



Freie und Hansestadt Hamburg

Behörde für Soziales und Familie

Rahmenplanung
der pflegerischen Versorgungsstruktur bis
2010

Für Rückfragen:

Behörde für Soziales und Familie, Referat Seniorenarbeit und Pflege

Eckhard Cappell

Postfach 760106

22051 Hamburg

Tel. 040/428 63 26 58, Eckhard.Cappell@bsf.hamburg.de

Präambel

Die vorliegende Rahmenplanung soll eine Grundlage für die zukunftsfähige Gestaltung der pflegerischen Versorgung bilden und damit zugleich einen wichtigen Beitrag zur Weiterentwicklung Hamburgs als seniorenrechtlicher Stadt leisten.

Die Behörde für Soziales und Familie, die Landesverbände der Pflegekassen, die Leistungsanbieter in der Pflege und die Vertretungen von pflegebedürftigen Menschen stehen in der Pflicht, zur Erreichung dieser Ziele zusammen zu arbeiten und die Qualität in der Pflege stetig zu verbessern.

Hamburg wird sich außerdem auf der Grundlage der Rahmenplanung im Bund dafür einsetzen, die Versorgungssysteme den Zukunftserfordernissen anzupassen. Um die ambulante Versorgung hilfe- und pflegebedürftiger Menschen in Hamburg zu stärken, ist es notwendig, weitere niedrigschwellige ambulante Unterstützungsangebote aufzubauen und in eine Vernetzung der pflegerischen Angebote zu investieren.

Auch wenn das Risiko "Pflege" zunehmend durch ambulante Angebote abgedeckt wird, wird die stationäre Versorgung von pflegebedürftigen Menschen wesentlicher Bestandteil der pflegerischen Versorgung in Hamburg bleiben.

Positiv wird bewertet, dass sich der Anteil der Einzelzimmerplätze durch die geplanten Neubaumaßnahmen weiter erhöht.

Zwischen der Behörde für Soziales und Familie und den im Landespflegeausschuss vertretenen Organisationen besteht Einigkeit, dass zahlreiche Aspekte der pflegerischen Versorgung nur für die Gegenwart beschrieben, aber nicht mit hinreichender Sicherheit für die Zukunft prognostiziert werden können. Das gilt z.B. für die Auswirkungen der Verbesserungen in der medizinischen Versorgung auf die Pflegebedürftigkeit und für die Auswirkungen der gemeinsamen Anstrengungen zur Stärkung der ambulanten Pflege auf den Bedarf an Pflegeheimplätzen. Ob die der Planung zu Grunde liegende Erwartung zutrifft, dass durch eine verbesserte Betreuung Demenzkranker in der allgemeinen stationären Pflege das Angebot an speziellen Pflegeplätzen ausreichend ist, oder ob es ausgeweitet werden muss, ist im Laufe der Planungsperiode zu überprüfen und am Bedarf zu orientieren.

Die Behörde für Soziales und Familie wird den Landespflegeausschuss an diesem Prozess beteiligen.

Inhalt

Zusammenfassung.....	6
1 Einleitung.....	8
2 Aktuelle und zukünftige Pflegebedürftigkeit in Hamburg	10
2.1 Ursachen der Hilfe- und Pflegebedürftigkeit	10
2.2 Bevölkerungsentwicklung.....	10
2.2.1 Bevölkerungsentwicklung bis 2010.....	10
2.2.2 Ausblick: Bevölkerungsentwicklung bis 2020.....	11
2.3 Entwicklung der Hilfe- und Pflegebedürftigkeit.....	12
2.3.1 Entwicklung der Hilfe- und Pflegebedürftigkeit bis 2010	12
2.3.2 Ausblick: Entwicklung der Hilfe- und Pflegebedürftigkeit bis 2020	13
2.4 Die Entscheidung zwischen ambulanter und stationärer Versorgung	13
3 Pflege zu Hause	15
3.1 Quantitative Beschreibung der häuslichen Pflege in Hamburg	15
3.2 Elemente der ambulanten pflegerischen Versorgungsstruktur.....	16
3.2.1 Ehrenamtliche Dienste	16
3.2.2 Ambulante Dienste.....	18
3.2.3 Tagespflege	19
3.2.4 Kurzzeitpflege	20
3.2.5 Wohngruppen für Pflegebedürftige.....	22
4 Stationäre Pflege	23
4.1 Das allgemeine stationäre Pflegeangebot	23
4.1.1 Bestand und Entwicklung.....	23
4.1.2 Versorgungsziel und fachliche Bewertung des Angebots	25
4.1.3 Bedarfsprognose 2010.....	26
4.1.4 Maßnahmen.....	27
4.2 Spezielle Pflegeangebote.....	28
4.2.1 Besondere stationäre Dementenbetreuung und geschlossene Stationen.....	28
4.2.2 Pflegeangebote für psychisch kranke Pflegebedürftige	29
4.2.3 Pflege von Wachkomapatienten.....	30
4.2.4 Pflegeangebote für Zuwanderer	31
4.2.5 Hospize und Hospizarbeit in der stationären Pflege	32
4.2.6 Weitere spezielle Pflegeangebote	33
4.3 Investive Förderung in der stationären Pflege	33
5 Die pflegerische Versorgungsstruktur insgesamt betreffende Themen.....	35
5.1 Reibungslose Übergänge im Hilfesystem.....	35
5.2 Information und Beratung für Hilfe- und Pflegebedürftige und ihre Angehörigen..	36
5.3 Entbürokratisierung und Deregulierung in der Pflege	38
6 Ausbildung in der Altenpflege	40
6.1 Quantitative Beschreibung der Ausbildung in der Altenpflege.....	40
6.1.1 Bestand und Entwicklung.....	40
6.1.2 Prognose.....	41
6.2 Weiterentwicklung der Ausbildung im Rahmen des Altenpflegegesetzes	42
7 Anhang	43
7.1 Datenquellen und Prognoseverfahren	43
7.1.1 Datenquellen.....	43
7.1.2 Prognoseverfahren.....	44
7.2 Anhang Hilfe- und Pflegebedürftigkeit	46
7.3 Anhang stationäre Pflege	48
7.4 Anhang überregionale Beratungsstellen.....	50

Zusammenfassung

Die Rahmenplanung der pflegerischen Versorgungsstruktur macht eine Bestandsaufnahme der Pflegeangebote in Hamburg, prognostiziert der Hilfe- und Pflegebedürftigkeit, analysiert aktuelle und zukünftige Anforderungen an die pflegerische Versorgung und schlägt entsprechende Maßnahmen vor. Damit leistet sie einen Beitrag zur Weiterentwicklung der seniorengerechten Stadt Hamburg und zur Umsetzung zeitgemäßer Pflegekonzepte.

Die ambulante, teilstationäre und vollstationäre pflegerische Versorgungsstruktur soll gemäß der Zielsetzung des Pflegeversicherungsgesetzes und des Landespflegegesetzes leistungsfähig, zahlenmäßig ausreichend und wirtschaftlich sowie regional gegliedert und aufeinander abgestimmt sein.

Die Pflege soll sich an zeitgemäßen Konzepten orientieren, d.h. vorrangig in der eigenen Wohnung erfolgen, Angehörige einbeziehen, aber nicht überlasten, individuell und biographieorientiert geplant sein sowie nicht durch überflüssige bürokratische Auflagen belastet werden.

Zurzeit gibt es in Hamburg etwa 43.000 Menschen, die pflegebedürftig im Sinne der Pflegeversicherung sind, und weitere 63.000, die Hilfen brauchen, um weiter im eigenen Haushalt leben zu können. 2010 werden es ca. 45.000 Pflegebedürftige und 66.000 Hilfebedürftige sein.

29.600 Personen werden im eigenen Haushalt gepflegt, darunter 16.500 Pflegebedürftige, die ausschließlich von Angehörigen versorgt werden. 2010 wird es rd. 31.000 Pflegebedürftige in privaten Haushalten geben. Die Versorgung durch ambulante Dienste ist aktuell sichergestellt und es sind auch für die Zukunft keine Engpässe zu erwarten.

139 Heime haben rd. 15.100 Plätze und rd. 14.500 Bewohner. Im Jahr 2010 werden etwa 15.800 Plätze benötigt werden. Diese Plätze werden aufgrund der Initiative der Heimträger vorhanden sein.

Der Schwerpunkt der Maßnahmen liegt in der Stärkung der häuslichen Pflege. Es ist eine weitere Attraktivitätssteigerung der teilstationären Pflegeangebote in der Tages- und Kurzzeitpflege u.a. durch Entlastung von den Investitionskosten geplant. Damit sollen Tages- und Kurzzeitpflege zu Alternativen zum Heim ausgebaut werden.

Wohngruppen für Pflegebedürftige bieten auch für dementiell Erkrankte viele Handlungsspielräume; ihre Gründung wird deshalb verstärkt unterstützt.

In der stationären Pflege werden durch Angebot und Nachfrage genügend neue Plätze geschaffen; hier kann die staatliche Förderung auf modellhafte Vorhaben beschränkt werden.

Ansätze der Hospizarbeit in der stationären Pflege sollen vermehrt zum Tragen kommen. Der bürokratische Aufwand bei der Pflegedokumentation soll dagegen zurückgedrängt werden.

Haushaltswirksame Maßnahmen stehen unter einem generellen Finanzierungsvorbehalt; Maßnahmen, die Verlagerung von Haushaltsmitteln voraussetzen unter dem Vorbehalt einer Zustimmung von Senat und Bürgerschaft zur Verlagerung.

Bei den genannten und weiteren Maßnahmen zur Weiterentwicklung der Angebote wird eine intensive Kooperation mit Trägern und Betroffenenvertretungen angestrebt.

1 Einleitung

Verlässliche Hilfen für diejenigen, die Hilfe benötigen, gehören zu den zentralen Merkmalen einer seniorengerechten Stadt. Hamburg verfügt als Großstadt über hervorragende Voraussetzungen, die im Hinblick auf zukünftige Anforderungen weiterzuentwickeln sind.

Die Prognose zeigt, dass die Zahl der Hilfe- und Pflegebedürftigen in den nächsten Jahren kontinuierlich ansteigen wird. Jetzt werden die Rahmenbedingungen gestaltet, die in Zukunft darauf Einfluss haben werden, welche Formen der pflegerischen Versorgung die Betroffenen wählen und in welchem Umfang dabei Pflegequalität möglich sein wird.

Die Länder sind gemäß § 9 Elftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB XI) für die Vorhaltung einer leistungsfähigen, zahlenmäßig ausreichenden und wirtschaftlichen pflegerischen Versorgungsstruktur verantwortlich. Gemäß § 1 des Hamburgischen Landespflegegesetzes (HmbLPG) ist „eine leistungsfähige, zahlenmäßig ausreichende und wirtschaftliche sowie regional gegliederte und aufeinander abgestimmte ambulante, teilstationäre und vollstationäre pflegerische Versorgung der Bevölkerung zu gewährleisten“.

Dabei sollten folgende Aspekte der Pflegequalität besondere Beachtung finden:

- Angehörige und Vertrauenspersonen werden so weit wie möglich in die Planung und Gestaltung von Pflege und Alltag einbezogen
- Die professionelle Pflege wird individuell und biografieorientiert geplant und umgesetzt, dabei wird insbesondere den speziellen Bedürfnissen von Menschen
 - in der Sterbephase
 - mit dementiellen Erkrankungen
 - mit Migrationshintergrund
 Rechnung getragen
- die Pflege und ihre Rahmenbedingungen werden möglichst unbürokratisch organisiert
- das Engagement Ehrenamtlicher wird in die Pflege einbezogen.

Darüber hinaus ist die Qualifikation der in der Pflege beruflich Tätigen durch Aus- und Fortbildung zu sichern.

Zur Umsetzung dieser Ziele soll die Rahmenplanung der pflegerischen Versorgungsstruktur gemäß § 4 HmbLPG beitragen.

Folgende Anforderungen stellt das HmbLPG an die Rahmenplanung:

Sie soll

- die allgemeinen Versorgungsziele beschreiben
- den Bestand an ambulanten, teil- und vollstationären Einrichtungen feststellen
- den Bedarf an solchen Einrichtungen ausweisen

- Projekte und Maßnahmen zur Verbesserung der pflegerischen Versorgungsstruktur aufnehmen. Die Rahmenplanung soll berücksichtigen:
- die Entwicklung der Pflegebedürftigkeit
- die Bevölkerungsentwicklung
- den Vorrang der Prävention und Rehabilitation
- den Vorrang ambulanter Hilfen vor teilstationären, diese vor stationären
- die sozialen und medizinischen Maßnahmen der Pflegevermeidung
- die pflegerische Versorgung im Rahmen der Krankenbehandlung
- die weitergehenden Leistungen der Hilfe zur Pflege und der Eingliederungshilfe.

Die Rahmenplanung ist mit den Planungen im Gesundheitswesen abzustimmen. Der Landespflegeausschuss ist zu hören.

Die Rahmenplanung kann zur Umsetzung der Ziele vor allem dadurch beitragen, dass sie

- Transparenz über die Ausgangssituation und zu erwartenden Entwicklungen schafft
- konkrete Anforderung an die Versorgungsstruktur zu einem Zeitpunkt in der Zukunft – hier das Jahr 2010 – benennt
- beschreibt, von welchem Akteur welche Beiträge zur Erreichung der Ziele erwartet werden.

Sie trägt damit zur Wahrnehmung der gemeinsamen Verantwortung aller an der pflegerischen Versorgung Beteiligten (§ 8 SGB XI) bei.

Zur Erstellung der Rahmenplanung sind verschiedene, möglichst aktuelle Datenquellen ausgewertet worden. Eine Beschreibung findet sich in Anhang 7.1.1.

Die vorliegende Planung ersetzt die im Jahr 2000 vorgelegte. Der Planungshorizont reicht bis zum Jahr 2010, d.h. bis dahin werden Prognosen abgegeben und Ziele benannt. Wo es möglich ist, werden Ausblicke in der Reichweite der Bevölkerungsprognose bis 2020 gegeben. Vor diesem Hintergrund kann der Sinn öffentlicher und privater Investitionen besser eingeschätzt werden. Die Prognoseverfahren werden im Anhang 7.1.2 erläutert.

2 Aktuelle und zukünftige Pflegebedürftigkeit in Hamburg

2.1 Ursachen der Hilfe- und Pflegebedürftigkeit

Das Pflegeversicherungsgesetz legt in §§ 14 und 15 SGB XI das Ausmaß der Einschränkungen der Selbständigkeit fest, das zu einem Leistungsbezug aus der Pflegeversicherung berechtigt. In diesem Sinne wird in der Rahmenplanung von „Pflegebedürftigen“ gesprochen. Einschränkungen in der selbständigen Lebensführung unterhalb dieser Schwelle werden als „Hilfebedürftigkeit“ bezeichnet.

Einschränkungen der selbständigen Lebensführung sind meist die Folge von chronischen Erkrankungen des höheren Lebensalters. 76 % der Pflegebedürftigen sind 70 Jahre alt und älter¹. Daher ist das Ausmaß von Hilfe- und Pflegebedürftigkeit in der Bevölkerung abhängig von der Alterszusammensetzung.

Die häufigsten Ursachen von Hilfe- und Pflegebedürftigkeit sind dementielle Erkrankungen und Herz-Kreislauf-Erkrankungen². Wegen der großen zahlenmäßigen Bedeutung der Demenzerkrankungen und ihrer spezifischen Anforderungen an die Pflege, wird im Anhang (Tabelle 9, vgl. auch 7.1.2 und 7.2) eine Prognose der Entwicklung der Demenzerkrankungen in Hamburg aufgeführt. Hilfe- und Pflegebedürftigkeit, die durch Herz-Kreislauf-Erkrankungen oder vaskuläre Demenzen³ verursacht wird, ist grundsätzlich durch präventive Maßnahmen beeinflussbar. Auch bei schon bestehenden Erkrankungen und Einschränkungen sind im Einzelfall durch Rehabilitationsmaßnahmen Verbesserungen zu erzielen. Zahlreiche Forschungsanstrengungen richten sich auf die medikamentöse Behandlung der Alzheimer-Krankheit. Nachhaltige Erfolge würden das Ausmaß und die Ausprägung von Hilfe- und Pflegebedürftigkeit in der Bevölkerung stark verändern.

2.2 Bevölkerungsentwicklung

2.2.1 Bevölkerungsentwicklung bis 2010

Die Bevölkerungsprognose ist eine Grundlage der Prognose der Pflegebedürftigkeit. Sie wird in Abstimmung der Bundesländer auf Basis der bundesweiten Prognose erarbeitet. Die aktuelle Prognose basiert auf der 10. Koordinierten Bevölkerungsvorausschätzung für Deutschland. Sie prognostiziert eine Zunahme der Bevölkerung insbesondere durch Wanderungsgewinne gegenüber dem Umland. Im Zuge der Umsetzung des Leitbildes der wachsenden Stadt sollen diese realisiert oder übertroffen werden.

