



LANDKREIS GIFHORN

...natürlich stark!



Pflegebericht 2018

WWW.GIFHORN.DE

„Man soll die Dinge so nehmen, wie sie kommen. Aber man sollte auch dafür sorgen, dass die Dinge so kommen, wie man sie nehmen möchte.“ (Curt Goetz)

Herausgeber:

Landkreis Gifhorn

Schlossplatz 1

38518 Gifhorn

Erstellung und Redaktion:

Sozialplanung und Sozialkoordination

Tel.: 05371 / 82 633

E-Mail: torsten.haf@gifhorn.de

Gifhorn, Februar 2018



Vorwort

Liebe Mitbürgerinnen und Mitbürger,
verehrte Leserinnen und Leser,

der demografische Wandel ist in aller Munde und wird mit seinen Auswirkungen in den kommenden Jahren zunehmend an Relevanz gewinnen. Die damit verbundenen Entwicklungen, die sich insbesondere in der Alterung der Bevölkerung ausdrücken, machen auch vor dem Landkreis Gifhorn nicht halt.



Ein Aspekt, der neben der erfreulicherweise steigenden durchschnittlichen Lebenserwartung mit der älter werdenden Bevölkerung verbunden ist, bezieht sich auf die Zunahme besonders alter Menschen und ihrem stetig wachsenden Anteil an der Gesamtbevölkerung. So werden gerade bei der Anzahl der hochbetagten Menschen zukünftig die relativ größten Steigerungsraten erwartet.

Einhergehend damit wird sich die in der Vergangenheit schon auszumachende Steigerung der Anzahl pflegebedürftiger Menschen weiter fortsetzen. Aktuell treten dabei vielerorts bereits die rückläufigen Potenziale der Pflege in der Familie sowie die Schwierigkeiten der Rekrutierung benötigter professioneller Arbeitskräfte in den Pflegeeinrichtungen und –diensten zutage. Es gilt daher, schon heute Voraussetzungen zu schaffen, die auch in Zukunft eine bedürfnisorientierte Pflege der Betroffenen sowie adäquate Angebote zur Unterstützung und Entlastung der Pflegenden gewährleisten.

Zur Unterstützung der notwendigen Gestaltung des sich dynamisch entwickelnden Pflegesektors werden in der hier vorliegenden Fortschreibung des ersten Pflegeberichtes für den Landkreis Gifhorn aus dem Jahr 2013 der aktuelle Stand und die voraussichtliche Entwicklung der pflegerischen Versorgung dargestellt. Dabei soll der Pflegebericht als Basis und Orientierungshilfe bei der perspektivischen Ausgestaltung der Pflegelandschaft dienen und Anregungen für einzuleitende Handlungsschritte zur Sicherstellung der pflegerischen Versorgung geben.

Die Vernetzungen und Kooperationen unter den Handelnden im Pflegebereich im Landkreis Gifhorn haben sich nicht zuletzt aufgrund des steigenden Bedarfs der Betroffenen und ihrer Familien in den letzten Jahren intensiviert. Auch findet im Rahmen der Gesundheitsregion, der Pflegekonferenz sowie weiterer Gremien und Arbeitskreise ein regelmäßiger Austausch statt, der die Chance bietet, gemeinsam nach angemessenen Lösungen bei der Bewältigung der anstehenden Herausforderungen zu suchen.

Um den Pflegebedürftigen und den sie Pflegenden auch weiterhin ein würdiges Leben zu ermöglichen, setze ich auch zukünftig auf die Beteiligung und Zusammenarbeit aller relevanten Akteure.

Dr. Andreas Ebel
Landrat



Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung.....	Seite 8
2. Gesetzliche Grundlagen.....	Seite 8
3. Kommunale Pflegeplanung.....	Seite 9
4. Bevölkerungsentwicklung.....	Seite 10
5. Pflegebedürftigkeit.....	Seite 19
5.1. Struktur.....	Seite 19
5.2. Entwicklung.....	Seite 29
5.3. Demenz.....	Seite 39
5.4. Kultursensible Pflege.....	Seite 42
6. Pflegende.....	Seite 44
6.1. Angehörigenpflege.....	Seite 44
6.2. Professionelle Pflege.....	Seite 48
6.2.1. Ambulante Pflege.....	Seite 48
6.2.2. Stationäre Pflege.....	Seite 50
6.2.3. Rahmenbedingungen.....	Seite 55
6.2.4. Fachkräftemangel.....	Seite 58
7. Pflegeinfrastruktur.....	Seite 62
7.1. Ambulante Pflege.....	Seite 63
7.2. Teilstationäre Pflege.....	Seite 67
7.3. Verhinderungs- und Kurzzeitpflege.....	Seite 70



7.4.	Vollstationäre Pflege.....	Seite 71
7.5.	Angebote im Vor- und Umfeld von Pflege.....	Seite 75
7.5.1.	Seniorenwohnungen.....	Seite 76
7.5.2.	Betreutes Wohnen.....	Seite 76
7.5.3.	Betreute Wohngemeinschaften.....	Seite 77
7.5.4.	Angebote zur Unterstützung im Alltag.....	Seite 79
7.5.5.	Beratungsinfrastruktur.....	Seite 80
7.6.	Hospiz- und Palliativversorgung.....	Seite 82
8.	Pflegekosten.....	Seite 83
8.1.	Leistungen der Pflegeversicherung.....	Seite 86
8.2.	Aufwendungen des Landkreises Gifhorn.....	Seite 89
9.	Aktivitäten und Handlungserfordernisse.....	Seite 90
10.	Zusammenfassung und Ausblick.....	Seite 93
11.	Quellen und Literatur.....	Seite 95
12.	Abbildungs- und Tabellenverzeichnis.....	Seite 99



1. Einleitung

Die demografischen Entwicklungen in Deutschland führen unter anderem zu einem stetigen Anwachsen der Anzahl und des Anteils älterer Menschen. Dabei erreichen heute immer mehr Menschen ein sehr hohes Lebensalter. Während auf der einen Seite viele Senioren¹ die gewonnenen Lebensjahre aktiv und selbstbestimmt gestalten können, kommt es andererseits auch vermehrt zu Lebenssituationen, in denen Hilfe, Unterstützung und Pflege in Anspruch genommen werden müssen.

Nachdem sich der Einfluss der Kommunen auf die Gestaltung der kommunalen Infrastruktur in der Altenhilfe und -pflege nach Einführung der Pflegeversicherung tendenziell verringert hatte und die Sozialversicherungen inzwischen eine dominante Rolle auf diesem Gebiet einnehmen, werden die Forderungen nach einer stärkeren Rolle der Kommunen in der Pflege, wie sie z. B. im aktuellen Altenbericht der Bundesregierung formuliert sind, lauter. Zunächst sollen die Kommunen als Koordinatoren und Initiatoren bei der Aufgabenwahrnehmung im Bereich der Pflege auftreten. Daher muss der Ausschöpfung der bestehenden Gestaltungs- und Kooperationsmöglichkeiten eine hohe Priorität eingeräumt werden.

Um auch in Zukunft die Hilfe und Unterstützung pflegebedürftiger Menschen sowie die Entlastung der pflegenden Angehörigen gewährleisten zu können, bedarf es einer Weiterentwicklung der wohnortnahen Pflegeinfrastruktur. Daneben sind die Kommunen gefordert, Angebote der Prävention und Gesundheitsförderung vorzuhalten.

Der Pflegebericht versteht sich in diesem Zusammenhang als Anstoßgeber in der Diskussion um die Einleitung der bei der Bewältigung der anstehenden Herausforderungen notwendigen Handlungsschritte. Er thematisiert die Entwicklungen im Pflegebereich, indem mithilfe von Auswertungen der offiziellen Pflegestatistik, weiterer statistischer Daten sowie aktueller Studien zu pflegerelevanten Themen die wesentlichen Fakten für den Landkreis Gifhorn wiedergegeben werden. Dabei wird auf die Bevölkerungsentwicklung, die Struktur und Entwicklung von Pflegebedürftigkeit, die pflegerisch tätigen Personen, die vorhandenen pflegerischen und pflegeergänzenden Angebote, die entstehenden Pflegekosten sowie bereits eingeleitete und erforderliche Aktivitäten eingegangen.

Um eine den zukünftigen Anforderungen entsprechende Weiterentwicklung der pflegerischen Infrastruktur zu erreichen, müssen möglichst viele an der Gestaltung der wohnortnahen Infrastruktur Beteiligte in diesen Prozess eingebunden werden.

2. Gesetzliche Grundlagen

Für die Vorhaltung einer leistungsfähigen, ausreichenden und wirtschaftlichen pflegerischen Versorgungsstruktur sind laut § 9 Sozialgesetzbuch – Elftes Buch – Soziale Pflegeversicherung (SGB XI) die Länder verantwortlich. Nach § 9 Satz 2 SGB XI wird die nähere Planung und Förderung der Pflegeeinrichtungen durch Landesrecht bestimmt.

¹ Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird im Rahmen dieses Berichtes auf die gleichzeitige Verwendung männlicher und weiblicher Sprachformen verzichtet. Sämtliche Personenbezeichnungen gelten gleichermaßen für beide Geschlechter.



Im Gesetz zur Planung und Förderung von Pflegeeinrichtungen nach dem Elften Buch Sozialgesetzbuch (Niedersächsisches Pflegegesetz – NPflegeG) werden demzufolge die Landkreise und kreisfreien Städte nach § 5 dazu verpflichtet, eine den örtlichen Anforderungen entsprechende pflegerische Versorgungsstruktur sicherzustellen. Laut § 3 NPflegeG sind über den Stand und die voraussichtliche Entwicklung der pflegerischen Versorgung für das jeweilige Gebiet Pflegeberichte zu erstellen und fortzuschreiben. Unter Berücksichtigung der nach § 2 NPflegeG zu erstellenden Landespflegeberichte sollen dabei Vorschläge zur Anpassung der vorhandenen an die notwendige pflegerische Versorgungsstruktur unterbreitet werden.

Seit 1999 wird die Pflegestatistik als Bundesstatistik in einem zweijährlichen Erhebungsturnus erstellt. Basierend auf der Pflegestatistik des Landesamtes für Statistik Niedersachsen (LSN) werden in dem vorliegenden Bericht Auswertungen zur gesetzlichen Pflegeversicherung vorgenommen. Rechtsgrundlagen der Pflegestatistik sind § 109 SGB XI und die Verordnung zur Durchführung einer Bundesstatistik über Pflegeeinrichtungen sowie über die häusliche Pflege, in Verbindung mit dem Bundesstatistikgesetz (BStatG).

Die Ergebnisse der aktuellen Erhebungen der Pflegestatistik aus dem Jahr 2015 setzen sich aus zwei Teilstatistiken zusammen, die sowohl Angaben der Statistik der Pflegeeinrichtungen – zu denen alle Pflegedienste und Pflegeheime mit einem Versorgungsvertrag nach § 72 SGB XI zählen – als auch der Statistik der Pflegegeldempfänger enthalten.

Jeweils zum 15. Dezember eines Erhebungsjahres werden in den Einrichtungen zur ambulanten und stationären pflegerischen Versorgung insbesondere Daten zur personellen Ausstattung sowie zu den betreuten pflegebedürftigen Personen, soweit sie Leistungen nach dem SGB XI erhalten, erhoben.

Die zweite Teilstatistik basiert auf Daten der Spitzenverbände der Pflegekassen über die Empfänger von Pflegegeld nach SGB XI und gibt jeweils zum Stichtag 31. Dezember Auskunft über bestimmte soziodemografische Merkmale sowie den Schweregrad der Pflegebedürftigkeit. Bei der Statistik der Pflegegeldempfänger wird danach unterschieden, ob ausschließlich Pflegegeld für selbst beschaffte Pflegehilfen in Anspruch genommen wird oder eine Kombination aus Geld- und Sachleistung.

3. Kommunale Pflegeplanung

Auch wenn die Forderungen des Siebten Altenberichtes der Bundesregierung nach einer stärkeren Rolle der Kommunen in der Pflege² bislang keinen Eingang in den Gesetzgebungsprozess gefunden haben und somit die Einflussmöglichkeiten des Landkreises Gifhorn bei der konkreten Ausgestaltung der Gesundheits- und Pflegeinfrastruktur weiterhin begrenzt sind, soll die Fortschreibung des örtlichen Pflegeberichtes als Grundlage für eine regelmäßige und fortlaufende Pflegebedarfsplanung dienen. Die Darstellung der zurückliegenden, aktuellen und zukünftig wahrscheinlichen Entwicklungen eröffnet dabei die Chance für einen konstruktiven Dialog mit den kreisangehörigen

² vgl. BMFSFJ 2016



Gebietseinheiten sowie den Mitgliedern der Kreispflegekonferenz über mögliche Impulse für eine bedarfsgerechte Weiterentwicklung der Pflegeinfrastruktur. Für die etwaige Formulierung von Zielvorstellungen und die Erarbeitung konkreter Handlungsstrategien soll der Pflegebericht demnach den Ausgangspunkt bilden.

Im Rahmen der kommunalen Pflegeplanung ist ein prozess- und kommunikationsorientiertes Vorgehen, dem eine regelmäßige Aktualisierung, Anpassung und Abstimmung inhärent sind, unerlässlich. Die Einleitung und Umsetzung bestimmter Handlungsschritte muss daher in einem kontinuierlichen Austausch unter den im Netzwerk engagierten Akteuren erfolgen. Ziel dieses kooperativen Vorgehens ist das rechtzeitige Erkennen sowie die adäquate Bearbeitung vorhandener Bedarfe. Neben den Erbringern pflegerischer Leistungen und den Kostenträgern soll auch die Gruppe der Senioren selbst an den Planungen beteiligt werden.

Des Weiteren soll die Zusammenstellung und Aufbereitung von Informationen zum aktuellen Pflegegeschehen die handelnden und entscheidenden Protagonisten vor Ort in die Lage versetzen, angezeigte Schritte zur Weiterentwicklung der Infrastruktur der Daseinsvorsorge einzuleiten. Denn insbesondere durch vielfältige lokale Hilfs- und Unterstützungsangebote im (vor-)pflegerischen Bereich kann ein Beitrag zur Prävention und Gesundheitsförderung älterer Menschen geleistet werden.

Eine Vielzahl von Daten zur pflegerischen Versorgungssituation ist bislang ausschließlich auf Ebene des gesamten Landkreises vorhanden. Der Versuch einer kleinräumigeren Datenerhebung ist aufgrund der geringen Kapazitäten der Pflegedienstleiter bislang jedoch gescheitert. Damit dennoch eine effektive Planung in den Städten und Gemeinden erfolgen kann, ist es wichtig, zukünftig in den jeweiligen Sozialräumen nach angemessenen Lösungen zu suchen. Hierbei versteht sich die Pflegeplanung als Ansprechpartner und Vermittler zur Unterstützung etwaiger lokaler Bedarfsplanungen.

4. Bevölkerungsentwicklung

Ursächlich für die gravierendsten Veränderungen des Pflegesystems sind bestimmte demografische Trends, deren Betrachtung die Grundlagen für Aussagen zu wahrscheinlichen Auswirkungen auf den Pflegesektor bilden. Insgesamt wird dabei davon ausgegangen, dass Deutschland langfristig eine schrumpfende Gesamtbevölkerung aufweist, die von einer starken Alterung gekennzeichnet sein wird, wobei diese Prozesse in regional sehr unterschiedlicher Intensität verlaufen.

Welche Entwicklungen der Bevölkerungszahl und -struktur zukünftig eintreten werden, lässt sich nicht exakt vorhersagen. Prognosen bilden demnach immer nur generelle Tendenzen ab, deren konkrete Ausprägungen im Detail durchaus abweichen können. So ist z. B. der Eintritt des in der Vergangenheit prognostizierten Rückgangs der Gesamtbevölkerung im Landkreis Gifhorn bisher nicht zu beobachten. Im Gegenteil wächst die hiesige Bevölkerungszahl in den letzten Jahren aufgrund positiver Wanderungssalden sogar wieder. Ursachen hierfür sind vermutlich sowohl die angespannten Wohnungsmärkte in den benachbarten Großstädten Braunschweig und Wolfsburg,

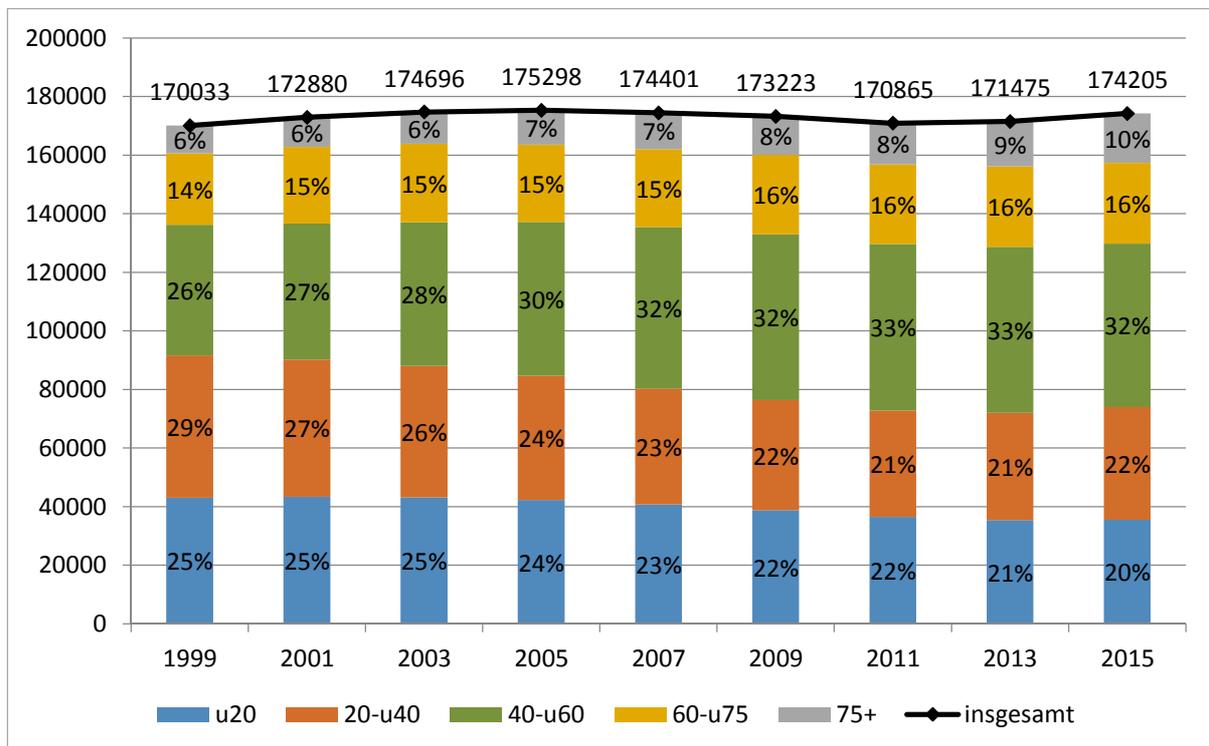


welche in die Region zuziehende Menschen dazu veranlassen, in die entsprechenden Umlandgemeinden auszuweichen, als auch die anhaltende Zuwanderung aus dem Ausland, die im Jahr 2015 einen Höhepunkt erreichte und sich seitdem und wahrscheinlich auch in der Zukunft weiter fortsetzt.

Die für die Auswirkungen auf das Pflegesystem besonders relevante demografische Dimension ist die Veränderung der Altersstruktur der Bevölkerung. Hierbei ist einerseits bei einer steigenden Anzahl von Menschen in höheren Altersklassen mit einem wachsenden Bedarf bei der Inanspruchnahme von Pflegeleistungen zu rechnen. Andererseits bedeutet die Verringerung der jüngeren Alterskohorten eine Abnahme der Zahl potenziell Pflegender.

Betrachtet man die Entwicklung der Bevölkerung im Landkreis Gifhorn seit 1999³, kann festgestellt werden, dass sich zwar die Gesamtbevölkerungszahl nicht, wie vorhergesagt, verringert hat, jedoch die Verschiebung innerhalb des Altersaufbaus signifikant ist. Belieft sich der Anteil der unter 40jährigen Menschen 1999 noch auf 54 %, sank er seitdem stetig, um 2015 noch 42 % auszumachen. Im Gegenzug ist der Anteil der Menschen in einem Alter ab 60 Jahren von 20 % auf 26 % gestiegen. Dabei sind insbesondere in den alten und hochaltrigen Kohorten die relativ stärksten Anstiege zu beobachten.

Abb. 1: Bevölkerungsentwicklung 1999-2015 nach Altersgruppen – Landkreis Gifhorn



Quelle: eigene Darstellung nach LSN Bevölkerungsfortschreibung

Um vergleichbare Aussagen zur Altersstruktur tätigen zu können, kann das jeweilige Durchschnittsalter unterschiedlicher Gebietskörperschaften herangezogen werden. Aus regionaler Per-

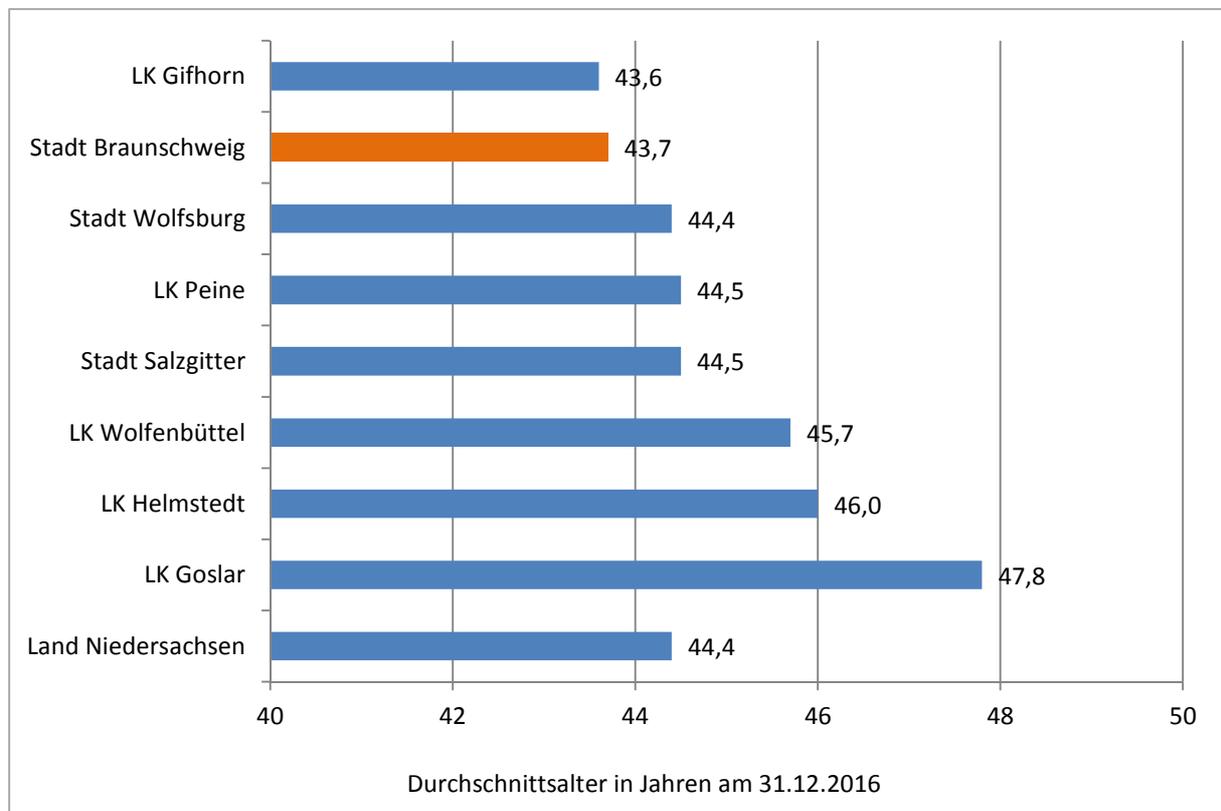
³ Dieses Ausgangsjahr wurde gewählt, da in diesem die Pflegestatistik des Statistischen Bundesamtes eingeführt wurde und somit eine Vergleichbarkeit der Bevölkerungs- mit der Pflegestatistik gegeben ist.



spektive ist der Landkreis Gifhorn dabei nach wie vor die Kommune mit der durchschnittlich jüngsten Bevölkerung (43,6 Jahre) in Südostniedersachsen. Ausschlaggebend für das vergleichsweise niedrige Niveau ist die überdurchschnittlich starke Zuwanderung von (eher jüngeren) Menschen aus den deutschen Siedlungsgebieten in der ehemaligen Sowjetunion in den 1980er und 90er Jahren.

Allerdings hat sich das hiesige Durchschnittsalter von 1999 bis 2016 um 5,1 Jahre erhöht, was den regional stärksten und einen der höchsten Anstiege in Niedersachsen in diesem Zeitraum bedeutet. So alterten die anderen Kommunen zwar ebenfalls, jedoch in teilweise wesentlich geringerem Tempo. Hatte die Landkreisbevölkerung 1999 noch den fünftniedrigsten Altersdurchschnitt aller Landkreise und kreisfreien Städte in Niedersachsen, so war es 2016 nur noch der zehntniedrigste.

Abb. 2: Durchschnittsalter 2016 – Region



Quelle: eigene Darstellung nach LSN Bevölkerungsfortschreibung

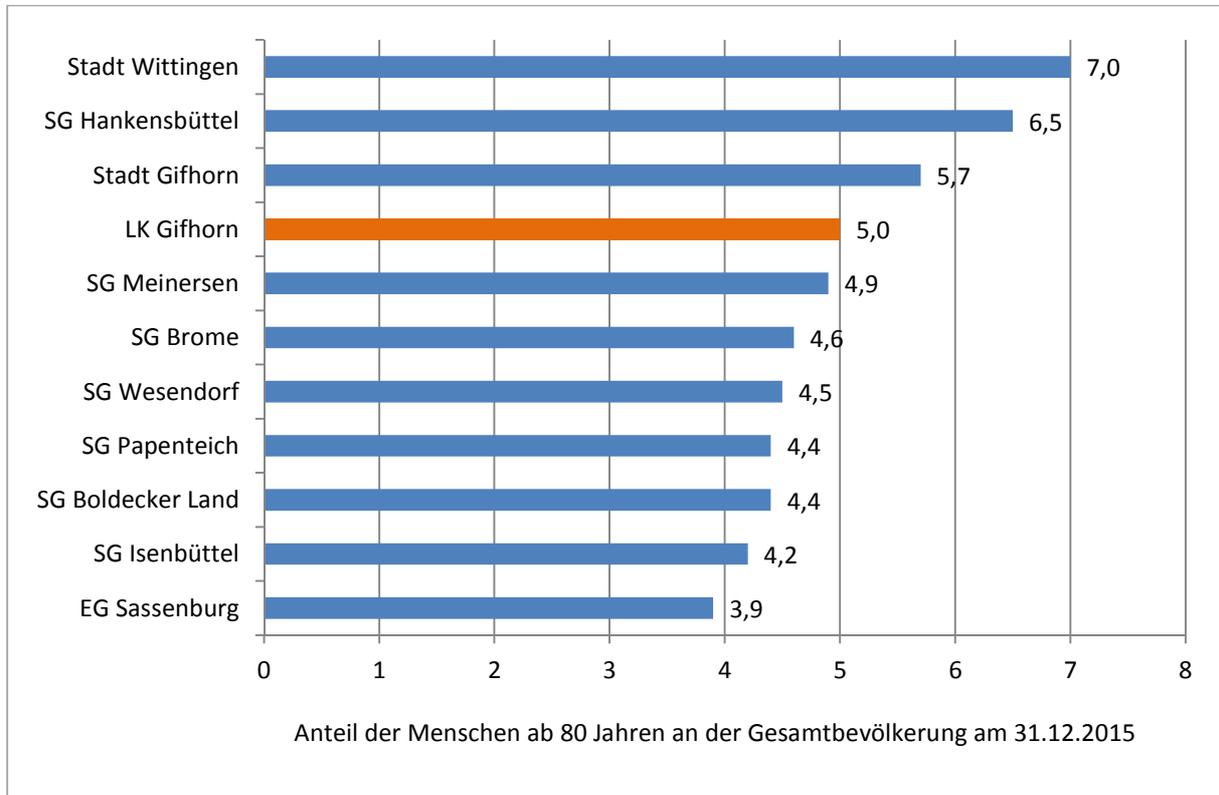
Generell ist auch hier wieder zu beachten, dass die kleinräumigen Gegebenheiten sehr unterschiedlich sind. Am Ende des Jahres 2016 zählten so beispielsweise die Gemeinden Dedelstorf und Sprakensehl mit einem Durchschnittsalter von mehr als 47 Jahren zu den ältesten und die Gemeinden Rühren und Rötgesbüttel mit weniger als 41 Jahren zu den jüngsten Gemeinden in ganz Niedersachsen.

Die Bevölkerungsgruppe der Menschen in einem Alter ab 80 Jahren besitzt für den Pflegebereich eine besondere Relevanz. Der Anteil dieser Altersgruppe an der Gesamtbevölkerung betrug Ende 2015 landkreisweit 5,0 %. Die höchsten Quoten wiesen dabei die Stadt Wittingen (7,0 %) sowie



die Samtgemeinde Hankensbüttel (6,5 %) und die Stadt Gifhorn (5,7 %) auf, während der Anteil der Hochbetagten in der Einheitsgemeinde Sassenburg bei 3,9 % lag.

Abb. 3: Anteil der Hochbetagten an der Gesamtbevölkerung 2015 – Gebietseinheiten

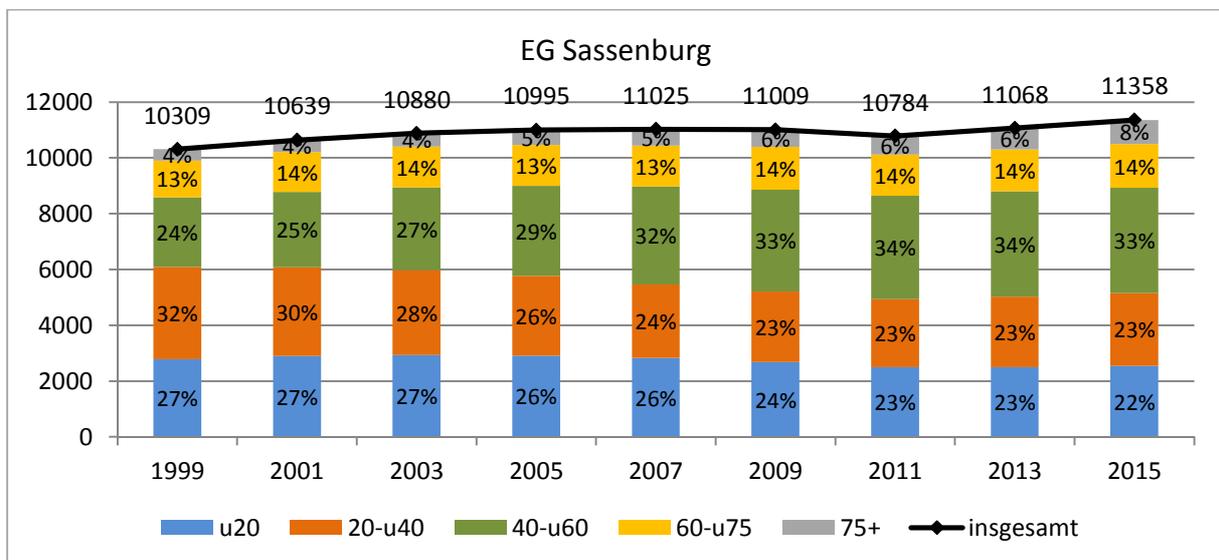
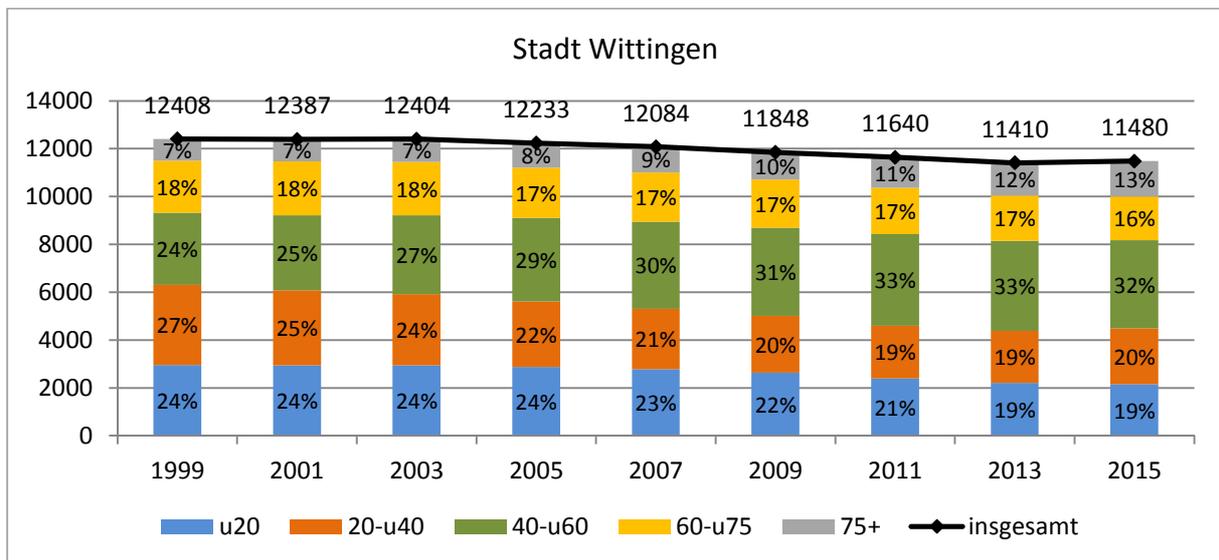
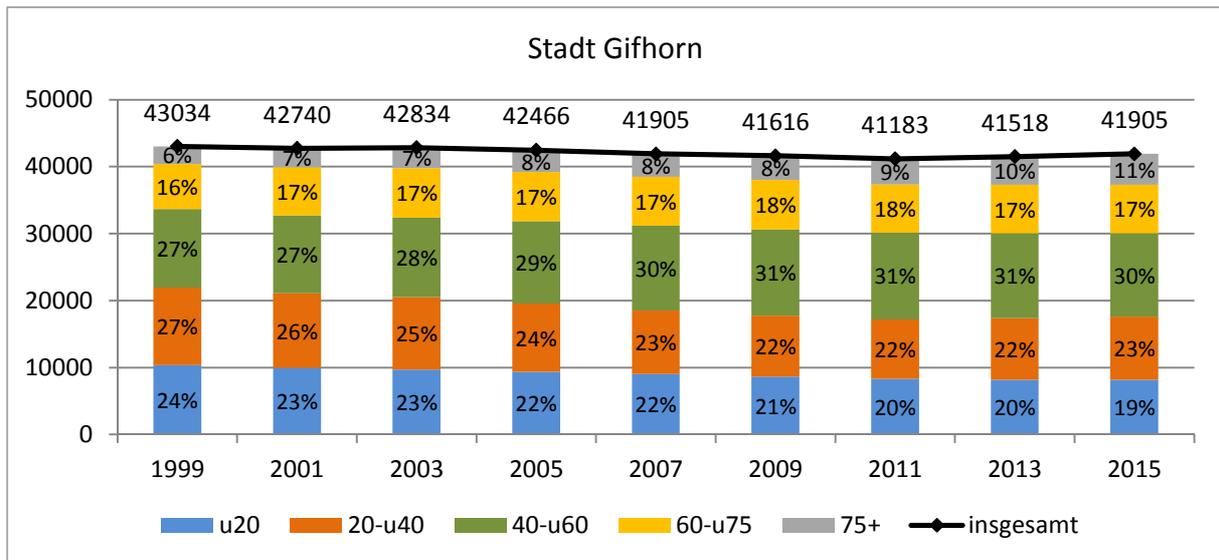


Quelle: eigene Darstellung nach LSN Bevölkerungsfortschreibung

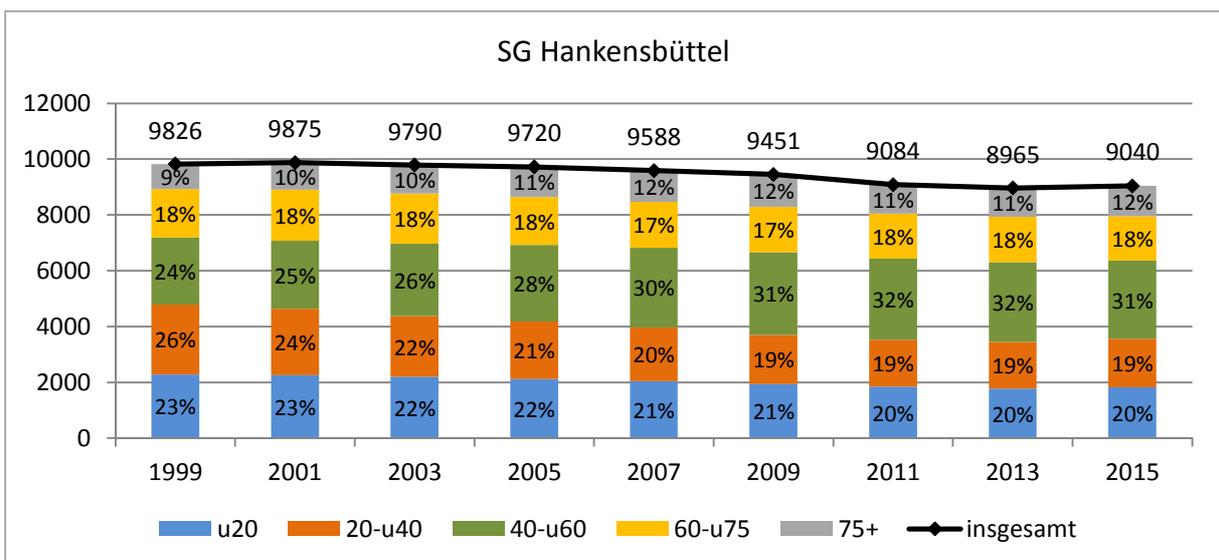
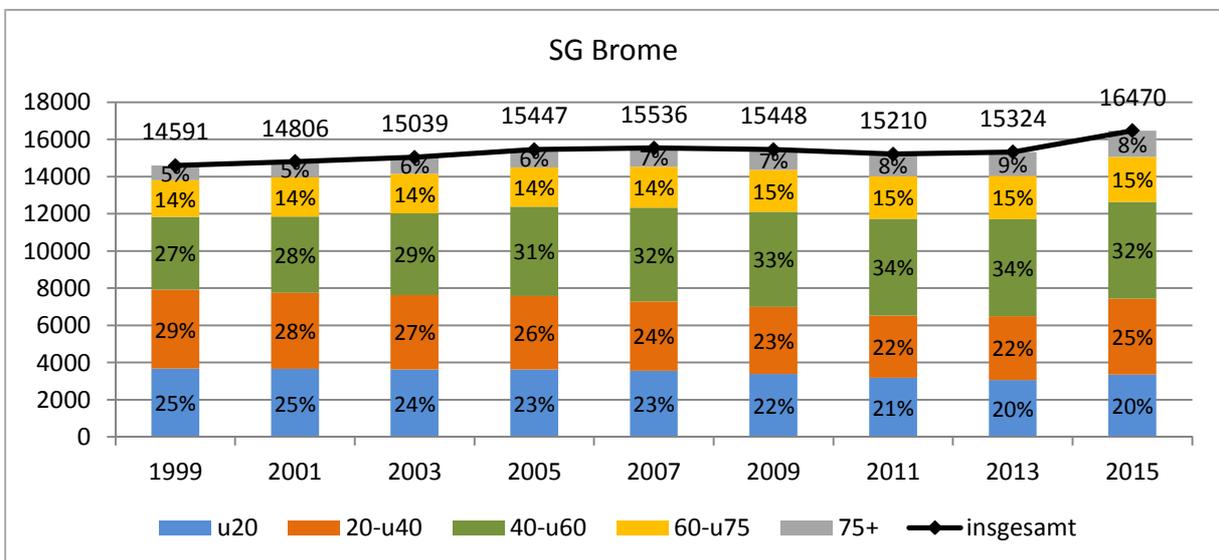
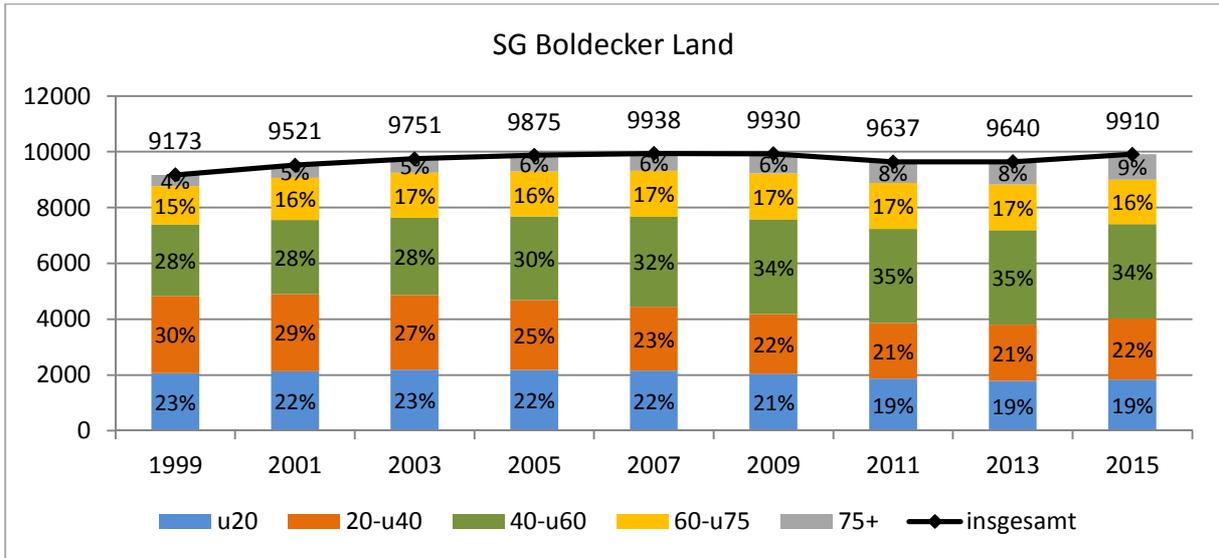
Auch wenn die kreisangehörigen Gebietseinheiten Unterschiede in der jeweiligen Alterung der Bevölkerung und insbesondere im Anteil der hochaltrigen Menschen ab 80 Jahren aufweisen, ist der Trend zur Zunahme der Anzahl und des Anteils älterer Menschen flächendeckend vorhanden. Wie aufgezeigt, sind dabei das nördliche Kreisgebiet und die Stadt Gifhorn bisher am stärksten betroffen, wobei sich jedoch die Tendenzen gerade in den bevölkerungsreichen Gebietseinheiten im Südkreis zunehmend dynamisieren. Der Anteil der Menschen ab 75 Jahren an der jeweiligen Gesamtbevölkerung stieg demnach bei gleichzeitigem Rückgang jüngerer Bevölkerungskohorten im betrachteten Zeitraum überall um mindestens drei Prozentpunkte an, am stärksten in den Städten Wittingen und Gifhorn sowie den Samtgemeinden Boldecker Land und Papenteich.



