

Pflegebericht 2020



Herausgeberin

Stadt Oldenburg (Oldb) – Der Oberbürgermeister, Strategische Sozialplanung: Demografie – Inklusion – Soziales
Stand: März 2021. Online ist der Bericht zu finden unter www.oldenburg.de/demografie-pflegebericht

Texte: Annika Baum (Gesundheitsamt), Thomas Betten (Amt für Teilhabe und Soziales), Fachdienst Geoinformation und Statistik, Susanne Jungkuz (Amt für Teilhabe und Soziales), Friederike Oltmer (Amt für Teilhabe und Soziales), Peter Orzessek (Gesundheitsamt), Jan-Hendrik Schmitt (Amt für Teilhabe und Soziales).

Titelfotos: Ingo Bartussek/AdobeStock, Petair/AdobeStock, thodonal/AdobeStock, Stockwerk-Fotodesign/AdobeStock, oneinchpunch/AdobeStock.

Weitere Fotos: Seite 6: Hans-Jürgen Zietz, Seite 8: VAGABOND/AdobeStock, Seite 11: Tierney/AdobeStock, Seite 13: leszekglasner/AdobeStock, Seite 17: Ferne_curto/AdobeStock, Seite 19: Daisy Daisy/AdobeStock, Seite 20: Stadt Oldenburg, Seite 29: Photographee.eu/AdobeStock, Seite 33: Ingo Bartussek/AdobeStock, Seite 36: fizkes/AdobeStock, Seite 38: FrameAngel/AdobeStock, Seite 41: WavebreakMediaMicro/AdobeStock, Seite 45: garth/AdobeStock, Seite 46: aerogondo/AdobeStock, REDPIXEL/AdobeStock, Peter Atkins/AdobeStock, Seite 54: Photographee.eu/AdobeStock, Seite 59: zinkevych/AdobeStock, Seite 60: olly/AdobeStock, Seite 69: LIGHTFIELD STUDIOS/AdobeStock, Seite 73: Halfpoint/AdobeStock, Seite 75: Robert Kneschke/AdobeStock, Seite 77: Photographee.eu/AdobeStock, Seite 84: Hero Images/AdobeStock, Seite 88: picsfive/AdobeStock, Seite 90: taylor/AdobeStock, Seite 94: fizkes/AdobeStock, Seite 97: Ljupco Smokovski/Fotolia, Seite 102: vegefox.com/Adobe Stock, Seite 107: pexels-pixabay, Seite 109: fizkes/AdobeStock, Seite 112: BTB Oldenburg, Seite 116: Robert Kneschke/AdobeStock

Allgemeine Anfragen an die Stadt Oldenburg bitte an das ServiceCenter unter Telefon 0441 235-4444 oder per E-Mail an servicecenter@stadt-oldenburg.de

Inhalt

Grußwort	7
Rahmenbedingungen der Berichtslegung	9
Einleitung	12
1. Zentrale Ergebnisse im Überblick	18
2. Kommunale Gegebenheiten und Bevölkerungsentwicklung	21
3. Pflegebedürftigkeitsentwicklung	30
3.1 Pflegebedürftigkeit im Vergleich	31
3.2 Entwicklung der Pflegebedürftigkeit in Relation zur Entwicklung der Pflegebedürftigkeit in Niedersachsen anhand der Pflegequote	39
3.3 Entwicklung der Pflegebedürftigkeit von Menschen mit Migrationshintergrund und Ausländerinnen und Ausländern	42
4. (Vor-)Pflegerische Versorgung	47
4.1 Pflege durch Angehörige	47
4.2 Ambulante Pflege	52
4.3. Stationäre Dauerpflege	58
4.4 Kurzzeitpflege	62
4.5 Tages- und Nachtpflege	63
4.6 Krankenhäuser und Bettenkapazität im Zeitvergleich	66
4.7 Wohnangebote	68
4.8 Angebote im Vor- und Umfeld von Pflege	70
4.9 Sozialpsychiatrischer Dienst und Krisendienst	76
4.10 Menschen mit Demenz	80
5 Hilfe zur Pflege	85
6. Personal in Pflegeeinrichtungen	89
6.1 Pflegepersonal in der ambulanten Pflege	89
6.2 Pflegepersonal in der stationären Pflege	96

7. Perspektivische Entwicklung von Pflege-, Versorgungs- und Personalbedarf bis 2030	103
7.1 Prognose der Entwicklung des privaten und professionellen Pflegepotenzials	103
7.2 Prognostizierte Entwicklung der Nachfrage der einzelnen Leistungsformen	109
8. Kommunale Projekte, Aktivitäten und Verbünde im Bereich Pflege	113
8.1 Bündnis Pflege - Örtliche Pflegekonferenz in der Stadt Oldenburg nach § 4 NPflegeG	113
8.2 Initiativen und Projekte	113
9. Anhang	117
9.1. Definition der Pflegegrade und des Begutachtungsverfahrens	117
9.2 Glossar	118
9.3 Abbildungs- und Tabellenverzeichnis	122



Grußwort



Grußwort



Foto: Hauke-Christian Dittrich



Foto: Stadt Oldenburg

Selbstbestimmung und Würde haben viele Facetten, die uns gerade in diesen Zeiten deutlicher bewusst werden als je zuvor. Sie werden von allen Menschen, insbesondere aber auch von den Älteren als sehr wichtiges Gut wahrgenommen.

Gerade im Themenfeld Pflege, mit dem sich der nun vorliegende Pflegebericht 2020 beschäftigt, werden viele zentrale Sorgen deutlich, die unsere Gesellschaft und die in ihr lebenden pflegebedürftigen Menschen und ihre Angehörigen betreffen: Altersbilder, die mehr Schwäche als Stärke betonen, Teilhabe einschränkung durch Altersarmut, die große Verantwortung der pflegenden Angehörigen, die Zunahme demenzieller Erkrankungen, die dramatische Fachkräftesituation und die Lücken in der Versorgungsstruktur, wie zum Beispiel auch im Bereich der jungen Pflege.

Auf manche Fragen haben wir bereits Antworten, bei anderen Fragen arbeiten wir an Lösungen. Das fällt dort leichter, wo wir als Kommune unmittelbar Einfluss nehmen können. In manchen Bereichen hingegen müssen wir auf Land und Bund einwirken, um Verbesserungen voranzubringen.

Worauf wir in den letzten Jahren in Oldenburg deshalb stolz sein können, ist die engagierte und vor allem vertrauensvolle Zusammenarbeit aller Pflegeakteure und Betroffenenvertretungen für eine gute und nachhaltig verlässliche Pflege.

Sehr spürbar wird dies im Oldenburger Bündnis Pflege, deren Mitglieder seit 2017 gemeinsam an der Sicherung der Versorgungsstrukturen arbeiten. Aber auch das Engagement vieler Akteure für eine Stärkung guter ambulanter Angebote und eine Öffnung der stationären Einrichtungen in die Quartiere und Stadtteile, ist bemerkenswert und kommt von Herzen.

Wo wir zukünftig noch mehr tun müssen ist die Stärkung der Gesundheitsförderung und Prävention. Die Devise muss heißen, möglichst gesund und sozial eingebunden alt werden können, denn das beugt Vereinsamung vor. Wir merken dies auch gerade in den Zeiten von Corona: soziale Distanz darf nicht sein. Stattdessen müssen Teilhabe und Zugehörigkeit gestärkt werden, auch durch digitale Hilfen.

Innerhalb der Verwaltung konnten wir die soziale Planung im Hinblick auf Altenhilfe und Pflege systematischer aufstellen und dadurch Bedarfe schneller aufnehmen, und oft in enger Zusammenarbeit mit den Betroffenenvertretungen und professionellen Pflegeakteuren verbessern.

Das größte Pfund jedoch ist unsere solidarische Stadtgesellschaft: Denn auch in den Familien und Freundeskreisen, in den Nachbarschaften, Quartieren und Stadtteilen entscheidet sich, ob wir die Herausforderungen in der Pflege gemeinsam würdevoll für alle lösen. Als Kommune müssen wir die jeweiligen Akteure dabei gut unterstützen und auch entlasten.

All diese Aspekte finden sich im vorliegenden Pflegebericht 2020, die notwendigen Handlungsfelder werden benannt. Wir sind zuversichtlich, dass alle Beteiligten und Verantwortlichen in Zivilgesellschaft, Politik und Verwaltung jetzt mitanpacken!

Jürgen Krogmann
Oberbürgermeister

Dagmar Sachse
Sozialdezernentin



Rahmenbedingungen

Rahmenbedingungen der Berichtslegung

Komm.Care – Kommune gestaltet Pflege in Niedersachsen

Das Land Niedersachsen verfolgt die Zielsetzung, die in den kommunalen Pflegeberichten liegenden Potenziale noch besser zu nutzen. Hierzu wurde das Projekt „Komm.Care – Kommune gestaltet Pflege in Niedersachsen“ initiiert, das die Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e. V. im Auftrag des Niedersächsischen Ministeriums für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung von Februar 2019 bis Januar 2022 umsetzt.

Das Projekt ist zum einen darauf gerichtet, die Rolle der Kommunen in der Sicherung und Weiterentwicklung der pflegerischen Versorgung zu stärken. Hierfür sollen die niedersächsischen Landkreise und kreisfreien Städte in ihrer planenden, moderierenden und vernetzenden Funktion unterstützt werden. Zum anderen soll eine bessere Verzahnung zwischen dem Land Niedersachsen und den kommunalen Gebietskörperschaften in Pflegefragen erreicht werden, um die Umsetzung von integrierten Handlungsstrategien zu begünstigen.

Eines der wesentlichen Ziele dieses Projektes ist es, die örtlichen Pflegeberichte stärker zu vereinheitlichen, damit hieraus auch Schlüsse für die Erstellung des Landespflegeberichts und die Pflegepolitik auf Landesebene gezogen und integrierte Handlungsstrategien entwickelt werden können.

Gesetzliche Grundlagen und Zielsetzung

Auf Grundlage des geltenden Rechts arbeiten Bund, Länder, Kommunen, die Pflegeeinrichtungen und die Pflegekassen im Rahmen ihrer jeweiligen Zuständigkeiten eng zusammen, um eine leistungsfähige, regional gegliederte, ortsnahe und aufeinander abgestimmte pflegerische Versorgung der Bevölkerung zu gewährleisten. Sie tragen zum Ausbau und zur Weiterentwicklung der pflegerischen Versorgungsstrukturen bei (§ 8 SGB XI).

Die Bundesländer sind dabei verantwortlich für die Vorhaltung einer leistungsfähigen, zahlenmäßig ausreichenden und wirtschaftlichen pflegerischen Versorgungsstruktur.

Das Nähere zur Planung und zur Förderung der Pflegeeinrichtungen wird durch Landesrecht bestimmt (§ 9 SGB XI). Als gesetzliche Grundlage wurde hierfür das Niedersächsische Pflegegesetz (NPflegeG) erlassen.

Die Landkreise und die kreisfreien Städte sind verpflichtet, eine den örtlichen Anforderungen entsprechende notwendige pflegerische Versorgungsstruktur nach Maßgabe der gesetzlichen Grundlagen sicherzustellen (§ 5 NPflegeG). Als Grundlage sind über den Stand und die voraussichtliche Entwicklung der pflegerischen Versorgung für das jeweilige Gebiet räumlich gegliederte Pflegeberichte zu erstellen und fortzuschreiben (§ 3 NPflegeG). Unter Berücksichtigung der nach § 2 NPflegeG zu erstellenden Landespflegeberichte sollen dabei Vorschläge zur Anpassung der vorhandenen an die notwendige pflegerische Versorgungsstruktur unterbreitet werden.

§ 2 Niedersächsisches Pflegegesetz (NPflegeG): Pflegeberichterstattung durch das Land Niedersachsen

Das Land Niedersachsen veröffentlicht alle fünf Jahre einen räumlich gegliederten Landespflegebericht über den Stand und die voraussichtliche Entwicklung der pflegerischen Versorgungsstruktur für Niedersachsen. Räumlich in Landkreise und kreisfreie Städte gegliedert, werden der Stand und die voraussichtliche Entwicklung der pflegerischen Versorgung abgebildet und auf dieser Grundlage Empfehlungen zur Anpassung und Weiterentwicklung der pflegerischen Versorgungsstrukturen dargestellt. Landespflegeberichte bestehen für die Jahre 2000, 2005, 2010 und 2015. Der Landespflegebericht für 2020 wird voraussichtlich im März 2021 veröffentlicht.

§ 3 Niedersächsisches Pflegegesetz (NPflegeG): Pflegeberichterstattung durch die Kommunen in Niedersachsen

Auch die niedersächsischen Landkreise und kreisfreien Städte sind dazu verpflichtet, für ihr Gebiet räumlich gegliederte Pflegeberichte zu erstellen und kontinuierlich fortzuschreiben. Unter Berücksichtigung der nach § 2 NPflegeG zu erstellenden Landespflegeberichte sollen dabei Vorschläge zur

Anpassung der vorhandenen an die notwendige pflegerische Versorgungsstruktur unterbreitet werden.

Zentrale Datenquelle für die örtlichen Pflegebe-richte bildet die Pflegestatistik des Landesamtes für Statistik Niedersachsen. Rechtsgrundlagen der Pflegestatistik bilden § 109 SGB XI und die Verord-nung zur Durchführung einer Bundesstatistik über Pflegeeinrichtungen sowie über die häusliche Pflege in Verbindung mit dem Bundesstatistikge-setz (BStatG). Die Pflegestatistik stellt Daten über die Pflegebedürftigen sowie über ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen zur Verfügung und erscheint im zweijährigen Turnus.

§ 4 Niedersächsisches Pflegegesetz (NPflegeG): Pflegekonferenzen

Derzeit nicht verpflichtend können im Zuständigkeitsbereich der Landkreise und kreisfreien Städte örtliche Pflegekonferenzen stattfinden. Beteiligt sind Vertreterinnen und Vertreter der Kommune, der Pflegeeinrichtungen, der Pflegekassen sowie der Pflegebedürftigen und des Pflegeperso-nals. Im Fokus stehen Fragen zur pflegerischen Versorgung der Bevölkerung, zur notwendigen Versorgungsstruktur sowie zur Koordination von Leistungsangeboten.

Die Vorteile einer örtlichen Pflegekonferenz als konstruktives Gremium zum Austausch pflege-spezifischer Informationen, zur Abstimmung von Planungen und zur Bündelung von Fachwissen nutzt die Stadt Oldenburg seit Mai 2017 unter dem Namen „Bündnis Pflege“.

Vertiefende Informationen zum Bündnis Pflege werden im Kapitel „8.1 Bündnis Pflege - Örtliche Pflegekonferenz in der Stadt Oldenburg nach § 4 NPflegeG 1“ auf Seite 113.

Pflegestatistik des Bundes

Die Pflegestatistik wird von den Statistischen Ämtern des Bundes und der Länder seit 1999 zweijährlich veröffentlicht. Ziel der Statistik ist es, Daten zum Angebot von und der Nachfrage nach pflegerischer Versorgung zu gewinnen. Es werden daher Daten über die Pflegebedürftigen sowie

über die Pflegeheime und ambulanten Dienste einschließlich des Personals erhoben. Die Stati-stik setzt sich aus zwei Erhebungen zusammen: Zum einen werden die ambulanten und statio-nären Pflegeeinrichtungen befragt, zum anderen liefern die Spitzenverbände der Pflegekassen und der Verband der privaten Krankenversicherung Informationen über die Empfängerinnen und Empfänger von Pflegegeldleistungen, also die oft von Angehörigen gepflegten Leistungsempfänge-rinnen und Leistungsempfänger.

Im Zuge der Reformen der Pflegeversicherung insbesondere durch das zweite Pflegestärkungs-gesetz und Anpassungen der Pflegestatistikver-ordnung, erfolgten auch Änderungen in der Pfl-e-gestatistik 2017. Ziel ist es vor allem, die Erhebung an den geänderten Pflegebedürftigkeitsbegriff anzupassen. Vertiefende Information hierzu sind in der Einleitung des [Kapitels „3. Pflegebedürftig-keitsentwicklung“](#) auf Seite 30 nachzulesen.

Hinweise zum Lesen des Örtlichen Pflegeberichts

Einige Aussagen, Passagen oder Abbildungen in diesem Bericht wiederholen sich, da sich auch einige Themen an anderer Stelle im Bericht wie-dern. So finden sich im Kapitel über die Pfl-e-gedürftigkeitsentwicklung Aussagen über Pfl-e-gedürftige in der ambulanten oder stationären Pflege, die sich inhaltlich teilweise in den Kapiteln über ambulante und stationäre Pflege wiederfin-den. Das führt dazu, dass der Leserin oder dem Leser einige Aussagen aus einem anderen Kapitel bekannt vorkommen. Der Vorteil ist, dass dadurch auch gezielt einzelne Kapitel gelesen werden kön-nen, ohne dass wichtige Informationen fehlen, die bereits an anderer Stelle erwähnt wurden.



Einleitung

Einleitung

Niemand will alt sein, aber alle wollen alt werden. Warum eigentlich?

Wir befinden uns im Wandel hin zu einer Gesellschaft des langen Lebens, das heißt die Menschen erreichen ein immer höheres Lebensalter. Nichts kennzeichnet den demografischen Wandel so sehr wie die Zunahme des Anteils von Menschen über 80 Jahre. Das ist eine eigentlich erfreuliche Entwicklung, gleichzeitig steigt mit dem Alter aber auch die Wahrscheinlichkeit, krank und pflegebedürftig zu werden. Dies betrifft auch demenzielle Erkrankungen.

Der Pflegemarkt in Deutschland ist nicht von ungefähr einer der großen Wachstumsbranchen. Die Altersgruppe ab 80 Jahren stellt an die Gesundheits- und Sozialpolitik besondere An- und Herausforderungen. Dies betrifft vor allem die Kommunen hinsichtlich der Gestaltung der pflegerischen Versorgungsstruktur.

Im Rahmen der Altenhilfe gemäß § 71 SGB XII sollen die Sozialhilfeträger durch geeignete Maßnahmen dazu beitragen, Schwierigkeiten, die durch das Alter entstehen, zu verhüten, zu überwinden oder zu mildern, um alten Menschen die Möglichkeit zu erhalten, am Leben in der Gemeinschaft weiter teilzunehmen.

Eigentlich sind es drei wesentliche Ziele, die sich aus dem Sozialgesetzbuch für die Kommunen ableiten lassen:

- Sicherstellung, Ausbau und Weiterentwicklung einer bedarfsgerechten örtlichen pflegerischen Versorgungsstruktur,
- Umsetzung des Grundsatzes „ambulant vor stationär“,
- Entwicklung und Förderung einer lokalen Sorgeskultur.

So obliegt also vorrangig der Kommune die Verantwortung für die Vorhaltung bedarfsgerechter Versorgungsstrukturen, gleichzeitig jedoch ist angesichts einer gesetzlich erwünschten Marktorientierung sowie der Wettbewerbsneutralität des Pflegeversicherungsrechts ihre Einflussnahme erheblich limitiert. Vor dem Hintergrund vielfältiger Defizite und komplexer Herausforderungen des Pflegesystems wird seitens der Fachwelt indes schon seit Jahren eine Wiederbelebung

der steuernden Funktion der Kommunen beziehungsweise ihre pflegepolitische Revitalisierung gefordert. Eine kommunale Pflegebedarfsplanung ist ebenfalls sinnvoll. Die Kommune ist aufgrund ihrer Kenntnisse der örtlichen Strukturen und Bedarfe, ihrer lokalen Vernetzung und ihrer Nähe zu den Menschen vor Ort besonders gut geeignet, die Entwicklung tragfähiger Altenhilfe- und Pflegestrukturen voranzutreiben und zu steuern. Nirgendwo ist man „näher dran“ an den Bürgerinnen und Bürgern, insbesondere an denen, die Hilfe und Unterstützung benötigen. Engagement ist da wichtig, aber dieses Engagement wird auch entsprechende finanzielle Mittel erfordern. Gleichzeitig muss davon ausgegangen werden, dass in Anbetracht der finanziellen Auswirkung der Corona-Krise zukünftig eher von einer angespannten Haushaltslage ausgegangen werden muss, die auch Auswirkung auf die kommunale Gestaltungsmacht haben kann.

Dabei ist sicher: Die Zahl der Pflegebedürftigen wird steigen, der Pflegebedarf zunehmen. Zahlreiche Umfragen und Untersuchungen belegen, dass ältere Menschen nicht nur bei geringen gesundheitlichen Beeinträchtigungen, sondern auch bei anhaltender Pflegebedürftigkeit in ihrem gewohnten sozialen und räumlichen Umfeld verbleiben möchten und ein selbstbestimmtes Leben anstreben. Die älteren und sehr alten Bürgerinnen und Bürger erleben ihre unmittelbare Umwelt als Ort des Wohnens, der Versorgung und der sozialen Kontakte anders, nämlich intensiver als jüngere Bewohnerinnen und Bewohner des gleichen Sozialraums. Das liegt im Wesentlichen daran, dass sich mit steigendem Alter der Aktions- und Lebensradius normalerweise stetig verkleinert. Die Menschen verbringen in diesem Fall mehr Zeit in ihrem nahen Wohnumfeld. Die Lebensqualität hängt somit auch hier von den lokalen Umständen ab.

Dieses wird auch im siebten Altenbericht der Bundesregierung von 2017 durch den Hinweis verdeutlicht, dass die Teilhabe und Lebensqualität im Alter in großem Maße von der lokalen Infrastruktur und den sozialen Netzwerken am Wohn- und Lebensort abhängt. Zudem wurde die besondere Rolle der Kommune betont. Die Aufgabe der Kommune ist es, „... das Zusammenwirken von familiären, nachbarschaftlichen und zivilgesellschaftlichen Ressourcen mit professio-

nellen Dienstleistungen zu ermöglichen und zu gestalten.“ (Siehe: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Herausgeber), Sorge und Mitverantwortung – Erkenntnisse und Empfehlungen des Siebten Altenberichts, Berlin 2017, Seite 10.)

Eine Pflegebedürftigkeit kann heute nicht mehr mit dem kompletten Bruch der bisherigen Lebensentwürfe gleichgesetzt werden, auch wenn die Mobilität und die Kompetenzen im Alter abnehmen.

Wenn insbesondere hochbetagte Menschen (Altersgruppe 80+) aus gesundheitlichen Gründen nicht mehr allein wohnen können, stellt sich immer die Frage nach der zukünftigen Betreuung und Pflege. Kaum jemand möchte gern ins Alten- und Pflegeheim. Welche Alternativen könnte es geben?

Um im vertrauten Umfeld, dem direkten Sozialraum, dem Quartier zu verbleiben sind flächendeckend adäquate Hilfe- und Versorgungsstrukturen mit entsprechenden Angeboten eine unabdingbare Voraussetzung. Alte Menschen sind in besonderer Weise auf eine funktionierende Infrastruktur in ihrer Nähe angewiesen. Daher steht das direkte Lebensumfeld, das heißt das Wohnquartier, im Fokus der kommunalen Sozial- und Altenhilfeplanung. Hier gilt es, den Erhalt oder die Wiedererlangung der Kompetenzen und die Eigenverantwortung

der Bürgerinnen und Bürger zu ermöglichen und zu stärken, bestehende und neue Netzwerke zu fördern und die Pflegeangebote um Alltagshilfen zu ergänzen. Es ist daher ratsam, bewährte Projekte zu fördern und permanent den Dialog mit den älteren Menschen und den sozialen Organisationen und Partnern vor Ort zu pflegen. Altersfreundliche Strukturen wie barrierefreie, mindestens aber barrierearme Quartiere und Gebäude, die Erreichbarkeit notwendiger Infrastruktur und Angebote zum Erhalt sozialer Kontakte, die zudem das solidarische Miteinander begünstigen und allen Generationen zu Gute kommen. Die kommunalen Strategien und Aktivitäten richten sich daher sinnvollerweise auf den direkten Sozialraum (das Lebensumfeld) der Zielgruppen aus, um in den Quartieren Oldenburgs sorglos älter zu werden. Dann wollen die Menschen vielleicht nicht mehr nur alt werden, sondern sind dies dann zunehmend auch gerne.

Dieser Bericht fokussiert sich auf die älteren und sehr alten Menschen, wenngleich auch deutlich jüngere und Menschen mit Behinderungen zum Kreis der Pflegebedürftigen gehören, allerdings nur zu einem geringen Anteil. An dieser Stelle wird darauf hingewiesen, dass die Anliegen der Menschen mit Behinderungen im Bericht zur Situation von Menschen mit Behinderung der Stadt Oldenburg vertiefend dargestellt werden. Der erste Bericht zur Lebenslage von Menschen mit Behinderungen soll 2022 erscheinen.

Der überwiegend versorgungsbedürftige Personenkreis ist der der älteren (über 65 Jahre) und insbesondere der sehr alten Menschen (über 80 Jahre). Gerade der letztgenannten Gruppe kommt eine besondere Bedeutung zu. Menschen über 80 Jahre benötigen im Allgemeinen eine signifikant höhere Unterstützung als die „jungen Alten“. Im hohen Lebensalter können sie sich oft auch nicht mehr oder nur noch bedingt selbst helfen. Die „jungen Alten“ sind heute relativ fit. Alter wird undifferenziert meist noch mit dem Einhergehen von körperlichem und geistigem Abbau und erhöhten Belastungen gleichgesetzt. Den meisten Menschen ist nicht bewusst, dass beispielsweise die heute 70-Jährigen biologisch-medizinisch so fit sind wie die 60-Jährigen vor einer Generation. So liegt auch das „gefühlte Alter“ im Durchschnitt rund zehn Jahre unterhalb des biologischen Alters. Dieser Kontrast zwischen



gesellschaftlichem und individuellem Altersbild führt zu Missverständnissen und Fehleinschätzungen. Das vorherrschende Altersbild ist leider immer noch defizitorientiert, eine Korrektur wäre hier notwendig. Altersbilder befinden sich zwar bereits im Umbruch, aber nicht schnell genug. Das gesellschaftliche Bild vom Alter hinkt den biologischen Entwicklungen hinterher. Statt starrem Denken in den Kategorien Alt und Jung muss das Lebensgefühl jedes Einzelnen in den Vordergrund rücken, ganz im Sinne des Zitates der Sozialtherapeutin Lily Pincus, die sagte: „Alte Menschen sind ja nicht alle gleich: denn ihr langes Leben hat sie zu Individualisten gemacht. Eines unserer augenblicklichen Probleme ist, dass die Gesellschaft sich weigert, das zu verstehen, und alle alten Leuten als `gleich` behandelt.“ (Quelle: Lily Pincus, Das hohe Alter, München 1992, Seiten 56 bis 57.) In ihrem Buch „Das hohe Alter – Lebendig bleiben bis zuletzt“ nennt sie als eine zentrale Erkenntnis ihrer langen Berufserfahrung, dass Lebensgeschichten alter Menschen für sie immer überzeugender waren als wissenschaftliche Theorien. Hinter den Geschichten stehen Wünsche, Hoffnungen, Bedürfnisse, Bedarfe und vieles mehr. Es ist also vernünftig und folgerichtig, den Blick von gleichmachenden Angeboten und Theorien, von vermeintlichen „Sachzwängen“ weg und hin zur Vielfalt und Individualität zu lenken und den (alten) Menschen in seiner Vielfalt und Individualität zum Maß der Dinge zu erheben. Dies ist bedeutsam, da gerade zwischen den verschiedenen Akteuren der pflegepolitischen Landschaft oft erhebliche Interpretations- und Interessensgegensätze bestehen.

Im Mittelpunkt jeder Pflegepolitik müssen also der individuelle Mensch, seine Würde und vor allem die kontinuierliche Gewährleistung dieser Würde auch zu Zeiten fortgeschrittener körperlicher und geistiger Schwäche und Hilfebedürftigkeit stehen.

Zur höchstmöglichen Selbstbestimmung gehört auch die Aufrechterhaltung familiärer und freundschaftlicher Beziehungen. Diese so wichtigen, manchmal überlebenswichtigen Kontakte müssen ermöglicht, gefördert und nicht beschnitten oder gar verboten werden. Soziale Kontakte und Teilhabe sind Grundvoraussetzungen für ein menschenwürdiges Dasein. Nirgends war der Eingriff in die Persönlichkeits- und Freiheitsrechte während der COVID-19-Pandemie so massiv wie

in den stationären Einrichtungen der Altenpflege und Behindertenhilfe. Ambulante und stationäre Pflege sind nicht ausreichend auf Krisenlagen vorbereitet, es bedarf einer deutlich besseren Vorbereitung auf Krisen- und Notsituationen. Die Frage nach dem Schutz älterer Menschen ohne sie (sozial) abzuschotten stellt sich dringend. Der Erhalt von Zugehörigkeit und sozialer Teilhabe bleibt auch in restriktiven Zeiten elementar wichtig. Soziale Teilhabe setzt geradezu voraus, dass sich Menschen frei bewegen können, dass sie soziale Kontakte pflegen können und dass sie für andere erreichbar sind. Zudem muss auch in Krisenzeiten Gesundheitsförderung und Prävention initiiert und der Zugang dazu für alle ermöglicht werden.

Die Bundesarbeitsgemeinschaft der Seniorenorganisationen (BAGSO) hat im September 2020 in ihrem Positionspapier „Lebensbedingungen älterer Menschen verbessern“ Stellung zu den schwerwiegenden Konsequenzen der COVID-19-Pandemie genommen. Dieser Bericht weist an verschiedenen Stellen auf die Wichtigkeit von Prävention und Rehabilitation hin, daher ist der folgende Ausschnitt geeignet, deren Relevanz zu verdeutlichen:

„Während der Corona-Krise wurde deutlich, dass die individuelle Gesundheitskompetenz essentiell ist, um in der Pandemie gesundheitsförderlich handeln zu können. Gesundheitskompetenz umfasst die Fähigkeit, sich im Alltag über Gesundheit und Krankheit informieren und gesundheitsdienliche Entscheidungen treffen zu können. Sie muss durch entsprechende Angebote der Gesundheitsförderung und Prävention verbessert werden.“

Bereits vor der Corona-Krise waren Angebote zur Gesundheitsförderung und Prävention nur unzureichend und längst nicht flächendeckend für alle älteren Menschen verfügbar. Während der Pandemie wurden viele Projekte reduziert oder ganz eingestellt – trotz erhöhter gesundheitlicher Belastungen. Auch medizinische Vorsorgeuntersuchungen waren davon betroffen, da ältere Menschen diese – zum Teil aus Angst vor einer Infektion – weniger oder gar nicht in Anspruch genommen haben.“

Im Sinne der Forderung der Weltgesundheitsorganisation, Gesundheit als Leitprinzip in allen Politikfeldern zu berücksichtigen, gilt es, Lebens-, Arbeits- und Umweltbedingungen gesundheitsförderlich zu

gestalten. Um gesund älter zu werden, braucht es ein die Gesundheit unterstützendes Lebensumfeld.

Zudem gilt es, flächendeckend Angebote zu schaffen, die älteren Menschen die „Entscheidung für die Gesundheit“ so einfach wie möglich machen. Notwendig sind Angebote für Bewegung, gesunde Ernährung und für psychosoziales Wohlbefinden, die die unterschiedlichen Lebenslagen älterer Menschen berücksichtigen. Spezielle Konzepte müssen zur Ansprache vulnerabler Gruppen entwickelt werden, wie insbesondere Menschen mit geringen Bildungschancen und ältere Migrantinnen und Migranten, die häufiger von Krankheit betroffen sind. Statt zeitlich befristeter Projekte bedarf es langfristiger Strukturen.“

www.bagso.de/publikationen/positionspapier/jetzt-erst-recht-lebensbedingungen-aelterer-menschen-verbessern/

Schwerpunkt des achten Altersberichts der Bundesregierung

Die Altersberichterstattung geht zurück auf einen Beschluss des Deutschen Bundestages aus dem Jahr 1994. Er gibt der Bundesregierung auf, in jeder Legislaturperiode einen Bericht zur Lebenssituation von älteren Menschen in Deutschland zu erstellen.

Die COVID-19-Pandemie führt der Gesellschaft in vielen sozialen Bereichen vor Augen, wie wichtig bestimmte Themen sind, zum Beispiel der Zugang zu digitalen Technologien.

Der achte Altersbericht, veröffentlicht im August 2020, nimmt die Chancen und Herausforderungen digitaler Technologien für ältere Menschen in den Blick. Ihm zugrunde liegt ein vielfältiges und kompetenzorientiertes Bild von älteren Menschen, die in der Lage sind, sich digitale Kompetenzen anzueignen und sich entsprechend in der digitalen Welt zu bewegen, wenn ihnen bei Bedarf die benötigte Unterstützung und Beratung ermöglicht wird. Der Zugang zum Internet und somit zu sozialen Angeboten und Leistungen ist als ein Teil der öffentlichen Daseinsvorsorge zu sehen. Hier ist es wichtig, ausreichende Zugänge sowohl durch den Ausbau der informationstechnischen Infrastruktur als auch für die (älteren) Menschen,

die nicht über die finanziellen Mittel für eigene digitale Geräte verfügen, sicherzustellen.

Die Sachverständigenkommission hat in dem Bericht zwölf Empfehlungen zur Teilhabe von älteren Menschen an digitalen Technologien und zur Stärkung ihrer digitalen Souveränität formuliert:

Die 12 Empfehlungen der Altersberichts-kommission im Überblick

1. Älteren Menschen in der Umsetzungsstrategie „Digitalisierung gestalten“ der Bundesregierung einen deutlich höheren Stellenwert einräumen
2. Zugang und Nutzung von digitalen Technologien für alle ermöglichen
3. Die Möglichkeiten der Digitalisierung für einen Austausch zwischen den Generationen fördern
4. Digitale Souveränität stärken
5. Digitale Technologien als Chance für ältere Menschen mit pflegerelevanten Bedarfen sowie für begleitende Pflegepersonen begreifen
6. Daseinsvorsorge auf kommunaler Ebene digital gewährleisten und strukturell weiterentwickeln
7. Digitale Kompetenzen in für ältere Menschen relevanten Berufsgruppen fördern
8. Auseinandersetzung mit ethischen Fragen der Digitalisierung ermöglichen
9. Kompetenzen, Bedarfe und Bedürfnisse älterer Menschen bei der Erforschung und Entwicklung von digitalen Technologien ausdrücklich berücksichtigen
10. Ausreichende Finanzierung für Innovation und Innovationstransfer sicherstellen
11. Den Verbraucherschutz stärken
12. Ein Monitoring „Digitalisierung und ältere Menschen“ einführen

-Das Kuratorium Deutsche Altershilfe (KDA) ist bereits seit vielen Jahren im Bereich der Digitalisierung aktiv und hat eine Idee umgesetzt, die für diesen Bericht und seine Handlungsempfehlungen von besonderem Interesse ist. Im Rahmen eines Projektes hat das KDA die Verzahnung digitaler Dienste mit der Schaffung nachbarschaftlicher Unterstützungsstrukturen im Quartier in den Mittelpunkt gerückt. Hierbei werden haupt- und ehrenamtliche Personen aus der gemeinwesen-

rientierten Seniorenarbeit bei der Entwicklung eigener digitaler Angebote begleitet. Dieses Aufgabenfeld hat durch die COVID-19-Pandemie nun an Dynamik gewonnen. In dieser Situation zeigte sich eine besondere Herausforderung: Ein enormer Unterstützungs- und Beratungsbedarf nicht nur auf Seiten der älteren Menschen selbst, sondern auch innerhalb der Organisationen, Vereine und Initiativen der Seniorenarbeit vor Ort.

Die Altersberichtskommission betont, dass digitale Technologien beziehungsweise die entsprechenden Angebote dann besonders erfolgreich sein können, wenn sie auf analogen Strukturen vor Ort aufsetzen und die Beteiligten vor Ort von vornherein einbeziehen. Digitale Technologien sollten nicht des Selbstzwecks wegen eingesetzt werden, sondern Teilhabe und Partizipation älterer Menschen ermöglichen. Neue Formen des Engagements und digitale Unterstützungsstrukturen sollten wissenschaftlich begleitet und erforscht werden.

Digitalisierung ist nicht nur eines der zentralen Themen unserer Zeit. Der Zugang und die Nutzungsmöglichkeit von digitalen Technologien sind für Teilhabe und Partizipation älterer Menschen unumgänglich. In der Corona-Zeit hat sich gezeigt, wie aktuell und relevant das Thema Digitalisierung ist. Viele Menschen konnten in der Zeit der Kontakt- und Ausgangsbeschränkungen erfahren, welche Möglichkeiten digitale Kommunikations- und Informationstechnologien bieten und haben diese auch stärker als bisher genutzt. Diese Zeit hat auch gezeigt, dass die Voraussetzungen für die digitale Teilhabe älterer Menschen noch nicht überall gegeben sind. Beispielsweise bieten nicht einmal alle stationären Pflegeeinrichtungen WLAN für ihre Bewohnerinnen und Bewohner an. Gerade die Menschen in den stationären Pflegeeinrichtungen waren von den Corona-Beschränkungen besonders hart betroffen. Hier besteht noch sehr viel Handlungsbedarf.

Soziale Themen jenseits der offiziellen Statistiken

Themen von sozialer Relevanz, die sich aber in keiner der pflegerelevanten Statistiken widerspiegeln, sollen im Folgenden genannt werden. Es ist wichtig, zukünftig auch den Blick auf die Themen-

bereiche Gewalt in der Pflege, Suizidalität, Einsamkeit im Alter sowie auf Sucht im Alter zu richten. www.bagso.de/themen/einsamkeit/

Das gesellschaftliche Problembewusstsein für Gewalt in der Pflege ist noch wenig ausgeprägt und flackert nur punktuell in den Medien auf. Unter Gewalt in der Pflege werden einmalige oder sich wiederholende Handlungen verstanden, durch die pflegebedürftigen Personen Leid und Schaden zugefügt wird. Es lassen sich vielfältige Formen von Gewalt anführen wie beispielsweise die körperliche und psychische Gewalt, aber auch eine Vernachlässigung oder eine finanzielle Ausbeutung sowie eine Einschränkung des freien Willens lassen sich darunter fassen. Alle an der Pflege beteiligten Personen können betroffen sein.

Die Stadt Oldenburg hat sich im besonderen Maße dem Thema Gewaltschutz angenommen. Vertiefende Informationen zum bundesweit ersten Kommunalen Aktionsplan „Gegen Gewalt an Frauen und häuslicher Gewalt“ finden sich hier: www.oldenburg.de/aktionsplan-gegen-gewalt

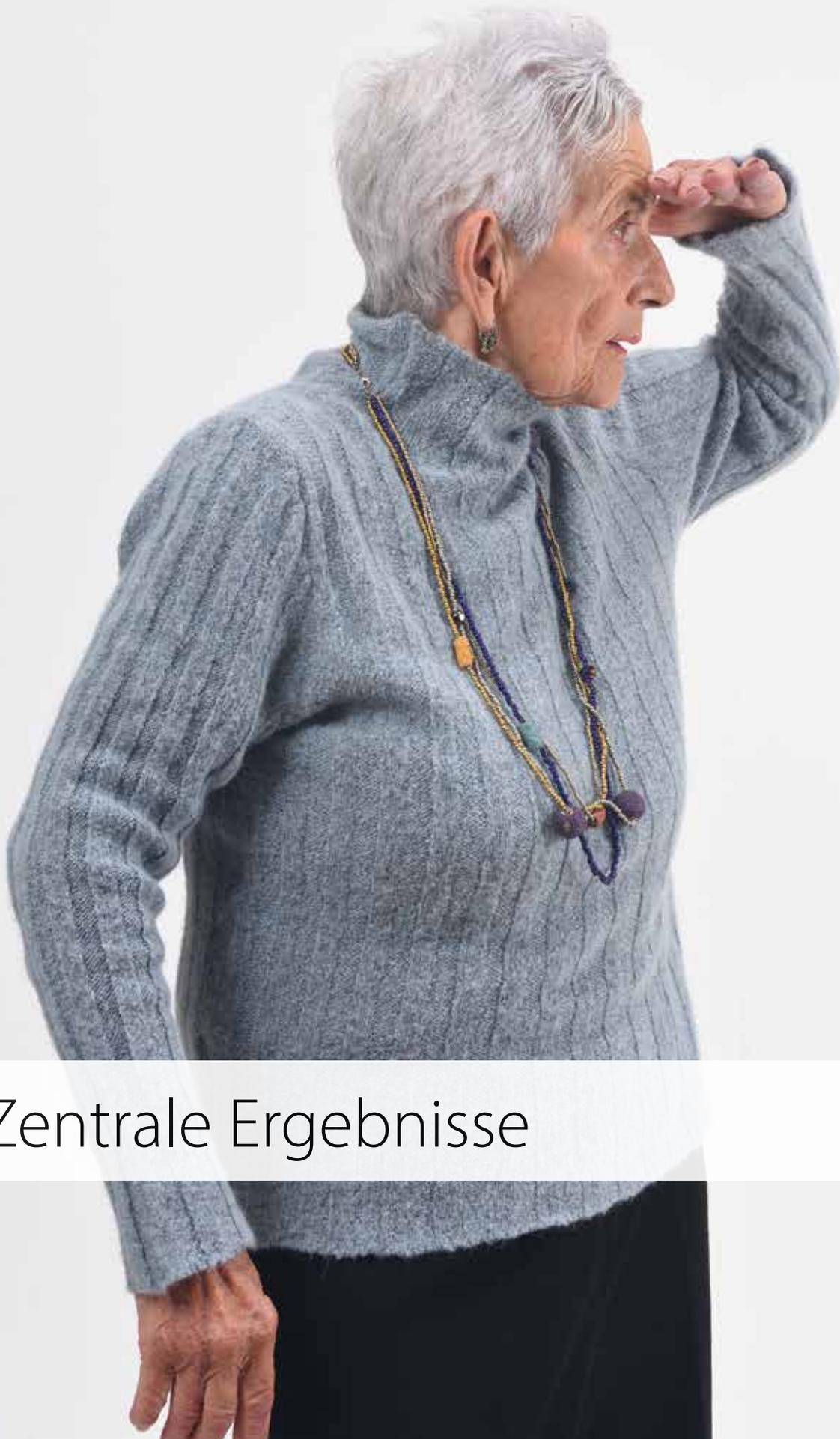
Für ältere und hochbetagte Menschen gilt ein erhöhtes Risiko der sozialen Isolation aber auch der Sucht im Alter. www.alter-sucht-pflege.de/

Darunter fallen vordergründig ein Missbrauch von Medikamenten und Alkohol. Des Weiteren besteht ein erhöhtes Risiko der Suizidalität.

www.bmfsfj.de/blob/94968/4911ef06d7e66d8490a104bfa1boe151/prm-24421-sr-band-212-data.pdf

Dies wird auf Grund von Erkrankungen, Schicksalsschlägen, körperlicher Eingeschränktheit und einer Armutsgefährdung begünstigt.

Durch eine inklusive Quartiersentwicklung, einer Gemeinschaftssinn fördernden Weiterentwicklung des Kultur-, Sport- und Freizeitangebots sowie Risikofaktoren minimierende Maßnahmen in den Bereichen Wohnen, soziale Sicherung und Engagement kann die Stadt Oldenburg Gewaltprävention in der Pflege flankieren und Risiken entgegenwirken.



Zentrale Ergebnisse

1. Zentrale Ergebnisse im Überblick

1.) Zunahme der älteren Bevölkerung in der Stadt Oldenburg.

Die Zahl der Bevölkerung im Alter ab 65 Jahren hat in den letzten Jahren zugenommen. Ende 2017 waren 18,8 Prozent (31.664 Menschen) der Oldenburger Stadtbevölkerung älter als 65 Jahre, davon waren 27,7 Prozent (8.784 Menschen) älter als 80 Jahre. Dieser Anteil der Menschen im Alter ab 80 Jahren lag 2011 noch bei 26,5 Prozent (7.639 Menschen).

Die Bevölkerungsvorausberechnung des Landesamtes für Statistik Niedersachsen (LSN) prognostiziert für die Stadt Oldenburg einen weiteren Anstieg der Altersgruppe ab 65 Jahren. Ihr Anteil im Jahr 2017 von 18,8 Prozent oder 31.664 Menschen soll bis 2030 auf 24,2 Prozent oder 40.837 Menschen steigen.

2.) 6.804 Pflegebedürftige. Davon werden fast drei Viertel zu Hause gepflegt.

2017 waren 6.804 Menschen in der Stadt Oldenburg pflegebedürftig im Sinne des Pflegeversicherungsgesetzes (SGB XI).

Frauen bilden mit 63 Prozent die Mehrheit der Pflegebedürftigen.

85 Prozent der Pflegebedürftigen waren 60 Jahre und älter; 46 Prozent waren 80 Jahre und älter.

73 Prozent der Pflegebedürftigen wurden zu Hause versorgt. 46 Prozent erhielten ausschließlich Pflegegeld, das bedeutet, sie wurden in der Regel zu Hause allein durch Angehörige gepflegt. Bei 28 Prozent erfolgte die Pflege zusammen mit oder vollständig durch ambulante Pflegedienste.

27 Prozent der Pflegebedürftigen wurden in Pflegeheimen betreut.

Die meisten Pflegebedürftigen (44,1 Prozent) waren in Pflegegrad 2 und fast ein Drittel (32 Prozent) in Pflegegrad 3 eingestuft. 16,2 Prozent zählten zum Pflegegrad 4 und 6,9 Prozent zum Pflegegrad 5.

3.) 23 Prozent mehr Pflegebedürftige als 2015.

Im Vergleich zu 2015 ist die Zahl der Pflegebedürftigen mit einem Plus von 23 Prozent deutlich angestiegen. Die starke Zunahme ist zum großen Teil auf die Einführung des neuen, im Pflegestärkungsgesetz weiter gefassten Pflegebedürftigkeitsbegriffs ab dem 1. Januar 2017 zurückzuführen.

Die Nachfrage nach Leistungen der ambulanten Pflegedienste ist gestiegen: Im Vergleich zu 2015 um 18 Prozent. Die Anzahl der in Heimen versorgten Pflegebedürftigen ist mit 3,8 Prozent nur geringfügig gestiegen. Die Zahl der allein durch Angehörige Versorgten ist mit einem Plus von 42 Prozent sprunghaft angestiegen.

4.) 2.855 Beschäftigte in der Pflege: Die Mehrheit war teilzeitbeschäftigt und weiblich.

2017 arbeiteten in den ambulanten Pflegediensten 1.426 Personen. Davon waren 73 Prozent teilzeitbeschäftigt. Von den insgesamt 1.429 Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern in der stationären Pflege waren 69 Prozent teilzeitbeschäftigt.

In beiden Bereichen ist der Fachkräftemangel bereits Realität.

5.) Pflegequote liegt bei 4,1 Prozent.

4,1 Prozent der Gesamtbevölkerung in Oldenburg waren 2017 pflegebedürftig. Dies entsprach auch genau der Quote für Deutschland. Der Wert für Niedersachsen lag mit 5,1 Prozent deutlich höher.

6.) 23 Pflegeheime und 32 Pflegedienste versorgen die Pflegebedürftigen in Oldenburg.

Die 23 Pflegeheime versorgten 2017 insgesamt 1.807 Menschen, die 32 Pflegedienste versorgten zusammen 1.876 Menschen. Beinahe die Hälfte aller Pflegebedürftigen wurde ausschließlich familiär versorgt. Weitere 27 Prozent wurden zusammen mit oder vollständig durch ambulante Pflegedienste betreut. Der größte Pflegedienst bleibt somit die Familie.



7.) Zunahme bei den jungen Pflegebedürftigen.

Von der großen Gruppe der Pflegegeldempfängerinnen und Pflegegeldempfänger sind 2017 insgesamt 531 Personen (15,5 Prozent) zwischen 20 und 60 Jahre alt. Gegenüber 2011 (310 Personen) ist das ein Zuwachs von 71 Prozent. 293 Personen (9 Prozent) sind unter 20 Jahre alt. Hier betrug der Zuwachs gegenüber 2011 (181 Personen) 62 Prozent. In den Pflegeheimen lebten 2017 insgesamt 100 Menschen, die unter 60 Jahre alt sind. Ihr Anteil ist gegenüber 2011 um 25 Prozent gestiegen.

8.) Der Pflegebedarf bei Menschen mit Migrationshintergrund ist weitgehend unbekannt.

Die Zahl an Menschen mit Migrationshintergrund und die Zahl der ausländischen Menschen spiegelt die Vielfalt der Stadt Oldenburg wider. Über 23 Prozent, immerhin beinahe ein Viertel der Oldenburger Stadtbevölkerung, hatte 2017 einen Migrationshintergrund. Der Anteil ausländischer Bürgerinnen und Bürger lag zur gleichen Zeit bei 9,5 Prozent. Dennoch liegen hinsichtlich ihres Pflegebedarfs keine konkreten Daten vor.

9.) Pflege ist weiblich.

Bei der Betrachtung der Geschlechterverteilung in der Pflegebedürftigkeit wird deutlich, dass die Frauen den jeweils größten Anteil der Pflegebedürftigen darstellen. 63 Prozent aller Pflegebedürftigen sind weiblich. In der Altersgruppe 80+

beträgt der Anteil der pflegebedürftigen Frauen sogar 68 Prozent.

Sind im Bereich der Pflegebedürftigen die Frauen bereits überrepräsentiert, so verstärkt sich dieses Bild bei den professionell Beschäftigten in der Pflege noch einmal mehr. Im Jahr 2017 waren von den Beschäftigten in der stationären Pflege 81 Prozent weiblich und in der ambulanten Pflege sogar 85 Prozent.

10.) Neue Instrumente der Oldenburger Altenhilfe und Pflege.

Seit 2017 vernetzt das „Bündnis Pflege – Örtliche Pflegekonferenz in der Stadt Oldenburg“ Pflegebedürftige und in der Pflege tätige Personen und Einrichtungen in Oldenburg miteinander. Hier werden pflegerelevante Fragestellungen beraten und Beschlussempfehlungen formuliert.

Ein weiteres Instrument zur Beförderung von Themen der Altenhilfe und Pflege ist seit 2019 das Prüfungsgremium „Bedarfe Altenhilfe- und Pflege Landschaft“ im Amt für Teilhabe und Soziales. Es fungiert als sozialplanerisches Instrument zur Aufnahme und Sammlung pflegerelevanter Themen und prüft identifizierte Bedarfe, gewichtet diese und beteiligt entsprechende Adressaten. Die Bedarfe werden bis zur Umsetzung begleitet.

11.) Junge Menschen sind in konventionellen Pflegeheimen unterfordert und deplatziert.

Da es kaum spezielle Wohneinrichtungen für pflegebedürftige junge Menschen gibt, werden diese in herkömmlichen Pflegeheimen für Ältere und Hochbetagte untergebracht. Viele junge Pflegebedürftige fühlen sich in konventionellen Pflegeheimen verständlicherweise fehlplatziert.

Etwa 100 jüngere Menschen leben in Oldenburg in konventionellen Pflegeheimen.