¹ Pflegestatistik

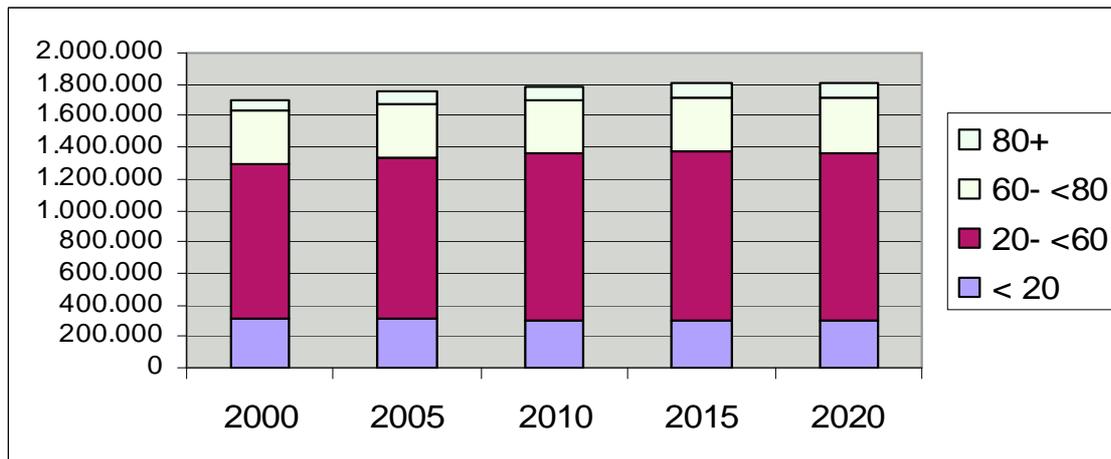
² Deutsche Bundesregierung: Vierter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland : Risiken, Lebensqualität und Versorgung Hochaltriger - unter besonderer Berücksichtigung dementieller Erkrankungen; Bonn 2002, S. 135 ff.

Zwischen 2005 und 2010 sind nur geringe Veränderungen in der Alterszusammensetzung der Bevölkerung zu erwarten⁴. Die Zahl der unter 20jährigen nimmt leicht ab (- 2 %); diese Altersgruppe ist als Zielgruppe für die Altenpflegeausbildung von Bedeutung. Die Zahl der 20- bis unter 60jährigen und der 60- bis unter 80jährigen wird leicht steigen (3 % bzw. 1 %), stärker steigt die Zahl der 80jährigen und älteren (5 %); in der letztgenannten Gruppe ist der Anteil der Pflegebedürftigen am höchsten.

2.2.2 Ausblick: Bevölkerungsentwicklung bis 2020

Im Jahr 2020 wird die Zahl der unter 20jährigen weiter gesunken sein, die mittlere Bevölkerungsgruppe im Alter von 20 bis unter 60 Jahren wird zugenommen haben und die der 80jährigen und älteren wird stark gestiegen sein (19 %). Abbildung 1 stellt die Entwicklung im Überblick dar (vgl. Tabelle 8 im Anhang).

Abbildung 1: Entwicklung der Alterszusammensetzung der Bevölkerung in Hamburg nach Altersgruppen



Quelle: Bevölkerungsvorausschätzung

Die prognostizierte Bevölkerungsentwicklung beruht u.a. auf dem kontinuierlichen, jedoch ab 2010 abnehmenden Zuzug Jüngerer. Damit bleibt zwar das zahlenmäßige Verhältnis von Älteren zu Jüngeren relativ konstant, die Älteren und Jüngeren sind aber weniger durch familiäre Beziehungen miteinander verbunden.

Eine Unterscheidung nach deutscher und nicht deutscher Staatsangehörigkeit der Älteren wurde in der Bevölkerungsprognose nicht mehr vorgenommen, weil sich diese Kategorien u.a. wegen Einbürgerungen nicht mehr zur Darstellung des Migrationsgeschehens eignen.

³ vaskuläre Demenzen werden durch Erkrankungen der Blutgefäße im Gehirn verursacht; im Erscheinungsbild unterscheiden sie sich nicht wesentlich von Demenzen, die durch die Alzheimererkrankung entstehen

⁴ zur aktuellen Bevölkerungsprognose vgl. 7.1.1

2.3 Entwicklung der Hilfe- und Pflegebedürftigkeit

Mit zunehmendem Alter steigt die Wahrscheinlichkeit, Unterstützung bei der Bewältigung des Alltags zu benötigen. Die zukünftige Entwicklung der Zahl Hilfe- und Pflegebedürftiger ist darum in engem Zusammenhang mit der Bevölkerungsentwicklung zu sehen (s. 7.1.2). Weitere Faktoren, wie Verbesserungen in der Prävention, der gesundheitlichen Versorgung oder der Pharmakotherapie können die Entwicklung positiv beeinflussen. Sie lassen sich aber nicht quantifizieren und gehen daher nicht in die Prognose ein.

Die Verteilung der Hilfe- und Pflegebedürftigen nach Kern- und Ortsamtsgebieten wird in Tabelle 11 im Anhang dargestellt.

2.3.1 Entwicklung der Hilfe- und Pflegebedürftigkeit bis 2010

Die Anzahl der Personen, die in der eigenen Wohnung leben und sich nicht oder nicht mehr vollständig selbst versorgen können, ohne bereits pflegebedürftig im Sinne des SGB XI zu sein (Hilfebedürftige), kann nur geschätzt werden. Danach lag die Zahl der Hilfebedürftigen im Jahr 2003 in Hamburg etwa bei 61.400 Personen. Auf Basis der Bevölkerungsentwicklung lässt sich eine Steigerung von 7 % auf 66.000 Personen im Jahr 2010 prognostizieren (s. zum Verfahren 7.1.2).

Grundlage für die Aussagen über Pflegebedürftigkeit im Sinne des SGB XI in Hamburg ist vor allem die amtliche Pflegestatistik. Im Jahr 2003 gab es in Hamburg 42.000 Pflegebedürftige. Davon waren 69 % Frauen. Die Pflegestufenverteilung zeigt die folgende Tabelle; sie hat sich seit 1999 kaum geändert.

Tabelle 1: Pflegestufenverteilung der Hamburger Pflegebedürftigen 2003

I	II	III
51%	37%	12%

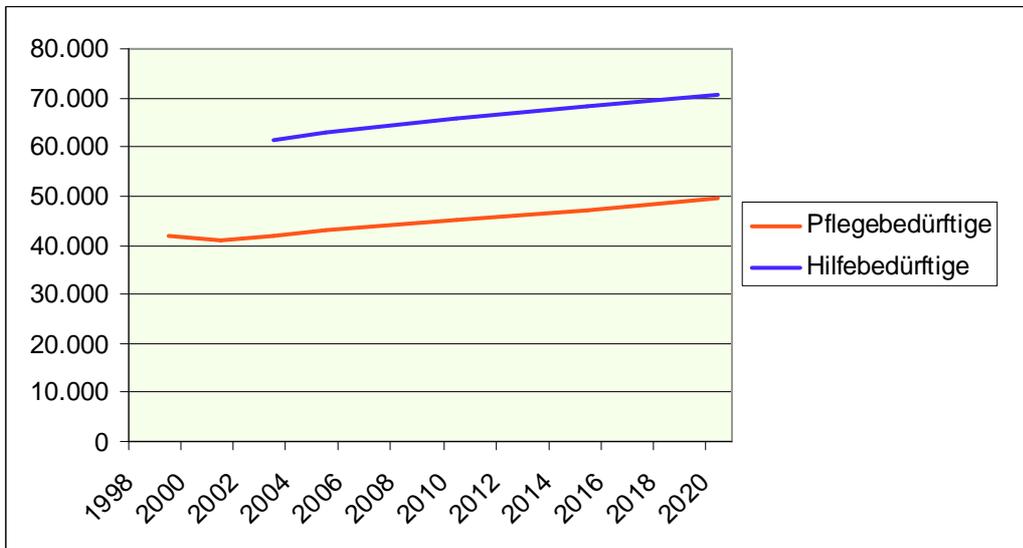
Quelle: Pflegestatistik

Im Jahr 2010 wird es rd. 45.000 pflegebedürftige Menschen in Hamburg geben (s. zum Verfahren 7.1.2).

2.3.2 Ausblick: Entwicklung der Hilfe- und Pflegebedürftigkeit bis 2020

Die Zahl der Hilfebedürftigen wird bis 2020 auf etwa 70.500 Personen steigen, die der Pflegebedürftigen auf fast 50.000; das sind 15 % mehr Hilfebedürftige und 18 % mehr Pflegebedürftige als 2003. Abbildung 2 zeigt die Entwicklung im Zeitverlauf; die Werte und Quellen finden sich in Tabelle 10 im Anhang 7.2.

Abbildung 2: Entwicklung der Hilfe- und Pflegebedürftigkeit bis 2020



2.4 Die Entscheidung zwischen ambulanter und stationärer Versorgung

In den Kapiteln 3 und 4 wird die Anzahl der 2010 und später ambulant wie stationär zu versorgenden Menschen prognostiziert. Diese Prognose geht davon aus, dass sich 2010 die gleiche Verteilung auf die Hilfesysteme findet wie heute.

Ob und wann Pflegebedürftige in ein Heim umziehen, hängt von einer Reihe von Faktoren in einer spezifischen Situation ab, u.a. vom Umfang der Pflegebedürftigkeit und von der Art der Pflegebedürftigkeit (insbesondere bei fortgeschrittener Demenz⁵).

Gesellschaftliche Entwicklungen könnten eher in Richtung einer zunehmenden stationären Versorgung von Pflegebedürftigen wirken:

⁵ vgl. Deutsche Bundesregierung: Dritter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland : Alter und Gesellschaft; Bonn 2001, S. 126

- durch beruflich erforderliche Mobilität werden die direkten Unterstützungsmöglichkeiten verringert, weil unterstützungsbedürftige Eltern und erwachsene Kinder an unterschiedlichen Orten leben
- die berufliche Orientierung von Frauen hat in den letzten Jahrzehnten stark zugenommen, sie wird durch die demografische Entwicklung, d.h. die abnehmende Zahl von Menschen im erwerbsfähigen Alter, weiter verstärkt werden.

Die Pflegebereitschaft und –fähigkeit von Angehörigen wird auch durch gesetzliche Rahmenbedingungen und Unterstützungs- und Entlastungsangeboten beeinflusst. Die BSF hält die in Kapitel 3 und 5 dargestellten Beratungs- und Entlastungsangebote für geeignet die Bereitschaft zur häuslichen Pflege zu stärken.

Die Rahmenbedingungen der pflegerischen Versorgung ließen sich darüber hinaus u.a. durch eine zeitweise Aufgabe der Berufstätigkeit mit garantiertem Rückkehrrecht verbessern („Pflegezeit“).

3 Pflege zu Hause

3.1 Quantitative Beschreibung der häuslichen Pflege in Hamburg

Ausgangssituation

Im Jahr 2003 lebten etwa 64.400 Personen mit Hilfebedarf unterhalb der Pflegebedürftigkeit (s. Abschnitt 2.3) im eigenen Haushalt, davon waren 75 % 60 Jahre und älter.

Die Pflegestatistik 2003 weist 28.800 Personen aus, die pflegebedürftig im Sinne der Pflegeversicherung sind und im eigenen Haushalt leben; davon sind 81 % 60 Jahre und älter. 16.000 Pflegebedürftige werden ausschließlich von Angehörigen oder (selten) anderen Pflegepersonen versorgt und erhalten Pflegegeld; bei den übrigen ist ein ambulanter Dienst an der Pflege beteiligt oder hat sie vollständig übernommen. Hier tritt die Pflegeversicherung mit Sachleistungen ein. Die Entwicklung der Geld- und Sachleistungsinanspruchnahme gibt die folgende Tabelle wieder.

Tabelle 2: Entwicklung von SGB XI Geld- und Sachleistungen in der häuslichen Pflege

	1999	2001	2003
reine Geldleistung	16.981	15.258	16.026
Sachleistungen ⁶	11.850	12.731	12.769
Anteil reine Geldleistung	59%	55%	56%

Quelle: Pflegestatistik

In großem Umfang wurde die häusliche Pflege 2004 auch durch Sozialhilfemittel unterstützt:

5.044 Personen⁷, die die erforderlichen Mittel für die Pflege nicht aus eigenem Einkommen und Vermögen aufbringen konnten⁸, bezogen Hilfe zur Pflege in einer jährlichen Gesamthöhe von 54,4 Millionen Euro, 2.888 Personen bezogen Hilfe zur Weiterführung des Haushaltes in einer Gesamthöhe von 13,4 Millionen Euro.

Prognose

Ändert sich die Verteilung zwischen ambulanter und stationärer Pflege nicht, werden im Jahr 2010 66.000 Personen Hilfe im Haushalt und fast 31.000 Pflege zu Hause benötigen, d.h. es ist mit 4.600 mehr hilfebedürftigen und 2.100 mehr pflegebedürftigen Menschen in privaten Haushalten zu rechnen.

⁶ einschl. Tages- und Kurzzeitpflege

⁷ Jahresmittelwert

⁸ Eigene Mittel sind einzusetzen, wenn die SGB XI-Leistungen nicht ausreichen oder gar keine Versicherung besteht.

Nach dieser Darstellung allgemeiner Angaben zur Pflege außerhalb von Heimen wird im folgenden Abschnitt die Planung einzelner Elemente der ambulanten pflegerischen Versorgungsstruktur aufgestellt.

3.2 Elemente der ambulanten pflegerischen Versorgungsstruktur

3.2.1 Ehrenamtliche Dienste

Ehrenamtliche Dienste machen seit einigen Jahren wichtige zusätzliche Angebote in der Pflege. In diesem Abschnitt werden Besuchsdienste, sog. Niedrigschwellige Angebote für Demenzkranke und Hospizdienste behandelt.

