

Pflegebedarfsplanung 2017 - 2030

Impressum

Herausgeber: Hansestadt Lübeck
Fachbereich Wirtschaft und Soziales
Bereich Soziale Sicherung
23539 Lübeck

Erstellung: Dr. Gerhard Bender

Beiträge und Redaktion: Claudia Schwartz, Matthias Wulf
Team Verträge und Vereinbarungen: Fr. Schultz, Fr. Spies
Materielle Hilfen: Hr. Langhans
Ambulante Hilfe zur Pflege: Fr. König, Fr. Sonntag
Hilfe zur Pflege in Einrichtungen: Fr. Blank, Fr. Rösing
Pflegestützpunkt/Beratungsstelle für Erwachsene und Senioren:
Fr. Brinkmann, Fr. Henke, Fr. Claus

Druck: Druckerei Krage

Internet: www.soziales.luebeck.de

Auflage: 70 gedruckte Exemplare

Nachdruck (auch auszugsweise) nur mit Quellenangabe

Vorwort

Der vorliegende Bericht wurde unmittelbar vor Ausbruch der Corona-Pandemie im Februar dieses Jahres fertig gestellt. Innerhalb kürzester Zeit haben sich die Rahmenbedingungen nun jedoch drastisch geändert, was einer Publikation dieses Berichtes zunächst entgegen stand oder diese zumindest in Frage stellte. Trotzdem entschieden wir uns dafür, diesen Bericht nun der Öffentlichkeit vorzustellen, da dieser zahlreiche Basisinformationen und Grundlagen für die nun neu zu überdenkende Maßnahmenplanung enthält.



Schon vor der Corona-Krise zeigte sich, dass wir mehr Pflegekräfte brauchten. Mit dem Pflegepersonalstärkungsgesetz sollten bundesweit 13.000 zusätzliche Stellen geschaffen werden, wobei nach einem Gutachten der Universität Bremen bundesweit mehr als 100.000 zusätzliche Pflegekräfte notwendig wären, um den drängenden Bedarf zu beheben. Wollte man dänische Pflegestandards erreichen, wären gar bis zu einer halben Million zusätzliche Stellen erforderlich. Doch scheitern diese Zahlenspiele daran, dass derzeit noch nicht einmal die bereits vorhandenen Stellen besetzt werden können.

Diverse Gesetze wurden auf Bundesebene auf den Weg gebracht, doch die Situation vor Ort hat sich dadurch bisher nicht wesentlich verbessert. Weitere gesetzliche Verbesserungen sind in Arbeit und auch notwendig. Angesichts der Corona-Krise zeigen sich nun weitere Bedarfe zur Umstrukturierung der Pflege.

Wir müssen uns fragen, wie eine alternde Gesellschaft mit der steigenden Zahl pflegebedürftiger Menschen und deren gesundheitlichen Bedürfnissen umgehen soll und wie viel es uns wert ist. Für Fachleute und Politik vor Ort stellt sich die Frage, welche Lösungen auf kommunaler Ebene, ergänzend zu den Bundes- und Landesgesetzen, angeboten werden können. Welche Best-Practice-Beispiele aus anderen Kommunen können in Lübeck übernommen werden? Wie kann das Verbleiben in der Wohnung oder im Quartier auch im Pflegefall gewährleistet werden, d.h. wie können wir die ambulante Pflege, die teilstationäre Pflege oder das Wohnen mit Service ausbauen und weiter unterstützen?

Und vor Allem angesichts der aktuellen Entwicklungen: Wie ist der Schutz unserer älteren Bevölkerung vor Infektionen nicht nur kurzfristig, sondern auch langfristig zu organisieren?

Viele dieser Fragen kann der vorliegende Pflegebedarfsplan nicht beantworten. Er bietet jedoch eine Übersicht zu den kommunalen Pflegestrukturen, gibt eine Abschätzung des zukünftigen Pflegebedarfs in der Hansestadt Lübeck und ist somit eine wichtige Planungs- und Diskussionsgrundlage zum überaus wichtigen Thema Pflege. Die Corona-Pandemie zeigt uns deutlich auf, dass die Stärkung der Pflege eine der großen Zukunftsaufgaben sein wird.