Gegebenheiten



Tabelle 1: Die 9 statistischen Bezirke der Stadt Oldenburg

Bezirk	Ortsteilangabe
1	Zentrum, Dobben, Haarenesch, Bahnhofsviertel, Gerichtsviertel
2	Ziegelhof, Ehern
3	Bürgeresch, Donnerschwee
4	Osternburg, Drielake
5	Eversten, Hundsmühler Höhe, Thomasburg, Bloherfelde, Haarentor, Wechloy
6	Bürgerfelde, Rauhehorst, Dietrichsfeld, Flugplatz, Ofenerdiek, Nadorst
7	Etzhorn, Ohmstede, Bornhorst
8	Neuenwege, Kloster Blankenburg
9	Kreyenbrück, Bümmerstede, Tweelbäke West, Krusenbusch, Drielakermoor

Quelle. Stadt Oldenburg, Fachdienst Geoinformation und Statistik

Entwicklung der Bevölkerungszahlen im Zeitvergleich

Die folgenden Bevölkerungszahlen basieren auf den eigenen Auswertungen der Einwohnerdatei. Das Landesamt für Statistik Niedersachsen (LSN) bietet amtliche Zahlen ohne eine räumliche Verteilung der Bevölkerung im Stadtgebiet. Kleinräumige Auswertungen sind also nur mit eigenen Daten möglich.

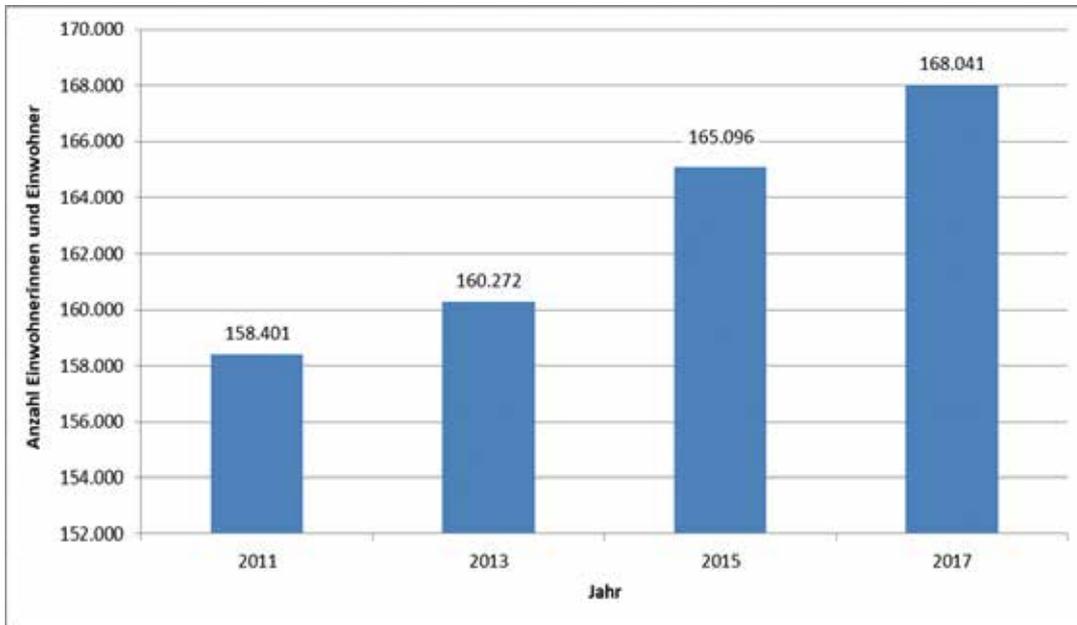
Seit vielen Jahren zählt Oldenburg bei der Entwicklung der Einwohnerinnen- und Einwohnerzahlen zu den wachsenden Großstädten in Deutschland. Lediglich 2011 war ein Rückgang zu verzeichnen, der jedoch ausschließlich auf eine

Neujustierung der Daten im Zuge des Zensus 2011 zurückzuführen war. Ein tatsächlicher Rückgang kann daraus nicht abgeleitet werden.

Die Wachstumsdynamik der Bevölkerung hat seit Mitte der 90er-Jahre – bis zu diesem Zeitpunkt waren wiedervereinigungsbedingte Einflüsse Trend bildend – nachgelassen.

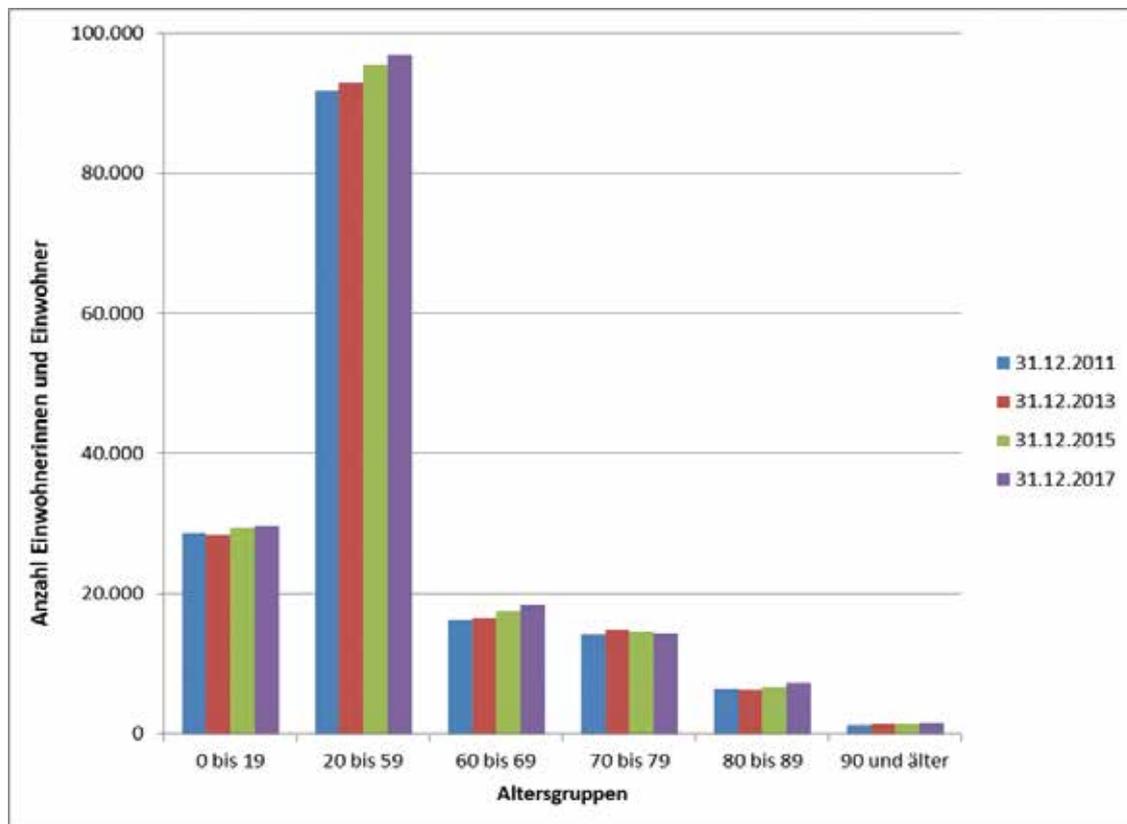
Nach den Korrekturen der amtlichen Einwohnerzahl durch den Zensus 2011 ist für die Folgejahre wieder ein Einwohnerzuwachs zu verzeichnen, wie Abbildung 2 zeigt. Der deutliche Anstieg ab 2015 erklärt sich auch durch eine erhöhte Zuwanderung. In der Altersgruppe 0 bis 19 ist die Anzahl der Personen von 2011 bis 2017 nur geringfügig gestiegen, wie Abbildung 3 zeigt.

Abbildung 2: Entwicklung der Bevölkerungszahlen, Oldenburg, Zeitreihe



Quelle: Stadt Oldenburg, Fachdienst Geoinformation und Statistik

Abbildung 3: Entwicklung der Altersstruktur – nach Altersgruppen, Oldenburg, Zeitreihe



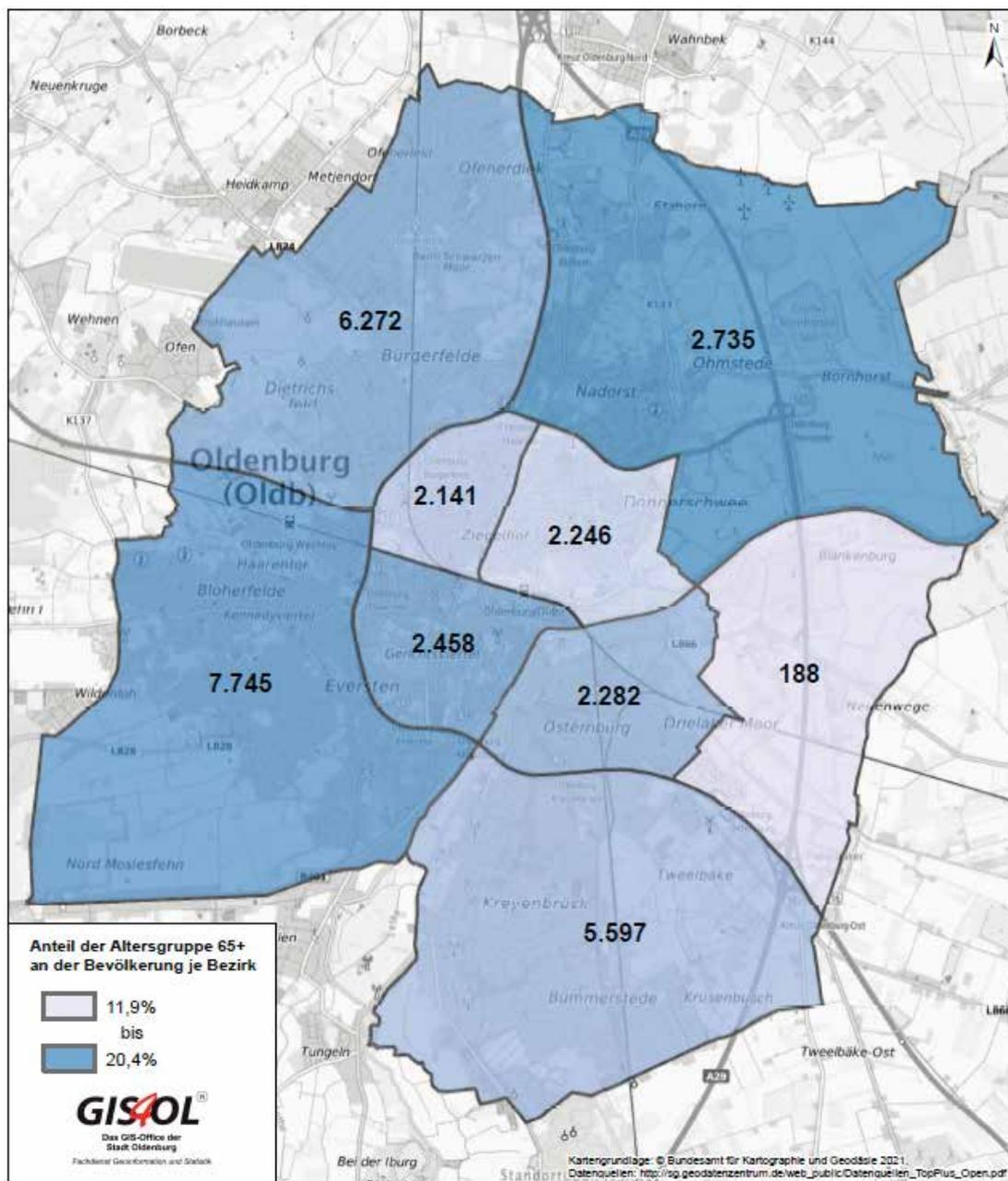
Quelle: Stadt Oldenburg, Fachdienst Geoinformation und Statistik

Eine hohe Zuwachsrate in diesem Zeitraum verzeichnete die Gruppe der 20 bis 59-Jährigen. Die 60 bis 69-Jährigen konnten ebenfalls Zuwächse verzeichnen. Bei den 70 bis 79-Jährigen blieb die Anzahl der Personen im Zeitraum von 2011 bis 2017 annähernd konstant. Zuwächse verzeichnen auch die Gruppen der 80 bis 89-Jährigen sowie die über 90-Jährigen.

Verteilung der Altersgruppe 65+ in der Stadt Oldenburg

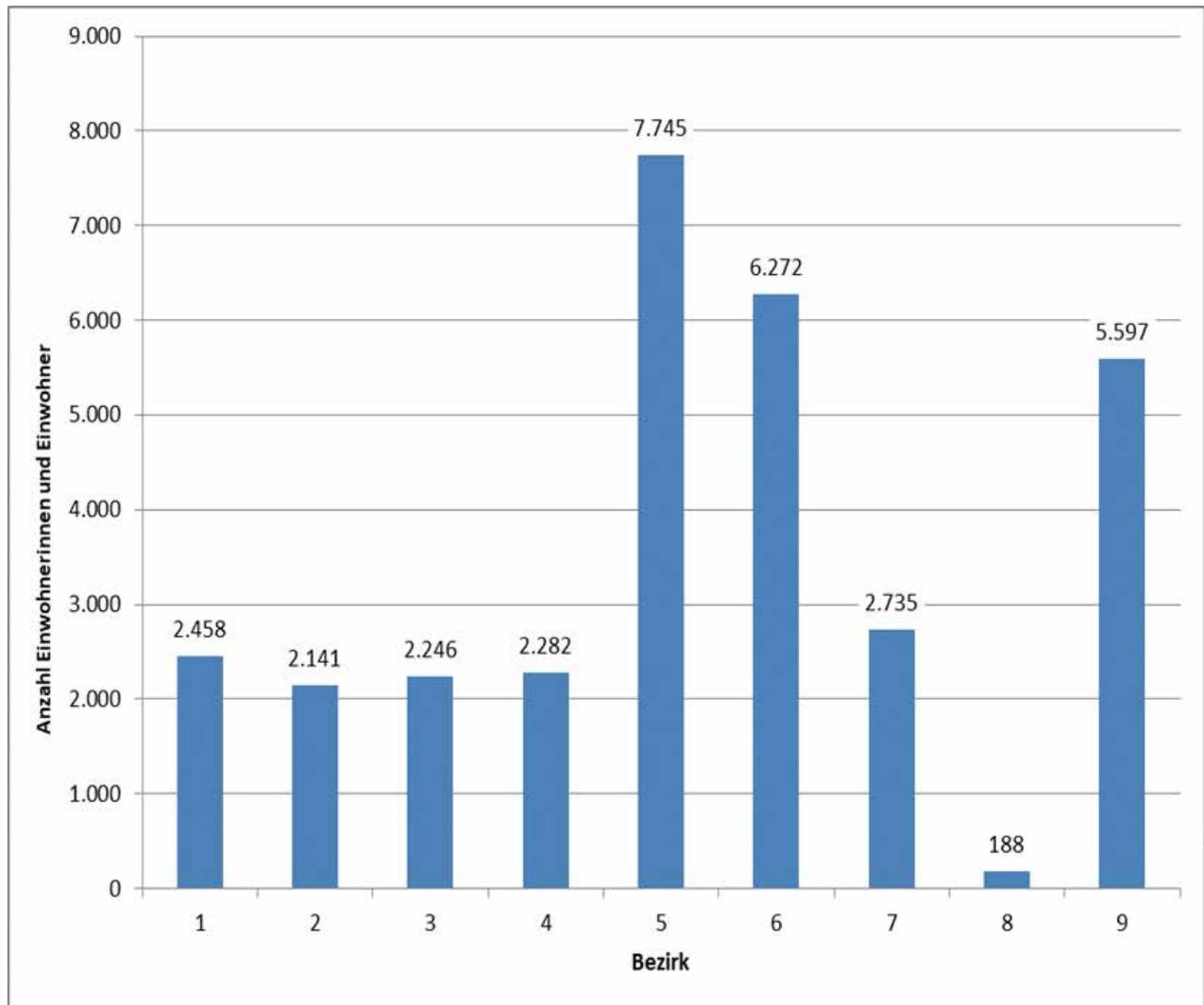
Auf Basis der kleinräumigen Gliederung aus der Statistik lässt sich die Verteilung der Alterskohorten im Stadtgebiet darstellen. Die Abbildungen 4a und 4b geben die Anzahl der Personen ab 65 Jahren in den Stadtbezirken im Jahr 2017 wieder.

Abbildung 4 a: Verteilung der Altersgruppe 65+, Oldenburg, 2017 (Karte)



Quelle: Stadt Oldenburg, Fachdienst Geoinformation und Statistik

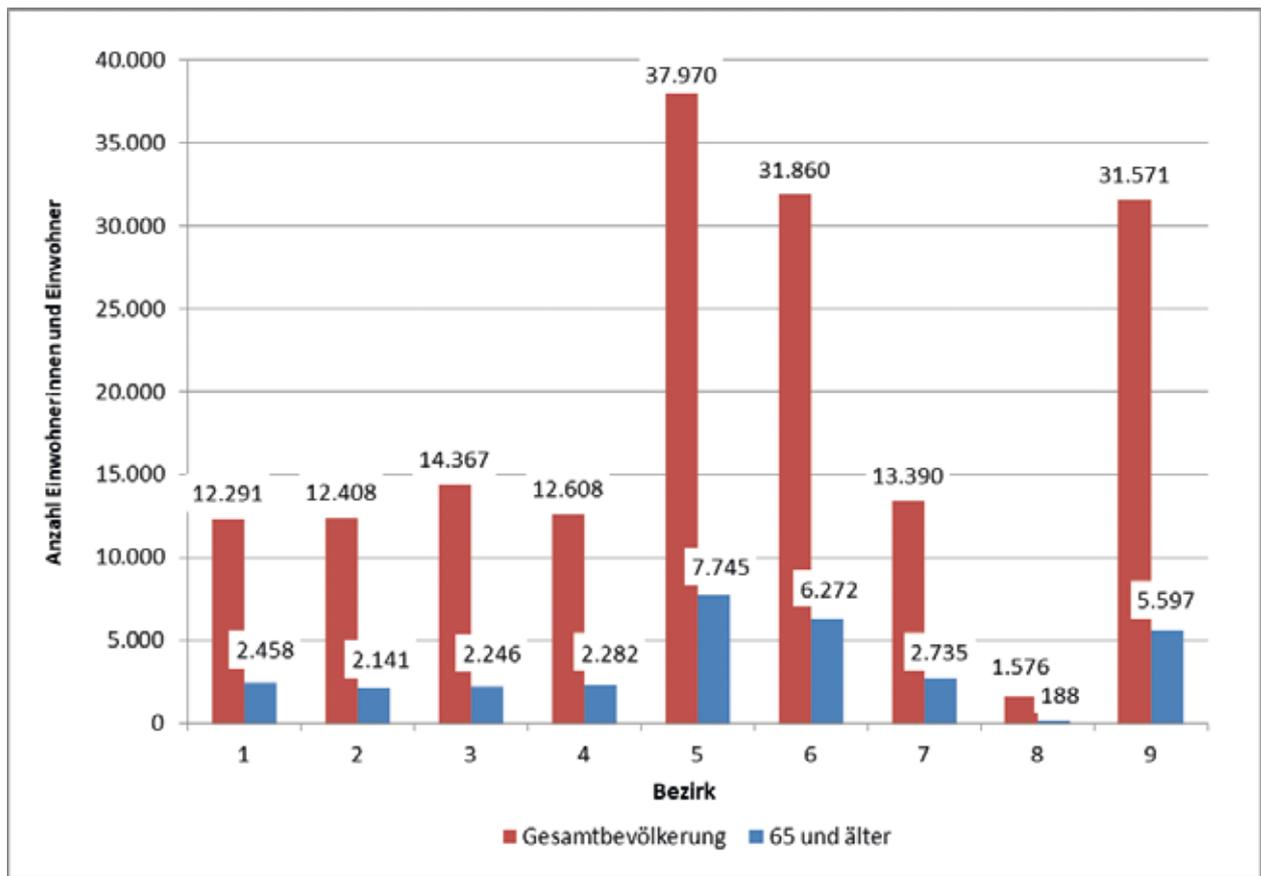
Abbildung 4 b: Verteilung der Altersgruppe 65+, Oldenburg, 2017 (Diagramm)



Quelle: Stadt Oldenburg, Fachdienst Geoinformation und Statistik

Zum Vergleich stellt die nachfolgende Abbildung 5 die Verteilung der Gesamtbevölkerung auf die statistischen Bezirke dar.

Abbildung 5: Verteilung der Gesamtbevölkerung, Oldenburg, 2017



Quelle: Stadt Oldenburg, Fachdienst Geoinformation und Statistik

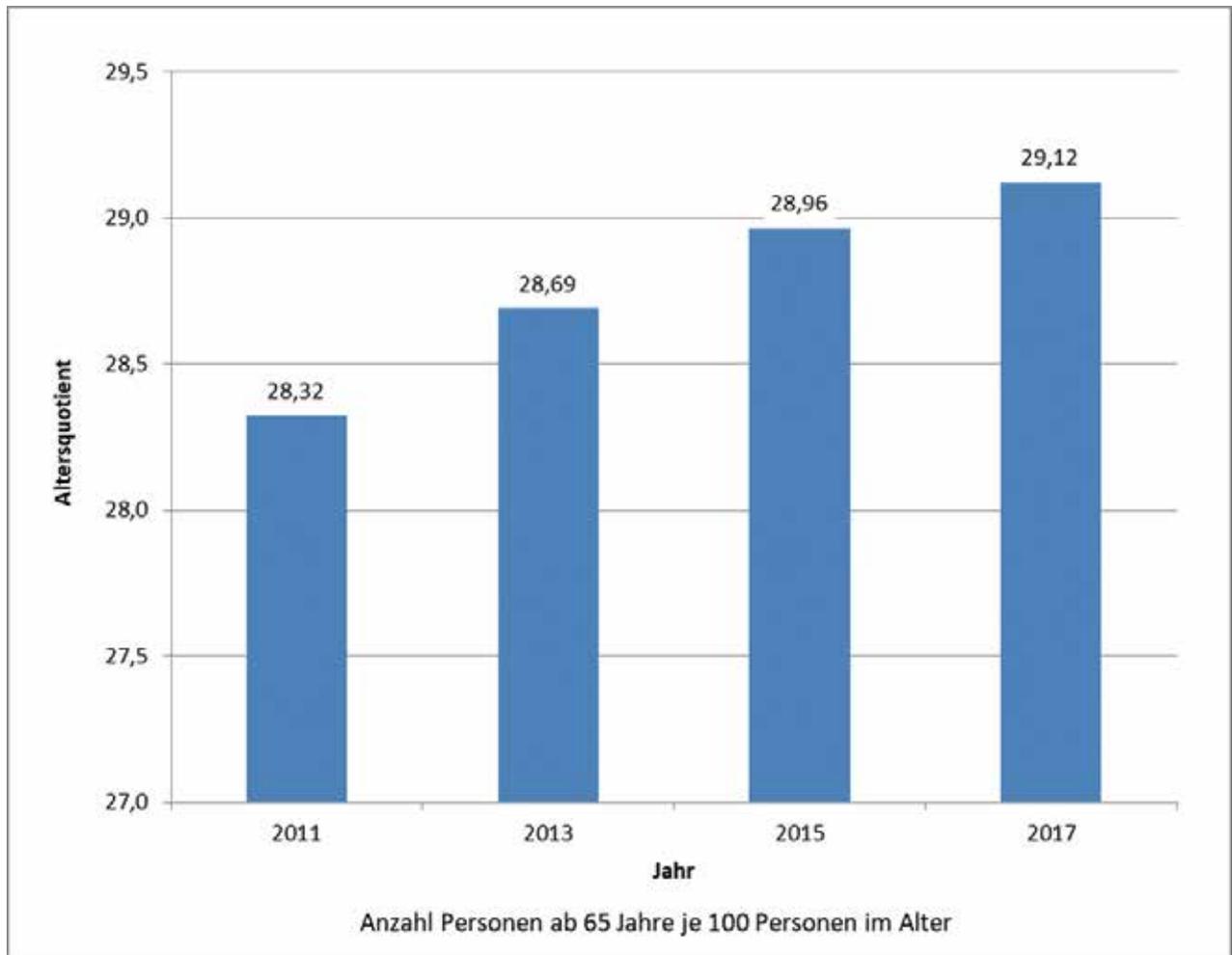
Der Anteil der Altersgruppe der über 65-Jährigen im Stadtgebiet liegt bei rund 19 Prozent der Gesamtbevölkerung. In den Bezirken 2, 3 und 9 ist der Anteil der Älteren niedriger. Die Bezirke 2 und 3 sind zentrumsnah und bei der jüngeren Altersgruppe (Studierende und Auszubildende) beliebt. Dies könnte eine Erklärung für den höheren Anteil an jungen Menschen sein. Ein höherer Anteil der Altersgruppe 65+ ist auch in den Bezirken 5, 6 und 7 zu verzeichnen. Diese Bezirke sind überwiegend durch Ein- und Zweifamilienhaussiedlungen

geprägt. Ältere Personen sind eher weniger mobil und bleiben in ihren vertrauten Quartieren.

Altenquotient

Der Altenquotient beschreibt das statistische Verhältnis der Menschen, die nicht mehr im erwerbsfähigen Alter sind, zu jenen im erwerbsfähigen Alter. Das Statistische Bundesamt verwendet die Alterskohorte 20 bis 65 Jahre für Menschen im erwerbsfähigen Alter.

Abbildung 6: Altenquotient, Oldenburg, Zeitreihe



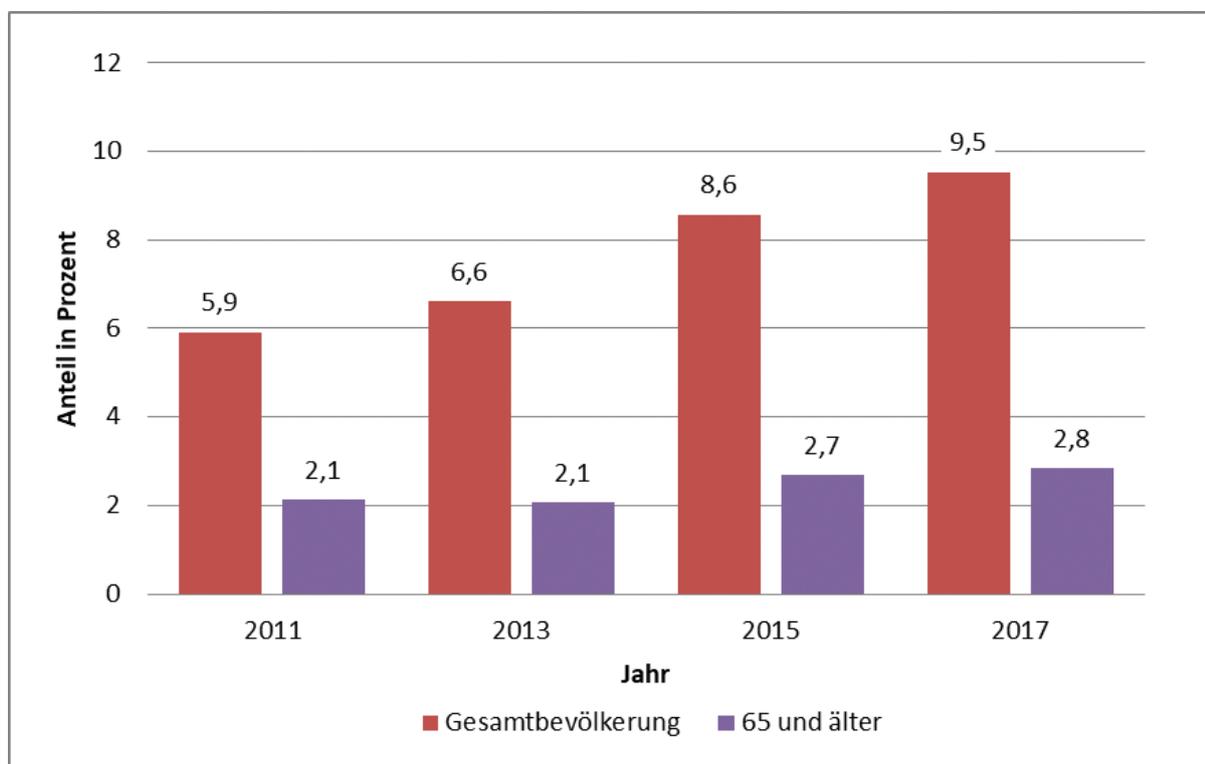
Quelle: Stadt Oldenburg, Fachdienst Geoinformation und Statistik

Im Jahr 2011 kamen auf 100 Personen im Alter von 20 bis 65 Jahren in Oldenburg etwa 28 Personen im Alter ab 65 Jahren, wie Abbildung 6 zeigt. In 2017 ist der Anteil auf rund 29 Personen gestiegen.

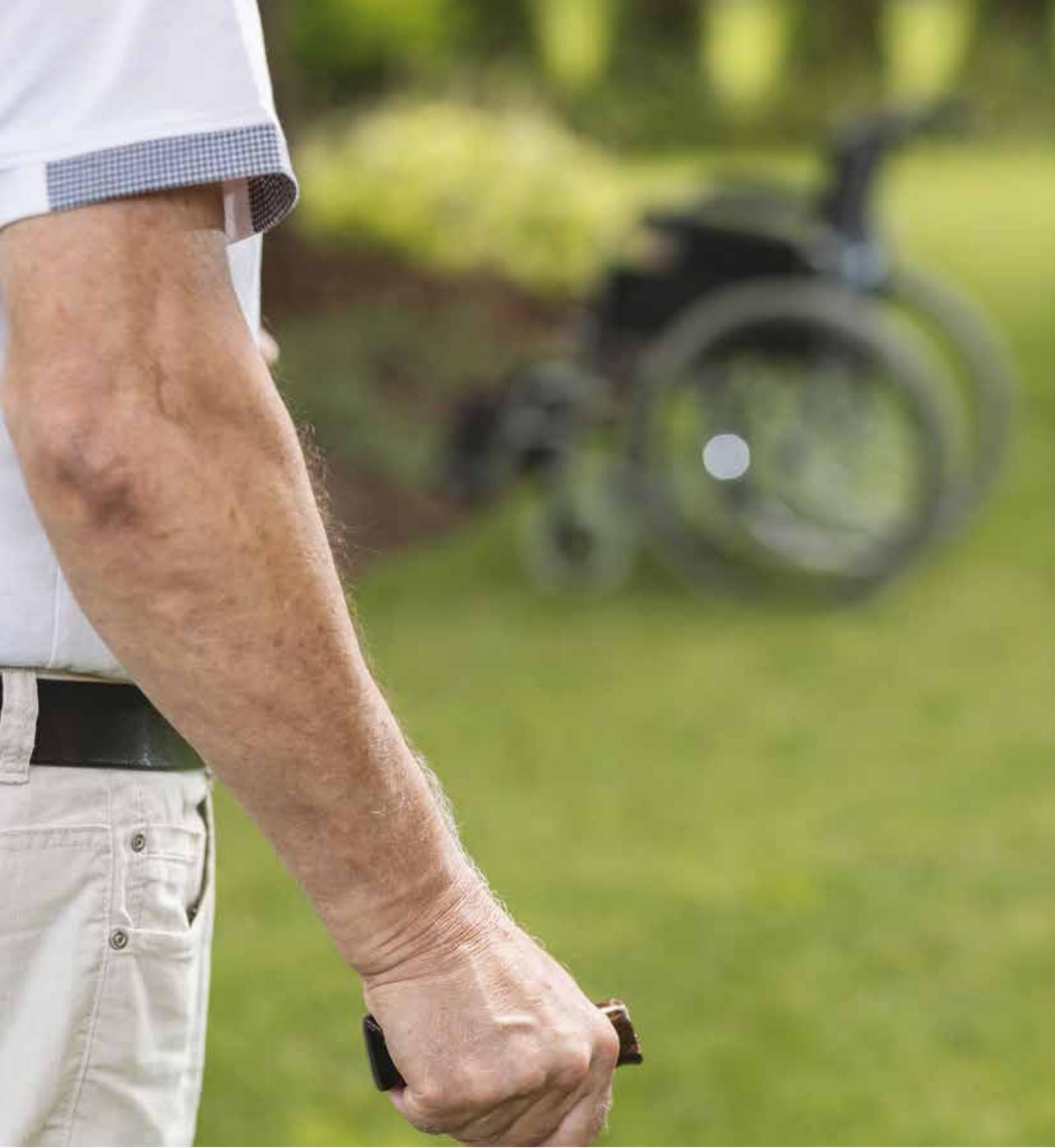
Ausländerinnen- und Ausländeranteil

Abbildung 7 verdeutlicht, dass der Anteil der älteren Ausländerinnen und Ausländer in letzten Jahren angestiegen ist. Der leichte Anstieg der Gruppe älterer Ausländerinnen und Ausländer ist eher durch die Geflüchteten seit 2015 als durch demografische Gründe erklärbar.

Abbildung 7: Ausländerinnen- und Ausländeranteil in Prozent, Oldenburg, Zeitreihe



Quelle: Stadt Oldenburg, Fachdienst Geoinformation und Statistik



Entwicklung Pflege

3. Pflegebedürftigkeitsentwicklung

Definition

Der Begriff der Pflegebedürftigkeit wird im Pflegeversicherungsgesetz (PflegeVG) definiert: Personen gelten als pflegebedürftig, wenn sie wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, in erheblichem oder höherem Maße der Hilfe bedürfen (§ 14 Abs. 1 SGB XI und § 61a SGB XII). Pflegebedürftigkeit ist somit als sozialrechtlicher Begriff zu verstehen. Es gelten damit stets nur die Personen als pflegebedürftig, die pflegebedürftig im Sinne des Sozialgesetzbuches sind.

Krankheiten oder Behinderungen in diesem Sinne sind:

1. Verluste, Lähmungen oder andere Funktionsstörungen am Stütz- und Bewegungsapparat;
2. Funktionsstörungen der inneren Organe oder der Sinnesorgane;
3. Störungen des Zentralnervensystems wie Antriebs-, Gedächtnis- oder Orientierungsstörungen sowie endogene Psychosen, Neurosen oder geistige Behinderungen (§ 14 Abs. 2 SGB XI).

Die oben genannten Punkte sind gleichsam die Bedingungen für die Zuordnung der Pflegebedürftigen zu den Pflegegraden 1 bis 5 und für eine finanzielle Leistungsgewährung der Pflegekasse beziehungsweise des privaten Versicherungsunternehmens. Es handelt sich also um Personen, die körperliche, kognitive oder psychische Beeinträchtigungen oder gesundheitlich bedingte Belastungen oder Anforderungen nicht selbstständig kompensieren oder bewältigen können. Die Hilfe „besteht in der Unterstützung, in der teilweisen oder vollständigen Übernahme der Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens oder in Beaufsichtigung oder Anleitung mit dem Ziel der eigenständigen Übernahme dieser Verrichtungen“ (§ 14 Abs. 3 SGB XI).

Im Sinne dieser Definition wurden die in den Jahren bis 2015 erfassten Personen ohne Pflegestufe mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz nicht zu den Pflegebedürftigen gerechnet. Dies betraf oft Menschen mit einer demenziellen Erkrankung.

Der zentrale Unterschied zwischen dem alten Verfahren der Pflegestufen und dem neuen Verfahren mit Pflegegraden ist, dass der Pflegebedürftigkeitsbegriff ab 2017 den Grad der Beeinträchtigung der Selbstständigkeit oder Fähigkeitsstörungen bestimmt und somit die Höhe des Pflegegrades festlegt. Die Pflegegrade sind nun sehr stark mit fähigkeits- und tätigkeitsbezogener Selbstständigkeit des Pflegebedürftigen verknüpft. Die Frage ist also nicht mehr allein die körperliche Einschränkung, sondern ob ein Mensch allein handeln kann oder ob er auf die Hilfe Dritter angewiesen ist.

Das Punktesystem zur Feststellung des Pflegegrades ist für den Laien nicht leicht nachvollziehbar, allerdings sorgt es für eine bedürfnisgerechtere Einstufung. (Nähere Informationen hierzu:

www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Pflege/Praxisseiten_Pflege/6.1_Begutachtung_Pflegeplanung.pdf.

Die Einzelpunkte, die in jedem Einzelmodul vergeben werden, addieren sich und ergeben folgende Einteilungen, wie Tabelle 2 zeigt.

Der Pflegegrad 1 ist für Menschen mit leichten Einschränkungen eingeführt worden, die im alten Begutachtungsverfahren bisher keine Berücksichtigung fanden. Eine wichtige Leistung des Pflegegrades 1 ist der einmalige Zuschuss zur Wohnungsanpassung in Höhe von bis zu 4.000 Euro. Damit werden altersgerechte Umbauten unterstützt und eine längere selbstständige Lebensführung im Alter ermöglicht.

Das Statistische Bundesamt unterscheidet bei der Pflegebedürftigkeit zwischen drei Versorgungsarten, nach denen auch in diesem Bericht unterschieden wird:

Tabelle 2: Gliederung der Pflegegrade und Pflegeleistungen der Pflegereform 2017

Pflegegrad	Bezeichnung	Pflege- geld	Pflegesach- leistung	Vollstationäre Pflege	Tages- und Nachtpflege
1	2	3	4	5	6
Pflegegrad 1	geringe Beeinträchtigung der Selbstständigkeit	0 Euro	0 Euro	Zuschuss 125 Euro	0 Euro
Pflegegrad 2	erhebliche Beeinträchtigung der Selbstständigkeit	316 Euro	689 Euro	770 Euro	689 Euro
Pflegegrad 3	schwere Beeinträchtigung der Selbstständigkeit	545 Euro	1.298 Euro	1.262 Euro	1.298 Euro
Pflegegrad 4	schwerste Beeinträchtigung der Selbstständigkeit	728 Euro	1.612 Euro	1.775 Euro	1.612 Euro
Pflegegrad 5	schwerste Beeinträchtigung der Selbstständigkeit mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung	901 Euro	1.995 Euro	2.005 Euro	1.995 Euro

Der Leistungsanspruch der Kurzzeitpflege wird von Pflegegrad 2 bis 5 mit 1.612 Euro für bis zu acht Wochen pro Jahr gewährt. Verhinderungspflege wird für maximal sechs Wochen pro Jahr mit 1.612 Euro unterstützt. Die oben genannten Leistungsbeträge gelten ab dem 1. Januar 2017.

Quelle: Bundesgesundheitsministerium, eigene Darstellung

1. Ambulante Pflege

Hierzu zählen Empfängerinnen und Empfänger von Pflegesachleistungen – inklusive Kombinationsleistungen, das heißt Pflegesachleistungen bei gleichzeitiger Zahlung von Pflegegeld – und Empfängerinnen und Empfänger von Verhinderungspflege.

2. Vollstationäre Pflege

Hier wird unterschieden zwischen vollstationärer Dauerpflege, Kurzzeitpflege, Tages- und Nachtpflege.

3. Angehörigenpflege

Hier wird unterschieden zwischen den Pflegegeldempfängerinnen und Pflegegeldempfängern, die ausschließlich Pflegegeld beziehen und der Kombination von Geld- und Sachleistung.

3.1 Pflegebedürftigkeit im Vergleich

Pflegebedürftig sind Personen, die gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten aufweisen und deshalb der Hilfe durch andere bedürfen.

Die Anzahl der Pflegebedürftigen und deren Entwicklung ist die Grundlage jeglicher Planung für diese Gruppe und Voraussetzung zur Identifizierung von Handlungsfeldern.

Tabelle 3 verdeutlicht die Anzahl der Pflegebedürftigen in der stationären sowie der ambulanten Pflege. Zur Darstellung der Pflege durch Angehörige dient die Statistik über Pflegegeldempfängerinnen und Pflegegeldempfänger ohne Sachleistung.

Tabelle 3: Anzahl der Pflegebedürftigen, Oldenburg, Zeitreihe

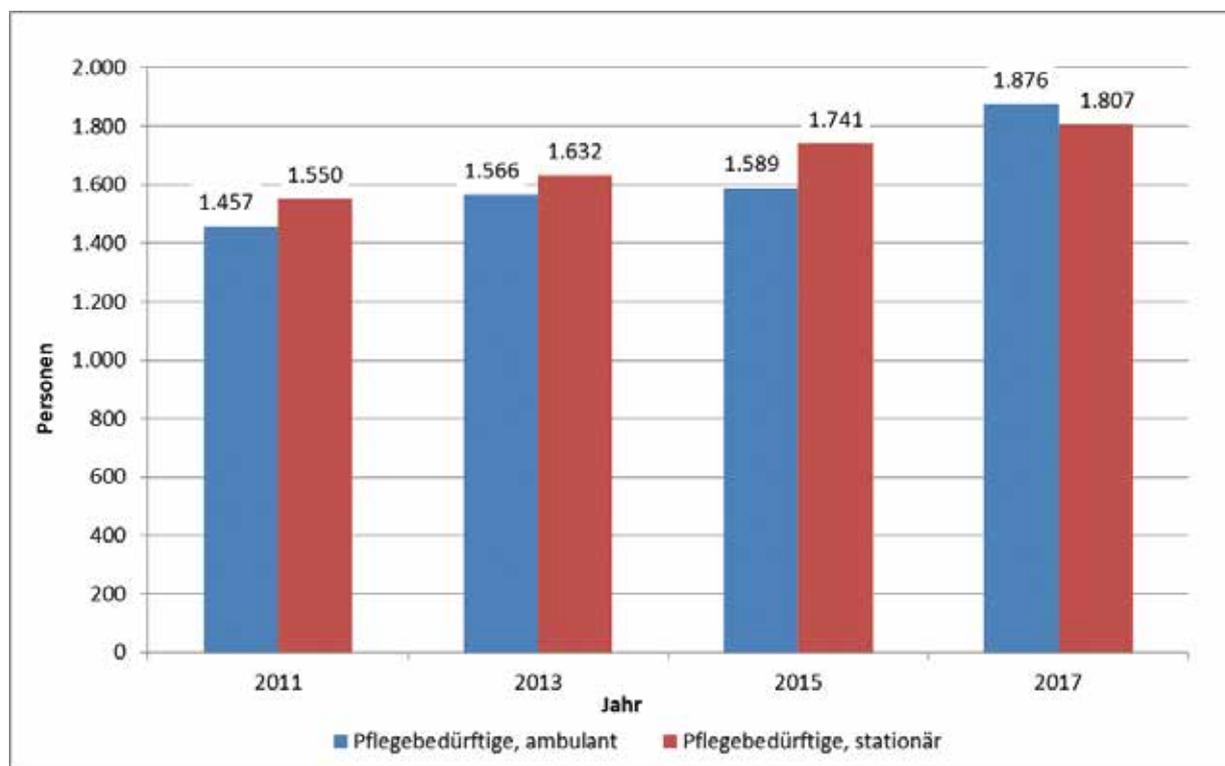
Jahr	Pflegebedürftige: Stationäre Pflege männlich/weiblich	Pflegebedürftige: Ambulante Pflege männlich/weiblich	Pflegebedürftige: Pflegegeld ohne Sachleistung männlich/weiblich	Total	Verände- rung zum Vorjahr in Prozent
1	2	3	4	5	6
2017 Gesamt	583/1.224 1.807	646/1.230 1.876	1.294/1.827 3.121	6.804	plus 23,1
2015 Gesamt	553/1.188 1.741	547/1.042 1.589	942/1.255 2.197	5.527	plus 9,9
2013 Gesamt	491/1.141 1.632	541/1.025 1.566	764/1.069 1.833	5.031	plus 6,5
2011 Gesamt	422/1.128 1.550	476/981 1.457	704/1.011 1.715	4.722	---

Quelle: LSN online



Abbildung 8 zeigt das Verhältnis der Pflegebedürftigen in der ambulanten und stationären Pflege.

Abbildung 8: Anteil der Pflegebedürftigen, ambulant und stationär, Zeitreihe



Quelle: LSN online

Entwicklung der Pflegebedürftigkeit in Zeitreihe (2011 bis 2017)

Tabelle 4 zeigt die Entwicklung der Anzahl aller Pflegebedürftigen und deren Anteil an der Gesamtbevölkerung.

Tabelle 4: Anzahl der Pflegebedürftigen an der Gesamtbevölkerung, Zeitreihe

Jahr	Anzahl Pflegebedürftige Oldenburg, gesamt	Gesamtbevölkerung Oldenburg, gesamt	Anteil an Gesamtbevölkerung in Prozent	Vergleichswert Niedersachsen in Prozent
1	2	3	4	5
2017	6.804	168.041	4,1	4,9
2015	5.527	165.096	3,4	4,2
2013	5.031	160.272	3,1	3,8
2011	4.722	158.401	3	3,6

Quellen: LSN online/Statistische Jahrbücher der Stadt Oldenburg

Pflegebedürftigkeit nach Altersgruppen

Mit den folgenden Tabellen 5 und 6 werden die Altersgruppen und ihr jeweiliger Anteil an den Pflegebedürftigen in der ambulanten und stationären sowie bei den Pflegegeldempfängerinnen und Pflegegeldempfängern (gesamt) abgebildet.

Tabelle 5: Pflegebedürftige in ambulanter und stationärer Pflege (ohne Pflegegeld), Oldenburg, nach Altersgruppen

Jahr	0 bis 59	60 bis 69	70 bis 79	80 bis 89	90+	Insgesamt
1	2	3	4	5	6	7
2017	548	270	683	1.400	782	3.683
2015	514	254	632	1.219	711	3.330
2013	437	209	684	1.216	652	3.198
2011	397	186	570	1.241	613	3.007

Quelle: LSN online

Tabelle 6: Pflegegeld (gesamt), Oldenburg, nach Altersgruppen

Altersgruppe							
Jahr	Insgesamt	<19	20 bis 59	60 bis 69	70 bis 79	80 bis 89	90+
1	2	3	4	5	6	7	8
2017	3.916	293	531	404	848	1.312	528
2015	2.950	225	375	289	679	965	417
2013	2.382	200	322	210	532	793	325
2011	2.158	181	310	185	472	754	256

Quelle: LSN online

Pflegebedürftigkeit nach Geschlecht und Pflegegrad beziehungsweise Pflegestufe

Die Tabellen 7 und 8 verdeutlichen die Pflegebedürftigen nach Geschlecht und Pflegegrad, zuerst für die ambulante und stationäre Pflege, danach für die Pflegegeldempfängerinnen und Pflegegeldempfänger.

Tabelle 7: Pflegebedürftige in ambulanter und stationärer Pflege (ohne Pflegegeld), nach Pflegegrad beziehungsweise Pflegestufe, Oldenburg, Zeitreihe

			Zusammen					
Jahr	insgesamt	weiblich	1	2	3	4	5	
1	2	3	4	5	6	7	8	
2017	3.683	66,6 Prozent	51	1.190	1.242	787	409	
			darunter Pflegestufe					
			1	2	3			
2015	3.330	66,9 Prozent	1.680	1.044	572			
2013	3.198	67,7 Prozent	1.566	1.057	517			
2011	3.007	70,1 Prozent	1.516	1.052	423			

Quelle: LSN online

Tabelle 8: Pflegegeldempfängerinnen und Pflegegeldempfänger (ohne Sachleistung), nach Pflegegrad beziehungsweise Pflegestufe, Oldenburg, Zeitreihe

			Zusammen					
			darunter Pflegegrad					
Jahr	insgesamt	davon weiblich	1	2	3	4	5	
1	2	3	4	5	6	7	8	
2017	3121	58,5 Prozent	0	1.810	936	314	61	
			darunter Pflegestufe					
			1	2	3			
2015	2.197	57,1 Prozent	1.498	563	136			
2013	1.833	58,3 Prozent	1.229	480	124			
2011	1.715	58,9 Prozent	1.153	444	118			

Quelle: LSN online

Entwicklung

2017 betrug die Anzahl der Pflegebedürftigen in der Stadt Oldenburg zusammen 6.804 Personen. Dies entspricht 4,1 Prozent der Gesamtbevölkerung. Dieser Prozentsatz liegt deutlich unter dem Landesdurchschnitt von 5,1 Prozent.

Im Beobachtungszeitraum ist die Anzahl aller Pflegebedürftigen kontinuierlich gestiegen. Auffällig ist dabei der starke Anstieg von 2015 zu 2017. Die Zahlen verdeutlichen, dass dieser Sprung in der ambulanten Pflege und noch deutlicher bei den Pflegegeldleistungen ohne Sachleistung erfolgte.

In der stationären Pflege ist der Anstieg relativ moderat geblieben.

Im Beobachtungszeitraum ist die Zahl der Pflegebedürftigen in der **stationären Pflege** stetig angewachsen. 2017 gab es 16,6 Prozent mehr Pflegebedürftige als noch 2011. Im gleichen Zeitraum stieg die Zahl der Pflegebedürftigen in Niedersachsen mit 22,2 Prozent erkennbar höher an.

Neben den oben genannten 23 Pflegeheimen gab es 2017 zusätzlich insgesamt fünf Tagespflegeeinrichtungen mit zusammen 86 Plätzen. In Niedersachsen gab es 2011 insgesamt 1.667

Pflegeheime. 2017 waren es 1.873 Pflegeheime, was einem Zuwachs von 12,4 Prozent entspricht. Weiterführende Informationen hierzu sind im Kapitel „4.3. Stationäre Dauerpflege“ auf Seite 58 zu finden.

Im Bereich der **ambulanten Pflege** ist die Zahl der Pflegebedürftigen noch deutlicher angewachsen. Der Zuwachs zwischen 2011 und 2017 liegt mit 419 Personen bei 28,8 Prozent.

Oldenburg verfügte 2017 über 32 Pflegedienste, 2011 waren es noch 31.

Die (noch) größte „Pflegerin“ ist die Familie. Dieser Bereich ist allerdings nicht transparent darstellbar. Gültige Aussagen dazu, wie umfangreich diese Gruppe ist, sind für diesen Bereich aufgrund von Datenschutz und Verfügbarkeit von Statistiken nur bedingt möglich. Die Statistik über Pflegegeldleistungen (ohne Sachleistungen) ist eine der wenigen Möglichkeiten einen Überblick zu erhalten.

Von den 3.121 Pflegegeldempfängerinnen und Pflegegeldempfängern waren 1.294 (41,5 Prozent) männlich und 1.827 (58,5 Prozent) weiblich. 2.197 (70,4 Prozent) waren 65 Jahre und älter. Von den verbleibenden 29,6 Prozent sind immerhin 40,5 Prozent aus der Altersgruppe 50 bis 65 Jahre, so dass lediglich 550 Personen (17,6 Prozent) den jüngeren Altersgruppen zugehörig waren.

Bezogen auf die Altersgruppe 65+, die 2017 insgesamt 31.644 Personen betrug, lag der Anteil der Pflegegeldempfängerinnen und Pflegegeldempfänger (ohne Sachleistungen) bei 9,9 Prozent.

Frauen sind in allen drei Pflegebereichen deutlich überrepräsentiert. In der stationären Pflege beträgt ihr Anteil 68 Prozent und in der ambulanten Pflege 66 Prozent. Nur beim Pflegegeld ist ihr Anteil mit 59 Prozent etwas geringer.

Die Oldenburger Pflegebedürftigen wurden 2017 von 23 Pflegeheimen mit 1.773 Pflegeheimplätzen (nach SGB XI) und 32 Pflegediensten versorgt. Bezogen auf die Oldenburger Gesamtbevölkerung sind das 10,61 Pflegeheimplätze je 1.000 Einwohnerinnen und Einwohner. Die Vergleichszahlen aus dem Jahr 2011 sind nahezu identisch: 23 Pflegeheime mit 1.777 Plätzen. Das Thema Pflegeheime wird vertiefend im Kapitel „4.3. Stationäre Dauerpflege“ auf Seite 58 dargestellt.

Bewertung und Zusammenfassung

Die oben genannten Zahlen im Bereich der **stationären Pflege** bestätigen den seit langem prognostizierten Anstieg von Anteil und Zahl der pflegebedürftigen älteren Menschen.

