



Freie und Hansestadt Hamburg
Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz

Rahmenplanung der pflegerischen
Versorgungsstruktur
bis 2015

Entwurf, Stand 16.3.2010

Für Rückfragen:

Eckhard Cappell

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

SI 32/ 171.10-5

Inhalt

Zusammenfassung	3
1 Einleitung	4
2 Aktuelle und zukünftige Pflegebedürftigkeit in Hamburg.....	5
2.1 Bevölkerungsentwicklung	7
2.2 Entwicklung der Hilfe- und Pflegebedürftigkeit.....	8
3 Information und Beratung.....	11
4 Sicherung und Entwicklung der Pflegequalität	14
4.1 Änderung gesetzlicher Grundlagen	14
4.2 Der Qualitätsdiskurs im Landespflegeausschuss und weitere Ansätze	14
4.3 Grundlinien der Weiterentwicklung der Pflegequalität.....	14
5 Pflege zu Hause	17
5.1 Allgemeine Planaussagen	17
5.2 Elemente der ambulanten pflegerischen Versorgungsstruktur	19
5.2.1 Freiwillige Dienste	19
5.2.2 Ambulante Pflegedienste.....	21
5.2.3 Tagespflege	23
5.2.4 Kurzzeitpflege.....	25
5.2.5 Ambulante Wohngemeinschaften für Pflegebedürftige	27
6 Vollstationäre Pflege	29
6.1 Das allgemeine stationäre Angebot	29
6.1.1 Bestand und Entwicklung	29
6.1.2 Quantitative Prognosen von Angebot und Bedarfen	31
6.1.3 Herausforderungen und Lösungsansätze in der stationären Pflege.....	31
6.1.4 Maßnahmen	36
6.2 Spezielle stationäre Angebote	36
7 Hospizarbeit und Sterbebegleitung	38
7.1 Ambulante Hospizdienste	41
7.2 Palliative-Care-Teams	42
7.3 Hospize	43
8 Pflegeangebote für Menschen mit Behinderung.....	45
9 Berufstätigkeit und Ausbildung in der Pflege	47
9.1 Entwicklung der Berufstätigkeit und Prognose des Pflegekraftbedarfs.....	47
9.1.1 Entwicklung der Berufstätigkeit.....	47
9.1.2 Prognose der benötigten Pflegekräfte	48
9.2 Entwicklung der Berufsausbildungen und Maßnahmen zur Verbesserung der Ausbildungssituation	49
9.2.1 Zahlenmäßige Entwicklung der Berufsausbildungen	49
9.2.2 Prognose des Bedarfs an Ausbildungsplätzen in der Altenpflege	50
9.2.3 Maßnahmen zur Verbesserung der Ausbildungssituation in der Altenpflege	51
10 Anhang	52
10.1 Datenquellen und Prognoseverfahren	52
10.1.1 Datenquellen	52
10.1.2 Prognoseverfahren.....	53
10.2 Anhang Pflegebedürftigkeit.....	57
10.3 Anhang stationäre Pflege	59
Tabellenverzeichnis	60

Zusammenfassung

Wie bereits die Rahmenplanung bis 2010 bildet die vorliegende Rahmenplanung der pflegerischen Versorgungsstruktur bis 2015 eine wichtige Grundlage für die Weiterentwicklung der Seniorenfreundlichkeit Hamburgs. Neben einer Bestandsaufnahme der Pflegeangebote in Hamburg enthält sie Prognosen der Hilfe- und Pflegebedürftigkeit, analysiert aktuelle und zukünftige Anforderungen an die pflegerische Versorgung und schlägt darauf abgestimmte Maßnahmen vor.

Die aus der Rahmenplanung bis 2010 bekannte Struktur wurde überarbeitet und durch neue, sich aus aktuellen Entwicklungen ergebende Themenkomplexe ergänzt. Zum ersten Mal wird ein Migrationshintergrund berücksichtigt und quantitativ dargestellt. Die Sicherung und Entwicklung der Pflegequalität wird in einem eigenen Kapitel behandelt. Hier sind vor allem die kürzlich in Kraft getretenen Änderungen der gesetzlichen Grundlagen bestimmend. Neu sind ebenfalls die eigenständigen Abschnitte zur Hospizarbeit und zu den Pflegeangeboten für Menschen mit Behinderung.

Die Zahl der Pflege- und Hilfebedürftigen in Hamburg wird weiter steigen. Im Jahr 2015 werden voraussichtlich 46.300 Menschen pflegebedürftig sein - ein Anstieg um etwa 6 % gegenüber 2010. Rund 4.500 von ihnen werden über einen Migrationshintergrund verfügen. Die Anzahl der Menschen, die Hilfen im Haushalt benötigen, wird bis 2015 um etwa 3 % auf rund 62.100 Personen ansteigen, davon etwa 5.500 mit Migrationshintergrund. Die Zunahme der Pflegebedürftigkeit wird in den Bezirken unterschiedlich groß sein.

Die Zahl der zu Hause gepflegten Pflegebedürftigen liegt bei etwa 29.600. Bis 2015 ist mit einem Anstieg auf rund 31.300 Personen zu rechnen. Die Versorgung durch ambulante Pflegedienste ist gegenwärtig und zukünftig sichergestellt. Die Zahl der Tagespflegeangebote nimmt weiterhin zu. Inzwischen existieren in allen Hamburger Bezirken Tagespflegestätten.

Der Trend hin zu Wohngemeinschaften setzt sich fort. 2010 wird es in Hamburg insgesamt 34 Wohngemeinschaften geben, ambulante und von Trägern angebotene stationäre.

Im Bereich der vollstationären Pflege wurde das Platzangebot aufgrund der intensiven Bauaktivitäten der letzten Jahre stark ausgeweitet. Zurzeit stehen rund 17.300 Plätze in 149 Einrichtungen zur Verfügung. Die durchschnittlichen Auslastung beträgt etwa 89 %. Das Angebot wird bis 2015 voraussichtlich auf rund 19.000 Plätze ansteigen.

Die Stärkung der häuslichen Pflege ist weiterhin Schwerpunkt der Maßnahmen. Hierbei sollen Pflegebedürftige, deren Angehörige und weitere Helfer unterstützt werden, damit eine häusliche Pflege mit guter Lebensqualität geleistet werden kann. Deshalb werden die Pflegestützpunkte und die niedrigschwelligen Betreuungsangebote ausgebaut. Alternativangebote zur Pflege in vollstationären Einrichtungen werden unterstützt.

Eine Steigerung der Ausbildungsanstrengungen ist notwendig, um den aktuellen und zukünftigen Bedarf an Fachkräften in der Pflege zu decken.

Staatliche Ausgaben werden zukünftig aufgrund erforderlicher Konsolidierungsmaßnahmen strengen Maßstäben unterworfen sein. Dies gilt auch für Maßnahmen im Bereich der pflegerischen Versorgungsstruktur.

1 Einleitung

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

Der Senat möchte ein seniorenfreundliches Hamburg, das Lebensqualität, Aktivität und Sinnstiftung für ältere Menschen genauso im Blick hat, wie die notwendige Infrastruktur für Unterstützung und Pflege bei Hilfebedürftigkeit.

In der Rahmenplanung bis 2015 werden die folgenden fachpolitischen Ziele operationalisiert und ihre Umsetzung vorbereitet; es sollen

- die häusliche Pflege weiter gestärkt,
- neue Wohnformen wie Wohngemeinschaften für Pflegebedürftige ausgebaut,
- als Beitrag zur Integration die kultursensible Pflege ausgebaut und damit auf kulturelle Unterschiede und Bedürfnisse in der stationären und ambulanten Pflege Rücksicht genommen,
- die Begleitung Schwerstkranker und Sterbender sowohl im stationären als auch im ambulanten Bereich verbessert und ausgebaut,
- die Aus- und Weiterbildung in der Altenpflege unterstützt,
- die Pflegestützpunkte bedarfsgerecht ausgebaut und mit den bestehenden Angeboten vernetzt,
- niedrigschwellige Betreuungsangebote gemäß §§ 45c und 45d ausgeweitet

werden.

Senat und Bürgerschaft haben im Jahr 2009 das Wohn- und Betreuungsqualitätsgesetz (HmbWBG) beschlossen. In den Planungskapiteln werden die Auswirkungen für die Pflege in Hamburg dargestellt.

Der Aufbau des Planwerkes ist weitgehend gleich geblieben. Der Plan enthält eine aktualisierte Prognose der Entwicklung der Pflegebedürftigkeit auf Basis der demografischen Entwicklung. Die knappe und präzise Darstellung und die Orientierung an den pflegerischen Angeboten haben sich bewährt. Sie setzt dabei die gesetzliche Vorgabe (§ 2 Abs. 2 Hamburgisches Landespflegegesetz) um:

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

2 Aktuelle und zukünftige Pflegebedürftigkeit in Hamburg

Als Pflegebedürftigkeit wird allgemein ein Zustand bezeichnet, bei dem durch Behinderung oder Krankheit verursacht, alltägliche Aktivitäten und Verrichtungen nicht selbständig erledigt werden können.

Wenn in dieser Rahmenplanung von Pflegebedürftigkeit die Rede ist, wird die Definition aus § 14 Sozialgesetzbuch (SGB) XI zugrunde gelegt. In Abgrenzung zur Pflegebedürftigkeit wird als „Hilfebedürftigkeit“ ein Ausmaß an Einschränkungen und regelmäßigen Unterstützungsbedarf unterhalb der Schwelle, wie sie im SGB XI definiert ist, bezeichnet.

Der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff

Seit Inkrafttreten des SGB XI steht der § 14 mit seiner eng gefassten Definition von Pflegebedürftigkeit in der Kritik. Vor diesem Hintergrund wird seit 2006 auf Bundesebene ein neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff entwickelt. Der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff sieht eine Abkehr von der Verrichtungsorientierung der Leistung mit seiner Bemessung in Pflegezeit vor. „Zentrales Definitionsmerkmal von Pflegebedürftigkeit soll danach die Beeinträchtigung der Selbstständigkeit bzw. die Abhängigkeit von personeller Hilfe sein.¹ Zusammenfassend wird eine Person dann als pflegebedürftig bezeichnet, wenn sie

- infolge fehlender personaler Ressourcen, mit denen körperliche oder psychische Schädigungen, die Beeinträchtigung körperlicher oder kognitiver/psychischer Funktionen, gesundheitlich bedingte Belastungen oder Anforderungen kompensiert oder bewältigt werden könnten,
- dauerhaft oder vorübergehend
- zu selbständigen Aktivitäten im Lebensalltag, selbstständiger Krankheitsbewältigung oder selbstständiger Gestaltung von Lebensbereichen und sozialer Teilhabe
- nicht in der Lage und daher auf personelle Hilfe angewiesen ist.“²

Es werden acht Module (Fähigkeitsbereiche) gebildet, die für die Einstufung relevant sind:

1. Mobilität
2. Kognitive und kommunikative Fähigkeiten
3. Verhaltensweisen und psychische Problemlagen
4. Selbstversorgung
5. Umgang mit krankheits-/therapiebedingten Anforderungen
6. Gestaltung des Alltagslebens und soziale Kontakte
7. Außerhäusliche Aktivitäten

¹ Wingenfeld/Büscher/Gansweid: Abschlussbericht zur Hauptphase 1, überarbeitete, korrigierte Fassung vom 25. März 2008, S. 28.

² Wingenfeld/Büscher/Schaeffer, Recherche und Analyse von Pflegebedürftigkeitsbegriffen und Einschätzungsinstrumenten, Bielefeld, Februar 2007, S. 42.

8. Haushaltsführung³

Personen, die hauptsächlich Beeinträchtigungen in den Modulen 7. und 8. aufweisen, werden als „hilfebedürftig“ bezeichnet. Das Ausmaß der Pflegebedürftigkeit bestimmt sich nach den Beeinträchtigungen in den Modulen 1. bis 6.

An die Stelle der bisherigen vier Pflegestufen (I – III+) tritt die Bemessung anhand von fünf Bedarfsgraden:

G1: geringe Beeinträchtigung

G2: erhebliche Beeinträchtigung

G3: schwere Beeinträchtigung

G4: schwerste Beeinträchtigung

G5: G4 und besondere Bedarfskonstellation⁴

Es gibt einen breiten fachlichen und politischen Konsens darüber, dass die neue Definition und das neue Verfahren Pflegebedürftigkeit besser beschreibt und erfasst.

Durch die umfassendere Betrachtung der Fähigkeiten rückt damit die Pflegebedürftigkeit näher an die Definition der „Behinderung“: Gesetzlich definiert wird Behinderung in § 2 Abs. 1 SGB IX: „Menschen sind behindert, wenn ihre körperliche Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweichen und daher ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist.“

In Bezug auf die Rahmenplanung würde ein neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff den aufgestellten zahlenmäßigen Prognosen statistisch die Grundlage entziehen – sie würde aber die aufgezeigten Tendenzen nicht entkräften. Die Zahl der Pflegebedürftigen läge nach einer gesetzlichen Änderung wahrscheinlich höher, die Zahl derjenigen, die einen Platz in einem Pflegeheim⁵ wählen würden, würde aber nicht steigen.

Pflegebedürftigkeit entwickelt sich vorwiegend im höheren Lebensalter. 86 % der Pflegebedürftigen sind über 60 Jahre, 56 % der gesamten Pflegebedürftigen 80 Jahre und älter.⁶

In dieser Lebensphase sind Herz-Kreislauferkrankungen und dementielle Erkrankungen⁷ im Wesentlichen die chronischen Erkrankungen, die Einschränkungen in der alltäglichen Lebensführung und daraus folgend Hilfe- und Pflegebedürftigkeit hervorrufen.⁸

³ Wingenfeld/Büscher/Schaeffer, Recherche und Analyse von Pflegebedürftigkeitsbegriffen und Einschätzungsinstrumenten, Bielefeld, Februar 2007, S. 42.

⁴ Bericht des Beirats zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs, 26. Januar 2009, S. 74

⁵ Der Begriff „Pflegeheim“ bezeichnet in dieser Planung vollstationäre Pflegeeinrichtungen i.S. des SGB XI.

⁶ Pflegestatistik Hamburg 2007

⁷ „Eine umfassende bevölkerungsbezogene Studie in Rotterdam, in der neuere Diagnosekriterien angewendet wurden, ergab folgendes Ergebnis: auf Alzheimer-Demenzen entfielen 72%, auf vaskuläre Demenzen 16%, auf Parkinson-Demenzen 6% und auf sonstige Demenzformen 5% der Fälle.“ In: Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Themenheft 28. Altersdemenz. Berlin 2005

⁸ 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.

Wegen der besonderen Bedeutung der Demenzerkrankungen wurde die Entwicklung der Anzahl der Menschen mit Demenz in Hamburg prognostiziert (s. Tabelle 17 im Anhang 10.2)

Im Folgenden wird zunächst auf die Entwicklung der Bevölkerung eingegangen und dann auf dieser Basis die Entwicklung der Hilfe- und Pflegebedürftigkeit prognostiziert.

2.1 Bevölkerungsentwicklung

Die Bevölkerungsvorausschätzung ist eine wichtige Grundlage für die Einschätzung von zukünftigen Bedarfen und Möglichkeiten in der pflegerischen Versorgung. Die folgende Tabelle beschreibt die Entwicklung in verschiedenen Altersgruppen.

Tabelle 1: Bevölkerungsprognose nach Alter bis 2025

Alter von ... bis unter ... Jahre	2010	2015	2020	2025
0-20	301.500	304.880	308.980	310.450
20-45	662.850	648.340	638.580	608.110
45-65	446.170	481.540	496.040	510.510
65-80	245.710	247.600	231.220	240.700
80+	85.750	90.250	109.900	116.310
Gesamt	1.742.000	1.772.600	1.784.700	1.786.100

Quelle: Modellrechnung 06.2009 des Basisdatenausschusses auf Grundlage des Melderegisters

Gut erkennbar ist

- ein leichtes Wachstum der Gesamtbevölkerung bis 2025
- eine leichte Zunahme der Zahl von Kindern und Jugendlichen
- eine deutliche Abnahme der Zahl jüngerer Erwachsener
- eine in gleichem Maße zunehmende Zahl älterer Erwachsener
- eine Stagnation und danach Abnahme der jüngeren Senioren
- eine starke Erhöhung der Zahl der 80jährigen und älteren Einwohner.

Die positive Entwicklung in Bezug auf die Gesamtbevölkerung beruht insbesondere auf der Zuwanderung jüngerer Menschen aus dem ganzen Bundesgebiet.

Bei der Bevölkerung mit Migrationshintergrund gibt es Besonderheiten im Altersaufbau, die sich aus der Zuwanderungsgeschichte in der Bundesrepublik ergeben. Die Immigranten aus der Gastarbeitergeneration kommen zunehmend ins Rentenalter, so dass die Zahl älterer Menschen mit Migrationshintergrund schnell zunimmt.

Tabelle 2: Bevölkerung mit Migrationshintergrund in Hamburg

	2005 (in 1.000)			2015 (in 1.000)			2025 (in 1.000)		
Alter von ... bis unter ... Jahre	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt
55-65	23	21	44	24	28	52	32	30	62
65-75	13	8	21	18	18	36	20	25	45
75-85	3	4	7	8	6	14	12	15	27
85+	1	1	2	1	2	3	3	3	6
Gesamt	40	34	74	51	54	105	67	73	140

Quelle: 2005: Mikrozensus; ab 2015: Berechnung Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz (BSG)

Festzustellen ist zudem bis 2015 eine überproportionale starke Zunahme der Anzahl der Frauen zwischen 55 und 75, 2025 auch bei den älteren Frauen.

2.2 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. 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 Bevölkerungsvorausschätzungen gehen von einer weiter steigenden durchschnittlichen Lebenserwartung aus. Für Neugeborene soll sie 2025 gegenüber heute um drei Jahre zunehmen. Es gibt eine breite wissenschaftliche Diskussion darüber, ob mit dieser Verlängerung des Lebens in der Hochaltrigkeit auch eine längere Pflegebedürftigkeit verbunden ist. Es gibt Hinweise, aber noch keine Beweise dafür, dass das nicht der Fall ist, sondern eine Phase von Hilfs- und Pflegebedürftigkeit am Lebensende gleich lang bleibt oder sogar kürzer wird.⁹

Solange die genannten Faktoren nicht quantifizierbar sind, muss für eine Prognose von der unveränderten Altersabhängigkeit ausgegangen werden.

Ausgehend von der Pflegestatistik Hamburg 2003 (Grundlage der Rahmenplanung bis 2010) wurden 45.000 Pflegebedürftige für das Jahr 2010 prognostiziert. Die Pflegestatistik Hamburg 2007 stellte 43.140 Pflegebedürftige für 2007 fest. Auf dieser Basis wird mit einer Zahl von rund 43.700 Pflegebedürftigen im Jahr 2010 gerechnet. Damit liegt die Zahl der Pflegebedürftigen unterhalb der in der Rahmenplanung bis 2010 prognostizierten Zahl. Der Grund liegt in leichten, nicht vorhersehbaren Schwankungen der Pflegebedürftigkeitsverteilung in der Bevölkerung.

⁹ Robert-Koch-Institut; Statistisches Bundesamt (2009): Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gesundheit und Krankheit im Alter; Berlin

Die Verteilung der zu Hause lebenden Pflegebedürftigen auf die Bezirke ist Anhang 10.2, Tabelle 21, zu entnehmen.

