivitäten. Sie bieten dadurch auch vor Ort eine Basis für nachhaltige Veränderungen und Strukturverbesserungen. Nachfolgend die Orte und Themen der bisherigen Foren:

Tab. (80) Themen des Niedersachsenforums „Alter und Zukunft“ 1992 - 2010

Jahr	Ort	Thema
1992	Hannover	Frauen im Alter
1993	Braunschweig	Der dritte Lebensabschnitt
1994	Bovenden	Lebensbedingungen älterer Menschen im ländlichen Raum
1995	Stade	Zusammenleben der Generationen
1996	Nordhorn	Wohnen im Alter
1997	Hameln	Gesundheit im Alter
1998	Norden	Alter(n) und Bewegung
1999	Wilhelmshaven	Alter und Gewalt
2000	Wolfsburg	Alter(n) und (neue) Medien
2001	Göttingen	Alter(n) und freiwilliges Engagement
2002	Oldenburg	Erst die Arbeit - und dann?
2003	Hannover	Senioren - aktiv in Europa
2004	Hildesheim	Ernährung und Wohlbefinden im Alter
2005	Bad Nenndorf	Seniorenwirtschaft - Interessen, Bedürfnisse, Produkte, Lebensqualität
2007	Celle	Neue Wohnformen o, Alter - im Dialog miteinander
2007	Lüneburg	Zukunftsmarkt 60 plus - Verbraucherschutz, Produkte und Konsum in der Gesellschaft des langen Lebens
2009	Osnabrück	Herausforderungen kommunaler Seniorenpolitik
2010	Delmenhorst	Das Lebensumfeld älterer Menschen mit Migrationshintergrund

Quelle: MS

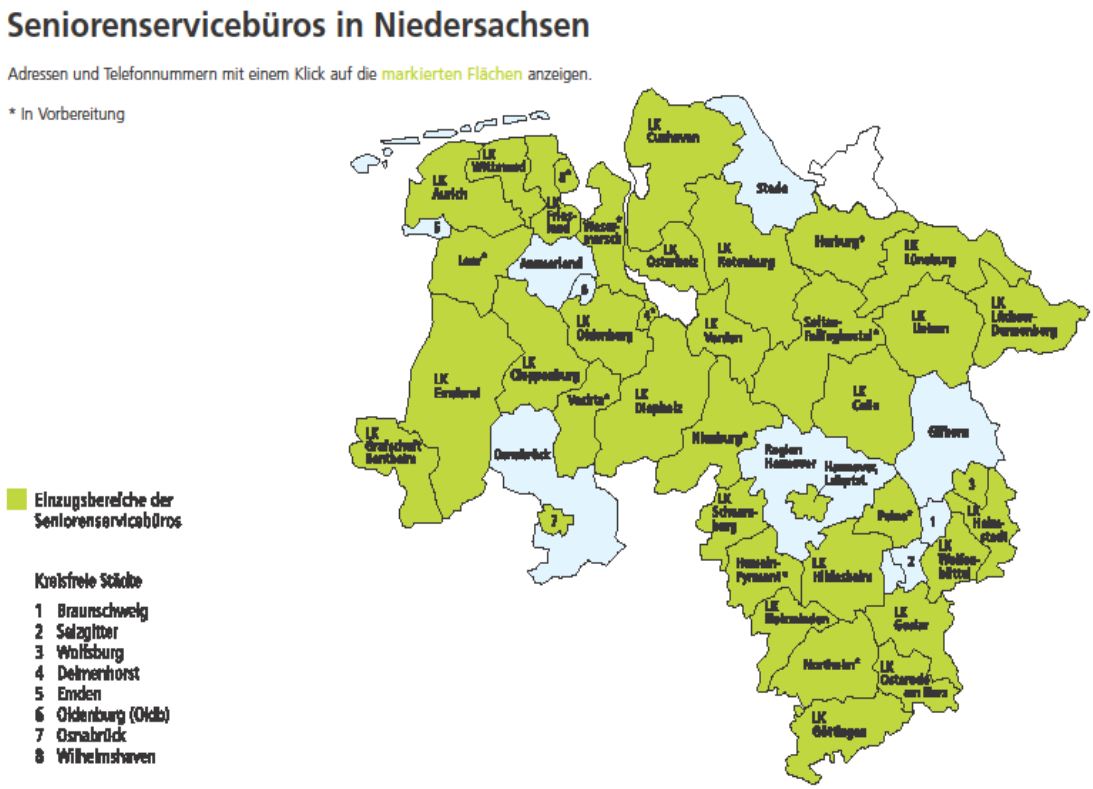
5.4 Die Seniorenservicebüros Niedersachsen

Niedersachsen fördert seit 2008 als erstes Flächenland den Aufbau von Seniorenservicebüros (SSB). Die SSBs werden mit jeweils bis zu 40.000 Euro jährlich für vier Jahre gefördert. Es ist geplant, bis 2011 flächendeckend pro Landkreis bzw. kreisfreie Stadt ein SSB einzurichten, insgesamt 48 Büros. Daraus ergibt sich ein Gesamtvolumen von 7,68 Mio. Euro für die SSBs und von 1,166 Mio. Euro[230] für die Qualifizierung von Seniorenbegleiterinnen und Seniorenbegleitern im Programm DUO[231] (2008-2014). Die Förderung des Landes richtet sich nach der

230 SSBs inkl. Duo hat ein Gesamtvolumen von 8,846 Mio. Euro
231 Es wurden bis Ende 2010 über 750 Ehrenamtliche als Seniorenbegleiterin und Seniorenbegleiter qualifiziert

„Richtlinie über die Gewährung von Zuwendungen zur Förderung von Seniorenservicebüros“ (Erl. d. MS v. 15.12.2008, Nds. MBl. Nr. 3/2009 S. 49). 2008 sind die ersten 16 Büros an den Start gegangen, 2009 und 2010 sind jeweils elf Seniorenservicebüros hinzugekommen, und für 2011 sind abschließende zehn weitere SSBs vorgesehen. Die Karte zeigt den Stand Ende 2010:

Abb. 36. Seniorenservicebüros in Niedersachsen



Quelle: MS

5.5 Bürgerschaftliches Engagement

Zur Bewältigung der absehbaren demografischen Entwicklungen bedarf es einer verstärkten Solidarität zwischen den Generationen im Rahmen bürgerschaftlichen und freiwilligen / ehrenamtlichen Engagements und von Selbst- und Nachbarschaftshilfe. Das Land trägt zur Entwicklung solcher Strukturen im Rahmen seiner Förderung des bürgerschaftlichen Engagements mit den Schwerpunkten

- Information, Beratung, Vernetzung,
- Förderung neuer Formen freiwilligen Engagements,

- Förderung des Dialogs der Generationen,
- Qualifizierung für ehrenamtliche Tätigkeit,
- Anerkennungskultur (z. B. Kompetenznachweis über ehrenamtliches Engagement, Versicherungsschutz der ehrenamtlich Tätigen (Unfall-, Haftpflichtversicherung)

schon langjährig bei[232]. Beispielhaft seien genannt:

Das Landesprogramm „ELFEN“

Das Landesprogramm „ELFEN“ (Engagement-Lotsen für Ehrenamtliche Niedersachsen) bietet unter Federführung der Freiwilligenakademie Niedersachsen (fan) in enger Abstimmung mit den Kommunen die Qualifizierung von jährlich 90 Multiplikatorinnen und Multiplikatoren - unabhängig vom Alter - an für die Initiierung, Beratung und Begleitung des bürgerschaftlichen Engagements auf der lokalen Ebene. Ende 2010 gibt es rd. 230 ausgebildete ELFEN, weitere sind in der Qualifizierung.

Die Freiwilligen-Agenturen

Viele der über 50 niedersächsischen Freiwilligenagenturen (davon knapp 40 vom Land gefördert) stellen auch im Bereich der Initiierung und Vernetzung von pflegenahen Hilfeangeboten auf der Ebene von ehrenamtlicher Tätigkeit wichtige Knotenpunkte und Anlaufstellen dar. Handlungsfelder sind hierbei u. a. die Unterstützung von Seniorinnen und Senioren sowie behinderten Menschen bei Angelegenheiten der alltäglichen Lebensführung, der Aufbau und die Organisation von Besuchsdiensten (für den häuslichen Bereich und für Heime) in Zusammenarbeit mit Pflegediensten und Pflegeheimen sowie Hospizdienste.

5.6 Das Selbsthilfebüro Niedersachsen

Das Selbsthilfebüro mit daran angeschlossenen 22 Selbsthilfe-Kontaktstellen stellt die landesweite Kontakt-, Beratungs- und Informationszentrale für alle örtlichen und

232 die nachfolgenden Ausführungen beziehen sich ausschließlich auf Maßnahmen, die landesseitig gefördert oder unterstützt wurden bzw. werden. Die Darstellung der Vielzahl der Maßnahmen anderer Maßnahmenträger oder Fördergeber (z. B. des Bundes im Rahmen von Modellprogrammen, der Krankenkassen auf Bundes-, Landes- und örtlicher Ebene, der Kommunen, von Verbänden, Vereinigungen oder Initiativen, Bildungsträgern etc.) wäre weder leistbar noch im Zusammenhang mit diesem Bericht gerechtfertigt.

regionalen Aktivitäten und Selbsthilfegruppierungen in Niedersachsen dar. Die Selbsthilfe-Kontaktstellen dienen denselben Aufgaben auf örtlicher Ebene und stellen Information und Vernetzung der örtlichen Akteure sicher.

5.7 Weitere Maßnahmen

Weitere Maßnahmen, die einen Beitrag zur Bewältigung von Problemen älterer Menschen darstellen und mit Landes- bzw. Bundesmittel gefördert werden, sind:

- Der Landesseniorenrat:

Der Landesseniorenrat als Vertretung von gegenwärtig 167 kommunalen niedersächsischen Seniorenräten, -beiräten und -vertretungen als Mitglieder wird vom Land Niedersachsen ebenfalls gefördert. Er trägt über diese Mitglieder in vielen Kommunen dazu bei, gute Lösungen und Ideen zu erarbeiten und zu verbreiten, die seniorenpolitische Arbeit zu vernetzen und die Arbeit der politischen Gremien auf kommunaler und Landesebene konstruktiv zu begleiten.

- Betreuungsvereine:

Betreuungsvereine leisten einen unverzichtbaren Beitrag bei der Umsetzung der staatlichen Rechtsfürsorge für volljährige Personen, die aufgrund einer psychischen Krankheit oder einer körperlichen, geistigen oder seelischen Behinderung ihre Angelegenheiten nicht bzw. nicht in vollem Umfang selbst besorgen können.
Gefördert werden die so genannten Querschnittsaufgaben (§§ 1908 f. BGB), vor allem die Gewinnung ehrenamtlicher Betreuerinnen und Betreuer, ihre Einführung in die Aufgaben, Fortbildung und Beratung sowie die Information über Vorsorgevollmachten und Betreuungsverfügungen. Entsprechend der besonderen Aufgabenstellung der Betreuungsvereine haben diese in den letzten vier Jahren nahezu 1.400 neue ehrenamtliche Betreuerinnen und Betreuer angeworben.

- Niedrigschwellige Betreuungsangebote

Die Förderung der niedrigschwelligen Betreuungsangebote zur Entlastung von Pflegepersonen, die demenziell erkrankte Personen zu Hause versorgen/pflegen/ betreuen, sowie von gerontopsychiatrischen Zentren sei an dieser Stelle ebenfalls noch einmal erwähnt. Im Übrigen wird hierzu auf die vorangehenden Ausführungen in Abschnitt **I.3.13** hingewiesen.

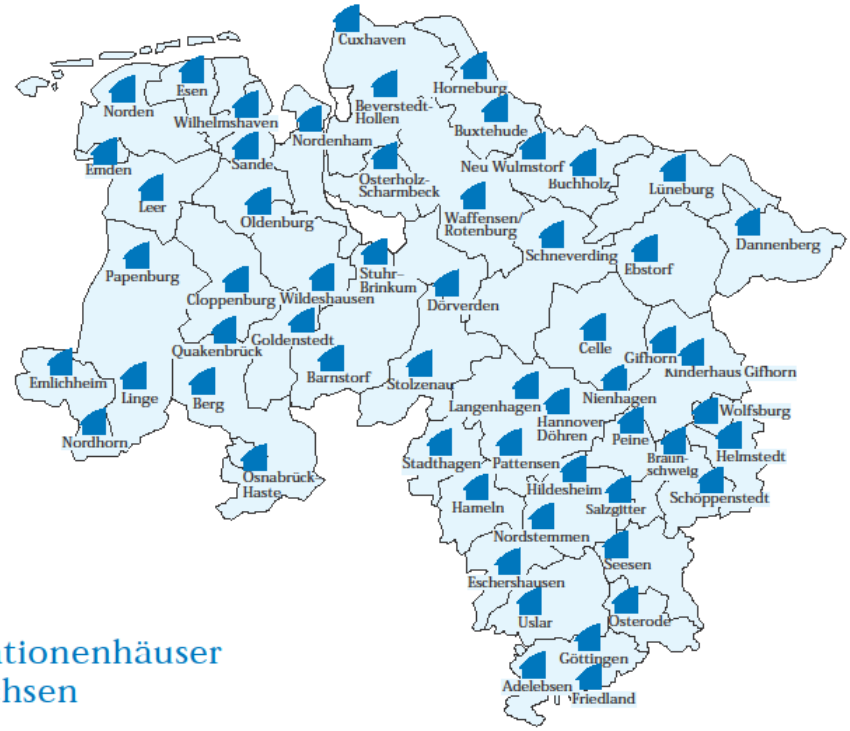
- <u>Mehrgenerationenhäuser</u>

Mehrgenerationenhäuser sind offene Tagestreffpunkte für Jung und Alt. Ziel ist es, die Begegnung und gegenseitige Unterstützung der Generationen untereinander zu fördern. Die Angebote richten sich nach den Bedürfnissen und der Eigeninitiative der Besucherinnen und Besucher. Freiwilliges Engagement, Hilfe zur Selbsthilfe und eine große Vielfalt an Aktivitäten prägen die Arbeit im Mehrgenerationenhaus. In diesem Rahmen gibt es in einzelnen Mehrgenerationenhäusern auch Beispiele der Integration von Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen.

<u>Angebotsbeispiele:</u>

- Bring- und Abholdienste für ältere Menschen
- Gemeinsames Frühstück, Mittagstisch und Café für alle Generationen
- Gymnastik-, Meditations- und Tanzgruppen
- Gedächtnistraining für Seniorinnen und Senioren
- Gesprächskreise für Angehörige von Demenzkranken.

Abb. 37. Mehrgenerationenhäuser in Niedersachsen



Quelle: MS

5.8 Zentrum für Bewegungsförderung im Norden

Im Rahmen des Nationalen Aktionsplanes - IN FORM Deutschlands Initiative für gesunde Ernährung und mehr Bewegung werden verschiedene Projekte gefördert[233]. Dazu gehören beispielsweise die Zentren für Bewegungsförderung, die vom Bundesministerium für Gesundheit in den Bundesländern unterstützt werden. Das Zentrum für Bewegungsförderung Nord ist ein Kooperationsprojekt der Bundesländer Bremen, Hamburg, Niedersachsen und Schleswig-Holstein mit einzelnen Teilprojekten bei den Landesvereinigungen für Gesundheit der einzelnen Länder und wird von der Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e.V. koordiniert. Die Zentren dienen als Anlaufstelle für das Thema Bewegungsförderung im Alter, insbesondere für die Zielgruppe 60+ und haben die Aufgabe, Transparenz zu schaffen über bereits vorhandene Angebote und diese stärker zu vernetzen, aber auch neue Akteurinnen und Akteure zu gewinnen, Beispiele guter Praxis bekannt zu machen und neue Aktivitäten zu initiieren[234]. Dabei gilt es insbesondere Bewegung und gesundheitsfördernde Aktivität im Alltag umzusetzen, wobei es um die Verknüpfung von verhaltens- und verhältnisorientierten Ansätzen zur Bewegungsförderung geht. Ziel ist es, sowohl ältere Menschen zu mehr Bewegung in ihrem Alltag zu motivieren als auch die entsprechenden Rahmenbedingungen und Bewegungsanreize zu schaffen. Dies umfasst beispielweise die bewegungsfördernde Gestaltung von öffentlichen Plätzen mit geeigneten Wegen und Sitzmöglichkeiten für mobilitätseingeschränkte Personen, aber auch zielgruppenorientierte Sport- und Bewegungsangebote für ältere Menschen z. B Warmbadezeiten in Schwimmbädern oder Angebote der Sitzgymnastik.

Als gesundheitsfördernde körperliche Aktivität werden in der Public-Health-Forschung sowohl freizeitbezogene Aktivitäten, denen auch der Sport zugerechnet wird, als auch alltägliche körperliche Aktivitäten der Berufs- oder Hausarbeit und der Fortbewegung umfasst. Die Auswirkungen von körperlicher Aktivität auf die Gesundheit sind für eine Vielzahl von Erkrankungen, wie z. B. Herz-Kreislauferkrankungen, Erkrankungen des Bewegungsapparates, Diabetes sowie das Risiko altersbedingter Stürze, aber auch zur Erhaltung und Steigerung der

233 www.in-fom.de
234 www.bewegung-im-norden.de

Kompetenz zur Alltagsbewältigung im Alter in unterschiedlicher Stärke nachgewiesen[235].

Eine besondere Relevanz hat das Thema Bewegungsförderung auch in Zusammenhang mit dem Erhalt der Selbständigkeit und Vermeidung bzw. Verzögerung des Eintretens von Pflegebedürftigkeit. Bewegung und körperliche Aktivität haben einen erheblichen Einfluss auf die Gesundheit und das Wohlbefinden sowie Selbstbestimmung und die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben. Bei der Zielgruppe 60 + handelt es sich um eine heterogene Gruppe von noch aktiven und gesundheitlich nicht oder kaum eingeschränkten Menschen bis hin zu Hochaltrigen mit Pflegebedarf. Dementsprechend befasst sich das Zentrum für Bewegungsförderung Niedersachsen auch mit der Frage, wie Bewegungsförderung im (Pflege-)Alltag umgesetzt werden kann.
Zu den Aufgaben des Zentrums gehören die Durchführung von Fachtagungen und Workshops, Beratung und Öffentlichkeitsarbeit. In Wilhelmshaven wurde beispielsweise eine Ideenwerkstatt zum Thema durchgeführt aus der u. a. Stadtteilspaziergänge entstanden sind. Im Rahmen einer Kampagne zur Bewegungsförderung wurde weiterhin eine Wanderausstellung entwickelt, die beim Zentrum für Bewegungsförderung ausgeliehen werden kann.

235 Rütten, A./ Abu-Omar, K./ Lampert, T. / Ziese, T. (2005): Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Heft 26. Körperliche Aktivität. Berlin: Robert-Koch-Institut

II. Entwicklung des Pflegebedarfs

1. Zahl der pflegebedürftigen Menschen aufgrund der demographischen Entwicklung (Status-quo-Prognose)

1.1 Datengrundlagen und Annahmen zur Entwicklung der Pflegebedürftigkeit

Die nachfolgenden Ausführungen über die voraussichtliche zahlenmäßige Entwicklung der pflegebedürftigen Menschen in Niedersachsen beruhen auf folgenden Grundlagen:

1. ***regionale Bevölkerungsvorausberechnung*** des Landesamt für Statistik und Kommunikationstechnologie Landesamtes Niedersachsen (LSKN) bis Ende 2030,
2. ***12. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung*** des Statistischen Bundesamtes der Bevölkerung Deutschlands bis 2060,
3. ***alters- und geschlechtsspezifische und regionale Pflegequoten gem. Pflegestatistik 2007*** zur Vorausberechnung der Zahl der pflegebedürftigen Personen auf der Grundlage der Vorausberechnungen zu 1. und 2. (status-quo-Prognose).

Vorbemerkung

Zu den nachfolgend näher erläuterten Annahmen der Bevölkerungsvorausberechnungen ist vorab festzuhalten:

Die Bevölkerungsvorausberechnungen des LSKN und des Statistischen Bundesamtes gehen von den gleichen Annahmen zur voraussichtlichen Altersentwicklung der Bevölkerung aus, mit Ausnahme ihrer jeweiligen Annahmen zur Wanderungsbewegung in Niedersachsen. Dies führt zu Unterschieden bei der voraussichtlichen Zahl der pflegebedürftigen Personen angesichts der überdurchschnittlichen Pflege-Prävalenz bei den höheren und hohen Lebensaltern. Dies gilt es bei den in 1.3 dargestellten Ergebnissen der Vorausberechnung der Zahl der pflegebedürftigen Personen zu beachten.

Beide Vorausschätzungsgrundlagen fanden aus folgenden Gründen Anwendung im Landespflegebericht:

- Die Rechtsgrundlage des § 2 NPflegeG fordert eine räumliche Gliederung des Landespflegeberichtes grundsätzlich auch für die Aussagen zur voraussichtlichen Entwicklung (Ergebnis siehe nachfolgenden Abschnitt

2.3.2). Räumlich gegliederte Bevölkerungsvorausberechnungen für Niedersachsen liegen nur aus der Vorausberechnung des Statistischen Landesamtes vor.

- Die Bevölkerungsvorausberechnung des Statistischen Bundesamtes umfasst einen erheblich weiteren Prognosezeitraum (bis 2060).
- Die Bevölkerungsvorausberechnung des Statistischen Bundesamtes umfasst unterschiedliche Annahmen zur voraussichtlichen Altersentwicklung der Bevölkerung; diejenige des Statistischen Landesamtes geht von einer unveränderten Fortschreibung der durchschnittlich für die Jahre 2006-2008 gemessenen Geburten- und Sterbeziffern aus (status-quo-Prognose).
- Die der 12. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung des Statistischen Bundesamtes zugrunde liegenden Annahmen gelten für alle Bundesländer gleichermaßen.

Zu 1. Regionale Bevölkerungsvorausberechnung des Statistischen Landesamtes bis 2030

Die regionale Bevölkerungsvorausberechnung des Statistischen Landesamtes umfasst den Zeitraum 31.12.2008 bis 31.12.2030. Die Berechnungsbasis bildet die niedersächsische Bevölkerung mit Stand vom 31.12.2008. Die räumliche Gliederung bezieht sich auf die Landkreise, kreisfreien Städte und großen Städte (mit rd. 50.000 und mehr Einwohnerinnen und Einwohnern).

Für die Altersentwicklung werden die durchschnittlich für die Jahre 2006 bis 2008 hochgerechneten Geburten- und Sterbeziffern der vorgenannten kommunalen Gebietskörperschaften in Verbindung mit den Annahmen der 12. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder zu Grunde gelegt.
Die Annahme über die Wanderungen entspricht der ersten Variante (W1) der 12. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung des statistischen Bundesamtes für Niedersachsen. Die tatsächliche Entwicklung ist für den gesamten Vorausschätzungszeitraum an die Wanderungsannahmen der 12. koordinierten Bevölkerungsvorausschätzung angepasst und ohne weitere Veränderung für jede Einheit berechnet worden.

Zu 2. 12. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung der Bevölkerung Deutschlands bis 2060[236]

Für die 12. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung der Bevölkerung Deutschlands bis 2060, die zwischen den Statistischen Ämtern von Bund und Ländern koordiniert wurde, ist nach Angaben des Statistischen Bundesamtes von folgender Datenbasis und folgenden Annahmen zur Entwicklung ausgegangen worden:

- Bevölkerung nach Alter und Geschlecht am 31.12.2008
- Die Geburtenhäufigkeit bleibt insgesamt auf einem niedrigen Niveau. Vor diesem Hintergrund werden dazu drei Optionen angenommen.
- Die Lebenserwartung wird weiter steigen. Es wird von zwei unterschiedlichen Annahmen ausgegangen.
- Die Zahl der Sterbefälle wird - trotz steigender Lebenserwartung - zunehmen.