Definition und Beschreibung	<p><u>Besuchsdienste</u> und ähnliche Angebote werden vollständig ehrenamtlich erbracht. Die Mitglieder suchen regelmäßig Menschen auf, die das Haus alleine nicht mehr verlassen, und führen Gespräche, begleiten bei Spaziergängen u.ä. Dieses Angebot kann für Vereinsamte der letzte Kontakt zur sozialen Umwelt sein. Besuchsdienste werden i.d.R. nicht öffentlich gefördert.</p> <p><u>Niedrigschwellige Angebote für Demenzkranke</u> gem. § 45 c SGB XI arbeiten auf ehrenamtlicher Basis und werden professionell begleitet. Es werden Beratung, stundenweise Betreuung zu Hause oder in einer Einrichtung sowie Angehörigengruppen angeboten. Entsprechende Angebote werden seit Einführung einer gesetzlichen Förderung durch Pflegekassen und Länder verstärkt aufgebaut. Die Förderung deckt insbesondere die Kosten der professionellen Begleitung und Aufwandsersatz für die Ehrenamtlichen ab.</p> <p>Vergleichbar organisiert sind <u>ehrenamtliche Hospizdienste</u> gem. § 39a SGB V.</p>
Bestand	<p><u>Besuchsdienste</u>: Der BSF bekannt sind 13 Dienste in unterschiedlicher Größe. Rd. 30 % der 70jährigen und älteren können als einsam, ängstlich, isoliert und mit geistigen Leistungseinbußen beschrieben werden⁹.</p> <p><u>Niedrigschwellige Angebote</u>: 9 Träger machen o.g. Angebote mit Förderung durch BSF und Pflegekassen¹⁰ Rd. 48 % der zu Hause Gepflegten weisen Demenzsymptome auf¹¹.</p> <p><u>ehrenamtliche Hospizdienste</u>: 9¹²</p> <p>Rd. 30 % der 70jährigen und älteren können als einsam, ängstlich, isoliert und mit geistigen Leistungseinbußen beschrieben werden¹³. Rd. 48 % der zu Hause Gepflegten weisen Demenzsymptome auf¹⁴.</p>
Versorgungsziel, Fachliche Bewertung des Angebots	<p><u>Besuchsdienste</u>: Sie leisten einen wichtigen Beitrag, um Lebensqualität für vereinsamte oder von Vereinsamung bedrohte Senioren zu erhalten und damit u.U. Pflegebedürftigkeit vermeiden. Außerdem bieten sie ein sinnstiftendes Betätigungsfeld für jüngere Senioren. Versorgungsziel ist, dass ältere, von Isolation bedrohte Menschen in ihrem Stadtteil Unterstützung durch einen Besuchsdienst erhalten können.</p> <p>Angesichts des potentiellen Nutzerkreises, der sich in den nächsten Jahren noch</p>

⁹ Mayer, K.U., Balthes, P.B. (Hg.): Die Berliner Altersstudie; Berlin; 1996:243

¹⁰ s. Faltblatt „Unterstützung für pflegende Angehörige“, erhältlich bei der BSF, SI 3206, oder im Internet www.angehoerigenhilfe.de

¹¹ s. Schneekloth, U, Leeven, I.: Hilfe- und Pflegebedürftige in Privathaushalten in Deutschland 2002. Schnellbericht; München: Infratest Sozialforschung; 2003:15

¹² s. Hospizführer Hamburg, BSF 2004

¹³ Mayer, K.U., Balthes, P.B. (Hg.): Die Berliner Altersstudie; Berlin; 1996:243

¹⁴ s. Schneekloth 2003:15

	<p>vergrößern wird, wäre ein Ausbau erforderlich.</p> <p><u>Niedrigschwellige Angebote:</u> Sie können die Lebensqualität von dementiell Erkrankten und ihren Angehörigen verbessern und damit die häusliche Pflege stärken. Versorgungsziel ist, dass alle Angehörigen, die dies wünschen, das Angebot in Anspruch nehmen können.</p> <p>Nach öffentlichen Bekanntgaben in 2003 und 2004 ist das Potential an möglichen Trägern zunächst ausgeschöpft. Das Angebot muss nun bekannt gemacht und konsolidiert werden.</p> <p><u>Ehrenamtliche Hospizdienste:</u> Die Lebensqualität von todkranken Menschen kann durch ehrenamtliche Hospizdienste deutlich verbessert werden. Versorgungsziel ist, dass zu Hause Verstorbene auf Wunsch einen entsprechenden Dienst in Anspruch nehmen können.</p>
Bedarfsprognose und Strukturziel	<p><u>Besuchsdienste:</u> Legt man die o.g. Schätzung zugrunde, ist von knapp 72.000 Personen im Jahr 2010 auszugehen, die möglicherweise einen Bedarf hätten; es kann nicht angegeben werden, wie viele davon tatsächlich durch Besuchsdienste erreichbar sind; an diesen Wert sollte sich durch eine Entwicklung des Angebots bis zur Nachfrageobergrenze angenähert werden. Durch Unterstützung des Angebotes soll die Zahl der Dienste bis 2010 zunächst verdoppelt werden.</p> <p><u>Niedrigschwellige Angebote:</u> Potentiell werden 2010 Angehörige von knapp 15.000 Pflegebedürftigen das Angebot in Anspruch nehmen können; die tatsächliche Nutzerzahl wird aber weit kleiner sein, wie die Aufbauphase der Angebote zeigt. Zunächst ist das bestehende Angebot zu stabilisieren, danach können die Teilangebote, die auf verstärkte Nachfrage treffen bis zur Obergrenze der gesetzlichen Mittel ausgebaut werden.</p> <p><u>Ehrenamtliche Hospizdienste:</u> Versorgungsziel ist ein Ausbau des Angebots bis zur Ausschöpfung der gesetzlich festgelegten Finanzierungsobergrenze.¹⁵ Nach Einschätzung der Krankenkassen wird dieses Ziel voraussichtlich 2008 mit 14 Diensten erreicht sein.</p>
Maßnahmen	<p><u>Besuchsdienste:</u> Das Angebot soll zukünftig gefördert werden.</p> <p><u>Niedrigschwellige Angebote:</u> Die Erfahrungen der Anlaufphase sollen ausgewertet werden; auf dieser Basis ist die Veröffentlichung einer Förderrichtlinie in 2006 und ein Ausbau maximal bis zur Obergrenze der gesetzlichen Förderung (rd. 500.000 €) geplant.</p>

¹⁵ § 39a SGB V sieht für 2005 eine Förderung durch die Gesetzlichen Krankenversicherung im Umfang von 0,30 € je Versicherten vor, bis 2007 wird dieser Betrag noch auf 0,40€ ansteigen.

3.2.2 Ambulante Dienste

Definition und Beschreibung	Ambulante Pflegedienste erbringen pflegerische und hauswirtschaftliche Leistungen auf Basis von SGB XI, SGB V und SGB XII. Die Dienste finanzieren sich dabei aus Sozialversicherungs- und Sozialhilfemitteln sowie aus Selbstzahlerentgelten.
Bestand und Entwicklung	<p>In Hamburg gibt es rd. 380 ambulante Dienste; neben dem Grundangebot geben 142 Dienste an, über einen besonderen Schwerpunkt zu verfügen; 43 Dienste nennen Dementenbetreuung und 13 Palliativpflege; 91 Dienste besitzen nach ihren Angaben fremdsprachige Pflegeteams¹⁶.</p> <p>In den Diensten waren 2003 8.000 Personen beschäftigt, das sind 400 bzw. 5 % weniger als 2001. Auch die Zahl der rechnerischen Vollzeitstellen ist um 4 % zurückgegangen. Unter den Beschäftigten befinden sich 3.400 Pflegefachkräfte¹⁷. Zwischen 2001 und 2003 ist der Anteil der Pflegefachkräfte um 4 Prozentpunkte auf 42 % gestiegen. Auch absolut hat die Zahl der Fachkräfte zugenommen.</p> <p>12.200 Pflegebedürftige werden durch ambulante Dienste gepflegt. 2010 werden dies 13.100 sein, sofern sich die Verteilung zwischen Sach- und Geldleistungsempfängern nicht verschiebt. Dann könnten bei gleicher Arbeitszeitverteilung und gleichem Auftragsvolumen 8.600 Personen beschäftigt werden (zum Prognoseverfahren vgl. 7.1.2).</p> <p>In der ambulanten Pflege gibt es eine harte wirtschaftliche Konkurrenz, die eine Entwicklung des Angebotes entsprechend der Nachfrage sicherstellt. Der Fachkraftanteil wird dabei auch vom Arbeitsmarkt mitbestimmt.</p>
Versorgungsziel, Fachliche Bewertung des Angebots	<p>Das Versorgungsziel ist eine leistungsfähige, zahlenmäßig ausreichende, wirtschaftliche und regional gegliederte Versorgung durch Pflegedienste.</p> <p>In der ambulanten Pflege gibt es eine ausreichende Anzahl von Diensten in allen Stadtbereichen. Die Wirtschaftlichkeit wird durch einen harten Wettbewerb sichergestellt. Die Konkurrenzsituation führt auch zu Spezialisierungen und der Werbung um Pflegebedürftige mit Migrationshintergrund. Diese Entwicklung wird grundsätzlich positiv bewertet. Andere Aspekte der Leistungsfähigkeit sind die Qualität der Pflege und die Beteiligung bei der Entwicklung zeitgemäßer Pflegekonzepte. In Bezug auf die Pflegequalität gibt es immer wieder einzelne Dienste, die das vereinbarte Niveau nicht erreichen.</p>
Bedarfsprognose und Strukturziel	2010 ist mit rd. 13.100 Personen zu rechnen, die ambulante Hilfe und Pflege durch Dienste benötigen (s.o.). Ein quantitativ ausreichendes Angebot an ambulanten Pflegeleistungen wird im Rahmen der marktförmigen Gestaltung dieses Segments sichergestellt sein.
Maßnahmen	Der Sozialhilfeträger wird in Zukunft eigenständig in Stichproben die Qualität der ambulanten Pflege bei Leistungsberechtigten überprüfen. Die ambulanten Dienste müssen damit mit einer insgesamt erhöhten Kontrolldichte rechnen.

¹⁶ Angaben Stand Dez. 2004

¹⁷ Pflegestatistik

3.2.3 Tagespflege

Definition und Beschreibung	In Tagespflegeeinrichtungen werden Pflegebedürftige von morgens bis nachmittags gepflegt, verpflegt und betreut. Die Nacht und die Wochenenden verbringen sie zu Hause. Viele Tagespflegegäste besuchen nur an einzelnen Wochentagen die Einrichtung. Durch Tagespflege sollen die Angehörigen entlastet und die häusliche Pflege aufrechterhalten werden.
Bestand und Entwicklung	<p>In Hamburg gibt es 16 Einrichtungen mit 289 Plätzen, die von etwa doppelt so vielen Personen genutzt werden.</p> <p>In der Tagespflege werden die Nutzer bereits von den Investitionskosten entlastet. Bis zu einer Höhe von 9,20 € werden sie nicht den Nutzern in Rechnung gestellt, sondern von der BSF finanziert. Seit Einführung dieser Förderung steigt die Zahl der Tagespflegeplätze kontinuierlich.</p> <p>Die Zahl der in Haushalten lebenden Pflegebedürftigen - die potentiellen Nutzer dieses Angebots - wird bis 2010 um fast 5 % zunehmen.</p>
Versorgungsziel, Fachliche Bewertung des Angebots	<p>Tagespflege leistet einen wichtigen Beitrag zur Aufrechterhaltung der häuslichen Pflege und damit zur Umsetzung der gesetzlichen Vorrangregelungen vor der stationären Pflege. Von besonderer Bedeutung ist dieses Angebot für die dementiell oder gerontopsychiatrisch erkrankten pflegebedürftigen Menschen, deren Pflege besonders große Anforderungen an die pflegenden Angehörigen stellt. Das Versorgungsziel ist eine leistungsfähige, zahlenmäßig ausreichende, wirtschaftliche und regional gegliederte Versorgung mit Angeboten der Tagespflege.</p> <p>Die bestehenden Tagespflegestätten machen im erforderlichen Umfang Angebote zur Tagesstrukturierung und Pflege. Inzwischen weisen alle Bezirke eine Tagespflegeeinrichtung auf. Der Großstädtevergleich (vgl. 7.1.1) deutet allerdings darauf hin, dass die Anzahl der Plätze zahlenmäßig noch nicht ausreichend ist. Hier liegt Hamburg in der Platzausstattung auf dem vorletzten Platz und weit unter dem Durchschnitt.</p> <p>Bei einer Platzausstattung entsprechend dem Mittelwert der aufgeführten Städte müssten in Hamburg 421 Plätze vorhanden sein. Berücksichtigt man die Erhöhung der Anzahl der Pflegebedürftigen, würde diese Zahl bis 2010 auf 450 steigen.</p>
Bedarfsprognose und Strukturziel	<p>Es kann nicht angegeben werden, wie viele der zu Hause lebenden 31.000 Pflegebedürftigen im Jahr 2010 tatsächlich durch Tagespflegeeinrichtungen wirksam zu unterstützen sind – es wird sich in jedem Fall um einen kleinen Prozentsatz handeln; dieser Wert ist nur durch langsame Entwicklung des Angebots bis zur Nachfrageobergrenze zu ermitteln.</p> <p>Für 2010 werden dazu 450 Plätzen angestrebt. Für den Haushalt 2006 sind zunächst 321 Plätze eingeplant.</p>
Maßnahmen	<p>Die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen werden bei der Inanspruchnahme der Tagespflege unterstützt durch</p> <ul style="list-style-type: none"> – Maßnahmen der Öffentlichkeitsarbeit, die in Kooperation mit der Hamburgischen Pflegegesellschaft entwickelt werden – Entlastung von den gesondert berechneten Investitionskosten. <p>Es wird erwartet, dass die Träger weiterhin Tagespflegeplätze schaffen, die der Nachfrage gerecht werden.</p>

3.2.4 Kurzzeitpflege

Definition und Beschreibung	<p>In der Kurzzeitpflege werden Personen mit Pflegebedarf vorübergehend in einer Pflegeeinrichtung vollstationär gepflegt. Das Angebot richtet sich an Pflegebedürftige, bei denen die Pflege zeitweise nicht oder noch nicht sichergestellt ist. Dies kann der Fall sein bei vorübergehender Abwesenheit von Pflegepersonen, vorübergehender Erhöhung des Pflegebedarfs, nach Krankenhausentlassung zur weiteren Rekonvaleszenz und Erreichung eines Zustandes, in dem häusliche Pflege möglich ist, zur Abklärung der weiteren Versorgung oder Vorbereitung der häuslichen Pflege. Kurzzeitpflege kann in <u>selbständig wirtschaftenden Kurzzeitpflegeeinrichtungen (solitäre Kurzzeitpflege)</u> mit eigenem Versorgungsvertrag und separater Vergütungsvereinbarung oder auf <u>eingestreuten Plätzen</u> in Pflegeheimen erbracht werden. Bei den eingestreuten Plätzen handelt es sich um die Zwischennutzung vorübergehend nicht belegter vollstationärer Plätze.</p> <p>Insbesondere an die solitäre Kurzzeitpflege werden im Vergleich zur stationären Langzeitpflege erhöhte Anforderungen gestellt. Sie ergeben sich durch einen schnellen Wechsel der Gäste, der verbunden ist mit höherem Aufwand in Hauswirtschaft, Verwaltung und vor allem Pflege sowie nach Krankenhausentlassung durch einen höheren Anteil Behandlungspflege, Therapie und Beratung.</p>
Bestand und Entwicklung	<p>In Hamburg gibt es zwei selbständig wirtschaftende Einrichtungen mit 53 Plätzen (DIAK, Haus Weinberg im Rauhen Haus). Die Anzahl der eingestreuten Kurzzeitpflegeplätze ist nicht festgelegt (s.o.) Aus der Pflegestatistik 2003 geht für einen Stichtag ein Wert von 136 Plätzen hervor.</p> <p>Nach einer Schätzung auf Basis der Stichtagsbelegung und einer durchschnittlichen Nutzungsdauer von 3 Wochen können ca. 3.300 Personen die Kurzzeitpflege nutzen.</p> <p>Die Zahl der in Haushalten lebenden Pflegebedürftigen - die potentiellen Nutzer dieses Angebots - wird bis 2010 um fast 5 % zunehmen.</p>
Versorgungsziel, Fachliche Bewertung des Angebots	<p>Das Versorgungsziel ist eine leistungsfähige, zahlenmäßig ausreichende, wirtschaftliche und regional gegliederte Versorgung mit Kurzzeitpflegeplätzen.</p> <p>Die Wirtschaftlichkeit ist die Stärke der eingestreuten Kurzzeitpflegeplätze. Da sie jedoch nicht kontinuierlich angeboten werden, können sie nicht die Basis der Versorgungsstruktur sein, sondern dienen als Ergänzung.</p> <p>Das bestehende Angebot der solitären Kurzzeitpflege in Hamburg ist nicht flächendeckend vorhanden. Die Wirtschaftlichkeit wird durch Einzelverhandlungen gesichert. Zur zahlenmäßigen Ausstattung wurde eine Großstadumfrage durchgeführt (vgl. 7.1.1), um den Versorgungsgrad mit solitären Kurzzeitpflegeplätzen zu bestimmen. Die Ergebnisse zeigen, dass der Versorgungsgrad in Hamburg unterdurchschnittlich ist.</p> <p>Die bundeseinheitliche Abrechnung in Krankenhäusern nach Fallpauschalen (DRGs) wird voraussichtlich zu kürzeren Verweildauern im Krankenhaus führen, so dass vermehrt ein zeitlich begrenzter stationärer Pflegebedarf entstehen wird. Insbesondere in dieser Situation kann durch Kurzzeitpflege in solitären Einrichtungen eine voreilige Aufnahme in eine stationäre Pflegeeinrichtung verhindert werden.</p> <p>Die wichtige Rolle der solitären Kurzzeitpflege zur Sicherung der häuslichen Pflege, der voraussichtlich noch zunehmende Bedarf und der im Städtevergleich unterdurchschnittliche Versorgungsgrad sprechen für einen Ausbau des Angebots in Hamburg.</p> <p>Für Personen, die nicht pflegebedürftig und nicht mehr krankenhausbearbeitungsbedürftig sind, aber sich vorübergehend zu Hause nicht selbständig versorgen können, kann Kurzzeitpflege derzeit nicht durch Leistungen nach den Sozialgesetzbüchern finanziert werden. Hier sind Kooperationen im Rahmen der integrierten Versorgung denkbar.</p>
Bedarfsprognose und Strukturziel	<p>Wie viele der zu Hause lebenden 31.000 Pflegebedürftigen im Jahr 2010 tatsächlich durch Kurzzeitpflegeeinrichtungen wirksam zu unterstützen sein werden; ist ungewiss. Dieser Wert ist nur durch langsame Entwicklung des Angebots entsprechend der Nachfrage zu ermitteln.</p> <p>Bis 2010 wird eine Ausstattung mit qualifizierten solitären Kurzzeitpflegeplätzen in Höhe des Durchschnittswertes des Städtevergleiches angestrebt, d.h. 175 Plätze.</p>
Maßnahmen	<p>Die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen werden bei der Inanspruchnahme der Kurzzeitpflege unterstützt durch</p> <ul style="list-style-type: none"> - Öffentlichkeitsarbeit und Information seitens der Sozialdienste im Krankenhaus

