

Inhaltsverzeichnis

Danksagung	III
Abbildungsverzeichnis	IV
Abkürzungsverzeichnis	V
1. Einleitung	1
2. Methodik	3
2.1 Datenanalyse	3
2.2 Experteninterviews.....	4
3. Care Management: System- und Versorgungssteuerung im Sozial- und Gesundheitswesen	7
3.1 Umsetzung in Deutschland.....	7
3.1.1 Die Pflegeversicherung – ein Teilkaskoprinzip	8
3.1.2 Änderungen der Sozialgesetzgebung im informellen Pflegesektor.....	9
3.2 Kommunale Seniorenpolitik und Daseinsvorsorge	11
3.3 Einordnung in die Sozialplanung des Kreises Pinneberg.....	12
4. Pflegebedarfsprognose	14
4.1 Relevante Daten und Prognosen mit Bezug auf Kreis Pinneberg	14
4.2 Pflegebedarfsermittlung	17
4.2.1 Versorgungssektoren der Pflege.....	20
4.2.2 Fokus: Bedarfsprognose im informellen Sektor.....	21
4.3 Zusammenfassende Betrachtung.....	22
5. Versorgungsstrukturen im informellen Pflegesektor	24
5.1 Akteure im kommunalen Sozial- und Gesundheitsbereich	25
5.1.1 Kreis Pinneberg als Akteur im Sozial- und Gesundheitswesens.....	25
5.1.2 Der Pflegestützpunkt als Beratungs- und Vermittlungsstelle.....	26
5.1.3 Ehrenamtliche Strukturen – Entlastungspotenzial im informellen Bereich	27
5.1.4 Professionelle Unterstützung der Leistungsanbieter	28
5.1.5 Pflegekassen als Kommunikationspartner.....	29
5.2 Nutzung alternativer Wohnformen im Kreis Pinneberg.....	31
5.3 Quartiersarbeit.....	33

6. Mögliche Handlungsfelder	36
6.1 Ausbau bestehender Beratungsstrukturen und eines Kennzahlensystems	36
6.2 Kommunale Präventionsstrategie.....	37
6.3 Sozialplanung des Kreises Pinneberg	38
6.4 Erweiterter Fokus: Wohnformen, Quartiersarbeit, Ehrenamt	40
6.5 Förderung ambulanter und teilstationärer Strukturen	41
6.6 Koordination und Kommunikation – verstärkte Vernetzung der Akteure	42
7. Fazit und Ausblick	44
Literatur- und Quellenverzeichnis.....	47
Anhang.....	54
Anhang A - Interviewführung und Gesprächsprotokolle	54
Anhang B - Kreis Pinneberg	94
Anhang C - statistische Daten und Entwicklungen	99
Anhang D - Versorgungsstrukturen im Kreis Pinneberg	105
Eidesstattliche Erklärung	122

Danksagung

„Im Grunde sind es doch die Verbindungen mit Menschen, welche dem Leben seinen Wert geben, (...), worin doch zuletzt der eigentliche Genuss steckt, die Individualität.“

(Wilhelm von Humboldt, 1769-1859)¹

Pflege gestaltet sich direkt vor Ort am Menschen und viele unterschiedliche Individuen und Institutionen nehmen an der Versorgung eines Pflegebedürftigen teil. Es war mir ein Anliegen, die regionalen Pflegestrukturen in ihrer Entwicklung und das Zusammenspiel der Beteiligten auf kommunaler Ebene näher zu beleuchten. Während der Erstellung der Bachelorarbeit fanden interessante Begegnungen mit Menschen im Pflegesetting statt. Ich bedanke mich bei allen Gesprächspartnern, die sich zu einem Interview oder einem Austausch zu diesem Thema bereit erklärt haben. Die offenen Gespräche über ihre Erfahrungen und Perspektiven in der pflegerischen Versorgung im Kreis Pinneberg und dem Stand der Pflege waren für mich informativ und aufschlussreich zugleich.

Mein besonderer Dank gilt

Herrn Robert Schwerin

Fachbereich Soziales, Jugend, Schule und Gesundheit
Sozialplanung und Steuerung

Herrn Michael Flögel

Fachbereich Soziales, Jugend, Schule und Gesundheit
Steuerungsunterstützung im Fachdienst Soziales

Herrn Tobias Kuckuck

Fachbereich Service, Recht und Bauen
Regionalplanung und Europa

aus der Kreisverwaltung Pinneberg für die fachliche Unterstützung und Zusammenarbeit während der Erarbeitung meiner Bachelorthesis. Sie standen mir durch ihre hilfreichen Anregungen, Ratschläge, die Vermittlung von Kontakten sowie mit der Bereitstellung von Datenmaterial motivierend zur Seite.

¹ Briefe an eine Freundin, 21. September. In Briefe von Wilhelm Humboldt an eine Freundin. Vierte Auflage. Erster Teil Brockhaus. Leipzig 1850, S.323

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Care und Case Management (Klie & Monzer 2008).....	7
Abbildung 2: Bevölkerungsentwicklung im Kreis Pinneberg (eigene Darstellung)	15
Abbildung 3: Bevölkerungsentwicklung im Kreis Pinneberg nach Altersstruktur (eigene Darstellung)	16
Abbildung 4: Pflegebedürftige im Kreis Pinneberg (eigene Darstellung)	18
Abbildung 5: Inanspruchnahme der Versorgungssektoren im Kreis Pinneberg (eigene Darstellung)	18
Abbildung 6: Anteil der Leistungsempfänger nach Alter im Kreis Pinneberg (GGR 2015, Datenquelle: StaLa Nord).....	19
Abbildung 7: Akteure und Strukturen im Pflegesetting (Klie & Monzer 2008).....	24
Abbildung 8: Ziele einer Quartiersentwicklung (KDA, Wüstenrot Stiftung 2014)	34

Abkürzungsverzeichnis

AFÖVF	Bundesverband zur Anerkennung und Förderung von Angeboten zur Unterstützung im Alltag
AOK	Allgemeine Ortskrankenkasse
ASB	Arbeiter-Samariter-Bund
AWO	Arbeiterwohlfahrt
BGW	Bielefelder Gemeinnützige Wohnungsgesellschaft mbH
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BMFSFJ	Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend
BPA	Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V.
bpb	Bundeszentrale für politische Bildung
Destatis	Statistische Ämter des Bundes und der Länder Deutschland
DBfK	Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe
DRK	Deutsches Rotes Kreuz
EFQM	Qualitätsmanagementmodell
FES	Friedrich-Ebert-Stiftung
GG	Grundgesetz
GGR	Gertz Gutsche Rümenapp
GKV	Verbände der gesetzlichen Krankenkasse
GV-ISyS	Gemeindeverzeichnis- Informationssystem
KDA	Kuratorium Deutscher Altershilfe
KISS	Kontakt und Informationsstelle für Selbsthilfegruppen
KIWA	Koordinationsstelle für innovative Pflegeformen im Alter
MDK	Medizinischer Dienst der Krankenkassen

MDS	Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V.
NBA	Neues Begutachtungsassessment
ÖPNV	Öffentlicher Personennahverkehr
PfLWG	Pflegeweiterentwicklungsgesetz
PNG	Pflegeneuausrichtungsgesetz
PSP	Pflegestützpunkt
SAPV	Spezialisierte ambulante Palliativversorgung
SbstTG	Selbstbestimmungsstärkungsgesetz
SGB	Sozialgesetzbuch
SH	Schleswig-Holstein
Stala-Nord	Statistisches Landesamt- Nord (Schleswig-Holstein, Hamburg)
SINN	Senioren in neuen Netzwerken
SOVD	Sozialverband Deutschland
VDEK	Verband der Ersatzkassen e.V.
WHO	Weltgesundheitsorganisation

1. Einleitung

Der Demographische Wandel in Deutschland ist ein wesentliches Thema gesellschaftsbezogener Bereiche. Im sozialpolitischen und pflegerelevanten Kontext stellt sich die Herausforderung, die Versorgung und Integration der steigenden Anzahl an pflegebedürftigen Senioren in den nächsten Jahrzehnten strukturell und bedarfsgerecht zu gestalten (BT-Drucksache 18/10210a, 2016, S.IV,181). Insbesondere durch die bundesweit regionalen Unterschiede der sozialen und gesundheitsbezogenen Versorgungsstrukturen ergeben sich für die Kommunen der einzelnen Länder, unter Einhaltung gesetzlicher Vorgaben im Sinne der Daseinsvorsorge, lokal zu gestaltende Rahmenbedingungen (Kühnel et al. 2016, S.373-377). Das kommunale Care Management (s. Kapitel 3) ist verantwortlich für eine Bedarfsanalyse und Wirkungsorientierung, um darauf basierend Versorgungsdefizite aufzuweisen, vorhandene Strukturen weiterzuentwickeln sowie neue Handlungsfelder im Bereich der sozial-pflegerischen Versorgung zu generieren (Präambel, §§1-5 Landespflegegesetz SH 2009).

Angesichts der prognostizierten demographischen Bevölkerungsstrukturveränderungen und des entgegenstehenden Pflegenotstands im professionellen Bereich besteht ein erkennbarer Handlungsbedarf (Rothgang et al. 2012, S.6,10). In den letzten Jahren sind stufenweise Reformen der Pflegeversicherung in Kraft getreten (s. Kapitel 3.1.2). Mit der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und der zunehmend forcierten Stärkung des informellen Sektors, ergibt sich differenzierter Anpassungsbedarf bezüglich der kommunalen Pflegeinfrastruktur (Urban & Vogel 2015, S.8-9). Die entstehende Lücke zwischen dem Bedarf der Pflegedürftigen und dem finanziell möglichen Angebot der Pflegeversicherung soll durch das Einbringen der informellen Pflege in die Versorgung, also durch die Aktivität der Familie, pflegender Angehörige und Nachbarschaft, geschlossen werden (Dammert 2009, S.15).

Aus diesen literarisch zusammengetragenen Erkenntnissen und meiner praktischen Tätigkeit im Pflegesetting ergeben sich folgende Fragestellungen:

1. Welche Schlüsse lassen sich aus einer Pflegebedarfsprognose in Hinblick auf die mit dem demographischen Wandel und Gesetzesänderungen in der Pflegeversicherung einhergehenden Strukturveränderungen im kommunalen Setting ziehen?
2. Worin bestehen mögliche Handlungsfelder seitens des kommunalen Care Managements in der Strukturierung von Versorgungsarrangements im informellen Pflegesektor?

In dieser Arbeit wird ein regionaler Bezug zum Kreis Pinneberg in Schleswig-Holstein hergestellt. Als unterstützende Ergänzung zu der Sozialplanung der Kreisverwaltung Pinneberg wird, mit Fokus auf den informellen Pflegesektor sowie der kommunalen Strukturierung und Vernetzung der beteiligten Akteure im Gesundheitswesen, der prognostizierte Pflegebedarf analysiert. Daraus abgeleitet werden Handlungsfelder in Form von Unterstützungsmöglichkeiten, Datengenerierung und Empfehlungen zum Ausbau vorhandener Strukturen aufgezeigt.

2. Methodik

Neben einer allgemeinen themenzentrierten Literaturrecherche erfordert der Bezug auf den Kreis Pinneberg eine notwendige regionale Datenrecherche, die anhand von bereits erhobenen Sekundärdaten und direktem Abruf von Routinedaten bei einzelnen Akteuren des Sozial- und Gesundheitswesens erfolgte. Des Weiteren wurden Erkenntnisse aus informativischen Experteninterviews mit ausgewählten Akteuren erschlossen.

2.1 Datenanalyse

Der seit 2002 jährlich stattfindende Kongress der Versorgungsforschung und die öffentliche Förderung im Rahmen von Modellprojekten sowie Studien durch das Bundesministerium für Gesundheit und soziale Sicherung im gemeinsamen Förderprogramm mit dem GKV-Spitzenverband, weisen auf eine zunehmende Bedeutung der Versorgungsforschung im deutschen Gesundheitswesen hin. Ziel dieser Institutionen ist, eine bedarfsgerechte und ökonomisch vertretbare Versorgung der Bevölkerung im Gesundheitswesen zu gewährleisten. Hierfür bedarf es einer Analyse der angebotenen Leistungen und automatisch erhobenen Routinedaten in Bezug auf die derzeitigen Versorgungsbedarfe einzelner Bevölkerungsgruppen. Sekundärdaten können in Hinblick auf eine definierte Fragestellung im Rahmen wissenschaftlicher und praxisrelevanter Untersuchungen Transparenz auf einer kleinräumigen Basis schaffen. (Swart & Ihle 2014, S.16-17) Mit der Nutzung und Analyse solcher Daten wird in dieser Ausarbeitung bestrebt, neue oder zu priorisierende Handlungsfelder im sozialpflegerischen Kontext herauszustellen.

Datenbeschaffung für den Kreis Pinneberg

Für kleinräumige Analysen werden regional differenziert gegliederte, für die Fragestellung relevante Daten benötigt. Eine Datenanalyse zur Demographie und Bevölkerung, der gesundheitsbezogenen Versorgung und Bedarfe, der lokal vorhandenen Versorgungsstrukturen sowie zu den sozialen und ökonomischen Rahmenbedingungen, ermöglichen Rückschlüsse auf etwaige Bedarfsprognosen, zukünftige Strukturveränderungen sowie Probleme der Über- oder Unterversorgung im Fokusgebiet. Eine Analyse auf Landkreisebene ist möglich, sofern ausreichende Fallzahlen zu den relevanten Datenbereichen vorliegen. Eine kleinräumigere Auflösung auf Gemeindeebene oder in vier- bis fünfstelligen Postleitzahlbereiche wird jedoch oftmals aus Datenschutzgründen oder der unzureichenden Datenverfügbarkeit erschwert. (Powietzka & Swart 2014, S.436-440)

Für die Analyse und daraus resultierenden Erkenntnisse bezüglich einer Pflegebedarfsprognose im informellen Pflegesektor wurden in dieser Arbeit statistische Datenerhebungen von Bund und Land mit demographischen, pflegerelevanten Zahlen und Entwicklungen genutzt. Weitere Daten konnten andere Akteure wie die Kreisverwaltung („Fachbereich Soziales, Jugend, Schule und Gesundheit“, „Fachbereich Service, Recht und Bauen“), der MDK und der Pflegestützpunkt in Form von kleinräumigen Daten und vorhandenen Kennzahlen der lokalen Versorgungsstrukturen im Pflegesetting zur Verfügung stellen.

Datennutzung anhand von Zielfragestellungen

Vor dem Hintergrund der übergeordneten Fragestellungen werden Wechselwirkungen zwischen prognostizierten Bevölkerungs- und Haushaltsentwicklungen, möglichen zukünftigen Veränderungen der Bedarfslagen und Voraussetzungen informeller Pflegestrukturen im Kreis Pinneberg untersucht. Aus der Korrelation beider Bereiche werden in einer zusammenfassenden Betrachtung Schlüsse gezogen.

2.2 Experteninterviews

Um die aus der vorangegangenen Datenanalyse gewonnenen Erkenntnisse zu belegen bzw. Daten mit direktem regionalen Bezug zu gewinnen, wurde die aus der Sozialforschung hervorgehende Methode der qualitativen Interviewführung (Lamnek 1995, S.35-37) gewählt. Unterschiedliche Akteure im Pflegesetting des Sozial- und Gesundheitswesens im Kreis Pinneberg wurden dazu mithilfe eines teilstrukturierten Leitfadens interviewt (Anhang A, S.54).

Entwicklung des Interviewleitfadens

In Hinblick auf die zu betrachtenden Fragestellungen dieser Arbeit wurde nach der freien Literaturrecherche ein Leitfaden für die Interviewführung entworfen, der zur Orientierung und Zusammenfassung themenspezifischen Wissens dienen sollte (Lamnek 1995, S.79). Dieser beinhaltete zehn Punkte, von denen die ersten beiden eine Vorstellung des Akteurs und seiner Aufgabenbereiche im Pflegesektor abdeckte. Die weiterführenden Fragen sollten inhaltlich auf den Kreis Pinneberg bezogen folgende Bereiche abdecken:

- Kommunales Care Management in der Pflege
- Tendenzgebende Veränderungen seit Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs
- Demographischer Wandel
- Pflegerelevante Daten

- Zusammenarbeit mit anderen Akteuren in der Pflege
- Pflegeberatung
- Quartiersarbeit und alternative Wohnformen
- Ziele im Bereich Pflege

Die Experten wurden im Vorwege über die Thematik und Fragestellungen der Arbeit informiert. Der Leitfaden lag der Interviewerin beim Termin zur Orientierung vor.

Auswahl der Interviewpartner

Als potenzielle Experten für ein Interview galten aktive Akteure im Sozial- und Gesundheitswesen des Kreises Pinneberg, die im kommunalen Care Management am Versorgungsprozess im informellen Pflegesektor teilnehmen. Dazu erklärte sich eine möglichst differenzierte Auswahl von acht Akteuren bereit, die ein breites Informationsspektrum für die relevanten Themenbereiche auf den Kreis Pinneberg bezogen abdecken konnten. Terminabsprachen erfolgten auf schriftlichem Weg und mittels telefonischer Rücksprache.

Datenerfassung

In einem Vertrauensverhältnis schaffenden neutral-weichem Kommunikationsstil wurde der Intention nachgegangen, mit thematisch relevanten offenen Fragestellungen umfangreiches differenziertes Expertenwissen zusammenzutragen (Lamnek 1995, S.57-60). Die Termine mit den Experten fanden in den jeweiligen Räumlichkeiten der Befragten bzw. der Institutionen statt und hatten einen zeitlichen Rahmen von 45 bis 90 Minuten. Die prägnanten zusammenfassenden Aussagen der auditiv aufgezeichneten Interviews wurden in Form von Gesprächsprotokollen stichpunktartig (Anhang A, S.55-93) festgehalten, von den Befragten unterzeichnet und deren Inhalte für diese Arbeit verwendet. Ein Interviewpartner lehnte eine Aufzeichnung ab, sodass relevante Informationen während der Kommunikation niedergeschrieben wurden.

Limitationen

Auf eine vollständige, detaillierte Datenerfassung mit Transkription sowohl verbaler als auch nonverbaler Komponenten wurde in diesem Rahmen der Arbeit verzichtet. Mit den aus den Gesprächsprotokollen zu entnehmenden Informationen der befragten Akteure im Kreis Pinneberg wurden generalisierte Aussagen aus der Literaturrecherche und praktische Erfahrungsberichte vor Ort in Verbindung gesetzt. An den Befragungen nahm eine weitestgehend feldabdeckende Anzahl an Experten teil, die durch Einzelbefragungen bedingt subjektive,

tendenzgebende Einschätzungen von derzeitigen Interaktionen der Akteure im Pflegesetting abgab. Die Teilnahme von Vertretern der Pflegekassen an einem Interview bezüglich kommunaler Strukturen und Pflegeberatung im Kreisgebiet war zum einen aus zeitlichen und krankheitsbedingten Gründen der jeweiligen Mitarbeiter und zum anderen aufgrund der örtlich ausgegliederten Pflegebereiche nicht möglich. Für inhaltliche Fragen, telefonisch oder im Schriftverkehr, waren die Pflegekassen vereinzelt jedoch bereit. Eine gezielte Untersuchung unter Einbindung aller betreffenden Akteure im Kreis Pinneberg zur vollständigen Aussagekraft ist an anderer Stelle als sinnvoll zu erachten.

3. Care Management: System- und Versorgungssteuerung im Sozial- und Gesundheitswesen

Das Care Management (abgeleitet aus dem Englischen: Care = Pflege, Versorgung; Care Management = Versorgungsmanagement) wird inhaltlich im Zusammenhang mit dieser Arbeit im Bereich der regionalen, versorgungsbezogenen Systemsteuerung der Mesoebene eingeordnet. Hierbei werden sowohl Aspekte der demographischen Perspektive als auch die der Infrastrukturbildung durch politische bzw. gesetzliche Rahmenbedingungen im Gesundheitswesen aufgezeigt (Abbildung 1). (Monzer & Klie 2008, S.93-95)

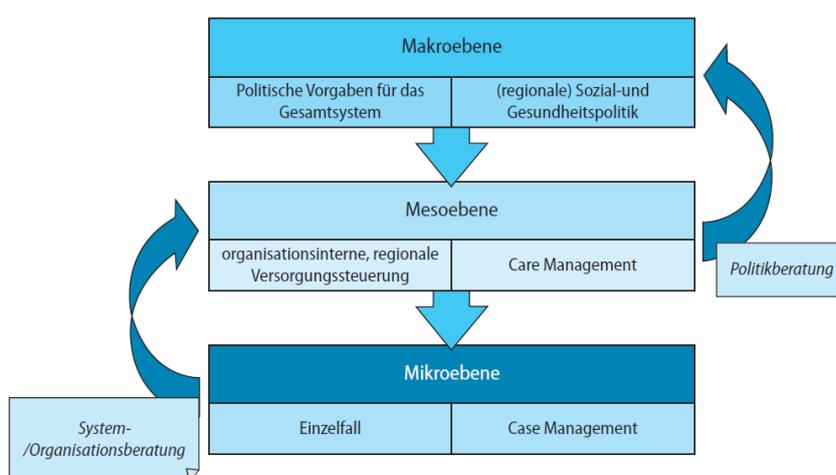


Abbildung 1: Care und Case Management (Klie & Monzer 2008)

3.1 Umsetzung in Deutschland

Schaeffer (1999) folgert aus pflege- und gesundheitswissenschaftlichen Überlegungen Ziele für ein Care Management zur Sicherung einer ganzheitlichen Versorgung. Eine Steuerung von Versorgungsabläufen ist dann effektiv und zugleich effizient, wenn die Bedingungen bedarfsgerecht geplant und zur Verfügung gestellt, eine Unter- oder Überversorgung vermieden und so auch wirtschaftlich sinnvoll gehandelt wird. Dies setzt systembedingte Rahmenbedingungen voraus, um die Angebotsstrukturen im Gesundheitswesen regional und möglichst individuell auf Personengruppen mit unterschiedlichen Bedarfslagen zu erfassen. Dieser Managementansatz im Gesundheitswesen begründet sich durch die Zunahme der Lebenserwartung und der in Deutschland vorherrschenden Thematik des Demographischen Wandels sowie der Veränderung des Krankheitsspektrums und dem damit verbundenen Pflegeaufwand. Die Zunahme der älteren Bevölkerung, Multimorbidität im Alter und die

stetigen Fortschritte im gesundheitlichen Versorgungsangebot erfordern eine flächendeckende Bedarfsanpassung im Versorgungssystem. Die damit einhergehenden Kostensteigerungen im Gesundheitswesen werfen den Blick auf die Effizienz der bestehenden Strukturen und ökonomisch relevante Aspekte. Dem gegenüber steht die Sicherung von Qualität sowie eine dem Bedarf angepasste Vorhaltung von Leistungen für Pflegebedürftige in unterschiedlichen Bedarfslagen. Die Versorgungssteuerung im deutschen System zielt auf die Priorisierung der ambulanten Versorgung (§3 SGB XI) ab. Sowohl ökonomische Gründe als auch der geäußerte Wunsch von Pflegebedürftigen und ihren Familien, in der eigenen Häuslichkeit versorgt zu werden, unterstützt diese Haltung. Das Ziel des Care Managements ist es, die Balance zwischen dem festgelegten, vorhandenen Leistungsangebot und dem tatsächlichen Bedarf bzw. den Bedürfnissen der Pflegebedürftigen zu halten. (Schäffer 1999, S.234-238)

Die beteiligten Akteure, wie die Länder, Kommunen, Dienstleister, Pflegekassen und der Medizinische Dienst, sollen in enger Zusammenarbeit handeln und die Integration der informellen Hilfe in den Versorgungsprozess fördern. Der §8 (1) im SGB XI sieht hier die Versorgung der pflegebedürftigen Bevölkerung als „gesamtgesellschaftliche Aufgabe“ in Deutschland.

Um diesen immer größer werdenden Anteil der Älteren und Hochaltrigen ein möglichst selbstbestimmtes Leben zu ermöglichen und den an der Versorgung Beteiligten eine Leitlinie zu geben, hat der vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend einberufene „Runde Tisch Pflege“ im Jahr 2005 die „Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen“ veröffentlicht. Die erarbeiteten Leitlinien geben Orientierung zum Versorgungsrahmen in der Pflege. (BMFSFJ, 2014)

3.1.1 Die Pflegeversicherung – ein Teilkaskoprinzip

Den vier Säulen der Sozialversicherung folgte am 26. Mai 1994 mit dem „Gesetz zur sozialen Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit“ (Pflegeversicherungsgesetz) und dem damit implementierten Sozialgesetzbuch (SGB XI) unter Arbeits- und Sozialminister Norbert Blüm (CDU) die soziale Pflegeversicherung.

Ihre Leistungen werden im Rahmen von pauschalisierten und festgelegten Leistungssätzen im Gegensatz zur gesetzlichen Krankenversicherung zwar auch durch Beiträge der Mitglieder und der Arbeitgeber finanziert, jedoch ohne Bedarfsdeckungsprinzip von den Pflegekassen getragen. Dadurch ist die Absicherung der Pflegebedürftigkeit einerseits aufgrund der

unzureichenden Bedarfsdeckung eingeschränkt. Andererseits findet mit der Prüfung des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen (MDK) die Einteilung der Pflegebedürftigen in voneinander abgegrenzte Bereiche (seit 2017 Pflegegrade) statt. Die Pflegeversicherung verfolgt ein „Teilkaskoprinzip“ unter den fünf Sozialversicherungen. Sie wird als soziales Hilfe- und Verantwortungssystem beschrieben, mit der Leitidee einer „neuen Kultur des Helfens“ (§8 (2) SGB XI) und einer Verteilung der Aufgaben bzw. Verantwortung zwischen Staat, Markt und Gesellschaft. Seit der Einführung der Pflegeversicherung wurde das informelle Pflegepotenzial in den Versorgungsprozess einkalkuliert. (Dammert 2009, S.10-12)

Der §4 (2) im SGB XI („Art und Umfang der Leistungen“) weist bei den häuslichen und teilstationären Unterstützungsleistungen auf eine „ergänzende“ Leistungserbringung der Pflegeversicherung zu den Aktivitäten der informellen Netzwerke hin. Die informelle Pflege ist mit den in Deutschland einhergehenden demographischen und gesellschaftsbezogenen Veränderungen als auch in der wandelbaren Solidaritätsbereitschaft bedingt einschätzbar. Der Leitgedanke der vorrangigen ambulanten Versorgung (§3 SGB XI) setzt das Vorhandensein von familialen Strukturen vor Ort und Flexibilität in Bezug auf die Mobilität voraus. Möglichkeiten der Organisation und (Teil-) Übernahme der Pflegetätigkeiten, die mit dem eigenen Lebensstil zu vereinbaren sind, werden von den genannten informellen Akteuren erwartet – bei gleichzeitigem Anstieg der gewünschten Flexibilität auf dem Arbeitsmarkt. (Dammert 2009, S.14-18)

Alle drei Jahre erfolgt nach §30 SGB XI eine „Dynamisierungsüberprüfung“ der Leistungen der Pflegeversicherung zur Absicherung der Versorgung Pflegebedürftiger. Gesellschaftliche und demographische Veränderungen sollen zudem durch finanzielle Förderung der Versorgungsforschung und der Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen (§8 (3) SGB XI, §45c/f, SGB XI) erkannt und Versorgungskonzepte an soziale und gesundheitsbezogene Faktoren kontinuierlich angepasst werden. Dies zeigt sich auch anhand kontinuierlich beschlossener Gesetzesänderungen und Reformen im Sozial- und Gesundheitswesen, die folgend im Bereich des informellen Pflegesektors beschrieben werden.

3.1.2 Änderungen der Sozialgesetzgebung im informellen Pflegesektor

Die gesetzlichen Ansprüche der Leistungnehmer an die Pflegeversicherung sind im SGB XI im §28 aufgelistet. Darunter fallen die Pflegesachleistung (§36), das Pflegegeld für selbst beschaffene Pflegehilfen (§37) als auch die mögliche Kombination aus Geld- und Sachleistung (§38). Um die häusliche Versorgung und die Pflege durch Angehörige oder sonstige informelle Hilfsstrukturen zu stärken, bietet der Gesetzgeber Leistungen bei Verhinderung

der Pflegeperson (§39) sowie Erleichterung durch die verstärkte Förderung von teilstationären Strukturen (§41), Angebote zur Unterstützung im Alltag und zweckgebundene Entlastungsbeträge für alternative Betreuung (§45a/b) an.

Unter Berücksichtigung der Fragestellung und den Fokus auf den informellen Pflegesektor im kommunalen Zusammenhang wird im Folgenden ein Überblick der relevanten Gesetzesänderungen zur Verbesserung der Versorgungssituation pflegebedürftiger Menschen und ihrer Angehörigen in Deutschland seit 2008 gegeben.

Das „Gesetz zur strukturellen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung“ (PflWG) trat 2008 in Kraft. Im Rahmen dessen wurde mit dem Artikel 3 eine Stärkung der ambulanten Versorgung durch die Unterstützung berufstätiger pflegender Angehöriger beabsichtigt. Neben der schrittweise finanziellen Anhebung der Leistungen (ambulante Sachleistung, Pflegegeld und stationäre Leistungen) wurde durch die Einrichtung von wohnortnahen Pflegestützpunkten und das Einsetzen von Pflegeberatern eine verbesserte Vernetzung der Pflege und die Qualität der Beratung und Betreuung angestrebt. (§7a-c im SGB XI) Die Pflegekassen wirken darauf hin, dass sich Kommunen, die Sozialhilfeträger, die örtlich tätigen Leistungserbringer, die Krankenkassen und die privaten Pflegeversicherungen am Pflegestützpunkt beteiligen (§7c (2) SGB XI).

Ein Kernelement des Pflegeneuausrichtungsgesetzes (PNG) im Jahr 2012 beinhaltet die Intention einer verbesserten Versorgung von Menschen mit Demenz in Hinblick auf Geld- oder Sachleistungen und neben Leistungen der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung auch das Angebot einer häuslichen Betreuung. Die Leistungsanspruchnahme in Bezug auf die Gestaltungsmöglichkeit der Leistungskomplexe und des Zeitvolumens der Pflegedienste für die Pflege in der Häuslichkeit wurde flexibilisiert (§ 35a SGB XI nach §17 (2-4) SGB IX). Mit der Förderung von ambulant betreuten Wohngruppen (§45e SGB XI), richtet sich der Gesetzgeber weiter nach dem Vorrang ambulanter Strukturen.

Das Inkrafttreten der drei Pflegestärkungsgesetze (PSG I-III) von 2015 bis 2017 beinhaltet die umfangreiche Reformierung der Pflegeversicherung. Sie leitet mit der Änderung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs (§14 SGB XI), der Implementierung eines ressourcenorientierten Neuen Begutachtungsassessments (NBA) und der Umstellung von drei Pflegestufen auf fünf Pflegegrade eine Umstrukturierung in der Pflege ein (§15 SGB XI).

Verbesserungen der ambulanten Pflegesachleistungen und der Förderung der teilstationären Strukturen werden mit Erhöhung der Leistungsbeträge und der Möglichkeit der finanziell voneinander unabhängigen Inanspruchnahme beabsichtigt (§36, 41 SGB XI). Angehörige

können seit dem Jahr 2015 eine Kurzzeitpflege anstatt von vier bis zu acht Wochen, im Fall einer Verhinderungspflege sechs (zuvor vier) Wochen unter Anrechnung des Anspruchs der jeweiligen anderen Leistung jährlich mit einem erhöhten Leistungsbetrag geltend machen (§§39, 42 SGB XI).

Niedrigschwellige Betreuungsleistungen werden um den zweckgebundenen Entlastungsbetrag ergänzt und sind für jede pflegebedürftige Person zugänglich. Mit diesen Leistungen können Kurzzeitpflege, Verhinderungspflege, teilstationäre Pflege, Betreuungsleistungen durch ambulante Dienste und durch das Land anerkannte Angebote zur Unterstützung im Alltag oder ehrenamtliche Helfer finanziert werden (§45a/b SGB XI).

Ein neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff wird mit dem zweiten Pflegestärkungsgesetz (PSG II) in die Pflegeversicherung eingeführt (§14 SGB XI), der Pflegebedürftige ab dem 01. Januar 2017 anhand eines neuen Begutachtungsverfahrens in Pflegegrade einteilt (§15 SGB XI). Bei der Einschätzung nach dem Grad der Selbstständigkeit in Bezug auf körperliche und nun auch geistige und psychische Einschränkungen werden Menschen mit Demenz verstärkt berücksichtigt (MDS ohne Jahreszahl, S.4-11).

Das bisher letzte Pflegestärkungsgesetz (PSG III) trat zum 01. Januar 2017 in Kraft und intendiert eine Stärkung der Kommunen. Im Rahmen von ausgewählten Modellkommunen können diese eine Verantwortungsübernahme in der Beratungsstruktur zu den Sozialleistungen in einem Gesamtkonzept erproben (§123 (1) SGB XI).

3.2 Kommunale Seniorenpolitik und Daseinsvorsorge

Die bereits viele Jahre diskutierten demographischen Entwicklungen und ihre möglichen Auswirkungen auf die Versorgung einzelner Bevölkerungsgruppen, deuten auf eine verstärkte Fokussierung der Politik auf die alternde Gesellschaft in Deutschland hin. Gesundheit und soziale Sicherung sind für diese Bevölkerungsgruppe bestimmende Faktoren der Lebensqualität im Alter (Kümpers & Heusinger 2012, S.7-8). An diesem Punkt greift aufgrund der regionalen Strukturunterschiede innerhalb der Länder und einzelner Kommunen die Aufgabe der kommunalen Selbstverwaltung (GG Artikel 28 (2)) sowie das Prinzip der Daseinsvorsorge, lokale Rahmenbedingungen auf gesetzlicher Grundlage für ein eigenständiges, selbstbestimmtes Leben und soziale Teilhabe zu ermöglichen.

In der Stellungnahme der Bundesregierung zum „Siebten Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland“ (2016) wird der lokalen Seniorenpolitik in Bezug auf eine kommunale Daseinsvorsorge und gezielte Sozialraumgestaltung für die älteren Bewohner eine hohe Bedeutung zugewiesen. So wird verdeutlicht, dass im Rahmen lokaler

Politik eine Verbesserung von Kooperation und Vernetzung zwischen Verwaltung, Gesellschaft und dem Gesundheits- und Pflegebereich sowie der Vorhaltung bedarfsgerechter Versorgungsstrukturen eine bedeutende Relevanz darstellt. (BT 18/10210a, 2016, S.IV-VIII)

Je nach regionalen bzw. bereits vorhandenen Strukturen nehmen Kommunen ihre Aufgaben wahr: beispielsweise in den Bereichen der Hilfe zur Pflege (SGB XII), der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderung (SGB XII) sowie in Form von Beratungs- und Koordinierungsstellen, familienentlastenden und -unterstützenden Hilfen, rechtlicher Betreuung und Maßnahmen zur barrierearmen Nutzung des Öffentlichen Personennahverkehrs (BT-Drucksache 18/10210b 2016, S.28-30).

Im Bereich der pflegerischen Versorgung sind Kommunen in ihren Handlungs- und Einflussmöglichkeiten eingeschränkt handlungsfähig, da Steuerungsmöglichkeiten weitestgehend der Bundes- und Länderebene (Sozialgesetzgebung) obliegen. Kommunen können auf eine freiwillige Aufgabenwahrnehmung nach finanziellen Möglichkeiten und politischem Willen im Rahmen der Daseinsvorsorge zurückgreifen. (Schnitger et al. 2016, S.1-4)

Neben einer aufeinander abgestimmten ambulanten und stationären pflegerischen Versorgungsstruktur für pflegebedürftige Menschen in der Region, beinhaltet bedarfsgerechte Versorgung eine wohnortnahe Beratung, die individuell und umfangreich Informationen effizient und neutral im Sinne des Case Management-Ansatzes weitergibt. Sie trägt so zur Vermeidung und Bewältigung von Pflegebedürftigkeit bei. Innerhalb der Sozialraumgestaltung der Kommunen kann ergänzend zu einer seniorengerechten Wohnraumplanung und den bestehenden Versorgungsstrukturen professioneller Leistungserbringer auf Unterstützungsmaßnahmen im bürgerschaftlichen Engagement, der Familie, Ehrenamt und Nachbarschaftshilfen hingewirkt werden. (BMG 2015, S.2-10)

3.3 Einordnung in die Sozialplanung des Kreises Pinneberg

Der Kreis Pinneberg ist untergliedert in 49 Kommunen, davon 8 Städte, 5 amtsfreie Gemeinden und 36 amtsangehörige Gemeinden mit einer Kreisverwaltung ansässig in Elmshorn.

Die Kreisverwaltung zählt als kommunale Verwaltungseinheit Bereiche der Sozialleistungen im Rahmen der allgemeinen Daseinsvorsorge zu ihren strategischen Aufgaben (Deutscher Landkreistag 2017). Neben den (gesetzlichen) Stabstellen und Zentralfunktionen unter Leitung des Landrats, ist die Verwaltungsstruktur im Kreis Pinneberg in drei Fachbereiche untergliedert (Anhang B, S.94). Der „Fachbereich Soziales, Jugend, Schule und Gesundheit“ ist für die Felder Gesundheit und Pflege koordinierender Ansprechpartner im Kreisgebiet.

Die Sozialplanung wird in der Literatur als

„(...) Planungs- und Handlungsprozess, der als soziale Infrastrukturplanung, im Rahmen der kommunalen Sozialpolitik, der vorbeugend ansetzenden sozialen Kommunalpolitik und der aktiven Gesellschaftspolitik abläuft“ (Feldmann 1986, S.17)

beschrieben. Der Kreis Pinneberg intendiert mit der Umsetzung seiner Sozialplanung die Unterstützung und aktive Gestaltung der lokalen Sozialpolitik. Mit ihrem partizipativen Ansatz werden unter Einbezug statistischer Daten und Ergebnisse aus Arbeits- und Fokusgruppen konkrete Empfehlungen zu relevanten Handlungsfeldern in einem sich jährlich wiederholenden Prozess erarbeitet, evaluiert und abgebildet. (Anhang B, S.95) Die endgültige Entscheidung über eine Umsetzung der Handlungsempfehlungen z.B. im Handlungsfeld „Ärztliche Versorgung und Pflege“ (Kreisverwaltung Pinneberg 2017, S.44-46) trifft nach abschließender Vorstellung der Kreistag.

4. Pflegebedarfsprognose

Der prozentuale Bevölkerungsanteil von älteren Menschen in Deutschland steigt im Zuge des demografischen Wandels an, sobald die geburtenstarken Jahrgänge der 50er und 60er Jahre in das altersbedingte Risiko der Pflegebedürftigkeit gelangen. Im gleichen Zug sinkt die Zahl der potenziellen Pflegepersonen pro Pflegebedürftigen, die Frauenerwerbsquote steigt und die Ein-Personen-Haushalte nehmen prognostisch zu. Folglich ist mit einem erhöhten Bedarf an Versorgungsangeboten und sozialgesellschaftlichen Entwicklungen zu rechnen. (Rothgang et al. 2012, S.6,10)

Für den Kreis Pinneberg wurde 2014 im Rahmen eines Leitprojekts der Metropolregion Hamburg eine „Kleinräumige Bevölkerungs- und Haushaltsprognose“ erstellt und in diesem Jahr aufgrund veränderter Datenausgangslage noch einmal wiederholt. Kreisbezogene statistische Daten wurden mit Prozessbeteiligung der Kommunen in Hinblick auf Bevölkerungs- und Haushaltsentwicklungen analysiert. Grundsätzlich ist darauf hinzuweisen, dass bei der Aussagekraft einer Prognose auf Basis statistischer Daten, besonders im kleinräumigen Bereich, unvorhersehbare Änderungen, durch z.B. Wanderungsbewegungen, Bauvorhaben oder Abweichungen in den Geburten- oder Sterberaten, zu beachten sind. Die Prognose bis 2030 bietet dennoch eine Planungsgrundlage eine strukturierte Kreisentwicklung und Steuerungsmöglichkeiten sowie eine Tendenz für mögliche Bedarfe alternativer Wohnraum- und Versorgungskonzepte (GGR 2014, S.17).