Die in der Einleitung und an verschiedenen Stellen dieses Berichtes erwähnte hohe Pflegebedürft-



tigkeit von hochbetagten Menschen zeigt sich in den obigen Tabellen bestätigt. In der stationären und ambulanten Pflege sind beinahe 60 Prozent aller Pflegebedürftigen 80 Jahre und älter. Weitere fast 20 Prozent gehören der Altersgruppe 70 bis 79 Jahre an. Auch bei der Gruppe der Pflegegeldempfängerinnen und Pflegegeldempfänger bilden die hochbetagten Menschen die größte Gruppe. 47 Prozent, also beinahe die Hälfte aller Pflegegeldempfängerinnen und Pflegegeldempfänger, sind 80 Jahre und älter.

Besonders auffällig ist der deutliche Anstieg beim **Pflegegeld ohne Sachleistung**, von 2.197 Personen im Jahr 2015 auf 3.121 Personen im Jahr 2017. Das entspricht einer Steigerung von 42,1 Prozent. Die Ursache dafür liegt im Wesentlichen in der Umsetzung des Zweiten Pflegestärkungsgesetzes. Damit wurde 2017 ein neues Begutachtungsverfahren eingeführt. Der Medizinische Dienst der Kassen, der Sozialmedizinische Dienst für knappschaftlich Versicherte oder Medicproof für alle privat Krankenversicherten führen seitdem die Begutachtung auf Pflegebedürftigkeit nach dem neu eingeführten Pflegebegriff durch, der jetzt mit Pflegegraden operiert. Die Anzahl der leistungsberechtigten Personen und die Bewilligungsquoten sind dadurch gewollt differenzierter und im Interesse der Leistungsberechtigten höher als unter dem alten System, das mit Pflegestufen operierte. Dies erklärt größtenteils den hohen Anstieg.

Nicht nur grammatikalisch ist die Pflege weiblich. Die obige Darstellung lässt sofort erkennen, dass die Pflege mehrheitlich Frauen betrifft und das in allen Feldern. Das lässt sich teilweise historisch begründen. Der Altersaufbau der Bevölkerung (Vergleiche: Stadt Oldenburg, Statistisches Jahrbuch 2018, Tabelle 0214: Altersaufbau in der Stadt Oldenburg im Jahr 2017, S. 35) zeigt, dass es deutlich mehr ältere Frauen als Männer gibt. Ist das Geschlechterverhältnis bei der Altersgruppe 65+ mit 51,4 Prozent Frauen und 48,6 Prozent Männer noch nah beieinander, so verändert sich das Verhältnis mit höherem Alter zugunsten der Frauen. Bei der Altersgruppe 80+, in der auch der Pflegebedarf sprunghaft ansteigt, sind Frauen mit 64,4 Prozent, gegenüber der Gruppe der Männer mit nur 35,6 Prozent, deutlich überrepräsentiert.

Andererseits ist das Geschlechterverhältnis auch sozial begründbar, denn die höhere Lebenserwar-

tung und die geschlechtsspezifische Rollenverteilung ist die Ursache dafür, dass überwiegend Frauen pflegerisch tätig sind. Werden sie mit zunehmendem Alter selbst pflegebedürftig, ist oftmals nur eine vollstationäre Pflegeversorgung möglich, da der Partner meist bereits verstorben oder nicht in der Lage ist, die notwendige pflegerische Versorgung zu gewährleisten.

Pflegebedürftige Männer werden sehr oft durch weibliche Familienangehörige gepflegt. Das kann die vergleichsweise geringe Zahl an männlichen Pflegebedürftigen in der stationären Pflege zusätzlich erklären.

Der Anteil älterer pflegebedürftiger Menschen mit Migrationshintergrund (und Ausländerinnen und Ausländer) wird statistisch nicht erfasst. Er wird aber zukünftig relevant, da die Menschen aus der Einwanderungszeit zwischen 1955 bis 1973, damals als Gastarbeiter bezeichnet, zurzeit die Berufsaustrittsschwelle im Alter von 65 Jahren überschreiten.

Diese Personengruppe könnte einen besonderen Unterstützungsbedarf benötigen. Sie ist auch überdurchschnittlich von einer Armutswahrscheinlichkeit betroffen und damit benachteiligt, wenn es um Chancengleichheit im Gesundheitsbereich geht. [Siehe hierzu „Entwicklung der Pflegebedürftigkeit von Menschen mit Migrationshintergrund und Ausländerinnen und A 1“ auf Seite 42.](#)

Handlungsempfehlungen

Die pflegerische Versorgung ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe und es obliegt Bund, Land, Kommune, Pflegekassen und Pflegeeinrichtungen eine „leistungsfähige, regional gegliederte, ortsnahe und aufeinander abgestimmte ambulante und stationäre pflegerische Versorgung der Bevölkerung“ zu gewährleisten (§ 8 Abs. 2 SGB XI). Die Einflussmöglichkeiten und finanziellen Spielräume sind auf Seiten der Kommune begrenzt. Gleichzeitig zeigt die oben genannte gemeinschaftliche Verantwortung die Notwendigkeit einer optimalen Vernetzung auf.

1. Vernetzung

Die einzelnen Versorgungsbereiche – ambulant, stationär, rehabilitativ – sind organisatorisch und rechtlich voneinander abgegrenzt und insbesondere die Schnittstellen an den Übergängen sind meist nicht optimal vernetzt und aufeinander abgestimmt. Angesichts der Tatsache, dass ältere und hochbetagte Menschen meist auf Leistungen aus verschiedenen Versorgungsbereichen (Kranken-, Renten- und Pflegeversicherung et cetera) angewiesen sind, ist es wichtig, die offenkundigen Versorgungslücken an den Übergängen zwischen den Versorgungsbereichen zu schließen.

Hier wäre eine entsprechend enge Vernetzung und Kooperation aller Beteiligten als Teil einer verbesserten Pflegeinfrastruktur gewinnbringend. Das wäre auch im Sinne eines graduell aufgebauten und aufeinander abgestimmten Versorgungssystems aus niedrighwelligen, ambulanten, komplementären, teilstationären und stationären Versorgungsformen notwendig. Nur so sind individuell zugeschnittene Kombinationen und passgenaue Pflegesettings möglich.

Das Bündnis Pflege bietet den geeigneten Rahmen für Gespräche über Möglichkeiten zur Verbesserung der oben beschriebenen Vernetzung und Kooperation.

2. Barrierefreiheit und Quartiersansatz

Je älter Menschen werden, umso wichtiger wird ihr unmittelbares Wohn- und Lebensumfeld, die Nachbarschaft, das Quartier. Für die Teilhabe am sozialen Leben gilt es, den Blick auf den sozialen Nahraum der (älteren) Menschen zu richten, den Ort, wo der Hilfe- und Pflegebedarf wirklich und unmittelbar entsteht.

- Wie können pflegebedürftige Menschen am gesellschaftlichen Leben teilhaben?
- Welche Dienste, welche Infrastruktur, welche sozialen Angebote benötigen sie, um möglichst lange selbstständig zu bleiben?
- Wo gibt es Orte für Begegnung, um beispielsweise nachbarschaftliche Hilfen zu ermöglichen?
- Wo können sich Interessierte beteiligen, um beispielsweise Hilfen bei Bedarf anzustoßen?
- Wie lassen sich Ressourcen im Quartier generieren und bündeln, um allen eine gute Daseinsvorsorge anzubieten?



- Wie können sich Ältere selbst aktiv beteiligen?

Der Quartiersansatz schafft und fördert „sorgende Gemeinschaften“.

Bei Neubauvorhaben von Pflegeheimen und der Modernisierung von Bestandsbauten sollten die Anforderungen an ein neues Wohnen im Alter berücksichtigt werden. Zentrale Punkte sind dabei die Barrierefreiheit im Sinne des Oldenburger Inklusionskonzeptes und ein quartiersbezogener Ansatz des Wohnens und Lebens, auch in Pflegeheimen.

Es gibt seit 2018 einen für die Stadt Oldenburg gültigen Leitfaden für ein barrierefreies Oldenburg. Er gliedert sich in einen Teil 1 „Öffentlicher Raum“ und einen Teil 2 „Öffentliche Gebäude“ :

www.oldenburg.de/was-ist-barrierefreiheit

3. Niedrighschwellige Informationsvermittlung und Angebote

Vor allem für Menschen, die in ihrer Lebensführung zurückgezogen leben und kaum in lokale Beziehungsnetzwerke eingebunden sind, gilt es, gezielt eine niedrighschwellige Informationsvermittlung, wohnortnahe Angebote (zum Beispiel des Senioren- und Pflegestützpunktes Niedersachsen der Stadt Oldenburg, der städtisch geförderten Altenhilfeprojekte oder der Gemeinwesenarbeit) und die Unterstützungsmöglichkeiten im Quartier zu etablieren und vorzuhalten. Das

gleiche Ziel gilt auch im Hinblick auf eine Teilhabe älterer Menschen mit Migrationshintergrund.

4. Erweiterung der statistischen Daten

Zukünftig wird es relevant sein, auch Daten über Pflegebedürftige zu erheben, die Aussagen über einen Migrationshintergrund zulassen. Hierzu könnte eine Abfrage bei den Pflegediensten erfolgen. Vertiefende Informationen hierzu finden sich im Kapitel „Entwicklung der Pflegebedürftigkeit von Menschen mit Migrationshintergrund und Ausländerinnen und A 1“ auf Seite 42.

5. Fokus auf die Altersgruppe 80+

Die Zahlen bestätigen den sprunghaften Anstieg der Pflegebedürftigkeit bei der Altersgruppe 80+. Der Bedarf an Pflege in diesem hohen Lebensalter und damit einhergehend die Zuerkennung eines höheren Pflegegrades in dieser Altersgruppe nimmt naturgemäß zu. So ist es nicht erstaunlich,

dass beinahe 67 Prozent der pflegebedürftigen Menschen in der stationären Pflege zur Altersgruppe 80+ gehören. Über drei Viertel von ihnen ist weiblich.

Um die Lebenssituationen, die Versorgungsstrukturen und (pflegerischen) Bedarfe dieser hochbetagten Gruppe (80+) besser erfassen zu können, sowie die Selbstbestimmung und Teilhabe dieser Altersgruppe zu befördern, ist eine Thematisierung „Hochaltrigkeit und Pflege“ im Bündnis Pflege notwendig.

Das Thema der Hochaltrigkeit überschneidet sich zwar stark mit dem Querschnittsthema der Versorgung am Lebensende, erhält aber aufgrund seiner eigenen Relevanz ein gesondertes Kapitel. Siehe hierzu Kapitel „Hospiz- und Palliativversorgung“ auf Seite 71.

3.2 Entwicklung der Pflegebedürftigkeit in Relation zur Entwicklung der Pflegebedürftigkeit in Niedersachsen anhand der Pflegequote

Die Pflegequote verdeutlicht, wie hoch der Anteil der Pflegebedürftigen an der gesamten Bevölkerung ist.

Die Pflegebedürftigkeit ist abhängig vom geistigen und körperlichen Gesundheitszustand der Menschen. Mit zunehmendem Alter steigt die Pflegebedürftigkeit deutlich an.

Tabelle 9 bildet die Oldenburger Pflegequote (Spalte 4) im Vergleich zum Land Niedersachsen (Spalte 5) für die jeweiligen Jahre ab.

Tabelle 10 verdeutlicht ergänzend die Pflegequote nach Altersgruppen für die Stadt Oldenburg im Jahr 2017.

Tabelle 9: Anzahl der Pflegebedürftigen an der Gesamtbevölkerung, Oldenburg, Zeitreihe

Jahr	Anzahl Pflegebedürftige Oldenburg, gesamt	Gesamtbevölkerung Oldenburg, gesamt	Anteil an Gesamtbevölkerung in Prozent	Vergleichswert Niedersachsen in Prozent
1	2	3	4	5
2017	6.804	168.041	4,1	5,1
2015	5.527	165.096	3,4	4,2
2013	5.031	160.272	3,1	3,8
2011	4.722	158.401	3	3,6

Quellen: LSN online/Statistische Jahrbücher der Stadt Oldenburg

Tabelle 10: Pflegequote – Prozentualer Anteil an der Altersgruppe, Oldenburg, 2017

Altersgruppe	Gesamtanzahl der Altersgruppe	Pflegebedürftige Personen	Prozentualer Anteil an Altersgruppe
1	2	3	4
unter 60	126.591	1.313	1,0 Prozent (keine Angaben)
60 bis 69	18.384	628	3,4 Prozent (2011 = 2,3 Prozent)
70 bis 79	14.282	1.381	9,7 Prozent (2011 = 7,4 Prozent)
80 bis 89	7.276	2.364	32,5 Prozent (2011 = 31,0 Prozent)
90+	1.508	1.118	74,1 Prozent (2011 = 71,8 Prozent)
Gesamt	168.041	6.804	4,1 Prozent (2011 = 3,0 Prozent)

Quellen: LSN online, Statistisches Jahrbuch 2018

Entwicklung

Der Anteil der Pflegebedürftigen ist zwischen 2011 und 2017 deutlich angestiegen. Die Zunahme im dargestellten Zeitraum beträgt 44,1 Prozent. Das klingt zunächst viel, aber im gleichen Zeitraum ist auch die Gesamtbevölkerung um über 6 Prozent gewachsen. Da aber der Pflegebedarf insbesondere bei den älteren Menschen ansteigt, ist ein Blick auf die Altersgruppe der Menschen von 65 Jahren und älter aufschlussreich. Ihr Anteil ist im gleichen Zeitraum sogar um 9,1 Prozent angestiegen.

Die Anzahl der Pflegebedürftigen in Relation zur Gesamtbevölkerung ergibt die sogenannte Pflegequote. 2011 waren 3 Prozent der Oldenburger Gesamtbevölkerung pflegebedürftig. 2017 waren es 4,1 Prozent. Die Pflegequote in Niedersachsen ist im gleichen Zeitraum von 3,6 auf 5,1 Prozent angestiegen.

Bewertung und Zusammenfassung

Die steigende Lebenserwartung und das Geburtenfazit tragen zu einem höheren Anteil älterer Menschen in der Bevölkerung bei. Dies führt sowohl zu einem absoluten Anstieg der Zahl der Pflegebedürftigen als auch zu einem Anstieg der Quote. Neben den demografischen Einflüssen wurde der Anstieg auch durch die 2017 erfolgte Ausweitung des Pflegebegriffs beeinflusst.

Die meisten Großstädte in Deutschland verfügen über geringe Pflegequoten, die sich ungefähr zwischen zwei und drei Prozent bewegen. Die Pflege-

quote ist zwischen 2015 und 2017 in Oldenburg deutlich gestiegen. Mit 4,1 Prozent liegt sie zwar unter dem Landesdurchschnitt, für eine Großstadt ist sie jedoch etwas überdurchschnittlich. 4,1 Prozent erscheint wenig, denn es bedeutet gleichzeitig, dass 95,9 Prozent der Stadtbevölkerung nicht pflegebedürftig sind. Allerdings ist diese einfache Betrachtung allein nicht sehr aussagekräftig.

Entscheidend ist ein Blick auf die einzelnen Altersgruppen und wie sich der Pflegebedarf unter ihnen verteilt. Der Anteil der pflegebedürftigen Personen an der gleichaltrigen Bevölkerung nimmt mit dem Alter kontinuierlich zu. Grundsätzlich zeigt Tabelle 10, dass das Risiko der Pflegebedürftigkeit mit zunehmendem Alter ansteigt. Die Tabelle verdeutlicht dabei sehr klar, dass bei der Altersgruppe der über 80-Jährigen die Pflegebedürftigkeit überproportional ansteigt.

Die Tabelle verdeutlicht zudem, dass die sogenannten „jungen Alten“, die Altersgruppe 60 bis 69, einen vergleichsweise geringen Pflegebedarf aufweisen. Positiv formuliert haben über 96 Prozent dieser Altersgruppe keinen Pflegebedarf. Bei der Altersgruppe der über 90-Jährigen hingegen haben beinahe nur etwas über 25 Prozent keinen Pflegebedarf. Allerdings ist die Altersgruppe bereits vergleichsweise klein. Der Blick auf die absoluten Zahlen verdeutlicht, dass die Altersgruppe der 80 bis 89-Jährigen zahlenmäßig den höchsten pflegerischen Bedarf aufweist.

Außerdem gilt es zu berücksichtigen, dass nicht nur immer mehr Menschen älter werden, sondern dass auch ihre Lebenserwartung steigt, das heißt,



dass immer mehr Menschen pflegebedürftig sind und diese Phase auch länger andauert.

Die Quote der Pflegebedürftigkeit steht also auch in Wechselbeziehung zur Lebenserwartung. Von 1.000 gleichzeitig Geborenen sind im Alter von 70 Jahren statistisch noch 770 Männer am Leben. Unter Frauen sind selbst mit 80 Jahren von 1.000 gleichzeitig Geborenen noch 700 am Leben. Die durchschnittliche Verweildauer in stationären Pflegeeinrichtungen liegt bei circa 2,5 Jahren. Ein Großteil der Heimbewohnerinnen und Heimbewohner verstirbt allerdings bereits im ersten Jahr.

Statistisch gesehen sterben die meisten Männer früher als Frauen. Insbesondere in den letzten zwei bis drei Jahren des Lebens wird ein Pflegebedarf evident. Dabei werden pflegebedürftige Männer häufig zuerst von ihren Partnerinnen versorgt, zumal Frauen meistens ältere Partner haben. Dies kann auch ein Grund sein, warum zunächst auf eine Antragstellung bei der Pflegekasse verzichtet wird, so dass sie seltener in der Pflegestatistik auftauchen. Ältere Frauen hingegen leben häufiger alleine, weil Männer in der Regel „jünger“ sterben als Frauen. Bei einem Pflegebedarf kann daher schneller die Notwendigkeit bestehen, einen Leistungsantrag bei der Pflegekasse zu stellen.

Die Pflegebedürftigkeit wird von vielen Faktoren (demografische, gesetzliche, medizinische, politische, soziale) beeinflusst. Daher kann nicht immer mit Gewissheit gesagt werden, welche ursächlichen Einzelgründe die verschiedenen Pflegeformen in welchem Maße letztendlich hemmen oder fördern.

Handlungsempfehlungen

1. Prävention und Rehabilitation

Pflegebedürftigkeit ist kein „Restrisiko“, wie die vermeintlich geringe Pflegequote von 4,1 Prozent zunächst suggeriert, sondern, wie die oben genannten Ausführungen zeigen, ein allgemeines Lebensrisiko, von dem die Mehrheit der Bevölkerung im Laufe des Lebens, meist zum Ende, betroffen ist und das eine entsprechende Aufmerksamkeit verdient.

Dieses „Lebensrisiko“ kann aber durch Prävention und Rehabilitation positiv beeinflusst werden.

Daher sind Prävention und Rehabilitation von größter Bedeutung, auch zur Dämpfung weiter steigender Pflegebedürftigkeitszahlen. In diesen Bereichen liegt, unabhängig vom 2015 verabschiedeten Präventionsgesetz, noch viel Potential.

www.gkv-spitzenverband.de/pflegeversicherung/praevention_pflege/praevention_stationaere_pflege.jsp

Es gilt generell, die soziale Infrastruktur präventiv auszurichten. Durch Prävention ist es möglich, negative Tendenzen zu vermeiden. Daher dürfen im Sozial- wie auch im Pflegebereich zukünftig Prävention und Rehabilitation nicht vernachlässigt werden. Um das Thema weiter zu befördern wird an dieser Stelle empfohlen, Prävention und Rehabilitation auf die Agenda des „Bündnis Pflege – Örtliche Pflegekonferenz“ zu setzen und offensiver in den städtischen Planungen zu verankern (Health in all policies – Gesundheit in allen Po-

litikbereichen). Frühe Maßnahmen der Gesundheitsförderung für alle Altersgruppen können die Gesundheit und Lebensqualität deutlich erhöhen. Insbesondere für das „gesunde Älterwerden“ sind sie eine wichtige Ergänzung. Dieses Ziel verfolgt unter anderem auch die Kommunale Gesundheitskonferenz.

Handlungsempfehlungen beziehen sich allgemein auf das Thema Pflege. Wir verweisen daher an dieser Stelle auf die Handlungsempfehlungen unter Kapitel (Vor-)Pflegerische Versorgung, insbesondere die Unterkapitel „4.2 Ambulante Pflege“ auf Seite 52 und „4.3. Stationäre Dauerpflege“ auf Seite 58.

3.3 Entwicklung der Pflegebedürftigkeit von Menschen mit Migrationshintergrund und Ausländerinnen und Ausländern

Der Anteil der Pflegebedürftigkeit unter Menschen mit Migrationshintergrund und Menschen ausländischer Nationalität ist nicht bekannt, da die Pflegestatistiken diese Merkmale nicht erfassen. Gemäß § 109 SGB XI ist dessen Erhebung in der amtlichen Pflegestatistik des Statistischen Bundesamtes nicht vorgesehen.

Tabelle 11 zeigt den Anteil der Ausländerinnen und Ausländer an der Gesamtbevölkerung und verdeutlicht die Relevanz dieser Thematik in der Stadt Oldenburg.

Tabelle 11: Anteil ausländischer Personen an der Gesamtbevölkerung, Oldenburg, Zeitreihe

Jahr	Gesamtbevölkerung	davon ausländische Personen	Anteil in Prozent
1	2	3	4
2017	168.041	16.020	9,5
2015	165.096	14.163	8,6
2013	160.272	10.588	6,6
2011	158.401	9.378	5,9

Quelle: Stadt Oldenburg, Statistische Jahrbücher 2012 bis 2018

Tabelle 12 verdeutlicht den Anteil an Menschen mit Migrationshintergrund in der Stadt Oldenburg.

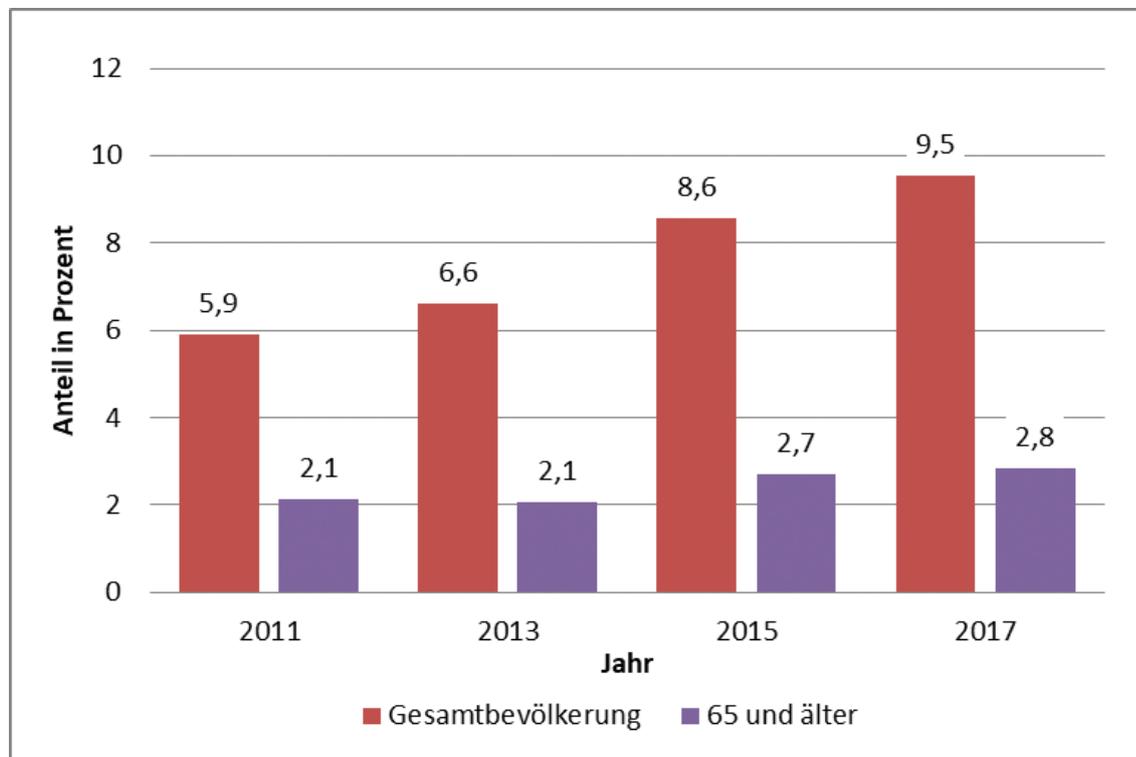
Tabelle 12: Anteil Personen mit Migrationshintergrund, Oldenburg, Zeitreihe

Jahr	Gesamtbevölkerung (eigene Einwohnerdatei)	davon mit Migrationshintergrund-	Anteil in Prozent
1	2	3	4
2017	168.041	38.809	23,1
2015	165.096	35.514	21,5
2013	160.272	30.659	19,1
2011	158.401	28.254	17,8

Quelle: Stadt Oldenburg, Statistische Jahrbücher 2012 bis 2018

Abbildung 9 verdeutlicht den Anteil der Ausländerinnen und Ausländer an der Gesamtbevölkerung und bei der Altersgruppe 65+ in Prozent.

Abbildung 9: Ausländerinnen- und Ausländeranteil in Prozent, Oldenburg, Zeitreihe



Quelle: Stadt Oldenburg, Statistische Jahrbücher 2012 bis 2018

Entwicklung

Der Anteil der Ausländerinnen und Ausländer ist im Zeitraum von 2011 bis 2017 um 70 Prozent angestiegen. Insbesondere durch die Zuwanderung von Flüchtlingen ist der Ausländeranteil in der Stadt Oldenburg seit 2015 stark angestiegen. 9,5 Prozent der Stadtbevölkerung sind ausländischer Herkunft. Bei der Altersgruppe ab 65 Jahren fällt der Anstieg im Beobachtungszeitraum deutlich geringer aus. Ihr Anteil ist lediglich von 2,1 auf 2,8 Prozent gestiegen.

Ebenso ist der Anteil der Menschen mit Migrationshintergrund im gleichen Zeitraum um knapp über 37 Prozent angestiegen. Beinahe ein Viertel der Stadtbevölkerung hat einen Migrationshintergrund.

Bewertung und Zusammenfassung

Die deutlichen Anstiege der Zahlen bei Menschen mit nichtdeutscher Herkunft, ebenso wie bei Menschen mit Migrationshintergrund, lassen erkennen, dass das Thema Pflege eine klare Relevanz hat und die Zahl Pflegebedürftiger auch in diesen Bevölkerungsgruppen zukünftig ansteigen wird. Auch wenn diese Gruppen über vergleichsweise hohe Zahlen jüngerer Altersgruppen verfügen, so unterliegen sie doch, wie die Gesamtbevölkerung, der demografischen Alterung und damit steigt auch bei diesen Gruppen die Wahrscheinlichkeit von Gesundheitsrisiken und Pflegebedarf.

Menschen mit Migrationshintergrund bilden genau wie Ausländerinnen und Ausländer eine Vielfalt an Migrationsbiografien und Lebensumständen, daher sind auch die Bedarfe dieser Gruppen sehr uneinheitlich. Deshalb sollten auch die pflegerischen Versorgungsstrukturen nicht auf spezifische Bedarfe von Personen bestimmter Herkunft ausgerichtet werden. Im Fokus steht grundsätzlich die Vielfalt in der Bevölkerung – mit und ohne Migrationshintergrund – deren individuelle bedürfnisorientierte Pflege das Ziel ist. Daher ist es im Sinne einer inklusiven Gesellschaft nicht wünschenswert, spezifische Angebote für jede einzelne Gruppe zu schaffen. Vielmehr müssen spezifische Bedarfe innerhalb der vielfältiger werdenden Gesamtbevölkerung als diversitätsbewusst erkannt und berücksichtigt werden. Das

gilt selbstverständlich auch für andere Merkmale als nur den Migrationshintergrund, also etwa Geschlecht, Alter, soziale Herkunft, Behinderung, Religionszugehörigkeit oder sexuelle Orientierung.

Mittlerweile kommen zunehmend Migrantinnen und Migranten, die in den 1950er und 1960er Jahren zugewandert sind, in ein Alter, in dem Erkrankungen und Pflegebedürftigkeit ein Thema ist. Aufgrund ihrer oft schweren und belastenden Arbeitsbedingungen sowie durch psychische Migrationsbelastungen, werden sie deutlich früher pflegebedürftig als Deutsche ohne Migrationshintergrund. Das Durchschnittsalter für Pflegebedürftigkeit liegt bei Menschen mit Migrationshintergrund etwa zehn Jahre unter dem in der Bevölkerung ohne Migrationshintergrund.

Vergleiche

www.integrationsbeauftragte.de/resource/blob/72490/392732/4b9f196e32ba930064ba84c94f11e80f/gesundheits-svr-studie-data.pdf?download=1

Auch die Einkommenssituation von Menschen mit Migrationshintergrund ist meistens schlechter als die der Bevölkerung ohne Migrationshintergrund. Daraus resultiert eine höhere Armutsgefährdung. Darüber hinaus gibt es einen nachweisbaren Zusammenhang von Armutsgefährdung und höheren Gesundheitsrisiken.

Nach Schätzungen des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend und dem Bundesministerium für Gesundheit haben zwischen 8,2 und 8,7 Prozent der im Sinne des SGB XI pflegebedürftigen Personen einen Migrationshintergrund. Unterstellt man beispielsweise die gleichen Werte für die Stadt Oldenburg, so entspricht das zwischen 3.100 und 3.400 pflegebedürftiger Menschen mit Migrationshintergrund.



Handlungsempfehlungen

1. Datengrundlage schaffen

Belastbare Einschätzungen und qualitative Erhebungen zum Pflegebedarf von Menschen mit Migrationshintergrund sind von Bedeutung, da so zukünftige Bedarfe prognostiziert und entsprechende Maßnahmen und Handlungsempfehlungen abgeleitet werden können.

Angesichts fehlender und lückenhafter migrationspezifischer Datengrundlagen und um Aussagen über die zukünftig benötigten Versorgungsstrukturen treffen zu können, ist eine Befragung der stationären und ambulanten Pflegeanbieter wünschenswert. In welchem Umfang werden auf spezifische Belange und kulturspezifische Lebensgewohnheiten, wie beispielsweise Ernährungs-, Hygiene- und religiöse Gewohnheiten, bei stationären und ambulanten Anbietern eingegangen? Ebenso von Interesse ist die Frage nach dem Anteil von Ausländerinnen und Ausländern an sozialversicherungspflichtig Beschäftigten in der Pflege.

2. Interkulturelle Öffnung

Institutionen und Dienstleister in der Pflege müssen sich auf eine zunehmende sprachliche und soziokulturelle Vielfalt einstellen und sich stärker auf die Prozesse der interkulturellen Öffnung einlassen – und natürlich auch andere Diversitätsmerkmale berücksichtigen. Die Thematisierung der interkulturellen Öffnung und von Diversitätsmerkmalen sollte über das Bündnis Pflege erfolgen.

3. Interkulturelle Sensibilität

Personen mit Migrationshintergrund können nicht nur den Fachkräftemangel – siehe Kapitel „6.1 Pflegepersonal in der ambulanten Pflege“ auf Seite 89 – abfedern, sondern zu einer interkulturellen Sensibilität im Pflegewesen beitragen. Die Frage, wie hier der begrenzte kommunale Handlungsspielraum dennoch bestmöglich gestaltbar sein kann, ist ebenfalls ein Thema für das Bündnis Pflege.

4. Diversitätssensibilität in der inklusiven Stadt- und Quartiersentwicklung

In der fachlichen Diskussion wird immer wieder darauf verwiesen, dass Familien mit Migrationshintergrund ihre Angehörigen mehrheitlich familiär pflegen und aus unterschiedlichen Gründen Vorbehalte gegen eine institutionalisierte Pflege haben. Vielleicht stellt sich jedoch gar nicht die Frage, wie die fehlende Inanspruchnahme pflegerischer Leistungen von Menschen mit Migrationshintergrund erhöht werden kann oder wie die Schaffung professioneller Angebote für sie forciert werden soll. Vielmehr könnte das institutionalisierte Pflegesystem ebenso wie die Politik von den Menschen mit Migrationshintergrund lernen. Eine solche Betrachtung würde uns helfen, wegkommen von einer eher ökonomischen Sicht von Versorgern und Konsumenten, hin zu einer eher solidarischen Sicht der Stärkung der Lebenswelt, des Quartiers, der Nachbarschaft und Familie. Das würde auch im Sinne einer Diversitätssensibilität den Blick auf die Lebenswelten – hier die der Menschen mit Migrationshintergrund – richten und ein Verständnis für ihr Handeln beziehungsweise ihre Entscheidungen stärken.

Dieser Ansatz sollte bei der inklusiven Stadt- und Quartiersentwicklung einfließen und erörtert werden.

5. Leichter Zugang für mehr Teilhabe

Dennoch gibt es auch Menschen mit Migrationshintergrund, für die ein erleichterter Zugang zu pflegerelevanten Leistungsangeboten und Informationen nötig sein kann. Ob das für Oldenburg notwendig und wie das kommunal umsetzbar ist, muss von den beteiligten Trägern, Anbietern, Fachkräften und Betroffenen geklärt werden. Dieses Thema wird an das Bündnis Pflege weitergegeben.



Pflegerische Versorgung

4. (Vor-)Pflegerische Versorgung

4.1 Pflege durch Angehörige

Pflegende Angehörige sind die Personen, die einen pflegebedürftigen Menschen in dessen eigener Häuslichkeit versorgen. Sie stammen aus dem persönlichen Umfeld der beziehungsweise des Pflegebedürftigen, stehen meistens in einem nahen verwandtschaftlichen Verhältnis und erbringen ihre Unterstützung sowohl direkt vor Ort wie auch auf weitere räumliche Distanzen.

Wird eine Person pflegebedürftig, dann übernehmen häufig zunächst nahestehende Angehörige die Betreuung und Versorgung. Dazu zählen auch Behördenkontakte und organisatorische Aufgaben, um eine Versorgung in der Häuslichkeit sicherzustellen. Sie, die Angehörigen und Freunde, stellen die zentrale Säule des deutschen Pflegesystems dar und ihre immensen Leistungen als größter nationaler „Pflegedienst“ lassen sich statistisch nur schwerlich erfassen. Weder die amtliche Pflegestatistik noch weitere belastbare Repräsentativerhebungen lassen Rückschlüsse darauf zu, wie viele pflegende Angehörige und Freunde gegenwärtig Unterstützung erbringen.

Über die Daten der Pflegegeldempfängerinnen und Pflegegeldempfänger (ohne Sachleistungen) ist zumindest ein Einblick für die Stadt Oldenburg möglich.

Pflegegeld nach § 37 SGB XI

Das Pflegegeld (ohne Sachleistung) ist eine finanzielle Leistung der Pflegeversicherung für den häuslichen Bereich. Sie wird gezahlt, wenn die Pflege selbst sichergestellt wird – zum Beispiel, wenn sie ausschließlich durch Angehörige erfolgt.

Übernehmen Angehörige, Bekannte oder andere nicht erwerbsmäßig pflegende Personen die Pflege und Betreuung als freiwillige Hilfe, erhält die pflegebedürftige Person das sogenannte Pflegegeld, das sie an die Pflegeperson weitergeben kann. Die Inanspruchnahme von Pflegegeld setzt voraus, dass die erforderliche körperbezogene Pflege und pflegerische Betreuung sowie Hilfen bei der Haushaltsführung sichergestellt sind.

Die Höhe des Pflegegeldes pro Monat beträgt aktuell (Stand: 1. Juli 2020):

- Pflegegrad 2: 316 Euro
- Pflegegrad 3: 545 Euro
- Pflegegrad 4: 728 Euro
- Pflegegrad 5: 901 Euro

Tabelle 13 beschreibt die Anzahl der Pflegebedürftigen in dem jeweiligen Jahr nach den Pflegegraden beziehungsweise Pflegestufen und den Anteil an Empfängerinnen und Empfänger von Pflegegeld in Prozent.

Tabelle 13: Pflegegeldempfängerinnen und Pflegegeldempfänger (ohne Sachleistung), nach Pflegegrad beziehungsweise Pflegestufe, Oldenburg, Zeitreihe

Jahr	insgesamt	davon weiblich	Zusammen				
			darunter Pflegegrad				
			1	2	3	4	5
			4	5	6	7	8
2017	3.121	58,5 Prozent	0	1810	936	314	61
			darunter Pflegestufe				
			1	2	3		
2015	2.197	57,1 Prozent	1.498	563	136		
2013	1.833	58,3 Prozent	1.229	480	124		
2011	1.715	58,9 Prozent	1.153	444	118		

Quelle: LSN online

Pflegesachleistungen nach § 36 SGB XI

Als Pflegesachleistung wird häusliche Pflege bezeichnet, die durch Pflegedienste erbracht wird, also in der Regel durch nicht zur Familie gehörende Personen. Zu den Leistungen der Pflegedienste gehören körperbezogene Pflegemaßnahmen, pflegerische Betreuungsmaßnahmen sowie Hilfen bei der Haushaltsführung.

Zur Abrechnung mit der Pflegekasse muss der Pflegedienst einen Versorgungsvertrag mit der Pflegekasse abgeschlossen haben.

Die Höhe der Pflegesachleistung pro Monat beträgt aktuell (Stand: 1. Juli 2020):

- Pflegegrad 2: 689 Euro
- Pflegegrad 3: 1.298 Euro
- Pflegegrad 4: 1.612 Euro
- Pflegegrad 5: 1.995 Euro

Pflegebedürftige mit Pflegegrad 1 haben die Möglichkeit, den Entlastungsbetrag von monatlich 125 Euro für Pflegesachleistungen zu nutzen.

Tabelle 14 stellt die Pflegegeldempfängerinnen und Pflegegeldempfänger dar, die ausschließlich Sachleistungen beziehen. Sie nutzen damit ausschließlich die Hilfe durch einen professionellen Anbieter.

Tabelle 14: Pflegegeldempfängerinnen und Pflegegeldempfänger (nur Sachleistungen), Oldenburg, Zeitreihe

Jahr	insgesamt (Personen)	davon weiblich (Personen)	Anteil weiblich (in Prozent)
1	2	3	4
2017	795	509	64
2015	753	470	62
2013	549	363	66
2011	443	293	66

Quelle: LSN online

Kombinationsleistungen nach § 38 SGB XI

Hier handelt es sich um eine Kombination aus Pflegesachleistungen und Pflegegeld, bei der die häusliche Pflege durch eine Pflegeperson mit Pflegeleistungen der Pflegedienste kombiniert wird.

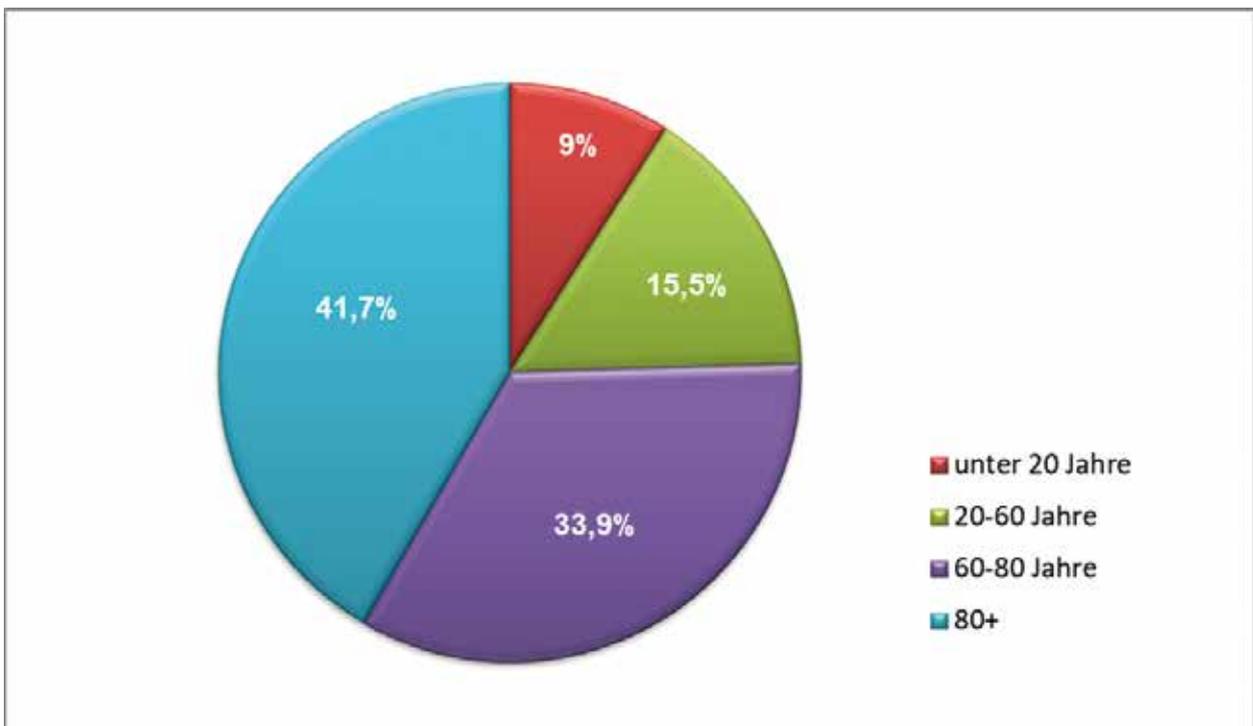
Tabelle 15 verdeutlicht, wie sich die Anzahl der Pflegebedürftigen in dem jeweiligen Jahr auf die einzelnen Altersgruppen verteilt.

Tabelle 15: Pflegegeldempfängerinnen und Pflegegeldempfänger (gesamt) nach Altersgruppen, Oldenburg, Zeitreihe

		Altersgruppe					
Jahr	Insgesamt	<19	20 bis 59	60 bis 69	70 bis 79	80 bis 89	90+
1	2	3	4	5	6	7	8
2017	3.916	293	531	404	848	1.312	528
2015	2.950	225	375	289	679	965	417
2013	2.382	200	322	210	532	793	325
2011	2.158	181	310	185	472	754	256

Quelle: LSN online

Abbildung 10: Pflegegeldempfängerinnen und Pflegegeldempfänger (ohne Sachleistungen) nach Altersgruppen, Oldenburg, 2017



Quelle: LSN online

Abbildung 10 visualisiert in komprimierter Form die Altersgruppen der Pflegegeldempfängerinnen und -empfänger ohne Sachleistungen für das Jahr 2017.

Entwicklung

Verfolgt man die Entwicklung der Pflegegeldempfängerinnen und -empfänger ohne Sachleistung im Zeitverlauf, so zeigt sich ein kontinuierlicher Anstieg von 2011 bis einschließlich 2015 um 28,1 Prozent. 2017 folgt dann mit 42,1 Prozent Zuwachs ein drastischer Anstieg. Die Ursachen dafür werden noch im Folgenden erläutert.

Der Anteil der weiblichen Personen ist mit einer Spanne zwischen 57 bis 58 Prozent zwischen 2011 und 2017 stets überdurchschnittlich hoch.

In der Gesamtschau aller Pflegegeldempfängerinnen und -empfänger verhält sich der Anstieg im Beobachtungszeitraum etwas ausgeglichener. Innerhalb von 4 Jahren (2011 bis 2015) beträgt der Anstieg 36,7 Prozent, um dann innerhalb von 2 Jahren (2015 bis 2017) nochmals um 32,7 Prozent anzusteigen.

Bei der Betrachtung der Altersgruppen zeigt sich, dass mit zunehmendem Alter auch die Zahl der pflegebedürftigen Personen zunimmt, insbesondere ab 80 Jahren. Knapp 47 Prozent aller Pflegebedürftigen ist 80 Jahre und älter. Bei den Pflegebedürftigen ohne Sachleistungen sind es in der gleichen Altersgruppe immerhin fast 42 Prozent.

Bei den Pflegegeldempfängerinnen und -empfängern ohne Sachleistung weisen 58 Prozent Pflegegrad 2 und 30 Prozent Pflegegrad 3 auf. Alle anderen Pflegegrade bilden zusammen nur zwölf Prozent der Gruppe.

Bewertung und Zusammenfassung

Die Zahl älterer Menschen und ihr Anteil an der Bevölkerung nehmen zu. Da Menschen mit steigendem Alter vermehrt pflegebedürftig sind, wächst auch die Anzahl der pflegebedürftigen Personen. Das erklärt zum einen die kontinuierlich steigenden Zahlen in der Pflege.

Zum anderen hat mit der Einführung des Zweiten Pflegestärkungsgesetz (PSG II) zum 1. Januar 2017 die Dynamik bei der Zunahme der Leistungsempfängerinnen und Leistungsempfänger nochmals zugelegt. Durch das Gesetz wurde das dreigestufige Pflegestufen-Modell durch die neuen fünf Pflegegrade ersetzt, was den Kreis der anspruchsberechtigten Personen deutlich ausgeweitet hat. Das Statistische Bundesamt führt den rapiden Anstieg deshalb auch maßgeblich auf das PSG II zurück. Auch künftig wird die Zahl weiter steigen. In wenigen Jahren geht die Generation der sogenannten Babyboomer, also die geburtenstarken Jahrgänge zwischen 1956 und 1965, in die nachberufliche Phase. Weitere 15 Jahre später steigt, wie beschrieben, die Wahrscheinlichkeit pflegebedürftig zu werden deutlich an.

Zur Tabelle 13 gibt es eine Besonderheit. Der Pflegegrad 1 ist mit dem Wert 0 angegeben. Entsprechend des gesetzlichen Rahmens sollten in der Pflegestatistik ab 2017 auch Pflegebedürftige des Pflegegrades 1 erfasst werden, die zum Stichtag keine Leistungen der ambulanten Pflegedienste oder Pflegeheime beziehungsweise ausschließlich Leistungen der nach Landesrecht anerkannten Angebote zur Unterstützung im Alltag erhalten. Die Durchführung der Erhebung 2017 hat jedoch gezeigt, dass diese Angaben von den Pflegekassen nicht so systematisch verbucht wurden, um sie für die Pflegestatistik nutzen zu können. Es liegen daher im Rahmen der Pflegestatistik 2017 für diese Gruppe keine verwertbaren Daten vor. Diese Daten gehen entsprechend nicht in die Auswertungen ein. Es wird versucht, bei zukünftigen Erhebungen die Datenlage in diesem Bereich zu verbessern.

Die Pflegestatistik weist für die Erhebung 2017 einen deutlichen Anstieg bei den Pflegebedürftigen insgesamt aus. Da der Wert für die Personen mit dem Pflegegrad 1 nicht bekannt ist, wird der Gesamtanstieg geringfügig unterschätzt. So rechnet das Bundesamt für Statistik für ganz Deutschland mit etwa 100.000 Personen, die nicht erfasst werden konnten; eine Regionalisierung des Effektes ist nicht möglich.

[www.destatis.de/DE/Themen/
Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Pflege/
Publikationen/Downloads-Pflege/laender-](http://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Pflege/Publikationen/Downloads-Pflege/laender-)

[pflegebeduerftige-5224002179004.pdf?__blob=publicationFile](#)

Was für die professionelle Pflege gilt, gilt auch für die pflegenden Angehörigen: Pflege ist weiblich. Frauen sind die Hauptpflegepersonen. Schätzungsweise sind etwa 75 Prozent der pflegenden Angehörigen weiblich. An erster Stelle stehen die Ehefrauen, Töchter bilden die zweitgrößte Gruppe.

Ältere Frauen leben überwiegend in Einpersonenhaushalten, wohingegen Männer der gleichen Altersgruppe oft noch mit ihren Partnerinnen zusammenleben. Folglich ist der Bedarf an Unterstützungsleistungen von Dritten bei älteren Frauen höher einzuschätzen als bei älteren Männern.

Handlungsempfehlungen

Das hohe familiäre Pflegepotenzial wird zukünftig aufgrund sozialer und demografischer Umstände deutlich zurückgehen. Daher ist der Ausbau professioneller und insbesondere zivilgesellschaftlicher Hilfeleistungen notwendig. Insbesondere der professionelle Sektor wird die Versorgungslücke, die durch zurückgehende familiäre Pflege und vor dem Hintergrund des Fachkräftemangels in der Pflege entsteht, nicht auffangen können.

Um der zukünftigen pflegerischen Bedarfssituation gerecht zu werden, ist ein vielfältiger „Pflege-Mix“, also ein breites und differenziertes Angebot der Wohn- und Pflegeinfrastruktur, zwingend erforderlich. Zudem sollte ein Rückgang des Anteils stationärer Pflege zugunsten alternativer Pflegeformen, eingebettet in bewährten und neuen Wohn-, Pflege- und Hilfeangeboten, die kommunal und quartiersorientiert vernetzt sind, angestrebt werden, um den aktuellen und kommenden Problemen in der Pflege zu begegnen.

1. Unterstützungsangebote für pflegende Angehörige

Die teilweise hohen gesundheitlichen, psychischen und zum Teil auch finanziellen Belastungen pflegender Angehöriger sind bekannt. Die Pflege und Betreuung von pflegebedürftigen Angehörigen ist meist ein Rund-um-die-Uhr-Job. Zur zeitlichen Belastung kommt es häufig zur emotionalen und körperlichen (Über-)Belastung der

Hauptpflegeperson. In der Vergangenheit lag der Fokus primär in der Beratung und Schulung pflegender Angehöriger. Studien weisen darauf hin, dass psychosoziale Angebote, beispielsweise zur emotionalen Unterstützung, gefragt und notwendig sind.

Selbsthilfeorganisationen und –gruppen können hier hilfreich sein, indem sie einen Raum schaffen, in dem pflegende Angehörige sich nicht nur austauschen und informieren, sondern insbesondere ihre spezifischen Probleme und Sorgen miteinander teilen können.

Vor diesem Hintergrund nehmen die in der Stadt Oldenburg bestehenden professionellen und ehrenamtlichen Entlastungsangebote für pflegende Angehörige einen bedeutsamen Stellenwert ein. Der Senioren- und Pflegestützpunkt Niedersachsen (SPN) der Stadt Oldenburg berät und informiert hierzu ausführlich und persönlich.

2. Förderung des ehrenamtlichen Engagements

Eine wesentliche Entlastung können Pflegende durch die Unterstützung sogenannter „weicher“ Dienste, wie Einkaufen, Lieferdienste für Mahlzeiten, Hilfen bei Gartenarbeit, Hausmeisterdienste, Besuchsdienste und anderes mehr, erfahren. In diesem Bereich ist der Bedarf hoch und kann durch Ehrenamtliche geleistet werden. Die Qualifizierung und Vermittlung von Ehrenamtlichen im Bereich ältere Menschen bietet der Senioren- und Pflegestützpunkt Niedersachsen (SPN) der Stadt Oldenburg.

3. Lokale Sorgeskultur

Insbesondere der hohe Pflegebedarf bei den über 80-Jährigen macht deutlich, dass hier besondere, gesamtgesellschaftliche Anstrengungen notwendig sind. Nur im Verbund aller beteiligten Pflegeformen ist eine Pflegeinfrastruktur realisierbar, die einen möglichst langen Verbleib im vertrauten Wohnumfeld für die zu pflegenden Menschen gewährleisten kann. Für ein umfassendes Pflegeangebot gehört auch die Entwicklung und Förderung einer lokalen „Sorgeskultur“. Im Pflegebereich wird diese Unterstützungsform unter dem Begriff „Caring Communities“ (Sorgende Gemeinschaften) diskutiert. Der siebte Altenbericht hatte 2016 mit seinem Untertitel „Sorge und Mitverantwortung – Aufbau und Sicherung zukunftsfähiger

higer Gemeinschaften“ genau dieses Thema zum Schwerpunkt gemacht.

www.bmfsfj.de/blob/120144/2a5de459ec4984cb2f83739785c908d6/7--altenbericht---bundestagsdrucksache-data.pdf

Alle oben genannten Handlungsempfehlungen müssen anhand ihres Stellenwertes, im Verhältnis zu den anderen Problemen in der ambulanten und stationären Pflege, von allen Beteiligten und Betroffenen auf ihre Relevanz und praktische Umsetzbarkeit abgeklärt werden. Den bestmöglichen Rahmen hierzu bietet das Bündnis Pflege.