Die Verteilung auf Pflegestufen ist nahezu gleich geblieben. Sie entspricht damit der Verteilung auf Bundesebene.

Tabelle 3: Pflegestufenverteilung 2003 und 2007

Pflegestufen	I	II	III
2003	51 %	37 %	12 %
2007	52 %	36 %	12 %

Quelle: Pflegestatistik Hamburg

In der Rahmenplanung bis 2010 wurde für 2010 eine Zahl von 66.000 Hilfebedürftigen in privaten Haushalten prognostiziert. Wegen einer geänderten Methodik (s. Anhang 10.1.2) bei der Schätzung dieser Zahl wird nun von einer deutlich niedrigeren Zahl von 60.000 Hilfebedürftigen im Jahr 2010 ausgegangen.

Die folgende Tabelle führt die Prognosen für die Hilfe- und Pflegebedürftigkeit auf.

Tabelle 4: Entwicklung der Zahl aller Pflegebedürftigen und der Hilfebedürftigen in privaten Haushalten

	Pflegebedürftige	Hilfebedürftige
2007	43.140	59.232
2010	43.700	60.200
2015	46.300	62.200
2020	49.400	63.900
2025	53.100	69.800

Quelle: Pflegestatistik Hamburg 2007, Berechnung BSG (vgl. 10.1.2)

Deutlich wird eine kontinuierliche, nach 2020 sich beschleunigende Zunahme der Hilfe- und Pflegebedürftigkeit. Die Steigerung von 2010 bis 2015 liegt bei 6 % bei den Pflegebedürftigen und 3 % bei den Hilfebedürftigen.

Eine wesentlich schnellere Zunahme zeigt sich bei Hilfe- und Pflegebedürftigen mit Migrationshintergrund:

Tabelle 5: Ältere Pflegebedürftige (55 u. ä.) und ältere Hilfebedürftige (65 u.ä.) mit Migrationshintergrund

	Pflegebedürftige	Hilfebedürftige
2005	2.880	3.170
2015	4.540	5.500
2025	7.890	9.030

Hinweis: siehe Tabelle 19 und Tabelle 20 sowie 10.1.2

Auf Grundlage der kleinräumigen Bevölkerungsvorausschätzung wurde auch eine Prognose der Entwicklung der Pflegebedürftigkeit in den Bezirksamtern aufgestellt. Die Ergebnisse sind in der Tabelle 21 im Anhang 10.2. dargestellt.

Besonders interessant ist die unterschiedliche Entwicklung in den Bezirken. Der folgenden Tabelle ist zu entnehmen, dass im Vergleich zu 2007 die Pflegebedürftigkeit in Hamburg-Nord bis 2015 nur um 3 % steigt, in Bergedorf aber um 17 %.

**Tabelle 6: Veränderungen der Pflegebedürftigkeit von 2007
bis 2015 bzw. 2020 nach Bezirken**

	2015	2020
Hamburg-Mitte	10%	19%
Altona	8%	16%
Eimsbüttel	8%	17%
Hamburg-Nord	3%	8%
Wandsbek	9%	16%
Bergedorf	17%	26%
Harburg	11%	18%

Quelle: Berechnung BSG; s. 10.1.2

Ausführlichere Darstellungen der Prognosen zur Pflegebedürftigkeit finden sich im Anhang 10.2.

3 Information und Beratung

Definition und Beschreibung

Gegenstand dieses Abschnittes sind die Informations- und Beratungsangebote für Bürger zu den Themen Hilfe- und Pflegebedürftigkeit, die die Stadt macht oder fördert sowie vergleichbare Angebote weiterer Träger. Dies umfasst schriftliche Veröffentlichungen, Veröffentlichungen im Internet und Beratungsstellen.

Bestand und Entwicklung

Seit der Rahmenplanung bis 2010 hat es in allen Bereichen entscheidende Weiterentwicklungen gegeben.

Broschüren:

Das Angebot der regelmäßig aktualisierten Broschüren wurde um den Hospizführer und eine Informationsbroschüre in türkischer und russischer Sprache erweitert. Auf eine Neuauflage der Broschüre „Hilfe und Pflege im Alter“ wurde dagegen wegen der ständigen Veränderungen in diesem Bereich vorübergehend verzichtet.

Internet:

Das Internet wird zum zentralen und aktuellen Informationsmedium über Hilfe- und Pflegeangebote ausgebaut. Unter www.hamburg.de/pflege findet sich ein aktuelles Informationsangebot.

Beratungsstellen:

Die deutlichste Entwicklung gibt es bei den Beratungsstellen. Durch die Einführung der Pflegestützpunkte werden die Beratungsaktivitäten der Stadt und der Pflegekassen gebündelt und ausgebaut. Neun Pflegestützpunkte werden in eigenen Räumlichkeiten neu eingerichtet. Dort arbeiten auf grundsätzlich drei Stellen Fachkräfte mit Zusatzqualifikation. Sie beraten Hilfe- und Pflegebedürftige und ihre Angehörigen auf deren Wunsch hin und bieten auch an, Hilfen zu organisieren und längere Zeit zu begleiten. Außerdem sollen sie das freiwillige Engagement in der Pflege fördern und die regionale Kooperation verbessern. Sie werden mit bestehenden Beratungsangeboten und Selbsthilfegruppe, z.B. für Menschen mit Demenz, zusammenarbeiten und sie unterstützen. Die Pflegestützpunkte sind bei den Bezirksämtern angesiedelt.

Außerdem wurden die Kapazitäten in der Bezirklichen Seniorenberatung durch den Einsatz von Pflegefachkräften um rund 50 % erhöht. Hierbei wurde auf interkulturelle Kompetenz geachtet. Dieses Projekt ist zunächst bis Ende 2010 befristet.

Das Pflegetelefon Hamburg wurde in ein „Beschwerdetelefon Pflege“ umgewandelt.

Darüber hinaus haben zwei Wohlfahrtsverbände spezielle Beratungsangebote für ältere Migranten eingerichtet. Die AWO hat von Februar 2009 bis April 2010 eine mit einer türkischsprachigen Mitarbeiterin besetzte Beratungsstelle zum Thema Pflege von Menschen mit Demenz betrieben.

Der Paritätische hat mit Stiftungsförderung¹⁰ eine Beratungsstelle zu Pflegefragen mit einer russischsprachigen und einer türkischsprachigen Mitarbeiterin aufgebaut.

Quantitative und qualitative Versorgungsziele

Information und Beratung können die Lebensqualität von Hilfe- und Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen dadurch verbessern, dass sie zu besseren Versorgungsarrangements führen und die Zufriedenheit mit der Versorgungssituation erhöhen.

In der Rahmenplanung bis 2010 wurden folgende Ziele gesetzt:

- 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 ist, soll die Organisation von Hilfen teilweise oder vollständig übernommen werden.

Bei der Beurteilung der damaligen Situation wurde der Schwerpunkt auf die älteren Migranten gelegt, deren Inanspruchnahme von Angeboten gering ist. In der Folge wurden von Seiten der BSG und von Wohlfahrtsverbänden Maßnahmen ergriffen (s.o.).

Die o.g. Versorgungsziele sind weiter aktuell. Der quantitative Bedarf an Beratungsangeboten durch Pflegestützpunkte soll im Rahmen einer wissenschaftlichen Begleitstudie ermittelt werden.

Fachliche Bewertung des Angebots

Das Beratungsangebot bis 2007 war bereits flächendeckend. Es war allerdings festzustellen, dass nur eine geringe Anzahl Hilfe- und Pflegebedürftiger Beratungsangebote nachfragt. Dieser Befund wird auch bundesweit bestätigt.¹¹ Durch die oben genannten Maßnahmen soll die Beratung niedrigschwelliger gestaltet und die Öffentlichkeitsarbeit verbessert werden. Nach Einführung der Pflegestützpunkte ist insbesondere wegen der dezentralen Struktur auf die Qualitätssicherung ein Augenmerk zu legen. Außerdem sind die Außenwirkung und die Zusammenarbeit der beratenden Stellen in den Bezirken zu prüfen.

Prognose zur Entwicklung der Bedarfe

Grundsätzlich steigt der Beratungsbedarf mit der Anzahl der Pflegebedürftigen. Durch gezielte Öffentlichkeitsarbeit und eine überzeugende Angebotsgestaltung soll darüber hinaus die Nachfrage noch gesteigert werden.

Mit der steigenden Zahl älterer Menschen mit Migrationshintergrund nimmt auch der Bedarf entsprechend ausgerichteter Angebote zu.

¹⁰ Förderzeitraum bis November 2010

¹¹ MUG III, S. 79; vgl. Fußnote 14

Maßnahmen

Im Jahre 2010 erfolgt die Konsolidierung der Arbeit der Pflegestützpunkte. Dies umfasst die Einführung eines EDV-gestützten Dokumentationssystems und die interne Qualitätssicherung.

Im Jahr 2011 sind aus den bis dahin vorliegenden Erfahrungen Schlüsse für den Umfang und Organisation der Pflegestützpunkte und benachbarter Bereiche abzuleiten. Dabei sollen die Bedarfe älterer Menschen mit Migrationshintergrund Berücksichtigung finden.

4 Sicherung und Entwicklung der Pflegequalität

Die Rahmenplanung hat auch die Aufgabe, die Qualität der vorhandenen Angebote einzuschätzen und ggf. Vorschläge zur Sicherung und Weiterentwicklung zu machen. Basis hierfür sind die gesetzlichen Grundlagen und die vertraglichen Vereinbarungen. Sie kann außerdem auf die Beratungen im Landespflegeausschuss zurückgreifen. Darüber hinaus können mit der Rahmenplanung Impulse für eine Weiterentwicklung von Qualitätsaspekten gegeben werden.

4.1 Änderung gesetzlicher Grundlagen

Durch das Pflegeweiterentwicklungsgesetz, das am 1.7.2008 in Kraft trat, wurde die Veröffentlichungspflicht der Ergebnisse von Pflegequalitätsprüfungen des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) eingeführt (§ 115 Abs. 1a SGB XI). Hierdurch sind wesentliche Fortschritte für Transparenz und einen Qualitätswettbewerb zu erwarten.

Anstöße für die Qualitätsentwicklung in den Einrichtungen sind von den Maßstäben nach § 113 SGB XI und den Expertenstandards zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität in der Pflege nach § 113a SGB XI zu erwarten.

Mit der Verabschiedung des Hamburgischen Wohn- und Betreuungsqualitätsgesetzes (HmbWBG) wird in Hamburg die Qualitätsdefinition und Entwicklung auf eine neue Grundlage gestellt. Danach sollen Dienstleistungen für Menschen mit Betreuungsbedarf so beschaffen sein, dass sie ihre Teilhabe fördern. Daraus ergeben sich unmittelbare Anforderungen an die Gestaltung pflegerischer und betreuender Angebote. Eine Einschätzung bestehender Angebote vor diesem Hintergrund hat begonnen, kann aber erst abgeschlossen werden, wenn einzelne Vorgaben in Rechtsverordnungen zum Gesetz erfolgen und Prüfungen auf dieser Basis durchgeführt worden sind.

4.2 Der Qualitätsdiskurs im Landespflegeausschuss und weitere Ansätze

Der Landespflegeausschuss beschäftigt sich seit Anfang 2008 fortlaufend und systematisch mit dem Thema Qualität in der Pflege. Außenwirkung entfalten dabei bereits die Maßnahmen, die sich auf eine Attraktivitätssteigerung der Altenpflegeausbildung beziehen.

Von dem wissenschaftlichen Projekt zur „Entwicklung und Erprobung von Instrumenten zur Beurteilung der Ergebnisqualität in der stationären Altenpflege“¹² sind weitere Fortschritte für die Qualitätsdiskussion zu erwarten.

4.3 Grundlinien der Weiterentwicklung der Pflegequalität

Zu konkretisieren sind die Grundlinien der fachlichen Weiterentwicklung, die sich aus den fachpolitischen Vorgaben und den genannten Veränderungen, insbesondere durch das HmbWBG ergeben.

Unterstützungsleistungen für Hilfe- und Pflegebedürftige sind so zu gestalten, dass sie keine Schäden verursachen, sondern die vorhandenen Hilfebedarfe decken und gesundheitsfördernd

¹² durchgeführt bis November 2010 vom Institut für Sozialforschung und Gesellschaftspolitik (ISG), Köln, und dem Institut für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld

und präventiv wirken. Die internen und externen Mechanismen und Maßnahmen zur Qualitätssicherung sind darauf ausgerichtet, diese Grundanforderung umzusetzen. Ihre Einlösung (z.B. Dekubitusprophylaxe, bedarfsgerechte Ernährung, Minimierung freiheitseinschränkender Maßnahmen) ist eine notwendige Bedingung für gute Pflege.

Um eine gute Lebensqualität trotz Pflegebedürftigkeit zu erreichen, muss Weiteres hinzukommen: Selbstbestimmung muss möglich und Teilhabe am Leben in der Gesellschaft gewährleistet sein. (vgl. § 1 HmbWBG). Es sind gerade soziale Kontakte, die Sinn und Bedeutung vermitteln und für eine gute Lebensqualität sorgen.

Die Umsetzung dieses Anspruches beginnt damit, dass hilfe- und pflegebedürftige Menschen und ihre Angehörigen auf ihren Wunsch hin bei der Auswahl und Organisation der Hilfen unterstützt (vgl. 3) werden.

Die Wahl der Wohn- und Betreuungsform hängt von der individuellen Lebenssituation, der Art und Schwere der Einschränkungen in der alltäglichen Lebensbewältigung des einzelnen und der Tragfähigkeit seines sozialen Bezugssystems ab. Nach wie vor wird so lange wie möglich ein Verbleib zu Hause gewünscht.

Beratende Stellen, freiwillige Helfer, ambulante Dienste und Pflegeheime stehen vor der Aufgabe, Hilfen so zu gestalten, dass die Entscheidung des Einzelnen Vorrang vor fachlichen und institutionellen Anforderungen hat und dass die o.g. Ziele (Sicherstellung der Pflege, Selbstbestimmung, Teilhabe, soziale Einbindung) in möglichst großem Umfang erreicht werden.

Hierbei ist zu beachten, dass professionelle Dienstleister selbst nicht direkt in der Lage sind, soziale Kontakte in ausreichendem Umfang anzubieten. Als Grundvoraussetzung fehlt dazu schon die Zeit. Diese Integration kann nur von Angehörigen, Freunden, Nachbarn und Freiwilligen oder durch eine besondere Gestaltung des Zusammenlebens von mehreren Menschen mit Hilfebedarf erreicht werden. Insbesondere in der Nachbarschaft und dem Stadtteil („3. Sozialraum“) werden in jüngster Zeit wieder Potentiale für eine Aufrechterhaltung der sozialen Beziehungen gesehen.¹³

Damit kommt der Alltagsgestaltung neben der Pflege eine Schlüsselrolle für die Lebensqualität trotz Pflegebedürftigkeit zu. Sie sollte so gestaltet sein, dass sowohl soziale Kontakte, die vom Pflegebedürftigen als bedeutend angesehen werden können, wie Mitentscheidungsmöglichkeiten gegeben sind. Begrenzt wird der individuelle Gestaltungsspielraum u.a. durch den Schutz vor Selbst- und Fremdgefährdung, die legitimen Bedürfnisse anderer und die notwendige Sparsamkeit beim Einsatz öffentlicher Mittel.

Bei der Planung von Angeboten und Maßnahmen ist zu prüfen, wie diese Grundsätze für pflegebedürftige Menschen mit Migrationshintergrund umgesetzt werden können.

Professionelle Dienstleister müssen sich der Arbeit mit Freiwilligen öffnen und ihre Angebote gemeinschaftsfördernd gestalten. Ist ambulante Pflege nicht mehr möglich, sind die genannten Ziele am ehesten mit Wohngemeinschaftskonzepten zu erreichen.

¹³ Vgl. Dörner, Klaus (2007): Leben und Sterben, wo ich hingehöre. Dritter Sozialraum und neues Hilfesystem; Neumünster

Wo die Stadt Kostenträger oder Vertragspartner ist, wird sie sich für entsprechende Angebotsgestaltung bei Wahrung des Wirtschaftlichkeitsgebotes einsetzen. Sie wird darüber hinaus ihre Förderinstrumente und ordnungsrechtlichen Möglichkeiten nutzen. Weiteres zur Umsetzung dieser Prinzipien ist in den Angebotsabschnitten aufgeführt.

5 Pflege zu Hause

Die Pflege zu Hause ist die allgemein bevorzugte Form der Hilfe. Hierfür setzen sich Angehörige in einem historisch einmaligen Umfang ein. Auch Nachbarn helfen informell oder Mitbürger in organisierter Form.

Die sozialpolitische Aufgabe liegt darin, Pflegebedürftige, ihre Angehörigen und ggf. weitere Helfer so zu unterstützen, dass eine häusliche Pflege mit möglichst guter Lebensqualität aufrecht erhalten werden kann. Ein Teil der dazu notwendigen Rahmenbedingungen kann von der Stadt gestaltet werden.

5.1 Allgemeine Planaussagen

„Pflege zu Hause“ im Sinne dieses Abschnittes umfasst alle Formen der Langzeitpflege außerhalb von vollstationären Pflegeeinrichtungen.

In Hamburg lebten 2007 rund 29.300 Pflegebedürftige zu Hause. Der Anteil der zu Hause Gepflegten liegt mit 67,8 % zwar knapp unter dem Bundesdurchschnitt von 70 %, ist aber seit Jahren stabil. Für 2010 wird von rund 29.600 zu Hause lebenden Pflegebedürftigen ausgegangen, 2015 werden es 31.300 sein, 2020 ist mit 33.200 und 2025 mit 35.200 zu rechnen.

Die Prognose für die Anzahl der zu Hause lebenden Pflegebedürftigen aus dem Jahr 2005 (31.000) wird deutlich unterschritten (vgl. 2.2).

Außerdem leben rund doppelt so viele Hilfebedürftige in privaten Haushalten (s. Tabelle 4).

Eines der wichtigsten Ziele der Rahmenplanung bis 2010 war die Stärkung der häuslichen Pflege (S. 6). Dieses Ziel wurde insoweit erreicht, als der Anteil der zu Hause Gepflegten trotz eines verstärkten Angebots an neuen Plätzen in der stationären Pflege gehalten werden konnte.

Pflegebedürftige Menschen werden fast immer von anderen Privatpersonen, meist Angehörigen, unterstützt. Diese Pflegepersonen sind überwiegend älter und weit überwiegend Frauen. Soweit jüngere Frauen pflegen, stellt sich die Frage nach der Vereinbarkeit von Pflege und Beruf. Hier kann es zu beruflichen Nachteilen durch die Übernahme von Pflegeaufgaben kommen.¹⁴

Häusliche Pflege ist häufig für alle Beteiligten mit großen physischen und psychischen Belastungen verbunden. Besonders belastend ist Pflege rund um die Uhr, bei Menschen mit Demenz, von schwerst Pflegebedürftigen, ohne ausreichende Hilfsmittel oder parallel zu einer Berufstätigkeit.¹⁵

Nach wie vor ziehen die meisten Menschen eine Pflege zu Hause gegenüber dem Umzug in eine vollstationäre Pflegeeinrichtung vor. Ziel für die Pflege in Hamburg bleibt es, dass dieser Wunsch auch umgesetzt werden kann.