	<p>und der Bezirklichen Seniorenberatung,</p> <ul style="list-style-type: none">– Entlastung von den gesondert berechneten Investitionskosten in solitären Kurzzeitpflegeeinrichtungen, <p>Mit diesen nutzungsbezogenen Maßnahmen sollen auch Träger unterstützt werden, die eine Umnutzung vollstationärer Pflegeplätze oder nicht mehr benötigter Krankenhausplätze beabsichtigen.</p>
--	--

3.2.5 Wohngruppen für Pflegebedürftige

Definition und Beschreibung	<p>In Wohngruppen leben ältere, pflegebedürftige, dementiell erkrankte Menschen zusammen in einer Großwohnung. Charakteristische Merkmale für die Betreuung in Wohngruppen sind:</p> <ul style="list-style-type: none"> • kleine Gruppen (ca. 7-10 pflegebedürftige Personen) • Selbstversorgung der Gruppe und der Betreuungskräfte (z.B. Einkaufen und Kochen) • Beteiligung der Bewohner im Rahmen ihrer Möglichkeiten an den hauswirtschaftlichen Verrichtungen • Pflege und soziale Betreuung haben den gleichen Stellenwert • Bezugsbetreuung • Beteiligung der Angehörigen. <p>Rechtlich und organisatorisch sind einige dieser Modelle „ambulant“ strukturiert. Alle pflegerischen und hauswirtschaftlichen Unterstützungen werden dabei von den Mietern bei ambulanten Diensten bedarfsgerecht „eingekauft“. Andere Modelle sind formal ein kleines Heim i.S. des Heimgesetzes; d.h es gibt einen Träger, der die Wohnung zur Verfügung stellt, das Personal einsetzt und mit den Bewohnern Heimverträge schließt.</p>
Bestand und Entwicklung	<p>In Hamburg gibt es derzeit eine Wohngruppe, in der die Leistungen ambulant erbracht werden (Haus am Kanal) und eine, die ein Heim i.S. des Heimgesetzes ist (Max-Herz-Haus im Albertinen-Haus).</p> <p>Die Entwicklung von Angebot und Nachfrage ist von den Rahmenbedingungen abhängig, d.h. in erster Linie davon, ob die Gründung von Wohngruppen von einzelnen engagierten Institutionen vorangetrieben wird.</p>
Versorgungsziel, Fachliche Bewertung des Angebots	<p>Pflegebedürftige und ihre Angehörigen wünschen sich oft ein Angebot, beim dem die Pflege und Betreuung sichergestellt ist, äußeres Umfeld und Tagesablauf aber der häuslichen Situation ähnlich sind, insb. in Bezug auf die aktive Mitwirkung der Betroffenen und ihrer Angehörigen. Wohngruppen scheinen geeignet die Lebensqualität von Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen zu steigern. Mehrkosten gegenüber vollstationären Angeboten entstehen nicht. Versorgungsziel ist der Ausbau von Wohngruppen für Pflegebedürftige zu einem in ganz Hamburg zur Verfügung stehenden Angebot.</p> <p>An den inzwischen in Berlin existierenden ca. 100 Wohngruppen ist zu erkennen, dass ein Potential interessierter Angehöriger tatsächlich vorhanden ist.</p> <p>Überregionale Beispiele zeigen, dass auch eine baulich als Heim konzipierte Einrichtung nach diesem Konzept umgestaltet werden kann.</p>
Bedarfsprognose und Strukturziel	<p>Wie groß der Anteil der in Heimen lebenden Pflegebedürftigen ist, für die auch die Pflege in Wohngruppen in Betracht kommt, kann nicht beziffert werden. Das o.g. Beispiel Berlin zeigt aber das erhebliche quantitative Potential dieser Wohnform.</p> <p>Bis 2010 wird ein Bestand von 20 Wohngruppen angestrebt; außerdem sollte eine bestehende stationäre Einrichtung in Hamburg sich nach diesem Modell umstrukturieren.</p>
Maßnahmen	<p>Die BSF hat bereits Maßnahmen ergriffen um Wohngruppenangebote in Hamburg zu unterstützen; sehr produktiv arbeitet ein Runder Tisch, an dem u.a. Fragen der Anwendung des Heimrechts und der Finanzierung für Hamburg geklärt werden; unverzichtbar ist auch eine Koordinierungsstelle, die interessierte Bürger, Gruppen im Aufbau oder mit freien Plätzen, interessierte Vermieter und Pflegedienste zusammenführt. Diese Einrichtungen werden mit Nachdruck weiter betrieben.</p> <p>Darüber hinaus stehen interessierten Vermietern Fördermöglichkeiten der BSF und der BSU offen.</p>

4 Stationäre Pflege

Unter stationärer Pflege versteht man die umfassende Versorgung pflegebedürftiger Menschen in Pflegeheimen. Es gibt in Hamburg neben den Pflegeheimen für die allgemeine stationäre Pflege spezielle Angebote für dementiell Erkrankte, Alkoholranke, jüngere Pflegebedürftige, Wachkoma-patienten, blinde und taubstumme Menschen; Hospize sind ebenfalls stationäre Pflegeeinrichtungen.

4.1 Das allgemeine stationäre Pflegeangebot

4.1.1 Bestand und Entwicklung

Im Jahr 2004 gab es in Hamburg 15.113 stationäre Pflegeplätze in 139 Einrichtungen.

Um die Platzausstattung in den Bezirks- und Ortsamtsbereichen zu vergleichen, kann die Ausstattung mit dem Hamburger Durchschnitt bezogen auf die 80jährige und ältere Bevölkerung herangezogen werden (s. Tabelle 14 im Anhang). Sie dient auch als Hinweis darauf, wo mit einer größeren Nachfrage nach stationären Pflegeplätzen aus dem direkten Umfeld gerechnet werden kann.

Eine größere Zahl von Einwohnern Hamburgs ist mit Eintritt der Pflegebedürftigkeit nach außerhalb Hamburgs gezogen. Der BSF ist dies für 1.600 Personen bekannt, die Sozialhilfe beziehen. Erklärungen dafür sind vor allem die Suche eines Pflegeplatzes in der Nähe von Angehörigen und die Verfügbarkeit attraktiver Pflegeplätze in der Nähe – was am Stadtrand auch in einer der angrenzenden Gemeinden sein kann. Aus dem Faktum dieser „Abwanderung“ kann also nicht auf einen generellen Platzmangel in Hamburg geschlossen werden.

Die Verteilung auf die Verbände und die Trägerschaften ist in Tabelle 13 im Anhang dargestellt.

Für Bewohner und Angehörige ist das Vorhandensein eines Einzelzimmers häufig ein wichtiges Qualitätsmerkmal. Der Anteil der Plätze in Einzelzimmern hat sich lt. Pflegestatistik von 51 % im Jahr 1999 auf 54 % im Jahr 2003 erhöht.

Die Pflegeheime sind in Hamburg wichtige Arbeitgeber. Insgesamt arbeiteten 2003 in stationären Pflegeeinrichtungen 9.900 Personen, davon rd. 7.100 in der Pflege. Gegenüber 2001 hat sich ein leichter Beschäftigungszuwachs von 2 % ergeben, der sowohl auf eine Stellenzunahme wie auf vermehrte Teilzeitbeschäftigung zurückgeht.

Die Fachkraftquote (Anteil der Pflegefachkräfte an allen in der Pflege Tätigen) in der stationären Pflege beträgt hamburgweit 57 % (vgl. Tabelle 12 im Anhang); gesetzlich vorgeschrieben sind den Einrichtungen 50 %. Vier Einrichtungen erfüllten diese Quote nicht¹⁸.

¹⁸ Angaben für die Heime in Altona liegen nicht vor.

Hinweise aus den Einrichtungen sprechen dafür, dass die Auslastung bei einer Quote von 96 % liegt. Damit ist von 14.500 Bewohnern auszugehen.

Angaben zu den Bewohnerinnen und Bewohnern liegen aus der Pflegestatistik vor¹⁹. Frauen stellen demnach unverändert 80% der Bewohnerschaft, 85 % aller Bewohnerinnen und Bewohner sind 75 Jahre und älter. Das Durchschnittsalter²⁰ beträgt 83,7 Jahre; es ist seit 2001 leicht von 84,1 Jahren gesunken. Nur 326 Bewohnerinnen und Bewohner sind jünger als 60 Jahre.

In den Heimen wohnen überwiegend Schwer- und Schwerstpflegebedürftige (Pflegestufe II und III), wie die folgende Tabelle zeigt. Zwischen 1998 und 2001 hatte sich eine Verschiebung von „Stufe 0“ zu den Pflegestufen I und II ergeben. Dies hat sich als Trend nicht fortgesetzt.

Tabelle 3: Heimbewohnerschaft nach Pflegestufen 1998 bis 2003

	0	I	II	III
1998	18%	28%	38%	17%
2001	8%	32%	43%	17%
2003	9%	32%	42%	17%

Grundlagen: Heimbefragung 1998; Heimbefragung 01, Pflegestatistik 03²¹,

Die Freie und Hansestadt Hamburg wendet jährlich 81,7 Mio € für Sozialhilfeleistungen und Leistungen der einkommensabhängigen Einzelförderung für rd. 6.800 Hilfeempfänger auf.

Angebotsentwicklung

Die Entwicklung des Angebots an Plätzen in der stationären Pflege ist von Investitionsentscheidungen der Träger abhängig, die sie treffen unter Beachtung der Nachfrage, der geltenden Kostenrichtwerte und des Preisvergleiches, den Heimplatzinteressenten und Kostenträger anstellen. Basis für die Prognose ist u.a. die Auskunft der Heimaufsichtsdienststellen über Projekte in bestehenden Einrichtungen und Neubauvorhaben (vgl. 7.1.2).

Nach den der BSF vorliegenden Angaben werden bis ca. 2008 rd. 1.200 Plätze zusätzlich, d.h. unter Berücksichtigung des schon bekannten Platzabbaus, entstehen. Bis 2010 werden weitere Plätze hinzukommen. Als Schätzzahl wird daher für 2010 von einem Bestand von 16.500 Plätzen ausgegangen. In welchen Stadtteilen welche Veränderungen zu erwarten sind, zeigt Tabelle 14 im Anhang.

Der Anteil der Einzelzimmerplätze wird sich durch die geplanten Neubaumaßnahmen der Träger erhöhen.

¹⁹ Pflegestatistik; die Angaben beziehen sich streng genommen nur auf die Pflegebedürftigen i.S. des SGB XI und die noch nicht Eingestuften.

²⁰ Das Durchschnittsalter wird von der Pflegestatistik nicht direkt ausgegeben, es kann aber aus den Werten für die Altersklassen ermittelt werden: unter 60 = 40, 60-65 = 62,5, 65-70 = 67,5, ... 95+ = 97,5. Es handelt sich hierbei um einen Schätzwert, der in erster Linie für Vergleiche mit anderen Daten der Pflegestatistik nützlich ist.

4.1.2 Versorgungsziel und fachliche Bewertung des Angebots

Das Versorgungsziel ist eine leistungsfähige, zahlenmäßig ausreichende, wirtschaftliche und regional gegliederte Versorgung mit stationären Pflegeplätzen.

Die Leistungsfähigkeit der stationären Versorgung in Hamburg ist grundsätzlich gegeben. Die Einführung von Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen mit jeder Einrichtung haben für die Kostenträger die Transparenz erhöht. Regel- und anlassbezogene Prüfungen von MDK und Heimaufsicht führen dazu, dass Qualitätsmängel behoben werden.

Hinsichtlich des Angebotes an Einzelzimmerplätzen ist die im vorigen Abschnitt dargestellte Entwicklung positiv zu bewerten.

Ein großer Anteil der Heimbewohner weist dementielle Erkrankungen auf²². Die Einrichtungen haben begonnen sich in der Pflege und Betreuung darauf einzustellen. Diese Anpassung der Angebote an die Bedürfnisse muss in der Zukunft fortgesetzt werden; sie wird unterstützt durch die im Rahmenvertrag für die stationäre Pflege 2004 vereinbarten Personalrichtwerte für Pflege und Betreuung.

Ein Indikator zur Beurteilung der Wirtschaftlichkeit der stationären pflegerischen Versorgung in Hamburg sind überregionale Preisvergleiche. Danach liegt das Hamburger Preisniveau in der Pflegestufe I unter dem Durchschnitt der westdeutschen Länder, in den Pflegestufen II und III sowie dem Entgelt für Unterkunft und Verpflegung darüber. Letzteres gilt insbesondere auch im Preisvergleich mit dem niedersächsischen und schleswig-holsteinischen Umland. In den Pflegesätzen spiegeln sich die je nach Landesrahmenvertrag unterschiedliche Zurechnung des Pflegepersonals auf die Pflegestufe wider.

Die regionale Verteilung der Plätze in Hamburg ist ungleichmäßig. Dies wird allerdings durch die durchaus auch regionalen Kompensationsmöglichkeiten relativiert (Beispiel: das unterdurchschnittlich ausgestattete Ortsamtsgebiet Stellingen grenzt an die überdurchschnittlich ausgestatteten Gebiete Lokstedt, Kerngebiet Altona und Ortsamt Blankenese). Die Nähe zum bisherigen Wohnort ist außerdem nur eines von mehreren Kriterien zur Heimauswahl. Weitere sind Preis, äußerer Eindruck, „Ruf“, Nähe zum Wohnort der Angehörigen. Dadurch, dass in der Vergangenheit Investoren über die Platzverteilung in Hamburg informiert und anlassbezogen entsprechend Stellung genommen wurde, konnte die Ungleichverteilung der Plätze bereits reduziert werden.

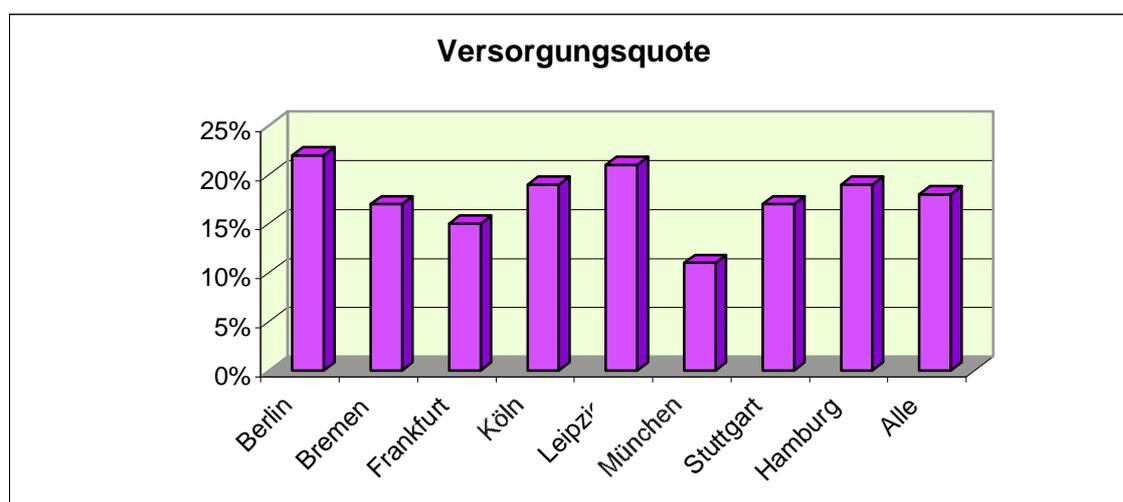
Das quantitative Angebot an Plätzen in Hamburg ist ausreichend. Dies kann aus den Auslastungen der Heime und einem überregionalen Vergleich geschlossen werden.

²¹ Die Anzahl der Bewohner in „Stufe 0“ wurde ermittelt durch Subtraktion der Bewohner lt. Pflegestatistik von der geschätzten Gesamtzahl der Bewohner.

²² Weyerer u.a. berichten einen Anteil von 60 – 70% (Evaluation der Besonderen Stationären Dementenbetreuung in Hamburg, Internetversion 2004, S. 4)

Im Vergleich mit anderen deutschen Großstädten weist Hamburg eine relativ hohe Versorgungsquote auf (s. Abbildung 3). Sie liegt in Hamburg bei 19 Plätzen je 100 Einwohner, die 80 und älter sind, und damit über dem Mittelwert, der bei 18 Plätzen liegt. Nur in Berlin und Leipzig gibt es mehr Plätze.