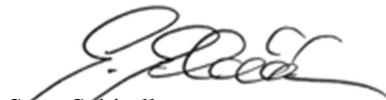
Mit der Vision 2030 der städtischen SeniorInnenEinrichtungen sollen die Weichen für die Zukunft nicht nur hinsichtlich der stationären Versorgung gestellt werden. Es ist zudem geplant, dass die städtischen Einrichtungen ihre Angebotspalette um Tagespflege, ambulante Pflege und Wohngemeinschaften für ältere Menschen erweitern.

Gemäß §3 des Landespflegegesetzes ergibt sich für die Kreise und kreisfreien Städte die Pflicht, Bedarfspläne für ihr Gebiet aufzustellen. Die Pläne sind regelmäßig fortzuschreiben. Auf Grundlage der amtlichen Pflegestatistik und eigener Erhebungen legt der Bereich Soziale Sicherung daher nun diesen Bericht vor.

In einem Workshop, zu dem Fachkundige und Interessenvertretungen aus dem Bereich der Pflege sowie Personen aus der Politik im Frühsommer 2019 geladen waren, wurden zu fünf Themenbereichen Defizite genannt und Vorschläge zu Handlungsempfehlungen gesammelt, die sich im vorliegenden Bericht wiederfinden. Diese bedürfen nun angesichts der veränderten Rahmenbedingungen einer Neubewertung und Ergänzung.

Ich möchte an dieser Stelle ganz herzlich allen danken, die bei der Erstellung dieses Berichtes mitgewirkt haben.

Lübeck, im April 2020



Sven Schindler
Senator

Inhaltsverzeichnis

VORWORT	3
EINLEITUNG	3
1 Kommunale Pflegebedarfsplanung	9
2 Soziodemographische und ökonomische Rahmenbedingungen.....	11
2.1 Bevölkerungsentwicklung und -prognose.....	11
2.2 Altersstruktur.....	13
2.3 Haushalte und Familie	15
2.4 Migrationshintergrund	17
2.5 Soziale Sicherung.....	18
2.6 Arbeitsmarkt.....	22
3 Leben und Wohnen im Alter.....	23
3.1 Lebenserwartung.....	23
3.2 Wohnformen im Alter	26
3.3 Wohnen mit Service.....	27
3.4 Häusliche Unfälle und Hausnotruf	29
3.5 Haushalts- und Alltagshilfen, Mahlzeitendienste	30
3.6 Pflegestützpunkt	31
3.7 Beratungsstelle für Erwachsene und Senior:innen	33
3.8 Weitere Beratungsangebote zum Wohnen im Alter	34
4 Formen der Pflege	35
4.1 Übersicht.....	35
4.2 Pflege durch Angehörige	40
4.3 Ambulante Pflegedienste.....	43
4.4 Teilstationäre Pflege (Tages- und Nachtpflege).....	47
4.5 Stationäre Pflegeeinrichtungen	48
5 Weitere Einrichtungen	52
5.1 Sozialdienste der Krankenhäuser.....	52
5.2 Geriatrische Einrichtungen	52
5.3 Hospiz- und Palliativversorgung	53

6	Finanzierung der Pflege	55
6.1	Wer bezahlt die Pflege?.....	55
6.2	Die Soziale Pflegeversicherung.....	56
6.3	Die Eigenanteile.....	59
6.4	Pflegezusatzversicherungen.....	60
6.5	Hilfe zur Pflege.....	61
7	Beschäftigte in der Pflege	63
8	Prognose des Pflegebedarfs	72
9	Ausblick und Handlungsfelder	82
9.1	Vision 2030 - Die Zukunft der städtischen Einrichtungen.....	82
9.2	Pflegekonferenz und Workshop-Ergebnisse 2019	84
9.3	Handlungsfelder.....	90
10	Zusammenfassung	99
11	Literatur und Quellen	101
12	Stellungnahmen	103
12.1	Gesundheitsamt	103
12.2	Frauenbüro	104
12.3	Senior:innenbeirat	107

Einleitung

Die allgemeine Bevölkerungsentwicklung - und dies gilt nicht nur für Deutschland – wird seit Jahrzehnten durch den demographischen Wandel geprägt. Die Dimensionen des demographischen Wandels werden oftmals vereinfachend wie folgt beschrieben: Wir werden weniger, älter und bunter. Ergänzend könnte hinzugefügt werden, dass wir auch einsamer werden, denn weniger Kinder und die Veränderungen in den familiären Strukturen haben die Formen des Zusammenlebens verändert.