¹⁴ Schneekloth, Ulrich; Wahl, Hans-Werner (Hg.): Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung in privaten Haushalten (MuG III); München 2005; S. 76 ff.

¹⁵ a.a.O., S. 87

Deshalb gibt es zahlreiche Unterstützungsangebote, die im Folgenden beschrieben werden. Sie sollen dafür sorgen, dass die häusliche Pflege mit für alle Beteiligten vertretbaren Belastungen und in einer guten Qualität geleistet werden kann.

Trotzdem ist damit zu rechnen, dass es in Einzelfällen, insbesondere bei der Angehörigenpflege ohne Hinzuziehung von Diensten von außen, zu Überforderungen der Pflegepersonen, schlechter Pflege und Misshandlungen kommt. Dem können eine allgemeine Sensibilisierung in der Bevölkerung – vergleichbar zur Jugendhilfe – und bekannte und niedrighschwellige Beratungsangebote entgegenwirken.

5.2 Elemente der ambulanten pflegerischen Versorgungsstruktur

5.2.1 Freiwillige Dienste

Definition und Beschreibung	<u>Besuchs- und Begleitdienste</u> und ähnliche Angebote werden freiwillig 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. Die Angebote werden von selbstorganisierten Zusammenschlüssen und Vereinen, z.B. Freiwilligenforen, oder von etablierten Trägern gemacht. <u>Niedrigschwellige Angebote</u> gem. § 45c SGB XI für Personen mit einem erheblichen Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung (gem. § 45a SGB XI) werden von Freiwilligen erbracht und professionell begleitet. Es werden Beratung, stundenweise Betreuung zu Hause oder in einer Einrichtung sowie Angehörigengruppen angeboten. Die Förderung deckt insbesondere die Kosten der professionellen Begleitung und Aufwandsersatz für die Freiwilligen ab.
Bestand und Entwicklung bis 2010	<u>Besuchs- und Begleitdienste:</u> Rd. 30 % der 70jährigen und älter können als einsam, ängstlich, isoliert und mit geistigen Leistungseinbußen beschrieben werden¹⁶. Zurzeit kann nach Auskunft vermittelnder Stellen die Nachfrage nach Unterstützung nicht abgedeckt werden. Der BSG bekannt sind 25 Dienste in unterschiedlicher Größe. Im Jahr 2005 waren es 13 Dienste. In den letzten Jahren wurden ein Facharbeitskreis ins Leben gerufen, Schulungen entwickelt und die Qualifikation der Freiwilligen auf zwei unterschiedlichen Niveaus von der BSG gefördert. Ein Teil der Zunahme geht auf die systematische Aufbauarbeit eines freien Trägers zurück. <u>Niedrigschwellige Angebote:</u> Neun Träger machen o.g. Angebote mit Förderung durch BSG und Pflegekassen.¹⁷ Rd. 48 % der zu Hause lebenden Pflegebedürftigen und 24 % der Hilfebedürftigen weisen kognitive Beeinträchtigung auf¹⁸. Die wichtigste Neuerung der letzten Jahre ist die Erhöhung der Fördermöglichkeit durch den Spitzenverband Bund der Kranken- und Pflegekassen (GKV-Spitzenverband) und die Ausweitung der Förderung auf Personen mit erheblichem Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung unterhalb der Pflegestufe I und auf freiwillige Angebote für Pflegebedürftige ohne die Merkmale des § 45a SGB XI sowie auf Selbsthilfegruppen.
Ziele Rahmenplanung bis 2010 erreicht?	<u>Besuchs- und Begleitdienste:</u> Das in der Rahmenplanung bis 2010 gesteckte Ziel von 26 Diensten wird leicht unterschritten. <u>Niedrigschwellige Angebote:</u> Nach 2005 wurden die Angebote wie vorgesehen konsolidiert. Insbesondere wurde eine systematische Fortbildung für Freiwillige eingeführt. Das Ziel, die Angebote bis zur Obergrenze der gesetzlich zur Verfügung gestellten Mittel auszubauen, wurde 2008 erreicht.
Quantitative und qualitative	<u>Besuchs- und Begleitdienste:</u> Soziale Kontakte gehören zu den wichtigsten Voraussetzungen für eine gute

¹⁶ Mayer, K.U., Baltes, P.B. (Hg.): Die Berliner Altersstudie; Berlin; 1996:243

¹⁷ s. Faltblatt „Unterstützung für pflegende Angehörige“, erhältlich bei der BSG, SI 3206, oder im Internet www.angehoerigenhilfe.de

¹⁸ Ulrich Schneekloth & Hans Werner Wahl (Hrsg.) (2005): Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung in privaten Haushalten (MuG III); Online-Veröffentlichung des BMFSFJ (<http://www.bmfsfj.de/Publikationen/mug/01-Redaktion/PDF-Anlagen/gesamtdokument.property=pdf,bereich=mug,sprache=de,rwb=true.pdf>), S. 73

Versorgungsziele	Lebensqualität. Besuchs- und Begleitdienste sollen dazu beitragen, dass Menschen, die sozial isoliert leben, wieder Kontakte aufbauen. Die Koordinationsaufgaben in den Diensten und die Begleitung der Freiwilligen sollten durch Fachkräfte erfolgen. Versorgungsziel ist, dass alle Personen aus der Zielgruppe, die dies wünschen, das Angebot in Anspruch nehmen können. <u>Niedrigschwellige Angebote:</u> Ziele der Angebote sind die Tagesstrukturierung für Pflegebedürftige und die Entlastung pflegender Angehöriger durch den Einsatz Freiwilliger. Versorgungsziel ist, dass alle Pflegebedürftigen und Angehörigen, die dies wünschen, das Angebot in Anspruch nehmen können. Die Koordinationsaufgaben in den Diensten und die Begleitung der Freiwilligen sollten durch Fachkräfte erfolgen.
Fachliche Bewertung des Angebots	Diese Angebote, die von Freiwilligkeit und Bürgerengagement getragen werden, sind vorbildhaft und eröffnen eine Perspektive für die pflegerische Versorgung: Bürger, die ihre Zeit zur Verfügung stellen, erhöhen damit jenseits der professionellen Pflege entscheidend die Lebensqualität Hilfebedürftiger. <u>Besuchs- und Begleitdienste:</u> Das Angebot ist sehr differenziert. Zum Teil wird es von Diensten vorgehalten, die auch niedrigschwellige Betreuungsangebote machen, z.T. von kleinen vollständig freiwilligen Zusammenschlüssen; die genannten Qualitätsanforderungen werden von diesen nicht immer erfüllt. Die Quantität ist zurzeit nicht bedarfsgerecht. <u>Niedrigschwellige Angebote:</u> Die Leistungen werden in Hamburg auf einem qualitativ hohen Niveau erbracht. Die Ausweitung der Förder- und Leistungsansprüche führt zu einer Intensivierung der Nachfrage. Für beide Arten freiwilliger Dienste gilt, dass es keine Angebote gibt, die auf die Bedarfe älterer Migranten zugeschnitten sind.
Prognose zur Entwicklung von Bedarfen und Angeboten	<u>Besuchs- und Begleitdienste:</u> Der Bedarf für die Dienste wird mit der steigenden Zahl Älterer und dem weiter gehenden Trend zur Individualisierung zunehmen. Die Entwicklung des Angebots lässt sich nicht prognostizieren. <u>Niedrigschwellige Angebote:</u> Die Bedarfe für die Angebote werden angesichts einer zunehmenden Zahl von Pflegebedürftigen zunehmen. Die Nachfrage ist durch die Ausweitung der Leistungsansprüche gestiegen. Das Angebot wird im Rahmen einer ausgeweiteten Förderung zunehmen.
Maßnahmen	<u>Besuchs- und Begleitdienste:</u> Um den Ausbau der Angebote zu unterstützen, sollen sie systematisch in die Arbeit der Pflegestützpunkte eingebunden werden. Von dort sollen die Dienste durch die Weitervermittlung interessierter Freiwilliger, die Weitervermittlung interessierter Nutzer, die Beratung im Einzelfall und die Nutzung von Räumlichkeiten unterstützt werden. <u>Niedrigschwellige Angebote:</u> s. Besuchs- und Begleitdienste Die Förderung auf Landesebene wird an die neue Gesetzeslage angepasst und ausgebaut. Dabei wird der Kreis derjenigen, die die Leistungen nutzen können, ausgeweitet. Dabei sollten auch Angebote für ältere Migranten entwickelt werden.

5.2.2 Ambulante Pflegedienste

Definition und Beschreibung	Ambulante Pflegedienste erbringen pflegerische und hauswirtschaftliche Leistungen auf Basis von SGB XI, SGB V und SGB XII. Die Dienste finanzieren sich dabei aus Sozialversicherungs- und Sozialhilfemitteln sowie aus Selbstzahlerentgelten.
Bestand und Entwicklung bis 2010	In Hamburg gibt es 363 ambulante Pflegedienste (Stand Oktober 2009); neben dem Grundangebot geben 126 Dienste an, über einen besonderen Schwerpunkt zu verfügen; 43 Dienste nennen Dementenbetreuung und 13 Palliativpflege. 80 Dienste besitzen nach ihren Angaben fremdsprachige Pflegeteams¹⁹. In den Diensten waren 2007 8.867 Personen beschäftigt, das sind 863 bzw. 11 % mehr als 2003²⁰. Auch die Zahl der rechnerischen Vollzeitstellen ist um 9 % gestiegen. Unter den Beschäftigten befinden sich 4.498 Pflegefachkräfte²¹. Zwischen 2003 und 2007 ist der Anteil der Pflegefachkräfte²² um neun Prozentpunkte auf 51 % gestiegen. 12.747 Pflegebedürftige wurden 2007 durch ambulante Dienste gepflegt. 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. Zusätzlich zu den Qualitätsprüfungen des MDK nach § 114 SGB XI führt der Träger der Sozialhilfe bezogen auf 5 % seiner Fälle eigene stichprobenhafte Überprüfungen zur Qualität der erbrachten Pflegeleistungen beim Pflegebedürftigen vor Ort durch. Im Rahmen dieser Prüfungen wurde im Jahr 2008 der individuelle Pflegezustand in 9 % der Fälle beanstandet. Bei gravierenden Mängeln werden die Pflegekassen entsprechend informiert.
Ziele Rahmenplanung bis 2010 erreicht?	Wie 2005 prognostiziert, wird die Versorgung ohne Förderung sichergestellt.
Quantitative und qualitative Versorgungsziele	Das Versorgungsziel ist eine qualitativ gute, zahlenmäßig ausreichende, wirtschaftliche und regional gegliederte Versorgung durch Pflegedienste.
Fachliche Bewertung des Angebots	In der ambulanten Pflege gibt es eine ausreichende Anzahl von Diensten in allen Stadtbereichen. Die Wirtschaftlichkeit wird durch einen ausgeprägten Wettbewerb sichergestellt. Die Konkurrenzsituation führt auch zu Spezialisierungen und der Werbung um Pflegebedürftige mit Migrationshintergrund. Diese Entwicklung wird grundsätzlich positiv bewertet. Bei einem kleinen, aber nennenswerten Anteil der Pflegebedürftigen ist die Pflege durch Pflegedienste nicht gut. Hierauf wird sowohl mit einer Intensivierung der Kontrollen, wie durch Qualitätssicherungsmaßnahmen reagiert.
Prognose zur Entwicklung von Bedarfen und Angeboten	2015 werden rund 13.600 Pflegebedürftige zu Hause zu pflegen sein, sofern sich die Verteilung zwischen Sach- und Geldleistungsempfängern nicht verschiebt. Das sind 6 % mehr als 2010. Benötigt werden dazu rund 4.900 Pflegefachkräfte. Ein quantitativ ausreichendes Angebot an ambulanten Pflegeleistungen wird im Rahmen der marktförmigen Gestaltung dieses Segments sichergestellt sein.

¹⁹ Angaben Datenbank ambulante Dienste der BSG Stand Okt. 2009 (Abweichungen gegenüber der Preisvergleichsliste und der Pflegestatistik ergeben sich u.a. daraus, dass in dieser Datenbank auch Dienste enthalten sind, die nur hauswirtschaftliche Leistungen nach dem SGB XII erbringen)

²⁰ Basis Rahmenplanung bis 2010

²¹ Pflegestatistik Hamburg 2007

²² an allen Beschäftigten

Maßnahmen	Durch das Pflegeweiterentwicklungsgesetz wurde die Veröffentlichung der Qualitätsprüfungsergebnisse des MDK eingeführt. Seit Anfang 2010 sind diese für Hamburg im Internet zu finden. Durch das HmbWBG sind wenige neue Anforderungen, aber auch Entlastungen der Dienste vorgesehen. Die ergänzenden Anforderungen beziehen sich auf die Einbindung und die soziale Aufmerksamkeit des Pflegedienstes im Stadtteil / Einsatzgebiet, sowie auf konkrete Anforderungen an das Personalmanagement. Ferner wird es besondere personelle Anforderungen für Pflegedienste in Wohngemeinschaften geben (Personalverordnung). Pflegedienste werden zukünftig anlassbezogen, ergänzend durch Stichproben und stets unangemeldet geprüft. Die Aufsicht hat verschiedene Instrumente zur Verfügung, falls die Anforderungen nicht erfüllt werden: Beratung – Anordnung – Beschäftigungsverbot - Untersagung. Reduziert wird die Anzeigepflicht. Die HPG bietet eine Beteiligung an der sektorübergreifenden Qualitätssicherung in der Dekubitusprophylaxe an. Die Alzheimergesellschaft Hamburg schlägt eine Selbstverpflichtung der Dienste vor, nach der alle ihre Mitarbeiter zu den demenziellen Krankheitsbildern und zu anerkannten Verfahren im Umgang mit Demenzkranken geschult werden.
-----------	--

5.2.3 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. Von großer Bedeutung ist dieses Angebot für die dementiell oder gerontopsychiatrisch erkrankten pflegebedürftigen Menschen, deren Pflege besonders große Anforderungen an die pflegenden Angehörigen stellt.
Bestand und Entwicklung bis 2010	In Hamburg gibt es 20 Einrichtungen mit 386 Plätzen, die von etwa 630 Personen genutzt werden.²³ In der Tagespflege werden die Besucher von Investitionskosten bis zu einer Höhe von 9,20 Euro, die von der BSG finanziert werden, entlastet. Diese Entlastung führte in der Vergangenheit zu einem Ausbau des Tagespflegeangebots. Ein weiterer wichtiger Faktor für die positive Entwicklung im Ausbau und Nutzung von Tagespflegestätten sind die erhöhten Leistungen der Pflegeversicherung nach dem Pflegeweiterentwicklungsgesetz 2008, deren positive Wirkung bereits deutlich erkennbar ist: Für 2010 sind vier Einrichtungen mit insg. 75 Plätzen geplant. Eine Tagespflegeeinrichtung konzentriert sich auf Nutzer mit islamischem Migrationshintergrund. Eine geplante Tagespflege richtet sich ebenfalls auf diese Zielgruppe ein. Die Platzausstattung hat sich in den letzten fünf Jahren deutlich verbessert. Ein Platzausbau hat auch in anderen Großstädten stattgefunden. Während im gewichteten Mittelwert von sieben deutschen Großstädten sechs Tagespflegeplätze für 1.000 80jährige und älter vorhanden sind, sind es in Hamburg fünf. Um den jetzigen Durchschnittswert zu erreichen, wären rund 480 Plätze notwendig.
Ziele Rahmenplanung bis 2010 erreicht?	In der Rahmenplanung bis 2010 wurden für 2010 die Bereitstellung von 450 Plätzen und eine Tagespflege in jedem Bezirk angestrebt. Diese Ziele werden voraussichtlich erreicht: Es gibt inzwischen in allen Bezirken Tagespflegestätten und auf Basis der bekannten Planungsdaten²⁴ werden 2010 voraussichtlich mindestens 460 Plätze zur Verfügung stehen.
Quantitative und qualitative Versorgungsziele	Durch Tagespflege sollen die Angehörigen entlastet und die häusliche Pflege aufrechterhalten werden. Das Versorgungsziel ist eine leistungsfähige, zahlenmäßig ausreichende, wirtschaftliche und regional gegliederte Versorgung mit Angeboten der Tagespflege. Angestrebt wird eine kleinräumige Versorgung, die Fahrtzeiten verkürzt und den Einbezug freiwilliger Helfer aus der Nachbarschaft fördert.
Fachliche Bewertung des Angebots	Der Ausbau der Tagespflege schreitet in Hamburg voran, ohne bisher die mittlere Ausstattung deutscher Städte erreicht zu haben. Die räumliche Verteilung führt z.T. noch zu längeren Anfahrtswegen. Größere qualitative Mängel sind nicht bekannt geworden.
Prognose zur Entwicklung von Bedarfen und Angeboten	Die Zahl der zu Hause lebenden Pflegebedürftigen, und damit die potentiellen Tagespflegenutzer, wird bis 2015 um 6 % gegenüber 2010 zunehmen. Die in der Rahmenplanung bis 2010 erwähnte Nachfrageobergrenze ist noch nicht erreicht und wurde insbesondere durch die Verbesserung der SGB XI-Leistungen noch ausgedehnt. Daher wird von einer weiter

²³ Stand Ende 2009

²⁴ Stand Ende 2009

	wachsenden Nachfrage ausgegangen. Die Erfahrung der letzten Jahre zeigt, dass die Anbieter in zunehmendem Maß auf die Nachfrage reagieren und neue Angebote machen.
Maßnahmen	Angesichts dieser Entwicklung und der Konsolidierungsnotwendigkeit im Haushalt ist es vertretbar, die Förderung der Investitionskosten in der Tagespflege einzustellen und diese Kosten im Bedarfsfall als Hilfe zur Pflege zu übernehmen. Die Planungen von für die Tagespflege geeigneten Räumlichkeiten sollte bei Maßnahmen der Quartiersentwicklung berücksichtigt werden. Auch für die Tagespflege gelten die o.g. Verbesserungen bei der externen Qualitätssicherung durch das HmbWBG und die Änderungen im SGB XI.