Eine „Vorausschätzung des künftigen Pflegebedarfes im Kreis Pinneberg“² basierend auf der Datenanalyse von 2014 wurde als Zusatz für den Bereich Pflege mit Blick auf das häusliche Pflegepotenzial erstellt.

Im Folgenden werden diese Daten mit den derzeitig bestehenden Angebots- und Versorgungsstrukturen im Kreis Pinneberg in Bezug gesetzt. Die daraus resultierenden Ergebnisse und Schlüsse führen in einer zusammenfassenden Betrachtung auf in Zukunft zu erwartende Handlungsbedarfe in der pflegerischen ambulanten Versorgung hin.

4.1 Relevante Daten und Prognosen mit Bezug auf Kreis Pinneberg

Voraussetzung für eine aussagekräftige Betrachtung des pflegerischen Versorgungspotenzials im Kreis Pinneberg sind zunächst rahmengebende Daten und Fakten bezüglich einer Bevölkerungsentwicklung sowie vorhandener Strukturen im Untersuchungsraum.

² bisher nicht veröffentlicht

Der Kreis Pinneberg liegt im nördlichen Schleswig-Holstein und ist mit 664,28 km² der flächenkleinste im Bundesland. Im Gegensatz dazu weist er mit 11% den höchsten Bevölkerungsanteil bei einer Dichte von 463 Personen/ km² auf (GV-ISys 2015). Der Anteil der Siedlungs- und Verkehrsfläche im Verhältnis zu dem der landwirtschaftlichen Fläche beträgt 21,5% zu 61,7% (Regionalatlas 2015). So sind im Kreisgebiet unterschiedliche Besiedlungsstrukturen zu verzeichnen. Entsprechend hohe Bevölkerungszahlen weisen die Städte und Gemeinden an Hamburg angrenzend auf. (Anhang B, S.96)

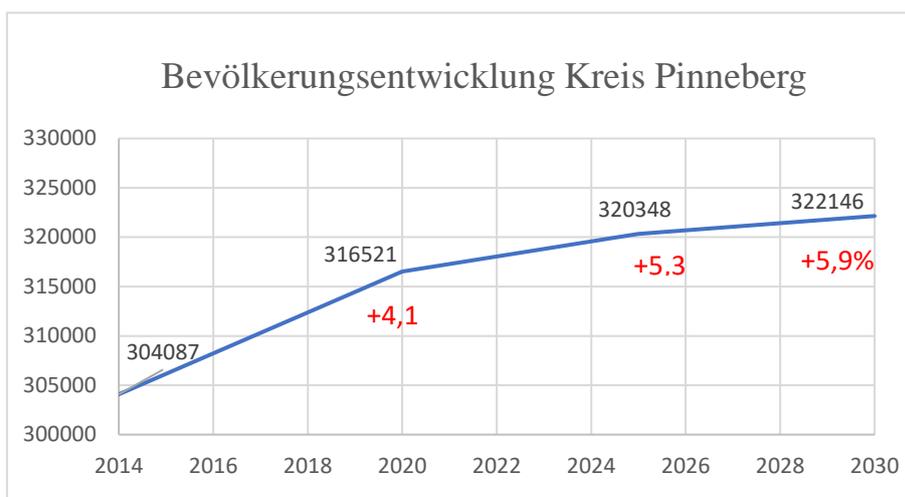


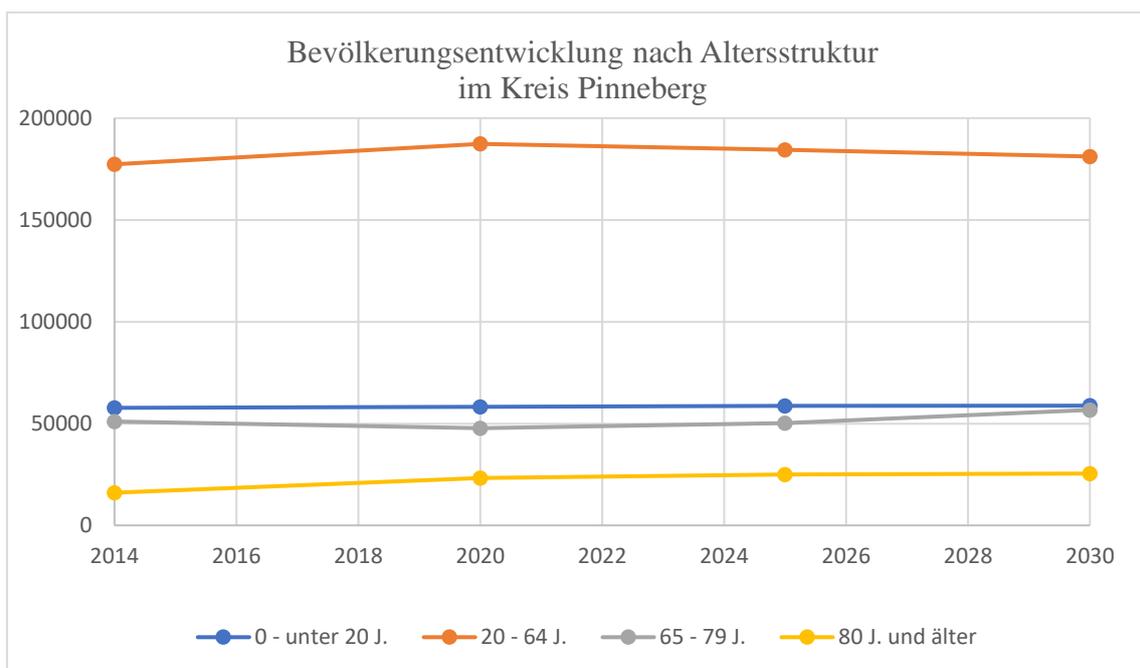
Abbildung 2: Bevölkerungsentwicklung im Kreis Pinneberg (eigene Darstellung)³

Anhand neuester Datenberechnungen des Statistischen Landesamts Nord (StaLa Nord 2017) lässt sich ein prognostiziertes Bevölkerungswachstum bis zum Jahr 2030 feststellen (Abbildung 2). Da die Sterbefälle in den vergangenen Jahren die Geburtenzahlen stetig überstiegen haben, ist eine positive Wanderungsrate, vor allem aus dem Hamburger Raum und durch junge Familien, Grund des Bevölkerungswachstums im Kreis. Generell überwiegen die Zuwanderungen aller Altersgruppen den Abwanderungen. (Kreis Pinneberg 2017, S.6-7)

Der Demographische Wandel lässt sich unter anderem mit der Verteilung und Entwicklung unterschiedlicher Altersstrukturen begründen. So stieg der Anteil der 75-jährigen und Älteren im Kreis Pinneberg stetig von 7,7% im Jahr 2005 auf 11,2% zum Jahresende 2015 an (destatis 2008/2010/2012/2013; StaLa Nord 2017).

³ nach StaLa Nord/ GGR 2017 – bisher unveröffentlicht

Eine Unterteilung der vorliegenden Prognosedaten des StaLa Nord in vier Altersgruppen bestätigt eine zu erwartende Alterung der Gesellschaft (Abbildung 3). Während bei den „unter 20-jährigen“ und „20 - 64-jährigen“ ein Anstieg von +1,8% bzw. +2,2% zu vermerken ist, steigt die prozentuale Anzahl der „65 -79-jährigen“ und „80 Jahre und älteren“ im Verhältnis deutlich an (11,1% bzw. 58,7%) (Anhang C, S.99-101).



	2014	2020	2025	2030
0 - unter 20 Jahre	57741	(+0,8%)	(+1,6%)	(+1,8%)
20 - 64 Jahre	177327	(+5,7%)	(+4,0%)	(+2,2%)
65 - 79 Jahre	51062	(-6,5%)	(-1,5%)	(+11,0%)
80 Jahr und älter	16048	(+44,9%)	(+56,2%)	(+58,6%)

Abbildung 3: Bevölkerungsentwicklung im Kreis Pinneberg nach Altersstruktur (eigene Darstellung)⁴

Nach den neuesten Daten der Bevölkerungs- und Haushaltsprognose (StaLa Nord, GGR 2017) lassen vermehrte Zuwanderungen und die Alterung der Gesellschaft die Zahl der Haushalte im Kreis bis 2030 um +8,6% ansteigen. Zu erkennen ist eine deutliche Zunahme der Ein- bis Zwei-Personenhaushalte (ca. +13% bzw. 10,9%) und eine kontinuierliche Abnahme der Mehrpersonenhaushalte. (Anhang C, S.102)

⁴ nach StaLa Nord/ GGR 2017 – bisher unveröffentlicht

In der vorangegangenen Prognose von 2014 wurde die Entwicklung neben Haushaltsgrößen auch nach dem Alter differenziert. Die stärkste relative Zunahme von +80% entfiel auf Haushaltsvorstände im Alter von 80 Jahren und mehr. Etwas weniger als die Hälfte (+38%) verzeichneten diejenigen mit 60 - 70-jährigen Vorständen.

Während die Haushalte mit Kind nach 2015 rückläufig sind (2030 bis -8% gegenüber 2012), nimmt die Zahl der Single-Haushalte (über 60-jährige) deutlich zu (2030 bis + 33% gegenüber 2012) (Anhang C, S.103). Diese Ergebnisse wurden anhand von Daten der Altersstrukturveränderungen sowie der Geburtenrückgänge erstellt (GGR 2014). Eine erneute differenzierte Berechnung der Haushalte nach Altersstruktur ist ausstehend.

4.2 Pflegebedarfsermittlung

Bei einer Analyse der Versorgungssituation pflegebedürftiger Menschen ist der Ort der Pflege zu betrachten: die Versorgung in einer stationären Pflegeeinrichtung, die Möglichkeit der teilstationären Pflege (Tagespflege) oder der ambulanten Pflege in der Häuslichkeit in Kombination mit informeller Hilfe. Der Grad der Inanspruchnahme von Leistungen der Pflegeversicherung und der Bedarf an Hilfeleistungen sind weitere beschreibende Aspekte der unterschiedlichen Versorgungsarrangements. (Blinkert & Klie 2008, S.25)

Mit der Alterung der Bevölkerung und dem neuesten Gesetzgebungsverfahren sind auch die Zahlen der Pflegebedürftigen in den letzten Jahren gestiegen. Waren es im Kreis Pinneberg im Jahr 2009 noch 7800 stieg die Zahl bis Ende 2015 auf 10000 Menschen, die Leistungen der Pflegeversicherung in Anspruch nahmen. Zu beobachten ist, dass in diesem Zeitraum zahlenmäßig die Inanspruchnahme aller Versorgungsarten (ambulante Pflege, stationäre Pflege und Pflegegeldempfänger) gestiegen ist. Prozentual gesehen, nahm der Anteil der ambulanten Versorgung in Kombination mit Pflegegeld zu, der stationäre Anteil hingegen reduzierte sich stetig. Anhand statistischer Daten ist weiterhin zu erkennen, dass der Anteil der hochaltrigen Pflegebedürftigen in der vollstationären Versorgung am größten ist. (Abbildung 4, 5 und 6)

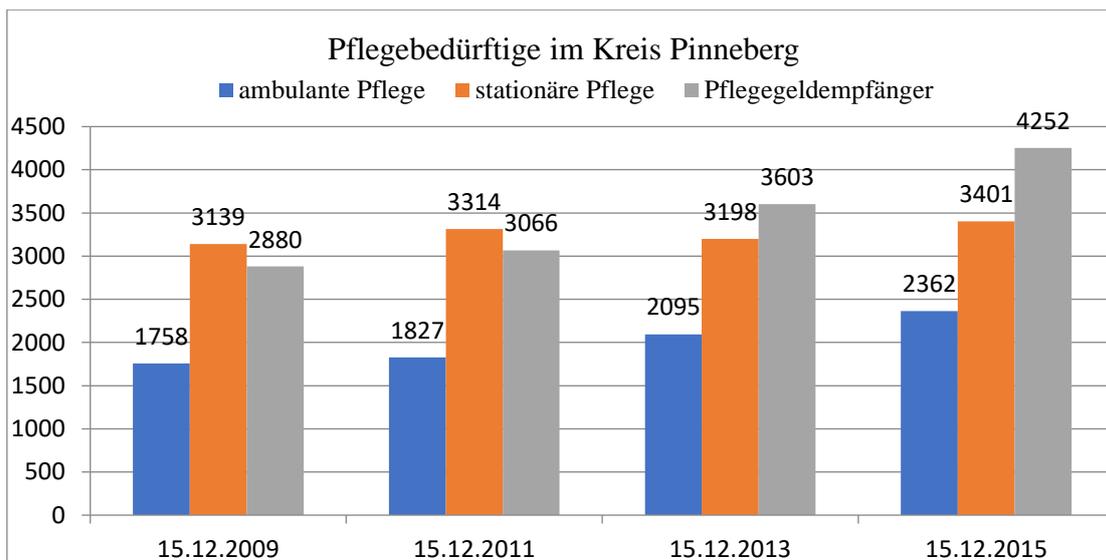


Abbildung 4: Pflegebedürftige im Kreis Pinneberg (eigene Darstellung)⁵

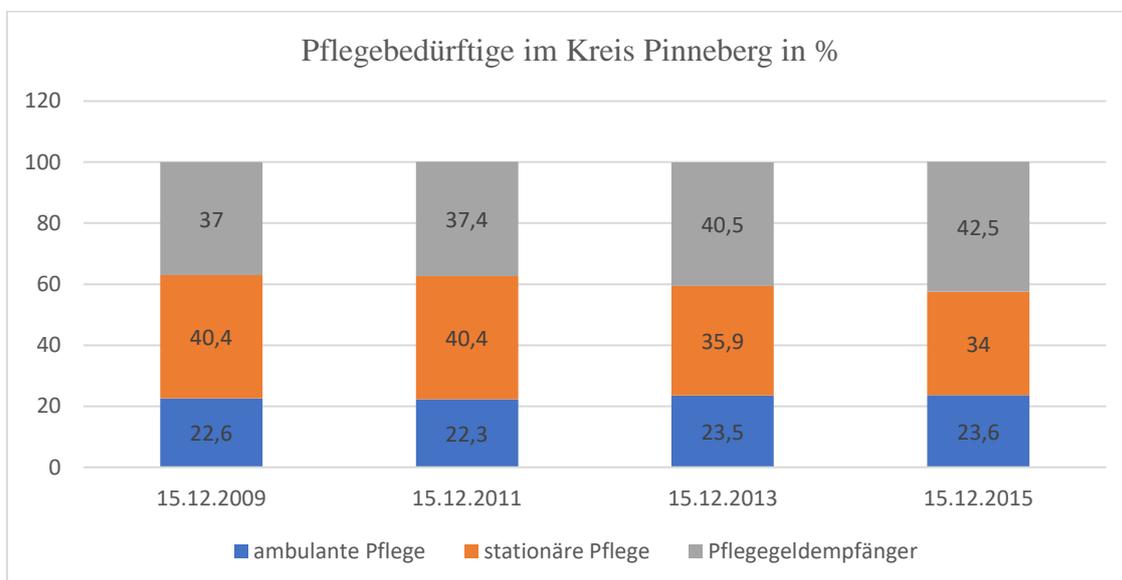


Abbildung 5: Inanspruchnahme der Versorgungssektoren im Kreis Pinneberg (eigene Darstellung)³

Bei Konstanz einer altersbedingten Pflegewahrscheinlichkeit (je älter, desto höher das Risiko der Pflegebedürftigkeit), ist in Anbetracht der Bevölkerungsentwicklung bis 2030 mit einem Anstieg der Zahl der Pflegebedürftigen zu rechnen (GGR 2015). Mit Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffes ist weiterhin eine Zunahme von Leistungsempfängern zu erwarten (MDS ohne Jahreszahl, S.3).

⁵ StaLa Nord 2017 (unter: http://region.statistik-nord.de/detail_timeline/14/1405/2/1/349/ [Zugriff: 18.07.2017])

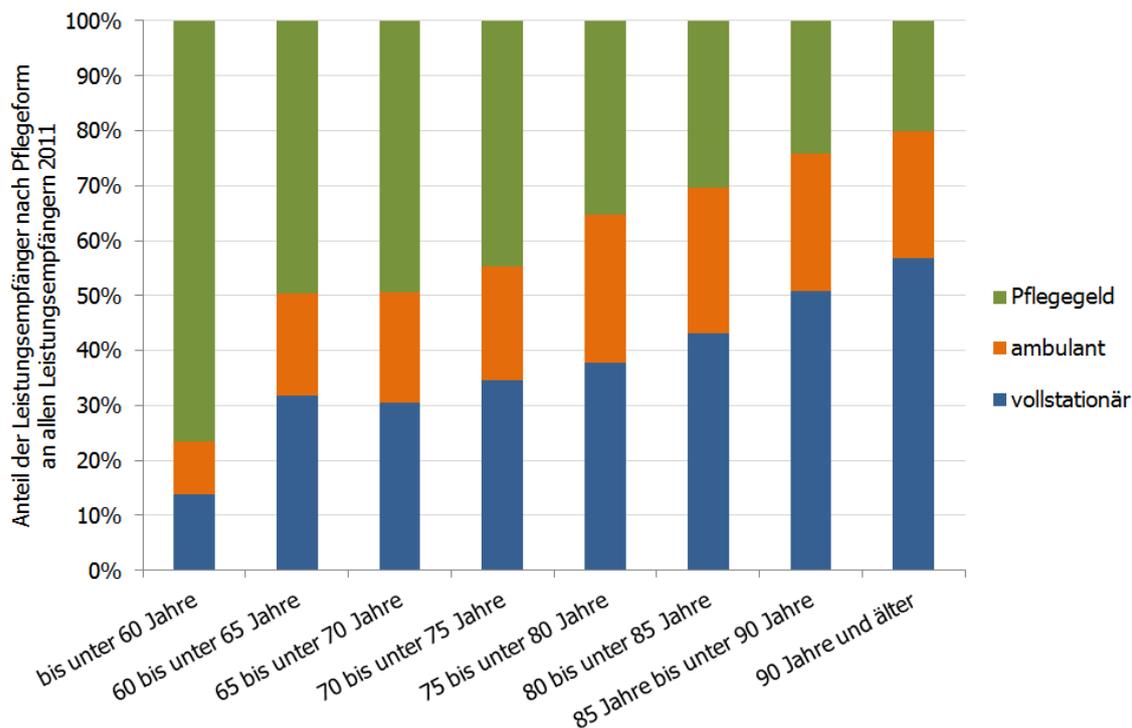


Abbildung 6: Anteil der Leistungsempfänger nach Alter im Kreis Pinneberg (GGR 2015, Datenquelle: StaLa Nord)⁶

Die personelle Situation und Struktur der Versorgungssektoren mit Pflegefachkräften und ehrenamtlichen Helfern ist bei einer Analyse ebenfalls zu berücksichtigen. Gesundheitspersonal in Schleswig-Holstein arbeitet überwiegend in Krankenhäusern (18,7%), stationärer/teilstationärer Pflege (15,1%) und ambulanten Pflege (5,8%). Dabei sind meist weibliche Mitarbeiterinnen in den Einrichtungen beschäftigt. (StaLa Nord 2017, S.3) Von den insgesamt 42300 Beschäftigten arbeiten 64% in Teilzeit (davon 78% im ambulanten Dienst) und 84% Frauen sind in der Pflege tätig. Wie landesweit zeichnet sich diese Tendenz auch im Kreis Pinneberg ab (61% Teilzeitbeschäftigte). Der Anteil derjenigen, die im Prognosezeitraum bis 2030 ins Rentenalter gelangen, liegt bei 23% (über 55 Jahre) und mehr (Anteil der 25-55-jährigen) (Anhang C, S.104). Bei steigender Anzahl der Pflegebedürftigen ist daher eine Versorgungslücke der professionellen Pflege zu prognostizieren, wenn einerseits der Nachwuchs in diesem Arbeitsfeld diese nicht kompensieren kann und weiterhin ein Fachkräftemangel vorherrscht.

⁶ aus: GGR (2015): „Vorausschätzung des künftigen Pflegebedarfes im Kreis Pinneberg“, basierend auf den Daten der „Kleinräumigen Bevölkerungs- und Haushaltsprognose“ 2014 – bisher unveröffentlicht

4.2.1 Versorgungssektoren der Pflege

Stationäre Pflegeeinrichtungen bieten den Pflegebedürftigen im Sinne des SGB XI ganztätig (vollstationär) und tagsüber (teilstationär) pflegerische Versorgung durch professioneller Pflegefachkräfte (§§42-43 SGB XI). Für die häusliche Versorgung, im Rahmen der Grund- und Behandlungspflege sowie Betreuungs- und Hauswirtschaftsleistungen, können Pflegebedürftige Dienste der ambulanten Pflegeeinrichtungen in Anspruch nehmen (§36 SGB XI). Ergänzende Strukturen, wie ehrenamtliche Tätigkeiten, Beratungs-/ Schulungsleistungen (z.B. Pflegestützpunkt) sowie alternative Wohnformen (s. Kapitel 5.2), unterstützen die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen in der Versorgung.

Die pflegerischen Versorgungsstrukturen wurden im Rahmen einer Datenrecherche mithilfe der Kreisverwaltung Pinneberg zunächst zahlenmäßig aufgelistet und regional mit ihren Standorten dargestellt (Anhang D, S.105).

Insgesamt 43 stationäre Einrichtungen decken mit 3607 Bettenplätzen (etwa 115 Plätze je 10.000 Einwohner) den Bereich der Dauer- und Kurzzeitpflege ab. Die Auslastung belief sich im Jahr 2016 auf ca. 91%. (Anhang D, S.107). Eine genaue Aussage über die tatsächliche durchschnittliche Belegung ließ sich aufgrund der Inanspruchnahme von Doppelzimmern einzelner Pflegebedürftige und Bettensperrungen bei Personalnotstand nicht treffen.

Für die Unterstützung der häuslichen Pflege wurden teilstationäre Strukturen von der Gesetzgebung in den letzten Jahren gefördert. Durch die Möglichkeit der Inanspruchnahme von Kombinationsleistungen und dem Angebot, pflegebedürftige Angehörige tagsüber in professionell betreute Tagespflegeeinrichtungen unterzubringen, steigerte sich die Anzahl von drei Tagespflegen mit insgesamt 44 verfügbaren Plätzen (2001) auf derzeit 11 Einrichtungen (Anhang D, S.106). Die 189 Plätze sind von Pflegebedürftigen in Kontinuität und Frequenz je nach Bedarfslage unterschiedlich belegt. Auf eine genaue Datenerfassung über Belegungszahlen wurde daher verzichtet. Der stetige Ausbau der teilstationären Strukturen weist dennoch auf eine erhöhte Nachfrage dieser Versorgungsart hin.

Ambulante Pflegedienste sind direkter professioneller Ansprechpartner bei Pflege in der eigenen Häuslichkeit. Im Kreis Pinneberg versorgen 56 Einrichtungen die etwa 2400 Empfänger mit ambulanten pflegerischen und hauswirtschaftlichen Dienstleistungen (Anhang D, S.108-110). Des Weiteren bieten sie ihre Leistungen bei der wachsenden Zahl an senioren-gerechten Wohnprojekten mit Serviceangebot an. Deren Anzahl steigerte sich im Jahr 2001 von sieben auf derzeit 19 Wohnprojekte und bestätigt den Bedarf an altersgerechten und

ambulanten Wohnformen. Als alternative Wohnformen gelten zusätzlich sogenannte ambulant betreute Senioren-Wohngemeinschaften. Im Kreis Pinneberg wurden bisher sieben mit Schwerpunkt auf Demenzversorgung gegründet (Anhang D, S.111-114).

Als zentrale und neutrale Beratungsanlaufstelle über die regionalen Versorgungsstrukturen und allgemeinen Pflege Themen, nimmt der Pflegestützpunkt (PSP) die Aufgaben einer umfassenden Beratung, Vermittlungs- und Informationsweitergabe wahr. Um regional für eine höhere Anzahl an Beratungssuchenden erreichbar zu sein, finden zusätzlich externe offene Beratungssprechstunden statt (Vortrag PSP 2016).

Eine Auflistung der bestehenden ehrenamtlichen Versorgungsangebote konnte mithilfe der Datensammlung des Pflegestützpunktes erfolgen. Anerkannte niedrighschwellige Betreuungsangebote werden überwiegend von der Alzheimer Gesellschaft Kreis Pinneberg e.V. für Menschen mit Demenz und ihre Angehörigen angeboten. Die AWO Schleswig-Holstein gGmbH und der ASB-Regionalverband Pinneberg/Steinburg bieten ebenfalls Betreuungsangebote an (Anhang D, S.119). Die derzeit acht ehrenamtlichen Anbieter von Besuchsdiensten sowie 15 Seniorenbetreuungen, die meist von jeweils einer Person angeboten werden, decken hauptsächlich größere Städte im Kreis Pinneberg und den südöstlichen Raum an Hamburg angrenzend ab (Anhang D, S.115-118). Eine Versorgungslücke der ehrenamtlichen Unterstützung im nördlichen, bzw. gering besiedelten Bereich ist zu erwarten. Inwieweit Nachbarschaftshilfe im ländlichen Raum eine Rolle im informellen Setting einnimmt, bleibt an dieser Stelle unklar. Für eine aussagekräftige Bedarfsermittlung und Datenlage im Bereich der ehrenamtlichen Tätigkeiten wäre eine umfangreiche quantitative als auch qualitative Datenerhebung notwendig.

4.2.2 Fokus: Bedarfsprognose im informellen Sektor

Eine kleinräumige Differenzierung des künftigen Pflegebedarfes mit Blick auf das informelle Pflegepotential ist anhand der bestehenden Datenlage prognostisch schwer einzuschätzen. Auf aussagekräftige datengestützte Erkenntnisse ist im kleinräumigen Setting aus Datenschutzgründen nicht zurückzugreifen. Diese müssten an anderer Stelle durch umfangreiche Datenerhebungen erweitert werden.

Basierend auf den Daten der „Bevölkerungs- und Haushaltsprognose“ von 2014 wurde für den Kreis Pinneberg eine „Vorausschätzung des künftigen Pflegebedarfes“ im Hinblick auf die räumliche Verteilung und des häuslichen Pflegepotentials erstellt. Mittels Quotenbildung (8 Altersklassen x 2 Geschlechter x 3 Pflegeformen) wurden unterschiedliche Szenarien erarbeitet. Ein Szenario beinhaltet den Einbezug des häuslichen Pflegepotentials. Dafür wurde

die Anzahl und Altersstruktur der Menschen, die als Angehörige die informelle Pflege leisten, geschätzt. Als Ergebnis ist festzustellen, dass die Anzahl der potentiellen Pflegepersonen bis zum Jahr 2030 um +12% anwächst. Dem gegenüber steht eine Steigerung der Anzahl der informell zu betreuenden Personen um +37%. Daraus lässt sich schließen, dass es eine Versorgungslücke an Pflegepersonen geben wird, die zu einer zusätzlichen Nachfrage im professionellen, ambulanten Bereich führen kann. (GGR 2015)

Ende 2015 verzeichnete Schleswig-Holstein bereits eine der höchsten Wachstumsraten der ambulant Versorgten (+16,8% gegenüber 2013) (Destatis 2017, S.7). Angesichts der neuesten Entwicklungen in der Pflegeversicherung ist mit einem Anstieg der Pflegegeldempfänger und des Bedarfes an häuslicher Pflege, professionell ambulant oder/und informell, zu rechnen. Eine Kontaktaufnahme mit dem zuständigen Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK Nord) brachte Ergebnisse der Erstbegutachtungen (Anfang Januar - Ende April 2017) nach dem neuen Verfahren. Dabei wurden aus Datenschutzgründen Postleitzahlen im Kreisgebiet so zusammengefasst, dass keine Rückschlüsse auf Einzelpersonen möglich waren (Anhang D, S.120-121). Der medizinische Dienst der Privaten (Medicproof) konnte aufgrund zu geringer Datenmenge (Datenschutz) keine Auskunft geben.

Der größte Anteil an Pflegebedürftigen fällt hierbei in allen Gebietseinteilungen auf die Pflegegrade 1 und 2, die vorwiegend ambulante Leistungen in Anspruch nehmen. Die Nachfrage nach ambulanten Dienstleistungen, Betreuungsleistungen sowie Hauswirtschaft wird unter diesen Gesichtspunkten voraussichtlich weiter ansteigen. Bei denjenigen, die keinen Pflegegrad erhalten haben, ist ein niedrighschwelliger Hilfebedarf zu erwarten. Eine valide Aussage über die weitere Entwicklung nach der neuen Gesetzgebung ist jedoch aufgrund des geringen Zeitraums zur Datenerhebung noch nicht möglich.

4.3 Zusammenfassende Betrachtung

Aus den vorliegenden Daten und Prognosen lässt sich schlussfolgern, dass im Kreis Pinneberg mit einem weiteren Bevölkerungswachstum zu rechnen ist. Ein Hauptgrund dafür sind Zuzüge in den Kreis. Ein weiteres Anwachsen der älteren geburtenstarken Generation ist in den nächsten Jahren prognostisch zu erwarten. Dem steht ein verhältnismäßig geringer Anstieg der jüngeren, potenziell pflegenden Generation, gegenüber. Es wird zu einer Versorgungslücke im informellen Pflegebereich kommen, wenn beruflich bedingte Flexibilität und Mobilität das Familienleben der Pflegepersonen zukünftig weiter beeinflussen. Das informelle Potenzial der Ehrenamtsstrukturen und Nachbarschaftshilfe wird nach dem jetzigen Stand diese Lücke, vor allem im ländlichen Raum, nicht abdecken können.

Der Ausbau von professionellen ambulanten und teilstationären Strukturen, sowie ambulant betreute Wohngemeinschaften und die prozentual steigende Tendenz, ambulante Pflege und Pflegegeld in Anspruch zu nehmen, deutet auf einen nötigen Ausbau der außerstationären, alternativen Versorgungsformen hin. Der größte Anteil der Erstbegutachtungen nach dem NBA im Kreis Pinneberg ist auf die Pflegegrade 1 und 2 verteilt. Bei denjenigen, die nach der Begutachtung keinen Pflegegrad erhalten haben, ist dennoch ein individueller Hilfebedarf zu erwarten, der mit ehrenamtlichen bzw. nachbarschaftlichen Hilfsangeboten abgedeckt werden könnte.

Die Anzahl Pflegebedürftiger im Kreis Pinneberg ist in den letzten Jahren nachweislich stetig gestiegen sowie das prozentuale Verhältnis der Pflegegeldempfänger und der Inanspruchnahme ambulanter Pflege. Mit der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffes haben mehr Menschen Anspruch auf Leistungen der Pflegeversicherung. Insbesondere bei Krankheitsbildern wie Demenz und andere kognitive/ psychische Beeinträchtigungen ist mit einem erhöhten Bedarf an Betreuungs- und Hauswirtschaftsleistungen zu rechnen. Dieser Trend wird mit Blick auf die Bevölkerungsentwicklung weiter richtungsweisend für den Ausbau von Versorgungsstrukturen im informellen Sektor sein.

Eine höhere Anzahl an Ein- bis Zwei-Personenhaushalten und die Alterung der Bevölkerung im Kreis Pinneberg kann weiterhin mit einer steigenden Nachfrage von kleineren altersgerechten Wohnungen einhergehen. Der bisher stetige Bau von seniorenrechtlichen Wohnangeboten mit Serviceleistungen bestätigt dies zusätzlich.

Die prognostizierte Haushaltsentwicklung und ein zukünftiger Rückgang des informellen Pflegepotenzials lassen vermuten, dass Pflegebedürftige mit wenig ausgeprägten sozialen Netzwerkstrukturen vor Ort leben werden. Mit einer Abnahme von Mehrpersonenhaushalten im ländlichen bzw. gering besiedelten Raum ist eine häusliche Versorgung schwerer zu gewährleisten. Dort zeigt sich im Vergleich zum städtischen Bereich eine niedrigere Versorgungsstrukturdichte im professionellen Pflegesektor. Neu zugezogene junge Familien können ähnlich fehlende Kontakte (z.B. durch einen eng strukturierten Alltag im Berufs- und Familienleben und fehlende Verwandtschaft vor Ort) aufweisen. Ein Zusammenführen dieser Altersgruppen könnte durch gegenseitige Unterstützung einen positiven Synergieeffekt erzielen (s. Kapitel 5.3).

5.1 Akteure im kommunalen Sozial- und Gesundheitsbereich

Mit Blick auf den informellen Sektor zeigt der folgende Abschnitt einige Institutionen, die dem Pflegebedürftigen und seinen Angehörigen Unterstützung und Beratung anbieten. Ferner wird Bezug auf die informellen Versorgungsangebote und die Zusammenarbeit der einzelnen Akteure im Kreis Pinneberg genommen. Tendenzbringende Erkenntnisse darüber wurden anhand von Experteninterviews direkt vor Ort gewonnen.

5.1.1 Kreis Pinneberg als Akteur im Sozial- und Gesundheitswesens

Der Kreis Pinneberg erfüllt Planungs-, Steuerungs- und Koordinierungsaufgaben im Bereich des Sozial- und Gesundheitswesens. Des Weiteren nimmt er als Informations- und Beratungsstelle für die Kommunen eine Akteursrolle im Pflegesetting (Abbildung 7) ein.

Auf kommunaler Ebene ist eine differenzierte Betrachtung von Trends, Prognosen und deren Folgen auf gesamtgesellschaftlicher Ebene Voraussetzung für eine Steuerung und ganzheitliche, sektorenübergreifende Gestaltung von geeigneten Rahmenbedingungen. Mit unterschiedlichen Perspektiven der partizipativen Sozialplanung („Handlungsfelder“), Analysen und Prognosen mit kleinräumiger Betrachtung der Bevölkerungsentwicklung und -dynamik („Kleinräumige Bevölkerungs- und Haushaltsprognose) sowie Informationen über die örtlichen Angebotsstrukturen und Bedarfslagen („Vorausschätzung des künftigen Pflegebedarfes im Kreis Pinneberg“, „Pflegebedarfsplan“, „Datenreport“ etc.) werden aus Handlungsfeldern strategische Empfehlungen entwickelt.

In Bezug auf eine seniorenbezogene Ausrichtung der lokalen Versorgungsgestaltung agiert der Kreis als Sozialhilfeträger in der Steuerung und Kontrolle von Versorgungsstrukturen überwiegend anhand von Ausführungen der Sozialgesetzbücher XI und XII (z.B. Vertragswesen Leistungs- und Vergütungsvereinbarungen, „Hilfe zur Pflege“, „Altenhilfe“, Haushaltshilfe, „Grundsicherung für Ältere und dauerhaft Erwerbsgeminderte“). Die Umsetzung der Landesvorschriften und Prüfung von politischen Fragestellungen und Informationsvermittlung an den „Ausschuss für Soziales, Gesundheit, Gleichstellung und Senioren“ ist ein weiteres Aufgabenfeld. Im Bereich der sozialen Sicherung werden im Rahmen der „Hilfe zur Pflege“ fallorientierte Bedarfsprüfungen zur Beratung der Kommunen durch zwei akademisierte Pflegefachkräfte durchgeführt. Diese seit 2017 bestehende Beratungsstruktur befindet sich in der Evaluationsphase. Neben dem bestehenden System der Kennzahlengenerierung ist eine in Bezug setzende Analyse und Monitoring von pflegerelevanten Entwick-

lungen im Rahmen der Sozialplanung möglich. Diese Analyse konnte durch das Expertengespräch in der Kreisverwaltung gestützt werden (Kreisverwaltung (2017): persönliche Kommunikation, Anhang A, S.56-60).

5.1.2 Der Pflegestützpunkt als Beratungs- und Vermittlungsstelle

Mit dem Pflegeweiterentwicklungsgesetz (2008) wurde durch die Allgemeinverfügung des Landes Schleswig-Holsteins die Initiierung von Pflegestützpunkten mittels eines Landesrahmenvertrages beschlossen. Der Pflegestützpunkt (PSP) des Kreises Pinneberg wird durch eine Drittfinanzierung vom Leistungsträger Pflegekasse, dem Kreis Pinneberg und dem Sozialministerium des Landes Schleswig-Holstein finanziert, legitimiert mit einem Pflegestützpunktvertrag. Von 2000 – 2009 war die Alzheimergesellschaft Träger der „Beratungsstelle für Demenz und Pflege“ im Rahmen des Modellprojekts „Trägerunabhängige Beratungsstellen in Schleswig-Holstein“ und übernimmt seit 2009 die Trägerschaft des Pflegestützpunktes (Alzheimer Gesellschaft (2017): persönliche Kommunikation, Anhang A, S.71-76).

Inhaltlich begrenzt sich sein am Care Management orientierte Ansatz zum einen auf eine ganzheitliche neutrale Auskunft über die gesetzlichen Rahmenbedingungen nach den betreffenden Sozialgesetzbüchern und deren Leistungen und Hilfsangebote. Neben der allgemeinen Informationsweitergabe über Pflege Themen und regionale Versorgungsangebote besteht eine weitere Aufgabe darin, pflegerische und soziale Versorgungs- und Betreuungsangebote sinnvoll zu vernetzen und ehrenamtliches Engagement in die regionalen Versorgungsarrangements einzubinden. Die am Case Management orientierte Pflegeberatung nach §7a SGB XI bleibt im Zuständigkeitsbereich der ortsansässigen Pflegekassen, die nach Bedarf in den Räumlichkeiten des Pflegestützpunktes durch abgesandte Berater der Pflegekassen integriert werden kann. Eine genaue Darstellung der jeweiligen Aufgabenverteilungen wird im „Landesrahmenvertrag Pflegestützpunkte Schleswig-Holstein“ (Anhang B, S.97-98) beschrieben. Das Team des PSP im Kreis Pinneberg setzt sich derzeit aus einer pflegefachlichen Leitungs- und Beratungskraft mit pflegeakademischen Abschluss, einer Diplomsoziologin in der Beratung und einer Industriekauffrau für die Verwaltungstätigkeit zusammen (Vortrag PSP, 2016).

Die Beratung durch den Pflegestützpunkt in Pinneberg erfolgt je nach Bedarf telefonisch, persönlich in den eigenen Räumlichkeiten oder der Häuslichkeit des Pflegebedürftigen im Rahmen von öffentlichen Sprechzeiten sowie individuell vereinbarten Beratungsterminen. Die Beratungssuchenden sind, nach Angaben des PSP, meist 50 bis 60-jährige Kinder bzw.

Enkelkinder der Pflegebedürftigen und pflegende Ehepartner. Der PSP hat durch Eigenerhebungen ansteigende Beratungszahlen festgestellt. Diese können einerseits auf einen vermehrten Beratungsbedarf, zum anderen auf einen höheren Bekanntheitsgrad durch eine kontinuierliche Öffentlichkeitsarbeit hinweisen. (PSP (2017): persönliche Kommunikation, Anhang, S.61-66).

Der Pflegestützpunkt zählt neben der zunehmenden Beratungstätigkeit die kontinuierliche Fortführung und Aktualisierung von Koordinierungs- und Vernetzungsstrukturen zu seinen Aufgaben. Mit einer bürointernen Datenbank haben die Mitarbeiter Zugriff auf die bestehenden Möglichkeiten der Inanspruchnahme von lokalen Leistungen und somit in der Beratung eine bedarfsnahe Zusammenstellung aus einer ganzheitlichen Informationssammlung für den Beratungssuchenden. Sie können im Sinne einer Bedarfskontrolle ansatzweise auf fehlende bzw. ausbaufähige Angebote verweisen. Die Öffentlichkeitsarbeit wird im Rahmen von Vorträgen, Homepagepflege, Zeitungsartikeln, Jahresberichten im Sozialausschuss und Vorstellungen bei anderen sozialen und pflege- und gesundheitsrelevanten Akteuren realisiert. (Vortrag PSP, 2016)

Der Vertragspartner Kreis Pinneberg wird periodisch über die durch den Pflegestützpunkt erhobenen Daten und Entwicklungen informiert und steht so im kontinuierlichen Informationsaustausch. Ehrenamtliche Organisationen (z.B. kommunale Seniorenbeiräte, SOVD) suchen den PSP auf, um problematische Einzelfälle vorzustellen und diese über die Vernetzung des Pflegestützpunktes zu vermitteln. Der PSP ist zudem im Kreisgebiet bei Veranstaltungen mit Vorträgen und Diskussionen aktueller pflegerelevanter Themen präsent.