Abbildung 3: Großstädtevergleich zur Ausstattung²³ mit stationären Pflegeplätzen



Quelle: Großstädtebefragung der BSF

Versorgungssicherheit und Qualität der pflegerischen Versorgung werden im System der Pflegeversicherung durch marktwirtschaftliche Prinzipien, allgemeinverbindliche Qualitätsanforderungen und Prüfrechte der Kostenträger gewährleistet. Vor diesem Hintergrund hat sich die stationäre Versorgungsstruktur in Hamburg insgesamt positiv entwickelt. Weil eine staatliche Trägerschaft von Pflegeheimen daher nicht mehr erforderlich ist, hat der Senat grundsätzlich beschlossen, die Pflegezentren von pflegen & wohnen auf einen privaten Betreiber überzuleiten. Im Vorwege werden zwei nicht mehr wirtschaftlich zu betreibende Standorte aufgegeben. Diese Schließungen sind bei der Darstellung der Bestandsentwicklung (vgl. Tabelle 14) bereits berücksichtigt.

4.1.3 Bedarfsprognose 2010

Nach einem gegenüber der Rahmenplanung 2000 stark vereinfachten Verfahren (vgl. 7.1.2) wird auf Basis der Pflegebedürftigkeitsprognose der Bedarf an stationären Pflegeplätzen ermittelt.

Danach werden im Jahr 2010 rd.15.800 Plätze benötigt, gegenüber 2004 eine Steigerung um 700 Plätze bzw. 4,5 %.

Die Prognose geht von unveränderten Rahmenbedingungen aus. In Richtung eines niedrigeren Bedarfs kann der Ausbau von Wohngruppen und von Tages- und Kurzzeitpflegeplätzen wirken.

²³ Der Prozentwert ist zu lesen als Anzahl der stationären Pflegeplätze je 100 Einwohner, die 80 und älter sind.

Die benötigten Plätze werden voraussichtlich vorhanden sein; die Prognose der Angebotsentwicklung (s. 4.1.1) geht von 16.500 Plätzen im Jahre 2010 aus.

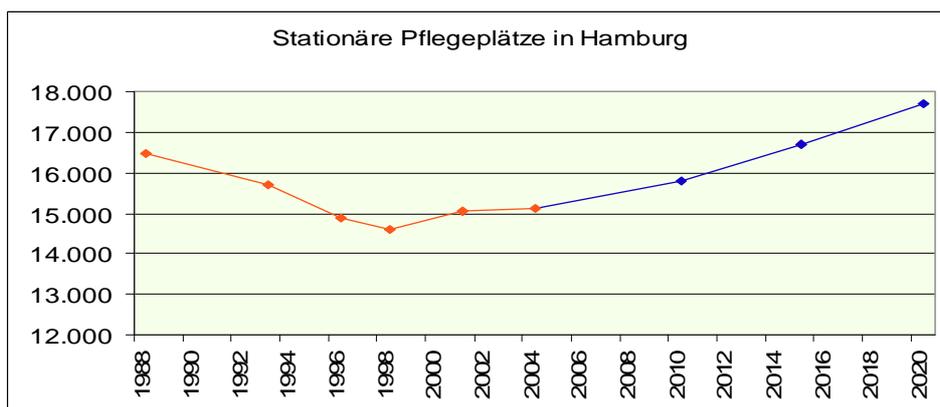
Auch ein größeres Platzangebot in Hamburg kann auf eine Nachfrage treffen, wenn es in Bezug auf Ausstattung und Preis mit auswärtigen Einrichtungen in der Metropolregion konkurrieren kann.

Unter sonst gleichen Bedingungen werden 2010 4 % mehr Pflegekräfte (300) in der stationären Pflege benötigt und 2020 17 % mehr (1.200) als heute (zum Prognoseverfahren vgl. 7.1.2).

Ausblick bis 2020

Entsprechend der Bevölkerungsentwicklung ist mit einem kontinuierlichen Anstieg des Bedarfs an stationären Pflegeeinrichtungen zu rechnen. Für 2015 wird mit einem Bedarf von 16.700 und für 2020 von 17.700 Plätzen gerechnet. Abbildung 4 gibt einen Überblick über die Platzzahlentwicklung 1988 bis 2020.

Abbildung 4: Anzahl stationäre Pflegeplätze nach Jahren, bis 2004 Ist-Bestand, ab 2010 Prognose des Platzbedarfs



4.1.4 Maßnahmen

Das 2010 vorhandene Platzangebot wird voraussichtlich zur Bedarfsdeckung ausreichen. Maßnahmen zur Erhöhung des Angebots sind nicht erforderlich.

Der Bau stationärer Einrichtungen kann investiv gefördert werden, wenn sie Modellcharakter haben. Die Einzelheiten zur Neugestaltung der investiven Förderung finden sich in Abschnitt 4.3.

4.2 Spezielle Pflegeangebote

4.2.1 Besondere stationäre Dementenbetreuung und geschlossene Stationen

Definition und Beschreibung	<p>Das Programm „Besondere stationäre Dementenbetreuung“ richtet sich an die Bewohner, die wegen starker Verhaltensauffälligkeiten im stationären Regelangebot nicht adäquat versorgt werden können. In einer speziell angepassten Umgebung werden die Pflegebedürftigen von besonders geschultem Personal, für das ein verbesserter Personalschlüssel gilt, betreut.</p> <p>Es gibt dementiell erkrankte Bewohner, deren Verhaltensauffälligkeiten so groß sind, dass sie für sich oder andere eine Gefährdung darstellen und die deshalb auf geschlossenen Stationen betreut werden müssen. Konzeptionell und in der Ausstattung entsprechen diese Plätze der Besonderen stationären Dementenbetreuung.</p>
Bestand und Entwicklung	<p>Die Besondere stationäre Dementenbetreuung hat einen Umfang von 750 Plätzen in 31 Einrichtungen.</p> <p>Geschlossene Unterbringung ist aktuell bei p&w im Umfang von 114 Plätzen in 4 Einrichtungen möglich. Im Zuge der Einführung der Besonderen stationären Dementenbetreuung konnte die Platzzahl reduziert werden.</p>
Versorgungsziel, Fachliche Bewertung des Angebots	<p>Das Versorgungsziel ist eine leistungsfähige, zahlenmäßig ausreichende, wirtschaftliche und regional gegliederte Versorgung mit stationären Pflegeplätzen in der besonderen stationären Dementenbetreuung, ggf. auch in geschlossener Form.</p> <p>Die Evaluation durch das Zentralinstitut für seelische Gesundheit in Mannheim in Kooperation mit der Sozialgerontologie des UKE belegt die Leistungsfähigkeit des Angebots und bestätigt, dass die Größe der Zielgruppe plausibel geschätzt wurde.²⁴ Die Wirtschaftlichkeit des Angebots wird durch die Platzobergrenze gesichert und dadurch, dass sich die Zusatzkosten ausschließlich aus dem verstärkten Personaleinsatz ergeben. Pflegeplätze sind in allen Bezirken vorhanden; lediglich die geschlossene Unterbringung hat eine zu kleine Platzzahl, um sie flächendeckend anzubieten.</p>
Bedarfsprognose und Strukturziel	<p>Das Programm zur Besonderen stationären Dementenbetreuung richtet sich an die Teilgruppe der in der Normalpflege am schwierigsten zu versorgenden Bewohner. Die Zahl der Betroffenen steigt grundsätzlich parallel zur Zahl der stationär Pflegebedürftigen (+ 4,5 % bis 2010). Bei verbesserter Anpassung der Pflegeheimangebote an die Bedürfnisse Demenzkranker (vgl. 4.1.2) wächst diese Gruppe und der Platzbedarf in der Besonderen stationären Dementenbetreuung weniger stark oder gar nicht. Inwiefern die demografische Entwicklung eine Ausweitung der besonderen Plätze erfordert, ist deshalb im Laufe der Planungsperiode zu bewerten.</p>
Maßnahmen	<p>Angesichts der Evaluationsergebnisse und der erwarteten verbesserten Betreuung in der allgemeinen stationären Pflege wird das Angebot zunächst im bisherigen Umfang aufrecht erhalten.</p>

²⁴ s. www.bsf.hamburg.de, im Bereich „Pflege“ unter „Besondere stationäre Dementenbetreuung in Hamburg“

4.2.2 Stationäre Pflegeangebote für psychisch kranke Pflegebedürftige

Definition und Beschreibung	Menschen mit psychischen Erkrankungen können als Folge der Krankheit oder mit zunehmendem Alter auch pflegebedürftig werden. Durch das mit den Erkrankungen teilweise verbundene herausfordernde Verhalten und den speziellen Fachpflegebedarf kann eine ausreichende Versorgung in allgemeinen Pflegeeinrichtungen nicht in jedem Fall sichergestellt werden. Wenn Selbst- oder Fremdgefährdung vorliegt, kann auch eine geschlossene Unterbringung notwendig sein. Die Aufnahme und Pflege in einer stationären Pflegeeinrichtung kann erfolgen, wenn die Pflegebedürftigkeit bei der Versorgung im Vordergrund steht und der dauerhafte stationäre Pflegebedarf auf der Grundlage des SGB XI vom MDK bestätigt wurde.
Bestand und Entwicklung	In Hamburg gibt es zwei Pflegeeinrichtungen, in denen dieser Personenkreis Aufnahme findet: eine Abteilung des Pflegezentrums Holstenhof (Träger p&w, 21 geschlossene Plätze für Männer) und das Heim Pflegen und Betreuen (Träger Freundeskreis Ochsenzoll, 36 Plätze).
Versorgungsziel, Fachliche Bewertung des Angebots	Für Menschen mit psychischen Erkrankungen, bei denen die Pflegebedürftigkeit im Vordergrund der Versorgung steht und eine stationäre Pflege notwendig ist, sollte in Hamburg ein leistungsfähiges, wirtschaftliches und zahlenmäßig ausreichendes Angebot an Pflegeplätzen vorhanden sein. Von der Aufsichtskommission gemäß § 23 Abs. 4 des Hamburgischen Gesetzes über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten (HmbPsychKG) werden Hinweise dafür gesehen, dass in der Versorgung dieser Zielgruppe in Hamburg das Platzangebot nicht ausreichend ist und Pflegeplätze außerhalb Hamburgs in Anspruch genommen werden müssen. Die für die Pflege relevante Zielgruppe wird beschrieben als „... ältere psychisch kranke Menschen mit erhöhter Pflegebedürftigkeit auf Grund somatischer Komorbidität und Bedarf an Geschlossenheit“. Der Mangel wird nach Ansicht der Kommission belegt durch: <ul style="list-style-type: none"> – Aussagen von Krankenhäusern, wobei nur eine aussagefähige Statistik vorlag, die eine Verlegungsquote nach außerhalb von 33 % auswies – Überbelegung und Warteliste bei der einzigen in Frage kommenden Station bei p&w – Äußerungen u.a. von Angehörigen, Betreuern und sozialen Diensten – gehäufte Nachfragen in einschlägigen auswärtigen Einrichtungen
Bedarfsprognose und Strukturziel	Eine Bedarfsprognose kann noch nicht abgegeben werden, weil die Angaben zunächst fachlich nachzuvollziehen sind und der aktuelle Bedarf zu klären ist.
Maßnahmen	Die BSF wird den Hinweisen nachgehen und in Gesprächen sowie durch Erhebungen den Bedarf klären. Sollte sich im Ergebnis ein Mangel an geeigneten Pflegeplätzen herausstellen, wird die BSF sich für deren Schaffung einsetzen.

4.2.3 Pflege von Wachkomapatienten

Definition und Beschreibung	Bei Menschen im Wachkoma ist in Folge einer schweren Schädel-Hirnverletzung oder eines Sauerstoffmangels die Steuerungsfähigkeit des Gehirns bei doppelseitiger Ausschaltung der Großhirnrinde und durch Unterbrechung der Verbindungen zwischen Großhirn und Hirnstamm ausgefallen. Der Patient liegt meist mit offenen Augen da und weist auch einen Schlaf-Wach-Rhythmus auf, ist jedoch aus eigener Kraft zu keinerlei Kontaktaufnahme mit seiner Umwelt fähig, obwohl manchmal bereits vegetative und emotionale Reaktionen erfolgen. Er befindet sich in einem so genannten „Wachkoma“. Man spricht auch von Menschen mit einem Apallischen Durchgangssyndrom. Die medizinische und pflegerische Versorgung von Menschen mit einem schweren Schädel-Hirn-Trauma einschließlich von Wachkomapatienten erfolgt nach einem Phasenmodell, das sich in die Phasen A bis G unterteilt. Wenn bei einem Menschen trotz aller medizinischen und rehabilitativen Bemühungen in der Akutbehandlung und in den nachfolgenden Behandlungsphasen schwerste Schädigungen und Mehrfachbehinderungen bestehen bleiben, befindet sich der Patient in der Phase F und ist vollständig auf Pflege angewiesen. Die Lebenserwartung von Wachkomapatienten ist sehr unterschiedlich und kann auch viele Jahre betragen.
Bestand und Entwicklung	Vor dem Hintergrund der Erfolge im Rettungswesen und auch der verbesserten medizinischen Frührehabilitationsmöglichkeiten sind die Überlebenschancen der Betroffenen gestiegen und damit auch die Anzahl der schwerstpflegebedürftigen Wachkomapatienten. Derzeit hält in Hamburg nur pflegen & wohnen spezialisierte Plätze für die Langzeitpflege von Wachkomapatienten vor: 40 Plätze im Pflegezentrum Alsterberg und 30 Plätze im Pflegezentrum Groß Borstel. Das Angebot von p&w ist - vor dem Hintergrund der bevorstehenden Schließung des Pflegezentrums Groß Borstel - zurzeit nicht immer voll ausgelastet. Eine ähnliche Zahl von Hamburgern ist in spezialisierten Pflegeheimen außerhalb Hamburgs untergebracht, was für die Angehörigen teilweise mit langen Anfahrten verbunden ist. ²⁵ Eine wohnortnahe Versorgung ist für die Angehörigen aber von großer Bedeutung, da sie in das Pflegekonzept von Wachkomapatienten intensiv mit eingebunden sind. Vereinzelt werden Wachkomapatienten auch in anderen Pflegeeinrichtungen in Hamburg aufgenommen.
Versorgungsziel, Fachliche Bewertung des Angebots	Das Versorgungsziel ist eine leistungsfähige, zahlenmäßig ausreichende, wirtschaftliche Versorgung mit stationären Pflegeplätzen für Wachkomapatienten. Eine regionale Gliederung wird wegen der geringen Platzzahl nicht angestrebt. Die Leistungsfähigkeit des Hamburger Angebots wird neben der Prüfung durch gesetzliche Stellen auch durch eine engagierte Angehörigenvertretung gestützt. Nach Einschätzung des MDK Hamburg ist die notwendige fachliche Qualität insbesondere bei eingestreuten Plätzen in der Normalpflege nicht immer gewährleistet. Die Wirtschaftlichkeit wird in Einzelverhandlungen gesichert; ein bundesweiter Vergleich der Standards und Preise war bisher nicht möglich. Die Anzahl der in Hamburg vorgehaltenen spezialisierten Plätze ist nach Abschluss der derzeit stattfindenden Veränderungen (Neustrukturierung von pflegen & wohnen, laufende Gespräche mit weiteren Trägern) neu zu bewerten.
Bedarfsprognose und Strukturziel	Für die Zukunft ist wegen der medizinischen Entwicklung und auch der Erweiterung des frührehabilitativen Versorgungsangebotes für Schwer-Schädel-Hirnverletzte Menschen in Hamburg eher mit einer weiter steigenden Zahl von pflegebedürftigen Menschen im Zustand des Wachkomas zu rechnen. Vor diesem Hintergrund und der größeren Zahl außerhalb Hamburgs untergebrachter Patienten sollten die spezialisierten Plätze mindestens im bisherigen Umfang erhalten werden.
Maßnahmen	Heimaufsicht und MDK (im Rahmen der Aufträge der Pflegekassen) werden in Zukunft durch engmaschige Prüfungen darauf dringen, dass die Pflege von Wachkomapatienten nur dort stattfindet, wo die Pflegequalität gesichert ist.