Die Alterung der Gesellschaft als Teilaspekt des demographischen Wandels hat wesentliche Auswirkungen und unmittelbare Folgen für die Einwohnerinnen und Einwohner in der Hansestadt Lübeck. Der demographische Wandel betrifft hierbei nicht nur die ältere Bevölkerung, die zahlenmäßig immer mehr anwächst, sondern auch deren Angehörigen, die sich entweder im Allgemeinen um ihre Eltern kümmern oder als pflegende Angehörige zusätzlichen Belastungen und zeitlichen Erfordernissen ausgesetzt sind. Betroffen sind zudem auch die im Gesundheitswesen Beschäftigten, die sich bei der Bewältigung der täglichen Aufgaben aufgrund des wachsenden Fachkräftemangels oftmals zunehmenden beruflichen Belastungen ausgesetzt sehen.

In diesem Zusammenhang sind folgende wesentliche gesellschaftliche Entwicklungen zu erkennen:

- Die zeitliche Ausdehnung der Altersphase (Bezug von Rente oder Pension) aufgrund einer höheren Lebenserwartung und eines früheren flexiblen Renteneintrittsalters, dem allerdings zum Teil die Erhöhung der Regelarbeitszeit auf 67 Jahre gegenübersteht.
- Die reale Verjüngung des Alters durch einen frühzeitigen Berufsaustritt, aber auch die gefühlte Verjüngung des Alter, denn als „alt“ stufen sich die Menschen zumeist erst ab dem 75. Lebensjahr ein.
- Die Hochaltrigkeit nimmt zu und damit im Allgemeinen auch der Bedarf an Hilfe und Unterstützung.
- Die Feminisierung des Alters, denn aufgrund der längeren Lebenserwartung der Frauen überwiegt im Alter der Frauenanteil.
- Die Singularisierung des Alters, da die Zahl der Einpersonenhaushalte im Alter zunimmt.
- Die Veränderung der Familienstruktur aufgrund niedriger Geburtenzahlen.
- Die kulturelle Differenzierung im Alter, denn der Anteil älterer Menschen mit Migrationshintergrund wird zukünftig weiter anwachsen.

Dieser gesellschaftliche Wandel wird kurzfristig nicht vorübergehen, sondern seinen Höhepunkt erst in ca. 25 bis 30 Jahren haben, wenn sich die jahrgangsstarke Baby-Boomer-Generation der heute 48-58 Jährigen im höheren Rentenalter befindet und einen steigenden Unterstützungsbedarf einfordert. Erst danach wird es durch das „Wegsterben“ dieser jahrgangsstarken Generation zu einer gewissen Verjüngung der Bevölkerung kommen.

Durch die Zuwanderung nach Deutschland konnte zwar vielerorts der Bevölkerungsrückgang gestoppt werden und auch die Geburtenzahlen stiegen teilweise wieder etwas an, eine grundlegende Veränderung im Altersaufbau, die das zahlenmäßige Verhältnis von älterer zu jüngerer Bevölkerung grundlegend beeinflusst, ist durch die Zuwanderung quantitativ nicht leistbar.

Der kommunalen Pflegebedarfsplanung kommt in diesem Zusammenhang eine besondere Bedeutung zu. Die Bedarfs der Bevölkerung sind anhand der Bevölkerungs- und Pflegestatistiken zu ermitteln und laufend fortzuschreiben ebenso wie die Struktur der bestehenden Pflegeangebote. Zukünftige Bedarfe sind über Prognoserechnungen frühzeitig zu ermitteln, da die Umsetzung der notwendigen Maßnahmen oftmals nicht von heute auf morgen zu realisieren ist.