5.2.4 Kurzzeitpflege

Definition und Beschreibung	In der Kurzzeitpflege werden Personen mit Pflegebedarf vorübergehend in einer Pflegeeinrichtung vollstationär gepflegt. Das Angebot richtet sich an Pflegebedürftige, bei denen die Pflege zeitweise nicht oder noch nicht sichergestellt ist. Dies kann der Fall sein bei vorübergehender Abwesenheit von Pflegepersonen, vorübergehender Erhöhung des Pflegebedarfs, nach Krankenhausentlassung zur weiteren Rekonvaleszenz und Erreichung eines Zustandes, in dem häusliche Pflege möglich ist, zur Abklärung der weiteren Versorgung oder Vorbereitung der häuslichen Pflege. 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. Die pflegerischen und therapeutischen Anstrengungen müssen sich, anders als bei einer dauerhaften Aufnahme in ein Pflegeheim, auf eine Entlassung richten.
Bestand und Entwicklung bis 2010	In Hamburg gibt es zwei selbständig wirtschaftende Einrichtungen mit 59 Plätzen (Haus Weinberg im Rauhen Haus, Haus Hortensie im Hospital zum Heiligen Geist). Die Anzahl der eingestreuten Kurzzeitpflegeplätze ist nicht festgelegt (s.o.) Aus der Pflegestatistik Hamburg 2007 geht für einen Stichtag ein Wert von 230²⁵ Nutzern hervor. Auf Basis des Städtevergleichs wurde das u.g. Ziel für die solitäre Kurzzeitpflege für 2010 gesetzt. In der Zwischenzeit hat sich die durchschnittliche Platzausstattung der anderen Städte erhöht. Um den jetzigen Durchschnittswert zu erreichen, wären rund 220 Plätze notwendig. Nach einer Schätzung auf Basis der Stichtagsbelegung und einer durchschnittlichen Nutzungsdauer von drei Wochen können ca. 5.000 Personen die Kurzzeitpflege nutzen. Die Anzahl der Einrichtungen und Plätze ist im solitären Bereich trotz investiver Förderung von bis zu 18 Euro pro Tag und Platz weitgehend unverändert geblieben. Wie 2005 prognostiziert, ist die Verweildauer im Krankenhaus weiter gesunken. Die Kurzzeitpflege hat von dieser Entwicklung auch deshalb nicht profitiert, weil die Finanzierung von Pflegeleistungen für nur zeitweise pflegebedürftige Personen weder in Kranken- noch in der Pflegeversicherung sichergestellt ist.
Ziele Rahmenplanung bis 2010 erreicht?	Als Ausbauziel für die Kurzzeitpflege wurden für 2010 175 Plätze gesetzt. Dies wurde nicht erreicht.
Quantitative und qualitative Versorgungsziele	Ziel der Kurzzeitpflege ist die vorübergehende Versorgung nach Krankenhausaufenthalt oder zur befristeten Entlastung von pflegenden Angehörigen. Sie soll zur Aufrechterhaltung der häuslichen Pflege beitragen. Das Versorgungsziel ist eine leistungsfähige, zahlenmäßig ausreichende, wirtschaftliche und regional gegliederte Versorgung mit Kurzzeitpflegeplätzen. Ein Ausbauziel kann angesichts des Überangebots an vollstationären Plätzen nicht benannt werden.
Fachliche Bewertung des Angebots	Eine Kurzzeitpflegeeinrichtung wirtschaftlich zu führen, war in der Vergangenheit nicht einfach. Die eingeführte Förderung war als Anreiz für neue Einrichtungen nicht erfolgreich.

²⁵ Anzahl der Nutzer am Stichtag minus Anzahl der solitären Kurzzeitpflegeplätze

	Es wird davon ausgegangen, dass bei Kurzzeitpflegegästen auf eingestreuten Plätzen auf Seiten der Anbieter nicht immer das Ziel einer Rückkehr in die Häuslichkeit im Vordergrund steht. Das Angebot erscheint nach Austausch mit Trägern und Sozialdiensten der Krankenhäuser ausreichend. Angesichts einer größeren Zahl nicht genutzter vollstationärer Plätze gibt es in Hamburg zurzeit keine Probleme, einen Kurzzeitpflegeplatz zu finden. Dies verschärft einerseits den Wettbewerb zwischen solitären und eingestreuten Plätzen. Andererseits böte diese Situation auch die Chance, ohnehin nicht genutzte Plätze als solitäre Kurzzeitpflegeplätze zu profilieren.
Prognose zur Entwicklung von Bedarfen und Angeboten	Die Zahl der zu Hause lebenden Pflegebedürftigen, und damit die potentiellen Kurzzeitpflegenutzer wird bis 2015 um 6 % gegenüber 2010 zunehmen. Die Verweildauer in Krankenhäusern wird voraussichtlich weiter sinken.
Maßnahmen	Die Förderung wird beibehalten, um das spezifische Angebot von solitärer Kurzzeitpflege weiterhin zu erhalten.

5.2.5 Ambulante Wohngemeinschaften für Pflegebedürftige

Definition und Beschreibung	Ambulante Wohngemeinschaften sind eine Wohn- und Betreuungsmöglichkeit für Menschen, die aufgrund ihrer Pflegebedürftigkeit nicht mehr im eigenen Wohnraum leben können oder möchten. Es handelt sich dabei um eine Wohn- und Lebensgemeinschaft mit familiärem Charakter. In der Gemeinschaft leben ausschließlich Menschen mit Pflegebedarf. Die Mitglieder dieser Gemeinschaft werden jeweils unterstützt und begleitet durch ihren <i>persönlichen Interessenvertreter</i>. Dazu gehören vor allem Angehörige; es können aber auch gesetzliche Betreuer oder bevollmächtigte freiwillige Personen (bevollmächtigt durch die betroffene Person selbst, deren Angehörige oder durch den gesetzlichen Betreuer) diese Aufgabe wahrnehmen. Die Mitglieder der Wohngemeinschaft leben in selbst möblierten Einzelappartements bzw. Einzelzimmern mit zusätzlichen Gemeinschaftsflächen. Die Gruppengröße beträgt sieben bis zehn Personen. Jedes Mitglied der Gemeinschaft schließt einen Mietvertrag über den Wohnraum ab. Unabhängig vom Mietverhältnis verständigt sich die Gruppe auf einen Pflegedienst, der eine Rund-um-die-Uhr-Betreuung sicherstellt. Für die Kostenübernahme gelten die Regelungen in der ambulanten Pflege. Die Wohnung der Gruppe ist Teil einer Wohnanlage bzw. in einem zum Wohnen geeigneten Gebäude, auf jeden Fall aber immer im Stadtteil integriert. Die Mitglieder haben aufgrund der Wohnlage und der Betreuungssituation die Möglichkeit, Dienstleistungen und kulturelle Angebote des Stadtteils zu nutzen (Quartiersbezug). Die Alltagsgestaltung der Gruppe orientiert sich an den Gewohnheiten und biografischen Bedürfnissen der Mitglieder, wie zum Beispiel den Schlafgewohnheiten, den Mahlzeiten oder den Freizeitaktivitäten. Die Mitglieder nehmen an den Alltagsaktivitäten teil und werden von den Betreuungskräften einbezogen, um die Selbstständigkeit zu unterstützen. Bestandteil der Gemeinschaft sind die persönlichen Interessenvertreter, die von den Betreuungskräften in das Alltagsgeschehen einbezogen werden und selbst aktiv am Gruppengeschehen teilhaben.
Bestand und Entwicklung bis 2010	Von 2003 bis 2006 wurden die strukturellen Rahmenbedingungen geschaffen, um qualitätsgesichert ambulante Wohngemeinschaften in Hamburg zu gründen. Zentraler Baustein zur Förderung von Wohngemeinschaften ist die Hamburger Koordinationsstelle für Wohn-Pflegegemeinschaften bei der Stattbau (Eröffnung 2006), die Investoren, Vermieter, Dienstleister sowie Nutzerinnen und Nutzer beim Aufbau dieser Wohnform unterstützt und das Zusammenwirken koordiniert. Umfassende Beratung „aus einer Hand“, eine Wohnplatzbörse sowie der regelmäßige Informationsaustausch in den sog. „Foren“ für Angehörige, Pflegedienste und Projektentwickler tragen maßgeblich zur Qualitätsentwicklung bei. Andere Bundesländer folgen mittlerweile diesem Beispiel. So haben Bayern, Schleswig-Holstein, Berlin und Niedersachsen vergleichbare Fachstellen eingerichtet. Ein weiterer wesentlicher Baustein zur Förderung dieser Wohnform und zur Sicherung der Qualität ist die Werbung und Qualifizierung freiwilliger „WG-Begleiter“, die Angehörige beim Aufbau einer Wohngemeinschaft unterstützen. Diese Maßnahme ermöglicht den strukturierten Aufbau von Wohngemeinschaften in der Verantwortung der Nutzerinnen und Nutzer bzw. der Angehörigen. Ende 2009 gibt es bereits 14 Wohngemeinschaften mit 113 Plätzen in

	Hamburg. Sie ermöglichen eine Rund- um-die Uhr-Betreuung für pflegebedürftige Menschen; fünf weitere WGs befinden sich in der konkreten Planung und werden voraussichtlich 2010 eröffnet.
Ziele Rahmenplanung bis 2010 erreicht?	Die Rahmenplanung bis 2010 hat für den ambulanten Bereich das anspruchsvolle Ziel von 20 Wohngemeinschaften gesetzt. Dieses Ziel wird für sich genommen nicht sicher erreicht. Allerdings sind – ebenfalls angestoßen durch den Runden Tisch Wohngemeinschaften und die Koordinierungsstelle – auch Wohngemeinschaften entstanden, die von Trägern angeboten werden und wegen der Einordnung in das SGB XI als „stationär“ bezeichnet werden. Berücksichtigt man sowohl ambulante wie stationäre WGs, wird es 2010 insgesamt 34 Wohngemeinschaften geben.
Quantitative und qualitative Versorgungsziele	• Bis 2015 wird die Erweiterung des Angebots um weitere 25 auf dann insgesamt 40 selbstorganisierte Wohngemeinschaften angestrebt. • Die Gewinnung und Finanzierung von WG-Begleitern und Paten wird sichergestellt. • Die Instrumente zur Qualitätssicherung sollen weiterentwickelt werden. • Das Angebot zur Qualifizierung von Alltagsbegleitern in Wohngemeinschaften wird quantitativ und qualitativ ausgebaut.
Fachliche Bewertung des Angebots	Die persönliche Situation der Angehörigen pflegebedürftiger Menschen lässt nicht immer die Möglichkeit zu, gemeinsam mit anderen die Verantwortung für eine selbstorganisierte, ambulante Wohngemeinschaft zu tragen. Auch fühlen sich Angehörige als Laien zuweilen mit dem Aufbau einer solchen Gruppe überfordert. Im Sinne einer erfolgreichen Förderung und Weiterentwicklung dieser Wohnform ist es daher erforderlich, Angehörige durch professionelle Beratung und freiwillige Hilfen (WG-Begleiter) beim Aufbau und der Selbstorganisation zu unterstützen. Diese wesentlichen Bausteine zur Qualitätssicherung haben sich als sehr wirksam erwiesen und sollen weiterentwickelt werden. In der Praxis zeigt sich, dass die Nachfrage von Personen, die keine Angehörigen haben oder deren Interessen lediglich durch einen gesetzlichen Betreuer vertreten werden, zunimmt. Um den Ausbau ambulanter WGs erfolgreich weiter zu entwickeln, werden ferner sog. Paten benötigt, die anstelle von Angehörigen die Verantwortung für jeweils eine pflegebedürftige Person in einer Wohngemeinschaft übernehmen. Dieser wesentliche Qualitätsbaustein fehlt derzeit noch.
Prognose zur Entwicklung von Bedarfen und Angeboten	Kleinräumige Versorgungsstrukturen liegen im Trend und werden zunehmend nachgefragt. Anders als zunächst erwartet stellt es kein Problem dar, für die Zielgruppe der pflegebedürftigen Senioren geeigneten Wohnraum zu gewinnen. Baugenossenschaften und private Investoren sanieren Wohnraum oder bauen neue Wohnanlagen. In der Regel schließen sie sich mit Trägern zusammen, die als Zwischenvermieter den Aufbau von Wohngemeinschaften initiieren. Die Entwicklung dieses Segments steht und fällt jedoch mit den genannten Aufbauhilfen insbesondere für Investoren und Vermieter einerseits und den Nutzerinnen und Nutzer/ den Angehörigen andererseits.
Maßnahmen	• Die Qualitätsempfehlungen für ambulante Wohngemeinschaften und der Leitfaden für Angehörige werden überarbeitet. • Die Werbung, Qualifizierung und Begleitung von <i>WG-Begleitern</i> und <i>WG-Paten</i> wird intensiviert. • Die Öffentlichkeitsarbeit für neue Wohnformen wird intensiviert. • In Bezug auf die Gestaltung des Alltages in WGs wird angestrebt, die Fortbildungsinhalte für Alltagsbegleiter festzulegen, die Anzahl der Fortbildungsstätten zu erhöhen und auch Fortbildungsangebote für Fach- und Führungskräfte zu machen.

6 Vollstationäre Pflege

Unter vollstationärer Pflege versteht man die umfassende Versorgung pflegebedürftiger Menschen in von einem Träger bereitgestellten Räumen. Sie findet in Pflegeheimen statt. Im Folgenden wird zwischen dem allgemeinen stationären Angebot und speziellen Angeboten für einzelne Zielgruppen unterschieden. Hospize sind ebenfalls vollstationäre Pflegeeinrichtungen, werden aber im Abschnitt 7 behandelt.

2005 wurde das damals vorhandene Angebot als leistungsfähig, zahlenmäßig ausreichend, wirtschaftlich und regional gegliedert und damit als den gesetzlichen Zielen entsprechend beurteilt. Die Zielbeschreibung ist dem Hamburgischen Landespflegegesetz entnommen und gilt weiter. Diese Planung beschäftigt sich intensiver mit Qualitätsaspekten der stationären Pflege, die die Leistungsfähigkeit bestimmen.

6.1 Das allgemeine stationäre Angebot

6.1.1 Bestand und Entwicklung

Im Jahr 2004 gab es in Hamburg 15.113 stationäre Pflegeplätze in 139 Einrichtungen.²⁶ Im Jahr 2009 waren es 149 Einrichtungen mit 17.292 Plätzen.

In der Rahmenplanung bis 2010 war für 2010 ein Bestand von rund 16.500 Plätzen prognostiziert worden. Dieser Wert wurde durch intensive Investitions- und Bauaktivitäten weit überschritten. Bestätigt wird dadurch aber die damalige Entscheidung, die investive Förderung von vollstationären Plätzen einzustellen.

Prognostiziert wurde für 2010 ein Bedarf von 15.800 Plätzen. Dieser Wert wird durch die Belegung Ende 2009 annähernd bestätigt: Die Auslastung der Einrichtungen beträgt durchschnittlich nur noch 89 %²⁷. Damit ist von 15.400 Bewohnern auszugehen.

Im Großstädtevergleich weist Hamburg eine überdurchschnittliche Ausstattung mit vollstationären Plätzen auf.

Eine größere Zahl von Einwohnern Hamburgs ist mit Eintritt der Pflegebedürftigkeit nach außerhalb Hamburgs gezogen. Der BSG ist dies für rund 1.900 Personen bekannt²⁸, die Einkommensabhängige Einzelförderung (EEF) 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 Platzmangel in Hamburg geschlossen werden.

Die Verteilung der Plätze auf die Verbände ist in Tabelle 23 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 in Hamburg von 54 % im Jahr 2003 auf 61 % im Jahr 2007 erhöht.

²⁶ Stand Rahmenplanung bis 2010

²⁷ Erhebung der Heimaufsicht Dezember 2009

²⁸ BSG Datawarehouse 7/2009

Die Pflegeheime sind in Hamburg wichtige Arbeitgeber. Insgesamt arbeiteten 2007 in stationären Pflegeeinrichtungen 10.710 Personen. Gegenüber 2003 ist das Beschäftigungsvolumen nahezu im gleichen Maß wie die Bewohnerschaft gewachsen. Die Zahl der Pflegefachkräfte hat sich aber überproportional um 14 % erhöht.

Die Fachkraftquote (Anteil der Pflegefachkräfte an allen in der Pflege Tätigen) in der stationären Pflege beträgt 56 %. Im Jahr 2004, dem Basisjahr für die Rahmenplanung bis 2010, betrug sie 57 %.

Angaben zu den Bewohnerinnen und Bewohnern liegen aus der Pflegestatistik Hamburg vor.²⁹ Frauen stellen demnach 78 % der Bewohnerschaft, damit ist ihr Anteil seit 2003 um zwei Prozentpunkte gesunken, 84 % aller Bewohnerinnen und Bewohner sind 75 Jahre und älter. Nur 3 % der Bewohnerinnen und Bewohner sind jünger als 60 Jahre. Das Durchschnittsalter³⁰ beträgt fast unverändert 83,5 Jahre.

In den Pflegeheimen wohnen überwiegend Schwer- und Schwerstpflegebedürftige (Pflegestufe II und III), wie die folgende Tabelle zeigt. Allerdings ist auch ein großer Teil der Bewohner leichter pflegebedürftig. Dieser Anteil ist – entgegen eines häufig öffentlich vorgetragenen Eindruckes – sogar eher angestiegen.

Tabelle 7: Bewohner in Pflegeheimen nach Pflegestufen

	0	I	II	III
2003	9%	32%	42%	17%
2009	8%	37%	38%	18%

Quellen: Pflegestatistik Hamburg 2003³¹, 2009 Daten der Heimaufsicht

Die Freie und Hansestadt Hamburg wendet jährlich 83,4 Mio. Euro für Sozialhilfeleistungen und Leistungen der EEF für rund 7.300 Hilfeempfänger auf.³²

Angesichts der Notwendigkeit der Konsolidierung auch im Sozialhaushalt hat der Senat beschlossen, die Wohnungskosten in der vollstationären Pflege durch die EEF nicht mehr zu bezuschussen. Die notwendigen Aufwendungen werden weiter von der Stadt im Rahmen der Hilfe zur Pflege übernommen. Gegenüber der EEF gilt für die Betroffenen damit die niedrige Vermögensgrenze des Sozialhilferechts und Angehörige werden ggf. zum Unterhalt herangezogen. Der Senat hält diese Maßnahme für vertretbar, weil damit keine Verschlechterungen in der Pflege verbunden sind und eine gewisse Besserstellung der Bewohner

²⁹ Pflegestatistik; die Angaben beziehen sich streng genommen nur auf die Pflegebedürftigen i.S. des SGB XI und die noch nicht Eingestuft.

³⁰ 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.

³¹ Die Anzahl der Bewohner in „Stufe 0“ wurde ermittelt durch Subtraktion der Bewohner lt. Pflegestatistik von der geschätzten Gesamtzahl der Bewohner.

³² Ergebnis 2008

in der stationären Pflege gegenüber denjenigen in der ambulanten Pflege rückgängig gemacht wird.

6.1.2 Quantitative Prognosen von Angebot und Bedarfen

Angebotsprognose

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

Basis für die Prognose sind insb. die Auskünfte der Heimaufsichtsdienststellen über Projekte in bestehenden Einrichtungen und Neubauvorhaben (vgl. 10.1.2).

Nach den der BSG vorliegenden Angaben werden bis 2011 rund 1.290 Plätze zusätzlich entstehen. In welchen Bezirken welche Veränderungen zu erwarten sind, zeigt Tabelle 22 im Anhang. Bis 2015 werden weitere Plätze hinzukommen. Als Schätzzahl wird daher für 2015 von einem Bestand von 19.000 Plätzen ausgegangen.

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

Bedarfsprognose

Im Jahre 2015 werden voraussichtlich 17.000 Plätze benötigt, 2020 werden es 18.400 sein.

Schon das aktuelle Platzangebot übersteigt den Bedarf für 2015.

Es ist davon auszugehen, dass Einrichtungen der „4. Generation“ nach dem Wohngemeinschaftskonzept für zukünftige Bewohner und ihre Angehörigen attraktiver sein werden als Heime der „3. Generation“ (s.u.).

Im Abgleich von Angebot und Bedarf kann eine Auslastung des Angebots im Jahr 2015 von 89 % geschätzt werden. Damit sind wirtschaftliche Probleme einiger Einrichtungen abzusehen.

In stationären Pflegeeinrichtungen werden 11.500 Beschäftigte benötigt werden, davon 4.400 Pflegefachkräfte. Dies entspricht einer Steigerung von 6 % gegenüber 2010.