Zusammenfassend stellt der Pflegestützpunkt ein zentrales Bindeglied dar. Mit der Beratungs- und Vermittlungsfunktion im informellen Sektor sowie der Vernetzung mit anderen relevanten Akteuren, unterstützt er systematisch den pflegerischen Versorgungsprozess und kann in seiner Funktion die informellen Hilfsstrukturen zielgerichtet ausbauen und koordinieren.

5.1.3 Ehrenamtliche Strukturen – Entlastungspotenzial im informellen Bereich

Die Sozialgesetzgebung sieht die pflegerische Versorgung der Bevölkerung im §8 (1) SGB XI als „gesamtgesellschaftliche Aufgabe“ und setzt zielgebend für die professionell wirkenden Akteure das Bestreben an, mit der Förderung ehrenamtlicher und außerfamiliärer Strukturen im bürgerschaftlichen Engagement auf eine „neue Kultur des Helfens“ (§8 (2) SGB XI) hinzuwirken. Für eine Weiterentwicklung und Förderung des Ehrenamtes stellt der Spit-

zenverband Bund der Pflegekassen im gleichen Maße wie die jeweiligen Länder oder betreffenden Kommunen anteilig Fördergelder aus Mitteln des Ausgleichfonds zur Verfügung, um den Auf- und Ausbau informeller Strukturen und Initiativen zu unterstützen (§45c SGB XI).

Im Kreis Pinneberg sind ehrenamtliche Strukturen in unterschiedlichen Sektoren des Sozial- und Gesundheitswesens vertreten. Eine zunehmende Nachfrage von niedrighschwelligen Betreuungsleistungen, Beratungen und sonstigen Entlastungs- und Unterstützungsmöglichkeiten pflegender Angehöriger vor allem in der häuslichen Versorgung, ist mit Umstellung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs zu erwarten (s. Kapitel 4.2).

Die Alzheimer Gesellschaft Kreis Pinneberg e.V. mit Trägerschaft des Pflegestützpunktes setzt sich zum Ziel, durch erweiterte Projekt- und Netzwerkarbeit das Ehrenamt in der Versorgung von Menschen mit Demenz zu fördern und zu koordinieren (Alzheimer Gesellschaft (2017): persönliche Kommunikation, Anhang A, S.71-76).

Eine Herausforderung ist in der Motivation zur Arbeit auf Freiwilligenbasis und in der aufwendigen Akquise von Ehrenamtlern zu sehen. Eine Gewinnung von ehrenamtlich Tätigen ist auch mit Quereinstieg durch Teilnahme an sozialen Projekten oder Veranstaltungen möglich, so auch ein Beispiel („Wir tanzen wieder“) initiiert von der Alzheimer Gesellschaft im Kreis Pinneberg. (Alzheimer Gesellschaft (2017): persönliche Kommunikation, Anhang A, S.71-76)

Der Pflegestützpunkt bündelt alle ihm bekannten Strukturen von Ehrenamt, Selbsthilfegruppen und Freiwilligenforen. Er vermittelt zudem Seniorenbegleiter und -assistenten sowie Nachbarschaftshelfer. Im Bereich Pflege und Betreuung liegt die Vermutung nahe, dass sich derzeit im Kreis zu wenig Ehrenamtliche engagieren, um die Bedarfe der Senioren auch in den ländlichen Regionen abzudecken (s. Kapitel 4.2.1). Es ist in seiner Aktivitätsbreite, Anzahl und Fluktuation schwer berechenbar und überschaubar. Hinzukommend haben ehrenamtlich Tätige in diesem Bereich ein hohes Durchschnittsalter. Diese These wird auch von Expertengesprächen im Praxisbezug gestützt (PSP; AWO (2017): persönliche Kommunikation, Anhang A, S.61-66, S.81-85). Allerdings bedarf sie einer separaten wissenschaftlichen Erhebung zur Verifizierung.

5.1.4 Professionelle Unterstützung der Leistungsanbieter

Neben der informellen Hilfe durch pflegende Angehörige und andere ehrenamtliche Strukturen unterstützen professionelle Leistungserbringer den Grundsatz und Wunsch der Pflege-

bedürftigen der vorrangigen ambulanten Versorgung in der Häuslichkeit. Ambulante Pflegedienste stellen die häusliche Versorgung Pflegebedürftiger sicher und bieten neben der Pflege Leistungen der Hauswirtschaft und Betreuung an. Sie sind dienstleistender und beratender Akteur in direkter Kommunikation mit den Menschen vor Ort. Ein mit den Jahren ausgeweitetes Angebot der Tagespflegen (s. Kapitel 4.2.1) stellt als teilstationäre Versorgungsstruktur eine Entlastungsmöglichkeit der Angehörigen dar und bietet den Pflegebedürftigen geregelte Tagesabläufe mit Betreuung und Möglichkeit der sozialen Teilhabe. Alternative Wohnformen, Betreutes Wohnen (mit Service) sowie ortsansässige Quartiersprojekte bieten Förderpotenzial und werden durch professionelle Träger unterstützt bzw. initiiert, so auch im Kreis Pinneberg (AWO; Pflegediakonie, Pflege-SH (2017): persönliche Kommunikation, Anhang A, S.81-85, S.90-93, S.86-89).

Der stationäre Sektor ist in Schleswig-Holstein ein nachweislich mit hohem Anteil genutzter Bereich der pflegerischen Versorgung, insbesondere von Menschen hohen Alters und zum Lebensende hin (s. Kapitel 4.2). Mit dieser Tendenz kann eine Umstrukturierung des stationären Sektors für jüngere Senioren vermehrt in alternative Versorgungs-/ Wohnformen in Betracht gezogen werden. Zukunftsorientiertes Denken kann eine Abdeckung aller Versorgungsarten vor Ort beinhalten, um den Pflegebedürftigen mit einer ganzheitlichen Pflege ein möglichst langes Leben in der eigenen Häuslichkeit zu ermöglichen und um den informellen Sektor zu entlasten. Leistungsanbieter im Interview bestätigten ein mögliches Umdenken in diese Richtung (AWO; Pflegediakonie (2017): persönliche. Kommunikation, Anhang A, S.81-85, S.90-93).

5.1.5 Pflegekassen als Kommunikationspartner

Nach §12 SGB XI stellen die Pflegekassen die Versorgung der pflegebedürftigen Leistungsberechtigten sicher. Dies erfolgt in der Zusammenarbeit mit allen an der Versorgung beteiligten Akteuren im pflegerischen, gesundheitlichen und sozialen Bereich, als auch in der Vernetzung der regionalen und kommunalen Versorgungsstrukturen insbesondere durch Pflegestützpunkte nach §7c SGB XI. Dahingehend wird das Ziel einer „Verbesserung der wohnortnahen Versorgung pflege- und betreuungsbedürftiger Menschen“ formuliert. Zur Zielerreichung wird den Pflegekassen die Bildung von Arbeitsgemeinschaften im regionalen und lokalen Setting auferlegt (§12 (1) SGB XI). Die Pflegekassen streben ein vertragspartnerschaftliches Zusammenwirken mit professionellen Trägern der ambulanten und stationären Versorgung zur besseren Koordination der zur Verfügung stehenden Hilfen an. Sie stel-

len mit der Pflegeberatung nach §7a SGB XI im Sinne eines Case Managements eine umfangreiche vernetzte Versorgung von häuslicher und Behandlungspflege über Palliativversorgung bis zu Präventionsleistungen und zur Teilhabe sicher (§12 (2) SGB XI).

Die Barmer beschreibt in ihrem neuesten Datenreport die großen regionalen Unterschiede in den Versorgungsstrukturen. Darin stellt sie für Schleswig-Holstein den höchsten Anteil an Pflegeheimkapazitäten und dementsprechend niedrigsten Anteil der informellen Pflege im Ländervergleich fest und fordert die Priorisierung einer kleinräumig gedachten Weiterentwicklung bedarfsgerechter Strukturen im lokalen Setting (Barmer GEK 2016, S.17-18).

Die AOK beschäftigt nach Datenerhebungen ca. 700 Pflegeberater, die bereits um die 57500 Pflegeberatungen nach §7a SGB XI durchgeführt haben. Sie sieht sich als Pflegekasse vor Ort in die kommunalen Strukturen eingebunden. Bezüglich einer Pflegebedarfsanalyse ist die Pflicht auf kommunaler Ebene zu sehen, da diese für die Bereitstellung einer quantitativen bedarfsdeckenden Versorgungsstruktur zuständig ist. Als weiteres Steuerungselement sieht sie den möglichen Einfluss des Sozialhilfeträgers bei der Gründung von Pflegewohnformen und spricht sich diesbezüglich für eine konkrete Datengenerierung aus. (AOK Bundesverband 2016, S.4-7)

In Bezug auf eine Ergänzung der bestehen Pflegegremien (z.B. Landespflegeausschuss) auf regionaler Ebene zur Weiterentwicklung der pflegerischen Versorgung zweifelt die VDEK in ihrer Stellungnahme die Sinnhaftigkeit an, da ein potentieller Informationsgewinn anhand von zu generierenden Daten ausbleiben würde. Diese bereits vorliegenden Daten sollten von Kommunen und Ländern genutzt und Versorgungslücken mit den ihnen möglichen Investitionsförderungen behoben werden. (VDEK 2016, S.3-4)

Die Akteure im Kreis Pinneberg schätzen die Präsenz der Pflegekassen vor Ort differenziert ein. Für den Sozialhilfeträger sind die Pflegekassen (AOK) Verhandlungspartner und stehen mit ihm im permanenten Austausch. Bis 2008 beinhaltete die Kooperation im Rahmen des damaligen Modellprojekts „Pflegebedarfsplan“ regelmäßige Treffen im dafür gegründeten „Fachbeirat Pflege“, der federführend vom Kreis organisiert wurde, um eine Vernetzung der Akteure und Politikberatung in Pflege Themen zu gewährleisten. Dieser löste sich aufgrund der fehlenden Indikation weiterer Informationsaustausche und der Abnahme des politischen Einflusses im Bereich Pflege (Marktsteuerung der Pflegeinfrastruktur) auf (Kreisverwaltung (2017): persönlicher Kommentar, Anhang A, S.56-60).

Die AOK hat als Pflegekasse im Kreis Pinneberg in den Landesrahmenverträgen federführend den Pflegestützpunkt in der Zeit seiner Projektförderung im Rahmen festgelegter Treffen regelmäßig unterstützt. Weiterhin steht die AOK beratend zur Verfügung (PSP (2017): persönlicher Kommentar, Anhang A, S:61-66). Aus Sicht des SOVD im Kreis Pinneberg besteht mit den Pflegekassen nur ein bedingter Austausch im Rahmen von Antrags- und Widerspruchsverfahren. Dennoch ist die Zusammenarbeit mit den ortsansässigen Pflegekassen bei Bedarf sachlich und lösungsorientiert. Mit den nicht-ortsansässigen Pflegekassen bestehen wenig Kontaktpunkte (SOVD (2017): persönlicher Kommentar, Anhang A, S.67-70). Inwieweit die Ausweitung einer Kooperation und Kommunikation der Pflegekassen mit den Akteuren und Leistungsnehmern notwendig ist, bleibt an dieser Stelle offen. Einzelmeinungen zufolge ist ein Defizit in der Aufgabenwahrnehmung bzw. -aufteilung in Bezug auf Beratung und Aufklärung der Pflegebedürftigen zu beobachten (AWO; PSP; SOVD (2017): persönliche Kommunikation, Anhang A), S.81-85, S.61-66, S.67-70).

5.2 Nutzung alternativer Wohnformen im Kreis Pinneberg

Die Entstehung alternativer (gemeinschaftlicher) Wohnformen wird durch den Wunsch vieler Menschen nach einem möglichst selbstbestimmten Leben bis ins hohe Alter begünstigt. Mit dem Selbstbestimmungsstärkungsgesetz (2009) zur „Stärkung von Rechten und zur Gewährleistung von Selbstbestimmung und Schutz der Menschen mit Pflegebedarf und Behinderung“ ist der rechtliche Rahmen für alternative Wohnformen gegeben worden. Ziel dieser Organisationsformen ist, mit dem (gemeinschaftlichen) Wohnen die Pflegebedürftigen und Angehörigen in ihrer Autonomie und Selbstbestimmung zu stärken und gleichzeitig der prognostizierten Versorgungslücke bei steigendem Hilfe- und Unterstützungsbedarfen im Pflegesetting entgegenzuwirken.

Eine quantitativ verbreitete und für Senioren attraktive Form zeigt eine gesteigerte Inanspruchnahme von „Betreutem Wohnen“ (s. Kapitel 4.2.1). In diesem Wohnkonzept wird der Mieter/ Eigentümer einer Wohnung vertraglich dazu verpflichtet, allgemeine Betreuungsleistungen (z.B. Notrufdienste) im Rahmen einer Betreuungspauschale von einem bestimmten Anbieter anzunehmen. Alle darüberhinausgehenden Betreuungs- und Pflegeleistungen, die ein pflegebedürftiger Mieter/ Eigentümer beanspruchen möchte, sind für diesen frei wählbar (§9 SbStG).

Dahingegen weisen „ambulant betreute Wohngemeinschaften“ (§10 SbStG) eine differenzierte Verantwortungsteilung auf. Die Mieter (Pflegebedürftige bzw. deren rechtliche Betreuer), Vermieter und Dienstleister (z.B. ambulanter Träger) vereinbaren vertragliche und

organisatorische Regelungen auf Grundlage eines gemeinsamen Wohnkonzeptes. Das Prinzip der häuslichen Pflege durch Angehörige im Zusammenspiel mit professionellen Pflege- und Betreuungskräften als Auftragnehmer spiegelt den Vorrang der häuslichen Pflege wieder.

Bundesweit lässt sich eine steigende Tendenz von ca. 150 (2003) auf mehr als 1400 (2012) und aktuell um die 2300 Wohngemeinschaften verzeichnen. Die regionale Verteilung lässt sich aufgrund der unterschiedlichen Länderregelungen schwer bestimmen. (KIWA 2016, S.8)

Seit 2006 fördert das Ministerium für Soziales, Gesundheit, Wissenschaft und Gleichstellung des Landes Schleswig-Holstein das Projekt „KIWA“. Die Koordinationsstelle für innovative Wohn- und Pflegeformen im Alter ist ein Projekt des „Forums Pflegegesellschaft“ mit dem geschäftsführenden Verband der AWO Schleswig-Holstein gGmbH in Kooperation mit dem Kompetenzzentrum Demenz und der Hamburger Koordinierungsstelle für Wohn- und Pflegegemeinschaften („Stattbau Hamburg“). Landesweit agiert „KIWA“ als neutrale Beratungsstelle zum Thema „Neue Wohnformen im Alter zur Stärkung von Selbstbestimmung der Menschen mit Unterstützungsbedarf“. Im Rahmen einer Netzwerkfunktion übernimmt sie eine Informationsvermittlung, Beratung und Begleitung sowie eine Moderationsaufgabe in Belangen der Qualitätssicherung in Wohn- und Pflegegemeinschaften. (KIWA 2016, S.8-9)

Verglichen mit der Anzahl von um die 63 solcher Wohngruppen in Schleswig-Holstein, liegt in den derzeit sieben bestehenden Senioren-Wohngruppen im Kreis Pinneberg der Schwerpunkt auf der Versorgung von Menschen mit Demenz (Kreisverwaltung (2017): persönliche Kommunikation, Anhang A, S.56-60). Akteure sehen diese Form als zukunftsorientierten Ansatz und auch als attraktive Alternative zu stationären Angeboten (AWO; Pflegediakonie; SOVD (2017): persönlicher Kommunikation, Anhang A, S.81-85, S.90-93, S.67-70). Die Umsetzung solcher Projekte, die die Eigeninitiative von Privatpersonen oder Trägern voraussetzen, steht oft vor bürokratischen und baulichen Hindernissen, bei denen KIWA eine Aufbauhilfe und Unterstützung bieten kann (KIWA 2016, S.19-20). Mögliche Bedenken bezüglich geringer Kontrollmöglichkeiten der Versorgungskonzepte seitens der pflegebedürftigen Mieter (Alzheimer Gesellschaft (2017): persönliche Kommunikation, Anhang A, S.71-76) stehen einer Qualitätssteuerung durch trägerinitiierte Wohngemeinschaften, einer weiteren Absicherung von Beratungsbesuchen der ambulanten Dienste sowie Qualitätskontrollen durch Überprüfung der Pflegebedürftigkeit entgegen (AWO; Pflegediakonie (2017): persönliche Kommunikation, Anhang A, S.81-85, S.90-93). Handlungsbedarf einer notwendigen

Anpassung an alternativen Wohnformen im Kreisgebiet ist dennoch aufgrund der sich stetig wandelnden Bedürfnislagen zu vermuten (SOVD (2017): persönliche Kommunikation, Anhang A, S.67-70). Um die Autonomie und Fähigkeiten des Einzelnen im gesellschaftlichen Leben zu fördern, könnte eine Durchmischung der Generationen bzw. eine integrative Wohnform in einem Mehrgenerationenquartier ein Zukunftsmodell sein. Als Beispiel ist im Kreis Pinneberg das „Wohnprojekt Sandberg“ zu nennen (Kreissenorenbeirat; Pflege-SH (2017): persönliche Kommunikation, Anhang A, S.77-80, S.86-89).

5.3 Quartiersarbeit

Seniorgenerationen stellen differenzierte Anforderungen an Strukturen und Angebote, die eine soziale Politik in Bezug auf das Leben im Alter beachten sollte (Naegele 2010, S.99-100). Eine quartiersbezogene Ausrichtung des kommunalen Care Managements bietet Rahmenbedingungen für ältere Menschen, die sich in die Gesellschaft einbringen und teilhaben wollen, aber auch die Möglichkeit, alternative Versorgungsarrangements zu der prognostizierten Versorgungslücke im familialen Pflegesektor zu initiieren (Bothe & Grobe 2016, S.344,347-349).

Die Definitionen von einem Quartier sind vielfältig. Kremer-Preiß & Stolarz (2005, S.11) beschreiben es wie folgt: *„Mit „Quartier“ ist die überschaubare Wohnumgebung gemeint, wobei es sich um eine Wohnsiedlung, ein städtisches Wohnviertel, aber auch um eine kleinere Gemeinde oder ein Dorf handeln kann.“*

Nach Schnur (2014, S.43) ist ein Quartier *„(...) ein kontextuell eingebetteter, durch externe und interne Handlungen sozial konstruierter, jedoch unscharf konturierter Mittelpunkt-Ort alltäglicher Lebenswelten und individueller sozialer Sphären, deren Schnittmengen sich im räumlich-identifikatorischen Zusammenhang eines überschaubaren Wohnumfelds abbilden.“*

Ein Quartier beinhaltet eine soziale Komponente, die in unterschiedlichem Ausmaß die Möglichkeit einer Identifikation mit dem Wohnort bieten kann. Dieser Sozialraum beinhaltet eine Vielzahl an Funktionen in den Bereichen Wohn- und Bildungsangebote, Freizeitgestaltung, soziale Kontakte, Einkaufsmöglichkeiten, medizinische und pflegerische Versorgungsangebote usw. (Fabian et al. 2017, S.10)

Das Kuratorium Deutsche Altershilfe (KDA) benennt in seiner zweiteiligen Publikationsreihe „Wohnatlas“ Ziele einer Quartiersentwicklung (Abbildung 8), die eine Koordination durch Quartiersmanagement oder Sozialarbeit erfordern (KDA & Wüstenrot Stiftung 2014, 10-11).



Abbildung 8: Ziele einer Quartiersentwicklung (KDA, Wüstenrot Stiftung 2014)

In Zusammenhang mit Quartieren beinhalten sozial- und pflegepolitische Diskussionen auch die Gestaltung von Sozialräumen in Hinblick auf nachbarschaftliche Beziehungen. Die Erkenntnis über eine bevorstehende Versorgungslücke im familialen Pflegepotential direkt vor Ort weist der Rolle der Nachbarschaft, des Freundeskreises und der freiwillig Engagierten im sozialen Nahraum als Unterstützungsnetzwerk und wichtige Ressource im Alter eine hohe Bedeutung zu. (Seifert 2014, S.2-4)

Der Anteil alleinlebender älterer Menschen nimmt zu, während die Haushaltsgrößen und die lokale Nähe von Angehörigen abnehmen. Nachbarschaften geben daher im demographischen Blickpunkt eine vielversprechende Perspektive und werden in quartiersbezogenen Strategien einbezogen. Sie verschaffen soziale Sicherheit und unterstützen bei der Identitätsfindung im Quartier. (Klie 2012, S.123-134) Dabei kann Nachbarschaftshilfe sowohl informell aus spontaner Eigeninitiative (kleine Hilfen bei Botengängen, alltagsrelevante Verrichtungen und Unterstützung etc.) als auch formal organisiert durch die Vermittlung von freiwilligem Engagement zustande kommen. (BT-Drucksache 18/10210b, 2016, S.80,258) Kommunen geben Raum für außerfamiliäre Generationsbeziehungen (z.B. im Arbeitsleben, in den Gemeinden und Nachbarschaften), welche häufig erst initiiert werden müssen. Ihnen wird vor dem Hintergrund der demografischen und sozialen Entwicklungen vermehrt Bedeutung zugeschrieben (Lechtenfeld & Olbermann 2016, S.405-406).

Im Kreis Pinneberg ist der Quartiersgedanke in Ansätzen vorhanden, jedoch kein, wie bereits beschrieben, sozialräumlich definiertes Quartier. Wohnkonzepte durch Initiativen in Zusammenarbeit mit professionellen Dienstleistungsträgern sind vereinzelt umgesetzt worden. Im kleinräumigen Bereich in Wohnformen (z.B. Wohnpark „Märchensiedlung“ in Tornesch, „Wohnprojekt Sandberg“ in Elmshorn, jeweils mit dem ambulanten Träger der „Pflege-SH“) ist Quartiersdenken mit einer ortsnahen Betreuung einschließlich bedarfsgerechten Wohnangeboten festzustellen (Pflege-SH (2017): persönliche Kommunikation, Anhang A, S.86-89).

Die von einem Bauunternehmer realisierte Siedlung „Wohnprojekt Sandberg“ ist aus einer Initiative von betroffenen Eltern geistig und/oder körperlich behinderter Kinder im Rahmen des „Bielefelder Modells“ (BGW 2015) mit Quartiersmanagement unter anderem aus Mitteln der sozialen Wohnraumförderung des Landes entstanden. Es bietet Potenzial für ein Mehrgenerationenwohnen. Auch von Senioren wird das Angebot zur Meidung eines stationären Aufenthaltes angenommen (Krupski, 2016). Weitere kulturelle und soziale Quartiersanreize bietet das Elmshorner „Forum Baltikum – Dittchenbühne e.V.“ als Mehrgenerationenhaus, welches unter anderem einen Kindergarten, Theatervorstellungen, Vorstellungen und Vorträge unterschiedlicher Art und Bildungsreisen für alle Altersklassen anbietet.

Als Beispiel eines außerräumlichen Quartiersstrategieansatzes für eine mögliche Umsetzung von fließenden Übergängen in der Versorgung kann die Vernetzung und Vermittlung Pflegebedürftiger in der direkten Umgebung sein. Vor Einzug in eine stationäre Einrichtung wird beurteilt, ob die Notwendigkeit besteht oder ob ggf. alternative Unterstützungsmöglichkeiten wie Tagespflege, Betreuungsangebote, ehrenamtliche Tätigkeiten u.a. im direkten Umkreis eine weitere häusliche Versorgung ermöglichen können. (Alzheimer Gesellschaft (2017): persönliche Kommunikation, Anhang A, S.71-76)

Eine generationsübergreifende Strategie, wie eine Verknüpfung von (Demenz-) Wohngruppen und Betreutem Wohnen in Verbindung mit Angeboten der sozialen Teilhabe und einem von „alt und jung“ getragenen Quartiersmix, könnten Nachbarschaftsstrukturen und Pflegearrangements zukunftsorientiert gestalten, so auch die Meinung einiger Experten (Alzheimer Gesellschaft; Kreissenorenrat 2017): persönliche Kommunikation, Anhang A, S.71-76, S.77-80).

Quartiersdenken im Rahmen von Bauprojekten ist im Kreis Pinneberg ansatzweise vorhanden. Die Umsetzung des Quartiersbegriffs im sozialräumlichen Sinn und strategisch definiert räumlicher Abgrenzung wird im Kreis Pinneberg derzeit durch die Sozialplanung intendiert.

6. Mögliche Handlungsfelder

Der Kreis Pinneberg kann in unterschiedlichen Bereichen auf die informellen Strukturen im Pflegesetting einwirken. Handlungsmöglichkeiten sind in den Steuerungs- und Koordinationsfunktionen sowie in Sozialraumanalysen, Ausbau bestehender Strukturen und Netzwerkarbeit zu verzeichnen. Das folgende Kapitel beschreibt kommunale Handlungsfelder und verweist dabei auch auf bestehende Projekte und Strukturen zur Verbesserung von informellen Versorgungsstrukturen.

6.1 Ausbau bestehender Beratungsstrukturen und eines Kennzahlensystems

Die Eigenrecherche zur Organisation der lokalen Pflegeberatung ließ erkennen, dass sich ein direkter Kontakt zu Pflegeberatern einiger örtlich ansässiger Pflegekassen schwierig gestaltete. Eine Beratung erfolgt zum Beispiel bei der Barmer telefonisch über eine Hotline in Osnabrück.

Beratungssuchende im Kreis Pinneberg treten häufig mit den Formularen der Pflegekassen zur weiteren Betreuung an den Pflegestützpunkt heran (PSP (2017): persönliche Kommunikation, Anhang A, S.61-66). Darauf basierend ist eine Prüfung anzuregen, inwieweit Pflegekassen eine fallorientierte Beratung nach §7a SGB XI mit Umsetzung eines im Landesvertrag beschriebenen Case Managements (Anhang B, S.97-98) im Kreis Pinneberg für den Pflegebedürftigen und seinen Angehörigen transparenter gestalten können. Gegebenenfalls ist eine engere Zusammenarbeit anzustreben. Eine mögliche Kompetenzerweiterung im Sinne eines Case Managements beim Pflegestützpunkt wäre durch eine Änderung im bestehenden Landesrahmenvertrag möglich. Die Notwendigkeit einer stärkeren Präsenz und Aufgabenwahrnehmung der Pflegekassen lässt sich mit Aussagen einiger Experten zusätzlich stützen (PSP; AWO; SOVD (2017): persönliche Kommunikation, Anhang A, S.61-66, S.81-85, S.67-70).

Auf Landesebene der Pflegestützpunkte kann die Erarbeitung eines möglichst einheitlichen strukturierten Kennzahlensystems von Beratungsbedarfen und -anforderungen eine qualitätsgenerierende und -sicherstellende Maßnahme darstellen. Anhand von quantitativen als auch qualitativen Erhebungsmethoden lassen sich Erkenntnisse über Bedarfe und Wirkungsorientierung der Beratungen (Böttcher & Buchwald 2016, S.17-18) und Vernetzungsstrukturen des Pflegestützpunktes gewinnen, Verbesserungsmöglichkeiten evaluieren und Vergleiche zu anderen Kreisen ziehen. Diese Untersuchungen könnten beispielhaft mit pflegewissenschaftlicher Unterstützung einer Hochschule erhoben werden und im Rahmen einer Kooperation gegenseitigen Nutzen bringen.

Das seit Februar 2017 eingeführte Beratungsangebot durch den Kreis Pinneberg für die Kommunen zu Leistungen der „Hilfe zur Pflege“ mit Einzelfallbegutachtung befindet sich derzeit in der Evaluationsphase (Kreisverwaltung (2017): persönliche Kommunikation, Anhang A, S.56-60). Eine Erweiterung und Vernetzung dahingehend mit dem Pflegestützpunkt in diesem Bereich ist zur Vermeidung von Doppelstrukturen als sinnvoll zu erachten.

Unter dem Gesichtspunkt der individuell unterschiedlich ausgeprägten Mobilität der älteren Beratungssuchenden, besteht weiterer zeitnaher Handlungsbedarf bezüglich regional flächendeckender Beratungsanlaufstellen des Pflegestützpunktes. Langfristig betrachtet, kann eine erweitertes Angebot an digitalisierter Beratung (z.B. Termine über Videochat) eine zukünftige Alternative für eine kommende Generation pflegender Angehöriger sein, die zunehmend mehr technische Kommunikationsmittel nutzt.

Nach dem Konzept der WHO „Family Health Nursing“ ist in Deutschland das Modellprojekt „Familiengesundheitspflege“ als ganzheitlicher Ansatz der Gesundheitsberatung und -prävention umgesetzt worden. Es wird von einem Kompetenzzentrum weitergeführt und ausgebaut, unterstützt durch den Deutschen Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK) und gefördert durch die Robert-Bosch-Stiftung. Zusätzlich zu den bereits ausgebildeten Seniorenberatern und -assistenten kann dieser Weiterbildungsansatz für Berufe im Gesundheitswesen als mögliches Bindeglied von unterschiedlichen Bereichen des Sozial- und Gesundheitssektors im Sinne des Public Health und regionalen Case Managements mit einem umfassenden Beratungsspektrum unterschiedliche Bedarfslagen abdecken. (DBfK, 2009)

6.2 Kommunale Präventionsstrategie

Nach FES (2006) erfordern Prävention und Gesundheitsförderung strategische Ansätze zu einem gesunden Altern in der Gesellschaft. Die Autonomie eines Einzelnen sowie der Erhalt der größtmöglichen Leistungsfähigkeit werden dabei zielgerichtet verfolgt. Präventionsmaßnahmen sind darauf ausgerichtet, Erkrankungen im Vorfeld vorzubeugen oder bei Bestehen, eine Verschlechterung der Situation zu vermeiden. Zur Zielerreichung bedarf es der Förderung und Vernetzung von unterstützenden Strukturen, indem die relevanten Akteure auf kommunaler Ebene (Abbildung 7) aktiv mit ähnlichen Interessen und Zielen an einer einheitlichen Präventionsstrategie teilnehmen.

Während intrinsische Faktoren durch die individuelle Persönlichkeitsstruktur bedingt sind (Lebensführung, Copingstrategien etc.), kann auf kommunaler Ebene präventiv der Fokus auf extrinsische Faktoren (Wohnraumgestaltung, Quartiere/ Mehrgenerationswohnen, Ge-

währleistung einer seniorenrechtlichen Infrastruktur etc.) gelegt werden. Die Präventionsstrategie setzt so im direkten Umfeld und Alltag des Menschen an. Die Integration bürgerschaftlicher Unterstützung, basierend auf Solidarität und sozialer Verbundenheit, kann in einer ganzheitlichen Sozialraumbetrachtung einbezogen werden und auf den Erfolg der Präventionsmaßnahmen hinwirken. (FES 2006, S.21-28)

Eine Partizipation der Senioren im direkten Sozialraum bietet Teilhabemöglichkeiten und fördert Autonomie in der Lebensführung. Bedarfsgerechte Strukturen der gesundheitlichen und sozialen Versorgung sind dabei ein wichtiger Anreiz, den das Konzept der WHO „Aktiv altern“ zur Erhaltung und Verbesserung der Lebensqualität alternder Menschen unterstützt. Dabei können sowohl Themen wie Beschäftigung je nach den jeweiligen Bedürfnissen und Fähigkeiten, Bildungsmöglichkeiten auch im höheren Lebensalter als auch die Teilnahme am Familien- und Gemeinschaftsleben aufgegriffen werden. (WHO 2002, S.12-18)

Konzepte zur Vorbeugung vor Vereinsamung und Förderung der außerfamiliären Strukturen, wie Seniorenakademien in Kooperation mit Volkshochschulen, eine Übernahme von Patenschaften für Familien oder Senioren für Flüchtlingskinder zur Weitergabe von Sprache und Kultur, können einzelne Projekte der Prävention im Sinne der Teilhabe sein.

6.3 Sozialplanung des Kreises Pinneberg

Im Rahmen einer Sozialplanung werden relevante Zahlen, Daten und Fakten zur demographischen Lage im Kreis Pinneberg zusammengetragen bzw. ermittelt und in Bezug zu den jeweiligen Handlungsfeldern gesetzt (Anhang B, S.95). Eine umfassende Bestands- und Bedarfserhebung kann unter Einbindung aller relevanten Akteure im Kreis erfolgen, um eine ganzheitliche Analyse des Sektors Pflege und seine beeinflussenden Faktoren anzustreben. Diese beinhaltet unter anderem folgende Aspekte:

- den Bedarf an Fachkräften sowie Versorgungsstrukturen im Kreis,
- ehrenamtliche Strukturen,
- den Auf- und Ausbau von Angeboten
- Erfassung von Angebotsstrukturen, Prognosen von Versorgungsbedarfen (stationär, teilstationär, ambulant), Wohnraumplanung, Quartiersarbeit, ÖPNV (Erreichbarkeitsanalysen von Gesundheitsinstitutionen)
- Information und Aufklärung über pflegerelevante Themen (z.B. aktuelle Gesetzgebungen, Umgang mit Krankheitsbildern sowie mit Sterben und Tod, Beratung),
- Möglichkeiten der sozialen Teilhabe von Senioren

- gesellschaftliche Wahrnehmung von Pflege und dem Pflegeberuf,
- erforderliche Rahmenbedingungen etc.

Darauf basierend kann mit Blick auf eine kleinräumige Struktureinteilung durch eine fachliche Bedarfseinschätzung anhand einer Grundidee (z.B. Seniorenfreundlicher Kreis Pinneberg) eine strategische Ausrichtung für ein langfristiges Handeln des Kreises festgelegt werden. Im Rahmen einer sozialplanerischen Intention ist diese in die Haushaltsplanung bzw. in die einzelnen Handlungsfelder integrierbar.

Für einen partizipativen Prozess mit bürgerschaftlicher Beteiligung bedarf es einer strategischen Öffentlichkeitsarbeit, die sowohl auf Kreis- als auch auf Ebene der Städte und Gemeinden stattfindet. Übergeordnete Ziele der Aufklärung, Transparenz, Bewusstmachung und Stärkung können durch organisierte Kampagnen umgesetzt werden.

Die Vermittlung eines differenzierten Altersbildes, die positive Darstellung und Förderung des Pflegeberufes, die Gesundheitsförderung sowie die Aufklärung bezüglich des Umgangs mit Krankheitsbildern können mögliche Themenfelder sein. Regionale Veranstaltungsreihen mit Themenbezug, wie quartiersbezogene Stadtfeste, bieten eine Möglichkeit, bürgerschaftliches Engagement zu initiieren und Nachbarschaftsstrukturen zu stärken. Gesprächsinhalte der geführten Interviews unterstützen die Relevanz der genannten Ziele (PSP; SOVD; Alzheimer Gesellschaft; Kreissenorenbeirat; AWO; Pflege-SH (2017): persönliche Kommunikation, Anhang A, S.61-89).

Eine Befragung der direkten politischen Gremien vor Ort zum Umgang mit Seniorenpolitik und der Wille zur aktiven Teilnahme sind dabei zu berücksichtigen.

Als Teil der Metropolregion Hamburg sind Wechselwirkungen zu erwarten und in die Erarbeitung von Trendszenarien und planerischen Vorhaben mit einzubeziehen. Mit integrativer Sicht auf eine ganzheitliche thematische Auseinandersetzung der Sozialplanung im Kreis Pinneberg, stellt eine mögliche Verzahnung des bereits erschlossenen Handlungsfeldes „ärztliche Versorgung und Pflege“ mit der „Infrastruktur sozialer Angebote“, „Gesundheit“, „Wohnen“, „Mobilität“ und nicht zuletzt „Inklusion“ (Kreisverwaltung Pinneberg 2017, S.3) eine anspruchsvolle Aufgabe dar.

Für die Sozialplanung als Steuerungsinstrument ist eine Sozialraumanalyse nach räumlich definierten Quartierseinteilungen in Kooperation mit den einzelnen Kommunen sinnvoll. Eine strukturierte Anpassung von Versorgungs- und Angebotsstrukturen mit Quartiersbezug kann so kleinräumig und bedarfsgerecht gestaltet sowie unterstützt werden.

6.4 Erweiterter Fokus: Wohnformen, Quartiersarbeit, Ehrenamt

Wohnpolitik im Kreis Pinneberg mit Fokus auf Senioren ist Berührungspunkt unterschiedlicher Handlungsfelder. Voraussetzung für eine regionale Planung sind Entwicklungsziele der Kommunen, die aus einem Monitoring über den quantitativen und zukünftigen Bedarf anhand von Daten (z.B. „Bevölkerungs- und Haushaltsprognose des Kreises Pinneberg“) generiert werden können.

Auf der Akteursebene findet sich die Kommune in der Kommunikations- und Vermittlungsrolle wieder, in der sie für die Vernetzung der beteiligten Instanzen in einem gesamtstrategischen Kontext verantwortlich ist und die Grundlage für eine gemeinsame Leitidee schafft (Scholze et al. 2014, S.9).

In Anbetracht der demographischen Entwicklung sind alternative Wohnformen und Wohnquartiere als Ergänzung zum bisherigen ambulanten und stationären Angebot mittel- bzw. langfristig als sinnvoll zu erachten und in eine ganzheitliche Wohnraumstrategie einzubeziehen. Eine Zusammenarbeit mit einer Sozial-/ Regionalplanung kann eine genauere lokale Einschätzung geeigneter baulicher Ressourcen und eine Gewinnung bzw. zielgenaue Förderung von Initiativen ermöglichen (KIWA 2010, S.12-13). Eine Kooperation mit Akteuren von Wohnungsunternehmen, Baugenossenschaften, privaten Investoren, Stiftungen als auch mit ortsansässigen pflegerelevanten Akteuren, ist bei der Umsetzung von Projektplanungen solcher Vorhaben von Nutzen, die spezielle Anforderungen an den Wohnraum, das Wohnumfeld und den Sozialraum aufweisen (BT-Drucksache 18/10210b 2016, S.262-263).

Im Rahmen des Projekts „Kreis Segeberg 2030“ hat der genannte Kreis zu diesem Thema eine Broschüre („Mehr seniorenrechtlicher Wohnraum im Kreis Segeberg – Was die Kommunen tun können“) erarbeitet, um seine Gemeinden umfangreich über Notwendigkeit, Finanzierungsmöglichkeiten, Beratungs- und Unterstützungsleistungen aufzuklären und sie so bei einer seniorenrechtlicher Wohnraumpolitik zu unterstützen. Unter anderem werden konkrete Ansprechpartner genannt und es wird an weitere übergreifende Beratungsangebote und Informationsmöglichkeiten verwiesen. (Kreisverwaltung Segeberg 2016)

Der Deutsche Verband für Wohnungswesen, Städtebau und Raumordnung e.V. erarbeitete im Rahmen des EU-geförderten Projekts „HELPS“ Handlungsempfehlungen für die Zusammenarbeit unterschiedlicher Akteure im Rahmen von Quartiersansätzen und der notwendigen Bündelung von Angeboten. Handlungsfelder sieht der Verband in der Konzepterstellung, der Bereitstellung von bedarfsgerechten Wohnungen, der Sicherung professioneller Versorgungsstrukturen, im bürgerschaftlichen bzw. nachbarschaftlichen Engagement, in der

Beratung und Öffentlichkeitsarbeit sowie in der Vernetzung von lokalen verantwortlichen Akteuren. (Scholze et al. 2014, S.8)

Zielgebend ist die lokale Bedarfslage und Struktur zu ermitteln, den Sozialraum in seiner Wohn-, Infra- und Versorgungsstruktur zu gestalten, vorhandene Kooperationen zu stärken und weiter zu vernetzen, um so einen möglichst bedarfsdeckenden Welfare-Mix direkt vor Ort aufzubauen und zu fördern (SONG 2009, S.4-5).

Nachbarschaften sind ein wichtiges Element neuer Ansätze im Versorgungsarrangement. Das Care Management kann in dieser Hinsicht Maßnahmen und Voraussetzungen für die Entstehung und Entwicklung von lebendigen, sich unterstützenden Nachbarschaften in der Kommune schaffen (BT-Drucksache 18/10210b 2016, S.258).