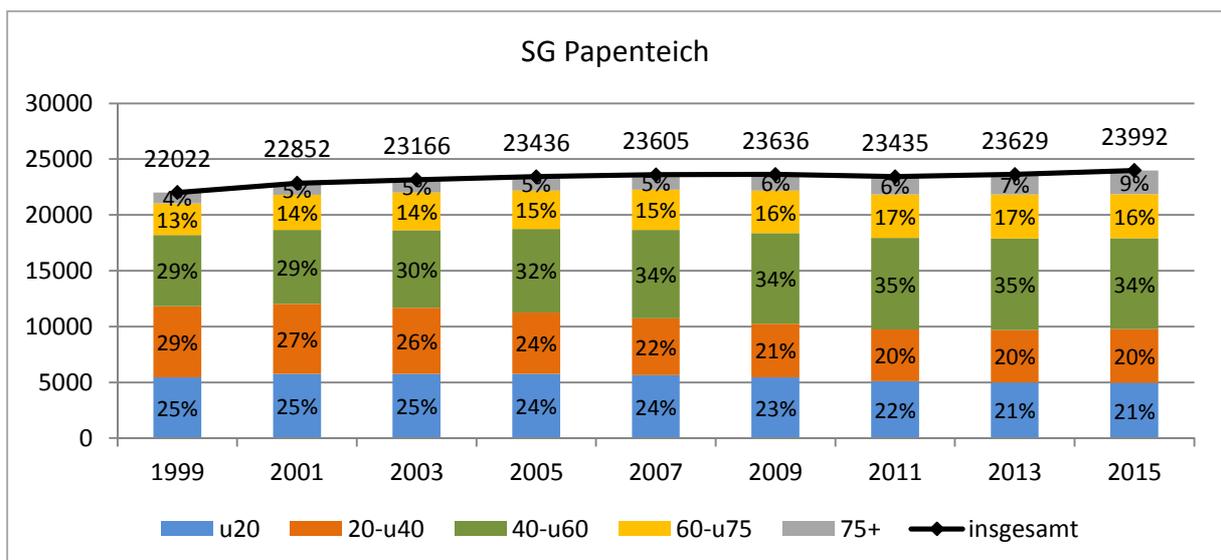
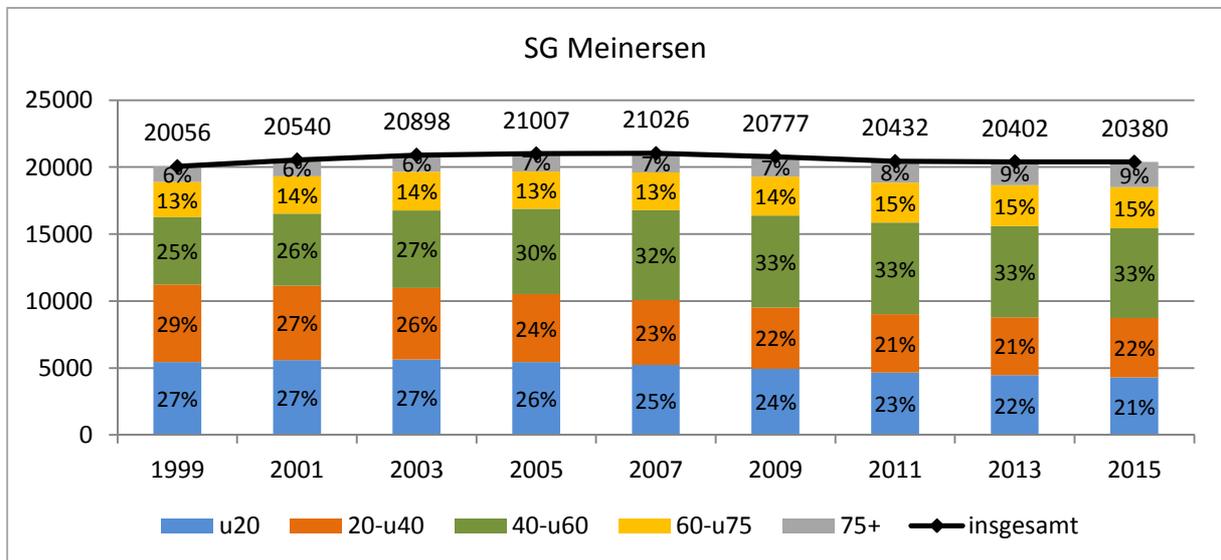
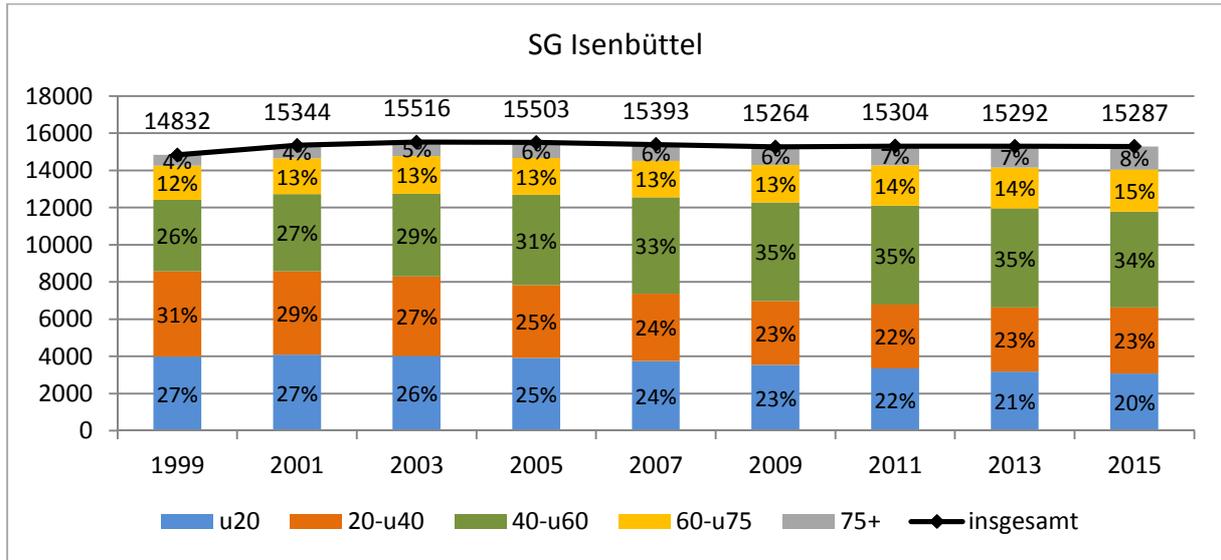
Abb. 4: Bevölkerungsentwicklung 1999-2015 nach Altersgruppen – Gebietseinheiten



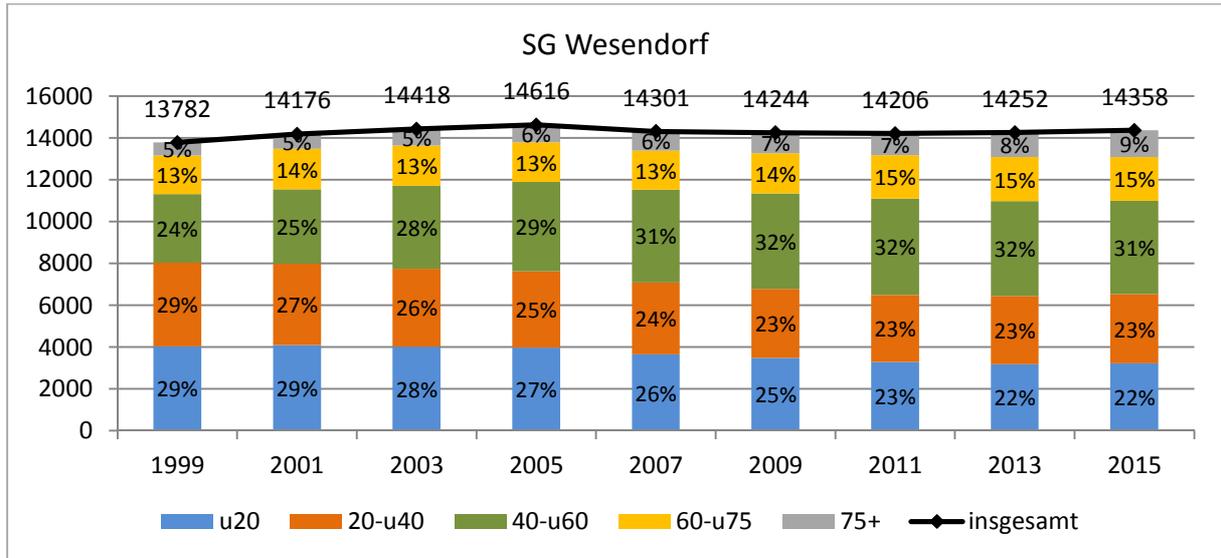
Quelle: eigene Darstellungen nach LSN Bevölkerungsfortschreibung



Quelle: eigene Darstellungen nach LSN Bevölkerungsfortschreibung



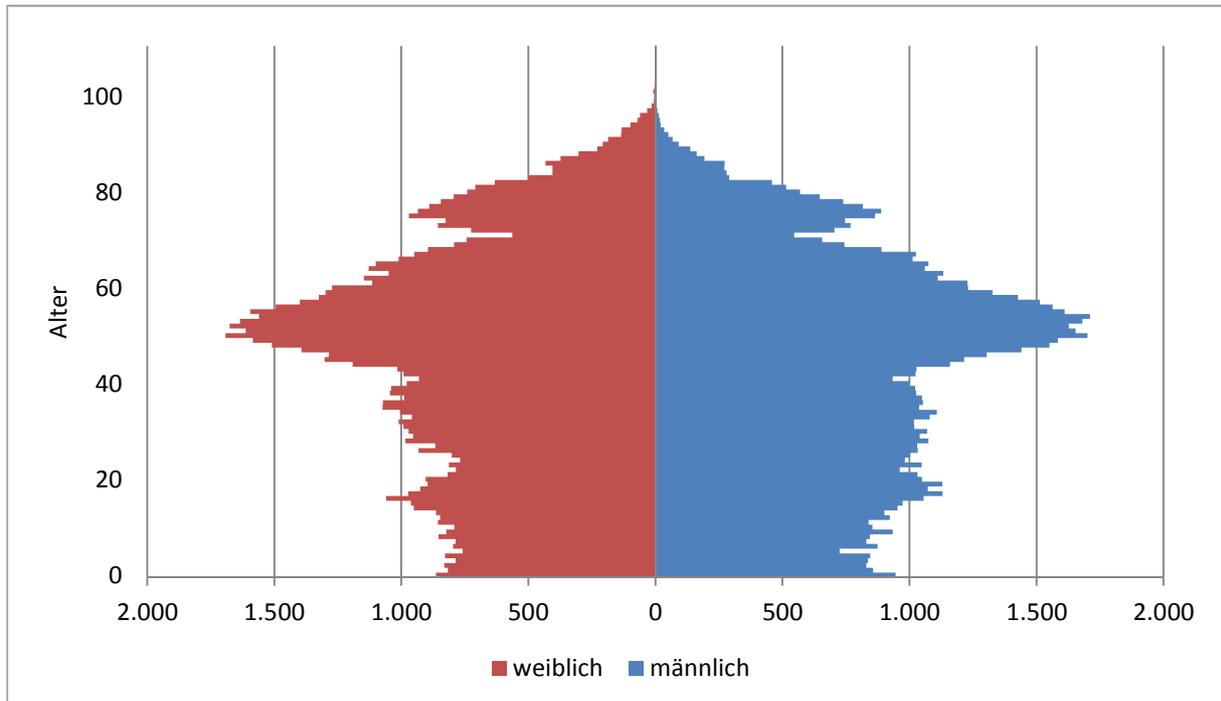
Quelle: eigene Darstellungen nach LSN Bevölkerungsfortschreibung



Quelle: eigene Darstellung nach LSN Bevölkerungsfortschreibung

Weil prognostizierte Entwicklungen niemals vollumfänglich eintreffen, sind Vorhersagen der Bevölkerungsentwicklung immer mit gewissen Ungenauigkeiten verbunden. Allerdings lässt sich anhand der aktuellen Altersstruktur der Bevölkerung sowie aufgrund der stetigen Steigerung der durchschnittlichen Lebenserwartung recht gut erkennen, dass zukünftig eine weitere Zunahme der älteren Bevölkerungsgruppen zu erwarten ist. So wachsen aktuell die Geburtsjahrgänge unmittelbar vor Ausbruch des zweiten Weltkriegs in die pflegerelevanten Altersklassen hinein, während die Generation der Babyboomer langsam das Rentenalter erreicht.

Abb. 5: Altersstruktur am 31.12.2016 – LK Gifhorn

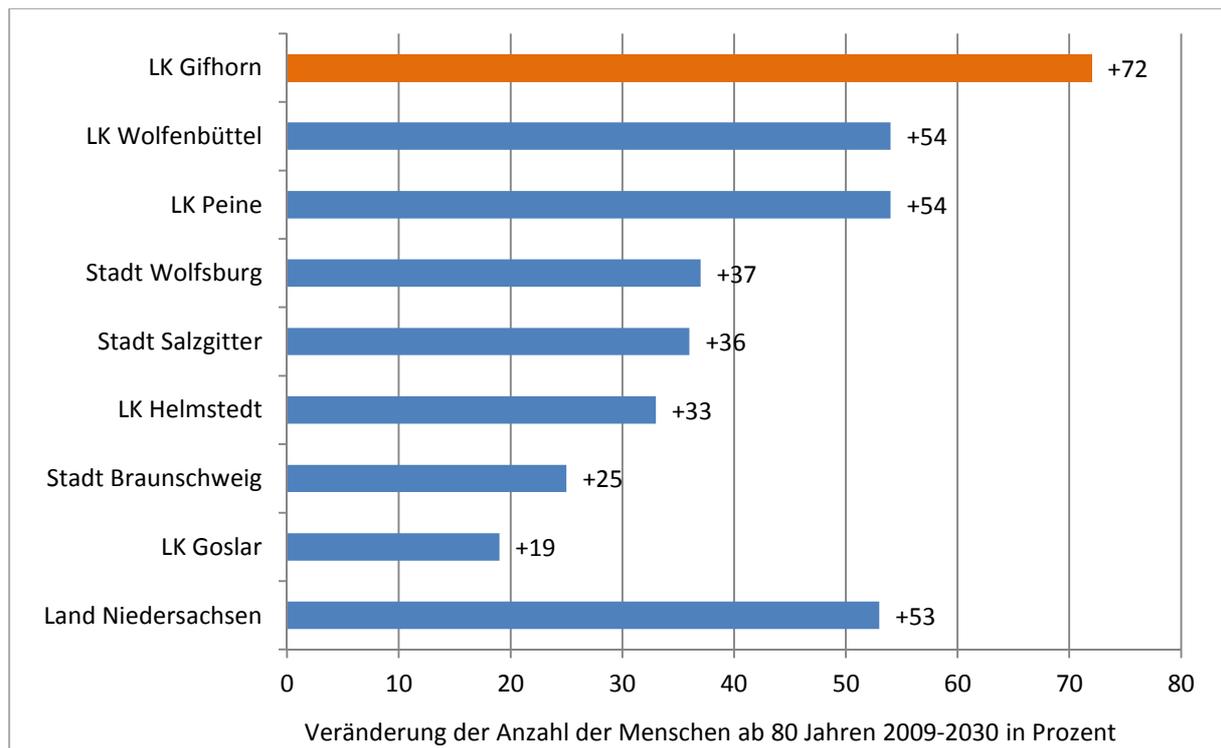


Quelle: eigene Darstellung nach Melderegister Gemeinden



Da das Statistische Landesamt schon seit geraumer Zeit keine auf die Landkreise und Städte bezogene aktualisierte Bevölkerungsprognose nach Alter veröffentlicht hat, wird an dieser Stelle die vorhandene Vorausberechnung, welche sich auf den Zeitraum 2009 bis 2030 bezieht und bereits im ersten Pflegebericht dargestellt wurde, erneut wiedergegeben. Demnach ist ein regional heterogener Verlauf der Alterung zu erwarten, der die Veränderungen in der jüngeren Vergangenheit jedoch fortführt. Dabei wird dem Landkreis Gifhorn der mit Abstand stärkste Anstieg der Anzahl der über 80-Jährigen in der Region und einer der größten in Niedersachsen vorhergesagt.

Abb. 6: Prognose der Entwicklung der Hochbetagten bis 2030 – Region



Quelle: eigene Darstellung nach LSN Bevölkerungsvorausberechnung

Laut Prognose sollen im Jahr 2030 rund 12.000 Menschen im Landkreis leben, die das 80. Lebensjahr erreicht und überschritten haben. Wahrscheinlich werden diese Vorhersagen aber sogar noch übertroffen, denn die Anzahl der Hochbetagten im Landkreis Gifhorn lag 2015 schon um etwa 500 Personen bzw. 6 % höher als im Jahr 2009 prognostiziert.

Da die künftigen Entwicklungen von vielen verschiedenen Faktoren abhängig sind und sich die jeweilige Situation in den Dörfern und Stadtteilen sehr heterogen darstellt, sind regelmäßige kleinräumige Betrachtungen unerlässlich, um adäquate altersgerechte Anpassungen der örtlichen Infrastruktur vornehmen zu können. Hier bietet das vom Landkreis Gifhorn eingeführte Demografiemonitoring die Möglichkeit, bestimmte Entwicklungen aufzuzeigen und darauf zu reagieren.



5. Pflegebedürftigkeit

Personen, die wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, in erheblichem oder höherem Maße der Hilfe bedürfen, gelten laut § 14 Abs. 1 SGB XI bzw. § 61 SGB XII als pflegebedürftig. Durch die nachfolgend präsentierten Auswertungen der offiziellen Pflegestatistik, die auf Daten der gesetzlichen Pflegeversicherung beruhen, kann beurteilt werden, in welchem Ausmaß den pflegebedürftigen Menschen Hilfe und Unterstützung entgegenkommt. Dabei wird in der Pflegestatistik letztendlich auf die Unterteilung in Pflegestufen abgehoben, bevor in künftigen Auswertungen auf die neuen Pflegegrade Bezug genommen wird.

5.1. Struktur

Von den bundesweit rund 2,9 Millionen Pflegebedürftigen im Sinne des SGB XI wurden im Dezember 2015 nahezu drei Viertel zu Hause und 27 % in voll- und teilstationären Pflegeeinrichtungen versorgt. Dabei wurden in der häuslichen Pflege 1,38 Millionen Pflegebedürftige ausschließlich durch Angehörige gepflegt und weitere 692.000 von Angehörigen in Kooperation mit ambulanten Pflegediensten. Somit wird knapp die Hälfte aller Pflegebedürftigen ohne die Inanspruchnahme professioneller Pflegedienstleister versorgt.

Abb. 7: Leistungsempfänger der Pflegeversicherung 2015 nach Leistungsart – Deutschland



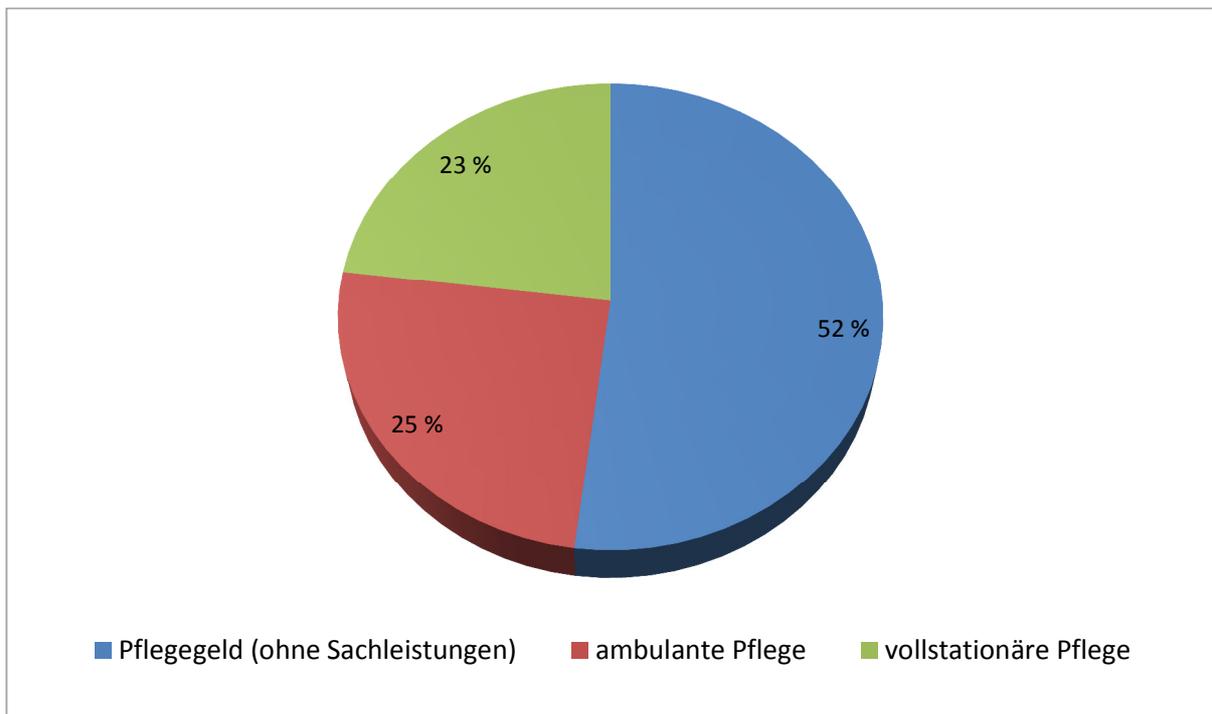
Quelle: Statistisches Bundesamt 2017

Dass die nach wie vor wichtigste Säule bei der Versorgung pflegebedürftiger Menschen die Angehörigenpflege ist, zeigt auch die Verteilung der in Anspruch genommenen Leistungsarten im Landkreis Gifhorn. Demnach war zum Ende des Jahres 2015 gut die Hälfte der Pflegebedürftigen (3.608 Personen) reine Pflegegeldempfänger – also Menschen, die ohne professionelle Unterstützung, in der Regel durch Angehörige, gepflegt wurden. Aber auch die professionellen Dienste und



Einrichtungen nehmen einen nennenswerten Raum ein. So wurde ein Viertel der Pflegebedürftigen (1.695 Personen) in der Häuslichkeit zusätzlich durch ambulante Pflegedienste versorgt und 23 % befanden sich in der vollstationären Dauer- oder Kurzzeitpflege (1.593 Personen). Daneben nahmen 226 dieser Pflegebedürftigen zusätzliche Leistungen der teilstationären Pflege in sogenannten Tagespflegen in Anspruch.

Abb. 8: Leistungsempfänger der Pflegeversicherung 2015 nach Leistungsart – LK Gifhorn



Quelle: eigene Darstellung nach LSN Pflegestatistik 2015

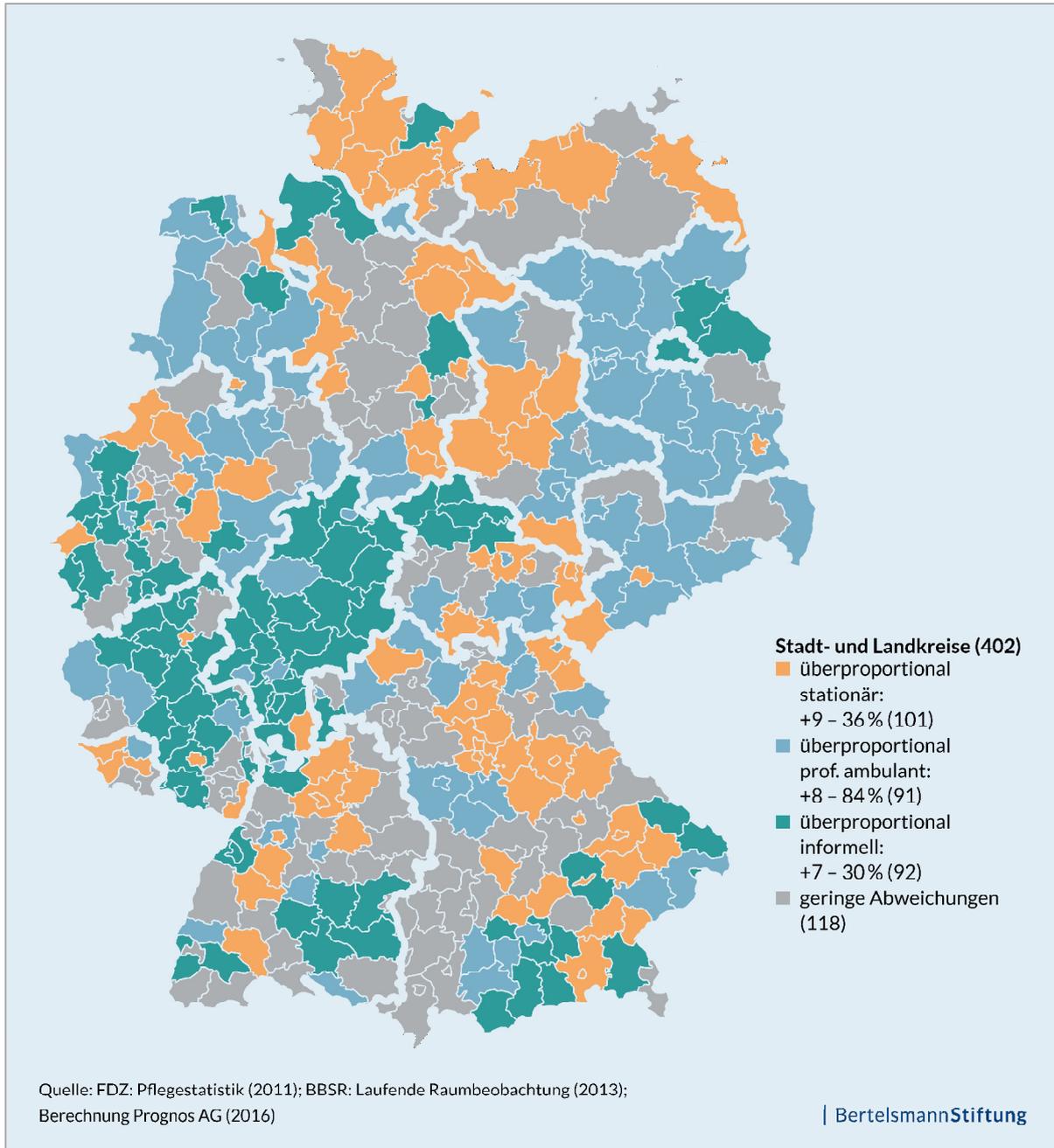
Damit ist das Potenzial der ausschließlichen Angehörigenpflege im Landkreis Gifhorn (noch) bemerkenswert hoch, denn sowohl im Durchschnitt des Landes Niedersachsen (46 %) als auch der Bundesrepublik (48 %) kam weniger als die Hälfte der Pflegebedürftigen ohne professionelle Dienste und Einrichtungen zurecht.

Auch eine Studie im Auftrag der Bertelsmann-Stiftung bescheinigt dem Landkreis Gifhorn einen im regionalen Vergleich hohen Grad an informeller Pflege im Verhältnis zur Pflege durch ambulante Pflegedienste und stationäre Pflegeeinrichtungen⁴.

⁴ vgl. Bertelsmann Stiftung 2016

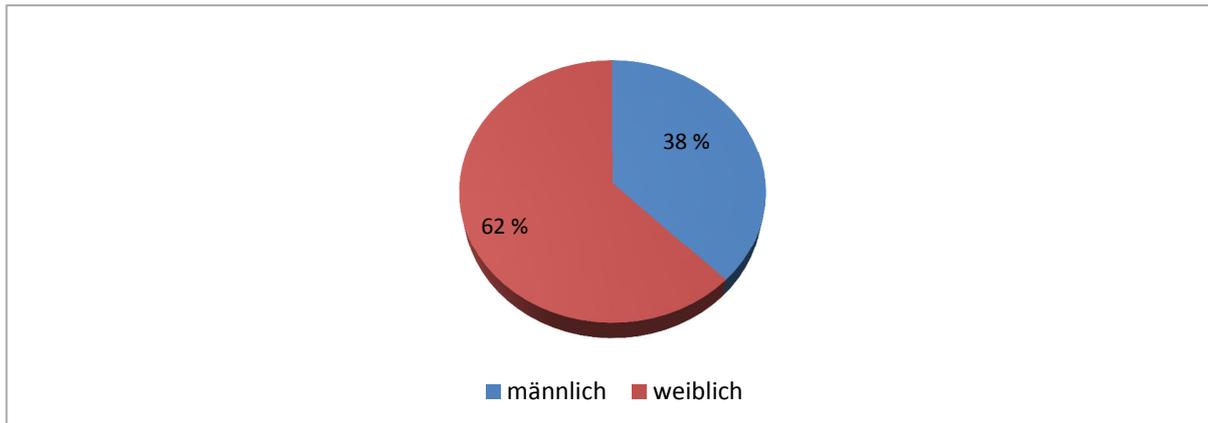


Abb. 9: Überproportional vertretene Pflegesettings – Deutschland



Insgesamt 6.896 Personen im Landkreis Gifhorn erhielten Ende 2015 Leistungen der gesetzlichen Pflegeversicherung. Davon waren 4.306 weiblich und 2.590 männlich, sodass somit knapp zwei Drittel der pflegebedürftigen Menschen Frauen sind.

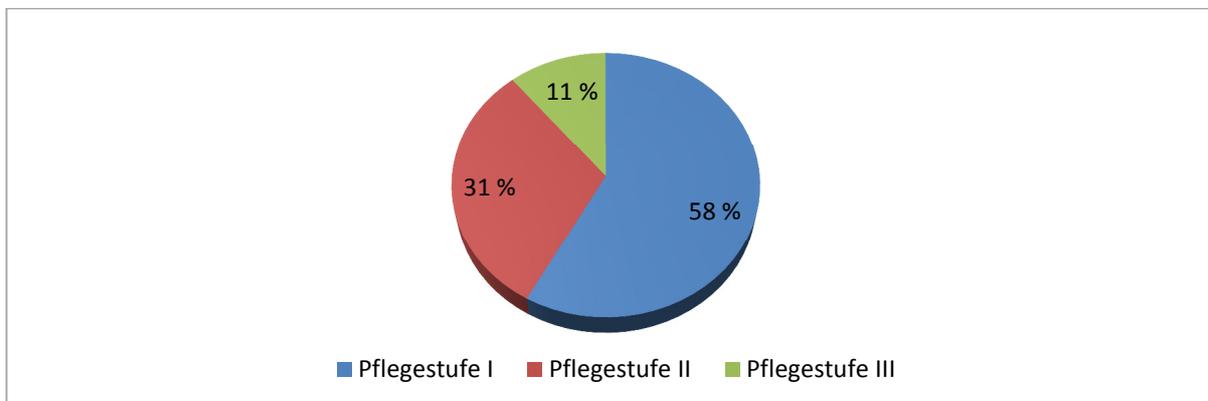
Abb. 10: Leistungsempfänger der Pflegeversicherung 2015 nach Geschlecht – LK Gifhorn



Quelle: eigene Darstellung nach LSN Pflegestatistik 2015

Bei der Betrachtung der unterschiedlichen Schweregrade der Pflegebedürftigkeit im Landkreis Gifhorn lässt sich feststellen, dass die Mehrheit der Empfänger von Leistungen der sozialen Pflegeversicherung in die Pflegestufe I (erhebliche Pflegebedürftigkeit) eingestuft war. Auf die Pflegestufe II (Schwerpflegebedürftigkeit) entfielen 31 % der Pflegebedürftigen und auf die Pflegestufe III (Schwerstpflegebedürftigkeit) noch 11 %. 8 Menschen im stationären Kontext waren zum Zeitpunkt der Erhebung noch nicht eingestuft.

Abb. 11: Leistungsempfänger der Pflegeversicherung 2015 nach Pflegestufen – LK Gifhorn



Quelle: eigene Darstellung nach LSN Pflegestatistik 2015

Im Folgenden werden die Pflegebedürftigen in den jeweiligen Leistungsarten differenziert nach Alter, Geschlecht und Pflegestufe betrachtet. Dabei ist von besonderem Interesse, in welchen Altersklassen bestimmte Pflegedienstleistungen nachgefragt werden und wie die Verteilung der Schweregrade der Pflegebedürftigkeit unter den Leistungsarten ausfällt. Zudem können im ambulanten und (teil-)stationären Bereich Aussagen zum Umfang der erheblich eingeschränkten Alltagskompetenz getroffen werden.

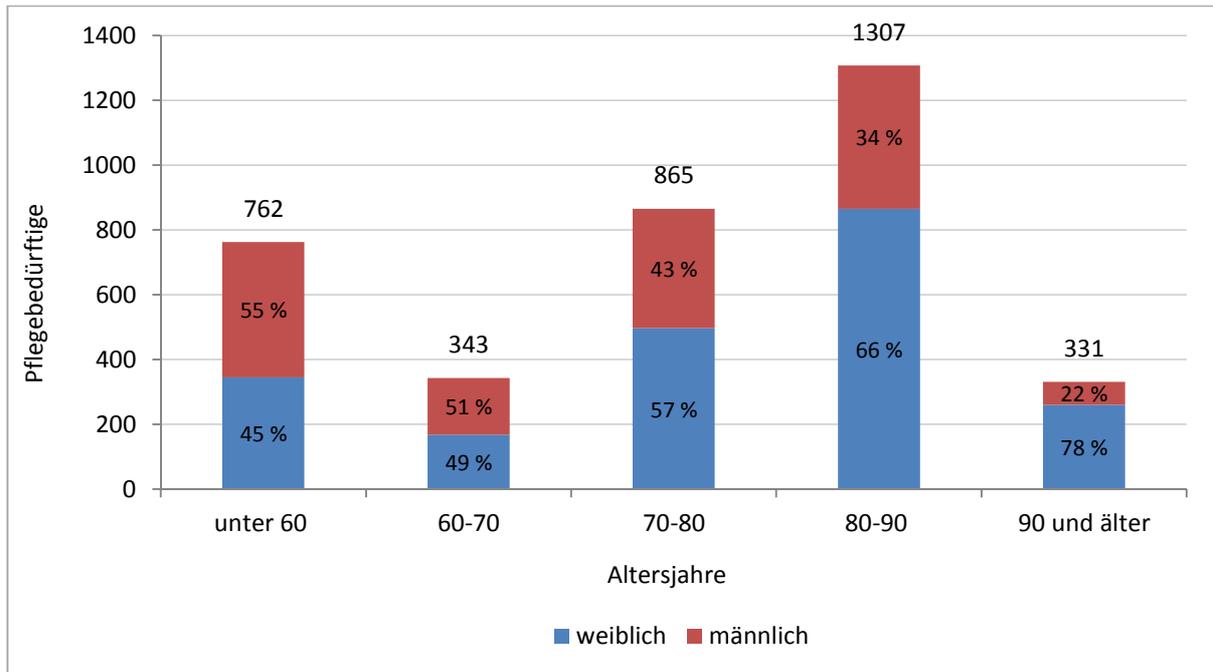
Im Bereich der häuslichen Pflege, die ohne die Erbringung von Sachleistungen durch ambulante Pflegedienste geleistet wird, sind die Anzahl und der Anteil der reinen Pflegegeldempfänger, die jünger als 60 Jahre sind, relativ hoch (762 Personen bzw. 21 % von insgesamt 3.608 Personen). Die meisten Pflegebedürftigen sind in der Altersklasse zwischen 80 und 90 Jahren zu finden (1.307



Personen). Insgesamt steigt die Zahl der Pflegebedürftigen mit zunehmendem Alter an, fällt bei den über 90-Jährigen aber wieder zurück.

Je jünger die Pflegebedürftigen unter den reinen Pflegegeldempfängern sind, desto höher ist der Anteil der Männer. Bei den unter 70-Jährigen stellen die männlichen Pflegebedürftigen die Mehrheit, während sie bei den über 90-Jährigen nur noch ein gutes Fünftel ausmachen.

Abb. 12: Pflegegeldempfänger ohne Sachleistungen 2015 nach Alter und Geschlecht – LK Gifhorn



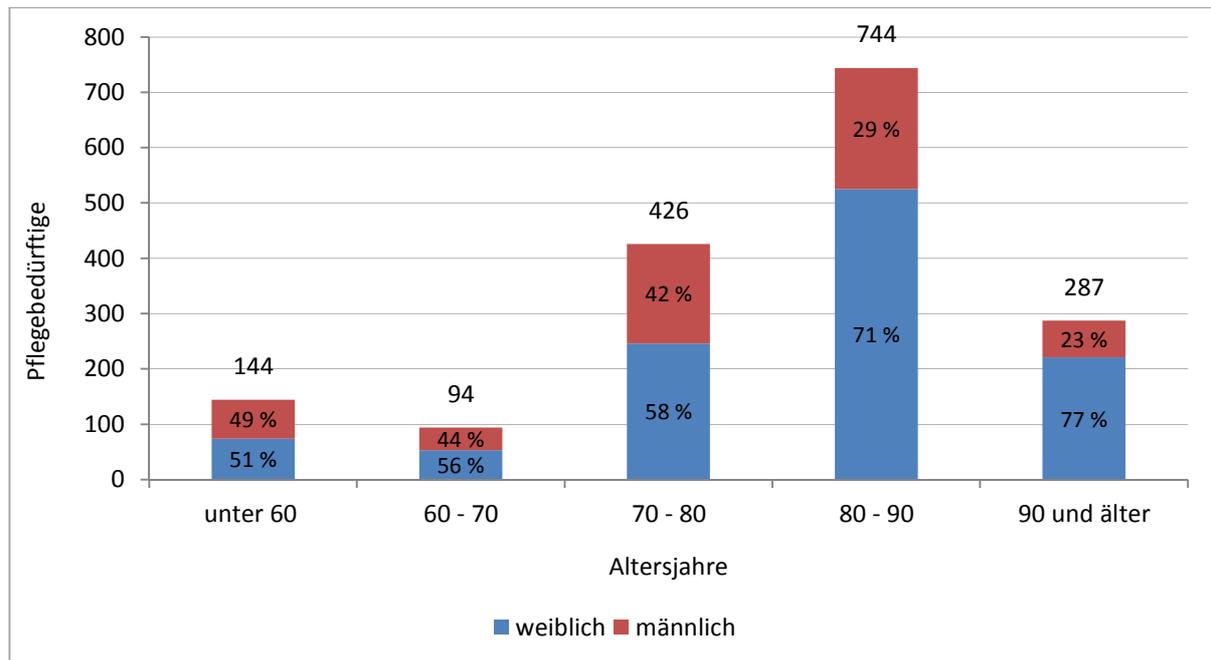
Quelle: eigene Darstellung nach LSN Pflegestatistik 2015

In der ambulanten Pflege finden sich im Gegensatz zur Gruppe der reinen Pflegegeldempfänger relativ wenige Pflegebedürftige, die jünger als 60 Jahre sind (144 Personen bzw. 9 % von insgesamt 1.695 Personen). Auch in dieser Leistungsart steigt die Zahl der pflegebedürftigen Menschen mit zunehmendem Alter, um in den ältesten Jahrgängen wieder abzufallen. Die mit Abstand meisten Pflegebedürftigen sind in der Gruppe der 80- bis 90-Jährigen auszumachen (744 Personen).

Ähnlich wie bei den Menschen, die ausschließlich durch Angehörige gepflegt werden, nimmt der Anteil der weiblichen Pflegebedürftigen im Alter zu. Auch hier sind unter den über 90-Jährigen bereits mehr als drei Viertel Frauen.



Abb. 13: Pflegebedürftige in ambulanter Pflege 2015 nach Alter und Geschlecht – LK Gifhorn



Quelle: eigene Darstellung nach LSN Pflegestatistik 2015

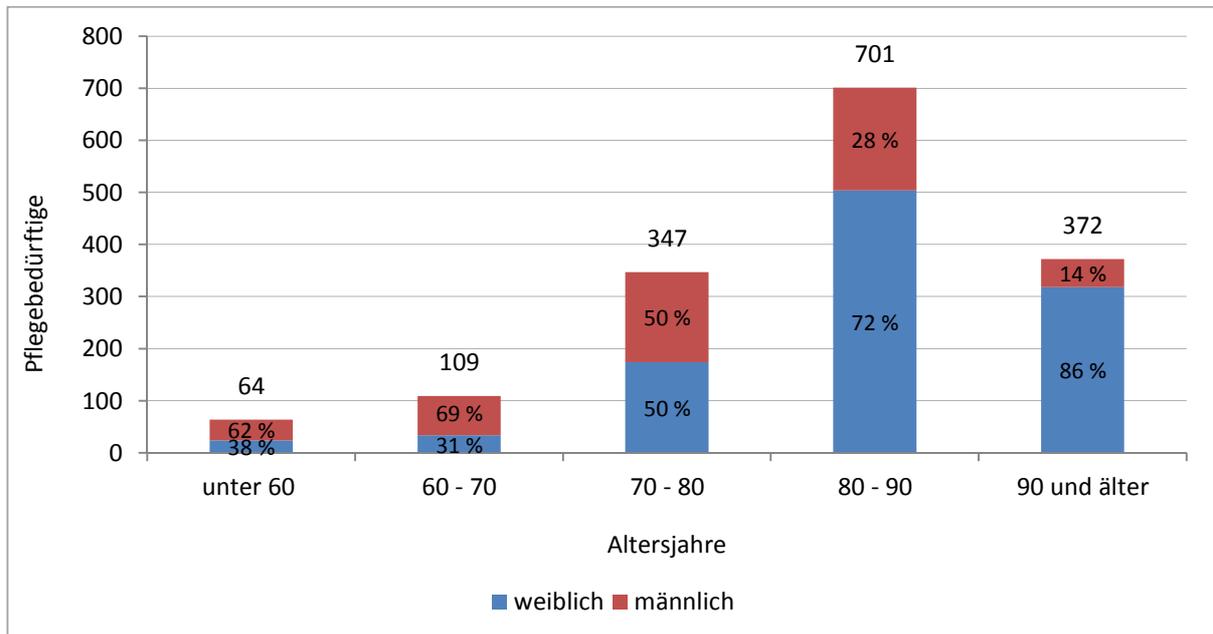
Von den insgesamt 1.695 pflegebedürftigen Menschen, die sich in ambulanter Versorgung befanden, wurde 425 Personen (25 %) eine erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz attestiert. Diese Einschränkungen resultieren zum überwiegenden Teil aus kognitiven Beeinträchtigungen, die infolge einer demenziellen Erkrankung entstehen.

Betrachtet man die Alters- und Geschlechterstrukturen in den Pflegeheimen, ist zu erkennen, dass ein Umzug in eine stationäre Pflegeeinrichtung im Regelfall erst im hohen Alter vollzogen wird. 67 % der Pflegebedürftigen in den Pflegeheimen waren zum Stichtag 80 Jahre und älter. Dagegen machen jüngere Pflegebedürftige unter 60 Jahren im Vergleich mit der häuslichen und ambulanten Pflege nur einen relativ geringen Anteil aus (4 %).

Die Betrachtung der geschlechtlichen Differenzierung zeigt, dass zwei Drittel der Bewohner in stationären Pflegeeinrichtungen weiblich sind (66 %). Während in den unteren Altersklassen die Männer noch überwiegen, sind in der Altersklasse der ab 80-Jährigen schon gut drei Viertel Frauen (77 %).



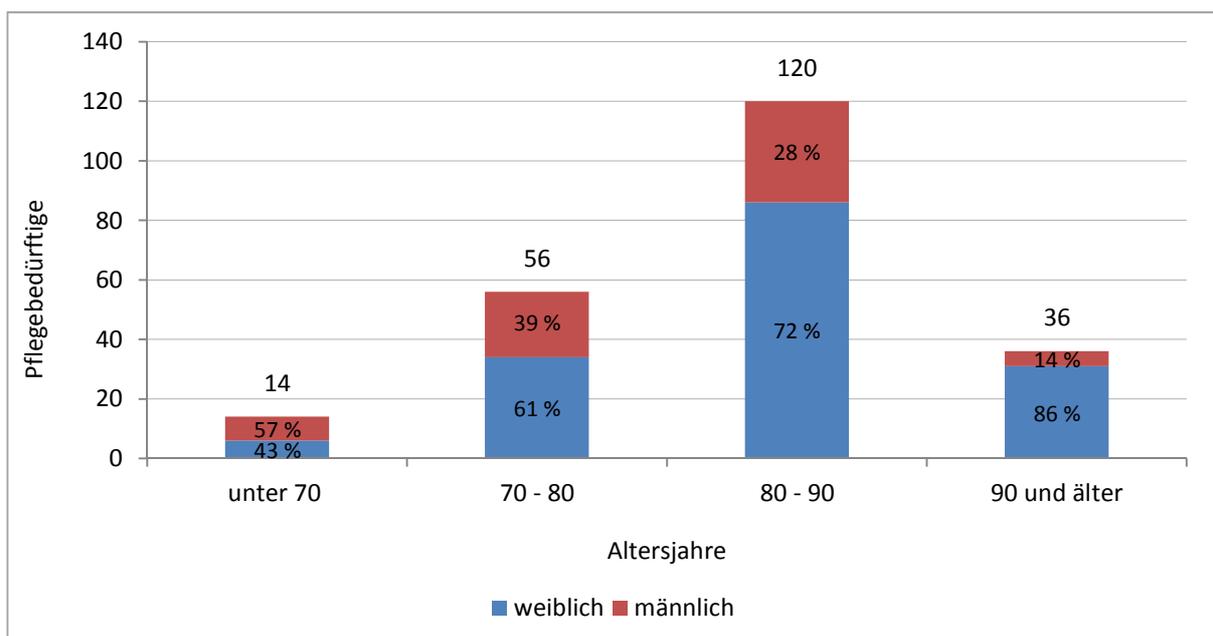
Abb. 14: Pflegebedürftige in vollstationärer Dauerpflege 2015 nach Alter und Geschlecht – LK Gifhorn



Quelle: eigene Darstellung nach LSN Pflegestatistik 2015

Die 226 pflegebedürftigen Menschen, die zusätzlich zu Pflegegeld oder Sachleistungen Angebote der teilstationären Pflege wahrnahmen, zeigen ähnliche Alters- und Geschlechterstrukturen wie die Pflegebedürftigen in den anderen Versorgungsformen. Auch in den Tagespflegen ist die Quantität der 80 bis 90-Jährigen am größten und die Zahlen steigen mit zunehmendem Alter, um bei den über 90-Jährigen wieder zurückzugehen. Der Anteil der Frauen liegt insgesamt bei 69 %, wobei dieser in den höheren Altersklassen stark zunimmt.

Abb. 15: Pflegebedürftige in teilstationärer Pflege 2015 nach Alter und Geschlecht – LK Gifhorn



Quelle: eigene Darstellung nach LSN Pflegestatistik 2015



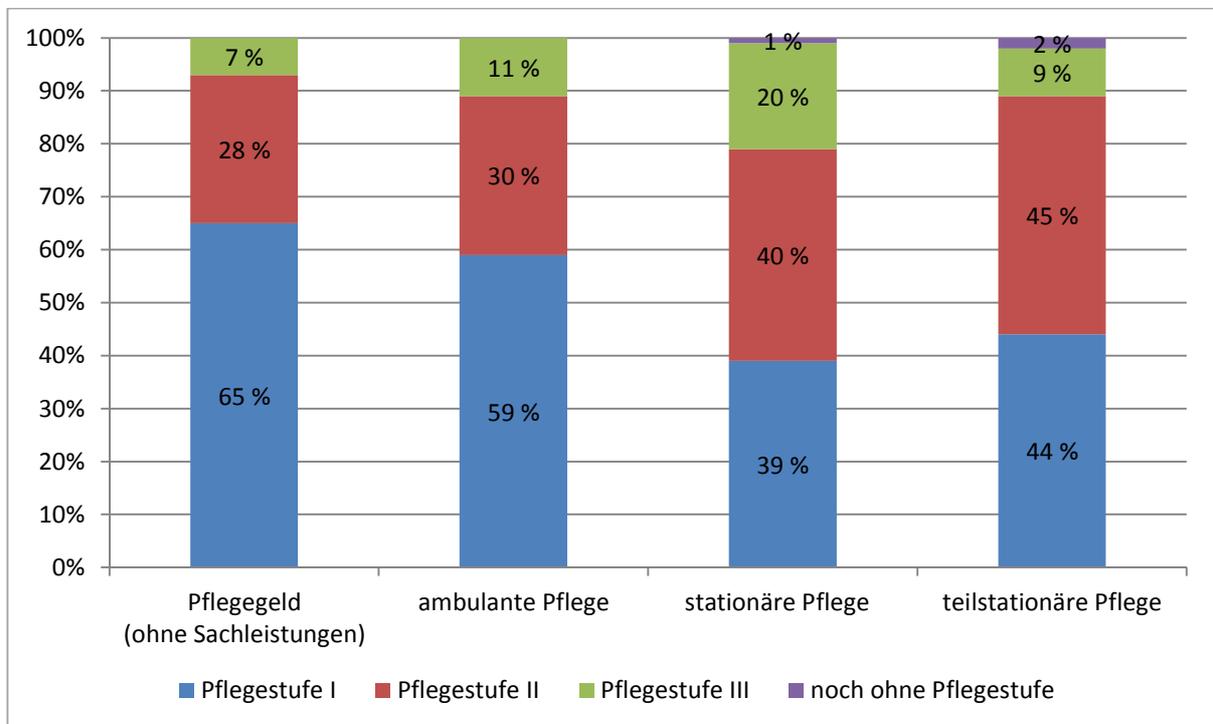
Eine erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz bekamen von den pflegebedürftigen Menschen in voll- und teilstationären Versorgungsformen insgesamt 72 % zugesprochen. Damit ist hier im Vergleich zu ambulanten Pflegesettings der Anteil der kognitiv stark eingeschränkten Pflegebedürftigen fast dreimal so hoch.

Leider sind Aussagen zum Umfang der (erheblich) eingeschränkten Alltagskompetenz bei den reinen Pflegegeldempfängern aufgrund fehlender Daten bisher nicht möglich.

58 % der Leistungsempfänger der sozialen Pflegeversicherung waren zum Erhebungsstichtag in die Pflegestufe I eingestuft. Betrachtet man nun die Verteilung der einzelnen Pflegestufen in den verschiedenen Leistungsarten, ist zu erkennen, dass unter den reinen Pflegegeldempfängern der Anteil der Pflegestufe I mit 65 % am höchsten ausfällt, während diese leichteste Form der Pflegebedürftigkeit in den stationären Pflegeeinrichtungen nur ein gutes Drittel ausmacht. Dem gegenüber nehmen die Pflegebedürftigen mit den Pflegestufen II und III in der stationären Pflege einen weitaus größeren Teil ein – zusammen 60 % – als in der ambulanten Pflege (41 %) oder der ausschließlichen Angehörigenpflege (35 %).

Unter den Gästen der Tagespflegen kommen die Pflegestufen II und III zusammen zwar auf 54 %, wobei der Anteil der Schwerstpflegebedürftigen mit 9 % jedoch relativ gering ist. Somit bleibt festzuhalten, dass mit der Verschlechterung der Situation und der Zunahme der Pflegebedürftigkeit die Unterbringung in einer stationären Einrichtung wahrscheinlicher wird.