Das Thema „Lokale Sorgeskultur“ verwirklicht die Stadt Oldenburg seit Jahren bereits mit ihren vielfältigen Partnern im Rahmen der Altenhilfe.

Darüber hinaus will das seit 2020 laufende Vorhaben „Sicherung von Versorgung, Pflege und Wohnen in Stadtteil und Quartier für Alt und Jung“ die bestehenden Aktivitäten der lokalen Sorgeskultur stärker vernetzen und bündeln.

Seit 2017 werden die für den pflegerischen Fokus notwendigen Aktivitäten in der AG Versorgungsstrukturen im Quartier des Bündnisses Pflege entwickelt.

Anzahl der Pflegedienste im Zeitvergleich

Tabelle 16 zeigt die Anzahl der ambulanten Pflegedienste in der Zeitreihe 2011 bis 2017, gestaffelt nach deren Trägerschaft.

Tabelle 16: Pflegedienste nach Träger, Oldenburg, Zeitreihe

Jahr	Zusammen	davon Träger		
		freigemeinnützig	privat	öffentlich
1	2	3	4	5
2017	32	11	21	-
2015	32	9	22	-
2013	32	10	22	1
2011	31	10	21	-

Quelle: LSN-online

4.2 Ambulante Pflege

Immer mehr Menschen geben der häuslichen Versorgung und Pflege den Vorzug vor einer stationären Betreuung. Die Bedeutung des ambulanten Pflegesektors ist damit deutlich gestiegen.

Die ambulante Pflege unterstützt und ermöglicht die „häusliche Pflege“. Sie ist ein zentraler Bestandteil der gesetzlichen Pflegeversicherung. Ambulante Pflegedienste sind mobile Dienstleister und bieten sowohl eine professionelle pflegerische als auch hauswirtschaftliche Versorgung von pflegebedürftigen Menschen in ihrem häuslichen Umfeld an. Damit unterstützen sie neben den Pflegebedürftigen, die in ihrer vertrauten Umgebung bleiben können, auch deren Familien, damit beispielsweise pflegende Angehörige Alltag, Beruf und Pflege besser organisieren können.

Bei der ambulanten Pflege steht primär die hauswirtschaftliche und körperliche Pflege im Fokus. Gleichwohl können neben den körperlichen auch kognitive Einschränkungen vorhanden sein.

Bei entsprechender Pflegebedürftigkeit übernimmt die Pflegekasse Leistungen für die häusliche Pflege. Vertiefende Informationen hierzu finden sich im Kapitel „9.1. Definition der Pflegegrade und des Begutachtungsverfahrens“ auf Seite 117.

Tabelle 17 zeigt die Anzahl der pflegebedürftigen Personen in der ambulanten Pflege im Zeitraum 2011 bis 2017 und ihr Anteil am jeweiligen Pflegegrad (2017) oder an der Pflegestufe (2011 bis 2015).

Tabelle 17: Pflegebedürftige in ambulanter Pflege nach Pflegegrad beziehungsweise Pflegestufe, Oldenburg, Zeitreihe

Jahr	insgesamt	davon weiblich	Zusammen				
			darunter Pflegegrad				
			1	2	3	4	5
1	2	3	4	5	6	7	8
2017	1.876	65,6 Prozent	37	803	633	258	145
			darunter Pflegestufe				
			1	2	3		
2015	1.589	65,6 Prozent	945	428	216		
2013	1.566	65,5 Prozent	922	436	208		
2011	1.457	67,3 Prozent	868	437	152		

Quelle: LSN online

Anzahl der zu pflegenden Personen differenziert nach Altersgruppen und Pflegegrad / -stufe im Zeitvergleich

Tabelle 18 zeigt, wie sich die Altersgruppen der pflegebedürftigen Personen in der ambulanten Pflege im Zeitraum von 2011 bis 2017 zusammensetzen.

Tabelle 18: Pflegebedürftige in ambulanter Pflege nach Altersgruppen, Oldenburg, Zeitreihe

Altersgruppe						
1	2	3	4	5	6	7
Jahr	0 bis 59	60 bis 69	70 bis 79	80 bis 89	90+	Insgesamt
2017	448	142	301	660	325	1.876
2015	427	123	251	522	266	1.589
2013	367	86	297	548	268	1.566
2011	317	74	262	551	253	1.457

Quelle: LSN online

Entwicklung

Während in Niedersachsen die Anzahl der Pflegedienste von 1.189 im Jahr 2011 auf 1.312 im Jahr 2017 stieg, immerhin um 10,3 Prozent, zeigt die Gesamtzahl für Oldenburg eine beinahe unveränderliche Konstanz. Lediglich im Bereich der Trägerschaft gab es geringfügige Verschiebungen.

Im Bereich der ambulanten Pflege ist jedoch die Zahl der Pflegebedürftigen deutlich angestiegen. Der Zuwachs zwischen 2011 und 2017 liegt mit 419 Personen bei 28,8 Prozent.

Dabei sind Frauen klar überrepräsentiert, ihr Anteil liegt im Zeitraum 2011 bis 2017 stets zwischen 66 und 67 Prozent.

Bewertung und Zusammenfassung

Die eigentliche Veränderung im Bereich der ambulanten Pflege zeigt sich nicht in der Anzahl der Pflegedienste, sondern in der Zunahme der Kundinnen und Kunden und auch in der Zunahme der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Während die Anzahl der Pflegedienste im Zeitraum von 2011

bis 2017 konstant blieb, ist ihr Personalbestand um 62,8 Prozent angewachsen. Die genauen Zahlen und Hintergründe sind im Kapitel [„6.1 Pflegepersonal in der ambulanten Pflege“](#) auf [Seite 89](#) vertiefend dargestellt.

Der in der Vergangenheit angestiegene Personalbestand ist erfreulich, aber im Bereich der ambulanten Pflege mehrten sich die Hinweise, dass sich der Fachkräftemangel weiter zuspitzt und zu Versorgungsproblemen führt. Zunehmend können ambulante Pflegedienste aufgrund fehlender Personalkapazitäten keine neuen Patienten mehr annehmen und sehen sich teilweise sogar dazu gezwungen, bestehende Versorgungsverträge zu kündigen.

Der in der Einleitung und an verschiedenen Stellen dieses Berichtes erwähnte hohe Anteil an Pflegebedürftigen im höheren Lebensalter zeigt sich in den obigen Tabellen bestätigt. In der ambulanten Pflege sind 53 Prozent (2017) aller Pflegebedürftigen 80 Jahre und älter. Weitere 16 Prozent (2017) gehören der Altersgruppe 70 bis 79 Jahre an. Aber auch der Anteil der „jungen Pflege“, also der Personen unter 60 Jahre, ist mit 24 Prozent beachtlich, insbesondere da Pflege eher mit einem



deutlich fortgeschrittenen Lebensalter assoziiert wird. Die Gruppe der jungen Pflegebedürftigen ist im Vergleich zu den höheren Altersgruppen zahlenmäßig deutlich schwächer, dennoch ist ihr Anstieg von 41 Prozent im Zeitraum zwischen 2011 und 2017 beachtenswert. Auch in der stationären Pflege ist das Thema von Bedeutung. 2017 waren in den Oldenburger Pflegeheimen 100 Menschen jünger als 60 Jahre. Auch hier gab es im Zeitraum zwischen 2011 und 2017 einen deutlichen Anstieg.

Die Lebenssituation junger Pflegebedürftiger soll in einem Spezialbericht zur Lebenslage von Menschen mit Behinderungen genauer dargestellt werden.

Handlungsempfehlungen

1. Fachkräftemangel

Bezüglich des Fachkräftemangels sind die kommunalen Einflussmöglichkeiten begrenzt, da die kommunale Altenhilfe lediglich Empfehlungen formulieren kann. Sicherlich können Kommunen im Rahmen der kommunalen Investoren- und Trägerberatung private und wohlfahrtsverbandliche Träger gezielt auf notwendige Bedarfe hinweisen, um auf diese Weise Neugründungen beziehungsweise Angebotsausweitungen anzuregen. Ein Großteil der Grundsatzprobleme, vor denen die ambulante Pflege steht, lässt sich aber nicht unmittelbar durch die Kommunen beeinflussen, sondern nur durch den Bundesgesetzgeber beziehungsweise die Pflegekassen. Gleichwohl könnte durch das Bündnis Pflege versucht werden, auf die Agentur für Arbeit und das Jobcenter Oldenburg hinzuwirken, um lokale Vermittlungsstrategien zu unterstützen.

Die kommunalen Handlungsempfehlungen werden im Kapitel „6.1 Pflegepersonal in der ambulanten Pflege“ auf Seite 89 dargestellt.

2. Infrastrukturelle Gegebenheiten verbessern

Der sozialpolitische Leitsatz „ambulant vor stationär“ endet nicht mit der bloßen Versorgung durch ambulante Pflegedienste. Vielmehr geht es um die Entwicklung und Gestaltung einer altersgruppenunabhängigen sozialraumorientierten Alltags- und Unterstützungsinfrastruktur im Lebensumfeld der Menschen. Für ältere Menschen bedarf es eines graduell abgestuften Versorgungssystems im

Quartier, das individuell wählbare Versorgungskombinationen und passgenaue Pflegesettings ermöglicht.

Die hierfür notwendige pflegerische Versorgungsstruktur sollte im Verbund von Kommune und dem Bündnis Pflege – insbesondere durch das Konzept „Sicherung von Versorgung, Pflege und Wohnen in Stadtteil und Quartier für Alt und Jung“ – verwirklicht werden.

Die Planung und Steuerung einer wohnortnahen und quartiersbezogenen Versorgungsinfrastruktur, sowie der bestmöglichen Kooperation, Koordination und Vernetzung der an der Versorgungsgestaltung (Wohn-, Versorgungs- und Pflegearrangement-Mix) beteiligten Akteure und Institutionen, sind im Verbund aller beteiligten Akteure, moderiert und begleitet durch die Kommune, zu realisieren. Hierzu bedarf es neben entsprechender Rahmenbedingungen, Kompetenzen und Organisation auch einer entsprechenden Finanzierung.

Vorrangig ist aber, die Teilhabe und ein selbstbestimmtes Leben und Wohnen im Alter zu fördern und im Rahmen der individuellen Lebensumstände sicherzustellen.

Damit ältere Menschen möglichst lange in der Häuslichkeit verbleiben können, sind nicht nur die oben genannten Versorgungsstrukturen wichtig. Bereits vorher stellt sich die Notwendigkeit altersgerechter Wohnraumanpassung und der weiteren Optimierung pflegegerechter Ausstattung von Wohnungen und Häuser. Um Teilhabe und ein selbstbestimmtes Leben im Alter sicherzustellen, ist eine weitgehende Barrierefreiheit in allen Bereichen des Lebens unumgänglich. Die Schaffung eines barrierefreien privaten, aber auch öffentlichen Raumes ist daher ein zentraler Aspekt.

Zur Realisierung eines barrierefreien privaten Wohnumfeldes gibt es die ehrenamtlichen Wohnberaterinnen und Wohnberater des Senioren- und Pflegestützpunktes Niedersachsen (SPN) der Stadt Oldenburg und das politische Engagement durch den Behindertenbeirat der Stadt Oldenburg.

Für die Barrierefreiheit im öffentlichen Raum steht seit 2018 der Oldenburger Leitfaden Barrierefreiheit zur Verfügung.

3. Stabilisierung der familiären Pflege (Angehörigenpflege)

Hierzu zählen sowohl der Ausbau ehrenamtlichen Engagements sowie der Unterstützung und Entlastung der familiären Versorgungsstrukturen – insbesondere bei demenziell erkrankten Pflegebedürftigen.

Von enormer Bedeutung, aber in der Vergangenheit zu selten angeboten, sind Maßnahmen zur sozialen und emotionalen Unterstützung pflegender Angehöriger. Neben Betreuungsleistungen zeigen auch Gesprächs- und pflegerische Qualifizierungsangebote für pflegende Angehörige positive Wirkungen.

Ein wichtiger Punkt ist die Verbesserung der Schnittstelle zwischen Krankenhaus und häuslicher Pflege, um einen positiven Effekt auf eine Pflegeheimvermeidung beziehungsweise Pflegeheimverzögerung zu erzielen.

Der ambulanten Pflege wohnen große präventive und rehabilitative Potentiale inne, die im Versorgungsalltag fast gar nicht genutzt werden. Diese zu fördern, birgt ein großes Maß an Entlastung für pflegende Angehörige und nicht zuletzt für die Pflegebedürftigen selbst. Maßnahmen zur Prävention und Rehabilitation sollten daher deutlich stärker in den Fokus genommen werden.

Bezüglich weiterer oder die oben genannten Punkte ergänzender Handlungsempfehlungen verweisen wir auf die Handlungsempfehlungen im Kapitel „3. Pflegebedürftigkeitsentwicklung“ auf Seite 30.

Spezialisierte Fachpflegedienste

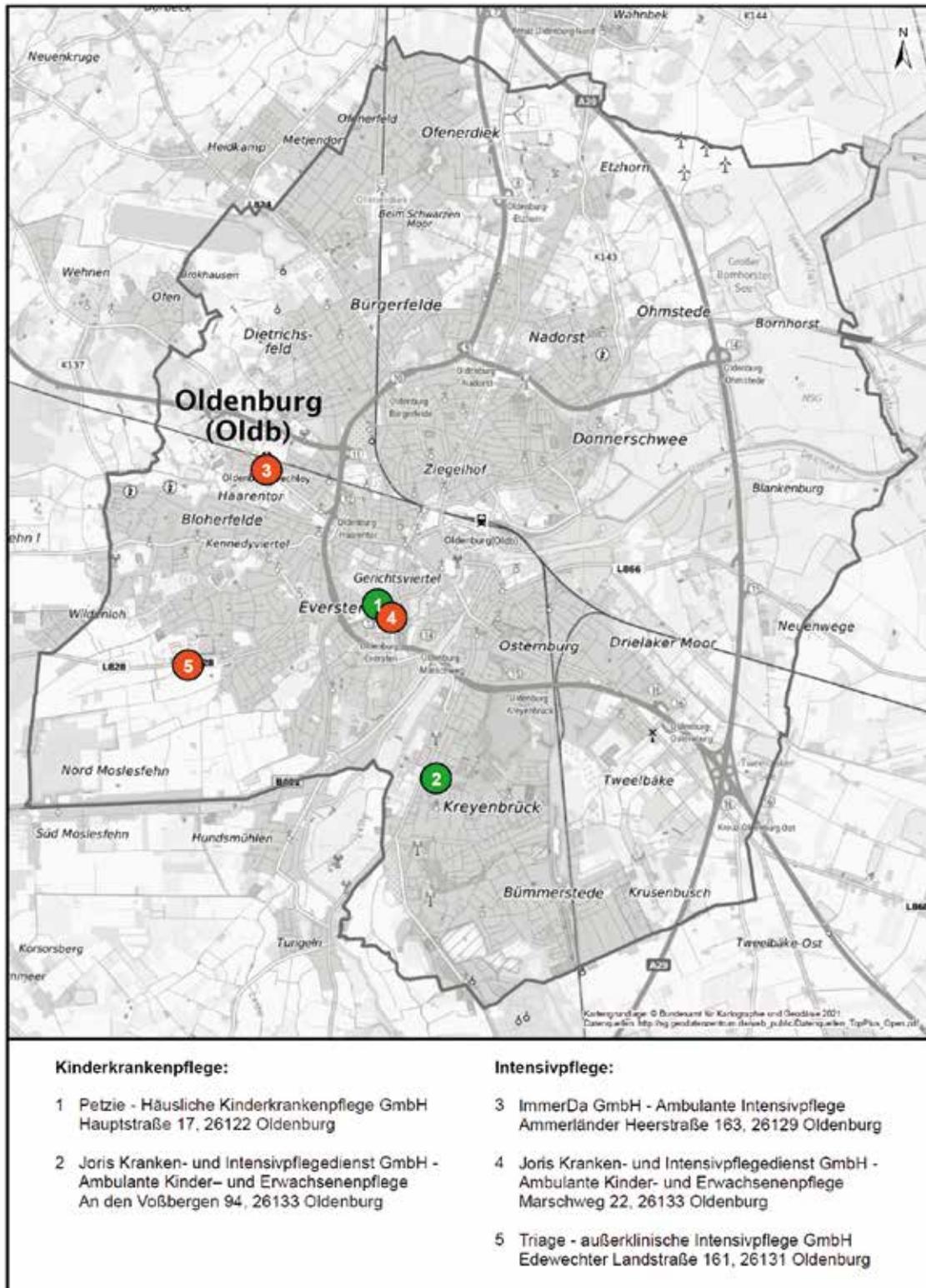
Es gibt zwei Pflegedienste in Oldenburg, die sich auf Kinderkrankenpflege spezialisiert haben.

Ein Pflegedienst befindet sich in der Nähe der Innenstadt und damit zentral innerhalb des Autobahnringes, der andere Pflegedienst befindet sich im Stadtsüden in Kreyenbrück.

Insgesamt drei Pflegedienste haben sich auf die Intensivpflege spezialisiert. Ein Pflegedienst befindet sich im Stadtwesten, in Wechloy, ein weiterer in Nähe Eversten in Zentrumsnähe. Der dritte Pflegedienst liegt etwas westlich vom Zentrum in Eversten.

Abbildung 11 a: Übersicht Spezialisierte Fachpflegedienste

Abbildung 11 a zeigt, die Verortung der fünf spezialisierten Fachpflegedienste in der Stadt Oldenburg.



Quelle: Stadt Oldenburg, Amt für Teilhabe und Soziales

4.3. Stationäre Dauerpflege

Ist eine häusliche Pflege nicht (mehr) möglich, kann eine permanente Versorgung in einem Pflegeheim erforderlich sein. Einrichtungen der stationären Dauerpflege sind Pflegeheime, die umfassende Unterstützung und Pflege anbieten. Die pflegebedürftigen Menschen werden ganztägig, d.h. vollstationär, oder nur tagsüber, d.h. teilstationär, untergebracht und versorgt. In der Regel erfolgt in vollstationären Einrichtungen eine dauerhafte Unterbringung. Einige Pflegeheime bieten zusätzlich eine befristete Kurzzeitpflege an. Es gibt auch Mischeinrichtungen, die neben dem Pflegeangebot zusätzlich betreutes Wohnen für ältere Menschen ohne Pflegebedarf anbieten. Ein häufiger Grund für den Wechsel in ein Pflegeheim ist eine demenzielle Erkrankung.

Menschen mit Pflegebedürftigkeit aufgrund des Alters sind in der Regel in Altenpflegeheimen untergebracht. Für pflegebedürftige Menschen mit psychischer oder geistiger Behinderung gibt es spezialisierte Einrichtungen, in denen auch die speziellen Bedürfnisse aufgrund der Behinderung berücksichtigt werden können.

Stationäre Dauerpflege nach § 43 SGB XI

Pflegebedürftige Personen der Pflegegrade 2 bis 5 haben Anspruch auf Pflege in einer vollstationären Einrichtung. Die Pflegekasse übernimmt pflegebedingte Aufwendungen, Aufwendungen für Betreuung und für Leistungen der medizinischen Be-

handlungspflege. In jeder Pflegeeinrichtung wird ein einrichtungseinheitlicher Eigenanteil (eeE) erhoben. In Oldenburg schwanken die dadurch entstehenden Heimkosten für die Bewohnerinnen und Bewohner. Die Preisspanne im eeE lag in 2017 beim Pflegegrad 1 zwischen 16,77 Euro und 32,44 Euro, in den Pflegegraden 2 bis 5 zwischen 1,45 Euro bis 21,55 Euro. Im Vergleich dazu ergibt sich für 2020 eine Preisspanne im Pflegegrad 1 von 24,26 Euro bis 40,05 Euro und in den Pflegegraden 2 bis 5 von 10,82 Euro bis 31,31 Euro. Zusätzlich dazu sind von der pflegebedürftigen Person die Kosten für Unterbringung und Verpflegung sowie betriebsnotwendige Investitionen zu zahlen.

Die Höhe des Anspruchs pro Monat beträgt aktuell (Stand: 1. Juli 2020):

- Pflegegrad 2: 770 Euro
- Pflegegrad 3: 1.262 Euro
- Pflegegrad 4: 1.775 Euro
- Pflegegrad 5: 2.005 Euro

Eine pflegebedürftige Person des Pflegegrades 1 erhält einen Zuschuss in der Höhe von monatlich 125 Euro.

Anzahl der Plätze in der Stationären Dauerpflege und Tagespflege im Zeitvergleich

Die folgende Tabelle 19 stellt die Anzahl der Pflegeheimplätze in der Stadt Oldenburg im jeweiligen Jahr dar. Ergänzend wird die Anzahl der Tagespflegeplätze aufgelistet.

Tabelle 19: Pfliegerische Versorgung: Stationäre Dauerpflege und Tagespflege, Oldenburg, Zeitreihe

Jahr	Pflegeheimplätze nach dem SGB XI	Weitere Pflegeplätze, Tagespflege
1	2	3
2017	1.773	86
2015	1.766	86
2013	1.777	71
2011	1.777	52

Quelle: Stadt Oldenburg, Statistische Jahrbücher 2012 bis 2018

Anzahl der zu pflegenden Personen differenziert nach Geschlecht, Altersgruppen und Pflegegrad im Zeitvergleich

Tabelle 20 stellt die Anzahl der pflegebedürftigen Personen in der stationären Pflege im Zeitraum 2011 bis 2017 und ihren Anteil am jeweiligen Pflegegrad (2017) beziehungsweise der jeweiligen Pflegestufe (2011 bis 2015) dar.



Tabelle 20: Pflegebedürftige in stationärer Pflege (Pflegeheime) nach Pflegegrad beziehungsweise Pflegestufe, Oldenburg, Zeitreihe

Jahr	insgesamt	davon weiblich in Prozent	Zusammen				
			darunter Pflegegrad				
			1	2	3	4	5
1	2	3	4	5	6	7	8
2017	1.807	67,7 Prozent	14	387	609	529	264
			darunter Pflegestufe				
			1	2	3		
2015	1.741	68,2 Prozent	735	616	356		
2013	1.632	69,9 Prozent	644	621	309		
2011	1.550	72,8 Prozent	648	615	270		

Quelle: LSN online

Tabelle 21 zeigt wie sich die einzelnen Altersgruppen der pflegebedürftigen Personen im Zeitraum von 2011 bis 2017 entwickelt haben.

Tabelle 21: Pflegebedürftige in stationärer Pflege nach Altersgruppen, Oldenburg, Zeitreihe

Jahr	0 bis 59	60 bis 69	70 bis 79	80 bis 89	90+	insgesamt
1	2	3	4	5	6	7
2017	100	128	382	740	457	1.807
2015	87	131	381	697	445	1.741
2013	70	123	387	668	384	1.632
2011	80	112	308	690	360	1.550

Quelle: LSN online

Entwicklung

Die Anzahl der Pflegeheime in Oldenburg betrug 2011, 2013, 2015 und 2017 konstant 23 Pflegeheime. Damit hat sich die Zahl der Pflegeheime im beobachteten Zeitraum nicht verändert.

Die Zahlen der Pflegeheimplätze in Oldenburg sind konstant. Bei den Tagespflegeplätzen zeigt sich ein Zuwachs von 34 Plätzen. In Niedersachsen ist die Zahl der Pflegeheime von 1.667 im Jahr 2011 auf 1.873 im Jahr 2017 gestiegen. Das ist ein Zuwachs von 12,4 Prozent.

Von den 23 Pflegeheimen sind vier Pflegeheime Mischeinrichtungen, das heißt sie bieten zusätzlich 230 Plätze im „betreuten Wohnen“ an. Diese Zahl hat sich zwischen 2011 und 2017 nicht verändert.

Daneben gibt es acht Anbieter, die ausschließlich „betreutes Wohnen“ anbieten. Das „betreute Wohnen“ fällt nicht unter die öffentliche Überwachungspflicht der Heimaufsicht. Es ist eine reine Serviceleistung und garantiert keine bestimmten, festgelegten Leistungen. Daher sind die Unterschiede hinsichtlich der Konzepte und Standard- und Wahlleistungen zwischen den einzelnen Anbietern sehr groß.

Im Beobachtungszeitraum ist die Zahl der Pflegebedürftigen in der stationären Pflege stetig angewachsen. 2017 gab es 16,6 Prozent mehr Pflegebedürftige als noch 2011. Frauen sind dabei

deutlich überrepräsentiert. Ihr Anteil liegt im Beobachtungszeitraum zwischen 68 und 73 Prozent.

Ein Drittel aller Pflegebedürftigen haben den Pflegegrad 3. Sie sind zahlenmäßig die größte Gruppe. Etwas weniger, nämlich 29 Prozent, haben den Pflegegrad 4. Diese Werte stammen aus dem Jahr 2017 und sind durch die Reform von 2017 nicht mit den Pflegestufen der Vergangenheit vergleichbar. Im alten System dominierte die Pflegestufe 1, ihr gehörten 42 Prozent an, dicht gefolgt von Pflegestufe 2, der 35 Prozent angehörten.

Bewertung und Zusammenfassung

Die Anzahl der in Oldenburg vorhandenen Pflegeheime und Pflegeheimplätze ist, vor dem Hintergrund der gesetzlichen Anforderung „ambulant vor stationär“, grundsätzlich positiv zu bewerten, da der Schwerpunkt auf der Pflege zu Hause liegt.

Zwar ist die Auslastung der Pflegeheime mit circa 90 Prozent hoch, das Problem ist aber woanders zu suchen. Die verfügbaren Pflegeplätze sind bedeutungslos, wenn kein entsprechendes Pflegepersonal vorhanden ist.

Grundsätzlich kann die Situation in der stationären Pflege seit ungefähr 2015/2016 durch den steigenden Personalmangel als angespannt bewertet werden. Die Anzahl der Pflegeheime, beziehungsweise die Anzahl der Plätze, ist daher nicht im vollen Umfang aussagekräftig. Für vertie-



fende Informationen hierzu siehe auch Kapitel „6.3 Pflegepersonal in der stationären Pflege“ auf Seite 96.

Der Zuwachs an pflegebedürftigen Menschen im stationären Bereich lag zwischen 2011 und 2017 bei 16,6 Prozent. Im gleichen Zeitraum stieg die Zahl der Pflegebedürftigen in Niedersachsen mit 22,2 Prozent erkennbar höher an. Diese Zahlen bestätigen den seit langem prognostizierten Anstieg von Anteil und Zahl der pflegebedürftigen älteren Menschen.

Die in der Einleitung und an verschiedenen Stellen dieses Berichtes erwähnte hohe Pflegebedürftigkeit von hochbetagten Menschen zeigt sich in den obigen Tabellen bestätigt. In der stationären Pflege sind 66 Prozent (2017) aller Pflegebedürftigen 80 Jahre und älter. Weitere 21 Prozent (2017) gehören der Altersgruppe 70 bis 79 Jahre an. Betrachtet man die einzelnen Altersgruppen, so zeigt sich klar, dass der höchste Anstieg bei der Altersgruppe 90+ festzustellen ist. Diese Altersgruppe wuchs zwischen 2011 bis 2017 um 27 Prozent an.

Ist Pflege primär ein Thema älterer Menschen, so zeigt Tabelle 21, dass es 2017 auch 100 Menschen in Pflegeheimen gab, die jünger als 60 Jahre waren. Im Zeitraum von 2011 bis 2017 ist ihr Anteil immerhin um 25 Prozent gestiegen. Eine alternative Betreuungsform für Menschen unter 60 Jahren in der stationären Pflege ist wünschenswert. Es ist jetzt an der Zeit, dieses Thema forciert voranzubringen und auf die pflegepolitische Agenda zu setzen.

Handlungsempfehlungen

1. Vom Versorgungs- zum Teilhabedenken

Mit Zunahme der hilfe- und pflegebedürftigen alten Menschen werden nicht gleichzeitig entsprechend mehr stationäre Einrichtungen gebaut werden können, da weder die ökonomischen noch die personellen Ressourcen für die Vervielfältigung der bestehenden Strukturen zur Verfügung stehen. Darüber hinaus entspricht ein solcher Ausbau der stationären Strukturen mit seinen eher isolierten Pflegeheimen nicht mehr den Wünschen der Menschen nach Selbstbestimmung, Selbstständigkeit und vor allem sozialer Teilhabe.

Der Grundsatz „ambulant vor stationär“ bleibt weiterhin richtungsweisend, um nachhaltige und alternative Lösungen für den wachsenden Pflegebedarf zu realisieren. Diese lassen sich vorrangig in dezentral gut eingebundenen Pflegegemeinschaften mit ihren vielfältigen Mitwirkenden verwirklichen.

Dies wird auch deshalb wichtig, da für den prognostizierten Rückgang familiärer Hilfefunktionen ein Ausgleich durch zivilgesellschaftliche und gegenseitige Hilfe benötigt wird. Mitverantwortung und Beteiligung wird am besten im vertrauten Wohnumfeld erreicht. Deshalb werden mehr ortsnahe Alternativen zwischen häuslicher und stationärer Pflege benötigt.

2. Quartiersentwicklung

Es ist daher unumgänglich, die Altenhilfe konsequent vom Sozialraum, dem Quartier her zu denken. Die Definition des Quartiers als Bezugsfeld der pflegerischen Versorgung wird der Dreh- und Angelpunkt sein, um Menschen mit Unterstützungs- und Pflegebedarf ein selbstbestimmtes, teilhabeorientiertes und menschenwürdiges Leben zu ermöglichen. Der Grundgedanke ist einfach: Ziel ist es nicht, die Menschen zur Hilfe zu bringen, sondern die Hilfe zu den Menschen.

Pflegebedürftige Menschen haben wie alle anderen auch einen Anspruch auf Privatsphäre und Selbstbestimmung. Mehrbettzimmer sind daher nicht mehr zeitgemäß. Eine Ausnahme bilden Paare, die zusammenleben möchten. Die Pflegeheime in Niedersachsen entwickeln sich jedoch allmählich bereits – ohne Druck durch den Gesetzgeber – in Richtung Einzelzimmer. Die bestehenden gesetzlichen Regelungen sind unter §14 der Heimmindestbauverordnung (HeimMind-BauV) aufgeführt.

www.gesetze-im-internet.de/heimmindbauv/_14.html

Die Pflegeheime werden sich auch zukünftig verändern (müssen). Ein wesentlicher Schnittpunkt im Hinblick auf die Quartiersentwicklung ist die Förderung einer „Öffnung“ von bestehenden Pflegeheimen in die Stadtteile. Ein wesentliches Ziel dabei sollte die bessere Erreichbarkeit sozial benachteiligter älterer Menschen sein.

Bezüglich der Handlungsempfehlungen für pflegebedürftige Menschen in der stationären Pflege verweisen wir an dieser Stelle auch auf die Handlungsempfehlungen im Kapitel „3. Pflegebedürftigkeitsentwicklung“ auf Seite 30.

4.4 Kurzzeitpflege

Kurzzeitpflege nach § 42 SGB XI

Eine zeitlich begrenzte Unterbringung in einem Pflegeheim oder einer Kurzzeitpflegeeinrichtung kann notwendig sein, wenn sich die Pflegebedürftigkeit vorübergehend erheblich ausweitet oder durch die Pflegeperson krankheits- oder urlaubsbedingt temporär nicht möglich ist. Die Kurzzeitpflege ist also ein wichtiges Instrument, um die häusliche Pflege zu stützen und dauerhaft zu erhalten.

Pflegebedürftigen Personen der Pflegegrade 2 bis 5 zahlt die Pflegekasse für acht Wochen (42 Tage) bis zu 1.612 Euro pro Kalenderjahr für die pflegerische Versorgung (Verhinderungspflege), die medizinische Behandlungspflege und die Betreu-

ung. Zusätzlich ist es möglich, nicht verbrauchte Beträge aus der Verhinderungspflege nach § 39 SGB XI für die Kurzzeitpflege mit zu nutzen.

Alle 23 Pflegeheime in der Stadt Oldenburg bieten grundsätzlich auch eine Kurzzeitpflege an. Eine genaue Zahl kann nicht genannt werden, da die Kapazitäten ständig schwanken und die Anzahl der Plätze je nach augenblicklicher Lage variiert. Ferner erfolgt keine einheitliche statistische Erfassung. Eine solitäre Kurzzeitpflegeeinrichtung besteht in der Stadt Oldenburg noch nicht.

Tabelle 22 verdeutlicht das Verhältnis von Anfragen und Absagen in der Kurzzeitpflege.

Entwicklung

Die Absagen werden in den Einrichtungen statistisch nicht erfasst, sondern stellen Schätzwerte dar. Die tatsächlichen Werte können abweichen. Bei der Zahl der Anfragen sind Doppelzählungen nicht auszuschließen, da bei einer Ablehnung von einem Pflegeheim weitere Oldenburger Pflegeheime angefragt werden können.

Tabelle 22: Kurzzeitpflege, Abgelehnte Anfragen von Pflegebedürftigen (Schätzung), Oldenburg, 2017

Anzahl Anfragen-Kurzzeitpflege	Davon Anzahl Verhinderungspflege	Absage aufgrund	
		fehlender Plätze	fehlendes Personal
1.050	190	491	32

Quelle: Stadt Oldenburg, Amt für Teilhabe und Soziales

In 322 Fällen (2017) wurde ein bestehender Kurzzeitpflegeplatz in einen Dauerpflegeplatz umgewandelt.

Die Auslastung im Bereich der Kurzzeitpflegeplätze liegt bei über 90 Prozent.

In Verhandlung steht zurzeit eines der 23 Pflegeheime in der Stadt Oldenburg bezüglich einer kompletten Umwandlung seiner stationären Pflegeplätze in Kurzzeitpflegeplätze (solitäre Kurzzeitpflege).

Bewertung und Zusammenfassung

Trotz Datenungenauigkeit scheint es so, dass ungefähr die Hälfte aller Anfragen abgesagt werden, größtenteils aufgrund fehlender Plätze.

Aufgrund der hohen und zukünftig eher steigenden Nachfrage nach Kurzzeitpflegeplätzen steht in der Stadt Oldenburg zurzeit kein ausreichendes und verlässliches Angebot zur Verfügung. Der aktuelle Bedarf an Kurzzeitpflegeplätzen wird nicht gedeckt.

Die Einflussmöglichkeiten der Kommunen sind hier sehr begrenzt. Nach wie vor ist es für stationäre Pflegeeinrichtungen aufgrund der schwierigen Refinanzierungsbedingungen kaum wirtschaftlich leistbar, ein substanzielles Maß an „fixen“ Pflegeplätzen für die Kurzzeitpflege vorzuhalten.

Handlungsempfehlungen

1. Ausbau der Kurzzeitpflege

Anders als bei der vollstationären Dauerpflege wird bei der Kurzzeitpflege keine Begrenzung, sondern ein substanzieller Ausbau angestrebt, da die Möglichkeit der vorübergehenden Pflege und Betreuung einer pflegebedürftigen Person in einer vollstationären Einrichtung auch dazu beitragen kann, pflegende Angehörige zu entlasten und häusliche Pflegearrangements zu stabilisieren.

Ein Ausbau der Kurzzeitpflege ist notwendig und erfordert das gemeinsame Engagement von Kommune, Einrichtungsträgern und Pflegekassen.

4.5 Tages- und Nachtpflege

Tages- und Nachtpflege nach § 41 SGB XI

Oft ist es nicht möglich, pflegebedürftige Angehörige rund um die Uhr im eigenen Haushalt zu versorgen. Teilstationäre Pflege bietet die Möglichkeit der zeitweisen Betreuung im Tagesverlauf in einer Einrichtung. Teilstationäre Pflege kann als Tages- oder Nachtpflege konzipiert sein.

Zur Entlastung der Pflegeperson kann die pflegebedürftige Person an Wochentagen oder tagesweise eine Betreuung in einer Tagespflegeeinrichtung nutzen. Die pflegebedürftige Person kann hier von den Angeboten zur Freizeitgestaltung sowie von der Gesellschaft mit anderen profitieren. Als teilstationäre Versorgungsleistung existiert auch die Nachtpflege, allerdings sind in Niedersachsen gegenwärtig kaum entsprechende Angebote verfügbar. Bei der Nachtpflege verbringen Pflegebedürftige den Tag zu Hause und sind nachts stationär untergebracht. Leistungen der Tages- und der Nachtpflege umfassen auch die notwendige Beförderung der Pflegebedürftigen von der Wohnung zur Einrichtung und zurück.

Die Höhe der Leistungen für Tages- und Nachtpflege beträgt aktuell (Stand: 1. Juli 2020):

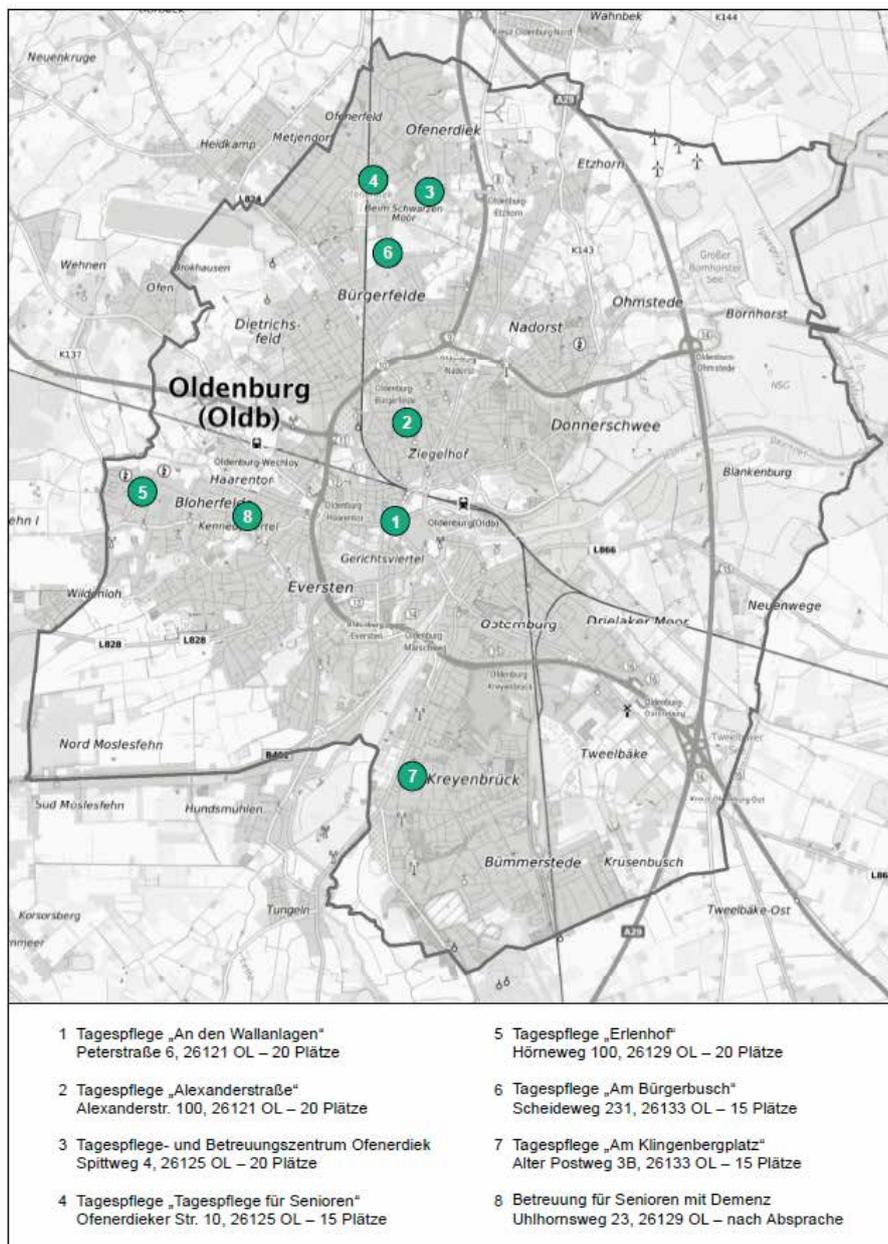
- Pflegegrad 2: 689 Euro
- Pflegegrad 3: 1.298 Euro
- Pflegegrad 4: 1.612 Euro
- Pflegegrad 5: 1.995 Euro.

Pflegebedürftige mit Pflegegrad 1 haben die Möglichkeit, den Entlastungsbetrag von monatlich 125 Euro für Tages- und Nachtpflege zu nutzen. Auch die pflegebedürftige Person mit Pflegegrad 2 bis 5 kann den Entlastungsbetrag zusätzlich für die Tages- und Nachtpflege verwenden.

Abbildung 11b verdeutlicht die Anzahl und Lage der Tagespflegeeinrichtungen in der Stadt Oldenburg.

Nummer 7 der Einrichtungen (siehe Abbildung 11b) eröffnete im Jahr 2020 und erhöhte das Platzangebot auf 125.

Abbildung 11b: Tagespflegeeinrichtungen, Oldenburg, 2020



Quelle: Stadt Oldenburg, Amt für Teilhabe und Soziales

Entwicklung

Teilstationäre Angebote werden zurzeit ausschließlich als Tagespflege angeboten. Diese ermöglichen pflegebedürftigen Menschen, meist über einen längeren Tageszeitraum an mehreren Tagen in der Woche, eine soziale Betreuung, die Versorgung mit Mahlzeiten und pflegerische Leistungen. Ein wichtiger Aspekt ist dabei die Unterstützung der häuslichen Pflege. Pflegenden Angehörige werden erheblich entlastet und dadurch kann die häusliche Pflege oft länger aufrecht

gehalten werden. Dies geschieht letztendlich mit dem Ziel, eine vollstationäre Pflege zu verhindern oder zumindest hinauszuzögern.

In Oldenburg gibt es zurzeit sieben Tagespflegeeinrichtungen mit 125 Plätzen (2017 = sechs Einrichtungen mit 110 Plätzen) und zusätzlich eine reine Betreuungseinrichtung speziell für Menschen mit Demenz. Die Auslastung der Einrichtungen liegt zwischen 80 bis 85 Prozent. Eine Statistik über abgelehnte Anfragen von Pflegebedürftigen gibt es nicht.

Tabelle 23: Tagespflegeeinrichtungen und Anzahl der Plätze, Oldenburg, Zeitreihe

Jahr	Anzahl der Einrichtungen	Anzahl der Plätze
1	2	3
2017	6	110
2015	5	90
2013	5	90
2011	5	90

Quelle: Stadt Oldenburg, Amt für Teilhabe und Soziales

Tabelle 23 informiert über die Anzahl der Tagespflegeeinrichtungen und ihr Platzangebot. Stationäre Nachtpflegeplätze gibt es keine in Oldenburg. Im Rahmen einer Kooperation haben die Sozialstationen von Caritas, Diakonie, AWO und Johannitern seit 2012 in der Stadt Oldenburg ein gemeinsames ambulantes Nachtpflegeangebot realisiert. Hierbei handelt es sich um ein innovatives Projekt, das die Versorgungssituation in der Nacht für die Kunden wesentlich verbessert. Hierfür sind eigene Pflegefachkräfte angestellt worden, die ausschließlich für die Nachtpflege arbeiten. Wegen der großen Nachfrage wird über eine Verlängerung und eine Ausweitung diskutiert. Seit 2018 wird die Oldenburger Nachtpflege von Caritas und Diakonie betrieben, da die beiden anderen Träger sich andere Schwerpunkte gesetzt haben.

Bewertung und Zusammenfassung

Abbildung 11b zeigt die Verteilung der Tagespflegeeinrichtungen in der Stadt Oldenburg. Die Nummern 3, 4 und 6 liegen alle nahe beieinander im Nordwesten. Eversten, Osternburg, Donnerschwee und Nadorst verfügen über gar keine Tagespflegeeinrichtung. Der einwohnerstarke Stadtsüden verfügt über nur eine Einrichtung im Südwesten. Letztere wurde erst im Jahr 2020 eröffnet. Alle Einrichtungen befinden sich somit mit Ausnahme von Kreyenbrück im Nordwesten der Stadt.

Die Anzahl der Tagespflegeplätze ist zwar im Beobachtungszeitraum angestiegen, aber die Anzahl der zur Verfügung stehenden Plätze ist angesichts des großen Bedarfs und der Bedeutung der Ta-

gespflege als zu gering anzusehen. Das Angebot sollte daher ausgebaut werden.

Handlungsempfehlungen

1. Ausbau der Tagespflege

Ebenso wie die Kurzzeitpflege kann auch die Tagespflege wesentlich dazu beitragen, pflegende Angehörige zu entlasten und insbesondere auch demenzerkrankten Menschen einen längeren Verbleib in ihrer gewohnten Umgebung ermöglichen. Ein Ausbau der Tagespflege ist dringend geboten.

2. Weitere Angebotsformen und deren Verortung

Neben dem Ausbau von Tagespflegeeinrichtungen sollte auch die Entwicklung weiterer Angebotsformen, beispielsweise gezielt in Wohnquartieren, forciert werden.

Aus Sicht der kommunalen Pflegeplanung ist nicht nur eine Erhöhung der allgemeinen Versorgungsdichte, sondern auch eine möglichst bedarfsgerechte geografische Verteilung der Angebote anzustreben, insbesondere im Hinblick auf eine Stadt der kurzen Wege. Vor allem der Stadtsüden ist unterversorgt.

Erste Erfolge zeichnen sich hierbei bereits ab. Eine Einrichtung für Tagespflege ist im Bau und wird im Sommer 2021 im Stadtteil Donnerschwee eröffnet. Geplant sind etwa 35 Plätze. Eine weitere Einrichtung ist im Stadtteil Osternburg in der Planung. Sie wird voraussichtlich Ende 2021 fertiggestellt sein und verfügt dann über 43 Plätze.

3. Beratung potenzieller Investoren und Betreiber

Weitere potenzielle Investoren oder Betreiber können dahingehend beraten werden, dass sie zusätzliche Plätze möglichst in denjenigen Sozialräumen einrichten, in denen ein Bedarf festgestellt wurde.

4.6 Krankenhäuser und Bettenkapazität im Zeitvergleich

Die medizinische Versorgung nach § 108 Nummer 1 bis 3 SGB V wird durch die drei Krankenhäuser der Stadt Oldenburg, dem Klinikum Oldenburg, dem Evangelischen Krankenhaus und dem Pius-Hospital, gewährleistet.

Dabei handelt es sich um zugelassene Krankenhäuser, die nach den landesrechtlichen Vorschriften als Hochschulklinik anerkannt sind, die in den Krankenhausplan eines Landes aufgenommen sind (Plankrankenhäuser) oder die einen Versorgungsvertrag mit den Landesverbänden der Kran-

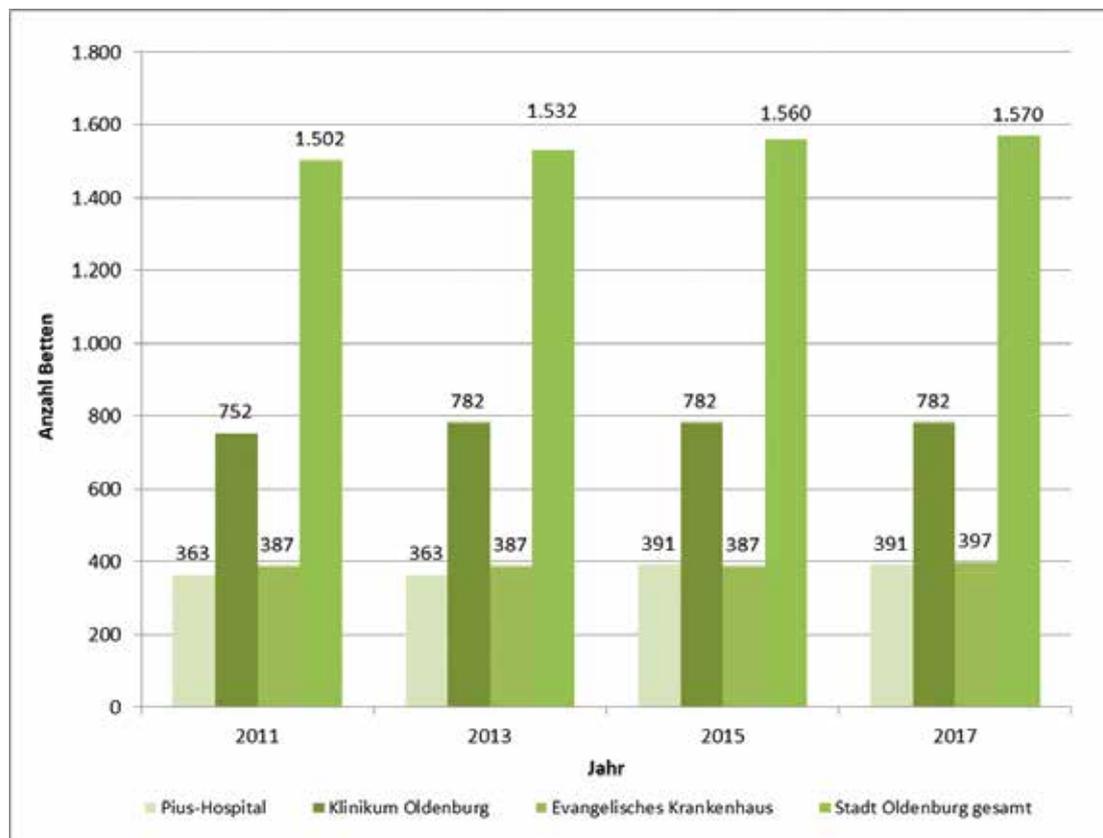
kenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen abgeschlossen haben.

Die Abbildung 12 verdeutlicht die Anzahl der Krankenhausbetten der Krankenhäuser zwischen den Jahren 2011 und 2017.

Sie haben einen akutmedizinischen Versorgungsauftrag und leisten Pflege nur in diesem Rahmen. Die Langzeitpflege gehört somit nicht in ihr Leistungsspektrum.

Die Auflistung stellt eine stark reduzierte Auswahl der Fachbereiche dar, die im Versorgungsumfeld von Pflege relevant sein können. Die Oldenburger Krankenhäuser verfügen über eine Vielzahl weiterer, hoch spezialisierter Fachabteilungen und Versorgungsschwerpunkte.