Im Rahmen der Planung von Quartierskonzepten ist zu berücksichtigen, inwiefern Freiwillige für bürgerschaftliches Engagement gewonnen werden können und welche Altersgruppen angesprochen werden. Die Einbindung dieses ergänzenden Aspektes fördert langfristig die Bildung von außerfamiliären informellen Pflegestrukturen und sollte ergänzend im Gesamtkonzept hauptamtlich koordiniert werden. (Gesemann & Roth 2015, S14-15)

Der Kreis Segeberg hat innerhalb seines Projektes sogenannte „Kümmerer“ gefördert (Kreis Segeberg 2017, S.35-36). Quartiersbotschafter, die nach einer Schulung durch soziales Fachpersonal (z.B. Sozialarbeiter, Sozialpädagogen) neben dem Quartiersmanagement Struktur und Entwicklungsimpulse geben, sind denkbar. Generationsübergreifende Projekte, die die Stärkung gemeinsamer Kontakte und Toleranz, Begegnungen, Erfahrungsaustausch, Abbau von Stereotypen oder auch den Umgang mit neuen Technologien thematisieren, können auf regionaler oder kommunaler Ebene initiiert bzw. vorgeschlagen werden (Lechtenfeld & Olbermann 2016 nach Jacobs 2006).

6.5 Förderung ambulanter und teilstationärer Strukturen

Der von der Gesetzgebung geförderte Anreiz der Inanspruchnahme sogenannter Kombinationsleistungen und der Möglichkeit der Entlastung pflegender Angehörige durch teilstationäre Strukturen, spiegelt sich im Kreis Pinneberg unter anderem im stetigen Ausbau der Tagespflegen wieder (s. Kapitel 4.2.1). Anhand von marktwirtschaftlicher Betrachtung ist der wirtschaftliche Nutzen durch eine erhöhte Nachfrage dieser Versorgungsstruktur gegeben und unterstreicht den allgemeinen Wunsch der möglichst langen Lebenszeit in der eigenen Häuslichkeit. Aus den herausgestellten Daten im Kapitel 4 ergibt sich, dass der Ausbau von Angeboten im Bereich „Betreutes Wohnen“ mit Serviceleistungen und der ambulanten Sicherstellung von Pflege eine erhöhte Nachfragetendenz und den Blick auf eine Förderung

dieser Versorgungsstrukturen im Kreis stärkt. Kombinationsformen aus ambulanten und teilstationären sowie anderen Betreuungsleistungen werden von den Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen angenommen. Sie können durch die Schaffung von günstigen Rahmenbedingungen für Leistungserbringer begünstigt werden.

6.6 Koordination und Kommunikation – verstärkte Vernetzung der Akteure

Organisierte Netzwerke können strukturgebend für kooperatives Handeln einzelner Akteure sein. Themenbezogene Zusammenhänge, formelle und informelle Beziehungen sowie fachspezifischer Informationsaustausch begünstigen eine Zusammenarbeit und eine daraus resultierende soziale, kooperierende Infrastruktur. In dem in Deutschland mehrfach untergliederten Gesundheitssystem ermöglicht Vernetzung eine direkte Verzahnung der an der Versorgung von Pflegebedürftigen beteiligten Akteure aus den Sektoren Staat, Markt und dem informellen Sektor mit seinen Hilfsstrukturen (Abbildung 7). Grundlage der Kooperationen, basierend auf der lokalen Zusammenarbeit und dem direkten Austausch, sind die gemeinsamen Interessen und das Ziel, für alle Beteiligten Verbesserungen in den Versorgungsstrukturen zu erarbeiten und zukunftsorientiert zu handeln. Versorgungsnetzwerke im Bereich Gesundheit und Pflege agieren im Zusammenspiel mit anderen gesellschaftlichen Systemen wie Politik und Wirtschaft. Im lokalen Kontext entstehen dadurch Möglichkeiten der Informationsvermittlung über den aktuellen Stand und Bewusstmachung von Problemstellungen sowie Innovationsideen und Lösungsvorschläge. (Wöllert & Jutzi, 2005, S.53-71)

Der komplexe Hilfebedarf älterer Menschen erfordert das Zusammenwirken aller beteiligten Institutionen und Organisationen, auch unter Einbezug der regionalen Einbindung in den Sozialraum, der Markt- und Wettbewerbsorientierung im Pflegesektor und der gesetzlichen Rahmenbedingungen auf kommunaler Ebene. Die Notwendigkeit einer verstärkten Vernetzung sehen Schäfer-Walkmann & Traub (2017, S.9-11) in der Schnittstellenproblematik einhergehend mit den Hilfeleistungen von unterschiedlichen Sektoren differenzierten und/ oder konkurrierenden Zielen.

Die Bildung eines intersektoralen Netzwerks und die Inangriffnahme Problemlagen im Gesundheitsbereich durch die relevanten Akteure – speziell in der Beratung, Betreuung, Überleitung, Prävention und pflegerischen Versorgung – können bei gewünschten Verbesserungen in den Versorgungsprozessen und der Bedarfsdeckung zielführend sein. (Richter-Kornweitz, 2012, S.135-148)

In Anbetracht der vorangegangenen Analyse über den prognostizierten vermehrten Bedarf an ambulanten, alternativen Versorgungsstrukturen und informellen Hilfen benötigen Netzwerke im übergreifenden regionalen Rahmen eine verantwortliche Koordinierung und (möglichst) vertragliche Regelungen der Kooperationen, um Transparenz sowie die Sicherstellung der regionalen Versorgung Pflegebedürftiger zu gewährleisten. Der Landkreis Dithmarschen in Schleswig-Holstein hat sich mit dem von der Bertelsmann Stiftung begleiteten Projekt „Kreis Dithmarschen im Demographischen Wandel“ zum Ziel gesetzt, Politik, Gesellschaft und Akteure über die demographisch bedingten Herausforderungen im Kreis zu sensibilisieren und aktive Gestaltungsmöglichkeiten sowie Chancen aufzuzeigen. Auf eine enge Zusammenarbeit zwischen den unterschiedlichen Akteuren der Region hinzuarbeiten und die soziale Infrastruktur in Hinblick auf die sich verändernde Altersstruktur anzupassen, sind weitere Zielsetzungen im Kreis Dithmarschen.⁷

In Bezug auf die Äußerungen der ausgewählten Akteure im Rahmen der teilstrukturierten Interviews ist auch im Kreis Pinneberg ein unterschiedlich priorisierter Bedarf der Vernetzung zu ermitteln. Aus den Aussagen der Experten im Bereiche der Pflege lässt sich zunächst ein allgemeines Streben nach Vernetzung und Kooperation schlussfolgern. Inwieweit differenzierte Schwerpunkte in der Versorgung und möglicher Konkurrenzgedanke dem entgegenstehen, ist in einer ganzheitlichen Betrachtung im Rahmen einer Netzwerkanalyse aller relevanten Akteure und Strukturen (Abbildung 7) zu berücksichtigen.

⁷ http://www.dithmarschen.de/media/custom/647_3924_1.PDF

7. Fazit und Ausblick

Demographie und Versorgungsstrukturen haben Berührungspunkte zu allen Handlungsfeldern der Sozial- und Gesundheitspolitik in den Kommunen. Ein differenziertes Altersbild und die Vision, eine Steigerung von Lebensqualität und größtmöglicher Bedarfsdeckung anzustreben, ist Grundlage einer strategischen Planung und Erarbeitung von Handlungsempfehlungen. Ein ständiges Monitoring kleinräumiger Entwicklungstrends und die Gestaltung von Infrastrukturen bedarfsgerechter Angebote sowie ein flächendeckendes Präventionskonzept stellen eine Herausforderung dar.

Die in Schleswig-Holstein vorherrschende Nutzung stationärer Strukturen von Pflegeeinrichtungen und die prognostizierte wachsende Nachfrage an Gesundheits- und Pflegedienstleistungen stehen möglichen Auswirkungen des demographischen Wandels gegenüber. Auch bei einem wachsenden Kreis Pinneberg durch Zuzüge junger Familien geht die Schere zwischen dem Bedarf und den tatsächlichen Möglichkeiten der Bedarfsdeckung im informellen Bereich prognostisch auseinander. Fallen die Menschen der geburtenstarken Jahrgänge in die Pflegebedürftigkeit, sinkt das familiäre Pflegepotenzial. Die wachsende Mobilität der jüngeren geschlechtsunspezifischen Generationen im Arbeitsleben, der steigende Fachkräftemangel in der Pflege und nicht zuletzt der allgemeine Wunsch, bis zum Lebensende in der eigenen Häuslichkeit zu wohnen, verstärkt den notwendigen Ausbau ambulanter Angebotsstrukturen sowie das Entwickeln von alternativen Konzepten zur stationären Versorgung. Eine Fokussierung auf den stationären Bereich und seinen weiteren Ausbau ist wie gezeigt zukünftig nur schwer realisierbar. Eine mögliche Umstrukturierung des Sektors in alternative Wohnkonzepte und ein innovatives Quartiersdenken der Kommunen mit erweitertem Fokus auf die Förderung von bürgerschaftlichem Engagement und Nachbarschaftsstrukturen bedarf einer näheren Beleuchtung.

Der Bereich Gesundheit und Pflege ist demnach als Querschnitts- und Gemeinschaftsaufgabe in den Kommunen zu betrachten. Bei der Versorgung korrelieren unterschiedliche Akteure mit staatlichem, marktwirtschaftlichem, familialem und ehrenamtlichem Unterstützungshintergrund mit einem gemeinsamen Versorgungsauftrag. Dieser Akteurs-Mix agiert in unterschiedlich ausgeprägten Kooperationen miteinander.

Aus den Ergebnissen der Experteninterviews lässt sich das tendenzielle Bestreben nach einer erweiterten Vernetzung und Kooperation mit gleichen Interessenslagen und Problemlösungen erkennen. Auf Seiten der Leistungserbringer ist eine Skepsis bezüglich einer ganzheitlich koordinierten Vernetzungsstrategie, unter anderem aufgrund fehlender zeitlicher und

personeller Ressourcen, zu beobachten. Eine Netzwerkanalyse der Akteure sowie der möglichen Kooperationen und weiterer relevanter Stakeholder ist auf langfristige Sicht dennoch als sinnvoll zu erachten.

Im Rahmen der Daseinsvorsorge sind die Aktivitäten der Kommunen überwiegend im freiwilligen Bereich zu sehen. Für ein vorausschauendes und innovatives Care Management im Pflegesektor muss der politische Wille zu einer Ausgestaltung der Seniorenpolitik gegeben sein. Mit der doppeldeutigen Perspektive: Who cares – Wer sorgt sich? Wen kümmert es? ist das Einbeziehen dieses Politikfeldes gegenwärtig und zukünftig nach sozialstaatlichem Prinzip unausweichlich. Die Gestaltungen und Priorisierungen der möglichen Handlungsfelder fokussieren, mit Blick auf das Thema des kommunalen Care Managements in den informellen Versorgungsstrukturen der Pflege, ein Entgegenwirken der bevorstehenden prognostizierten Versorgungslücke. Neben erweiterter Angebotsstrukturen durch Anreizsysteme und eine angepasste Wohnraumstrategie, ist eine Stärkung der Prävention sinnvoll. Der medizinische Fortschritt zögert eine schwere Pflegebedürftigkeit tendenziell immer weiter ins hohe Alter hinaus. Die Integration von Senioren in der Gesellschaft mit sozialer Teilhabe, sowie eine generationsübergreifende Vernetzung sollte daher in ein strategisches Konzept mit einbezogen werden.

Eine einheitliche Quartiersdefinition mit Sozialraumbetrachtung erfordert im Rahmen einer Sozialplanung des Kreises die Kooperation mit den Kommunen und die strukturierte Analyse der bestehenden Versorgungs- und Angebotsstrukturen, um generationsübergreifende Bedarfe festzustellen. So kann kleinräumig auf demographische Entwicklungen mit der Bildung einer sozialen Infrastruktur, wie Nachbarschaftshilfe, eingewirkt und prognostizierten Versorgungslücken im informellen Pflegesektor entgegengewirkt werden.

Um dem Fachkräftemangel in der Pflege aufzufangen und eine Nachwuchsgewinnung zu fördern, ist zu den Diskussionen über tarifliche Entgeltsysteme auf die gesellschaftliche Wertschätzung und Attraktivität des Berufes mit einer strategischen Öffentlichkeitsarbeit hinzuwirken.

Mit der Bearbeitung dieser Thesis ist in Form eines Ausblicks auf mögliche weiterführende Aspekte dieser Thematik hinzuweisen. Eine umfassende Bedarfsanalyse im regionalen Pflegesetting beinhaltet Wechselwirkungen jeglicher betreffenden Bereiche. So wurde der Fokus auf den informellen Sektor in Bezug auf das kommunale Care Management im Kreis Pinneberg gesetzt. Ein erweiterter Blick auf die Thematik der Inklusion und Palliativversorgung im Kreis Pinneberg ist bei einer ganzheitlichen Betrachtung nicht auszuklammern. Im Rahmen der Experteninterviews wurde punktuell auf die zukünftige Versorgung von Menschen

mit Behinderung im Seniorenalter sowie auf ein generationsübergreifendes Zusammenleben im Quartiersmix hingewiesen. Dies deutet auf einen Synergieeffekt und demnach genauer zu betrachtenden Aspekt hin.

Die von der Pflegeversicherung anzustrebende häusliche Versorgung ist in Fällen, in denen aus wirtschaftlicher Sicht eine stationäre Versorgung die kostengünstigere Variante wird, schwer realisierbar. Dies bedeutet für den einzelnen Pflegebedürftigen, ohne finanzielle Ressourcen, den Verlust der Wahlfreiheit. Im Umkehrschluss kann eine vom Pflegebedürftigen individuell gewünschte stationäre Versorgung, je nach Grad der Pflegebedürftigkeit, wirtschaftlich schwer realisierbar sein. Nach Expertenmeinung lässt sich zudem die Tendenz einer überwiegend stationären Versorgung Schwerstpflegebedürftiger und Pflegebedürftiger in palliativer Lebenssituation erkennen. Dies verstärkt den Blick auf einen vermehrten Bedarf an alternativen Formen der Versorgung für Menschen mit geringerem Pflegeaufwand. Es bleibt zu klären, inwieweit diese Sicht auch in anderen Kommunen in Schleswig-Holstein zu generalisieren ist.

Die angefertigten Gesprächsprotokolle bieten weitere Anregungen zu Fragestellungen bezüglich der ambulanten Versorgungsstruktur.

In einer weiterführenden Bearbeitung des Themengebietes ist eine Untersuchung zu der vom Gesetzgeber bestrebten „Kultur des Helfens“ (s. Kapitel 3.1.1) mit Einführung der Pflegeversicherung denkbar. In Anbetracht der demographischen Entwicklung der Bevölkerung ist zu prüfen, inwieweit die nachfolgenden Generationen zu bürgerschaftlichem Engagement und familialer Pflege bereit bzw. in der Lage sind.

Literatur- und Quellenverzeichnis

AOK Bundesverband (2016): Stellungnahme zur Anhörung des Gesundheitsausschusses am 17.10.2016 zum Entwurf eines Dritten Gesetzes zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften (Pflegerstärkungsgesetz – PSG III) sowie zu den Änderungsanträgen der Fraktionen CDU/CSU und SPD – Ausschussdrucksache 18(14)0206.1

BARMER GEK (Hrsg.) (2016): Rothgang, H.; Kalwitzki, T.; Müller, R.; Runte, R.; Unger, R.: BARMER GEK Pflegereport 2016. Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Band 42. Siegburg: Asgard-Verlagsservice GmbH

BGW (2015): Das Bielefelder Modell. Konzept eines selbstbestimmten Wohnens mit Versorgungssicherheit

Online unter: https://www.bgw-bielefeld.de/fileadmin/downloads/Anz.%20Bielefelder%20Modell_2_A5_28_08_15_Ansicht.pdf [Zugriff: 20.08.2017]

Blinkert, B.; Klie, T. (2008): Soziale Ungleichheit und Pflege. In: Aus Politik und Zeitgeschichte. Beilage zur Wochenzeitung Das Parlament. Heft 12-13: 25-33: bpb

Bothe, U.; Grobe, D. (2016): Quartiersbezogene Altenpolitik in NRW – die Rolle des Landes. In: Naegele, G.; Olbermann, E.; Kuhlmann A. (Hrsg.): Teilhabe im Alter gestalten. Aktuelle Themen der Sozialen Gerontologie. Wiesbaden: Springer VS

BMFSFJ (Hrsg) (2000): Case Management in verschiedenen nationalen Altenhilfesystemen. Stuttgart, Berlin, Köln: Kohlhammer

BMFSFJ (2014): Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen. 11. Auflage. Berlin: Referat Öffentlichkeitsarbeit

BMG (2015): Empfehlungen der Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Stärkung der Rolle der Kommunen in der Pflege

Online unter: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/E/Erklaerungen/BL-AG-Pflege-Gesamtpapier.pdf [Zugriff: 19.08.2017]

Böttcher, S.; Buchwald, C. (2016): Evaluation der AOK-Pflegeberatung nach §7a SGB XI. Kurzbericht: Ausgewählte Ergebnisse Oktober 2016. Martin-Luther- Universität Halle Wittenberg: Zentrum für Sozialforschung Halle e.V.

BT-Drucksache 18/10210a vom 02.11.2016: Siebter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland. Sorge und Mitverantwortung in der Kommune – Aufbau und Sicherung zukunftsfähiger Gemeinschaften und Stellungnahme der Bundesregierung: Unterrichtung durch die Bundesregierung

BT-Drucksache 18/10210b: vom 02.11.2016: Siebter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland. Sorge und Mitverantwortung in der Kommune – Aufbau und Sicherung zukunftsfähiger Gemeinschaften: Bericht der Sachverständigenkommission an das BMFSFJ (2015)

Dammert, M. (2009): Angehörige im Visier der Pflegepolitik. Wie zukunftsfähig ist die subsidiäre Logik der deutschen Pflegeversicherung? Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften/ GWV Fachverlage GmbH

DBfK (2009): Familiengesundheitspflege. Ein Konzept für gesündere Familien. Robert-Bosch- Stiftung

Online unter: <https://www.dbfk.de/media/docs/download/Familiengesundheitspflege/FGP-Broschuerefinal2009.pdf> [Zugriff: 19.08.2017]

Destatis (Hrsg.) (2008,2010,2012,2013): Pflegestatistik. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung: Kreisvergleich. Wiesbaden

Destatis (Hrsg.) (2017): Pflegestatistik 2015. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung Ländervergleich – Ambulante Pflegedienste 2015. Wiesbaden

Online unter: https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Pflege/LaenderAmbulantePfleagedienste5224101159004.pdf?__blob=publicationFile [Zugriff: 10.07.2017]

Deutscher Landkreistag (2017):

Online unter: <http://www.landkreistag.de/ueber-den-dlt/aufgaben-der-kreise.html>

[Zugriff:10.06.2017]

Fabian, C.; Drilling, M.; Niermann, O.; Schnur, O. (Hrsg.) (2017): Quartier und Gesundheit. Impulse zu einem Querschnittsthema in Wissenschaft, Politik und Praxis. Wiesbaden: Springer VS

Feldmann, U.; Berthold, M. (1986): Handbuch der örtlichen Sozialplanung. Schrift 265 des Deutschen Vereins für Öffentliche und Private Fürsorge. Frankfurt am Main: Kohlhammer

FES (Hrsg.) (2006): Altgelt, T.; Geene, R.; Glaeske, G.; Kolip, P.; Rosenbrock, R.; Trojan, A.: Prävention und Gesundheitsförderung. Ein Programm für eine bessere Sozial- und Gesundheitspolitik. Bonn

Online unter: <http://www.gesundheit-nds.de/downloads/fes.gutachten.2006.pdf>

[Zugriff: 03.07.2017]

Gesemann, F.; Roth, R. (2015): Engagement im Quartier. Aus Politik und Zeitgeschichte. Themenheft „Engagement“ 65 (4): 35-42. Beilage zur Wochenzeitung „Das Parlament“: bpb

GGR (2014):

Online unter: https://www.kreis-pinneberg.de/pinneberg_media/Dokumente/Team+40/Bev%C3%B6lkerungs_+und+Haushaltsprognose-p-10458.pdf

[Zugriff: 18.08.2017]

GV-ISys (2017):

Online unter: https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/LaenderRegionen/Regionales/Gemeindeverzeichnis/Administrativ/Archiv/GVAuszugJ/31122015_Auszug_GV.html

[Zugriff: 18.08.2017]

Jacobs, T. (2006): Dialog der Generationen. Plädoyer für eine intergenerative Pädagogik. Baltmannsweiler: Schneider

KDA; Wüstenrotstiftung (Hrsg.) (2014): Kremer-Preiß, U.; Mehnert, T.: Wohnatlas. Rahmenbedingungen der Bundesländer beim Wohnen im Alter. Teil 1: Bestandsanalyse und Praxisbeispiele: Köln, Ludwigsburg

KIWA (2010): Bura, J.; Oberfell, A.; Petersen, U.: Wohn-Pflege-Gemeinschaft. Gepflegt alt werden – selbstbestimmt und privat leben. Qualitätsempfehlungen und Planungshilfen für

ambulant betreute Wohn-Pflege-Projekte in Schleswig-Holstein. Ministerium für Soziales, Wissenschaft und Gleichstellung des Landes Schleswig-Holstein (Hrsg.)

KIWA (2016): Buhl, A.; Fuhrmann, I.; Grünewald-Feskorn, A.: Gepflegt alt werden – selbstbestimmt und privat leben. Qualitätsempfehlungen und Planungshilfen für ambulant betreute Wohn-Pflege-Gemeinschaften in Schleswig-Holstein. Ministerium für Soziales, Gesundheit, Wissenschaft und Gleichstellung des Landes Schleswig-Holstein (Hrsg.)

Klie, T.; Monzer, M. (2008): Case Management in der Pflege. Die Aufgabe personen- und familienbezogener Unterstützung bei Pflegebedürftigkeit und ihre Realisierung in der Reform der Pflegeversicherung. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 41 (2): 92-105: Springer Medizin Verlag

Klie, Thomas (2012): Rahmenbedingungen quartiersbezogener Strategien für ein Leben im „pflegebedürftigen Alter“. In: Kümpers, Susanne; Heusinger, Josefine (Hrsg.): Autonomie trotz Armut und Pflegebedarf? Altern unter Bedingungen von Marginalisierung. Bern: Verlag Hans Huber

Kühnel, M.; Naegele, G.; Strünck, C. (2016): Kommunale Demografiepolitik und Demografiekonzepte aus sozial-gerontologischer Perspektive. In: Naegele, G.; Kuhlmann, A.; Olbermann, E. (Hrsg.): Teilhabe im Alter gestalten. Dortmunder Beiträge zur Sozialforschung. Wiesbaden: Springer Fachmedien

Kümpers, S.; Heusinger, J. (Hrsg.) (2012): Autonomie trotz Armut und Pflegebedarf? Altern unter Bedingungen der Marginalisierung. Bern: Verlag Hans Huber. Hogrefe AG

Kreisverwaltung Pinneberg (2017): Sozialplanung Fokus 2017. Perspektiven für soziale Entwicklung und Steuerung. Elmshorn

Online unter: https://www.kreis-pinneberg.de/pinneberg_media/Dokumente/Stabsstelle+30/Aufbau+Sozialplanung+Kreis+Pinneberg/2_+Sozialplanung+Fokus+2017-p-1000512.pdf [Zugriff: 18.08.2017]

Kreisverwaltung Segeberg (2016): Projekt „Kreis Segeberg 2030“. Mehr seniorenrechter Wohnraum im Kreis Segeberg. Was die Kommunen tun können. Empfehlungen und Hilfestellungen. Bad Segeberg

Kremer-Preiß, U.; Stolarz, H. (2005): Werkstatt-Wettbewerb Quartier: Dokumentation der ausgezeichneten Beiträge. Köln: Kuratorium Deutsche Altenhilfe

Online unter: http://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/BSt/Publikationen/Graue-Publikationen/GP_Werkstatt-Wettbewerb_Quartier.pdf

[Zugriff:20.08.2017]

Krupski, B. (2016): Generationsquartier Henry Dunant Ring Elmshorn

Online unter: http://www.demenz-sh.de/wp-content/uploads/2016/07/beate_krupski.pdf

[Zugriff: 20.08.2017]

Lamnek, S. (1995): Qualitative Sozialforschung. Band 2. Methoden und Techniken. 3., korrigierte Auflage. Weinheim: Beltz, Psychologie Verlags Union

Lechtenfeld, S.; Olbermann, E. (2016): Förderung von Generationsbeziehungen in der Kommune. In: Naegele, G.; Olbermann, E.; Kuhlmann, A. (Hrsg.): Teilhabe im Alter gestalten. Aktuelle Themen der Sozialen Gerontologie. Dortmunder Beiträge zur Sozialforschung. Wiesbaden: Springer VS

MDS (ohne Jahreszahl):

Online unter: https://www.mds-ev.de/fileadmin/dokumente/Publikationen/SPV/Begutachtungsgrundlagen/Fachinfo_PSGII_web_neu_Feb_2017.pdf

[Zugriff: 15.08.2017]

Naegele, G. (2010): Kommunen im demographischen Wandel. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie. 43:98-102. Springer-Verlag

Powietzka, J.; Swart, E. in: Swart, E.; Ihle, P.; Gothe, H.; Matusiewicz, D. (Hrsg.) (2014): Routinedaten im Gesundheitswesen. Handbuch Sekundärdatenanalyse: Grundlagen, Methoden und Perspektiven. 2., vollständig überarbeitete Auflage. Bern: Verlag Hans Huber, Hogrefe AG

Regionalatlas (2015): Anteil Siedlungs- und Verkehrsfläche/ Landwirtschaftsfläche an Gesamtfläche (Prozent). Statistische Ämter des Bundes und der Länder Deutschland (2017)

Online unter: <https://www-genesis.destatis.de/gis/genView?GenMLURL=https://www-genesis.destatis.de/regatlas/AI001.xml&CONTEXT=REGATLAS01>

[Zugriff: 20.08.2017]

Online unter: <https://www-genesis.destatis.de/gis/genView?GenMLURL=https://www-genesis.destatis.de/regatlas/AI001.xml&CONTEXT=REGATLAS01>

[Zugriff: 20.08.2017]

Richter-Kornweitz, A. (2012): Alt, arm, krank und allein? – Wie unterstützende Strukturen in Nachbarschaften entstehen. In: Kämpers, S.; Heusinger, J. (Hrsg): Autonomie trotz Armut und Pflegebedarf? Altern unter Bedingungen der Marginalisierung. Bern: Verlag Hans Huber. Hogrefe AG

Schaeffer, D. (1999): Care Management – Pflegewissenschaftliche Überlegungen zu einem aktuellen Thema. In: Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften. Jg. 7 (3): 233-251

Schäfer-Walkmann, S.; Traub, F. (Hrsg.) (2017): Evolution durch Vernetzung. Beiträge zur interdisziplinären Versorgungsforschung. Wiesbaden: Springer VS

Seifert, A. (2014): Soziale Unterstützung in der Nachbarschaft. Datenauswertung im Auftrag der Age Stiftung. Zentrum für Gerontologie: Universität Zürich

Online unter: http://www.zfg.uzh.ch/projekt/nachbarschaft2014/Bericht_Nachbarschaft_AS_ZfG_2014.pdf

[Zugriff: 20.08.2017]

Schnitger, M.; Plazek, M.; Rothen H. J. (2016): Analysen und Konzepte aus dem Programm „LebensWerte Kommune“. Pflege kommunal gestalten. Ausgabe 2. Wegweiser-kommune.de. Gütersloh: Bertelsmann Stiftung

Schnur, O. (2014): Quartiersforschung im Überblick - Konzepte, Definitionen und aktuelle Perspektiven. In: Schnur, O. (Hrsg.): Quartiersforschung zwischen Theorie und Praxis. 2. aktualisierte und erweiterte Auflage. Wiesbaden: VS Research.

Scholze, J.; Huttenloher, C.; Lorenz, S. (2014): Gemeinsam für ein altersgerechtes Quartier. Handlungsanregungen für die Zusammenarbeit zwischen Akteuren zur tragfähigen altersgerechten Quartiersentwicklung. Projekt „HELPS“. Deutscher Verband für Wohnungswesen, Städtebau und Raumordnung e.V

SONG (2009): Lebensräume zum Älterwerden – Für ein neues Miteinander im Quartier. Memorandum des Netzwerks: Soziales neu gestalten (SONG). Gütersloh: Bertelsmann Stiftung

StaLa Nord (2017):

Online unter: https://www.statistik-nord.de/fileadmin/Dokumente/Presseinformationen/SI17_069.pdf

[Zugriff: 18.08.2017]

Swart, E.; Ihle, P. in: Swart, E.; Ihle, P.; Gothe, H.; Matusiewicz, D. (Hrsg.) (2014): Routinedaten im Gesundheitswesen. Handbuch Sekundärdatenanalyse: Grundlagen, Methoden und Perspektiven. 2., vollständig überarbeitete Auflage. Bern: Verlag Hans Huber, Hogrefe AG

Urban; Vogel (2015): Das sagen die Experten: Die Reformen in der Pflege – Durchbruch oder Rohrkreierer? Pflege Aktuell. Pro&Contra. Heilberufe/ Das Pflegemagazin. 67 (1): 8-9

Vdek (2016): Stellungnahme zum Gesetzentwurf eines Dritten Gesetzes zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften (Drittes Pflegestärkungsgesetz – PSG III). anlässlich der Bundestagsanhörung am 17.10.2016

Vortrag PSP (2016):

Online unter: https://sitzungsinfo.kreis-pinneberg.de/bi2/___tmp/tmp/4508103674987126/74987126/00133355/55-Anlagen/01/JahresberichtPSP2016.pdf [Zugriff:10.07.2017]

WHO (2002): Aktiv Altern. Rahmenbedingungen und Vorschläge für politisches Handeln. Madrid

Online unter:

http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/67215/2/WHO_NMH_NPH_02.8_ger.pdf

[Zugriff: 09.08.2017]

Wöllert, K.; Jutzi, K. (2005): Regionale Netzwerke. Zur besonderen Rolle von Intermediären. In: Aderhold, J.; Meyer, M.; Wetzels, R. (Hrsg.): Modernes Netzwerkmanagement. Wiesbaden: Gabler Verlag

Anhang

Anhang A - Interviewführung und Gesprächsprotokolle

Teilstrukturiertes Leitfrageninterview

1. Information:
 - Zur Person
 - Tätigkeit, Aufgabenbereiche
2. Welche Aufgabenbereiche nimmt der Akteur im Kreis Pinneberg wahr?
3. Was bedeutet Care Management aus Sicht des Befragten im Sozial- und Gesundheitsbereich?
 - Kommunales Care Management in der Pflege
 - o Chancen
 - o Limitationen
4. Was ändert sich mit dem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff?
5. Ist der Demographische Wandel im Kreis Pinneberg zu beobachten?
6. Welche pflegerelevanten Daten werden erhoben/ beschaffen/ genutzt?
7. Wie gestaltet sich die Zusammenarbeit mit anderen Akteuren im Bereich Pflege?
 - Welche gibt es (Einschätzungen der Kooperation)?
 - Art des Informationsaustausches, Kommunikationswege
 - Entwicklungspotenzial
8. Wie ist die Position zu einer erweiterten Kooperation bzw. Aufgabenverteilung der Pflegeberatung nach neuester Gesetzesänderung?
9. Wie lässt sich die Situation im Kreis in Bezug auf Quartiersarbeit/ alternative Wohnformen beschreiben?
 - Aktueller Stand im Kreis Pinneberg
 - Tendenz im zukünftigen Bedarf
10. Welches Ziel verfolgt der Befragte (die Institution) im Kreis Pinneberg im Bereich Pflege?

(eigene Darstellung)

Gesprächsprotokoll:

Termin:

Ort:

1) Information:
- Befragte Person - Tätigkeit, Aufgabenbereiche
2) Aufgabenbereiche des Akteurs im Pflegesektor:
3) Bedeutung des Care Managements im Sozial- und Gesundheitswesen:
- Stichwort: kommunales Care Management in der Pflege - Chancen, Limitationen
4) Änderungen durch den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff:
5) Demographischer Wandel im Kreis Pinneberg:
6) Pflegebezogene Datenerhebung:
- Erhebung, Beschaffung, Nutzung
7) Zusammenarbeit mit anderen Akteuren im Bereich Pflege:
- Nennung relevanter Akteure, Einschätzung der Kooperation - Art des Informationsaustausches, Kommunikationswege - Entwicklungspotenzial
8) Pflegeberatung:
- Erweiterte Kooperation
9) Quartiersarbeit und alternative Wohnformen:
- Aktueller Stand im Kreis Pinneberg - Tendenz im zukünftigen Bedarf
10) Ziele im Bereich Pflege:

(eigene Darstellung)

Gesprächsprotokoll: Herr Michael Flögel

Termin: 23.05.2017

Uhrzeit: 10.00 – 11.00 Uhr

Ort: Kreisverwaltung Pinneberg

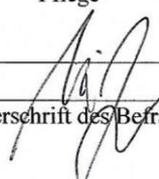
Fachdienst Soziales „Team Steuerungsunterstützung“

Kurt-Wagener-Straße 11

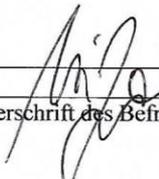
25337 Elmshorn

Tel.: 04121/45023476

1) Information: <ul style="list-style-type: none"> - Befragte Person - Tätigkeit, Aufgabenbereiche
<ul style="list-style-type: none"> - Herr Michael Flögel (Verwaltungsfachangestellter) - Angelegenheiten des Landespflegegesetzes, Leistungs- und Vergütungsvereinbarungen, Vertragswesen
2) Aufgabenbereiche des Akteurs im Pflegesektor: <ul style="list-style-type: none"> - Mitverhandlungen zu Regelungen des SGB XI (Vertragspartner: Leistungsträger, Leistungserbringer) - Mitfinanzierung und Vertragspartner des Pflegestützpunktes im Kreis Pinneberg - Sozialhilfeträger als Vertragspartner zu Regelungen des SGB XII - Fallorientierte Bedarfsprüfung der Leistungsnehmer im Bereich „Hilfe zur Pflege“ durch Pflegefachkräfte und Beratung der Kommunen - Prüfung von politischen Fragestellungen und Informationsvermittlung an den politischen „Ausschuss für Soziales, Gesundheit, Gleichstellung und Senioren“
3) Bedeutung für das Care Management im Sozial- und Gesundheitswesen: <ul style="list-style-type: none"> - Stichwort: kommunales Care Management in der Pflege - Chancen, Limitationen
<ul style="list-style-type: none"> - Strukturierung und Kontrolle von Versorgungsstrukturen der Leistungserbringer (Vertragswesen, Leistungs- und Vergütungsvereinbarungen, Ausführung des Sozialgesetzbuches XI und XII) - Umsetzung der Landesvorschriften (Landespflegegesetz: z.B. Pflegebedarfsplanung; Pflegestützpunkt) - Steuerungs- und Beratungsfunktion auf kommunaler Ebene im Bereich „Hilfe zur Pflege“


 Unterschrift des Befragten

Kreis Pinneberg
 Der Landrat
 Fachdienst Soziales

<ul style="list-style-type: none"> - Chancen: <ul style="list-style-type: none"> o Sozialplanung mit partizipativem Ansatz, ganzheitliche Vernetzung mit sektorenübergreifenden Bereichen (z.B. Handlungsfelder: „Gesundheit“, „Wohnen“, „Infrastruktur sozialer Angebote“) o Ausweitung der Beratungsstrukturen in der „Hilfe zur Pflege“ durch angestellte Pflegefachkräfte: Beratung der Kommunen und Einzelfallbetrachtung - Limitationen: Care Management auf Kreisebene wird im Rahmen der beschriebenen Aufgaben und übergeordnet mit der Sozialplanung durchgeführt; um mit einem direkten Einfluss auf die lokalen Pflegebedarfe eingehen zu können, bedarf es einer weiteren Untergliederung in den Bereich der einzelnen Kommunen/ Gemeinden
<p>4) Änderungen durch den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff:</p>
<ul style="list-style-type: none"> - Beim Pflegegrad 1 umfasst die „Hilfe zur Pflege“ (SGB XII) Leistungen über Pflegehilfsmittel, Maßnahmen zur Verbesserung des Wohnumfeldes und einen zweckgebundenen Entlastungsbetrag <ul style="list-style-type: none"> o diejenigen, die keinen Pflegegrad bzw. Pflegegrad 1 erhalten, werden dahingehend nicht vom Sozialhilfeträger unterstützt ➔ Verhandlungen mit stationären Einrichtungen: Verhandlungsgegenstand ist u.a. der einrichtungseinheitliche pflegebedingte Eigenanteil für die Pflegegrade 2-5. Das Entgelt für den Pflegegrad 1 wird nachrichtlich ausgewiesen ➔ Inanspruchnahme von ambulanten, teilstationären Angeboten oder Kurzzeitpflege müssen von Pflegebedürftigen unterhalb des Pflegegrad 2 hauptsächlich (abzüglich des Entlastungsbetrages im Pflegegrad 1) aus Eigenmitteln finanziert werden
<p>5) Demographischer Wandel im Kreis Pinneberg:</p>
<ul style="list-style-type: none"> - In Schleswig-Holstein ist die stationäre Bedeutung bundesweit am höchsten (siehe „Pflegestatistik 2015“, Statistisches Bundesamt) → 38% der Pflegebedürftigen wurden vollstationär versorgt - die teilstationären/ ambulanten Strukturen wurden durch gesteigerte Nachfrage (Förderung durch Gesetzgebung z.B. durch Kombinationsleistungen, Erhöhung der Leistungssätze im SGB XI; erhöhte Nachfrage bei den Leistungsnehmern) in den letzten Jahren ausgebaut <ul style="list-style-type: none"> ➔ Vergleich: ambulante und teilstationäre Versorgungsstrukturen laut „Pflegebedarfsplan 2001-2004“, „Datenreport 2014“ und heutiger Stand ➔ Tendenz: gesteigerte ambulante Nachfrage sichtbar anhand der Benchmark-Daten „Hilfe zur Pflege“ - Mehrere Bauprojekte in barrierearmer/ -freier Form lassen Rückschlüsse auf den zukünftig erhöhten und angepassten Wohnungsbedarf älterer Menschen vermuten - Der Kreis Pinneberg ist als Randgebiet zur Metropolregion Hamburg attraktiv für Zuwanderungen
 <p>Kreis Pinneberg Der Landrat Fachdienst Soziales</p>

Unterschrift des Befragten

Pflegebezogene Datenerhebung:
<ul style="list-style-type: none"> - Erhebung, Beschaffung, Nutzung
<ul style="list-style-type: none"> - Verwaltungsinterne Erhebung von Daten im stationären Bereich durch die Heimaufsicht und den Fachdienst Soziales - Sekundärdaten über Bundes-/ Landesamt für Statistik, Pflegekassen, MDK Nord (Prüfberichte), Datensammlung zum Überblick über die örtliche Pflegeinfrastruktur - Nutzung <ul style="list-style-type: none"> o Vertragsverhandlungen, o Erstellung von Bedarfsplanungen („Pflegebedarfsplan 2001-2004“, „2005-2008“, Nachfolgeinstrument „Datenreport“ zweijährlich zuletzt 2012, 2014, 2016 aufgrund der fehlenden Kreisstatistik noch nicht realisiert) o Benchmark („Hilfe zur Pflege“) o Weitergabe offizieller Daten an andere Akteure (z.B. Pflegestützpunkt, Beraterfirmen, sonstige)
Zusammenarbeit mit anderen Akteuren im Bereich Pflege:
<ul style="list-style-type: none"> - Nennung relevanter Akteure, Einschätzung der Kooperation - Art des Informationsaustausches, Kommunikationswege - Entwicklungspotenzial
<ul style="list-style-type: none"> - Hauptakteure: <ul style="list-style-type: none"> o Pflegekassen (AOK), professionelle Anbieter (Verträge) → Verhandlungskooperation o Kommunen → Beratende Tätigkeit in Bezug auf „Hilfe zur Pflege“ durch Pflegefachkräfte im Fachdienst Soziales o Direkter Austausch mit Heimaufsicht, MDK → Aufsichts-/ Prüffunktion der stationären bzw. teilstationären Einrichtungen o Pflegestützpunkt (übernimmt die Aufgabe der weiteren Vernetzung informeller und professioneller Strukturen) → Informationskooperation - Regelmäßige Treffen (bis 2008) mit dem damaligen Fachbeirat Pflege: <ul style="list-style-type: none"> o Gründung im Rahmen des Modellprojekts „Pflegebedarfsplan“, o Mitglieder: AOK, VdaK, MDK, AWO, Diakonie, DRK, Caritas, bpa, Kreissenorenbeirat, Kreis Pinneberg (Fachdienst Soziales, Gesundheit), Vertreter der Städte im Kreis; federführend vom Kreis organisiert zur Vernetzung und Politikberatung ➔ Fazit: Abnahme des politischen Einflusses im Bereich Pflege (Angebot der Pflegeinfrastruktur ist größtenteils vom Markt gesteuert), keine Indikation für weitere Treffen ersichtlich - Informationsaustausch bei Bedarf, Kommunikation bei Vertragsregelungen schriftlich, diverse telefonische Kontakte bei Verhandlungs- bzw. aufgabenbezogenen Themen - Entwicklungspotenzial: <ul style="list-style-type: none"> o vernetzte Zusammenarbeit mit regelmäßigen Kontakten bedarf verstärkter Netzwerkarbeit und einen relevanten Anlass; o bisherige Vernetzung mit relevanten Akteuren ist derzeit aus Sicht der Kreisverwaltung zufriedenstellend

Unterschrift des Befragten



Kreis Pinneberg
Der Landrat
Fachdienst Soziales

<ul style="list-style-type: none"> → finanzieller Mehraufwand einer erweiterten Netzwerkstruktur müsste mit einer positiven Wirkungsorientierung begründet sein ○ Informationen über informelle sowie professionelle Strukturen werden weiter über den Pflegestützpunkt gesammelt und so für andere Akteure zugänglich
Pflegeberatung: <ul style="list-style-type: none"> - Erweiterte Kooperation
<ul style="list-style-type: none"> - Derzeitige Regelung: Pflegeberatung nach §7a über die Pflegekassen, Weiterleitung der Leistungsnehmer an den lokalen Pflegestützpunkt zur unabhängigen Beratung und direkten Vernetzung mit den Versorgungsstrukturen vor Ort; Pflegeberatung durch Leistungsanbieter (bei Übernahme der Pflege als Pflegeperson – Qualitätsüberprüfung durch einen ambulanten Anbieter §37 Abs.3 SGB XI); - Gesetzesänderung nach PSG III: §123 SGB XI Modellvorhaben zur kommunalen Beratung Pflegebedürftiger und ihrer Angehörigen <ul style="list-style-type: none"> → im Kreis Pinneberg aufgrund von bereits bestehenden Beratungsstrukturen (Pflegestützpunkt, Pflegekasse) bisher kein unmittelbarer Bedarf, die weitere Ausgestaltung des Paragraphen bleibt abzuwarten; → Beratung im Bereich „Hilfe zur Pflege“ durch Pflegefachkräfte in der Kreisverwaltung für die Kommunen im Aufbau; - Bei einer Kompetenzerweiterung (Pflegestützpunkt führt auch Pflegeberatungen nach §7a durch) wäre eine Änderung im bestehenden Landesrahmenvertrag notwendig
Quartiersarbeit und alternative Wohnformen: <ul style="list-style-type: none"> - Aktueller Stand im Kreis Pinneberg - Tendenz im zukünftigen Bedarf
<ul style="list-style-type: none"> - Quartiersarbeit ist je nach Definition zu betrachten, z.B.: <ul style="list-style-type: none"> ○ Quartier als Mehrgenerationenhaus mit einem gemeinsamen Treffpunkt und Veranstaltungen etc. ○ Quartier als Stadtteil; - im Kreis Pinneberg sind Wohnkonzepte von Bauunternehmern in Zusammenarbeit mit professionellen Dienstleistungsträgern erbaut worden (Beispiel: Henry-Dunant-Ring); andere Formen sind schwer realisierbar im ländlichen Raum und benötigen Eigeninitiative der Kommunen - Projekt KIWA: vom Landesministerium initiiert und gefördert, ein lohnswerter Ansatz als großflächiges Projekt, allerdings ist das Schaffen von alternativen Wohnformen schwierig aufgrund bürokratischer und baulicher Hindernisse; es benötigt die Eigeninitiative von Privatpersonen, landesweit bisher nur 63 gemeldete alternative Wohnformen (meist „Demenz WGs“) - Tendenz: <ul style="list-style-type: none"> ○ Alternative Wohnformen werden auch zukünftig für einen bestimmten Personenkreis eine attraktive Option zu stationären Angeboten darstellen.