Zum zukünftigen Wanderungssaldo werden **zwei Annahmen** getroffen.

Annahmen zur Entwicklung der Geburtenhäufigkeit

Die **Hauptannahme** geht von der Fortsetzung der wichtigsten langfristigen Trends bis 2020 aus: Die zusammengefasste Geburtenziffer bleibt auf dem Niveau von 1,4 Kindern je Frau bei einem gleichzeitigen Anstieg des durchschnittlichen Gebäralters um circa 1,6 Jahren. Im Zeitraum 2021 bis 2060 werden die Geburtenverhältnisse dann als konstant angenommen. Die Hautannahme liegt der Berechnung für Niedersachsen in der Variante 1 zugrunde.

Die **zweite Annahme** setzt eine allmähliche Zunahme der Geburtenhäufigkeit auf 1,6 Kinder je Frau bis 2025 voraus, wobei das durchschnittliche Alter bei Geburt um ca. 1,1 Jahre zunimmt. Im Zeitraum von 2026 bis 2060 bleibt die Geburtenhäufigkeit konstant.

236 Bei der nachfolgenden Darstellung handelt es sich aus Gründen der Berichtsgenauigkeit im Wesentlichen um die Wiedergabe einer Veröffentlichung des Statistischen Bundesamtes; „Bevölkerung Deutschlands bis zum Jahr 2050, Ergebnisse der 10. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung, Wiesbaden 2003, Seite 5ff.

Die **dritte Annahme** geht dagegen von einem allmählichen Rückgang der Geburtenhäufigkeit bis zu Jahr 2060 auf 1,2 Kinder je Frau aus, bei einer Zunahme des durchschnittlichen Gebäralters um rund 2,0 Jahre.

Annahmen zur Entwicklung der Lebenserwartung

Für die 12. koordinierte Vorausberechnung wurden zwei Annahmen zur Entwicklung der Lebenserwartung bis zum Jahr 2060 getroffen, wobei jedoch zukünftig mit einem gegenüber den letzten Jahren verlangsamten Anstieg gerechnet wird[237]. Beide Annahmen basieren auf dem kontinuierlichen Anstieg der Lebenserwartung, wobei zukünftig verstärkt die höheren Altersstufen den Anstieg der Lebenserwartung beeinflussen werden. In den niedrigen Altersstufen ist das Sterberisiko bereits sehr gering und es wird davon ausgegangen, dass eine Verbesserung der Verhältnisse sich nur noch relativ wenig auf die Entwicklung der Gesamtlebenserwartung auswirkt.

Für die Festlegung der Annahmen wurde das Sterberisiko für Männer und Frauen in den einzelnen Altersstufen untersucht und daraus jeweils ein langfristiger (seit 1871) und ein kurzfristiger Trend (seit 1970) abgeleitet.

Annahme L1:

Grundlage dieser Basisannahme bildet die Kombination aus der kurz- und der langfristigen Trendentwicklung.

In der Basisannahme L1 ergibt sich für **Männer eine durchschnittliche Lebenserwartung bei Geburt von 85 Jahren und für Frauen für 89,2 Jahren**. Das ist ein Zuwachs von 7,8 bzw. 6,8 Jahren im Vergleich zur Lebenserwartung in Deutschland 2006/2008. Die Differenz in der Lebenserwartung von Männern und Frauen verringert sich danach bis 2060 von 5,2 auf 4,2 Jahre[238]. Männer und Frauen könnten im Alter von 65 Jahren mit weiteren 22,3 bzw. 25,5 Lebensjahren rechnen und rund fünf Jahren mehr als 2006/2008.

Die Basisannahme L1 wird in der Berechnung für Niedersachsen zugrunde gelegt.

Annahme L2:

237 Statistisches Bundesamt, Bevölkerung Deutschlands bis 2060, 12. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung, 18. November 2009, S. 29

238 238 Statistisches Bundesamt, Bevölkerung Deutschlands bis 2060, 12. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung, 18. November 2009, S. 30

In der hohen Lebenserwartungsannahme L2 erreichen **Männer bei Geburt eine durchschnittliche Lebenserwartung von 87,7 Jahren und Frauen von 91,2 Jahren**. Das sind für Männer 10,6 Jahre und für Frauen 8,8 Jahre mehr als 2006/2008. Die Differenz in der Lebenserwartung zwischen Männern und Frauen sinkt von 5,2 auf 3,5 Jahre.

Voraussetzung für diese Annahme ist, dass sich die Verbesserung der medizinischen Versorgung und damit die Verminderung des Sterberisikos in den höheren Altersstufen ähnlich wie in den letzten 35 Jahren bis zum Jahr 2060 fortsetzen werden.

Übersicht der Annahmen zur zukünftigen Entwicklung der Lebenserwartung bis 2060

Tab. (81) Lebenserwartung bei Geburt

	Lebenserwartung bei Geburt			**Zuwachs gegenüber 2006/2008***	
				Deutschland	
	2006/2008	2060	2060	2060	2060
	Deutschland	Basisannahme L1	Annahme starker Anstieg L2	Annahme L1	Annahme L2
Männer	77,2	85,0	87,7	+7,8	+10,6
Frauen	82,4	89,2	91,2	+6,8	+8,8
Differenz	5,2	4,2	3,5	-1,0	-1,8

*Abweichungen durch Rundungsdifferenz möglich

Tab. (82) Lebenserwartung im Alter 65

	Lebenserwartung im Alter 65			Zuwachs gegenüber 2006/2008*	
				Deutschland	
	2006/2008	2060	2060	2060	2060
	Deutschland	Basisannahme L1	Annahme starker Anstieg L2	Annahme L1	Annahme L2
Männer	17,1	22,3	24,7	+5,2	+7,6
Frauen	20,4	25,5	27,4	+5,1	+7,0
Differenz	3,3	3,2	2,7	-0,1	-0,6

* Abweichungen durch Rundungsdifferenz möglich

Quelle: Statistisches Bundesamt, Bevölkerung Deutschland bis 2060, 12 koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung

Annahmen zum zukünftigen Wanderungssaldo

In der ersten Annahme steigt der jährliche Wanderungssaldo (W1) bis zum Jahr 2014 auf 100.000 Personen und verharrt dann auf diesem Niveau. In der Zweiten wird ein Anstieg des jährlichen Wanderungssaldos (W2) auf 200.000 Personen bis zum Jahr 2020 und anschließende Konstanz unterstellt.

Anmerkung im Blick auf die Vorausschätzung der Zahl der Pflegebedürftigen

Das Statistische Bundesamt äußert sich hinsichtlich der Berechnungen wie folgt:[239]

„Insgesamt ist der Verlauf der maßgeblichen Einflussgrößen (auch der Bevölkerungsstruktur) mit zunehmendem Abstand vom Basiszeitpunkt immer schwerer vorhersehbar, von daher hat insbesondere die langfristige Rechnung bis 2030 bzw. 2050 **Modellcharakter**. Sie zeigt, wie sich unter den getroffenen Annahmen die Zahl der Pflegebedürftigen entwickeln wird."

Die Berechnungen basieren auf konstanten Pflegequoten (Status-Quo-Ansatz). Entsprechend wird hier u.a. von möglichem medizinisch-technischem Fortschritt in diesem Bereich abstrahiert.

„Demzufolge wird im Rahmen dieses Modells auch davon ausgegangen, dass die zu erwartende Zunahme der Lebenserwartung auf die Pflegequoten in den Altersgruppen keine Auswirkungen haben wird. Unklar ist, ob zukünftig verbesserte Diagnose-, Therapie- und Rehabilitationsmöglichkeiten dazu beitragen, dass sich der Eintritt der Pflegebedürftigkeit im Zuge der steigenden Lebenserwartung nach hinten verschiebt oder ein längeres Leben nur dazu führt, dass mehr Jahre in Pflegebedürftigkeit verbracht werden."

Betrachtet man die bisherigen Ergebnisse der Pflegestatistik, so ist bei der altersstandardisierten Zahl der Pflegebedürftigen für Deutschland von 1999 bis 2007 ein leichter Rückgang der Pflegequoten feststellbar[240]. Der vermutete Rückgang liegt bei 1%. Erst über einen längeren Beobachtungszeitraum können zuverlässige Angaben darüber vorgenommen werden, ob sich diese vorläufig zu nennende Entwicklung fortsetzen wird.

---

239 Statistische Ämter des Bundes und der Länder (2010): Demografischer Wandel in Deutschland, Auswirkungen auf Krankenhausbehandlungen und Pflegebedürftige im Bund und in den Ländern, S. 26

240 Statistische Ämter des Bundes und der Länder, 2010, S. 27

Für Niedersachsen berechnet liegen aus der 12. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung die Varianten 1 - W1 und - W2 vor. Diese gehen einheitlich von einer Geburtenhäufigkeit von 1,4 Kinder je Frau und der Basisannahme zur Lebenserwartung (L1) aus; sie unterscheiden sich in den Annahmen zur Wanderung (W1: 100.000 ab 2014, W2: 200.000 ab 2020). Letztere erscheinen im Blick auf die Vorausschätzung der Zahl der pflegebedürftigen Menschen weniger bedeutsam:
Pflegebedürftige Menschen sind vorwiegend immobilere Menschen höheren Alters, bei denen Außen- wie Binnenwanderungen erfahrungsgemäß nahezu zu vernachlässigen sind.

Bei der Vorausschätzung der Zahl der Pflegebedürftigen wird aufgrund von Vergleichbarkeit mit Prognosedaten anderer Bereiche sowohl der **Wanderungssaldo (W1) als auch der Wanderungssaldo (W2)** zu Grunde gelegt. Das Wanderungssaldo W1 entspricht der diesbezüglichen Berechnungsgrundlage des Statistischen Landesamtes für die regionale Bevölkerungsvorausberechnung bis 2030.

Die Statistischen Ämter des Bundes und der Länder weisen auf weitere Vorausberechnungen zu den Pflegebedürftigen hin, die sich jeweils im Detail der Methodik und der Datengrundlage unterschieden (beispielsweise des Deutschen Instituts für Wirtschaftsforschung, Max-Planck-Institut für demografische Forschung und Forschungszentrum Generationenverträge Albert-Ludwigs-Universität Freiburg).

Zu 3. Alters- und geschlechtsspezifische Pflegequoten gem. Pflegestatistik 2007 zur Vorausberechnung der Zahl der pflegebedürftigen Personen auf der Grundlage der Vorausberechnungen (status-quo-Prognose)

Aufbauend auf den vorstehenden Annahmen über die altersspezifische Bevölkerungsentwicklung erfolgte die Vorausberechnung der Zahl der pflegebedürftigen Menschen in Niedersachsen. Die Datenbasis bildeten die alters- und geschlechtsspezifischen Pflegequoten gem. Pflegestatistik 2007. Sie wurden unverändert fortgeschrieben (Status-quo-Prognose).

Dies bedeutet: Die für die Zukunft ermittelten Zahlen sind als statistisch wahrscheinlich zu bewerten für den Fall unveränderter Pflege-Häufigkeit in der Bevölkerung und unveränderter rechtlicher Voraussetzungen zur Feststellung des Vorliegens von Pflegebedürftigkeit im Sinne des SGB XI nach derzeitiger Rechtslage. Die Prognose-Berechnungen haben insofern Modellcharakter.

Eine unveränderte Pflege-Häufigkeit erscheint - zumindest für die langfristige Perspektive - z.B. angesichts eines weiteren anzunehmenden medizinischen Fortschritts sowie des weitgehenden Konsenses über eine Neuregelung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs bereits heute fraglich. Die vorgenannte Maßnahme würde ab Geltungsdatum einer neuen gesetzlichen Regelung zu einer vermuteten Veränderung der Zahl der als pflegebedürftig definierten Personen und damit der der Vorausschätzung zu Grunde liegenden Pflegequoten führen.

Die nachfolgenden Vorausschätzungsergebnisse bedürfen insoweit einer vergleichsweise kontinuierlichen Überprüfung und Neuberechnung im Hinblick auf die sich verändernden Grundlagen.

Anzumerken ist, dass der Erhebungszeitpunkt der Pflegestatistik 2007 (15.12.2007) sich nicht mit dem Ausgangsdatum der 12. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung (31.12.2008) deckt.
Die Ermittlung der regionalen Ergebnisse zur zukünftigen Entwicklung der Zahl der pflegebedürftigen Personen in den kommunalen Gebietskörperschaften erfolgte auf der Grundlage der in den kreisfreien Städten und Landkreisen gem. Pflegestatistik für Ende 2007 festgestellten geschlechtsspezifischen Pflegequoten für die jeweiligen Altersgruppen.

Die für jeden Altersjahrgang ermittelten Prognoseergebnisse wurden für die Ergebnisdarstellung in Alterskohorten entsprechend der Altersgruppierung für die Darstellung der Altersstruktur der pflegebedürftigen Menschen in Niedersachsen zusammengefasst. Diese altersgruppenspezifische Vorausschätzung ermöglicht Aussagen zur spezifischen quantitativen Entwicklung unter dem Aspekt

altersabhängig unterschiedlicher Anforderungen an die pflegerische Versorgung bzw. pflegerische Versorgungsstruktur.

1.2 Altersspezifische Entwicklung der Bevölkerung in Niedersachsen

Die Prognosen des Landesamtes für Statistik und Kommunikationstechnologie Niedersachsen (LSKN) und des Statistischen Bundesamtes (auf Niedersachsen heruntergerechnet) gehen in Bezug auf die Bevölkerungsentwicklung in Niedersachsen von einer identischen Bevölkerungszahl von 7,947 Millionen (Stand 31.12.08) aus.

Tab. (83) Entwicklung der Bevölkerung von 2008 bis 2060 (V1W1) (TA)

Tab. (84) Entwicklung der Bevölkerung von 2008 bis 2060 (V1W2) (TA)

Tab. (85) Entwicklung der Bevölkerung von 2008 bis 2030, reg. Bev.prog. (TA)

Bei der Prognose des LSKN geht die Zahl zum Ende 2030 auf 7,442 Mio. zurück, während sie beim Statistischen Bundesamt im gleichen Zeitraum nach der Variante 1 - W1 der 12. koordinierten Bevölkerungsvorausschätzung (Basisannahme der Lebenserwartung, Wanderungssaldo 100.000 ab 2014) auf 7,396 Mio. (siehe Tab. II.1.2) und nach der Variante 1 - W2 (Wanderungssaldo 200.000 ab 2020) nur auf 7.558 Mio. (siehe Tab. II.1.2) sinkt.
Die Bevölkerungszahl wird in dem genannten Zeitraum in einer Spannweite von voraussichtlich rd.390.000 bis 550.000 Personen schrumpfen.
Für 2060 ergeben sich bei der Variante 1 - W1 für Niedersachsen prognostizierte Bevölkerungszahl von dann 6,178 Mio. und bei der Variante 1 - W2 6,719 Mio. Von 2008 bis 2060 wird die Bevölkerungszahl nach dieser Prognose um rd. 1,800 Mio. bzw. 1,200 Mio. zurückgehen.
Für die einzelnen Altersgruppen ergeben sich folgende Entwicklungen.

<u>Unter 15-jährige (Kinder)</u>

a) Entwicklung entsprechend der regionalen Vorausberechnung des LSKN bis 2030:

Die Zahl der unter 15-jährigen **sinkt** von 2008 bis 2030 **um 20,7% (239.752)** von 1.159.879 auf 920.127.

b) Entwicklung entsprechend Variante 1 W1 der 12. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung des Statistischen Bundesamtes bis 2060:
Die Zahl der unter 15-jährigen **sinkt** von 2008 bis 2030 **um 21,4% (248.000)** von 1,136 Millionen auf 912.000, bis 2060 **sinkt sie insgesamt um 37,7% (437.000)** auf 723.000.

c) Entwicklung entsprechend Variante 1 W2 der 12. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung des Statistischen Bundesamtes bis 2060:
Die Zahl der unter 15-jährigen **sinkt** von 2008 bis 2030 **um 17,6% (200.500)** von 1,136 Millionen auf 935.500, bis 2060 **sinkt sie insgesamt um 30,2% (343.000)** auf 793.000.

15- unter 40-jährige (Jugendliche und junge Erwachsene)

a) Entwicklung entsprechend der regionalen Vorausberechnung des LSKN bis 2030:
Die Zahl der 15- unter 40-jährigen **sinkt** von 2008 bis 2030 **um 16,5% (382.818)** von 2,325 Millionen auf 1,942 Millionen.

b) Entwicklung entsprechend Variante 1 W1 der 12. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung des Statistischen Bundesamtes bis 2060:
Die Zahl der 15-unter 40-jährigen **sinkt** von 2008 bis 2030 **um 16,2% (369.000) von 2,278 Millionen** auf 1,909 Millionen, von 2008 bis 2060 **sinkt sie insgesamt um 32,5% (740.800)** auf 1,537 Millionen.

c) Entwicklung entsprechend Variante 1 W2 der 12. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung des Statistischen Bundesamtes bis 2060:
Die Zahl der 15-unter 40-jährigen **sinkt** von 2008 bis 2030 **um 12,8% (291.000) von 2,278 Millionen** auf 1,987 Millionen, von 2008 bis 2060 **sinkt sie insgesamt um 25,1% (571.000)** auf 1,707 Millionen.

40 - unter 65-jährige (Erwachsene mittleren Alters)

a) Entwicklung entsprechend der regionalen Vorausberechnung des LSKN bis 2030:
Die Zahl der 40- unter 65-jährigen **sinkt** von 2008 bis 2030 **um 14,2% (401.234)** von 2,824 Millionen auf 2,423 Millionen.

b) Entwicklung entsprechend Variante 1 W1 der 12. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung des Statistischen Bundesamtes bis 2060:
Von 2008 bis 2030 **sinkt** die Zahl **um 15,4% (440.200)** von 2,858 Millionen auf 2,418 Millionen; **insgesamt sinkt** die Zahl von 2008 bis 2060 **um 33,8% (967.100)** auf 1,891 Millionen.

c) Entwicklung entsprechend Variante 1 W2 der 12. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung des Statistischen Bundesamtes bis 2060:
Von 2008 bis 2030 **sinkt** die Zahl **um 13,5% (386.000)** von 2,858 Millionen auf 2,472 Millionen; **insgesamt sinkt** die Zahl von 2008 bis 2060 **um 26,4% (754.000)** auf 2,104 Millionen.

<u>65 - unter 80-jährige (ältere Menschen)</u>

a) Entwicklung entsprechend der regionalen Vorausberechnung des LSKN bis 2030:
Die Zahl der 65 - unter 80-jährigen **steigt** bis 2030 **um 24,5% (301.526)** von 1,230 Millionen auf 1,531 Millionen.

b) Entwicklung entsprechend Variante 1 W1 der 12. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung des Statistischen Bundesamtes bis 2060:
Von 2008 bis 2030 **steigt** die Zahl **um 23,8% (294.300) von 1,236 Millionen** auf 1,531 Millionen; **insgesamt sinkt die Zahl** von 2008 bis 2060 auf 1,177 Millionen um **4,8% (59.300)**.

c) Entwicklung entsprechend Variante 1 W2 der 12. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung des Statistischen Bundesamtes bis 2060:
Von 2008 bis 2030 **steigt** die Zahl **um 24,8% (305.000) von 1,236 Millionen** auf 1,535 Millionen; **insgesamt steigt die Zahl** von 2008 bis 2060 leicht auf 1,248 Millionen um 1**% (12.000)**.

80jährige und ältere (alte und hochaltrige Menschen)

a) Entwicklung entsprechend der regionalen Vorausberechnung des LSKN bis 2030:

Die Zahl der über 80-jährigen **steigt** von 2008 bis 2030 **um 53,2% (217.276)** von 408.122 auf 625.398. Davon steigt die Zahl der über 90-jährigen im gleichen Zeitraum um 88.238 **um 167%** von 52.899 auf 141.137.

b) Entwicklung entsprechend Variante 1 W1 der 12. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung des Statistischen Bundesamtes bis 2060:

Die Zahl der über 80-jährigen **steigt** bis 2030 **um 52,4% (215.600)** von 411.700 auf 627.300; **insgesamt steigt** die Zahl von 2008 bis 2060 **um 106,6 % (438.700)** auf 850.400. Davon steigt die Zahl der über 90-jährigen von 2008 bis 2030 um 94.600 (195,9%) von 48.300 auf 142.900 und bis 2060 um 238.500 auf 286.800 (493,8%).

c) Entwicklung entsprechend Variante 1 W2 der 12. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung des Statistischen Bundesamtes bis 2060:

Die Zahl der über 80-jährigen **steigt** bis 2030 **um 52,6% (216.700)** von 411.700 auf 628.400; **insgesamt steigt** die Zahl von 2008 bis 2060 **um 110,8 % (456.200)** auf 867.900. Davon steigt die Zahl der über 90-jährigen von 2008 bis 2030 von 48.300 auf 143.000 um 94.700 (196%) und bis 2060 um 132.800 auf 181.100 (274,9%).

Zusammenfassende Wertung

Zwischen der Prognose des Statistischen Landesamtes und der Variante 1 W1 und der Variante 1 W2 der 12. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung bestehen bis 2030 keine Unterschiede von bedeutsamem zahlenmäßigem Umfang.
Insgesamt ergibt sich daraus Folgendes:

Die **Zahl der besonders pflegerelevanten Gruppe der über 80-jährigen steigt am stärksten an**; ihre absolute Zahl liegt 2050 bereits höher als die der unter 15-jährigen Bevölkerung (Variante 1 W1: 991.400 zu 765.600). Der Anteil der über 90-

jährigen an der Gruppe Hochaltriger wächst prozentual von 11,7% im Jahr 2008, 22,8% im Jahr 2030 und 33,7% im Jahr 2060.

Gleichzeitig verläuft eine Entwicklung mit erheblicher Abnahme der Zahl der erwerbsfähigen Bevölkerung der 15- bis unter 65-jährigen (bis 2060 Abnahme um 33,3%) entsprechend 1,708 Millionen (von 5,136 auf 3,428 Millionen).
Für die Pflege und Betreuung der erheblich steigenden Zahl insbesondere der hochaltrigen Menschen werden damit in den kommenden Jahrzehnten deutlich weniger Menschen als heute zur Verfügung stehen.
Ein Teil dieser Betreuungsaufgaben könnte sich auf die bis 2030 wachsende Gruppe der 65- unter 80-jährigen verlagern; in absoluten Zahlen sinkt deren Zahl jedoch ab 2040.

1.3 Pflegebedürftige Menschen in Niedersachsen - Vorausberechnung bis 2030 / 2060

Gesamtentwicklung
Die nachfolgenden Ergebnisse der Vorausberechnung der Zahl der pflegebedürftigen Menschen beruhen auf den Annahmen zur demographischen Entwicklung sowie den alters- und geschlechtsspezifischen Pflegequoten aus der Pflegestatistik (Fortschreibung der Ist-Werte vom Stichtag 15.12.2007).
Entsprechend den unterschiedlichen Grundlagen zur Vorausberechnung der Bevölkerungsentwicklung wird im Folgenden auch die Entwicklung der Zahl der pflegebedürftigen Menschen jeweils nach der Vorausberechnung des Statistischen Landesamtes bis 2030 sowie nach der 12. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung des Statistischen Bundesamtes mit den Varianten 1 W1 und Variante 1 W2 dargestellt. Für Niedersachsen ergeben sich die nachfolgenden Entwicklungen.