1 Kommunale Pflegebedarfsplanung

INFOBOX !

§ 2 Sicherstellung der pflegerischen Versorgungsstruktur

Pflegebedarfsplanung als kommunale Aufgabe

(1) Die Kreise und kreisfreien Städte haben in eigener Verantwortung eine den örtlichen Bedürfnissen und den Zielen dieses Gesetzes und des Pflegeversicherungsgesetzes entsprechende pflegerische Versorgungsstruktur sicherzustellen.

Das Landespflegegesetz

(2) Die Kreise und kreisfreien Städte sowie andere öffentliche Träger sollen eigene Einrichtungen nur schaffen, soweit geeignete und bedarfsgerechte Pflegeeinrichtungen freigemeinnütziger und privater Träger nicht vorhanden sind, ausgebaut oder errichtet werden.

§ 3 Bedarfsplanung

(1) Die Kreise und kreisfreien Städte stellen für ihr Gebiet Bedarfspläne auf und schreiben diese regelmäßig fort. Dabei sind die Empfehlungen des Landespflegeausschusses im Sinne des § 92 Abs. 1 SGB XI sowie die Zielsetzungen und Leitvorstellungen des Landes für eine bedarfsgerechte, leistungsfähige und wirtschaftliche pflegerische Versorgung der Bevölkerung zu berücksichtigen. Die Kreise haben die kreisangehörigen Gemeinden zu beteiligen.

(2) Die Bedarfspläne müssen Angaben über den Bestand und den Bedarf an Pflegeeinrichtungen im Sinne des Elften Buches Sozialgesetzbuch sowie über die danach erforderlichen Maßnahmen und deren Finanzierung enthalten. In die Bedarfspläne sollen zugleich Hinweise auf pflegevermeidende und -ergänzende Dienste und Maßnahmen aufgenommen werden.

(...)

Aktueller Planungsauftrag

In der Bürgerschaftssitzung vom 29.11.2018 wurde der interfraktionelle Antrag von Bündnis 90/Die Grünen und Die Linke zur Sicherstellung der pflegerischen Versorgung beschlossen, wonach ein Bericht zur pflegerischen Versorgung unter Berücksichtigung der bestehenden ambulanten, stationären sowie sektorenübergreifenden Versorgungsangebote und deren Auslastung sowie der demographischen Entwicklung erstellt werden soll. Der Bericht soll Daten zu den Sozialhilfeberechtigten in der Hilfe enthalten sowie die bereits vorhanden Bevölkerungsprognose 2015 bis 2030 nutzen. Der Bericht soll konkrete Handlungsempfehlungen zur Sicherung der pflegerischen Versorgung in Lübeck aussprechen. Die Verwaltung wird darüber hinaus gebeten, in der kommunalen Pflegekonferenz sowie dem Sozialausschuss regelmäßig über die Fortschritte des Planungs- und Erhebungsprozesses zu berichten.

Gesetzliche Grundlagen

Die gesetzlichen Grundlagen der kommunalen Pflegebedarfsplanung ergeben sich im Wesentlichen aus den §§ 2 und 3 des Landespflegegesetzes (siehe Infobox). Diese beinhalten die Bestandsaufnahme der Angebote, die Feststellung der Bedarfe und die Darstellung der darauf aufbauenden notwendigen Maßnahmen. Auch sollen die Bedarfspläne Hinweise auf pflegevermeidende und ergänzende Dienste enthalten.

Die pflegerische Versorgung der Bevölkerung ist dagegen nach den maßgeblichen gesetzlichen Vorschriften nicht nur Aufgabe der Kommunen. Die Länder, die Kommunen, die Pflegeeinrichtungen und die Pflegekassen wirken unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes eng zusammen.