6.1.3 Herausforderungen und Lösungsansätze in der stationären Pflege

Rahmenbedingungen

Die Träger und Kostenträger in der stationären Pflege stehen vor mehreren Herausforderungen:

- a. In Hamburg sind in der stationären Pflege Überkapazitäten aufgebaut worden. Für einige Einrichtungen werden damit wirtschaftliche Probleme verbunden sein. Dies darf aber nicht zu Verschlechterungen der Pflegequalität führen.
- b. Der Konsolidierungsdruck auf den Haushalt der Stadt setzt Steigerungen bei den Pflegesätzen enge Grenzen.
- c. Pflegeheime werden zu einem großen Anteil von Menschen mit Demenz bewohnt, die auch bei der Strukturierung ihres Alltags fast vollständig auf Anregung und Gestaltung von außen angewiesen sind.

- d. Heime sind für ihre Bewohner die letzten Lebensorte. Dass heißt auch, dass das Sterben zur Realität der Einrichtungen gehört. Ein Teil der Bewohner stirbt relativ bald nach dem Einzug. Mit dieser Tatsache müssen die Bewohner und das Personal umgehen.
- e. Zudem gibt es insbesondere durch die Qualitätsprüfungen des MDK, die Studie des Instituts für Rechtsmedizin des UKE, die Studie zur ärztlichen Versorgung in Pflegeheimen Hinweise auf Qualitätsmängel in Einrichtungen:
- Pflegeplanung und Pflegedokumentation erfüllen nicht immer ihren Zweck; sie binden viel Arbeitszeit, werden oft aber nicht fachgerecht umgesetzt oder sind nicht handlungsleitend, d.h. pflegerische Verrichtungen werden zwar durchgeführt, aber nicht dokumentiert, oder sie werden nicht durchgeführt, aber dokumentiert, oder sie werden durchgeführt und dokumentiert, aber es werden keine weitergehenden Schlüsse gezogen; ein vom LPA empfohlener Ansatz zur Vereinfachung der Dokumentation ist u.W. weitgehend nicht in die Praxis umgesetzt worden.
 - Die Arbeitsorganisation in der Pflege ist häufig noch an der Funktionspflege orientiert und nicht als Bezugspflege gestaltet; dies verhindert, dass Bewohner kontinuierlich und ihren wechselnden Bedürfnissen angemessen betreut werden. Das HmbWBG sieht daher die Bezugspflege verpflichtend vor (s. § 11 Nr. 3 Buchstabe f)).
 - Grundlegende Aufgaben der Pflege, insbesondere die Dekubitusprophylaxe und -behandlung und die Nahrungs- und Flüssigkeitsversorgung, sind noch weiter verbesserungsfähig.
 - Die soziale Betreuung ist häufig kein normaler Teil des Alltags, sondern eine Leistung, die stattfindet, wenn Zeit ist; viele Stunden des Tages sind daher Bewohner, die nicht mehr in der Lage sind, ihren Alltag selbständig zu gestalten, sich selbst überlassen; um hier Abhilfe zu schaffen, sind andere Organisationsformen des Alltags unter Einbeziehung von Angehörigen und Freiwilligen notwendig (s.u.).
 - Die allgemein-, fach- und zahnärztliche Versorgung in Pflegeheimen könnte verbessert werden; der LPA bemüht sich um Handlungsansätze.
 - Die Architektur vieler Einrichtungen entspricht nicht den Bedürfnissen der Bewohner.
- f. Das HmbWBG fordert eine an der Normalität orientierte und die soziale Teilhabe nicht beeinträchtigende Pflege.

Lösungsansätze

Die genannten Herausforderungen bestehen schon länger. Lösungsansätze wurden in der Fachdiskussion erarbeitet und z.T. auch in der Praxis erprobt.

1. Grundsätzliche Neustrukturierung der stationären Pflege

Als Reaktion auf eine ganze Reihe von Problemen in der stationären Pflege hat das Kuratorium Deutsche Altershilfe (KDA) vor einigen Jahren das Konzept der Pflegeeinrichtung der 4. Generation entwickelt.

Pflegeeinrichtung der 3. Generation Das Wohnbereichskonzept	Pflegeeinrichtung der 4. Generation Das Hausgemeinschaftskonzept
• Bewohnerschaft verteilt sich auf mehrere Wohnbereiche mit je 20–40 Personen (Wohnbereichsorientierung). • Alle Wohnbereiche bilden gemeinsam mit den zentralen Bereichen des Heimes eine räumliche und wirtschaftliche Einheit. • Wohnbereichsprojekte verfügen meist über interne Versorgungsstrukturen für hohe Bewohnerkapazitäten von 80 und mehr Personen. • Die Bereiche Hauswirtschaft, Pflege und soziale Betreuung unterliegen in den meisten Wohnbereichsprojekten räumlicher und personeller Trennung. Hauswirtschaftliche Versorgung durch Großküche und Wäscherei sowie Verwaltung der Einrichtung erfolgen zentral (bewohnerfern).	• Bewohnerschaft lebt in Hausgemeinschaften von 8–12 Personen mit fester Betreuungsperson (Wohngruppenorientierung). • Jede Hausgemeinschaft kann innerhalb eines Hausgemeinschaftsprojekts räumlich und wirtschaftlich autark funktionieren. • Hausgemeinschaftsprojekte setzen sich aus 3–6, selten aus mehr Hausgemeinschaften zusammen. Als kleine Pflegeeinrichtungen ab 24 Bewohnern eignen sie sich als stationäre Bausteine für Quartierskonzepte und im ländlichen Raum. • Hauswirtschaft, Pflege und soziale Betreuung finden unter Einbeziehung der Bewohnerschaft dezentral in den Hausgemeinschaften statt, personelle Kompetenzen und Ressourcen greifen ineinander (bewohnernah).

aus: Kuratorium Deutsche Altershilfe (2008): Architektur + Gerontologie 5. Vom Pflegeheim zur Hausgemeinschaft – Empfehlungen zur Planung von Pflegeeinrichtungen; Köln

Durch das Wohnen und Leben in Wohngemeinschaften treten eine Reihe positiver Effekte auf:

- Der Alltag ähnelt mit mehr dem normalen Leben, als in einer Einrichtung mit zentraler Versorgung.
- Die Dichte der sozialen Kontakte erhöht sich wesentlich. Einerseits haben die Bewohner mehr miteinander zu tun, andererseits gibt es auch mehr Personal in ihrer Umgebung, weil das hauswirtschaftliche Personal in die Betreuung integriert ist.
- Die Kontinuität in der Pflege und Betreuung kann wesentlich erhöht werden.
- Angehörige und Freiwillige sind motivierter sich an der Betreuung zu beteiligen und ihr Einbezug ist leichter möglich.

Dieser Ansatz hat sich bereits besonders in der Pflege und Betreuung Demenzkranker bewährt. Er scheint auch geeignet, die Qualität in Bezug auf einige der genannten Qualitätsmängel zu verbessern:

- Der Pflegeprozess, der die Biografie der Bewohner berücksichtigt, muss nicht ‚durchgesetzt‘ werden, sondern kann ‚gelebt‘ werden: Durch die größere Kontinuität in der Betreuung, sind die Bewohner, ihre Biografie, ihre Vorlieben und Abneigungen und die erreichbar scheinenden Ziele in der Pflege den Betreuungskräften gut bekannt; dementsprechend kann konsistenter mit ihnen umgegangen werden; Erfolge, Misserfolge, Zustandsveränderungen werden leichter erkennbar und es kann darauf reagiert werden; in der Pflegedokumentation sind dementsprechend hauptsächlich Abweichungen und Veränderungen zu dokumentieren und nicht die geplante, normale Alltagsversorgung.
- Dies lässt qualitative Verbesserungen auch im grundpflegerischen Bereich bei Ernährung, Mobilität und Kontinenz erwarten.
- Ein prophylaktischer Effekt in Bezug auf Dekubitus ist durch die länger erhaltene Mobilität der Bewohner zu erwarten.
- Die Vorteile dieses Konzeptes in Bezug auf Normalität, soziale Kontakte und soziale Betreuung liegen auf der Hand.

Dieses Betreuungskonzept stellt Anforderungen an die bauliche Gestaltung, die zu einer ‚wohnlichen‘ Gestaltung von Einrichtungen führen.

Einige Einrichtungen in Hamburg haben sich bereits auf den Weg zu einer entsprechenden Umstrukturierung gemacht und werden dabei von den Kostenträgern unterstützt werden. Bis 2015 wird eine Zahl von zehn entsprechend strukturierten Einrichtungen angestrebt.

2. „Pflegeoasen“ für immobile Demenzkranke

In der jetzigen stationären Pflege, aber wohl auch in der Betreuung in Wohngemeinschaften, stellt sich die Frage nach einer adäquaten Versorgung von schwerst demenzkranken, in der Mobilität stark eingeschränkten Bewohnern.

In der Schweiz wurde hierzu das Modell der „Oasen“ entwickelt. Bei Pflegeoasen handelt es sich um Pflegebereiche, in denen mehrere schwerst an Demenz erkrankte und immobile Bewohner in einem großen Raum leben und gepflegt werden. Der Raum soll Möglichkeiten zur optischen Abschirmung und zur sensorischen Stimulation durch Licht-, Ton- und Geruchseffekte bieten. In einem Modellprojekt in Holle leben sechs Personen in einem Raum. Mindestens eine Pflegekraft ist dauernd anwesend. Der Vorteil dieses Konzeptes liegt in der Stimulationsmöglichkeit und insbesondere in einer höheren Kontaktdichte mit dem Pflegepersonal. Das Projekt wurde grundsätzlich positiv evaluiert.³³ Das Kuratorium Deutsche Altershilfe schlägt demgegenüber „qualitätsgeleitete Pflegeoasen“ vor, bei denen acht Einzelzimmer mit großen Türen um einen zentralen Aufenthaltsraum angeordnet sind. Dies soll die Vorteile von Einzelzimmern und Oasen kombinieren.³⁴

Mehrkosten von Oasen können refinanziert werden, wenn die Bewohner in Pflegestufe III+ eingestuft werden.

In Hamburg gibt es einen fachlichen Austausch interessierter Träger und Kostenträger und Planungen von Trägern.

3. Ansätze der Hospizarbeit in der Pflege

Zum Aufgabenspektrum von vollstationären Pflegeeinrichtungen gehören die Pflege und die Unterstützung der medizinischen Behandlung ihrer sterbenden Bewohner. Es ist für die Lebensqualität von Bewohnern und Personal förderlich, wenn dabei die Ansätze der Hospizarbeit Eingang in die tägliche Praxis finden. Dies gilt sowohl für konventionell strukturierte Einrichtungen wie für Wohngemeinschaften.

48 Pflegeheime haben bisher an einem von der BSG finanzierten Projekt teilgenommen, um Hospizkultur und Palliativkompetenz in ihre tägliche Arbeit zu integrieren. 43 Einrichtungen haben das Programm abgeschlossen, dabei wurden bisher 78 Pflegekräfte zu Palliativ-Care-Fachkräften qualifiziert. Daneben haben viele Pflegeheime vergleichbare Fortbildungen des Pflegepersonals aus eigenen Mitteln finanziert. Hierüber liegen der BSG keine Zahlen vor.

Das Förderprogramm der BSG stellt für bis zu 60 Pflegeheime Mittel zur Verfügung und hat bisher rund 33 % der stationären Pflegeeinrichtungen in Hamburg bei der Implementierung von

³³ Rutenkröger, Anja; Kuhn, Christina: „Im Blick haben“ Evaluationsstudie zur Pflegeoase im Seniorenzentrum Holle; Demenzsupport Stuttgart: Stuttgart 2008; http://www.demenz-support.de/materialien/Forschungsbericht_Pflegeoase_Holle.pdf

³⁴ proAlter 2/2009:46-51

Hospizkultur unterstützt. Das Ziel aus der Rahmenplanung bis 2010, in 20 % der Einrichtungen bis 2010 Hospizkultur zu implementieren, wurde erreicht.

Die Pflegeheime haben ihre Leitbilder im Hinblick auf Sterbebegleitung überarbeitet und individuell Schwerpunkte in der Hospizarbeit gesetzt.

Die Implementierung von Hospizkultur durch die Förderung der BSG hat die Situation sterbender Menschen und ihrer Angehörigen in Pflegeeinrichtungen verbessert. Nach Verlängerung der Förderrichtlinie bis zum 31.12.2010 haben erneut drei Einrichtungen Anträge auf Zuwendungen gestellt. Vier Einrichtungen haben Anträge abgefordert. Von fachlicher Seite wird angenommen, dass mit voraussichtlich 60 geförderten Pflegeheimen das Potential von förderwilligen Einrichtungen ausgeschöpft ist.

Die Verankerung von Hospizkultur in Pflegeeinrichtungen ersetzt nicht die stationären Hospize. Gemäß gesetzlichem Auftrag und Selbstverständnis sind stationäre Pflegeeinrichtung auf die möglichst aktive Gestaltung des Lebens ausgerichtet. Der Auftrag stationärer Hospize besteht dagegen in der Aufnahme und Versorgung von Menschen, deren Tod absehbar ist. Er beinhaltet nach § 39a Abs. 1 SGB V ausdrücklich eine palliativ-medizinische Behandlung.

In allen Pflegeheimen soll aufgrund der Bedeutung als Sterbeort zukünftig der Hospizgedanke verankert werden. Dazu sind die Ansätze des Förderprogramms zu sichern und auszubauen sowie lokale Netzwerke mit Ärzten, Apotheken, Freiwilligen und Palliative Care Teams zu entwickeln.

4. Weitere Ansätze

- Das Projekt zur Sektorübergreifenden Qualitätssicherung in der Pflege der Hamburgischen Pflegegesellschaft (HPG) befasst sich damit, höhergradige Druckgeschwüre im Krankenhaus, der häuslichen und der stationären Pflege zu erfassen und die Behandlung zu unterstützen.
- Der LPA wird sich mit dem Thema künstliche Ernährung auf Basis eines Leitfadens des Bayrischen Landespflegeausschusses weiter beschäftigen.
- Der LPA ist bestrebt durch Kooperation mit Akteuren in der medizinischen Versorgung zu Verbesserungen in der ärztlichen Versorgung von Heimbewohnern zu erreichen.

5. Fazit

Eine Umorientierung in der stationären Pflege zu Wohngemeinschaftskonzepten hat begonnen. Es liegt im Interesse von Trägern und Bewohnern weiter in diese Richtung zu gehen. Dabei dürfen keine dauerhaften Mehrkosten gegenüber der konventionellen Betreuung entstehen. Die geringere Auslastung bestehender Plätze schafft die Spielräume zur Umstrukturierung. Dabei sollte ein Platzabbau erwogen werden. Der Neubau konventioneller Großeinrichtungen von mehr als 100 Plätzen ist wirtschaftlich und fachlich obsolet.

Die baulichen und personellen Anforderungen, die sich aus dieser Umorientierung ergeben, werden im Rahmen der Verordnungen zum HmbWBG festgelegt.

6.1.4 Maßnahmen

Die o.g. Initiativen des LPA werden unterstützt.

Die Umsetzung von Wohngemeinschaftskonzepten wird unterstützt durch:

- entsprechende Öffentlichkeitsarbeit,
- die Schaffung geeigneter Rahmenbedingungen, die den Betreibern Planungssicherheit und Entwicklungsspielräume ermöglichen (in Bereichen wie Hygiene, Brandschutz, Arbeitsschutz) und
- investive Förderung von Bau- und Umbaumaßnahmen.

Die Gewinnung und die Zusammenarbeit mit freiwillig Tätigen kann schon jetzt im Pflegesatz berücksichtigt werden. Es wird geprüft, welche weiteren Maßnahmen zur Unterstützung des freiwilligen Engagements zur Unterstützung von einzelnen Bewohnern und Beiräten in diesem Bereich durchgeführt werden können.

6.2 **Spezielle stationäre Angebote**

Pflegeangebote für Menschen mit Migrationshintergrund

Pflegebedürftig gewordene ältere Menschen mit Migrationshintergrund sind noch weniger als Senioren ohne Migrationshintergrund 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 ältere Migranten sowohl mit den Mitbewohnern, wie auch mit dem Pflegepersonal in ihrer Muttersprache sprechen möchten.

Bisher sind ältere Menschen mit Migrationshintergrund kaum in stationären Pflegeeinrichtungen anzutreffen. Hilfe und Pflege wird noch weitgehend in der Familie organisiert. Stationäre Einrichtungen in Hamburg machen bis auf eine Ausnahme keine Angebote, die den o.g. Anforderungen entsprechen würden.

Berliner Erfahrungen zeigen die Unsicherheiten bei der Bedarfseinschätzung: Ein auf türkische Migranten spezialisiertes Haus in Berlin-Kreuzberg mit 155 Plätzen ist drei Jahre nach der Eröffnung weiterhin schlecht ausgelastet³⁵.

In Hamburg bietet ein Pflegeheim in Altona seit Anfang 2009 Plätze für Menschen mit türkischem Migrationshintergrund an. Ein Wohngemeinschaftsprojekt für die gleiche Zielgruppe wird im Rahmen der Internationalen Bauausstellung (IBA) in Wilhelmsburg realisiert werden.

Die Entwicklung wird von der BSG und sicher auch von Trägern beobachtet werden.

Besondere stationäre Dementenbetreuung

Das Programm „Besondere stationäre Dementenbetreuung“ (BestDem) richtet sich an die Bewohner mit mittelschweren bis schwersten dementiellen Erkrankungen, die wegen starker herausfordernder Verhaltensweisen im stationären Regelangebot nicht adäquat versorgt werden

³⁵ CAREkonkret v. 5.2.2010, S.7

können. In einer speziell angepassten Umgebung werden die Pflegebedürftigen von besonders geschultem Personal, für das ein verbesserter Personalschlüssel gilt, betreut.

Es gibt dementiell erkrankte Bewohner, deren herausfordernde Verhaltensweisen so groß sind, dass sie für sich oder andere eine Gefährdung darstellen und die deshalb nach richterlichem Beschluss auf geschlossenen Stationen betreut werden müssen. Konzeptionell und in der Ausstattung entsprechen diese Plätze der Besonderen stationären Dementenbetreuung.

Die Besondere stationäre Dementenbetreuung hat einen Umfang von 867 Plätzen in 37 Einrichtungen (Stand 1.11.2009).

Geschlossene Unterbringung für Menschen mit Demenz ist aktuell bei PFLEGEN UND WOHNEN im Umfang von zusätzlich 97 Plätzen in vier Einrichtungen möglich.

Es existiert keine festgelegte Obergrenze mehr für die Platzzahl in der BestDem für Hamburg, so dass von den Einrichtungen leicht auf einen erhöhten Bedarf reagiert werden könnte.

Weitere spezielle Pflegeangebote

Es gibt eine Reihe weiterer spezieller Pflegeangebote, die an dieser Stelle in einer Übersicht dargestellt werden. Ihre Anzahl ist im Moment bedarfsdeckend. Wenn das vorhandene Platzangebot nicht ausreichen sollte, können die Träger die BSG darüber kurzfristig informieren.