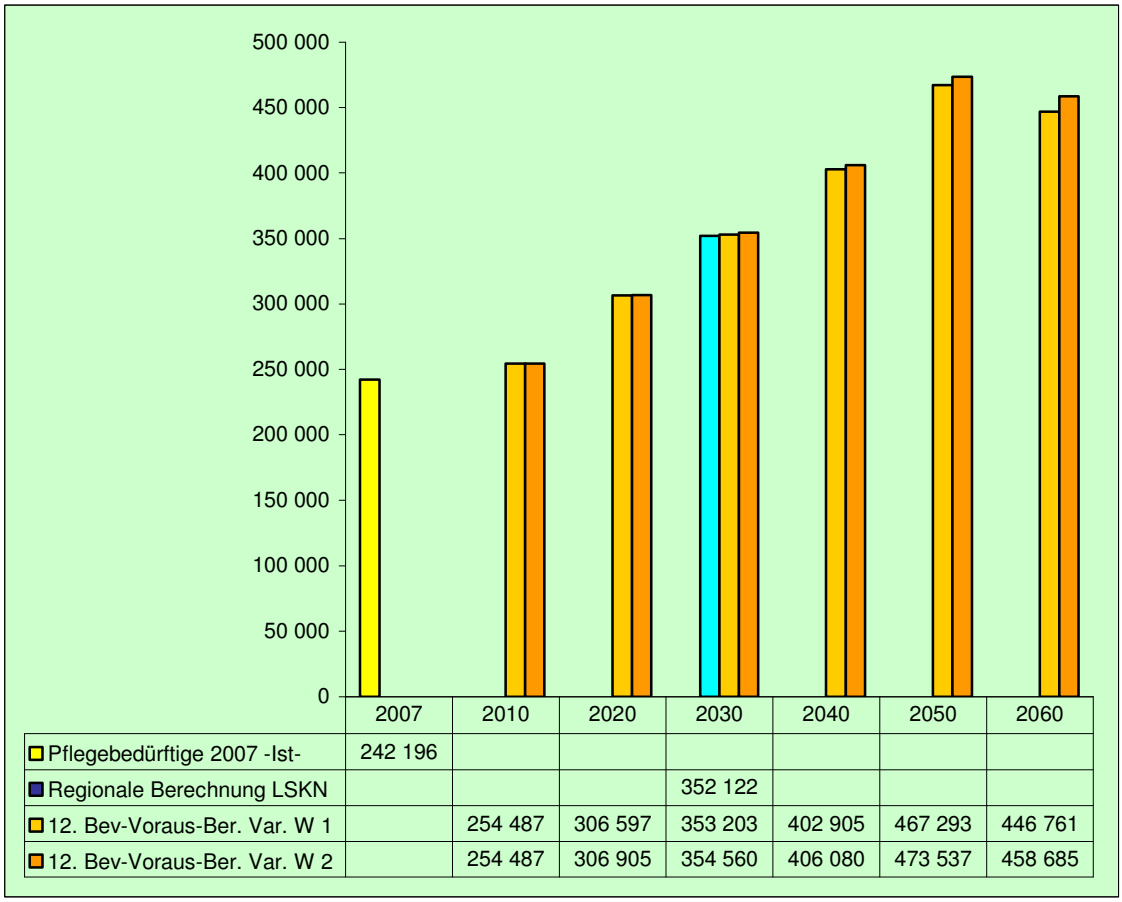
Tab. (86) Entwicklung der Pflegebedürftigen bis 2030 / Vorausberechnung LSKN

	(voraussichtliche) Zahl pflegebedürftiger Menschen im Jahr …						
	2007 (Ist)	**2010**	**2020**	**2030**	**2040**	**2050**	**2060**
	242.196			352.122			

Tab. (87) Entwicklung der Pflegebedürftigen bis 2060 / Vorausberechnungen Stat. Bundesamt

Varianten zum Wanderungssaldo	(voraussichtliche) Zahl pflegebedürftiger Menschen im Jahr …						
	2007 (Ist)	**2010**	**2020**	**2030**	**2040**	**2050**	**2060**
W1	242.196	254.487	306.597	353.203	402.905	467.293	446.761
W2	242.196	254.487	306.905	354.560	406.080	473.537	458.685

Abb. 38. Entwicklung der Pflegebedürftigen / Variantenvergleich



Quelle: eigene Berechungen MS auf der Grundlage der 12. koordinierten Bevölkerungs-vorausberechnung des Stat. Bundesamtes und der reg. Berechnungen des LSKN

Die Zahl der pflegebedürftigen Einwohnerinnen und Einwohner in Niedersachsen betrug Ende 2007 laut Pflegestatistik 242.196 Personen. **Bis 2030** wird sich diese Zahl unter Zugrundelegung der **Bevölkerungsvorausberechnung des LSKN** auf 352.122 (**Anstieg 109.926 Personen = 45,4%**), nach der Variante 1 W1 der 12. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung) auf 353.203 Personen (+ 111.007 = 45,8%), nach der Variante 1 W2 354.560 Personen (+ 112.364 Personen = 46,4%) erhöhen.

Bis 2060 ist **nach** der Variante 1 W1 der **12. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung** mit 446.761 Personen, bei der Variante 1 W2 mit 458.685 Personen eine Steigerung von nahezu 100% anzunehmen.

Die Werte für den **Anstieg der Zahl der pflegebedürftigen** Einwohnerinnen und Einwohner Niedersachsens **gegenüber 2007 betragen danach 204.565 / 216.489 Personen entsprechend 84,5% und 89,4%**. Einen Überblick über den Entwicklungsverlauf in den verschiedenen Prognosezeiträumen gibt die nachfolgende Übersicht.

Tab. (88) Entwicklung der Pflegebedürftigen 2030 - 2060 - Veränderungen zwischen den Prognoseabschnitten

Varianten zum Wanderungssaldo		absolut Dekade			in %		
		LSKN, W1 1)	Variante 1 W1 2)	Variante 1 W2 2)	LSKN, W1 1)	Variante 1 W1 2)	Variante 1 W2 2)
Veränderung der voraussichtlichen Zahl pflegebedürftiger Menschen zwischen den Jahren	2010 – 2020	-	52.110	52.418	-	21,5	20,6
	2020 – 2030	-	46.606	47.655	-	19,2	15,5
	2030 – 2040	-	49.702	51.520	-	14,1	14,5
	2040 – 2050	-	64.388	67.457	-	16	16,6
	2050 – 2060	-	-20.532	-14.852	-	-4,4	-3,1

Varianten zum Wanderungssaldo		absolut zu 2007			in %		
		LSKN, W1 1)	Variante 1 W1 2)	Variante 1 W2 2)	LSKN, W1 1)	Variante 1 W1 2)	Variante 1 W2 2)
Veränderung der voraussichtlichen Zahl pflegebedürftiger Menschen zwischen den Jahren	2007 – 2010	-	12.291	12.291	-	5,1	5,1
	2007 – 2020	-	64.401	64.709	-	26,6	26,7
	2007 – 2030	109.926	110.007	112.364	45,4	45,8	46,4
	2007 – 2040	-	160.709	163.884	-	66,4	67,7
	2007 – 2050	-	225.097	231.341	-	92,9	95,5
	2007 - 2060	-	204.560	216.489	-	84,5	89,4

1)entsprechend der Regionalen Bevölkerungsvorausberechnung des LSKN
2)entsprechend der 12. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung des Stat. Bundesamtes

Quelle: eigene Berechnungen MS

Zusammenfassende Bewertung

Die verschiedenen zugrunde gelegten Varianten weisen keine wesentlichen Unterschiede in Tendenzen und Zahlen auf. Der zahlenmäßige Anstieg von Pflegebedürftigen wird nach den Prognosen bis 2060 in vier Schritten verlaufen:

bis 2020 wird es gut ein Viertel mehr Pflegebedürftige als 2007 geben, 2030 knapp die Hälfte mehr (45% - 46%), 2040 ca. zwei Drittel und 2050 etwas mehr als 90% im

Vergleich zu 2007. Entsprechend dieser Prognosen wird die Zahl der Pflegebedürftigen ab 2060 sinken. Diese Entwicklung ist im Kontext einer dann deutlich abnehmenden hochaltrigen Bevölkerungszahl der geburtenstarken Jahrgänge 1955 - 1965 zu sehen.
Die Ergebnisse gehen allerdings jeweils von der Annahme einer im Berechnungszeitraum gegenüber 2007 unveränderten alters- und geschlechtsspezifischen Pflegequote aus.

1.4 Entwicklung in den verschiedenen Lebensaltern

Für die von Pflegebedürftigkeit betroffenen Menschen ist von unterschiedlichen Anforderungen an Pflege und Betreuung besonders in Abhängigkeit von ihrem Lebensalter und den damit verbundenen Lebensumständen (z. B. Vorhandensein eines privaten Hilfe- und Unterstützungsnetzes) auszugehen. Die Versorgungsstrukturen müssen hierauf nach Art und Zahl angepasst sein. Die nachfolgenden Ergebnisse geben Hinweise im Hinblick auf die Menge der zukünftig vorzuhaltenden Versorgungsangebote und -leistungen.

Zwischen den verschiedenen Altersgruppen gibt es analog zur jeweiligen Bevölkerungsentwicklung erhebliche Unterschiede in der Entwicklung auch der pflegebedürftigen Personen. Die demographisch bedingten Unterschiede werden zudem „überlagert“ durch das in Abhängigkeit vom Alter und vom Geschlecht unterschiedliche Aufkommen an pflegebedürftigen Personen (Pflegequote; siehe nachstehende Übersicht).

Tab. (89) Durchschnittliche Pflegequoten 2007 für unterschiedliche Altersgruppen

Altersgruppen	Pflegequote 2007
Unter 15	0,59
15- unter 40	0,41
40- unter 65	0,86
65- unter 80	5,62
80 und älter	33,48
90 und älter	65,07

Quelle: Berechnungen MS

Tab. (90) Alters- und geschlechtsspezifische Pflegequote 2007 (TA)

Tab. (91) Leistungsempfänger 2007 – Prognosen nach Alter und Geschlecht (TA)

Tab. (92) Voraussichtliche Entwicklung der Zahl Pflegebedürftiger bis 2060 (V1W1) (TA)

Tab. (93) Voraussichtliche Entwicklung der Zahl Pflegebedürftiger bis 2060 (V1W2) (TA)

Von daher ergeben sich für die o. g. Altersgruppen bei den verschiedenen Varianten der Bevölkerungsvorausberechnung für Niedersachsen folgende Szenarien:

Unter 15-jährige (Kinder):

Tab. (94) Entwicklung der Pflegebedürftigen unter 15 Jahre bis 2030 / LSKN

Varianten zum Wanderungssaldo	voraussichtliche Zahl pflegebedürftiger Kinder im Jahr …					
	2007 (Ist)	2020	2030	2040	2050	2060
LSKN	7.047	-	5.470	-	-	-

Quelle: eigene Berechnungen MS; auf Grundlage der reg. Berechungen des LSKN

Bei gleichbleibender Lebenserwartung **sinkt** die Zahl der pflegebedürftigen Kinder danach bis 2030 **um 22,4% (1.577)** von 7.047 auf 5.470 Personen.

Tab. (95) Entwicklung der Pflegebedürftigen unter 15 Jahre bis 2060 / Stat. Bundesamt

Varianten zum Wanderungssaldo	voraussichtliche Zahl pflegebedürftiger Kinder im Jahr …					
	2010	2020	2030	2040	2050	2060
Variante 1 W1	6.621	5.691	5.420	4.941	4.554	4.299
Variante 2 W2	6.621	5.724	5.562	5.214	4.900	4.716

Quelle: eigene Berechnungen MS; auf Grundlage der 12. koord. Bevölkerungsvorausberechnung

Bis 2030 **sinkt** die Zahl der pflegebedürftigen Kinder bei der Variante 1 W1 **um 18,1% (1.201)** und bei der Variante 1 W2 um 16,0% (1.059).
Bis 2060 **sinkt** diese Zahl bei der Variante 1 W1 **beständig um insgesamt 35,1% (2.322)** von 6.621 auf 4.716 Personen. Bei der Variante 1 W2 sinkt die Zahl der pflegebedürftigen Kinder von 6.621 auf 4.716 um 1.905 (28,8%).

15-unter 40-jährige (Jugendliche und junge Erwachsene)

Tab. (96) Entwicklung der Pflegebedürftigen von 15 bis unter 40 Jahre bis 2030 / LSKN

Varianten zum Wanderungssaldo	voraussichtliche Zahl pflegebedürftiger Kinder im Jahr …					
	2007 (Ist)	2020	2030	2040	2050	2060
LSKN	9.834	-	7.873	-	-	-

Quelle: eigene Berechnungen MS; auf Grundlage der reg. Berechungen des LSKN

Bis 2030 **sinkt** die Zahl der pflegebedürftigen Jugendlichen und jungen Erwachsenen **um 19,9% (1.961)** von 9.834 auf 7.873.

Tab. (97) Entwicklung der Pflegebedürftigen von 15 bis unter 40 Jahre bis 2060 / Stat. Bundesamt

Varianten zum Wanderungssaldo	voraussichtliche Zahl pflegebedürftiger Jugendlicher und junger Erwachsener im Jahr …					
	2010	2020	2030	2040	2050	2060
Variante 1 W1	9.329	8.683	7.769	7.217	6.733	6.255
Variante 1 W2	9.329	8.790	8.067	7.638	7.281	6.928

Quelle: eigene Berechnungen MS; auf Grundlage der 12. koord. Bevölkerungsvorausberechnung

Bis 2030 **sinkt** die Zahl der pflegebedürftigen Jugendlichen und jungen Erwachsenen bei Variante 1 W1 **um 21% (2.065)** auf 7.769, bei der Variante 1 W2 um 18% (1.767).
Bis 2060 **sinkt** diese Zahl bei der Variante 1 W1 **um 36,4% (3.579)** von 9.834 auf 6.255; bei der Variante 1 W2 um 29,6% (2.906) auf 6.928.

40-unter 65-jährige (Erwachsene mittleren Alters):

Tab. (98) Entwicklung der Pflegebedürftigen von 40 bis unter 65 Jahre bis 2030 / LSKN

Varianten zum Wanderungssaldo	voraussichtliche Zahl pflegebedürftiger Erwachsener mittleren Alters im Jahr …					
	2007 (Ist)	2020	2030	2040	2050	2060
LSKN	23.894	-	24.227	-	-	-

Quelle: eigene Berechnungen MS; auf Grundlage der reg. Berechungen des LSKN

Im Unterschied zu den vorangegangenen beiden Altersgruppen **steigt bei den** pflegebedürftigen Erwachsenen mittleren Alters deren Zahl bis 2030 geringfügig **um 1,4% (333)** von 23.894 auf 24.227.

Tab. (99) Entwicklung der Pflegebedürftigen von 40 bis unter 65 Jahre bis 2060 / Stat. Bundesamt

Varianten zum Wanderungssaldo	voraussichtliche Zahl pflegebedürftiger Erwachsener mittleren Alters im Jahr …					
	2010	2020	2030	2040	2050	2060
Variante 1 W1	25.171	27.158	24.126	20.164	19.763	18.186
Variante 1 W2	25.171	27.251	24.527	21.059	21.244	20.145

Quelle: eigene Berechnungen MS; auf Grundlage der 12. koord. Bevölkerungsvorausberechnung

Bis 2030 **steigt** bei Variante 1 W1 die Zahl der pflegebedürftigen Erwachsenen mittleren Alters **um 1% (232)** auf 24.126. 2020 erreicht danach die Zahl der Pflegebedürftigen mit 27.158 und einer Differenz zu ihrer Anzahl 2007 von 3.264 (13,7%) ihren höchsten Stand. Bei der Variante 1 W2 sinkt die Zahl der Pflegebedürftigen in dieser Altersgruppe um 2,6% (633). 2020 wird der höchste Stand mit 27.251 um 14% (3.357) über der Zahl von Pflegebedürftigen in 2007 liegen. Insgesamt sinkt die Zahl der Pflegebedürftigen bis 2060 von 23.894 um 23,9% (5.708) auf 18.186 bei der Variante 1 W1 und um 15,7% (3.749) auf 20.145 bei der Variante 1 W2.

<u>65-unter 80-jährige (ältere Menschen)</u>

Tab. (100) Entwicklung der Pflegebedürftigen von 65 bis unter 80 Jahre bis 2030 / LSKN

Varianten zum Wanderungssaldo	voraussichtliche Zahl pflegebedürftiger älterer Menschen im Jahr …					
	2007 (Ist)	2020	2030	2040	2050	2060
LSKN	68.607	-	88.325	-	-	-

Quelle: eigene Berechnungen MS; auf Grundlage der reg. Berechungen des LSKN

Bis 2030 **steigt** die Zahl der pflegebedürftigen Älteren **um 28,7% (19.718)** von 68.607 auf 88.325.

Tab. (101) Entwicklung der Pflegebedürftigen von 65 bis unter 80 Jahre bis 2060 / Stat. Bundesamt

Varianten zum Wanderungssaldo	Voraussichtliche Zahl pflegebedürftiger älterer Menschen im Jahr …					
	2010	2020	2030	2040	2050	2060
Variante 1 W1	71.354	73.321	88.234	100.311	74.061	73.389
Variante 1 W2	71.354	73.375	88.420	101.032	75.952	77.131

Quelle: eigene Berechnungen MS; auf Grundlage der 12. koord. Bevölkerungsvorausberechnung

Bis 2030 **steigt** die Zahl der pflegebedürftigen Älteren bei der Variante 1 W1 **um 28,6% (19.627)** auf 88.234 und bei der Variante 1 W2 um 28,9% (19.813) auf 88.420.

Von 2007 bis 2060 **steigt** die Zahl der pflegebedürftigen Menschen dieser Gruppe bei der Variante 1 W1 **insgesamt** nur noch **um 7% (4.782)** von 68.607 auf 73.389 an, bei der Variante 1 W2 um 12,4% (8.524) auf 77.131.

<u>80-jährige und ältere (hochaltrige Menschen)</u>

Tab. (102) Entwicklung der Pflegebedürftigen über 80 Jahre bis 2030 / LSKN

Varianten zum Wanderungssaldo	voraussichtliche Zahl pflegebedürftiger hochaltriger Menschen im Jahr …					
	2007 (Ist)	2020	2030	2040	2050	2060
LSKN	132.814	-	226.227	-	-	-

Quelle: eigene Berechnungen MS; auf Grundlage der reg. Berechungen des LSKN

Bis 2030 **steigt** die Zahl der Hochaltrigen **70,3% (93.413)** von 132.814 auf 226.227.

Tab. (103) Entwicklung der Pflegebedürftigen über 80 Jahre bis 2060 / Stat. Bundesamt

Varianten zum Wanderungssaldo	voraussichtliche Zahl pflegebedürftiger hochaltriger Menschen im Jahr …					
	2010	2020	2030	2040	2050	2060
Variante 1 W1	142.012	191.743	227.653	270.272	362.182	344.631
Variante 1 W2	142.012	191.766	227.984	271.137	364.160	349.765

Quelle: eigene Berechnungen MS; auf Grundlage der 12. koord. Bevölkerungsvorausberechnung

Bis 2030 **steigt** auch hier bei Variante 1 W1 die Zahl der hochaltrigen Menschen **am stärksten - um 71,4% (94.839)** auf 227.653, bei der Variante 1 W2 steigt ihre Zahl um 71,7% (95.170) auf 227.984.

Im gesamten Prognosezeitraum bis 2060 ist bei dieser Gruppe bei der Variante 1 W1 ein **beständiger starker Anstieg** um insgesamt **159,5% (211.817)** von 132.814 auf 344.631 zu erwarten; bei der Variante 1 W2 beträgt der Anstieg 163,3% (216.951) auf 349.765.

Zusammenfassende Bewertung

Entsprechend den zu Grunde gelegten Annahmen zeigt die altersspezifische Vorausberechnung der Zahl der pflegebedürftigen Menschen in Niedersachsen eine mit der Bevölkerungsentwicklung weitgehend synchron verlaufende Entwicklung.

Die Erwachsenen mittleren und höheren Alters erhalten unter versorgungspolitischem Aspekt bis 2040 eine zunehmende Bedeutung; sie stellen allerdings im Vergleich zu den älteren Menschen eine vergleichsweise kleine Gruppe unter den pflegebedürftigen Personen dar. Die Zahl von Pflegebedürftigen in der Bevölkerung von unter 80-jährigen **steigt mittelfristig** bis 2040 von 109.382 Pflegebedürftige im Jahr 2007 auf eine prognostizierte Anzahl von 132.633 um 21,3% und **sinkt langfristig** bis 2060 unter der Zahl im Jahr 2007 auf 102.130 (6,6%).

Der Anteil der über 80-jährigen an der Gesamtzahl aller Pflegebedürftigen steigt nach den vorangestellten Prognosen kontinuierlich von 54,8% 2007 auf 77,5% im Jahr 2050. Von derzeit etwas mehr als der Hälfte werden die über 80-Jährigen dann einen Anteil von über drei Viertel an der Gesamtzahl aller Pflegebedürftigen haben. Erst 2060 fällt ihr Anteil auf 71,1% zurück.
In der Altersgruppe der über 80-jährigen haben die über 90-jährigen ein herausragendes Gewicht mit einem wachsenden Anteil an der Gesamtzahl pflegebedürftiger Menschen im Alter von über 80. 2007 liegt ihr Anteil bei 27,4%, 2030 voraussichtlich bei 39,2% und im Jahr 2060 prognostiziert bei 51,4%.

Insgesamt gesehen wird die pflegerische Versorgung von hochaltrigen Personen der über 80-Jährigen und insbesondere der über 90-Jährigen erheblich an Bedeutung zunehmen.

1.5 Entwicklung in den kreisfreien Städten und Landkreisen bis 2030

Die nachfolgenden Ergebnisse beruhen auf der Regionalen Bevölkerungsvorausberechnung des Statistischen Landesamtes Niedersachsen.