Abb. 16: Pflegebedürftige 2015 nach Leistungsart und Pflegestufe – LK Gifhorn

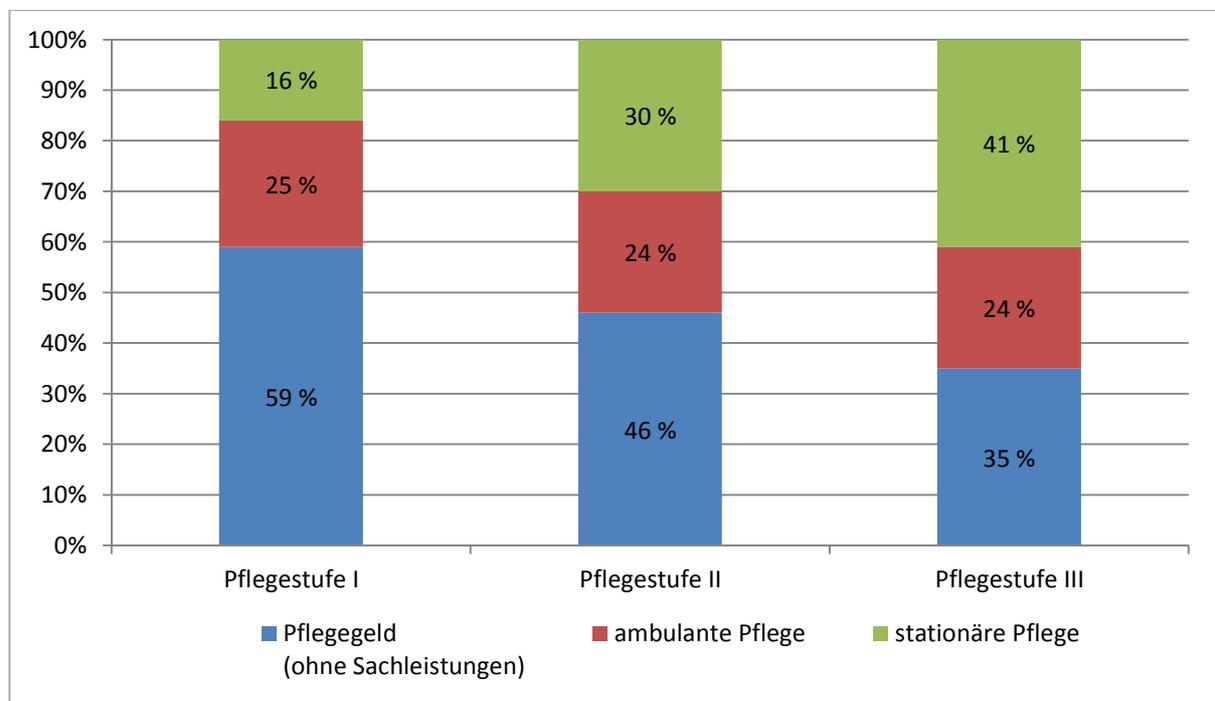


Quelle: eigene Darstellung nach LSN Pflegestatistik 2015



Obwohl die Wahrscheinlichkeit des Übertritts in eine stationäre Pflegeeinrichtung mit voranschreitender Pflegebedürftigkeit zunimmt, wird die Mehrheit der schwerstpflegebedürftigen Menschen mit der Pflegestufe III nicht stationär gepflegt, sondern in der häuslichen Umgebung. Das zeigt die Aufstellung der einzelnen Pflegestufen im Verhältnis zu den verschiedenen Leistungsarten. Demnach entfielen unter den Pflegebedürftigen der Stufe III 41 % auf die stationären Einrichtungen, während der Rest der Schwerstpflegebedürftigen nicht stationär versorgt wurde. In den anderen Pflegestufen waren die Anteile der stationär versorgten Menschen noch geringer. Auch dies ist ein Hinweis darauf, dass pflegende Angehörige oft trotz zu erbringender intensiver Pflegetätigkeiten die Pflege selbst übernehmen bzw. eine ambulante Versorgung organisieren. Allerdings stoßen mit zunehmender Pflegebedürftigkeit die häuslichen Versorgungsmöglichkeiten auch an gewisse Grenzen, sodass die Notwendigkeit einer vollstationären Pflege dringender wird.

Abb. 17: Pflegebedürftige 2015 nach Pflegestufe und Leistungsart – LK Gifhorn



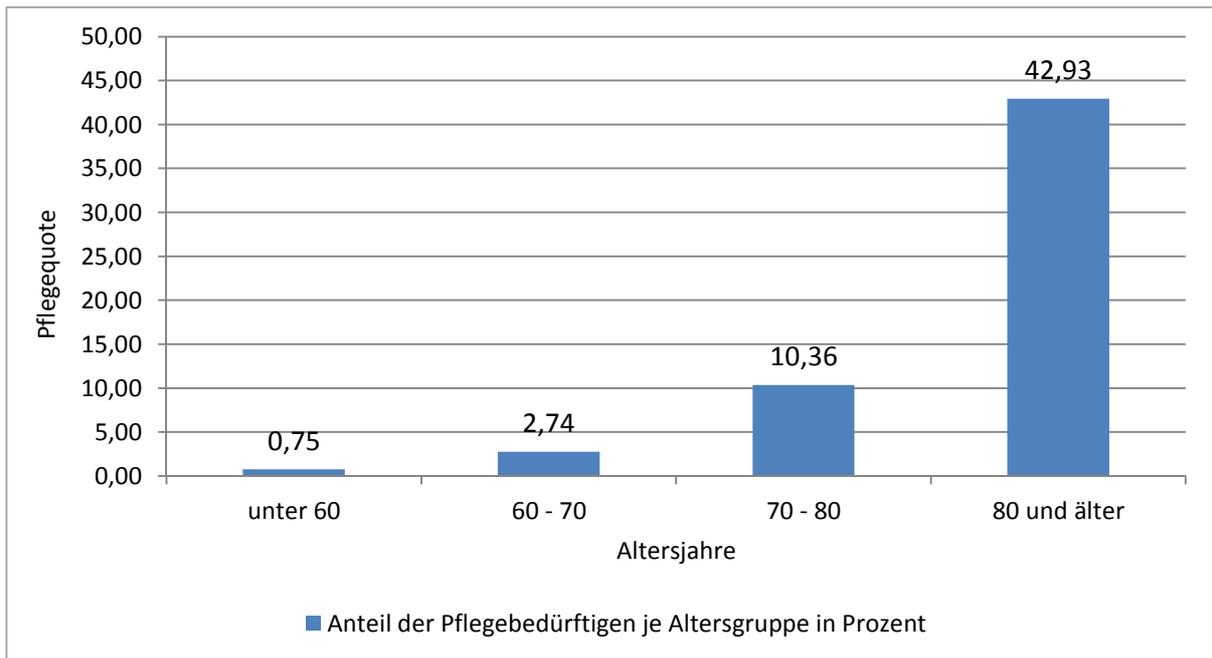
Quelle: eigene Darstellung nach LSN Pflegestatistik 2015

Um sich den bisher in der Pflegestatistik nicht enthaltenen kleinräumigen Angaben zur Verteilung der Pflegebedürftigen im Landkreis Gifhorn zu nähern, können die altersbedingten Pflegequoten für den gesamten Landkreis auf die jeweilige Bevölkerung der kreisangehörigen Gebietseinheiten heruntergebrochen werden.

Die Pflegequote gibt dabei den Anteil der Pflegebedürftigen an der Gesamtheit z. B. einer bestimmten Altersgruppe an. Mit zunehmendem Alter steigt demnach der Anteil der Menschen, die von Pflegebedürftigkeit betroffen sind, signifikant an. So waren in der Gruppe der unter 60-Jährigen nur 0,75 % pflegebedürftig, während bei den über 80-Jährigen die Pflegequote bereits bei 42,93 % lag.



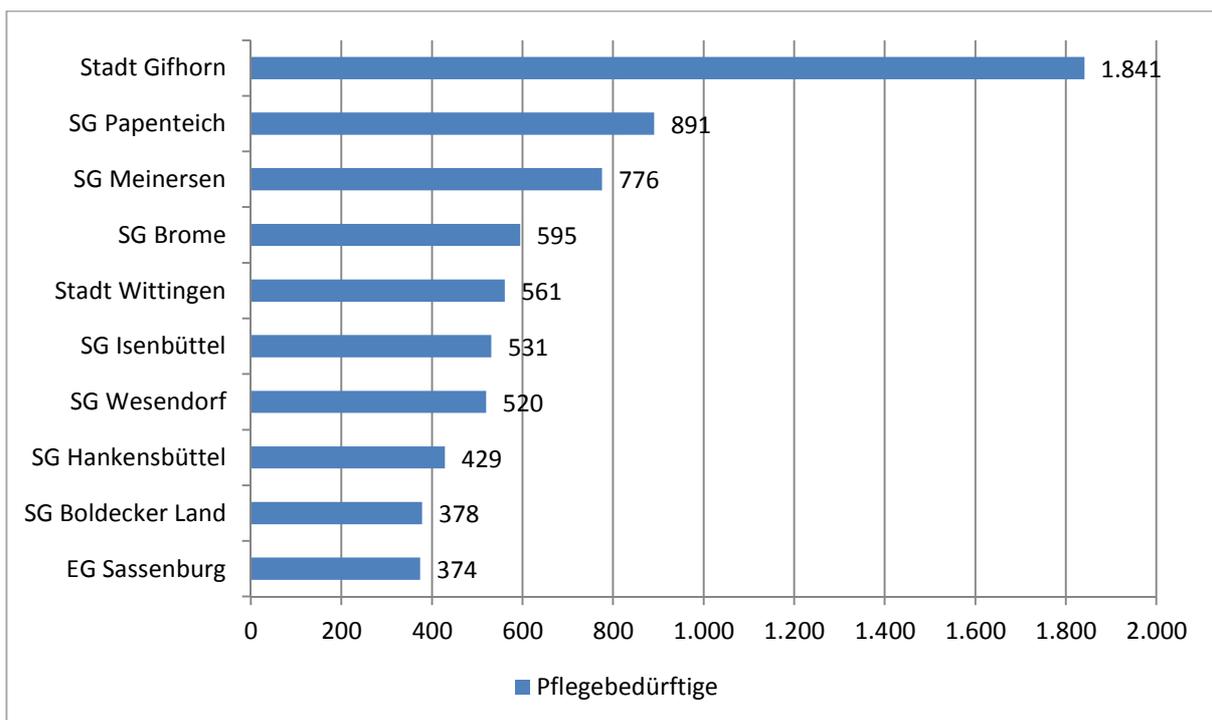
Abb. 18: Pflegequoten 2015 nach Alter – LK Gifhorn



Quelle: eigene Darstellung nach LSN Bevölkerungsfortschreibung und Pflegestatistik 2015

Werden die landkreisweiten Pflegequoten nach bestimmten Altersgruppen auf die kreisangehörigen Gebietseinheiten bezogen, ergibt sich folgendes Bild bei der kleinräumigen Verteilung der Pflegebedürftigen. In den Städten und (Samt-)Gemeinden mit einer hohen Anzahl älterer Bürger leben demnach mehr pflegebedürftige Menschen als in den bevölkerungsschwächeren Gebietseinheiten.

Abb. 19: Hochrechnung der Anzahl Pflegebedürftiger 2015 – Gebietseinheiten



Quelle: eigene Darstellung nach LSN Bevölkerungsfortschreibung und Pflegestatistik 2015

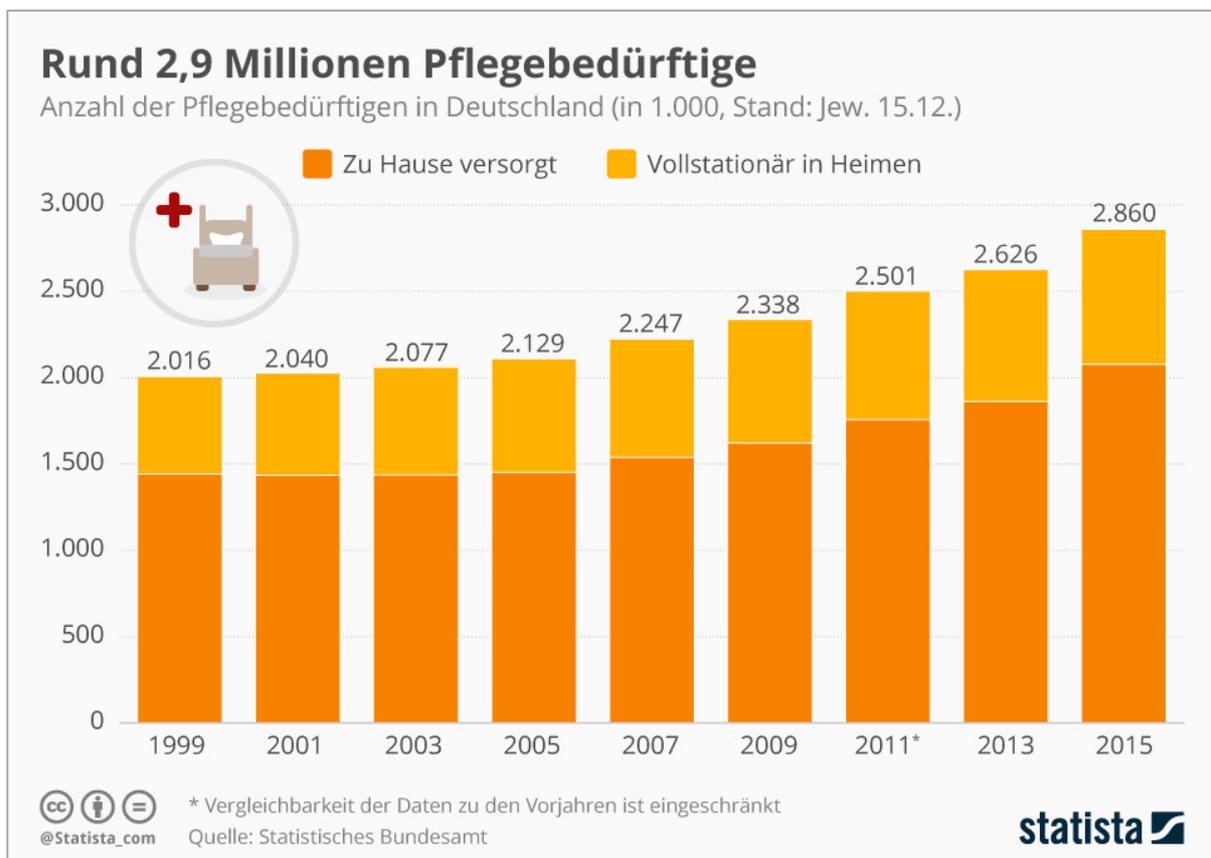


Eine kleinräumige Darstellung der verschiedenen Leistungsarten Angehörigenpflege, ambulante und (teil-)stationäre Versorgung ist leider nicht möglich. Vermutet wird, dass dort, wo stationäre Pflegeeinrichtungen verortet sind, der Anteil der stationär untergebrachten Pflegebedürftigen höher ausfällt, als in Gebietseinheiten ohne Pflegeheim. Auch das lokale Potenzial der Pflege durch Angehörige kann in den jeweiligen Städten und (Samt-)Gemeinden durchaus unterschiedlich sein.

5.2. Entwicklung

Die Zahl der pflegebedürftigen Menschen in Deutschland hat sich seit Einführung der Pflegeversicherung stark erhöht. So ist von 1999 bis 2015 eine Zunahme von rund 2.016.000 auf 2.860.000 Pflegebedürftige zu verzeichnen, was einem Anstieg um 42 % entspricht. Wie schon gezeigt, wird dabei die überwiegende Mehrheit der Betroffenen in der eigenen Häuslichkeit gepflegt. Hauptursache für diese Entwicklung ist der demografische Wandel, welcher mit einer starken Zunahme älterer Menschen einhergeht.

Abb. 20: Entwicklung der Anzahl Pflegebedürftiger 1999-2015 – Deutschland

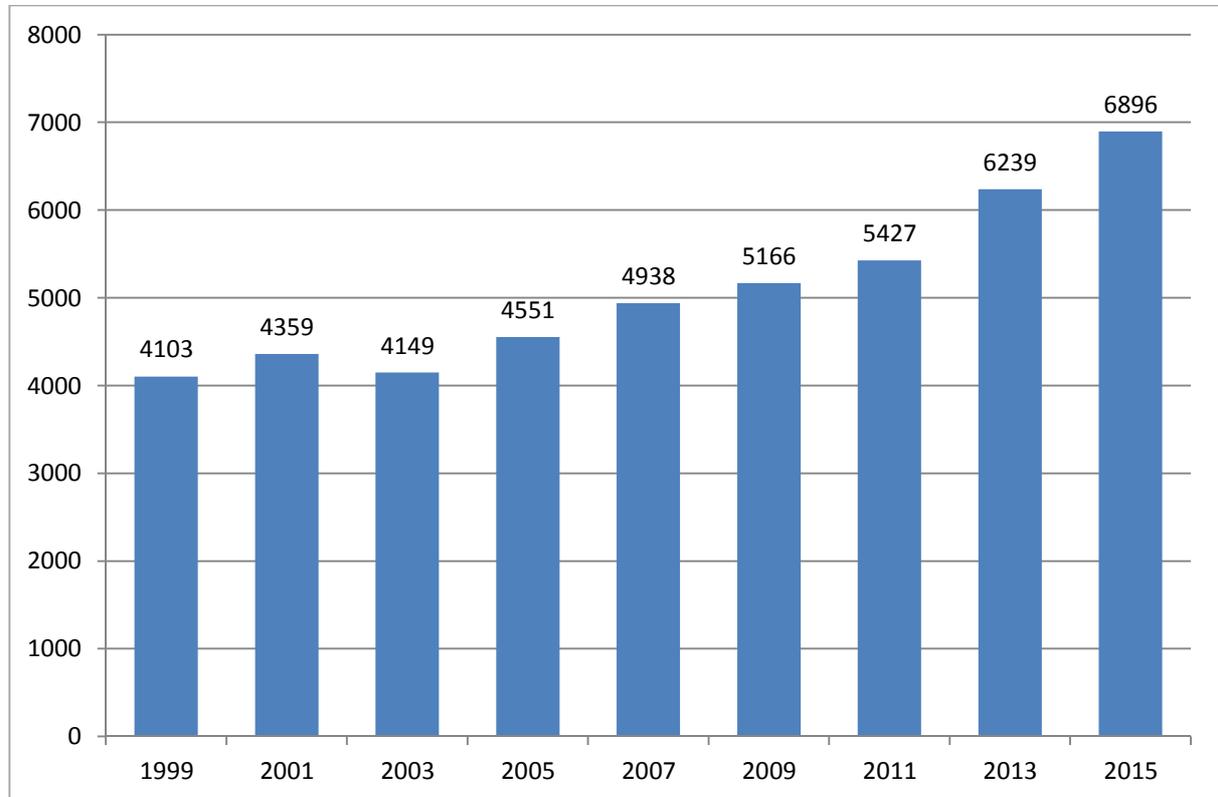


Auch im Landkreis Gifhorn ist analog zum gesamten Bundesgebiet mit der Zunahme der Anzahl älterer Menschen in den letzten Jahren eine Erhöhung der Zahl Pflegebedürftiger verbunden. Trotz eines zwischenzeitlich leichten Rückganges im Jahr 2003 hat die Zahl pflegebedürftiger Menschen im Landkreis Gifhorn seit 1999 um etwa 68 % zugenommen, mit stärkeren Anstiegen in der jün-



geren Vergangenheit. So erhielten Ende 2015 etwa 6.900 Menschen Leistungen der gesetzlichen Pflegeversicherung.

Abb. 21: Entwicklung der Anzahl Pflegebedürftiger 1999-2015 – LK Gifhorn



Quelle: eigene Darstellung nach LSN Pflegestatistik 1999-2015

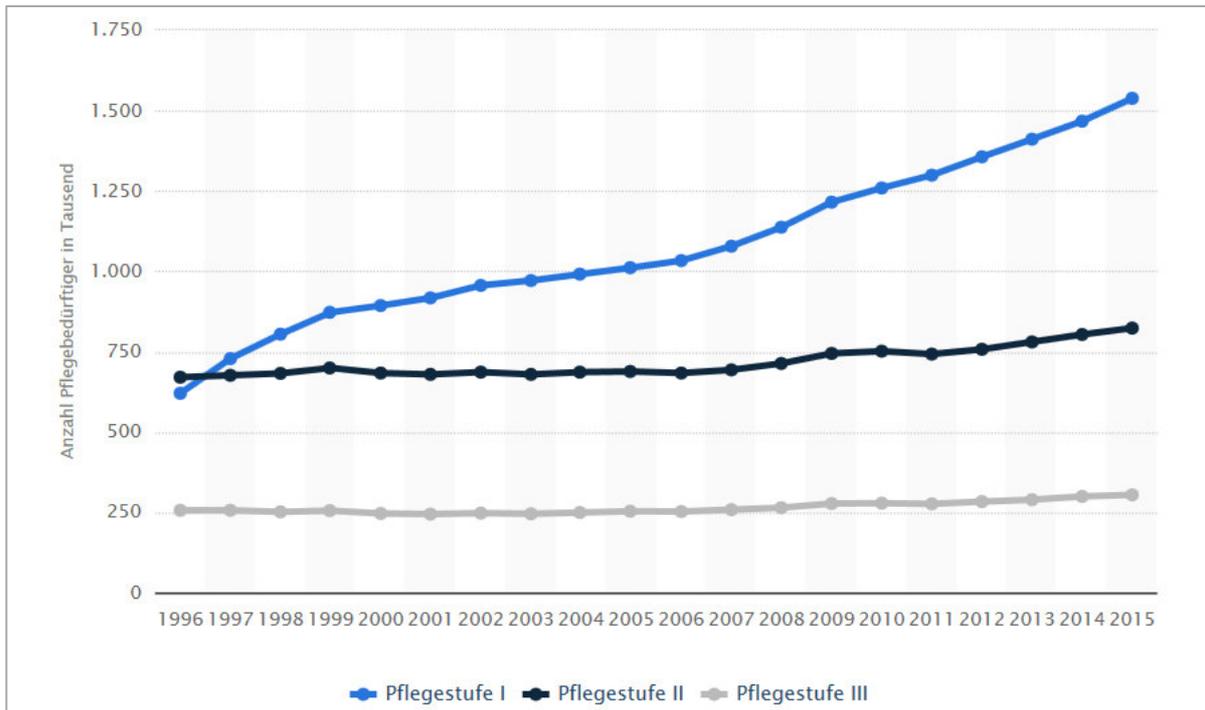
Insbesondere in der Pflegestufe I sind dabei große Zuwächse zu beobachten, während die Steigerungen in den Pflegestufen II und III geringer ausfallen. Ausschlaggebend für die starke Steigerung der Anzahl Pflegebedürftiger in Pflegestufe I ist die demografisch bedingte Zunahme bestimmter Alterskohorten, in denen die Prävalenzraten⁵ für Pflegebedürftigkeit entsprechend hoch sind. Begründet werden kann die aufgezeigte Entwicklung teilweise aber auch damit, dass gesetzliche Neuregelungen insbesondere Leistungsverbesserungen für die sogenannte Pflegestufe 0 mit sich brachten, viele Antragsteller jedoch die Voraussetzungen der Pflegestufe I erfüllten⁶.

⁵ Die Prävalenzrate bezeichnet den Anteil einer definierten Bevölkerungsgruppe, der unter einer bestimmten Krankheit leidet.

⁶ vgl. Barmer GEK 2016



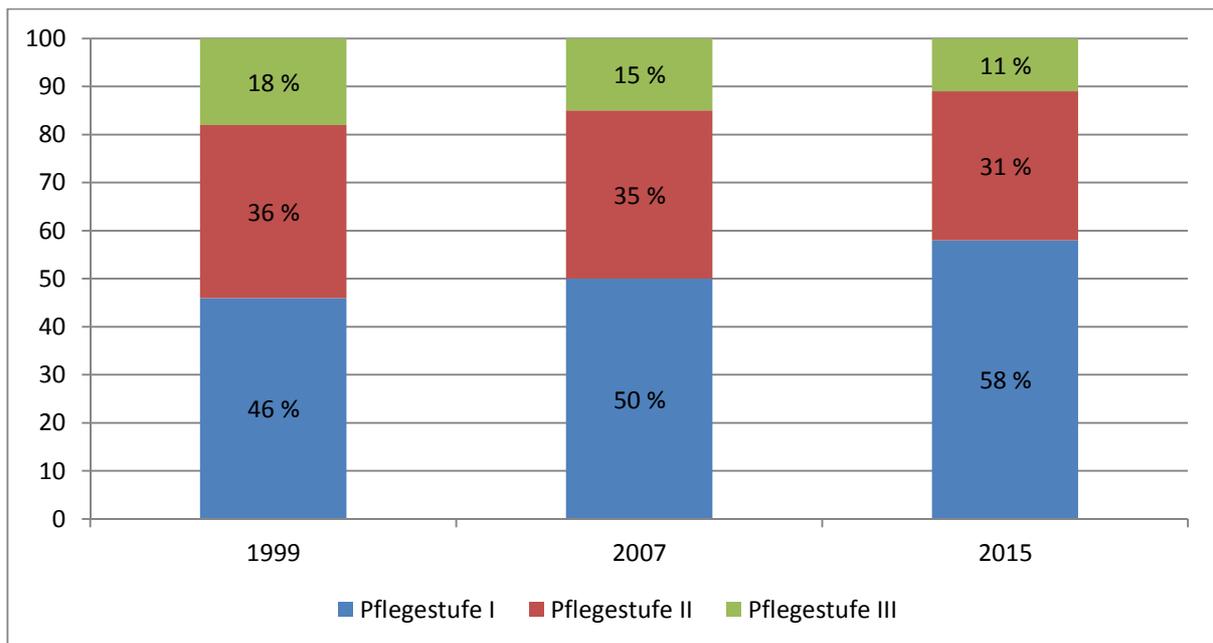
Abb. 22: Entwicklung der Pflegebedürftigen nach Pflegestufen – Deutschland



Quelle: Statista GmbH

In der zeitlichen Entwicklung ist der Anteil der Pflegestufe I auch im Landkreis Gifhorn kontinuierlich gestiegen, während die anderen Pflegestufen relativ abgenommen haben. Damit ist analog zum Bundestrend festzustellen, dass eine Vielzahl der neu eingestuften Pflegebedürftigen Leistungen gemäß der Pflegestufe I erhielten bzw. Höherstufungen seltener stattfanden als Neueinstufungen.

Abb. 23: Entwicklung der Anteile der Pflegestufen 1999-2015 – LK Gifhorn

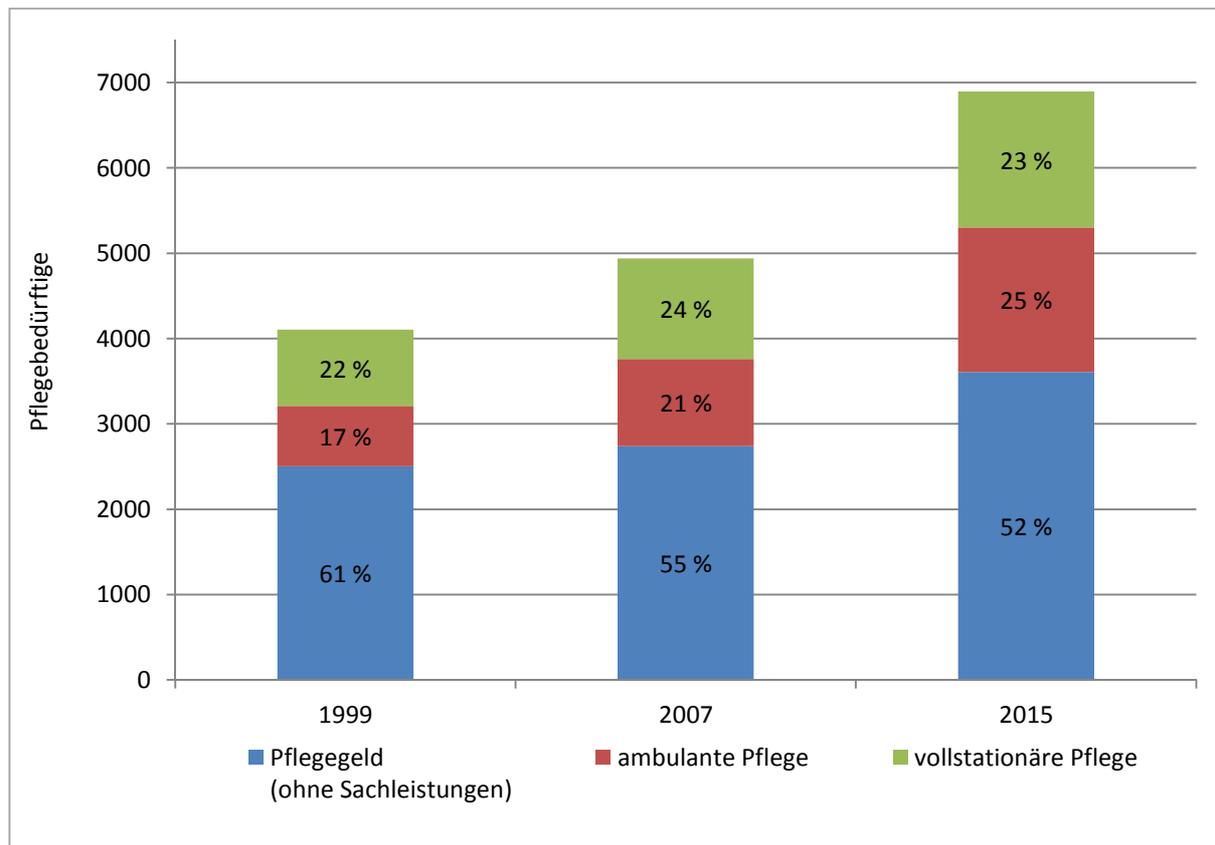


Quelle: eigene Darstellung nach LSN Pflegestatistik 1999, 2007, 2015



Die in den letzten Jahren zu verzeichnende Entwicklung des Verhältnisses der verschiedenen Versorgungsarten, wonach das reine Pflegegeld tendenziell an Bedeutung verliert, setzt sich unverändert fort. Machte die häusliche Pflege ohne zusätzliche Pflegesachleistungen 1999 noch 61 % in der Versorgung aus, waren es 2015 nur noch 52 %. Im Gegensatz dazu kam es zu einem prozentualen Anstieg professioneller Pflegearrangements. Die ambulante Pflege konnte dabei im genannten Zeitraum ihren Anteil von 17 auf 25 % steigern und die vollstationäre Pflege von 22 auf 23 %. Sollte auch zukünftig das Potenzial der Angehörigenpflege weiter sinken, was angesichts der prognostizierten Bevölkerungsentwicklung und des sozio-demografischen Wandels sehr wahrscheinlich ist, wird die Notwendigkeit alternativer Versorgungsoptionen und damit die Einrichtung neuer professioneller Pflegeangebote weiter zunehmen müssen. Da die personellen Ressourcen der professionellen Pflegeanbieter jedoch begrenzt sind und sich der Ausbau sehr schwierig gestaltet, sollten verstärkte Anstrengungen zur Beibehaltung bzw. der Erhöhung des Anteils der Angehörigenpflege eingeleitet werden.

Abb. 24: Entwicklung der Leistungsarten 1999-2015 – LK Gifhorn



Quelle: eigene Darstellung nach LSN Pflegestatistik 1999, 2007, 2015

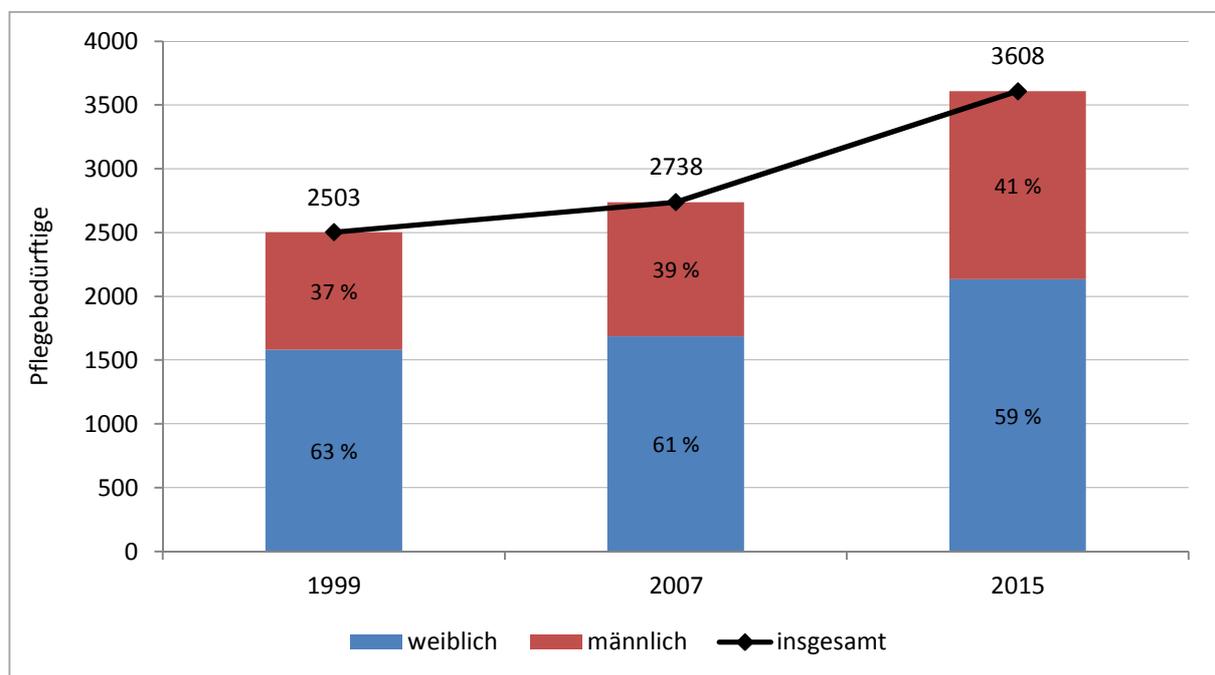
Wie sich die Zahlen der Pflegebedürftigen in den verschiedenen Versorgungsformen entwickelt haben, wird nachfolgend aufgezeigt. Die Betrachtung der Anzahl der Menschen in der Angehörigen-, der ambulanten, stationären sowie teilstationären Pflege geschieht dabei unter Berücksichtigung der Geschlechter.



Die Anzahl der in der Häuslichkeit betreuten Pflegebedürftigen, die ohne die Inanspruchnahme von Sachleistungen versorgt werden, ist gerade in den letzten Jahren gestiegen. Während zwischen 1999 und 2007 ein leichter Anstieg festzustellen ist, kann im Zeitraum von 2007 bis 2015 eine hohe Zunahme beobachtet werden. Insgesamt ist die Anzahl der reinen Pflegegeldempfänger im gesamten Zeitraum um 44 % gewachsen.

Der Anteil der männlichen Pflegebedürftigen ist leicht gestiegen. Waren 1999 noch 37 % der von Angehörigen gepflegten Menschen Männer, hat sich dieser Wert bis zum Jahr 2015 auf 41 % erhöht.

Abb. 25: Entwicklung der Pflegegeldempfänger (ohne Sachleistungen)
1999-2015 – LK Gifhorn



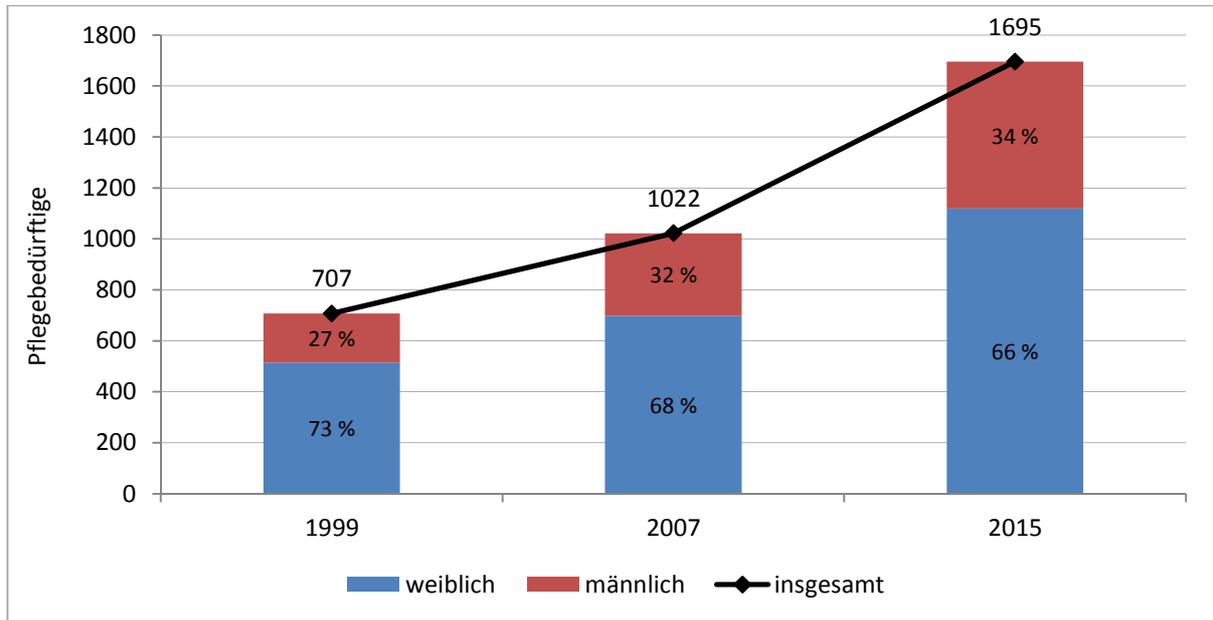
Quelle: eigene Darstellung nach LSN Pflegestatistik 1999, 2007, 2015

Im zugrunde liegenden Zeitraum hat sich die Anzahl der pflegebedürftigen Menschen, die durch ambulante Pflegeleistungen unterstützt wurden, im Landkreis Gifhorn weit mehr als verdoppelt. Befanden sich 1999 noch 707 Pflegebedürftige in ambulanter Pflege, waren es 2015 schon 1.695.

Dabei ist der Anteil der männlichen Pflegebedürftigen anhaltend gewachsen und betrug 2015 schon 34 %.



Abb. 26: Entwicklung der Pflegebedürftigen in ambulanter Pflege 1999-2015 – LK Gifhorn

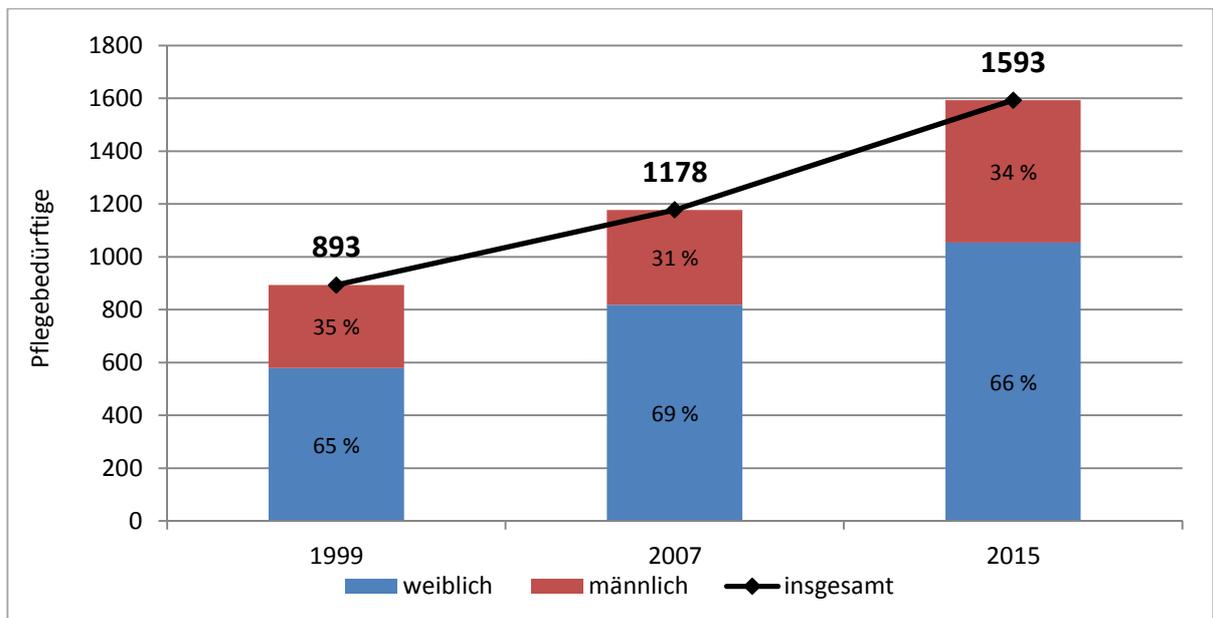


Quelle: eigene Darstellung nach LSN Pflegestatistik 1999, 2007, 2015

In der stationären Pflege kam es im betrachteten Zeitraum ebenfalls zu Steigerungen bei der Anzahl zu versorgender Pflegebedürftiger. Allerdings fiel der Anstieg nicht so immens aus wie in der ambulanten Pflege. Mit einer Steigerung von 78 % von 1999 bis 2015 hat aber auch die Bedeutung der stationären Pflege stark zugenommen.

Der Anteil der männlichen Bewohner in stationären Einrichtungen hat sich nicht signifikant verändert. Während 1999 35 % der Bewohner Männer waren, stellten sie 2015 einen Anteil von 34 %.

Abb. 27: Entwicklung der Pflegebedürftigen in stationären Pflegeeinrichtungen 1999-2015 – LK Gifhorn



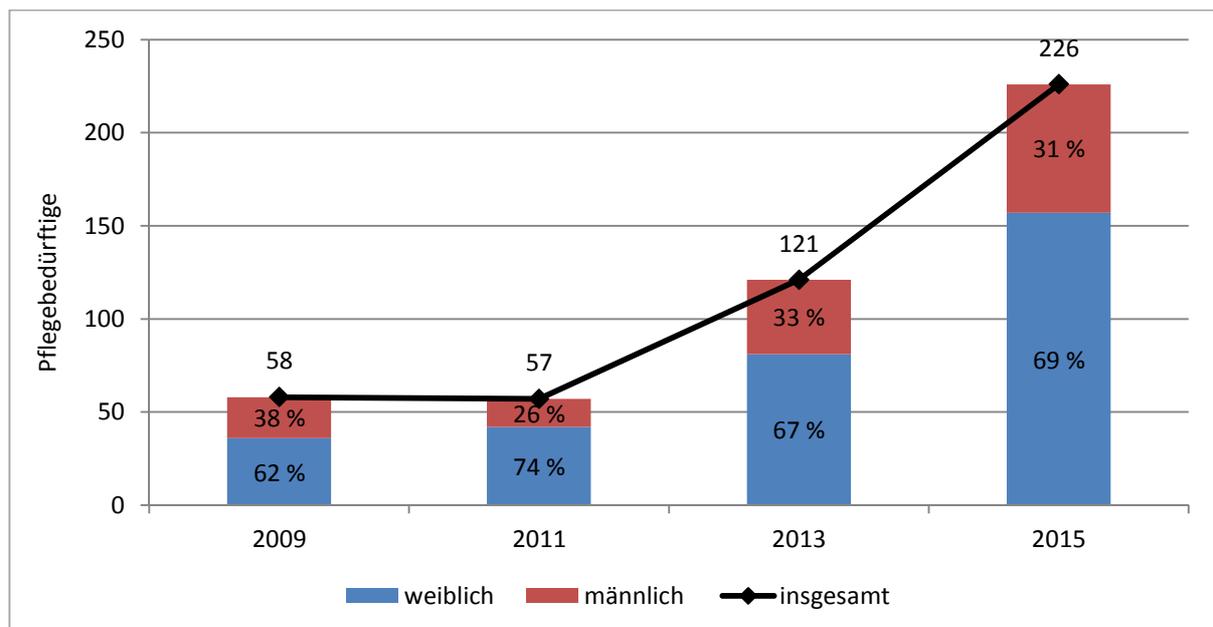
Quelle: eigene Darstellung nach LSN Pflegestatistik 1999, 2007, 2015



Aufgrund der ab 2009 erfolgten Aufnahme der teilstationären Versorgungsform in die offizielle Pflegestatistik können Aussagen zur Entwicklung der Inanspruchnahme der Tagespflegen im Landkreis Gifhorn getätigt werden. Die Leistungen der teilstationären Pflege werden dabei zusätzlich zur Inanspruchnahme von Pflegegeld und/oder Sachleistungen erbracht. So ist die Anzahl der teilstationär betreuten pflegebedürftigen Menschen stetig gestiegen, was nicht zuletzt im in der Vergangenheit erfolgten Ausbau der Angebote begründet liegt. Wurden Ende 2009 noch 58 Personen teilstationär betreut, waren es am Jahresende 2015 bereits 226 Personen. Durch die Neueinrichtung weiterer Tagespflegen in 2016 und 2017 ist die Anzahl der Pflegebedürftigen in teilstationären Arrangements zwischenzeitlich wahrscheinlich noch gestiegen.

Ähnlich wie in der ambulanten und stationären Pflege liegt der Anteil männlicher Pflegebedürftiger auch in der teilstationären Pflege bei ungefähr einem Drittel. Männliche Pflegebedürftige, die als Gäste in der Tagespflege versorgt wurden, machten 2009 38 % und 2015 31 % der Versorgten aus.

Abb. 28: Entwicklung der Pflegebedürftigen in teilstationären Pflegeeinrichtungen 2009-2015 – LK Gifhorn



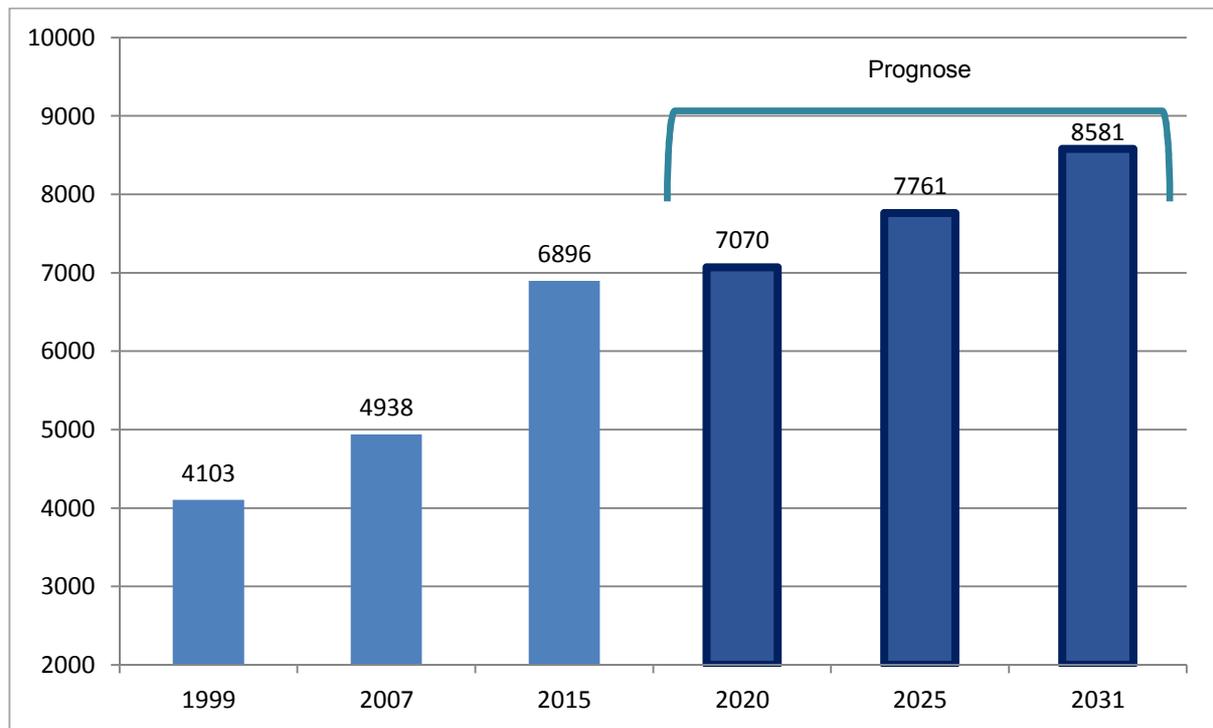
Quelle: eigene Darstellung nach LSN Pflegestatistik 2009-2015

Die Entwicklung der Anzahl pflegebedürftiger Menschen hängt unmittelbar mit dem demografischen Geschehen der letzten Jahre zusammen. So führte die quantitative Zunahme in den höheren Alterskohorten auch zu einem Anstieg der Anzahl Pflegebedürftiger. Dass sich die Tendenz zur Alterung der Bevölkerung zukünftig fortsetzt, wurde bereits aufgezeigt. Daher ist auch mit einem weiteren Anstieg der Anzahl Pflegebedürftiger zu rechnen. Die im Rahmen der Landespflegeberichterstattung vom niedersächsischen Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung (MS) berechneten Annahmen zur Entwicklung der Zahl Pflegebedürftiger weisen für den Landkreis Gifhorn – analog zur Alterung der Bevölkerung – überdurchschnittliche Zuwachsraten auf. So wird



bis zum Jahr 2031 eine Steigerung bei der Anzahl der Pflegebedürftigen um fast 40 % erwartet. Demnach könnten dann mehr als 8.500 Menschen im Landkreis pflegebedürftig sein. Diese aktuellste Prognose übertrifft die vergangene, welche im Jahr 2030 von etwa 7.300 Pflegebedürftigen ausging, noch einmal deutlich und könnte aufgrund der Entwicklung in den vergangenen Jahren noch immer zu niedrig sein.