Tabelle 8: Weitere spezielle Pflegeeinrichtungen

Zielgruppe	Einrichtung	Plätze
Wachkomapatienten	Senioren Centrum Wilhelmsburg	106
	Senioren Centrum Am Alsterberg	
	Haus am Wehbers Park	
Blinde bzw. sehgeschädigte Pflegebedürftige	Senator-Ernst-Weiß-Haus	127
Gehörlose Pflegebedürftige	Hamburger Taubstummen Altenheim	36
Suchtmittelabhängige Pflegebedürftige	Betriebsteil Öjendorf des Senioren Centrum Holstenhof	131
	Seniorenheim Scheffler	21
Jüngere Pflegebedürftige	Zinnendorfstiftung	21
	Senioren Centrum Am Alsterberg	24
Geschlossener Unterbringungsbedarf	Senioren Centrum Holstenhof	21

Quelle: BSG

7 Hospizarbeit und Sterbebegleitung

Hospizarbeit hat sich zum Ziel gesetzt, schwerstkranken und sterbenden Menschen ein würdiges und selbstbestimmtes Leben und Sterben bis zuletzt zu ermöglichen. Die Wünsche, Bedürfnisse und Erwartungen des Sterbenden stehen im Mittelpunkt des Handelns derjenigen, die Hospizarbeit leisten. Sie unterstützen auch die Familie, Angehörige und Freunde bei der Betreuung und Begleitung des sterbenden Menschen. Betroffene und Angehörige werden auf allen Ebenen des Menschseins wahrgenommen, d.h. auf der physischen, psychisch emotionalen, geistigen und spirituellen Ebene.

Langfristiges strukturelles Ziel ist eine flächendeckende Versorgung mit allen Angeboten, die Vernetzung und Koordination der hospizlichen Angebote sowie der Ausbau der hospizlichen und palliativpflegerischen Versorgung in Pflegeheimen.

Die Hospizbewegung ist eine Bürgerbewegung und basiert auf freiwilligem Engagement. In den 80er Jahren wurden in Deutschland die ersten Hospizvereine gegründet. Seit 1998 werden stationäre Hospize und seit 2002 ambulante Hospizdienste nach dem SGB V finanziert.

Seit April 2007 haben Versicherte einen Anspruch auf Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung (SAPV), wenn sie eine besonders aufwendige ambulante Palliativversorgung brauchen. Der Abschluss von Verträgen zwischen Leistungserbringern und Krankenkassen kam nur zögerlich voran.

Mit der Verabschiedung eines Gesetzespakets zur Novellierung gesundheitsrechtlicher Vorschriften entfällt seit August 2009 der Eigenanteil der Gäste eines Hospizes. Für ambulante Hospizdienste wurde durch die Änderung der Bezugsgröße eine gesicherte Planungsgrundlage geschaffen (s.u.).

Mit dem Gesetz zur Regelung des Assistenzpflegebedarfs im Krankenhaus vom 30.07.2009 wurde Palliativmedizin als Pflicht- und Prüfungsfach im Rahmen des Medizinstudiums in der Approbationsordnung für Ärzte verankert.

Hamburg weist eine gute Versorgungsstruktur zur Unterstützung von Menschen in der letzten Lebensphase auf:

Die Entwicklung der Angebote in den letzten Jahren ist in folgender Tabelle dargestellt.

Tabelle 9: Entwicklung von hospizlichen und Palliativangeboten in Hamburg 2003 bis 2009

	31.12.2003	31.12.2005	31.12.2007	31.12.2009
Beratungsstellen	2	2	3	3
Hospizdienste	8	14	17	18
Ambulante Pflegedienste	2	4	5	9 ³⁶
Palliativstationen/Plätze auf Palliativstationen	2/14	2/14	4/27	6/40
Hospize/Plätze in Hospizen	3/40	4/56	4/56	5/70
Kinderhospiz/Plätze im Kinderhospiz³⁷	1/12	1/12	1/12	1/12

Quelle: BSG Erhebung, Hospizführer 4. Auflage Juni 2009

Koordiniert und vernetzt werden die Einrichtungen über die Koordinierungsstelle Hospiz & Palliativarbeit Hamburg, die 2007 mit Förderung der BSG eingerichtet wurde.

48 Pflegeheime haben seit 2006 an einem Projekt der BSG teilgenommen, um Hospizkultur und Palliativkompetenz in ihre tägliche Arbeit zu integrieren (s. 5.1.3.).

Über 500 Freiwillige engagieren sich in der Hospizarbeit.

38 Ärzte mit der Zusatzausbildung „Palliativmedizin“ sind in Hamburg tätig.

Fünf Palliative-Care-Teams sind gegründet worden, drei Palliative-Care-Teams sowie ein Palliative-Care-Team für Kinder, sind in Planung.³⁸ Für Hamburg werden insgesamt neun Teams von den Krankenkassen als Kostenträger zugelassen.

Insgesamt gibt es einen deutlichen Ausbau der hospizlichen Angebote.

Die Qualität der hospizlichen Arbeit von ambulanten Hospizdiensten, stationären Hospizen, und Palliative-Care-Teams wird über Rahmenvereinbarungen und Verträge mit den Kostenträgern gesichert. Ein weiteres Merkmal für die Qualitätssicherung ist die Mitgliedschaft in der Landesarbeitsgemeinschaft Hospiz- und Palliativarbeit. Stationäre Hospize werden vom MDK geprüft und unterliegen der Aufsicht nach dem HmbWBG.

Nachdem die Voraussetzungen für die Versorgung mit der Spezialisierten Ambulanten Palliativversorgung geschaffen wurden, die die Koordination und Vernetzung der hospizlichen Angebote beinhaltet, ist die Arbeit in der allgemeinen ambulanten Palliativversorgung nicht zu vernachlässigen. Auch hier ist eine individuelle, immer wieder anzupassende, Bedarfsfeststellung notwendig. Diese Begleitung setzt die Zusammenarbeit und ständige Kommunikation der verschiedenen Leistungsanbieter miteinander voraus, um auch hier eine optimale Versorgung zu gewährleisten. Mangelnde Strukturen der allgemeinen ambulanten Palliativversorgung könnten immer mehr sterbende Menschen zu SAPV-Patienten machen.

³⁶ Ab 2009 werden ambulante Pflegedienste mit einer Zusatzqualifikation zur palliativen Versorgung erfasst, die Mitglied in der Landesarbeitsgemeinschaft Hospiz- und Palliativarbeit oder Vertragspartner in einem PCT sind.

³⁷ Nach Redaktionsschluss hat im Februar 2010 ein Kindertageshospiz mit fünf Plätzen eine Betriebsgenehmigung erhalten.

³⁸ Stand Januar 2010

Es liegen keine Informationen darüber vor, ob die Angebote von Menschen mit Migrationshintergrund ihrem Bevölkerungsanteil entsprechend genutzt werden.

Auf Palliativstationen in Krankenhäusern wird im Krankenhausplan 2010³⁹ näher eingegangen.

Die Zahl der Sterbenden wird in den nächsten Jahren steigen. Ein deutlicher Anstieg ist bei den hochbetagten, über 80jährigen, zu erwarten.

Tabelle 10: Sterbefälle 2007 und Prognose bis 2025 nach Alter

Alter von ... bis unter ... Jahre	2007	2010	2015	2020	2025
0-18	94	110	100	90	80
18-40	256	230	210	190	160
40-60	1.715	1.750	2.090	1.760	1.600
60-80	6.585	6.570	6.740	6.020	5.450
80+	8.521	8.570	8.840	9.830	10.790
Gesamt	17.171	17.230	17.980	17.890	18.080

Quelle: Statistisches Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein (Stand 24.06.2009)

Nach einer Auswertung des Sterberegisters⁴⁰ verteilen sich die Sterbeorte in Hamburg wie folgt: 22 % außerhalb von Institutionen, 54 % im Krankenhaus, 20 % in der vollstationären Pflege und 4 % im Hospiz. Es wird davon ausgegangen, dass ca. 15 % der Verstorbenen 2008 in Hamburg hospizlich und palliativpflegerisch begleitet wurden.⁴¹ Damit ist noch keine Bedarfsaussage verbunden.

Die Angebote werden der Öffentlichkeit durch Beratungsstellen, die Pflegestützpunkte, den Hospizführer und die Koordinierungsstelle Hospiz & Palliativarbeit, die eine Internetseite betreibt und den Welthospiztag und die Hamburger Hospizwoche organisiert, nahe gebracht.

³⁹ Krankenhausplan 2010 der Freien und Hansestadt Hamburg, Stand Oktober 2007

⁴⁰ Monate Januar und Februar 2009

⁴¹ Quelle: HPCV-Studie der Deutschen Hospizstiftung März 2009, Seite 9

7.1 Ambulante Hospizdienste

Definition und Beschreibung	In Ambulanten Hospizdiensten organisierte Freiwillige suchen schwerstkranke und sterbende Menschen und ihre Familien auf und erbringen Sterbebegleitung und palliativ-pflegerische Beratung. Durch ihre Gegenwart und ein Gesprächsangebot können sie entlastend wirken. Ambulante Kinderhospizdienste begleiten die gesamte Familie des Kindes ab Diagnose einer lebensverkürzenden Erkrankung. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter entlasten die Eltern und unterstützen die Geschwister z.B. durch Schularbeitenhilfe. Die freiwillig Tätigen stehen unter der fachlichen Verantwortung einer entsprechend ausgebildeten Fachkraft mit der Weiterbildung Palliative-Care, die als Koordinator tätig ist.
Bestand und Entwicklung bis 2010	Es gibt 18 ambulante Hospizdienste und –initiativen, darunter einen Kinderhospizdienst, in denen geschulte freiwillige Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter schwerstkranke, sterbende Menschen und deren Angehörige in der letzten Lebensphase begleiten und betreuen. Von diesen erhalten 14 eine Förderung nach § 39a Abs. 2 SGB V durch die Krankenkassen. 2008 wurden von den geförderten Diensten 554 Sterbende begleitet. 400 Freiwillige waren in den Hospizdiensten tätig. Seit 2009 werden ambulante Hospizdienste gemäß § 39a SGB V auf der Grundlage von Leistungseinheiten gefördert. Damit entfällt eine Begrenzung der Anzahl der geförderten Dienste.
Ziele Rahmenplanung bis 2010 erreicht?	Das Ziel von 14 Diensten aus der Rahmenplanung bis 2010 ist mit 18 Diensten übertroffen worden.
Quantitative und qualitative Versorgungsziele	Das Ziel der Begleitung ist, dass die betroffenen Menschen ihr Leben auch in der letzten Lebensphase weitgehend nach ihren eigenen Wertvorstellungen und Wünschen führen können. Einsamkeit und Isolation sollen vermieden werden, bei Bedarf können Ängste und Sorgen besprochen werden. Versorgungsziel ist, dass jeder Mensch in der letzten Lebensphase zu Hause oder in einer Einrichtung einen freiwilligen Dienst in Anspruch nehmen kann, wenn er es wünscht. Er soll dann eine individuelle Unterstützung erhalten, die die Situation erleichtert.
Fachliche Bewertung des Angebots	Freiwillige Hospizdienste leisten einen wichtiger Beitrag zur Verbesserung der Lebensqualität von Menschen in der letzten Lebensphase in ihrer Häuslichkeit und in Einrichtungen. Der quantitative Umfang und die Leistungen der Dienste entsprechen dem Bedarf.
Prognose zur Entwicklung von Bedarfen und Angeboten	Mit Stärkung der ambulanten Versorgung schwerstkranker und sterbender Menschen in der eigenen Häuslichkeit z.B. durch die SAPV, weiterem Ausbau der Hospizkultur in stationären Einrichtungen und der steigenden Zahl sterbender Menschen wird der Bedarf an freiwilliger Unterstützung steigen. Ein bedarfsgerechter Ausbau ist mit dem neuen Finanzierungssystem, das keine Begrenzung der Anzahl der geförderten Dienste mehr vorsieht, möglich.
Maßnahmen	Es sollte erprobt werden, dieses Angebot auf Seiten der Freiwilligen und der Nutzer verstärkt auf Menschen mit Migrationshintergrund auszurichten. Die Freiwilligen könnten als Mittler zu weiteren Hilfen auftreten.

7.2 Palliative-Care-Teams

Definition und Beschreibung	Palliative-Care-Teams (PCT) leisten Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung (SAPV) nach § 132d Abs. 1 SGB V. Die SAPV umfasst ärztliche und pflegerische Leistungen einschließlich ihrer Koordination, insbesondere zur Schmerztherapie und Symptomkontrolle und zielt darauf ab, die Betreuung in der vertrauten häuslichen Umgebung zu ermöglichen. Die Leistung ist von einem Vertragsarzt zu verordnen und von der Krankenkasse zu genehmigen. Es sollen weitere Kooperationspartner (z.B. Apotheken, ambulante Hospizdienste, stationäre Hospize) verlässlich in die Arbeit einbezogen werden. Die Leistung ist für Menschen vorgesehen, die bisher nicht adäquat in der Häuslichkeit versorgt werden konnten oder in Krankenhäusern gestorben sind. SAPV ist in der eigenen Häuslichkeit und in Einrichtungen (u.a. Einrichtungen der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen, der Kinder- und Jugendhilfe oder stationäre Pflegeeinrichtungen i.S.v. § 72 Abs. 1 SGB XI) möglich.
Bestand und Entwicklung bis 2010	Geplant sind acht regionale PCT und ein PCT für Kinder, die die Versorgung flächendeckend sicherstellen sollen. Anfang Januar 2010 haben sich davon fünf Teams gegründet und Anträge auf Zulassung bei den Krankenkassen gestellt.
Quantitative und qualitative Versorgungsziele	Gemäß der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses soll mit der SAPV die Lebensqualität und die Selbstbestimmung von Menschen in der letzten Lebensphase erhalten, gefördert und verbessert werden und ihnen ein menschenwürdiges Leben bis zum Tod in ihrer vertrauten häuslichen Umgebung ermöglicht werden.⁴² Es wird geschätzt, dass ein PCT für 250.000 Menschen eine bedarfsgerechte Versorgung sicherstellt. Für Hamburg wären somit acht PCT für die Versorgung im Rahmen der SAPV ausreichend. Die Einbindung der PCT in das Netzwerk der Leistungserbringer hospizlicher und palliativer Versorgung soll erfolgen.
Fachliche Bewertung des Angebots	Die Einrichtung des neuen Angebots wird begrüßt. Die Auswirkungen auf die stationäre Versorgung und die allgemeine ambulante Palliativversorgung können noch nicht bewertet werden.
Prognose zur Entwicklung von Bedarfen und Angeboten	Die PCT ergänzen mit der Leistung der SAPV das Angebot der allgemeinen ambulanten und stationären Versorgung von Menschen in der letzten Lebensphase. Schätzungen gehen von 1.700 Menschen pro Jahr in Hamburg aus, die einen besonderen Versorgungsbedarf im Rahmen der SAPV haben. ⁴³
Maßnahmen	Der Erfahrungsaustausch innerhalb der Landesarbeitsgemeinschaft Hospiz- und Palliativarbeit wird angestrebt. Eine Evaluation ist beabsichtigt.

⁴² Richtlinie zur Verordnung von SAPV des Gemeinsamen Bundesausschusses vom 20.12.2007, § 1 Abs. 1 Satz 1

⁴³ Gemeinsame Empfehlungen der Krankenkassen nach § 132d SGB V vom 23.06.2008, Hochrechnung der BSG für Hamburg

7.3 Hospize

Definition und Beschreibung	Stationäre Hospize sind solitäre Einrichtungen in kleinen Einheiten mit maximal 16 Plätzen mit familiärem Charakter. Ein multiprofessionelles Team versorgt die Gäste. Die stationären Hospize verfügen über viel Wissen und Erfahrung, die im Austausch mit ambulanten Hospizdiensten, Pflegediensten, Pflegeheimen, Ärzten u.a. Aktiven in der Hospizarbeit von Nutzen sind. Im stationären Kinderhospiz kann die gesamte Familie aufgenommen werden, vielfach wird eine Kurzzeitpflege angenommen.
Bestand und Entwicklung bis 2010	Es gibt fünf stationäre Hospize in denen schwerstkranke, sterbende Menschen ihren letzten Lebensabschnitt verbringen können, wenn ein Verbleib in der eigenen Wohnung nicht mehr möglich ist. 1997 wurde das erste Hospiz für Erwachsene in Hamburg eröffnet, 2003 nahm das Kinderhospiz seine Arbeit auf. 2009 verfügt Hamburg über 70 Plätze in fünf stationären Hospizen für Erwachsene sowie über 12 Plätze im Kinder-Hospiz. Das Kinder-Hospiz wird ab April 2010 drei Plätze für junge Menschen zwischen 18 und 27 Jahren anbieten. Gepflegt und begleitet werden sollen junge Erwachsene, die schon seit Jahren erkrankt sind und das 18. Lebensjahr im Laufe der Krankheit überschreiten. Die stationären Hospize für Erwachsene waren 2008 zu 86 % ausgelastet.⁴⁴ Es wurden 718 Menschen begleitet. Der Anteil der Tumorerkrankungen lag bei 96 %. Das Durchschnittsalter der Gäste betrug 67 Jahre. Sie verweilten durchschnittlich 26 Tage im Hospiz, wobei es eine starke Streuung zwischen einem und 306 Tagen Aufenthalt gab. 75 % der Gäste kamen aus den Krankenhäusern, 23 % aus der eigenen Häuslichkeit, 2 % haben vor dem Aufenthalt im Hospiz in einem Pflegeheim gelebt. Im Kinderhospiz wurden 114 Kinder und Jugendliche begleitet. Ein Hospiz für Kinder begleitet schwerstkranke Kinder und deren Angehörige von der Diagnose einer lebensverkürzenden Krankheit an. Die Versorgung schwerstkranker und sterbender Kinder unterscheidet sich von der Versorgung Erwachsener. Die Kinder und Jugendlichen sind von anderen Erkrankungen als die Erwachsenen betroffen. Die sind vorrangig (Mehrfach-) Behinderungen oder Stoffwechselerkrankungen, seltener Tumorerkrankungen (6 %). Die Verweildauer betrug durchschnittlich rund 19 Tage. Das Kinderhospiz nimmt zu 80 % Gäste aus der eigenen Häuslichkeit auf und 20 % aus dem Krankenhaus. Bei lebensverkürzt erkrankten Kindern kann die ganze Familie, insbesondere Geschwisterkinder, begleitet werden.
Ziele Rahmenplanung bis 2010 erreicht?	Das Ziel der Rahmenplanung bis 2010 sah angelehnt an die Empfehlung des Deutschen Hospiz- und Palliativverbandes⁴⁵ und der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin eine ausreichende Versorgung bei 50 Palliativ- und Hospizbetten auf 1 Mio. Einwohner für ausreichend. Hamburg hätte danach 2009 einen Bedarf an 85 Plätze in Hospizen und Palliativstationen. Es stehen 110 Plätze zur Verfügung.
Quantitative und qualitative Versorgungsziele	Die qualitativen Versorgungsziele sind im ersten Absatz dieses Abschnitts beschrieben Die o.g. Empfehlung der Fachverbände ist weiter aktuell, danach würden in Hamburg mindestens 45 Plätze in Hospizen gebraucht.
Fachliche Bewertung des Angebots	Stationäre Hospize sind eine notwendige Ergänzung der ambulanten Versorgung und der Begleitung von Menschen in der letzten Lebensphase. Die

⁴⁴ Erhebung der Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz im August 2009

⁴⁵ Schreibweise des Verbandes

	hohen qualitativen Anforderungen an stationäre Hospize aus der Rahmenvereinbarung werden erfüllt. Gäste und Angehörige akzeptieren auch weitere Wege bei der stationären Hospizaufnahme, da es sich um ein spezielles Angebot handelt, bei dem nicht unbedingt eine wohnortnahe Versorgung erwartet wird. Die vorhandene Anzahl der stationären Hospizplätze in Hamburg ist nach fachlicher Einschätzung und dem o.g. Richtwert vollständig bedarfsdeckend. Es bedarf keiner weiteren Maßnahmen, die Zahl der Hospize zu erhöhen.
Prognose zur Entwicklung von Bedarfen und Angeboten	Die Anzahl sterbender Menschen wird bis 2015 in den Altersgruppen unter 80 Jahren zunehmen, danach aber deutlich sinken. Dämpfend auf die Nachfrage nach Hospizleistungen wird sich die Versorgung in der Häuslichkeit durch Palliative-Care-Teams auswirken. Insgesamt wird von einem ausgeglichenen Verhältnis von Angebot und Nachfrage ausgegangen.