In den einzelnen kommunalen Gebietskörperschaften kommt es aufgrund unterschiedlicher Alterszusammensetzung der Bevölkerung und unterschiedlichen Pflegequoten zu durchaus verschiedenartigen Entwicklungen der Zahl der pflegebedürftigen Einwohnerinnen und Einwohner. Es zeigt sich folgendes Bild:

Tab. (104) Regionale Bevölkerung nach Altersgruppen 2008-2030 (TA)

Tab. (105) Leistungsempfänger 2007 nach reg. Gliederung und Altersgruppen (TA)

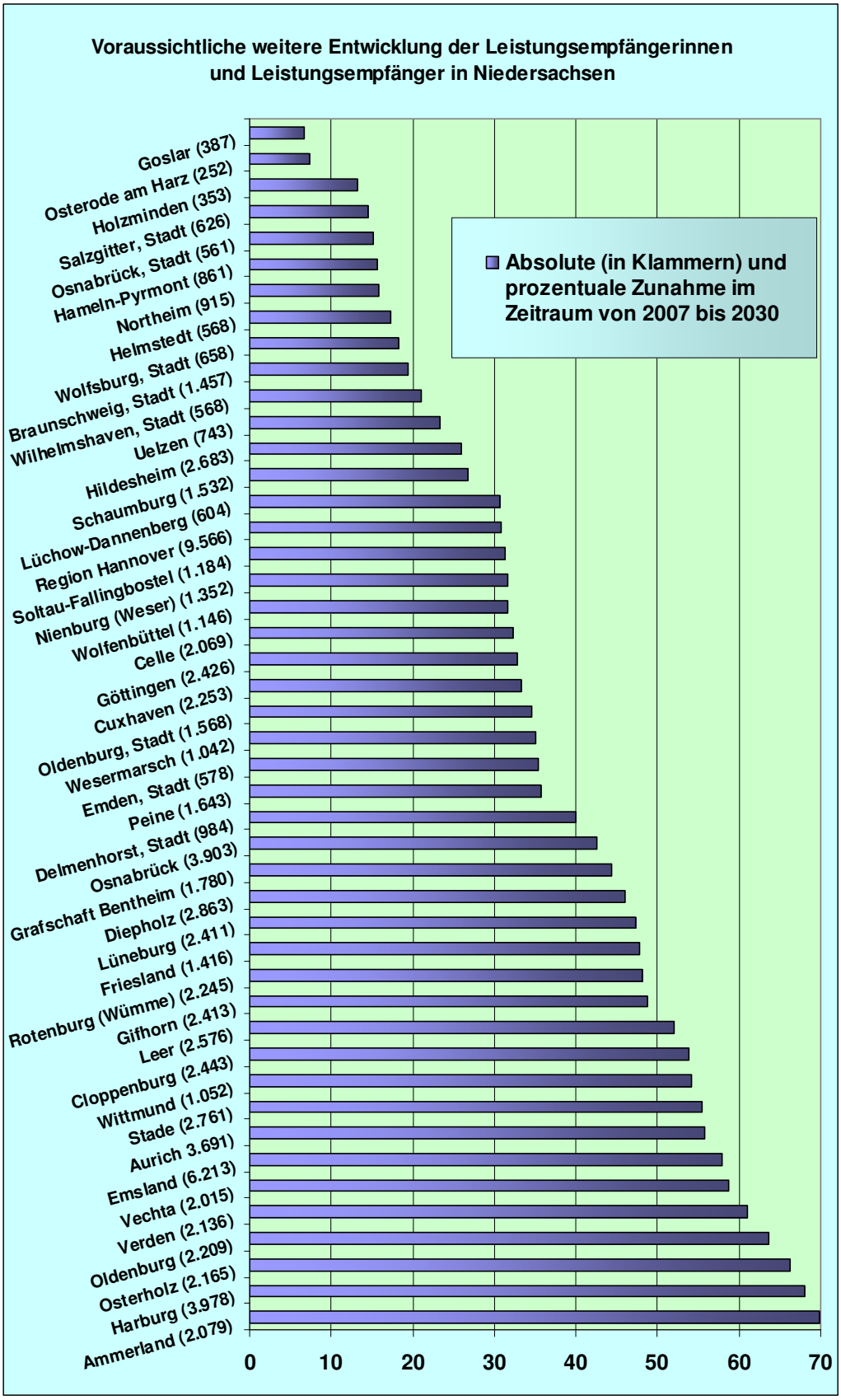
Tab. (106) Reg. Entwicklung Leistungsempfänger/-innen bis 2030 (TA)

In allen kommunalen Gebietskörperschaften kann bis 2030 ein Anstieg der Zahl Pflegebedürftiger prognostiziert werden. Die höchste absolute und prozentuale Zunahme der Zahl Pflegebedürftiger ist in dem ehemaligen Regierungsbezirk Weser-Ems (33.514, 46,1%) und die zweithöchste im ehemaligen Regierungsbezirk Lüneburg (22.549, 45,6%) zu erwarten.

Die **höchsten absoluten Zunahmen** der Zahl der Pflegebedürftigen bis 2030 hat die Region Hannover (9.566) vor dem Landkreis Emsland (6.213) und den Landkreisen Harburg (3.978), Osnabrück (3.903) und Aurich (3.691). Die **höchsten prozentualen Zunahmen** der Landkreis Ammerland (69,8%) vor dem Landkreis Harburg (68%) und dem Landkreis Osterholz (66,3%).

Hinsichtlich der Altersverteilung der pflegebedürftigen Einwohnerinnen und Einwohner in den kreisfreien Städten und den Landkreisen entsprechen die Entwicklungsbewegungen grundsätzlich den für das Land insgesamt aufgezeigten. Dasselbe gilt auch für die zahlenmäßige Entwicklung. Auf die vorangehenden Ausführungen wird insoweit verwiesen. Diese Feststellung bezieht sich allerdings nur auf die generellen Entwicklungen; von Kommune zu Kommune unterscheiden sich diese in Abhängigkeit von den spezifischen örtlichen Bedingungen in ihrer Ausprägung. Eine Bewertung der Ergebnisse der Vorausberechnung ist daher auch nur von dort in Kenntnis der örtlichen Verhältnisse möglich.

Abb. 39. Entwicklung der Leistungsempfänger 2007 - 2030



Quelle: eigene Berechnungen MS; auf Grundlage der reg. Berechnungen des LSKN

2. *Einschätzungen zur strukturellen Entwicklung*

Die in Abschnitt II.1.6 wiedergegebenen Vorausberechnungen zur zukünftigen Zahl pflegebedürftiger Menschen in Niedersachsen beruhen auf der Annahme eines gleichbleibenden Szenarios z.B. bezüglich der rechtlichen Grundlagen zur Gewährung von Leistungen nach dem SGB XI, der hiervon maßgeblich beeinflussten Nachfrage- und Angebotsbedingungen in der Pflege, der medizinischen Versorgung, der sozialräumlichen und gesellschaftsstrukturellen Verhältnisse und der kulturellen Leitvorstellungen. Diese sind aber laufender Veränderung und Entwicklung unterworfen und bedingen einander in Teilen wechselseitig.
Beispielhaft seien in diesem Zusammenhang angesprochen:

- die Änderung bzw. Ausweitung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs im SGB XI,
- ein späterer Eintritt von Pflegebedürftigkeit im Zuge der fortschreitenden Erhöhung der durchschnittlichen Lebenserwartung, gesundheitsförderlicher und präventiver Maßnahmen und verbesserter medizinischer Therapien,
- eine Veränderung der durchschnittlichen Pflegedauer beispielsweise durch die erwartbare und deutliche Zunahme von demenzerkrankten Pflegebedürftigen,
- eine Veränderung der privaten Hilfe- und Unterstützungspotentiale als Folge der demographischen und sozialen Entwicklung, der familialen und personalen Beziehungsstrukturen sowie der Erwerbstätigkeit von Frauen,
- eine Zunahme männlicher Pflegepersonen und der (Ehe-)Partnerpflege,
- technische Erleichterungen im Pflegealltag und ein vermehrter Einsatz technischer Hilfen, der beispielsweise alleinlebenden Pflegebedürftigen ein längeres Leben zu Hause ermöglicht,
- ein kompensatorisch wirkender Ausbau familienersetzender oder -ergänzender Unterstützungsstrukturen in Gestalt von Selbsthilfe, Nachbarschaftshilfe und ehrenamtlichen Betreuungs- und Unterstützungsleistungen in Verbindung mit verschiedengestaltigen Formen Betreuten Wohnens und Angeboten von Tagespflege.

Diese Aufzählung ist keinesfalls abschließend. So wird z. B. auch die Einkommens- und Vermögensentwicklung der privaten Haushalte von erheblichem Einfluss auf die

Inanspruchnahme von Pflege- und anderen Hilfeleistungen, auf die Art solcher Angebote und das Leistungsniveau sein.
Die Ergebnisse der Vorausberechnung sind insofern im Blick auf die aus Entwicklungen der vorgenannten Art resultierenden Auswirkungen auf die Nachfrage nach Pflegeleistungen ebenso wie auf die pflegerische Versorgung und die Versorgungsstruktur zu relativieren.
Ebenso wenig können hinsichtlich der vorgenannten Variablen, die auf die zukünftige Entwicklung Einfluss nehmen, sichere Prognosen abgegeben werden. Sie ermöglichen aber im Sinne von Entwicklungsszenarien Trendaussagen.

2.1 Pflegebedürftigkeit im Alter

Pflegebedürftigkeit entsteht überwiegend im Alter und besonders im hohen Alter. Ob ein ansteigendes durchschnittliches Lebensalter zu einer überproportionalen Steigerung der Zahl pflegebedürftiger Menschen führen wird oder ob mit der durchschnittlich längeren Lebenserwartung eine Verlängerung des in relativer Gesundheit verbrachten Lebensabschnitts und damit ein späterer Beginn des Auftretens von Pflegebedürftigkeit erwartet werden kann, ist eine noch nicht geklärte Frage. Viele Hinweise sprechen dafür, dass sich der Eintritt der Pflegebedürftigkeit in ein höheres Alter verschieben und die Lebensphase in relativer Gesundheit sich dadurch verlängern wird. Ob allerdings die durchschnittlich in Pflegebedürftigkeit verbrachte Zeit, die Pflegedauer, sich damit verkürzt oder verlängert, darüber gibt es wenige Erkenntnisse. Unklar ist auch, ob der Anteil der Menschen, der am Ende des Lebens pflegebedürftig wird, zu- oder abnehmen wird.

Dagegen relativ sicher ist jedoch, dass mit der Zunahme alter und hochaltriger Menschen, dem Anwachsen der älteren Generation bis 2050, eine stetige Zunahme pflegebedürftiger Menschen einhergeht. Nach heutigen Prognosen würde die Zahl pflegebedürftiger Menschen damit erst ab 2060 von einem dann zahlenmäßig sehr hohen Niveau sinken, wenn die Alterskohorten der sog. geburtenstarken Jahrgänge 1955 - 1965 allmählich versterben.

Aufgrund der angenommenen Verlängerung der Lebenserwartung, insbesondere der späteren Lebenserwartung, kann davon ausgegangen werden, dass die über 90-Jährigen in der Gruppe der Hochaltrigen prozentual den größten Zuwachs erfahren.

2.2 Private Unterstützungs- und Hilfepotentiale

In einer Untersuchung über „Möglichkeit und Grenzen selbständiger Lebensführung in Privathaushalten“, die von Infratest im Auftrage des BMFSFJ durchgeführt wurde, halten die Verfasser zusammenfassend fest:[241]

„Von einer Tendenz der Aufkündigung der Solidarität der unbeeinträchtigten und aktiv am gesellschaftlichen Leben teilnehmenden Menschen sowie Hilfebedürftigen, die entsprechende Einschränkungen aufweisen, kann in der empirischen Wirklichkeit momentan keine Rede sein. Charakteristisch ist vielmehr die weiterhin ungebrochen hohe Bereitschaft der Menschen, im Bedarfsfall persönliche Verantwortung für die Sicherung der Lebensqualität der eigenen Angehörigen zu übernehmen.“

„Nach wie vor erweist sich in Deutschland die Familie als tragende Säule der häuslich/-ambulanten Pflege. 92% der Pflegebedürftigen erhalten Hilfen aus der Familie oder Bekanntschaft**.“**

Diese sich auf eine bundesweite Untersuchung beziehenden Erkenntnisse haben auch in Niedersachsen ihre Gültigkeit. Ende 2007 erhielten 67,3% der niedersächsischen Empfängerinnen und Empfänger von Leistungen der Pflegeversicherung Leistungen der häuslichen Pflege (Pflegegeld und/oder Pflegesachleistung). Auch hier kann die empirische Erkenntnis unterstellt werden, dass selbst bei Rückgriff auf externe Hilfe z. B. durch Pflegedienste im Regelfall das Vorhandensein eines oder mehrerer verlässlicher privater Pflegepersonen zur Sicherung des Verbleibs in der eigenen Häuslichkeit bei vorliegender Pflegebedürftigkeit unerlässlich ist.[242]
Die dargestellten Erkenntnisse gelten für die Vergangenheit und für die Gegenwart.

---

241 Schneekloth U. / Wahl H. W. (2005), S. 227 ff
[242] ebenda

Zur Beantwortung der Frage, wie sich die Entwicklung in der Zukunft darstellen könnte, können folgende Einflussvariablen hinzugezogen werden:

1) die Entwicklung der Pflegebereitschaft in der Bevölkerung,
2) die Entwicklung der Pflegepotentiale in der Bevölkerung,
3) das zukünftige Erwerbsverhalten ,
4) die „Erreichbarkeit" der privaten Hilfeleistung (Haushaltsgrößen und Wohnentfernungen) und
5) die Entwicklung häuslicher Pflegearrangements.

Hierzu wird, unter Bezugnahme auf verfügbare Daten und Untersuchungen, folgendes als plausibel angenommen:

Zu 1) Entwicklung der Pflegebereitschaft in der Bevölkerung

In den vergangenen Jahren haben sich die privaten Pflegearrangements stärker ausdifferenziert. So sind beispielsweise private Pflegearrangements, in denen die Hauptpflegepersonen Nachbarn, Freunde oder Bekannte sind, seit Anfang der 90-iger Jahre von 4% auf 8% gestiegen. Immerhin 11% der pflegebedürftigen Menschen werden in der Regel stundenweise in der Woche von ehrenamtlichen Helferinnen und Helfern betreut. Damit kann angenommen werden, dass sich aufgrund veränderter Lebensbezüge zunehmend über die Familie hinausgehende informelle Pflegepotentiale im Rahmen von sog. „Nahraumsolidarität[243]" erschließen lassen und sich Unterstützungsarrangements entwickeln, die in wachsendem Umfang auch von Ehrenamtlichen mitgetragen werden.

Allerdings gilt auch: Nach wie vor bilden die engeren Angehörigen, (Ehe-)Partner/-innen, Kinder oder Schwiegerkinder die bei weitem größte Gruppe der Pflegenden.[244] Überwiegend pflegen Personen, die bereits 50 Jahre und älter sind und in zunehmender Zahl auch Personen - zumeist Frauen, die selbst 80 und mehr Jahre alt sind - ihre hochbetagten (Ehe)Partner und Eltern. Es ist angesichts o.g.

---

[243] Blinkert, B,. Klie, T., 2004

244 Schneekloth, a. a. O.

empirischer Befunde bezüglich innerfamiliärer Pflegebereitschaft anzunehmen, dass eine Pflegebereitschaft auch künftig grundsätzlich bestehen bleiben wird.
Eine Entscheidung zur Übernahme von Pflegeverantwortung wird nicht nur moralisch im Sinne einer Verpflichtung begründet. Es wird davon ausgegangen, dass ebenso gegenseitige Anerkennung, Solidarität, Gefühle familialer Verbundenheit sowie Liebe, Dankbarkeit und Gerechtigkeitsaspekte Motive dafür sind.

In einer Untersuchung aus dem Jahr 2004 wurde festgestellt, dass die Bereitschaft zum „Selberpflegen" je nach sozialen Milieus unterschiedlich ausgeprägt ist[245]. So konnte die größte Bereitschaft zum „Selbstpflegen" im „traditionellen Unterschicht-Milieu" und die geringste im „liberal-bürgerlichen Milieu" festgestellt werden. Diese bei 40- bis 60-Jährigen erfragten Einstellungen sagen jedoch nicht unbedingt etwas über tatsächliches Verhalten aus, wenn die Befragten tatsächlich mit Pflegebedürftigkeit bei nahen Angehörigen konfrontiert sind.

Erwartungen Pflegebedürftiger

Der AOK-Trendbericht Pflege II kommt in einer bundesweit repräsentativ angelegten Studie zu folgenden Ergebnissen[246]. In einer schriftlichen Befragung von AOK-Leistungsempfängerinnen und -empfängern, die zu Hause gepflegt werden, bestätigt sich der bereits 2002 abzeichnende Trend, dass immer weniger Menschen, die selber von Pflegebedürftigkeit betroffen sind, die Pflegeübernahme als eine moralische Pflicht Angehöriger ansehen. Auch gegenüber dem Ehepartner/ der Ehepartnerin sehen immer weniger Menschen den moralischen Anspruch, sich im Fall der Pflegebedürftigkeit gegenseitig zu pflegen. Ein zwanghafter Charakter normativer Verpflichtungen verliert offensichtlich an Bedeutung. Stattdessen setzt sich nach Erkenntnissen dieser Studie immer mehr das Recht auf Selbstbestimmung des pflegebedürftigen Menschen durch. Für betroffene Menschen scheint dabei von Bedeutung zu sein, dass die Pflegeversicherung Optionen ermöglicht, ein Leben mit Pflegebedürftigkeit auch ohne ausschließliche Angehörigenunterstützung im eigenen Haushalt führen zu können.

---

245 Blinkert, B,. Klie, T., 2004
246 Runde, P., u.a., AOK-Trendbericht Pflege II - Entwicklungen in der häuslichen Pflege seit Einführung der Pflegeversicherung - Hamburg, August 2009

Zu 2) Entwicklung der Pflegepotentiale in der Bevölkerung

Es ist also nicht vorrangig eine festzustellende nachlassende Pflegebereitschaft, die auf ein sinkendes privates Hilfe- und Pflegepotential hindeuten könnte. Bedeutsam ist in diesem Zusammenhang vielmehr der erwartete substantielle Rückgang des familiären Unterstützungspotenzials, der Zahl der potentiell für die Pflege verfügbaren Personen.

Angesichts der Altersverhältnisse zwischen den pflegebedürftigen Personen und den Pflegepersonen kann eine Aufgabe von Pflege und Betreuung schwerpunktmäßig von Personen übernommen werden, die sich selbst in der zweiten Lebenshälfte befinden. Betrachtet wird darum die Entwicklung bei der Altersgruppe der 40 - bis unter 65-Jährigen und der 65- bis unter 80-Jährigen.
Bei zugrunde gelegter Bevölkerungsprognose (Variante 1 W1) wird sich die Bevölkerungsgruppe der 40- bis 65-Jährigen in Niedersachsen bis 2030 um etwa 15,4% und bis 2060 um etwa 33,8% verringern. Dagegen wird sich die Gruppe der 65- bis 80-Jährigen zunächst bis 2030 um 23,8% erhöhen und sich erst von 2030 bis 2060 um 23,1% verringern.

Im Ergebnis kann festgehalten werden:

- Mittelfristig bis etwa 2030 nimmt das für die Übernahme häuslicher Pflegeaufgaben grundsätzlich in Betracht kommende Bevölkerungspotential in der Gruppe der 40- bis 65- Jährigen um 440.200 (rd. 15%) ab und in der Gruppe der 65- bis 80-Jährigen um 294.300 (knapp 24%) zu.
- Langfristig bis 2060 wird das private Pflegepotential in der Bevölkerung in der Gruppe der 40- bis 65- Jährigen um 967.100 (rd. 34%) sinken und bei den 65- bis 80-Jährigen sich wieder auf dem zahlenmäßigen Niveau von 2008 befinden.
- Unter Annahme einer konstanten Pflegebereitschaft und weitgehend unveränderter Rahmenbedingungen kann grundsätzlich davon ausgegangen werden, dass kurzfristig bis 2020 eine gleichbleibende Zahl von privaten Pflegepersonen vorhanden ist bzw. diese sich sogar leicht erhöhen kann; mittelfristig beginnt das private Pflegepotential zu schrumpfen, langfristig wird informelles, intrageneratives Pflegepotential nicht mehr im derzeitigen Umfang

die häusliche Pflege übernehmen bzw. unterstützen können. Eine abnehmende Verfügbarkeit von Angehörigen für häusliche Pflegetätigkeiten wird voraussichtlich ab 2020 und deutlicher ab 2030 die formelle pflegerische Versorgungsstruktur landesdurchschnittlich prägen.

- Die Binnenstruktur der Familie verändert sich unter demographischen Gesichtspunkten ebenfalls. Die vergleichsweise wenigen und späten Geburten und eine verlängerte Lebenserwartung führen zur Struktur der Mehrgenerationenfamilie mit wenigen Mitgliedern auf jeder Generationenebene (sog. Bohnenstangenfamilie). Darüber hinaus sind Familien unterschiedlicher geworden; alternative Lebensformen haben zunehmend Verbreitung gefunden. Für eine Einschätzung, wie sich diese Entwicklungen auf zukünftige Pflegepotentiale auswirken werden, gibt es weder Erfahrungen noch für eine Bewertung ausreichende Anhaltspunkte.
- Es gibt erhebliche regionale Unterschiede bei der Betrachtung demographischer und sozialer Entwicklungen in Niedersachsen, welche in den verschiedenen Landkreisen und kreisfreien Städten sorgfältig analysiert werden sollten, da die Ermittlung von Pflegepotentialen in der Bevölkerung Erkenntnisse über notwendige zukünftige pflegerische Versorgungsstrukturen bzw. Entwicklungstendenzen und --zeiträume liefern kann.

Zu 3) Zukünftiges Erwerbsverhalten

Im Zusammenhang mit der Übernahme privater Pflege und Betreuung stellt sich grundsätzlich die **Frage der Vereinbarkeit von Pflege und Erwerbstätigkeit**. Insoweit ist sie für die Einschätzung der Entwicklung der privaten Unterstützungs- und Hilfepotentiale von erheblicher Relevanz. Für die derzeitige Situation ergibt sich folgendes Bild:

- Annähernd drei Viertel der Hauptpflegepersonen (73%) sind Frauen. Personen mittleren und höheren Alters stellen die größte Gruppe der privaten Pflegepersonen dar. Ein Drittel der privaten Hauptpflegepersonen sind 65 Jahre und älter, mehr als ein Viertel (27%) zwischen 55 und 64 Jahre alt. [247]

247 BMFSFJ / TSN Infratest Sozialforschung: Leben mit Hilfe und Pflege zu Hause - Möglichkeiten und Grenzen -; Zentrale Ergebnisse des Forschungsprojekts MuG III im Überblick; Abschlusstagung des Forschungsverbundes, Berlin, 16. Juni 2005, unveröffentlicht.

- Hauptpflegepersonen sind zu 28% Ehepartner/-innen, 26% Töchter, 12% Mütter, 10% Söhne und zu 6% Schwiegertöchter.

- Von den Hauptpflegepersonen im erwerbstätigen Alter von 15 bis 64 Jahren sind 19% vollzeitbeschäftigt, 15% teilzeitbeschäftigt und 6% geringfügig beschäftigt. Für derzeit rd. 40 Prozent der Pflegepersonen kann insofern angenommen werden, dass sich die Frage der Vereinbarkeit von Erwerbstätigkeit und Pflege stellt.[248]

Es ist davon auszugehen, dass die Erwerbsbeteiligung von Frauen zukünftig noch stärker als bisher steigen wird. Das gilt auch für Frauen im Alter von 50 bis 64 Jahren.
Aufgrund der schrittweisen Erhöhung des Renteneinstiegsalters auf 67 Jahre wird die Lebensarbeitszeit verlängert und stellt sich die Vereinbarkeit von Beruf und Pflege zukünftig für eine wachsende Zahl potentiell Pflegender - nicht nur für Frauen sondern zunehmend auch für Männer. Schon heute sind Erwerbstätige länger in Beschäftigungsverhältnissen tätig als noch vor 10 Jahren.
Damit wird deutlich, dass verstärkte Anstrengungen notwendig werden, um eine Pflege von Angehörigen geschlechterübergreifend für berufstätige Personen und im Rahmen von „work-life-balance"- Konzepten zu eröffnen und zu erleichtern. Eine gelingende Vereinbarkeit von beruflichen Anforderungen und familialen Pflegeaufgaben darf auch zukünftig nicht auf Kosten der physischen und psychischen Gesundheit von Pflegepersonen gehen.