Kreis Pinneberg
 Der Landrat
 Fachdienst Soziales
 Im Auftrag

Unterschrift des Befragten

Ziele im Bereich Pflege:

- Übergeordnet definiert durch die gegebenen gesetzlichen Vorgaben (Landespflegegesetz, SGB IX, XI, XII)
- Beratung: eine Erweiterung im „Bereich Hilfe zur Pflege“ ist in der Evaluation und denkbar
- Ganzheitliche Gesundheitsberichterstattung ist bisher nicht umgesetzt → Analyse und Monitoring von pflegerelevanten Entwicklungen in der Sozialplanung möglich


Kreis Pinneberg
Der Landrat
Fachdienst Soziales

Unterschrift des Befragten

Gesprächsprotokoll: Frau Bianca Trebbin

Termin: 24.05.2017

Uhrzeit: 9.00 – 10.30 Uhr

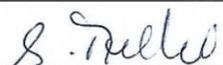
Ort: Pflegestützpunkt Kreis Pinneberg
 Heinrich-Christiansen-Straße 43
 25421 Pinneberg
 Tel.: 04101/555464

1. Information:
<ul style="list-style-type: none"> - Befragte Person - Tätigkeit, Aufgabenbereiche
<ul style="list-style-type: none"> - Frau Bianca Trebbin - Examierte Altenpflegerin, gerontopsychiatrische Fachkraft, BA Pflegeentwicklung und Management - Leitung des Pflegestützpunktes Pinneberg
2. Aufgabenbereiche des Akteurs im Pflegesektor:
<ul style="list-style-type: none"> - Beratungs- und Informationsangebot: Zentrale, regionale, neutrale Beratungsstelle zu Fragen der Pflege, Pflegebedürftigkeit, Behinderung - Vernetzung der regionalen Strukturen wie Ehrenamt, Ärzte, Selbsthilfegruppen etc. - Vermittlung der Beratungssuchenden, Überleitung an Berater der Pflegekassen - Öffentlichkeitsarbeit (Vorträge, Gesundheitsmesse, Homepage, Jahresbericht im Sozialausschuss) - Bedarfskontrolle (Verweis auf fehlende bzw.: ausbaufähige Angebote)
3. Bedeutung des Care Managements im Sozial- und Gesundheitswesen:
<ul style="list-style-type: none"> - Stichwort: kommunales Care Management in der Pflege - Chancen, Limitationen <ul style="list-style-type: none"> - Vernetzung der beteiligten Akteure bzw. der vorhandenen Versorgungsangebote auf Kreisebene, neutraler Ansprechpartner für kommunale Politik <ul style="list-style-type: none"> ➔ Abgrenzung zum Case Management der Pflegekassen nach §7a - Koordinierung der medizinischen, sozialen, pflegerischen Hilfs- und Unterstützungsangebote, sowie Hilfestellung bei Inanspruchnahme - Chancen: <ul style="list-style-type: none"> ➔ 2016: höchste Beratungszahl erreicht <ul style="list-style-type: none"> ○ Verstärkte Präsenz des Pflegestützpunktes ○ Zusätzliches Angebot an Außenstellen (Elmshorn, Quickborn, Barmstedt) werden von Beratungssuchenden angenommen; ein

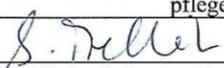


 Unterschrift der befragten Person

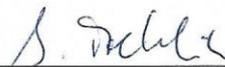
<p>ausgeweitetes Beratungsangebot in weiteren einzelnen Orten würde auch diejenigen erreichen, die nicht in die Städte kommen (können)</p>
<p>4. Änderungen durch den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff:</p>
<ul style="list-style-type: none"> - Mehr Menschen haben Zugang zu Leistungen der Pflegeversicherung: Menschen mit Pflegegrad 1 beziehen geringe Leistungen, die häufig ausreichend sind (z.B.: Wohnumfeldverbessernde Maßnahmen, Versorgung mit Pflegehilfsmitteln) - Verbesserte Versorgung für Menschen mit Demenz - Problem: Hauswirtschaftliche Versorgung ist nicht berücksichtigt; wenig Akzeptanz für „zweckgebundene“ Leistungen - Erhöhter Beratungsbedarf (Neues Begutachtungsverfahren, veränderte Leistungsansprüche, etc.)
<p>5. Demographischer Wandel im Kreis Pinneberg:</p>
<ul style="list-style-type: none"> - Derzeit in der Beratungsnachfrage nicht akut auffällig im Kreis; Problematik jedoch bisher: ambulante Versorgung in den ländlichen Dörfern wird schwieriger (begrenzte Zeit- und Personalkapazitäten) - Höhere Beratungszahlen (siehe Jahresbericht): können zum einen auf vermehrten Bedarf hinweisen, zum anderen auf einen höheren Bekanntheitsgrad durch Öffentlichkeitsarbeit - Die Altersstruktur der Beratungssuchenden ist eher gleichbleibend: 50-60-jährige Kinder bzw. Enkelkinder der Pflegebedürftigen; Ehepartner - Erhöhter Beratungsaufwand bei Fragen zur Demenzversorgung: vermutlich aufgrund von verbesserter Diagnosestellung, häufigere Arztbesuche als früher, Kinder bzw. Enkelkinder weisen Eltern vermehrt auf Entlastungsmöglichkeiten hin - Aspekt der Zuwanderung: viele junge Menschen, Familien ziehen mit der Anbindung an den Großraum Hamburg hinzu oder holen ihre Eltern in die Nähe - Prognose: Was passiert, wenn die geburtenstarken Jahrgänge pflegebedürftig werden? <ul style="list-style-type: none"> ➔ Neben der professionellen Pflege müssen Alternativen gesucht werden ➔ Erhöhtes Augenmerk auf technische Hilfsmittel (z.B.: Roboter) ➔ Mehr Einrichtungen bzw. stationäre Plätze werden benötigt (Grundsatz „ambulant vor stationär“ ist kritisch zu betrachten: erhöhter Druck auf wenig Angehörige direkt vor Ort, steigende Berufstätigkeit, Tendenz geht auf Abwanderungen von der Familie weg)
<p>6. Pflegebezogene Datenerhebung:</p>
<ul style="list-style-type: none"> - Erhebung, Beschaffung, Nutzung <ul style="list-style-type: none"> - Der Pflegestützpunkt unterliegt dem Datenschutz - Datengenerierung für Vertragspartner <ul style="list-style-type: none"> ➔ Anzahl der Beratungskontakte, Beratungsform (telefonisch, Hausbesuch, im Büro/ in den Außenstellen, schriftlich) werden erfasst und im Jahresbericht veröffentlicht - Einheitliches Dokumentationssystem in Schleswig-Holstein (anonym)


 Unterschrift der befragten Person

<ul style="list-style-type: none"> → Ortsangaben des Beratungssuchenden/ Pflegebedürftigen (Vorwahlen oder direkte Auskunft), Beratungsthemen (oberflächlich), psychosoziale Begleitung, nur Informationsweitergabe durch Austeilung von Broschüren → Clustering ist möglich, aber schwer umsetzbar <ul style="list-style-type: none"> ○ mehrere Fragestellungen in unterschiedlichen Themenkomplexen ○ prozentuale Anzahl an Beratungen: Raum Pinneberg und Elmshorn hoch, im ländlichen Raum eher gering - Datenerhebung auf Landesebene in den Pflegestützpunkten unterschiedlich umgesetzt: <ul style="list-style-type: none"> → Differenziertes Arbeiten → Abhängig vom Ort der Ansiedlung (z.B.: räumliche Verzahnung mit einem anderen Akteur) → Unterschiedliche Stellenbesetzungen (z.B.: Stellen für Koordinierung, Projektentwicklung) - Vorteil einer Evaluation der Datenerhebung: <ul style="list-style-type: none"> ○ Evaluation der Bedarfslagen ○ Aufweisen von Verbesserungsmöglichkeiten ○ Erkennen von Bedarfslücken, Informationsdefizite
<p>7. Zusammenarbeit mit anderen Akteuren im Bereich Pflege:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nennung relevanter Akteure, Einschätzung der Kooperation - Art des Informationsaustausches, Kommunikationswege - Entwicklungspotenzial
<ul style="list-style-type: none"> - Kreis Pinneberg, Ehrenamt, Pflegekassen, Alzheimergesellschaft e.V., Sozialverband, Seniorenbeiräte, einzelne Träger/ Leistungserbringer, Krankenhäuser <ul style="list-style-type: none"> ○ Bündelung der einzelnen Akteure miteinander gestaltet sich schwierig: jeder hat primär seine eigenen Arbeitsstrukturen, Interessen, Ziele ○ Keine Automatische Bekanntmachung der Strukturänderungen beim Anbieter (Aktualität der Angebote kann dadurch nicht vollständig gewährleistet werden); Informationen der Anbieter oder Institutionen erfolgen meist nur auf Nachfrage des Pflegestützpunktes ○ Langjährige Akteure (Heime, Heimaufsicht, MDK): Kommunikation eingespielt, Informationsaustausch nach Bedarfslage, „kleine“ Vernetzung einzelner Akteure untereinander (z.B. Heimaufsicht verbindet Einrichtungen mit Vorträgen/ Informationsaustausch quartalsweise) ○ Ärzte: gute Vernetzung mit den Neurologen (Demenz); Zusammenarbeit mit Hausarztpraxen verbesserungswürdig <ul style="list-style-type: none"> ▪ Vermehrte Präsenz des Pflegestützpunktes (Ärztennetze Pinneberg/ Wedel) ○ Ambulanter Sektor: Kommunikation nach Bedarf, teilweise Konkurrenzgedanke (ambulante Pflegedienste bieten Beratungsleistungen an) ○ Kreis Pinneberg: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Vertragspartner (Informationsaustausch der erhobenen Daten; Erstellung des Jahresberichts) ▪ Hilfe zur Pflege (wenig Berührungspunkte aufgrund kreiseigener pflegefachlicher Berater und Hilfeplanung: positiv zu bewerten, da


 Unterschrift der befragten Person

- der Pflegestützpunkt auch Berufsgruppen (z.B. Soziologen, Sozialpädagogen) beschäftigt, die für die pflegerische Situation nur bedingt eine Einschätzung geben können
- Seniorenbeiräte, SOVD etc.:
 - suchen den Pflegestützpunkt auf, um problematische Einzelfälle vorzustellen und diese über die Vernetzung des Pflegestützpunktes zu vermitteln
 - fordern Vorträge/ Präsenz des Pflegestützpunktes ein, um diesen weiter bekannt zu machen und seine Inhalte/ Aufgaben als Multiplikatoren weiterzutragen
 - Ehrenamt:
 - Enge Verknüpfung über die Alzheimergesellschaft e.V.(Demenzversorgungsstrukturen)
 - Freiwilligenforen
 - Tendenz: zu wenig Ehrenamtliche im Bereich Pflege und Betreuung
 - Bündelung der „Nachbarschaftshelfer“ schwierig, da es bisher keine zentrale Anlaufstelle gibt
 - Fragliche Notwendigkeit einer möglichen Ansiedlung an ein Zentrum
 - Seniorenbegleiter/ Seniorenassistenten
 - Aktivität und Anzahl schwer berechenbar bzw. überschaubar
→ Prinzip der Freiwilligkeit
 - Krankenhäuser:
 - Zusammenarbeit über das Entlassungsmanagement (telefonisch)
 - Gesprächsvermittlung von Angehörigen oder Pflegebedürftige an den Pflegestützpunkt
 - Inhaltliche Struktur ist nicht vorhanden
 - Keine Aussage über die Häufigkeit der Direktentlassung aus den Krankenhäusern in die Häuslichkeit
 - Pflegekassen:
 - AOK als Pflegekasse in den Landesrahmenverträgen federführend; in der Zeit der Projektförderung gab es gemeinsame festgelegte Treffen aller Pflegestützpunkte
 - Rückfragen bei Unstimmigkeiten/ Unklarheiten immer möglich
 - Bei Vertragsfragen → schriftlicher Kontakt
 - In der Praxis → wenig Kontakt zu Pflegeberatern, die Pflegekasse verweist mit Formularen meist an den Pflegestützpunkt zur weiteren Betreuung; Beratungssuchende hinterfragen Unabhängigkeit der Pflegekassen; Beratungstermin der Pflegekassen (durch das Gesetz festgelegt) ist für die Pflegebedürftigen meist zu früh angesetzt
 - In Einzelfällen: Rückversicherung bei Beschwerden über Anbieter → unterstützender Kontrollmechanismus über Pflegekasse sowie Heimaufsicht
 - Entwicklungspotenzial und zu untersuchende Aspekte:
 - Kontinuierliche Vernetzung und Strukturierung → Ausweitung der Öffentlichkeitsarbeit bei den anderen Akteuren
 - Festgelegte, periodisch sich wiederholende Zusammentreffen für Informationsaustausch und ganzheitlicher Diskussion
 - Umgang mit Notfallsituationen: Kurzzeitpflege-Plätze sind „kurzlebig“



Unterschrift der befragten Person

<ul style="list-style-type: none"> ▪ Langfristige Planung von Entlastung ist schwer realisierbar, aktuelle Daten und Informationen zur Verfügbarkeit von Kurzzeitpflegeplätzen wären notwendig ▪ Hilfeangebot: eine Anlaufstelle, die Alternativen zur fehlenden stationären Unterbringung aufzeigt (z.B. Menschen aus den Freiwilligenforen, die in der Häuslichkeit unterstützen, Suche nach Ausweichmöglichkeit in eine teilstationäre Unterbringung als Übergang) → Ansiedlung beispielsweise am Pflegestützpunkt ○ Prävention: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Findet sehr wenig statt → solange keine Pflegebedürftigkeit besteht bzw. abzusehen ist, gibt es keinen Anspruch auf Leistungen (z.B.: Umbaumaßnahmen) ▪ Beratung vom Pflegestützpunkt: „...was möglich wäre, wenn...“ (z.B.: in Form von Vorträgen) ▪ Schulungen und Kurse werden zumeist von Betroffenen oder auch von Interessierten (Ehrenamtliche) besucht ▪ Private Initiative: Vorsorgevollmacht, Patientenverfügung ▪ Freiwilligkeit/ Interesse ist Voraussetzung (viele meiden die Konfrontation mit Krankheit und Pflege)
<p>8. Pflegeberatung:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Erweiterte Kooperation
<ul style="list-style-type: none"> - §123 des Pflegestärkungsgesetzes III: Beratung aus einer Hand durch Modellkommunen <ul style="list-style-type: none"> ○ Bereits bestehende, etablierte Strukturen (Pflegeberatung durch Pflegekassen und Pflegestützpunkt vor Ort) vorhanden, die umfangreiche Beratung gewährleisten ○ Ganzheitliche Beratung über die Kommune: Neutralität fraglich; vereinfacht und verkürzt Informationswege für die Beratungssuchenden ○ Sinnvoll und umsetzbar: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Weitere Vernetzung der Beratungsstrukturen (z.B.: mit Hilfeplanung des Sozialhilfeträgers) ▪ Zukünftige Zusammenarbeit mit einem Demenzbeauftragten ▪ „Wie können die bestehenden Beratungsstrukturen noch ausgeweitet werden und dann ggf. personell gestärkt werden?“
<p>9. Quartiersarbeit und alternative Wohnformen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Aktueller Stand im Kreis Pinneberg - Tendenz im zukünftigen Bedarf
<ul style="list-style-type: none"> - Tornesch: Wohnpark „Märchensiedlung“ mit Leistungsanbieter „PflegeSH“ (bisheriger Stand: zugezogene Senioren fordern wenig Leistungen ein) - Elmshorn: Henry-Dunant-Ring (Initiative von betroffenen Eltern geistig und/oder körperlich behinderter Kinder, Menschen mit Demenz nicht eingebunden) - Quellental: Initiative von Bürgern (sozialer Austausch für alle möglich) - Alternative Wohnformen (z. B.: Projekt KIWA) schwer steuerbar und umsetzbar


 Unterschrift der befragten Person

→ „Quartiere“ und „alternative Wohnformen“ sind im Kreis Pinneberg nicht flächendeckend; Städte wie Hamburg und Kiel haben planerisch mehr Möglichkeiten, auf eine Stadtteil- bzw. Quartiersplanung einzuwirken

10. Ziele im Bereich Pflege:

- Informationsweitergabe an die Beratungssuchenden
- Unterstützung des Grundsatzes „ambulant vor stationär“ solange dieser vertretbar ist
- Ausbau der Vernetzung und Struktur mit unterschiedlichen Akteuren
- Ausweitung der Beratungsmöglichkeiten in den einzelnen Gemeinden
- Ausblick: Qualitätssicherung einer einheitlichen Beratung in den Pflegestützpunkten
 - o Richtlinien der Pflegekassen bezüglich der Pflegeberatung werden laut §17, Abs.1a, SGB XI zum 31. Juli 2018 veröffentlicht



Unterschrift der befragten Person

Gesprächsprotokoll: Frau Katrin Oberjat

Termin: 09.06.2017

Uhrzeit: 8.30 – 9.15 Uhr

Ort: Sozialverband Deutschland
 Landesverband Schleswig-Holstein e. V.
 Kreisverband Pinneberg
 Drosteiweg 4
 25421 Pinneberg
 Tel.: 04101/793634

1) Information:

- Befragte Person
- Tätigkeit, Aufgabenbereiche

- Frau Katrin Oberjat (Juristin, Schwerpunkt Sozialrecht)
- Leitung der Geschäftsstelle und Rechtsberatungszentrum des SOVD im Kreis Pinneberg

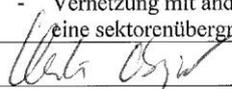
2) Aufgabenbereiche des Akteurs im Pflegesektor:

- Rechtsberatung zu sozialrechtlichen Themen, sowie Schnittstellen zum Arbeits- und Arzthaftungsrecht
- Unterstützung der Mitglieder bei Antragsstellung sowie bei der Durchführung von Widerspruchs- oder Klageverfahren (z.B.: bei abgelehnten Leistungsanträgen, existentiellen Notlagen überwiegend Gesundheit und Arbeit betreffend)
- Koordination der 20 Ortsverbände im Kreis Pinneberg, in denen ehrenamtliche Mitglieder (130-150) vor Ort tätig sind
- Ehrenamtliche Aufgaben: soziale Angebote in Gemeinschaften (z.B.: Reisen, Ausflüge, BINGO-Abende → auch für Nichtmitglieder für einen entsprechenden Obolus), Rechtsberatung in einfachen Fragen durch ausgebildete Sozialberater, Vorabklärung von Problemen wie Vereinsamung
 → Motto: „Gemeinsam statt einsam“

3) Bedeutung des Care Managements im Sozial- und Gesundheitswesen:

- Stichwort: kommunales Care Management in der Pflege
- Chancen, Limitationen

- SOVD als Schnittstelle bzw. Anlaufstelle für Beratungssuchende in Rechtsfragen
- Vernetzung mit anderen relevanten Akteuren wie Pflegestützpunkt und Ärzte, um eine sektorenübergreifende Versorgung zu gewährleisten


 Unterschrift der befragten Person

SOVD
 Sozialverband
 Deutschland
 ehemals Reichsbund • gegr. 1917
 Kreisverband Pinneberg
 Drosteiweg 4 • 25421 Pinneberg
 Tel: 04101 - 79 36 34 - 35 • Fax 79 36 - 36

Partner
 in sozialen
 Fragen

- Chancen: Gewährleistung einer optimalen Beratung und Informationsvermittlung durch die Verzahnung von Akteuren
- Limitation: kein direkter Einblick in den Bedarf des Einzelnen möglich → SOVD ist angewiesen auf die Informationen des Beratungssuchenden bzw. auf die Einschätzung anderer Akteure (z.B.: Ärzte, Pflegestützpunkt), daher ist eine verstärkte Kooperation als sinnvoll zu erachten; Evaluation der Beratung schwierig (individuell vom Feedback des Beratungssuchenden abhängig)

4) Änderungen durch den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff:

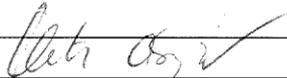
- Neues Begutachtungsverfahren:
 - o Bewertung bzw. Gewichtung der Punktevergabe ist fragwürdig; Nachvollziehbarkeit für den Bedürftigen gestaltet sich schwierig
 - o Unkonkrete Begrifflichkeiten erschweren die Bewertung („überwiegend selbstständig“, geringfügig selbstständig“)
 - o Immer noch keine „Schablone“, die allumfassend den Hilfebedarf erfasst; wünschenswert: vereinfachte Punkteermittlung
- Tendenz: Überforderung der Pflegebedürftigen mit den neuen Gutachten erkennbar; Bewertungen der Hilfebedarfe und eigenen Ressourcen sind unübersichtlich für Ungeschulte schwer nachvollziehbar dargestellt → erhöhter Beratungsbedarf
- Effektivität des neuen Begutachtungssystems nach Umstellung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs, auftretende Problemlagen und Änderungsbedarfe werden wissenschaftlich begleitet und evaluiert: zum 01.01.2020 Veröffentlichung des Evaluationsberichts und ggf. Anpassung an die Reform denkbar

5) Demographischer Wandel im Kreis Pinneberg:

- Demographischer Wandel im Kreis Pinneberg ist zu beobachten
 - o Im SOVD: überwiegend Mitglieder zwischen 50 und 70 Jahre
 - o Altersarmut: steigende Tendenz in den Beratungen zu beobachten
- Demographischer Wandel wird nicht durch Zuwanderung behoben:
 - o auch Fluktuation nach Hamburg aufgrund von besseren Hilfeangeboten („Stichwort: Grundsicherung“) zu beobachten

6) Pflegebezogene Datenerhebung:

- Erhebung, Beschaffung, Nutzung
- Datenerhebung/-beschaffung von Mitgliedern bzw. von Beratungssuchenden:
 - o Informationen durch Pflegestützpunkt oder Ärzte: nur allgemeine Daten bzw. keine spezifischen Informationen zum Beratungssuchenden (Termin, generelles Anliegen)
 - o direkte Erhebung nur durch subjektive Auskünfte der Mitglieder und ausschließlich der für die Beratung relevanten Daten
- Datennutzung nur mit Rücksprache von Beratungssuchenden


Unterschrift der befragten Person

SoVD
Sozialverband
Deutschland
Partner
in sozialen
Fragen
ehemals Reichsbund • gegr. 1917
Kreisverband Pinneberg
Drosteiweg 4 • 25421 Pinneberg
Tel: 04101 - 79 36 34 - 35 • Fax 79 36 - 36

7) Zusammenarbeit mit anderen Akteuren im Bereich Pflege:

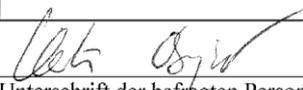
- Nennung relevanter Akteure, Einschätzung der Kooperation
- Art des Informationsaustausches, Kommunikationswege
- Entwicklungspotenzial

- Hauptakteur: Pflegestützpunkt (erster Ansprechpartner in pflegefachlichen Fragen zur weiteren Rechtsberatung)
- AWO: in politischer Hinsicht eine Kooperation (z.B.: Verweis auf Angebote der Sucht- oder Schuldnerberatung)
- Pflegekasse und Sozialhilfeträger: nur bedingter Austausch (Anträge, Widersprüche); kein direkter Kontakt zum MDK (nur über Pflegekasse)
 - Sachliche, lösungsorientierte Zusammenarbeit mit ortsansässigen Pflegekassen
 - Nicht-ortsansässige Pflegekassen: wenig Kontaktpunkte bzw. Austausch
- Kontakte zu anderen Leistungsanbietern wenig ausgeprägt (vereinzelt bei Veranstaltungen in den Ortsverbänden individuell initiiert)
- Ehrenamt: Koordination der ehrenamtlichen Tätigkeiten in den Ortsverbänden mit direktem Kontakt zu den einzelnen Stellen
- Informationsaustausch
 - o mit den Pflegekassen überwiegend schriftlich, auch telefonisch, selten per Email (Verweis auf Datenschutz)
 - o Pflegestützpunkt: telefonisch, per Email
- Entwicklungspotenzial:
 - o erweiterte Informationsstrategie und Aufklärung über Pflegebedürftigkeit im rechtlichen Sinne z.B. durch Pflegekassen der Mitglieder bzw. Beratungssuchenden
 - o Aufbau neuer Kooperationen: z. B. Beratung im Rehazentrum Pinneberg

8) Pflegeberatung:

- Erweiterte Kooperation

- Beratungssuchende: Pflegebedürftige und deren Angehörige; Beratung von Familienangehörigen, die zur Zahlung bei Sozialhilfe herangezogen werden
- Beratungsstruktur Pflegestützpunkt: Priorisieren und Erweitern der Beratungskompetenz vor Ort;
- Beratungsstrukturen erweitern:
 - o Ausweitung der allgemeinen Information und Aufklärung der Bevölkerung durch alle beteiligten Akteure
 - o Pflegekassen sollten mehr Aufklärungsarbeit leisten, erhöhter Fokus auf den §7a, SGB XI → Problematik: viele Pflegekassen haben keine Pflegeberater direkt vor Ort
 - o Verstärkte Übermittlung von Fällen der unterschiedlichen Akteure an die passgenaue Versorgungsstelle (je nach Bedarf an Leistungserbringer, Rechtsberatungsstelle, Pflegeberatung etc.) durch direkte Vermittlung, Aufklärung, Informationsweitergabe und verstärkte Öffentlichkeitsarbeit


 Unterschrift der befragten Person

SoVD
 Sozialverband
 Deutschland



ehemals Reichsbund • gegr. 1917
 Kreisverband Pinneberg
 Drosteiweg 4 • 25421 Pinneberg
 Tel: 04101 - 79 36 34 - 35 • Fax 79 36 - 36

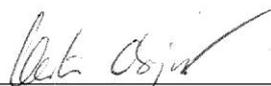
9) Quartiersarbeit und alternative Wohnformen:

- Aktueller Stand im Kreis Pinneberg
- Tendenz im zukünftigen Bedarf

- Nur bedingte Auskunft möglich, da dem Akteur nicht alle Strukturen bekannt sind
- Handlungsbedarf wird durch die demographischen Änderungen unumgänglich sein
- Notwendige Anpassung von (alternativen) Wohnformen durch die sich stetig verändernden Bedürfnislagen

10) Ziele im Bereich Pflege:

- Jeder soll die Pflege und Beratung erhalten, die benötigt wird
- intensivierete Aufklärung und Beratung über Finanzierungsquellen aus unterschiedlichen Sozialgesetzbüchern sowie über das Leistungsangebot und dessen Nutzungsmöglichkeiten bestenfalls von allen relevanten Akteuren
- Erweiterte individuelle Pflegeberatung vor Ort (Stichwort: Pflegestützpunkt)
- Intensivierte, flächendeckende Vernetzung der relevanten Akteure im Kreis Pinneberg durch Kooperationen und koordinierte Zusammenarbeit mit verbessertem Informationsaustausch und Vermittlung Menschen mit erkennbaren Bedarfslagen, um (präventiv) handeln zu können und eine optimale Versorgung zu gewährleisten



Unterschrift der befragten Person

SoVD
 Sozialverband
 Deutschland

Partner
 in sozialen
 Fragen

ehemals Reichsbund • gegr. 1917
 Kreisverband Pinneberg
 Drosteiweg 4 • 25421 Pinneberg
 Tel: 04101 - 79 36 34 - 35 • Fax 79 36 - 36

Gesprächsprotokoll: Frau Ines Hundsdörfer

Termin: 14.06.2017

Uhrzeit: 13.00 – 14.00 Uhr

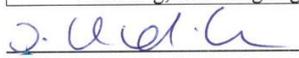
Ort: Alzheimergesellschaft Kreis Pinneberg e.V.

Kirchenstraße 12

25335 Elmshorn

Tel.: 04121/898874

1) Information:
<ul style="list-style-type: none"> - Befragte Person - Tätigkeit, Aufgabenbereiche
<ul style="list-style-type: none"> - Frau Ines Hundsdörfer (Dipl. Sozialpädagogin) - Tätigkeit mit 50% bei der Alzheimergesellschaft Kreis Pinneberg e.V. als Projekt- und Ehrenamtskoordinatorin, Referentenstelle im Kompetenzzentrum Demenz Schleswig-Holstein (Norderstedt) - Standorte der Alzheimergesellschaft e.V. im Kreis Pinneberg: Elmshorn, Wedel, Pinneberg (Pflegestützpunkt)
2) Aufgabenbereiche des Akteurs im Pflegesektor:
<ul style="list-style-type: none"> - Angehörigenunterstützung bei Demenzfragen <ul style="list-style-type: none"> o Kurse und Treffen - Niedrigschwellige Entlastungsangebote - Förderung und Koordination von Ehrenamt - Engagement in der Netzwerkarbeit mit anderen Trägern <ul style="list-style-type: none"> o Multiplikatorenschulungen o Projekte („Wir tanzen wieder“) zur Förderung der kulturellen Teilhabe - Öffentlichkeitsarbeit (Aufklärung über das Leben mit Demenz)
3) Bedeutung des Care Managements im Sozial- und Gesundheitswesen:
<ul style="list-style-type: none"> - Stichwort: kommunales Care Management in der Pflege - Chancen, Limitationen
<ul style="list-style-type: none"> - Bedeutung: die vorhandenen Strukturen auf die Bedarfe der Pflegebedürftigen speziell für Menschen mit Demenz ausrichten und die bestehenden Akteure miteinander vernetzen - Problem: „Versäulung“ in unterschiedliche Gesetzbücher; Schwierigkeit der Überleitung an die verschiedenen Institutionen (Stichwort: Überleitungsmanagement) → teilweise durch Pflegestützpunkt vorbeugend im Rahmen von Beratung; aber ein geregeltes Schnittstellenmanagement für alle Bereiche



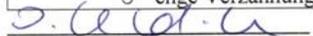
Unterschrift der befragten Person

<p>(stationär/ambulant/Krankenhaus) übergreifend in der Koordination oder Vernetzung ist ausbaufähig</p> <ul style="list-style-type: none"> - Chancen: <ul style="list-style-type: none"> o Vernetzung der Akteure durch Koordinierungsstelle würde eine bessere Versorgung in den Übergängen von Pflegebedürftigkeit und in den unterschiedlichen Institutionen gewährleisten - Limitationen: <ul style="list-style-type: none"> o Neuregelungen (Gesetzesänderungen)/ Bürokratie im stationären und teilstationären Bereich erschweren weiterführende Kooperationen und Vernetzung; im Bereich Pflege hängt seitens des Care Managements viel von dem Engagement einzelner Personen ab o Professionelle Träger sind mit den Umsetzungen der eigenen Interessen sowie der Gesetzgebungsänderungen und mit dem Umgang des derzeit herrschenden Fachkräftemangels konfrontiert → Priorität liegt weniger in der Netzwerkförderung
<p>4) Änderungen durch den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff:</p> <ul style="list-style-type: none"> - hoher Beratungsbedarf bezüglich der Möglichkeiten einer Leistungsanspruchnahme → Informationsdefizit (z. B. auch noch mit Rückblick auf das Pflegestärkungsgesetz I – vielen Angehörigen ist die Möglichkeit der Inanspruchnahme von Kombinationsleistungen weiterhin unklar und nehmen diese nicht wahr) - gesteigerte Nachfrage an Vorträgen zur Thematik - bei erhöhtem Informationsbedarf: Verweis auf Pflegestützpunkt und SOVD - Sichtbarer Trend/ Tendenz: Verbesserung für Menschen mit Demenz (erkennbar durch Feedback der Angehörigen)
<p>5) Demographischer Wandel im Kreis Pinneberg:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Innerhalb der Alzheimergesellschaft e.V. im Kreis: <ul style="list-style-type: none"> o Tendenz: Nutzung der Angehörigenkurse vermehrt von Frauen, im Sportkurs eher die Ehefrauen mit pflegebedürftigen Ehemännern o Nachfrage der Betreuungsgruppen nicht geschlechtsspezifisch o geringe Teilnahme von pflegenden Kindern: berufsbedingt durch die Kurszeiten <ul style="list-style-type: none"> ▪ spezielle, zielgruppenorientierte Angebote erforderlich, z.B. in den Abendstunden - Es liegen keine zuverlässigen Daten vor, aus denen hervorgeht, ob die Anzahl stationärer Pflegeplätze dem (zukünftigen) Bedarf entspricht; qualitativ besteht insbesondere in der Pflege von Menschen mit Demenz Entwicklungsbedarf <ul style="list-style-type: none"> o Wünschenswert: stationäre Einrichtungen mit Quartiersbezug und offenen Türen <ul style="list-style-type: none"> ▪ Beispiel: stationäre Einrichtung „Dänischer Wohld“ (Osdorf) <ul style="list-style-type: none"> • Hausbesuche bei Anmeldung, um zu beurteilen, ob stationär notwendig ist oder eine Unterstützung durch Tagespflege, Betreuung und/oder Ehrenamt Möglichkeiten für eine weitere häusliche Versorgung sind



Unterschrift der befragten Person

<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ermöglichung von „fließenden Übergängen“ in der Versorgung durch Vernetzung und Vermittlung - Klassischer Familienverbund ist in heutiger Zeit nicht mehr in ausgeprägter Form vorhanden <ul style="list-style-type: none"> ○ Besonders im ländlichen Bereich problematisch: Tagespflegen in der Versorgung eine gute Alternative im teilstationären Setting; diese weisen jedoch Grenzen in der Versorgung von Menschen mit Demenz auf - Prognostizierter Pflegenotstand, veränderte Bewohnerstruktur und der Wunsch, möglichst lange in der Häuslichkeit zu bleiben, verstärkt den zukünftigen Bedarf an einer Vielfalt von Angeboten
<p>6) Pflegebezogene Datenerhebung:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Erhebung, Beschaffung, Nutzung
<ul style="list-style-type: none"> - Bedarfserhebung im informellen Bereich durch quantitative Datenerhebungen im Rahmen der Auslastungen und Nachfrage von Betreuungs-/ Schulungsgruppen <ul style="list-style-type: none"> ○ Auflistung der Ehrenamtsstrukturen intern ○ extern durch das Sozialministerium (Grundlage: AFÖVF – Landesverordnung zur Anerkennung und Förderung von Angeboten zur Unterstützung im Alltag) <ul style="list-style-type: none"> ▪ Abfrage von Anzahl der Ehrenamtlichen, Anzahl der Gruppen, Qualifikation der Ehrenamtlichen - Dateneinsicht in die Beratungszahlen und Versorgungsangebote durch den Pflegestützpunkt - Pflegebedarfsplan: <ul style="list-style-type: none"> ○ Inhaltliche Bestandsaufnahme der bestehenden Versorgungsstrukturen und Entwicklung der Altersstruktur anhand statistischer Daten ○ Informeller Bereich sollte genauer betrachtet werden und Konsequenzen gezogen werden <ul style="list-style-type: none"> ▪ Welche Akteure nehmen Einfluss? ▪ Wie gestaltet sich eine Zusammenarbeit, wenn vorhanden? ▪ Inwieweit kann eine Qualitätssicherung angestrebt werden? ○ Fazit: koordinierte, strukturierte Datenerhebung und gemeinsame Evaluation der relevanten Akteure sinnvoll, aber schwer umsetzbar
<p>7) Zusammenarbeit mit anderen Akteuren im Bereich Pflege:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nennung relevanter Akteure, Einschätzung der Kooperation - Art des Informationsaustausches, Kommunikationswege - Entwicklungspotenzial
<ul style="list-style-type: none"> - generell: Kooperation und Vernetzung unverbindlich - Pflegestützpunkt: <ul style="list-style-type: none"> ○ Alzheimer Gesellschaft war von 2000 – 2009 Träger der „Beratungsstelle für Pflege und Demenz“ (Modellprojekt „Trägerunabhängige Beratungsstellen“ in Schleswig-Holstein), ab 2009 Träger des Pflegestützpunktes ○ enge Verzahnung und Kooperation mit dem Pflegestützpunkt