8 Pflegeangebote für Menschen mit Behinderung

Gegenstand dieses Abschnittes sind Menschen mit einer Behinderung, bei denen neben den Leistungen der Eingliederungshilfe ein Pflegebedarf besteht.

Menschen mit einer psychischen Erkrankung können als Folge der Krankheit und / oder mit zunehmendem Alter auch pflegebedürftig werden. Durch die mit der psychischen Erkrankung einhergehenden speziellen psychosozialen Betreuungs- und Pflegebedarfen kann eine ausreichende Versorgung in allgemeinen Pflegeeinrichtungen nicht in jedem Fall sichergestellt werden. Dies gilt insbesondere dann, wenn eine Selbstgefährdung eine hochstrukturierte Hilfe notwendig macht. Die Aufnahme und Pflege in einer stationären Pflegeeinrichtung kann erfolgen, wenn die stationäre Pflegebedürftigkeit auf Grundlage des SGB XI vom MDK bestätigt wurde und bei der Versorgung im Vordergrund steht.

In Hamburg gibt es verschiedene Angebote zur Realisierung des Pflegebedarfs behinderter Menschen.

1. Senator-Neumann-Heim/Reha Großhansdorf für Menschen mit einer geistigen Behinderung, 184 Plätze
2. Eine Abteilung des Pflegezentrums Holstenhof für Menschen mit einer psychischen Behinderung
3. 3 ambulante Wohngruppen (Träger: pflegen und betreuen GmbH, 24 Plätze)
4. Träger der Eingliederungshilfe nutzen in ihren stationären Einrichtungen die Dienste ambulanter Pflegedienste und sie
5. entwickeln aus dem Bestand heraus Wohn-Pflegegemeinschaften.

Die Träger der Eingliederungshilfe sind gleichzeitig auch Anbieter von Pflegeleistungen für Menschen mit einer Behinderung. Diese neuen Angebotsformen entstehen somit als Reaktion der Eingliederungshilfeträger auf den steigenden Pflegebedarf der von ihnen bereits betreuten behinderten Menschen. Dem steigenden Pflegebedarf wird solange es geht mit Mitteln der Eingliederungshilfe unter Einbeziehung von meist eigenen ambulanten Pflegediensten begegnet. Nach derzeitigem Versicherungsrecht ist die vollständige Realisierung von Pflegeversicherungsansprüchen in Einrichtungen der Behindertenhilfe nicht möglich (§ 43a SGB XI).

Der Anteil behinderter Menschen in der Bevölkerung steigt seit Jahren. Damit steigt auch der Anteil älterer Menschen mit einer Behinderung. Insbesondere bei Menschen mit einer geistigen Behinderung ist bei zunehmendem Alter von einem steigenden Pflegebedarf auszugehen. So waren bereits im Jahr 2007 von rund 3.000 Menschen mit Behinderung, die in Hamburg in stationären Einrichtungen der Eingliederungshilfe lebten, rund 30 % pflegebedürftig, gegenüber dem Jahr 2000 eine Steigerung um 5 %.

Die Zahl der Eingliederungshilfefälle unter Älteren steigt überproportional:

1. Die Anzahl aller Eingliederungshilfefälle stieg von Juli 2007 (9.611) bis Dezember 2008 (10.648) um 1.037 bzw. 10,8 %.
2. Die Anzahl der Eingliederungshilfefälle in der Altersspanne 51 bis 65 Jahre stieg im gleichen Zeitraum von 1.978 auf 2.300 bzw. um 16,3 %.

Grundsätzlich belegen die Zahlen, dass der Anteil älterer behinderter Menschen zunimmt und damit wahrscheinlich auch die Anzahl pflegebedürftiger behinderter Menschen.

Um die zukünftige Anzahl behinderter Menschen mit Pflegebedarf prognostizieren zu können, wäre notwendig zu wissen, ob bei Menschen mit Behinderungen früher als im Vergleich zur der Normalbevölkerung eine Pflegebedürftigkeit eintritt und ob bei Menschen mit Behinderungen von einer höheren Wahrscheinlichkeit des Eintretens einer Pflegebedürftigkeit im Vergleich zur Normalbevölkerung ausgegangen werden kann. Hierüber liegen aber keine ausreichenden Erkenntnisse vor.

Ausgehend von der Annahme, dass eine Behinderung zu einer frühzeitigeren und umfassenderen Pflegebedürftigkeit führt, dürfte mindestens rund die Hälfte der älteren behinderten Menschen in den nächsten Jahren zunehmend pflegebedürftig werden. Zur Frage, ab wann mit einem erheblichen Anstieg behinderter und zunehmend pflegebedürftiger Menschen zu rechnen ist, kann keine verlässliche Aussage getroffen werden.

Die bisherige Entwicklung zeigt, dass die Träger der Eingliederungshilfe dabei sind, ihre Leistungsangebote der sich verändernden Betreuungsbedürftigkeit entsprechend anpassen oder auch neue Angebotsformen zu entwickeln.

Dabei geht es grundsätzlich auch um die Frage, ob sich die Pflege als Modul in der Grundversorgung Eingliederungshilfe darstellt oder entsprechende Pflegeangebote geschaffen werden, in denen zusätzliche Eingliederungshilfeleistungen eingekauft werden können.

Die ambulante Ausrichtung der Eingliederungshilfe lässt zukünftig eine deutliche Nachfrage pflegebedürftiger behinderter Menschen nach ambulanten Hilfeformen (kombiniert: Pflege mit Eingliederungshilfe) erwarten.

Die Entwicklung der Maßnahmen wird, flankiert durch intensive fachliche Dialoge zwischen den Anbietern und der BSG, der Nachfrage folgen.

9 Berufstätigkeit und Ausbildung in der Pflege

In Pflegeeinrichtungen arbeiten Menschen mit verschiedenen Berufsabschlüssen und solche ganz ohne Abschlüsse. Im Folgenden sollen die Entwicklungen bei den Pflegekräften analysiert werden. Hierbei wird zwischen Pflegefachkräften (Gesundheits- und Krankenpflegekräfte, Kindergesundheits- und Krankenpflegekräfte, Altenpflegekräfte) und Assistenzberufen in der Pflege (Krankenpflegehilfe, Altenpflegehilfe, Gesundheits- und Pflegeassistenz) unterschieden. Als Sammelbegriff für Pflegefach- und Pflegeassistenzkräfte wird der Begriff „ausgebildete Pflegekräfte“ verwendet.

9.1 Entwicklung der Berufstätigkeit und Prognose des Pflegekraftbedarfs

9.1.1 Entwicklung der Berufstätigkeit

Ende 2007 arbeiteten rund 19.500 Personen in ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen, darunter waren 8.500 Pflegefachkräfte und 1.600 Pflegeassistenzkräfte.

Von 2003 bis 2007 hat sich die Anzahl der Leistungsempfänger um 5 % erhöht, die Zahl der Beschäftigten ist um 9 % gestiegen, umgerechnet in volle Stellen (Vollzeitäquivalente, VZÄ) um 7 %. Diese Steigerung ist allein auf den ambulanten Bereich zurückzuführen, der ein geringes relatives Sinken des Personaleinsatzes im stationären Bereich weit überkompensiert.

Innerhalb der Beschäftigten in Einrichtungen hat es eine deutliche Verschiebung zu ausgebildeten Pflegekräften und Pflegefachkräften gegeben: Ihre Zahl ist insgesamt um rund 20 % (VZÄ) gewachsen. Auch dieses Wachstum verteilt sich ungleichmäßig: 33 % (VZÄ) ambulant, 11 % (VZÄ) stationär.

Dieser Aufbau erfolgte in den Berufsgruppen unterschiedlich: Es kamen rund 1.100 Altenpfleger und Altenpflegerinnen (28 % mehr), rund 500 Krankenpflegekräfte (18 %) und rund 300 Assistenzkräfte (24 %) dazu.

Tabelle 11: Pflegebedürftige und Beschäftigte in der Pflege 2003 und 2007

	2003	2007	Veränderung
Professionell Gepflegte	25.933	27.330	5%
Ambulant Gepflegte	12.202	12.747	4%
Beschäftigte amb. VZÄ	5.364	5.854	9%
Ausg. Pflegekräfte amb. VZÄ	2.888	3.855	33%
Pflegefachkräfte ambulant VZÄ	2.451	3.220	31%
Pflegefachkräfte ambulant	3.356	4.498	34%
Stationär Gepflegte	13.731	14.583	6%
Beschäftigte stat. VZÄ	7.889	8.278	5%
Ausg. Pflegekräfte stat. VZÄ	3.559	3.956	11%
Pflegefachkräfte stationär VZÄ	3.043	3.431	13%
Pflegefachkräfte stationär	3.521	4.017	14%
Pflegefachkräfte gesamt	6.877	8.515	24%

Quellen: Pflegestatistik Hamburg 2003, 2007

Einerseits ist damit eine weitere „Zuwanderung“ von der Krankenpflege in die Altenpflege festzustellen, andererseits ist davon auszugehen, dass die gestiegene Beschäftigung von Altenpflegerinnen und Altenpflegern nur durch den Zuzug von außerhalb möglich war (vgl. 9.2.2). Gegenwärtig scheint dieser Weg, den Pflegekraftbedarf zu decken, nicht mehr zu funktionieren. Darauf deutet die hohe Zahl von nicht besetzten Stellen hin. Im August 2009 wurden insgesamt 464 Beschäftigte in der Altenpflege in Hamburg gesucht, davon 256 Fachkräfte.

9.1.2 Prognose der benötigten Pflegekräfte

Die Analyse der Entwicklung hat gezeigt, dass in den letzten vier Jahren die Beschäftigung von Fachkräften stärker zugenommen hat, als die Zahl der Leistungsempfänger.

Eine Prognose des Pflegekräftebedarfes, die nur auf der Entwicklung der Pflegebedürftigkeit basiert, kann solche Entwicklungen nicht voraussagen. Sie geht davon aus, dass keine weiteren Veränderungen (Ersatz von Pflegekräften durch Hilfskräfte – oder umgekehrt; verstärkte – oder verringerte – Leistungsanspruchnahme in der ambulanten oder teilstationären Pflege) gibt.

Auf dieser Basis ist für die nächsten Jahre von folgendem Bedarf auszugehen:

Tabelle 12: Bestand 2007 und Prognose des Bedarfs an ausgebildeten Pflegekräften

	2007 ⁴⁶	2010	2015	2020	2025
Pflegefachkräfte	8.668	8.800	9.300	9.900	10.700
Assistenzkräfte	1.590	1.600	1.700	1.800	2.000

Quelle: Berechnung BSG

9.2 Entwicklung der Berufsausbildungen und Maßnahmen zur Verbesserung der Ausbildungssituation

9.2.1 Zahlenmäßige Entwicklung der Berufsausbildungen

Die Zahl der Ausbildungsanfänger in der Altenpflege schwankt. In den letzten Jahren hatte sie im Schuljahr 2006/2007 mit der Umstellung auf die Ausbildung nach dem Altenpflegegesetz einen Tiefstand erreicht. Inzwischen ist aber eine positive Entwicklung eingetreten und 2009 konnte ein Höchststand an Ausbildungsanfängern in der Altenpflege erreicht werden.

Tabelle 13: Ausbildungsanfänger in der Altenpflege

Schuljahr	2006/ 2007	2007/ 2008	2008/ 2009	2009/ 2010
Altenpflege	206	241	263	321 ⁴⁷

Quelle: Behörde für Schule und Berufsbildung (BSB)

Die Gesundheits- und Pflegeassistent (GPA) wurde in Hamburg geschaffen, um nach In-Kraft-Treten des Altenpflegegesetzes weiter auch den Berufseinstieg ohne Realschulabschluss zu ermöglichen. Sie hat sich zu einem wichtigen Umschulungsberuf entwickelt.

Tabelle 14: Ausbildungsanfänger in der Gesundheits- und Pflegeassistent

Schuljahr	2006/ 2007	2007/ 2008	2008/ 2009	2009/ 2010
GPA	78	100	640	508

Quelle: BSG

Die Bundesregierung plant eine Reform, die die Pflegefachkraftausbildungen zusammenführt. Diese hätte keine Auswirkungen auf der Bedarfsseite. Auf der Angebotsseite wären unbedingt Umstellungsprobleme, die zu einer sinkenden Anzahl von Ausbildungsplätzen führen, zu vermeiden.

⁴⁶ Pflegestatistik Hamburg + offene Stellen

⁴⁷ Hinzu kommen noch 27 Umschüler.

Die Entwicklung interkultureller Kompetenz in der Ausbildung wird häufig als wichtiger Schritt zur Berücksichtigung der Bedarfe von Pflegebedürftigen mit Migrationshintergrund in der Altenpflege genannt. Entsprechende Elemente sind inzwischen in der Ausbildung verankert.

Der Anteil von Auszubildenden mit Migrationshintergrund ist nur für die Ausbildung zur Gesundheits- und Pflegeassistentin bekannt. Dort beträgt er ca. 50 %.

Die Zahl der Ausbildungsabschlüsse in der Kranken- und Altenpflege und in den Assistenzberufen hat sich wie folgt entwickelt:

Tabelle 15: Ausbildungsabschlüsse in Pflegeberufen 2003 bis 2009

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Altenpflege	386	506	430	429	363	488	149
Krankenpflege	425	450	394	417	418	392	424
Gesundheits- und Pflegeassistentin					26	116	173

Quelle: BSG, Behörde für Schule und Berufsbildung (BSB)

Es wird deutlich, dass die Anzahl der Berufsabschlüsse in der Altenpflege stark schwankte. Für das Jahr 2009 ist ein Einbruch zu verzeichnen, der auf die Umstellung der Ausbildung auf das Altenpflegegesetz und die Einstellung der Förderung der Umschulungen im Jahr 2006 zurückzuführen ist.

9.2.2 Prognose des Bedarfs an Ausbildungsplätzen in der Altenpflege

Um den Fachkräftebedarf in der Altenpflege zu decken, müssen – ohne Berücksichtigung der Zuwanderung von Fachkräften nach Hamburg – mehr Fachkräfte ausgebildet werden als den Beruf verlassen. Über diese Zahl hinaus müssen weitere ausgebildet werden, um die jetzige Unterdeckung zu kompensieren.

Die Prognose der Entwicklung in diesem Bereich ist komplex, es müssen zahlreiche Annahmen getroffen werden (vgl. 10.1.2).

Im Folgenden ist eine Prognose der Absolventen in der Altenpflege und der Auswirkungen auf die offenen Stellen dargestellt:

Tabelle 16: Prognose Absolventen in der Altenpflege und offene Stellen 2010 - 2015

	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Ausbildungsanfänger AP	377	377	377			
Absolventen	200	218	271	313	313	313
Offene Stellen	317	348	293	173	60	0

Quelle: Berechnung BSG

Es wird deutlich, dass durch eine Steigerung der Ausbildungsanstrengungen, wie sie im Bündnis für Altenpflege (s.u.) vorgesehen ist, mittelfristig das Ziel eines ausgeglichenen Arbeitsmarktes erreicht werden kann.

9.2.3 Maßnahmen zur Verbesserung der Ausbildungssituation in der Altenpflege

Um sicherzustellen, dass in Zukunft ausreichend Fachkräfte der Altenpflege zur Verfügung stehen, haben die Hamburgischen Pflegegesellschaft, die Wirtschafts- und die Schulbehörde, die Agentur für Arbeit und team.arbeit.hamburg auf Initiative der BSG gemeinsam ein „Bündnis für Altenpflege“ geschlossen.

Die Zahl der angebotenen Ausbildungsplätze in der ambulanten und stationären Altenpflege sollte zum Ausbildungsjahr 2009 / 2010 um 60 Plätze steigen. Dieses Ziel wurde bereits erreicht (s.o.). Zum Ausbildungsjahr 2010 / 2011 ist eine Steigerung um 175 Plätze auf dann 440 Plätze geplant. Hierzu wollen die Trägerverbände von Pflegeheimen in der Hamburgischen Pflegegesellschaft den Anteil ausbildender Häuser von derzeit 66 % auf 75 % erhöhen und flächendeckend mehr Ausbildungsplätze anbieten. Derzeit bilden 97 von 149 Pflegeheimen aus, ab 2010 / 2011 sollen es mindestens 110 sein. Um für ambulante Pflegebetriebe einen Anreiz zu schaffen, noch nicht in eine Ausbildung vermittelte Schüler auszubilden, wird die Wirtschaftsbehörde 100 solcher Ausbildungsplätze für die dreijährige Ausbildungsdauer fördern.

100 Arbeitslose können 2009 und 2010 eine Umschulung zur Altenpflege beginnen. Die Finanzierung der dreijährigen Umschulungen zur Altenpflege durch die Agentur für Arbeit und team.arbeit.hamburg wird für zwei Jahre durch das Konjunkturprogramm II der Bundesregierung ermöglicht.

Weitere 50 angelernte Pflegehelfer der Pflegeeinrichtungen können berufsbegleitend mit Förderung durch Arbeitsmarktmittel zu Altenpflegerinnen und Altenpflegern qualifiziert werden.

Gemeinsam und langfristig wollen sich die Behörden, Agenturen und Verbände auch für das Image der Pflegeberufe als vielseitige, menschliche und zukunftssichere Berufsperspektive einsetzen. Hierzu ist die Fortsetzung einer umfassenden Öffentlichkeitsarbeit vorgesehen.

Auf Bundesebene unterstützt Hamburg den Kurs, den Zugang für geeignete Interessenten zur Altenpflegeausbildung zu erleichtern, ohne jedoch die Ausbildungsinhalte nach unten zu korrigieren.

10 Anhang

10.1 Datenquellen und Prognoseverfahren

10.1.1 Datenquellen

Im Folgenden werden die wichtigsten Datenquellen der Rahmenplanung bis 2015 beschrieben, im Text erfolgt nur eine stichwortartige Nennung.

1. Hamburger Bevölkerung

Die Angaben zur Anzahl der Bewohner nach Alter, Geschlecht und Bezirk werden als Basis für Prognosen und Vergleiche benötigt. Verwandt wird der Melderegisterauszug zum Stand 31.12. des Bezugsjahres. Er wird vom Statistischen Landesamt für Hamburg und Schleswig-Holstein (Statistik Nord) im Frühjahr des Folgejahres zur Verfügung gestellt.