Abb. 29: Entwicklung der Anzahl Pflegebedürftiger 1999-2031 – LK Gifhorn



Quelle: eigene Darstellung nach LSN Pflegestatistik & MS Niedersachsen Landespflegebericht 2015

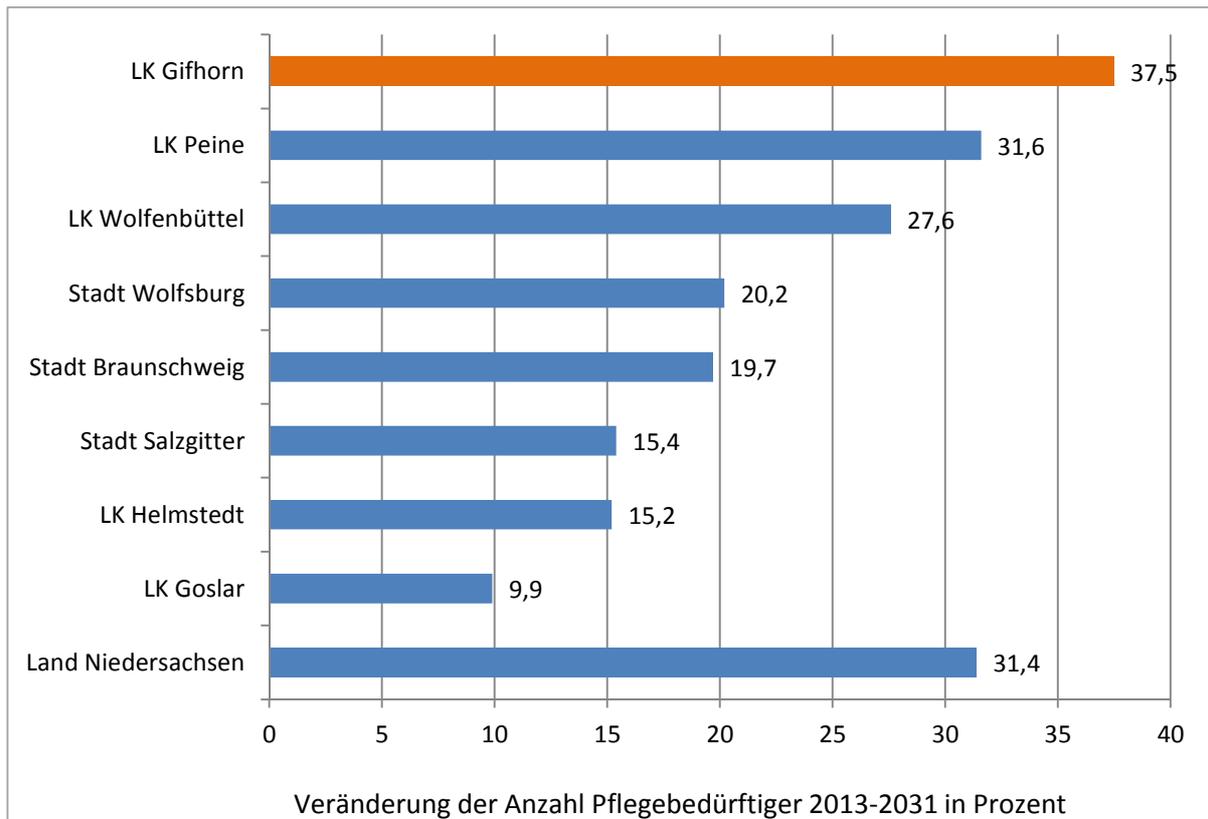
Im Vergleich mit anderen Kommunen der Region bedeutet dies den mit Abstand höchsten prozentualen Anstieg. Landkreise und Städte, die schon seit geraumer Zeit mit den Folgen des Bevölkerungsrückgangs und der Überalterung zu tun haben, können in der Zukunft mit moderateren Zuwachsraten bei den Pflegebedürftigen rechnen. So beträgt die Steigerungsrate im Landkreis Goslar z. B. nur etwa 10 %.

Diese Prognosen beruhen auf einer Status-Quo-Annahme, wonach die Pflegequote des Basisjahres konstant bleibt. Alternative Prognosen, die aufgrund der Kompressionsthese⁷ erstellt wurden und mit einer sinkenden Pflegequote rechnen, kommen zu entsprechend geringeren Steigerungsraten.

⁷ Die Kompressionsthese besagt, dass sich trotz steigender Lebenserwartung die Zeitspanne, in der die Menschen von Multimorbidität betroffen sind, aufgrund von Primärprävention verkürzt, d.h. bestimmte Krankheiten und Einschränkungen erst zu einem späteren Zeitpunkt im Leben eintreten. Demgegenüber steht die Expansions- bzw. Medikalisierungsthese, welche die lebensverlängernden Maßnahmen der modernen Medizin in den Fokus rückt und von einer expandierenden Morbiditätsdauer ausgeht.



Abb. 30: Prognose der Entwicklung der Anzahl Pflegebedürftiger bis 2031 – Region

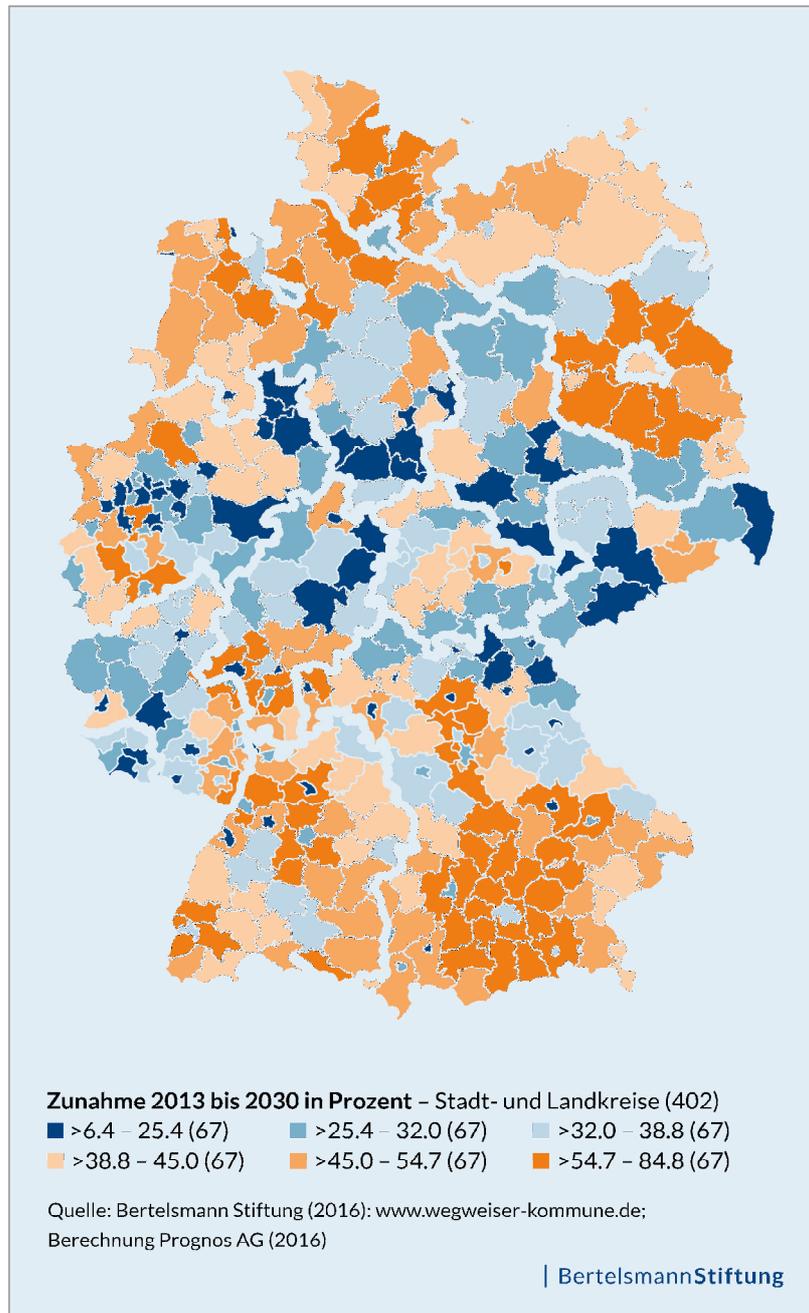


Quelle: eigene Darstellung nach MS Niedersachsen Landespflegebericht 2015

Ausgelöst durch die bedeutende Zunahme pflegebedürftiger Menschen, wird sich die Nachfrage nach Leistungen der pflegerischen Versorgung zukünftig weiter erhöhen. Da die familiären Pflegepotenziale dann wahrscheinlich nicht mehr in dem bisherigen Umfang zur Verfügung stehen, ist mit einer Steigerung des Bedarfs an professioneller Pflege sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich zu rechnen. Die für den Landkreis Gifhorn prognostizierten, überdurchschnittlichen Zuwachsraten bei der Anzahl Pflegebedürftiger werden demnach auch zu einem relativ hohen Anstieg der Nachfrage nach professionellen Pflegedienstleistungen führen. Laut Bertelsmann-Stiftung beträgt die im Zeitraum von 2013 bis 2030 zu erwartende Steigerung um die 50 %⁸.

⁸ vgl. Bertelsmann-Stiftung 2016

Abb. 31: Zunahme professionell versorgter Pflegebedürftiger 2013-2030 – Deutschland



Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass sich der Umfang der Pflegebedürftigkeit im Landkreis Gifhorn seit Einführung der offiziellen Pflegestatistik 1999 um mehr als zwei Drittel erhöht hat. Dabei verteilen sich die Zuwächse jedoch recht unterschiedlich auf die verschiedenen Leistungsarten. Den geringsten Anstieg weisen die reinen Pflegegeldempfänger mit 44 % auf. Dies ist ein Hinweis auf tendenziell rückläufige Möglichkeiten, die Pflege im Kreise der eigenen Familie oder im näheren Bekanntenkreis zu organisieren.

Auf der anderen Seite kam es zu einem höheren Anstieg der Pflegebedürftigen, die auf professionelle Unterstützung angewiesen waren. In der stationären Pflege bewegte sich die Zunahme bei 78 %, während 2015 sogar 140 % mehr Pflegebedürftige von ambulanten Pflegediensten versorgt



wurden als noch 1999. Erklärt werden kann dies mit der Tatsache, dass die Mehrheit der neu hinzugekommenen Leistungsempfänger Pflegebedürftige in der Pflegestufe I waren, wo häufig eine häusliche Pflegesituation noch zu bewerkstelligen ist.

Der Ausbau der Angebote im teilstationären Bereich und die damit einhergehende Vervierfachung der Inanspruchnahme von Tagespflegeplätzen im Zeitraum 2009 bis 2015 ist ein Indiz dafür, dass diese Versorgungsform nicht nur den Betroffenen sondern insbesondere den pflegenden Angehörigen zugutekommt, welche durch den Aufenthalt der Pflegebedürftigen in der Tagespflege entlastet werden.

In den nächsten Jahren wird die Anzahl pflegebedürftiger Menschen im Landkreis Gifhorn wahrscheinlich überdurchschnittlich stark ansteigen. Verbunden damit wird sowohl eine größere Herausforderung für die familiäre Pflege als auch ein zunehmender Bedarf nach professionellen Pflegedienstleistungen sein.

5.3. Demenz

Nach Schätzungen der Deutschen Alzheimer Gesellschaft sind derzeit rund 1,6 Millionen Menschen in Deutschland an einer Form der Demenz erkrankt. Sollten zukünftig keine Durchbrüche in Prävention und medizinischer Therapie gelingen, wird sich die Zahl bis zum Jahr 2050 nahezu verdoppeln. Schon jetzt kommen jährlich etwa 300.000 Neuerkrankungen hinzu, also mehr als 800 täglich. Da die Zahl der Neuerkrankten diejenige der versterbenden Betroffenen übersteigt, liegt der jährliche Saldo der Demenzerkrankten bei 40.000 Personen (ca. 100 Personen täglich)⁹.

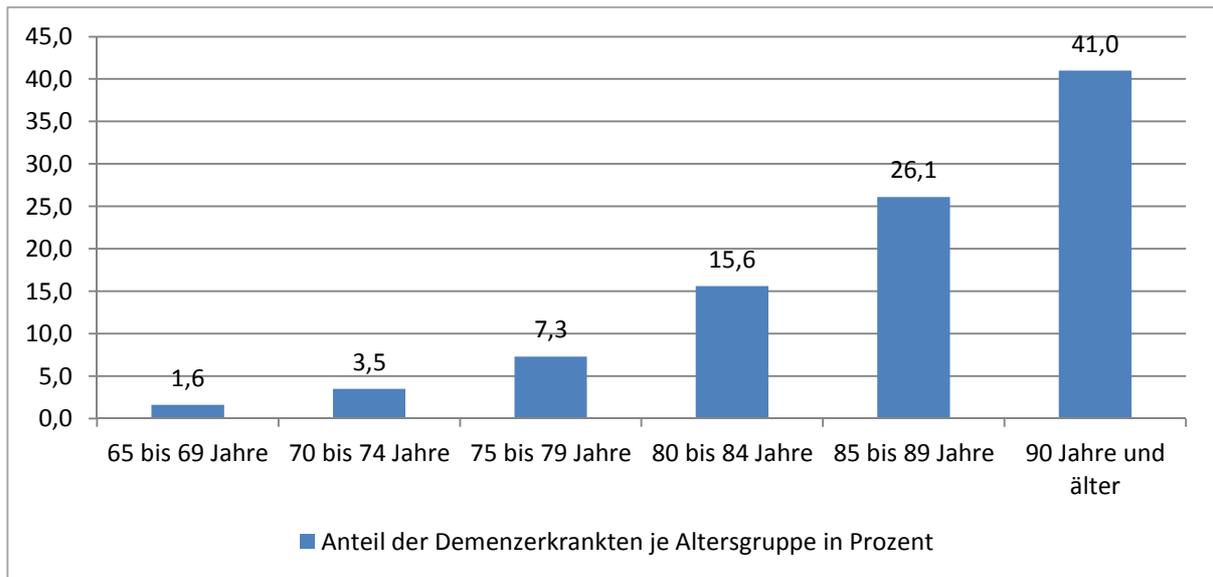
Die häufigste Form der Demenz ist die Alzheimererkrankung, von der rund 60 % aller Demenzerkrankten betroffen sind. Daneben gibt es noch eine ganze Reihe weiterer Typen – z.B. vaskuläre, frontotemporale, oder Lewy-Körperchen-Demenzen – denen verschiedene Ursachen zugrunde liegen.

Der größte individuelle Risikofaktor für eine Demenzerkrankung ist ein hohes Lebensalter. Das bedeutet, das Risiko, an einer Demenz zu erkranken, nimmt mit zunehmendem Alter exponentiell zu. So sind aktuell etwa 9 % aller ab 65-Jährigen betroffen, während unter den ab 90-Jährigen die Prävalenzrate bereits bei 41 % liegt. Je älter demnach die Altersstruktur eines Gebietes ist, desto größer wird der Anteil der Menschen mit einer demenziellen Erkrankung sein.

⁹ vgl. Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V. 2016



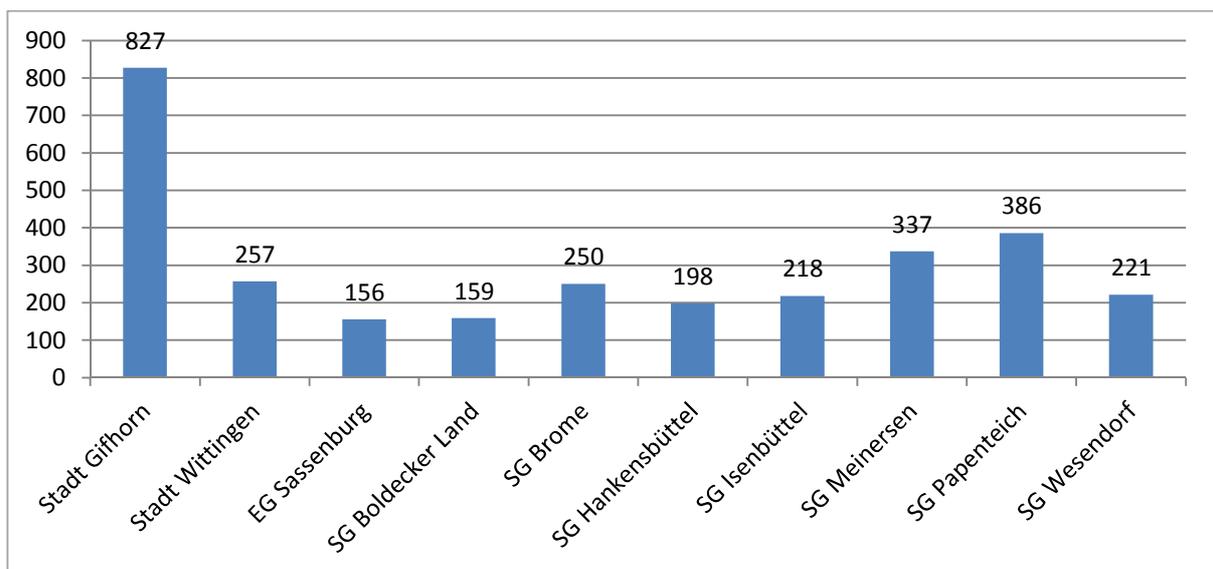
Abb. 32: Prävalenzraten demenzieller Erkrankungen nach Alter – Deutschland



Quelle: eigene Darstellung nach Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V.

Analog zur kleinräumigen Berechnung der Pflegebedürftigen anhand der Pflegequoten bestimmter Altersklassen kann unter Beachtung der Prävalenzraten und der Altersstruktur eine Schätzung der Anzahl der von einer demenziellen Erkrankung betroffenen Menschen in den Gebietseinheiten des Landkreises Gifhorn abgegeben werden. Demnach leben in den bevölkerungsreicheren Städten und (Samt-)Gemeinden mehr Menschen, die unter einer Demenz leiden. Die absolute Anzahl demenzerkrankter Personen im Landkreis Gifhorn wird auf derzeit gut 3.000 geschätzt. Da laut Studien knapp die Hälfte der Demenzerkrankten spätestens ein Jahr nach Erstdiagnose stationär gepflegt wird¹⁰, hat auch die Verortung von Pflegeheimen Auswirkungen auf die regionalen Prävalenzraten.

Abb. 33: Hochrechnung der Anzahl Demenzerkrankter 2015 – Gebietseinheiten



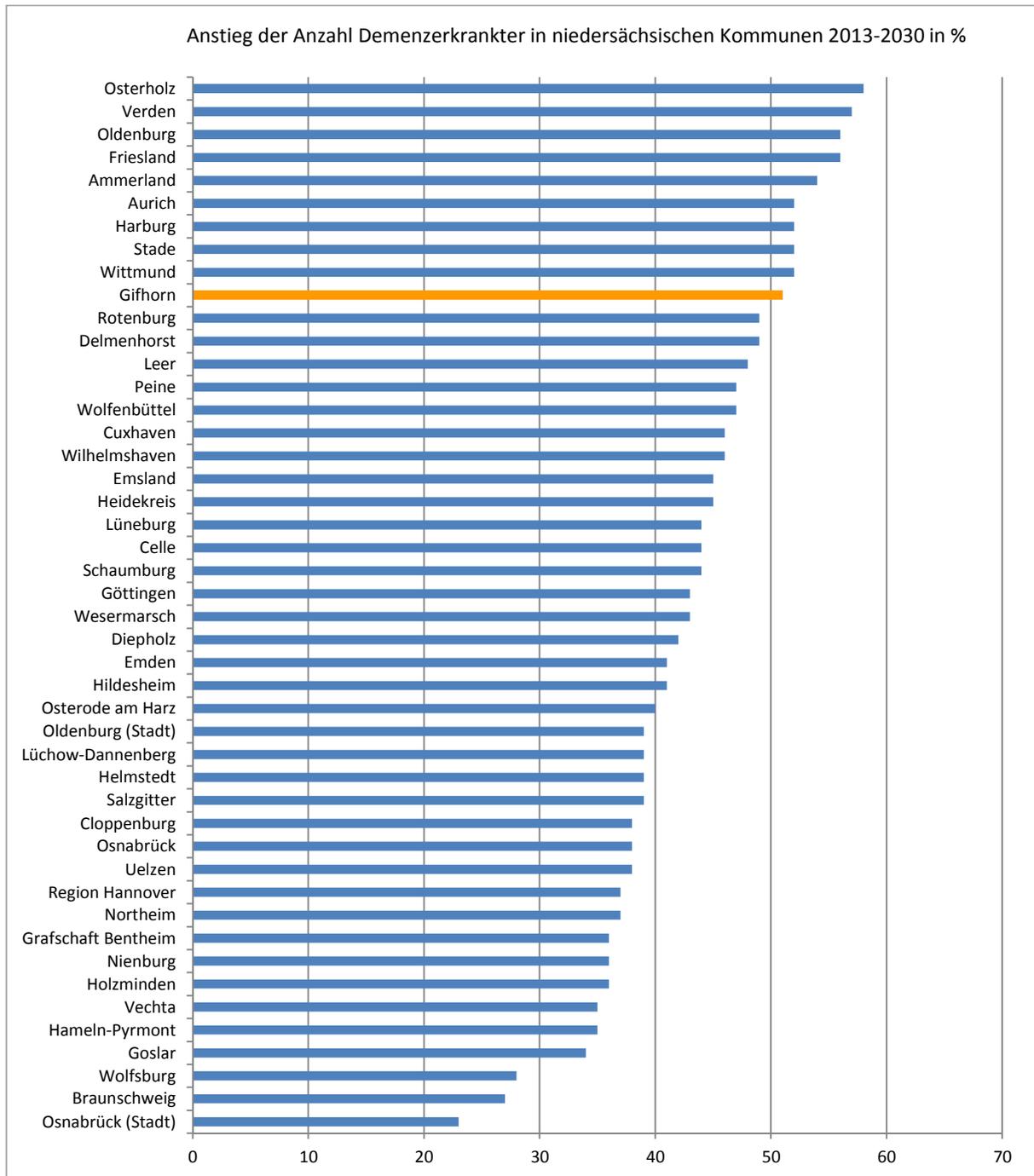
Quelle: eigene Darstellung nach LSN Bevölkerungsfortschreibung & Deutsche Alzheimer Gesellschaft

¹⁰ vgl. DAK-Gesundheit 2017



Vor allem aufgrund der Alterung der Bevölkerung werden die Anzahl und der Anteil demenzerkrankter Menschen weiter zunehmen. Analog zu den Bevölkerungsprognosen stehen dem Landkreis Gifhorn hier überdurchschnittliche Steigerungsraten bevor. So ergab der Demenzreport des Berlin Instituts für Bevölkerung und Entwicklung eine hiesige Zunahme der Demenzerkrankten um 51 % im Zeitraum von 2013 bis 2030¹¹.

Abb. 34: Entwicklung der Anzahl Demenzerkrankter 2013-2030 – Niedersachsen



Quelle: eigene Darstellung nach Berlin Institut für Bevölkerung und Entwicklung

¹¹ vgl. BIBE 2013



Da die Symptome einer Demenz zu einem fortschreitenden Verlust sämtlicher Alltagskompetenzen führen, ist der Betreuungsbedarf der Betroffenen sehr hoch. Der Gesetzgeber hat die genannten Entwicklungen erkannt und die Leistungen für demenziell Erkrankte in mehreren Schritten sukzessive verbessert, um sie mit der Neudefinition des Pflegebedürftigkeitsbegriffs im Zuge der Pflege-stärkungsgesetze noch einmal auszuweiten. Dennoch ist angesichts der zu erwartenden Steige-rungsraten ein stärkerer Ausbau von Beratungs-, Betreuungs- und Unterstützungsangeboten not-wendig. Insbesondere alleinlebende Menschen mit Demenz sowie die stark belasteten pflegenden Angehörigen bedürfen in besonderem Maße einer guten Einbindung in soziale Netzwerke sowie zugehender Hilfs- und Beratungsangebote.

Vor dem Hintergrund dieser Entwicklungen ist der Landkreis Gifhorn bemüht, das Landesmodell-projekt FIDEM (Frühe Hilfe und Information bei Demenz) zu implementieren, welches Netz-werkstrukturen rund um die Hausarztpraxen mit einer effizienteren Vermittlung in Beratungs-, Be-treuungs- und Pflegeangebote etablieren soll. Ferner ist es im Rahmen der von der Bundesregie-rung geförderten Lokalen Allianzen für Menschen mit Demenz gelungen, durch Kooperation unter-schiedlicher Akteure neue Angebote für Demenzerkrankte und ihre Angehörigen im Landkreis zu schaffen. Zudem wurde ein Projekt zum Thema demenzsensible Kommunen angeschoben, um über eine stärkere Aufklärung der Öffentlichkeit den Verbleib der Betroffenen in der eigenen Häus-lichkeit insbesondere in der Frühphase der Erkrankung zu unterstützen. Hierzu fand 2017 bereits eine Informations- und Aufklärungsveranstaltung in der Samtgemeinde Meinersen statt, weitere sollen in der Stadt Gifhorn und der Samtgemeinde Brome folgen. Auch die Arbeit der Alzheimerge-sellschaft im Landkreis Gifhorn e.V. sollte, durch die aus öffentlichen Mitteln erfolgende Förderung, weiterhin unterstützt werden.

5.4. Kultursensible Pflege

Obwohl sich die Datensituation zu in Deutschland lebenden Menschen mit Migrationshintergrund¹² (MmM) in den letzten Jahren verbessert hat, liegen gerade in Bezug auf die gesundheitliche und pflegerische Versorgung dieser Bevölkerungsgruppe noch sehr wenige Untersuchungen vor¹³. Dennoch können anhand existierender Studien Aussagen zur Lebenssituation älterer bzw. pflege-bedürftiger Migranten getätigt werden.

Insgesamt weist die Bevölkerung mit Migrationshintergrund in Deutschland ein im Vergleich zur Gesamtbevölkerung relativ geringes Durchschnittsalter auf (MmM: 35,4 Jahre; MoM: 46,9 Jahre). Dennoch gibt es einige Migrantengruppen, die durchschnittlich älter sind als die Personen ohne Migrationshintergrund. Dazu gehören insbesondere die (Spät-)Aussiedler der ersten Generation (50,2 Jahre) sowie ehemalige Arbeitsmigranten (62,6 Jahre)¹⁴. Da die Zuzugswellen teilweise mehrere Jahrzehnte zurückliegen und viele der Zugewanderten ihren Lebensabend in Deutschland

¹² Es existieren verschiedene Definitionen des Merkmals Migrationshintergrund. Im Rahmen des Demographiemoni-torings des LK Gifhorn werden Menschen, deren erste oder zweite Staatsangehörigkeit nicht deutsch ist, die die deutsche Staatsangehörigkeit besitzen, aber im Ausland geboren sind oder bei denen mindestens ein Elternteil eine nicht deutsche Staatsangehörigkeit besitzt, zu dieser Personengruppe gezählt.

¹³ vgl. Sachverständigenrat deutscher Stiftungen 2015

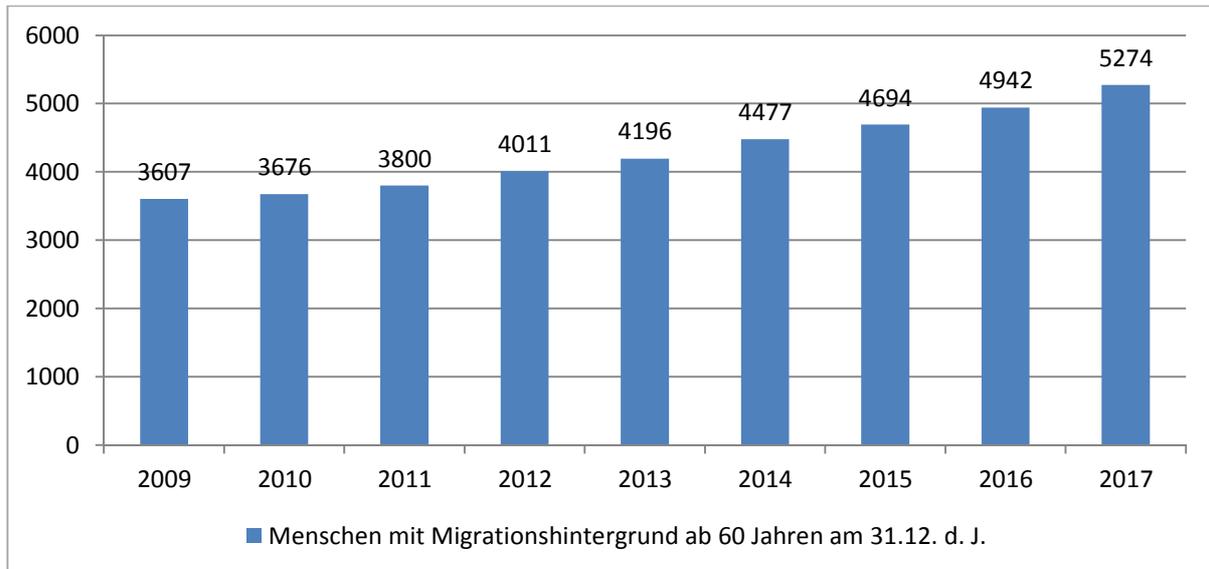
¹⁴ vgl. DZA 2017



verbringen, werden sich die Anzahl und der Anteil der älteren Menschen mit Migrationshintergrund in der Zukunft weiter erhöhen.

Auch im Landkreis Gifhorn steigt die Anzahl der älteren Menschen mit Zuwanderungsgeschichte kontinuierlich an. Allein im Zeitraum von 2009 bis 2017 betrug der Zuwachs der Menschen mit Migrationshintergrund, die 60 Jahre und älter waren, 46 %.

Abb. 35: Entwicklung der Anzahl der älteren Menschen mit Migrationshintergrund – LK Gifhorn



Quelle: Demografiemonitoring LK Gifhorn

Einhergehend mit der Zunahme älterer Migranten steigt auch die Anzahl der Menschen mit Migrationshintergrund, die von Pflegebedürftigkeit betroffen sind. Neben der demografischen Alterung, trägt auch der schlechtere Gesundheitszustand insbesondere der Menschen mit eigener Migrationserfahrung zu einem weiter steigenden Pflegebedarf dieser Bevölkerungsgruppe bei. So sind in Privathaushalten lebende Pflegebedürftige mit Migrationshintergrund im Durchschnitt deutlich jünger (62 Jahre) als diejenigen ohne Migrationshintergrund (72 Jahre)¹⁵.

Die Vorstellungen älterer Migranten über ihre pflegerische Versorgung unterscheiden sich nur unwesentlich von denen der Personen ohne Migrationshintergrund. In beiden Gruppen besteht der Wunsch, so lange wie möglich zu Hause zu leben und im Falle von Hilfs- und Pflegebedürftigkeit auch dort von Angehörigen versorgt zu werden. Da Menschen mit Migrationshintergrund häufiger in Partnerschaften und in größeren Haushalten leben und die Fertilität der Frauen wesentlich höher ist als bei Personen ohne Zuwanderungsgeschichte, sind die Potenziale der Angehörigenpflege (noch) relativ hoch. Auch aus kulturellen Gründen, nach denen die Pflege und Unterstützung alter und kranker Eltern als Aufgabe der Familie gesehen wird, werden pflegebedürftige Migranten häufiger in Privathaushalten versorgt. Dabei nehmen sie seltener Leistungen der gesetzlichen Pflegeversicherung wie Pflegegeld¹⁶ oder Unterstützung durch ambulante Dienste¹⁷ in Anspruch, was

¹⁵ vgl. BMG 2011

¹⁶ vgl. Schmidt/Schneekloth 2011

¹⁷ vgl. BMG 2011



auch mit der durchschnittlich schlechteren Informiertheit über die entsprechenden Möglichkeiten zusammenhängt. Ebenso stellt die Betreuung älterer Migranten in einem Pflegeheim eher die Ausnahme dar¹⁸. Da zu erkennen ist, dass die traditionellen Familienstrukturen - ähnlich wie bei den Menschen ohne Migrationshintergrund - langsam zu erodieren beginnen und damit die Notwendigkeit der Inanspruchnahme professioneller Unterstützung wahrscheinlich steigen wird, sollten niedrigschwellige Zugangsmöglichkeiten zum Gesundheits- und Pflegesystem geschaffen bzw. ausgebaut sowie die Beratung und Öffentlichkeitsarbeit stärker auf die Belange älterer Migranten ausgerichtet werden.

Insgesamt ist zu beachten, dass die Gruppe der Menschen mit Migrationshintergrund sehr heterogen ist und keine Pauschalrezepte zur Verbesserung der Versorgung pflegebedürftiger Migranten ausgestellt werden dürfen. Vielmehr sollten Konzepte zur interkulturellen Öffnung der Pflegeangebote bei erkennbarem Bedarf Bezug auf spezifische Gegebenheiten einzelner Personengruppen nehmen.

So existiert im Landkreis Gifhorn ein vorrangig auf die Versorgung von Menschen aus dem osteuropäischen Raum ausgerichteter ambulanter Pflegedienst. Daneben hat sich im Rahmen der Pflegekonferenz eine Arbeitsgruppe zum Thema kultursensible Pflege gebildet, die mit der Organisation von Veranstaltungen und Vorträgen sowie der Erarbeitung von Informationsmaterialien die (Fach-)Öffentlichkeit regelmäßig mit der zunehmenden Relevanz der Aufgabe konfrontieren will. Ferner soll ein Modellprojekt der Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin zum gegenseitigen Kennenlernen von Pflegeberatungsinfrastruktur und Migrantenorganisationen auch im Landkreis Gifhorn implementiert werden.

6. Pflegende

In Deutschland werden pflegerische Leistungen von unterschiedlichen Personengruppen erbracht. Der mit Abstand größte Pflegedienst des Landes sind dabei nach wie vor die Familien der Betroffenen. Daneben werden Pflegebedürftige zunehmend von professionellen Pflegekräften in den Einrichtungen und Diensten versorgt. Wie sich die verschiedenen Gruppen der Pflegenden zusammensetzen, wird nachfolgend dargestellt. Da die pflegenden Angehörigen von der offiziellen Pflegestatistik nicht gesondert erfasst werden, können hierzu nur Angaben auf Bundesebene erfolgen, die auf unterschiedlichen wissenschaftlichen Untersuchungen basieren. Die professionellen Pflegekräfte im ambulanten und stationären Bereich sind dagegen Gegenstand der regelmäßigen Erhebungen für die Pflegestatistik, sodass zu ihnen Aussagen auf Landkreisebene getroffen werden können.

6.1. Angehörigenpflege

Wie aufgezeigt, wurden Ende 2015 77 % der Pflegebedürftigen im Landkreis Gifhorn in der eigenen Häuslichkeit versorgt. Etwa ein Drittel davon erhielt durch ambulante Dienste Unterstützung bei der Bewältigung der Pflegesituation. Der Großteil der zu Hause gepflegten Personen wurde

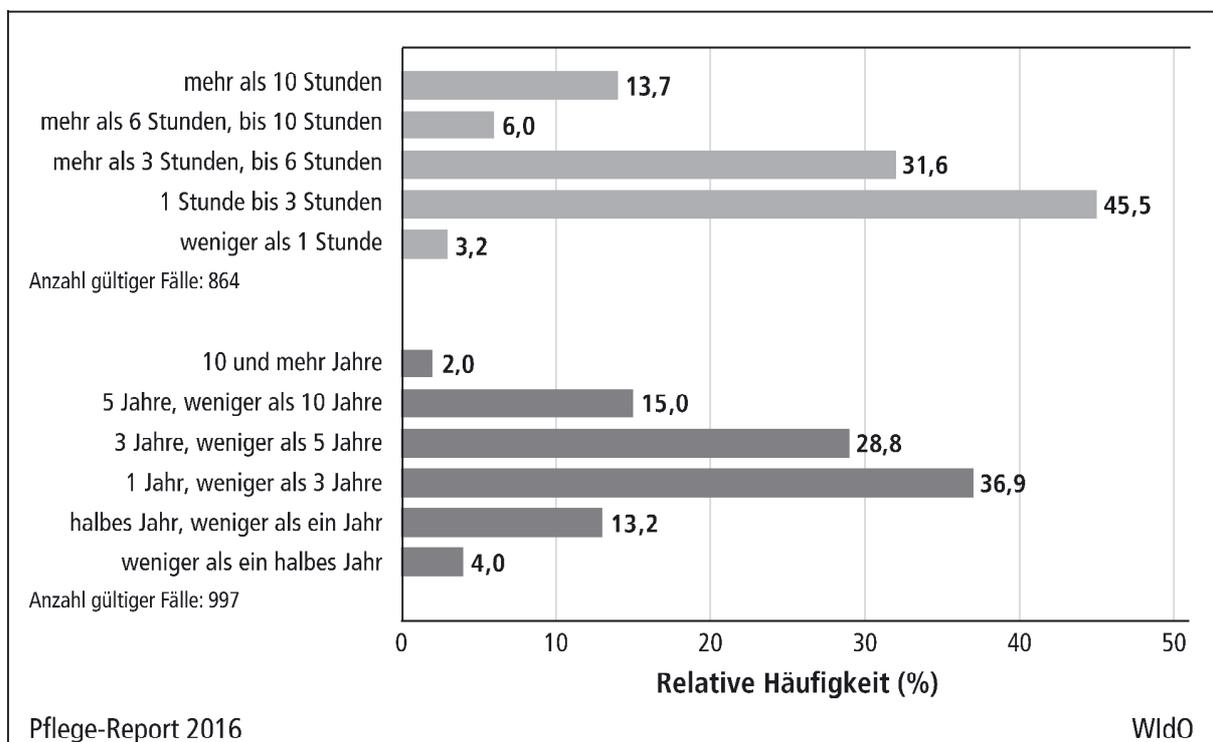
¹⁸ vgl. DZA 2017



demnach ausschließlich von selbst organisierten Pflegepersonen – in der Regel nahe Angehörige – betreut.

Eine Studie der Hans-Böckler-Stiftung kommt zu dem Ergebnis, dass die Hauptpflegeperson in der familiären Pflege durchschnittlich 7,8 Stunden pro Tag für Verrichtungen rund um die Pflegesituation aufwendet, bei Pflegebedürftigen der Stufe III sogar 10,8 Stunden¹⁹. Der tägliche Aufwand und die Dauer der Pflegesituation variieren also je nach Bedarf. Laut einer weiteren Befragung pflegender Angehöriger wenden mehr als drei Viertel der Pflegepersonen täglich eine bis sechs Stunden für die Pflege auf. In ca. 66 % der Fälle erstreckt sich die Pflege über einen Zeitraum von einem bis fünf Jahre²⁰.

Abb. 36: Dauer und Umfang der häuslichen Pflege 2015 – Deutschland



Generell ist die Pflege ein Bereich, der stark von Frauen geprägt ist. Nicht nur unter den Pflegebedürftigen, sondern insbesondere auch bei den Pflegepersonen sind Frauen im Vergleich zu Männern in der Überzahl. So üben in den häuslichen Pflegearrangements häufig die weiblichen Partner oder die (Schwieger-)Töchter die pflegerischen Leistungen aus. Allerdings ist zu erkennen, dass dieses Pflegepotenzial tendenziell rückläufig ist. So geht die Zahl der pflegenden Frauen, die noch nicht das Rentenalter erreicht haben, seit Jahren kontinuierlich zurück, während kein adäquater Ausgleich vonseiten der Männer zu beobachten ist²¹.

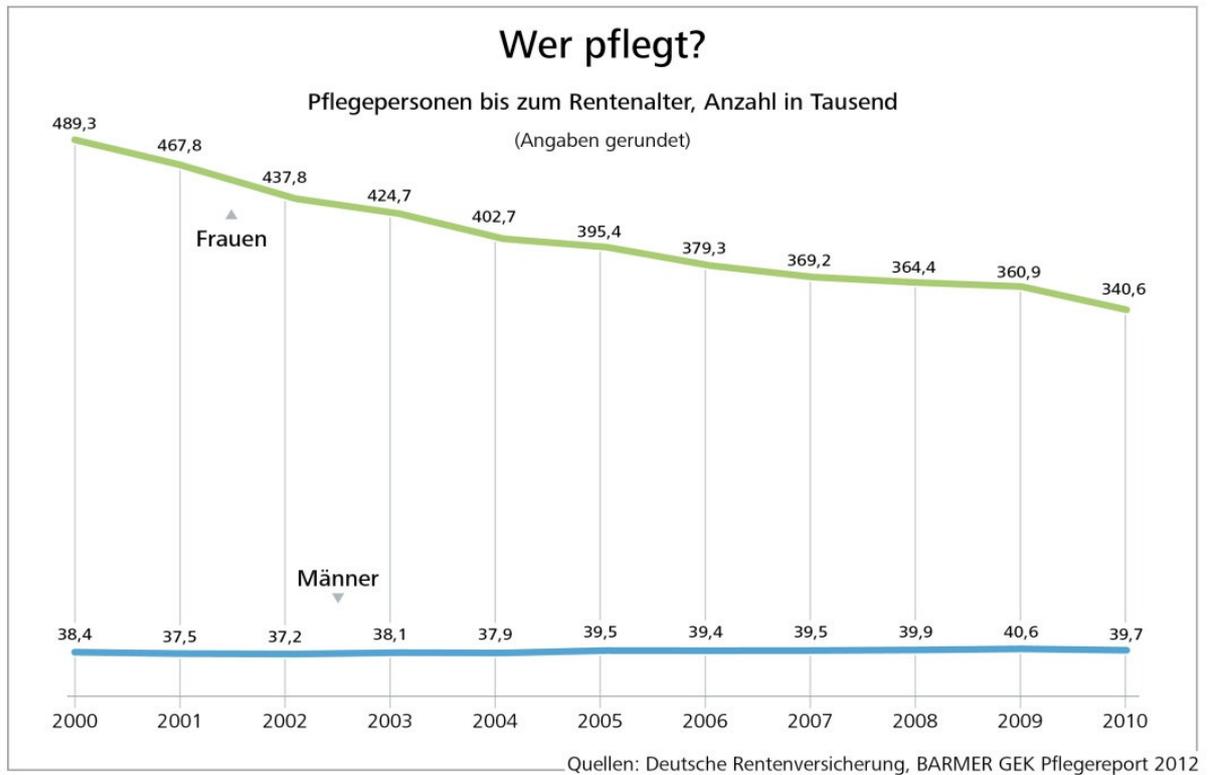
¹⁹ vgl. Hans-Böckler-Stiftung 2017

²⁰ vgl. WIdO 2016

²¹ vgl. Barmer GEK 2012



Abb. 37: Entwicklung der Pflegepersonen in häuslicher Pflege – Deutschland



Ursachen hierfür sind z. B. die seit langem allgemein sinkenden Geburtenzahlen, die einen generellen Mangel an potenziell Pflegewilligen zur Folge haben. Auch die Erosion traditioneller Familienstrukturen - Rückgang der Eheschließungen, steigende Scheidungsraten, Zuwachs an Single-Haushalten, geringere räumliche Nähe von Familienangehörigen – trägt zu dieser Entwicklung bei.

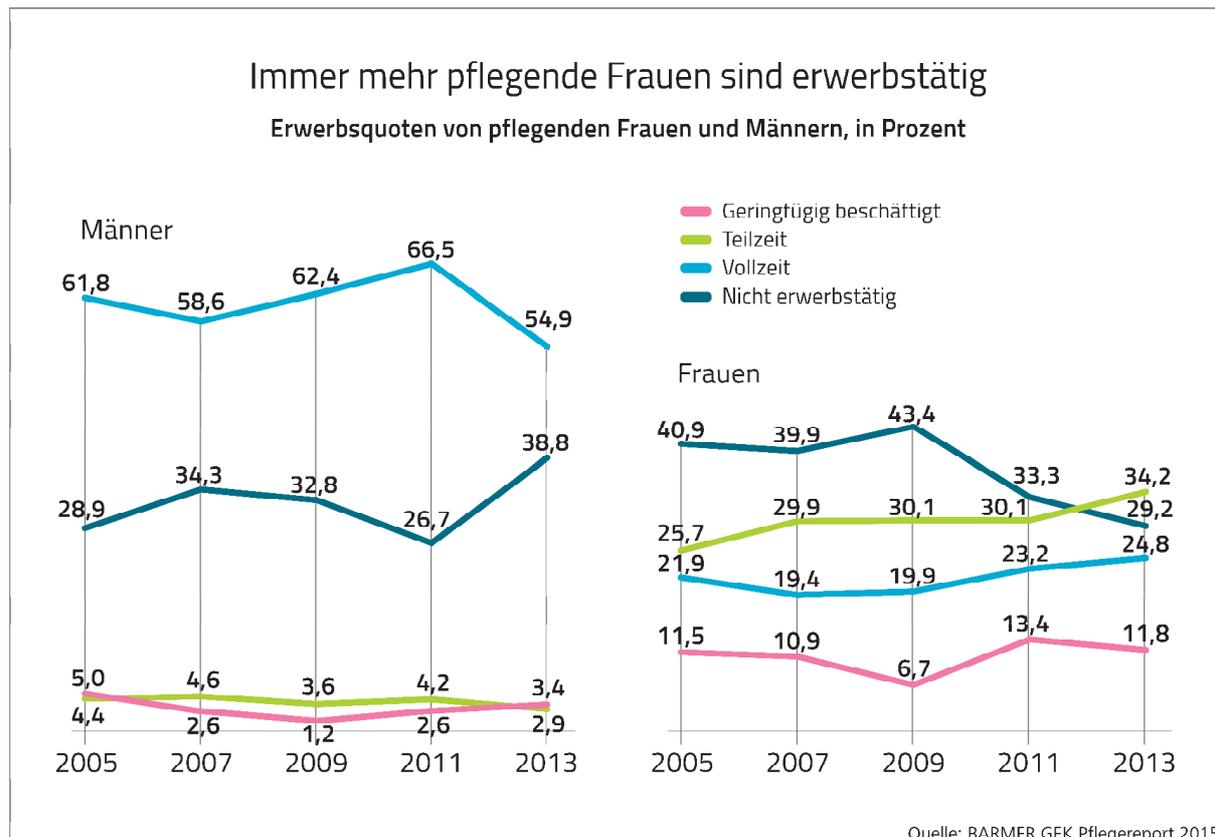
Hinzu kommt, dass immer mehr Frauen erwerbstätig sind und somit häufig Pflege und Beruf miteinander vereinbaren müssen. Die diesbezüglichen Möglichkeiten und Regelungen der zeitweisen Freistellung vom Beruf, welche vom Gesetzgeber mit dem Pflegezeitgesetz und dem Familienpflegezeitgesetz 2008 bzw. 2012 eingeführt und 2015 überarbeitet wurden, scheinen ihr Ziel nicht zu erreichen. So kann die Bundesregierung bisher keine Angaben über die Inanspruchnahme machen. Bisher existiert nur die Auskunft, dass in den ersten drei Quartalen nach der Reform zu Beginn des Jahres 2015 etwa 6.800 Fälle geschätzt werden²², was einen überschaubaren Erfolg bedeuten würde.