4.2.4 Pflegeangebote für Zuwanderer

Definition und Beschreibung	Pflegebedürftig gewordene ältere Zuwanderer sind noch weniger als deutsche Senioren eine einheitliche Gruppe. In der Pflege sind unterschiedliche kulturelle und religiöse Hintergründe zu beachten. Dies betrifft insbesondere die Speiseversorgung und die Intimsphäre berührende pflegerische Verrichtungen. Bei mangelnden Deutschkenntnissen oder aufgrund von Demenz verlorener deutscher Sprachfähigkeit ist davon auszugehen, dass sie sowohl mit den Mitbewohnern wie auch mit dem Pflegepersonal in ihrer Muttersprache sprechen möchten.																				
Bestand und Entwicklung	Bisher sind ältere Zuwanderer kaum in stationären Pflegeeinrichtungen anzutreffen. Hilfe und Pflege wird noch weitgehend in der Familie organisiert. Stationäre Einrichtungen in Hamburg machen auch keine Angebote, die den o.g. Anforderungen entsprechen würden.																				
Versorgungsziel, Fachliche Bewertung des Angebots	Versorgungsziel ist ein leistungsfähiges, wirtschaftliches und zahlenmäßig ausreichendes Pflegeangebot für Zuwanderer insbesondere aus islamischen Ländern vorzuhalten, sofern dafür ein Bedarf besteht. Angesichts bisher in der stationären Pflege nicht vorhandener Konzepte und Angebote, sollte die Bedarfsfrage geklärt werden.																				
Bedarfsprognose und Strukturziel	Die Zahl älterer Zuwanderer wird in den nächsten Jahren stark zunehmen, wobei die genaue Anzahl nicht anzugeben ist, weil viele inzwischen die deutsche Staatsangehörigkeit erworben haben. Die folgende Tabelle vermittelt trotzdem einen Eindruck der Dynamik. Tabelle 4: Ausländische ältere Bevölkerung 2001 - 2015 <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>60 - 80</th> <th>80+</th> <th>zusammen</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2001</td> <td>24 720</td> <td>1 800</td> <td>26 520</td> </tr> <tr> <td>2005</td> <td>31 080</td> <td>2 470</td> <td>33 550</td> </tr> <tr> <td>2010</td> <td>40 950</td> <td>3 740</td> <td>44 690</td> </tr> <tr> <td>2015</td> <td>49 300</td> <td>5 200</td> <td>54 500</td> </tr> </tbody> </table> <p>Quelle: Bevölkerungsprognose Hamburg, StaLa 2000²⁶</p> <p>Bei einem gleichen Anteil stationär versorgter Pflegebedürftiger wie in der einheimischen Bevölkerung ergäbe sich für das Jahr 2010 ein Wert von 800 benötigten Plätzen. Dies ist keine Bedarfsaussage, sondern ein Hinweis auf einen möglicherweise vorhandenen Bedarf.</p>		60 - 80	80+	zusammen	2001	24 720	1 800	26 520	2005	31 080	2 470	33 550	2010	40 950	3 740	44 690	2015	49 300	5 200	54 500
	60 - 80	80+	zusammen																		
2001	24 720	1 800	26 520																		
2005	31 080	2 470	33 550																		
2010	40 950	3 740	44 690																		
2015	49 300	5 200	54 500																		
Maßnahmen	Vor diesem Hintergrund wird der Empfehlung des Integrationsbeirates ²⁷ gefolgt, mit Zuwandererorganisationen und Pflegeeinrichtungen die Bedarfslage für spezielle stationäre pflegerische Angebote zu prüfen.																				

²⁵ Umfrage von Schädel-Hirn-Patienten in Not e.V. und der Angehörigeninitiative des Pflegezentrums Groß Borstel aus 2004.

²⁶ Die aktuelle Bevölkerungsprognose weist die Ausländer nicht mehr getrennt aus.

²⁷ In Bezug auf Pflegeangebote hat der Integrationsbeirat auch eine Verbesserung der Informationsangebote (vgl. 5.2) und der Vermittlung interkultureller Pflege in der Altenpflegeausbildung (vgl. 6.2) empfohlen.

4.2.5 Hospize und Hospizarbeit in der stationären Pflege

Definition und Beschreibung	<p>Hospize: Ein stationäres Hospiz ist eine kleine eigenständige Einrichtung mit einem häuslichen Charakter. Einrichtung und Ausstattung orientieren sich an den Bedürfnissen von schwerkranken, sterbenden Menschen. Dazu tragen auch eine spezielle schmerztherapeutische Versorgung und ein multiprofessionelles Team in Pflege und Betreuung sowie die systematische Einbeziehung von ehrenamtlichen Kräften bei. Mit der gleichen Zielsetzung arbeiten die Palliativstationen in Krankenhäusern. Hier steht aber eine Behandlung der Krankheitssymptome, insbesondere von Schmerzen, im Vordergrund und es wird eine anschließende Entlassung in ein Hospiz oder nach Hause angestrebt.</p> <p><u>Hospizarbeit in der stationären Pflege:</u> Die gleiche Zielsetzung wie bei stationären Hospizen gilt grundsätzlich auch in Altenpflegeheimen. Die Rahmenbedingungen sind in stationären Pflegeeinrichtungen eher schwieriger als in stationären Hospizen, weil es nicht eine so eindeutige Schwerpunktsetzung der gesamten Institution geben kann, die medizinische Versorgung nicht in vergleichbarem Umfang finanziert wird und der Einbezug von Ehrenamtlichen i.d.R. nicht zur Tradition gehört.</p>
Bestand und Entwicklung	<p><u>Hospize:</u> In Hamburg gab es Ende 2004 drei Hospize mit insgesamt 41 Plätzen, außerdem ein Kinderhospiz mit 12 Plätzen.. In den drei Hospizen für Erwachsene können pro Jahr etwa 360 Patienten betreut werden. Auf 2 Palliativstationen gibt es in Hamburg 16 Betten. Ein viertes Hospiz mit 16 Plätzen wurde im Sommer 2005 eröffnet.</p> <p><u>Hospizarbeit in der stationären Pflege:</u> Nach Kenntnis der BSF sind Ansätze der Hospizarbeit in der stationären Pflege noch wenig verbreitet.</p>
Versorgungsziel, Fachliche Bewertung des Angebots	<p>Das übergeordnete Versorgungsziel in der Sterbebegleitung ist sterbenden Menschen zu ermöglichen, die letzte Lebensphase in Würde und Selbstbestimmung zu verbringen. Dies bezieht sich auf Krankenhäuser, Pflegeheime und das Sterben zu Hause. Vor diesem Hintergrund haben stationäre Hospize Modellcharakter.</p> <p><u>Hospize:</u> Die Hospize in Hamburg setzen die Ideen der Hospizbewegung vorbildlich um. Sie sind insofern wirtschaftlich, als ihre Pflegesätze unterhalb der Krankenhauspflegesätze liegen. Die regionale Verteilung in Hamburg ist ungünstig, weil sich alle Einrichtungen auf die westliche Innenstadt konzentrieren. Zur quantitativen Bedarfsdeckung s.u.</p> <p><u>Hospizarbeit in der stationären Pflege:</u> Im quantitativen Vergleich mit Hospizen sind die Pflegeheime mit rd. 5.000 Versterbenden im Jahr die bedeutenderen Sterbeorte. Eine Umsetzung des Hospizgedankens in diesem Bereich ist daher unbedingt wünschenswert.</p>
Bedarfsprognose und Strukturziel	<p><u>Hospize:</u> Die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin und die Deutsche Hospizstiftung sehen eine ausreichende Versorgung bei 50 Hospiz- und Palliativplätzen je eine Million Einwohner.²⁸ Für Hamburg würden demnach 85 Plätze benötigt. Dem nähert sich Hamburg mit der geplanten neuen Einrichtung an. Schon jetzt ist die Hamburger Ausstattung bundesweit führend.²⁹ Der Schwerpunkt des Ausbaus liegt daher zunächst bei den ambulanten Hospizdiensten (s.o.).</p> <p><u>Hospizarbeit in der stationären Pflege:</u> Grundsätzlich ist in allen Pflegeeinrichtungen ein Sterbebegleitung und Hospizarbeit notwendig. Für 2010 wird zunächst das Ziel festgelegt, dies in mindestens 20 % der Einrichtungen systematisch umzusetzen.</p>
Maßnahmen	<p>Die BSF wird durch die Förderung von Fortbildungen und den Einsatz ehrenamtlicher Kräfte den Hospizgedanken in Pflegeheimen unterstützen.</p>

²⁸ Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 7 Chronische Schmerzen – Kopf- und Rückenschmerzen, Tumorschmerzen; hrsg v. Robert-Koch-Institut 2002, S. 25

²⁹ s. vorhergehende Fußnote; die durchschnittliche Ausstattung liegt in Deutschland bei 18,5 Plätzen je eine Million Einwohner (Hospiz- und Palliativführer 2003; hrsg. von Mundipharma), in Hamburg bei 32 Plätzen.

4.2.6 Weitere spezielle Pflegeangebote

Es gibt eine Reihe weiterer spezieller Pflegeangebote, die an dieser Stelle in einer Übersicht dargestellt werden. Sie werden von jeweils einem Träger angeboten und ihre Anzahl ist im Moment bedarfsdeckend. Wenn das vorhandene Platzangebot nicht ausreichen sollte, können die Träger die BSF darüber kurzfristig informieren.

Tabelle 5: Weitere spezielle Pflegeeinrichtungen

Zielgruppe	Einrichtung	Träger	Plätze
blinde bzw. sehgeschädigte Pflegebedürftige	Senator-Ernst-Weiß-Haus	Hamburger Blindenstiftung	127
Gehörlose Pflegebedürftige	Hamburger Taubstummen Altenheim	Stiftung Hamburger Taubstummen Altenheim	36
Alkoholranke Pflegebedürftige	Betriebsteil Öjendorf des Pflegezentrums Holstenhof	pflegen & wohnen	131
	Seniorenheim Scheffler	Frau Scheffler	21
jüngere Pflegebedürftige	Zinnendorfstiftung	Zinnendorfstiftung	21

4.3 Investive Förderung in der stationären Pflege

Im Zuge der Neuorientierung der Wohnungsbauförderung wurde auch der Bedarf für eine Objektförderung von Pflegeeinrichtungen überprüft. Die Neubautätigkeit ohne staatliche Förderung in den letzten Jahren zeigt, dass eine Objektförderung nicht notwendig ist, um Träger zu Investitionen in den Bau stationärer Pflegeeinrichtungen zu bewegen.³⁰ Auch der geplante Platzausbau geht zum großen Teil auf privat finanzierte Objekte zurück. Grundsätzlich entfällt daher die Objektförderung ab 2005. Damit wird eine unspezifische Subvention der Baukosten abgeschafft. Für berechnete Personen werden die in Rechnung gestellten Investitionskosten aus der Einkommensabhängigen Einzelförderung nach dem Hamburgischen Landespflegegesetz übernommen.

Eine investive Förderung von Wohnpflegeeinrichtungen kann künftig noch in folgenden Sondersituationen erfolgen:

- Träger mit unzureichender Eigenkapitalausstattung bzw. Schwierigkeiten bei der Kreditvergabe der Banken können subventionsneutrale Darlehen der Wohnungsbaukreditanstalt erhalten, in Einzelfällen auch Bürgschaften aus dem vorhandenen Bürgschaftsrahmen des Mietwohnungsbauprogramms. Dies gilt in erster Linie für Umbaumaßnahmen, soweit die BSF eine Angebotsausweitung am vorgesehenen Standort befürwortet, aber auch für Neubaumaßnahmen.

³⁰ Von 1999 bis 2005 werden rd. 1.700 Plätze ohne Förderung neu gebaut, rd. 1.200 mit.

- Es besteht weiterhin ein Bedarf an Wohnraum seitens sozialer Träger, die ambulant kranke, alte und behinderte Menschen betreuen. Die Förderung derartiger Wohngruppen erfolgte bisher über die ab 2005 wegfallende Förderung von Wohnpflegeeinrichtungen (altes Merkblatt 3 der WK von 1998) bzw. wahlweise im allgemeinen Mietwohnungsbauprogramm. Etwa die Hälfte dieser Wohnungen ist zusammen mit genossenschaftlichen Baugemeinschaften entstanden. Die Mittel für diese Zielgruppe werden zukünftig in den Segmenten „Betreute Altenwohnungen“, „Wohnungen für Rollstuhlbenutzer“ und „Baugemeinschaften“ veranschlagt.
- Bei besonders innovativen Konzepten kann auch eine Förderung über Zuwendungen aus dem Haushalt der BSF im Rahmen der zur Verfügung stehenden Haushaltsmittel erfolgen.

Durch den Wegfall der Objektförderung ändern sich die Belastungen der Heimbewohner in bestehenden Einrichtungen jetzt und in Zukunft nicht. Lediglich für Bewohner derjenigen neuen Einrichtungen, die ansonsten gefördert worden wären, werden Mehrkosten anfallen.³¹

³¹ Die Differenz beträgt rd. 5 € pro Tag zwischen den Investitionskosten pro Platz eines geförderten und eines nicht geförderten Neubaus.

5 Die pflegerische Versorgungsstruktur insgesamt betreffende Themen

In diesem Kapitel werden die Themen behandelt, die in übergreifender Form die ambulanten und stationären Teile des pflegerischen Versorgungssystems betreffen.

5.1 Reibungslose Übergänge im Hilfesystem

Im Zuge der pflegerischen Versorgung gibt es häufig Situationen, in denen die Verantwortung zwischen Leistungserbringern wechselt, insb. bei Krankenhaus- und Kurzzeitpflegeaufenthalten. In diesen Fällen ist ein Informationsaustausch zwischen den für die Pflege Verantwortlichen notwendig, um die Kontinuität der Versorgung sicher zu stellen und Gefährdungen zu vermeiden. Dabei sind die Versorgungsketten so anzulegen, dass der Vorrang der Rehabilitation vor Pflege sichergestellt ist.

Ausgangssituation

Zur strukturierten Weitergabe von Informationen sind Überleitungsbögen ein wichtiges Instrument. Der Landespflegeausschuss hat bereits die Verwendung von Überleitungsbögen empfohlen. Eine regionale Studie in Harburg hat untersucht, in welchem Umfang diese genutzt werden. Demnach gab es bei 51% der Krankenhausaufnahmen von Patienten aus professioneller Pflege einen Überleitungsbogen.³² Dieser Wert dürfte eher über dem allgemeinen Niveau liegen, weil im Vorfeld die Harburger Pflegekonferenz sehr für den Einsatz von Überleitungsbögen geworben hat.

Zwischenzeitlich wurde die Verwendung von Überleitungsbögen zwischen den Vertragspartnern in der ambulanten Pflege vereinbart.

Im Bereich der Krankenhausversorgung wird durch die Einführung der diagnosebezogenen Fallpauschalen (DRGs) eine weitere Verkürzung der Verweildauern erwartet. Dies erhöht insbesondere bei älteren Patienten den Aufwand zur Sicherstellung der häuslichen Pflege. Eine Erhebung der Behörde für Wissenschaft und Gesundheit hat ergeben, dass die Krankenhäuser hierauf z.T. schon mit einer Systematisierung der Entlassungsvorbereitungen und einer Intensivierung der Kooperation mit ambulanten Pflegediensten reagieren.

Versorgungsziel, Bewertung

Versorgungsziel ist eine kontinuierliche Sicherstellung der pflegerischen Versorgung auch bei Wechsel der pflegenden Einrichtungen.

³²Lohse, Steffi: Erfahrungen und Ergebnisse einer bezirklichen Pflegekonferenz in Hamburg. Hamburg-Harburg 2001

Der Einsatz von Überleitungsbögen bei der Krankenhausaufnahme und vermutlich auch beim Wechsel von Pflegeeinrichtungen ist noch deutlich steigerbar.

Mit einer verbindlichen Einführung des DRG-Systems werden die Verweildauern in Krankenhäusern voraussichtlich noch einmal sinken. Auf die damit zunehmenden Anforderungen an das Überleitungsmanagement bereiten sich die Krankenhäuser vor. Zu erwarten ist allerdings eine Zunahme von Fällen, in denen kein Krankenhausbehandlungsbedarf mehr besteht, die häusliche Versorgung aber noch nicht möglich ist oder die Möglichkeiten erst noch zu klären sind. Besonders in den letztgenannten Konstellationen kann die Kurzzeitpflege Heimaufnahmen u.U. verhindern (vgl. Abschnitt 3.2.4).

Für die Überleitung von Patienten in der letzten Lebensphase sind Verbesserungen der Überleitung und häuslichen Versorgung durch die zuständigen Behörden zu prüfen.

Bedarfsprognose und Strukturziel

Durch die genannten Entwicklungen im Krankenhausbereich und die zunehmende Zahl von Pflegebedürftigen werden die Überleitungssituationen noch zunehmen.

Bis 2010 soll der Einsatz von Überleitungsbögen für pflegebedürftige Patienten auf 75 % bei der Krankenhausaufnahmen und beim Wechsel von Pflegeeinrichtungen gesteigert werden; bei der Krankenhausentlassung werden 100 % angestrebt.