In welchem Umfang die dargestellten Entwicklungen Auswirkungen auf die private Pflegetätigkeit haben wird, ist nicht bezifferbar. Das wird nicht zuletzt von entsprechenden Maßnahmen zur Vereinbarkeit von Erwerbstätigkeit und Pflege bestimmt werden. Nach einer Studie des BMFSFJ[249] wünschen Beschäftigte in diesem Kontext ihre familialen Verpflichtungen und ihr berufliches Engagement miteinander verbinden zu können. An dieser Stelle sind auch Betriebe gefordert, entsprechende Freistellungsmöglichkeiten insbesondere ihren Beschäftigten und

248 Infratest Sozialforschung München, Hilfe- und Pflegebedürftige in Privathaushalten in Deutschland 2002: 20
249 BMFSFJ (Hg.), Erwartungen an einen familienfreundlichen Betrieb, Berlin, 2004

potentiellen Pflegepersonen im Rahmen des PflegeZG einzuräumen. Vor diesem Hintergrund scheint auch eine stärkere professionelle Ergänzung privater Pflegearrangements, insbesondere von Pflegediensten und Tagespflegeeinrichtungen, in Zukunft unverzichtbar. Eine verbesserte Vereinbarkeit von Erwerbsarbeit und Pflegen setzt lokale Infrastrukturangebote für Pflegebedürftige[250] voraus, die den Pflegenden spürbare Entlastung in Form von qualifizierten Leistungen ermöglicht.

Zu 4) „Erreichbarkeit" der privaten Hilfeleistung (Haushaltsgrößen und Wohnentfernungen)

Bundesdeutsche Haushalte haben einen tiefgreifenden Wandel erfahren: Durchschnittlich 2,2 Personen leben in einem gemeinsamen Haushalt, 1996 waren es noch 2,5 Personen. Für die Zukunft ist weiterhin zu erwarten, dass in der zweiten Hälfte vor allem Eingenerationenhaushalte dominieren werden[251]. Die Beziehungen zwischen den Generationen werden also künftig noch weniger im unmittelbaren Zusammenhang und gemeinsamen Wirtschaften innerhalb desselben Haushalts realisiert werden.

Es hat sich eine dominierende Familienform entwickelt, die dadurch gekennzeichnet ist, dass jede Generation für sich allein wohnt und haushaltet, die sog. „multilokale Mehrgenerationenfamilie[252]". Multilokalität bedeutet in diesem Zusammenhang, dass die einzelnen Familienmitglieder räumlich getrennt voneinander leben, beispielsweise in der gleichen Straße oder auch in verschiedenen Städten. Es bedeutet jedoch nicht, dass dies mit einer abnehmenden Solidarität zwischen den Generationen verbunden sein muss. Familie kann also als ein haushaltsübergreifendes Gebilde betrachtet werden. Bei den 70- bis 85-Jährigen lebt das nächstwohnende Kind zu 22% im selben Haus, die Hälfte im selben Ort und etwa ein Drittel weiter entfernt[253].

250 Deutsche Bank Research, Universität Freiburg, Blinkert, B., Deutsche Pflegeversicherung vor massiven Herausforderungen, März 2009
251 Deutsches Zentrum für Altersfragen (DZA), Der Alterssurvey - Familie und Generationen im Wandel
252 Bertram, H. (2000)
253 Deutsches Zentrum für Altersfragen (DZA), s.o.

Die Pflege im Haushalt von Angehörigen, insbesondere wenn es sich dabei um eine Mietwohnung handelt, geht nach einer aktuellen Untersuchung zurück[254]. 1997 lebten noch 45% der Pflegebedürftigen bei ihren Angehörigen; 2009 ist dieser Anteil auf 35% zurückgegangen. Vor allem die Pflege in der Mietwohnung bei Angehörigen ist rückläufig, während stattdessen die Pflege im eigenen Haus oder in der eigenen Eigentumswohnung an Stellenwert gewinnt. Dieser Trend dürfte insbesondere darauf zurückzuführen sein, dass in der älteren Generation zunehmend Privatbesitz vorhanden ist. Es ist daher naheliegend, dass die Attraktivität des Weiterlebens im Eigenheim mit körperlichen und psychischen Einschränkungen als auch Pflegebedürftigkeit sehr hoch ist. Der Rückgang der Pflege in der Mietwohnung bei Angehörigen ist in kleinstädtischen und in ländlichen Regionen festzustellen[255].

Die Entwicklung der Haushaltsgrößen und Wohnsituation hat Konsequenzen für die Pflegearrangements, denn mit den Wohnformen der Pflegebedürftigen verbinden sich typische Pflegearrangements[256]. Neben einer (Ehe-)Partnerpflege gewinnen im eigenen Wohneigentum andere Pflegearrangements an Bedeutung: die Pflege durch einen Pflegedienst, private organisierte Pflegepersonen und Pflegepersonen aus dem persönlichen Nahraum, die nicht dem Verwandtenkreis zugerechnet werden können.

Die Verringerung der Haushaltsgrößen und familiale Multilokalität hat nicht zwangsläufig eine Verringerung des privaten Hilfepotentials bei Pflegebedürftigkeit zur Folge. Dies haben die Untersuchungen zu Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung in privaten Haushalten (MuG III) deutlich erkennen lassen.[257] Obwohl dort bei den untersuchten Haushalten der Anteil der pflegebedürftigen Personen, die allein leben, in der letzten Dekade von 20% auf 31% gestiegen ist, wurden auch diese Veränderung in der Haushaltszusammensetzung durch das private Hilfenetz „aufgefangen".[258] Anders wäre auch nicht zu erklären, warum in Niedersachsen bei der dargestellten Entwicklung der Haushaltsgrößen die Zahl der Empfängerinnen und Empfänger von Leistungen der häuslichen Pflege

254 AOK-Trendbericht Pflege II, Universität Hamburg, Runde, R. u.a., Entwicklungen in der häuslichen Pflege seit Einführung der Pflegeversicherung, Hamburg, August 2009
255 ebenda
256 ebenda
257 Schneekloth, U., 2005
258 ebenda, S. 231

zwischen Ende 2003 und Ende 2007 gestiegen ist und - bei einer Steigerung der Zahl aller Leistungsempfängerinnen und Leistungsempfänger in diesem Zeitraum - sich auch anteilig nur wenig verändert hat.[259]

Nach den Erkenntnissen aus der MuG III - Studie können diese „singularisierten Lebensformen“ funktionieren, weil die Mehrheit der privat gepflegten Personen über eine private Hauptpflegeperson verfügt, die zum Teil im gleichen Haus, mehrheitlich jedoch nicht weiter als 10 Minuten entfernt wohnt und die Betreuung und Versorgung organisiert.[260] Die Autoren des Berichts zu MuG III sprechen in diesem Zusammenhang von „Intimität auf Distanz“, die vor dem Hintergrund sich verändernder familiärer Lebensformen realisiert wird.[261]

Zusammenfassend ist daher für den Einfluss der Entwicklung der Haushaltsgrößen und Wohnentfernungen anzunehmen, dass diese nicht zu einer wesentlichen Abnahme des privaten Hilfepotentials bei Pflegebedürftigkeit führen wird.

Zu 5) Entwicklung häuslicher Pflegearrangements

Zwei Drittel aller Leistungsempfängerinnen und -empfänger werden im häuslichen Umfeld betreut und gepflegt. Schwerpunktmäßig nahe Angehörige, aber auch Nachbarn, Freunde, Bekannte und fernere Verwandte übernehmen oder unterstützen ihre häusliche Versorgung. Untersuchungen häuslicher Pflegearrangements verweisen auf ein hoch ausgeprägtes persönliches Engagement in der Betreuung von Pflegebedürftigen[262]. Darüber hinaus wurde deutlich, dass überwiegend die 45 - bis 70 - jährigen Frauen in Pflegetätigkeiten involviert sind und sich auch die über 60 - jährigen Männer überdurchschnittlich an Pflegeaufgaben beteiligen. Die private Form der Hilfeleistung und Unterstützung im Pflegefall trifft auch das Selbstverständnis und den Wunsch der Gepflegten wie der Pflegenden.

---

259 siehe hierzu Tab. I.1.1./1a, Anhang.
Diese vor allem auf die Zunahme vollstationärer Pflege zurückzuführende Abnahme der privat organisierten Pflege ist, wie dargestellt (Abschnitt I.1) im Wesentlichen auf Verschiebungen im Schweregrad der Pflegebedürftigkeit in Richtung auf Pflegestufe II und auch Pflegestufe III (s. Tab. I.1.1/1a) und insofern auf Überlastungen der Pflegenden als auf die Veränderung des privaten Pflegepotentials als Folge der Abnahme der Haushaltsgrößen zurückzuführen. Von erheblicher Bedeutung ist dabei auch die Zunahme an altersbedingten Fähigkeitsstörungen (Altersdemenz). Altersdemenzen sind der häufigste Grund für einen Wechsel aus der privaten in die vollstationäre Pflege (s. auch Abschnitt I.1.3.3).
260 Schneekloth et al., 2005, S. 231
261 ebenda
262 Infratest Sozialforschung, 2002, zitiert von: Klie, Th., Blinkert, B., Solidarität in Gefahr?, Hannover, 2004, S. 14

Die Bereitschaft zur privaten Pflege ist ungebrochen.[263] Dieses Potential gilt es, im Blick auf die demographische Entwicklung ebenso wie unter sozialpolitischen und ethischen Aspekten, zu erhalten und zu fördern.

Es ist jedoch davon auszugehen, dass traditionelle Pflegebeziehungen, welche eher von normierten Vorstellungen familialer Pflichterfüllung geprägt sind und herkömmlichen Rollenerwartungen folgen, sehr wahrscheinlich im Verhältnis zu modernen familialen Pflegeentwürfen an Bedeutung in häuslichen Pflegearrangements verlieren werden. Während derzeit der Bezug von Pflegegeld in relativen Zahlen mit rd. 100.000 Pflegearrangements stabil bleibt, sinkt er im Anteilsverhältnis zu allen Leistungsarten langsam und steigt gleichzeitig der Anteil von häuslichen Pflegearrangements, die Kombinationsleistungen oder ausschließlich Pflegesachleistungen in Anspruch nehmen.

Obwohl in der Vergangenheit bereits erhebliche Anstrengungen unternommen wurden, kann bezüglich der ergänzenden Angebote an professionellen, organisierten ehrenamtlichen sowie informellen Beratungs-, Hilfe- und Unterstützungsleistungen bislang nicht von einem befriedigenden Entwicklungsstand gesprochen werden. Diese Einschätzung wird von der Mehrzahl aller Landkreise und kreisfreien Städte in Niedersachsen geteilt. Die Angebote im Vor- und Umfeld von Pflege werden von 67% der kommunalen Gebietskörperschaften als unzureichend, defizitär oder schwierig einzuschätzen bewertet. Die Versorgung mit Angeboten der Tagespflege wird nur von 20% als ausreichend beschrieben.

Auch die Bereitschaft von Teilen privater Pflegepersonen und pflegebedürftigen Personen unterstützende Angebote in Anspruch zu nehmen, die Sinnhaftigkeit und Nützlichkeit solcher Hilfen zu erkennen und dementsprechend nachzufragen, ist nicht deckungsgleich mit pflegefachlichen Empfehlungen zur nachhaltigen Sicherung häuslicher Pflegearrangements. Praxiserfahrungen beispielsweise im Rahmen der Implementierung niedrigschwelliger Betreuungsangeboten zufolge fehlt es innerfamiliär insofern weniger an einer „Kultur des Helfens“ (§ 8 Abs. 2 Satz 3 SGB

263 u. a. Schneekloth et al.; siehe Abschnitt II.2.2

XI) als vielmehr an einer „Kultur des ‚sich helfen lassens'„.[264] Beratungsleistungen, Pflegetrainings und -kurse werden bei weitem noch nicht in dem Umfang angeboten und genutzt, wie es im Sinne von Kompetenzerweiterung und Selbstpflege von Pflegepersonen angeraten ist. Nach wie vor fehlt es an regelhaften, nahräumigen und zugehenden Beratungsangeboten für pflegebedürftige Menschen und ihre Pflegepersonen.

Die Ermöglichung familialer Pflegeoptionen und Stabilisierung privat unterstützter Pflegearrangements wird zukünftig stärker im Kontext des Umfangs, der Qualität und der klienten- und familiengerechten Vermittlung von externen professionellen und freiwilligen bzw. ehrenamtlichen Dienst-, Beratungs- und Betreuungsleistungen stehen.[265]

Zusammenfassung

Für die kommenden Jahre bis 2020 ist nach derzeitiger Erkenntnislage nicht mit einem Rückgang des privaten Pflege- und Hilfepotentials zu rechnen. In den Jahren ab 2020, jedoch spätestens ab 2030 ist mit einem allmählichen Absinken des Pflegepotentials, insbesondere in der intergenerationellen Angehörigenpflege zu rechnen. Die Bedeutung professioneller Pflegeangebote - ambulanter, teilstationärer und stationärer Art - wird nach heutiger Einschätzung mit dem Rückgang privater Pflegepotentiale deutlich steigen.

Weitere Perspektiven für ein häusliches Pflegearrangement ergeben sich dort, wo es gelingt, berufliche Pflege und verfügbare Potenziale von privaten Hauptpflegepersonen, freiwillig Engagierten sowie der Gesundheits- und Assistenzberufe zu kombinieren[266].

2.3 Institutionelle Pflege und komplementäre Versorgung

Seit 1999 bezogen auf einem relativ konstanten Niveau rd. 100.000 Leistungsempfängerinnen und -empfänger Pflegegeld. Ende 2007 betrug ihr Anteil

264 Schneekloth et al., 2005 , S. 233
265 In diesem Sinne auch die Ergebnisse von MuG III, S. 230 ff
266 Mittnacht, B., Qualitätsentwicklung und Nachhaltigkeit im Kontext häuslicher Pflegearrangements, Lage, 2010, S. 23ff

an den Gesamtleistungen rd. 44%. Der Anteil der Kombinationsleistungen lag in den Jahren von 1999 bis 2007 zwischen rd. 13% und knapp 16% mit einer abnehmenden Tendenz Ende 2007 (13,4%). Pflegesachleistungen haben den stärksten Zuwachs an Anteilswerten von 6% auf knapp 10% erfahren. Ähnlich stark wuchs der Anteil an Dauerpflege im genannten Zeitraum von knapp 29% auf 31%.
Überträgt man diese Entwicklungen im Sinne einer Fortschreibung der Anteilsverhältnisse auf die für 2020 auf der Berechnungsgrundlage der Variante 1 W1 der 12. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung berechneten Zahl pflegebedürftiger Personen, ergeben sich die folgenden Werte:

Entsprechend dem prognostizierten Anstieg aller Pflegebedürftigen steigt die Zahl der Leistungsbezieherinnen und Leistungsbezieher bis 2020 auf 306.597 an.
Die Zahl der Pflegegeldempfängerinnen und -empfänger läge dann mit rd. 100.000 bei einem Anteil von 32,6%. Rund 206.000 Leistungsempfängerinnen und -empfänger würden Kombinations-, Pflegesach- oder stationäre Pflegeleistungen in Anspruch nehmen. Entsprechend der Entwicklungen im Vergleichzeitraum 1999 bis 2007 blieben Kombinationsleistungen bei einem Anteil von 15%, Pflegesachleistungen würden auf einen Anteil von 15% und Dauerpflege auf 35% anwachsen. In relativen Zahlen würden 46.000 Pflegebedürftige Kombinationsleistungen wählen, ebenfalls 46.000 Pflegesachleistungen und rd. 107.000 stationäre Pflegeleistungen. Die Zahl der Pflegebedürftigen, die Kurzzeit-, Tages- und Nachtpflegeangebote nutzten, läge bei rd. 7.500 und hätte sich damit seit 2007 knapp verdoppelt.
Im Vergleich mit der Zahl von Leistungsempfängerinnen und -empfängern Ende 2007 würden Kombinationsleistungen zu 41% mehr nachgefragt, hätten sich Pflegesachleistungen ungefähr verdoppelt und stationäre Leistungen würden um 42% mehr nachgefragt.
Relativierend sei darauf hingewiesen, dass diese Überschlagsberechnung von status-quo Annahmen ausgeht und damit lediglich **Modellcharakter** hat.

2.4 Personal

Mit steigender Zahl der pflegebedürftigen Menschen wird grundsätzlich auch die Inanspruchnahme von professionellen Hilfen und damit der Bedarf an professionellen

Fach- und Hilfskräften in der Pflege und Betreuung wachsen. Angesichts der prognostizierten Entwicklungen ist davon auszugehen, dass ein Trend zur vollstationären Pflege dauerhaft anhält und sich ab 2030 verstärkt, der Anteil familialer Pflege ohne Sachleistungsbezug prozentual weiter abnehmen wird und die Zahl der Sachleistungsempfängerinnen und -empfänger (mit und ohne Pflegegeldbezug) weiter zunehmen wird[267]. Ein steigender Anteil von stationärer Heimpflege und ambulanter bzw. teilstationärer Pflege bewirken zusammen genommen tendenziell steigende Beschäftigungszahlen in der Langzeitpflege.

Personalbedarf

Für die folgende überschlägige Abschätzung, die nicht mehr als Modellcharakter haben kann, wird von einer Fortschreibung des derzeitigen Versorgungsstandes mit Personal in den Pflegediensten und Pflegeheimen (ohne Berücksichtung des Arbeitszeitumfanges und der Art der Tätigkeit) und von den unter II.1.3.2 und II.2.1 dargestellten alternativen Entwicklungen der Zahl der pflegebedürftigen Menschen ausgegangen.

Personal gesamt (Fach- und Hilfspersonal)

Zum Fach- und Hilfspersonal in Pflegeeinrichtungen werden **alle** Beschäftigten in den Tätigkeitsbereichen, Pflege, Betreuung, Hauswirtschaft, Haustechnik, Verwaltung und Geschäftsführung gerechnet. Ende 2007 waren in Niedersachsen insgesamt 89.002 Personen beschäftigt, 24.033 hiervon (27%) in Pflegediensten, 64.969 (73%) in (teil-)stationären Einrichtungen. Sie pflegten, versorgten und betreuten insgesamt 134.986 im Sinne von SGB XI pflegebedürftige Menschen, welche Kombinationsleistungen, Pflegesachleistungen oder (teil-)stationäre Pflegeleistungen bezogen haben. Im Verhältnis der Anzahl aller Beschäftigten in Pflegeeinrichtungen zu der Anzahl von Leistungsempfängerinnen und -empfänger (mit Ausnahme derjenigen mit Pflegegeldbezug) kamen auf eine/n Beschäftigte/n durchschnittlich 1,51 betreute Personen. Bei den Pflegediensten betrug das Verhältnis 1:2,32, in der (teil-)stationären Pflege 1:1,21.

[267] Siehe dazu auch Schnabel, R. (2007). Zukunft der Pflege. Universität Duisburg-Essen, S. 17 ff

Unter Fortschreibung dieser Verhältnisse lässt sich für die Annahmen zur voraussichtlichen Entwicklung auf der Basis der 12. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung Variante 1 W1 der Zahl der pflegebedürftigen Menschen für das Jahr 2020 folgender Personalbedarf errechnen:

Tab. (107) Entwicklung des Personalbedarfs auf der Grundlage der Var. 1 W1

Art der Pflegeeinrichtung	Annahme zur Zahl der Pflege-bedürftigen 2020 1)	Personalbedarf 2007	Personalbedarf 2020	Differenz zu 2007
Pflegedienste	92.000	24.033	33.824	9.791
(teil-)stationäre Pflege	114.500	64.969	94.628	29.659
insgesamt	206.500 1)	89.002	128.452	39.450

1) siehe Tabelle II.1.3.1-4a Voraussichtliche Entwicklung der Zahl der pflegebedürftigen Menschen in Niedersachsen bis 2060, Berechnungen nach der Variante 1 W1

Quelle: eigene Berechnungen MS

Zusammengenommen müssten danach im Jahr 2020 39.450 mehr Beschäftigte in Pflegediensten und (teil-)stationärer Pflege als 2007 tätig sein; das entspricht einem Zuwachs von 44,3%. Davon würden auf die Pflegedienste 9.791 Personen (40,7%), auf die (teil-)stationären Einrichtungen 29.659 Personen (45,6%) entfallen.

Fachpersonal

Unter Zugrundelegung der gleichen modellhaften Annahmen ergeben sich für das Fachpersonal folgende Schätzungen: Ende 2007 machten Pflegefachkräfte in Pflegediensten 51,2%, in Pflegeheimen 32,2% des gesamten Personals aus. Bei Übertragung dieser Situation auf die Zukunft würde der folgende Bedarf an Fachkräften anzunehmen sein.

Tab. (108) Entwicklung des Fachpersonalbedarfs bis 2020 auf der Grundlage der Var. 1 W1

Art der Pflegeeinrichtung	Annahme zur Zahl der Pflegebedürftigen	Altenpfleger/-innen Gesundheits- und (Kinder-) Krankenpflegerinnen und -pfleger
Pflegedienst	92.000	17.076
(teil-)stationäre Pflege	114.500	30.165
insgesamt	206.500	47.241

Quelle: eigene Berechnungen MS

Bis 2020 müssten rd. 47.000 Altenpflegerinnen und Altenpfleger bzw. Gesundheits- und Krankenpflegerinnen / -pfleger eingesetzt werden, um den derzeitigen Versorgungsgrad mit Pflegefachkräften in den Pflegediensten und Pflegeheimen zu erhalten. Das sind rechnerisch rd. 14.500 Altenpfleger/-innen und Gesundheits- und Krankenpfleger/-innen mehr als im Jahr 2007 eingesetzt waren. In dieser Modellrechnung ist der Ersatzbedarf für zwischenzeitlich aus Altersgründen ausscheidende Fachkräfte in den Pflegediensten und -heimen nicht einbezogen.

Aufgrund der Entwicklungen im Krankenhausbereich werden im akutpflegerischen Bereich Veränderungen zu erwarten sein, die vorraussichtlich Einfluss auf den Stellenmarkt v.a. von Gesundheits- und Krankenpfleger/-inne/n nehmen können. Das Krankenhausfinanzierungsreformgesetz (KHRG), welches am 25. März 2009 in Kraft getreten ist, beinhaltet ein Förderprogramm zur Verbesserung der Situation des Pflegepersonals in Krankenhäusern. Die zuletzt im Krankenhaussektor zu verzeichnende Stellenentwicklung soll gemäß § 4 Abs. 10 KHRG durch eine Förderung von Neueinstellung oder Aufstockung vorhandener Teilzeitstellen von ausgebildetem Pflegepersonal verbessert werden.

Angesichts der Tatsache, dass die o. g. Berechnung auf einer Reihe von Annahmen beruht, deren Wahrscheinlichkeit nicht näher belegt werden kann, wird die tatsächliche Entwicklung laufend zu beobachten sein. Der Landesarbeitskreis „Personalinitiative Pflege“ erscheint hierfür das geeignete Gremium.

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass sich durch den Anstieg der Zahl von Pflegebedürftigen sowie den dadurch erhöhten Sachleistungsbezug und vermehrte Heimpflege der Bedarf an Pflegefachkräften und an Hilfskräften im ambulanten und im (teil-)stationären Bereich bis 2020 deutlich erhöhen wird.