Laut Barmer GEK steigt einerseits die Erwerbstätigkeit pflegender Frauen – der Anteil der nicht erwerbstätigen pflegenden Frauen sank von 43,4 % in 2009 auf 29,2 % im Jahr 2013. Andererseits sind immer mehr pflegende Männer nicht erwerbstätig oder reduzieren ohne staatliche Ausgleichszahlungen den Umfang ihrer Berufstätigkeit.

²² vgl. Bundesregierung 2016b



Abb. 38: Entwicklung der Erwerbsquoten pflegender Frauen und Männer 2005-2013 - Deutschland



Diese Entwicklungen stellen immer mehr Unternehmen vor das Problem, dass die Mitarbeitenden aufgrund von zu organisierenden Pflegesituationen nicht mehr bzw. in geringerem Umfang zur Verfügung stehen. Im Ergebnis könnten negative Wachstums- und Wohlstandseffekte sowie eine Schwächung des Wirtschaftsstandortes Deutschland stehen, wenn immer mehr Fachkräfte die Pflege ihrer Angehörigen gewährleisten müssen²³. Dass es hingegen schwierig sein wird, die wachsenden Bedarfe über die professionelle Pflege abzudecken, wird im Kapitel zum Fachkräftemangel in der Pflege thematisiert.

Einen pflegebedürftigen Menschen zu versorgen, kann enorme physische und psychische Belastungen bedeuten. Untersuchungen belegen, dass pflegende Angehörige häufiger von psychischen Störungen bis hin zu Depressionen sowie von Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems betroffen sind als Menschen, die nicht pflegen²⁴. Um zur Entlastung der pflegenden Angehörigen beizutragen, muss eine noch größere Beteiligung der Pflegepersonen an Pflegekursen, Gesprächskreisen und Selbsthilfegruppen angestrebt werden. Die steigende Inanspruchnahme von teilstationären Leistungen und Unterstützungsangeboten im Alltag sind ein Indiz für einen vorhandenen Bedarf.

Um die häusliche Pflege zu bewerkstelligen, sind häufig auch Umbaumaßnahmen im Haus oder in der Wohnung notwendig. Die im Zuge der Einführung des Pflegestärkungsgesetzes I im Jahr 2015 erfolgten Leistungsausweitungen für pflegerelevante Maßnahmen zur Wohnraumanpassung führen

²³ vgl. vbw 2012

²⁴ vgl. DAK-Gesundheit 2015



zu einer stark gestiegenen Nachfrage nach diesen Möglichkeiten. Gab die gesetzliche Pflegeversicherung 2011 noch etwa 103 Millionen Euro für wohnumfeldverbessernde Maßnahmen aus, waren es im Jahr 2015 bereits rund 305 Millionen Euro²⁵.

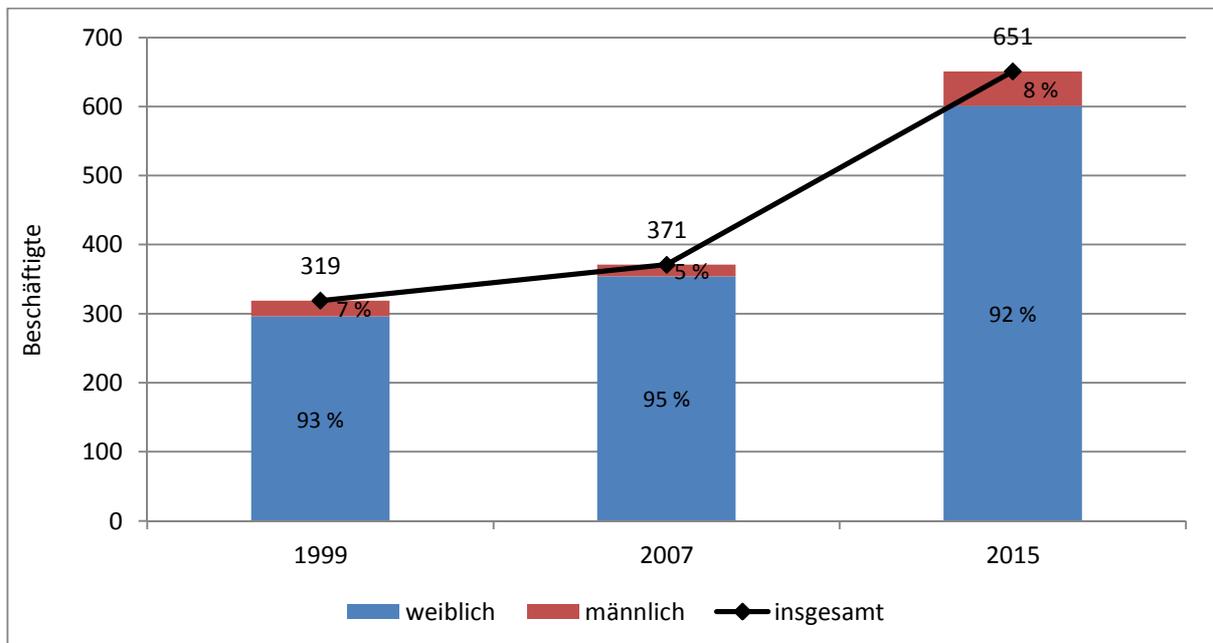
6.2. Professionelle Pflege

Wie aufgezeigt, werden für den Landkreis Gifhorn zukünftig überdurchschnittliche Zuwachsraten bei der Anzahl der Pflegebedürftigen erwartet. Parallel dazu gibt es eine Tendenz zur relativen Abnahme der reinen Angehörigenpflege. Dementsprechend werden aller Voraussicht nach der Bedarf und die Nachfrage nach professionellen Pflegedienstleistungen zunehmen. Wie sich die Eckdaten zu den professionellen Pflegekräften sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich in der Vergangenheit entwickelt haben, unter welchen Rahmenbedingungen Pflegekräfte arbeiten und welche aktuellen und perspektivischen Engpässe in der Fachkräftesicherung existieren, wird nachfolgend dargestellt.

6.2.1. Ambulante Pflege

Im Zuge des Ausbaus der ambulanten Pflegeinfrastruktur der vergangenen Jahre hat sich die Anzahl der Beschäftigten in ambulanten Pflegediensten im Landkreis Gifhorn von 1999 bis 2015 mehr als verdoppelt. Der Anteil der männlichen Pflegekräfte betrug dabei durchgängig weniger als 10 %, ist in den letzten Jahren jedoch leicht angestiegen.

Abb. 39: Entwicklung des Pflegepersonals in ambulanten Pflegediensten 1999-2015 – LK Gifhorn



Quelle: eigene Darstellung nach LSN Pflegestatistik 1999, 2007, 2015

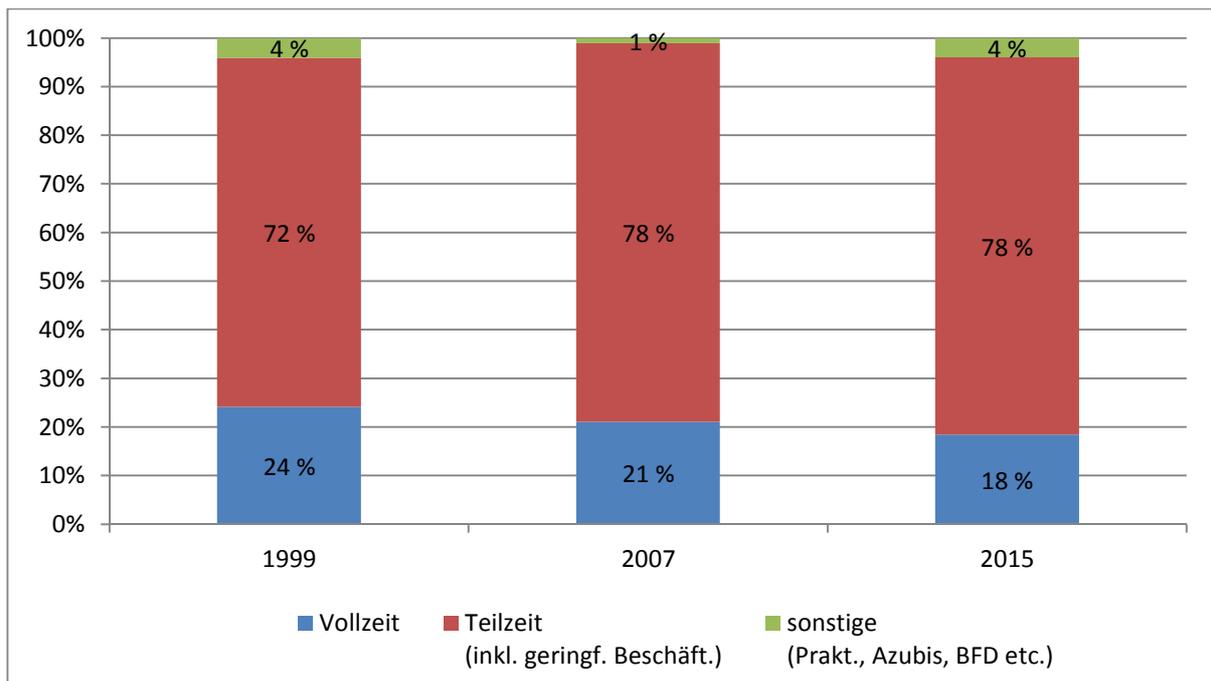
²⁵ vgl. Bundesregierung 2016a



Diese drastische Erhöhung der Beschäftigtenzahlen hat jedoch nicht nur aufgrund der Ausweitung der ambulanten Pflegeangebote infolge einer steigenden Nachfrage stattgefunden, sondern ist auch Ergebnis sich verändernder Beschäftigungsstrukturen. Denn die weit überwiegende Mehrheit der Beschäftigten in ambulanten Pflegediensten arbeitet in atypischen Beschäftigungsverhältnissen²⁶ – mit zunehmender Tendenz.

Den mit Abstand größten Anteil machen Teilzeitverträge und geringfügige Beschäftigungen aus. In diesen Beschäftigungsverhältnissen sind fast 80 % der ambulanten Pflegekräfte tätig. Nur 18 % aller Pflegekräfte in ambulanten Pflegediensten üben ihre Tätigkeit in Vollzeit aus. Der Rest setzt sich aus Auszubildenden, Freiwilligen und Praktikanten zusammen. Diese Ergebnisse spiegeln einerseits die allgemeine Erkenntnis wider, dass Berufszweige mit einem sehr hohen Frauenanteil auch hohe Quoten an Teilzeitbeschäftigungen besitzen. Andererseits ist die traditionell hohe Teilzeitquote im ambulanten Bereich auch dem Umstand geschuldet, dass viele Pflegebedürftige ähnliche Wünsche in Bezug auf die Taktung ihrer Versorgung vorbringen und somit die Arbeit auf relativ viele Schultern verteilt werden muss.

Abb. 40: Entwicklung der Beschäftigungsverhältnisse des Pflegepersonals in ambulanten Pflegediensten 1999-2015 – LK Gifhorn



Quelle: eigene Darstellung nach LSN Pflegestatistik 1999, 2007, 2015

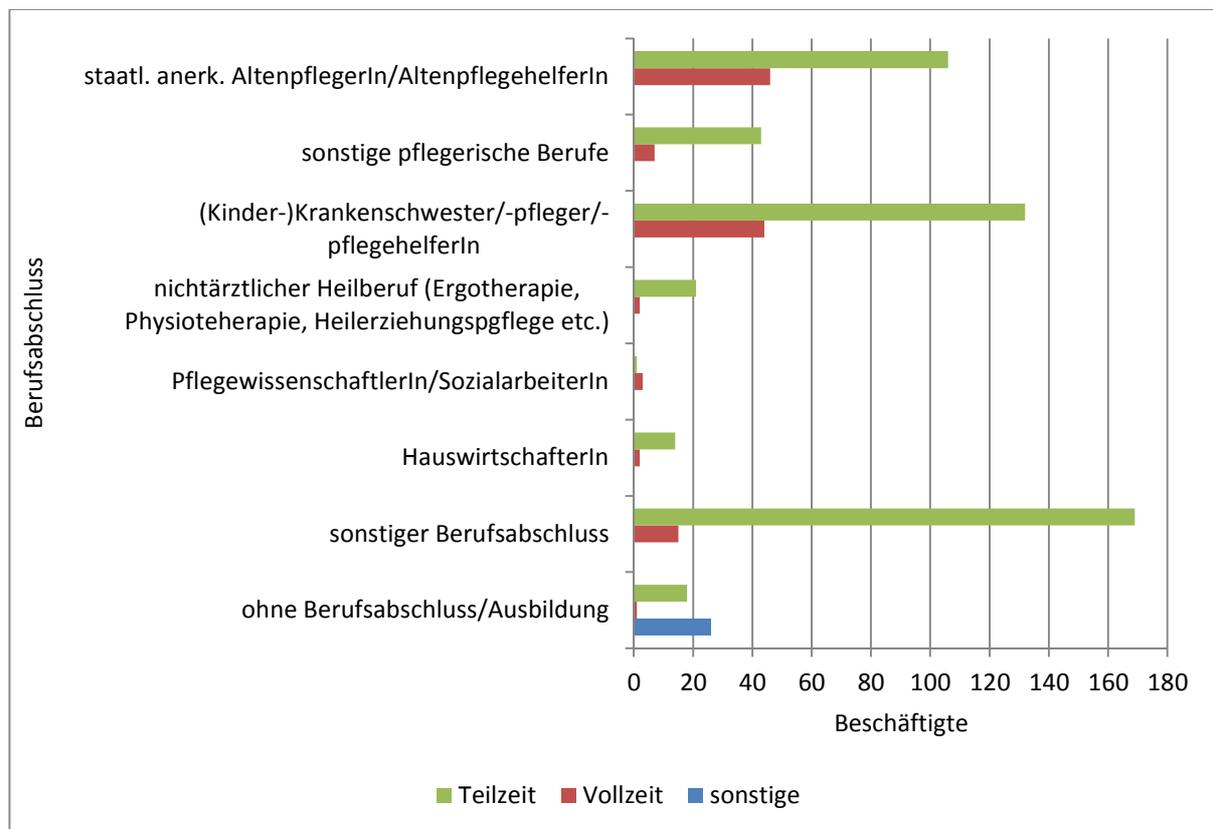
In Bezug auf das Qualifikationsniveau der Pflegekräfte in ambulanten Pflegediensten kann festgestellt werden, dass die überwiegende Mehrheit der Beschäftigten einen Berufsabschluss aus dem Bereich der Pflege besitzt. Der Anteil der Beschäftigten mit einem pflegerischen Berufsabschluss betrug Ende 2015 etwa 58 % und hat sich seit 1999 (72 %) deutlich verringert. Vor allem die Vollzeitkräfte sind als Alten-, Kranken- oder sonstige Pfleger ausgebildet. Unter den Teilzeitbeschäftigten findet sich eine nennenswerte Anzahl von Personen, die ursprünglich aus anderen Be-

²⁶ Als atypisch werden alle Beschäftigungsverhältnisse bezeichnet, die im Gegensatz zum Normalarbeitsverhältnis nicht unbefristet und in Vollzeit ausgeübt werden.



rufsfeldern stammt. Diese Quereinsteiger bildeten rund 31 % der Pflegekräfte und haben in den letzten Jahren stark zugenommen (1999: 17 %). Beschäftigte mit einem akademischen Abschluss fanden sich nur zu 0,6 % unter den Pflegekräften (1999: 1,3 %). Die Pflegenden mit der geringsten beruflichen Qualifikation arbeiten vorwiegend in geringfügigen und Praktikantenverhältnissen oder sind noch in der Ausbildung. Ihr Anteil hat sich von 5 % im Jahr 1999 auf 7 % im Jahr 2015 erhöht, was auch mit einer verstärkten Ausbildungstätigkeit der Pflegedienste zusammenhängen könnte. Insgesamt kann aber von einer Verschlechterung des Qualifikationsniveaus der Pflegekräfte in ambulanten Pflegediensten gesprochen werden.

Abb. 41: Berufsabschlüsse des Pflegepersonals in ambulanten Pflegediensten nach Beschäftigungsverhältnis – LK Gifhorn



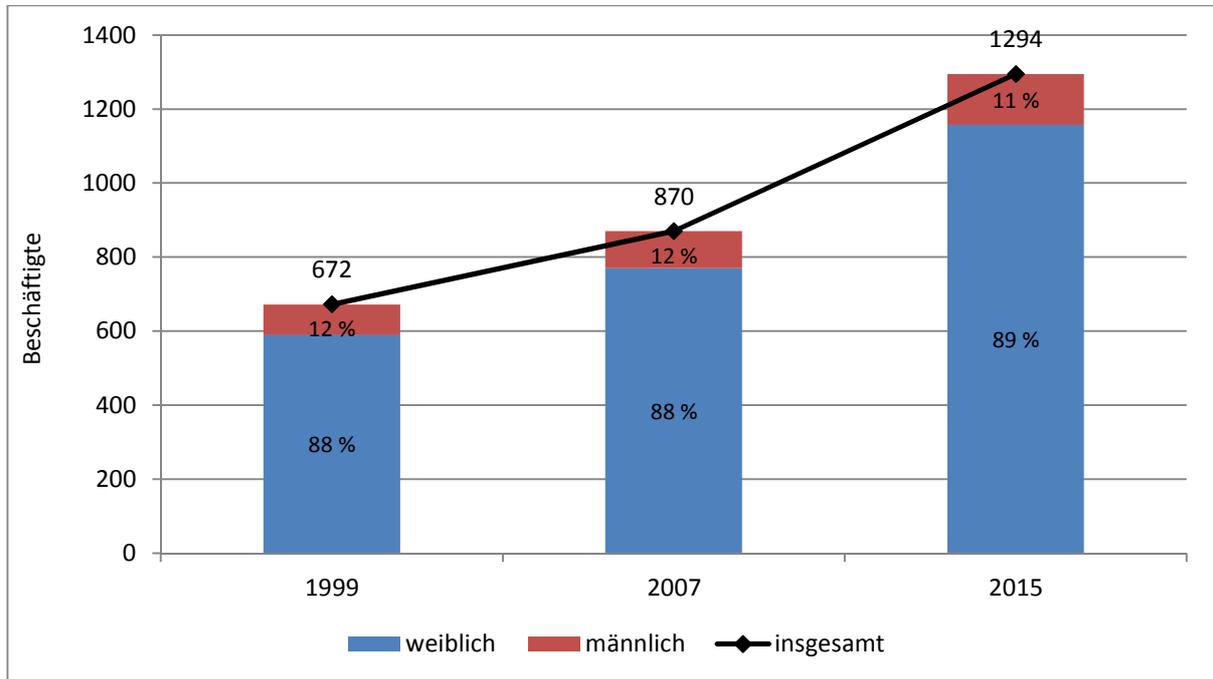
Quelle: eigene Darstellung nach LSN Pflegestatistik 2015

6.2.2. Stationäre Pflege

Zum Ende des Jahres 2015 waren insgesamt 1.294 Personen in stationären Pflegeeinrichtungen im Landkreis Gifhorn beschäftigt. Analog zur Entwicklung der Beschäftigtenzahlen in den ambulanten Pflegediensten und parallel zur Errichtung neuer Pflegeheime sind auch in der stationären Pflege in den letzten Jahren neue Arbeitsplätze entstanden. Im Zeitraum von 1999 bis 2015 betrug die Steigerung des stationären Pflegepersonals im Landkreis Gifhorn rund 93 %. Der Anteil der männlichen Pflegekräfte war dabei einem leichten Rückgang unterworfen, lag mit 11 % aber immer noch über dem Männeranteil in den ambulanten Pflegediensten.



Abb. 42: Entwicklung des Pflegepersonals in stationären Pflegeeinrichtungen
1999-2015 – LK Gifhorn



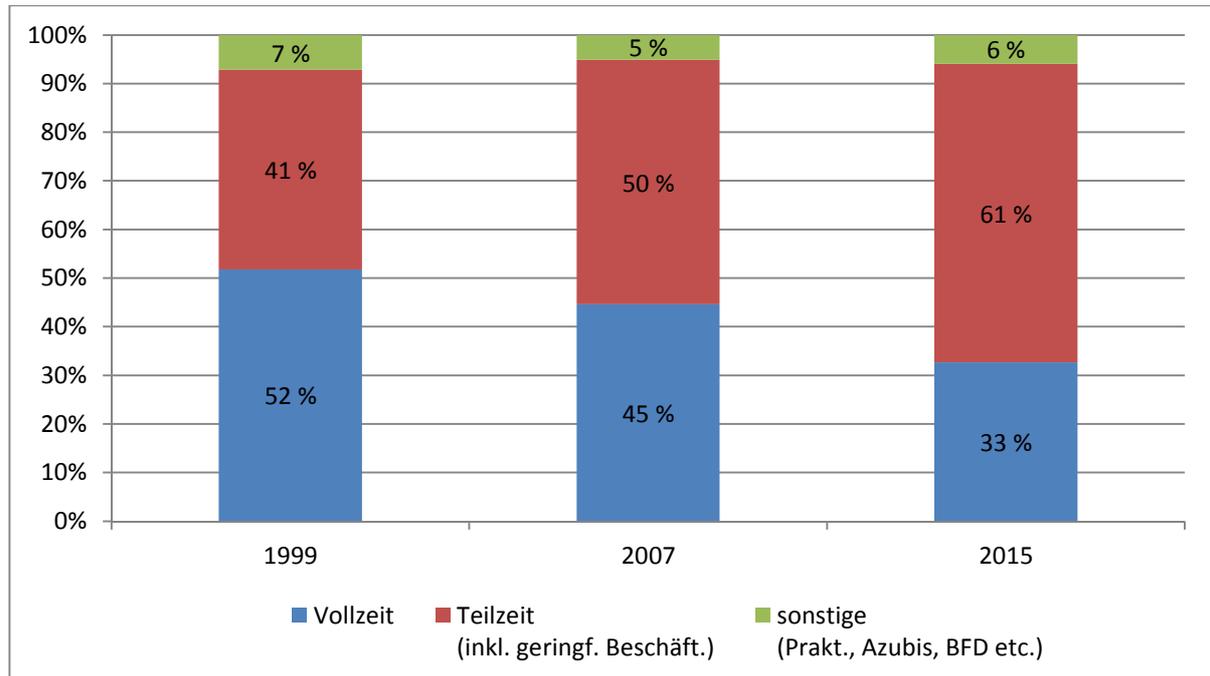
Quelle: eigene Darstellung nach LSN Pflegestatistik 1999, 2007, 2015

Mit einem Anteil von 33 % sind Vollzeitbeschäftigungen in stationären Pflegeeinrichtungen weitaus stärker verbreitet als in der ambulanten Pflege. Dennoch befinden sich auch hier zwei Drittel der Beschäftigten in atypischen Beschäftigungsverhältnissen. Die Teilzeit- und geringfügigen Beschäftigungen kommen insgesamt auf 61 % der Beschäftigungsverhältnisse. Auszubildende, Freiwillige und Praktikanten machen zusammen etwa 6 % der Beschäftigten in der stationären Pflege aus.

Wesentlich stärker als im ambulanten Bereich ist der Wandel der Beschäftigungsstrukturen in den stationären Pflegeeinrichtungen zu beobachten. Waren 1999 noch mehr als die Hälfte der Pflegekräfte in Vollzeit beschäftigt, ging 2015 nur noch ein Drittel der Mitarbeitenden einem Normalarbeitsverhältnis nach, während sich die Teilzeitquote im selben Zeitraum von 41 auf 61 % erhöhte. Diese Tendenz ist vor dem Hintergrund der allgemeinen Liberalisierung des Arbeitsmarktes seit den 2000er-Jahren neben anderen Berufsfeldern auch in der Pflegebranche zu verzeichnen.



Abb. 43: Entwicklung der Beschäftigungsverhältnisse des Pflegepersonals in stationären Pflegeeinrichtungen 1999-2015 – LK Gifhorn



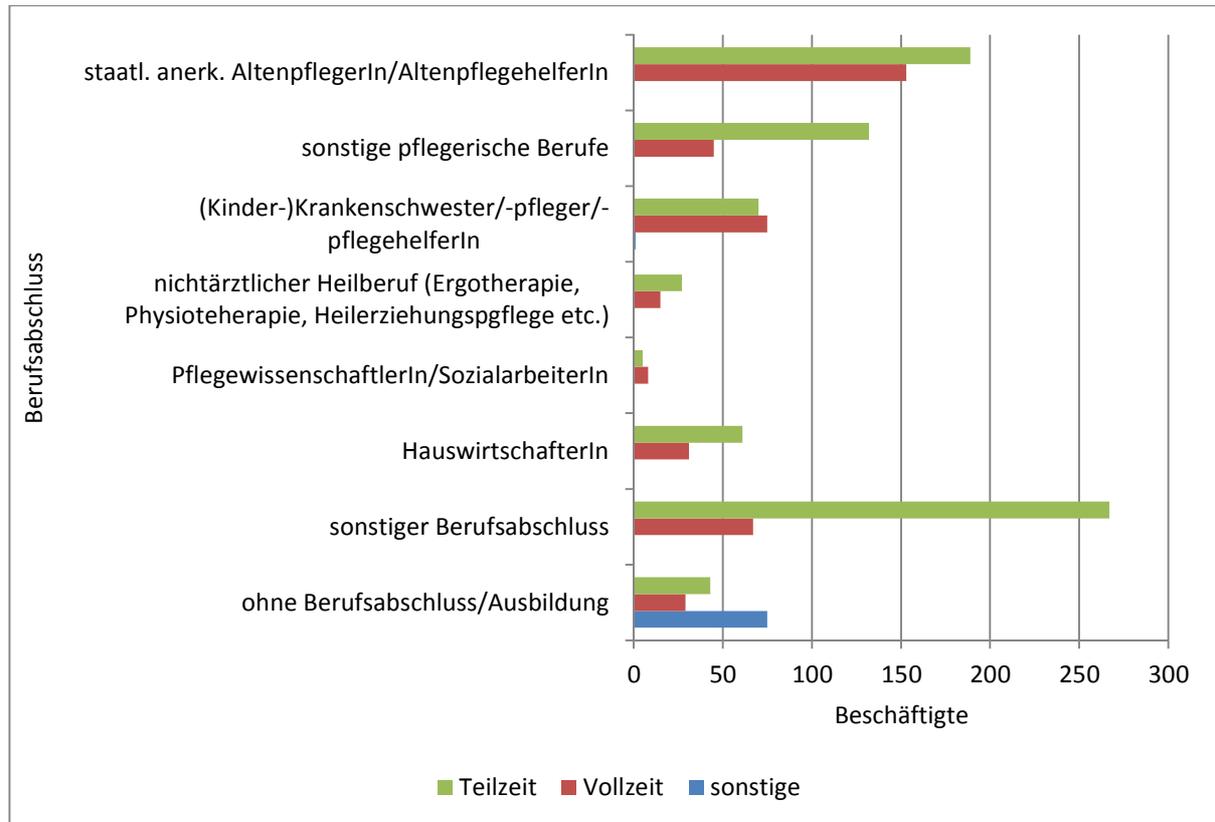
Quelle: eigene Darstellung nach LSN Pflegestatistik 1999, 2007, 2015

In den stationären Einrichtungen ist im Vergleich zur ambulanten Pflege der Anteil der in einem Pflegeberuf qualifizierten Pflegekräfte geringer. Mit 51 % stellt diese Art der beruflichen Qualifikation jedoch die Mehrheit unter den Beschäftigten und ist im Zeitvergleich sogar gestiegen (1999: 45 %). Auch arbeiten viele dieser Personen in Vollzeit. Der Anteil der beruflichen Quereinsteiger weist mit 26 % einen ähnlichen Umfang wie in den ambulanten Pflegediensten auf und hat sich seit 1999 (21 %) erhöht. Besaßen im Jahr 1999 noch 1,5 % der Pflegekräfte einen akademischen Abschluss, waren es 2015 nur noch 1,0 %. Der Anteil der Beschäftigten, die keinen Berufsabschluss besaßen bzw. noch in der Ausbildung waren, betrug 11 % (1999: 25 %).

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass im Gegensatz zur ambulanten Pflege das Qualifikationsniveau der Mitarbeiter im stationären Bereich tendenziell zunimmt. Einzig eine Akademisierung der Pflege ist nicht zu beobachten.



Abb. 44: Berufsabschlüsse des Pflegepersonals in stationären Pflegeeinrichtungen nach Beschäftigungsverhältnis – LK Gifhorn



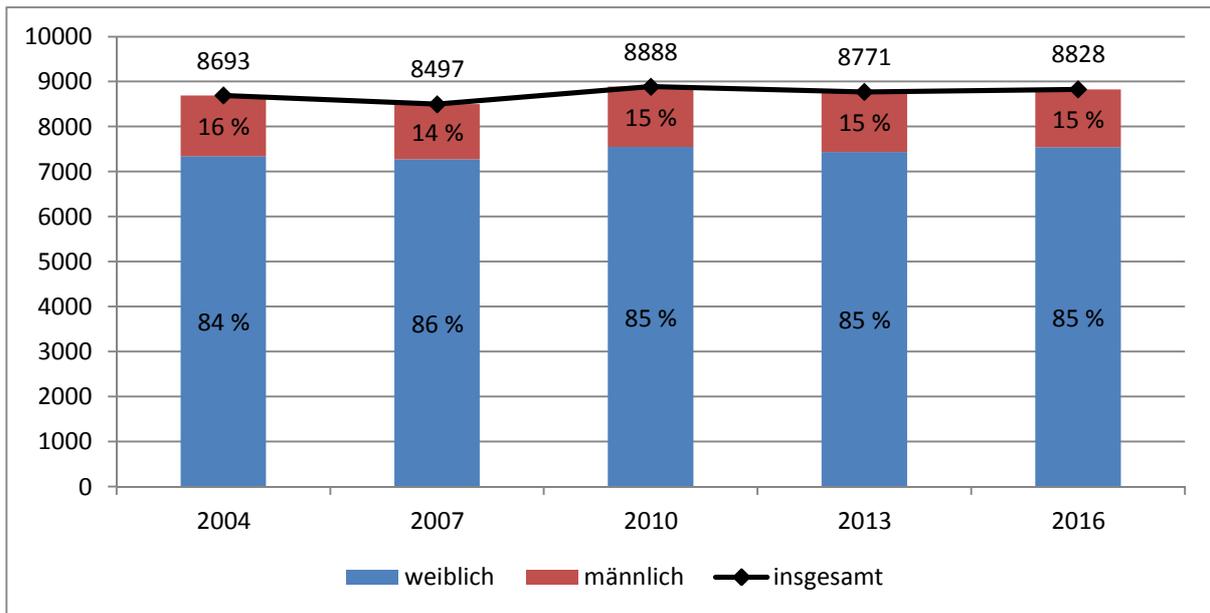
Quelle: eigene Darstellung nach LSN Pflegestatistik 2015

Wichtige stationäre Einrichtungen bei der Versorgung alter, kranker und pflegebedürftiger Menschen sind die Kliniken in Gifhorn und Wittingen. Leider bietet die Krankenhausstatistik des Landes keine kleinräumigen Angaben zu den Pflegenden in diesen Institutionen im Landkreis Gifhorn. Auf Ebene der Region Südostniedersachsen²⁷ kann jedoch festgestellt werden, dass die Anzahl des nichtärztlichen Personals in den Pflegediensten der Kliniken in den letzten Jahren nur leicht angestiegen ist. Diese Entwicklung ist immer davon abhängig, ob neue Einrichtungen hinzukommen bzw. Erhöhungen der jeweiligen Bettenzahlen stattfinden.

²⁷ Hier zählen die Städte Braunschweig, Wolfsburg und Salzgitter sowie die Landkreise Gifhorn, Goslar, Helmstedt, Northeim, Osterode, Peine, Wolfenbüttel und Göttingen zur Region.



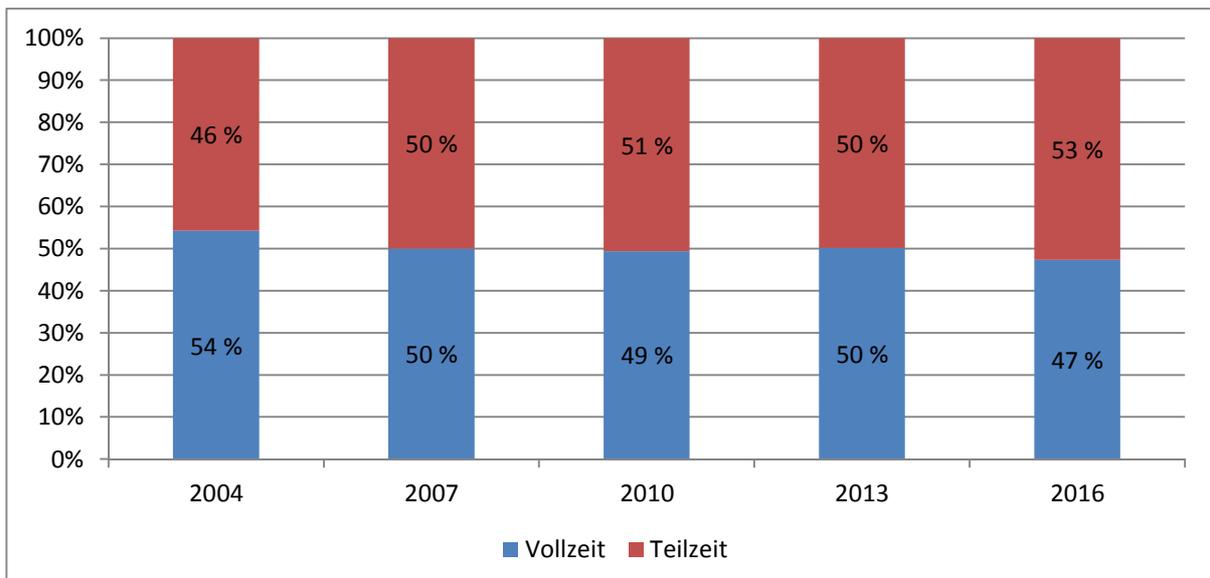
Abb. 45: Entwicklung des Pflegepersonals in Kliniken 2004-2016 – Region



Quelle: eigene Darstellung nach LSN Krankenhausstatistik

Betrachtet man die Entwicklung der Beschäftigungsverhältnisse in den Krankenhäusern der Region, ist festzustellen, dass sich Voll- und Teilzeitarbeitsverhältnisse in etwa die Waage halten, aber auch hier der Anteil der Vollzeitstellen tendenziell leicht zurückgeht. Allerdings ist dieser Trend bei weitem nicht so ausgeprägt wie in den Pflegeheimen.

Abb. 46: Entwicklung der Beschäftigungsverhältnisse des Pflegepersonals in Kliniken 2004-2016 – Region



Quelle: eigene Darstellung nach LSN Krankenhausstatistik

Positiv ist in diesem Zusammenhang zu erwähnen, dass das Klinikum Gifhorn im Jahr 2013 auf die demografischen Entwicklungen und die sich in diesem Zusammenhang verändernde Patientenstruktur mit der Einrichtung einer geriatrischen Station reagierte. Zudem ist eine Mitarbeiterin des

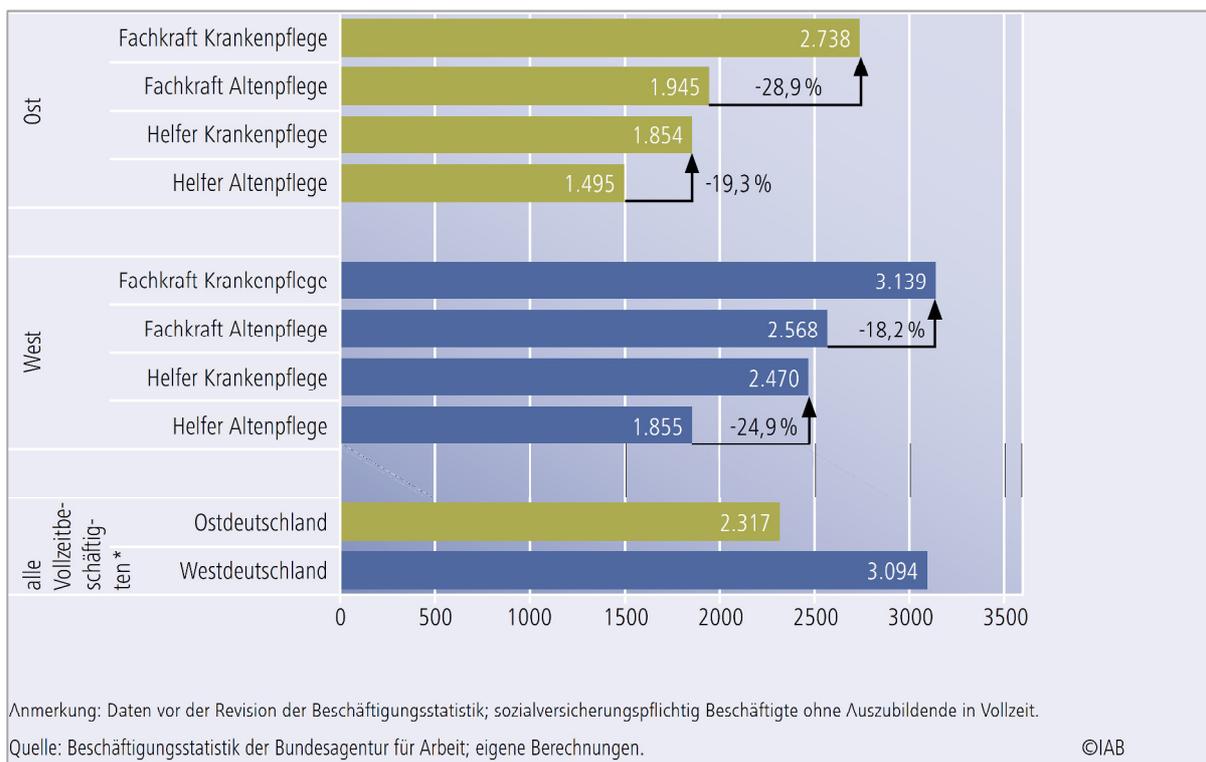


Krankenhaussozialdienstes zur Demenzbeauftragten weiterqualifiziert worden, mit dem Auftrag, alle Mitarbeitenden des Klinikums für die besonderen Belange demenzerkrankter Patienten zu sensibilisieren. Darüber hinaus wurden mehrere Stellen für Alltagsbegleiter für Menschen mit Demenz geschaffen, die kognitiv eingeschränkte Patienten in der Alltagsgestaltung unterstützen und dabei von der Demenzbeauftragten koordiniert werden.

6.2.3. Rahmenbedingungen

Ein wichtiger Faktor bei der Beurteilung der Rahmenbedingungen, unter denen Pflegekräfte arbeiten, ist die Entlohnung. Dabei ist festzustellen, dass zwischen den Beschäftigten in der Altenpflege und denjenigen in der Gesundheits- und Krankenpflege eine signifikante Gehaltslücke besteht. So verdienen in den westdeutschen Bundesländern Fachkräfte in der Altenpflege fast 20 % weniger als ihre Kollegen in der Gesundheits- und Krankenpflege. Bei den Hilfskräften beträgt der Unterschied sogar knapp 25 %. Mithin verdienen Helfer in der Gesundheits- und Krankenpflege annähernd genauso viel wie Altenpflegefachkräfte.

Abb. 47: Entgelte von Fachkräften und Helfern in Pflegeberufen 2013 – Deutschland



Quelle: IAB 2015a

Dabei existieren aufgrund der unterschiedlichen Höhe der zwischen Kostenträgern und Leistungserbringern ausgehandelten Pflegesätze in den einzelnen Bundesländern teilweise erhebliche regionale Differenzen. Da in Niedersachsen die niedrigsten Pflegesätze aller westdeutschen Bundesländer vorherrschen und somit hier weit weniger Geld im Pflegesystem vorhanden ist als andernorts, verdienen niedersächsische Altenpflegefachkräfte im Vergleich zu ihren Kollegen in z. B. Nordrhein-Westfalen, Bayern oder Baden-Württemberg durchschnittlich bis zu 23 % weniger. Noch größer sind die Abstände in den pflegerischen Helferberufen, wo die Lücke zu Nordrhein-Westfalen

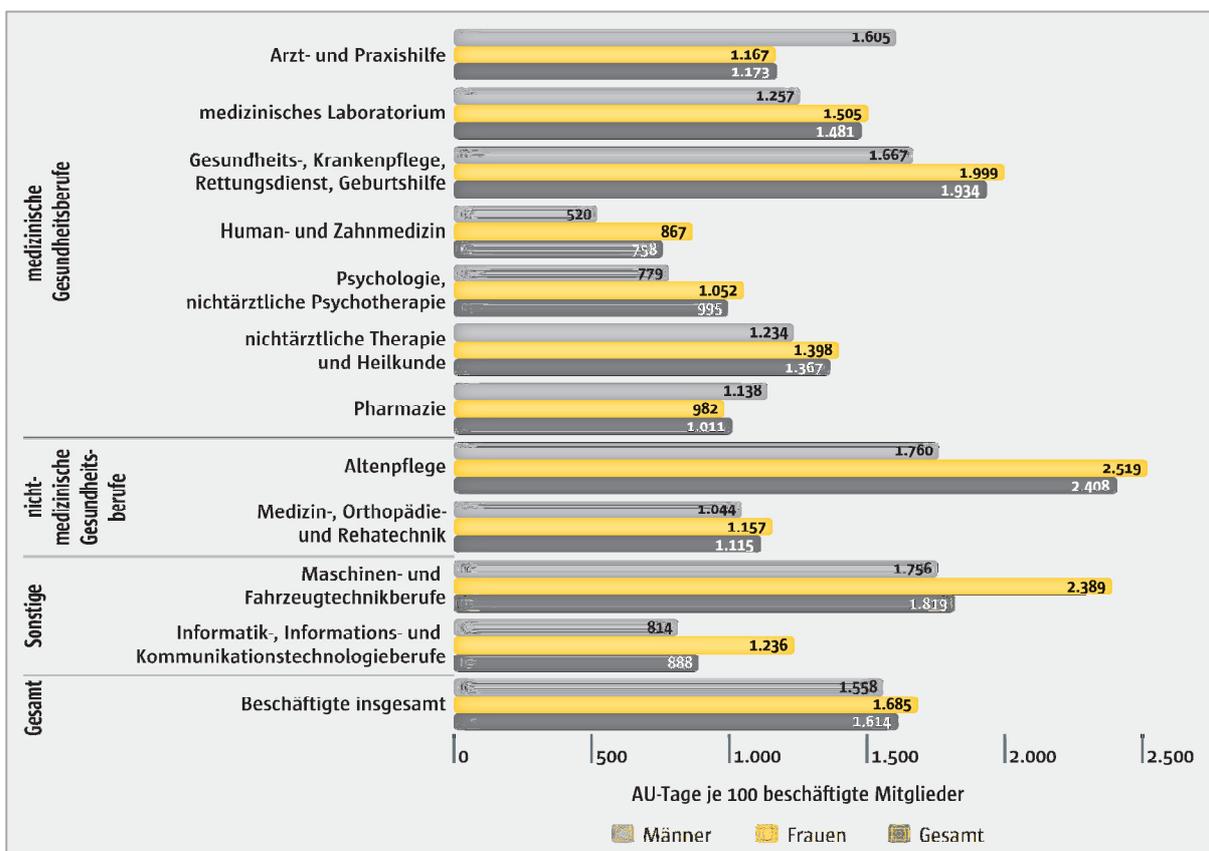


etwa 29 % beträgt. Auch in der Gesundheits- und Krankenpflege gehören die Pflegekräfte in Niedersachsen zu den durchschnittlich am geringsten entlohnten in ganz Westdeutschland, wobei die Lücken zu den Spitzenreitern Saarland und Rheinland-Pfalz mit 9 % (Fachkräfte) bzw. 12 % (Helfer) nicht ganz so eklatant ausfallen wie in der Altenpflege²⁸.

Professionelle Pflegekräfte sind bei der Ausübung ihres Berufes hohen physischen und psychischen Belastungen ausgesetzt. Diese Tatsache spiegelt sich unter anderem in den durch Krankheit bedingten Arbeitsausfällen wider. Nach Auswertungen der Daten von 4,4 Millionen Versicherten der Betriebskrankenkassen ist die Anzahl der durchschnittlichen Krankheitstage in der Alten- und Krankenpflege höher als in allen anderen Berufsgruppen²⁹. So waren im Jahr 2015 die Beschäftigten in der Altenpflege rund 24 Tage und die Kräfte in der Gesundheits- und Krankenpflege rund 19 Tage arbeitsunfähig geschrieben. Im Durchschnitt aller Beschäftigten lag die Anzahl der jährlichen Fehltage aufgrund von Krankheiten bei 16.

Ähnlich wie bei den Hauptpflegepersonen im häuslichen Bereich der Familienpflege sind die häufigsten Gründe für die Ausfallzeiten der professionellen Pflegekräfte psychische Erkrankungen sowie Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems. Hinzu kommt ein hoher Anteil an Neubildungen von Tumoren.