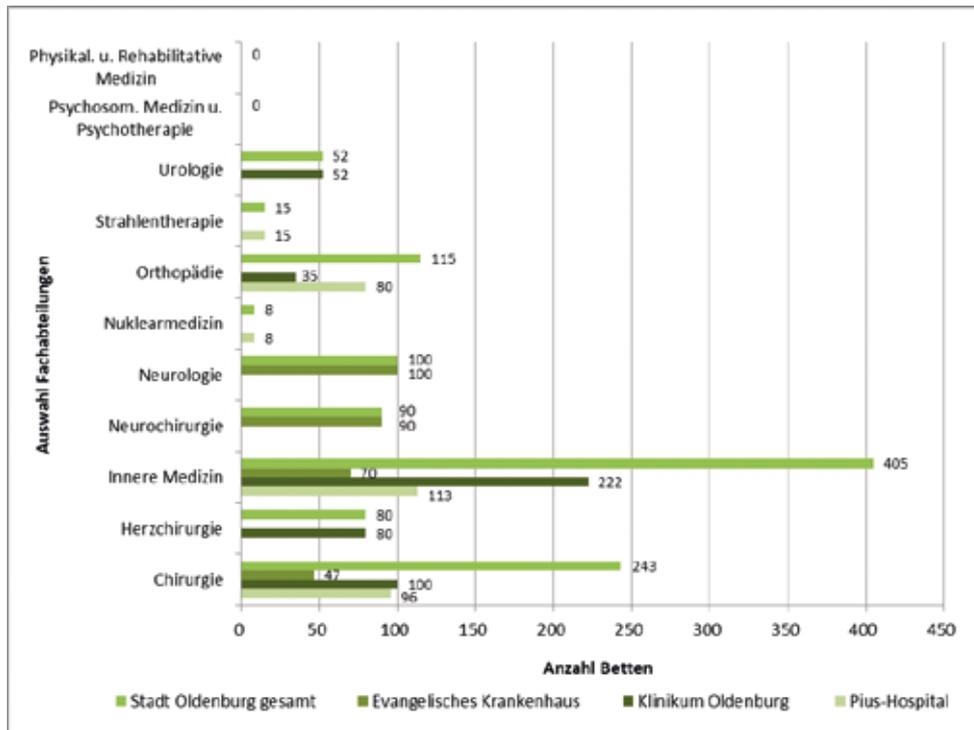
Abbildung 12: Krankenhausbetten in den Oldenburger Krankenhäusern



Quelle: Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung, Krankenhausrahmenpläne 2011 bis 2017

Die Abbildung 13 stellt die Auswahl von Fachrichtungen der Krankenhäuser im Jahr 2017 dar.

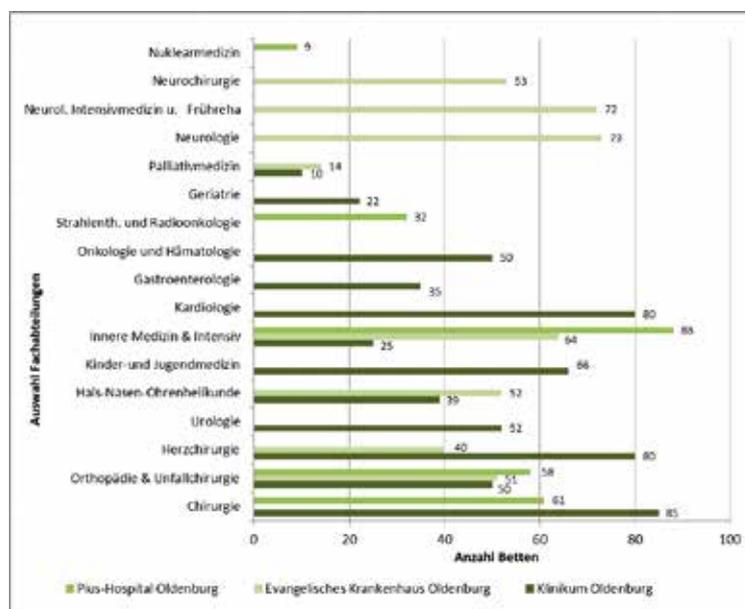
Abbildung 13: Krankenhausbetten nach Fachrichtung, 2017



Quelle: Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung, Krankenhausrahmenpläne 2017

Abbildung 14 stellt eine Auswahl an Fachrichtungen der Krankenhäuser im Jahr 2020 dar, die für Pflege relevant sein können.

Abbildung 14: Auswahl Krankenhausbetten nach Fachabteilungen 2020



Quelle: Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung, Krankenhausrahmenpläne 2020

Entwicklung

Die Fachabteilungen für Geriatrie oder Palliativmedizin sind noch junge Bereiche, die in den letzten Jahren stark gewachsen sind und bereits als größere Fachabteilungen auftreten.

Bewertung und Zusammenfassung

Mit zunehmendem Lebensalter steigt die Komplexität von Multimorbidität und psychosozialen Problemen, die die Versorgung von vulnerablen Patientinnen und Patienten vor eine enorme Herausforderung stellt. Im letzten Lebensabschnitt alter Menschen kommt es zur Überlagerung von funktionellen Beeinträchtigungen mit gleichzeitiger Zunahme von Symptomlast. Daraus kann sowohl ein geriatrischer als auch ein palliativmedizinischer Behandlungsbedarf entstehen.

Handlungsempfehlungen

1. Übergänge weiter verbessern

Grundsätzlich sollten zukünftig die Schnittstellen der unterschiedlichen Fachabteilungen genauer betrachtet werden, um den medizinischen Versorgungsbedarf besser zu identifizieren und um patientenorientiert zu behandeln.

An den spezifischen Themen arbeiten unterschiedliche Netzwerke wie zum Beispiel das NeuroNetzwerk Weser-Ems e. V., das Versorgungsnetz Gesundheit e. V. oder das Palliativwerk Oldenburg eG.

4.7 Wohnangebote

Ambulant betreute Wohngemeinschaften Betreutes Wohnen

Wenn die Selbstbestimmung der Pflegebedürftigen in einer Wohngemeinschaft gewährleistet und der Pflegedienst frei wählbar ist, dann gelten ambulant betreute Wohngemeinschaften nicht als Heime und fallen dementsprechend nicht unter das Heimrecht. Damit entfallen auch gesetzlich definierte Vorgaben und entsprechende Kontrol-

linstanzen. Die Wohnangebote im Bereich des ambulant betreuten Wohnens lassen sich daher auch nur schwer erfassen.

Entwicklung

Im Sinne der Pflege sind in der Stadt Oldenburg zehn ambulant betreute Wohngemeinschaften bekannt. Sieben davon sind auf Menschen mit Demenz und drei auf Intensivpflege spezialisiert.

Im Sinne der Eingliederungshilfe sind 15 ambulant betreute Wohngemeinschaften für Menschen mit Behinderungen bekannt. Hier sind die Belegzahlen aber deutlich geringer. Im Durchschnitt bestehen diese Wohngemeinschaften aus drei Personen.

Von den 23 Pflegeheimen in Oldenburg sind vier Pflegeheime „Mischeinrichtungen“, das heißt sie bieten zusätzlich sogenanntes „betreutes Wohnen“ an. Die vier Pflegeheime bieten zusammen 230 Plätze für „betreutes Wohnen“ an. Diese Zahl hat sich zwischen 2011 und 2017 nicht verändert.

Daneben gibt es acht Anbieter, die ausschließlich „betreutes Wohnen“ anbieten. Das „betreute Wohnen“ fällt nicht unter die öffentliche Überwachungspflicht der Heimaufsicht. „Betreutes Wohnen“, das der Heimaufsicht unterliegt, ist in der Stadt Oldenburg nicht vorhanden.

Der Begriff „Betreutes Wohnen“ oder „Service-Wohnen“ ist gesetzlich nicht geschützt und es gibt sehr unterschiedliche Formen des betreuten Wohnens für ältere Menschen. Daher gibt es auch keine rechtlich verbindlichen Vorgaben, was diese Wohnalternative bieten muss. Zum Mietvertrag wird in der Regel auch ein Servicevertrag abgeschlossen. Damit werden unterschiedliche Dienst- und Hilfeleistungen vereinbart. Es können verschiedene Unterstützungsleistungen in Anspruch genommen werden, wie beispielsweise der Hausnotruf, Hausmeister- und Reinigungsdienste, Wäscheservice oder die Vermittlung ambulanter Pflegeleistungen. „Betreutes Wohnen“ bietet also nur ein eingeschränktes Spektrum an Assistenz und Pflegeleistungen und ist für Menschen mit einer höheren Pflegebedürftigkeit oder Demenz nur bedingt geeignet.



Bewertung und Zusammenfassung

Die Zahl älterer Menschen mit Pflege- und Assistenzbedarf steigt an, während gleichzeitig die Tragfähigkeit familiärer Netzwerke abnimmt. Welche Alternativen und Möglichkeiten gibt es, wenn das Wohnen zu Hause aufgrund von Behinderung, Krankheit oder altersbedingter Einschränkungen nicht mehr möglich ist? Ein Pflegeheim ist nicht nur mit dem Verlust der Autonomie und eines selbstbestimmten Lebensalltages verbunden, auch die bestehenden sozialen Kontakte im gewohnten Lebensumfeld gehen oft ganz verloren. Bei der Suche nach Wohn- und Lebensalternativen für Menschen mit Pflege- und Assistenzbedarf rücken daher zunehmend Wohnformen in den Fokus, bei denen die Orientierung am normalen Wohnalltag nicht nur konzeptionell verankert, sondern auch räumlich ablesbar ist. So haben sich in der jüngsten Vergangenheit Wohngemeinschaftsmodelle etabliert, in denen Pflegebedürftige in kleinen Gruppen, meist zwischen acht und zwölf Personen, in einem gemeinsamen Haushalt ambulant betreut werden. Sie erhalten auf ihre Bedürfnisse abgestimmte Hilfen. Ambulante Pflegeleistungen werden von der Wohngemeinschaft üblicherweise gemeinsam in Anspruch genommen werden. Es gibt anbieterorganisierte und selbstorganisierte Pflege-Wohngemeinschaften. So bietet das Konzept der Pflege-Wohngemeinschaft (PflegeWGs) für Pflegebedürftige die Möglichkeit auf einen möglichst freien Alltag und ein weitestgehend selbstbestimmtes Wohnen und Leben. Ein weiterer Vorteil gegenüber einem Pflegeheim ist, dass hier auch die Angehörigen ein deutlich größeres Mitspracherecht haben. Die

Bewohnerinnen und Bewohner einer Wohngemeinschaft leben in eigenen Zimmern, in die sie sich jederzeit zurückziehen können. Gleichzeitig besteht aber auch die Möglichkeit, in Gemeinschaftsräumen Aktivitäten durchzuführen. Hier werden die Vorteile des Heimes, wie professionelle Betreuung, mit denen des häuslichen Wohnens, wie Selbstbestimmung, verbunden. Es ist eine solidarische Gemeinschaft, die Geborgenheit schafft und sich nicht so sehr vom Leben im eigenen Haushalt unterscheidet. Kommunikation, soziale Integration, Geselligkeit und Gemeinschaft sind die klaren Vorteile einer Pflege-Wohngemeinschaft, die zudem oft im vertrauten Stadtteil oder Quartier angesiedelt ist.

Die Vielfalt von Wohngemeinschaften hinsichtlich ihrer Bedingungen, Konzepte, der beteiligten Akteure sowie der Versorgungsleistungen und ihrer heim- und leistungsrechtlichen Grundlagen ist immens. Häufig sind die Wohngemeinschaften auch auf die Bedürfnisse von Menschen mit Demenz ausgerichtet.

Da eine pflegerische Betreuung als ambulante Pflege erfolgt, zahlt die gesetzliche oder private Pflegepflichtversicherung die Sachleistungen, die einer versicherten Person hierfür zustehen. Sie kann auch ein monatliches Pflegegeld nutzen, um damit einen Teil der Kosten zu bezahlen. In welcher Höhe ambulante Leistungen oder ein Pflegegeld gezahlt werden, richtet sich nach dem Pflegegrad. Ausführliche Informationen hierzu finden sich im Kapitel „4.2 Ambulante Pflege“ auf Seite 52.

Ein weiterer Vorteil von Pflegewohngemeinschaften hat sich während der Corona-Krise gezeigt. Durch ihre im Vergleich zu einem Pflegeheim sehr geringe Gruppengröße bietet eine Pflege-Wohngemeinschaft eine deutlich geringere Infektionsgefahr, sowohl für das Pflegepersonal als auch für die Bewohnerinnen und Bewohner und deren Besucherinnen und Besucher.

Handlungsempfehlungen

Pflege-Wohngemeinschaften sind eine begrüßenswerte private Alternative zu einem Pflegeheim. Bedenkt man die Schwierigkeit von Pflegebedürftigen beziehungsweise deren Angehörigen, einen Platz in einer stationären Einrichtung zu bekommen, bietet eine ambulant betreute Wohngemeinschaft eine positive Alternative zum Pflegeheim und damit eine wirkliche Chance auf Teilhabe am Leben in der Gesellschaft und ein Mehr an Lebensqualität.

Die Wohngemeinschaften haben sich nicht nur für Menschen mit Demenz, sondern auch für somatisch pflegebedürftige Erwachsene und für Menschen mit Behinderung bewährt.

1. Strukturen für Pflegewohngemeinschaften fördern

Die Verwaltung soll auf Initiative des Bündnisses Pflege beauftragt werden, die geeigneten Strukturen und Prozesse im Rahmen der Stadtentwicklung und Sozialplanung bereitzuhalten und umzusetzen. Die notwendigen organisatorischen Ressourcen (personell, zeitlich und finanziell) sind zeitnah zu ermitteln.

Bezüglich Menschen mit Behinderung verweisen wir an dieser Stelle auf den zukünftigen Spezialbericht zur Lebenslage von Menschen mit Behinderung, der das Thema alternativer Wohnformen vertiefend behandeln wird.

4.8 Angebote im Vor- und Umfeld von Pflege

Pflege- und Wohnberatung

Die passgenaue Beratung trägt dazu bei, das Leben im Alter oder bei einem Pflegebeziehungswise Unterstützungsbedarf erheblich zu erleichtern und somit zu verbessern. Wer im Alter auf Hilfe angewiesen ist, dem stehen zahlreiche Angebote zur Verfügung. In Oldenburg ist die zentrale und unabhängige Anlaufstelle für Bürgerinnen und Bürger aller Altersstufen, die sich zu Themen Älterwerden, Wohnformen für das Alter, Mobilität und Pflege informieren möchten, der Senioren- und Pflegestützpunkt Niedersachsen (SPN) der Stadt Oldenburg.

Der Sozialpsychiatrische Dienst berät und begleitet psychisch erkrankte Menschen und deren Angehörige. Speziell für psychisch kranke ältere Menschen wurde innerhalb des Sozialpsychiatrischen Dienstes ein Gerontopsychiatrischer Dienst eingerichtet. Für weitere Information siehe hier im Kapitel Punkt h. Sozialpsychiatrischer Dienst und Krisendienst“.

Beratungsstellen zum Thema Demenz sind unter anderem

- Alzheimer Gesellschaft Oldenburg e. V.
- DemenzHilfe Oldenburg e. V. (DHO)
- Gerontopsychiatrische Institutsambulanz (GIA) der Karl-Jaspers-Klinik
- Senioren- und Pflegestützpunkt Niedersachsen (SPN) der Stadt Oldenburg

Weitere Informationen zum Thema Demenz bietet die auf Vernetzung ausgerichtete Demenz-Informations- und Koordinierungsstelle Oldenburg (DIKO).

Angebote zur Unterstützung im Alltag

Die ehrenamtlichen Wohnberaterinnen und Wohnberater des Senioren- und Pflegestützpunktes Niedersachsen (SPN) der Stadt Oldenburg unterstützen bei der Wohnraumanpassung. Die Beratung soll helfen, möglichst lange selbststän-

dig, komfortabel und unabhängig in der vertrauten Umgebung leben zu können.

Beratungen erfolgen zu den Themen:

- Hilfsmittel
- Ausstattungsveränderungen
- barrierefreie Umbaumaßnahmen
- Finanzierungsmöglichkeiten
- Wohnalternativen vor Ort

Die ehrenamtlichen Beratungen sind qualifiziert, neutral und kostenlos und finden bei Bedarf auch in den eigenen vier Wänden statt.

Hilfreiche Hände in der Not

Der Senioren- und Pflegestützpunkt Niedersachsen (SPN) der Stadt Oldenburg bietet die Vermittlung von ehrenamtlichen Heimwerkerinnen und Heimwerkern für kleinere Reparaturen und handwerkliche Tätigkeiten im Haus und Garten an. Das Angebot richtet sich an Oldenburger Seniorinnen und Senioren, aber auch an Menschen, die in ihrer Mobilität eingeschränkt sind.

Es ersetzt keinen professionellen Handwerksbetrieb, sondern bietet niedrighschwellige Hilfe und ist mit der Handwerkskammer Oldenburg abgestimmt.

Die ehrenamtlichen Helferinnen und Helfer bieten ein begrenztes Angebot, zum Beispiel

- die Unterstützung beim Auswechseln von Glühbirnen,
- beim Festdrehen von Schrauben,
- beim Anbringen von Bildern oder Rauchmeldern,
- beim Ölen von Türen,
- beim Bedienen oder Einstellen von Telefon- oder TV-Geräten sowie Computern und
- bei kleineren Reparaturen im Garten.

Ehrenamtliche Seniorenbegleitung

Um der Vereinsamung im Alter entgegenzuwirken, vermittelt der Senioren- und Pflegestützpunkt Niedersachsen (SPN) der Stadt Oldenburg ehrenamtliche Begleiterinnen und Begleiter an ältere Alleinlebende. Qualifizierte Ehrenamtliche

werden passgenau und wohnortnah eingesetzt. Die Besuche umfassen keine Pflgetätigkeit, ersetzen auch nicht Hauswirtschaftsdienste oder medizinische Hilfe. Das Angebot beschränkt sich auf Besuche und gemeinsame Aktivitäten wie zum Beispiel Spaziergehen oder gesellige Spiele.

Hospiz- und Palliativversorgung

Seitdem die Schweizer Psychiaterin Elisabeth Kübler-Ross in den 70er-Jahren Interviews mit sterbenden Menschen geführt hat, wurde das Tabu rund um die Themen Sterben, Tod und Trauer langsam aufgebrochen. Ausgehend von der Hospizbewegung, gegründet Ende der 60er-Jahre von der britischen Ärztin, Krankenschwester und Sozialarbeiterin Cicely Saunders, wurde das Konzept von Palliative Care geprägt: Menschen am Lebensende und ihre An- und Zugehörigen brauchen Behandlung, Betreuung und Begleitung in ihren körperlichen, psychischen, sozialen und spirituellen Bedürfnissen.

Die Corona-Krise hat verdeutlicht, wie wenig unser Gesundheits- und Pflegesystem auf ein würdevolles Sterben ausgerichtet ist. Am offensichtlichsten wurde dies dort, wo Menschen allein sterben mussten, weil Angehörigen der Besuch im Krankenhaus oder im Pflegeheim verweigert wurde. Auch eine ehrenamtliche Sterbebegleitung durch Hospizdienste und der Kontakt zu Seelsorgerinnen und Seelsorgern waren an vielen Orten nicht möglich. Menschen blieben dadurch in einer Phase allein, in der sie in besonderer Weise auf Schutz und Begleitung angewiesen waren.

Um einer solchen Situation künftig vorzubeugen, müssen Pflegeheime und Krankenhäuser eine Kultur des Sterbens und Abschiednehmens entwickeln. Dazu gehören angemessene räumliche und personelle Rahmenbedingungen für ein Sterben in Würde. Für die Einweisung in ein Krankenhaus in den letzten Lebenstagen ist der Patientenwille entscheidend. Ziel muss stets sein, dass Menschen dort sterben können, wo sie ihren Vorstellungen entsprechend adäquat versorgt und begleitet werden.

Aufgrund der gestiegenen Zahl von Bewohnerinnen und Bewohnern mit hohem Pflegebedarf und kurzer verbleibender Lebenserwartung

müssen Pflegeheime im Aufbau von Strukturen unterstützt werden, die eine intensive, auf den Erfahrungen der Hospizbewegung beruhende Begleitung am Lebensende ermöglichen. Diese muss als Bestandteil des Versorgungs- und Betreuungsauftrags von Pflegeeinrichtungen verankert werden.

Die palliativmedizinische und -pflegerische Versorgung muss weiter ausgebaut werden, um die Lebensqualität und Selbstbestimmung der Menschen in ihrer letzten Lebensphase zu verbessern. Dazu gehört, dass der Anspruch auf Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung (SAPV) weiterhin einheitlich umgesetzt werden muss. Hospiz- und Palliativkräfte müssen über das bisherige Maß hinaus in stationären Einrichtungen und ambulant in der eigenen Häuslichkeit zur Begleitung Sterbender zugelassen, gewünscht und eingesetzt werden. Durch eine gute Vernetzung der Akteure können Versorgungsgpässe in Krisenzeiten besser bewältigt werden.

In diesem Zusammenhang ist es darüber hinaus wichtig, welchen Stellenwert das Konzept von Palliative Care, und als sein wesentlicher Teil die Kommunikation, für Menschen mit Demenz hat. Dabei geht es weniger um eine spezielle Art der Kommunikation, sondern darum, dass die Kommunikation bis zuletzt gelingt.

Lebensbegleitung am Lebensende, das heißt die Behandlung, Betreuung und Begleitung Sterbender, stellt eine unverzichtbare Aufgabe der Palliative Care insbesondere für Hochbetagte dar.

In der Stadt Oldenburg gibt es das stationäre Hospiz St. Peter mit insgesamt zwölf Einzelzimmern und zusätzlich zwei Zimmern für Angehörige oder Freunde.

Das Evangelische Krankenhaus verfügt über ein interdisziplinäres Palliativzentrum, das Klinikum Oldenburg über eine Palliativstation und einen palliativmedizinischen Konsiliardienst.

Des Weiteren gibt es den Ambulanten Hospizdienst für Erwachsene und für Kinder und Jugendliche. Ambulante Hospizdienste betreuen schwerstkranke Menschen und ihre Familien im häuslichen Umfeld, in stationären Pflegeeinrichtungen, in Einrichtungen für Menschen mit Behinderungen und in Krankenhäusern.

Alle Hospizdienste stehen im Palliativwerk Oldenburg e.G. miteinander im regelmäßigen Austausch.



Pflegekurse und Pflgetrainings

Die Pflege eines Angehörigen kostet nicht nur Zeit, sondern verlangt auch praktisches Pflegewissen im Umgang mit Krankheiten, bei der Körperhygiene und Mobilisation. Hierzu bietet die Pflegeversicherung kostenlose Pflegekurse für Angehörige an. Darin können private Pflegepersonen die Grundlagen der Pflege erlernen und praktische Anleitungen und Tipps für den Pflegealltag sowie hilfreiches Wissen über Krankheiten erhalten. Pflegekurse sind für pflegende Angehörige freiwillig und sollen Fertigkeiten für eine eigenständige oder teilweise Durchführung der Pflege vermitteln. Für die gesetzlichen Pflegeversicherungen beziehungsweise privaten Vorsorgeunternehmen sind diese Kurse keine optionale Leistung an Versicherte, sondern müssen laut Gesetz angeboten werden. Dies ist in § 45 SGB XI „Pflegekurse für Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen“ festgelegt.

Pflegekurse werden in der Stadt Oldenburg von Pflegekassen oder anderen lokalen Einrichtungen, wie zum Beispiel der DemenzHilfe Oldenburg (DHO), angeboten.

Pflegeinformationsveranstaltungen

Seit Herbst 2004 führt das Versorgungsnetz Gesundheit das „PflegeForum“ durch: Eine vierteljährlich stattfindende Nachmittagsveranstaltung für Pflegekräfte aus Senioreneinrichtungen, ambulanten Pflegediensten und Kliniken, sowie für medizinische Fachangestellte und andere interessierte Beschäftigte aus Einrichtungen des Gesundheitswesens.

Neben einem fachlichen Austausch zu wechselnden Themen steht eine Verbesserung der Zusammenarbeit zwischen diesen unterschiedlichen Arbeitsfeldern im Mittelpunkt der Veranstaltungsreihe.

Die Demenz-Informations- und Koordinierungsstelle Oldenburg (DIKO) koordiniert regelmäßig rund um den Welt-Alzheimertag am 21. September eine „Woche der Demenz“ mit lokalen Anbietern aus der Demenzlandschaft. Mit unterschiedlichen Veranstaltungen wird auf das Thema Demenz aufmerksam gemacht und das Verständ-

nis und die Unterstützung für Betroffene und Angehörige befördert.

Das DemenzNetz Oldenburg führt jährlich die Veranstaltung „WissenSCHAFFT Gesellschaft“ durch.

Serviceleistungen

Serviceleistungen wie Essen auf Rädern, Hausnotrufdienste, Haushaltshilfen werden von unterschiedlichen Anbietern in der Stadt Oldenburg angeboten.

Nachbarschaftshilfen, Gesprächskreise, Freiwilligenagenturen

Beratungs- und Koordinationsstelle für Selbsthilfegruppen e.V. (BeKoS)

Seit März 1984 gibt es in Oldenburg die Beratungs- und Koordinationsstelle für Selbsthilfegruppen e.V. (BeKoS). Die BeKoS ist die Fachstelle für den gesundheitlichen und psychosozialen Selbsthilfebereich in Oldenburg.

Zum Angebot zählt:

- Information und Beratung über Möglichkeiten der Selbst- und Fremdhilfe
- Unterstützung
 - bei der Suche nach einer geeigneten Selbsthilfegruppe
 - bei der Gründung von neuen Selbsthilfegruppen
 - für bestehende Selbsthilfegruppen zum Beispiel bei der Raumsuche
 - Bereitstellung von technischen Hilfsmitteln und Medien
 - bei Fragen der finanziellen Förderung
- Öffentlichkeitsarbeit

Fachstelle Bürgerschaftliches Engagement

„Engagement macht stark und glücklich“ – den Einzelnen und die Gemeinschaft. Über 46 Prozent der Bürgerinnen und Bürger in Oldenburg wissen das und sind bereits ehrenamtlich engagiert. Auch der Stadt Oldenburg sind sowohl das bürgerschaftliche Engagement der Bürgerinnen und Bürger als auch eine innovative generationsüber-

greifende Altenarbeit wichtige Anliegen. Um diese Bereiche weiterzuentwickeln und vorhandene Ressourcen besser zu nutzen, ist ab Anfang 2018 eine neue Struktur geschaffen worden, in der die Agentur:ehrensache und das inForum in der Fachstelle Bürgerschaftliches Engagement der Stadt Oldenburg zusammengefasst worden sind.

Die hauptamtlichen und ehrenamtlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter unterstützen interessierte Bürgerinnen und Bürger dabei, eine passende ehrenamtliche Aufgabe zu finden und deren Ideen in die Tat umzusetzen. Außerdem berät und unterstützt die Agentur Einrichtungen, die freiwillig Engagierte suchen. Darüber hinaus werden Projekte im Bereich Service-Learning angeboten, die auch pflegebedürftigen Menschen und ihren Angehörigen zu Gute kommen.

Das inForum plant und organisiert ein vielseitiges und weitgehend kostenloses Kultur- und Bildungsprogramm für Oldenburgerinnen und Oldenburger – nicht nur – jenseits der 50. Das hauptamtliche Team wird von circa 80 Ehrenamtlichen, die als Kursleiterinnen und Kursleiter oder in Arbeitsgruppen engagiert sind, unterstützt.

Die Agentur ist Mitglied der Landes- und Bundesarbeitsgemeinschaft der Freiwilligenagenturen (LAGFA e.V. Niedersachsen und Bagfa e.V.).

Besuchs-, Fahr- und Begleitdienste

Am Stadtrand stehen öffentliche Verkehrsmittel nicht immer zur Verfügung. Aber selbst dort, wo es gute Verbindungen gibt, fallen Fahrten mit öffentlichen Verkehrsmitteln manchmal schwer: im hohen Alter, bei Krankheit oder eingeschränkter Beweglichkeit. Und nicht immer stehen Angehörige, Freunde oder Nachbarinnen und Nachbarn mit einem PKW zur Verfügung.

Taxiunternehmen oder andere Fahrdienstunternehmen bieten Fahr- und Begleitdienste an: zum Arzt, zu Behörden oder auch zu Freizeitveranstaltungen. In Oldenburg gibt es ergänzend ehrenamtlich organisierte Besuchs- und Begleitdienste, die auch Unterstützung bei Behördenangelegenheiten anbieten.

Seniorinnen- und Senioren-Gruppen und Angebote der offenen Altenhilfe

Unter den Begriff „Altenhilfe“ fallen Leistungen im Sinne von § 71 SGB XII. Die Leistungen sollen dazu beitragen, Schwierigkeiten, die durch das Alter entstehen, zu verhüten, zu überwinden oder zu mildern und alten Menschen die Möglichkeit zu erhalten, am Leben in der Gemeinschaft teilzunehmen. Die gestiegene Lebenserwartung der Menschen und die Tatsache, dass in den nächsten Jahrzehnten zahlenmäßig besonders starke Jahrgänge in das höhere Lebensalter eintreten werden, führen zu sich verändernden Anforderungen. Um die Teilhabe von älteren Menschen in ihrem Stadtteil möglichst selbstbestimmt und nachhaltig zu ermöglichen, bedarf es niedrigschwelliger Unterstützung und die Weiterentwicklung der sozialen Infrastruktur im direkten Wohnumfeld. Im Rahmen der Richtlinien der Stadt Oldenburg zur Förderung von Maßnahmen der offenen Altenhilfe gewährt die Stadt seit 2008 als freiwillige Leistung Zuwendungen für eine sachlich und zeitlich abgegrenzte Projektförderung. Ziel ist die Förderung von innovativen, stadtteilbezogenen Projekten, die die Potentiale aller Akteure und Beteiligten nutzerorientiert zum Wohle der älteren Bevölkerung ausschöpfen und zusammenwirken lassen, den besonderen Wert von professionellem und bürgerschaftlichem Engagement anerkennen und den sozialräumlichen Erkenntnissen vor Ort gerecht werden. Daher richten sich die zentralen Handlungsfelder der Zuwendungsrichtlinie an den Bedürfnissen älterer Menschen nach Absicherung, Versorgung und sozialen Kontakten zur Vermeidung von Vereinsamungstendenzen aus.

Langfristiges Ziel der kommunalen Altenhilfeplanung der Stadt Oldenburg ist es, ein flächendeckendes Netz an stadtteilorientierten Servicestellen für ältere Menschen aufzubauen.

Um den Altenhilfenprojekten eine bessere Planungssicherheit zu gewähren, ist die Altenhilfe-richtlinie mit Ratsbeschluss vom 25. Juni 2018 zum 1. Januar 2019 geändert worden. Mit der Änderung wurde bewirkt, dass jährlich eine Förderung angemessener Personal- und Sachkosten möglich ist, wobei sich die Höhe der Förderung nach der Maßgabe des Haushaltsplans richtet. Als angemessene Personalkosten wird eine sozialpädagogische Leitung bis zu 30 Stunden wöchentlich gewährt.

Zusätzlich entstehende angemessene Personalkosten der Folgejahre zum Beispiel durch tarifliche Erhöhungen werden berücksichtigt.

Derzeit werden sieben Projekte (Stand: November 2020) im Rahmen der Altenhilferichtlinie gefördert.

Unabhängig von der Förderrichtlinie für projektbezogene Maßnahmen der offenen Altenhilfe gibt es noch Seniorinnen- und Senioren-Gruppen und Anbieter der offenen Altenhilfe.

Alzheimer Gesellschaft (Angebote der Demenzberatung in Oldenburg)

Das Thema Demenz ist in Pflegeberatungen häufig relevant, denn die Zahl der Personen mit Demenz steigt. Es ist wichtig, den Betroffenen eine hohe Qualität der Beratung zu bieten und die für die Stabilisierung der häuslichen Situation wichtigen Strukturen vor Ort bestmöglich bekannt zu machen.

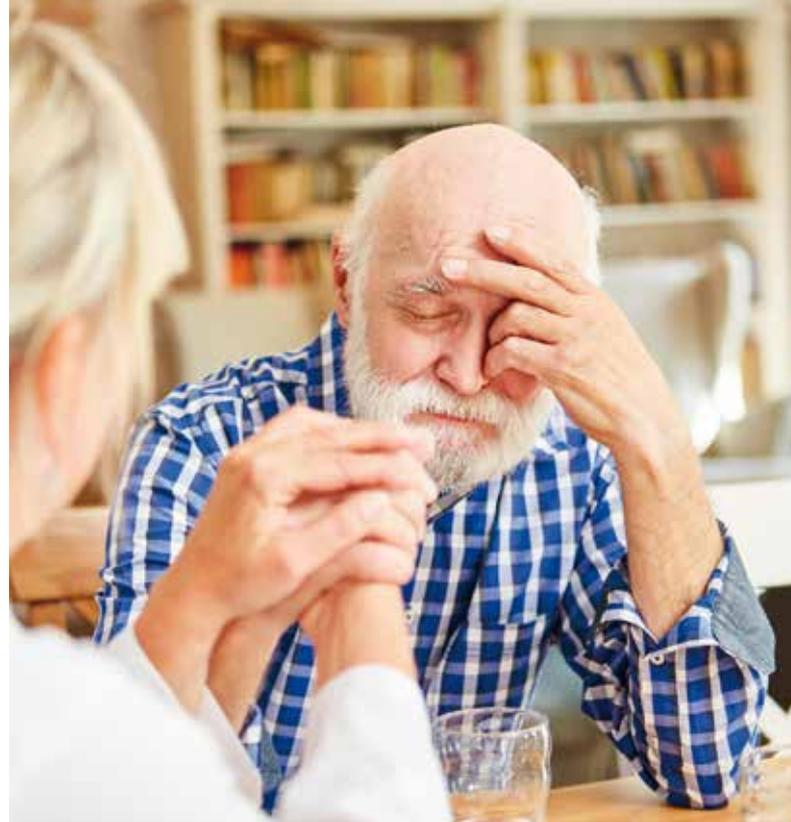
Die Beratungen zum Thema Demenz beinhalten fast immer eine starke, emotionale Komponente. Dies betrifft die Personen, die selbst eine Demenz entwickeln, aber auch die Angehörigen. Darüber hinaus ist die Entwicklung des Pflegebedarfs hier oft viel dynamischer als in anderen Pflegesituationen.

In der Stadt Oldenburg gibt es in unterschiedlicher Trägerschaft spezielle Demenzberatungsstellen und Beratungsbüros, die unter anderem zum Thema beraten.

Beratungsstellen speziell zum Thema Demenz sind die Alzheimer Gesellschaft Oldenburg e. V. und die Demenzhilfe Oldenburg e. V. Zur Diagnostik gibt es zudem die Geriatrische Institutsambulanz.

Um all die Informationen zum Thema Demenz zu bündeln und zu koordinieren wurde 2017 mit städtischen Mitteln die Demenz-Informations- und Koordinierungsstelle Oldenburg (DIKO) eingerichtet.

Stadtweit berät und informiert das städtische Beratungsbüro, der Senioren- und Pflegestützpunkt Niedersachsen (SPN) zum Thema Demenz. Stadt-



teilbezogen gibt es noch weitere Anlaufstellen, wie beispielsweise das Bümmersteder Seniorenbüro, die Seniorenbegleitung Oldenburg Süd oder evasenio – Evangelische Seniorenhilfe Eversten/Bloherfelde, die alle in kirchlicher Trägerschaft sind.

Betreuungsstelle

Eine rechtliche Betreuung können Erwachsene erhalten, die aufgrund einer körperlichen, geistigen oder seelischen Behinderung oder einer psychischen Erkrankung, ihre Angelegenheiten ganz oder teilweise nicht regeln können. Ein Antrag oder eine Anregung wird beim Betreuungsgericht gestellt.

Die rechtliche Betreuung ist die Organisation von Hilfen durch eine gerichtlich bestellte Betreuerin/ einen gerichtlich bestellten Betreuer. Ziel ist die Teilhabe und Verselbständigung für den betreuten Menschen. Die Betreuung ist begrenzt auf vom Betreuungsgericht festgelegte Aufgabenkreise, in denen die rechtliche Vertretung tatsächlich erforderlich ist.

Die Betreuungsstelle hat die Aufgabe das Betreuungsgericht bei der Ermittlung des Sachverhalts und bei der Auswahl einer geeigneten Betreuungsperson zu unterstützen. Weiter berät und informiert sie über rechtliche Betreuungen, Vorsorgevollmachten, Betreuungsverfügungen und Patientenverfügungen. Auf Wunsch werden Vorsorgevollmachten und Betreuungsverfügungen beglaubigt.

Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Betreuungsstelle stehen allen Betroffenen, Angehörigen und Betreuenden mit Informationsgesprächen und -materialien zur Verfügung.

Darüber hinaus ist die Betreuungsstelle für die Gewinnung und Förderung der ehrenamtlichen Betreuerinnen und Betreuer zuständig und führt Fortbildungsveranstaltungen durch. Dies erfolgt in Kooperation mit dem Betreuungsverein des Sozialdiensts katholischer Frauen Oldenburg e.V. (SkF e. V.).

Betreuungsvereine

Die Betreuungsvereine gewinnen, vermitteln, beraten und schulen ehrenamtliche Betreuerinnen und Betreuer. Sie bieten regelmäßig Veranstaltungen und Austauschgruppen an. Hauptberufliche Mitarbeiterinnen oder Mitarbeiter des Betreuungsvereins sind selbst als Vereinsbetreuerinnen oder Vereinsbetreuer tätig.

Der Betreuungsverein berät unabhängig von Konfession oder Nationalität zu den individuellen Vorsorgemöglichkeiten (Vorsorgevollmacht, Betreuungsverfügung) und informiert über Patientenverfügungen. Auf Wunsch werden Vorträge zu diesen Themen gehalten.

SPN – Senioren- und Pflegestützpunkt der Stadt Oldenburg

Viele Menschen haben einen großen Beratungsbedarf, wenn es darum geht, die Lebensphase Alter und/oder Pflege für sich oder für einen Angehörigen zu organisieren. Mit dem Ziel die Beratung und Unterstützung ihrer älteren und /oder pflegebedürftigen Bürgerinnen und Bürger sowie deren Angehörige zu verbessern, hat zunächst 2011 das Seniorenservicebüro der Stadt Oldenburg und dann 2014 der Pflegestützpunkt Stadt Oldenburg als neutrale und kostenlose Anlaufstelle der Stadt Oldenburg seine Beratungsarbeit aufgenommen. Seit dem 01.07.2015 lautet die offizielle Bezeichnung Senioren- und Pflegestützpunkt Niedersachsen (SPN) der Stadt Oldenburg.

Die zu erwartende Bevölkerungsstruktur in der Stadt Oldenburg lässt einen weiteren Anstieg des

Anteiles älterer Menschen an der Gesamtbevölkerung und damit von potentiell Pflegebedürftigen erkennen. Somit wird die Sensibilisierung und vermehrt der präventive Umgang mit den Themen Alter und Pflege immer bedeutsamer. Langfristig wird davon ausgegangen, dass sich die Versorgungsqualität und -kontinuität durch das Angebot des Senioren- und Pflegestützpunktes Niedersachsens der Stadt Oldenburg verbessern wird.

Der Senioren- und Pflegestützpunkt Niedersachsen (SPN) der Stadt Oldenburg ist die zentrale Anlaufstelle für Bürgerinnen und Bürger jeden Alters, die sich zu den Themen Älterwerden, Wohnen, Mobilität und Pflege informieren oder beraten lassen wollen. Auch wer sich für ältere oder mobilitätseingeschränkte Personen ehrenamtlich engagieren möchte, wird hier beraten, qualifiziert und vermittelt. Für weitere Informationen:

www.oldenburg.de/spn

4.9 Sozialpsychiatrischer Dienst und Krisendienst

Auch psychische Erkrankungen können zu Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten eines Menschen führen, die schließlich eine Pflegebedürftigkeit begründen können. Dies betrifft nicht nur die verschiedenen Formen der Demenz sondern auch alle anderen psychischen Störungen. Ausschlaggebend sind die individuellen Beeinträchtigungen, unabhängig ob körperlich, geistig oder psychisch.

Psychische Erkrankungen sind nicht selten: „Etwa ein Drittel der deutschen Erwachsenen litt im letzten Jahr an einer psychischen Erkrankung. Nur ein sehr geringer Anteil von Betroffenen sucht auch entsprechende medizinische Hilfe.“ (Voderholzer, U. (2020). Kennzahlen und Fakten zu psychischen Erkrankungen in Deutschland. In: Voderholzer, U. & Hohagen, F. [Hg.] (2020). Therapie psychischer Erkrankungen. State of the art. München: Elsevier, S. 616). Natürlich liegt nicht bei allen psychisch kranken Menschen eine Pflegebedürftigkeit vor.

Die Stadt Oldenburg hält als Pflichtaufgabe nach dem Niedersächsischen Gesetz über Hilfen und

Schutzmaßnahmen für psychisch Kranke (NPsychKG) einen Sozialpsychiatrischen Dienst (SpDi) vor, der Menschen mit psychischen Erkrankungen Hilfen anbietet und vermittelt. Der Sozialpsychiatrische Dienst führt außerdem die Geschäfte des Sozialpsychiatrischen Verbundes (SpV) in dem alle Anbieter von Hilfen und Vertreterinnen und Vertreter der Betroffenen und Angehörigen zusammenarbeiten. Der Sozialpsychiatrische Verbund sorgt für die Zusammenarbeit und die Abstimmung der Hilfen für psychisch kranke Menschen (§ 7 NPsychKG). Des Weiteren schreibt der Sozialpsychiatrische Dienst im Benehmen mit dem Sozialpsychiatrischen Verbund regelmäßig den Sozialpsychiatrischen Plan für die Stadt Oldenburg fort (§ 8 NPsychKG).

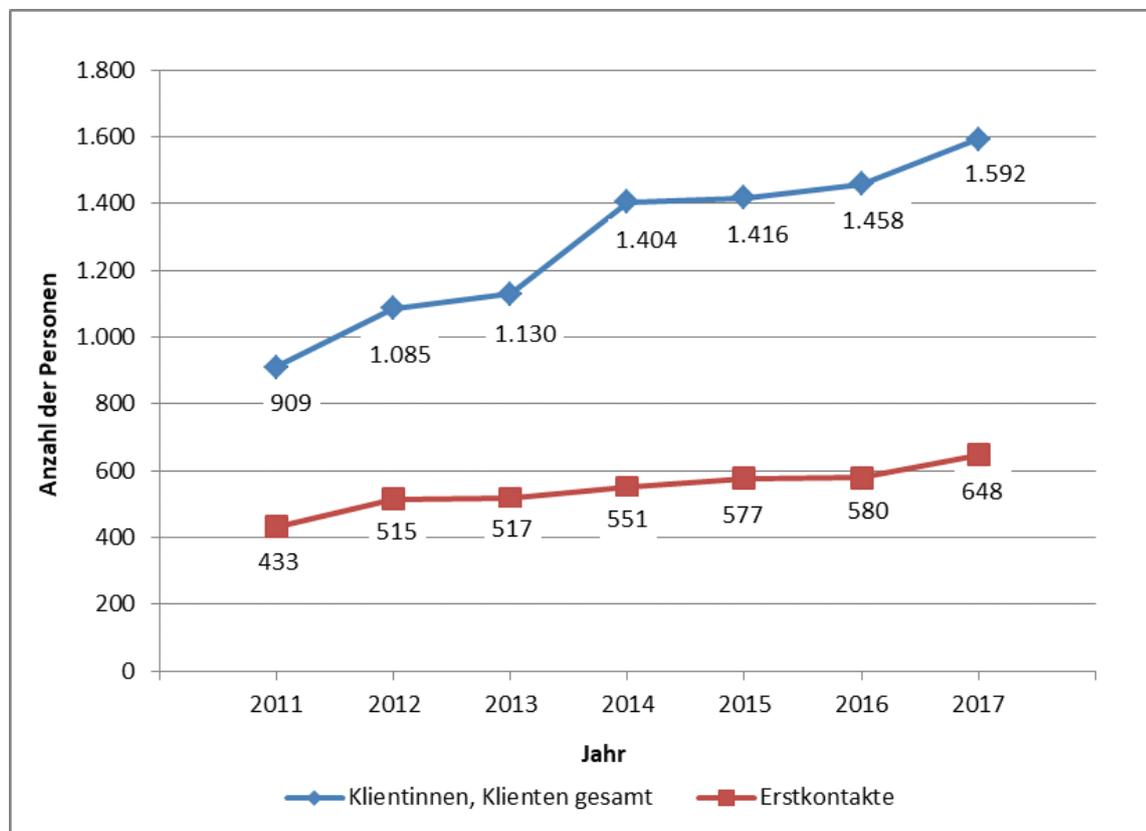
Der Sozialpsychiatrische Dienst berät psychisch kranke Menschen und Angehörige auch zu Fragen der Pflege, einschließlich der psychiatrischen

häuslichen Pflege. Wenn es erforderlich ist, erfolgt die Beratung auch im häuslichen Umfeld oder im Krankenhaus und auch auf Meldung von Dritten hin.

Es wird nicht statistisch erfasst, bei wie vielen Klienten des Sozialpsychiatrischen Dienstes ein Pflegegrad vorliegt und wie oft es in den Beratungsgesprächen um Themen der Pflegebedürftigkeit geht. In Abbildung 15 wird jedoch dargestellt, wie viele psychisch kranke Bürgerinnen und Bürger pro Jahr den Sozialpsychiatrischen Dienst in Anspruch nehmen.

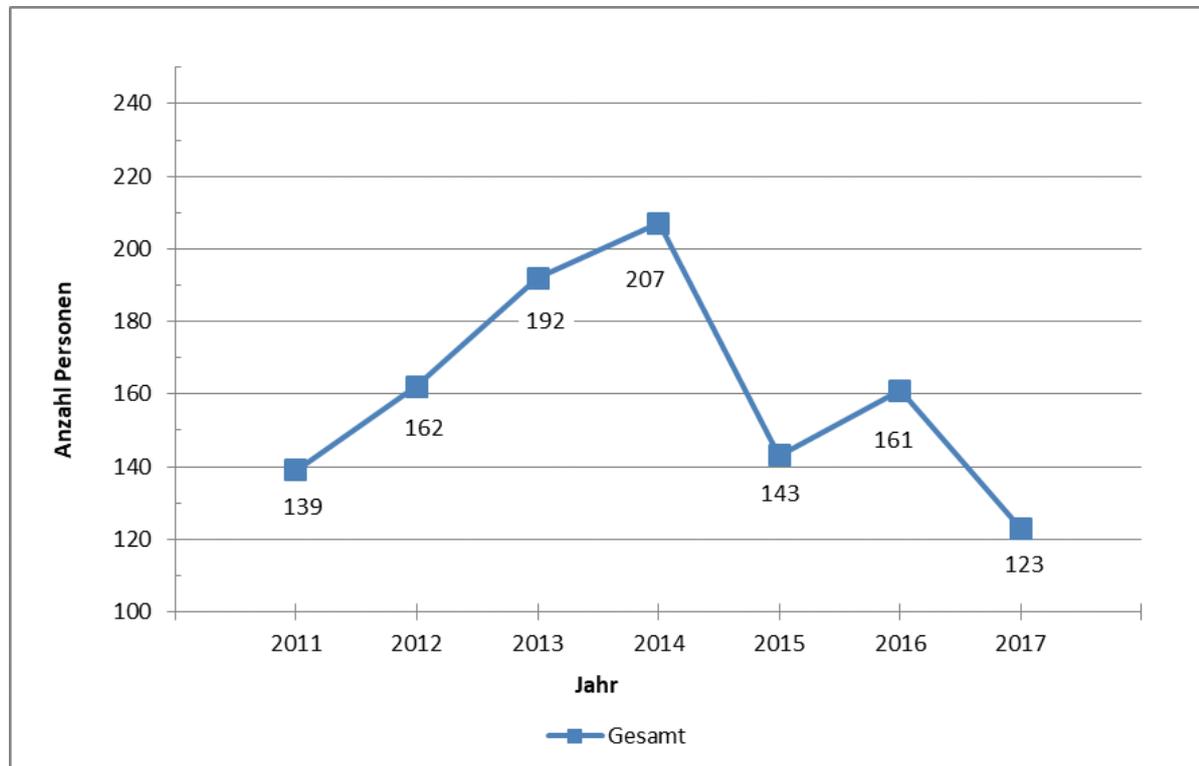
Die Stadt Oldenburg hält außerdem an Wochenenden und Feiertagen für psychisch kranke Menschen einen psychosozialen Krisendienst vor. Abbildung 16 zeigt, wie viele Bürgerinnen und Bürger pro Jahr den Krisendienst in Anspruch nehmen.

Abbildung 15: Anzahl der Klientinnen und Klienten des Sozialpsychiatrischen Dienstes und Erstkontakte, Zeitreihe



Quelle: Gesundheitsamt Stadt Oldenburg, Sozialpsychiatrischer Dienst

Abbildung 16: Anzahl der Klientinnen und Klienten des Psychosozialen Krisendienstes



Quelle: Gesundheitsamt Stadt Oldenburg, Sozialpsychiatrischer Dienst

Entwicklung

Für den Sozialpsychiatrischen Dienst zeigt sich eine deutliche kontinuierliche Steigerung der Anzahl von Menschen, die den Dienst nutzen. Dies betrifft sowohl die Gesamtzahl als auch die Zahl der Erstkontakte. Für den Krisendienst zeigt sich ein weniger eindeutiges Bild.

Bewertung und Zusammenfassung

Auch wenn es sich beim Sozialpsychiatrischen Dienst ohnehin um eine Pflichtaufgabe der Kommune handelt, so zeigt die steigende Inanspruchnahme deutlich, dass dieses Angebot erforderlich ist und intensiv genutzt wird. Dies dürfte auch daran liegen, dass der Dienst sehr niedrigschwellig erreichbar ist, für die Nutzerinnen und Nutzer keine Kosten entstehen und daran, dass der Sozialpsychiatrische Dienst auch aufsuchend und auch auf Hinweise von Dritten hin tätig wird, damit möglichst kein psychisch kranker Mensch ohne Hilfe bleibt, nur weil er sich selber nicht darum

bemühen kann. Der Psychosoziale Krisendienst stellt eine sinnvolle Ergänzung dar, um die Versorgungslücke in Krisenfällen an Wochenenden und Feiertagen zumindest zum Teil zu schließen.

Der Sozialpsychiatrische Dienst (SpDi) als Pflichtaufgabe nach NPsychKG ist keine spezialisierte Beratungsstelle für Fragen rund um das Thema Pflege im engeren Sinne. Aber der Sozialpsychiatrische Dienst ist der zuständige Ansprechpartner für Menschen mit psychischen Erkrankungen und deren Angehörige und das ohne Einschränkungen bei der Diagnosegruppe oder dem Alter. Der Dienst kann im Gesundheitsamt aufgesucht werden, wird aber auch im Rahmen von Haus- oder Klinikbesuchen tätig. Da auch psychische Erkrankungen zu einer Pflegebedürftigkeit führen können, wird selbstverständlich auch zu diesem Aspekt beraten und bei der Inanspruchnahme von entsprechenden Hilfen unterstützt. Vor dem Hintergrund seiner Kompetenz im Bereich psychischer Erkrankungen und seiner niedrigschwelligeren Möglichkeiten ist der Sozialpsychiatrische Dienst unverzichtbar und der Krisendienst eine sinnvolle Ergänzung an Wochenenden und Feiertagen.

Handlungsempfehlungen

Das Angebot des Sozialpsychiatrischen Dienstes ist gemäß des Niedersächsischen Gesetzes über Hilfen und Schutzmaßnahmen für psychisch Kranke (NPsychKG) implementiert, daher sind keine Handlungsempfehlungen erforderlich.



4.10 Menschen mit Demenz

Die Thematik Demenz und darin insbesondere die Lebenssituation von demenziell erkrankten Menschen erfordert besondere Anstrengungen. Sowohl die Gesamtanzahl der betroffenen Personen (Prävalenz) als auch die Anzahl der neu betroffenen Personen (Inzidenz) nehmen mit steigendem Lebensalter deutlich zu. Eine demenzielle Erkrankung gehört daher auch zu den häufigsten Gründen für den Einzug in ein Pflegeheim.

Demenz ist der Sammelbegriff für ein Symptombild von Krankheiten, die die Leistungsfähigkeit des Gehirns und damit geistige, emotionale und soziale Fähigkeiten beeinträchtigen. Der weitaus größte Teil aller Demenzerkrankungen sind sogenannte degenerative Demenzen, die häufigste und bekannteste ist die Alzheimer-Demenz.