3. Personen mit besonderem Hilfebedarf

3.1 Kinder

Die Zahl der pflegebedürftigen Kinder wird - unter der Annahme im Übrigen unveränderter Rahmenbedingungen z. B. hinsichtlich des Verfahrens zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit - in Abhängigkeit von der bevölkerungs-strukturellen Entwicklung abnehmen. Je nach Annahme zur künftigen Bevölkerungs-entwicklung wird die Zahl von derzeit etwas über 7.047 bis zum Jahr 2030 auf eine Zahl von rd. 5.420 bzw. rd. 5.562 Kindern (12. koordinierte. Bevölkerungsvorausberechnung) sinken. Bis zum Jahr 2060 ist eine weitere kontinuierliche Abnahme auf 4.299 bzw. 4.716 Kinder (12. koordinierte. Bevölkerungsvorausberechnung) zu erwarten. **Insgesamt** ist dies **gegenüber heutigem Stand eine Verringerung um ca. 2.748 bzw. 2.331 Kinder entsprechend 39% bzw. 33%.**

Hinsichtlich der Annahmen zur Vorausberechnung wird auf Abschnitt II.1.1, hinsichtlich der Vorausberechnungsergebnisse nach 10-Jahres-Schritten auf II.1.3.2 verwiesen.
Das Vorausberechnungsergebnis ist unter dem Aspekt der Gewährleistung einer ausreichenden Pflege und Betreuung der Kinder insbesondere in den dünner besiedelten Regionen des Landes von Bedeutung.

3.2 Personen mit demenziellen Erkrankungen

Alle Berechnungen, die sich mit der zukünftigen Entwicklung der Zahl der Menschen mit einer demenziellen Erkrankung befassen, gehen angesichts der zunehmenden

Alterung der Bevölkerung Deutschlands und einer nach wie vor zunehmenden Lebenserwartung von einer erheblichen Steigerung dieses Personenkreises aus.

Die zuletzt in Deutschland veröffentlichten Daten basieren noch auf der 11. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung[268]. Danach werden für 2020 bundesweit 1.545.000, für 2030 1.824.000, 2040 2.197.000 und 2050 2.620.000 an einer Demenz erkrankte Menschen prognostiziert. Diese Prognosen unter der Annahme des pauschalen Erfahrungswertes von 10 Prozent auf Niedersachsen übertragen, wäre in den genannten Jahren mit einer Zahl demenziell erkrankter älterer Menschen in Höhe von 154.500 (2020), 182.400 (2030), 219.700 (2040) und 262.000 (2050) zu rechnen. Diese Zahlen werden aus Prävalenzraten und Bevölkerungsvorausberechnungen berechnet.
Nach Informationen von Alzheimer Europe[269] haben sich nach aktuellen Berechnungen die Prävalenzraten erhöht. Nach diesen Daten ergeben sich folgende geschlechtsspezifische Prävalenzraten:

Tab. (109) Prävalenzraten von Demenzerkrankungen nach Alter und Geschlecht

Alter	Männer	Frauen	insgesamt
60 - 64	0.2	0.9	0.6
65 - 69	1.8	1.4	1.6
70 - 74	3.2	3.8	3.5
75 - 79	7.0	7.6	7.4
80 - 84	14.5	16.4	15.7
85 - 89	20.9	28.5	26.2
90 - 94	29.2	44.4	41.0
95 und älter	32.4	48.8	46.3

Quelle: Alzheimer Europe

Ausgehend davon kann nicht ausgeschlossen werden, dass eine zu erwartende Anzahl Demenzerkrankter im Jahr 2050 bei bis zu 3 Mio. liegen. Veröffentlichungen dazu werden im Frühjahr 2011 erwartet.

268 www.deutsche-alzheimer.de
269 www.alzheimer-europe.de

Diese in besonderer Weise und über eine durchschnittlich längere Zeit auf Hilfe und Unterstützung durch Dritte angewiesene Bevölkerungsgruppe würde sich damit bereits bis 2040 gegenüber heute mehr als verdoppeln, sofern es nicht gelingt, den hierunter subsumierten Krankheiten durch Prävention und Therapie wirksam zu begegnen - eventuell auch in dem Sinne, dass selbständige Lebensführung in der eigenen Wohnung mit ergänzenden ambulanten Hilfen für einen größeren Teil als heute möglich bleibt.

Beim Vergleich des Verhältnisses von demenziell Erkrankten zu allen Leistungsbezieherinnen und -beziehern der Pflegeversicherung in Niedersachsen muss bedacht werden, dass sich bei unveränderten Bedingungen das Verhältnis aufgrund des anzunehmenden Anstieges des durchschnittlichen Lebensalters und der bei höheren Lebensaltern steigenden Prävalenz demenzieller Erkrankungen zu „Gunsten“ des Anteils der demenziell erkrankten Personen verschieben wird.

Unter versorgungspolitischen wie finanzwirtschaftlichen Aspekten werden diese Entwicklungen zu großen Herausforderungen in der diagnostisch-medizinischen, therapeutischen sowie pflegerischen und betreuerischen Versorgung führen.

3.3 Menschen mit Behinderungen

Über die Entwicklung der Zahl pflegebedürftiger Menschen mit einer körperlichen, geistigen, seelischen oder Sinnes-Behinderung liegen angesichts des ursachenspezifischen Pflegebegriffes keine Erkenntnisse vor.
Es ist jedoch von einer Zunahme „altersbedingter“ Pflegebedürftigkeit behinderter Menschen auszugehen, da auch die Zahl geistig behinderter Menschen im Alter von 60 und mehr zunehmen wird. Zudem sind Menschen mit geistiger Behinderung im Alter höheren Risiken für die häufigsten Erkrankungen ausgesetzt. Sie haben schon früh ein erhöhtes Risiko an Demenz zu erkranken: von den 50- bis 60-Jährigen haben bereits 42 Prozent demenzielle Symptome, bei den über 60-Jährigen sind es 56 Prozent. Vor allem bei Menschen mit Down-Syndrom ist das Alzheimer-Risiko

hoch. Jeder dritte Mensch mit Down-Syndrom leidet im mittleren Erwachsenenalter an einer Alzheimer-Erkrankung[270].
Entsprechend der Altersstruktur in der Gesamtbevölkerung und den Prognosen zur Entwicklung von Pflegebedürftigkeit ist davon auszugehen, dass die Zahl jüngerer Menschen mit Behinderungen leicht abnehmen und die der Älteren kontinuierlich bis 2050 steigen wird und jeweils altersentsprechende Versorgungsangebote vorgehalten bzw. größenmäßig angepasst werden müssen.

Ambulante Versorgung

Die Feststellung einer zunehmenden Wahrscheinlichkeit von Pflegebedürftigkeit mit zunehmendem Alter gilt für Menschen mit Behinderungen - zumindest für Menschen mit geistiger Behinderung - in gleichem Maße wie für andere Menschen ohne Behinderung. Für die Personengruppe sind insofern keine abweichenden Schlussfolgerungen zu ziehen. Es ist dementsprechend auch davon auszugehen, dass die Anforderungen durch die vorhandenen Pflegedienste und die anderen ambulanten Hilfsdienste (FED, ASB) befriedigt werden können.

Stationäre Versorgung

Von erheblicher Bedeutung ist die Altersentwicklung der Bewohnerschaft in Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen. Angesichts der Tatsache, dass die durchschnittliche Lebenserwartung der Menschen mit einer (geistigen) Behinderung inzwischen annähernd der allgemeinen Lebenserwartung entspricht, wird die Zahl der älteren Bewohnerinnen und Bewohner zunehmen und sich die Altersstruktur entsprechend verändern. Zu welchen Anteilen diese Menschen dann auch pflegebedürftig im Sinne des SGB XI sind, kann nicht genau angegeben werden. Es ist jedoch davon auszugehen, dass sich die Pflegebedürftigkeit der Menschen mit einer (geistigen) Behinderung von der Pflegebedürftigkeit der Menschen ohne Behinderung nicht wesentlich unterscheiden wird. Die tatsächliche Entwicklung wird aufmerksam zu verfolgen sein.

---

270 Engel, Heike; Schmitt-Schäfer, Thomas, Erhebung des umfassenden Hilfebedarfs von geistig-, körperlich- und sinnesbehinderten Menschen in stationären Einrichtungen der Eingliederungshilfe in Hamburg, Köln, 2004

3.4 Personen mit fortschreitenden chronischen Erkrankungen (Aids und Multiple Sklerose) oder mit Schädel-Hirn-Trauma

Multiple-Sklerose-Erkrankte

Hinsichtlich der Frage der weiteren Entwicklung der Versorgungssituation von Multiple-Sklerose-Erkrankten **können ebenfalls keine quantitativen Prognosen abgegeben werden**. Allgemein kann angesichts der im Durchschnitt trotz dieser schweren Erkrankung recht langen Lebenserwartung dieser Personen eine gewisse Steigerung der Zahl solcher Menschen in Niedersachsen angenommen werden. Andererseits hat sich zeitgleich die medikamentöse Therapie deutlich verbessert. Die gestiegene Zahl der betroffenen Personen führt daher nicht zwangsläufig auch zu einer größeren Zahl von Personen mit Pflegebedarf im Sinne des SGB XI. Die zukünftige Entwicklung bedarf insofern einer kontinuierlichen Beobachtung.

Für MS-Kranke gestaltet sich angesichts fehlender Daten über die Zahl der hierunter pflegebedürftigen Personen und der Art ihrer pflegerischen Versorgung Aussagen zum Versorgungsbedarf schwierig.

Die vergleichsweise geringe Zahl der MS-Kranken mit einem hohen oder umfassenden Versorgungs- und Pflegebedarf wird auch in Zukunft den zumeist erwünschten Verbleib am Wohnort oft nicht möglich machen.

Aids-Kranke

Der seit 2007 sich deutlich verlangsamte Anstieg der HIV-Neudiagnosen führte in den Jahren 2008 und 2009 zu keiner Veränderung ihrer Gesamtzahl. Nach Angaben des Robert-Koch-Instituts (RKI) liegt die Zahl der jährlichen neuen Aids-Erkrankungen 2009 bei ca. 60, die HIV-Erstdiagnosen steigen auf ca. 190.

Eine Voraussage über die weitere Entwicklung der Zahl der HIV-Infizierten bzw. Aids-Kranken ist auch quantitativ nicht sicher prognostizierbar. Auch über den Anteil pflegebedürftiger HIV-Infizierter bzw. Aids-Erkrankter liegen keine genauen Zahlen vor. Bei fortgeschrittenem Stadium der Krankheit ist jedoch das Vorliegen von Pflegebedürftigkeit im Sinne des SGB XI sehr wahrscheinlich.

Schädel-Hirngeschädigte der „Phase F“[271]

Die Zahl der Schädel-Hirngeschädigten der „Phase F“ ist aufgrund des medizinischen Fortschrittes bei der Erst- und Langzeitbehandlung sowie in der Pflege und aufgrund von Infrastrukturverbesserungen im System der Akutversorgung, der Frührehabilitation und der Langzeitpflege von Wachkoma-Patienten in den letzten 15 - 20 Jahren deutlich gestiegen. Damit einhergehend hat sich auch die durchschnittliche Lebenserwartung der von solchen Schädigungen Betroffenen nach Berichten aus der Praxis deutlich erhöht.

Die Erkenntnisse über erfolgreiche Behandlungs-, Therapie, Rehabilitations- und Pflegeinhalte und -verfahren von Schädel-Hirngeschädigten nehmen laufend zu. Dies führt vor allem zu einer längeren Lebenserwartung dieser Personengruppe. Von daher ist mit einer weiterhin steigenden Zahl von Personen der „Phase F“ zu rechnen. Dabei wird der Anteil der hiervon stationär in fachlich geeigneten Pflegeeinrichtungen zu versorgenden Personen im Lauf der nächsten Jahrzehnte auch in Anbetracht geringer verfügbarer privater Hilfe voraussichtlich größer werden. Über das Ausmaß der Steigerung sind keine Annahmen zu treffen.

Über die ambulante pflegerische Versorgung liegen nach wie vor keine systematisch erhobenen empirischen Erkenntnisse vor. Eine umfassende Information über das bestehende System der Hilfen für diesen Personenkreis ist aber durch die Verbände u.a. durch Nottelefone und regionale Kontaktstellen sichergestellt.

Das Angebot an Pflegeplätzen hat sich zwischenzeitlich konsolidiert und reicht auch mittelfristig aus. Das gilt auch unter Einschluss der zu dem o.g. Personenkreis zählenden beatmungspflichtigen Personen. Angesichts der Tatsache, dass ca. 2/3 der pflegebedürftigen Personen mit einer schweren oder schwersten Schädel-Hirnschädigung zuhause von Angehörigen versorgt und mit Unterstützung ambulanter Pflegedienste gepflegt werden, wird die Notwendigkeit gesehen, seitens der Einrichtungsträger sowohl vermehrt Kurzzeitpflegeangebote zur zwischenzeitlichen Entlastung der häuslichen Pflegepersonen als auch

271 zur Definition des Personenkreises s. Abschnitt I:1.3.5

kompetenzfördernde Maßnahmen in Form von Pflegetrainings und -kursen vorzuhalten.
Die pflegenden Angehörigen werden von dem bundesweit tätigen Selbsthilfeverband „Schädel-Hirn-Patienten in Not e.V.“ bzw. den anderen Selbsthilfeverbänden betreut und auch in Notfällen telefonisch oder persönlich beraten.

3.5 Migrantinnen und Migranten

Obwohl sich der Anteil von Migrantinnen und Migranten an der Gesamtbevölkerung in Niedersachsen seit Ende 2004 kaum verändert hat, wächst die Zahl der älteren Menschen mit Migrationshintergrund stark an. Dies geschieht mit einiger Verzögerung zur Bevölkerung ohne Migrationshintergrund. Insbesondere wenn ein Teil der 1. Generation der Arbeitsmigrantinnen und -migranten das 8. Lebensjahrzehnt vollendet, ist mit einem deutlich steigenden Pflegebedarf in der Gruppe der älteren und hochaltrigen Menschen mit Migrationshintergrund zu rechnen.
Vor diesem Hintergrund erlangt das Thema der ethnosensiblen Pflege und entsprechender Pflegeangebote sowie die diesbezügliche Qualifizierung der in der Pflege beruflich Tätigen (Fach- und Hilfskräfte) zunehmende Relevanz. Eine Anpassung der bestehenden Angebote an die besonderen Belange älterer Migrantinnen und Migranten, d. h. deren kulturelle und soziale Wertvorstellungen, Lebensstile und Bedürfnisse und/oder eine Ergänzung der bestehenden Angebote durch speziell hierauf ausgerichtete ambulante und stationäre Pflege- und Unterstützungsangebote wäre demnach in Zukunft bei einer erhöhten Nachfrage in verstärktem Maße notwendig.
Andererseits ist zu bedenken, dass die nachwachsende Generation über vergleichsweise gute Sprachkenntnisse im Deutschen verfügt, so dass eine wesentliche Barriere der älteren heute in Deutschland lebenden Migrantinnen und Migranten für die Inanspruchnahme der Regelangebote der pflegerischen Versorgungsstruktur schon in einem vergleichsweise kurzen Zeitraum von erheblich geringerer Bedeutung sein wird.
Zudem darf nicht außer Acht gelassen werden, dass ausgeprägte Barrieren für die Inanspruchnahme von außerfamiliären Pflege-, Betreuungs- und Unterstützungsleistungen nicht für Migrantinnen und Migranten aller Herkunftsländer bestehen. Eine sichere Aussage über zukünftige Pflegebedarfe von Migrantinnen und Migranten ist

derzeit nicht möglich. Der tatsächliche Bedarf an ethnospezifischen Pflegeangeboten wird von daher sorgfältig zu prüfen sein.

3.6 Todkranke und sterbende Menschen

Der zunehmenden Bedeutung von Palliativversorgung und Hospizarbeit wurde in Niedersachsen durch ein Rahmenkonzept und eine Förderung von Palliativstützpunkten entsprochen. Palliativmedizin, Palliativpflege und Hospizarbeit werden als Teilbereiche eines Gesamtkonzeptes beschrieben.

Mit insgesamt 34 Palliativstützpunkten konnte eine angestrebte Flächendeckung nahezu erreicht werden. Mit neuen Vergütungsregeln wird auch für die Gruppe sterbenskranker Kinder und Jugendliche ein modellhaftes Versorgungsnetz finanziert. Die Versorgung mit stationären Hospizen konnte durch neu entstandene Einrichtungen ergänzt werden. Die leistungsrechtlichen Vorschriften des § 39a SGB V sowie des NPflegeG zur Förderung von Investitionskosten bei stationären Hospizen und zudem die Tätigkeit der Hospiz Stiftung Niedersachsen bilden eine günstige Grundlage für den weiteren und z.T. bereits geplanten Ausbau des Angebotes an stationären Hospizen und ambulanten Hospizdiensten in Niedersachsen. Im bundesweiten Vergleich gibt es in Niedersachsen eine überdurchschnittliche Zahl ehrenamtlicher Hospizhelfer/-innen, die sich in 112 ambulanten Hospizdiensten für Menschen in ihrer Sterbephase engagieren.

Es kann davon ausgegangen werden, dass sich das Angebot auch in Zukunft nachfrageorientiert weiterentwickeln wird.

Im Verständnis der European Association für Palliative Care[272] stellt die Palliativversorgung die grundlegendste Form der Versorgung dar, weil sie die Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten ohne Berücksichtigung des Ortes versorgt und weil sie die betroffene Person, die Familie und die Gesellschaft einbezieht. In der Palliativ- und Hospizversorgung steht der Mensch mit seinen Bedürfnissen im Mittelpunkt und das Sterben wird als Teil des Lebens betrachtet. Sie nimmt insofern eine lebensbejahende Haltung ein, mit der es gelingen kann, die Endlichkeit des Lebens zu akzeptieren und einer Pathologisierung von physiologischen Prozessen im Alter entgegenzuwirken[273].

---

272 www.eapcnet.eu
273 BMJFSJ, 2010, S. 338

III. Vorschläge zur Anpassung der vorhandenen an die notwendige pflegerische Versorgungsstruktur

Die vorangestellten Prognosen zur Entwicklung der Zahl von Pflegebedürftigen in den nächsten Jahrzehnten verdeutlichen eindrücklich, dass der Pflegesektor aller Voraussicht nach eine erhebliche Dynamik in Form von Wachstums-, Veränderungs- und Qualitätsprozessen erleben wird. Der demographisch bedingte Zuwachs an pflegebedürftigen alten Menschen in den folgenden Jahrzehnten ist auch für Niedersachsen unbestritten (Abschnitt II.1.3). Diese Konsequenz gilt unabhängig von Veränderungen des Gesundheitszustandes der Bevölkerung, da potenzielle Veränderungen das Wachstum zwar einschränken, aber nicht aufhalten können (Abschnitt II.1.3). Insofern sollte bei der Abschätzung der Zahl Pflegebedürftiger in Niedersachsen für den mittelfristigen Zeitraum bis zum Jahr 2030 mit einem Anstieg der Zahl pflegebedürftiger Menschen rechnerisch um rd. 111.000 Personen bis rd. 113.000 Personen (45,8% bis 46,6%) und von einer weitgehenden Fortschreibung der gegenwärtigen Verhältnisse ausgegangen werden (Abschnitt I.1.3). Für Pflegeeinrichtungen, Pflegekassen, Kommunen und das Land stellen die prognostizierten Entwicklungen gleichwohl große Herausforderungen an künftige Planungen und Entscheidungen.

Eine Differenzierung der prognostizierten Daten in Pflegestufen und Versorgungsarten kann anhand eines Status-Quo-Ansatzes nicht dargestellt werden. Für die Pflegebedürftigkeitsdynamik, die vor allem durch die Faktoren

- Hinausschieben des Eintritts in die Pflegebedürftigkeit,
- derzeitiger Anstieg der Pflegebedürftigkeitsdauer und
- Pflegestufenentwicklung (derzeitiger Anstieg in allen Pflegestufen)

bestimmt wird, gibt es (noch) keine prognostischen Berechnungsinstrumente.
Daten über Pflegediagnosen, Pflegebedürftigkeitsdauer, Einstufung in Pflegestufen und Wechsel in Versorgungsarten wurden bislang (noch) nicht systematisch erfasst und erkenntnisleitend miteinander verknüpft, sodass statistische Erkenntnisse über Pflegeverläufe nicht vorliegen.

Für die nachfolgenden Empfehlungen ist einschränkend hervorzuheben, dass Schlussfolgerungen für die Gestaltung der pflegerischen Versorgungsstruktur auf kommunaler Ebene im vorliegenden Bericht nicht möglich sind. Dies ist vor allem eine Aufgabe der Landkreise und kreisfreien Städte auf der Grundlage der örtlichen Pflegeberichte. Die nachfolgenden generalisierenden Hinweise in Form von Handlungsempfehlungen sind insofern auf die jeweilige Situation der Kommunen bzw. in den Kommunen hin zu prüfen und anzupassen. Die in einer Reihe von Abschnitten in den Teilen I und II dieses Berichtes vorgenommene kommunale Aufschlüsselung von Daten kann hierfür Anhaltspunkte und Material bieten.

1. Kapazitätsentwicklung bei Pflegediensten und Pflegeheimen

Die Bestandsanalyse der pflegerischen Versorgungsstruktur hat ergeben, dass Niedersachsen sowohl bei den ambulanten Pflegediensten als auch bei vollstationären Pflegeheimen grundsätzlich über eine der Nachfrage entsprechenden und insoweit angemessenen Zahl an Pflegeeinrichtungen und eine räumlich gegliederte, kleinräumige Versorgungsstruktur verfügt (Abschnitt I.3). Dies schließt örtlichen Ergänzungsbedarf im Einzelfall nicht aus; er wäre im Rahmen örtlicher Analysen und Planungen durch die Landkreise und kreisfreien Städte festzustellen. Angesichts der großen Zahl der Dienste und Einrichtungen und ihrer Verteilung im Land ist zudem – zumindest für die im Wesentlichen auf die Pflege alter Menschen ausgerichteten Pflegedienste und vollstationären Heime – ein im Verhältnis zu den jeweiligen kleinräumigen siedlungs- und bevölkerungsstrukturellen Gegebenheiten ortsnahes Angebot zu konstatieren.

1.1 Fortgeltung der Einschätzungen des Landespflegeberichtes 2005

Im Landespflegebericht 2005[274] war prognostiziert worden, dass sich die Kapazitäten entsprechend des zunehmenden Bedarfs an professioneller Pflege weiterentwickeln werden. Diese Entwicklung ist eingetreten und wird auch für die Zukunft erwartet. Generell gesehen verfügt Niedersachsen über eine bedarfsgerechte und gut entwickelte Pflegeinfrastruktur (Abschnitt I.3).

[274] MS, Landespflegebericht 2005

Zu begrüßen ist die Entwicklung eines Zuwachses an Tagespflegeangeboten im Berichtszeitraum. Die seit 2003 ansteigende und von 2007 bis 2010 weiter erhöhte Nachfrage und Nutzung von Tagespflege als Infrastrukturangebot zur Sicherung der häuslichen Pflege und damit zur Vermeidung bzw. Verzögerung von Heimpflege entwickelt sich positiv (Abschnitt I.3.3.3). Obwohl das Angebot insgesamt zurzeit (noch) nicht in allen Regionen als flächendeckend und hinreichend wohnortnah bezeichnet werden kann, ist auf der Zunahme der Anzahl von Einrichtungen und Tagespflegeplätzen begründet eine sich regional nachfrageorientierte Weiterentwicklung dieser Versorgungsform zu erwarten. Diese Entwicklung ist gerade vor dem Hintergrund einer vermutlich anwachsenden Vereinbarkeitsproblematik, insbesondere der Vereinbarkeit von häuslichen Pflegeaufgaben und Berufstätigkeit (Abschnitt II.2.2), positiv zu nennen und entsprechend zu fördern.
Kapazitätssteuernde Eingriffe in die pflegerische Infrastruktur, die im Übrigen angesichts der rechtlichen Maßgaben eines freien Marktes überhaupt nur sehr eingeschränkt möglich wären, sind nicht als erforderlich anzusehen.