Abb. 48: AU-Tage der beschäftigten Mitglieder nach ausgewählten Berufsgruppen und Geschlecht 2015 – Deutschland



Quelle: BKK Gesundheitsatlas 2017

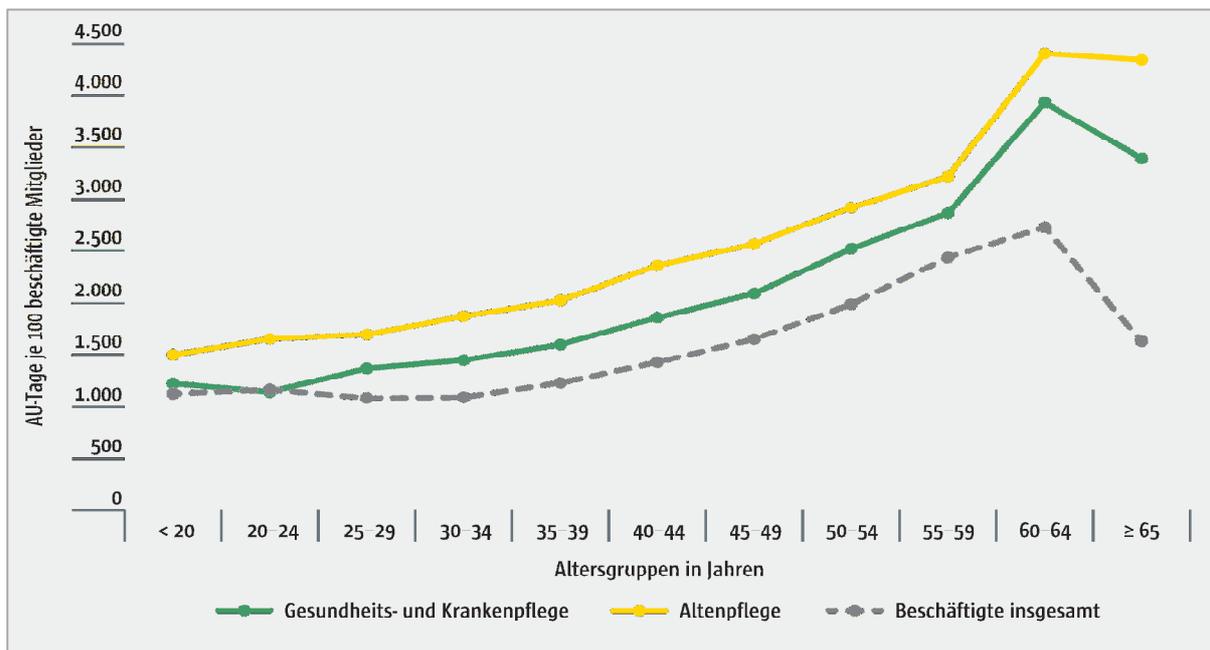
²⁸ vgl. IAB 2015b

²⁹ vgl. BKK Dachverband 2017



Wie in anderen Berufsfeldern auch, steigt die durchschnittliche Anzahl der jährlichen Krankheitstage der Pflegekräfte mit zunehmendem Alter der Beschäftigten an³⁰. Fehlen die unter 20-Jährigen Altenpfleger krankheitsbedingt im Durchschnitt 15 Tage pro Jahr, sind es bei den 60 bis 64-Jährigen schon mehr als 40 Tage. Unter den Gesundheits- und Krankenpflegern sind die Quoten zwar geringer, aber immer noch weit über dem Durchschnitt aller Beschäftigten. Besonders in den höheren Altersklassen vergrößert sich der jeweilige Abstand zum Durchschnitt noch einmal deutlich.

Abb. 49: AU-Tage der Beschäftigten in den Pflegeberufen nach Altersgruppen 2015 – Deutschland



Quelle: BKK Gesundheitsatlas 2017

Aufgrund der aufgezeigten Ergebnisse zu den Rahmenbedingungen in den Pflegeberufen überrascht es wenig, dass in Befragungen von Arbeitnehmern und Unternehmen zur Einschätzung der aktuellen und zukünftigen Situation in den verschiedenen Wirtschaftszweigen die Pflegebranche ihre Lage relativ negativ betrachtet. So gaben im Rahmen des Care-Klima-Indexes³¹ z. B. 56 % der Befragten der Pflegeprofessionen an, die Pflege habe einen geringen gesellschaftlichen Stellenwert, wohingegen im Durchschnitt aller anderen Befragten nur 27 % dieser Meinung waren. Die Frage, ob die Pflege eine schlechte Lobby in der Politik besitzt, bejahten die Pflegevertreter zu 91%, während diese Frage unter allen Befragten nur zu 69 % mit ja beantwortet wurde.

Dass die personelle Ausstattung mit professionellen Pflegekräften nicht ausreicht, fanden 80 % der Pflegevertreter, aber nur 45 % der Kostenträger. Auch bei der Beurteilung der zukünftigen Gefährdung der Sicherstellung der Pflegequalität bestehen Unterschiede in der Beurteilung zwischen diesen beiden Gruppen. So sehen 65 % der professionellen Pflege die Versorgung perspektivisch als gefährdet an, während dies nur 51 % der Kostenträger tun.

³⁰ vgl. ebd.

³¹ vgl. Psyma Group AG 2018

6.2.4. Fachkräftemangel

Aufgrund der genannten Entwicklungen und aktuellen Rahmenbedingungen bestehen schon heute vielfach Engpässe bei der Besetzung freier Stellen in den Pflegeberufen. Besonders in der Altenpflege machen sich diese Engpässe zunehmend bemerkbar. Laut Bundesagentur für Arbeit (BA) ist die Altenpflege die einzige Berufsgruppe, in der flächendeckend von einem Fachkräftemangel gesprochen werden kann. In keinem Bundesland stehen rechnerisch ausreichend arbeitslose Bewerber zur Verfügung, um damit die der BA gemeldeten Stellen zu besetzen. Daher ist die Vakanzzeit offener Stellen in der Altenpflege bundesweit mit aktuell durchschnittlich 171 Tagen die höchste unter allen Berufen (67 % über dem Durchschnitt) und hat sich im Vergleich zum Vorjahr noch einmal um 9 Tage erhöht. Demnach kommen auf 100 offene Stellen 29 Arbeitslose Altenpflegefachkräfte, was einen Rückgang um 7 Arbeitslose im Vergleich zum Vorjahr bedeutet³².

Diese bundesweiten bzw. nach Bundesländern differenzierten Ergebnisse bedürfen jedoch möglichst einer regionalen Betrachtung. So liegt die durchschnittliche Vakanzzeit freier Stellen in der Altenpflege in der Arbeitsmarktreion Braunschweig-Wolfsburg³³ aktuell bei 142 Tagen (Gesundheits- und Krankenpflege, Rettungsdienst und Geburtshilfe 138 Tage), bei einer Vakanzzeit über alle Berufe in der Region von 97 Tagen.

Abb. 50: Engpässe bei Fachkräften und Spezialisten³⁴ in der Altenpflege Dezember 2017 - Deutschland



³² vgl. Bundesagentur für Arbeit 2017

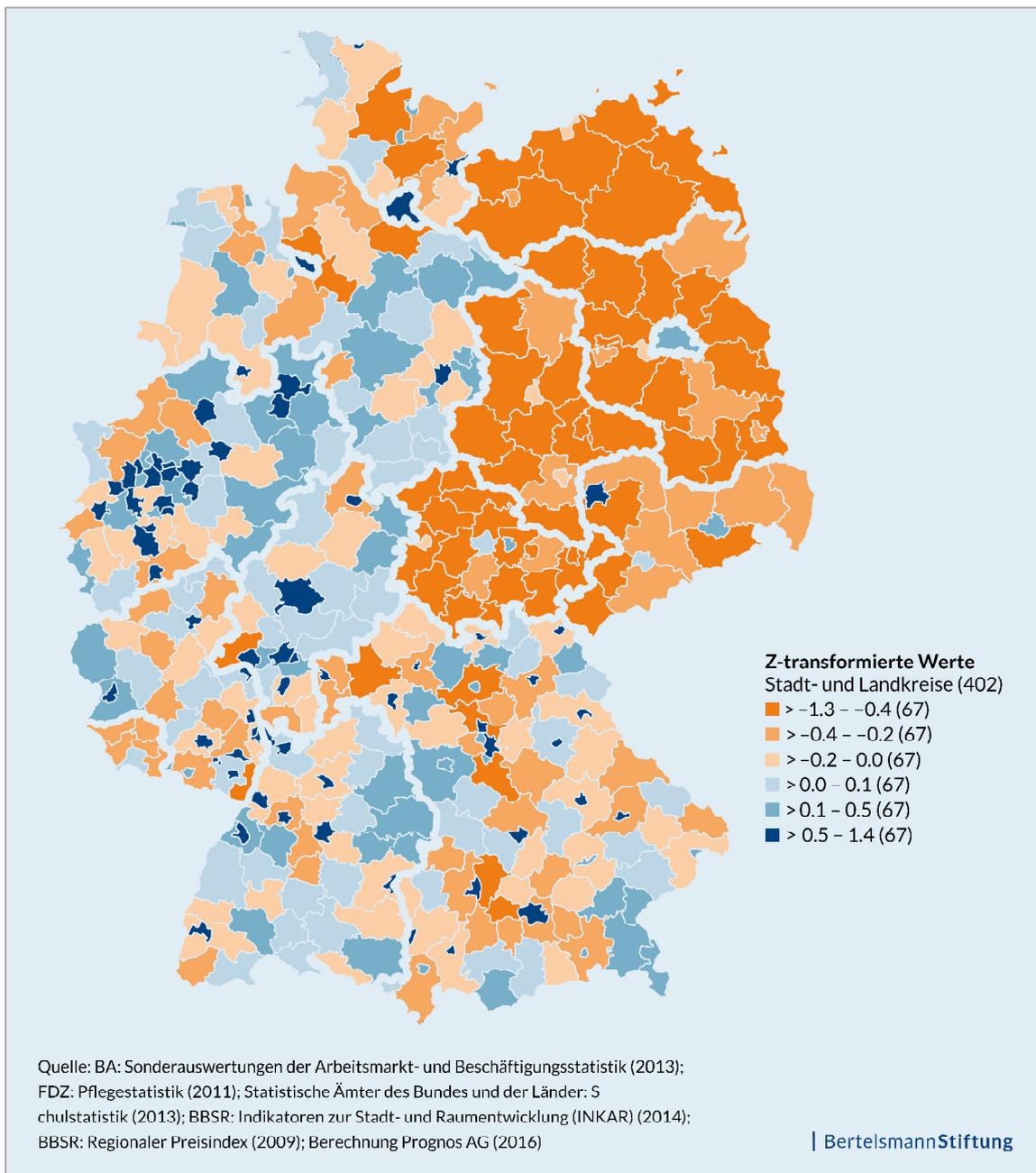
³³ Zur Arbeitsmarktreion Braunschweig-Wolfsburg der BA zählen die Städte Braunschweig, Wolfsburg und Salzgitter sowie die Landkreise Gifhorn, Goslar, Helmstedt, Peine und Wolfenbüttel.

³⁴ Spezialisten sind Fachkräfte mit Zusatzqualifikationen beispielsweise für klinische Geriatrie, Rehabilitation, Palliativ oder Onkologie.



Nach Auswertungen der Bertelsmann-Stiftung³⁵, die Analysen auf Ebene der Städte und Landkreise bieten, ist das Verhältnis der Nachfrage nach professioneller Pflege und das gleichzeitige Personalangebot besonders in den ostdeutschen Bundesländern, aber auch in weiten Teilen Westdeutschlands als schlecht zu beurteilen. Auch der Landkreis Gifhorn weist dabei unterdurchschnittliche Werte auf. Erkennbar ist ebenso, dass ein Stadt-Land-Gefälle besteht, wonach das Angebot an Pflegepersonal im Verhältnis zur Nachfrage in den großen Städten größer zu sein scheint und gleichzeitig die direkt umliegenden Flächenkreise Probleme aufweisen – z. B. um Hamburg, München, Bremen, Leipzig, aber auch Braunschweig.

Abb. 51: Verhältnis der Nachfrage nach professioneller Pflege und Personalangebot in der Pflege – Deutschland



³⁵ vgl. Bertelsmann-Stiftung 2016

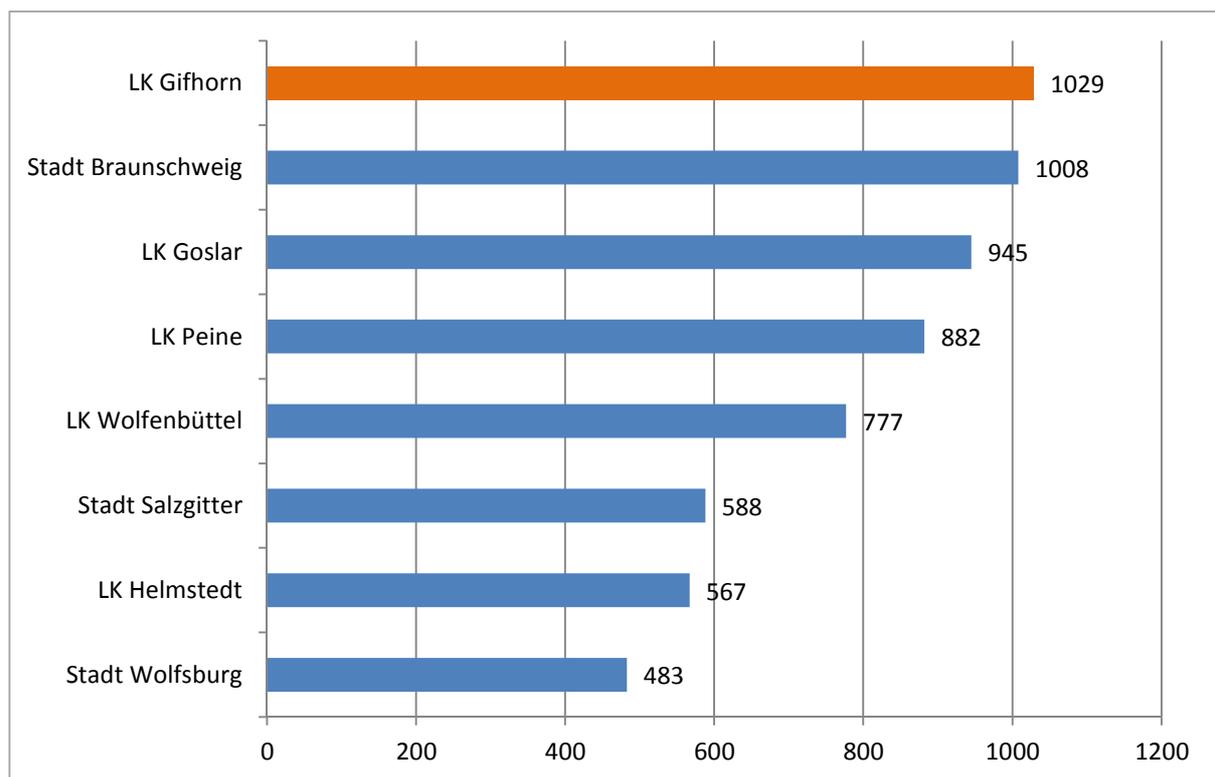


Angesichts der zu erwartenden Zunahme an Pflegebedürftigen und der damit einhergehenden stärkeren Nachfrage nach professionellen Pflegedienstleistungen, beschäftigen sich Untersuchungen mit dem zukünftigen Bedarf an Fachkräften in der Pflege.

Regionalisierte Aussagen dazu liefert bisher weiterhin nur die Studie der Bertelsmann-Stiftung³⁶ zum zukünftigen Fehlen von Pflegekräften aus dem Jahr 2012. Hier wurde errechnet, dass im so genannten Status-Quo-Szenario – wonach alle bisherigen Entwicklungen unverändert weiterlaufen – eine Lücke bei den Pflegekräften bis zum Jahr 2030 von bundesweit 430.000 Vollzeitäquivalenten (VZÄ) zu erwarten ist. Bei der Beibehaltung der heutigen Beschäftigungsstruktur – hoher Anteil an Teilzeitstellen – würden mithin 606.000 Personen in der Pflege fehlen.

Für den Landkreis Gifhorn bedeutete dies vor dem Hintergrund des überdurchschnittlichen Zuwachses an Pflegebedürftigen einen Bedarf von mehr als 1.450 zusätzlichen Pflegekräften (1.029 VZÄ) im Zeitraum 2009 bis 2030.

Abb. 52: Versorgungslücke in der Pflege 2009 bis 2030 in Vollzeitäquivalenten – Region



Quelle: eigene Darstellung nach Bertelsmann-Stiftung

Andere Untersuchungen kommen zu ähnlichen Ergebnissen. So geht eine Studie der Prognos AG³⁷, die sich mit den Auswirkungen des potenziellen Pflegenotstandes auf die Wirtschafts- und Wohlfahrtsentwicklung beschäftigt, von einer Versorgungslücke von bundesweit 520.000 VZÄ bis 2030 aus.

³⁶ vgl. Bertelsmann-Stiftung 2012

³⁷ vgl. vbw 2012



Angesichts der angespannten Situation und vor dem Hintergrund der zukünftigen Entwicklungen wird nach Auswegen aus der problematischen Lage gesucht. Eine mögliche Lösung wird dabei in der Rekrutierung ausländischer Pflegefachkräfte gesehen, wie sie auch im Landkreis Gifhorn an einigen Stellen geschieht. Die zuwanderungs- und aufenthaltsrechtlichen Rahmenbedingungen sind – insbesondere aufgrund der Arbeitskräfteengpässe auch in anderen Wirtschaftszweigen – in den letzten Jahren deutlich verbessert worden. Dennoch nutzen bisher relativ wenige Unternehmen des Pflegesektors die entsprechenden Möglichkeiten. Diejenigen, die ausländische Pflegefachkräfte beschäftigen, berichten, dass die Einstellung bisher nicht ohne Probleme vonstattengeht und weitere Verbesserungen bei der Reduzierung des administrativen Aufwandes, der Willkommenskultur von Behörden, der Förderung von Deutsch als Fremdsprache im Ausland sowie der Bildung von regionalen Netzwerken notwendig sind³⁸.

Neben der Anwerbung ausländischer Fachkräfte bedarf es jedoch weiterer Anstrengungen bei der allgemeinen Imageverbesserung der Berufsbilder, der Reduzierung der vielen Teilzeitbeschäftigungsverhältnisse und der Erhöhung der Erwerbsbeteiligung von Frauen. Hinzu kommen die relativ schlechten finanziellen Rahmenbedingungen in Niedersachsen, deren Verbesserung angezeigt scheint.

Im Landkreis Gifhorn diskutieren die Akteure des Pflegesektors seit 2013 die Fachkräfteproblematik im Rahmen der Pflegekonferenz. Im Jahr 2017 fanden dazu zwei sogenannte Runde Tische Pflege unter Beteiligung der Politik und der Kostenträger statt. Daneben ist aus der Pflegekonferenz heraus ein Forderungsschreiben an das niedersächsische Sozialministerium ergangen. Ferner engagiert sich der Landkreis Gifhorn im Rahmen des von der Allianz für die Region GmbH organisierten Fachkräftebündnisses Südostniedersachsen im regionalen Netzwerk zur Fachkräftesicherung in der Pflege. Hier wurden unter anderem eine Imagekampagne für Pflegeberufe erarbeitet, die 2018 startet, eine Zertifizierungsstelle zur Anerkennung erworbener Qualifikationen im Helferbereich entwickelt sowie Projekte zur kollegialen Beratung und zur Zertifizierung als attraktiver Arbeitgeber initiiert.

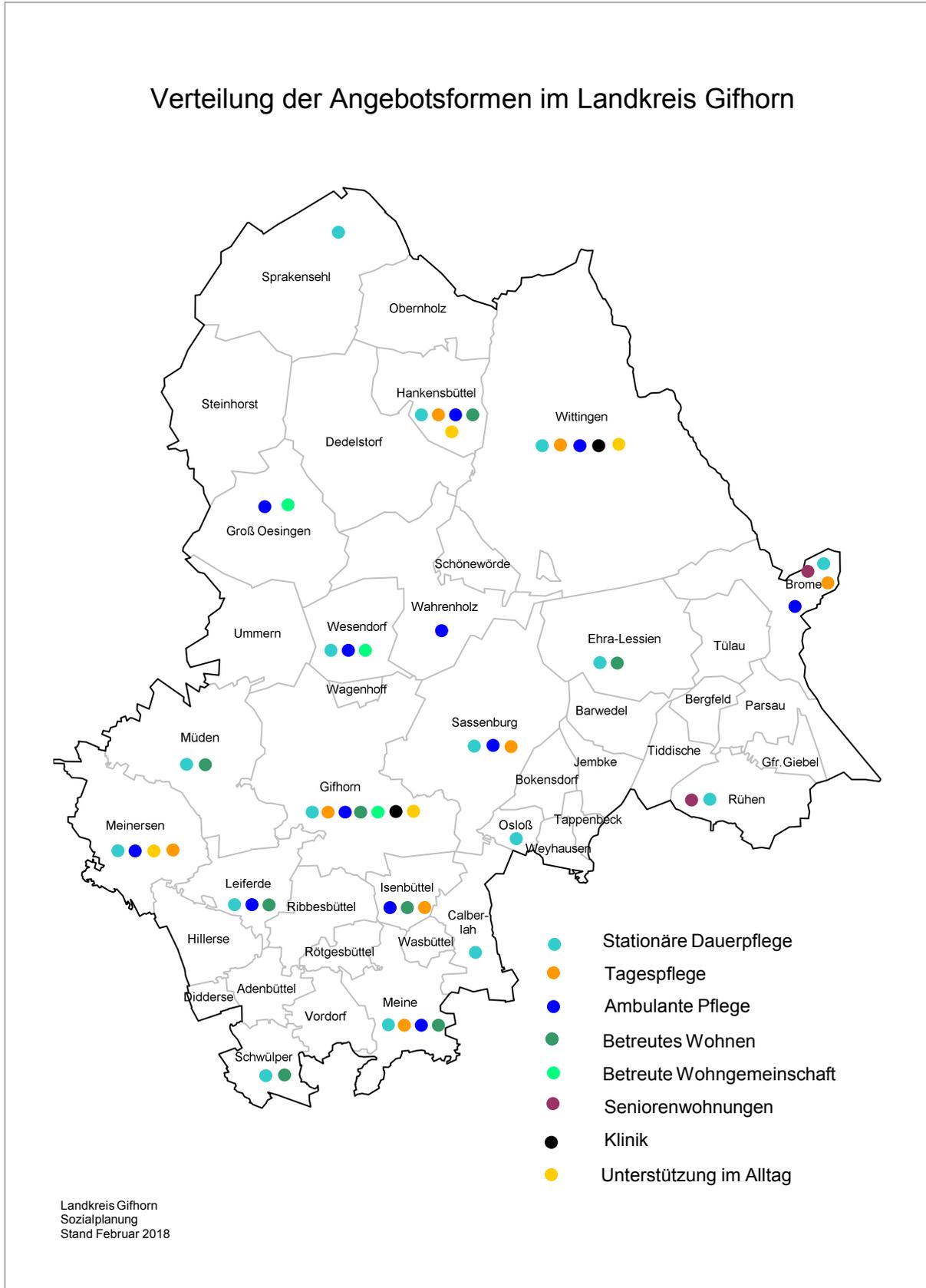
Darüber hinaus ist der Landkreis Gifhorn bestrebt, im Rahmen des Landesmodellprojektes Gesundheitsregionen Niedersachsen ein Projekt zur Gesundheitsförderung von Auszubildenden und Berufsanfängern in der Alten- und Krankenpflege zu implementieren.

³⁸ vgl. Bertelsmann-Stiftung 2015



7. Pflegeinfrastruktur

Abb. 53: Angebotsformen der pflegerischen Versorgung – Gemeinden



Quelle: Landkreis Gifhorn



7.1. Ambulante Pflege

Solange wie möglich in der vertrauten Umgebung zu verbleiben und Unterstützung, die bei eintretender Hilfe- oder Pflegebedürftigkeit benötigt wird, im gewohnten Umfeld zu erfahren, ist der Wunsch der meisten älteren Menschen. Durch den gesetzlich unterstützten Grundsatz ambulant vor stationär (§ 3 SGB XI) soll der häuslichen Pflege nach Möglichkeit der Vorrang vor einer stationären Unterbringung eingeräumt werden. Auch im Sozialhilferecht sind Leistungsansprüche vorgesehen, die der ambulanten Versorgung vor teilstationärer und Kurzzeitpflege und dieser wiederum vor stationärer Pflege einen Vorrang einräumen (§ 13 Abs. 1 SGB XII). Darüber hinaus werden Heimkosten nur nach erfolgter Prüfung und Anerkennung der Heimpflegebedürftigkeit vom Sozialhilfeträger übernommen.

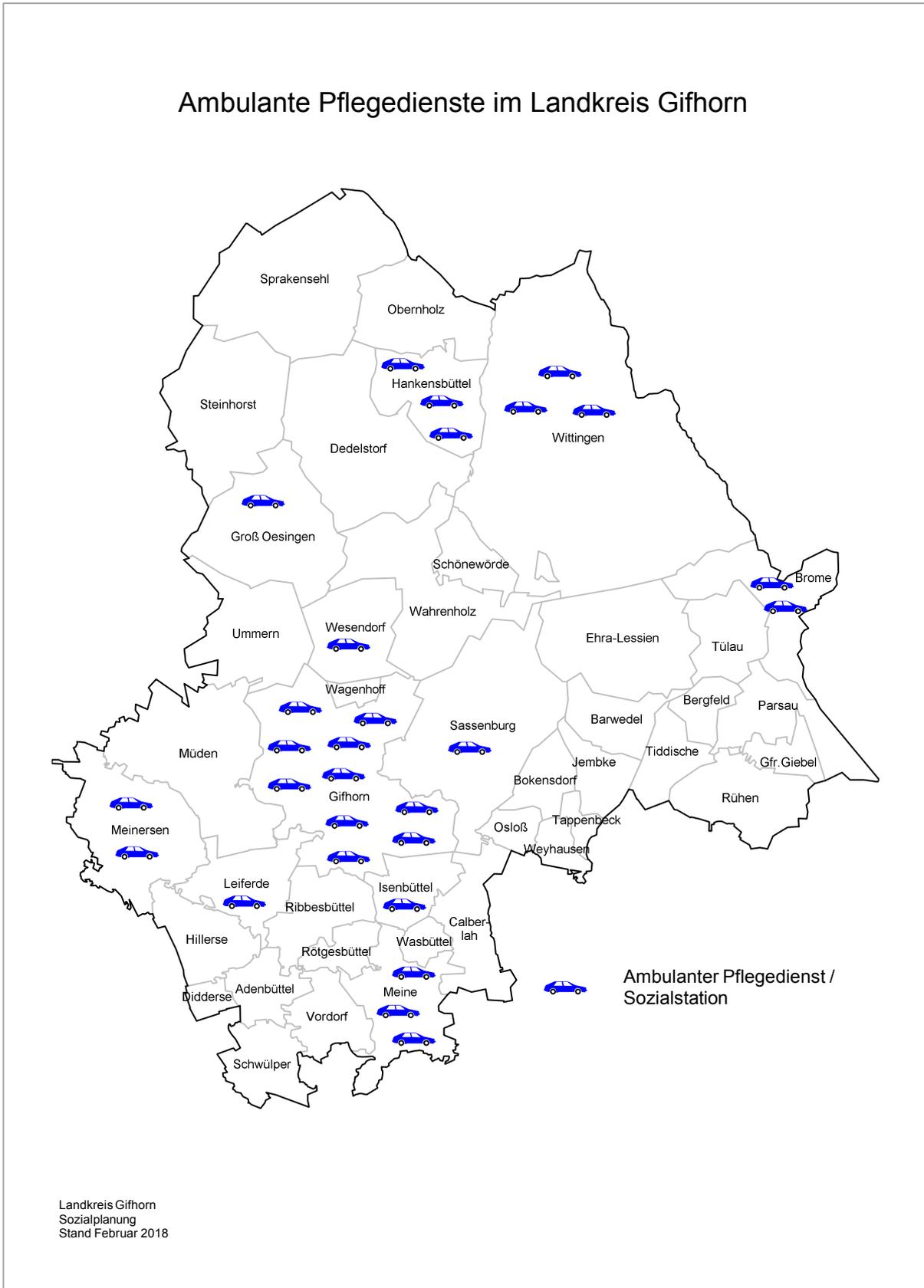
Ambulante Pflege ermöglicht das Erbringen von Pflegeleistungen in den eigenen vier Wänden. Dabei werden professionelle ambulante Pflegedienste oft als Ergänzung zur Betreuung durch pflegende Angehörige in Anspruch genommen. Die Pflegestatistik definiert Pflegedienste als selbstständig wirtschaftende Einrichtungen, die unter Verantwortung einer Pflegefachkraft Pflegebedürftige in ihrer Wohnung pflegen und hauswirtschaftlich versorgen. Die ambulanten Pflegedienste und Sozialstationen bieten dabei neben den pflegerischen und hauswirtschaftlichen auch betreuerische und sonstige ergänzende Leistungen an.

Die regionale Aufstellung der im Kreisgebiet ansässigen ambulanten Pflegedienste umfasst ausschließlich diejenigen Anbieter, die entweder ihren Hauptsitz oder eine Anlaufstelle in der entsprechenden Gebietseinheit haben. Bei der Betrachtung der räumlichen Verteilung fällt auf, dass in der Samtgemeinde Boldecker Land kein Pflegedienst ansässig ist, während sich in den restlichen Gebietseinheiten mindestens jeweils ein Anbieter befindet. Da die jeweiligen Einzugsbereiche keiner statischen Begrenzung unterliegen und über die einzelnen Stadt- bzw. Gemeindegrenzen hinausgehen, besteht die Möglichkeit, dass die aufgeführten Pflegedienste ihre Leistungen in einer anderen Gebietseinheit als der ihres Sitzes erbringen. Ferner sind auch Anbieter im Kreisgebiet tätig, die ihren Standort außerhalb des Landkreises Gifhorn haben. So ist in der Samtgemeinde Boldecker Land keine Unterversorgung bekannt.

Insgesamt befinden sich momentan 28 Hauptsitze und Anlaufstellen von privaten ambulanten Pflegediensten und freigemeinnützigen Sozial- und Diakoniestationen im Landkreis Gifhorn.



Abb. 54: Ambulante Pflegedienste und Sozialstationen – Gemeinden



Quelle: Landkreis Gifhorn



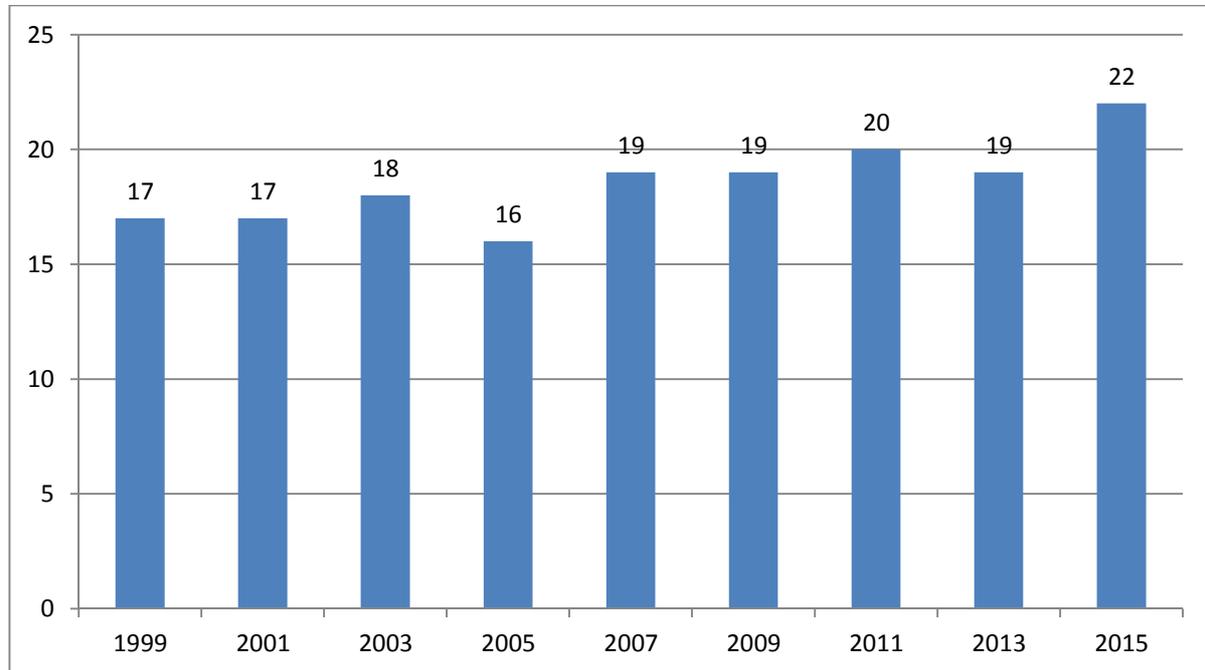
Tab. 1: Ambulante Pflegedienste und Sozialstationen – Gebietseinheiten

Stadt, Einheits- bzw. Samtgemeinde	Träger
Stadt Gifhorn	Ambulante Krankenpflege Bettina Harms GmbH
	Ambulante Hauskrankenpflege Gudrun Hunger
	APS Ehlers und Rogalski
	Diakoniestation Gifhorn gGmbH
	DIAPP gGmbH
	DRK Sozialstation Gifhorn
	Haus der Lebenshilfe Gifhorn gGmbH
	Häuslicher Pflegedienst Bartels
	Lagune GmbH
	Notfunkdienst Gifhorn e.V.
Stadt Wittingen	Ambulante Krankenpflege Bettina Harms GmbH
	Diakoniestation Wittingen gGmbH
	Häuslicher Krankenpflegedienst Wertig-Lietz
EG Sassenburg	DRK Sozialstation Grußendorf
SG Brome	Ambulante Krankenpflege Bettina Harms GmbH
	Diakoniestation Wittingen gGmbH
SG Hankensbüttel	Ambulante Krankenpflege Bettina Harms GmbH
	Diakoniestation Wittingen gGmbH
	Ihr Pflegedienst Kroll GmbH
SG Isenbüttel	Diakoniestation Isenbüttel
SG Meinersen	Diakoniestation Meinersen
	Häuslicher Pflegedienst Bartels
	Pflegedienst Meinersen Silke Buchholz
SG Papenteich	Ambulante Krankenpflege Meine
	Diakoniestation Meine
	Pflegedienst Susanne Borchert
SG Wesendorf	Ambulante Krankenpflege Bettina Harms GmbH
	Eleonora Sonnenberg Ambulante Pflege GmbH



Im Zuge der beschriebenen Zunahme der durch ambulante Pflegedienste versorgten pflegebedürftigen Menschen hat sich auch die Zahl der Pflegedienste in den letzten Jahren erhöht.

Abb. 55: Entwicklung der Anzahl der ambulanten Pflegedienste – LK Gifhorn



Quelle: eigene Darstellung nach LSN Pflegestatistik 1999-2015

Dass die für das Jahr 2015 ausgewiesene Anzahl der Pflegedienste geringer ist als die der oben aufgeführten, hängt mit der Regionalisierung verschiedener Anbieter zusammen. Anlaufstellen oder Filialen, die sich nicht am Ort des Hauptsitzes befinden, werden hier nicht erfasst.

Deutlich wird dennoch, dass in der Vergangenheit ein Ausbau der ambulanten Versorgungsstrukturen stattgefunden hat, was dem Grundsatz des Vorrangs einer ambulanten vor einer stationären Pflege folgt. Begründet könnte dies auch darin sein, dass ein Großteil der Zunahme der Anzahl Pflegebedürftiger auf die Pflegestufe I entfällt und somit eine ambulante Versorgung oft noch problemfrei möglich ist. Auf der anderen Seite zeigt sich hier allerdings auch das abnehmende Potenzial der Angehörigenpflege, wodurch es verstärkt zur Inanspruchnahme von Kombinationsleistungen bzw. ausschließlich durchgeführter ambulanter Pflege kommt.

Ein weiteres Angebot, das nicht im Rechtskreis des SGB XI, sondern im SGB V angesiedelt ist, betrifft die ambulante Pflege psychisch Kranker. Die ambulante psychiatrische Pflege (APP) im Landkreis Gifhorn wird von der Diakoniestation Harz und Heide mit Sitz in Braunschweig vorgehalten.



7.2. Teilstationäre Pflege

Um bei Problemen mit der Sicherstellung einer adäquaten häuslichen Pflege den Verbleib eines pflegebedürftigen Menschen in der gewohnten Umgebung zu ermöglichen und zur Entlastung pflegender Angehöriger beizutragen, besteht die Möglichkeit, teilstationäre Angebote (§ 41 SGB XI) wahrzunehmen. Hierbei wird die qualifizierte Pflege und Betreuung mit dem Erhalt der vertrauten Häuslichkeit verbunden. Die Pflegebedürftigen werden tagsüber bzw. nachts in einer Einrichtung versorgt, wobei die Beförderung zur Einrichtung und zurück inbegriffen ist.

Wie bei der häuslichen Pflege wird zusätzlich Pflegegeld gezahlt, wenn die Kosten der teilstationären Versorgung unter dem für die jeweilige Pflegestufe vorgesehenen Höchstbetrag liegen. Die Ansprüche auf Tages- und Nachtpflege sind mit dem Pflegegeld, Pflegesach- oder Kombinationsleistungen frei kombinierbar und werden nicht auf diese angerechnet (§ 41 Abs. 3 SGB XI).

Im Landkreis Gifhorn existieren gegenwärtig 10 Tagespflegeeinrichtungen mit insgesamt 178 Plätzen. In Grußendorf steht eine weitere Tagespflege mit 18 Plätzen kurz vor der Eröffnung. Daneben sind weitere Tagespflegeeinrichtungen geplant. Während im Osten des Landkreises eine Einrichtung und im Nordkreis zwei Einrichtungen zu finden sind, konzentrieren sich die weiteren auf die Stadt Gifhorn und den Südkreis.

Angebote der Pflege und Betreuung über Nacht bestehen im Landkreis bisher nicht.

Durch den intensivierten Ausbau teilstationärer Angebote in der Vergangenheit hat diese Form der pflegerischen Versorgung mittlerweile auch Eingang in die offizielle Pflegestatistik gefunden. Allerdings werden differenzierte Angaben zur Pflegestruktur oder zu den Beschäftigten noch nicht veröffentlicht. Es bleibt daher weiterhin zu hoffen, dass in absehbarer Zeit umfangreichere und genauere Auswertungen zum Pflegegeschehen in teilstationären Einrichtungen möglich sind.

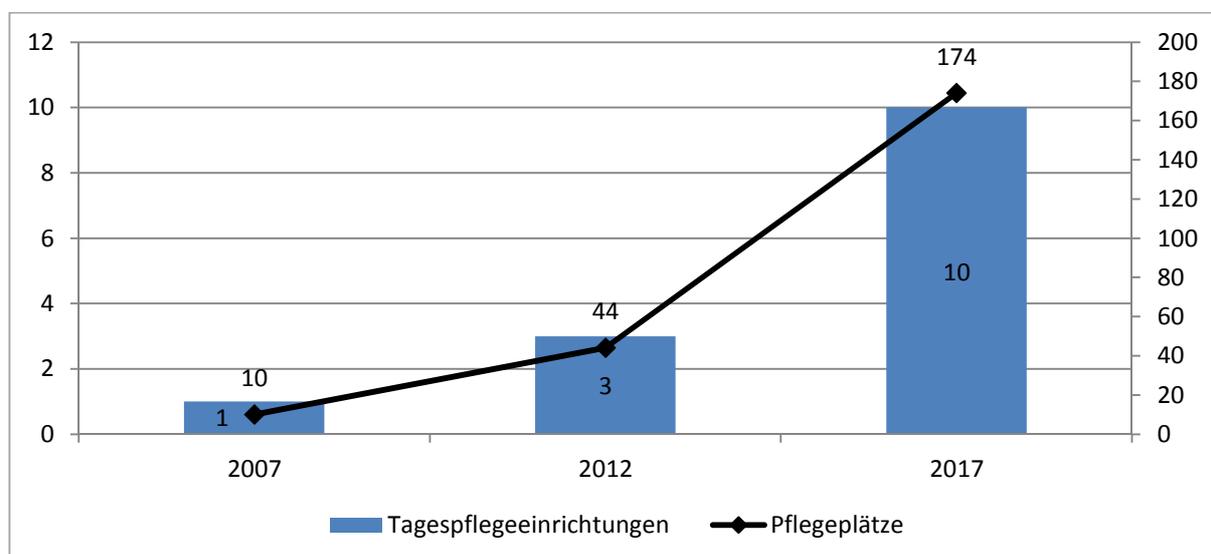


Tab. 2: Einrichtungen der Tagespflege und Tagespflegeplätze – Gebietseinheiten

Stadt, Einheits- bzw. Samtgemeinde	Träger	Plätze
Stadt Gifhorn	Ambulante Krankenpflege Bettina Harms GmbH	18
	APS Ehlers und Rogalski	20
	Notfunkdienst Gifhorn e.V.	10
Stadt Wittingen	Diakoniestation Wittingen gGmbH	20
EG Sassenburg	Elena Landgraf	24
SG Brome	Ambulante Krankenpflege Bettina Harms GmbH	15
SG Hankensbüttel	Ambulante Krankenpflege Bettina Harms GmbH	18
SG Isenbüttel	Diakoniestation Isenbüttel	17
SG Meinersen	Diakoniestation Meinersen	12
SG Papenteich	Ambulante Krankenpflege Meine	20

Die Leistungsverbesserungen für teilstationäre Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung, die entlastende Funktion dieser Angebote für pflegende Angehörige und der Ausbau der entsprechenden Infrastruktur hat die Nachfrage nach Tagespflege in der Vergangenheit stark erhöht. Im Zuge der Eröffnung neuer Tagespflegeangebote hat sich die Anzahl der Tagespflegeplätze im Landkreis Gifhorn in den Jahren 2012 bis 2017 mehr als vervierfacht.

Abb. 57: Entwicklung der teilstationären Pflegeeinrichtungen und Pflegeplätze – LK Gifhorn



Quelle: Landkreis Gifhorn



7.3. Verhinderungs- und Kurzzeitpflege

Ist die Hauptpflegeperson aufgrund von Erholungsurlaub, Krankheit oder aus anderen Gründen an der Pflege gehindert, besteht ein Anspruch auf Leistungen der Verhinderungspflege (§ 39 SGB XI). Für längstens sechs Wochen kann im Verhinderungsfall die Pflege von einer Ersatzpflegekraft oder in einer (teil-)stationären Einrichtung erbracht werden. Die Kosten der pflegebedingten Aufwendungen sowie der sozialen Betreuung werden von der Pflegekasse bis zu einem jährlichen Betrag von 1612,- Euro übernommen, wenn die Ersatzpflege durch andere Pflegepersonen sichergestellt wird. Kosten für Unterkunft und Verpflegung tragen die Pflegebedürftigen selbst. Unter bestimmten Voraussetzungen kann hierfür eine Kostenübernahme durch den Sozialhilfeträger erfolgen. Ergänzend zum Leistungsbetrag der Verhinderungspflege können bis zu 50 Prozent des Kurzzeitpflegebetrages (806,- Euro) als häusliche Verhinderungspflege genutzt werden.

Kann die Pflege z. B. im Anschluss an einen Klinikaufenthalt vorübergehend nicht im Haushalt durchgeführt werden, besteht die Möglichkeit der Kurzzeitpflege (§ 42 SGB XI). Dabei können pflegebedürftige Menschen in den Pflegegraden 2 bis 5 für einen begrenzten Zeitraum von bis zu acht Wochen pro Jahr stationär gepflegt werden. Die Pflegekasse übernimmt die Kosten der Ersatzpflege bis zu einem Betrag von 1612,- Euro pro Jahr. Noch nicht verbrauchte Leistungsbeträge der Verhinderungspflege im betreffenden Jahr können auch für die Kurzzeitpflege eingesetzt werden. Das Angebot der Kurzzeitpflege wird im Rahmen von sogenannten eingestreuten Kurzzeitpflegeplätzen – die Plätze können flexibel sowohl für Kurzzeit- als auch für Dauerpflege genutzt werden – in nahezu allen vollstationären Pflegeeinrichtungen vorgehalten. Feste, sogenannte solitäre Kurzzeitpflegeplätze sind momentan im Landkreis nicht vorhanden.

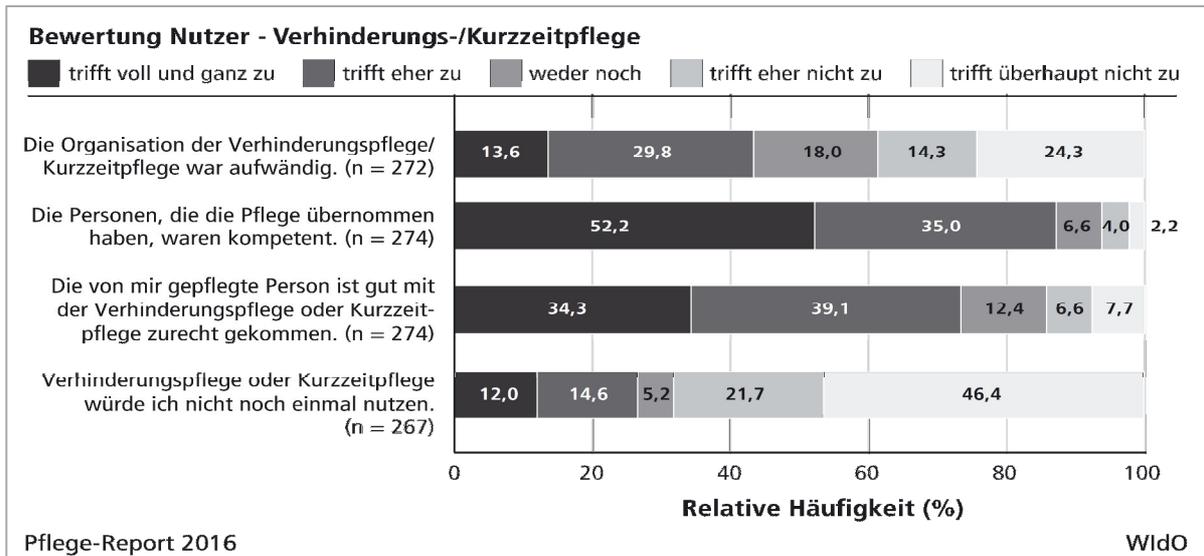
Insgesamt ist ein Anstieg der Verhinderungs- und Kurzzeitpflegen zu beobachten. Aufgrund der momentan hohen Auslastung der stationären Pflegeeinrichtungen im Landkreis Gifhorn bestehen teilweise Probleme, den Übergang in eine Kurzzeitpflege, z. B. im Anschluss an einen Klinikaufenthalt, zu organisieren.

Im Rahmen des Pflegereports des wissenschaftlichen Instituts der AOK aus dem Jahr 2016³⁹ wurden pflegende Angehörige nach ihren Erfahrungen mit Verhinderungs- und Kurzzeitpflege befragt. Die überwiegende Mehrheit war dabei mit den erbrachten Leistungen zufrieden. Auch wenn etwa 43 % die Organisation als aufwendig empfanden, würden nur rund 26 % die Möglichkeiten der Verhinderungs- und Kurzzeitpflege nicht noch einmal nutzen.

³⁹ vgl. WIdO 2016



Abb. 58: Nutzerbewertung von Verhinderungs- und Kurzzeitpflege – Deutschland



7.4. Vollstationäre Pflege

Sollte eine häusliche oder teilstationäre Pflege nicht mehr möglich sein oder aufgrund der Besonderheit des Einzelfalles nicht in Betracht kommen, wird die Pflege und Versorgung in vollstationären Pflegeeinrichtungen gewährleistet (§ 43 Abs. 1 SGB XI). Dabei ist die traditionelle Unterscheidung in Alten- und Pflegeheime, in denen je nach Bedarf entweder das Wohnen oder die Pflege im Vordergrund standen, nicht mehr üblich. Das Heim gilt heute als institutionalisierte Wohnform, die primär auf eine funktionelle Pflege ausgerichtet ist.

Um in eine vollstationäre Pflegeeinrichtung einzuziehen, wird die Feststellung der Pflegekasse und ggf. des Sozialhilfeträgers über die Notwendigkeit und den Umfang der stationären Dauerpflege vorausgesetzt (§ 18 SGB XI, §§ 9 Abs. 2 Satz 2, 61 Abs. 1 Satz 2 SGB XII). In den Einrichtungen werden Leistungen der pflegerischen Versorgung, der sozialen Betreuung und der medizinischen Behandlungspflege erbracht.