Maßnahmen

Das Hamburgische Krankenhausgesetz soll die Krankenhäuser zu einem aktiven Entlassungsmanagement verpflichten. Sie haben rechtzeitig zu prüfen, ob nach der Entlassung ein weiterer Betreuungs-, Hilfe- oder Pflegebedarf zu erwarten ist. In diesem Fall sind entsprechende Maßnahmen zu planen und alle notwendigen Informationen weiterzugeben.

Das Institut für Allgemeinmedizin führt mit Förderung der Behörde für Wissenschaft und Gesundheit ein Projekt zum besseren und telematisch gestützten Informationsaustausch zwischen den Krankenhäusern Mariahilf und AK Harburg, dem Hausärztkreis Harburg-Süderelbe sowie ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen durch (SEAMAN).

Zur Hospizthematik wird die Behörde für Wissenschaft und Gesundheit in Gesprächen mit der kassenärztlichen Vereinigung, den Krankenkassen, Krankenhäusern und Einrichtungen der Hospizpflege klären, wie eine Vernetzung von ambulanten und stationären Einrichtungen erreicht werden kann.

5.2 Information und Beratung für Hilfe- und Pflegebedürftige und ihre Angehörigen

Ziel von Information und Beratung ist die Transparenz des Hilfesystems als Voraussetzung der Hilfe zur Selbsthilfe.

Ausgangssituation

Senioren können sich mit der Broschüre „Hilfe und Pflege im Alter“ oder über das „Seniorenportal“ im Internet umfassend und neutral über Unterstützungsangebote informieren. Ein spezielles Faltblatt informiert über die Besondere stationäre Dementenbetreuung. Für Menschen, die Informationen zur Sterbebegleitung suchen, wird ein „Hospizführer“ herausgegeben.

Beratung in Fragen der Lebensgestaltung im Alter und zu Hilfe- und Pflegebedürftigkeit wird in Hamburg vor allem von der Bezirklichen Seniorenberatung und weiteren überregionalen Beratungsstellen mit speziellen Schwerpunkten (Wohnen, Hilfen bei Pflegebedürftigkeit und Demenz, Sterben und Tod) angeboten (Liste der überregionalen Beratungsstellen s. Anhang 7.4). Ausschließlich zur stationären Pflege informieren die Dienststellen der Heimaufsicht.

Unabhängig von Angeboten der Bezirklichen Seniorenberatung haben weitere Institutionen Beratungsaufträge: Bei Fragen der Anschlussbehandlung und des Entlassungsmanagements nach Krankenhausaufenthalt beraten und unterstützen die Sozialdienste im Krankenhaus; über Pflegekassenleistungen und pflegerische Versorgungsangebote beraten die Geschäftsstellen der Pflegekassen. Nicht zu unterschätzen ist auch die Bedeutung der Hausärzte als Ratgeber in vielen Lebensfragen.

Es ist festzustellen, dass ältere Zuwanderer kaum als Klienten von beratenden Stellen in Erscheinung treten. Mit der Bezirklichen Seniorenberatung entsteht ein Kontakt erst, wenn Dienste Leistungen abrechnen möchten.

Nach dem Heimeinzug stellen sich für Angehörige und Bewohner z.T. Fragen nach der Pflegequalität, der Beteiligung bei der Pflege und der Mitwirkung bei der Heimverwaltung. Um die Zusammenarbeit zwischen Angehörigen und beruflich Pflegenden zu verbessern, wurde im Rahmen des Modellprojekts „Alzheimerzentrum“ ein Handbuch zu „Pflegebündnissen“ erarbeitet.

Zur Information von Heimbeiräten über ihre Rechte organisieren die Seniorenbeiräte Veranstaltungen.

Versorgungsziel, Bewertung

Versorgungsziele:

- Hilfe- und Pflegebedürftige bzw. Angehörige sollen die Informationen, die sie zur Organisation der Hilfen benötigen, leicht finden; die Informationen sollen korrekt und verständlich sein
- Beratungsangebote sollen leicht zu erreichen sein; die Beratung soll dazu führen, dass Schwierigkeiten selbst bewältigt werden; wo dies nicht möglich, soll die Organisation von Hilfen teilweise oder vollständig übernommen werden.

Der aktuelle Bestand an Informations- und Beratungsangeboten wird als gut eingeschätzt. Die geringe Inanspruchnahme von Beratungsangeboten durch ältere Zuwanderer sollte bei der Öffentlichkeitsarbeit beratender Stellen berücksichtigt werden.

Bedarfsprognose, Strukturziel

Bis 2010 werden angesichts der langsam zunehmenden Zahl an Hilfe- und Pflegebedürftigen Beratung und Information zu intensivieren sein. Insbesondere die Zahl der Zuwanderer mit potentielltem Beratungsbedarf wird zunehmen (vgl. 4.2.4)

Die Beratung von Angehörigen und Pflegebedürftigen sollte bis 2010 auf dem derzeitigen personellen Niveau gehalten werden, wobei zur Bewältigung einer steigenden Zahl von Ratsuchenden die Effizienz der Angebote gesteigert werden sollte. Die Beratungsangebote sollen so gestaltet werden, dass auch Zuwanderer Zugang finden. Eine aktuelle Informationsschrift zu Hospizangeboten soll zum ständigen Angebot der Informationsmaterialien gehören.

Maßnahmen

Gemäß dem Vorschlag des Integrationsbeirates wird der Ansatz verfolgt, ältere Zuwanderer über Multiplikatoren zu informieren. Zuwandererorganisationen werden auf das Angebot des Pflegetelefons aufmerksam gemacht.

5.3 Entbürokratisierung und Deregulierung in der Pflege

Die Hilfe für pflegebedürftige Menschen, die zumeist hochbetagt sind und an mehreren Erkrankungen leiden, erfordert von Leitungs- und Pflegekräften der ambulanten Dienste und Heime eine hohe fachliche und menschliche Qualität. Dies erwarten die Pflegebedürftigen, ihre Angehörigen, die Pflegeversicherung und die Öffentlichkeit.

Heimleitungen und Pflegekräfte in der stationären Altenhilfe beklagen seit einigen Jahren, dass ihnen durch bürokratische Hemmnisse weniger Zeit für diese Betreuung und Pflege zur Verfügung steht. Hierfür wird das Anwachsen von Vorschriften, der zusätzlichen Aufwand von Doppel- und Mehrfachprüfungen, steigende Verwaltungs- und Dokumentationspflichten und zum Teil sich widersprechende Regelungen im Heimgesetz, dem Pflegeversicherungsgesetz und anderen geltenden Vorschriften verantwortlich gemacht.

Die Behörde für Soziales und Familie hat deshalb im Landespflegeausschuss die Initiative zur Entbürokratisierung und Deregulierung in der Pflege ergriffen. Auf der Grundlage eines Arbeitsgruppenergebnisses hat der Landespflegeausschuss insbesondere empfohlen, in der vollstationären Pflege eine Pflegeplanung und –dokumentation mit einem individuellen Tages- und Wochenplan als Kernbestandteil zu führen.

Eine praktische Erprobung einer solchen entbürokratisierten Pflegedokumentation wird in mehreren Hamburger Pflegeheimen erfolgen, begleitet durch Informationsveranstaltungen und regelmäßigen Erfahrungsaustausch. Die Behörde für Soziales und Familie wird die Erprobung im Rahmen verfügbarer Mittel im Hinblick auf den Umstellungs- und Fortbildungsaufwand unterstützen.

Darüber hinaus ist vorgesehen:

- im Rahmen der Arbeitsgemeinschaft nach § 20 Heimgesetz die Transparenz über die Prüfungszuständigkeiten und Prüfgegenstände in Hamburg zu erhöhen,
- zusammen mit der Feuerwehr Hamburg und unter Beteiligung von Einrichtungsträgern einheitliche Anforderungen an Pflegeheime zu entwickeln, die sowohl den notwendigen Brandschutz als auch die angestrebte Wohnlichkeit der Heime gewährleisten,
- überflüssige und mit bürokratischen Belastungen verbundene Regelungen im Landespflegegesetz zu ändern oder zu streichen, sowie
- die Zuständigkeiten beim Träger der Sozialhilfe im Zusammenhang mit Heimeinzügen mittelfristig stärker zu bündeln.

6 Ausbildung in der Altenpflege

6.1 Quantitative Beschreibung der Ausbildung in der Altenpflege

6.1.1 Bestand und Entwicklung

Nur in Deutschland gibt es den Altenpflegeberuf als eigenständige Erstausbildung. International wird er zumeist als Spezialisierung der Krankenpflege angesehen. Altenpflege ist heute in der Praxis eine Mischung aus Langzeit-Krankenpflege, gerontopsychiatrischer Betreuung, Gestaltung des Alltags und menschlicher Zuwendung.

Es gibt drei Ausbildungswege zur Altenpflege als Pflegefachkraft:

1. Die Erstausbildung junger Menschen als Auszubildende nach dem Schulabschluss,
2. die Umschulung Erwachsener und
3. die Nachqualifizierung von Beschäftigten, die in der Regel über langjährige Berufserfahrung als Pflegehelferin oder Pflegehelfer verfügen.

Tabelle 6 zeigt für die Jahre 2000 bis 2004 die Zahl der bestandenen Abschlussprüfungen nach den drei Ausbildungswegen.

Tabelle 6: Anzahl der bestandenen Abschlussprüfungen in der Altenpflege (AP) nach Ausbildungsjahren

	2000/2001	2001/2002	2002/2003	2003/2004
Auszubildende AP	100	109	80	105
Umschulung	88	116	114	83
Nachqualifikation	49	61	192	318
Summe AP	237	286	386	506

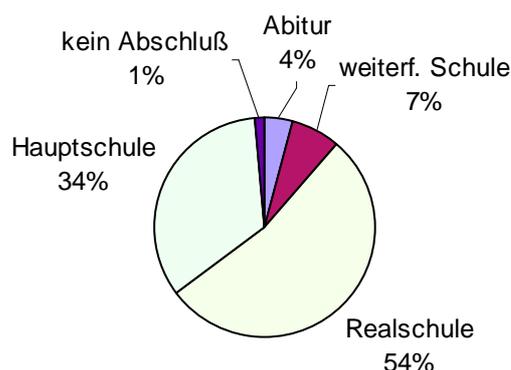
Quelle: BSF, Referat Seniorenarbeit und Pflege

Seit dem Ausbildungsjahr 2002/2003 ist eine deutliche Steigerung der Abschlüsse zu verzeichnen, die auf die „Hamburger Qualifizierungsoffensive“ im Bereich der Nachqualifikation zurückgeht.

In der Erstausbildung haben im Jahr 2004 zu Beginn des Ausbildungsjahres 238 Auszubildende in Pflegeheimen und ambulanten Diensten begonnen. Eine deutliche Steigerung der Zahl der Erstausbildungen hat es von 2002 (196) auf 2003 (240) gegeben. Die BSF führt dies auf die Imagekampagne für die Altenpflegeberufe von Anfang 2003 zurück.

Die Auszubildenden des Jahrgangs 2004 verfügten über folgende Schulabschlüsse:

Abbildung 5: Schulabschlüsse der Auszubildenden in der Altenpflege des Jahrgangs 2004



Quelle: BSF

Die Grafik zeigt, dass der Altenpflegeberuf heute noch eine realistische Berufschance für Hauptschulabsolventen darstellt. Die meisten Auszubildenden verfügen über einen Realschulabschluss, nur ein kleinerer Teil über einen höheren Abschluss.

Im Bereich der Umschulung zur Altenpflege bewilligt das Arbeitsamt Hamburg seit 2004 keine neuen Maßnahmen mehr.

Die Nachqualifizierung³³ wurde Anfang 2002 durch die „Hamburger Qualifizierungsoffensive“ verstärkt. Sie verfolgt das Ziel, innerhalb von drei Jahren 300 langjährige Beschäftigte in den Pflegeeinrichtungen berufsbegleitend zu Altenpflegern und damit zu Pflegefachkräften weiterzubilden. Dieses Programm wird bis Ende August 2006 mit einer Teilnehmerzahl von 40 Personen verlängert.

Die Anzahl der Ausbildungsbetriebe hat sich in den letzten Jahren u.a. aufgrund der Bemühungen im Rahmen der „Imagekampagne“ positiv entwickelt.

Tabelle 7: Entwicklung der Anzahl der Ausbildungsbetriebe in der Altenpflege

2002	2003	2004
98	113	123

Quelle: BSF, Referat Seniorenarbeit und Pflege

6.1.2 Prognose

Die Entwicklung der Zahl der Auszubildenden ist derzeit nicht zu prognostizieren. Die Umschulung ist von der Förderstrategie der Arbeitsagentur abhängig und die Anhebung der Zugangsvoraussetzung stellt einen Unsicherheitsfaktor dar (s. 6.2).

³³ 267 Absolventinnen und Absolventen im August 2003

Eine Prognose der Zahl der Pflegekräfte³⁴ in der Altenpflege ist unter der Annahme gleichen Personaleinsatzes und gleicher Arbeitszeitvolumina möglich. Demnach werden 2010 rd. 8700 Kräfte benötigt – 300 mehr als heute. Rückschlüsse auf benötigte Absolventenzahlen der Altenpflegeausbildung sind daraus nicht zu ziehen, weil es keine zuverlässigen Zahlen über die Verweildauern im Beruf gibt. Mittelfristig ist aber nicht mit Personalmangel zu rechnen. Fachpersonal kann auch aus dem Bereich der Krankenpflege kommen; Hilfskräfte werden angesichts der Situation am Arbeitsmarkt ebenfalls zu gewinnen sein.

6.2 Weiterentwicklung der Ausbildung im Rahmen des Altenpflegegesetzes

Die Altenpflegeausbildung ist durch den Bundesgesetzgeber ab dem 1.8.2003 erstmalig bundeseinheitlich geregelt worden (Altenpflegegesetz). Für Hamburg gilt eine Übergangsregelung bis längstens 2006.

Eine wesentliche Veränderung für die Ausbildung in Hamburg ist, dass gemäß des Altenpflegegesetzes für den Beginn der Altenpflegeausbildung der Abschluss der mittleren Reife Voraussetzung ist. Die ausbildenden Betriebe sind zukünftig gefordert, Interessenten mit Hauptschulabschluss zunächst für die Altenpflegehilfeausbildung vorzusehen und nach erfolgreichem Abschluss in einem weiteren Schritt die Altenpflegeausbildung anzubieten. Dies betrifft ebenso die Teilnehmer der Erwachsenenbildung, d.h. Umschüler oder Teilnehmer der berufsbegleitenden Ausbildungen. Für Hamburg wird es deshalb wesentlich darauf ankommen, für Hauptschüler einen überschaubaren Ausbildungsweg zum Abschluss als Altenpflegerin oder Altenpfleger zu erhalten.

Auch die Schulstruktur wird von den Änderungen betroffen sein. Geplant ist, dass die theoretische Ausbildung nur noch an Berufsfachschulen in privater oder öffentlicher Trägerschaft stattfindet.

Es werden neue, einheitliche Lehrpläne entwickelt, die im Rahmen von Lernfeldern die besondere biographische Situation von Zuwanderern berücksichtigen. Die Schwerpunkte bei der Pflege Demenzkranker und Sterbender werden ausgebaut und der Einbezug von Angehörigen in die Pflege verstärkt.

³⁴ Altenpflegerinnen und -pfleger, Krankenschwestern und -pfleger, Kinderkrankenschwestern, Alten- und Krankenpflegehelfer und -helferinnen.

7 Anhang

7.1 Datenquellen und Prognoseverfahren

7.1.1 Datenquellen

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

1. Hamburger Bevölkerung

Die Angaben zur Anzahl der Bewohner nach Alter, Geschlecht und Ortsamts- bzw. Kerngebiet werden als Basis für Prognosen und Vergleiche benötigt. Verwendet wird der Melderegisterauszug Stand 31.12.2003. Er wird vom Statistischen Amt Nord im Frühjahr des Folgejahres zur Verfügung gestellt.

2. Bevölkerungsprognose für Hamburg

Die Bevölkerungsprognose ist eine Grundlage der Prognose der Pflegebedürftigkeit. Sie wird in Abstimmung mit der bundesweiten Prognose vom Basisdatenausschuss Hamburg erarbeitet. Die aktuelle Prognose basiert auf der 10. Koordinierten Bevölkerungsvorausschätzung für Deutschland. Sie wurde im April 2004 fertig gestellt und im August 2004 vom Senat beschlossen. Der Prognosezeitraum reicht von 2005 bis 2020. Sie prognostiziert eine Zunahme der Bevölkerung insbesondere durch Wanderungsgewinne gegenüber dem Umland. Im Zuge der Umsetzung des Leitbildes der wachsenden Stadt sollen diese realisiert oder übertroffen werden. Die Prognose liefert Angaben für ganz Hamburg, enthält aber keine kleinräumigeren Vorausschätzungen. Bis eine Kleinräumige Bevölkerungsvorausschätzung vorliegt, sind regionalisierte Prognosen noch nicht aufzustellen.