Unterschrift der befragten Person

- Kommunen/ Gemeinden:
 - o zeigen Initiative → z.B. Veranstaltungsanfrage vom Rathaus Elmshorn (bezogen auf stationäre Pflege)
- Seniorenbeirat:
 - o Nachfrage von Vorträgen bzw. Schulungen über den Pflegestützpunkt
- Selbsthilfeorganisation:
 - o Veranstaltungen (z.B. KISS Hamburg)
 - o Anfrage von Vorträgen durch persönliche Netzwerkkontakte
- Ärzte/Neurologen:
 - o Wedel (aktives Ärztenetz → Vorträge, Arbeitskreise)
 - o Pinneberg (im Aufbau durch Pflegestützpunkt)
 - o Elmshorn (ausbaufähig, es besteht die Notwendigkeit auch in Bezug auf den gerontopsychiatrischen Schwerpunkt im Klinikum (Station P1))
- Tagespflegen im Umkreis:
 - o Überschneidungen mit ähnlichem Bedarf der Betreuung → keine direkte Kooperation, Informationen über Wahrnehmung der dortigen Angebote durch Angehörige in den Angehörigenschulungen
 - o Vermittlungskooperation denkbar: Informationsaustausch über Betreuungskapazitäten und Vermittlung von Pflegebedürftigen an den jeweilig anderen
- Krankenhaus:
 - o Kontakt mit Familialer Pflege → Ergänzungen oder gemeinsame Schulungen wünschenswert, bisher nur ein Informationsaustausch über Angebote und Auslastung der Angehörigenkurse
- Professionelle Träger:
 - o „Seniorenresidenz Helene Donner“: Demenzforum in Kooperation mit der Alzheimergesellschaft e.V. und Pflegestützpunkt in Form von Referententätigkeit
 - o Diakonische Kranken- und Altenpflege in den Kirchenkreisen Hamburg-West/Südholstein gGmbH (Pflegediakonie Pinneberg): Lokale Allianz für Menschen mit Demenz (Teilnahme am Projekt „Wir tanzen wieder“)
 - o Austausch mit stationären Einrichtungen: über Schulungen, allerdings besteht zurzeit noch wenig Nachfrage
- Ehrenamt:
 - o Umkämpfter „Markt“ im Kreis; aufwendige Akquise ist derzeit durch vermehrte Schulungen im Aufbau
 - o Herausforderung: Motivation zur Arbeit auf Freiwilligenbasis
 - o Gewinnung durch positive Darstellung im Umgang mit Menschen mit Demenz:
 - Pressearbeit
 - Steigerung des Bekanntheitsgrades durch vermehrte Präsenz
 - Projekte mit Quereinstieg ins Ehrenamt (z.B. „Wir tanzen wieder“)
- Problematik:
 - o Der (Pflege-) „Markt“ ist eine einzige Umsetzung; stationäre Einrichtungen sind wirtschaftlich gut ausgelastet, womit sich die Frage nach einer gemeinsamen Qualitätsentwicklung vordergründig nicht stellt
 - o Zur Versorgung von Menschen mit Demenz ergibt sich ein konzeptioneller Aufhol- und Vernetzungsbedarf mit den professionellen Trägern

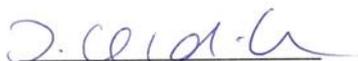


Unterschrift der befragten Person

<ul style="list-style-type: none"> - Entwicklungspotenzial: <ul style="list-style-type: none"> → Liegt in der Zusammenarbeit und damit der Gewährleistung einer kontinuierlichen häuslichen Unterstützung → Prävention: Nachfrage seitens der Angehörigen, vorzeitiger Beratungsbedarf ist erkennbar, aber viele werden nicht im Vorwege erreicht bzw. befassen sich nicht mit der Thematik → weitere Netzwerkstrukturen in der Versorgung von Menschen mit Demenz
<p>8) Pflegeberatung:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Erweiterte Kooperation
<ul style="list-style-type: none"> - Verweis an den Pflegestützpunkt
<p>9) Quartiersarbeit und alternative Wohnformen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Aktueller Stand im Kreis Pinneberg - Tendenz im zukünftigen Bedarf
<ul style="list-style-type: none"> - Quartiersarbeit: <ul style="list-style-type: none"> o Im kleinräumigen Bereich (Beispiel: Henry-Dunant-Ring mit der Pflege SH) o Ortsnahe Betreuung mit bedarfsgerechte Wohnangeboten <ul style="list-style-type: none"> ▪ Ggf. Verknüpfung mit Demenz-WGs und Betreutem Wohnen ▪ Generationsübergreifend ▪ Angebot von sozialer Teilhabe o Demographischer Wandel: Ältere Menschen im Kreis und Junge zugezogene Familien → Mix im Quartier ist die Zukunft für Nachbarschaftsstrukturen o Vielfalt: verschiedene pflegerelevante, soziale und andere Akteure arbeiten in Kooperation zusammen - Alternative Wohnformen: <ul style="list-style-type: none"> o Eigeninitiative von Privatpersonen mit verhältnismäßig hohen bürokratischen Anlaufschwierigkeiten und Hürden <ul style="list-style-type: none"> ▪ Suche nach geeigneter Immobilie, Vermieter, Vertragsformen ▪ Projekt „KIWA“ bietet Aufbauhilfe und Unterstützung im Verlauf ▪ Problematik: „schwarze Schafe“, wenig Kontrollmöglichkeit und Regelungen für die Mieter
<p>10) Ziele im Bereich Pflege:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Alzheimergesellschaft: Bestreben, mit mehr Projekt- und Netzwerkarbeit den Bekanntheitsgrad sowie damit die Förderung des Ehrenamts zu steigern <ul style="list-style-type: none"> o Nutzung von bestehenden Strukturen und deren Potenziale - Etablierung eines Gesprächsforums: wie z.B. „gerontopsychiatrisches Fachgespräch“ oder „Runder Tisch“ als Basis von Fachaustausch und Kooperationen


Unterschrift der befragten Person

- Öffnung von Feldern im Sinne der kulturellen Teilhabe
- Mögliche Netzwerkstrukturen: lose Verbindungen (terminlich vereinbarter „Runder Tisch“), Kooperationsverträge, gemeinsame Charta
 - Netzwerkarbeit als Möglichkeit der Prävention: betrifft alle in diesem Sektor agierenden Institutionen
- Öffentlichkeitsarbeit:
 - Akzeptanz und Bewusstmachung von Demenz und deren positive Darstellung auf kommunaler Ebene mit Netzwerkpartnern
 - Förderung einer Demenzfreundlichen Kommune mit anderen Akteuren
 - Banken, Polizei, ÖPNV, Gleichstellungsbeauftragte, Volkshochschule etc.
- Verstärkte Zusammenarbeit mit Hospiz und Palliativversorgung
 - Umgang mit Sterben und Tod


Unterschrift der befragten Person

Gesprächsprotokoll: Frau Ursula Kleinert

Termin: 15.06.2017

Uhrzeit: 15.15 – 16.30 Uhr

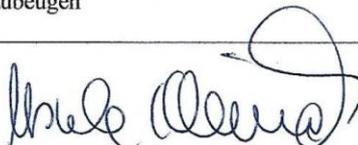
Ort: Henry-Dunant-Ring 6

25335 Elmshorn

Tel.: 04121/2649106

1) Information:
<ul style="list-style-type: none"> - Befragte Person - Tätigkeit, Aufgabenbereiche
<ul style="list-style-type: none"> - Frau Ursula Kleinert - Apothekerin und Heilpraktikerin - Ehrenamtlich im Seniorenbeirat (kommunal) der Stadt Elmshorn, delegiert in den Kreissenorenbeirat mit Ausschusstätigkeit, im Landessenorenrat, Sprecherin der Fachgruppe Pflege und Gesundheit - Leitung der Selbsthilfegruppe „Chronische Schmerz 1 Elmshorn“
2) Aufgabenbereiche des Akteurs im Pflegesektor:
<ul style="list-style-type: none"> - Interessenvertretung der Senioren in Elmshorn sowie im Kreis und Einsetzen für deren Belange - Förderung von Kontakt und Zusammenarbeit mit anderen Institutionen der Altenhilfe - Informationsvermittlung, Hilfe für die Praxis, Anregung von Initiativen zur Selbsthilfe unter den Senioren - Mitarbeit und Unterstützung von kommunalen Seniorenbeiräten - Beratende Stellungnahmen und Empfehlungen in den Angelegenheiten der Senioren im politischen Ausschuss mit Rede- und Antragsrecht
3) Bedeutung des Care Managements im Sozial- und Gesundheitswesen:
<ul style="list-style-type: none"> - Stichwort: kommunales Care Management in der Pflege - Chancen, Limitationen
<ul style="list-style-type: none"> - Senioren mit „Rat und Tat“ zur Seite stehen - Engagement/Aktivitäten für die Belange der Senioren - Hilfe zur kompetenten/rechtlichen Vertretung der Senioren (z.B. Organisation eines Obmanns) - Chancen: Vernetzung von Kreis- und kommunaler Ebene, um Überschneidungen der Aufgabenbereiche vorzubeugen

Unterschrift der befragten Person

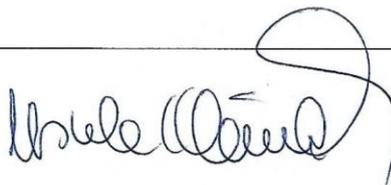


<ul style="list-style-type: none"> - Limitationen: es sollte kein Konkurrenzdenken unter den Akteuren vorherrschen, eine Verzahnung ist anzustreben. → Findungsphase der Aufgaben: Was kommt auf die Kommunen zu? (PSG III)
4) Änderungen durch den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff:
<ul style="list-style-type: none"> - Senioren ohne Pflegebedürftigkeit: wenig Berührungspunkte - Vorteil: Alltagskompetenzen (Demenz und Pflegegrad1) finden mehr Berücksichtigung, weiteres Ausmaß an Auswirkungen erst später sichtbar - Großer Handlungsbedarf: Attraktivität des Berufes sollte noch gestärkt werden → Ein Hauptproblem ist der Fachkräftemangel → Kommune/ Kreis im Zugzwang (z.B. Anreize geben, Bevorzugung von Wohnraum, soziale Infrastruktur stärken, Maßnahmen zum Thema „Beruf und Familie vereinbaren“)
5) Demographischer Wandel im Kreis Pinneberg:
<ul style="list-style-type: none"> - Der Kreis Pinneberg wächst → eher durch Zuwanderungen → geburtenstarke Jahrgänge bleiben - Auch in der Pflege ein hoher Anteil an älteren Fachkräften (50 Jahre und älter) → Gefahr der gesundheitlichen, psychischen Probleme → Überlegungen zu alternativen Modellen/ Konzepten notwendig: andere Strukturen/ Verteilungen/ Aufteilung der Tätigkeiten - Kinder ziehen beruflich weg - Beide Parteien gehen arbeiten → Ziel sollte sein, möglichst bis zum Lebensende zuhause wohnen bleiben zu können
6) Pflegebezogene Datenerhebung:
<ul style="list-style-type: none"> - Erhebung, Beschaffung, Nutzung - Kein Fokus (kommunal) - Kreisebene: Interesse an Bedarfsermittlung → ausbaufähig, um daraus Schlüsse bezüglich der Ist-Situation und weiteren Seniorenpolitik zu ziehen → Daten zur Kurzzeitpflege / Transparenz / Notfallmanagement (z.B. bei vorzeitiger Entlassung aus dem Krankenhaus ohne Abdeckung der häuslichen Versorgung und Fehlen von Kurzzeitplätzen → mögliche Anlaufstelle? → Konzeptentwicklung - Problematik/Herausforderung: Finanzieller Aspekt vs. private Wirtschaft und Gewinnmaximierung in der Pflege <ul style="list-style-type: none"> o Teilfinanzierung: → durch Pflegeversicherung nach Einstufung der Pflegebedürftigkeit → familiäre Subsidiarität notwendig → Denkansatz: Was ist, wenn die Familie nicht mehr da ist? Oder gar nicht vorhanden war?

Unterschrift der befragten Person

<ul style="list-style-type: none"> - Datennutzung: Interesse an Daten vom Pflegestützpunkt bezogen auf informelle Pflege <ul style="list-style-type: none"> → Versorgungsstrukturen → Attraktivität von Angeboten individuell - Kommunaler Bedarf: Angebote vermehrt vor Ort nötig! <ul style="list-style-type: none"> → Wie kommen die Senioren nach Pinneberg? Abdeckung der ländlichen Regionen?
<p>7) Zusammenarbeit mit anderen Akteuren im Bereich Pflege:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nennung relevanter Akteure, Einschätzung der Kooperation - Art des Informationsaustausches, Kommunikationswege - Entwicklungspotenzial
<ul style="list-style-type: none"> - Kommunale Seniorenbeiräte, SOVD, AWO, Paritätische Pflege, Diakonie, DRK, Pflegestützpunkt <ul style="list-style-type: none"> → Problematik: bisher keine Abstimmungen von Veranstaltungen (SOVD), keine gemeinsam organisierten bzw. abgestimmten Treffen <ul style="list-style-type: none"> o Bedarf einer Person, die Kontakte zusammenführt <ul style="list-style-type: none"> ▪ Beispiel: Projekt „Senioren in neuen Netzwerken“ (SINN) mit Vernetzungsstelle in Ahlen (NRW) - Elmshorn: Seniorenkonzept (Stellengewinnung in der Verwaltung für die Unterstützung auf kommunaler Ebene) <ul style="list-style-type: none"> → auf Kreisebene fraglich → Politischer Wille muss da sein und die Unterstützung - Professionelle Träger: öffentliche Sitzungen des Kreisseniorenbeirates (1 Jahr lang) in allen Einrichtungen, um präsent zu sein <ul style="list-style-type: none"> o Gespräche mit Leitungen. → aber bisher keine Kooperationen für gemeinschaftliches Engagement - Idee: Sponsoring? <ul style="list-style-type: none"> → Busfahrten für Schwerstpflegebedürftige → Einbeziehen von externen Akteuren, z.B. ÖPNV (Rollatorentaining) - Seniorenbeirat: Pflage tag organisiert <ul style="list-style-type: none"> → verschiedene Dienstleister: Gewinnung zunächst schwierig → Politik zur Podiumsdiskussion → knappe Kalkulation in der Pflege: zusätzliches Engagement zum zu bewältigenden Alltag ist schwer zu erwarten - Ehrenamt: → Materielle Einsatz (Fahrkostenersatzung etc.), damit auch Ehrenamtler mit kleinem Einkommen tätig werden können <ul style="list-style-type: none"> → Förderung im Bereich Senioren → Schulungen (Seniorentrainer, Trauerbegleitung etc.) → Ehrenamtsforum als Vermittlerstelle - Pflegestützpunkt als Informationsgeber und fachlicher Ratgeber <ul style="list-style-type: none"> → Vorträge → Datennutzung → Ansprechpartner in fachlicher Hinsicht

Unterschrift der befragten Person



<p>8) Pflegeberatung:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Erweiterte Kooperation
<ul style="list-style-type: none"> - Gute Beratungsstrukturen bereits vorhanden → Pflegestützpunkt - → mehr Bedarf und Notwendigkeit einer Erweiterung (Die Pflegekassen nehmen ihre Aufgaben bezüglich Beratungen nicht ausreichend wahr; fragliche Neutralität als Leistungsträger) - Frage: Finanzierung? - Vermehrt Pflegebedürftige ohne Familie → entstehende Versorgungslücke führt zu einem Bedarf an alternativen Konzepten
<p>9) Quartiersarbeit und alternative Wohnformen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Aktueller Stand im Kreis Pinneberg - Tendenz im zukünftigen Bedarf
<ul style="list-style-type: none"> - Ansätze: <ul style="list-style-type: none"> → Dittchenbühne → Henry-Dunant-Ring → Begegnungsstätte Hainholz - Direkte Quartiersarbeit ist eher kleinräumig zu sehen und ist derzeit in den Anfängen - Mögliche Initiativen: <ul style="list-style-type: none"> → „Freundschaften knüpfen im Quartier“ → „Soziales Engagement durch Zusammenhalt“ → aktive Arbeit in Nachbarschaftshilfe - Alternative Wohnformen: <ul style="list-style-type: none"> Problematik: Fokus auf Demenz <ul style="list-style-type: none"> → Selbstbestimmung, Fähigkeiten werden nicht gefördert → Ausgrenzung einer Gruppe - Bessere Alternative: <ul style="list-style-type: none"> → Durchmischung der Generationen als zukunftsfähiges Modell vor allem in Hinsicht auf neu zugezogene junge Familien → Soziale Teilhabe untereinander fördern: „Jung und Alt“; Aufgaben geben
<p>10) Ziele im Bereich Pflege:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Bewusstmachung des Themas - Verbesserung der Situation der Senioren im Kreis <ul style="list-style-type: none"> → Förderung der Sozialen Teilhabe und Steigerung der Zufriedenheit - Quartiersarbeit auf kommunaler Ebene



Unterschrift der befragten Person

Gesprächsprotokoll: Frau Stefanie Holst

Termin: 12.07.2017

Uhrzeit: 13.30 – 14.15 Uhr

Ort: AWO WOHN- und Servicezentrum Tornesch
 Friedrichstraße 2
 25436 Tornesch
 Tel.: 04122/ 4044540

1) Information:

- Befragte Person
- Tätigkeit, Aufgabenbereiche

- Stefanie Holst (Pflegefachkraft und Pflegemanagerin B.A.)
- arbeitet seit 6 Jahren als Pflegedienstleitung im ambulanten und teilstationären Bereich der AWO Tornesch, Betreuung und Leitung betreuter Wohnanlagen

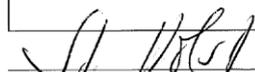
2) Aufgabenbereiche des Akteurs im Pflegesektor:

- Engagement für ganzheitliche Pflege, sodass Menschen möglichst bis zum Lebensende in der eigenen Wohnung bleiben können
- Die AWO hat nicht nur den Pflegebereich mit den vielen verschiedenen Unterbereichen, sondern ist auch in der Schwangerenberatung, Jugendarbeit tätig
- Als Kreisverband → Aufklärung und Betreuung von Menschen, die mit Pflegebedürftigkeit konfrontiert sind oder eine schwere Situation im Leben zu bewältigen haben, wie auch Schuldnerberatung

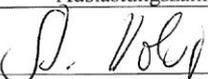
3) Bedeutung des Care Managements im Sozial- und Gesundheitswesen:

- Stichwort: kommunales Care Management in der Pflege
- Chancen, Limitationen

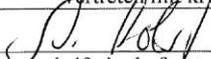
- Care Management bedeutet, dass die Rahmenbedingungen stimmen müssen, um pflegebedürftige Menschen aufzufangen
- Die gesetzlichen Rahmenbedingungen sind definiert; die Pflegekassen geben die finanzielle Grundlage
- Chancen: das Case Management im Krankenhaus mit Überleitungsfunktion in die ambulante Versorgung bietet Potenzial, wenn die Kommunikation stimmen würde.
- Limitationen: weitere kommunikative Grenzen zwischen Ämtern und den Pflegebereichen oder den Beratungsstellen.
 → Vorausschauendes Denken und Handeln ist nicht ausreichend vorhanden


 Unterschrift der befragten Person

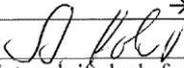
4) Änderungen durch den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff:
<ul style="list-style-type: none"> - Der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff ist erfreulicherweise im gesetzlichen Bereich verankert: auch die kognitive Situation der Pflegebedürftigen wird nun hinzugezogen → Die Chancen derjenigen, die an der Schwelle zur Pflegebedürftigkeit stehen, werden mehr aufgefangen, Pflegegrad 1 wird großzügig verteilt → Es ist einfacher eine Pflegegradeinstufung zu erhalten, als im letzten Jahr; diejenigen, die nicht in die Pflegestufe hineingekommen sind, haben einen Pflegegrad erhalten. Dies verläuft durchweg positiv. → Pflegegrad 2: derzeitige Problematik bei erhöhter Nachfrage der Kurzzeitpflege – für die stationären Einrichtungen ist eine Aufnahme wirtschaftlich unrentabel - der Umfang der Betreuung ändert sich: Die Grundpflege (Körperpflege, Nahrung reichen etc.) ist von weniger Interesse, Betreuungsleistungen sind dagegen sehr nachgefragt. - ein negativer Aspekt ist die Dauer der Bearbeitungszeit; der MDK lässt sich mehr Zeit, die 5 Wochenfrist sind derzeit ausgesetzt. - Die Aufklärung im Vorwege (z.B. Kombinationsleistungen, wer was beanspruchen kann) war unzureichend. Die Beratungsleistung seitens der Kasse war/ist merklich kaum vorhanden; es besteht weiterhin Nachholbedarf in der Aufklärungsarbeit zu den Leistungen und Neuerungen.
5) Demographischer Wandel im Kreis Pinneberg:
<ul style="list-style-type: none"> - Dieser ist sehr zu bemerken - Sehr gute Auftragslage im ambulanten Bereich: hohe Nachfrage - Tagespflegen eröffnen weiter, sind ausgelastet und bauen weiter aus - der Demographische Wandel macht sich bemerkbar im ambulanten und teilstationären Bereich, weniger in der Schwerstpflegebedürftigkeit - die Kinder/ Familien der pflegebedürftigen Menschen sind noch stark eingebunden, es ist eine große Dankbarkeit zu erkennen → Prognostisch für die nächsten 10-15 Jahre wird es sicher anders aussehen - es ist zu beobachten, einerseits, dass viele Ältere in den Kreis zu ihren Kindern ziehen, andererseits, dass viele jüngerer Familien aus Hamburg und Umgebung hierherziehen → Verweis auf zwei Quartiersprojekte (Tornesch und Elmshorn mit der Pflege-SH), um die Generationen zusammenzuführen
6) Pflegebezogene Datenerhebung:
<ul style="list-style-type: none"> - Erhebung, Beschaffung, Nutzung <ul style="list-style-type: none"> - Wenig Datennutzung von außen - Die AWO benutzt eigene Kennzahlen. Sie orientiert sich im Kreis an den Auslastungszahlen, daraus entsteht der Grund, das Angebot zu erweitern.


 Unterschrift der befragten Person

<ul style="list-style-type: none"> - Erhebung diverser Kennzahlen (Auslastung, Mitarbeiter-/Kundenzufriedenheit, Fluktuationsrate, Gewinnung neuer Mitarbeiter etc.) - Regelmäßige Befragungen der Mitarbeiter durch das Qualitätsmanagementmodell (EFQM)
<p>7) Zusammenarbeit mit anderen Akteuren im Bereich Pflege:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nennung relevanter Akteure, Einschätzung der Kooperation - Art des Informationsaustausches, Kommunikationswege - Entwicklungspotenzial
<p>Zusammenarbeit mit:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pflegekassen - Ärzte, Therapeuten - Krankenhäuser - Alzheimer Gesellschaft - SAPV, wenn es um Palliativversorgung geht - Schulen: Einblicke in die Welt der Senioren, Aufklärung, kleine Projekte <ul style="list-style-type: none"> - häufigste Kooperation der AWO findet mit Krankenhäusern und Ärzten statt <ul style="list-style-type: none"> → Die Vermittlung von Patienten gestaltet sich ganz schlecht → Die Information und Kommunikation zwischen den Leistungsträgern im ambulanten und stationären/ teilstationären Bereich ist unzureichend. <ul style="list-style-type: none"> → kein Entwicklungspotential mangels Interesse und aufgrund von finanzieller Steuerung → Die Krankenhäuser interessieren betriebswirtschaftliche Zahlen - Das Ärztenetz in Tornesch und Elmshorn ist gut: die Zusammenarbeit mit Hausärzten gestaltet sich immer besser, auch die Apotheken vernetzen sich <ul style="list-style-type: none"> → Es besteht jetzt eine digitale Vernetzung, die nicht nur AWO intern ist. - Die Zusammenarbeit mit den Pflegekassen gestaltet sich sehr schwierig und ist interessengesteuert. <ul style="list-style-type: none"> → Sparverhalten seitens der Pflegekassen ist zu beobachten und führt teilweise zu rechtlichen Vorgehensweisen seitens der Antragssteller → Die Sachbearbeiter sind teils nicht gut geschult, zu beobachten ist, dass das Wissen über den Inhalt der neuen Gesetze fehlt und sie nach eigenen Richtlinien entscheiden. - Gute Kooperation mit den Palliativ-Pflegediensten. - Gemeinnützigen Organisationen (SOVD, Alzheimer Gesellschaft/ Pflegestützpunkt, Ehrenamtliche, Selbsthilfegruppen): wenig Kommunikation; die AWO bietet ihre Räumlichkeiten an - Ehrenamt/ bürgerschaftliches Engagement in diesem Bereich ist eher aussterbend, es kommen keine Nachfragen; Akquise gestaltet sich schwierig; es sind vorwiegend ältere Ehrenamtliche tätig <ul style="list-style-type: none"> → These: Generation der Senioren möchte sich auch zur Ruhe setzen und keine „Arbeit“ mehr leisten müssen (Katharina Birke aus dem AWO Leitungsteam Elmshorn/ Tornesch) - Kreissenorenbeirat: Tagung in den Räumlichkeiten, aktiv im Heimbeirat vertreten, mit kritischen Fragen als Sprachrohr für die ältere Bevölkerung,


 Unterschrift der befragten Person

<p>führen Veranstaltungen in Kooperation durch (z.B. „Elmshorner Pflegemesse“), Organisation von Schulungen und Vorträgen</p> <p>→ Entwicklungspotential: Vernetzung ist derzeit nur lokal, zwischen den Pflegeeinrichtungen eher passiv aufgrund von Konkurrenzdenken</p> <ul style="list-style-type: none"> → Wir müssen umdenken → kreisweit als Pflegeeinrichtung sprechen. „Für jeden ist genug zu tun“ → Der allgemeine Wunsch nach Vernetzung unter den Leistungserbringern ist vorhanden. → Die AWO hat ein gesundes Verhältnis zu den Konkurrenten im Kreis, es belebt das Geschäft, sie kennt ihre Stärken.
<p>8) Pflegeberatung:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Erweiterte Kooperation
<ul style="list-style-type: none"> - Die Alzheimer Gesellschaft e.V. bzw. Pflegestützpunkt hat einen übergreifenden Beratungsauftrag - Beratungsanfragen haben sehr zugenommen - Die meisten Ratsuchenden rufen erfahrungsgemäß bei den Leistungserbringern direkt an - Die Sachleistungsbezieher dürfen nun 1x im Jahr eine Pflegeberatung ins Haus holen, die abrechenbar ist: auch dort zeigt sich der erhöhte Beratungsbedarf <p>→ Innerhalb der Beratungen besteht keine Kooperation</p> <p>→ Es gibt Strukturen, die ausgebaut werden müssen; Vernetzung mit anderen Akteuren ist sinnvoll, jedoch keiner Erweiterung bzw. Umstrukturierung im Rahmen von Modellkommunen nach §123 SGB XI.</p>
<p>9) Quartiersarbeit und alternative Wohnformen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Aktueller Stand im Kreis Pinneberg - Tendenz im zukünftigen Bedarf
<ul style="list-style-type: none"> - Alternative Wohnformen <ul style="list-style-type: none"> ➢ Projekt „KIWA“ (Demenz-WGs) der AWO stagniert gerade wieder <ul style="list-style-type: none"> ○ Bedenken, der unzureichenden Qualitäts-/ Sicherheitskontrolle in diesen Wohnformen nicht gerechtfertigt (ambulanter Dienst mit Pflegeberatungen, MDK sind vor Ort) ○ Zukunft: die Form der „WG“ ist ggf. in einer späteren Generation attraktiver ➢ Der stationäre Sektor ist ein auslaufendes Modell: <ul style="list-style-type: none"> • Fraglich: Umstrukturierung des Sektors in alternative Formen • Tendenz geht in Richtung Hospizpflege am Lebensende - Quartiersarbeit <ul style="list-style-type: none"> ➢ Schon immer da gewesen: Vernetzung von Kooperationspartnern vor Ort ➢ Projekt „Alt und Jung“ ist eine Herausforderung, die wachsen muss → „Die Märchensiedlung“: ein fast gescheitertes Projekt, Wohnungen


Unterschrift der befragten Person

<p>nicht ausgelastet, Familien (Bungalows) und ältere Menschen (Wohnungen) sind baulich getrennt voneinander</p> <p>→ Koordination und Beratung notwendig</p> <p>➤ Die Zukunft ist das „Quartiersdenken“:</p> <p>→ Viele Ältere haben verstärkt den Wunsch, in ihrer Wohnung zu bleiben oder in eine betreute Wohnform zu ziehen.</p> <p>→ Betreute Wohnanlagen sind stark nachgefragt</p> <p>➔ Das Angebot der AWO ist hier im Kreis einzigartig und als Modell zukunftsorientiert:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Abdeckung aller Versorgungsarten vor Ort möglich: stationär, teilstationär, ambulant, Betreutes Wohnen - Möglichkeit, die Kunden in der Nacht in den Wohnanlagen pflegen zu können, damit diese in ihrer Wohnung bleiben können. <p>➔ Das Bestreben eines Gesamtversorgungsvertrages</p> <p>➔ Nachbarschaftshilfe ist als zusätzliche Unterstützung der pflegerischen Versorgung zu sehen; kein Ersatz für die bevorstehende Versorgungslücke im Fachkräftebereich</p>
10) Ziele im Bereich Pflege:
<ul style="list-style-type: none"> - Zukunftsfähige Gestaltung (digitale Vernetzung) - „Ganzheitliche Pflege“ - kommende pflegebedürftige Generation: WLAN - Teilhabe an der zukünftigen Pflegeentwicklung - Pflegekräftegewinnung <ul style="list-style-type: none"> o Kampagne „Fair Work“ der AWO o Pflege muss attraktiver werden, die Rahmenbedingungen stimmen nicht o wenig Wertschätzung in der Gesellschaft <ul style="list-style-type: none"> ▪ viele möchten den Beruf ausüben, schrecken aber zurück o Zufriedenheit der Mitarbeiter: interne Umfragen bei der AWO sagen, dass die Bezahlung stimmt; geregelte Arbeitszeiten und ein verlässlicher Dienstplan sind sehr wichtig. o keine Lösung, Langzeitarbeitslose in die Pflege zu geben (die Überzeugung fehlt, diesen Beruf auszuüben – Wertverlust der Pflege) - Flüchtlinge/ andere Nationalitäten als Potenzial: <ul style="list-style-type: none"> • die AWO ist offen und gegen Rassismus, sie hat 6 verschiedene Nationalitäten an Pflegefachkräften. • Kulturelle Schwierigkeiten gibt es, aber hier öffnet sich ein Potential in der Pflege und in der Hauswirtschaft.


 Unterschrift der befragten Person

Gesprächsprotokoll: Frau Beate Krupski

Termin: 13.07.2017

Uhrzeit: 15.30 – 16.15 Uhr

Ort: Wohnprojekt Sandberg
 Henry-Dumont-Ring 5
 25335 Elmshorn
 Tel.: 04121/2664960

1) Information:
<ul style="list-style-type: none"> - Befragte Person - Tätigkeit, Aufgabenbereiche
<ul style="list-style-type: none"> - Beate Krupski - Tätigkeit als Quartiersmanagerin, eher „Quartierkümmerer“ für die Paritätische Pflege im Henry-Dunant-Ring, als auch in der „Märchensiedlung“ in Tornesch - Kommt nicht aus dem Bereich der Pflege <ul style="list-style-type: none"> ➔ Auf der Suche nach einer passenden Wohnform für ihre schwerbehinderte Tochter, gründetet sie mit anderen Eltern einen gemeinnützigen Verein, der das Projekt ins Leben rief
2) Aufgabenbereiche des Akteurs im Pflegesektor:
<ul style="list-style-type: none"> - Paritätische Pflege SH, die ambulant für Elmshorn tätig und nun auch in Tornesch aktiv sind - Zwei Bereiche des Pflegedienstes <ul style="list-style-type: none"> ➔ einerseits Henry-Dunant-Ring ➔ andererseits Versorgung Pflegebedürftiger außerhalb des Quartiers
3) Bedeutung des Care Managements im Sozial- und Gesundheitswesen:
<ul style="list-style-type: none"> - Stichwort: kommunales Care Management in der Pflege - Chancen, Limitationen
<ul style="list-style-type: none"> - Keine Angaben
4) Änderungen durch den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff:
<ul style="list-style-type: none"> - Keine Angaben

Beate Krupski
 Unterschrift der befragten Person

5) Demographischer Wandel im Kreis Pinneberg:
<ul style="list-style-type: none"> - Der demographische Wandel ist zu verzeichnen. - Menschen wünschen, solange wie möglich in der eigenen Häuslichkeit zu leben - Die Betreuung der Pflegebedürftigen findet tatsächlich noch überwiegend durch die Kinder statt → Geburtenstarker Jahrgang der pflegenden Angehörigen - Mit Blick auf die Zukunft sind ambulante Pflegedienste vermehrt gefragt und stehen nicht in Konkurrenz
6) Pflegebezogene Datenerhebung:
<ul style="list-style-type: none"> - Erhebung, Beschaffung, Nutzung
<ul style="list-style-type: none"> - Keine Angaben
7) Zusammenarbeit mit anderen Akteuren im Bereich Pflege:
<ul style="list-style-type: none"> - Nennung relevanter Akteure, Einschätzung der Kooperation - Art des Informationsaustausches, Kommunikationswege - Entwicklungspotenzial
<ul style="list-style-type: none"> - Vernetzung des paritätischen Wohlfahrtsverbandes aus Sicht der pflegerischen Seite besteht mit Ärztezentren und Apotheken, aber auch mobile Friseure und Fußpflege - Ehrenamt: <ul style="list-style-type: none"> o schwer zu gewinnen und rückläufig. o Einer außerberuflichen Verpflichtung regelmäßig nachzukommen oder im Ruhestand ein Ehrenamt zu übernehmen, nimmt tendenziell ab o Es wird versucht, z.B. über Aushänge an der Infotafel der Quartiere, Menschen in eine ehrenamtliche Tätigkeit zu bewegen.
8) Pflegeberatung:
<ul style="list-style-type: none"> - Erweiterte Kooperation
<ul style="list-style-type: none"> - Die Paritätische Pflege SH bietet umfangreiche Beratung an. - Beratungssuchende kommen zur Quartiersmanagerin, diese leitet sie weiter an den Regionalleiter oder die Pflegedienstleitung.
9) Quartiersarbeit und alternative Wohnformen:
<ul style="list-style-type: none"> - Aktueller Stand im Kreis Pinneberg - Tendenz im zukünftigen Bedarf
<ul style="list-style-type: none"> - Die Tendenz geht in Quartierbildung und Vernetzung <ul style="list-style-type: none"> o Die Wohnungen in Elmshorn wie auch in Tornesch werden von dem Bauunternehmer einzeln vermietet.