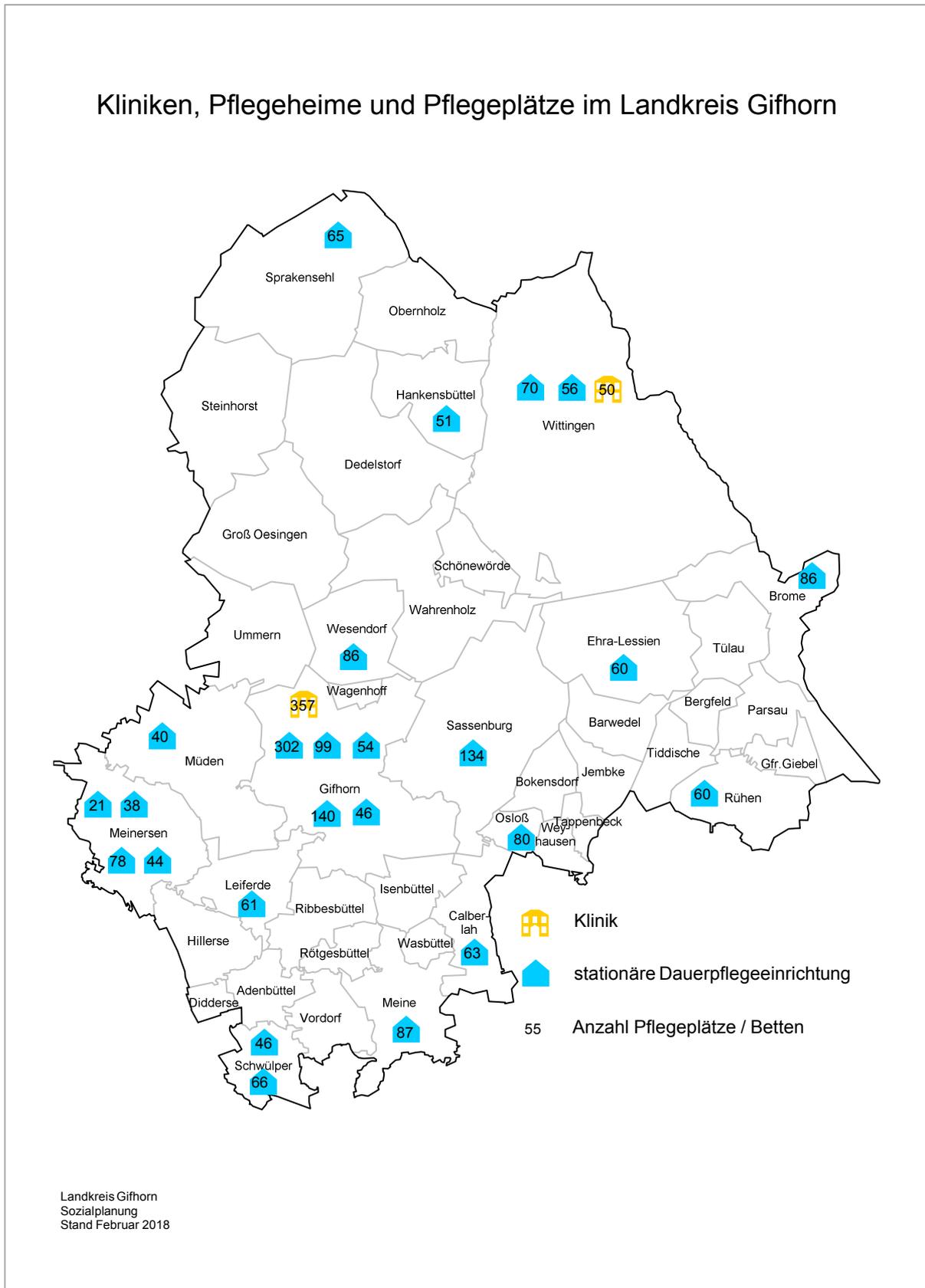
Neben der Pflege in vollstationären Altenpflegeeinrichtungen besteht die Möglichkeit, in Einrichtungen der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen Pflegeplätze gemäß SGB XI vorzuhalten. Dieses Angebot besteht im Landkreis Gifhorn zurzeit jedoch noch nicht.

Momentan befinden sich 25 vollstationäre Pflegeeinrichtungen im Landkreis Gifhorn. Diese halten insgesamt 1.933 Pflegeplätze vor, die in der Mehrzahl in Einzelzimmern und zu einem geringen Anteil in Doppelzimmern vorhanden sind. In den Gemeinden Rühren und Osloß wurden im Jahr 2017 zwei neue Einrichtungen eröffnet. Eine Planung weiterer stationärer Pflegeeinrichtungen existiert momentan nicht.

Mit der Eröffnung der neuen Einrichtung in der Samtgemeinde Boldecker Land steht in allen Gebietseinheiten ein vollstationäres Angebot zur Verfügung, sodass nahezu flächendeckend eine wohnortnahe Versorgung gewährleistet ist. Dennoch stellen sich die jeweiligen Kapazitäten regional sehr unterschiedlich dar.



Abb. 59: Kliniken, vollstationäre Pflegeeinrichtungen und Pflegeplätze – Gemeinden



Quelle: Landkreis Gifhorn



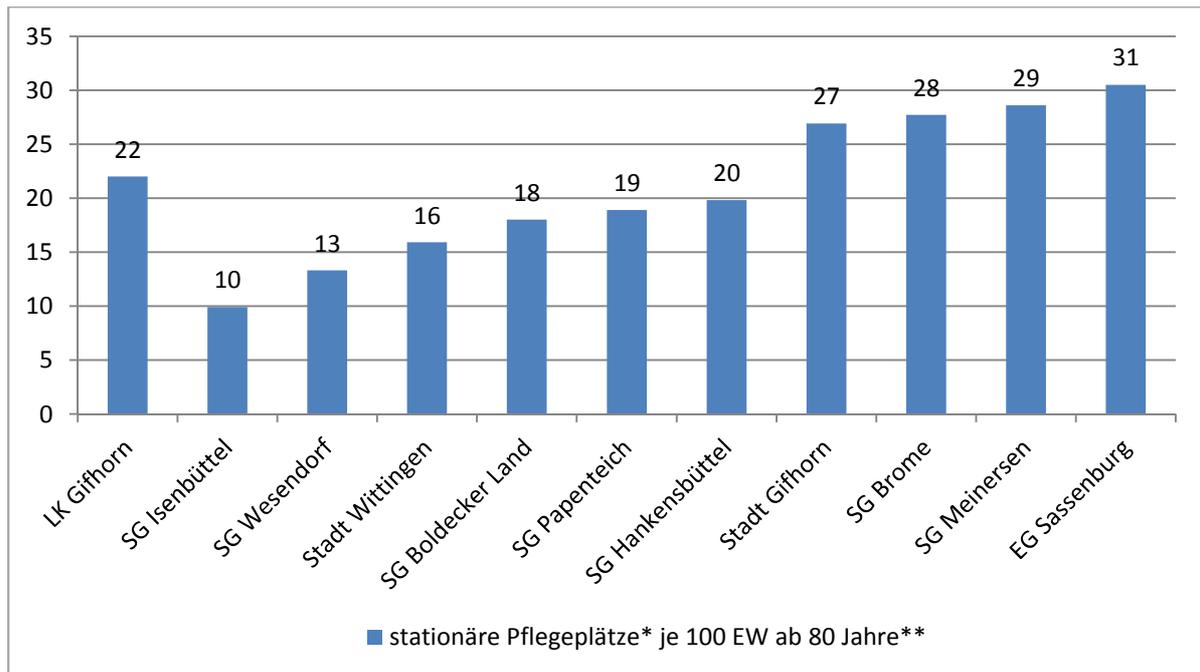
Tab. 3: Vollstationäre Pflegeeinrichtungen und Pflegeplätze – Gebietseinheiten

Stadt, Einheits- bzw. Samtgemeinde	Einrichtung	Plätze
Stadt Gifhorn	Helios Klinikum Gifhorn	357
	Diakonische Altenhilfe Kästorf Brömmelkamp	99
	Diakonische Altenhilfe Kästorf Christinenstift	302
	Diakonische Altenhilfe Kästorf Hagenhof	54
	DRK Alten- und Pflegeheim Friedrich-Ackmann-Haus	140
	Notfunkdienst Gifhorn e.V. Pflegehaus	46
Stadt Wittingen	Helios Klinikum Wittingen	50
	DRK Alten- und Pflegeheim Heinrich- Warnecke-Haus	70
	SeniorenDomizil Wittingen	56
EG Sassenburg	Senioren- und Pflegezentrum Haus Eichenhof	134
SG Boldecker Land	Haus Empatica Osloß	80
SG Brome	Diakonisches Werk Wolfsburg Michaelisheim	86
	Senioren- und Pflegehaus Ehra	60
	Seniorenwohnpark Drömling	60
SG Hankensbüttel	Alten- und Pflegeheim Ruhesitz Romantica	65
	SeniorenDomizil Hankensbüttel	51
SG Isenbüttel	DRK Pflegewohnhaus Calberlah	63
SG Meinersen	Altenheim an der Oker	38
	Altenheim Ohof	78
	Alten- und Pflegeheim An den Eichen	44
	Alten- und Pflegeheim RAMA	40
	Haus Meinersen	21
	SeniorenDomizil Leiferde	61
SG Papenteich	Pflegeheim für Volljährige	46
	Seniorenresidenz Meine	87
	Seniorenresidenz An den Meerwiesen	66
SG Wesendorf	Seniorenresidenz Am Park	86



Für eine kleinteilige Analyse der Versorgung mit stationären Pflegeplätzen werden die vorhandenen und zukünftigen Plätze in den jeweiligen Gebietseinheiten im Verhältnis zur Anzahl der Bevölkerung in einem Alter ab 80 Jahren betrachtet. Die höchste Versorgungsquote weist dabei die Einheitsgemeinde Sassenburg mit 31 stationären Pflegeplätzen je 100 Einwohner ab 80 Jahren auf. Überdurchschnittlich versorgt sind zudem die Stadt Gifhorn sowie die Samtgemeinden Brome und Meinersen.

Abb. 60: Versorgungsquoten mit stationären Pflegeplätzen 2017 – Gebietseinheiten

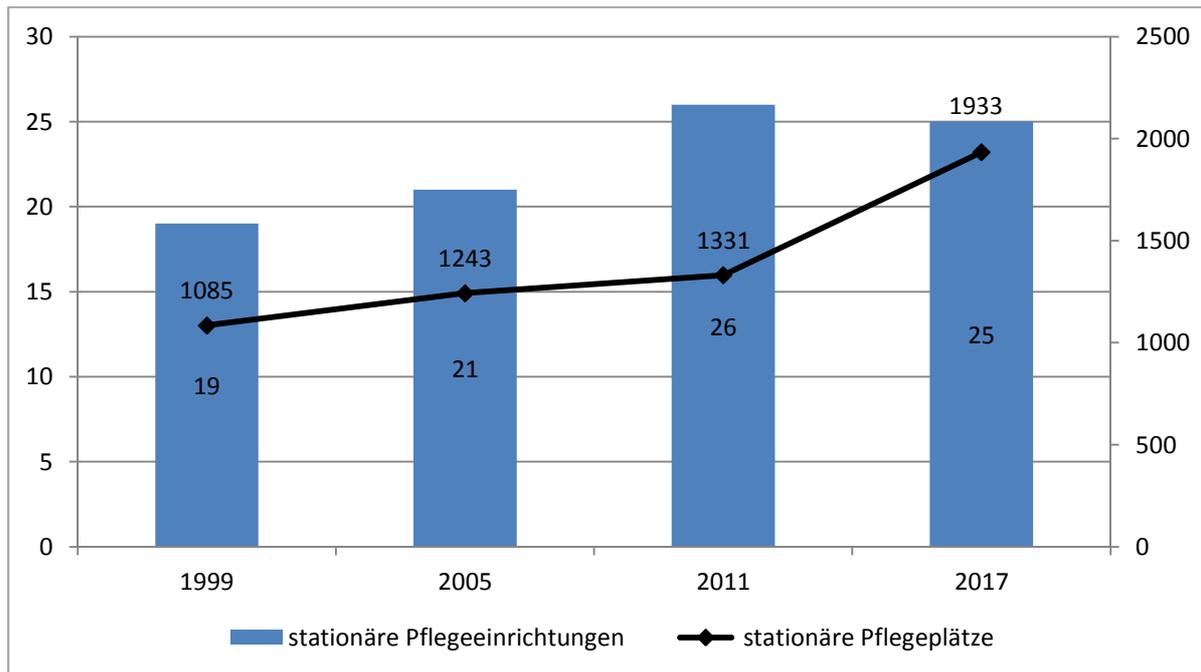


Quelle: eigene Darstellung nach LSN Bevölkerungsfortschreibung; Landkreis Gifhorn – eigene Berechnungen
*2017; **31.12.2015

Die Versorgungsquote für den gesamten Landkreis Gifhorn hat in den vergangenen Jahren ein nahezu konstantes Niveau beibehalten. So hatte sie im Jahr 1999 mit 23 % nur einen geringfügig höheren Wert als gegenwärtig. Ausschlaggebend für diese Entwicklung ist, dass parallel zum Anstieg der Zahl älterer Menschen auch die Anzahl der Pflegeeinrichtungen und damit der Pflegeplätze gewachsen ist. Dabei hat sich die Anzahl der Pflegeheime in den letzten Jahren zwar insgesamt nicht erhöht, Kapazitätserweiterungen und die Eröffnung neuer großer bei gleichzeitiger Schließung kleinerer Einrichtungen haben jedoch zu einer Platzzahlsteigerung und im Ergebnis zu einer gestiegenen durchschnittlichen Einrichtungsgröße geführt.



Abb. 61: Entwicklung der stationären Pflegeeinrichtungen und Pflegeplätze – LK Gifhorn



Quelle: eigene Darstellung nach LSN Pflegestatistik 1999, 2005, 2011; Landkreis Gifhorn

Im Gegensatz zum letzten Pflegebericht aus dem Jahr 2013 kann aktuell nicht von einem Überangebot an stationären Pflegeplätzen gesprochen werden. Berücksichtigt man die aufgrund mangelnder personeller Ressourcen angewandte freiwillige Begrenzung der Belegung in einigen Einrichtungen, lag die Auslastungsquote zum Stichtag 31.12.2017 bei mehr als 98 %. Die meisten nicht reglementierten Pflegeheime sind demnach voll belegt. Es ist aber dennoch weniger die Schaffung neuer stationärer Pflegeangebote zu verfolgen, sondern die Verbesserung der Möglichkeiten, mehr qualifizierte Mitarbeiter in den Einrichtungen zu finden.

7.5. Angebote im Vor- und Umfeld von Pflege

Durch eine entsprechende Gestaltung der Wohnung oder des Hauses sowie des Wohnumfeldes kann dem Wunsch nach einem langen Verbleib in der eigenen Häuslichkeit nachgekommen werden. Viele Wohnungen und Häuser erfüllen die Kriterien der Seniorengerechtigkeit bzw. Barrierefreiheit jedoch nicht. Neben verschiedenen Maßnahmen der Wohnraumanpassung besteht die Möglichkeit eines Umzuges. Als Alternative zu einer stationären Unterbringung im Pflegeheim sehen sich zunehmend mehr Menschen nach besonderen Wohnformen um. Der Markt dieser alternativen Wohnformen hat sich in den letzten Jahren stark ausdifferenziert, ohne dass sich die einzelnen Angebotsformen immer eindeutig voneinander abgrenzen lassen. Beispielhaft werden drei Möglichkeiten, die im Landkreis Gifhorn vorhanden sind, aufgezeigt. Dazu gehören die Seniorenwohnungen, das Betreute Wohnen sowie die Betreuten Wohngemeinschaften.



Ein weiterer wichtiger Baustein insbesondere zur Entlastung pflegender Angehöriger sind die Angebote zur Unterstützung im Alltag (§ 45a SGB XI), deren Leistungen durch die vergangenen Pflegeformen sukzessive ausgebaut wurden. Weiterhin wird ein Blick auf die Pflegeberatung geworfen, die einen entscheidenden Beitrag zur Informationsvermittlung über die bestehenden Leistungen und Angebote leistet.

7.5.1. Seniorenwohnungen

Wohnungen, die als Seniorenwohnungen auf dem Wohnungsmarkt angeboten wurden, mussten über lange Zeit nicht zwangsläufig den Bedürfnissen von Senioren gerecht werden, da die Bezeichnung vor allem auf die Wohnraumförderung zurückzuführen ist, die die Wohnungen nur für bestimmte Personengruppen – in dem Fall für Senioren – vorhält. Im Fall einer geförderten Senioren- bzw. Altenwohnung müssen die Bewohner das 60. Lebensjahr vollendet haben und meist im Besitz eines Wohnberechtigungsscheins sein. Bauliche Beschaffenheit und Ausstattung spielten daher bislang keine Rolle in Verbindung mit dem Begriff Seniorenwohnung. Nach allgemeinem Verständnis liegt eine Seniorenwohnung jedoch nur dann vor, wenn sowohl die Wohnung als auch die allgemeinen Teile des Gebäudes, über die sie erreicht werden kann, eigens für ein altengerechtes Wohnen ausgestattet sind. Die Ausstattung beinhaltet insbesondere barrierefreie Zugänge sowie besondere sanitäre Anlagen. Daneben sind weitere Indikatoren vorhanden, um eine Wohnung als seniorenrechtlich zu identifizieren und so ein eigenständiges Leben zu ermöglichen bzw. bei eintretendem Hilfe- und Pflegebedarf einen Verbleib in der Wohnung zu gewährleisten. Zudem stehen Seniorenwohnungen nicht in Verbindung mit einem Betreuungsvertrag.

Im Landkreis Gifhorn sind zwei Anlagen bekannt, in denen Seniorenwohnungen zur freien Vermietung angeboten werden. Beide Anlagen befinden sich in unmittelbarer Nähe zu stationären Pflegeeinrichtungen, sodass im Bedarfsfall ein schneller Umzug organisiert werden kann. Daneben besteht natürlich auch die Möglichkeit, dass es im Mietwohnungsbestand weitere Wohnungen gibt, die den Ansprüchen an eine Seniorenwohnung genügen.

Tab. 4: Seniorenwohnungen - Gebietseinheiten

Stadt, Samtgemeinde	Träger
SG Boldecker Land	Seniorenwohnungen im Seniorenwohnpark Drömling
SG Brome	Seniorenwohnungen am Michaelisheim

7.5.2. Betreutes Wohnen

Eine Form des alternativen Wohnens wird häufig als Betreutes Wohnen, wahlweise auch als Service-Wohnen, Wohnen+ oder Wohnen mit Service bezeichnet. Hierbei werden barrierefreie bzw. barrierearme Wohnanlagen vorgehalten, die nach Abschluss eines Miet- und Betreuungsvertrages einschließlich bestimmter Grundleistungen bezogen werden können. Daneben besteht das Angebot, bei Bedarf zusätzlich bestimmte Wahlleistungen zu bestellen. Manchmal sind diese Wohnanlagen an stationäre Einrichtungen angebunden, wodurch die Bewohner Teilhabe an den Aktivitäten dieser Einrichtungen erlangen können.



Im Landkreis Gifhorn werden aktuell 9 Anlagen unter den oben genannten Begriffen geführt. Dabei ist eine Konzentration in der Stadt Gifhorn festzustellen, wo zwei Angebote vorgehalten werden. Daneben sind im Südkreis einige Anbieter vorhanden, während im Norden und Osten des Landkreises nur jeweils ein Angebot zu verorten ist.

Tab. 5: Betreute Wohnanlagen – Gebietseinheiten

Stadt, Samtgemeinde	Träger
Stadt Gifhorn	Ambulante Krankenpflege Bettina Harms GmbH
	Gifhorner Wohnungsbaugenossenschaft
SG Brome	Seniorenzentrum in Ehra
SG Hankensbüttel	Beratung Pflege Leben Kroll GmbH
SG Isenbüttel	DRK Kreisverband Gifhorn e.V.
SG Meinersen	Betreutes Wohnen in Müden
	Servicewohnen im SeniorenDomizil Leiferde
SG Papenteich	Terrassenwohnanlage in Meine
	Seniorenresidenz An den Meerwiesen

7.5.3. Betreute Wohngemeinschaften

Eine weitere Form des Wohnens im Alter bieten die ambulant betreuten Seniorenwohngemeinschaften. In diesen WGs verfügen die Bewohner jeweils über einen eigenen Wohn- und Schlafraum. Daneben gibt es Gemeinschaftsräume, die in der Regel Platz für gemeinsames Essen und andere Aktivitäten bieten. Für die Organisation des Tagesablaufs, des Gruppenlebens oder benötigter ambulanter Pflegeleistungen stehen Betreuungspersonen zur Verfügung. Die Bewohner schließen einen individuellen Miet- und Betreuungsvertrag ab.

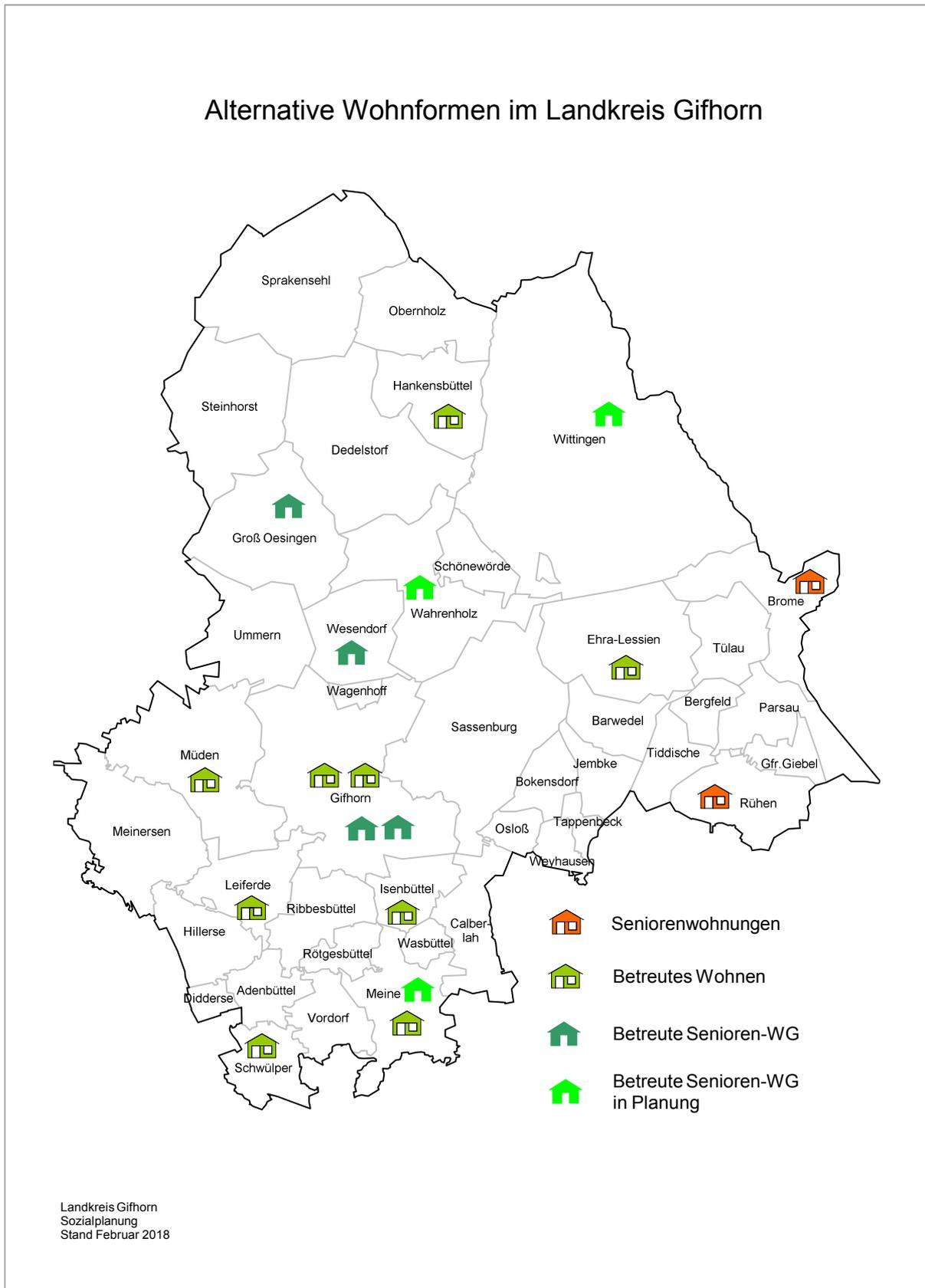
Gegenwärtig befinden sich 4 Seniorenwohngemeinschaften im Landkreis Gifhorn, die zusammen 30 Plätze vorhalten. Weitere Wohngemeinschaften sind in Planung, wobei eine zeitnah in Suderwittingen eröffnet wird.

Tab. 6: Betreute Wohngemeinschaften – Gebietseinheiten

Stadt, Samtgemeinde	Träger	Plätze
Stadt Gifhorn	Ambulante Krankenpflege Bettina Harms GmbH	6
	Ambulante Krankenpflege Bettina Harms GmbH	6
SG Wesendorf	Ambulante Krankenpflege Bettina Harms GmbH	8
	Eleonora Sonnenberg Ambulante Pflege GmbH	10



Abb. 62: Seniorenwohnungen, Betreute Wohnanlagen und Wohngemeinschaften – Gemeinden



Quelle: Landkreis Gifhorn



7.5.4. Angebote zur Unterstützung im Alltag

Angebote zur Unterstützung im Alltag tragen dazu bei, Pflegepersonen zu entlasten, und helfen Pflegebedürftigen, möglichst lange in ihrer häuslichen Umgebung zu bleiben, soziale Kontakte aufrechtzuerhalten und ihren Alltag weiterhin möglichst selbständig bewältigen zu können. Zu den Angeboten zur Unterstützung im Alltag gehören laut § 45a Abs. 1 SGB XI Angebote, in denen insbesondere ehrenamtliche Helfer unter pflegfachlicher Anleitung die Betreuung von Pflegebedürftigen mit allgemeinem oder besonderem Betreuungsbedarf in Gruppen oder im häuslichen Bereich übernehmen (Betreuungsangebote), Angebote, die der gezielten Entlastung und beratenden Unterstützung von pflegenden Angehörigen dienen (Angebote zur Entlastung von Pflegenden) und Angebote, die dazu dienen, die Pflegebedürftigen bei der Bewältigung von allgemeinen oder pflegebedingten Anforderungen des Alltags oder im Haushalt, insbesondere bei der Haushaltsführung, oder bei der eigenverantwortlichen Organisation individuell benötigter Hilfeleistungen zu unterstützen (Angebote zur Entlastung im Alltag).

Nach der niedersächsischen Richtlinie über die Gewährung von Zuwendungen zur Förderung von niedrigschwelligen Betreuungsangeboten und Modellvorhaben (NBA-Richtlinie) können Angebote, die nach § 45b Abs. 1 Satz 4 SGB XI als solche anerkannt sind, finanzielle Förderungen erhalten⁴⁰. Da nicht alle Betreuungsangebote diese Anerkennung vollziehen, kann von einer weitaus größeren Versorgungsdichte im Landkreis Gifhorn ausgegangen werden als das die hier aufgeführten anerkannten Angebote suggerieren.

Tab. 7: Anerkannte Angebote zur Unterstützung im Alltag – Gebietseinheiten

Stadt, Samtgemeinde	Träger
Stadt Gifhorn	Diakoniestationen Kirchenkreis Gifhorn
	Kümmern und So e.V.
Stadt Wittingen	Diakoniestation Wittingen gGmbH
SG Hankensbüttel	Ambulante Krankenpflege Bettina Harms GmbH
	Wir in der Nachbarschaft e.V.
SG Isenbüttel	Angelikas Service und Hilfe
SG Papenteich	Petra Nitz Ambulante Seniorenbetreuung

Neben den schon beschriebenen pflegenahen bzw. pflegeergänzenden Unterstützungsmöglichkeiten gibt es eine ganze Reihe von weiteren Hilfen, durch deren gezielten und aufeinander abgestimmten Einsatz die Eigenständigkeit bzw. der Verbleib in der vertrauten Umgebung länger gewahrt bleiben kann. Ferner ist es sehr wichtig, pflegenden Angehörigen oder Betroffenen im Rahmen von verschiedenen Selbsthilfegruppen die Chance zum Erfahrungsaustausch zu bieten. Ansprechpartner ist hierbei auch die Selbsthilfekontaktstelle. Weiterhin gehören Hausnotrufdienste dazu, die durch die Installation von Hausnotrufsystemen, die im Notfall schnelle Hilfe gewährleis-

⁴⁰ vgl. Niedersächsisches Landesamt für Soziales, Jugend und Familie 2017



ten, ein gewisses Gefühl der Sicherheit gerade für alleinstehende Menschen bieten. Menübringdienste, bekannt auch als „Essen auf Rädern“, liefern z. B. warme Mahlzeiten nach Hause, wenn das Kochen schwerfällt. Einkaufsdienste bzw. Seniorenservices bieten älteren Menschen Unterstützung bei Erledigungen des Alltags.

7.5.5. Beratungsinfrastruktur

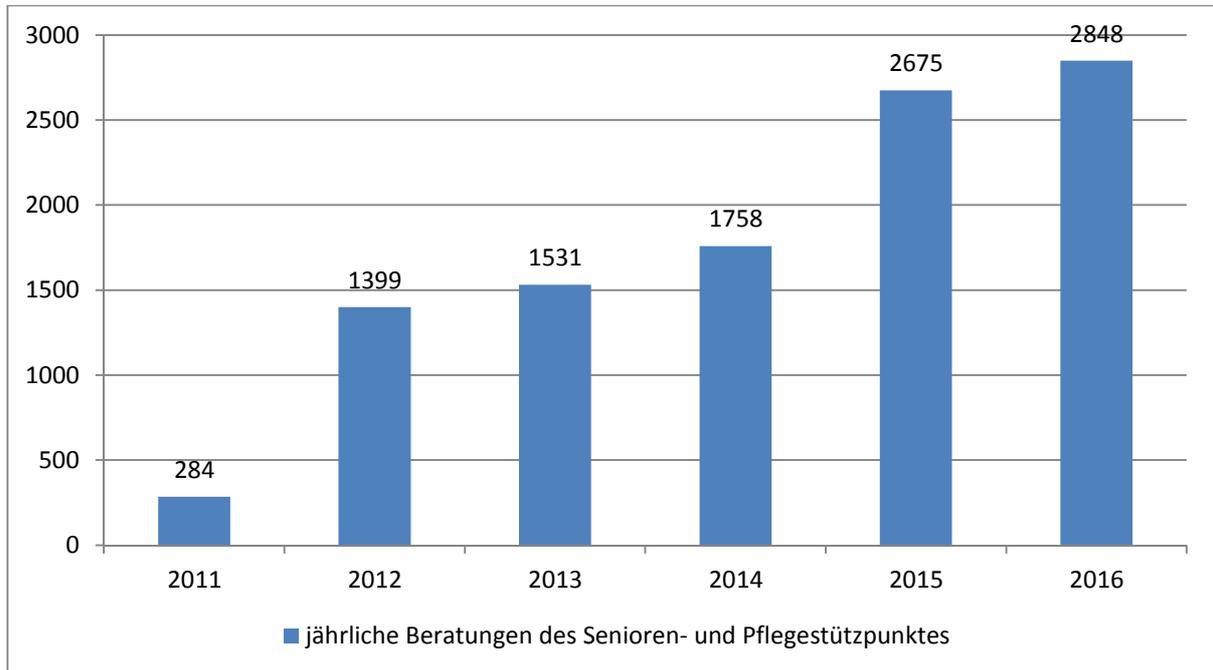
Der Bereich der Pflege ist ein weitläufiges Feld mit vielen verschiedenen Möglichkeiten der Organisation einer Pflegesituation. Neben den unterschiedlichen gesetzlichen Vorgaben zur Finanzierung und Ausgestaltung gibt es eine Fülle an Einrichtungen und Diensten, die ihre pflegerischen Dienstleistungen anbieten. Um im Pflegefall umfangreiche und aussagekräftige Informationen zu erhalten, bedarf es einer entsprechenden Beratungsinfrastruktur, die den Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen die niedrighschwellige Inanspruchnahme einer kompetenten Beratung zu Fragen der gesetzlichen Leistungen, der Pflegeanbieter oder sonstiger Hilfen zur Unterstützung der häuslichen Pflege und Versorgung ermöglicht.

Um im Landkreis Gifhorn Information und Beratung rund um das Thema Pflege zu erhalten, gibt es verschiedene Möglichkeiten. Beispielhaft sei hier das Angebot des Senioren- und Pflegestützpunktes (SPN) des Landkreises Gifhorn benannt, in welchem nach § 7c SGB XI umfassend, neutral und kostenfrei beraten wird. Ziel der Beratung ist es, eine ganzheitliche Unterstützung und Hilfe zugunsten pflegebedürftiger Menschen sicherzustellen. Gerade um die häusliche Pflegesituation zu verbessern, werden Auskünfte über die Möglichkeiten der örtlichen Versorgungs- und Unterstützungsangebote, der Leistungen der Pflege- und Krankenkassen sowie sonstiger Sozialleistungen erteilt. Bei Bedarf wird durch den SPN der direkte Kontakt zu Institutionen im pflegerischen Netzwerk hergestellt. Die unabhängige Beratung erfolgt dabei persönlich, telefonisch oder bei einem Hausbesuch. Durch die Einrichtung flächendeckender Außensprechstunden in den Gebietseinheiten wird dieses Beratungsangebot landkreisweit vorgehalten.

Im Zeitverlauf ist zu erkennen, dass die Anzahl der durchgeführten Pflegeberatungen seit Einführung des Angebotes sukzessive gestiegen ist. Wurden im ersten vollen Jahr der Pflegeberatung 2012 noch 1.399 Beratungsgespräche geführt, hat sich deren jährliche Zahl bis 2016 mehr als verdoppelt. Insbesondere die Änderungen in der gesetzlichen Pflegeversicherung durch die Pflege-stärkungsgesetze, deren erste Neuregelungen im Jahr 2015 in Kraft traten, scheinen zu einem gestiegenen Beratungsbedarf geführt zu haben. Daneben sind die Erhöhungen der Beratungszahlen durch die allgemeine Zunahme der Anzahl Pflegebedürftiger, die gewachsene Bekanntheit des Beratungsangebotes und den Ausbau der personellen Kapazitäten im SPN zu erklären.



Abb. 63: Anzahl der jährlichen Pflegeberatungen im Senioren- und Pflegestützpunkt
2011-2016 – LK Gifhorn



Quelle: Landkreis Gifhorn

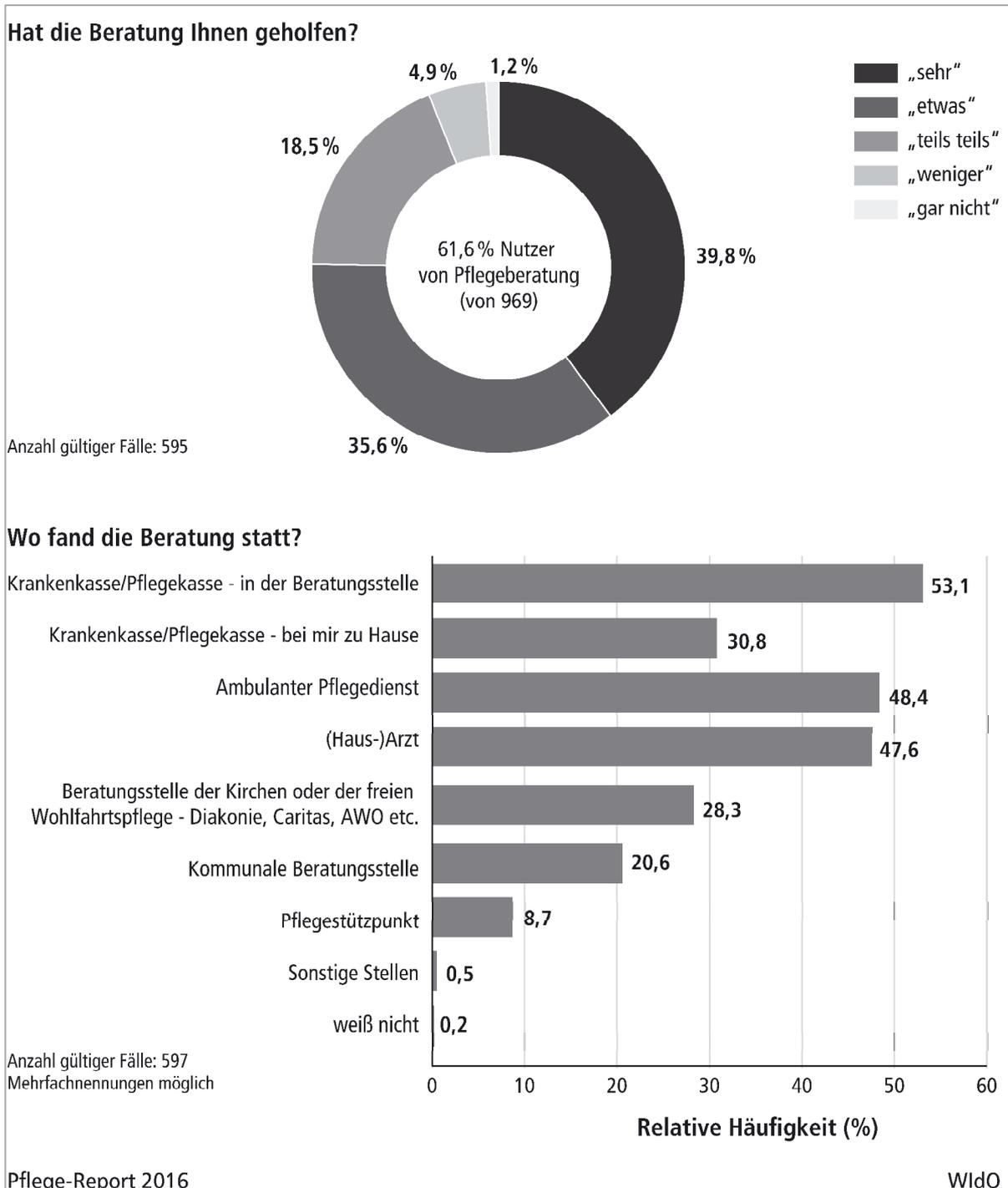
Neben dem Senioren- und Pflegestützpunkt bieten weitere Institutionen Pflegeberatungen an. So sind die Pflegekassen verpflichtet, dem Anspruch der Pflegebedürftigen nach Information und Beratung nachzukommen (§ 7a SGB XI). Mitglieder einer privaten Pflegeversicherung haben vergleichbare Beratungsmöglichkeiten. Die Alzheimer Gesellschaft im Landkreis Gifhorn unterstützt bei Informationsbedarf zum Thema Demenz. Darüber hinaus können auch die Pflegedienstleister, also ambulante Pflegedienste sowie teil- und vollstationäre Pflegeeinrichtungen, Auskünfte zu pflegespezifischen Fragestellungen geben.

In Studien zeigen sich die Ratsuchenden mit der Informationsvermittlung im Rahmen von Pflegeberatungen überwiegend zufrieden. So gaben mehr als drei Viertel der Nutzer von Pflegeberatungen bei der Befragung durch das wissenschaftliche Institut der AOK⁴¹ an, dass ihnen die Beratung geholfen hat.

⁴¹ vgl. WIdO 2016



Abb. 64: Bewertung und Ort der Pflegeberatung – Deutschland



7.6. Hospiz- und Palliativversorgung

Am Ende des Lebens möchte jeder Mensch einen schmerzfreien und würdevollen Tod erleben dürfen. Um dies zu gewährleisten, existiert eine Reihe von Diensten und Einrichtungen, die sich der angemessenen Begleitung von Menschen in der letzten Lebensphase verschrieben haben. So ist mithilfe der Palliativmedizin, die sich als aktive, ganzheitliche Behandlung von Patienten mit nicht



heilbaren und weit fortgeschrittenen Erkrankungen mit begrenzter Lebenserwartung versteht, eine würdevolle Versorgung möglich. Eine spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) soll dazu dienen, die Lebensqualität und Selbstbestimmung von Menschen mit unheilbaren, lebensbedrohlichen Erkrankungen so lange wie möglich zu erhalten und dem Wunsch der meisten Menschen nach einem möglichst langen Verbleib in der vertrauten Umgebung nachzukommen.

Die Leistungen der SAPV werden von Palliativmedizinerinnen und -diensten erbracht. Viele dieser Ärzte und Dienste haben sich seit 2008 im Palliativ- und Hospiznetz Gifhorn e. V. zusammengeschlossen, um eine abgestimmte und flächendeckende Versorgung zu ermöglichen. Aktuell betreibt das Palliativ- und Hospiznetz die Weiterentwicklung der Palliativversorgung und Hospizkultur in stationären Pflegeeinrichtungen. Hierbei fungiert es als Träger eines entsprechenden Projektes im Rahmen des Landesmodellprojektes Gesundheitsregionen Niedersachsen.

Daneben nimmt seit 1998 der Verein Hospizarbeit Gifhorn e. V. durch die Qualifizierung und Vermittlung ehrenamtlicher Hospizhelfer Aufgaben der Begleitung und Hilfe von Schwerstkranken und Sterbenden sowohl in der häuslichen Umgebung als auch in Pflegeheimen und Krankenhäusern wahr. Zu den Aufgaben gehören insbesondere die Unterstützung der Angehörigen, die Vermittlung von Informationen zu Patientenverfügungen und Unterstützungsangeboten sowie zu palliativmedizinischen Versorgungsmöglichkeiten im Landkreis Gifhorn.

Stationäre Hospize ermöglichen es Sterbenden, in sozialer und familiärer Atmosphäre unter professioneller Begleitung den letzten Weg zu gehen, wenn ambulant begleitetes Sterben zu Hause nicht möglich oder nicht gewollt und eine stationäre Behandlung im Krankenhaus nicht erforderlich ist. Um den Bau und die spätere Betreuung eines Hospizhauses in der Stadt Gifhorn zu realisieren, wurde 2013 die Hospizstiftung für den Landkreis Gifhorn gegründet. Die Planungen zur Errichtung des Hospizes sind bereits in einem fortgeschrittenen Stadium.

Am Klinikum Gifhorn existiert eine Palliativstation, die Patienten im fortgeschrittenen Stadium einer nicht heilbaren Erkrankung, die fortschreitend ist und die Lebenszeit begrenzt, aufnimmt.

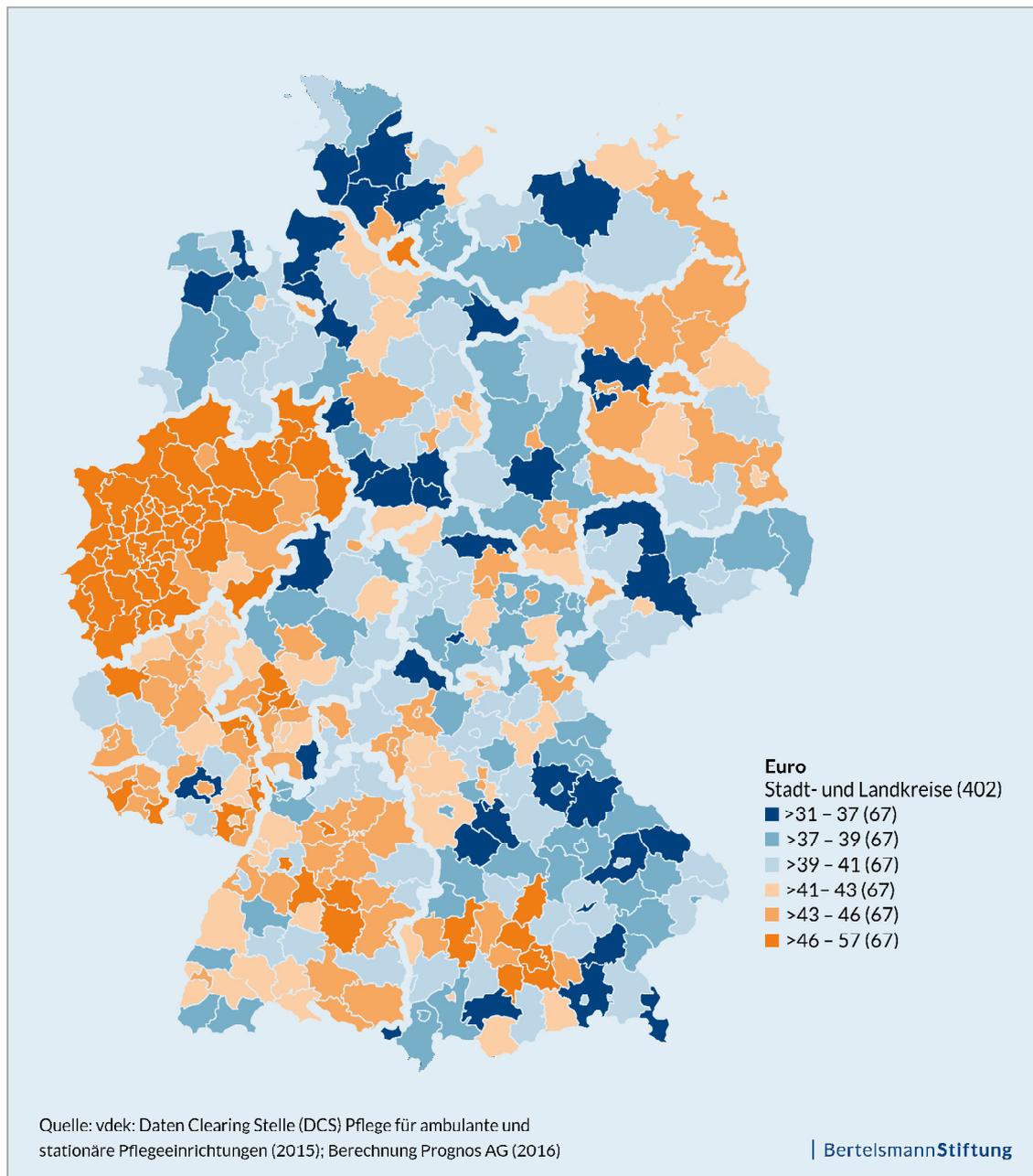
8. Pflegekosten

Die Kosten, die durch eine Pflegebedürftigkeit entstehen, werden zum Teil durch die Pflegeversicherung abgedeckt. Sie dient der sozialen Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit. Mit der Pflegeversicherung soll den Pflegebedürftigen ermöglicht werden, ein selbstbestimmtes Leben führen zu können. Dennoch stellt die Pflegeversicherung keine Vollversicherung dar, sodass im Regelfall ihre Leistungen bei der Finanzierung von Pflegebedürftigkeit nicht ausreichen. Daher tragen darüber hinaus auch andere Träger zur Finanzierung von Pflegebedürftigkeit bei. Ein besonders großer Teil wird durch die Pflegebedürftigen selbst oder ihnen nahestehenden Personen finanziert. Daneben spielen aber auch Leistungen der Sozialhilfe eine Rolle.

Wie schon aufgezeigt, bestehen in den einzelnen Bundesländern sehr unterschiedliche Pflegesatzniveaus. Die in Niedersachsen stark unterdurchschnittlichen Pflegesätze bedingen einerseits, dass die professionellen Pflegekräfte im Vergleich zur Situation in anderen Bundesländern relativ gerin-

ge Entlohnungen erhalten. Auf der anderen Seite haben die niedrigen Pflegesätze zur Folge, dass die von den Pflegebedürftigen aufzubringenden Kosten für stationäre Pflege vergleichsweise gering sind. So sind die durchschnittlichen Kosten für stationäre Pflegeplätze in Nordrhein-Westfalen – dem Bundesland mit den höchsten Pflegesätzen – wesentlich höher als z. B. in Niedersachsen. Der Landkreis Gifhorn weist dabei laut Auswertungen der Bertelsmann-Stiftung⁴² unterdurchschnittliche Werte im Vergleich aller Städte und Landkreise Deutschlands auf. Die Kosten eines Pflegeheimaufenthaltes setzen sich aus den Pflegekosten, den Kosten für Unterkunft und Verpflegung sowie den Investitionskosten zusammen.