Statistische Grundlagen

Die statistischen Analysen zur kommunalen Bedarfsplanung basieren weitestgehend auf der amtlichen Pflegestatistik des Statistischen Landesamtes. Diese wird alle zwei Jahre (... 2013, 2015, 2017 usw.) vom Statistischen Landesamt Schleswig-Holstein veröffentlicht. Die letzte Ausgabe mit dem Erhebungsstichtag zum 15.12.2017 wurde im März 2019 publiziert. Die nächste Ausgabe mit den Daten zum Ende des Jahres 2019 ist somit im März 2021 zu erwarten. Die amtliche Pflegestatistik enthält Angaben zu den Pflegebedürftigen in der Differenzierung nach Alter, Geschlecht, Pflegegrad und Art der Pflege sowie Angaben zu den in der Pflege Beschäftigten und der Zahl der Pflegeeinrichtungen und ambulanten Pflegedienste. Die Daten sind zudem regional nach Kreisen und kreisfreien Städten differenziert und liefern somit die Basisdaten zur Beschreibung der Pflegesituation.

Aufbauend auf der amtlichen Pflegestatistik und einer bereits vorliegenden Bevölkerungsprognose der kommunalen Statistikstellen für die Jahre 2015 bis 2030 wurde eine Prognose des zukünftigen Pflegebedarfs erstellt. Die für die kommunale Planung relevante Frage nach den zukünftigen Bedarfen hinsichtlich der Pflegearten - stationär, ambulant oder durch Angehörige - ist auch abhängig davon, inwieweit es zukünftig gelingen wird, die ambulante Pflege bevorzugt vor der stationären Pflege weiter zu etablieren.

Darstellung der Personalsituation von besonderer Bedeutung

Von zentraler Bedeutung für die Pflegebedarfsplanung ist jedoch auch die differenzierte Darstellung der Personalsituation in der Pflege. Ergänzt wurde die amtliche Pflegestatistik daher um Daten der Bundesagentur für Arbeit. Nach dem es in Lübeck und Umgebung bereits erste Pflegeheime gab, die einzelne Abteilungen aufgrund mangelnden Personals nicht betreiben konnten, kam es im Juli 2019 in der Hansestadt Lübeck zur Schließung eines Seniorenheimes, wobei der Personalmangel zwar nicht alleinige Ursache war, jedoch wahrscheinlich eine mit entscheidende Rolle gespielt hat.

Auslastungsgrad der Heime

Aus den laufenden Heimprüfungen des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen konnten zudem Angaben zur Auslastung der Heime gewonnen werden.

Sozialraumorientierung

Ergänzt wurden diese Daten um weitere Auflistungen und Zusammenstellungen zu den stationären Pflegeeinrichtungen und ambulanten Pflegediensten sowie weiteren Dienstleistungsangeboten zur Pflege. Diese Auflistungen wurden vor der Aggregation zu Statistiken kleinräumig verschlüsselt, um auch im Sinne einer flächendeckenden, wohnortnahen Versorgung kleinräumige Aussagen zu den Bedarfen und Angeboten in der Pflege liefern zu können. Die Karten zur den Standorten der Pflegeeinrichtungen und ambulanten Dienste resultieren aus diesen Arbeiten.

Diese kleinräumige Aufbereitung ist für die Daten aus den amtlichen Statistiken des Statistischen Landesamtes nicht möglich, da diese bei Veröffentlichung bereits zu gesamtstädtischen Daten aggregiert sind. Sozialraumorientierte Auswertungen sind daher nicht für alle Themenbereiche möglich.

Bisherige Berichte und zukünftige Vorgehensweise

Im Jahr 2001 wurde vom Bereich Wohnen der erste Pflegebedarfsplan der Hansestadt Lübeck vorgelegt. Aufbauend auf diesem Pflegebedarfsplan wurde im August 2005 der Pflegebedarfsplan für den Prognosezeitraum 2004 bis 2014 erstellt. Der hier vorliegende Pflegebedarfsplan für den Zeitraum 2017 bis 2030 soll regelmäßig fortgeschrieben werden, um zukünftig aktuelle Planungsdaten zur Pflegesituation liefern zu können. Auf Basis der alle fünf Jahre erfolgenden Bevölkerungsprognose der kommunalen Statistikstellen sollen auch die Prognosen der zukünftigen Pflegebedarfe alle fünf Jahre aktualisiert werden. Die nächste anstehende Prognose würde sich dann auf den Zeitraum 2020 bis 2035 beziehen.