Die Pflege und Betreuung von Menschen mit Demenz ist häufig mit besonderen Herausforderungen verbunden. Soziale Beziehungen und emotionale Bindungen basieren auf Kommunikation, aber gerade die ist bei Menschen mit Demenz erheblich gestört. Hinzu kommen Persönlichkeitsveränderungen und Verhaltensauffälligkeiten.

Demenzerkrankungen sind nicht meldepflichtig und werden daher statistisch nicht erfasst. In der folgenden Tabelle 24 werden die geschätzten Zahlen, die Prävalenz von demenziell erkrankten Menschen für die Stadt Oldenburg, dargestellt. Sie basieren auf den Schätzungen des European College of Neuropsychopharmacology (ECNP).

Tabelle 24: Demenzerkrankungen (Schätzung), Oldenburg, Zeitreihe

Altersgruppe	Von Demenz betroffene Personen			
	2011	2013	2015	2017
1	2	3	4	5
65 bis 69	80	81	91	95
70 bis 74	240	233	203	189
75 bis 79	341	408	455	466
80 bis 84	505	478	541	635
85 bis 89	586	578	564	556
90+	327	359	389	407
Gesamt	2.079	2.137	2.243	2.348
Prozentanteil Altersgruppe 65+	7,2	7,2	7,3	7,4

Quelle: Stadt Oldenburg, Fachdienst Geoinformation und Statistik

Tabelle 25: Demenzerkrankungen (Schätzung) nach Geschlecht und Altersgruppen, Oldenburg, 2017

Altersgruppe/ Geschlecht	Altersgruppe gesamt, Personen	Von Demenz betroffene Personen	Prozent-Anteil an Altersgruppe
1	2	3	4
60 bis 64 weiblich	5.150	31	0,6
männlich	4.636	37	37
65 bis 69 weiblich	4.540	59	1,3
männlich	4.058	61	1,5
70 bis 74 weiblich	3.684	111	3
männlich	3.076	98	3,2
75 bis 79 weiblich	4.202	290	6,9
männlich	3.320	186	5,6
80 bis 84 weiblich	2.881	363	12,6
männlich	1.926	198	10,3
85 bis 89 weiblich	1.630	373	22,9
männlich	839	151	18
90 bis 94 weiblich	903	277	30,7
männlich	284	68	24
95+ weiblich	246	93	37,8
männlich	75	21	28
Gesamt	31.664	2.417	

Quelle: Stadt Oldenburg, Fachdienst Geoinformation und Statistik, Amt für Teilhabe und Soziales der Stadt Oldenburg, Datenbasis: Studie der gesetzlichen Krankenversicherung

Entwicklung

Die Zahlenwerte aus Tabelle 24 bestätigen, dass das Thema Demenz mit steigendem Alter zunehmend relevanter wird. Die höchsten Zahlenwerte finden sich bei den Altersgruppen 80 bis 84 und 85 bis 89, kontinuierlich über den gesamten Beobachtungszeitraum. Tabelle 25 bestätigt, dass zahlenmäßig die höchsten Werte auf diese beiden Altersgruppen entfallen. Die Altersgruppen 80 bis 84 und 85 bis 89 bilden mit 1.085 Personen rund 45 Prozent aller von Demenz betroffenen Personen.

Anteilmäßig liegen die höchsten Werte bei den noch höheren Altersgruppen – siehe rot markierte Felder. Bei den Altersgruppen 90 bis 94 und 95+ sind es besonders die Frauen, die die höchsten Werte zeigen. Bei den von Demenz betroffenen Personen sind Frauen deutlich überrepräsentiert. Zwei Drittel sind weiblich, ein Drittel männlich.

Auf Basis der Schätzwerte aus Tabelle 24 lässt sich ableiten, dass die Anzahl demenziell erkrankter Menschen zwischen 2011 und 2017 um knapp 13 Prozent angestiegen ist und 2017 bei über 2.300 Personen lag.

Bewertung und Zusammenfassung

Die oben genannten Zahlen sind ein geschätzter Wert, die tatsächliche Zahl betroffener Menschen dürfte eher höher liegen. Dies sollte stets bedacht werden.

Nach dem seit Januar 2017 geltenden Begutachtungsverfahren in der Pflegeversicherung gibt es nicht mehr die früheren drei Pflegestufen, sondern jetzt fünf Pflegegrade. Maßstab für die Pflegebedürftigkeit ist nun der Grad der Selbstständigkeit eines Menschen. Seit 2017 werden auch Personen, die an Demenz erkrankt sind, die gleichen Pflegeleistungen zugesichert wie körperlich Pflegebedürftigen. Mit der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs im Jahr 2017 wurden die Leistungen der sozialen Pflegeversicherung deutlich ausgeweitet; diese Leistungsverbesserungen kommen im Wesentlichen den demenzkranken Pflegebedürftigen zu Gute.

Der pflegepolitische Grundsatz „ambulant vor stationär“

Menschen mit Demenz werden meist lange Zeit zu Hause gepflegt. Wenn die Demenz fortschreitet, werden die Betreuung und Beaufsichtigung umfangreicher und intensiver. Das wiederum führt dementsprechend häufig zu einer permanent hohen Belastung und Überforderung bei pflegenden Angehörigen. Spätestens dann wird ein Pflegeheim oft unumgänglich. Daher sind die meisten demenziell Erkrankten bei Einzug in ein Pflegeheim bereits im fortgeschrittenen Stadium der Erkrankung. Leider gibt es noch viel zu wenig Alternativen zum Pflegeheim. Wohngemeinschaften beziehungsweise Pflege-Wohngemeinschaften für Menschen mit Demenz etablieren sich seit einigen Jahren als Alternative – mit positiven Ergebnissen für alle Beteiligten. Für weitere Information siehe Kapitel „4.7 Wohnangebote“ auf Seite 68.

Handlungsempfehlungen

1. Quartiersentwicklung

In einer Gesellschaft des langen Lebens wird die Anzahl der demenziell erkrankten Menschen steigen. In Familie, Nachbarschaft und Quartier leben immer mehr Menschen mit Demenz. Deshalb

besteht Handlungsbedarf, zumal Heilungschancen (noch) nicht gegeben sind. Es geht darum, die Lebensqualität der Erkrankten und Angehörigen zu verbessern und ihnen Perspektiven zu ermöglichen, denn trotz (oder gerade aufgrund) demenzieller Erkrankung wollen die allermeisten Menschen in ihrer gewohnten Umgebung bleiben. Selbstbestimmung und Teilhabe von Menschen mit Demenz stehen im Vordergrund. Die Entwicklung sorgender Gemeinschaften im Quartier ist eine Möglichkeit, um Teilhabe und Hilfe zu realisieren. Vor Ort kann am besten entschieden werden, welche Angebote sinnvoll und wie diese auszugestaltet sind. Die Vielfalt erfordert differenzierte und gleichzeitig passgenaue, barrierefreie Angebote, für jede Lebenslage und das institutions- und rechtskreisübergreifend. Die hierfür notwendigen Rahmenbedingungen sind letztendlich eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe. Die Herausforderung besteht darin, die Quartiere so zu gestalten, dass auch für Menschen mit Demenz eine Teilhabe und weitestgehende Selbstständigkeit möglich ist. Gerade Menschen mit Demenz sind auf funktionierende und verlässliche Strukturen angewiesen.

2. Nationale Demenzstrategie

Neben der grundsätzlichen Perspektive einer Quartiersentwicklung gibt es einen umfangreichen Katalog an Handlungsempfehlungen. Die Bundesregierung hat gemeinsam mit einer Vielzahl an Akteuren unter der Federführung des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) und des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) die Nationale Demenzstrategie initiiert. Ziel ist es, die Situation von Menschen mit Demenz und ihren Angehörigen in Deutschland in allen Lebensbereichen nachhaltig zu verbessern. Die Strategie ist im September 2020 gestartet und beschreibt 27 Ziele und 162 konkrete Einzelmaßnahmen, die in den nächsten Jahren umgesetzt werden sollen. Abrufbar ist sie unter der Adresse:

www.nationale-demenzstrategie.de/

Hier eine kurze Zusammenfassung der wichtigsten Eckpfeiler für die kommunale Ebene:

- **Vor-Ort-Netzwerke:** In lokalen Netzwerken entstehen Angebote der Beratung und Unterstützung für Betroffene und Angehörige. Ziel

ist es, bundesweit Netzwerke auf regionaler Ebene zu schaffen, unter anderem durch die Förderung von „Lokalen Allianzen für Menschen mit Demenz“.

- **Netzwerke zur pflegerischen Versorgung:** Zusätzlich wird der Ausbau regionaler (Demenz-)Netzwerke zur besseren Vernetzung der an der pflegerischen Versorgung beteiligten Akteure gesteigert und intensiviert. Die hierfür vorgesehenen Mittel aus der Pflegeversicherung sollen deutlich erhöht werden.
- **Mehr Aufmerksamkeit für Demenz:** Um auf die Möglichkeiten aufmerksam zu machen, sich zum Thema Demenz einzubringen, soll eine bundesweite Kampagne aufklären und zum Engagement aufrufen. Zum Beispiel wird die Möglichkeit unterstützt, sich als „Demenz Partner“ schulen zu lassen oder in Vereinen und Unternehmen die Strukturen zu verbessern.
- **Begleitung und Beratung:** Nach der Diagnose einer Demenzerkrankung sind die meisten Betroffenen überfordert. Professionelle und ehrenamtliche Unterstützungs- und Beratungsangebote werden daher – gerade für diese schwierige erste Phase – ausgebaut.
- **Netzwerke „Pflege und Beruf“:** Angehörige von Demenzkranken stellt die Vereinbarkeit von Pflege und Beruf vor besondere Herausforderungen. Deshalb sollen Unternehmen, Kommunen und pflegende Angehörige Strategien entwickeln und Netzwerke knüpfen. Zur Unterstützung richtet das BMFSFJ auf Bundesebene eine „Regiestelle“ ein.
- **Gesundheitsförderung für pflegende Angehörige:** Demenz bringt pflegende Angehörige immer wieder an ihre Belastungsgrenzen. Gesundheits- und Präventionsprogramme für pflegende Angehörige sollen deshalb weiter etabliert und verbessert werden. Ein neues Förderprogramm wird geprüft.
- **Abgestimmte Abläufe in der Versorgung:** Wenn jemand an Demenz erkrankt, müssen alle Versorgungs- und Unterstützungsbereiche ineinandergreifen. Ärzteschaft, Krankenhäuser, Pflegeeinrichtungen und weitere Betei-

ligte werden ihre Zusammenarbeit in einem „Versorgungspfad“ klarer beschreiben und das Schnittstellenmanagement optimieren.

- **Demenzsensible Krankenhäuser:** Eine demenzsensible Gestaltung der Arbeitsprozesse und qualifiziertes Personal erleichtern unvermeidbare Krankenhausaufenthalte für demenzerkrankte Patientinnen und Patienten. Deren Bedürfnisse sollen bei der räumlichen Gestaltung von Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen einfließen.

Die Stadt Oldenburg und die relevanten Oldenburger Akteure im Kontext Demenz sollten ihre Anstrengungen, koordiniert über das Bündnis Pflege und die vernetzungsorientierte Demenz- Informations- und Koordinierungsstelle (DIKO), fortführen und die Empfehlungen der Nationalen Demenzstrategie mit berücksichtigen.



Hilfe zur Pflege

5 Hilfe zur Pflege

Soweit Pflegebedürftige ihren notwendigen Hilfebedarf nicht aus eigenen Mitteln begleichen können, haben sie einen Anspruch auf Hilfe zur Pflege im Rahmen der Sozialhilfe.

Die Hilfe zur Pflege wird ambulant für die häusliche Pflege, aber auch teilstationär, als sogenannte Tagespflege, geleistet, sofern eine Pflegebedürftigkeit vorliegt. Ebenso kann Pflegeheimbewohnerinnen und -bewohnern, deren eigenes Einkommen beziehungsweise Vermögen und Leistungen aus der Pflegekasse zur Finanzierung der stationären Unterbringung nicht ausreichen, Hilfe zur Pflege nach dem SGB XII gewährt werden.

Leistungen der Hilfe zur Pflege sichern den pflegerischen Versorgungsanspruch bei finanzieller Bedürftigkeit aber auch für Pflegebedürftige, die nicht in der sozialen Pflegeversicherung versichert sind. Die Leistungen der Hilfe zur Pflege entsprechen weitgehend den Leistungsarten der Pflegeversicherung.

Grundsätzlich erhalten nur Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 die Leistungen der Hilfe zur Pflege. Pflegebedürftige des Pflegegrades 1 haben aufgrund der geringen Ausprägung ihrer Beeinträchtigungen lediglich einen Anspruch auf Pflegehilfsmittel sowie Maßnahmen zur Verbesserung des Wohnumfeldes. Darüber hinaus wird ein Entlastungsbetrag in Höhe von maximal 125 Euro monatlich gewährt.

Tabelle 26 verdeutlicht die Situation bezüglich der Hilfe zur Pflege in Oldenburg für das Jahr 2017. Die Werte sind keine Stichtagsdaten, sondern repräsentieren den Jahresdurchschnitt aus zwölf Monaten.

Aus technischen Gründen ist die Auswertung der vorangegangenen Jahre (2011 bis 2015) nicht möglich.

Tabelle 26: Hilfe zur Pflege (HzP), Anzahl Personen nach Leistungsart und Geschlecht, insgesamt, Oldenburg, 2017

Leistungsart	Personen insgesamt	davon weiblich	
		Anzahl	in Prozent
1	2	3	
HzP, ambulant	127 (125)	79	62 Prozent
HzP, stationär	436 (435)	236	54 Prozent
HzP, Kurzzeitpflege	14 (14)	9	64 Prozent
Gesamt	577 (574)	324	56 Prozent

Rechts in Klammern = Personen ab 18 Jahre, insgesamt

Quelle: Amt für Teilhabe und Soziales, eigene Berechnung

In Tabelle 27 sind die Kosten in der Hilfe zur Pflege dargestellt. Auch hier liegen nur die Daten für das Jahr 2017 vor.

In Spalte 2 stehen die Gesamtkosten für das Jahr 2017 und in der Spalte 3 die durchschnittlichen monatlichen Kosten.

Tabelle 27: Hilfe zur Pflege (HzP), Kosten in Euro und nach Leistungsart, insgesamt und per Monat, Oldenburg, 2017

Leistungsart	Kosten insgesamt in Euro	Kostendurchschnitt per Monat in Euro
1	2	3
HzP, ambulant	1.240.986	103.416
HzP, stationär	4.954.447	412.871
HzP, Kurzzeitpflege	75.584	6.299
HzP, Gesamt	6.271.018	522.586

Quelle: Amt für Teilhabe und Soziales, eigene Berechnung

Entwicklung

2017 benötigten im Jahresdurchschnitt 577 Personen in Oldenburg Hilfe zur Pflege. Über die Hälfte (56 Prozent) davon sind weiblich.

Der größte Teil in der Hilfe zur Pflege entfällt auf den stationären Bereich. Etwa 75 Prozent der Fälle und 79 Prozent der Kosten entfallen auf diesen Bereich. Auf den Bereich der ambulanten Pflege entfallen lediglich 22 Prozent der Personen und knapp unter 20 Prozent der Kosten. Der Bereich der Kurzzeitpflege ist mit unter drei Prozent der Personen und mit geringfügig über ein Prozent der Kosten marginal.

Die Gesamtausgaben für die Hilfe zur Pflege beliefen sich im Jahr 2017 auf etwa 6,3 Millionen Euro. Verteilt man die monatlichen Gesamtkosten von circa 525.000 Euro auf die insgesamt 577 leistungsberechtigten Personen, ergibt das durchschnittliche Kosten von 910 Euro pro Person und Monat im Jahr 2017, darunter 814 Euro pro Person in der ambulanten Pflege, 947 Euro in der stationären Pflege und 450 Euro in der Kurzzeitpflege.

Bewertung und Zusammenfassung

Da die Vergleichszahlen aus den Jahren 2011 bis 2015 fehlen, ist die Darstellung und Bewertung einer Zeitreihe nicht möglich. Grundsätzlich kann aber festgehalten werden, dass es nach Einschätzung des Fachamtes zu keinen starken Schwankungen im Bereich der Hilfe zur Pflege gekommen ist. Grundsätzlich ist die Zahl der leistungsberechtigten Personen in der Hilfe zur Pflege relativ stabil und maximal leicht ansteigend. Zwar steigt die Zahl pflegebedürftiger Menschen und damit wächst auch die Gruppe der potenziell Leistungsberechtigten. Ein Anstieg der Fallzahlen in der Hilfe zur Pflege kann aber sehr unterschiedliche Gründe haben und muss nicht zwingend im Zusammenhang mit der generell wachsenden Anzahl pflegebedürftiger Menschen stehen.

Setzt man bundesweit die Entwicklung der Pflegebedürftigen mit der Entwicklung der Empfängerinnen und Empfänger der Hilfe zur Pflege ins Verhältnis, so pendelt sich bundesweit der Anteil zwischen zwölf und 13 Prozent ein. Laut Statistischem Bundesamt reicht die Spannweite von 23,8 Prozent für Hamburg und 7,3 Prozent für Sachsen. Auf Oldenburg bezogen liegt die Quote mit etwa 15 Prozent auf einem für eine Großstadt moderaten Niveau.

Handlungsempfehlungen

1. Analyse des Ist-Zustandes

Alleine aus den oben genannten Zahlen eine gestiegene Bedürftigkeit und damit Handlungsbedarf abzuleiten, wäre voreilig. Notwendig ist eine genauere Analyse, da grundsätzlich mehr Menschen pflegebedürftig werden und somit der Anstieg hauptsächlich auf diese Entwicklung zurückzuführen wäre. Denkbar ist auch, dass mehr Hilfe zur Pflege aufgrund mangelnder Einkommensverhältnisse in Anspruch genommen wird. Dann wäre nicht der Eintritt des Pflegefalls ursächlich, sondern eine bereits vorher prekäre Einkommens- und Vermögenssituation. Insbesondere für die vollstationäre Versorgung kann der von den Versicherten zu tragende Eigenanteil eine erhebliche finanzielle Belastung darstellen. Die meisten Empfängerinnen und Empfänger von Hilfe zur Pflege leben in Einrichtungen, wie die obigen Tabellen belegen.

Einen wichtigen Einfluss auf die zukünftige Entwicklung der Hilfe zur Pflege und deren Fallzahlen hat ein neues Gesetz. Am 01. Januar 2020 ist das Angehörige-Entlastungsgesetz in Kraft getreten. Damit werden zukünftig unterhaltsverpflichtete Eltern und Kinder von Angehörigen deutlich entlastet, die Leistungen der Hilfe zur Pflege oder andere Leistungen der Sozialhilfe erhalten. Vertiefende Informationen hierzu finden sich unter folgendem Link:

www.bmas.de/DE/Presse/Meldungen/2020/neue-gesetze-angehoerigen-entlastungsgesetz.html



Personal

6. Personal in Pflegeeinrichtungen

6.1 Pflegepersonal in der ambulanten Pflege

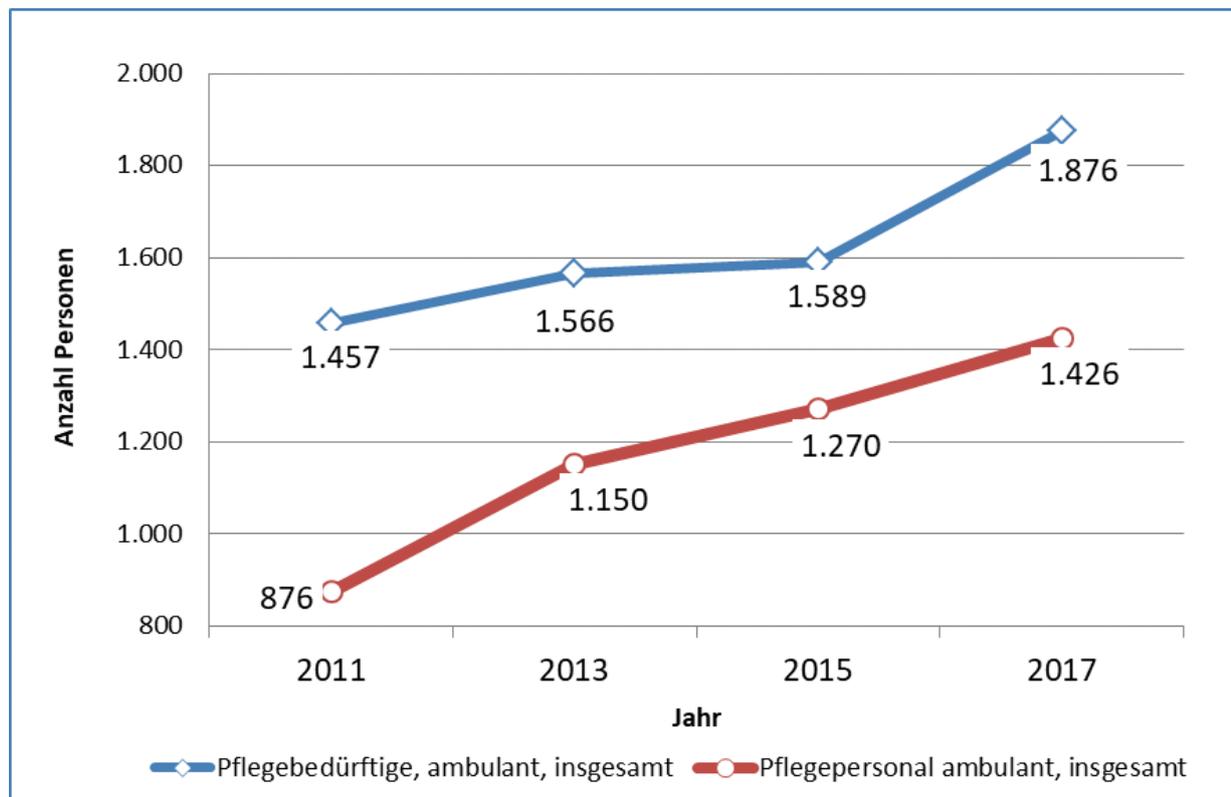
Zum Personalbestand einer Pflegeeinrichtung gehören alle, die dort beschäftigt sind, die also in einem Arbeitsverhältnis zur Pflegeeinrichtung stehen und teilweise oder ausschließlich Leistungen nach SGB XI und SGB XII erbringen.

Die Lebenserwartung steigt ebenso wie die Anzahl älterer Menschen. Mit einer stetig älter werdenden Gesellschaft wächst die Nachfrage nach professioneller Pflege. Die meisten Menschen wollen im Alter zu Hause gepflegt werden. Daher gilt in der Pflege auch der von der Sozialgesetzgebung unterstützte Grundsatz „ambulant vor stationär“, der den Vorrang der häuslichen/ambulanten

Pflege sowohl im Pflegeversicherungsrecht (§ 3 SGB XI) als auch im sozialhilferechtlichen Bereich der Hilfe zur Pflege (§ 64 SGB XII) festschreibt. Die ambulante Pflege ist deshalb ein unverzichtbarer Baustein zur Sicherstellung der Pflege im häuslichen Umfeld.

Abbildung 17a verdeutlicht die Personalentwicklung in der ambulanten Altenpflege im Vergleich zu der Anzahl der Pflegebedürftigen zwischen den Jahren 2011 und 2017.

Abbildung 17 a: Anzahl Pflegepersonal und Pflegebedürftige, ambulante Pflege, Oldenburg, Zeitreihe

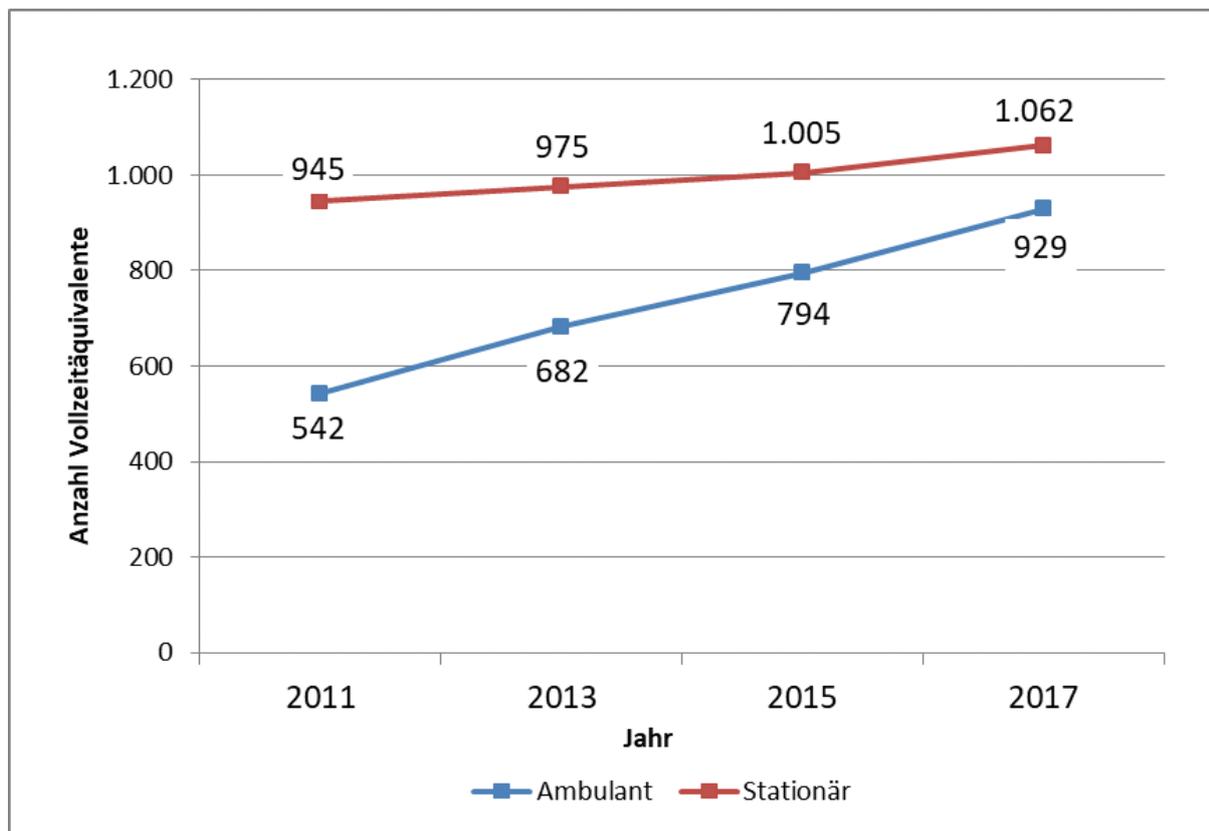


Quelle: LSN online

Abbildung 17b verdeutlicht die oben dargestellten Beschäftigungszahlen umgerechnet in Vollzeitäquivalente. Der Fokus richtet sich dabei nicht mehr auf die Anzahl der Beschäftigten in der ambulanten Pflege, sondern allein auf die zur Verfügung stehende Arbeitsleistung. Das Vollzeitäquivalent rechnet die von Teilzeitkräften geleisteten Arbeitsstunden in von Vollzeitkräften geleisteten Arbeitsstunden um. Dadurch wird die tatsächliche Personalkapazität sichtbar. Zum Vergleich dient die Entwicklung der Vollzeitäquivalente in der stationären Pflege.



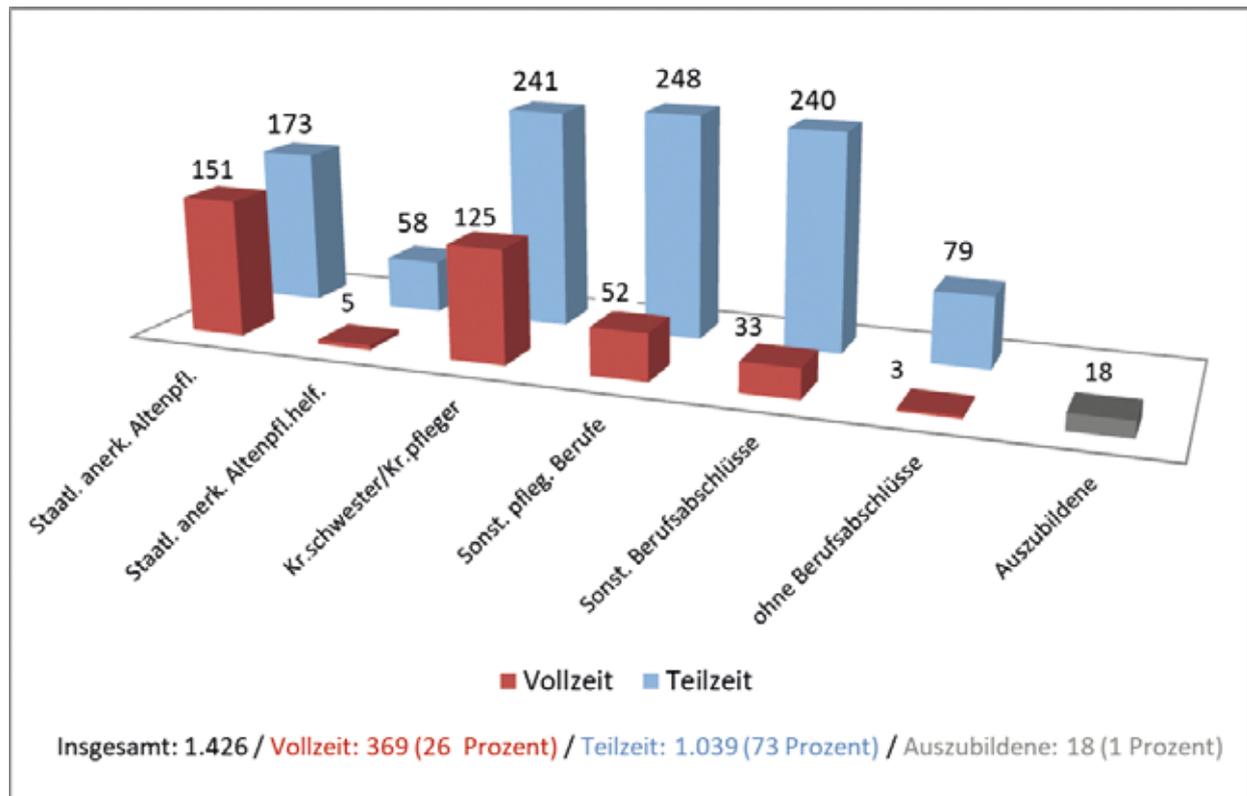
Abbildung 17 b: Anzahl Vollzeitäquivalente in der ambulanten und stationären Pflege, Oldenburg, Zeitreihe



Quelle: Bertelsmann Stiftung, Wegweiser Kommune, eigene Darstellung

Abbildung 18 spiegelt die berufliche Qualifikation der in der ambulanten Pflege tätigen Personen für das Jahr 2017 wider.

Abbildung 18: Berufsabschlüsse Pflegepersonal, ambulante Pflege, Oldenburg, 2017



Quelle: LSN online

Tabelle 28 stellt das Geschlechterverhältnis der Angestellten nach Beschäftigungsverhältnis dar.

Tabelle 28: Pflegepersonal der Pflegedienste nach Beschäftigungsmodell, Geschlecht und Anzahl, Oldenburg, 2017

Pflegepersonal, ambulant			
	Zusammen	Männlich	Weiblich
1	2	3	4
Insgesamt	1.426	216	1.210
Vollzeit	368	86	282
Teilzeit	1.039	125	914
Sonstige	19	5	14

Quelle: LSN online

Entwicklung

Die Anzahl der Beschäftigten in der ambulanten Pflege ist im dargestellten Zeitraum deutlich angestiegen. Im Jahre 2017 gab es insgesamt 419 Beschäftigte mehr als noch im Jahr 2011, das entspricht einem Wachstum von 62,8 Prozent.

Nach einem starken Anstieg in der Zeit von 2011 bis 2013 folgte ein weiterhin deutlicher, aber im Vergleich zu vorher leicht abgeflachter Anstieg in der Zeitspanne 2013 bis 2017. Wohingegen die Anzahl der Pflegebedürftigen zwischen 2011 bis 2015 eher leicht angestiegen ist und zwischen 2015 bis 2017 deutlich stärker gewachsen ist.

Rechnerisch kamen 2013 auf eine pflegende Person 1,7 Pflegebedürftige, 2017 waren es nur noch 1,3 Pflegebedürftige. Das stellt rechnerisch eine geringe Verbesserung des Personalschlüssels dar. Allerdings zeichnen diese Kennzahlen ein unzureichendes Bild der Pflegesituation. Klarer wird dies, wenn man Abbildung 18 hinzuzieht. Sie verdeutlicht, dass 73 Prozent der oben genannten Beschäftigten lediglich in Teilzeit arbeiten und nur knapp über ein Viertel der Beschäftigten arbeiten in Vollzeit.

Auch die Umrechnung der Beschäftigtenzahlen in Vollzeitäquivalente zeigt eine deutliche Steigerung der Arbeitsleistung an. Die Steigerung zwischen 2011 und 2017 entspricht einer Zunahme von rund 71 Prozent. Die Schaffung neuer Stellen im Vollzeitbereich fiel prozentual deutlich höher als im Teilzeitbereich.

Das Berufsspektrum der in diesem Bereich tätigen Pflegenden ist vielfältig. Zahlenmäßig die größte Einzelgruppe bildet die Berufsgruppe der Krankenschwestern beziehungsweise Krankenpflegerinnen und Krankenpfleger.

Bewertung und Zusammenfassung

Die Steigerungsrate im dargestellten Zeitraum beträgt annähernd 63 Prozent bei Betrachtung der Beschäftigtenzahlen und rund 71 Prozent bei den Vollzeitäquivalenten. Die Altenpflege ist zweifelsohne eine Wachstumsbranche. Gleichwohl kann die abgeflachte Wachstumskurve (2013 bis 2017)

bereits Ausdruck des seit längerem bekannten Fachkräftemangels in der Pflege sein.

In Deutschland gab es laut Bundesgesundheitsministerium 2011 insgesamt 290.714 Beschäftigte (Niedersachsen = 29.362) in ambulanten Pflegediensten. 2017 waren es bereits 390.322 (Niedersachsen = 40.713).

www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/pflege/pflegekraefte/beschaeftigte.html

Das ist eine Veränderung gegenüber dem Vorzeitraum in Deutschland von 34,3 Prozent und in Niedersachsen von 38,7 Prozent. Damit hat die Stadt Oldenburg einen außergewöhnlich hohen Anstieg bei den Beschäftigten in der ambulanten Pflege zu verzeichnen.

2017 versorgten die 1.426 Mitarbeitenden der ambulanten Pflegedienste insgesamt 1.876 Pflegebedürftige. Das ist nicht genug für die Zukunft. Bereits heute sind wir mit einem eklatanten Mangel an Pflegefachkräften konfrontiert. Die Nachfrage nach ambulanten Pflegeleistungen wird weiter steigen, da immer mehr Menschen immer älter werden. Für das Jahr 2030 werden 2.114 Pflegebedürftige für die Stadt Oldenburg prognostiziert. Abbildung 18 verdeutlicht zudem, dass drei Viertel der Beschäftigten lediglich in Teilzeit tätig sind. Pflege wird in der Stadt Oldenburg, wie auch in Niedersachsen und Deutschland, überwiegend in Teilzeit erbracht. Unklar ist dabei, wie viele davon es freiwillig sind und wie viele davon lieber in Vollzeit arbeiten würden.

Die lebenslange Sicherung der Selbstbestimmung prägt unser Selbstverständnis vom Leben im Alter. Personalmangel wirkt sich nachteilig auf die Selbstbestimmung pflegebedürftiger Menschen aus und ist ein Risiko für die Patientensicherheit. Wenn kein geeigneter Dienst die Pflege im erforderlichen Umfang übernehmen kann, besteht das Risiko, dass pflegende Angehörige überfordert werden oder es kann zu einem Heimeintritt führen, der bei angemessener ambulanter Versorgung nicht nötig geworden wäre. Gleichzeitig wird prognostiziert, dass zukünftig die Verfügbarkeit und Belastbarkeit familiärer Netzwerke abnehmen wird. Die Bedeutsamkeit außerfamiliärer Netzwerke wird entsprechend stark zunehmen.

Abbildung 18 verdeutlicht zudem die berufliche Diversität in der ambulanten Pflege. Da Pflegebedürftigkeit keine einheitliche Bedarfslage darstellt, deren Erfordernisse durch eine einzelne Profession abgedeckt werden könnte und zusätzlich die Differenziertheit der Lebenslagen eine entsprechende Vielfalt in der Professionalität verlangt, ist die hohe Zahl der Gruppe „Sonstige pflegerische Berufe“ nachvollziehbar und augenscheinlich notwendig.

Berücksichtigt werden muss auch die ebenfalls hohe Zahl an Pflegekräften mit berufsfremden Abschlüssen beziehungsweise ohne Abschluss. Rund ein Viertel der Beschäftigten rekrutiert sich aus fremden Berufsgruppen oder ist ohne Berufsabschluss. Diese Kräfte bilden ein Reservoir an bereits in der Altenhilfe tätigen Fachkräften, das für die Weiterqualifizierung prädestiniert ist.

Die Akquise, Ausbildung, Qualifizierung und die Sicherung des Verbleibs im Beruf von Pflegepersonal wird eine der zentralen Herausforderung der kommenden Jahre sein. Es ist unabdingbar, dem Fachkräftemangel heute entgegenzusteuern. Der extrem geringe Anteil an Auszubildenden verdeutlicht diese Notwendigkeit. Ein weiterer Punkt der die Ausbildung betrifft, stellt das Thema Akademisierung der Pflege dar.

Für eine Akademisierung der Pflege gibt es gute Gründe: Die Anforderungen an die Pflegenden werden immer höher und die individuelle Versorgung von Patientinnen und Patienten immer wichtiger, um die Voraussetzungen für ein Leben in größtmöglicher Selbstständigkeit zu schaffen. Expertinnen und Experten verlangen daher schon lange einen Studiengang, um die Qualität der Ausbildung und das Ansehen des Pflegeberufs zu steigern. Der Wissenschaftsrat, ein Gremium das unter anderem die Bundesregierung berät, fordert schon seit Jahren eine Quote von 10 bis 20 Prozent Akademikerinnen und Akademiker pro Ausbildungsjahrgang. Und tatsächlich entscheiden sich zunehmend Studierende für ein Studium in den Fächern Pflegewissenschaften oder Pflege-Management: Über 12.000 waren im Wintersemester 2017/18 in Deutschland in diesen Fächern eingeschrieben. Trotzdem liegt Deutschland im Vergleich zu anderen europäischen Ländern noch stark in der Akademisierung der Pflege zurück. Somit lässt sich sagen, dass sich der Prozess einer

akademischen Professionalisierung noch in den Anfängen befindet.

Tabelle 28 verdeutlicht, dass im Jahr 2017 von den Beschäftigten in der ambulanten Pflege 85 Prozent weiblich sind. Eine ebenso hohe Quote wie in der stationären Pflege: Pflege ist weiblich.

Handlungsempfehlungen

Die Reichweite kommunaler Handlungsempfehlungen in der ambulanten Pflege ist nur begrenzt: Mit der Einführung der Pflegeversicherung im Jahr 1995 wurden die Steuerungskompetenzen in der Pflege auf Bundes- und Landesebene gelegt. Die Einflussmöglichkeiten der Kommune sind von daher insgesamt beschränkt und liegen überwiegend im freiwilligen Aufgabenbereich im Rahmen der Daseinsvorsorge. Vor diesem Hintergrund sind die folgenden Handlungsempfehlungen zu verstehen.

1. Ausschöpfung bestehender Potentiale – Fachpersonal gewinnen und langfristig binden

Die Fachkräfteakquise spielt eine zentrale Rolle bei der Sicherung der pflegerischen Versorgung und der zukünftig steigenden Nachfrage nach Pflegeleistungen. Im Verbund mit dem Bündnis Pflege sollten die Ursachen der quantitativen Personalnot ermittelt werden und interdisziplinär Lösungsstrategien zur Deckung des Personalbedarfs durch in- und ausländische Fachkräfte erarbeitet werden.

Insbesondere die Gewinnung von Menschen mit Migrationshintergrund für die Pflege ist im Hinblick auf eine zunehmende soziokulturelle Vielfalt der Stadtgesellschaft von Bedeutung. Ein weiterer Schritt ist die direkte Akquise neuer Fachkräfte im Ausland. Trotz aller möglichen sprachlichen und bürokratischen Hindernisse stellen ausländische Fachkräfte eine vielversprechende Möglichkeit der Fachkräftegewinnung dar. Inwieweit das neue Fachkräfteeinwanderungsgesetz von 2020 wirkt, kann erst in Zukunft bewertet werden. Mit ihm sollen Fachkräfte aus Staaten außerhalb der Europäischen Union gewonnen werden.

Für die Fachkräftegewinnung und –sicherung im Bereich der Altenhilfe sollte die Oldenburger Fachkräfteinitiative der Wirtschaftsförderung der Stadt Oldenburg verstärkt eingebunden werden.

Ein möglicher Baustein zur Akquise und Bindung von Personal, insbesondere Auszubildende, sind beispielsweise preisgünstige Wohnungen und Appartements. Gerade bei der Gewinnung von Auszubildenden muss es aber gleichzeitig zu einer Aufwertung der pflegerischen Berufsfelder kommen.

2. Gesundheitsmanagemen

Die hohe physische und psychische Arbeitsbelastung im Pflegesektor erzeugt einen höheren Krankenstand als in anderen Berufen und führt auch nicht selten zu einer Berufsaufgabe vor Erreichen des Rentenalters. Insbesondere im Hinblick auf die Bewältigung steigender Arbeitsanforderungen bei alternden Belegschaften stellt sich die Frage nach Verbesserungsmöglichkeiten der Arbeitsbedingungen. Im Kern stehen hier Maßnahmen zur Verminderung der Arbeitsbelastung, beispielsweise durch technische Innovationen und Digitalisierung, sowie eine flexible Anpassung der Arbeitszeiten an die persönlichen Bedürfnisse und Lebensphasen.

Die Möglichkeiten der Gesundheitsförderung und Prävention sind so auszuschöpfen und zu bewerben, dass eine langfristige Beschäftigungsfähigkeit im Pflegeberuf ermöglicht wird. Ein ergänzendes Potenzial um die Leistungsfähigkeit zu erhalten, bietet das Thema Arbeitsschutz und seine konsequente Anwendung.

In diesen Segmenten sind die Leistungsträger gefordert.

3. Umwandlung von Teilzeit in Vollzeit

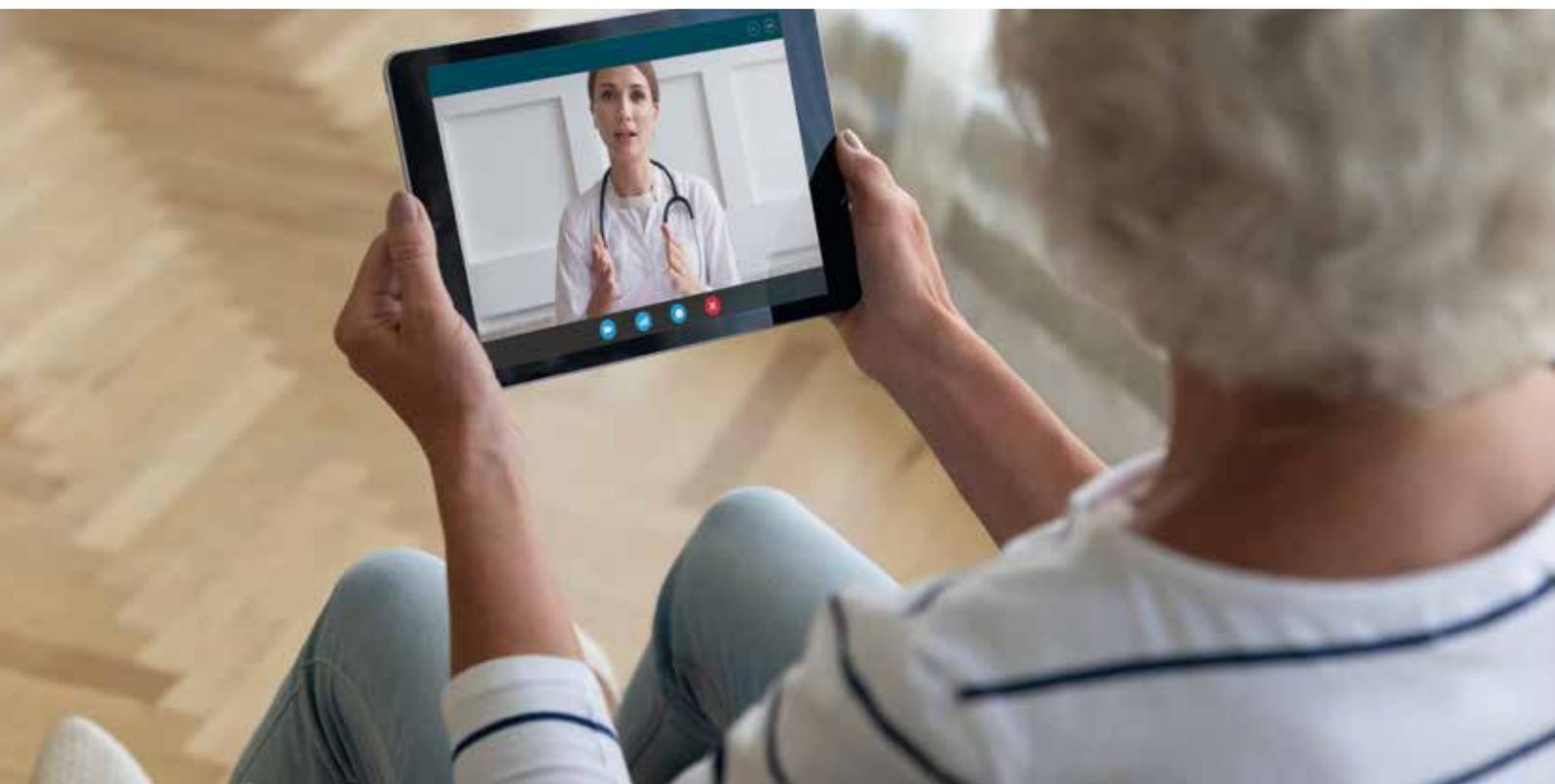
Einerseits existiert im Pflegealltag eine hohe Arbeitsdichte. Diese wird ergänzt durch umfangreiche Qualitäts- und Dokumentationsanforderungen sowie knappe personelle Ressourcen, insbesondere wenn es krankheitsbedingte Ausfälle in der Belegschaft gibt. Andererseits ist der überwiegende Teil der Beschäftigten, immerhin 73 Prozent, lediglich in Teilzeit tätig.

Pflegekräfte, die vorzugsweise Vollzeit arbeiten möchten, finden kaum Möglichkeiten dazu, weil die Pflegedienste Teilzeitarbeit bevorzugen. Eine unmittelbare Umwandlung von Teilzeit- in Vollzeitstellen kann aber ein weiterer Lösungsansatz zur Behebung des Fachkräftemangels sein.

In diesen Segmenten sind die Leistungsträger gefordert.

4. Neue Ressourcen mobilisieren

Eine Entlastung der professionellen Pflegekräfte kann auch durch den Ausbau der Mitarbeit von Ehrenamtlichen ermöglicht werden. Weiterhin gibt es positive Beispiele aus der Praxis, in der Menschen mit geistiger Behinderung als Alltagsbegleiter in stationären Einrichtungen der Altenhilfe eingesetzt werden.



5. Weiterbildung fördern

Das Reservoir der Pflegekräfte mit fremdem oder ohne Berufsabschluss bietet sich potentiell zur Weiterqualifizierung an. Sie sind bereits in der Altenhilfe tätig. Berufsbegleitend können interessierte Pflegehilfen zu qualifizierten Pflegefachkräften weiterqualifiziert werden. Für sie können entsprechend neue Pflegehilfen rekrutiert werden und nachrücken.

Grundsätzlich spielt das Thema Weiterbildung im Kontext von Personalgewinnung und Personalbindung eine besondere Rolle. Vor dem Hintergrund der wachsenden Anforderungen in der Pflege bieten Weiterbildungen auch Unterstützungs- und Bewältigungsstrategien an, die letztendlich die Qualität der Pflege verbessern und die Arbeitsbelastungen für die Beschäftigten reduzieren.

Die Nutzung technischer Unterstützungssysteme, die im folgenden Absatz thematisiert werden, erfordert Technikkompetenz bei den Pflegekräften. Zur Steigerung der Technikkompetenzen sind entsprechende Weiterbildungen notwendig.

6. Innovative Technologien und Digitalisierung

Der Einsatz neuer Technologien, beispielsweise Hebehilfen, Exoskelette oder Robotik, werden in der Pflege kontrovers diskutiert, gleichwohl bieten sie das Potenzial zur (zumindest teilweisen) Entlastung des Pflegepersonals.

Die Digitalisierung, beispielsweise elektronische Patientenakte, Spracherkennung zur Berichtserfassung, zielt auf die Verbesserung von Arbeitsabläufen und Effizienzsteigerungen ab.

Des Weiteren bieten sensorische Hilfsmittel in der Pflege Entlastungspotentiale. Dazu gehören beispielsweise Sturzsensoren, digitales Medikamentenmanagement oder intelligente Armbänder.

Ob und inwieweit diese technischen Unterstützungssysteme eine Verbesserung der Arbeitsbedingungen und der Arbeitssituation leisten können, bleibt offen und abzuwarten.

In diesen Segmenten sind die Leistungsträger gefordert.

7. Menschen mit Migrationshintergrund

Die lückenhafte Datenlage bezüglich des Anteils von Kundinnen und Kunden mit Migrationshintergrund in der ambulanten Pflege und des Anteils der Beschäftigten mit Migrationshintergrund in den Pflegediensten sollte im Bündnis Pflege erörtert und bei Bedarf durch die Verwaltung ermittelt werden. Hierzu gehört auch die Klärung der Frage, ob spezielle Beratungsangebote für Pflegebedürftige mit Migrationshintergrund angeboten werden sollten.

Keine der Handlungsempfehlungen kann für sich genommen die Problematiken lösen. Eine sinnvolle Strategie wird alle Felder umfassen, da viele Maßnahmen sich gegenseitig verstärken. Im Verbund mit dem Bündnis Pflege können kommunal geeignete Maßnahmenpakete definiert und umgesetzt werden. Isolierte Einzelmaßnahmen, wie sie bisher meist zu beobachten sind, werden keine komplexen Probleme lösen. Fast immer stellt sich bei den meisten Maßnahmen auch die Frage nach der Finanzierung und dahinter steht die Frage, was der Gesellschaft eine hochwertige und würdige Altenpflege wert ist und was wir zu ihrer Realisierung kommunal beitragen können.

Die wechselseitigen Finanzierungssysteme sind jedoch vorrangig durch Bundesgesetze bestimmt. Daher liegen die Verantwortlichkeiten vorrangig beim Bund und den Pflegekassen.

Es wird nicht ausreichen, lediglich auf kommunale Handlungsoptionen zu setzen, da die haushaltsrechtlichen Spielräume der Kommunen begrenzt sind.

6.2 Pflegepersonal in der stationären Pflege

Die stationäre Pflege ist eine wichtige Ergänzung zur ambulanten Pflege. Mit zunehmendem Alter, insbesondere bei den Hochbetagten ab 80 Jahren, steigt das Risiko deutlich, pflegebedürftig oder noch pflegebedürftiger zu werden. Die zunehmende Alterung der Gesellschaft wird auch die Nachfrage nach professioneller Pflege ansteigen lassen.