1.2 Kurzzeitpflege

Im Hinblick auf die Konzentration der Investitionsfolgekostenförderung des Landes auf solitäre Kurzzeitpflegeeinrichtungen ab dem 01.01.2011 wird erwartet, dass

- die eingestreute Kurzzeitpflege zurückgehen und
- die solitäre Kurzzeitpflege zunehmen wird (Abschnitt I.3.4.1).

Es wird zu beobachten sein, ob die Anteile zu Gunsten einer sich an die Kurzzeitpflege anschließender bzw. sich fortsetzender Pflege im häuslichen Bereich von derzeit 80% bei der solitären und 60% bei der eingestreuten Kurzzeitpflege zunehmen werden. Gerade in der nachstationären Versorgung im Anschluss insbesondere an Krankenhausaufenthalte werden Einrichtungen der Kurzzeitpflege zukünftig eine weiter wachsende Bedeutung einnehmen. Es ist davon auszugehen, dass durch die Verschiebung in der Altersstruktur der Bevölkerung zugunsten älterer Menschen sich auch in den Krankenhäusern eine Verschiebung des Anteils der Krankenhausfälle nach einzelnen Altersgruppen entwickeln wird. Nach aktuellen Berechnungen wird der Anteil der 60- bis 80-Jährigen bis 2030 auf fast 42%

anwachsen; der auf Patientinnen und Patienten ab 80-Jährigen entfallende Anteil an Krankenhausfällen wird bereits bis 2020 auf 19,5% prognostiziert[275]. Damit wird auch der Anteil der Menschen steigen, der mit zumindest vorübergehender Hilfe- und Pflegebedürftigkeit entlassen wird und sowohl ein klinikinternes Versorgungsmanagement als auch rehabilitativ ausgerichtete Kurzzeitpflegeangebote - neben primär zu beanspruchenden Angeboten der medizinischen Rehabilitation - benötigt.

1.3 Pflegesätze in der vollstationären Dauerpflege

Das rechnerisch durchschnittliche Niveau der Pflegesätze in Niedersachsen (Summe der Pflegevergütungen je Pflegestufe und der Vergütung für Unterkunft und Verpflegung) liegt im Vergleich mit den anderen westdeutschen Flächenländern in den Vergütungen der Pflegestufe 1 an vorletzter sowie in den Vergütungen der Pflegestufen 2 und 3 an letzter Rangstelle (Stand: November 2007). Der nachstehende Vergleich der von Pflegebedürftigen zu leistenden Eigenanteile verdeutlicht die zu diesem Zeitpunkt bestehenden Unterschiede:

Tab. (110) : Pflegesatzniveau in Niedersachsen

Pflegestufe	Summe: PflV und U+V	davon: Pflegekasse	davon: Eigenanteil	Eigenanteil Monat
I	55,55 €	33,63 €	21,92 €	666,81 €
II	67,86 €	42,04 €	25,82 €	785,44 €
III	80,21 €	47,07 €	33,14 €	1.008,12 €

(Pflegevergütung (PflV), Unterkunft (U) und Verpflegung (V) pro Tag - ohne Investitionskosten)

Quelle: LSKN, Pflegestatistik 2007

[275] Statistische Ämter des Bundes und der Länder, Auswirkungen auf Krankenhausbehandlungen und Pflegebedürftige im Bund und in den Ländern, Heft 2, 2010, S. 17 ff

Ergebnis in anderen westdeutschen Flächenländern

Tab. (111) : Pflegesatzniveau in Rheinland-Pfalz

Pflegestufe	Summe: PflV und U+V	davon: Pflegekasse	davon: Eigenanteil	Eigenanteil Monat
I	60,16 €	33,63 €	26,53 €	807,04 €
II	72,08 €	42,04 €	30,04 €	913,82 €
III	91,84 €	47,07 €	44,77 €	1.361,90 €

Quelle: Destatis, Pflegestatistik 2007

Tab. (112) : Pflegesatzniveau in Baden-Württemberg

Pflegestufe	Summe: PflV und U+V	davon: Pflegekasse	davon: Eigenanteil	Eigenanteil Monat
I	64,11 €	33,63 €	30,48 €	927,20 €
II	77,06 €	42,04 €	35,02 €	1.065,31 €
III	93,04 €	47,07 €	45,97 €	1.398,41 €

Quelle: Destatis, Pflegestatistik 2007

Tab. (113) : Pflegesatzniveau in Nordrhein-Westfalen

Pflegestufe	Summe: PflV und U+V	davon: Pflegekasse	davon: Eigenanteil	Eigenanteil Monat
I	69,84 €	33,63 €	36,21 €	1.101,51 €
II	86,65 €	42,04 €	44,61 €	1.357,04 €
III	103,39 €	47,07 €	56,32 €	1.713,25 €

Quelle: Destatis, Pflegestatistik 2007

Der in den vorstehenden Vergleich einbezogene rechnerische Durchschnitt aller im Land vereinbarten Pflegesätze berücksichtigt nicht, dass sich das Pflegesatzniveau teilweise erheblich unterscheidet, wenn eine Zusammenfassung nach Gruppen von Einrichtungsträgern erfolgt. Die durchschnittlichen Pflegesätze nach Trägergruppen und mit Stand April 2008 stellen sich in Niedersachsen wie folgt dar[276]:

276 Vdak „Ausgewählte Basisdaten des Gesundheitswesens in Niedersachsen“ 2008, S. 31

Tab. (114) : Durchschnittliche Pflegesätze nach Trägergruppen

Pflegestufe	Private Träger	Caritas	Kommunale Träger	Diakonie
I	54,82 €	58,26 €	59,11 €	59,75 €
II	66,56 €	71,49 €	72,33 €	73,77 €
III	78,31 €	84,59 €	86,06 €	87,68 €

Quelle: VdAK/AEV - Landesvertretung Hannover, veröffentlich in: Ausgewählte Basisdaten des Gesundheitswesens in Niedersachsen, 2008

Folgende das Niveau der Pflegesätze und deren Unterschiede im Ländervergleich beeinflussende Faktoren können identifiziert worden:

- Im Unterschied zu den o.a. Vergleichsländern ist in Niedersachsen ein überproportional hoher Anteil (ca. 60 %) von privat-gewerblichen Trägern zur pflegerischen Versorgung zugelassen. Dies hat wegen des vergleichsweise niedrigen Pflegesatzniveaus dieser Trägergruppe entsprechende Auswirkungen auf den Durchschnitt in Niedersachsen insgesamt.
- Anders als in den Vergleichsländern ist in Niedersachsen seit 2001 eine durchgängige und vergleichsweise restriktive Anwendung der Grundsätze des externen Vergleichs lt. BSG-Urteil v. 14.12.2000 durch die Pflegekassen und örtlichen Träger der Sozialhilfe zu konstatieren.
- Die „Kaufkraft“ der Pflegebedürftigen liegt in Ländern wie z.B. Hamburg, NRW, Baden-Württemberg und Bayern höher als in Niedersachsen. Es herrscht in diesen Ländern ein geringerer „Preisdruck“ als in Niedersachsen.

Folgende Faktoren sind nicht bzw. nicht empirisch gesichert als die Höhe der Pflegesätze und deren Unterschiede beeinflussende Faktoren identifizierbar:

- Eine Korrelation zwischen der Pflegequalität und der Höhe der Pflegevergütung ist bisher nicht feststellbar. Pflegebedürftige in Niedersachsen werden nicht schlechter gepflegt und betreut als in anderen Bundesländern.
- Die Personalrichtwerte (Personalschlüssel und Fachkraftquote) im niedersächsischen Rahmenvertrag nach § 75 SGB XI liegen nicht unter dem bundesdeutschen Durchschnitt. Vielmehr liegt Niedersachsen im durchschnittlichen Bereich, wie die genaue und differenzierte Betrachtung der

Zahlen ergeben. So sind z. B. die Personalrichtwerte in Berlin, Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern, Hessen, Rheinland-Pfalz und Schleswig-Holstein im Durchschnitt niedriger als in Niedersachsen. Die Personalschlüssel in „Hochpreisländern“ NRW, Baden-Württemberg und Bayern wiederum sind nur geringfügig „besser“ als in NI. Die rechnerischen Differenzen erklären die Unterschiede im Pflegesatzniveau – wenn überhaupt – nur teilweise.

Aus Sicht der Pflegebedürftigen (und der Träger der Sozialhilfe) stellt sich das Qualitäts- und Pflegesatzniveau bei einem Ländervergleich in Niedersachsen positiv dar.
Aus Sicht von Verbänden und Einrichtungsträgern, die die Pflege in Niedersachsen als unterfinanziert erachten, ist das niedrige Pflegesatzniveau dem gegenüber kritisch zu betrachten.

2. Weiterentwicklung der Vorsorgungsstrukturen

2.1 Pflegeweiterentwicklungsgesetz

Mit dem Pflegeweiterentwicklungsgesetz vom 1.7.2008 wurde insgesamt betrachtet eine sinnvolle Weiterentwicklung der bestehenden Strukturen der Pflegeversicherung ermöglicht. Hierzu zählt die Fortentwicklung der Leistungsbeträge insbesondere in der häuslich-ambulanten Versorgung und der Tages- und Nachtpflege (Abschnitt I.1.1). Weitere Leistungsverbesserungen gab es für Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz und einer Leistungsberechtigung gemäß § 45a SGB XI (demenzerkrankte, geistig behinderte und psychisch kranke Pflegebedürftige).

Mit dem Pflegeweiterentwicklungsgesetz sind folgende neue bzw. erweiterte Strukturelemente eingeführt worden:

- Pflegeberatung nach § 7a SBG XI

Mit dem Anspruch auf individuelle Beratung und Hilfestellung im Sinne eines individuellen Fallmanagements durch eine Pflegeberaterin oder einem Pflegeberater soll die Versorgungssituation Pflegebedürftiger verbessert, seine Angehörigen entlastet und die häusliche Pflege gestärkt werden (Abschnitt I.3.15.2). Die bisherige

Umsetzung des § 7a SGB XI durch die Pflegekassen erfolgte in sehr unterschiedlicher Form.

- Pflegestützpunkte nach § 92c SGB XI

Eine leistungsfähige, regional gegliederte, ortsnahe und aufeinander abgestimmte ambulante und stationäre pflegerische Versorgung der Bevölkerung (§ 8 Abs. 2 SGB XI) erfordert die Koordination und Kooperation der Dienstleistungsanbieter unter Einschluss der zur Pflege in enger Beziehung stehenden Institutionen, z. B. Krankenhäuser, niedergelassene (Fach-)Ärzte und Anbieter komplementärer Hilfen z. B. mobile soziale Hilfsdienste, niedrigschwellige Betreuungsangebote, Beratungsangebote, organisierte Selbst- und Nachbarschaftshilfe. Diese Aufgabe eines Care-Managements können und sollen Pflegestützpunkte gemäß § 92c SGB XI übernehmen. Bislang haben 20 kommunale Gebietskörperschaften[277] die Zulassung eines Pflegestützpunktes in ihrem Landkreis bzw. ihrer kreisfreien Stadt erwirken können (Abschnitt I.3.15.1). Diese Entwicklung ist noch nicht abgeschlossen.

- Vergütungszuschläge für Pflegebedürftige mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf

Gemäß § 87b SGB XI wurden Leistungsempfängerinnen und -empfänger mit demenzbedingten Fähigkeitsstörungen, psychischen Erkrankungen oder geistigen Behinderungen, die im vollstationären Bereich leben, in den Berechtigtenkreis gemäß § 45a SGB XI einbezogen (Abschnitt I.3.6.1). Mit der Zahlung eines Vergütungszuschlages an das Pflegeheim für zusätzliche Betreuung und Aktivierung haben berechtigte Pflegebedürftige Anspruch auf Erbringung dieser Leistungen. Die im Aufbau begriffene Personalstruktur sollte mit wirksamen Betreuungskonzepten verknüpft werden.

- Förderung ehrenamtlicher Strukturen und Selbsthilfe

Selbsthilfegruppen dienen im Wesentlichen dem Erfahrungs- und Informationsaustausch von selbst betroffenen Menschen und deren Angehörigen sowie der praktischen Lebenshilfe und gegenseitigen emotionalen Unterstützung und Motivation (Abschnitt I.3.14.1). Im Oktober 2010 wurde in Niedersachsen die Förderrichtlinie gemäß § 45d SGB XI in Kraft gesetzt. Es können im Rahmen dieser Förderrichtlinie Selbsthilfegruppen von selbst betroffenen Demenzerkrankten und

277 Stand: 31.10.2010

pflegenden Angehörigen entstehen und finanziell gefördert werden (Abschnitt I.3.14.2). Selbsthilfekontaktstellen als mögliche Zuwendungsempfänger haben damit die Aufgabe der Förderung von Selbsthilfegruppen u.a. durch Öffentlichkeitsarbeit, Kooperationen und Förderung der Selbsthilfefreundlichkeit in Einrichtungen des Versorgungssystems. Damit sich in den kommenden Jahren eine ortsnahe und zielgruppenspezifische Selbsthilfestruktur in Niedersachsen entwickeln kann, bedarf es der Unterstützung aller im Versorgungssystem beteiligten Initiativen und Einrichtungen.

2.2 Bewertung und Weiterentwicklungsbedarf

Die vorgenannten Angebote sind noch vergleichsweise neu. Eine Bewertung ist daher noch nicht möglich. Tendenziell erscheinen nach ersten Erfahrungen sowohl die Leistungsausweitung und der Ausbau niedrigschwelliger Betreuungsangebote als auch die Vergütungszuschläge für Pflegebedürftige mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf gemäß § 87b SGB XI wertvolle Impulse zur Verbesserung der pflegerischen Versorgung gesetzt zu haben.

Von der Ausweitung der Inanspruchnahme von niedrigschwelligen Betreuungsangeboten werden wirksame Effekte zur Sicherung und Stabilisierung häuslicher Pflegearrangements erwartet (Abschnitt I.3.9). Die Vergütungszuschläge im stationären Bereich sollen zur Verbesserung der Betreuung einer weiter zunehmenden Zahl von demenzerkrankten Pflegebedürftigen beitragen.

2.3 Bestimmte Personengruppen mit besonderem Hilfebedarf

2.3.1 Demenzerkrankte Pflegebedürftige

Der Anteil von Personen mit einer Demenzerkrankung wird - gemessen an der Gesamtzahl Pflegebedürftiger - im weiteren Zeitverlauf stetig größer. Die Betreuung und Pflege dieser Personengruppe erhält daher zukünftig ein besonderes Gewicht in der Gesamtversorgung Pflegebedürftiger (Abschnitt II.3.2). Eine adäquate Versorgungsstruktur sollte sich nicht nur an einer sich stetig steigende Zahl quantitativ anpassen, sondern auch bestehende Angebote qualitativ in Richtung bedürfnisgerechter und lebensweltorientierter Angebote in allen Versorgungsarten weiterentwickeln (Abschnitt I.1.4.2 und I.3.10.2) und Fortbildungsbedarfe bei beteiligten Berufsgruppen erkennen und decken.

Eine Umweltgestaltung, die sich an den spezifischen Bedürfnissen der Person orientiert, ist eine wesentliche Voraussetzung für die Verwirklichung von Lebensqualität für Menschen mit einer Demenzerkrankung. Die Betreuung und Pflege eines demenzerkrankten Menschen ist ein häufig lang andauernder Zustand, der auch für pflegende Angehörige überwiegend mit erheblichen Belastungen verbunden ist. Somit sollten auch ihre Rahmenbedingungen für die Betreuung, spezifische Kompetenzen für die Demenzpflege, Aspekte der Belastungsprävention, Angebote der häusliche Entlastung und Selbsthilfe weiter ausdifferenziert und als ein zentrales Anliegen in den Fokus von Versorgungsplanung genommen werden.

2.3.2 Pflegebedürftige Personen ohne tragfähiges soziales Netzwerk

Die Bewältigung von Pflegebedürftigkeit im häuslichen Umfeld ist über leistungsrelevante pflegerische Verrichtungen hinaus davon abhängig, wie viel Zeit zur weiteren, auch psychosozialen Unterstützung einer auf pflegerische Hilfe angewiesene Person zur Verfügung steht. Die schlechtesten Chancen, den persönlichen Zeitbedarf an Hilfe und Unterstützung gedeckt zu bekommen, haben pflegebedürftige Personen, die alleine und ohne tragfähiges soziales Netzwerk leben[278].

---

278 Blinkert, B. und Klie, T. (1999): Pflege im sozialen Wandel. Studie zur Situation häuslich versorgter Pflegebedürftiger. Hannover

Neben der ambulanten professionellen Unterstützung kommt ehrenamtlichem bzw. freiwilligem Engagement im Kontext einer ambulanten Versorgung Pflegebedürftiger ohne ein tragfähiges soziales Netzwerk eine wesentliche Bedeutung zu. Dieses Engagement ist allerdings weniger im Zusammenhang von Pflegeaufgaben im engeren Sinne, sondern in der Teilhabesicherung, in der bürgerschaftlichen Wahrnehmung von Anliegen und Angelegenheiten der auf Pflege angewiesenen Menschen zu sehen.
Auch dem Einsatz neuer Technologien in der individuellen Versorgung Pflegebedürftiger kommt - in Wechselwirkung mit anderen Angeboten - zukünftig eine wachsende Bedeutung zu. Während technische Innovationen, beispielsweise in Form von Bewegungs- und Sturzmeldern, automatische Regulation der Beleuchtung und Internetkommunikation im stationären Bereich zunehmende Akzeptanz und Einsatz bei Bewohner/-innen und Personal finden, sind Informationen über mögliche technologische Unterstützung im häuslichen Umfeld neben der klassischen Hilfsmittelberatung eher selten.

Folgende Kriterien und Anforderungen sind an alltagsorientierte, praktikable und nützliche Entwicklungen im Bereich technologischer Unterstützung zu stellen:
Die Ausführung von Alltagsanforderungen und Aktivitäten in spezifischen Umweltbedingungen soll unterstützt bzw. überhaupt erst ermöglicht werden.
Technische Unterstützung soll eine kompensatorische Funktion bei alters-, behinderungs- bzw. pflegerelevanter Einschränkungen übernehmen, zu mehr Autonomie, Wohlbefinden und zur Freisetzung von Ressourcen verhelfen sowie zur Entlastung formell und informell Pflegender beitragen[279]. Ziele eines kriteriengeleiteten Technikeinsatzes sind die Wahrung der Sicherheit und der Privatsphäre, standortnahe Versorgung im Alltag und Autonomieförderung sowie Erhaltung des sozialen Umfeldes und um Erhalt und Förderung von Gesundheit.

[279] Mollenkopf H. (2000) Technik und Design. In: Wahl HW, Tesch-Römer C (Hg) Angewandte Gerontologie in Schlüsselbegriffen. Stuttgart (Kohlhammer) 224–232.

3. *Personalbestandssicherung und Nachwuchsgewinnung*

Die Bevölkerung wird immer älter und ihre Gesamtzahl sinkt kontinuierlich; diese beiden Kernaussagen haben unmittelbaren Einfluss auf die Entwicklung im Pflegebereich der kommenden Jahrzehnte (Abschnitt II.1.2). Die Rahmenbedingungen für eine auch in der Zukunft qualitätsgesicherte Pflegeversorgung werden aufgrund des stetig steigenden Bedarfs an pflegerischen Leistungen schwieriger. Die prognostizierten Zahlen von Pflegebedürftigen in den kommenden Jahrzehnten stehen in enger Verbindung mit den Prognosen eines wachsenden Bedarfs an Pflegefachkräften (Abschnitt II.2.4).

Die Gewinnung, Ausbildung und Qualifizierung von Menschen in Berufen der Altenpflege und Gesundheits- und Krankenpflege ist eine zentrale Aufgabe der kommenden Jahre, bei der die Verbände, Ausbildungsstätten, Einrichtungsträger, Agenturen für Arbeit und das Land eng zusammenarbeiten müssen. Dabei sollten jeweils unterschiedliche regionale Entwicklungen und Bedarfe berücksichtigt werden und Bündnisse zur Förderung der Fachpflege auf kommunaler Seite entstehen.

Der Beschäftigungsmarkt der Pflegeberufe im SGB XI sollte in Verbindung mit der Beschäftigtenentwicklung im Krankenhaus- und SGB V-Bereich betrachtet werden. Die derzeitigen Steigerungen der Beschäftigtenzahlen sind durch den Aufbau bei ambulanten Pflegediensten und der teil- und vollstationären Pflegeeinrichtungen bedingt. Im Krankenhausbereich wurde von 1996 bis 2009 Personal im Pflegebereich abgebaut[280], welches teilweise in andere Pflegebereiche, v.a. in die ambulante Pflege, gewechselt ist. Zurzeit kann von einer Vollbeschäftigungssituation im Gesundheits- und Krankenpflegeberuf ausgegangen werden.

Es wird eine Vielzahl von Maßnahmen zu ergreifen sein, damit auch zukünftig genügend Menschen in einem der Fachpflegeberufe ausgebildet werden sowie Personal in seinem erlernten Beruf dauerhaft gehalten und älteren Arbeitnehmerinnen und -nehmern ein Verbleib in ihrem angestammten Berufsfeld ermöglich wird.

---

[280] Vortrag Prof. Dr. M. Isfort, Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. am 9.7.2010, www.dip.de

3.1 Maßnahmen und Sachstand des Pflegepakets

Folgende Maßnahmen sind im Rahmen des Pflegepakets (Abschnitt II.4.3.3) getroffen worden:

3.1.1 Förderung von Ausbildungsplätzen in der Altenpflege

Durch das seit dem Schuljahr 2009/2010 in Kraft getretene Förderprogramm konnten an 430 Einrichtungen im ersten Förderhalbjahr sowie an 456 Einrichtungen im zweiten Förderhalbjahr Prämien für ihr Angebot an Ausbildungsplätzen ausgezahlt werden. Im ersten Förderhalbjahr entsprach dies 1.694 Ausbildungsplätzen, für das zweite Förderhalbjahr ist ein Anstieg zu verzeichnen. Insgesamt beläuft sich die Prämienhöhe im Schuljahr 2009/2010 auf rund 1,3 Mio. Euro.

Parallel zum Anstieg der förderungsfähigen Ausbildungsplätze nahm die Anzahl der Anträge ab, die aufgrund zu geringer Ausbildungsvergütungszahlungen abgelehnt werden mussten. Gleichzeitig stieg die Gesamtanzahl von Auszubildenden in der Altenpflege von 5.057 (Stichtag 15.11.2009) auf 5.600 (Stichtag 15.11.2010).

3.1.2 Förderung von Ausbildungsplätzen an privaten Altenpflegeschulen

Zwei Drittel der Auszubildenden in der Altenpflege werden an Altenpflegeschulen in privater Trägerschaft unterrichtet. Hierfür wird von diesen Schulen ein monatliches Schulgeld zwischen 60 Euro und 200 Euro erhoben. Das Land Niedersachsen unterstützt seit Beginn des Schuljahres 2009/10 diese Altenpflegeschülerinnen und -schüler mit einem monatlichen Zuschuss zum Schulgeld i. H. v. 50 Euro. Das Land hat im vorgenannten Schuljahr mit insgesamt rund 1,4 Mio. Euro 2.335 junge Menschen bei ihren Schulgeldzahlungen unterstützt.