2 Soziodemographische und ökonomische Rahmenbedingungen

2.1 Bevölkerungsentwicklung und -prognose

Die Bevölkerungsentwicklung in der Hansestadt Lübeck war in den letzten Jahrzehnten durch verschiedene Phasen geprägt, die - unter Zugrundelegung eines seit Anfang der 70er Jahre unverändert bestehenden strukturellen Geburtendefizites - vorwiegend durch Veränderungen in den Wanderungsströmen charakterisiert waren

Phase 1 (ca. 1970 – 1989): Aufgrund der Stadt-Umland-Wanderungen gibt es Anfang der 70er Jahre bis Ende der 80er Jahre mehr Fortzüge als Zuzüge. In Kombination mit dem jährlichen Geburtendefizit sinken die Einwohnerzahlen im Durchschnitt um 2.000 Einwohner/innen pro Jahr.

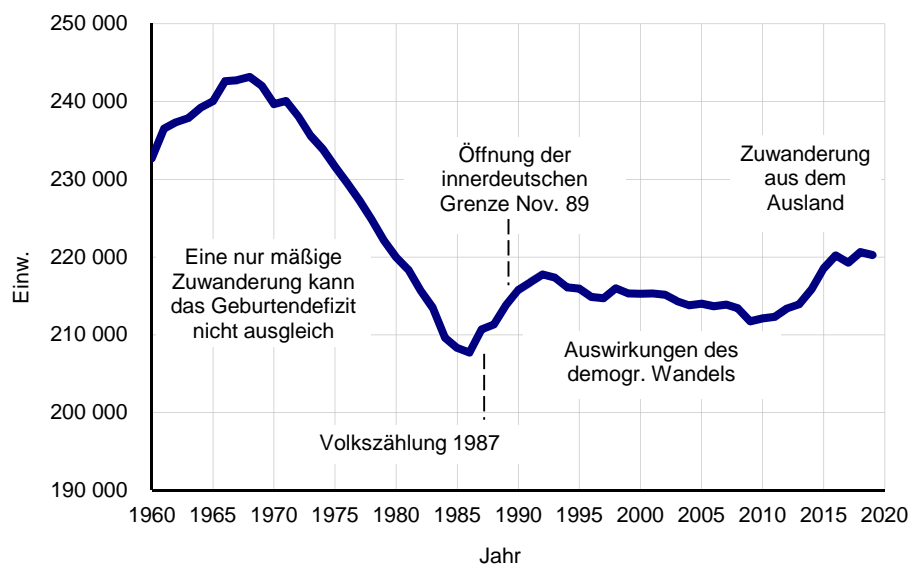
Phase 2 (1990 – 1993): In den Jahren nach der innerdeutschen Grenzöffnung steigt die Bevölkerungszahl bedingt durch die Zuwanderung aus den östlichen Bundesländern und dem osteuropäischen Ausland an.

Phase 3 (1994 – 2009): Dieser Anstieg hielt nur kurz, denn in den darauf folgenden Jahren sorgte das strukturelle Geburtendefizit mit dem Nachlassen der Wanderungsintensivität für stagnierende bzw. leicht abnehmende Einwohnerzahlen. Im Gegensatz zur Entwicklung in den 70er und 80er Jahren ist die Wanderungsbilanz jedoch eher ausgeglichen, denn durch die Grenzöffnung ist eine kontinuierliche Ost-West-Wanderung hinzugekommen, wodurch sich die Herkunftsgebiete der Zuwanderungsströme auch grundsätzlich von denen der ersten Phase unterscheiden.

Phase 4 (2010 – 2016): Steigende Zuwanderungszahlen aus dem Ausland und insbesondere die Flüchtlingszuwanderung aus dem Nahen Osten im Jahr 2015 lassen die Einwohnerzahlen wieder ansteigen.

Im Jahr 2017 kommt es zu einer deutlichen Beruhigung bei den Wanderungsströmen. Erstmals seit 2009 ist die Wanderungsbilanz wieder im negativen Bereich.