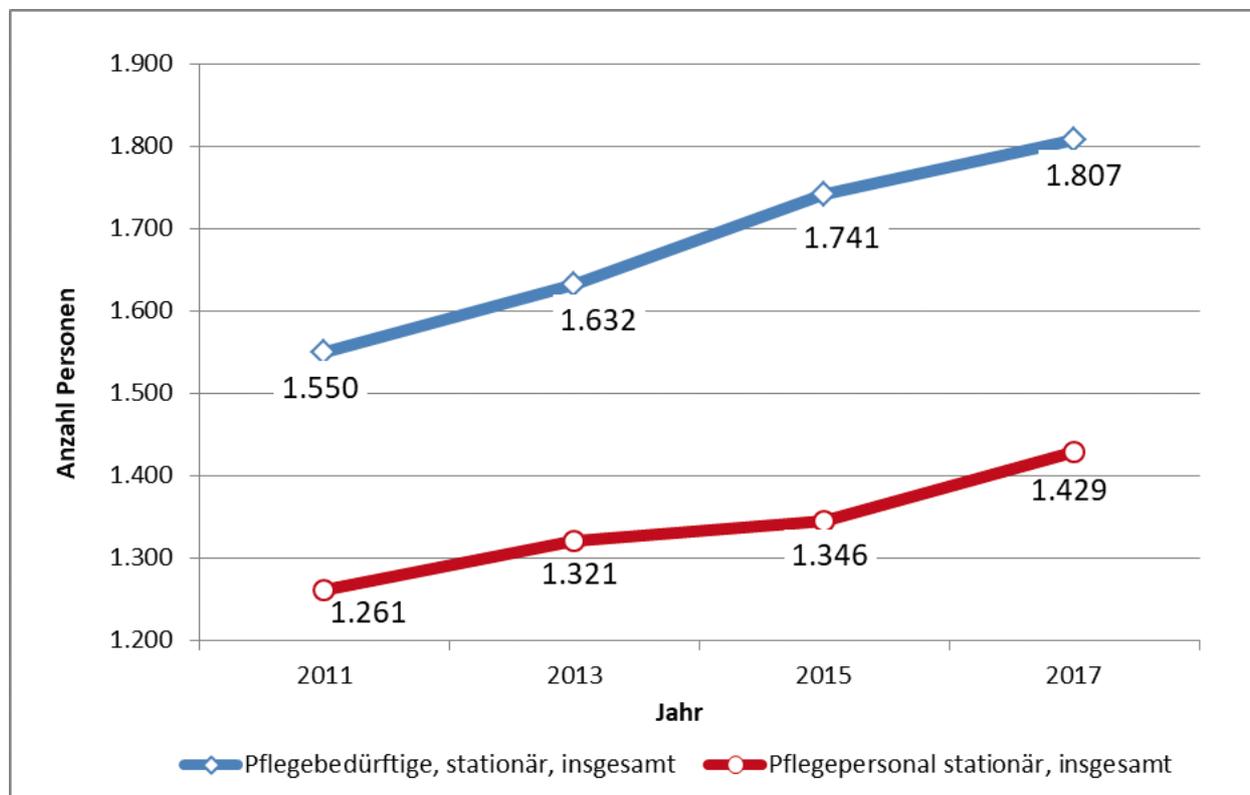
Wenn eine intensive Dauerpflege notwendig wird und andere Wohn-, Betreuungs- und Pflegeangebote die Pflege nicht mehr ausreichend leisten können, sind stationäre Pflegeeinrichtungen gefragt. Viele pflegebedürftige Menschen wechseln auch direkt aus einem Krankenhaus in ein Pflegeheim.

Zahlreiche Studien bieten Vorausberechnungen zur Entwicklung der Pflegebedürftigkeit. Allen Studien gemeinsam ist, dass sie, wenn auch in unterschiedlich starker Ausprägung, so doch von einer grundsätzlich deutlichen Steigerung in Zukunft ausgehen. Auch wenn der möglichst lange Verbleib in der eigenen Häuslichkeit angestrebt wird, so bleibt die stationäre Pflege auf absehbare Zeit ein unverzichtbarer Teil der Pflegearrangements, zumindest bis pflegerisch gleichwertige oder bessere Alternativen gefunden sind.

Abbildung 19a verdeutlicht die Personalentwicklung in der stationären Altenpflege im Vergleich zu der Anzahl der Pflegebedürftigen zwischen den Jahren 2011 und 2017.

Abbildung 19b verdeutlicht die oben dargestellten Beschäftigungszahlen umgerechnet in Vollzeitäquivalente. Dabei handelt es sich um eine hypo-

Abbildung 19 a: Anzahl Pflegebedürftige und Pflegepersonal, stationäre Pflege, Oldenburg, Zeitreihe

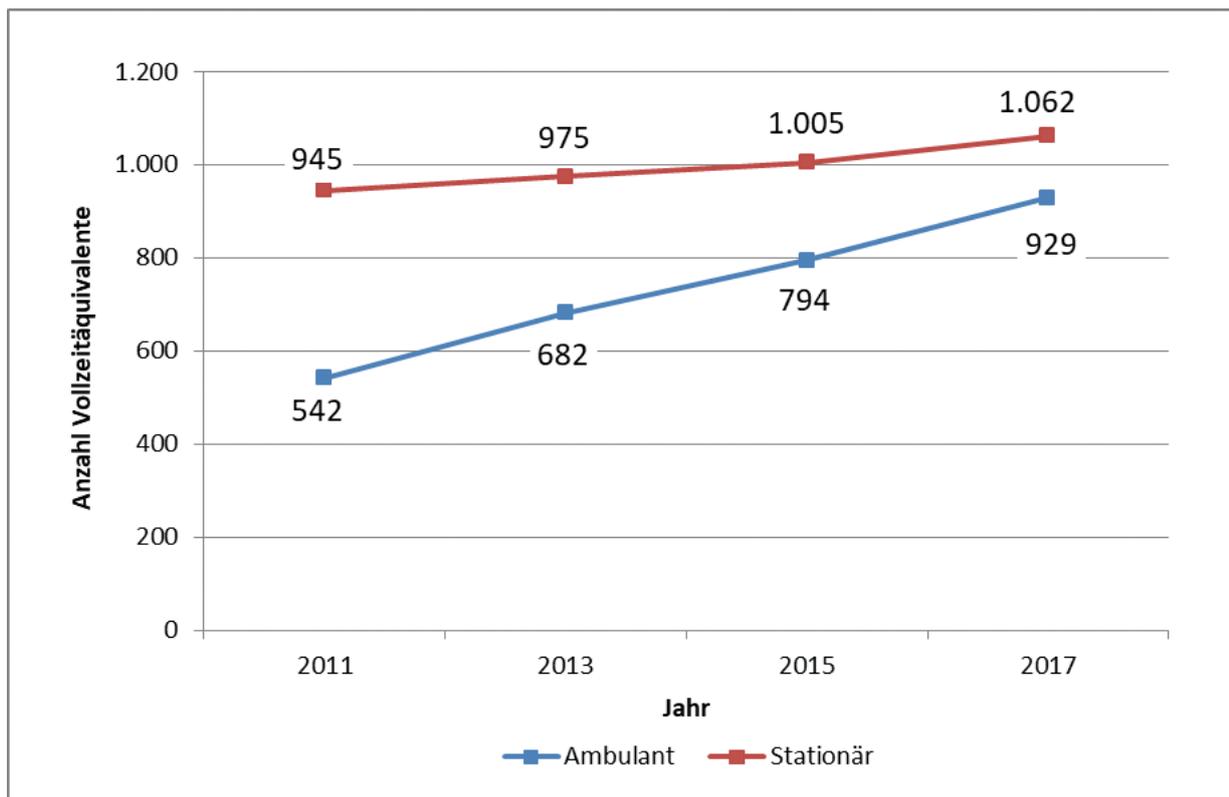


Quelle: LSN online

thetische Größe, die benutzt wird, um festzustellen, wie hoch die Zahl der Erwerbstätigen wäre, wenn jeder Erwerbstätige eine Vollzeittätigkeit ausübte. Das Vollzeitäquivalent rechnet die von Teilzeitkräften geleisteten Arbeitsstunden in von Vollzeitkräften geleistete Arbeitsstunden um. Der Fokus richtet sich nicht mehr auf die Anzahl der Beschäftigten, sondern allein auf die zur Verfügung stehende Arbeitsleistung. Dadurch wird die tatsächliche Personalkapazität in der stationären Pflege sichtbar.



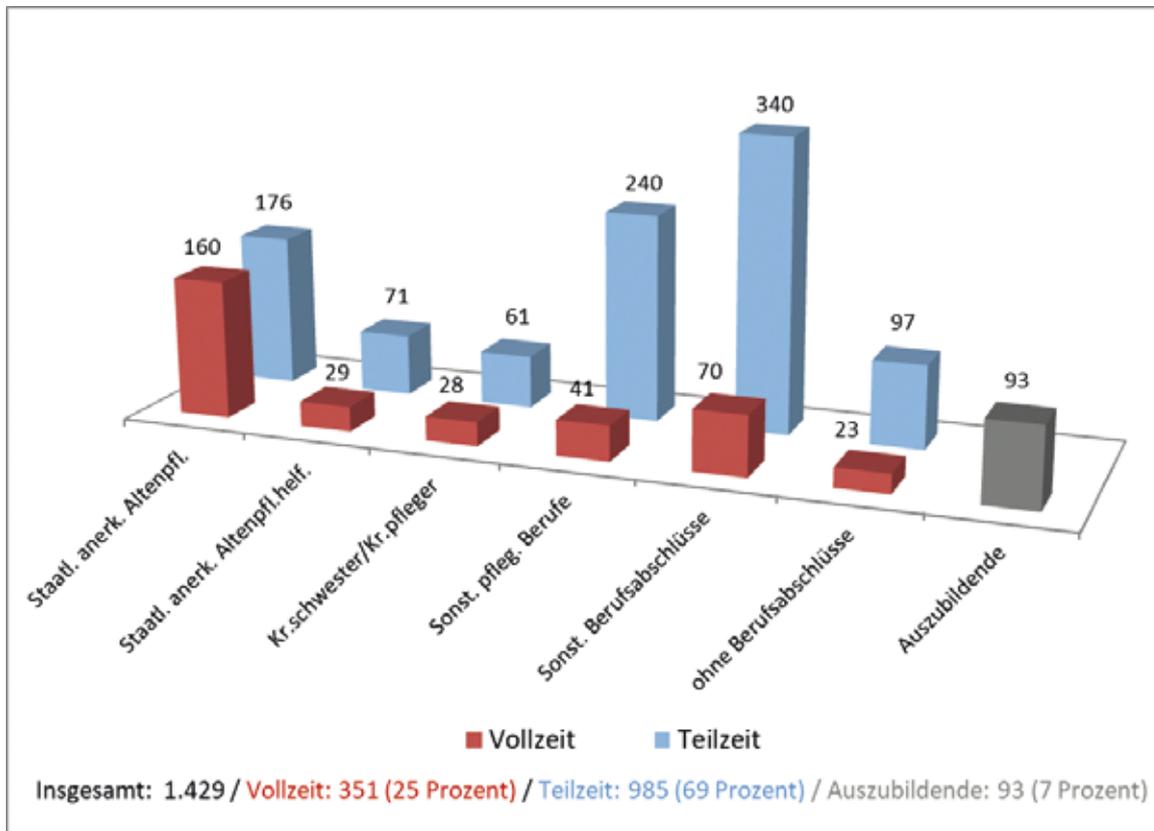
Abbildung 19 b: Anzahl Vollzeitäquivalente in der ambulante und stationären Pflege, Oldenburg, Zeitreihe



Quelle: Bertelsmann Stiftung, Wegweiser Kommune, eigene Darstellung

Abbildung 20 spiegelt die berufliche Qualifikation der in der stationären Pflege tätigen Personen für das Jahr 2017 wider.

Abbildung 20: Berufsabschlüsse Pflegepersonal, stationäre Pflege, Oldenburg, 2017



Quelle: LSN online

Tabelle 29 verdeutlicht das Geschlechterverhältnis der stationären Pflege nach Beschäftigungsverhältnis.

Tabelle 29: Pflegepersonal der stationären Pflege nach Beschäftigungsmodell, Geschlecht und Anzahl, Oldenburg, 2017

Pflegepersonal, stationär			
	Zusammen	Männlich	Weiblich
1	2	3	4
Insgesamt	1.429	275	1.154
Vollzeit	342	115	227
Teilzeit	985	132	853
Sonstige	102	28	74

Quelle: LSN online

Entwicklung

Die Anzahl der stationär zu versorgenden Pflegebedürftigen ist deutlich gewachsen. 2017 mussten 257 Menschen mehr als noch 2011 stationär versorgt werden. Im gleichen Zeitraum gab es einen Zuwachs beim Pflegepersonal von 168 Personen.

Die Anzahl der Beschäftigten in der stationären Pflege ist im dargestellten Zeitraum um 13,3 Prozent gewachsen, wohingegen die Anzahl der pflegebedürftigen Menschen sogar um 16,6 Prozent angestiegen ist. Abbildung 19b verdeutlicht zudem, dass der Zuwachs beim Pflegepersonal sich etwas relativiert, denn in Vollzeitäquivalenten ausgedrückt, beträgt der Zuwachs lediglich 11,4 Prozent. Die Beschäftigungszahlen sind im Teilzeitbereich deutlich gestiegen, während sie im Vollzeitbereich sogar zurückgegangen sind.

Die stationäre Altenpflege gehört wie die ambulante Pflege zu den Wachstumsbranchen.

Zur Verbesserung der Personalschlüssel in Pflegeheimen wurde, wie die Abbildung 19a verdeutlicht, in der Vergangenheit sukzessiv eine Erhöhung des Pflegepersonals umgesetzt. Trotz dieser Steigerung ist der Mangel an examinierten Pflegefachkräften längst Realität und wird im folgenden Abschnitt verdeutlicht.

Bewertung und Zusammenfassung

Die steigenden Zahlen beim Pflegepersonal verweisen auf die weiterhin hohe Bedeutung der stationären Pflege. Die ebenfalls gestiegenen Zahlen der Pflegebedürftigen relativieren jedoch den numerischen Zuwachs beim Pflegepersonal.

Dieser Anstieg begründet sich zum Teil durch die Veränderungen im Rahmen des Zweiten Pflegegestärkungsgesetzes, mit dem 2017 ein neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff und ein neues Begutachtungsverfahren eingeführt worden ist. Der Medizinische Dienst der Krankenkassen führt dieses durch und operiert dabei mit Pflegegraden, die mehr auf die Selbstständigkeit der pflegebedürftigen Person als auf den zeitlichen Aufwand der Pflege abzielt. Die Bewilligungsquoten sind dadurch leicht höher als unter dem alten System, das mit Pflegestufen arbeitete.

Bei der Bewertung ist zudem die hohe Anzahl der Teilzeitbeschäftigten zu bedenken. Nur 24 Prozent der Beschäftigten arbeiten in Vollzeit, das heißt von den durchschnittlich 62 Beschäftigten pro Pflegeheim arbeiten lediglich 15 Personen in Vollzeit. 43 Personen arbeiten in Teilzeit und 4 Personen sind Auszubildende.

Was für die ambulante Pflege konstatiert wird, gilt auch in der stationären Pflege: Der bundesweit beklagte Fachkräftemangel ist Realität und auch für die Stadt Oldenburg offensichtlich. Das Deutsche Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. (dip) beschreibt in seiner Studie „Pflege-Thermometer 2018“, dass sich der Personalmangel in einer unzureichenden Bewerberlage zeigt. Die Stellen können überwiegend nicht zeitnah besetzt werden. Die Gründe für die Nichtbesetzung offener Stellen sind unterschiedlich: Schicht- und Wochenenddienst und keine der anspruchsvollen und anstrengenden Tätigkeit entsprechende Bezahlung dazu eine zunehmende Dokumentationspflicht und somit ein höherer Aufwand bei gleichbleibender Zeit. Gleichzeitig werden steigende Belastungen in Form einer Verlängerung der Krankheitsdauer und Krankheitstage sowie der Krankheitsschwere festgestellt. Bundesweit konnten ein Viertel der Pflegeeinrichtungen aufgrund des Personalmangels die betrieblichen Ziele in 2017 nicht erreichen. (Quelle: Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. (dip), Pflege-Thermometer 2018 – Eine bundesweite Befragung von Führungskräften zur Situation der Pflege und Patientenversorgung in der teil-/vollstationären Pflege, Köln 2018).

Leider liegen keine amtlichen Zahlen zur Anzahl aller nicht besetzten Stellen in der Pflege vor.

Die „Pflegestudie 2018“ der Hochschule Niederrhein weist auf eine sich weiter öffnende Kluft in der Pflege hin: Seitdem im Krankenhaussektor die Personaluntergrenzen auftraten, werben Krankenhäuser proaktiv examinierte Pflegefachkräfte mit Gehältern ab, die bis zu 20 Prozent über dem der Altenpflege liegen. (Quelle: Hochschule Niederrhein, Eileen Kamps, Prof. Dr. Ackermann, Prof. Dr. Timmreck (Hrsg.), Pflegestudie 2018 – Wege aus dem Fachkräftemangel in der stationären Altenpflege, Krefeld 2019)

Die heutigen Versorgungsarrangements mit Alten- und Pflegeheimen sind historisch gewachsen und stehen nicht mehr in Einklang mit den sich verändernden Bedürfnissen der Menschen. Immer größere Pflegeheime zu betreiben ist daher keine Zukunftsperspektive. Ein Ausbau der professionellen ambulanten Angebote sowie einer sozialraumorientierten Versorgung im unmittelbaren Lebensumfeld und ein stärker individueller Wohncharakter von Pflegeheimen sind die Forderungen der Zukunft. Eine richtungsweisende Perspektive bieten beispielsweise die „KDA-Quartiershäuser“, die das Kuratorium Deutsche Altenhilfe (KDA) für die fünfte Generation von Pflegeheimen vorschlägt.

Wie bei der ambulanten Pflege spiegelt die Abbildung 20 die hohe berufliche Diversität in der stationären Pflege wider. Weniger als ein Viertel der in Pflegeheimen tätigen Personen sind professionelle Altenpflegerinnen und Altenpfleger. Hiervon ist wiederum über die Hälfte lediglich in Teilzeit beschäftigt.

Auffällig ist der starke Unterschied bei der Berufsgruppe der Krankenschwestern beziehungsweise Krankenpflegerinnen und Krankenpfleger. Während sie in der ambulanten Pflege 25,6 Prozent aller Beschäftigten bilden, so sind es im stationären Bereich lediglich 6,2 Prozent.

Darüber hinaus sind in der stationären Pflege weitere Berufsgruppen tätig. Insbesondere die Gruppe mit berufsfremden Abschlüssen („Sonst. Berufsabschlüsse“) ist mit 410 Personen (29 Prozent) die zahlenmäßig größte Einzelgruppe. 120 Personen (8,4 Prozent) haben überhaupt keinen Berufsabschluss. Sie sind bereits in der Altenhilfe tätig und bilden ein großes Reservoir für Weiterqualifizierungsmaßnahmen.

Erfreulich ist der im Vergleich zur ambulanten Pflege relativ hohe Anteil (sieben Prozent) von Auszubildenden in der stationären Pflege.

Die Zahl der Auszubildenden ist dabei deutlich angestiegen und im Vergleich zur ambulanten Pflege mit sieben Prozent auf einem vergleichsweise hohen Niveau. Gleichwohl kann die Zahl der in der Pflege Beschäftigten mit dem wachsenden Bedarf nicht Schritt halten. Die Folgen der gestiegenen Arbeitsbelastung unterscheiden sich nicht zur Situation in der ambulanten Pflege: Ein

höherer Krankenstand, ein frühzeitiges Ausscheiden aus dem Beruf und eine steigende Belastung für die verbleibenden Kräfte.

Erschwerend für die Pflegeeinrichtungen kommt hinzu, dass seitdem in den Krankenhäusern die Personaluntergrenzen greifen, Krankenhäuser sehr aktiv und durchaus erfolgreich examinierte Pflegefachkräfte abwerben. Diesen aus Sicht der Pflege unerwünschten Wanderungsbewegungen gilt es entgegenzuwirken.

2017 waren 81 Prozent der in der stationären Pflege Beschäftigten weiblich.

Handlungsempfehlungen

Der aktuelle und zukünftig steigende Mangel an Fachkräften in der stationären Pflege ist allgemein bekannt. Zur Begegnung des Fachkräftemangels gelten die gleichen Maßnahmen wie in der ambulanten Pflege. Zur Sicherstellung des Pflegepersonals als auch der pflegerischen Versorgungsqualität bieten sich vier Wege an:

- Die Ausbildung im eigenen Unternehmen,
- die Weiterqualifizierung über Fort- und Weiterbildung,
- der Einsatz ausländischer Pflegefachkräfte,
- die Akademisierung der Pflege.

1. Umfrage zur Verbesserung der Datengrundlage

Für zukünftige Bewertungen und Handlungsempfehlungen ist eine bessere Datengrundlage zu den genannten Wegen aufzubauen. Anhand von Fragebögen oder durch telefonische Datenabfragen ist es möglich, die Personal- und Ausbildungsplatzsituation in den stationären Pflegeeinrichtungen zu erfassen und dadurch einzuschätzen.

Die Einflussnahme der Kommune in diesem Bereich ist begrenzt, trotzdem muss weiterhin für die Verbesserungen in der stationären Pflege plädiert werden. Möglichkeiten bieten sich hier – wie im Bereich der ambulanten Pflege – in einer geeigneten Kinderbetreuung und der Schaffung von bezahlbarem Wohnraum für Pflegenden an.

Es ist Fakt, dass überwiegend Frauen in der Pflege tätig sind, aber um den Pflegenotstand abzufef-

dern, ist es sinnvoll und notwendig, den Anteil männlicher Pflegefachkräfte durch geeignete Maßnahmen zu erhöhen.

2. Rahmenbedingungen verbessern

Im Verbund mit der Wirtschaftsförderung und ihrer Fachkräfteinitiative sollten weitere unterstützende Maßnahmen kreiert werden, um die Rahmenbedingungen für beruflich pflegende Fachkräfte zu verbessern und diese zu binden.

3. Gesetzliche Neuerungen im Blick behalten

Zwei gesetzliche Neuerungen sind hier für zukünftige Bewertungen von Bedeutung:

Das am 1. Januar 2019 in Kraft getretene Pflegepersonal-Stärkungsgesetz (PpSG) verfolgt das Ziel, einen ersten Schritt zur Behebung des Fachkräftemangels zu leisten. Dafür werden unter anderem die Arbeitsbedingungen für das Pflegepersonal verbessert und die Kranken- und Altenpflege attraktiver gestaltet.

Am 1. März 2020 ist das Fachkräfteeinwanderungsgesetz (FEG) in Kraft getreten. Es soll dem allgemeinen Fachkräftemangel entgegenwirken. Durch ein beschleunigtes Fachkräfteverfahren soll eine deutlich schnellere Einreise von Fachkräften ermöglicht werden. Sein Wirkungsgrad bleibt ebenfalls abzuwarten.

Der Wirkungsgrad beider Gesetze kann erst mit dem nächsten Pflegebericht beurteilt werden.

Gleiches gilt für das 2020 in Kraft getretene Gesetz zur Reform der Pflegeberufe. Kernstück dieses Gesetzes ist die neue generalistische Pflegeausbildung. Die bisher getrennten Berufszweige der Kranken-, Alten- und Kinderkrankenpflege werden zusammengeführt. Fachleute befürchten, dass eine generalistische Pflegeausbildung sich zum Nachteil für Pflegeheime, Tagespflegeeinrichtungen oder ambulante Dienste auswirken könnte, denn im Zuge der neuen Ausbildung könnten die Pflegefachkräfte vermehrt zu Krankenhäusern abwandern, in denen sie besser bezahlt werden.

Es bleibt abzuwarten, welche Auswirkung die generalistische Ausbildung auf den Pflegenotstand tatsächlich haben wird.

Einigen der oben genannten Themen hat sich die „Konzertierte Aktion Pflege“ angenommen.

Konzertierte Aktion Pflege

2018 wurde die „Konzertierte Aktion Pflege“ gestartet, gemeinsam von Gesundheits-, Arbeits- und Familienministerium. Im Juni 2019 haben sich Bund und Länder sowie alle relevanten Akteurinnen und Akteure in der Pflege verbindlich auf Ziele und Maßnahmen für bessere Arbeitsbedingungen in den folgenden Bereichen verständigt:

- Bessere Entlohnung,
- mehr Ausbildungsplätze und
- mehr Eigenverantwortung für Pflegekräfte.

Umfassende Informationen zur „Konzertierten Aktion Pflege“ sind unter folgendem Link abrufbar:

www.bmfsfj.de/bmfsfj/aktuelles/alle-meldungen/konzertierte-aktion-pflege--erster-bericht-vorgelegt/162346

Mit dem Gesetzentwurf für ein neues Niedersächsisches Pflegegesetz leistet auch das Land Niedersachsen einen konkreten Beitrag im Rahmen der Konzertierten Aktion Pflege Niedersachsen (KAP.Ni): So werden in Zukunft Investitionszuschüsse nur noch für Anbieter gewährt, die ihre Beschäftigten tarifgerecht bezahlen. Damit werden die Bemühungen für eine angemessene Bezahlung in der Pflege unterstützt.

Seit 2020 wird mit Landesmitteln im Umfang von rund sieben Millionen Euro jährlich die Zahl der Kurzzeitpflege-Plätze erhöht. Die Förderung dieser Plätze ist auch ein Beitrag zur Entlastung von Angehörigen.



Zukunft Pflege

7. Perspektivische Entwicklung von Pflege-, Versorgungs- und Personalbedarf bis 2030

Die häusliche Versorgung pflegebedürftiger Menschen durch Angehörige ist aufgrund des demografischen und sozialen Wandels eine der zentralen Herausforderungen der kommenden Jahrzehnte.

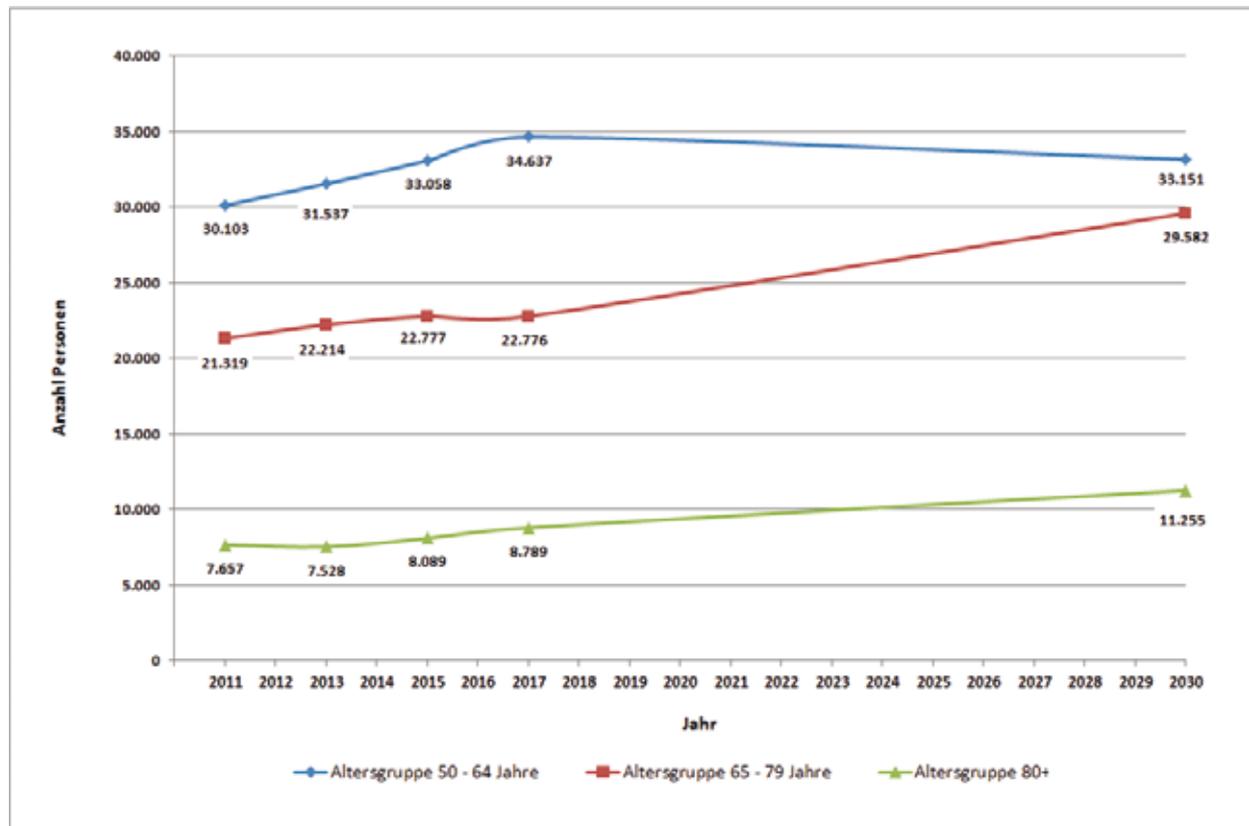
Angesichts der demografischen Entwicklung ist von einem wachsenden Pflegebedarf auszugehen. Insbesondere die Altersgruppe der über 80-Jährigen zeigt einen im Vergleich zu den anderen Altersgruppen deutlich höheren Bedarf an Pflegeleistungen. Wie werden sich zukünftig das private Pflegepotential durch Angehörige und der Personalbedarf in der ambulanten Pflege entwickeln? Die Frage nach dem Personalbedarf stellt sich ebenfalls für den Bereich der stationären Pflege.

7.1 Prognose der Entwicklung des privaten und professionellen Pflegepotenzials

Die nachfolgende Abbildung 21 zeigt die Entwicklung der höheren Altersgruppen in der Oldenburger Bevölkerung von 2011 bis 2017 und deren Prognose für das Jahr 2030. Die Altersgruppe 80+ bildet die Gruppe mit dem höchsten Pflegebedarf ab. Die jüngste hier in den Blick genommene Altersgruppe der 50 bis 64-Jährigen ist wiederum die Gruppe mit dem höchsten privaten Pflegepotential für die Hochbetagten. Die mittlere Altersgruppe ist hier demzufolge von Interesse, da sie die Altersgruppe 80+ aufrückt und damit die nächste Gruppe mit gesteigertem Hilfe- und Pflegebedarf darstellt.

Das zahlenmäßige Verhältnis des privaten Pflegepotenzials lässt sich anhand des „intergenerationalen Unterstützungskoeffizienten“ abbilden.

Abbildung 21: Verhältnis ausgewählter Altersgruppen im Zeitvergleich 2011 bis 2017 und die Prognose für 2030



Quelle: LSN online, eigene Darstellung

Der intergenerationale Unterstützungskoeffizient berechnet sich als Verhältnis der 85-Jährigen und älteren zu den 50- bis 64-Jährigen. Er misst damit das Potenzial sozialer und pflegerischer Unterstützung der Hochaltrigen durch die nachfolgende Generation, in der sich die meisten erwachsenen Kinder der Hochaltrigen befinden. Da sich die Altersgruppe der erwachsenen Kinder im erwerbsfähigen Alter befindet, ist sie mit der Herausforde-

rung konfrontiert, Pflege und Beruf miteinander vereinbaren zu müssen.

Tabelle 30 verdeutlicht die Entwicklung des Pflegepotenzials durch Angehörige zwischen 2012 und 2017 sowie eine Prognose für 2030.

Tabelle 30: Intergenerationaler Unterstützungskoeffizient

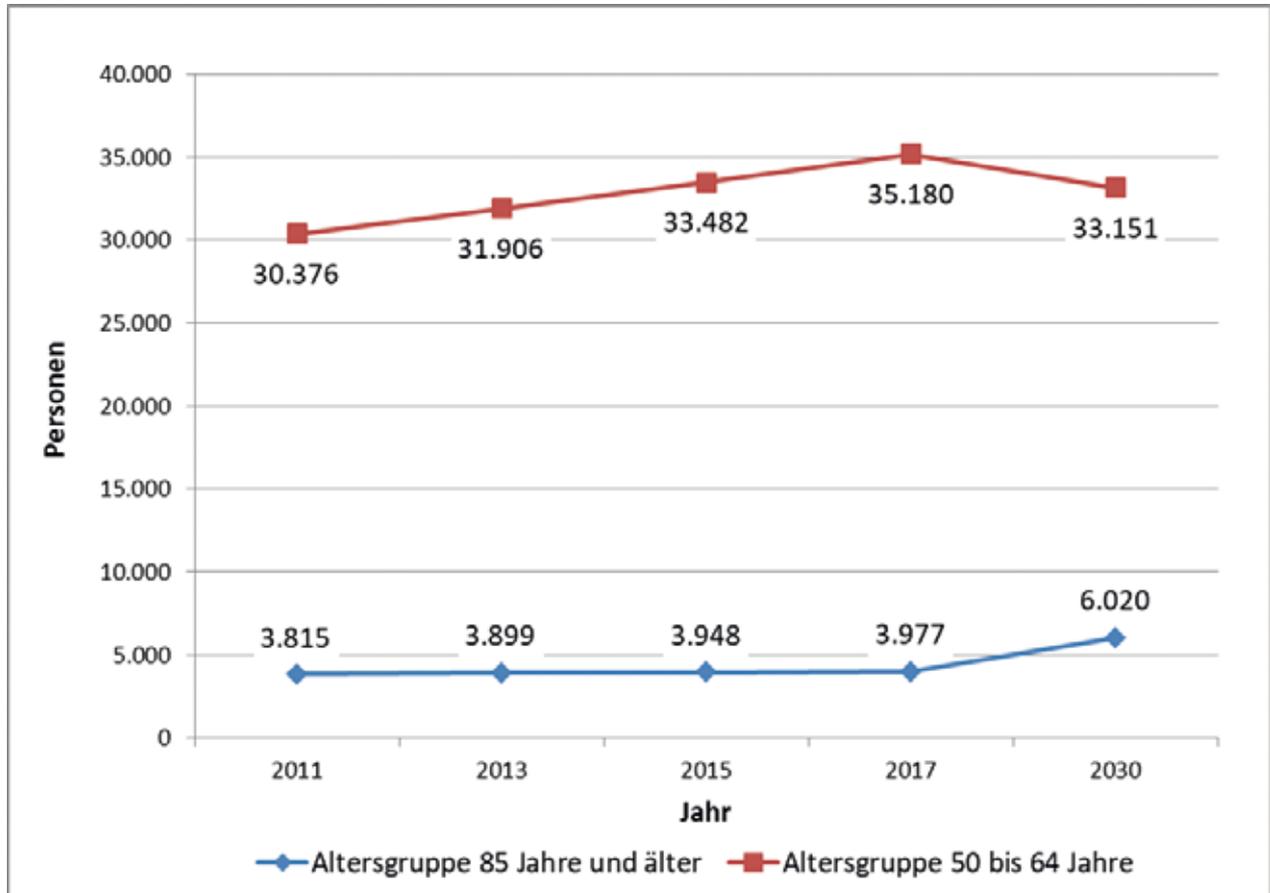
Jahr	Personen Altersgruppe 85 +	Personen Altersgruppe 50 bis 64	Intergenerationaler Unterstützungskoeffizient
1	2	3	4
2011	3.815	30.376	12,6
2013	3.899	31.906	12,2
2015	3.948	33.482	11,8
2017	3.977	35.180	11,3
2030	6.020	33.151	18,2

Quelle: LSN online, eigene Berechnung

Abbildung 22 zeigt das Verhältnis der Altersgruppen, die das Potenzial in der Angehörigenpflege verdeutlicht.



Abbildung 22: Potenzial Angehörigenpflege (Intergenerationaler Unterstützungskoeffizient), grafische Darstellung



Quelle: LSN online und Bertelsmann Stiftung, eigene Darstellung

Entwicklung

Die Bevölkerungsentwicklung zeigt, dass die Altersgruppe der über 80-Jährigen von 2011 bis 2017 um 14,8 Prozent anstieg. Auf Basis der Bevölkerungsvorausberechnung des Landesamts für Statistik Niedersachsen (LSN) zeigt Abbildung 21 für die Zeit bis zum Jahr 2030 einen weiteren Anstieg, der einer Zunahme von 28,1 Prozent entspricht. Die Gruppe der Hochbetagten ist damit die am dynamischsten wachsende Bevölkerungsgruppe überhaupt.

Die nachfolgende Altersgruppe der 65 bis 79-Jährigen ist im Zeitraum von 2011 bis 2017 um 6,8 Prozent angewachsen, sie wird bis 2030 um 29,9 Prozent ansteigen. Dieser hohe Anstieg liegt an den nachrückenden Jahrgängen der zahlenmäßig starken Babyboomer (geburtensstarke Jahrgänge).

Die Altersgruppe der 50 bis 64-Jährigen stieg von 2011 bis 2017 um 15,1 Prozent, bis 2030 wird sie im Vergleich zu 2017 hingegen um 4,3 Prozent zurückgehen.

Die Spalte 4 der Tabelle 30 verdeutlicht, dass im Jahr 2011 ungefähr 13 Hochbetagte auf 100 Personen der Altersgruppe der 50- bis 64-Jährigen kamen, im Jahr 2017 waren es rechnerisch 11 Hochbetagte. Das Potential der Angehörigenpflege hat sich in diesem Zeitraum also leicht verbessert. Im Jahr 2030 müssen sich rechnerisch 100 Personen der Altersgruppe 50 bis 64 um zirka 18 Hochbetagte kümmern. Die Altersgruppe 50 bis 64 entspricht 2030 in etwa der Zahl von 2015, aber die Gruppe der Hochbetagten ist 2030 um zirka 52,5 Prozent höher als 2015.

Das private Pflegepotenzial ist dementsprechend als langsam sinkend einzustufen. Im Vergleich zur ambulanten und stationären Pflege bleibt es aber auf einem vergleichsweise hohen Niveau.

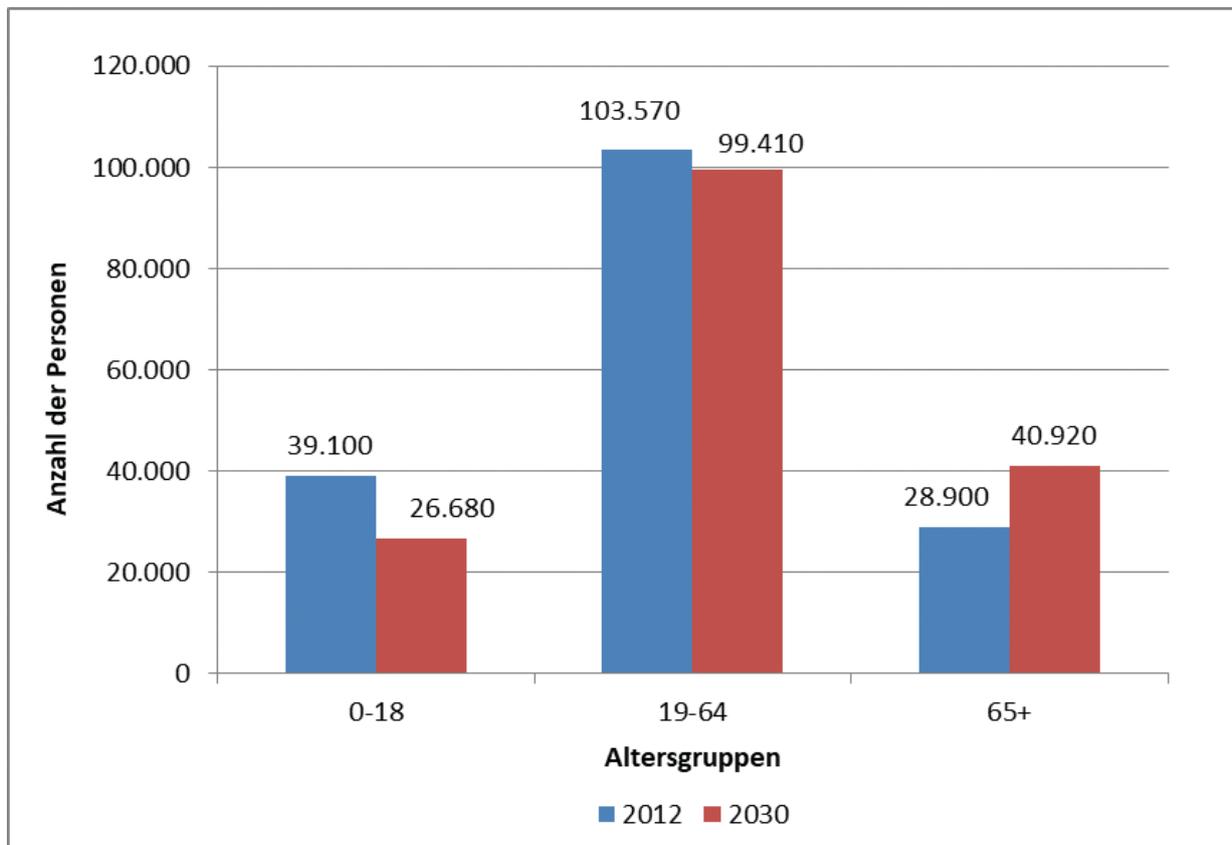
Ein weiterer wichtiger Indikator ist die zukünftige personelle Versorgungssituation in der professionellen Pflege in Oldenburg.

Kapitel 6 zeigt die Entwicklung von ambulantem und stationärem Pflegepersonal zwischen 2011 und 2017. Die Anzahl der Beschäftigten in ambulanter Pflege stieg zwischen 2011 und 2017 um 62,8 Prozent und in der stationären Pflege um 13,3 Prozent. Vertiefend werden diese Zahlen im Kapitel „6. Personal in Pflegeeinrichtungen“ auf Seite 89 betrachtet.

Das Potential der zukünftigen Versorgungssituation lässt sich über die Entwicklung des Erwerbspotenzials ermitteln, welches die erwerbsfähige Bevölkerung zwischen 19 bis 64 Jahren betrachtet. Das Erwerbspotenzial zeigt an, ob durch einen Anstieg der Erwerbsbevölkerung bis 2030 potenziell mehr Menschen dem Arbeits- und damit auch dem Pflegemarkt zur Verfügung stehen oder ob die Versorgungslücke bei einem Rückgang der erwerbsfähigen Bevölkerung größer wird.

Abbildung 23 zeigt die Bevölkerungsentwicklung verschiedener Altersgruppen in Oldenburg von 2012 bis 2030 mit besonderem Augenmerk auf die erwerbsfähige Bevölkerung im Alter von 19 bis 64 Jahren.

Abbildung 23: Prognose der Entwicklung der erwerbsfähigen Bevölkerung von 2012 zu 2030, Oldenburg



Quelle: Bertelsmann Stiftung, eigene Berechnung

Die Abbildung 23 zeigt, dass die Altersgruppe der 19 bis 64-Jährigen bis zum Jahr 2030 etwas kleiner wird. Die erwerbsfähige Bevölkerung schrumpft um 4.160 Personen beziehungsweise um 5,8 Prozent, was in etwa dem bundesweiten Durchschnitt entspricht. Die Versorgungslücke in Oldenburg wird sich potenziell bis 2030 also etwas ausweiten.

Wie stark die Versorgungslücken bei den Pflegekräften in konkreten Zahlen ausfallen zeigt Tabelle 31.



Tabelle 31: Pflegevorausberechnung, Versorgungslücken 2030, Oldenburg

Indikator	Versorgungslücke 2030
1	2
ambulante Pflege (Anzahl Pflegefachkräfte)	257
stationäre Pflege (Anzahl Pflegefachkräfte)	427
ambulante Pflege (in Prozent)	38,5
stationäre Pflege (in Prozent)	47

Quelle: Bertelsmann Stiftung, Wegweiser Kommune: Pflegevorausberechnung

Im Jahre 2030 beträgt die Lücke zwischen Personalbedarf und Personalangebot im ambulanten Pflegebereich 38,5 Prozent des vorhandenen Personalangebotes aus dem Jahr 2013. In Vollzeitäquivalenten ausgedrückt fehlen 2030 voraussichtlich 257 Fachkräfte.

Die Personallücke im stationären Bereich fällt mit fehlenden 427 Fachkräften noch stärker aus. Im Jahr 2030 beträgt die Lücke zwischen Personalbedarf und Personalangebot im stationären Pflegebereich 47 Prozent des vorhandenen Personalangebotes aus dem Jahr 2013.

Bewertung und Zusammenfassung

Der Bereich der häuslichen Pflege ist deshalb so wichtig, weil drei Viertel aller Pflegebedürftigen durch Angehörige zu Hause versorgt wird, der

Großteil davon allein durch Angehörige, siehe Kapitel „4.1 Pflege durch Angehörige 1“ auf Seite 47.

Der Bedarf an Hilfe und Pflege wird in den kommenden Jahren zunehmen. Dies lassen die Zahlen zur Bevölkerungsentwicklung vermuten. Deutliche Hinweise darauf geben auch die Berechnungen zur Pflegebedürftigkeitsentwicklung aus dem Kapitel „3. Pflegebedürftigkeitsentwicklung“ auf Seite 30. Demnach ist die Zahl der Pflegebedürftigen sowohl im stationären als auch im ambulanten Bereich im Zeitraum zwischen 2011 und 2017 deutlich angestiegen.

Die Zunahme an pflegebedürftigen Menschen bei gleichzeitigem Rückgang der Bevölkerung im erwerbsfähigen Alter führt zukünftig zu Versorgungslücken. Dies betrifft die ambulante Pflege ebenso wie die stationäre Pflege.

Die Eltern der Babyboomer sind jetzt in einem Alter mit hohem Pflegebedarf. Ihre Versorgung findet in einem noch günstigen demografischen Umfeld statt, da ihnen die quantitativ starken Kohorten der Babyboomer nachfolgen. Diese Situation wird sich ändern, wenn die Babyboomer selbst aus dem Erwerbsleben ausscheiden und noch später selber in das Alter mit erhöhter Pflegewahrscheinlichkeit hineinwachsen.

Auch aufgrund der Individualisierung der Lebensformen, infolge der Veränderungen der Partnerschaftlichen Lebensformen, der zunehmenden Frauenerwerbstätigkeit und der größeren Wohntfernungen zwischen hochbetagten Eltern und ihren erwachsenen Kindern, ist längerfristig damit zu rechnen, dass immer weniger Ältere in ein Familiennetzwerk eingebunden sein werden. Die Abbildungen 21 und 22 zeigen, dass das demografische Potenzial für die Pflege durch Angehörige künftig zurückgehen wird. Kann der Unterstützungsbedarf dann nicht durch andere Netze aufgefangen werden, wird sich die Bedeutung der professionellen Pflege zwangsläufig erhöhen. Damit ist anzunehmen, dass mehr Pflegeleistungen in den Bereich der institutionellen Pflege verlagert werden, was eine Zunahme des Bedarfs an Pflegekräften bedeutet.

Es ist also nicht nur die demografische Alterung, die den Bedarf an professioneller Pflege ansteigen lässt.

Bei der Betrachtung des professionellen Pflegepotenzials ist erkennbar, dass die Entwicklung der Personalzahlen zwischen 2011 und 2017 deutlich angestiegen ist. Die Tabelle 29 belegt jedoch, dass sich bis 2030 ein deutlicher Personalmangel in der ambulanten Pflege und ein noch stärkerer Personalmangel in der stationären Pflege abzeichnen.

Ebenso verdeutlicht die Berechnung des Erwerbspotenzials einen zukünftigen Mangel an Personalressourcen. Die Zahl der erwerbsfähigen Bevölkerung wird kleiner, wodurch auch ein Rückgang des Pflegepersonals bis 2030 anzunehmen ist.

Das ebenfalls sinkende private Pflegepotenzial wird somit die Situation für die pflegebedürftigen Menschen und den Pflegemarkt verschärfen.

Sollte diese Situation nicht durch neu generiertes Pflegepersonal ausgeglichen werden, kann der steigende Bedarf an Pflege bei weitem nicht gedeckt werden.

Handlungsempfehlungen

1. Informationsmix über das Berufsfeld Pflege

Der Gesundheits- und Pflegebereich tritt bereits heute – und zukünftig noch stärker – mit anderen Wirtschaftsbereichen in den Wettbewerb um Fachkräfte. Wenn junge Menschen motiviert werden sollen, den Pflegeberuf zu ergreifen, benötigen sie entsprechende und umfassende Informationen, auch über Qualifizierungsmöglichkeiten und berufliche Aufstiegschancen. Wenn die in der Altenpflege Arbeitenden ihre Tätigkeit langfristig und gesund ausüben sollen, bedarf diese eine Aufwertung materieller und immaterieller Art.

2. Pflegepersonal gewinnen

Die oben aufgeführten Indikatoren weisen auf eine Veränderung in der Versorgungsstruktur hin. Die Bevölkerungsalterung bedingt das sinkende familiäre Pflegepotenzial und verlangt zunehmend nach professionellen Versorgungsformen, um einer entsprechenden Pflegeinfrastruktur gerecht zu werden. Die Pflegeinfrastruktur funktioniert aber nur mit einer dafür ausreichenden Zahl an Pflegebeschäftigten. Ziel sollte also sein, zukünftiges Pflegepersonal zu generieren, was über verschiedene Wege möglich ist, siehe hierzu die Handlungsempfehlungen in den Kapiteln „6.1 Pflegepersonal in der ambulanten Pflege“ auf Seite 89 und „6.3 Pflegepersonal in der stationären Pflege“ auf Seite 96.

3. Alternative Pflegearrangements

Der Fokus kann nicht nur in der Schaffung weiterer stationärer Pflegeeinrichtungen liegen, vielmehr sollten alternative Pflegearrangements geschaffen werden. Dies können beispielsweise Wohngemeinschaften sein, wie es sie in Oldenburg auch schon gibt. In den Wohn- oder Wohnpflegegemeinschaften leben pflegebedürftige zusammen und werden durch ambulante Pflegekräfte und Angehörige unterstützt.

Eine Wohnpflegegemeinschaft ist darauf ausgerichtet, die Versorgung und Pflege der Bewohnerinnen und Bewohner möglichst bis ans Lebens-

ende zu gewährleisten. Sie kann dazu beitragen, den Verbleib im eigenen sozialen Umfeld zu ermöglichen, bei gleichzeitiger Gewährleistung der benötigten Pflege. Im Zuge der (gewünschten) Ambulantisierung ist die Entwicklung solcher alternativer Wohnformen weiter zu verfolgen.

4. Quartiersausrichtung forcieren

Generell ist es sinnvoll, den Quartiersgedanken im Blick zu haben. Dabei sind folgende Fragen handlungsleitend:

- Was ist nötig, damit ältere oder pflegebedürftige Menschen möglichst lange und selbstständig im eigenen sozialen Nahraum leben können?
- Wie kann ihre gesellschaftliche Teilhabe erhalten werden?
- Welche sozialen Strukturen und (Pflege-)Angebote sollten hierfür im Quartier vorgehalten werden?

Vor dem Hintergrund der Bevölkerungsentwicklung, des Fachkräftemangels und unter der Prämisse des Verbleibs im Quartier spielt die Etablierung und Förderung eines „Hilfemix“ im Quartier eine zentrale Rolle: An- und Zugehörige, Nachbarn oder Freunde unterstützen hilfebedürftige Menschen in ihrem Wohnumfeld im Alltag und ergänzen so den Bereich der professionellen Pflege. Siehe hierzu auch das Kapitel „3. Pflegebedürftigkeitsentwicklung“ auf Seite

30. Angesichts der angestrebten Quartiersentwicklung wäre es wünschenswert, wenn sich Pflegeheime stärker in den Stadtteil öffnen.