3.1.3 Förderung der Kosten von Umschulungen im 3. Ausbildungsjahr

Das Land wird zukünftig das 3. Umschulungsjahr in der Altenpflegeausbildung fördern. Um die ausbildenden Pflegebetriebe als Träger der praktischen Ausbildung nach Auslaufen des Konjunkturpakets II zu entlasten und weitere Anreize für Umschulungsmaßnahmen im Rahmen der Altenpflegeausbildung zu schaffen, übernimmt das Land Niedersachsen (MS) die Weiterbildungskosten, die die Träger

der praktischen Ausbildung nach § 17 Abs. 1a AltPflG i.V.m. § 79 Abs. 1 Nr. 1 bis 4 SGB III andernfalls tragen müssten. Es erfolgt keine Übernahme der Ausbildungsvergütung. Diese hat der Träger der praktischen Ausbildung entsprechend § 17 Abs. 1 AltPflG selbst zu tragen. Die Landesförderung umfasst auch die Lehrgangskosten, soweit diese nicht bereits in Form der Finanzhilfe vom Kultusministerium übernommen werden.

3.1.4 Förderung von Schulungen der Pflegekräfte

Hierbei sind ausschließlich Schulungen zur Einführung der Expertenstandards nach § 113a SGB XI gemeint. Expertenstandards konkretisieren den allgemein anerkannten Stand der medizinisch-pflegerischen Erkenntnisse.
Fortbildungsträger in der Altenpflege konnten ihre entsprechenden Schulungsmodelle einer vom MS beauftragten Expertenkommission zur Bewertung vorlegen. 11 Fortbildungsträger haben ihre Modelle eingereicht; die Entscheidung, welche dieser Modelle vom Land finanziell gefördert wird, ist im 1. Quartal 2011 zu erwarten.

3.1.5 Ideenwettbewerb

Aus den Reihen des Landespflegeausschusses ist eine Jury zur Auswahl beispielgebender („good practice“) Modelle in der Pflege einberufen worden, welche anderen Akteuren in der Altenpflege Impulse zur Weiterentwicklung ihrer Angebote geben sowie prämiert bzw. gefördert werden sollen. Die Prämierung und Veröffentlichung der von der Jury ausgewählten Modelle soll im 1. Quartal 2011 erfolgen.
Bis zum Bewerbungsschluss am 31.10.2010 sind insgesamt 110 Wettbewerbsbeiträge eingegangen.

3.2 Weitere geplante Aktivitäten auf Landesebene

Ein Schwerpunkt der Politik der Landesregierung muss die Gewinnung von Nachwuchskräften sein. Dazu sind viele Anreize und unterschiedliche Maßnahmen in Abstimmung mit den Akteuren in der Altenpflege auf allen Ebenen zu entwickeln. Die Landesregierung verfolgt die Zielsetzung, das Image der Altenpflege sowie die

Bereitschaft junger Menschen, sich für diesen Beruf zu entscheiden, zu stärken. Dazu sind beispielhaft folgende Maßnahmen geplant.

3.2.1 Arbeitnehmerfreizügigkeit/ Anerkennung ausländischer Berufsabschlüsse

Mit dem Wegfall der Beschränkungen des Arbeitnehmerfreizügigkeitsgesetzes ab Mai 2011 für zehn der zwölf neuen Beitrittländer zur Europäischen Union kann ein weiterer Zuzug ausländischer Pflegekräfte erhofft werden.

Zur Koordinierung der Anerkennung ausländischer Abschlüsse aus Drittländern wurde mit Kabinettsbeschluss vom 22. Juni 2010 ein interministerieller Arbeitskreis zur Anerkennung von im Ausland erworbenen Abschlüssen unter Federführung des Sozialministeriums eingerichtet. Das Ziel dieser Bemühungen ist es, Arbeitgebern, Einrichtungen und Arbeitsuchenden nachvollziehbare und einheitliche Regelungen und Bewertungskriterien zu im Ausland erworbenen Qualifikationen zur Verfügung zu stellen.

3.2.2 Gezieltes Zugehen auf Menschen mit Migrationshintergrund

Die Landesregierung plant, noch entschiedener auf Menschen mit Migrationshintergrund zuzugehen. Es kann davon ausgegangen werden, dass es eine größere Gruppe von gut ausgebildeten, arbeitssuchenden Zuwanderinnen und Zuwandern gibt. Der Anteil der beschäftigten Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und –pfleger mit eigener Migrationserfahrung liegt mit 12, 2% bundesweit unter dem Anteil von Menschen mit Migrationserfahrung in der Gesamtwirtschaft (14,4%)[281].
Darüber hinaus ist die Annahme gerechtfertigt, dass Schülerinnen und Schüler mit Migrationshintergrund ein deutlich höheres Interesse an einem Beruf der Altenpflege haben, als diejenigen ohne Migrationshintergrund[282].

In der Zukunft sollen sowohl vorhandene Potenziale in diesen Bevölkerungsgruppen gezielt gefördert und Zugangsbarrieren in den Arbeitsmarkt gesenkt, als auch Betriebe auf eine kulturelle Vielfalt von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern vorbereitet

---

281 Pressemitteilung des Statistischen Bundesamtes (Destatis) zum Internationen Tag der Pflegenden, 12.05.2010, www.destatis.de
282 Hamburgisches Weltwirtschaftsinstitut gGmbH (HWWI), Berufsausbildung in der Altenpflege: Einstellungen und Potentiale bei jungen Menschen mit Migrationshintergrund in Hamburg“, 2010, www.hwwi.org

werden. Es soll einerseits eine kultursensible Pflege und Betreuung von pflegebedürftigen Migrantinnen und Migranten verbessert und verbreitet, andererseits kompetente interkulturelle Teams entwickelt und gefördert werden.

3.2.3 Initiative des NDZ

Eine Imagekampagne des Norddeutschen Zentrums zur Weiterentwicklung der Pflege (NDZ), dem Niedersachsen als Mitgliedsland angehört, soll zur Steigerung der Attraktivität der Pflegeberufe beitragen.
Es ist geplant, ein von der Designschule Schwerin entwickeltes Computer-Spiel auszubauen und zu unterstützen. Das im Comic-Stil gehaltene Adventure-Game spielt in einer Pflegeeinrichtung und soll Schülerinnen und Schülern die Vielfalt und Aufgabenbreite des Pflegeberufs näher bringen. Es ist eine kostenlose Verteilung als Beigabe in Computer-Zeitschriften u.ä.m. vorgesehen.

3.2.4 Kampagne der LAG der freien Wohlfahrtspflege

Die LAG der freien Wohlfahrtspflege in Niedersachsen hat im Jahr 2010 eine Kampagne „Typen gesucht“ umgesetzt. Mit der Kampagne sollen Menschen gefunden werden, die sich gerne auf andere Menschen einlassen und auch beruflich mit Menschen zu tun haben wollen. Das zentrale Ziel der Kampagne ist, Menschen für soziales Engagement zu sensibilisieren und ein frühzeitiges Interesse für soziale Berufe zu wecken. Damit sollen soziale Berufe attraktiver für Menschen gemacht werden, die sich in einer Situation der Berufsentscheidung befinden. MS hat sich an dieser Kampagne mit 10.000 Euro beteiligt. Für das laufende Jahr wurde seitens der LAG der freien Wohlfahrtspflege in Niedersachsen eine Fortsetzung dieser Kampagne angekündigt. MS hat seine Bereitschaft gegenüber der LAG bekundet, das Projekt auch in diesem Jahr finanziell zu unterstützen.

3.3 Aktivitäten auf Bundesebene

3.3.1 Unterstützung der Weiterentwicklung des Pflegezeitgesetzes

Zunehmend werden Menschen mit der Situation konfrontiert, gleichzeitig die Pflege von Angehörigen und ihre Erwerbstätigkeit bewältigen zu müssen. Das zum 01.07.2008 in Kraft getretene PflegeZG stellt mit der Möglichkeit einer Freistellung

von Arbeitnehmerinnen und -nehmern für 10 Tage zur Organisation der Pflege von Angehörigen bzw. von bis zu sechs Monaten zur Übernahme familialer Pflege einen ersten und wichtigen Schritt zur Bewältigung dieser Herausforderung dar.

Während anzunehmen ist, dass die kurzzeitige Freistellung zunehmend häufiger von Arbeitnehmerinnen und -nehmern genutzt wird, ist die Inanspruchnahme der bis zu sechsmonatigen Pflegezeit dagegen nur zögerlich und auf zahlenmäßig geringem Niveau angelaufen. Es ist davon auszugehen, dass auch zukünftig die unbezahlte mehrmonatige Pflegezeit nur von einer kleineren Gruppe potentiell pflegender Angehöriger genutzt werden kann. Ein fehlendes oder vermindertes Einkommen und befürchtete Nachteile im Beruf verhindern vermutlich auch längerfristig eine höhere Inanspruchnahme.
Vor diesem Hintergrund unterstützt das MS die von Bundesfamilienministerin Schröder angekündigte Neuregelung im Rahmen eines Familien-Pflegezeit-Modells.

3.3.2 Vereinheitlichung der Gesundheits-, (Kinder-)Kranken- und Altenpflegeausbildung

Das Land beteiligt sich an der Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Neuordnung der Ausbildung in der Gesundheits- und (Kinder-)Kranken- sowie der Altenpflege auf Bundesebene, in der eine weitestgehende Zusammenführung der verschiedenen Ausbildungsstränge diskutiert wird. Das Land Niedersachsen tritt in diesem Rahmen für eine Vereinheitlichung der Kranken- und Altenpflegeausbildung ein.

Die Bund-Länder-Arbeitsgruppe wird neben den inhaltlichen Fragen einer Neuausrichtung bzw. Vereinheitlichung der Ausbildungsgänge zu beraten haben, wie sich die jeweilige Finanzierung in Zukunft darstellen könnte.
Die Finanzierung der dreijährigen Ausbildungsgänge nach dem Gesetz über die Berufe der Krankenpflege erfolgt nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetzes über die Pflegesätze der Krankenhäuser (Abschnitt I.4.3.3). Es ist gesetzlich festgelegt, dass die Ausbildungskosten vollständig refinanziert werden. Derzeit fließen in Niedersachsen alle Gelder, die zur Refinanzierung der Ausbildung genutzt werden, in einen landesspezifischen Fonds ein. Die Höhe des Ausgleichsfonds errechnet sich aus der Summe der krankenhausindividuellen Ausbildungsbudgets, die die Krankenhäuser mit den Krankenkassen vereinbaren.

Es wird daher zu erörtern sein, ob nicht – diesem Finanzierungsmodell folgend – auch die Ausbildungskosten in der Altenpflege zukünftig pflegevergütungsneutral aus Mitteln der Pflegekassen getragen werden sollten.

Verzeichnis von Quellen und Literatur

Arbeitsstelle Rehabilitations- und Präventionsforschung, Universität Hamburg, Runde, P., u.a. (2009): AOK-Trendbericht Pflege II - Entwicklungen in der häuslichen Pflege seit Einführung der Pflegeversicherung

Berliner Institut (2009): Alt und behindert - wie sich der demographische Wandel auf das Leben der Menschen mit Behinderungen auswirkt, März 2009

Bertram, H. (2000): Die verborgenen familiären Beziehungen in Deutschland: Die multilokale Mehrgenerationenfamilie, in: Kohli, M., Szydlik, M. (Hg.) Generationen in Familie und Gesellschaft, Opladen, S.97-121

Beyrodt, M., Roling, G. (2007): Belastungen und Bedarf pflegender Angehöriger von Menschen mit Demenz, in: Sauer, P., Wissmann, P. (Hg.): Niedrigschwellige Hilfen für Familien mit Demenz, Frankfurt am Main

Blinkert, B. und Klie, T. (1999): Pflege im sozialen Wandel. Studie zur Situation häuslich versorgter Pflegebedürftiger. Hannover

Blinkert, B., Klie, T. (2005): Die Versorgungssituation pflegebedürftiger Menschen vor dem Hintergrund von Bedarf und Chancen, S. 238 ff

Blinkert, B., Klie, T., (2004): Solidarität in Gefahr? Pflegebereitschaft und Pflegebedarfentwicklung im demografischen und sozialen Wandel, Hannover

Blinkert, B., Klie, T. (2006): Der Einfluss von Bedarf und Chancen auf Pflegezeiten in häuslichen Pflegearrangements, in: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, Bd. 39, Heft 5, 12/2006

Bundesministerium für Familie, Soziales, Frauen und Jugend (2005): 5. Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland – Potenziale des

Alters in Wirtschaft und Gesellschaft, Bericht der Sachverständigenkommission, Berlin

Bundesministerium für Familie, Soziales, Frauen und Jugend (Hg.) (2004): Erwartungen an einen familienfreundlichen Betrieb, Berlin

Bundesministerium für Familie, Soziales, Frauen und Jugend (2006): 7. Familienbericht, Berlin

Bundesministerium für Familie, Soziales, Frauen und Jugend (2008): Handbuch für eine kultursensible Altenpflegeausbildung – Eine Arbeitshilfe für Pflegeschulen und Pflegeeinrichtungen, Bezugsstelle: Publikationsversand der Bundesregierung, Postfach 481009, 18132 Rostock

Bundesministerium für Gesundheit (2008): Vierter Bericht über die Entwicklung der Pflegeversicherung, Berlin

Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung (BiB), Roloff, J. (2009): Pflege ist weiblich – geschlechterdifferenzierte Betrachtung des Pflegebedarfs und Pflegepotentials, Aktuell, 03/2009, S. 6 ff, Rostock

Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung (BiB) (2009): Bevölkerungsforschung Aktuell, 03/2009

Caritas Forum Demenz, Harnau, B. (2009): Schnittstellenmanagement und SGB übergreifende Entwicklung von Pflegepfaden am Beispiel gerontopsychiatrischer Erkrankungen, Vortrag 11/09, Hannover

Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung (DIW) (2004): Wochenbericht Nr. 20/2004, Berlin

Deutsche Bank Research, Blinkert, B., Gräf, B. (2009): Deutsche Pflegeversicherung vor massiven Herausforderungen, Frankfurt am Main, März

Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. (Hg.) (2004), Überleitung und Case Management in der Pflege, Hannover

Deutsches Zentrum für Altersfragen (DZA) (2007): Der Alterssurvey, Familie und Generationen im Wandel, Berlin

Deutsches Zentrum für Altersfragen (DZA) (2007): Report Altersdaten, Statistisches Informationssystem GeroStat, Alter und Pflege, 03/2007

Engel, H.; Schmitt-Schäfer, T. (2004): Erhebung des umfassenden Hilfebedarfs von geistig-, körperlich- und sinnesbehinderten Menschen in stationären Einrichtungen der Eingliederungshilfe in Hamburg, Köln

Forschungszentrum Generationenverträge (2007): Demenzkranke und Pflegebedürftige in der Sozialen Pflegeversicherung - ein intertemporaler Kostenvergleich, Freiburg, 11/2007

Gesundheitsberichterstattung des Bundes (2008): Migration und Gesundheit, Veröffentlichung des Statistischen Bundesamtes und des Robert-Koch-Instituts, Berlin

Gesundheitsberichterstattung des Bundes (2009): Gesundheit und Krankheit im Alter, Veröffentlichung des Statistischen Bundesamtes, des Deutschen Zentrums für Altersfragen und des Robert Koch-Instituts, Berlin

Gräßel, Elmar (2002): When home care ends - changes in the physical health of informal caregivers caring for dementia patients: a longitudinal study. JAGS 50; 843-849

Gräßel, E. u.a. (Hg) (2009): Pflegekurse - Prädiktoren der Inanspruchnahme und Qualitätserwartungen aus Sicht pflegender Angehöriger eines Demenzpatienten, in: Gesundheitswesen 2009, 71, S. 291 ff

Hamburgisches Weltwirtschaftsinstitut gGmbH (HWWI) (2010): Berufsausbildung in der Altenpflege: Einstellungen und Potentiale bei jungen Menschen mit Migrationshintergrund in Hamburg“

Hoffer, Heike, Qualitätsberichte im Spiegel der Sozialgerichte: Qualitätstransparenz zwischen Verfassungsrecht und Pflegewirklichkeit, in: Zeitschrift für Rechtsfragen in der stationären und ambulanten Pflege, 5/2010, S. 236

Institut für Entwicklungsplanung und Strukturforschung an der Universität Hannover (IES) (Hg.) (2001): Der Pflegeeinsatz nach § 37 Abs. 3 SGB XI als Instrument der Qualitätssicherung in der häuslichen Pflege bei selbst beschaffter Pflegehilfe, Hannover

Klie, T. (2010): Verbraucherschutz in der Pflege? - Qualitätsprüfungen und Transparenzberichte gemäß § 115 SGB XI im Streit, in: Zeitschrift für Rechtsfragen in der stationären und ambulanten Pflege, 7/2010, S. 351 ff

Klie, T., Krahmer, U. (Hg) (2009): Sozialgesetzbuch XI, soziale Pflegeversicherung. Lehr- und Praxiskommentar, Baden-Baden

Kurz, A., (1999): Symptomatik und Verlauf von Demenzkrankheiten, S. 21 ff, in: Deutsche Alzheimer Gesellschaft, Bickel, H. (Hg.): Demenz und Pflegebedürftigkeit, 11/1999

Landesbetrieb für Statistik und Kommunikationstechnologie Niedersachsen (zuvor Niedersächsisches Landesamt für Statistik) (2009): Statistische Berichte Niedersachsen, Gesetzliche Pflegeversicherung, Ergebnisse der Pflegestatistik 2007, Februar

Max-Planck-Institut für demografische Forschung (2010): Assessing old-age long-term care using the concepts of health life expectancy and care duration: the new parameter „Long-Term Care-Free Life-Expectancy (LTCF), Working Paper, January

Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e.V. (MDS) (2005): Pflegebericht des Medizinischen Dienstes 2003, Mai

Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e.V. (MDS) (2007): Pflegebericht des Medizinischen Dienstes 2005, Januar

Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e.V. (MDS) (2007): Pflegebericht des Medizinischen Dienstes 2006, Oktober

Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e.V. (MDS) (2009): Pflegebericht des Medizinischen Dienstes 2007-2008, Juni

Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. und GKV-Spitzenverband Körperschaft des öffentlichen Rechts, (2009): Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes zur Begutachtung von Pflegebedürftigkeit nach dem XI. Buch des Sozialgesetzbuches

Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. (MDS) (2010): Begutachtungen des Medizinischen Dienstes für die Pflegeversicherung 2009, Essen

Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e.V. (MDS) (2009), Grundsatzstellungnahme – Pflege und Betreuung von Menschen mit Demenz in stationären Einrichtungen, November

Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. (MDS) (2010): Evaluation der Transparenzvereinbarungen, Abschlussbericht, Stand 16.02.2010

Mittnacht, B. (2010): Qualitätsentwicklung und Nachhaltigkeit im Kontext häuslicher Pflegearrangements, Lage

Mollenkopf H. (2000): Technik und Design. In: Wahl, H.W., Tesch-Römer, C. (Hg): Angewandte Gerontologie in Schlüsselbegriffen. Stuttgart, S 224–232

Niedersächsisches Landesamt für Statistik (2007): Statistische Berichte Niedersachsen, Gesetzliche Pflegeversicherung, Ergebnisse der Pflegestatistik 2005

Niedersächsisches Ministerium für Frauen, Arbeit und Soziales, Pflegerahmenplan 2000

Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Frauen, Familie und Gesundheit, Landespflegebericht 2005

Norddeutsches Zentrum zur Weiterentwicklung der Pflege (2009/2010): Aus aller Welt II – Interkulturelle Projekte im Pflege- und Gesundheitsbereich in Norddeutschland

Richter, R. (2006): Psychische Erkrankungen im Alter: Vorbeugen und Therapieren, WHO-Weltgesundheitstag, Vortragsabstract

Robert-Koch-Institut (2010): HIV-Infektionen und AIDS-Erkrankungen in Deutschland, Epidemiologisches Bulletin, 7. Juni 2010/ Nr. 22

Rothgang, H., u.a. (2009): GEK-Pflegereport 2009, Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Bd. 73, Schwäbisch Gmünd, November

Rütten, A./ Abu-Omar, K./ Lampert, T. / Ziese, T. (2005): Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Heft 26. Körperliche Aktivität. Berlin: Robert-Koch-Institut

Schaeffer, D., Kuhlmey, A. (2008): Pflegestützpunkte - Impulse zur Weiterentwicklung der Pflege, in: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 41, S. 81 ff

Schmidt, T., Wolff, B. (2007): Niedrigschwellige Dienstleistungen -Erfahrungen aus Niedersachsen, S. 126 in: Sauer, P., Wissmann, P. (Hg.), Niedrigschwellige Hilfen für Familien mit Demenz, Frankfurt am Main

Schneekloth, U., Wahl, H.W. (2005): Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung in privaten Haushalten (MuG III), Repräsentativbefunde und Vertiefungsstudien zu häuslichen Pflegearrangements, Demenz und professionellen Versorgungsangeboten, Integrierter Abschlussbericht im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, München, März

Schneekloth, U. (2006): Entwicklungstrends und Perspektiven in der häuslichen Pflege, in: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, Bd. 39, Heft 6

Schneider, T., Drobnic, S., Blossfeld, H.-P. (2001): Pflegebedürftige Personen im Haushalt und das Erwerbsverhalten verheirateter Frauen. In: Zeitschrift für Soziologie 30 (5), S. 362-383

Scholz, R., Schulz, A. (2008): Max-Planck-Institut für demografische Forschung - Zur Abschätzung der Pflegedauer in Deutschland unter Nutzung der amtlichen Statistik, Vortrag vom 30.01.2008 in Rostock

Statistische Ämter des Bundes und der Länder (2010): Pflegestatistik 2007, Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung: Kreisvergleich, Wiesbaden

Statistisches Bundesamt (Hg.)(2007): Bevölkerung und Erwerbstätigkeit. Bevölkerung mit Migrationshintergrund - Ergebnisse des Mikrozensus 2005. Fachserie 1 Reihe 2.2 Wiesbaden

Statistisches Bundesamt (2007): Pflegestatistik 2005, Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung, 2. Bericht: Ländervergleich – Pflegebedürftige, Wiesbaden

Statistisches Bundesamt (2009): Pflegestatistik 2007, Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung, 2. Bericht: Ländervergleich – Pflegebedürftige, Wiesbaden

Statistisches Bundesamt (2009): Bevölkerung Deutschlands bis 2060, 12. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung

Steinhagen-Thiessen, E., et al, (2007): Subjektive Wahrnehmung und Bewältigung der Demenz im Frühstadium, S. 71 ff, in: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, Bd. 40, Heft 2, 04/2007

VdAK/AEV - Landesvertretung Hannover (2008): Ausgewählte Basisdaten des Gesundheitswesens in Niedersachsen, Hannover

Verbraucherzentrale (2009): Noten für Pflegeheime - Gebrauchsanweisung für den Umgang mit Qualitätsberichte, S.2

Wagner, A. (2004): Erfahrungen aus zehn Jahren MDK-Pflegebegutachtung, MDK-Forum, 04/2004, Essen, S. 6 ff

Weidner, Frank, u.a. (2006): Pflegekurse im Blickpunkt, Hannover

Wingenfeld, K., Büscher, A., Schaeffer, D. (2007): Recherche und Analyse von Pflegebedürftigkeitsbegriffen und Einschätzungsinstrumenten, Projektbericht, Bielefeld

Zank, S., Heidenblut, S. (2009): Versorgung von Depressionen im Alter, S. 15 ff, in: Adler G., Gutzmann H., Haupt M., Kortus R., Wolter D.K. (Hg): Seelische Gesundheit und Lebensqualität im Alter, Stuttgart