Abb. 65: Kosten je Versorgungsstunde in stationären Pflegeeinrichtungen – Deutschland

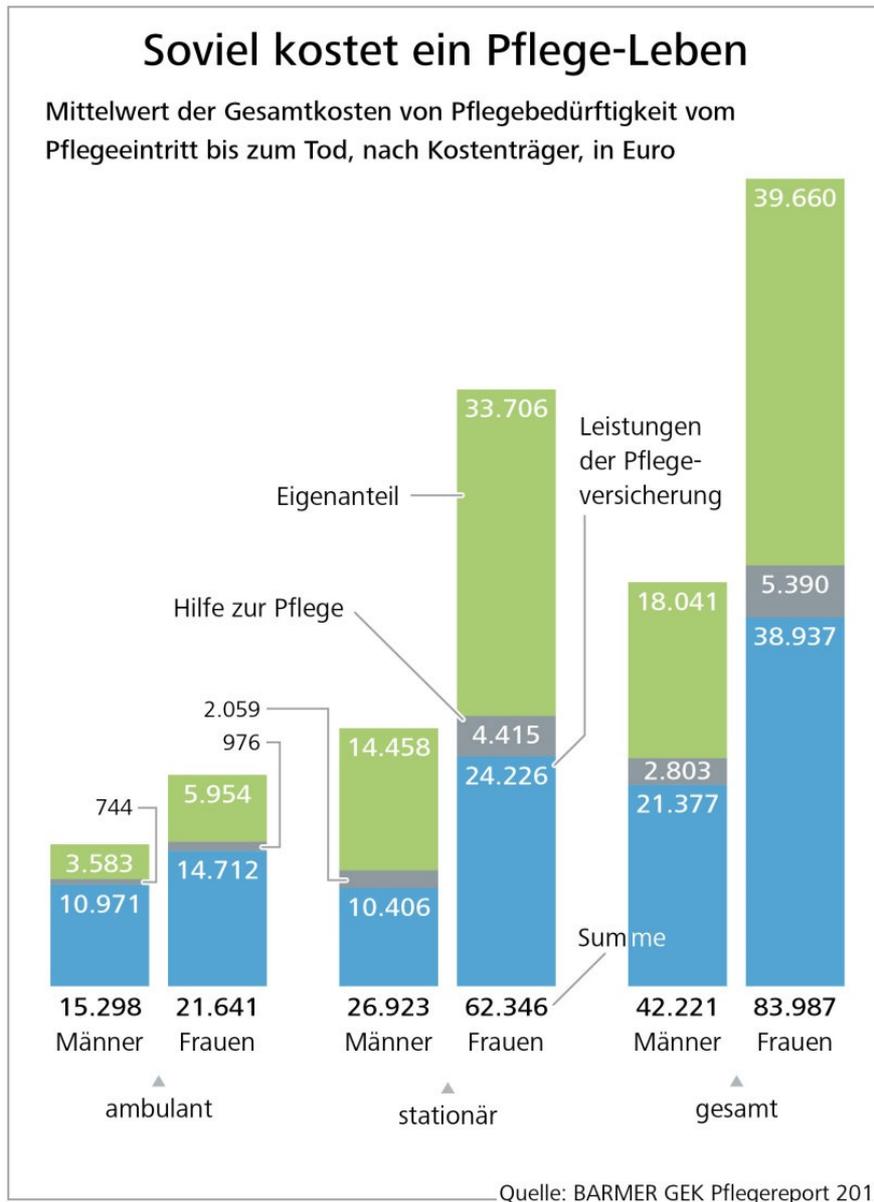


⁴² vgl. Bertelsmann-Stiftung 2016



Der Eintritt eines Pflegefalles ist in der Regel mit sehr hohen finanziellen Belastungen verbunden. Insgesamt betragen die Pflegekosten pro Pflegebedürftigem für die gesamte Dauer der Pflegebedürftigkeit im Durchschnitt für Frauen 84.000 € und für Männer 42.000 €⁴³. Diese doppelt so hohen Kosten für Frauen resultieren insbesondere aus den längeren Zeiten der vollstationären Pflege.

Abb. 66: Durchschnittliche Pflegekosten je Pflegebedürftigem nach Versorgungsart und Geschlecht – Deutschland



Insgesamt entfallen auf die Soziale Pflegeversicherung 49,8 % aller Ausgaben, auf die privat getragenen Pflegekosten 42,7 % und auf die Sozialhilfe 7,5 %. Besonders hohe Kosten verursachen dabei die Aufenthalte in stationären Einrichtungen, deren Kostenvolumen mehr als doppelt so hoch ist wie in der ambulanten Pflege.

⁴³ vgl. Barmer Pflegereport 2012



8.1. Leistungen der Pflegeversicherung

1995 wurde die gesetzliche Pflegeversicherung als fünfte Säule im deutschen Sozialversicherungssystem eingeführt. Ziel war es seinerzeit, Menschen, die auf pflegerische Leistungen angewiesen sind, finanziell zu unterstützen. Aufgrund der demografischen Entwicklungen und der daraus resultierenden gestiegenen Erfordernisse muss das gesetzliche System regelmäßig überprüft und angepasst werden. Dies führte zu zahl- und umfangreichen Reformen der Pflegeversicherung in den letzten Jahren. Die wichtigsten Reformpakete und deren Änderungen sind nachfolgend aufgeführt.

Insbesondere ist eine stetig voranschreitende Ausweitung der finanziellen Leistungen in allen Versorgungsformen festzustellen – vor allem für Menschen mit allgemeinem und besonderem Betreuungsbedarf. Mit der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs zu Beginn des Jahres 2017 wird zudem eine Erweiterung des Personenkreises, der zur Inanspruchnahme der Leistungen berechtigt ist, erwartet.

Im Zuge des Pflegestärkungsgesetzes II ist mit Beginn des Jahres 2017 eine neue Definition von Pflegebedürftigkeit eingeführt worden. Nach jahrelanger Diskussion ist nunmehr der Grad der Fähigkeit zu einer selbständigen Lebensführung der entscheidende Aspekt bei der Beurteilung darüber, ob und in welchem Maße eine Pflegebedürftigkeit vorliegt.

Tab. 8: Reformen der gesetzlichen Pflegeversicherung

Pflegereform	Inhalte
Pflegequalitätssicherungsgesetz 2002	Einführung MDK-Prüfungen zur Pflegequalität Verbesserung Verbraucherschutz
Pflegeleistungsergänzungsgesetz 2002	Einführung Leistungs- und Beratungsanspruch für Personen mit erheblichem Betreuungsbedarf Förderung niedrigschwelliger Betreuungsangebote
Pflegeweiterentwicklungsgesetz 2008	Erhöhung ambulanter Sach- und Geldleistungen Erhöhung und Ausweitung der Leistungen für Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz Einrichtung von Pflegestützpunkten Pflegezeitgesetz
Pflegeneuausrichtungsgesetz 2012	anteilige Weiterzahlung des Pflegegeldes bei Inanspruchnahme von Kurzzeit- und Verhinderungspflege finanzielle Verbesserungen für Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz Förderung ambulant betreuter Pflege-Wohngruppen Einführung „Pflege-Bahr“
Pflegestärkungsgesetz I 2015	Erhöhung finanzieller Leistungen in allen Versorgungsformen Verbesserungen in der Kurzzeit- und Verhinderungspflege teilstationäre Leistungen ohne Anrechnung auf andere Leistungen Einrichtung Vorsorgefonds der PV



Pflegestärkungsgesetz II 2016/2017	Einführung neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff und Neues Begutachtungsassessment (NBA) Verbesserungen in der Kurzzeit- und Verhinderungspflege Entlastungsbeitrag bei häuslicher Pflege einrichtungseinheitlicher Eigenanteil (EEE) bei stationärer Pflege
Pflegestärkungsgesetz III 2017	Kommunales Initiativrecht zur Einrichtung von Pflegestützpunkten Modellkommunen Pflege Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs in der Sozialhilfe

Für die Höhe der finanziellen Leistungen der Pflegeversicherung ist das Maß der Hilfebedürftigkeit ausschlaggebend. Festgestellt wird die Pflegebedürftigkeit vom Medizinischen Dienst der Krankenversicherung, welcher im Auftrag der Pflegekasse nach Antragstellung auf Leistungen der Pflegeversicherung eine entsprechende Begutachtung durchführt. Zur Ermittlung der Schwere der Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten sowie der entsprechenden Einordnung in einen der Pflegegrade werden in sechs Modulen verschiedene Kriterien mit Punktwerten versehen. Für die Ermittlung des Pflegegrades werden die erhobenen Punktwerte der einzelnen Module addiert und anschließend je nach Modul unterschiedlich gewichtet. Dies soll sicherstellen, dass besonders wichtige Module entsprechend in die Berechnung des Pflegegrades einfließen.

Tab. 9: Kriterien zur Ermittlung der Pflegegrade

Modul	Inhalt	Gewichtung
1	Mobilität	10 %
2 oder 3*	Kognitive und kommunikative Fähigkeiten sowie Verhaltensweisen und psychische Probleme	15 %
4	Selbstversorgung	40 %
5	Bewältigung von und selbstständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen	20 %
6	Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte	15 %

* Bei den Modulen 2 und 3 zählen nicht beide, sondern nur der höhere der beiden Punktwerte für die Berechnung.

Der jeweilige Pflegegrad leitet sich aus dem Gesamtpunkt看wert der addierten und gewichteten Punktwerte aus den fünf Modulen ab.



Tab. 10: Voraussetzungen zur Einteilung in Pflegegrade

Gesamtpunkte	Pflegegrad
12,5 bis unter 27	1 – geringe Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten
27 bis unter 47,5	2 – erhebliche Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten
47,5 bis unter 70	3 – schwere Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten
70 bis unter 90	4 – schwerste Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten
90 bis 100	5 – schwerste Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung

Die Beträge, die aus der Pflegeversicherung von den Pflegekassen gewährt werden, variieren je nach gewählter Versorgungsart. Wird der Pflegebedürftige in seiner häuslichen Umgebung durch selbst beschaffte Pflegeleistungen versorgt, erhält er Pflegegeld. Bei der Inanspruchnahme von ambulanten Pflegediensten wird eine monatliche Pflegesachleistung gewährt. Gleichwohl ist eine Kombination aus Pflegesachleistung und Pflegegeld möglich.

Tab. 11: Monatliche Leistungen der gesetzlichen Pflegeversicherung für Pflegegeld und Pflegesachleistungen

Pflegegeld		Pflegesachleistung	
Pflegegrad 1	0,- Euro	Pflegegrad 1	0,- Euro
Pflegegrad 2	bis zu 316,- Euro	Pflegegrad 2	bis zu 689,- Euro
Pflegegrad 3	bis zu 545,- Euro	Pflegegrad 3	bis zu 1298,- Euro
Pflegegrad 4	bis zu 728,- Euro	Pflegegrad 4	bis zu 1612,- Euro
Pflegegrad 5	bis zu 901,- Euro	Pflegegrad 5	bis zu 1995,- Euro

Zur Ergänzung der häuslichen Pflege kann eine zeitweise Unterbringung in teilstationären Einrichtungen erfolgen. Weitere Möglichkeiten der pflegerischen Versorgung bieten die Verhinderungs- und Kurzzeitpflege. Hierfür werden Aufwendungen bis zu jeweils 1.612,- € jährlich übernommen.

Sollte die häusliche und auch die teilstationäre Pflege nicht mehr gewährleistet werden können, besteht die Möglichkeit der vollstationären Pflege.



Tab. 12: Monatliche Leistungen der gesetzlichen Pflegeversicherung für stationäre Pflege

Monatliche Leistungen der gesetzlichen Pflegeversicherung	Pflegegrad 1	Pflegegrad 2	Pflegegrad 3	Pflegegrad 4	Pflegegrad 5
Vollstationäre Pflege	125,- Euro Zuschuss	bis zu 770,- Euro	bis zu 1262,- Euro	bis zu 1775,- Euro	bis zu 2005,- Euro

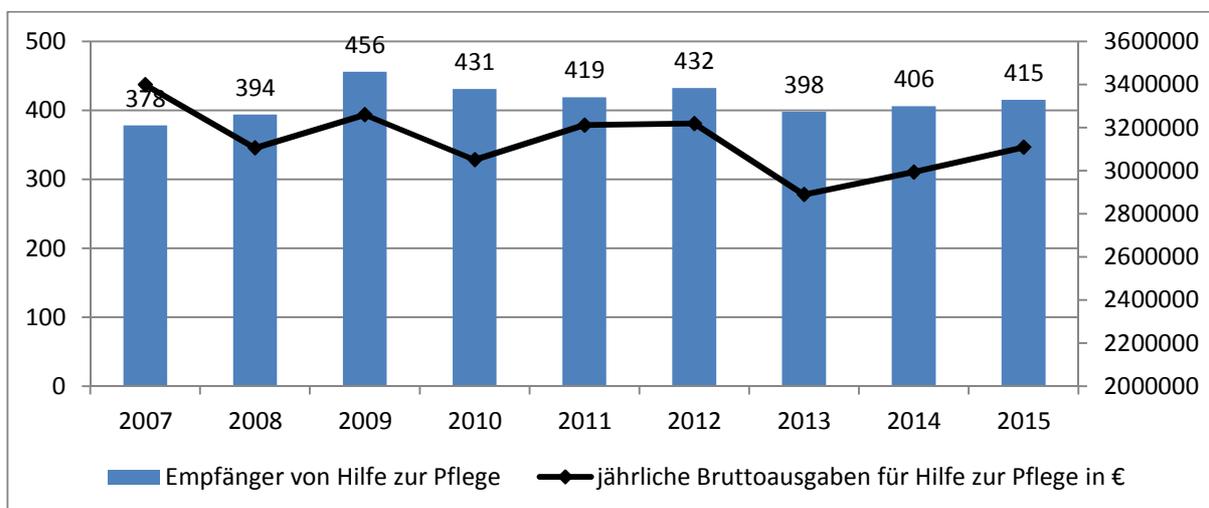
Neben den aufgeführten bestehen weitere Leistungen der Pflegeversicherung, zu denen Pflegekurse für Angehörige und Ehrenamtliche, Pflegehilfsmittel und technische Hilfen oder Zuschüsse zur pflegerechten Gestaltung des Wohnumfeldes zählen.

8.2. Aufwendungen des Landkreises Gifhorn

Pflegebedürftige, die die Kosten des organisierten Pflegearrangements nicht aus ihrem Einkommen und Vermögen sowie den Leistungen der Pflegeversicherung bestreiten können, haben bei Vorliegen der Anspruchsvoraussetzungen Anspruch auf Leistungen der Sozialhilfe. Die Hilfe zur Pflege tritt dabei sowohl für die ambulante Versorgung als auch für teil- und vollstationäre Pflegedienstleistungen ein.

Entgegen bisheriger Erwartungen, die vor dem Hintergrund zunehmender Altersarmut mit einem Anstieg der Inanspruchnahme von Hilfe zur Pflege rechnen, ist die Anzahl der Empfänger dieser Sozialhilfeleistung in den letzten Jahren bundesweit relativ konstant geblieben. Auch im Landkreis Gifhorn lässt sich bislang keine eindeutige Tendenz zum Anstieg der Empfängerzahlen sowie der Ausgaben feststellen. So erhalten etwa 400 Personen im Landkreis sozialhilferechtliche Unterstützung bei der Finanzierung ihrer pflegerischen Versorgung. Die Bruttoausgaben belaufen sich dabei auf jährlich gut drei Millionen Euro, wovon mehr als 90 % für stationäre Pflegesettings aufgewendet werden.

Abb. 67: Entwicklung der Anzahl der Empfänger und der Bruttoausgaben der Hilfe zur Pflege – LK Gifhorn

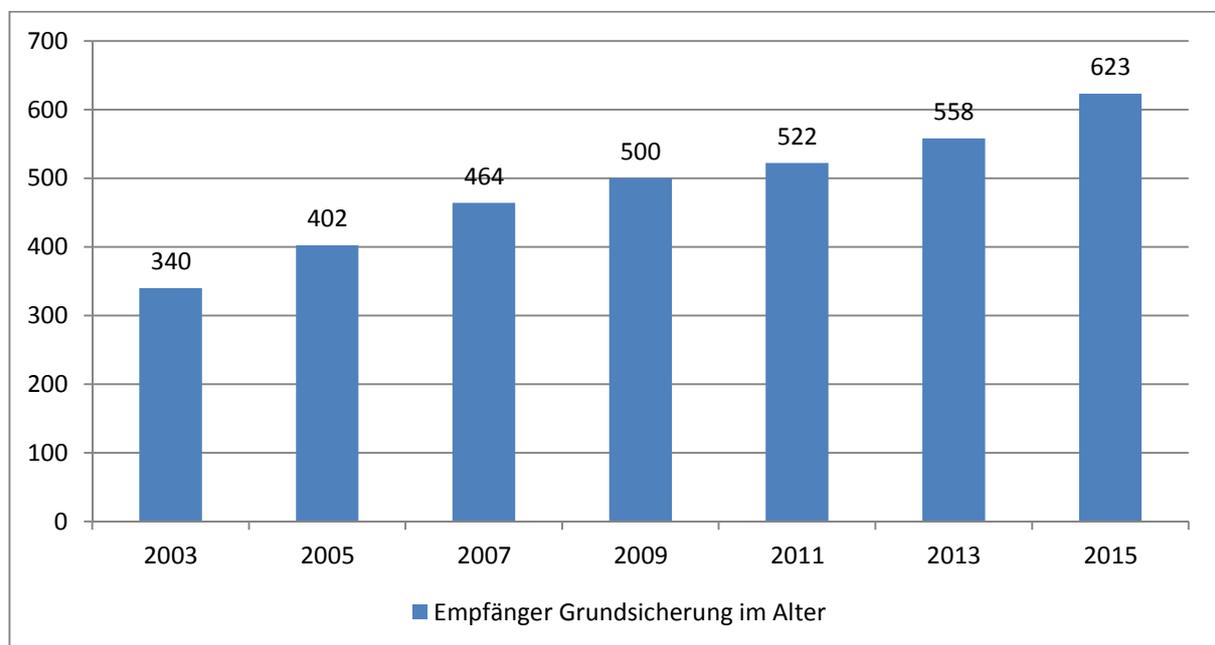


Quelle: eigene Darstellung nach LSN Sozialhilfestatistik



In Zukunft ist sowohl mit einer Steigerung der Empfänger von Hilfe zur Pflege als damit einhergehend auch der entsprechenden Aufwendungen des Landkreises Gifhorn zu rechnen. Festgemacht werden kann diese Aussicht mit dem Anwachsen der Anzahl der Menschen, die auf Grundsicherung im Alter – als einer weiteren Sozialhilfeleistung – angewiesen sind. Zwar stellt die Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung seit 2014 eine Bundesleistung dar, sodass der Haushalt des Landkreises dadurch nicht mehr unmittelbar belastet wird, allerdings ist davon auszugehen, dass die heutigen Grundsicherungsempfänger die Empfänger von Hilfe zur Pflege von morgen sein werden. Hohe Folgekosten im Rahmen der Hilfe zur Pflege könnten vermieden werden, wenn verstärkt präventionsorientierte Angebote entstehen würden, die langfristig Pflegeverläufe positiv beeinflussen.

Abb. 68: Entwicklung der Anzahl der Empfänger von Grundsicherung im Alter – LK Gifhorn



Quelle: eigene Darstellung nach LSN Sozialhilfestatistik

9. Aktivitäten und Handlungsmöglichkeiten

Die mit den sozio-demografischen Veränderungen der Gesellschaft verbundenen Folgen hinsichtlich der Zunahme älterer und damit auch pflegebedürftiger Menschen, bei gleichzeitigem Rückgang jüngerer und damit potenziell pflegender Bevölkerungsgruppen, stellt eine enorme Herausforderung für die Zukunft dar. Um die kommenden Aufgaben bewältigen zu können, bedarf es der Einleitung verschiedener Handlungsschritte.

Der Landkreis Gifhorn hat sich infolge der Einführung der Pflegeberichterstattung im Jahr 2013 die Vorgabe gesetzt, regelmäßig intensive Diskussionen unter den Akteuren der Altenhilfe und -pflege zur künftigen Ausgestaltung der Seniorenarbeit und Pflege sowie zur Anpassung der jeweiligen Rahmenbedingungen anzustoßen. So wurde 2013 erstmals die Pflegekonferenz einberufen, um vor Ort eine leistungsfähige, bedarfsgerechte und wirtschaftliche Pflegelandschaft zu gewährleisten.



Aus der Pflegekonferenz sind mehrere Arbeitsgruppen hervorgegangen, die themenspezifische Möglichkeiten der Weiterentwicklung der pflegerischen Versorgungsstrukturen erörtern. Daneben hat sich im Rahmen der Gesundheitsregion eine Arbeitsgruppe zur pflegerischen Versorgung gebildet, die ebenfalls Projektideen zur Verbesserung der Situation diskutiert. Im Jahr 2017 wurden zwei sogenannte Runde Tische Pflege unter Beteiligung der Pflegedienstleister, der Kranken- und Pflegekassen sowie der Politik und Verwaltung organisiert. Insgesamt soll gegenüber den Kostenträgern sowie der Landes- und Bundespolitik aus diesen Gremien heraus auch weiterhin regelmäßig auf die vorhandenen und zunehmenden Probleme, in der Hoffnung auf Verbesserungen, hingewiesen werden.

Da die Schwierigkeiten der Aufrechterhaltung einer adäquaten pflegerischen Versorgung der Bevölkerung, insbesondere vor dem Hintergrund des sich verschärfenden Fachkräftemangels in der professionellen Pflege, schon heute zutage treten, sind die Anstrengungen im vorpflegerischen Bereich weiter zu intensivieren. Dazu sind von März 2015 bis Februar 2016 in allen kreisangehörigen Städten und (Samt-)Gemeinden von der Sozialplanung des Landkreises Gifhorn sogenannte Lokale Netzwerktreffen Altenhilfe durchgeführt worden, um die lokalen Akteure der Seniorenarbeit sowie die politisch Verantwortlichen für die anstehenden Entwicklungen und Aufgaben zu sensibilisieren. Im Ergebnis kam es in mehreren Gebietseinheiten zur Gründung bzw. Reaktivierung von Seniorenbeiräten (SG Hankensbüttel, SG Meinersen, SG Wesendorf) und Arbeitskreisen (SG Isenbüttel, Stadt Wittingen).

Als vorbildlich kann hierbei das Vorgehen der Samtgemeinde Isenbüttel bezeichnet werden. Hier wurde nach Etablierung einer hauptamtlichen Stelle für die Seniorenarbeit und im Anschluss an die Auftaktveranstaltung eine Seniorenbefragung durchgeführt, aus der die Bedarfe der älteren Bevölkerung abgeleitet werden. Anschließend kam es zur Erstellung von Informationsmaterialien, zur Organisation von Vortragsveranstaltungen sowie zur erfolgreichen Einführung informeller Netzwerke (Zwischen Arbeit und Ruhestand – ZWAR). Für die Zukunft sind z. B. der Aufbau von Nachbarschaftshilfen und die Organisation einer Seniorenmesse angedacht.

Auch in anderen kreisangehörigen Gemeinden sind Aktivitäten in Bezug auf die künftige Versorgung der älter werdenden Bevölkerung zu beobachten. In Wahrenholz hat sich 2015 die Bürgergemeinschaft Wahrenholz e. V. gegründet, mit dem Ziel, mehrere Projekte im vorpflegerischen Bereich umzusetzen sowie Angebote der wohnortnahen pflegerischen Versorgung zu schaffen.

Ferner ist der Verein Wir in der Nachbarschaft zu nennen, der im nördlichen Kreisgebiet geschulte ehrenamtliche Seniorenbegleiter in der Begleitung und Betreuung Pflegebedürftiger einsetzt.

Auch der Senioren- und Pflegestützpunkt des Landkreises Gifhorn qualifiziert und vermittelt ehrenamtliche Seniorenbegleiter und Wohnraumberater, um die Chancen auf einen möglichst langen Verbleib in der eigenen Häuslichkeit und der gewohnten Wohnumgebung auch bei eintretendem Hilfs- und Pflegebedarf zu erhöhen.

Um solche lokalen Aktivitäten zu unterstützen, hält das Land Niedersachsen eine ganze Reihe von Förderprogrammen vor, die teilweise auch von den genannten Initiativen in Anspruch genommen



wurden. Hierbei geht es vorrangig um den Aufbau von zukunftsfähigen Strukturen zur Bearbeitung der Folgen der demografischen Entwicklungen gerade im ländlichen Raum.

Tab. 13: Förderprogramme in Niedersachsen mit Bezug zu Alter und Pflege

Förderprogramm	Inhalte
Wohnen und Pflege im Alter	<p>Neu- und Umbauten zur Schaffung von alters- und pflegegerechten Wohnungen, Wohngemeinschaften, Wohnumfeld- und Quartiersinfrastrukturen</p> <p>Sach- und Personalmittel für Projekte zum Aufbau von:</p> <ul style="list-style-type: none">- Nachbarschaftsinitiativen zur Unterstützung Pflegebedürftiger- Pflege-Wohngemeinschaften- Quartiersbezogenen Unterstützungsnetzen- pflegerischen Infrastrukturen (auch E-Health, E-Care und AAL) in Verbindung mit Kompetenzteams zur Förderung selbständigen Wohnens im Alter und bei Pflege <p>Förderempfänger: natürliche und juristische Personen</p> <p>max. 100.000 pro Maßnahme; mindestens 50 % Eigenanteil</p> <p>Laufzeit: 2016-2020</p>
Stärkung der ambulanten Pflege im ländlichen Raum	<p>Maßnahmen zur:</p> <ul style="list-style-type: none">- Verbesserung der Arbeits- und Rahmenbedingungen- Kooperation und Vernetzung- Verbesserung der Vereinbarkeit von Familie und Beruf- Einführung von technischen und EDV-basierten Systemen <p>Förderempfänger: ambulante Pflegedienste</p> <p>max. 45.000 € pro Pflegedienst und Jahr; ohne Eigenanteil</p> <p>Laufzeit: 2016-2018</p>
Gemeinwesenarbeit und Quartiersmanagement	<p>Auf- und Ausbau von Strukturen der Gemeinwesenarbeit und des Quartiersmanagements</p> <p>Strategische, innovative soziale Projekte</p> <p>Förderempfänger: Kommunen, Wohlfahrtsverbände, Kirchen, juristische Personen ohne wirtschaftliches Interesse</p> <p>max. 70.000 € pro Projekt bzw. 150.000 € bei mehreren Projekten; mindestens 25 % Eigenanteil</p> <p>Laufzeit: 2017-2018</p>



Soziale Innovation	<p>Anpassung an den Wandel der Arbeitswelt</p> <p>Sicherung des Zugangs zu sowie Verbesserung und Ausweitung von Gesundheits- und Sozialdienstleistungen zur Sicherung der Daseinsvorsorge</p> <p>Förderempfänger: juristische Personen des öffentlichen oder privaten Rechts</p> <p>max. 300.000 € pro Projekt; mindestens 40 % Eigenanteil</p> <p>Laufzeit: 2016-2023</p>
--------------------	---

Neben den aufgeführten Förderprogrammen existieren weitere Möglichkeiten der finanziellen Unterstützung angedachter Projekte. In der Stadt Gifhorn und der Samtgemeinde Meinersen werden z. B. aus dem entsprechenden Bundesprogramm der Aufbau und Betrieb von Mehrgenerationenhäusern bezuschusst. Auch im Rahmen der verschiedenen EU-Förderprogramme (LEADER, ILEK, REK) bestehen Möglichkeiten, Projekte in Bezug auf die Anpassung der Infrastruktur an die alternde Bevölkerung fördern zu lassen.

10. Zusammenfassung und Ausblick

Die Alterung der Bevölkerung im Landkreis Gifhorn schreitet mit zunehmender Dynamik voran. So sind in den vergangenen Jahren überdurchschnittliche Zuwächse in der Anzahl und dem Anteil älterer Menschen zu verzeichnen. Diese Tendenzen setzen sich aller Voraussicht nach auch in der Zukunft weiter fort.

Analog zur Bevölkerungsentwicklung wird sich auch die Zahl der Pflegebedürftigen stärker erhöhen als in den Nachbarkommunen. Bis zum Jahr 2030 werden rund 50 % mehr Menschen auf Hilfe und Unterstützung angewiesen sein. Gleichzeitig sinkt jedoch das Potenzial pflegender Angehöriger und professioneller Pflegekräfte.

Im Landkreis Gifhorn sollten daher in naher Zukunft angemessene Maßnahmen ergriffen werden, um einem drohenden Pflegenotstand ausreichend zu begegnen. Die momentane Situation weist zwar auf eine im regionalen Vergleich noch relativ entspannte Lage hin, die zu erwartenden Zuwachsraten sowohl der älteren Bevölkerung als auch der pflegebedürftigen Menschen geben jedoch Anlass zur Sorge. Denn nicht nur die prognostizierten Zahlen zur demografischen Entwicklung und zur Pflegebedürftigkeit, sondern auch die damit zusammenhängenden Probleme bei der Gewinnung von geeignetem Fachpersonal haben unmittelbaren Einfluss auf die Entwicklung im Pflegebereich. Dazu kommen die wahrscheinlich besonders starken Steigerungsraten der Personengruppen der Demenzerkrankten, der pflegebedürftigen Migranten und der Menschen ohne tragfähiges soziales Netzwerk. Gerade im ländlichen Raum, wo der Umzug in eine anonyme Pflegeeinrichtung besonders unattraktiv ist, bedarf es intelligenter Maßnahmen, um Pflegebedürftigkeit bedarfsgerecht zu organisieren oder sie hinauszuzögern bzw. bestenfalls zu verhindern.



Notwendig ist daher ein Ausbau wohnortnaher, kleinräumiger, flexibler Pflegearrangements, die einen vorausschauenden Hilfe-Mix gewährleisten. Auch vor dem Hintergrund der finanziellen Kapazitäten der kommunalen Haushalte ist hierbei auf die Vermeidung unnötiger kostenintensiver stationärer Pflege zu achten. Daneben ist die Stärkung primärer Hilfenetze und vor allem die Einbeziehung von freiwilligem Engagement sowie eine bessere Begleitung und Entlastung der pflegenden Angehörigen, vor allem wenn sie neben der Pflege noch erwerbstätig sind, anzustreben. So scheint z. B. auch ein weiterer Ausbau der teilstationären Pflegeangebote angezeigt. Kommunale Haushaltspolitik sollte daher nach Möglichkeit präventionsorientiert ausgerichtet sein.

Des Weiteren sind auch mit den Bereichen quartiersnahes, alternatives Wohnen, Wohnraumanpassung sowie Unterstützungsmöglichkeiten durch Technik bzw. Hilfsmittel Hoffnungen auf adäquate Hilfestellungen verbunden. Dazu sollte z. B. eine Prüfung der Möglichkeit der Einrichtung einer Musterwohnung mit technischer Ausstattung erfolgen.

Um das Ziel einer an den Bedürfnissen und Anforderungen der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen orientierten Weiterentwicklung der kommunalen Pflegelandschaft zu erreichen, müssen die Kooperationen auf lokaler und regionaler Ebene intensiviert und verbindlich gestaltet werden. Denn nur im Zusammenspiel aller an der Pflege beteiligten Akteure kann es gelingen, den nahenden Herausforderungen des demografischen Wandels angemessen zu begegnen.



11. Quellen und Literatur

Barmer GEK (Hrsg.), 2016: Barmer GEK Pflegereport 2016. Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Band 42. Berlin

Barmer GEK (Hrsg.), 2015: Barmer GEK Pflegereport 2015. Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Band 36. Berlin

Barmer GEK (Hrsg.), 2012: Barmer GEK Pflegereport 2012. Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Band 17. Berlin

Berlin-Institut für Bevölkerung und Entwicklung - BIBE (Hrsg.), 2013: Demenz-Report. Wie sich die Regionen in Deutschland, Österreich und der Schweiz auf die Alterung der Gesellschaft vorbereiten können. Berlin

Bertelsmann-Stiftung (Hrsg.), 2016: Pflegeinfrastruktur. Die pflegerische Versorgung im Regionalvergleich. Gütersloh

Bertelsmann-Stiftung (Hrsg.), 2015: Internationale Fachkräfterekrutierung in der deutschen Pflegebranche. Chancen und Hemmnisse aus Sicht der Einrichtungen. Gütersloh

Bertelsmann-Stiftung (Hrsg.), 2012: Themenreport „Pflege 2030“. Was ist zu erwarten – was ist zu tun? Gütersloh

BKK Dachverband e.V. (Hrsg.), 2017: BKK Gesundheitsatlas 2017. Gesundheit und Arbeit - Blickpunkt Gesundheitswesen. Berlin

Bundesagentur für Arbeit (Hrsg.), 2017: Fachkräfteengpassanalyse. Berichte: Blickpunkt Arbeitsmarkt, Dezember 2017.



Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend – BMFSFJ (Hrsg.), 2016: Siebter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland. Sorge und Mitverantwortung in der Kommune – Aufbau und Sicherung zukunftsfähiger Gemeinschaften. Berlin

Bundesministerium für Gesundheit - BMG (Hrsg.), 2011: Abschlussbericht zur Studie „Wirkungen des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes“. Bericht zu den Repräsentativerhebungen im Auftrage des Bundesministeriums für Gesundheit. TNS Infratest Sozialforschung. München

Bundesregierung (Hrsg.), 2016a: Sechster Bericht der Bundesregierung über die Entwicklung der Pflegeversicherung und den Stand der pflegerischen Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland. Berlin

Bundesregierung, 2016b: Stand der Umsetzung des Gesetzes zur besseren Vereinbarkeit von Familie, Pflege und Beruf. Bundestagsdrucksache 18/7322. Berlin

DAK-Gesundheit (Hrsg.), 2017: Pflegereport 2017. Gutes Leben mit Demenz. Daten, Erfahrungen, Praxis. Hamburg/Freiburg

DAK-Gesundheit (Hrsg.), 2015: Pflegereport 2015. So pflegt Deutschland. Hamburg

Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge e.V., 2013: Pflegesystem den gesellschaftlichen Strukturen anpassen! Empfehlungen des Deutschen Vereins zur Weiterentwicklung der Pflege. Berlin

Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge e.V., 2011: Empfehlungen für eine kommunale Infrastruktur für ältere und pflegebedürftige Menschen. Berlin

Deutsches Zentrum für Altersfragen – DZA (Hrsg.), 2017: Migrantinnen und Migranten in der zweiten Lebenshälfte. Report Altersfragen 2/2017. Berlin



Hans-Böckler-Stiftung (Hrsg.), 2017: Pflege in den eigenen vier Wänden: Zeitaufwand und Kosten. Pflegebedürftige und ihre Angehörigen geben Auskunft. Study Nr. 363, Juni 2017. Düsseldorf

Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung – IAB, 2015a: Löhne in der Kranken- und Altenpflege. Regionale Unterschiede sind beträchtlich. IAB-Forum 2/2015, S. 108-115

Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung – IAB, 2015b: Viel Varianz. Was man in den Pflegeberufen in Deutschland verdient. Pressekonferenz des Pflegebevollmächtigten der Bundesregierung zur Vergütung in den Pflegeberufen. Berlin

Landesamt für Statistik Niedersachsen – LSN (Hrsg.), 2017: Gesetzliche Pflegeversicherung. Ergebnisse der Pflegestatistik 2015. Statistische Berichte K II 6 – j / 2015. Hannover

Niedersächsisches Landesamt für Soziales, Jugend und Familie, 2017: Liste der nach § 45a SGB XI anerkannten niedrigschwelligen Betreuungsangebote in Niedersachsen, unter <http://www.niedrigschwellige-betreuungsangebote-nds.de/>, Stand Dezember 2017

Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung - MS, (2016): Niedersächsischer Landespflegerbericht 2015. Hannover

Psyma Group AG, 2018: Care Klima-Index Deutschland 2017. Nürnberg

Sachverständigenrat deutscher Stiftungen für Integration und Migration (Hrsg.), 2015: In Vielfalt altern. Pflege und Pflegepräferenzen im Einwanderungsland Deutschland. Policy Brief des SVR-Forschungsbereichs 2015-2. Berlin

Schmidt, Manuela / Schneekloth, Ulrich, 2011: Abschlussbericht zur Studie „Wirkungen des Pflegeweiterentwicklungsgesetzes“, Bericht zu den Repräsentativerhebungen im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. Von TNS Infratest Sozialforschung, München



Statistisches Bundesamt, 2017: Pflegestatistik 2015. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse. Wiesbaden

Vereinigung der Bayerischen Wirtschaft e.V. – vbw (Hrsg.), 2012: Pflegelandschaft 2030. Eine Studie der Prognos AG im Auftrag der vbw. München

Wissenschaftliches Institut der AOK – WIdO (Hrsg.), 2016: Pflegereport 2016. Die Pflegenden im Fokus. Stuttgart



12. Abbildungs- und Tabellenverzeichnis

Abbildung 1: Bevölkerungsentwicklung 1999-2015 nach Altersgruppen – Landkreis Gifhorn.....	Seite 11
Abbildung 2: Durchschnittsalter 2016 – Region.....	Seite 12
Abbildung 3: Anteil der Hochbetagten an der Gesamtbevölkerung 2015 – Gebietseinheiten.....	Seite 13
Abbildung 4: Bevölkerungsentwicklung 1999-2015 nach Altersgruppen – Gebietseinheiten.....	Seite 14
Abbildung 5: Altersstruktur am 31.12.2016 – LK Gifhorn.....	Seite 17
Abbildung 6: Prognose der Entwicklung der Hochbetagten bis 2030 – Region.....	Seite 18
Abbildung 7: Leistungsempfänger der Pflegeversicherung 2015 nach Leistungsart – Deutschland.....	Seite 19
Abbildung 8: Leistungsempfänger der Pflegeversicherung 2015 nach Leistungsart – LK Gifhorn.....	Seite 20
Abbildung 9: Überproportional vertretene Pflegesettings – Deutschland.....	Seite 21
Abbildung 10: Leistungsempfänger der Pflegeversicherung 2015 nach Geschlecht – LK Gifhorn.....	Seite 22
Abbildung 11: Leistungsempfänger der Pflegeversicherung 2015 nach Pflegestufen – LK Gifhorn.....	Seite 22
Abbildung 12: Pflegegeldempfänger ohne Sachleistungen 2015 nach Alter und Geschlecht – LK Gifhorn.....	Seite 23
Abbildung 13: Pflegebedürftige in ambulanter Pflege 2015 nach Alter und Geschlecht – LK Gifhorn.....	Seite 24
Abbildung 14: Pflegebedürftige in vollstationärer Dauerpflege 2015 nach Alter und Geschlecht – LK Gifhorn.....	Seite 25
Abbildung 15: Pflegebedürftige in teilstationärer Pflege 2015 nach Alter und Geschlecht – LK Gifhorn.....	Seite 25
Abbildung 16: Pflegebedürftige 2015 nach Leistungsart und Pflegestufe – LK Gifhorn.....	Seite 26



Abbildung 17: Pflegebedürftige 2015 nach Pflegestufe und Leistungsart – LK Gifhorn.....	Seite 27
Abbildung 18: Pflegequoten 2015 nach Alter – LK Gifhorn.....	Seite 28
Abbildung 19: Hochrechnung der Anzahl Pflegebedürftiger 2015 – Gebietseinheiten.....	Seite 28
Abbildung 20: Entwicklung der Anzahl Pflegebedürftiger 1999-2015 – Deutschland.....	Seite 29
Abbildung 21: Entwicklung der Anzahl Pflegebedürftiger 1999-2015 – LK Gifhorn.....	Seite 30
Abbildung 22: Entwicklung der Pflegebedürftigen nach Pflegestufen – Deutschland.....	Seite 31
Abbildung 23: Entwicklung der Anteile der Pflegestufen 1999-2015 – LK Gifhorn.....	Seite 31
Abbildung 24: Entwicklung der Leistungsarten 1999-2015 – LK Gifhorn.....	Seite 32
Abbildung 25: Entwicklung der Pflegegeldempfänger (ohne Sachleistungen) 1999-2015 – LK Gifhorn.....	Seite 33
Abbildung 26: Entwicklung der Pflegebedürftigen in ambulanter Pflege 1999-2015 – LK Gifhorn.....	Seite 34
Abbildung 27: Entwicklung der Pflegebedürftigen in stationären Pflegeeinrichtungen 1999-2015 – LK Gifhorn.....	Seite 34
Abbildung 28: Entwicklung der Pflegebedürftigen in teilstationären Pflegeeinrichtungen 2009-2015 – LK Gifhorn.....	Seite 35
Abbildung 29: Entwicklung der Anzahl Pflegebedürftiger 1999-2031 – LK Gifhorn.....	Seite 36
Abbildung 30: Prognose der Entwicklung der Anzahl Pflegebedürftiger bis 2031 – Region.....	Seite 37
Abbildung 31: Zunahme professionell versorgter Pflegebedürftiger 2013-2030 – Deutschland.....	Seite 38
Abbildung 32: Prävalenzraten demenzieller Erkrankungen nach Alter – Deutschland.....	Seite 40



Abbildung 33: Hochrechnung der Anzahl Demenzerkrankter 2015 – Gebietseinheiten.....	Seite 40
Abbildung 34: Entwicklung der Anzahl Demenzerkrankter 2013-2030 – Niedersachsen.....	Seite 41
Abbildung 35: Entwicklung der Anzahl der älteren Menschen mit Migrationshintergrund – LK Gifhorn.....	Seite 43
Abbildung 36: Dauer und Umfang der häuslichen Pflege 2015 – Deutschland.....	Seite 45
Abbildung 37: Entwicklung der Pflegepersonen in häuslicher Pflege – Deutschland.....	Seite 46
Abbildung 38: Entwicklung der Erwerbsquoten pflegender Frauen und Männer 2005-2013 – Deutschland.....	Seite 47
Abbildung 39: Entwicklung des Pflegepersonals in ambulanten Pflegediensten 1999-2015 – LK Gifhorn.....	Seite 48
Abbildung 40: Entwicklung der Beschäftigungsverhältnisse des Pflegepersonals in ambulanten Pflegediensten 1999-2015 – LK Gifhorn.....	Seite 49
Abbildung 41: Berufsabschlüsse des Pflegepersonals in ambulanten Pflegediensten nach Beschäftigungsverhältnis – LK Gifhorn.....	Seite 50
Abbildung 42: Entwicklung des Pflegepersonals in stationären Pflegeeinrichtungen 1999-2015 – LK Gifhorn.....	Seite 51
Abbildung 43: Entwicklung der Beschäftigungsverhältnisse des Pflegepersonals in stationären Pflegeeinrichtungen 1999-2015 – LK Gifhorn.....	Seite 52
Abbildung 44: Berufsabschlüsse des Pflegepersonals in stationären Pflegeeinrichtungen nach Beschäftigungsverhältnis – LK Gifhorn.....	Seite 53
Abbildung 45: Entwicklung des Pflegepersonals in Kliniken 2004-2016 – Region.....	Seite 54
Abbildung 46: Entwicklung der Beschäftigungsverhältnisse des Pflegepersonals in Kliniken 2004-2016 – Region.....	Seite 54
Abbildung 47: Entgelte von Fachkräften und Helfern in Pflegeberufen 2013 – Deutschland.....	Seite 55
Abbildung 48: AU-Tage der beschäftigten Mitglieder nach ausgewählten Berufsgruppen und Geschlecht 2015 – Deutschland.....	Seite 56



Abbildung 49: AU-Tage der Beschäftigten in den Pflegeberufen nach Altersgruppen 2015 – Deutschland.....	Seite 57
Abbildung 50: Engpässe bei Fachkräften und Spezialisten in der Altenpflege Dezember 2017 – Deutschland.....	Seite 58
Abbildung 51: Verhältnis der Nachfrage nach professioneller Pflege und Personalangebot in der Pflege – Deutschland.....	Seite 59
Abbildung 52: Versorgungslücke in der Pflege 2009 bis 2030 in Vollzeitäquivalenten – Region.....	Seite 60
Abbildung 53: Angebotsformen der pflegerischen Versorgung – Gemeinden.....	Seite 62
Abbildung 54: Ambulante Pflegedienste und Sozialstationen – Gemeinden.....	Seite 64
Abbildung 55: Entwicklung der Anzahl der ambulanten Pflegedienste – LK Gifhorn.....	Seite 66
Abbildung 56: Einrichtungen der Tagespflege und Tagespflegeplätze – Gemeinden.....	Seite 68
Abbildung 57: Entwicklung der teilstationären Pflegeeinrichtungen und Pflegeplätze – LK Gifhorn.....	Seite 69
Abbildung 58: Nutzerbewertung von Verhinderungs- und Kurzzeitpflege – Deutschland.....	Seite 71
Abbildung 59: Kliniken, vollstationäre Pflegeeinrichtungen und Pflegeplätze – Gemeinden.....	Seite 72
Abbildung 60: Versorgungsquoten mit stationären Pflegeplätzen 2017 – Gebietseinheiten.....	Seite 74
Abbildung 61: Entwicklung der stationären Pflegeeinrichtungen und Pflegeplätze – LK Gifhorn.....	Seite 75
Abbildung 62: Seniorenwohnungen, betreute Wohnanlagen und Wohngemeinschaften – Gemeinden.....	Seite 78
Abbildung 63: Anzahl der jährlichen Pflegeberatungen im Senioren- und Pflegestützpunkt 2011-2016 – LK Gifhorn.....	Seite 81
Abbildung 64: Bewertung und Ort der Pflegeberatung – Deutschland.....	Seite 82
Abbildung 65: Kosten je Versorgungsstunde in stationären Pflegeeinrichtungen – Deutschland.....	Seite 84



Abbildung 66: Durchschnittliche Pflegekosten je Pflegebedürftigem nach Versorgungsart und Geschlecht – Deutschland.....	Seite 85
Abbildung 67: Entwicklung der Anzahl der Empfänger und der Bruttoausgaben der Hilfe zur Pflege – LK Gifhorn.....	Seite 89
Abbildung 68: Entwicklung der Anzahl der Empfänger von Grundsicherung im Alter – LK Gifhorn.....	Seite 90
Tabelle 1: Ambulante Pflegedienste und Sozialstationen nach Standort – Gebietseinheiten.....	Seite 65
Tabelle 2: Einrichtungen der Tagespflege und Tagespflegeplätze – Gebietseinheiten.....	Seite 69
Tabelle 3: Vollstationäre Pflegeeinrichtungen und Pflegeplätze – Gebietseinheiten.....	Seite 73
Tabelle 4: Seniorenwohnungen – Gebietseinheiten.....	Seite 76
Tabelle 5: Betreute Wohnanlagen – Gebietseinheiten.....	Seite 77
Tabelle 6: Betreute Wohngemeinschaften – Gebietseinheiten.....	Seite 77
Tabelle 7: Anerkannte Angebote zur Unterstützung im Alltag – Gebietseinheiten.....	Seite 79
Tabelle 8: Reformen der gesetzlichen Pflegeversicherung.....	Seite 86
Tabelle 9: Kriterien zur Ermittlung der Pflegegrade.....	Seite 87
Tabelle 10: Voraussetzungen zur Einteilung in Pflegegrade.....	Seite 88
Tabelle 11: Monatliche Leistungen der gesetzlichen Pflegeversicherung für Pflegegeld und Pflegesachleistungen.....	Seite 88
Tabelle 12: Monatliche Leistungen der gesetzlichen Pflegeversicherung für stationäre Pflege.....	Seite 89
Tabelle 13: Förderprogramme in Niedersachsen mit Bezug zu Alter und Pflege.....	Seite 92