3. Pflegestatistik Hamburg

Die Pflegestatistik enthält umfangreiche Daten zu Pflegeeinrichtungen, Pflegepersonal und Pflegebedürftigen. Sie wird alle zwei Jahre zum 15. Dezember vom Statistikamt Nord erhoben. Die Auswertungen liegen Anfang des übernächsten Folgejahres vor. Der Planung liegt die Pflegestatistik 2003 vom März 2005 zugrunde. Die Pflegestatistik macht keine Aussagen über Personen, die zwar von Pflegeeinrichtungen betreut werden, aber nicht pflegebedürftig im Sinne des SGB XI sind. Daher sind der Pflegestatistik keine Angaben über die Zahl der Heimbewohner oder die Auslastung der Heime zu entnehmen.

Die Pflegestatistik macht nur Angaben für Hamburg insgesamt, aber nicht für kleinere Gebietseinheiten. Um trotzdem Angaben auf Kerngebiets- und Ortsamtssebene machen zu können (s. Tabelle 11), wurde wie folgt vorgegangen: Zunächst wurde eine „bereinigte Prävalenzrate der häuslichen Pflegebedürftigkeit“ für Hamburg errechnet, d.h. die Gesamteinwohnerzahl wurde um die Heimbe-

wohner reduziert. Dann wurde die Einwohnerzahl der einzelnen Gebiete um die Heimbewohnerzahl reduziert. Auf diese Einwohnerzahl wurde die bereinigte Prävalenzrate angewendet.

4. Datenbestände der BSF

In der BSF werden zwei Datenbanken mit Angaben zu ambulanten Diensten und Heimen geführt. Damit sind Auswertungen zu Preisen und Angeboten zum jeweils aktuellen Zeitpunkt möglich. In der stationären Pflege wird eine Auswertung zum 1.9.2004 zugrunde gelegt, in der ambulanten zum 1.12.2004. Außerdem liegen Angaben zu Auszubildenden und Ausbildungsbetrieben in der Altenpflege vor.

5. Städteumfrage zum Vergleich der Ausstattung mit teilstationären und stationären Einrichtungen

Anfang 2004 wurden von der BSF die deutschen Großstädte Berlin, Bremen, Frankfurt/M., Köln, Leipzig, München und Stuttgart nach der Ausstattung mit Plätzen in Tagespflegeeinrichtungen, solitären Kurzzeitpflegeeinrichtungen und Heimen befragt. Um die Ergebnisse vergleichbar zu machen, wurde jeweils ein Quotient ermittelt, der angibt, wie viel Plätze je 100 80jährige und ältere zur Verfügung stehen.

6. Fachkraftquote in der stationären Pflege

Die Heimaufsicht in den Bezirken prüft zweimal jährlich die Fachkraftquote in den stationären Einrichtungen. Die Ergebnisse werden anonymisiert auch der BSF mitgeteilt. Auf dieser Basis kann eine durchschnittliche Fachkraftquote für Hamburg ermittelt werden. Die letzte Meldung erfolgte mit dem Stichtag 1.12.2004.

7.1.2 Prognoseverfahren

Die meisten zahlenmäßige Prognosen in dieser Planung (Ziffern 1-3, 5) stützen sich auf die Bevölkerungsentwicklung nach Alters- und Geschlechtsgruppen. Die Verteilung eines Merkmals in der jetzigen Bevölkerung wird auf dieser Grundlage in die Zukunft projiziert. Andere Faktoren, die das Ergebnis beeinflussen können außer der Bevölkerungsentwicklung, werden zum Teil textlich diskutiert, aber bei der Berechnung nicht berücksichtigt, weil sie sich zahlenmäßig nicht erfassen lassen (vgl. 2.4 und 4.1.3).

1. Prognose der Hilfebedürftigkeit (s. 2.3)

Es gibt – anders als zur Pflegebedürftigkeit – keine regelmäßigen statistischen Erhebungen zur Hilfebedürftigkeit in der Bevölkerung. Aus einer für Deutschland repräsentativen Befragung von Schneekloth³⁵ sind jedoch **Prävalenzraten** (Anteil in der Betroffenen in einer bestimmten Bevölke-

³⁵ Schneekloth, Ulrich (2003): Hilfe- und Pflegebedürftige in Privathaushalten in Deutschland 2002. Schnellbericht. München: Infratest Sozialforschung

rungsgruppe) bekannt. Auf Basis dieser Prävalenzraten kann bei Anwendung auf die Hamburger Bevölkerung ein Wert für 2003 und bei Anwendung auf die Bevölkerungsprognose für 2010 und 2020 ermittelt werden. Die Bevölkerungszahl wurde dazu vorher um die Zahl der Heimbewohner reduziert.

2. Prognose der Pflegebedürftigkeit (s. 2.3)

Auf Basis der Bevölkerung 2003 und der Pflegestatistik werden Prävalenzraten ermittelt. Diese werden mit Hilfe der Bevölkerungsprognose auf die Bevölkerung 2005, 2010 und 2020 angewandt.

3. Prognose der Demenzerkrankten (vgl. Tabelle 9)

Wissenschaftliche Studien sind zu unterschiedlichen Ergebnissen zur Prävalenz (dem Risiko an einer bestimmten Krankheit zu leiden) von dementiellen Erkrankungen gekommen, u.a. weil leichte Formen mit einbezogen wurden oder nicht. Die dieser Schätzung zugrunde gelegten Daten stammen aus einer Meta-Analyse (einer vergleichenden Zweitauswertung) mehrerer Untersuchungen und berücksichtigen nur mittelschwere und schwere Demenzen³⁶. Diese Prävalenzraten werden auf die Bevölkerung und die Bevölkerungsprognose angewandt.

4. Prognose benötigter Pflegekräfte

Die Zahl der Pflegekräfte bzw. Stellen in der ambulanten Pflege (s. 3.2.2) wird im selben Verhältnis gesteigert, wie die Zahl der Pflegebedürftigen steigt.

Die Zahl der Pflegekräfte bzw. Stellen in der stationären Pflege (s. 4.1.3) wird im selben Verhältnis gesteigert, wie die Zahl der benötigten Pflegeplätze steigt.

5. Prognose der vorhandenen Plätze in der stationären Pflege (s. 4.1.1)

Die Heimaufsichtsdienststellen in den Bezirken erfahren meist frühzeitig vom Neubau von Pflegeeinrichtungen. Wenige Merkmale dieser Vorhaben werden an die BSF weitergegeben und dort gesammelt. Unsicherheiten bestehen bei der Prognose, weil es häufig zu Verzögerungen in der Umsetzung der Planungen kommt.

6. Prognose der benötigten Plätze in der stationären Pflege (s. 4.1.3)

Für das Jahr 2003 liegen die aktuellsten Angaben der Pflegestatistik vor, es ist daher das Basisjahr der Prognose. Für 2003 geht die BSF von einer ausgeglichenen Situation zwischen Angebot und Nachfrage aus. Hinweise in andere Richtungen aus den Einrichtungen lagen nicht vor. Zur Prognose des Bedarfs an stationären Plätzen kann daher wie folgt vorgegangen werden:

1. Der Anteil der stationär betreuten Pflegebedürftigen an allen Pflegebedürftigen 2003 (in einzelnen Alters- und Geschlechtsgruppen) wird ermittelt.

³⁶ Bickel, H. (1999): Epidemiologie der Demenz. In: H. Förstel, H. Bickel, A. Kurz (Hg.): Alzheimer Demenz. Grundlagen, Klinik und Therapie. Berlin, Heidelberg. Nach: 4. Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland, Berlin 2002

2. Aus der Anwendung dieser Anteile auf die prognostizierten Pflegebedürftigen 2010 ergibt sich die Anzahl der dann stationär zu Betreuenden.
3. Dazu wird ein geschätzter Anteil von Heimbewohnern der „Stufe 0“ addiert.
4. Schließlich ist zu berücksichtigen, dass von einer vollen Auslastung der Einrichtungen bei einer Belegung von 96 % ausgegangen wird.

7.2 Anhang Hilfe- und Pflegebedürftigkeit

Tabelle 8: Alterszusammensetzung der Hamburger Bevölkerung 2000 bis 2020 nach Altersgruppen

	2000	2003	2005	2010	2015	2020
< 20	307.630	306.500	309.060	302.530	298.910	292.880
20- <60	989.329	988.279	1.024.490	1.060.170	1.077.360	1.073.050
60- <80	332.054	340.847	337.640	339.680	340.060	341.650
80+	75.916	79.297	82.000	85.770	89.140	106.340
	1.704.929	1.714.923	1.753.180	1.788.160	1.805.470	1.813.910

Quellen: 2000 und 2003: Melderegisterauszug HH, 2005 – 2020: Bevölkerungsprognose

Tabelle 9: Entwicklung der Anzahl an Demenzen Erkrankter in Hamburg 2005 – 2020

	2005	2010	2015	2020
Demenzkranke	23.100	24.500	26.200	28.100
Steigerung zu 2005		6%	13%	22%

Berechnungsgrundlagen: Bevölkerungsprognose; Prävalenzraten nach Bickel

Tabelle 10: Anzahl der Hilfe- und Pflegebedürftigen 1999 bis 2020

	Pflegebedürftige	Hilfebedürftige
1999	42.001	
2001	41.052	
2003	41.959	61.424
2005	43.092	62.988
2010	44.887	65.963
2015	47.145	68.292
2020	49.741	70.512

Berechnungsgrundlagen:

Pflegestatistiken, Melderegisterauszug, Bevölkerungsprognose, Prävalenzraten Schneekloth 2003

Tabelle 11: Anzahl der Senioren und der Hilfe- und Pflegebedürftigen in Privathaushalten nach Kern- und Ortsamtsgebieten

	Bev.60+	Bev.80+	Hilfebed.	Pflegebed.
Kg. Hamburg-Mitte	18.424	3.529	3.000	1.400
Oa. Billstedt	24.339	3.897	3.600	1.600
Oa. Veddel- Rothenburgsort	2.595	450	400	200
Oa. Finkenwerder	2.920	531	400	200
Bz. Hamburg-Mitte	48.278	8.407	7.400	3.400
Kg. Altona	25.906	5.235	4.000	1.900
Oa. Blankenese	32.783	6.395	4.500	2.100
Bz. Altona	58.689	11.630	8.500	4.000
Kg. Eimsbüttel	19.495	3.918	3.200	1.500
Oa. Lokstedt	25.170	4.516	3.600	1.700
Oa. Stellingen	14.709	2.507	2.000	1.000
Bz. Eimsbüttel	59.374	10.941	8.800	4.200
Kg. Hamburg-Nord	22.355	4.943	3.500	1.700
Oa. Barmbek-Uhlenhorst	25.322	6.052	4.100	2.000
Oa. Fuhlsbüttel	17.973	3.707	2.600	1.300
Bz. Hamburg-Nord	65.650	14.702	10.200	5.000
Kg. Wandsbek	35.692	6.970	5.100	2.400
Oa. Bramfeld	18.346	2.971	2.600	1.200
Oa. Alstertal	22.447	4.724	3.000	1.400
Oa. Walddörfer	12.121	2.250	1.700	800
Oa. Rahlstedt	24.149	3.995	3.300	1.500
Bz. Wandsbek	112.755	20.910	15.700	7.300
Kg. Bergedorf	20.223	3.535	2.800	1.300
Oa. Vier-u.Marschlande	7.001	884	1.100	500
Bz. Bergedorf	27.224	4.419	3.900	1.800
Kg. Harburg	25.920	4.889	3.700	1.700
Og. Wilhelmsburg	9.476	1.401	1.400	600
Og. Süderelbe	12.754	1.994	1.800	800
Bz. Harburg	48.150	8.284	6.900	3.100
HAMBURG GESAMT	420.120	79.293	61.400	28.800

Berechnung der BSF; Pflegebedürftigkeit auf Basis der Bevölkerung nach Melderegister 2003 (bereinigt um Heimbewohner) und der Pflegestatistik 2003 (vgl. 7.1.1);
Hilfebedürftigkeit: gleiche Bevölkerung, Prävalenzraten nach Schneekloth 2003

7.3 Anhang stationäre Pflege

Tabelle 12: Fachkraftquote nach Bezirken

Bezirk	Stellen in der Pflege	Fachkräfte	Fachkraftquote
HH- Mitte	335	213	64%
Altona	keine vollständigen Angaben		
Eimsbüttel	578	330	57%
HH -Nord	864	476	55%
Wandsbek	1.696	968	57%
Bergedorf	223	125	56%
Harburg	491	284	58%
Summe:	5.048	2.396	57%

Erhebung der Heimaufsichten zum 1.12.2004

Tabelle 13: Plätze und Heime nach Verbandzugehörigkeit und Trägerschaft

Verband	Pflegeplätze	Heime	Anteil Pltz.	Trägerschaft
AWO	697	6		
Caritas	547	6		
DPWV	2.472	23	59%	gemeinnützig
DRK	195	1		
DW	5.058	41		
p&w	3.138	15	21%	kommunal
BPA	2.333	36		
APH	27	1	20%	gewerblich
kein	646	10		
	15.113	139	100%	

BSF Heimdatenbank, Sept. 2004

Tabelle 14: Bestand an stationären Plätzen nach Kern- und Ortsamtsgebieten

	Bestand 2004	Bevölkerung 2003 80+	Erreichung des Hmb. Durch- schnitts	bekannte Verände- rung bis 2010
Kg. Hamburg-Mitte	387	3.529	58%	151
Oa. Billstedt	444	3.897	60%	145
Oa. Veddel-Rothenburgsort	54	450	63%	0
Oa. Finkenwerder	100	531	99%	0
Bz. Hamburg-Mitte	985	8.407	61%	296
Kg. Altona	1.344	5.235	135%	25
Oa. Blankenese	1.520	6.395	125%	0
Bz. Altona	2.864	11.630	129%	25
Kg. Eimsbüttel	408	3.918	55%	200
Oa. Lokstedt	1.153	4.516	134%	-42
Oa. Stellingen	259	2.507	54%	0
Bz. Eimsbüttel	1.820	10.941	87%	158
Kg. Hamburg-Nord	1.058	4.943	112%	-154
Oa. Barmbek-Uhlenhorst	943	6.052	82%	386
Oa. Fuhlsbüttel	647	3.707	92%	0
Bz. Hamburg-Nord	2.648	14.702	95%	232
Kg. Wandsbek	1.717	6.970	129%	83
Oa. Bramfeld	296	2.971	52%	0
Oa. Alstertal	1.551	4.724	172%	242
Oa. Walddörfer	363	2.250	85%	24
Oa. Rahlstedt	740	3.995	97%	15
Bz. Wandsbek	4.667	20.910	117%	364
Kg. Bergedorf	643	3.535	95%	16
Oa. Vier-u.Marschlande	0	884	0%	0
Bz. Bergedorf	643	4.419	76%	16
Kg. Harburg	984	4.889	106%	26
Oa. Wilhelmsburg	375	1.401	140%	-69
Oa. Süderelbe	127	1.994	33%	73
Bz. Harburg	1.486	8.284	94%	30
HAMBURG GESAMT	15.113	79.293	100%	1.121

Plätze: Heimdatenbank der BSF Stand September 2004;

Bevölkerung: Melderegisterauszug Dez. 2003; Veränderungen Stand: Januar 2005

7.4 Anhang überregionale Beratungsstellen

Charon, Beratungsstelle für schwerkranke und sterbende Menschen
Curschmannstraße 9
20251 Hamburg
Tel: 22 52 53
www.hamburger-gesundheitshilfe.de

Alzheimer Gesellschaft Hamburg e.V.
Wandsbeker Allee 75
22041 Hamburg
Tel: 68 91 36 25
www.alzheimer-hamburg.de

Beratungszentrum für technische Hilfen und Wohnraumanpassung
Richardstraße 45
22081 Hamburg
Tel: 29 99 56 56
www.barrierefrei-leben.de

Hamburgische Brücke - Beratungsstelle für ältere Menschen und ihre Angehörigen
Martinistraße 29
20251 Hamburg
Tel: 460 21 58
www.hamburgische-bruecke.de

Pflegetelefon Hamburg
Hammerbrookstraße 5
20097 Hamburg
Tel: 28 05 38 22
www.pflegetelefon-hamburg.de