Beate Kumpf
Unterschrift der befragten Person

- Eine Angehörigenentlastung wird durch diese Wohnformen angestrebt
- Es wird eine Koordination im Quartier benötigt, um eine Gemeinschaft zu schaffen und ein Zusammenleben unterschiedlicher Generationen aufzubauen und zu fördern
 - Nachbarschaftshilfe
- Eine Struktur besteht bereits und Entwicklungspotential ist vorhanden
- Die Transparenz und Kommunikation ist sehr wichtig, weil die Akteure zu unterschiedlichen Zeiten vor Ort sind
- Quartiere im Vergleich:

„Wohnprojekt Sandberg“ (Elmshorn):

- insgesamt 224 Wohneinheiten; verteilt auf 9 Mehrfamilien- und 17 Reihenhäuser, alle Wohnungen sind barrierearm. 80 Wohnungen davon sind sozial gefördert (30% Sozialwohnungen)
- Im „Kernhaus“, welches im Zentrum des Quartiers steht, befinden sich 5 Rollstuhlwohnungen im Erdgeschoss, außerdem befindet sich dort ein Gemeinschaftsraum, den sogenannten "SeWo-Treff" (Selbstbestimmtes-Wohnen-Treff), der von der Paritätischen Pflege angemietet ist.
- Dort findet die Verpflegung der pflegebedürftigen Bewohner des Kernhauses und Gemeinschaftsaktivitäten für das Quartier statt.
 - Jeden Donnerstag ein Kaffeetrinken zum Austausch, das vom ursprünglichen Elternverein geführt wird
 - Vorträge
 - Spielenachmittage
 - Wochenendkochtraining mit Sozialpädagogen
- Das Motto lautet: „Selbstbestimmtes Leben“
- „Alt und Jung“ treffen hier zusammen → von jungen gehandicapten Erwachsenen bis hin zu Senioren
- Fast alle Mieter sind dort vor ca. 2 Jahren gleichzeitig eingezogen, wie ein kleiner eigener Stadtteil
- Die Durchmischung bietet Vorteile und ist eine Bereicherung
- die Eltern/ Angehörigen werden in die Umsetzung des Quartierskonzepts einbezogen

„Märchensiedlung“ (Tornesch):

- 125 Wohnungen, meist Senioren als Mieter; 48 Bungalows für Familien
 - viele Senioren (hatten ein eigenes Haus, einen Garten, der Partner ist gestorben), die noch jung und dynamisch geblieben sind, haben Schwierigkeiten, dort Fuß zu fassen
- Ein Gemeinschaftsraum, welcher auf die Miete umgelegt ist
- Keine 24-Stunden-Betreuung
- Es bilden sich Gruppen für gemeinsame Treffen, allerdings nur unter den Senioren
 - Die Nachbarschaftshilfe muss weiterentwickelt werden

Heide Krupsk
Unterschrift der befragten Person

- Im Vergleich zum Wohnprojekt in Tornesch ist die Kombination von „Alt und Jung“ im Henry-Dunant-Ring das effektivere Angebot und einzigartig.
- Es gibt den Angehörigen große Unterstützung.
- Elmshorn mehr Möglichkeiten (z.B. selbständiges Einkaufen, Erreichbarkeit sozialer Infrastrukturen)

10) Ziele im Bereich Pflege:

- Mehr Empathie für andere entwickeln
- Nicht sich selbst in den Fokus stellen, das „Ohr“ zum Zuhören offenhalten
- Lösung des Pflegekräftemangels
- Öffentlichkeitsarbeit und Bewusstmachung
- Begegnungen müssen stattfinden und der Versuch, Nachbarschaftliches in die Wege zu leiten
- Vernetzung untereinander steht im Fokus


Unterschrift der befragten Person

Gesprächsprotokoll: Frau Bornholdt

Termin: 20.07.2017

Zeit: 9.00 – 9.45 Uhr

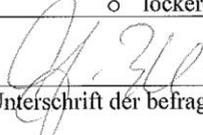
Ort: Pflegediakonie Seniorenzentrum Pinneberg
 Rockvillestraße 2
 25421 Pinneberg

1) Information:
<ul style="list-style-type: none"> - Befragte Person - Tätigkeit, Aufgabenbereiche
<ul style="list-style-type: none"> - Jutta Bornholdt (Pflegedienstleitung vom ambulante Pflegedienst, der Tagespflege)
2) Aufgabenbereiche des Akteurs im Pflegesektor:
<ul style="list-style-type: none"> - Dienstleistungsanbieter pflegebezogener Tätigkeiten <ul style="list-style-type: none"> o Ambulante Dienste, Tagespflege o Stationäre Einrichtung (Hamburg) o Pflegeberatung o Angebot alternativer Wohnformen in Pinneberg <ul style="list-style-type: none"> ▪ ambulante Wohngruppe für Menschen mit Demenz (Leitung Frau Kelbert) ▪ Wohnen mit Service (Hausnotruf)
3) Bedeutung des Care Managements im Sozial- und Gesundheitswesen:
<ul style="list-style-type: none"> - Stichwort: kommunales Care Management in der Pflege - Chancen, Limitationen
<ul style="list-style-type: none"> - Vernetzung aller Akteure - Strukturelle Rahmenbedingungen - Chancen: für jeden Einzelnen, da gemeinsames Interesse besteht, die Pflege sicherzustellen - Limitation: keine bekannt
4) Änderungen durch den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff:
<ul style="list-style-type: none"> - Keine Minuteneinschätzung mehr durch das neue Begutachtungsverfahren → das Einschätzen, welcher Pflegegrad ermittelt wird, ist schwierig - „ambulant vor stationär“: der ambulante Bereich wird gefördert → erhöhte Nachfrage in diesem Leistungsbereich

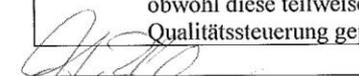


 Unterschrift der befragten Person

<ul style="list-style-type: none"> - Pflegegrade 1+2: wenig Chance für stationäre Leistungsanspruchnahme aus wirtschaftlichen Gründen → Insgesamt sind positive Veränderungen zu verzeichnen, auch wenn die gesamten Strukturen komplex sind und dadurch leicht unübersichtlich erscheinen
<p>5) Demographischer Wandel im Kreis Pinneberg:</p>
<ul style="list-style-type: none"> - Insgesamt ist der Wandel spürbar - Junge Familien ziehen zu → Speckgürtel Hamburg mit verkehrsgünstiger Lage - Auch viele Ältere ziehen aus Gesamtdeutschland hierher, um bei ihren Kindern zu wohnen - Je älter die Menschen werden, desto einsamer sind sie: mit dem Alter gestaltet sich die Alltagsgestaltung und Strukturierung schwieriger
<p>6) Pflegebezogene Datenerhebung:</p>
<ul style="list-style-type: none"> - Erhebung, Beschaffung, Nutzung
<ul style="list-style-type: none"> - interne Datenerhebungen mit betriebswirtschaftlichem Hintergrund - Erhebung von Mitarbeiterzufriedenheit (z.B. Wechselwirkungen zwischen Zufriedenheit mit dem Gehalt und der Identifikation mit Arbeitgeber) - Von außerhalb: Nutzung von Statistiken und weiteren Daten (z.B. zu alternativen Wohnformen, demographische Veränderungen)
<p>7) Zusammenarbeit mit anderen Akteuren im Bereich Pflege:</p>
<ul style="list-style-type: none"> - Nennung relevanter Akteure, Einschätzung der Kooperation - Art des Informationsaustausches, Kommunikationswege - Entwicklungspotenzial
<ul style="list-style-type: none"> - Allgemein: Zusammenarbeit funktioniert gut; „alle wissen voneinander“ - Pflegestützpunkt, Seniorenbeirat (eher kommunale Ebene), Kreisverwaltung (Sozialbereich) - Andere Leistungsanbieter: <ul style="list-style-type: none"> o Bei Kapazitätsmangel in der Versorgung erfolgt der Verweis auf andere o Privaten Anbieter sind untereinander vernetzt (bpa) o Kein Konkurrenzgedanke: die Nachfrage ist zu hoch - Ambulante Dienste der Diakonie: <ul style="list-style-type: none"> o PSP (Vermittlung von Pflegebedürftigen und Angehörigen), Alzheimer Gesellschaft (Angebot von Schulungen) o SOVD (Vorträge, Vermittlung von beratenden Tätigkeiten, beidseitiger Austausch „keine Einbahnstraße“) - Pflegekasse: <ul style="list-style-type: none"> o jede unterschiedlich zu sehen: AOK ist vor Ort, kleine Zweigstellen haben meist keine Funktion der Pflegeberatung - Seniorenbeiräte: <ul style="list-style-type: none"> o lockerer Kontakt


 Unterschrift der befragten Person

<ul style="list-style-type: none"> ○ Strukturen kommunal unterschiedlich aktiv (politische Interessenvertretung) - Ehrenamt: <ul style="list-style-type: none"> ○ Unterstützender Bereich ○ Gewinnung gestaltet sich schwierig: Ehrenamt wird wenig honoriert, ist arbeits- und zeitintensiv ○ Viele Ehrenamtler im Rentenalter, die eine Aufgabe suchen und unterstützen wollen, selten Jüngere ○ „Rotes Tüdelband“ → Integration von Menschen mit Demenz durch Veranstaltungen → Bereitschaft zur ganzheitlichen Vernetzung mit anderen Akteuren (Beispiel: Bildung von Arbeitsgruppen) gestaltet sich schwierig → Effektivität bei zu viel alltäglicher Arbeit ist anzuzweifeln → Kooperationen mit gleichen Interessenslagen sind dennoch sinnvoll
<p>8) Pflegeberatung:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Erweiterte Kooperation
<ul style="list-style-type: none"> - Eigene Pflegeberater, die in der Häuslichkeit Menschen rund um Pflegebedürftigkeit und Möglichkeiten zu deren Kompensation beraten <ul style="list-style-type: none"> ○ Notwendigkeit: Komplexität der Anspruchsmöglichkeiten - Pflegekassen: haben einen beratenden Auftrag, sind aber mit der Thematik nicht ausreichend vertraut - Compass: Beratung der privaten Pflegekassen → vorhandene Strukturen sollten gestärkt werden
<p>9) Quartiersarbeit und alternative Wohnformen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Aktueller Stand im Kreis Pinneberg - Tendenz im zukünftigen Bedarf
<p>Realistisches Zukunftsdenken:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Alternative Wohnformen: <ul style="list-style-type: none"> ○ erste Trägerinitiierte Wohngemeinschaft (für Menschen mit Demenz) im Kreis ○ Wunsch der Menschen wird immer größer, in der eigenen Häuslichkeit zu sterben → Strukturelle Gegebenheiten müssen gegeben sein: Kostenfrage → Umfunktionieren vom stationären Sektor auf alternative Wohnformen wird immer häufiger von den Leistungsanbietern angedacht → Mischung von Krankheitsbildern ist sinnvoll: Ressourcennutzung und Vermeiden von Ausgrenzung bestimmter Gruppen → generell sind trägerinitiierte Wohngemeinschaften sinnvoller als Private, obwohl diese teilweise günstiger sind: Vorteil liegt bei besserer Qualitätssteuerung geprüfter Träger und Anbieter


 Unterschrift der befragten Person

- Konzept: Angehörige bleiben in der Verantwortung
- das Leben in einer Wohngemeinschaft muss individuell gewünscht werden, für Senioren, die diese Art von Zusammenleben nicht kennen oder ablehnen, kommt eine solche Wohnform nicht infrage

- Quartiere:

- Wohnhäuser mit unterschiedlichen Generationen und umliegenden Versorgungsstrukturen
- Wohnform, die nicht zu jedem passt
- ambulanter/ teilstationärer/ stationärer Bereich, der ein breites Spektrum an Leistungen und Versorgungsmöglichkeiten in Form eines Quartiers anbietet
- Modell für einige passend → differenzierte Wahlmöglichkeiten, Gewährleistung von Individualität
- Quartiersarbeiter: Organisation/ Strukturgeber/ Ansprechpartner für Jung und Alt → notwendig für die Funktionalität eines Quartiers

10) Ziele im Bereich Pflege:

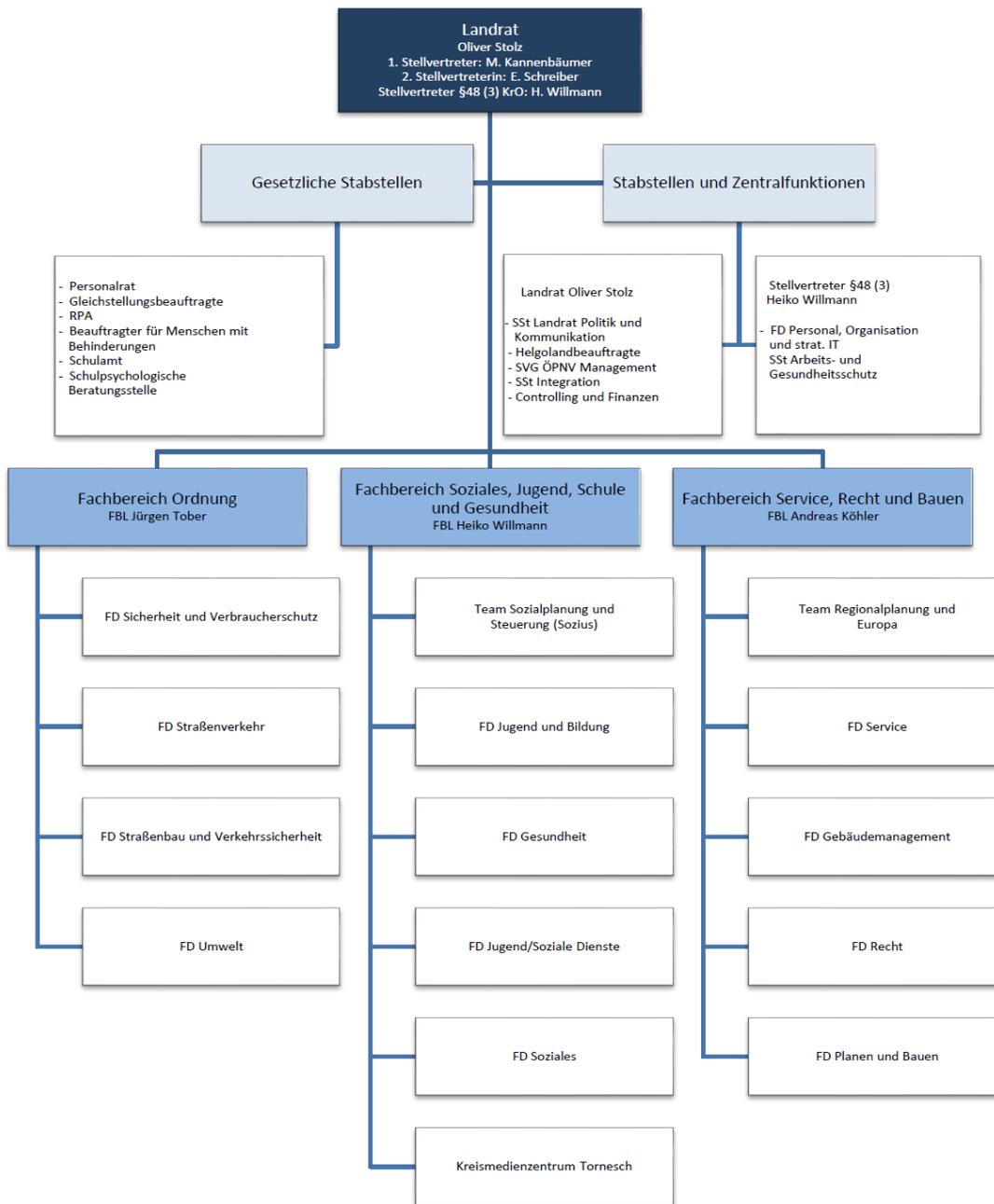
- Aus wirtschaftlicher Sicht → weiter marktführender Anbieter im Kreis Pinneberg
- Die Pflege des bisherigen Kooperationsstandes im Kreis Pinneberg



Unterschrift der befragten Person

Anhang B - Kreis Pinneberg

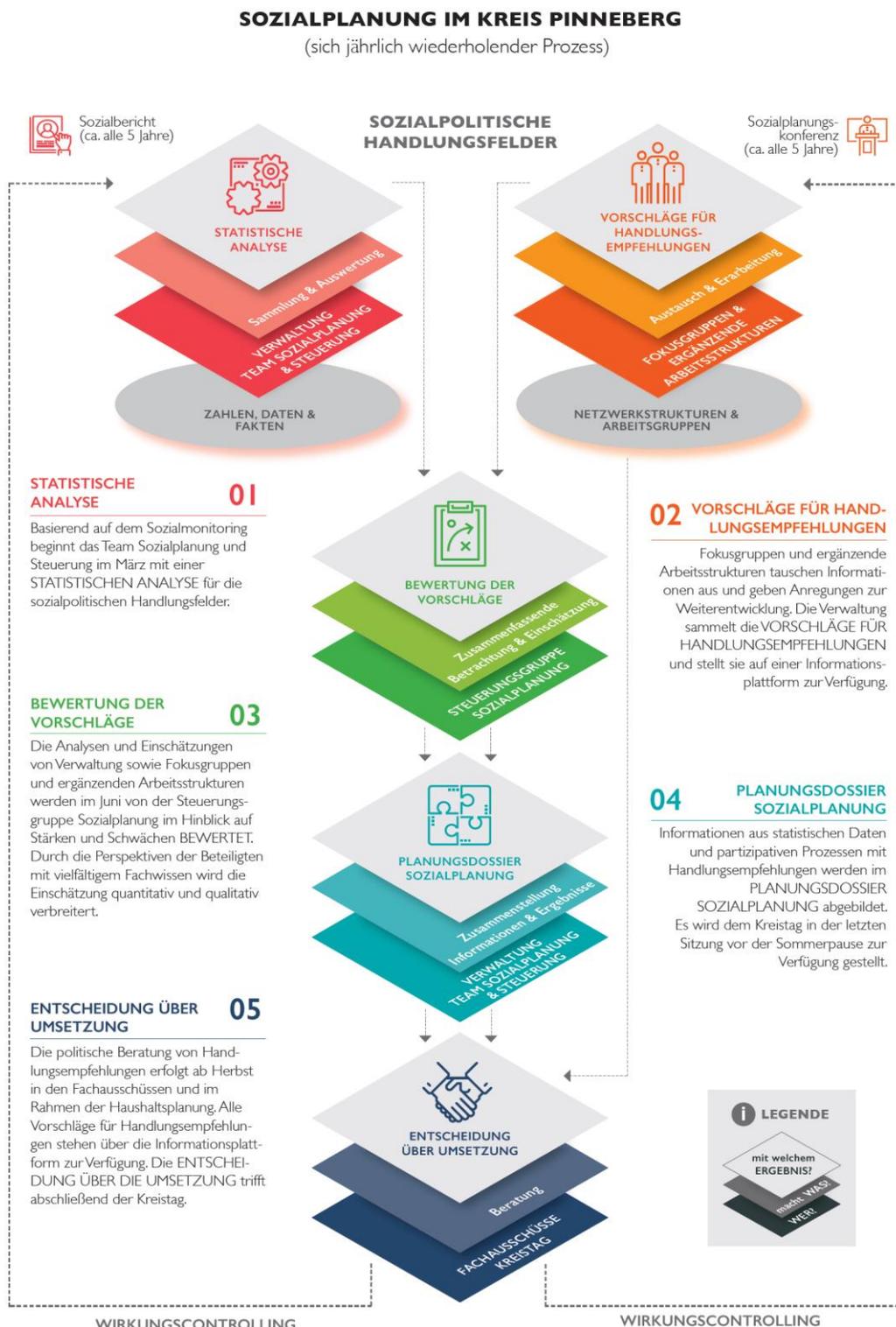
Organigramm der Kreisverwaltung Pinneberg



Gültig ab: 01.10.2016

Unter: https://www.kreis-pinneberg.de/pinneberg_media/Dokumente/Kreis+Pinneberg/Organigramm+Kreisverwaltung+Pinneberg-called_by-pinneberg2012-original_page-5548-original_site-pinneberg-view_image-1.pdf [Zugriff: 10.08.2017]

Sozialplanung im Kreis Pinneberg - Prozessplanung



Unter: https://www.kreis-pinneberg.de/pinneberg_media/Dokumente/Stabsstelle+30/Aufbau+Sozialplanung+Kreis+Pinneberg/Prozessgraphik+Sozialplanung.pdf [Zugriff: 10.08.2017]

Besiedlungsdichte im Kreis Pinneberg



(eigene Darstellung)

GV-ISys (2017):

Unter: https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/LaenderRegionen/Regionales/Gemeindeverzeichnis/Administrativ/Archiv/GVAuszugJ/31122015_Auszug_GV.html [Zugriff: 18.08.2017]

Grafikkarte:

Unter: https://www.kreis-pinneberg.de/pinneberg_media/Bilder/Kreis+Pinneberg/Karte+Kreis+Pinneberg-called_by-pinneberg2012-height-938-original_page-906-original_site-pinneberg-view_image-1-width-1024.jpg [Zugriff: 20.07.2017]

Anlage Landessrahmenvertrag Pflegestützpunkte Schleswig-Holstein

Anlage 1

Darstellung der jeweiligen Aufgabenbereiche des Pflegestützpunktes nach § 92c SGB XI und der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI

Der **Pflegestützpunkt** ist in seinem Einzugsbereich Anlauf- und Koordinierungsstelle für alle Bürgerinnen und Bürger rund um das Älterwerden, Pflegebedürftigkeit und Krankheit. Er arbeitet eng mit allen Beteiligten im Netzwerk sowie den Pflegeberatern zusammen.

Die **Pflegeberater** übernehmen das umfangreiche Einzelfall-Management bei (voraussichtlichem) Anspruch auf Leistungen der Pflegeversicherung.

Grundsätzlich kann eine bürgerorientierte Beratung und Unterstützung nur gelingen, wenn der Pflegestützpunkt und der Pflegeberater eng und konstruktiv kommunizieren und kooperieren. Die nachstehende Auflistung stellt dar, welche Aufgaben im Pflegestützpunkt oder in der Pflegeberatung wahrgenommen werden. Leistungen, die in beiden Institutionen erfolgen können, sind auch in beiden Spalten aufgeführt.

Aufgabenverteilung:

(Die nachstehende Reihenfolge sagt nichts über die Wertigkeit der Aufgabe oder den Beratungsablauf aus.)

§ 92c Pflegestützpunkt	§ 7a Pflegeberatung
Kommunikation und Kooperation	
Grundlagenarbeit und Initiativen für das regionale Care-Management.*	Case-Management bei (voraussichtlichem) Anspruch auf SGB XI-Leistungen**
Prävention im Rahmen der allgemeinen Daseinsvorsorge	Individuelle und vollumfängliche Einzelfallberatung und Einzelfallbegleitung.
Beratung zu allgemeinen Fragen hinsichtlich Alter, Pflege und Unterstützung (Bsp. offene Altenhilfe)	Hilfeplanerstellung (incl. Fallkonferenz) Hilfeplanevaluierung und ggf. Hilfeplananpassung
Allgemeine Situationsklärung in der Alltagsbewältigung	Organisieren unterstützender Maßnahmen incl. Antragstellungen (Bsp. Wohnraumanpassung.)
Erste Beratung des Klienten zu den Möglichkeiten in <u>seinem speziellen</u> Fall, ggf. incl. - Antragstellungen (LAsD, Blindengeld etc.)	Organisieren ergänzender Hilfen

- Wohnraumberatung.
(Erste Beratung erfolgt im Pflegestützpunkt oder durch Hausbesuch)

Überleitung

Psychosoziale Betreuung

Motivation des Klienten / des Umfeldes
Förderung der Compliance
Beschwerdemanagement

Krisenmanagement

Öffentlichkeitsarbeit

Einbindung des Ehrenamtes / Selbsthilfegruppen

Psychosoziale Betreuung

Motivation / Förderung der Compliance des Klienten
Rückkopplung für Care-Management

Beschwerdemanagement

Krisenmanagement

*Care-Management:

Oberbegriff und Überbau aller Management-Strukturen. CrM erarbeitet neue Strukturen und Angebote, erarbeitet und aktualisiert übergreifende Netzwerke etc. (Schwerpunkt Stützpunktaufgabe)

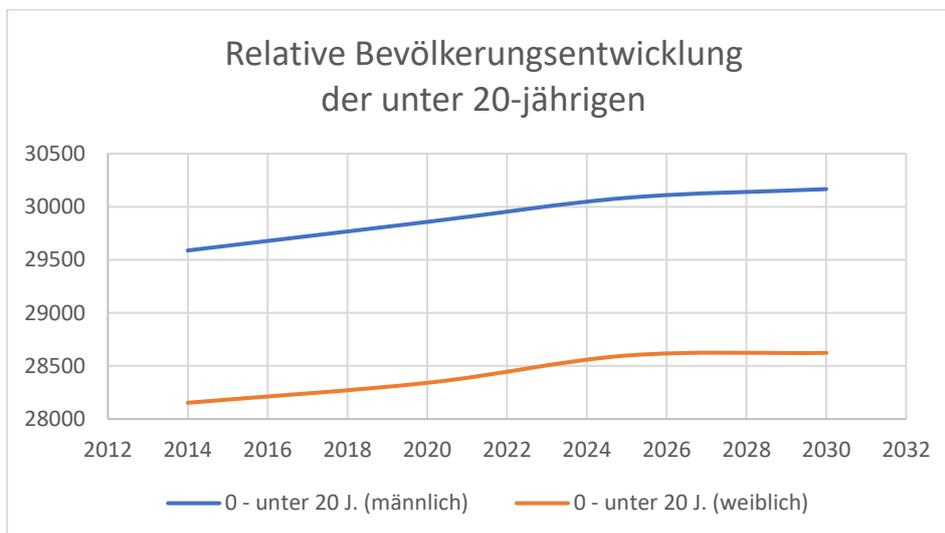
**Case-Management:

Steuert den Einzelfall = Fallmanagement. (Schwerpunkt Pflegeberateraufgabe).

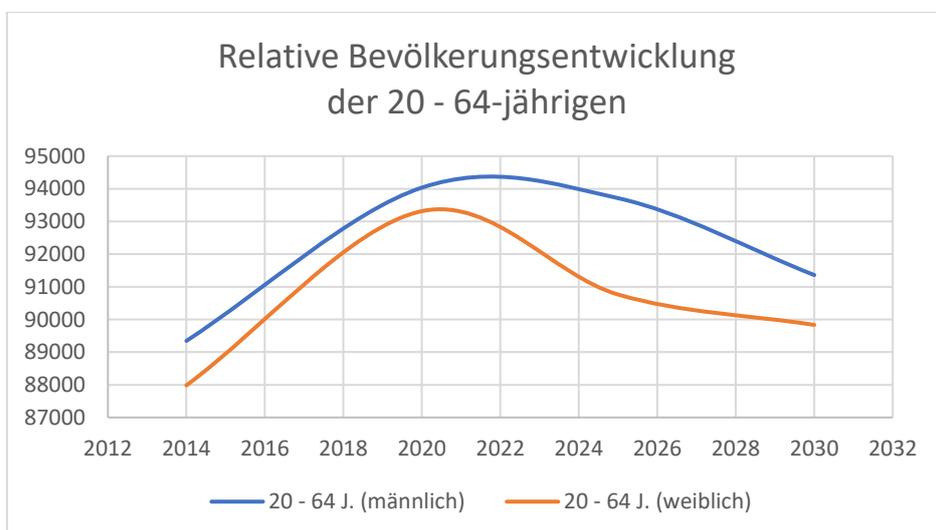
„Bei gleichzeitigem Anspruch auf Leistungen nach SGB XI und SGB XII kann auf Wunsch des kommunalen Trägers die Verantwortlichkeit für das Case-Management regional vereinbart werden, um Doppelstrukturen zu vermeiden.“

Anhang C - statistische Daten und Entwicklungen

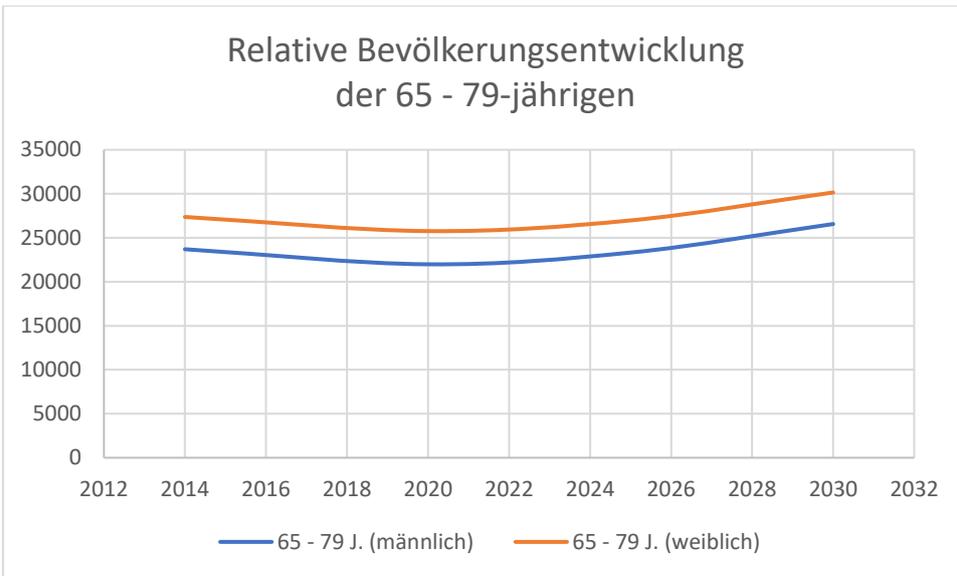
Relative Bevölkerungsentwicklungen nach Altersgruppen



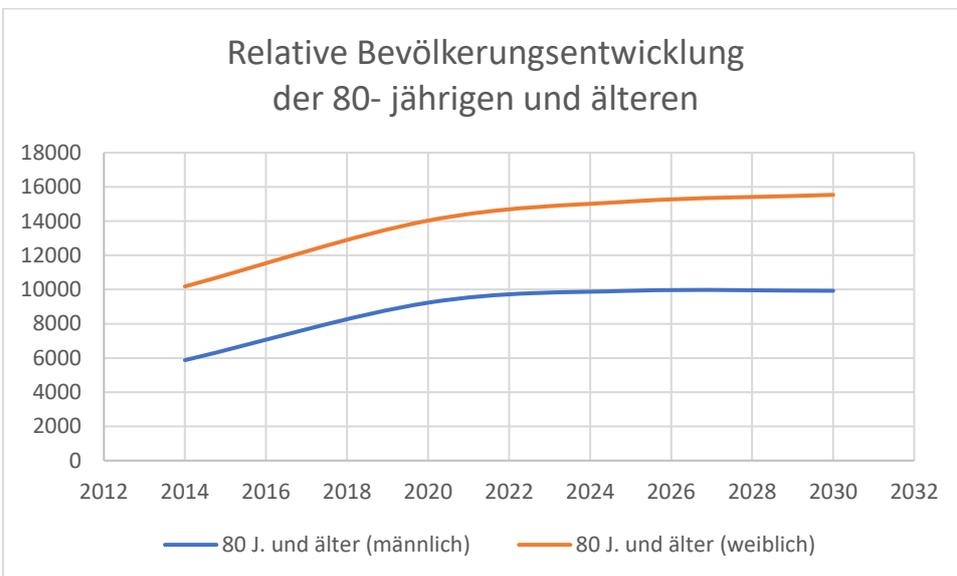
	2014	2020	2025	2030
0 - unter 20 Jahre (männlich)	29588	29857	30084	30166
0 - unter 20 Jahre (weiblich)	28153	28341	28598	28623
0 - unter 20 Jahre (gesamt)	57741	58198	58682	58789



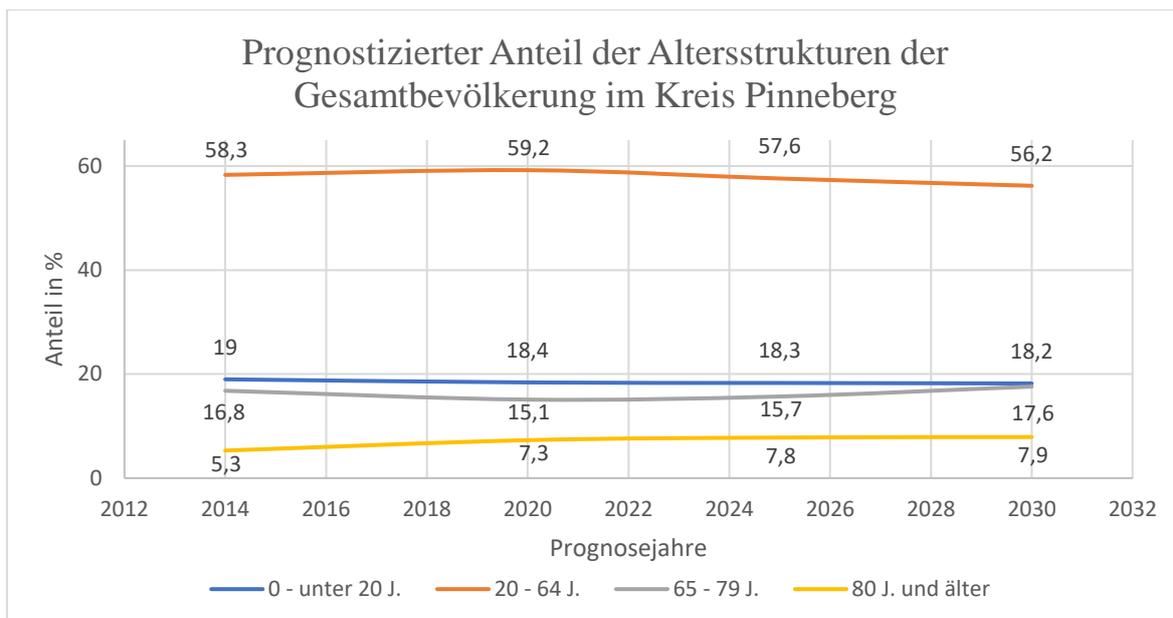
	2014	2020	2025	2030
20 - 64 Jahre (männlich)	89344	94034	93712	91359
20 - 64 Jahre (weiblich)	87983	93314	90763	89833
20 - 64 Jahre (gesamt)	177327	187348	184475	181192



	2014	2020	2025	2030
65 - 79 Jahre (männlich)	23697	21985	23319	26560
65 - 79 Jahre (weiblich)	27365	25758	26973	30147
65 - 79 Jahre (gesamt)	51062	47743	50292	56707



	2014	2020	2025	2030
80 Jahre und älter (männlich)	5869	9228	9925	9925
80 Jahre und älter (weiblich)	10179	14026	15147	15533
80 Jahre und älter (gesamt)	16048	23254	25072	25458



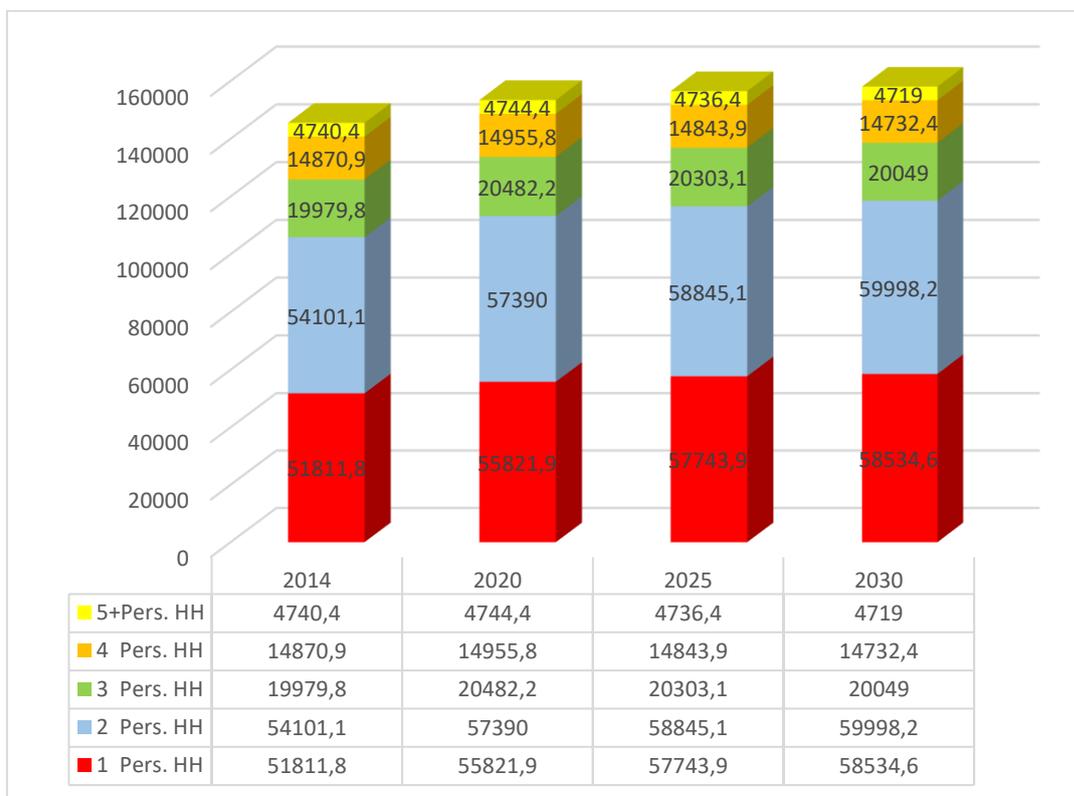
(eigene Darstellungen nach StaLa Nord/ GGR 2017 – bisher unveröffentlicht)

Haushaltentwicklungen im Kreis Pinneberg

Anzahl der Haushalte

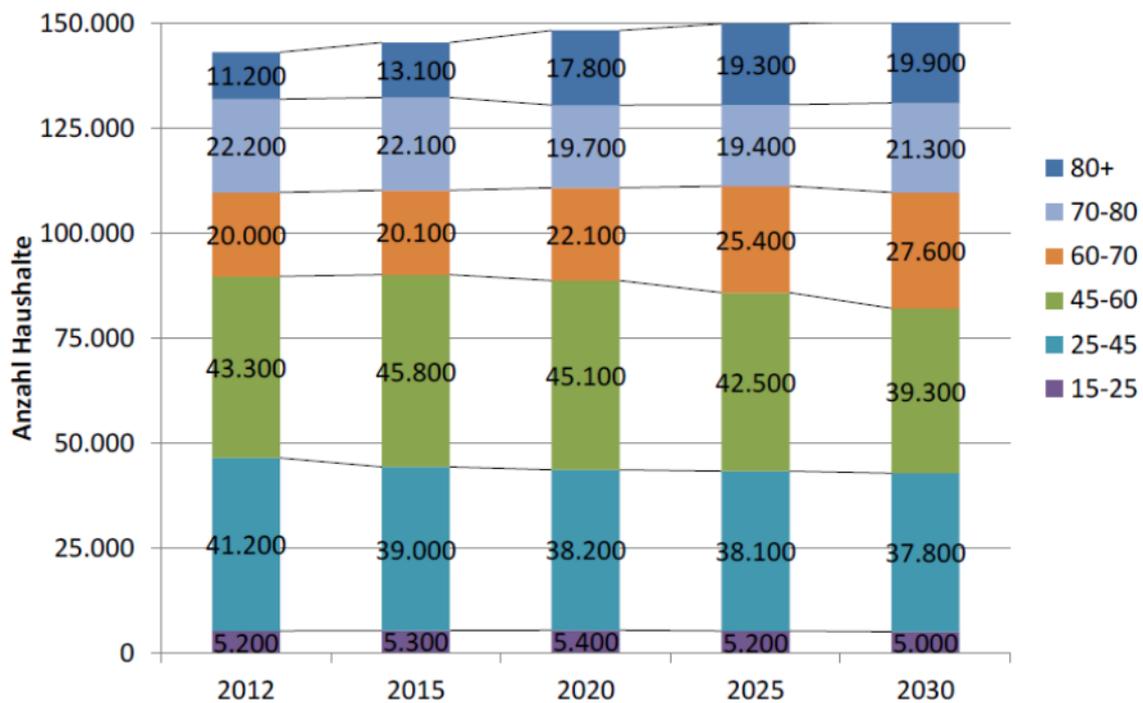


Anzahl der Personenhaushalte



(eigene Darstellungen nach StaLa Nord/ GGR 2017 – bisher unveröffentlicht)

Anzahl der Haushalte nach Haushaltsvorständen



GGR 2014

Unter: https://www.kreis-pinneberg.de/pinneberg_media/Dokumente/Team+40/Bev%C3%B6lkerungs_+und+Haushaltsprognose-p-10458.pdf [Zugriff: 20.07.2017]

Personal in der Pflege

Eckzahlen der Pflegestatistik in Schleswig-Holstein (Beschäftigte)

Schleswig-Holstein	2013	2015
Ambulante Pflegeeinrichtungen	407	428
Personal	10078	11537
Männer	1137	1318
Frauen	8941	10219
Vollzeitbeschäftigte	1980	2314
Teilzeitbeschäftigte	7878	8969
Auszubildende		241
Stationäre Pflegeeinrichtungen	670	686
Personal	29707	30771
Männer	5045	5422
Frauen	24662	25349
Vollzeitbeschäftigte	10819	10992
Teilzeitbeschäftigte	17060	18022
Auszubildende		1584
Personal (ohne Auszubildende)	39785	42308

Personal in ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen nach Beschäftigung und Alter (2015)

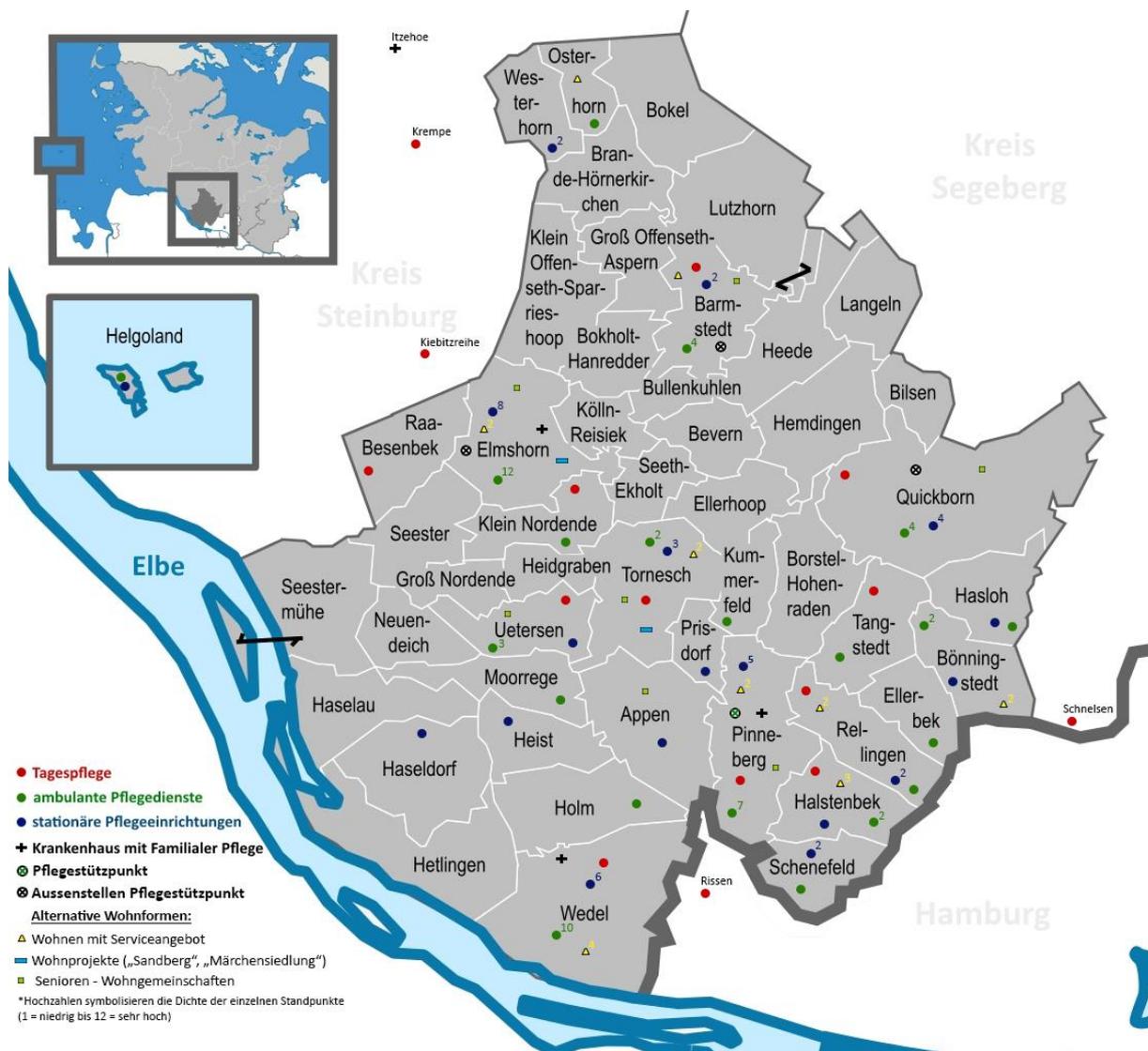
	gesamt	ambulant	stationär	Vollzeit	Teilzeit	unter 25	25-55	über 55	andere
SH	42308	11537	30771	13306	26991	3242	29301	97765	2011
Kreis Pi	3739	1111	2628	1314	2292	221	2655	863	133

andere: Auszubildende, (Um-) Schüler, Helfer im freiwilligen sozialen Jahr, Praktikanten