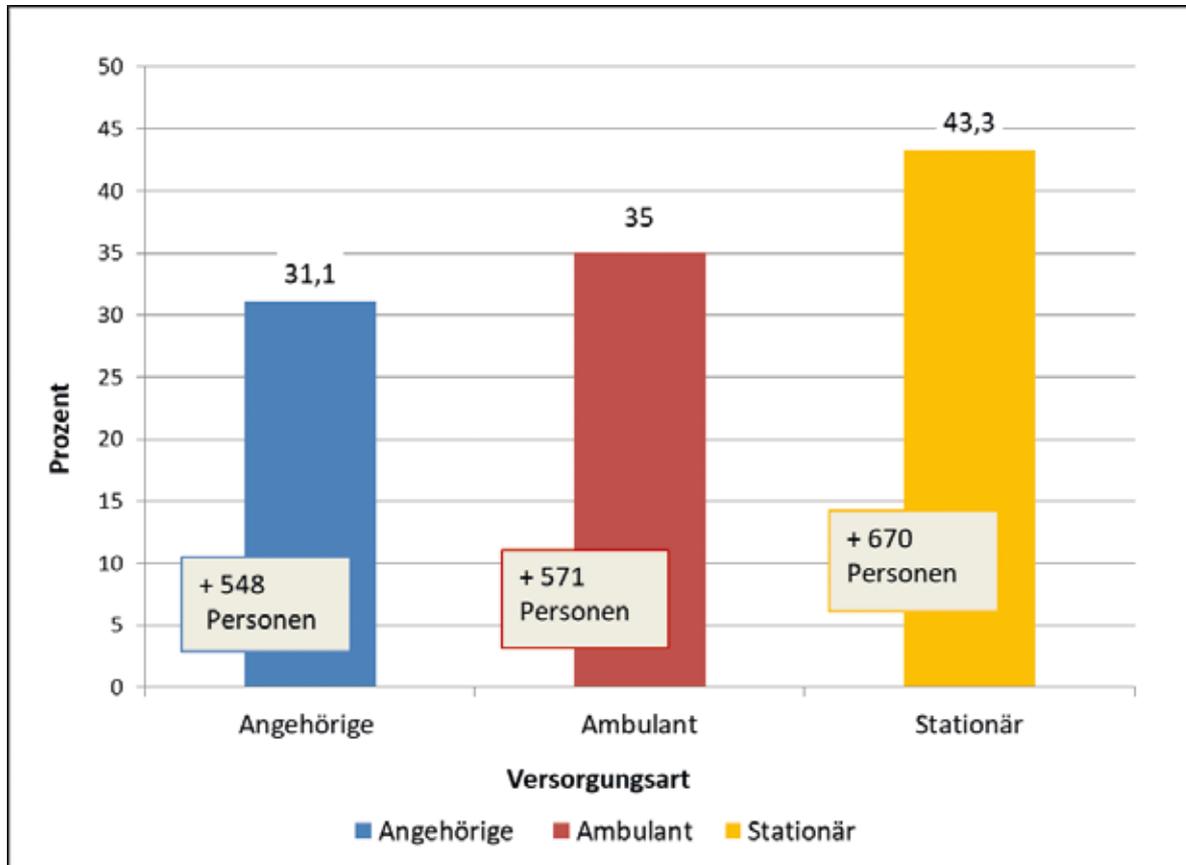
Da im Bereich der Pflege Akteure auf verschiedensten Ebenen agieren, sind hier ganz besonders die Netzwerkstrukturen in Stadtteilen und Quartieren zu fördern und zu entwickeln. Tiefergehende Informationen hierzu bietet das Oldenburger Konzept „Sicherung von Versorgung, Pflege und Wohnen in Stadtteil und Quartier für Jung und Alt“, welches 2021 im Modellgebiet Kreyenbrück/Bümmerstede erprobt wird.

7.2 Prognostizierte Entwicklung der Nachfrage der einzelnen Leistungsformen

Leistungsformen in der Pflege lassen sich gliedern in vollstationäre Pflege, teilstationäre Pflege, Tages- und Nachtpflege sowie ambulante Pflege. Im Folgenden werden die Leistungsformen in Pflege durch An- und Zugehörige, ambulante Pflege und stationäre Pflege untergliedert. Die Darstellung der Inanspruchnahme weiterer Ebenen lässt die aktuelle Datenlage nicht zu. Dieser Indikator ist für eine bedarfsgerechte Planung der zukünftigen Pflegeangebote von Bedeutung. Abbildung 24 zeigt die prognostizierbare Veränderung der Inanspruchnahme der jeweiligen Leistungsform bis 2030 in Prozent.



Abbildung 24: Zunahme Pflegebedürftiger nach Versorgungsarten in Prozent bis 2030, Basisjahr 2013



Quelle: Bertelsmann Stiftung, eigene Darstellung

Entwicklung

Die Zahl der Inanspruchnahme der verschiedenen Leistungen wird sich verändern. Die Abbildung 24 zeigt, dass die Leistungsform der Pflege durch Angehörige bis 2030 um 31,1 Prozent zunehmen wird. In Zahlen bedeutet das eine Zunahme von 548 Personen, die durch Angehörige zuhause gepflegt werden. Die Inanspruchnahme der ambulanten Pflege nimmt in einem ähnlichen Umfang zu. 2030 werden 35 Prozent mehr Pflegebedürftige ambulant betreut; in Zahlen sind das 571 Personen. Der stärkste Zuwachs zeigt sich bei der Leistungsform der stationären Pflege mit einem Anstieg von 43,3 Prozent, beziehungsweise 670 Pflegebedürftigen mehr in der stationären Pflege.

Bewertung und Zusammenfassung

Alle drei Leistungsformen werden zukünftig wachsen und vermehrt nachgefragt. Auffällig ist, dass der höchste Anstieg bei der stationären Pflege prognostiziert wird. Dies entspräche nicht der gewollten Entwicklung zu vorwiegend ambulanten Pflegeangeboten und der Stärkung der Pflege durch Angehörige. Daher ist es wichtig im Vorfeld dieser möglichen Entwicklung mit geeigneten Maßnahmen entgegenzusteuern, um den hohen Anstieg im Bereich der stationären Pflege abzufedern. Gleiches gilt allerdings auch für die beiden anderen Leistungsformen, denn grundsätzlich bedeutet eine Pflegebedürftigkeit starke individuelle Einschränkungen. Daher lautet das Ziel in Hinblick auf alle drei Leistungsformen, den funktionellen Abbau bei den Betroffenen zu verhindern, Mobilitätseinschränkungen zu reduzieren, Vereinsamung vorzubeugen und Teilhabe zu erhalten.

Handlungsempfehlungen

Die Inanspruchnahme der professionellen Pflegeangebote wird deutlich steigen. Dies ist allerdings nur möglich, wenn eine entsprechende Pflegeinfrastruktur aus Pflegeangebot und zugehörigem Personal vorhanden ist. Ähnlich wie im vorigen Abschnitt beschrieben, ist hierfür dringend einem weiter steigenden Fachkräftemangel entgegenzuwirken. Die größte Zunahme wird dieser Prognose zufolge die Inanspruchnahme der stationären Pflege erfahren, was vermutlich mit der hohen Zunahme der Hochbetagten zusammenhängt, welche wiederum den höchsten Pflegebedarf unter allen Altersgruppen haben.

1. Pflegealternativen finden

Die Entwicklung der Nachfrage der einzelnen Leistungsformen passt nicht zur Leitlinie, vorwiegend ambulante Pflegeangebote zu schaffen, um dem inklusiven Quartiersgedanken gerecht zu werden. Ein Fokus sollte daher sein, aktiv nach Pflegealternativen zur stationären Pflege zu suchen. Dies können die oben bereits beschriebenen Wohnpflegegemeinschaften, das Mehrgenerationenwohnen oder andere Pflegearrangements sein.

Die Zunahme der Inanspruchnahme durch An- und Zugehörige fällt zwar nicht so hoch aus wie die der ambulanten und stationären Pflege, dennoch ist sie deutlich. Alarmierend sollte deshalb die Prognose für das familiäre Pflegepotenzial sein, welches bis 2030 sinken wird. Der Ausbau einer professionellen Versorgungsstruktur, in einem Netzwerk aus ehrenamtlichen Pflegebeziehungsweise Unterstützungsangeboten, ist deshalb unumgänglich.

2. Gesundheitsförderung, Prävention und Rehabilitation

Ebenso sind zusätzlich Maßnahmen zur Gesundheitsförderung, Prävention und Rehabilitation für alle Altersgruppen weitere Bausteine, den beschriebenen Defiziten zu begegnen. Insbesondere für ältere Menschen sind sie von hoher Relevanz. Ziel der Prävention ist die Vermeidung oder Verzögerung von Krankheiten und ihren Folgen. So können die Mobilität erhalten, Selbstständigkeit und Teilhabe im Alltag unterstützt und die Entstehung von Pflegebedürftigkeit hinausgezögert werden. Auch Rehabilitation kann den Eintritt von Pflegebedürftigkeit hinauszögern und eine

schnellere Wiedererlangung der Selbstständigkeit ermöglichen. Geschlecht, kultureller Hintergrund, die soziale Lage, der ökonomische oder der Bildungsstatus haben dabei Einfluss auf die Lebenssituation sowie den Gesundheitszustand Älterer und führen zu sehr unterschiedlichen Bedürfnissen und Bedarfen. Wichtig sind daher vielfältige Angebotsformen und insbesondere Zugänge für finanziell benachteiligte Zielgruppen.

Gesundheitsförderung, Prävention und Rehabilitation sind zwar primär Aufgabe des Bundes, der Länder und der Krankenkassen, aber eine inklusive Quartiersentwicklung kann hier positiv unterstützend wirken.

Stationäre Einrichtungen könnten die Öffnung in das Quartier durch entsprechende Angebote forcieren. Die Pflege durch An- oder Zugehörige sollte gefördert und unterstützt werden, auch die Generierung weiterer Freiwilliger ist ein Weg, um der aufgezeigten Entwicklung gerecht zu werden und einen Teil des prognostizierten Pflegebedarfs zu decken.

Auch hier sind also Netzwerkstrukturen in Stadtteilen und Quartieren vielfältig zu entwickeln und zu fördern. Das Konzept „Sicherung von Versorgung, Pflege und Wohnen im Stadtteil und Quartier für Jung und Alt“ hat zum Ziel, dieses gemeinsam mit allen relevanten Akteuren eines Quartiers umzusetzen.



Projekte & mehr

8. Kommunale Projekte, Aktivitäten und Verbünde im Bereich Pflege

8.1 Bündnis Pflege – Örtliche Pflegekonferenz in der Stadt Oldenburg nach § 4 NPflegeG

Das „Bündnis Pflege – Örtliche Pflegekonferenz“ ist die örtliche Pflegekonferenz in der Stadt Oldenburg. Parallel zur Oldenburger Gesundheitskonferenz werden hier im regelmäßigen Fachaustausch die pflegerischen und gesundheitlichen Angebote, Dienstleistungen und fachspezifischen Themen in der Stadt Oldenburg erörtert und reflektiert. Dabei werden insbesondere Festlegungen getroffen über gemeinsam und einheitlich zu verfolgende Ziele und Handlungsfelder.

Durch den regelmäßigen Fachaustausch werden pflegepolitische und gesellschaftliche Entwicklungen und Bedarfe vor Ort identifiziert und reflektiert. Dabei ist das Bündnis Pflege ein auf Konsensfindung angelegtes Gremium, welches gemeinsam und in enger Abstimmung mit der kommunalen Gesundheitskonferenz passgenaue Lösungen oder Projekte initiiert und realisiert.

In der Präambel der Geschäftsordnung des „Bündnis Pflege – Örtliche Pflegekonferenz“ der Stadt Oldenburg heißt es: „Das Thema Pflege ist ein inklusives Querschnittsthema unserer Gesellschaft und wird vor dem Hintergrund des demografischen Wandels immer komplexer. Die Partizipation an und Inanspruchnahme von Pflege soll für alle Menschen in Oldenburg gewährleistet werden. Das Thema Pflege soll aus professionellen und privat erlebten Blickwinkeln betrachtet werden, um möglichst tragfähige Ergebnisse zu befördern. Deshalb müssen pflegerische Aufgaben und Herausforderungen allgemeiner und über eine umfassendere Altersgruppe betrachtet werden.“

Das Bündnis Pflege berät und formuliert Beschlussempfehlungen zu Fragen der pflegerischen Versorgungsstruktur, Versorgungslücken und vernetzt alle in der Pflege tätigen Personen und Einrichtungen miteinander. Darüber hinaus setzt sich das Bündnis für ein positiveres Image des Themas Pflege ein.

Die neue Geschäftsordnung wurde mit den Mitgliedern der bisherigen – und seit 2011 ruhenden – Pflegekonferenz im Mai 2017 diskutiert und einstimmig beschlossen. Die konstituierende Sitzung des neuen „Bündnis Pflege – Örtliche

Pflegekonferenz in der Stadt Oldenburg“ erfolgte im August 2017.

Die Sitzungen sind öffentlich und Termine und Protokolle sind auf der Homepage der Stadt Oldenburg zu finden.

www.oldenburg.de/buendnis-pflege

Arbeitsgruppen

Das Bündnis Pflege hat zur Vorbereitung und Vertiefung einzelner Themen und bestimmter Fragestellungen Arbeitsgruppen gebildet.

Derzeit sind dies:

- AG Versorgungsstrukturen im Quartier
- AG Demenz
- AG Pflegefachkräfte

Handlungsempfehlungen

1. Fachaustausch intensivieren

Die Erfahrungen aus der Arbeit des „Bündnis Pflege – Örtliche Pflegekonferenz“ haben gezeigt, wie wichtig und zielführend die Vernetzung der lokalen Akteure ist. Für die Zukunft ist neben der Gesamtvernetzung auch ein themenbezogener Fachaustausch sinnvoll, so dass sich beispielsweise anlassbezogen nur die ambulanten Pflegedienste oder nur die Anbieter stationärer Pflege treffen und austauschen. Die Relevanz für einen themenbezogenen Fachaustausch zeigte sich beispielsweise während der Corona-Krise für die Pflegeheime.

Auch weiterhin werden in den Arbeitsgruppen Themen diskutiert und die entstehenden Beschlussempfehlungen an die politischen Gremien weitergegeben.

8.2 Initiativen und Projekte

Im Kontext Pflege gibt es in Oldenburg weitere Initiativen und Projekte, die teilweise im Zusammenhang mit dem Bündnis Pflege, teilweise auch davon unabhängig aktiv sind.

- **AK Gerontopsychiatrie im Sozialpsychiatrischen Verbund**

Die psychiatrisch tätigen Institutionen sind im Sozialpsychiatrischen Verbund der Stadt Oldenburg zusammengeschlossen. Dessen Geschäftsführung liegt beim Sozialpsychiatrischen Dienst. Das Ziel der Hilfen ist die möglichst selbstständige und eigenverantwortliche Lebensführung der betroffenen Menschen in ihrem gewohnten Lebensbereich. Speziell für psychisch kranke ältere Menschen wurde innerhalb des Sozialpsychiatrischen Dienstes ein Gerontopsychiatrischer Dienst eingerichtet. Der AK Gerontopsychiatrie tagt zweimal jährlich.

- **Wettbewerb „IM conTAKT“ MIT DEMENZ**

Der Arbeitskreis Demenz im Bündnis Pflege hatte im September 2019 den Wettbewerb „IM conTAKT MIT DEMENZ“ initiiert. Ziel war es, jugendlichen Teilnehmenden Mut zu machen, sich offen den Themen des Alterns zu nähern. Über die kreative Auseinandersetzung mit dem Thema, dem Kontakt und der Begegnung mit betroffenen Menschen und Fachleuten haben die projektteilnehmenden Jugendlichen sich ihre ganz eigenen Gedanken gemacht und dadurch Vorurteile, Berührungängste und zum Teil auch Unsicherheiten gegenüber den erkrankten Menschen abgebaut.

- **Fachtag Pflege**

2020 richtete die Stadt auf Initiative einer Arbeitsgruppe im Bündnis Pflege einen „Fachtag Pflege“ aus, an dem rund 170 Personen teilnahmen. Sozialministerin Carola Reimann stellte die „Konzertierte Aktion Pflege Niedersachsen“ (KAP.Ni) vor, die die Situation der Pflege in Niedersachsen nachhaltig verbessern soll, insbesondere im Bereich bessere Bezahlung und bessere Arbeitsbedingungen. Hierzu gehört auch die Novellierung des Niedersächsischen Pflegegesetzes.

Die Stadt machte deutlich, dass es ein wichtiges Anliegen ist, auch die pflegespezifischen Versorgungsstrukturen zu verbessern und bedarfsgerecht zu fördern. Hierzu gehören die Einrichtung einer neuen Kurzzeitpflegeeinrichtung und der Wunsch der Kommune nach einer gesetzlich gesicherten Sozialpla-

nungshoheit im Bereich der Pflege in eigener Verantwortung.

- **Projekt „Sicherung von Versorgung, Pflege und Wohnen in Stadtteil und Quartier für Jung und Alt“**

Aus Mitteln des Landesförderprogramms für Demografie-Projekte auf dem Gebiet der Metropolregion Nordwest und in Weser-Ems sowie der Stadt Oldenburg wurde im Dezember 2019 dieses große Projekt aufgelegt. Mit Hilfe der Entwicklung eines stadtweiten Konzepts soll die Versorgung, Pflege und Wohnsituation in Oldenburg stadtteil- beziehungsweise quartiersbezogen gedacht und somit eine soziale Stadtentwicklung gestärkt werden, die für die Menschen aller Generationen und Kulturkreise Sorge trägt. Besonderheit ist die kooperative Erarbeitung zwischen externem Projektbüro, Akteuren aus der Stadtgesellschaft und der ressortübergreifenden Projektgruppe der Stadtverwaltung. Neben einer Analyse und Prognose steht die Entwicklung des Gesamtkonzepts ebenso wie eine exemplarische Erprobung im Stadtteil beziehungsweise im Quartier auf der Agenda. Die Laufzeit endet im Dezember 2021, das Zwischenergebnis des Gesamtkonzeptes wird Anfang 2022 vorliegen.

- **Wohnpaten**

In Pflege-Wohn-Gemeinschaften übernehmen Angehörige in selbstorganisierten Pflege-Wohn-Gemeinschaften sehr viele organisatorische und alltagsbegleitende Aufgaben. Bewohnerinnen und Bewohner, die keine Angehörigen (vor Ort) haben, sollten ehrenamtliche Wohnpaten zur Verfügung stehen. Diese unterstützen die Bewohnerinnen und Bewohner in der Alltagsorganisation. Eine Arbeitsgemeinschaft des Bündnisses Pflege befasst sich seit 2020 damit, ein solches Ehrenamtsmodell in Oldenburg aufzubauen.

- **Modellprojekt Telepflege**

Um den Engpässen im Bereich der ambulanten Pflege entgegenzuwirken, hat die VITA – Akademie im Zeitraum vom 01. Mai 2017 bis 30. April 2019 das innovative Projekt der „Telepflege“ erprobt. Telepflege ist die Erbringung pflegerischer Gesundheitsleistungen durch Pflegepersonen im Gesundheitswesen

unter Verwendung von Informations- und Kommunikationstechnologie. Pflegehilfskräfte und Fachkräfte werden bei Kundinnen und Kunden durch telepflegerische und telemedizinische Beratung und Anleitung unterstützt. Das Projekt wurde durch Mittel der Europäischen Union (EU) beziehungsweise des Europäischen Sozialfonds (ESF) gefördert.

- **DemenzNetz Oldenburg**

Im April 2015 wurde in Oldenburg das DemenzNetz Oldenburg gegründet, eine Arbeitsgemeinschaft des Versorgungsnetzes Gesundheit e. V.

Das DemenzNetz Oldenburg ist ein Expertenverbund und Zusammenschluss von Einrichtungen aus den Bereichen Gesundheit, Pflege, Seniorenhilfe, Bildung und Sport und gehört zum Trägerverein des Versorgungsnetzes Gesundheit e. V. Die Steuerungsgruppe des DemenzNetzes Oldenburg trifft sich circa alle zwei Monate. Zu ihren Aufgaben gehören unter anderem der Informationsaustausch über Themen im Bereich der Demenz sowie die Entwicklung von neuen Ideen für Projekte und Veranstaltungen.

Die Steuerungsgruppe wird unterstützt durch Arbeitsgruppen, die regelmäßig vierteljährlich tagen. Seit Januar 2018 wird die Steuerungsgruppe durch einen wissenschaftlichen Beirat begleitet. Ein erklärtes Ziel des DemenzNetzes war der Aufbau einer Demenz-Informations- und Koordinationsstelle in Oldenburg (DIKO).

- **Demenz-Informations- und Koordinationsstelle Oldenburg (DIKO)**

Zum 1. Januar 2017 wurde mit städtischen Mitteln die Demenz-Informations- und Koordinationsstelle Oldenburg, kurz DIKO, in Trägerschaft des Versorgungsnetzes Gesundheit e. V. eingerichtet. Damit soll Menschen mit Demenz und deren Angehörigen ein weitgehend selbstbestimmtes Leben mit gesellschaftlicher Teilhabe in Oldenburg ermöglicht werden.

Die DIKO führt alle professionellen und ehrenamtlichen Akteure aus dem Bereich Demenz im „AK Demenzsensibles Oldenburg“ zusammen. Dort wird für die Betroffenen ein

koordiniertes und transparentes Hilfesystem vorgehalten und eine abgestimmte Öffentlichkeitsarbeit betrieben.

Die DIKO bündelt alle vorhandenen Hilfsangebote der Kommune, um diese den Demenzkranken, Angehörigen und Hilfesuchenden gut verständlich und niedrighschwellig zur Verfügung stellen.

Im Rahmen aktiver Öffentlichkeitsarbeit (Veranstaltungsformat: WissenSCHAFFT Gesellschaft) klärt die DIKO über das Krankheitsbild Demenz, über Bewältigungsstrategien und über geeignete Kommunikations- und Umgangsformen für Angehörige und Gesellschaft auf.

Zudem steht die DIKO für Beratungen der Verwaltung und Politik zur Verfügung und unterstützt die Kommune bei Fragen rund um das Thema Demenz.

- **Bündnis Innovation in der Daseinsvorsorge Weser-Ems**

Das Bündnis Innovation in der Daseinsvorsorge ist eine Initiative der zwölf Landkreise und fünf kreisfreien Städte in Weser-Ems. Wesentlich getragen wird das Bündnis jedoch durch die Vielzahl der (halb)staatlichen und privaten Akteure, die täglich mit Aufgaben der Daseinsvorsorge zu tun haben. Im Bündnis entstehen neue Lösungen, gleichzeitig sind genau diese Akteure auf gute Rahmenbedingungen für ihre Arbeit angewiesen. Dafür will das Bündnis Beiträge leisten und regionalen Rückhalt schaffen. Eine neu eingerichtete Servicestelle unterstützt dabei. Im Innovationsfeld Gesundheit und Pflege erfordert die demografische Entwicklung neue Lösungsansätze in der medizinischen Versorgung. Pflege gilt es insbesondere in dörflichen und häuslichen Gemeinschaften neu zu denken, zum Beispiel mit dem Aufbau einer elektronischen Pflegeplattform. Geplant ist eine solche Plattform für das Jahr 2021.



Anhang

9. Anhang

9.1. Definition der Pflegegrade und des Begutachtungsverfahrens

I. Grad der Pflegebedürftigkeit und Begutachtungsverfahren

Seit 1. Januar 2017 wurden die zuvor geltenden drei Pflegestufen von fünf neuen Pflegegraden abgelöst. Pflegebedürftige erhalten abhängig von der Schwere der Beeinträchtigung der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten einen Grad der Pflegebedürftigkeit. Mit der Feststellung eines Pflegegrades ergibt sich ein Anspruch auf Pflegeleistungen.

Der Pflegegrad wird mit dem neuen Prüfverfahren, Neues Begutachtungsassessment (NBA) genannt, gutachterlich nach einem Punktesystem ermittelt.

- Pflegegrad 1 – geringe Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten
- Pflegegrad 2 – erhebliche Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten
- Pflegegrad 3 – schwere Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten
- Pflegegrad 4 – schwerste Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten
- Pflegegrad 5 – schwerste Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten mit besonderen Anforderungen für die pflegerische Versorgung

II. Leistungen der Pflegeversicherung in den Versorgungsformen

Pflegegeld nach § 37 SGB XI

Übernehmen Angehörige, Bekannte oder andere nicht erwerbsmäßig pflegende Personen die Pflege und Betreuung, erhält die pflegebedürftige Person das sogenannte Pflegegeld, das sie an die Pflegeperson weitergeben kann. Die Inanspruchnahme von Pflegegeld setzt voraus, dass die erforderliche körperbezogene Pflege und pflegerische Betreuung sowie Hilfen bei der Haushaltsführung sichergestellt sind.

Höhe des Pflegegeldes pro Monat
(Stand: 23. Oktober 2020):

- Pflegegrad 2: 316 Euro
- Pflegegrad 3: 545 Euro

- Pflegegrad 4: 728 Euro
- Pflegegrad 5: 901 Euro

Pflegesachleistungen nach § 36 SGB XI

Als Pflegesachleistung wird häusliche Pflege bezeichnet, die durch Pflegedienste erbracht wird. Zu den Leistungen der Pflegedienste gehören körperbezogene Pflegemaßnahmen, pflegerische Betreuungsmaßnahmen sowie Hilfen bei der Haushaltsführung. Ein Pflegedienst kann freige wählt werden. Zur Abrechnung mit der Pflegekasse muss der Pflegedienst jedoch einen Versorgungsvertrag mit der Pflegekasse abgeschlossen haben.

Höhe der Pflegesachleistung pro Monat
(Stand: 23. Oktober 2020):

- Pflegegrad 2: 689 Euro
- Pflegegrad 3: 1.298 Euro
- Pflegegrad 4: 1.612 Euro
- Pflegegrad 5: 1.995 Euro

Die pflegebedürftigen Personen mit Pflegegrad 1 haben die Möglichkeit, den Entlastungsbetrag von monatlich 125 Euro für Pflegesachleistungen zu nutzen.

Kombinationsleistungen nach § 38 SGB XI

Es handelt sich um eine Kombination aus Pflegesachleistungen und Pflegegeld, bei der die häusliche Pflege durch eine Pflegeperson mit Pflegeleistungen der Pflegedienste kombiniert wird.

Tages- und Nachtpflege nach § 41 SGB XI

Zur Entlastung der Pflegeperson kann die pflegebedürftige Person an Wochentagen oder tagesweise eine Betreuung in einer Tagespflegereinrichtung nutzen. Die pflegebedürftige Person kann hier von den Angeboten zur Freizeitgestaltung sowie von der Gesellschaft mit anderen profitieren. Als teilstationäre Versorgungsleistung existiert auch die Nachtpflege, allerdings sind in Niedersachsen gegenwärtig kaum entsprechende Angebote verfügbar. Leistungen der Tages- und der Nachtpflege umfassen auch die notwendige Beförderung des Pflegebedürftigen von der Wohnung zur Einrichtung und zurück.

Höhe der Leistungen für Tages- und Nachtpflege
(Stand: 23. Oktober 2020):

- Pflegegrad 2: 268 Euro
- Pflegegrad 3: 1.298 Euro
- Pflegegrad 4: 1.612 Euro
- Pflegegrad 5: 1.995 Euro

Pflegebedürftige mit Pflegegrad 1 haben die Möglichkeit, den Entlastungsbetrag von monatlich 125 Euro für Tages- und Nachtpflege zu nutzen. Auch die pflegebedürftige Person mit Pflegegrad 2 bis 5 kann den Entlastungsbetrag zusätzlich für die Tages- und Nachtpflege verwenden.

Kurzzeitpflege nach § 42 SGB XI

Eine vorübergehende Unterbringung in einer Kurzzeitpflegeeinrichtung oder einem Pflegeheim kann nötig sein, wenn sich beispielsweise die Pflegebedürftigkeit vorübergehend erheblich ausweitert oder die Pflegeperson krankheits- oder urlaubsbedingt ausfällt. Pflegebedürftigen Personen der Pflegegrade 2 bis 5 zahlt die Pflegekasse für acht Wochen bis zu 1.612 Euro pro Kalenderjahr für die pflegerische Versorgung, die medizinische Behandlungspflege und die Betreuung. Zusätzlich ist es möglich, nicht verbrauchte Beträge aus der Verhinderungspflege nach § 39 SGB XI für die Kurzzeitpflege mit zu nutzen. Das sind maximal 1.612 Euro.

Stationäre Dauerpflege nach § 43 SGB XI

Pflegebedürftige Personen der Pflegegrade 2 bis 5 haben Anspruch auf Pflege in einer vollstationären Einrichtung. Die Pflegekasse übernimmt pflegebedingte Aufwendungen, Aufwendungen für Betreuung und für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege.

In jeder Pflegeeinrichtung wird ein einrichtungseinheitlicher Eigenanteil (eeE) erhoben. Zusätzlich dazu sind von der pflegebedürftigen Person die Kosten für Unterbringung und Verpflegung sowie betriebsnotwendige Investitionen zu zahlen. Eine pflegebedürftige Person des Pflegegrades 1 erhält einen Zuschuss in der Höhe von monatlich 125 Euro.

Höhe des Anspruchs pro Monat (Stand: 23. Oktober 2020):

- Pflegegrad 2: 770 Euro
- Pflegegrad 3: 1.262 Euro
- Pflegegrad 4: 1.775 Euro
- Pflegegrad 5: 2.005 Euro

Pflegeberatung nach § 7a SGB XI

Versicherte haben Anspruch auf eine Beratung durch Pflegeberaterinnen, beziehungsweise Pflegeberater ihrer Pflegekasse, wenn sie einen Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung stellen oder bereits Pflegeleistungen erhalten. Auch ihre Angehörigen können Pflegeberatung in Anspruch nehmen, vorausgesetzt, die pflegebedürftige Person stimmt zu.

Angebote zur Unterstützung im Alltag

Jede pflegebedürftige Person in häuslicher Pflege kann ergänzend zu den bereits beschriebenen ambulanten Pflegeleistungen Leistungen im Rahmen des sogenannten Entlastungsbetrages erhalten. Hierfür steht ein monatliches Budget von 125 Euro zur Verfügung. Mit dem Entlastungsbetrag können sowohl Regelleistungen für Kurzzeitpflege, Tages- und Nachtpflege aufgestockt werden, als auch nach Landesrecht anerkannte alltagsunterstützende Angebote in Anspruch genommen werden. Es handelt sich um Betreuungsangebote für die pflegebedürftige Person, Angebote zur Entlastung der Pflegeperson und um Angebote zur Entlastung im Alltag.

9.2 Glossar

Grad der Pflegebedürftigkeit

Zum 1. Januar 2017 wurden die bisher geltenden drei Pflegestufen von den fünf neuen Pflegegraden abgelöst. Pflegebedürftige erhalten abhängig von der Schwere der Beeinträchtigungen ihrer Selbstständigkeit oder ihrer Fähigkeiten einen Grad der Pflegebedürftigkeit. Der Pflegegrad wird mit dem neuen Prüfverfahren NBA (Neues Begutachtungsassessment) gutachterlich nach einem Punktesystem ermittelt.

Kurzzeitpflege

Kurzzeitpflege in stationären Pflegeeinrichtungen soll Zeitspannen überbrücken, in denen eine häusliche oder teilstationäre Pflege nicht möglich oder nicht ausreichend ist.

Menschen mit Migrationshintergrund/ Ausländerinnen und Ausländer

Hierunter versteht man die Personen, die selbst oder deren Vorfahren aus einem anderen Staat eingewandert sind. Die Definition knüpft meist an die Staatsangehörigkeit an und kennzeichnet daher in der Regel Personen, die selbst oder deren Vater oder Mutter nicht mit deutscher Staatsangehörigkeit geboren wurden. Nach einer Definition des Statistischen Bundesamtes beschreibt der Begriff in Deutschland lebende Ausländer, eingebürgerte Deutsche, die nach 1949 in die Bundesrepublik eingewandert sind, sowie in Deutschland geborene Kinder mit deutschem Pass, bei denen sich der Migrationshintergrund von mindestens einem Elternteil ableitet. Der Begriff „Menschen mit Migrationshintergrund“ wird mittlerweile als schwammig und unpassend diskutiert. Alternativen sind: Diverskulturelle, Interkulturelle, Menschen mit internationaler Geschichte und Menschen mit Einwanderungsgeschichte.

Unter „ausländischer Bevölkerung“ versteht man Personen, die in Deutschland wohnhaft sind, aber nicht die deutsche Staatsangehörigkeit besitzen.

Personal

In der Pflegestatistik werden sämtliche Personen erfasst, die in einem Arbeitsverhältnis zum Pflegedienst oder Pflegeheim stehen und teilweise oder ausschließlich Leistungen nach SGB XI erbringen. Dazu zählen auch vorübergehend Abwesende (z. B. Erkrankte, Urlauberinnen oder Urlauber). In der Pflegeeinrichtung tätige Inhaberinnen oder Inhaber werden ebenfalls in die Erhebung einbezogen.

Personal (geschätzte Vollzeitäquivalente)

Hier erfolgt eine Umrechnung der Arbeitszeiten des Personals in Vollzeitstellen. Im Rahmen der Pflegestatistik ist nur eine Schätzung der Vollzeitäquivalente möglich, da in der Statistik nicht die exakten Arbeitszeiten des Personals laut Arbeitsvertrag, sondern Zeitspannen erhoben werden. Auch wird der Arbeitsanteil nach dem SGB XI nicht in die Schätzungen einbezogen. Die Schätzung soll einen ergänzenden Einblick in die Personalstrukturen bieten. Folgende Faktoren

werden dabei genutzt: Vollzeitbeschäftigt (Faktor 1), Teilzeitbeschäftigt über 50 Prozent (Faktor 0,75), Teilzeitbeschäftigt 50 Prozent und weniger, aber nicht geringfügig beschäftigt (Faktor 0,45), Geringfügig beschäftigt (0,25), Auszubildende oder Auszubildender, (Um-)Schülerin oder (Um-)Schüler (0,5), HelferIn oder HelferIn im freiwilligen sozialen Jahr (1), HelferIn oder HelferIn im Bundesfreiwilligendienst (1), PraktikantIn oder Praktikant außerhalb einer Ausbildung (0,5).

Pflegebedürftigkeit

Die Pflegebedürftigkeit ist in Deutschland durch das SGB XI definiert. Es enthält in § 14 und § 15 genaue Bestimmungen dazu, wann ein Mensch per Gesetz als „pflegebedürftig“ zu bezeichnen ist und wie diese Einstufung gemessen und beurteilt wird. Daraus ergibt sich der Anspruch auf Pflegeleistungen. Laut SGB XI gelten alle Menschen als pflegebedürftig, die nach bestimmten Kriterien in ihrer Selbstständigkeit eingeschränkt sind und für voraussichtlich mindestens sechs Monate pflegerische und betreuende Hilfen benötigen.

Pflegedienst

Pflegedienste sind selbstständig wirtschaftende Einrichtungen, die unter ständiger Verantwortung einer ausgebildeten Pflegefachkraft pflegebedürftige in ihrer Wohnung pflegen und hauswirtschaftlich versorgen.

Pflegefachkraft

Als Pflegefachkraft werden Gesundheits- und Krankenpflegerinnen, beziehungsweise Gesundheits- und Krankenpfleger, Kindergesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen, beziehungsweise Kindergesundheits- und Kinderkrankenpfleger, sowie Altenpflegerinnen und Altenpfleger bezeichnet. Die Ausbildung dauert drei Jahre und schließt mit einer staatlichen Abschlussprüfung ab. 2020 ist die neue generalisierte Pflegeausbildung in Kraft getreten, die die Gesundheits- und Krankenpflege-, die Altenpflege- und die Kinderkrankenpflegeausbildung zusammenführt.

Pflegegeld

Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 können anstelle von Pflegeleistungen durch ambulante Pflegedienste ein Pflegegeld beantragen. Es handelt sich um eine finanzielle Leistung der Pflegeversicherung, die monatlich ausgezahlt wird. Ein Anspruch besteht dann, wenn die Pflege selbst sichergestellt wird, also beispielsweise Angehörige oder Freunde die notwendigen körperpflegerischen, hauswirtschaftlichen und betreuungsbezogenen Aufgaben erbringen.

Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 haben bei häuslicher Pflege Anspruch auf körperbezogene Pflegemaßnahmen und pflegerische Betreuungsmaßnahmen sowie auf Hilfen bei der Haushaltsführung als Sachleistung (häusliche Pflegehilfe). Die Höhe des monatlichen Pflegegeldes ist ebenso wie der Anspruch auf Sachleistungen nach den Pflegegraden 1 bis 5 gestaffelt.

Pflegeheim

Kann die Versorgung in der eigenen Häuslichkeit nicht mehr sichergestellt werden, können Pflegeeinrichtungen als Alternativen in Betracht gezogen werden. Zu differenzieren ist zwischen der vollstationären Versorgung in einem Pflegeheim und der teilstationären Versorgung in Tages- und Nachtpflegeeinrichtungen.

Pflegekonferenz

Das Niedersächsische Pflegegesetz definiert in § 4 NPflegeG örtliche Pflegekonferenzen wie folgt:

- Im Zuständigkeitsbereich eines Landkreises oder einer kreisfreien Stadt können eine Pflegekonferenz (örtliche Pflegekonferenz) oder mehrere solcher Konferenzen gebildet werden, um dort Fragen 1. der pflegerischen Versorgung der Bevölkerung, 2. der notwendigen pflegerischen Versorgungsstruktur, 3. der Koordinierung von Leistungsangeboten zu beraten.
- Einer örtlichen Pflegekonferenz sollen mindestens in jeweils gleicher Zahl Vertreterinnen und Vertreter der kommunalen Körperschaften, der Pflegeeinrichtungen und der

Pflegekassen angehören. Ihr sollen weitere Personen, insbesondere Vertreterinnen und Vertreter der Pflegebedürftigen und des Pflegepersonals, angehören. Auf eine hälftige Besetzung mit Frauen ist hinzuwirken.

Pflegende Angehörige

Der Begriff „Pflegerische Angehörige“ geht über den Begriff der Familienangehörigen hinaus und schließt neben leiblichen Verwandten und der Ehepartnerin beziehungsweise dem Ehepartner auch nicht-eheliche Beziehungen, enge Freundinnen und Freunde sowie Bekannte ein. Pflegerische Angehörige leisten einen Teil der Betreuung oder die gesamte Betreuung und Pflege der beziehungsweise des Pflegebedürftigen ehrenamtlich.

Pflegeperson

Wer eine oder mehrere pflegebedürftige Personen des Pflegegrades 2 bis 5 in ihrer häuslichen Umgebung nicht erwerbsmäßig für wenigstens zehn Stunden wöchentlich, verteilt auf regelmäßig mindestens zwei Tage in der Woche, pflegt, ist im Sinne der Pflegeversicherung eine Pflegeperson und kann Leistungen der sozialen Sicherung von der Pflegeversicherung erhalten.

Pflegequote

Die Pflegequote stellt den prozentualen Anteil Pflegebedürftiger an der jeweiligen Bevölkerungsgruppe dar.

Pflegesachleistungen

Pflegesachleistungen sind monatliche, nach Grad der Pflegebedürftigkeit gestaffelte Leistungsbeiträge, die für den Einsatz von ambulanten Pflegediensten in der Häuslichkeit genutzt werden können. Inkludiert sind körperbezogene Pflegemaßnahmen, pflegerische Betreuungsmaßnahmen, häusliche Krankenpflege, Beratungsleistungen sowie Hilfe bei der Haushaltsführung.

Pflegestützpunkt beziehungsweise Senioren- und Pflegestützpunkt

Pflegestützpunkte werden von den Kranken- und Pflegekassen auf Initiative eines Bundeslandes eingerichtet und bieten Hilfesuchenden Beratung und Unterstützung. Pflegebedürftige und ihre Angehörigen erhalten im Pflegestützpunkt alle wichtigen Informationen, Antragsformulare und konkrete Hilfestellungen.

Prävalenz

Unter Prävalenz wird die (relative) Häufigkeit von Krankheits- oder Pflegebedürftigkeitsfällen zu einem bestimmten Zeitpunkt verstanden. Die Prävalenz lässt Rückschlüsse darauf zu, wie viele Menschen einer bestimmten Gruppe definierter Größe an einer bestimmten Krankheit erkrankt beziehungsweise pflegebedürftig geworden sind.

Sozialhilfe, hier: Hilfe zur Pflege

Bei der Hilfe zur Pflege handelt es sich um eine Sozialhilfe, die pflegebedürftigen Personen zusteht, wenn sie die für die Pflege benötigten finanziellen Mittel durch eigenes Einkommen oder Vermögen nicht oder nicht vollständig decken können.

Tages- und Nachtpflege

Die Tages- und Nachtpflege (teilstationäre Versorgung) umfasst die zeitweise Betreuung einer pflegebedürftigen Person im Tagesverlauf beziehungsweise während der Nacht in einer Pflegeeinrichtung.

Teilstationäre Pflege

Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 haben Anspruch auf teilstationäre Pflege, wenn häusliche Pflege nicht in ausreichendem Umfang sichergestellt werden kann oder wenn dies zur Ergänzung oder Stärkung der häuslichen Pflege erforderlich ist. Es kann teilstationäre Tages- und Nachtpflege zusätzlich zu ambulanten Pflegesachleistungen, Pflegegeld oder Kombinationsleistungen in

Anspruch genommen werden, ohne dass eine Anrechnung auf diese Ansprüche erfolgt.

Vakanzenzeiten bei Stellenbesetzungen

Bei einer Vakanzzeit handelt es sich um den Zeitraum, der zwischen Stellenausschreibung und der finalen Besetzung der Stelle vergeht.

Verfügbare Plätze

Als verfügbare Plätze zählen die am Erhebungstichtag für die Pflegestatistik zugelassenen und tatsächlich verfügbaren Pflegeplätze, die von dem Pflegeheim gemäß Versorgungsvertrag nach SGB XI vorgehalten werden, unabhängig von den derzeit belegten Plätzen. Dabei wird nach der Art des Pflegeplatzes differenziert (Dauer-, Kurzzeit-, Tages- oder Nachtpflege).

Vergütung

Zu den vergütungsfähigen Leistungen in der ambulanten Pflege zählen Leistungen der Grundpflege, der hauswirtschaftlichen Versorgung, Wegepauschalen sowie Pflegeeinsätze von Pflegediensten bei Pflegegeldempfängerinnen und Pflegegeldempfängern nach § 37 Absatz 3 SGB XI. In der stationären Versorgung erfolgt die Vergütung über Pflegesätze als Entgelte für die Pflegeleistung der Einrichtung sowie für die soziale Betreuung und teilweise für die medizinische Behandlungspflege.

Verhinderungspflege

Die Verhinderungspflege kann in Anspruch genommen werden, wenn die Pflegeperson aufgrund einer Erkrankung, eines Erholungsurlaubs oder anderer Gründen an der Durchführung der Pflege gehindert ist. Die Verhinderungspflege kann durch eine vertraute Person – Angehörige, Freundin beziehungsweise Freund oder Nachbarin beziehungsweise Nachbar – oder durch einen ambulanten Pflegedienst geleistet werden. Alternativ kann auch eine vollstationäre Einrichtung, zum Beispiel eine Kurzzeitpflegeeinrichtung, die Ersatzpflege übernehmen.

Vollstationäre Dauerpflege

Vollstationäre Dauerpflege wird in Anspruch genommen, wenn eine pflegebedürftige Person in ein Pflegeheim umzieht und dort Tag und Nacht gepflegt und betreut wird.

Zugelassene Pflegeeinrichtungen

Die Pflegekassen gewähren finanzielle Hilfen für die Pflege nur in zugelassenen ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen, mit denen ein Versorgungsvertrag besteht. Im Versorgungsvertrag sind Art, Inhalt und Umfang der allgemeinen Pflegeleistungen festzulegen, die von der Pflegeeinrichtung während der Dauer des Vertrages für die Versicherten zu erbringen sind.

Quelle Glossar: Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung, Komm. Care.

9.3 Abbildungs- und Tabellenverzeichnis

Abbildung 1: Siedlungsstruktur der Stadt Oldenburg

Tabelle 1: Die 9 statistischen Bezirke der Stadt Oldenburg

Abbildung 2: Entwicklung der Bevölkerungszahl, Oldenburg, Zeitreihe

Abbildung 3: Entwicklung der Altersstruktur, nach Altersgruppen, Oldenburg, Zeitreihe

Abbildung 4a: Verteilung der Altersgruppe 65+, Oldenburg, 2017 (Karte)

Abbildung 4b: Verteilung der Altersgruppe 65+, Oldenburg, 2017 (Diagramm)

Abbildung 5: Verteilung der Gesamtbevölkerung, Oldenburg, 2017

Abbildung 6: Altenquotient, Oldenburg, Zeitreihe

Abbildung 7: Ausländerinnen- und Ausländeranteil in Prozent, Oldenburg, Zeitreihe

Tabelle 2: Gliederung der Pflegegrade und Pflegeleistungen der Pflegereform 2017

Tabelle 3: Anzahl der Pflegebedürftigen, Oldenburg, Zeitreihe

Abbildung 8: Anteil der Pflegebedürftigen, ambulant und stationär, Zeitreihe

Tabelle 4: Anzahl der Pflegebedürftigen an der Gesamtbevölkerung, Zeitreihe

Tabelle 5: Pflegebedürftige in ambulanter und stationärer Pflege (ohne Pflegegeld), Oldenburg, nach Altersgruppen

Tabelle 6: Pflegegeld (gesamt), Oldenburg, nach Altersgruppen

Tabelle 7: Pflegebedürftige in ambulanter und stationärer Pflege (ohne Pflegegeld), nach Pflegegrad beziehungsweise Pflegestufe, Oldenburg, Zeitreihe

Tabelle 8: Pflegegeldempfängerinnen und Pflegegeldempfänger (ohne Sachleistung), nach Pflegegrad beziehungsweise Pflegestufe, Oldenburg, Zeitreihe

Tabelle 9: Ausländerinnen- und Ausländeranteil in Prozent, Oldenburg, Zeitreihe

Tabelle 10: Pflegequote – Prozentualer Anteil an der Altersgruppe, Oldenburg, 2017

Tabelle 11: Anteil ausländischer Personen an der Gesamtbevölkerung, Oldenburg, Zeitreihe

Tabelle 12: Anteil Personen mit Migrationshintergrund, Oldenburg, Zeitreihe

Abbildung 9: Anteil ausländischer Personen der Altersgruppe 65+ im Vergleich zur Altersgruppe 65+ der Gesamtbevölkerung, Oldenburg, Zeitreihe

Tabelle 13: Pflegegeldempfängerinnen und Pflegegeldempfänger (ohne Sachleistung), nach Pflegegrad beziehungsweise Pflegestufe, Oldenburg, Zeitreihe

Tabelle 14: Pflegegeldempfängerinnen und Pflegegeldempfänger (nur Sachleistungen), Oldenburg, Zeitreihe

Tabelle 15: Pflegegeldempfängerinnen und Pflegegeldempfänger (gesamt) nach Altersgruppen, Oldenburg, Zeitreihe

Abbildung 10: Pflegegeldempfängerinnen und Pflegegeldempfänger (ohne Sachleistungen) nach Altersgruppen, Oldenburg, 2017

Tabelle 16: Pflegedienste nach Träger, Oldenburg, Zeitreihe

Tabelle 17: Pflegebedürftige in ambulanter Pflege nach Pflegegrad beziehungsweise Pflegestufe, Oldenburg, Zeitreihe

Tabelle 18: Pflegebedürftige in ambulanter Pflege nach Altersgruppen, Oldenburg, Zeitreihe

Abbildung 11a: Übersicht Spezialisierte Fachpflegedienste

Tabelle 19: Pflegerische Versorgung: Stationäre Dauerpflege und Tagespflege, Oldenburg, Zeitreihe

Tabelle 20: Pflegebedürftige in stationärer Pflege (Pflegeheime) nach Pflegegrad beziehungsweise Pflegestufe, Oldenburg, Zeitreihe

Tabelle 21: Pflegebedürftige in stationärer Pflege nach Altersgruppen, Oldenburg, Zeitreihe

Tabelle 22: Kurzzeitpflege, Abgelehnte Anfragen von Pflegebedürftigen (Schätzung), Oldenburg, 2017

Abbildung 11b: Tagespflegeeinrichtungen, Oldenburg, 2020

Tabelle 23: Tagespflegeeinrichtungen und Anzahl der Plätze, Oldenburg, Zeitreihe

Abbildung 12: Krankenhausbetten in Oldenburger Krankenhäuser

Abbildung 13: Krankenhausbetten nach Fachrichtungen, 2017

Abbildung 14: Auswahl Krankenhausbetten pro Fachabteilung, 2020

Abbildung 15: Anzahl der Klientinnen und Klienten des Sozialpsychiatrischen Dienstes und Erstkontakte, Zeitreihe

Abbildung 16: Anzahl der Klientinnen und Klienten des Psychosozialen Krisendienstes, Zeitreihe

Tabelle 24: Demenzerkrankungen (Schätzung), Oldenburg, Zeitreihe

Tabelle 25: Demenzerkrankungen (Schätzung) nach Geschlecht und Altersgruppen, Oldenburg, 2017

Tabelle 26: Hilfe zur Pflege, Anzahl Personen nach Leistungsart, insgesamt, Oldenburg, 2017

Tabelle 27: Hilfe zur Pflege, Kosten in Euro und nach Leistungsart, insgesamt und per Monat, Oldenburg, 2017

Abbildung 17a: Anzahl Pflegepersonal und Pflegebedürftige, ambulante Pflege, Oldenburg, Zeitreihe

Abbildung 17b: Anzahl Vollzeitäquivalente in der ambulante und stationären Pflege, Oldenburg, Zeitreihe

Abbildung 18: Berufsabschlüsse Pflegepersonal, ambulante Pflege, Oldenburg, 2017

Tabelle 28: Pflegepersonal, ambulant, Geschlecht und Beschäftigungsverhältnis, Oldenburg, 2017

Abbildung 19a: Anzahl Pflegepersonal und Pflegebedürftige, stationäre Pflege, Oldenburg, Zeitreihe

Abbildung 19b: Anzahl Vollzeitäquivalente in der ambulante und stationären Pflege, Oldenburg, Zeitreihe

Abbildung 20: Berufsabschlüsse Pflegepersonal, stationäre Pflege, Oldenburg, 2017

Tabelle 29: Pflegepersonal, stationär, Geschlecht und Beschäftigungsverhältnis, Oldenburg, 2017

Abbildung 21: Verhältnis ausgewählter Altersgruppen im Zeitvergleich 2011 bis 2017 und deren Prognose für 2030

Tabelle 30: Intergenerationaler Unterstützungskoeffizient, Darstellung in Tabellenform

Abbildung 22: Potential Angehörigenpflege (Intergenerationaler Unterstützungskoeffizient), grafische Darstellung

Abbildung 23: Prognose der Entwicklung der erwerbsfähigen Bevölkerung von 2012 zu 2030, Oldenburg

Tabelle 31: Pflegevorausberechnung, Versorgungslücken 2030, Oldenburg

Abbildung 24: Zunahme Pflegebedürftiger nach Versorgungsarten in Prozent bis 2030, Basisjahr 2013