2. Mikrozensus 2005

Der Mikrozensus ist eine repräsentative amtliche Statistik. In regelmäßigen Umfragen werden Daten zu den Lebensbedingungen der Bevölkerung erhoben. Ein Schwerpunkt des Mikrozensus 2005 war der Migrationshintergrund der Bevölkerung.

3. Bevölkerungsprognose für Hamburg

Die Bevölkerungsprognose ist die Grundlage der Prognosen der Pflegebedürftigkeit, der Hilfebedürftigkeit und der Demenz. Für die aktuelle Rahmenplanung wurde die vom interbehördlichen Basisdatenausschuss erarbeitete Modellrechnung zur zukünftigen Bevölkerungsentwicklung in Hamburg für Planungszwecke vom Juni 2009 zugrunde gelegt. In diese auf der Basis des Melderegisters vorgenommenen Berechnungen flossen Annahmen zur Geburtenhäufigkeit, Sterblichkeit und zum Wanderungssaldo ein, die sich an den im Rahmen der 11. und 12. Koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung des Bundes und der Länder abgestimmten Annahmen orientieren. Der Prognosezeitraum reicht bis 2025. Es wird eine Zunahme der Bevölkerung insbesondere durch Wanderungsgewinne gegenüber den anderen Bundesländern (ohne das Hamburger Umland) sowie dem Ausland prognostiziert.

Die Prognose der Todesfälle ist eine Grundlage der Bevölkerungsprognose (s. Tabelle 10)

Auf dieser Basis ergänzt eine kleinräumige Bevölkerungsvorausschätzung für die Hamburger Stadtteile bis 2020 die Bevölkerungsprognose.

4. Pflegestatistik

Die Pflegestatistik enthält umfangreiche Daten zu Pflegeeinrichtungen, Pflegepersonal und Pflegebedürftigen. Sie wird alle zwei Jahre im Rahmen der bundesweiten Pflegestatistik zum 15. Dezember vom Statistikamt Nord erhoben. Die Auswertungen für Hamburg (Pflegestatistik Hamburg) liegen Anfang des übernächsten Folgejahres vor. Der Planung liegt die Pflegestatistik Hamburg 2007 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 Hamburg keine verlässlichen Angaben über die Zahl der Bewohner oder die Auslastung der Pflegeheime zu entnehmen.

5. Datenbestände der BSG

In der BSG werden zwei Datenbanken mit Angaben zu ambulanten Diensten und Pflegeheimen geführt. Damit sind Auswertungen zu Preisen und Angeboten zum jeweils aktuellen Zeitpunkt möglich. In der stationären Pflege wird eine Auswertung zum 15.12.2009 zugrunde gelegt, in der ambulanten zum 1.11.2009. Zur GPA-Ausbildung wird eine Datenbank gepflegt. Außerdem liegen Angaben zu Auszubildenden und Ausbildungsbetrieben in der Altenpflege bis 2008 vor.

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

Im Jahr 2009 wurden von der BSG die deutschen Großstädte Berlin, Bremen, Frankfurt/M., Köln, Leipzig, München und Stuttgart nach der Ausstattung mit Plätzen in Tagespflegeeinrichtungen, solitären Kurzzeitpflegeeinrichtungen und vollstationären Pflegeeinrichtungen befragt. Die Antworten waren unterschiedlich vollständig. Um die Ergebnisse vergleichbar zu machen, wurde jeweils ein Quotient ermittelt, der angibt, wie viel Plätze je 100 80jährige und ältere zur Verfügung stehen.

7. 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 BSG mitgeteilt. Auf dieser Basis kann eine durchschnittliche Fachkraftquote für Hamburg ermittelt werden. Die letzte Meldung erfolgte mit dem Stichtag 1.12.2009.

10.1.2 Prognoseverfahren

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

1. Prognose der Bevölkerung mit Migrationshintergrund in Hamburg

Die sich aus dem Mikrozensus 2005 ergebenden Quoten der Personen mit Migrationshintergrund im engeren Sinne an der Gesamtbevölkerung sind Grundlage für die Prognostizierung der Bevölkerung mit Migrationshintergrund.

Ausgehend von der Annahme, dass diese Quoten innerhalb einer Alterskohorte gleich bleiben, erfolgt die Anwendung der Quote auf die Bevölkerungsvorausschätzungen der Jahre 2015 und 2025.

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

2. Prognose der Hilfebedürftigkeit (s. 2.2)

Es gibt – anders als zur Pflegebedürftigkeit – keine regelmäßigen statistischen Erhebungen zur Hilfebedürftigkeit in der Bevölkerung. Aus einer für Deutschland repräsentativen Befragung im

Rahmen der Studie „Möglichkeiten und Grenzen der selbständigen Lebensführung in Privathaushalten (MuG III)“⁴⁸ sind jedoch **Prävalenzraten** (Anteil in der Betroffenen in einer bestimmten Bevölkerungsgruppe) bekannt. Auf Basis dieser Prävalenzraten werden durch Anwendung auf die Bevölkerungsprognose Werte für 2010 bis 2025 ermittelt. Die Bevölkerungszahl wurde dazu vorher, anders als 2005, um die Zahl der Pflegebedürftigen reduziert.

3. Hilfebedürftige mit Migrationshintergrund in Hamburg

Basierend auf der Annahme, dass das Merkmal Hilfebedürftigkeit innerhalb der Gruppe der Personen mit Migrationshintergrund und der Gesamtbevölkerung identisch verteilt ist, werden die für die Gesamtbevölkerung 2007 ermittelten Prävalenzraten auf die Prognosen zur Bevölkerung mit Migrationshintergrund der Jahre 2015 und 2025 angewandt. Aufgrund der Altersklassen, in denen die Ausgangsdaten vorliegen, können nur die Hilfebedürftigen ab 65 Lebensjahren prognostiziert werden.

Zu Unterschieden bei Morbidität und Mortalität s. 5.

4. Prognose der Pflegebedürftigkeit (s. 2.2)

Auf Basis der jeweiligen Bevölkerungen und Pflegestatistiken für Hamburg der Jahre 2001, 2003, 2005 und 2007 werden Prävalenzraten ermittelt. Aus diesen Raten wird für Alters- und Geschlechtsgruppen jeweils eine mittlere Prävalenzrate errechnet. Diese werden mit Hilfe der Bevölkerungsprognose auf die Bevölkerung 2010 bis 2025 angewandt.

5. Prognose der Anzahl der Pflegebedürftigen mit Migrationshintergrund in Hamburg

Basierend auf der Annahme, dass das Merkmal Pflegebedürftigkeit innerhalb der Gruppe der Personen mit Migrationshintergrund und der Gesamtbevölkerung identisch verteilt ist, werden die für die Gesamtbevölkerung 2007 ermittelten Prävalenzraten auf die Prognosen zur Bevölkerung mit Migrationshintergrund der Jahre 2015 und 2025 angewandt. Aufgrund der Altersklassen, in denen die Ausgangsdaten vorliegen, können nur die Pflegebedürftigen ab 55 Lebensjahren prognostiziert werden.

Mögliche Unterschiede bei Morbidität und Mortalität und damit auch Pflegebedürftigkeit zwischen der Gruppe der Personen mit Migrationshintergrund und der Gesamtbevölkerung sind wahrscheinlich⁴⁹, können aufgrund fehlenden Datenmaterials aber nicht quantifiziert werden und bleiben daher unberücksichtigt.

6. Prognose der Pflegebedürftigkeit nach Bezirken

Die Pflegestatistik Hamburg macht nur Angaben für Hamburg insgesamt, nicht für kleinere Gebietseinheiten. Um trotzdem Angaben auf Bezirksebene machen zu können (s. Tabelle 21), wurde wie folgt vorgegangen: Die Berechnung der pflegebedürftigen Personen in Privathaushalten erfolgt auf Basis der Bevölkerung nach Melderegister 2007 und der Pflegestatistik 2007. Die Quote der pflegebedürftigen Personen außerhalb der stationären Pflege 2007 zur

⁴⁸ Schneekloth, Ulrich; Wahl, Hans-Werner (Hg.): Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung in privaten Haushalten (MuG III); München 2005

⁴⁹ Robert-Koch-Institut; Statistisches Bundesamt (2008): Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Migration und Gesundheit; Berlin

Gesamtbevölkerung 2007 wird angewandt auf die Einwohnerzahlen der einzelnen Bezirke. Die Heimbevölkerung in den Bezirken wird mittels eines Korrekturfaktors berücksichtigt.

In gleicher Weise wird auf Basis der kleinräumigen Bevölkerungsvorausschätzung verfahren um die Anzahl der Pflegebedürftigen in den Jahren 2010 bis 2020 zu ermitteln.

Die Ergebnisse dieser Hochrechnung liegt höher als die Prognose für ganz Hamburg, weil nur mit der Prävalenzrate 2007 gerechnet wurde (und nicht mit einer mittleren Prävalenzrate) und weil keine steigende Anzahl von Heimbewohnern berücksichtigt wurde.

7. Prognose der Menschen mit Demenz (s. Tabelle 17)

Wissenschaftliche Studien sind zu unterschiedlichen Ergebnissen zur Prävalenz 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 Demenzen⁵⁰. Diese Prävalenzraten werden auf die Bevölkerungsprognose angewandt.

8. Prognose der vorhandenen Plätze in der stationären Pflege (s. 6.1.2)

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

9. Prognose der benötigten Plätze in der stationären Pflege (s. 6.1.2)

Für das Jahr 2007 liegen die aktuellsten Angaben der Pflegestatistik Hamburg vor, es ist daher das Basisjahr der Prognose. Zur Prognose wird wie folgt vorgegangen:

1. Der Anteil der stationär betreuten Pflegebedürftigen an allen Pflegebedürftigen 2007 (in einzelnen Alters- und Geschlechtsgruppen) wird ermittelt.
2. Aus der Anwendung dieser Anteile auf die prognostizierten Pflegebedürftigen 2015 und folgende ergibt sich die Anzahl der dann stationär zu Betreuenden.
3. Dazu wird ein geschätzter Anteil von Bewohnern der „Stufe 0“ addiert.
4. Schließlich ist zu berücksichtigen, dass von einer vollen Auslastung der Einrichtungen bei einer Belegung von 96 % ausgegangen wird.

10. Prognose der benötigten Pflegefachkräfte (s. 9.1.2)

Die in der Zukunft benötigten Pflegefachkräfte werden ermittelt, indem der Stand Ende 2007, erhöht um die offenen Stellen, im selben Verhältnis gesteigert wird, wie die Zahl der Pflegebedürftigen steigt.

Erhöhungen des Personals durch Standardverbesserung oder Änderungen im Verhältnis von Fach- und Hilfskräften können so nicht berücksichtigt werden.

11. Prognose der benötigten Ausbildungsanfänger in der Altenpflege (s. 9.2.2)

Um die Zahl der benötigten neuen Auszubildenden zu schätzen, wurden Annahmen getroffen,

⁵⁰ 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

- wie groß der Anteil der Altenpflegerinnen und Altenpfleger unter den benötigten Pflegefachkräften ist (60 %), und dass aus der Krankenpflege in diesem Verhältnis jeweils Absolventen zu denen der Altenpflege dazu kommen,
- wie groß der Anteil derjenigen Berufsanfänger ist, der auch eine Prüfung ablegt (83 %),
- wie viel Prozent der Beschäftigten pro Jahr endgültig den Beruf verlassen (3,7 %). Der letztere Wert setzt sich aus 2,3 % zusammen, die aus Altersgründen ausscheiden,⁵¹ und 1,4 %, die aus anderen Gründen im Zeitverlauf den Beruf verlassen.⁵²

Die Ergebnisse Prognosen der BSG werden in den Tabellen gerundet dargestellt. Davon wird in den Fällen abgewichen, in denen Rundungen zu deutlichen Datenveränderungen führen würden.

⁵¹ Basis der Schätzung: BMFSFJ: Faktenblatt - Moderne Altenpflege heute in Zahlen, S. 5, Tabelle Altersverteilung sozialversicherungspflichtiger Beschäftigter in der Altenpflege, http://www.die-moderne-altenpflege.de/nr_36904/DE/Presse/Pressematerial/Pressemappen/Factsheet/Factsheet_der_Fachkampagne,templateId=raw,property=publicationFile.pdf/Factsheet_der_Fachkampagne.pdf , abgerufen am 25.11.2009

⁵² Basis der Schätzung: Joost, Angela; Kipper, Jenny; Tewolde, Tadios :Berufsverläufe von Altenpflegerinnen und Altenpflegern, IWAK: Frankfurt/M. 2009, S. 28

10.2 Anhang Pflegebedürftigkeit

Tabelle 17: Prognose der Anzahl der Menschen mit Demenz

	Basis 2007	2010	2015	2020	2025
Gesamt	23.740	24.500	26.500	28.800	31.200

Quelle: Berechnung BSG (vgl. 10.1.2)

Tabelle 18: Prognose der Pflegebedürftigkeit

	2010			2015			2020			2025		
Alter von ... bis unter ... Jahre	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt
0-60	3.021	2.734	5.755	3.089	2.784	5.872	3.084	2.767	5.851	3.006	2.688	5.694
60-65	726	695	1.421	697	685	1.381	821	775	1.596	1.008	920	1.928
65-70	1.203	1.123	2.326	1.103	1.060	2.162	1.070	1.050	2.120	1.272	1.195	2.468
70-75	1.994	2.364	4.358	1.766	2.027	3.794	1.640	1.927	3.567	1.609	1.921	3.530
75-80	1.932	3.320	5.252	2.718	4.297	7.015	2.432	3.710	6.142	2.300	3.566	5.866
80-85	2.292	5.478	7.769	2.537	5.464	8.001	3.626	7.155	10.782	3.294	6.239	9.533
85-90	1.924	7.440	9.364	2.297	6.945	9.242	2.643	7.172	9.815	3.869	9.574	13.443
90-95	854	4.332	5.186	1.191	5.583	6.774	1.489	5.407	6.896	1.826	5.900	7.726
95+	306	1.960	2.266	292	1.802	2.094	399	2.217	2.616	543	2.333	2.876
Gesamt	14.251	29.446	43.697	15.690	30.647	46.336	17.205	32.181	49.386	18.726	34.336	53.062

Quelle: Berechnung BSG (vgl. 10.1.2, Nr. 5)

Tabelle 19: Prognose ältere Pflegebedürftige mit Migrationshintergrund

	2005			2015			2025		
Alter von ... bis unter ... Jahre	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt
55-65	308	288	596	321	384	705	425	418	843
65-75	437	268	705	607	611	1.218	670	841	1.511
75-85	308	571	879	838	826	1.664	1.242	2.072	3.314
85-95	281	414	695	251	696	947	854	1.188	2.042
95+	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	40	136	176
Gesamt	1.334	1.541	2.875	2.017	2.517	4.534	3.231	4.655	7.886

Quelle: Berechnung BSG (vgl. 10.1.2)

Tabelle 20: Prognose ältere Hilfebedürftige mit Migrationshintergrund

	2005			2015			2025		
Alter von ... bis unter ... Jahre	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt
65-75	951	759	1.710	1.321	1.733	3.054	1.458	2.386	3.844
75-85	336	669	1.005	913	968	1.881	1.353	2.428	3.781
85+	252	204	456	225	343	568	784	624	1.408
Gesamt	1.539	1.632	3.171	2.459	3.044	5.503	3.595	5.438	9.033

Quelle: Berechnung BSG (vgl. 10.1.2, Nr. 3)

Tabelle 21: Anzahl der Pflegebedürftigen 2007 in Privathaushalten und Prognose nach Bezirken

	2007	2010	2015	2020
Hamburg-Mitte	4.100	4.100	4.500	4.900
Altona	4.000	4.200	4.400	4.700
Eimsbüttel	4.200	4.200	4.500	4.900
Hamburg-Nord	4.800	4.700	4.900	5.200
Wandsbek	7.700	7.900	8.400	8.900
Bergedorf	1.900	2.000	2.200	2.300
Harburg	2.600	2.700	2.900	3.100

Quelle: Berechnung BSG

10.3 Anhang stationäre Pflege

Tabelle 22: Stationäre Plätze, Einrichtungen, geplante Plätze nach Bezirken

	Plätze 2009	Einrichtungen	Geplante Plätze
Hamburg-Mitte	1.462	13	215
Altona	3.339	31	147
Eimsbüttel	2.018	18	285
Hamburg-Nord	3.072	24	420
Wandsbek	5.139	45	288
Bergedorf	918	9	-22
Harburg	1.344	9	-48
Hamburg gesamt	17.292	149	1.285

Quelle: BSG, Bezirksamter

Tabelle 23: Stationäre Plätze nach Verband und Trägerschaft

Dachverband	Plätze 2009	Einrichtungen	Anteil der Plätze
APH	27	1	0 %
AWO	906	7	5 %
BPA	7.062	58	41 %
Caritas	559	6	3 %
DPWV	2.150	20	12 %
DRK	186	1	1 %
DW	5.335	43	31 %
Ohne	1.067	13	6 %
Gesamt	17.292	149	99 %⁵³

Quelle: BSG

⁵³ Rundungsdifferenz

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Bevölkerungsprognose nach Alter bis 2025	7
Tabelle 2: Bevölkerung mit Migrationshintergrund in Hamburg	8
Tabelle 3: Pflegestufenverteilung 2003 und 2007	9
Tabelle 4: Entwicklung der Zahl aller Pflegebedürftigen und der Hilfebedürftigen in privaten Haushalten	9
Tabelle 5: Ältere Pflegebedürftige (55 u. ä.) und ältere Hilfebedürftige (65 u.ä.) mit Migrationshintergrund	9
Tabelle 6: Veränderungen der Pflegebedürftigkeit von 2007 bis 2015 bzw. 2020 nach Bezirken ..	10
Tabelle 7: Bewohner in Pflegeheimen nach Pflegestufen	30
Tabelle 8: Weitere spezielle Pflegeeinrichtungen.....	37
Tabelle 9: Entwicklung von hospizlichen und Palliativangeboten in Hamburg 2003 bis 2009.....	39
Tabelle 10: Sterbefälle 2007 und Prognose bis 2025 nach Alter	40
Tabelle 11: Pflegebedürftige und Beschäftigte in der Pflege 2003 und 2007	48
Tabelle 12: Bestand 2007 und Prognose des Bedarfs an ausgebildeten Pflegekräften.....	49
Tabelle 13: Ausbildungsanfänger in der Altenpflege	49
Tabelle 14: Ausbildungsanfänger in der Gesundheits- und Pflegeassistenz	49
Tabelle 15: Ausbildungsabschlüsse in Pflegeberufen 2003 bis 2009	50
Tabelle 16: Prognose Absolventen in der Altenpflege und offene Stellen 2010 - 2015.....	50
Tabelle 17: Prognose der Anzahl der Menschen mit Demenz.....	57
Tabelle 18: Prognose der Pflegebedürftigkeit	57
Tabelle 19: Prognose ältere Pflegebedürftige mit Migrationshintergrund	57
Tabelle 20: Prognose ältere Hilfebedürftige mit Migrationshintergrund	58
Tabelle 21: Anzahl der Pflegebedürftigen 2007 in Privathaushalten und Prognose nach Bezirken	58
Tabelle 22: Stationäre Plätze, Einrichtungen, geplante Plätze nach Bezirken.....	59
Tabelle 23: Stationäre Plätze nach Verband und Trägerschaft	59