(eigene Darstellung nach StaLa Nord 2017 – bisher unveröffentlicht)

Anhang D - Versorgungsstrukturen im Kreis Pinneberg

Versorgungsstrukturen im Kreis Pinneberg



(eigene Darstellung)

Tagespflegeeinrichtungen im Kreis Pinneberg (Stand 2017)

Diakonie Tagespflege (15 Plätze)
 Marktstraße 43
 25355 Barmstedt

Tagespflege Halstenbek (20 Plätze)
 Elisabeth-Miller-Weg 2
 25469 Halstenbek

Tagespflege bonjour (20 Plätze)
 Dorfstraße 109
 25336 Klein Nordende

Diakonie Tagespflege (18 Plätze)
 Rockvillestraße 4
 25421 Pinneberg

Tagespflege „aktiv leben“ (15 Plätze)
 Kieler Straße 45
 25451 Quickborn

Tagespflege Aktiv leben – Aktiv pflegen (15 Plätze)
 Altendeich 9e
 25335 Raa-Besenbek

DRK Tagespflege (12 Plätze)
 Appelkamp 8
 25462 Rellingen

Prima Tagespflege (18 Plätze)
 Dorfstraße 25
 25499 Tangstedt

AWO Tagespflege (22 Plätze)
 Friedrichstraße 2-4
 25436 Tornesch

Miteinander Diakonie (16 Plätze)
 Tornescher Weg 76a
 25436 Uetersen

AWO Tagespflege (18 Plätze)
 Rudolf-Breitscheid-Straße 40b
 22880 Wedel

Vergleich zu 2001:

AWO Tagespflegestätte, Wedel (22 Plätze)
 DRK Tagespflegestätte, Rellingen (12 Plätze)
 Tagespflegestätte der Aktiv-Pflege-Elmshorn, Ellerhoop (10 Plätze)

(Datenquelle: Kreisverwaltung Pinneberg)

Vollstationäre Pflegeeinrichtungen und deren Auslastung (2016)

Auslastung vollstationärer Pflegeeinrichtungen im Kreis Pinneberg							
Zeitraum: 01.01.2016 bis 31.12.2016							
	Minimum		6				66,67%
	Mittelwert		77				92,04%
	Maximum		187				100,00%
	Ort	Sonderpflege	Plätze	Datum	Quelle *	Belegung	Auslastung
DANA Pflegeheim Appen	Appen	nein	118	26.09.2016	HA	98	83,05%
Seniorenheim Barmstedt/Rantzaue	Barmstedt	nein	91	23.02.2016	HA	90	98,90%
Haus Waldburg	Barmstedt	nein	110	31.01.2016	HA	90	81,82%
Fasanenhof	Bönningstedt	nein	85	25.05.2016	HA	77	90,59%
Se.+ Pflegeheim Thomsen	Elmshorn	nein	54	03.05.2016	HA	48	88,89%
Haus Godewind	Elmshorn	nein	59	07.04.2016	HA	50	84,75%
Regio Haus Elbmarsch	Elmshorn	nein	150	01.03.2016	HA	144	96,00%
Haus Flora	Elmshorn	ja	102	03.08.2016	HA	93	91,18%
ND Seniorenresidenz Lindenpark	Elmshorn	nein	160	04.10.2016	HA	121	75,63%
Regio Johannes Hospiz	Elmshorn	ja	10		HA		
Seniorenzentrum Marktpassage	Elmshorn	nein	55	25.10.2016	HA	54	98,18%
AWO Pflegeheim	Elmshorn	nein	75	02.11.2016	HA	69	92,00%
Seniorenzentrum (SZ) Halstenbek	Halstenbek	nein	81	16.02.2016	HA	81	100,00%
SZ Halstenbek -Wachkoma-	Halstenbek	ja	35	17.02.2016	MDK	24	68,57%
SZ Halstenbek -Beschützter Wohnbereich-	Halstenbek	ja	61	16.02.2016	HA	60	98,36%
Se.+ Pflegeheim "Dat Marschhus"	Haseldorf	nein	27	24.05.2016	MDK	26	96,30%
Haus am Rehagen	Hasloh	nein	96	11.11.2016	HA	94	97,92%
Seniorenheim Heist	Heist	nein	72	21.09.2016	HA	72	100,00%
Paracelsus Nordseeklinik	Helgoland	nein	6	12.05.2016	HA	4	66,67%
Seniorenpflegeheim Schöne Aussicht	Pinneberg	nein	88	23.01.2017	HA	80	90,91%
SP Schöne Aussicht -Beschützter Wohnbereich-	Pinneberg	ja	62	23.01.2017	HA	57	91,94%
Seniorenpflegeheim Haus Quellental	Pinneberg	nein	88	29.08.2016	HA	88	100,00%
SP Haus Quellental -Beschützter Wohnbereich-	Pinneberg	ja	52	29.08.2016	HA	49	94,23%
Senioren-Residenz Gut Thesdorf	Pinneberg	nein	126	04.02.2016	HA	120	95,24%
DRK-Seniorenresidenz Helene Donner	Pinneberg	nein	109	31.08.2016	HA	107	98,17%
Seniorenwohnpark Bauermühle	Pinneberg	nein	184	12.10.2016	HA	146	79,35%
Cecilien-Burg Prisdorf	Prisdorf	nein	31	20.09.2016	HA	31	100,00%
Pflegeheim Quickborn-Heide	Quickborn	nein	58	29.06.2016	HA	52	89,66%
Pflegeheim Broockmann	Quickborn	nein	11	02.05.2016	HA	11	100,00%
DANA Pflegeheim Klingenberg	Quickborn	nein	126	09.05.2016	HA	95	75,40%

DANA Pflegezentrum Buchenhof	Quickborn	nein	70	31.01.2016	PSV	70	100,00%
DRK Seniorenwohnsitz	Rellingen	nein	126	01.02.2016	HA	117	92,86%
Seniorenresidenz Brügge/Schmitt	Rellingen	nein	187	28.06.2016	HA	174	93,05%
Haus Regenbogen	Schenefeld	nein	12	01.03.2016	HA	12	100,00%
Seniorenresidenz Rüpcke	Schenefeld	nein	96	01.02.2016	HA	93	96,88%
AWO Pflegeheim	Tornesch	nein	138	01.03.2016	HA	134	97,10%
Cecilien-Burg, Birkenweg	Tornesch	nein	33	20.09.2016	HA	33	100,00%
Cecilien-Burg, Uetersener Str.	Tornesch	nein	71	23.05.2016	HA	71	100,00%
NDS Haus am Rosarium	Uetersen	nein	121	26.01.2016	HA	111	91,74%
AWO Pflegeheim	Wedel	nein	59	15.03.2016	HA	57	96,61%
Seniorenpflegeheim Heuwer	Wedel	nein	43	17.03.2016	HA	39	90,70%
Johanniter Heinrich-Gau-Heim	Wedel	nein	60	05.12.2016	HA	58	96,67%
Kursana Residenz	Wedel	nein	29	25.04.2016	HA	25	86,21%
Seniorenstz an der Elbe	Wedel	nein	79	09.08.2016	HA	78	98,73%
Viapalla	Wedel	ja	45	29.08.2016	MDK	38	84,44%
DRK A.+ Pflegeh. Hörmerkirchen	Westerhorn	nein	24	01.11.2016	HA	22	91,67%
Pflegeheim Westerhorn	Westerhorn	nein	32	21.11.2016	MDK	30	93,75%
Gesamtzahl (ohne Hospiz)			3.607			3.293	91,29%
Quelle *							
Heimaufsicht (HA), Medizinischer Dienst der Krankenkassen (MDK) oder Antrag Pflegesatzverhandlung (PSV)							

(Datenquelle: Kreisverwaltung Pinneberg)

Ambulante Pflegeeinrichtungen (Stand 2017)

Ambulante Pflegeeinrichtungen im Kreis Pinneberg

Stand: 01.02.2017

(Der Standort der Einrichtung ist in der Regel nicht mit dem örtlichen Einzugsbereich identisch.
D.h., eine Einrichtung mit Standort Wedel könnte z.B. auch in Holm tätig werden.)

Einrichtung (Name/Ort)	Telefon	Träger
<u>Barmstedt:</u>		
- Diakoniestation Barmstedt, Marktstr. 45, 25355 Barmstedt	04123/959545	Diakoniestation Barmstedt und Umgebung gGmbH, Marktstr. 45, 25355 Barmstedt
- Mobile häusliche Pflege GmbH, Reichenstr. 28, 25355 Barmstedt	04123/8109	
- Pflegedienst Eilen, Marktstr. 37, 25355 Barmstedt	04123/900091	
- Magna Pflegeteam, Sielberg 13, 25355 Barmstedt	04123/6834642	
<u>Bönningstedt:</u>		
- Diakoniestation Bönningstedt, Ellerbeker Str. 12, 25474 Bönningstedt	040/5566313	Diakonische Kranken- und Altenpflege (1)
- Hakuna Matata, Kieler Str. 103 - 107, 25474 Bönningstedt	040/55201881	
<u>Ellerbek:</u>		
- Medicare, Moordamm 2, 25474 Ellerbek	04101/371427	
<u>Elmshorn:</u>		
- Pflegedienst Elmshorn Paritätische Pflege Schleswig-Holstein Henry-Dunant-Ring 3, 25335 Elmshorn	04121/2612980	Paritätische Pflege Schleswig-Holstein gGmbH, Zum Brook 4, 24143 Kiel
- Aktiv leben - Aktiv pflegen der ambulante Pflegedienst, Fuchsberger Allee 6a, 25335 Elmshorn	04121/9079506	
- Arbeiter-Samariter-Bund (ASB), An der Bahn 20, 25336 Elmshorn	04121/409415	ASB Regionalverband Pinneberg/Steinburg (5)
- AWO Servicezentrum, Ambulanter Pflegedienst, Hamburger Str. 129, 25337 Elmshorn	04121/46171600	AWO Pflege Schleswig-Holstein gGmbH (2)
- Caritas Pflegestation Elmshorn/Uetersen, Feldstr. 24a, 25335 Elmshorn	04121/1622	Caritasverband Schleswig-Holstein (3)
- Das Ambulante Pflegeteam, DAP GmbH, A. Wolkau, Friedenstr. 14, 25335 Elmshorn	04121/3166	
- Diakoniestation Elmshorn, Friedensallee 35 a, 25335 Elmshorn	04121/88888	Diakonische Kranken- und Altenpflege (1)
- DRK-Pflegedienst Uetersen/Elmshorn, Flamweg 10, 25337 Elmshorn	04121/7888977	DRK-Kreisverband Pinneberg (4)
- Pflege tu Hus, Hainholzer Damm 9, 25337 Elmshorn	04121/8989757	DIG GmbH, Im Dorfe 11, 27389n Helvesiek
- Pflegeteam für mobile Pflege u. Beratung Palliativpflegedienst, B. Heckenbach, Langelohe 65, 25337 Elmshorn	04121/9079510	
- SOS Familien- und Seniorendienst, Kaltenweide 26, 25335 Elmshorn	04121/75927	
- Ambulanter Pflegedienst Trautes Heim, Langelohe 65 a, 25337 Elmshorn	04121/7804838	
<u>Halstenbek:</u>		
- Hilfe + Pflege ProVita oHG, W. Walter, Hagenwisch 29, 25469 Halstenbek	04101/47440	

- Asta Med Pflegeteam, Seestraße 232, 25469 Halstenbek	04101/3984040	
<u>Hasloh:</u>		
- Hauskrankenpflege Ingeborg Guckel GmbH, Garstedter Weg 33 b, 25474 Hasloh	04106/2900	
<u>Helgoland:</u>		
- Pflegedienst Helgoland, M. Becker & R. Lorenzen, Treppenstr. 205, 27498 Helgoland	04725/7727	
<u>Klein-Nordende:</u>		
- Virage, Häusliche Pflege und Beratung, Dorfstraße 109, 25336 Klein Nordende	04121/807725	
<u>Holm:</u>		
- Schröder & Sell - ambulanter Pflegedienst, Lehmweg 9, 25488 Holm	04103/9000582	
<u>Kummerfeld:</u>		
- Diakoniestation Kummerfeld, Langenbargen 6, 25495 Kummerfeld	04101/8565550	Diakonische Kranken- und Altenpflege (1)
<u>Moorrege:</u>		
- Diakoniestation Elbmarsch, Klinkerstr. 84, 25436 Moorrege	04122/83244	Diakonische Kranken- und Altenpflege (1)
<u>Osterhorn:</u>		
- KBS Pflegeteam Sabine Marx GmbH, Dorfstr. 49, 25364 Osterhorn	04127/9501	
<u>Pinneberg:</u>		
- AWO Servicezentrum, Ambulanter Pflegedienst, Elmshorner Str. 107, 25421 Pinneberg	04101/782233	AWO Pflege Schleswig-Holstein gGmbH (2)
- Diakoniestation Pinneberg, Rockvillestr. 2, 25421 Pinneberg	04101/8557474	Diakonische Kranken- und Altenpflege (1)
- Johanniter Pflegedienst Pinneberg / Elmshorn, Koppelstraße 7, 25421 Pinneberg	04101/586600	Johanniter-Unfall-Hilfe e.V., Helbingstr. 47, 22047 Hamburg
- Mendel Ambulanter Kranken- und Gesundheitsdienst, Elmshorner Straße 15, 25421 Pinneberg	04101/8306336	
- Mobile häusliche Pflege GmbH, Berliner Str. 29, 25421 Pinneberg	04101/845584	
- Pflegedienst Zitzlaff, Elmshorner Str. 7 - 11, 25421 Pinneberg	040101/22164	
- TOP VITAL, Heinrich-Christiansen-Str. 45, 25421 Pinneberg	04101/835037	
<u>Quickborn:</u>		
- DRK-Pflegedienst Quickborn, Kieler Str. 7 b, 25451 Quickborn	04106/653096	DRK-Kreisverband Pinneberg (4)
- Optimedica, Andrew Jones, Harksheider Weg 115 b, 25451 Quickborn	04106/653525	
- Pflegedienst Optimal, Katja Breul, Bahnstr. 166, 25451 Quickborn	04106/78798	
- CareProfis Ambulant GmbH, Bahnhofstr. 100, 25451 Quickborn	04106/6279620	
<u>Rellingen:</u>		
- DRK-Pflegedienst Rellingen, Oberer Ehmshen 53, 25462 Rellingen	04101/5955190	DRK-Kreisverband Pinneberg (4)
<u>Schenefeld:</u>		
- Diakoniestation Schenefeld e.V., Wurmkamp 10, 22869 Schenefeld	040/8302428	

Tangstedt:

- MeDio Pflegedienst, Jelena Lantellmé, Dorfstr. 25, 25499 Tangstedt 04101/808228

Tornesch:

- AWO Servicezentrum, Ambulanter Pflegedienst, Friedrichstr. 2 - 4, 25436 Tornesch 04122/4044540 AWO Pflege Schleswig-Holstein gGmbH (2)

- AGAPE Pflege team, Lydia Schäfer, Kleiner Moorweg 50 A, 25436 Tornesch 04122/979966

Uetersen:

- Caritas Pflegestation Elmshorn/Uetersen, Sandweg 7, 25436 Uetersen 04122/3955 Caritasverband Schleswig-Holstein (3)

- Krankenpflege Zuhause, Christine Jost, Großer Sand 46, 25436 Uetersen 04122/45679

- Diakoniestation Uetersen/Tornesch, Jochen-Klepper-Str.11, 25436 Uetersen 04122/7744 Verein für Gemeindepflege durch Diakonissen Uetersen e.V., Jochen-Klepper-Str. 11, 25436 Uetersen

Wedel:

- das Pflegeteam 24, ABC-Straße 14, 22880 Wedel 04103/989770

- AWO Servicezentrum, Ambulanter Pflegedienst, Rudolf-Breitscheid-Str. 40 b, 22880 Wedel 04103/1808300 AWO Pflege Schleswig-Holstein gGmbH (2)

- Diakoniestation Wedel e.V., Feldstr. 32-36, 22880 Wedel 04103/15661

- DRK Sozialstation, Ortsverein Wedel e.V., Rudolf-Höckner-Str. 6, 22880 Wedel 04103/4474

- Kursana Residenz Wedel, Ambulanter Pflegedienst, Gorch-Fock-Str. 4, 22880 Wedel 04103/120123 Kursana Social Care GmbH, Mauerstr. 85, 10117 Berlin

- vhw Wohnen im Alter, Ambulanter Dienst GmbH, Hans-Böckler-Platz 15, 22880 Wedel 04103/7052800 Vereinigte Hamburger Wohnungsbaugenossenschaft e.G., Rathenastr. 4, 22297 Hamburg

- RENAFAN Ambulante Pflege Wedel, Rolandstr. 6, 22880 Wedel 04103/919771 RENAFAN GmbH, Berliner Str. 36/37, 13507 Berlin

- Pflege Rundum Wedel, Janina Augustin, Tinsdaler Weg 177, 22880 Wedel 04103/1899732

- Kaiserpflege GbR, Palliativpflege, Goethestr. 66a, 22880 Wedel 04103/1877090

- Arbeiter-Samariter-Bund (ASB), Pinneberger Str. 9, 22880 Wedel 04103/4647 ASB Regionalverband Pinneberg/Steinburg (5)

Träger:

(1) = Diakonische Kranken- u. Altenpflege in den Kirchenkreisen Hamburg West/Südholstein gGmbH, Langenbargen 6, 25495 Kummerfeld

(2) = AWO Pflege Schleswig-Holstein gGmbH Pflegedienste Kreis Pinneberg, Friedrichstr. 2-4, 25436 Tornesch

(3) = Caritasverband für Schleswig-Holstein e.V., Krusenrotter Weg 37, 24113 Kiel

(4) = DRK-Kreisverband Pinneberg e.V., Oberer Ehmschen 53, 25421 Pinneberg

(5) = ASB Regionalverband Pinneberg/Steinburg, An der Bahn 20, 25336 Elmshorn

Anzahl der Träger insgesamt =

45

(Anzahl incl. Zweigstellen 56)

(Datenquelle: Kreisverwaltung Pinneberg)

Wohnformen im Kreis Pinneberg (Stand 2017)

Ambulante Haus- und Wohngemeinschaften

Ort/Anschrift	Kontakt	Betreiber
Appen		
"Bauernhaus Appen" Gärtnerstraße 1 25482 Appen	04101 - 543566 www.bauernhausappen.de	Bauerhaus Appen GmbH & Co. KG
Barmstedt		
"Wohngemeinschaft am See" Waldstraße 9 25355 Barmstedt	04123- 8109 www.mhp-pflegedienst.de/Wohngemeinschaft-am-See	MHP Mobile Häusliche Pflege
Elmshorn		
"Hus Rosenhagen" Sandhöhe 9 25337 Elmshorn	04121 - 5960 http://demenzwg.de/Hus_Rosenhagen.html	Hilfe und Pflege Provita
Pinneberg		
Rockvillestr. 2 25421 Pinneberg	04101 - 8557455 www.pflegediakonie.de	Frank-Immobiliengruppe
Quickborn		
"Senioren-WG Haus Anna" Süderstraße 41 25451 Quickborn	04106 - 6275599 www.senioren-wg-quickborn.de	Karin Weiss
Tornesch		
"Min to Hus" Kokoschkaweg 2 25436 Tornesch	04122 - 407420 http://demenzwg.de/Min_to_Hus.html	Hilfe und Pflege Provita
Uetersen		
"Am Bleekerstift" Reeperbahn 11 25436 Uetersen	04121 - 107420 http://demenzwg.de/Am_Bleekerstift.html	Hilfe und Pflege Provita

(direkt abrufbar beim Pflegestützpunkt im Kreis Pinneberg)

Wohnen mit Serviceangebot im Kreis Pinneberg

Ort/ Anschrift	Telefon	Träger
<u>Barmstedt</u>		
„Wohnen am Torhaus“ Lindenweg 1+3 25355 Barmstedt	04123- 808266-4	Diakoniestation Barmstedt
<u>Bönningstedt</u>		
„Fasanenhof“ Dammfelder Weg 1 25474 Bönningstedt	040- 556940-0	Lippe/ Gehring GmbH & Co. KG
„Wohnen am Kirchpark“ Ellerbeker Str. 12a 25474 Bönningstedt	040- 556940-0	
<u>Elmshorn</u>		
„Wohnen mit Service“ Hedwig-Kreutzfeldt-Weg 8 25335 Elmshorn	04121- 2612980	Paritätische Pflege SH
„Wohnen mit Service in Elmshorn“ Mühlenstraße 33-37 25335 Elmshorn	04121- 48747420	Semmelhaack Wohnungsunternehmen
<u>Halstenbek</u>		
„Betreutes Wohnen“ Gärtnerstr. 37 25469 Halstenbek	04101- 473611	AWO Schleswig- Holstein gGmbH
„Betreutes Wohnen“ Gustavstr. 13 25469 Halstenbek	04101- 48571	AWO Schleswig-Holstein gGmbH
„Senioren und Therapiezentrum Halstenbek“ Elisabeth-Miller-Weg 2 25469 Halstenbek	04101 / 376 522	Seniorenzentrum Halstenbek

Wohnen mit Serviceangebot im Kreis Pinneberg

Ort/ Anschrift	Telefon	Träger
<u>Osterhorn</u>		
„Markushof“ Dorfstrasse 49 25364 Osterhorn	04127- 94290	Jochen Marx
<u>Pinneberg</u>		
„Wohnpark an der Pinnau“ Koppelstr. 17-23 25421 Pinneberg	040- 28006580	Norddeutsche Johanniter gGmbH
„Seniorenwohnanlage Pinneberg“ Rockvillstraße 2-6 25421 Pinneberg	040- 611886511	Pflege diakonie Hamburg- West/Südholstein gGmbH
<u>Rellingen</u>		
„Wohnen mit Service“ Rosenhof 2-4 25462 Rellingen	04121- 4874-88 oder 04121- 4874-922	Unternehmensgruppe Sammelhaack
„Wohnanlage an der Kirche“ Hauptstr. 40 25462 Rellingen	04101- 517908030	Gruppe Norddeutsche Gesellschaft für Diakonie
<u>Schenefeld</u>		
„Wohnpark Inge Rüpcke“ Nedderstr. 7 22869 Schenefeld	040- 89807844	Inge Rüpcke
<u>Tornesch</u>		
„AWO Wohn- und Servicezentrum Tornesch“ Friedrichstr. 4 25436 Tornesch	04122- 40440542	AWO Schleswig- Holstein gGmbH
Pommernstr. 81 25436 Tornesch	04122- 961170	AWO Schleswig- Holstein gGmbH

Zusammengestellt vom Pflegestützpunkt im Kreis Pinneberg (04101-555 464)
Wir übernehmen keine Garantie für die Vollständigkeit der Angaben

Stand 06/17

Wohnen mit Serviceangebot im Kreis Pinneberg

Ort/ Anschrift	Telefon	Träger
„Seniorengerechte (betreute) Wohnungen“		
Pappelweg 2-6 25436 Tornesch	04121- 48747480	Semmelhaack Wohnungsunternehmen
„Wohnpark Tornesch Märchensiedlung“		
Riesenweg, Elfenstieg, Baumschulenweg 25436 Tornesch	04121- 4874922	Semmelhaack Wohnungsunternehmen
<u>Uetersen</u>		
„Wohnen mit Service“		
Großer Sand 51 25436 Uetersen	04122 – 96600	Johanniter Senioren- häuser GmbH
<u>Wedel</u>		
„Seniorenanlage Heinrich Gau“		
Kirchstieg 3-7 22880 Wedel	04103- 80880	Norddeutsche Johanniter gGmbH
„Graf- Luckner-Haus“		
Hans-Böckler-Platz 15 22880 Wedel	04103- 7052000	vhw- Hamburg e.G.
„Kursana Residenz Wedel“		
Gorch-Fock-Str. 4 22880 Wedel	04103- 1200	Kursana Social Care GmbH
„Service-Wohnen Wedel“		
Gorch-Fock-Str.13 22880 Wedel	04103- 86101	Norddeutsche Johanniter gGmbH

Zusammengestellt vom Pflegestützpunkt im Kreis Pinneberg (04101-555 464)
Wir übernehmen keine Garantie für die Vollständigkeit der Angaben

Stand 06/17

Ehrenamtliche Versorgungsangebote

Ehrenamtliche Anbieter von Besuchsdiensten

Anbieter	Telefon/E-Mail/Homepage
<u>Alzheimer Gesellschaft Kreis Pinneberg e.V.</u> Heinrich-Christiansen-Str. 45 25421 Pinneberg	04101 / 842 331 info@alzheimerpinneberg.de www.alzheimerpinneberg.de
<u>Freiwilligen Forum Pinneberg</u> Bismarkstraße 10a 25421 Pinneberg	04101 / 29 21 6 mail@ffp-pinneberg.de www.ffp-pinneberg.de
<u>Freiwilligen Forum Elmshorn</u> Probstendamm 7 25336 Elmshorn	04121 / 29 48 06 www.ff-elmshorn.freiwilligenforum.de
<u>Freiwilligen Forum Uetersen</u> Tornescher Weg 76 a 25436 Uetersen	04122 / 92 73 50 www.ff-uetersen.freiwilligenforum.de
<u>Freiwilligen Forum Rellingen</u> Rathaus Rellingen Hauptstraße 60 25462 Rellingen	04101 / 56 41 12 www.ff-rellingen.freiwilligenforum.de
<u>Freiwilligen Forum Schenefeld</u> Osterbrooksweg 4 22869 Schenefeld	040 / 83 92 91 31 www.ff-schenefeld.freiwilligenforum.de
<u>Freiwilligen Forum Wedel</u> Küsterstraße 4 22880 Wedel	04103 / 21 43 www.ff-wedel.freiwilligenforum.de
<u>ASB Regionalverband Pinneberg Steinburg</u> An der Bahn 20 25336 Elmshorn	0 41 21 / 40 94 0 www.asb.de/pinneberg

Zusammengestellt vom Pflegestützpunkt im Kreis Pinneberg
Wir übernehmen keine Garantie für die Vollständigkeit der Angaben

Stand 01/17

Seniorenbetreuungen

Anbieter	Telefon/E-Mail/ Homepage
<u>Silvia Piepereit</u> (Seniorenassistentin nach Plöner Modell)	
Moortwiete 2a 25469 Halstenbek (Einsatzgebiet Halstenbek und Umkreis von ca. 8 km)	04101 – 80 55 231 silvia.piepereit@gmx.de http://www.die-senioren-assistenten.de/silvia-piepereit
<u>Birgit Hollenberg</u> (Seniorenassistentin nach Plöner Modell)	
Langkoppelweg 30 25469 Halstenbek (Einsatzgebiet Halstenbek und Umkreis von 20 Km)	04101 - 83 64 372 0176 - 84 89 1810 birgit.hollenberg@googlemail.com www.die-senioren-assistenten.de/birgit-hollenberg
<u>Seniorenbetreuung Dansczyk</u> Bianca Dansczyk (Altentherapeutin)	
Albert-Schweitzer-Str. 11 25421 Pinneberg	04101 / 517 39 39 info@dansczyk.de www.dansczyk.de
<u>Mandy Martin</u> (Seniorenassistentin nach Plöner Modell)	
Kellerstraße 148 25462 Rellingen (Einsatzgebiet: Rellingen, Halstenbek, Pinneberg, Ellerbek)	0162 / 85 81 322 MM.MandyMartin@gmx.de www.die-senioren-assistenten.de/mandy-martin
<u>Soziale Betreuung Johanna Schleifenheimer</u> Johanna Schleifenheimer (Heilpraktikerin)	
Vossmoorweg 18 25462 Rellingen	04101 - 538 32 30 0160 / 81 777 82 info@naturheilpraxis-schleifenheimer.de
<u>Ute Gust</u> (Seniorenassistentin nach Plöner Modell)	
22869 Schenefeld (Einsatzgebiet Kreis Pinneberg)	040 – 308 905 49 u-line@gmx.net www.die-senioren-assistenten.de/ute-gust

Seniorenbetreuungen

Petra Wölm

(Seniorenassistentin nach Plöner Modell)

Neuendeicher Weg 94
25436 Tornesch

04122 – 52879

SeniorenAssistenz-petrawoelm@gmx.de
www.die-senioren-assistenten.de/petra-woelm

(Einsatzgebiet Tornesch, Uetersen, Pinneberg, Elmshorn, Wedel)

Corinna Vollbehr

(Seniorenassistentin nach Plöner Modell)

Wiesengrund 13b
25436 Uetersen

04122 / 22 88

0174 / 973 56 36

corinna.vollbehr@web.de

die-senioren-assistenten.de/corinna-vollbehr

Carolin Gatzke

(Seniorenassistentin nach Plöner Modell)

Am Barkenkamp 12
25474 Hasloh

0176 / 56 086 253

SAG@email.de

www.seniorenassistenten-gatzke.de

(Einsatzgebiet Hasloh, Quickborn, Bönningstedt, Ellerbek)

Marlies Schwengels

(Seniorenassistentin nach Plöner Modell)

Schnellstraße 20
22765 Hamburg-Altona

040- 380 388 36

MSchwengels@t-online.de

www.yoga-med-hamburg.de

(Einsatzgebiet Wedel, Pinneberg)

Margret Bielenberg

(Seniorenassistentin nach Plöner Modell)

22589 Hamburg-Osdorf

0174 – 999 45 63

m.bielenberg@t-online.de

www.die-senioren-assistenten.de/margret-bielenberg

(Einsatzgebiet Altona bis Wedel, von Halstenbek bis nach Nienstedten)

Seniorenbetreuungen

Silke Noak

(Seniorenassistentin nach Plöner Modell)

Dockenhudener Str. 18
22587 Hamburg-Blankenese

040 – 31 70 16 67
seniorenassistenz.noack@gmail.com
www.die-senioren-assistenten.de/silke-noack

(Einsatzgebiet Wedel)

Petra Hausenberg

(Seniorenassistentin nach Plöner Modell)

Lindenstraße 29
25421 Pinneberg

04101 – 696 78 33
info@Hausenberg-Seniorenservice.de
www.Hausenberg-Seniorenservice.de

(Einsatzgebiet Umkreis von ca. 20 km um Pinneberg und in den Elbvororten)

Sandra Loges

(Seniorenassistentin nach Plöner Modell)

Ulmenweg 35
25451 Quickborn

04106- 764 90 34
kontakt@seniorenAssistenz-Loges.de
www.SeniorenAssistenz-Loges.de

(Einsatzgebiet Umkreis von ca. 20 km um Quickborn)

Haushaltshilfen im Kreis Pinneberg:

Daymaker

(machen auch Seniorenassistenz)
Achtern Krons Kamp 21
25469 Halstenbek

04101 – 805 44 45
service@diedaymaker.de
www.diedaymaker.de

Dietrich Rita Spontan-Haushilfedienst

Haushaltsservice für Wedel und westliches Hamburg
22880 Wedel

04103 - 5452

www.helping.de

Online-Plattform zur Vermittlung von geprüften Reinigungskräften

3

Zusammengestellt vom Pflegestützpunkt im Kreis Pinneberg (04101- 555 464)
Wir übernehmen keine Garantie für die Vollständigkeit der Angaben

Stand 01/17

(direkt abrufbar beim Pflegestützpunkt im Kreis Pinneberg)

**Anerkannte niedrigschwellige Betreuungsangebote gem. AFöVO im Kreis Pinneberg
(Stand 2016)**

Alzheimer Gesellschaft Kreis Pinneberg e.V.:

- Betreuungsgruppe für Demenzkranke „Zeit für mich“
- Betreuungsgruppe beim Angehörigentreffen Elmshorn
- Begleitgruppe beim Angehörigentreffen in Pinneberg
- Begleitgruppe beim Angehörigentreffen in Wedel
- Helferinnen- und Helferkreis (HUDA)
- Helferinnen- und Helferkreis in Zusammenarbeit mit einer Agentur. Angebot für demenziell Erkrankte Pflegebedürftige/ Angehörige und Pflegebedürftige mit psychischer Erkrankung
- Betreuungsgruppe für Menschen mit vorangeschrittener Demenz im Übergang von der einen zur anderen Betreuungsform
- Bewegungsangebot für Demenzkranke und Angehörige „Wohlbefinden durch Bewegung“ (Shiatsu)

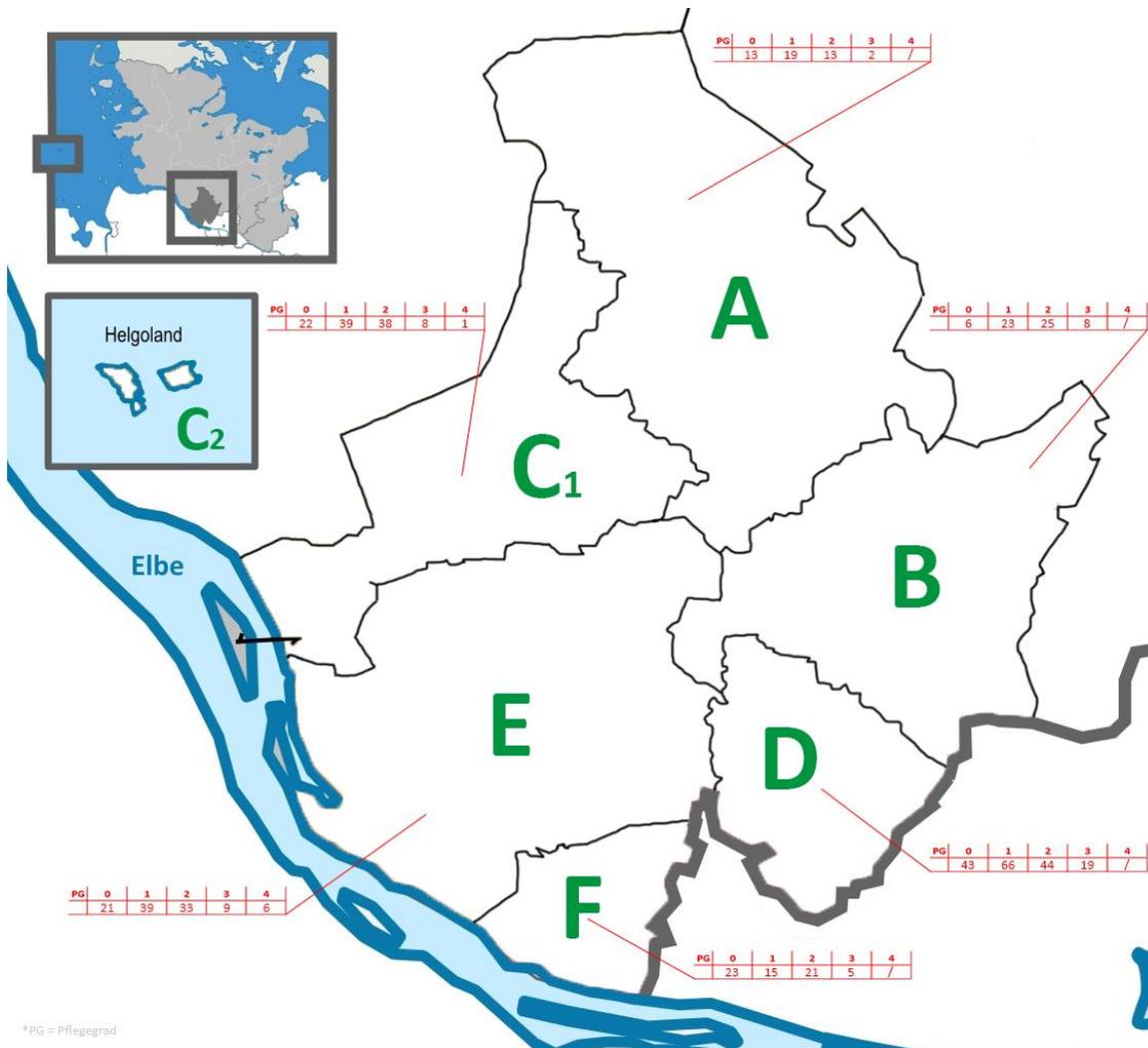
AWO Schleswig-Holstein gGmbH Wedel

- Betreuungsgruppe für Demenzkranke

ASB-Regionalverband Pinneberg/Steinburg

- Helferkreis für Demenzkranke

**Erstbegutachtungen nach dem Neuen Begutachtungsassessment im Kreis Pinneberg
(Anfang Januar – Ende April 2017)**



(eigene Darstellung)

(Datenquelle: MDK Nord 2017 – bisher unveröffentlicht)

Ergebnis durchgeführter Begutachtungen Schleswig-Holstein/Pinneberg im Jan.-April 2017 - Pflegegrade / BZN-Bericht vom 2.6.2017

Filter: Pflegegrade; Nur Erstgutachten; Postleitzahlen Versichertenwohnort im Kreis Pinneberg

Tabelle 4: Ergebnis durchgeführter Begutachtungen im Kreis PI - nur Erstgutachten

Anlass-Kategorie	empfohlener Pflegegrad					
	kein Pflegegrad	Pflegegrad 1	Pflegegrad 2	Pflegegrad 3	Pflegegrad 4	Gesamt
Amb. Leist.	114	183	157	46	6	506
vollstat. Leist.	5	13	13	5	1	37
stat. Leist. n. §43a SGB XI	9	5	4			18
Gesamt	128	201	174	51	7	561

Ergebnis durchgeführter Begutachtungen Schleswig-Holstein/Pinneberg im Jan.-April 2017 - Pflegegrade / BZN-Bericht vom 2.6.2017

Filter: Pflegegrade; Nur Erstgutachten; Postleitzahlen Versichertenwohnort im Kreis Pinneberg

Tabelle 5: Ergebnis durchgeführter Begutachtungen in folgenden Kreiskategorien, Kreis Pinneberg

Kreiskategorien Pinneberg	empfohlener Pflegegrad					
	kein Pflegegrad	Pflegegrad 1	Pflegegrad 2	Pflegegrad 3	Pflegegrad 4	Gesamt
Langeln, Lutzhorn, Groß Offenseth-Aspen, Heede, Bullenkuhlen, Bevern, Barmstedt, Bilsen, Hemdingen, Ellerhoop, Bokholt-Hanredder, Bokel, Brande-Hömerkirchen, Westerhorn, Osterhorn	13	19	13	2		47
Prisdorf, Kummerfeld, Tangstedt, Ellerbek, Borstel-Hohenraden, Quickborn, Hasloh, Bönningstedt	6	23	25	8		62

Ergebnis durchgeführter Begutachtungen Schleswig-Holstein/Pinneberg im Jan.-April 2017 - Pflegegrade / BZN-Bericht vom 2.6.2017

(Tabelle fortgesetzt)

	kein Pflegegrad	Pflegegrad 1	Pflegegrad 2	Pflegegrad 3	Pflegegrad 4	Gesamt
Kl. Offenseth-Sparrieshoop, Kölln-Reisiek, Seeth-Ekholt, Elmshorn, Klein Nordennde, Elmshorn, Raa-Besenbek, Elmshorn, Seester, Seestermlühe, Helgoland	22	39	38	8	1	108
Rellingen, Pinneberg, Halstenbek, Schenefeld	43	66	44	19		172
Heidgraben, Groß Nordende, Neuendeich, Moorrege, Uetersen, Tornesch, Haselau, Haseldorf, Holm, Hellingen, Heist, Appen	21	39	33	9	6	108
Wedel 22880	23	15	21	5		64
Gesamt	128	201	174	51	7	561

(Datenquelle: MDK Nord 2017 – bisher unveröffentlicht)

Eidesstattliche Erklärung

Ich versichere, dass ich die vorliegende Arbeit ohne fremde Hilfe selbstständig verfasst und nur die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt habe. Wörtlich oder dem Sinn nach aus anderen Quellen entnommene Stellen sind in allen Fällen unter Angabe der Quelle kenntlich gemacht.



Ort, Datum

Unterschrift