Abb. 2.1:
Bevölkerungs-
entwicklung
1960 – 2019

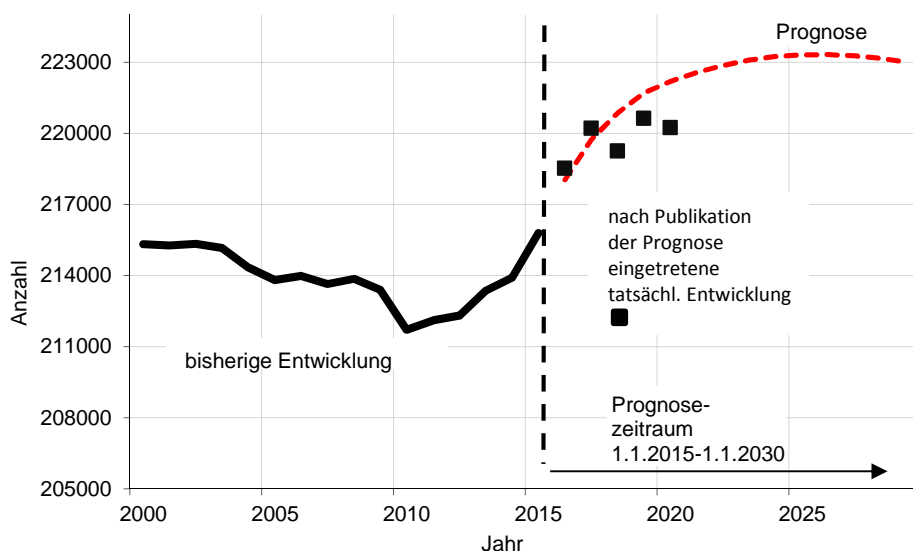


Quelle: Hansestadt Lübeck, Kommunale Statistikstelle, Graphik: Gesundheitsamt

Bevölkerungsprognose

In ca. zehn Jahren wird die jährliche Zahl der Sterbefälle über der 3000er Grenze liegen, da die geburtenstarke Jahrgänge älter werden und somit einer erhöhten Sterblichkeit unterliegen. Bei in etwa stagnierenden Geburtenzahlen ergibt dies ein jährliches Defizit von über 1.000 Personen, welches - um zumindest eine stabile Bevölkerungszahl zu halten - durch ein entsprechendes positives Wanderungssaldo auszugleichen ist. Die Unsicherheit der Prognose liegt hierbei in der Vorausschätzung der Zuwanderungen, wobei angesichts der demographischen Entwicklungen im Nahen Osten und in Afrika davon auszugehen ist, dass auch zukünftig ein starker Zuwanderungsdruck Richtung Europa bestehen wird.

Abb. 2.2:
Bevölkerungsprognose
2015 – 2030



Quelle: Hansestadt Lübeck, Kommunale Statistikstelle, Graphik: Gesundheitsamt

Weniger Menschen im erwerbsfähigen Alter

Der demographische Wandel wird in zweierlei Hinsicht Einfluss auf den Fachkräftemangel bzw. die Pflegebedürftigkeit nehmen. Zum einen wird sich die Zahl der Personen im erwerbsfähigen Alter durch den Eintritt der geburtenstarken Jahrgänge der Baby-Boomer-Generation ins Rentenalter verringern. Der Fachkräftemangel in den Pflegeberufen und die Forderung nach mehr Personal wird in Konkurrenz stehen zum Personalbedarf in sämtlichen anderen Bereichen wie z.B. Polizei, Bundeswehr, in Justizvollzugsanstalten, in Kindertagesstätten oder in Schulen und Universitäten, ganz abgesehen von den Bedarfen in der Wirtschaft. Zum anderen kommt die Baby-Boomer-Generation selbst in ein Alter, in dem ein höherer Pflegebedarf zu erwarten ist. Nach einer Prognose der Bertelsmann Stiftung ist davon auszugehen, dass bis 2030 rd. 500.000 Pflegekräfte fehlen werden und bis 2060 wird Bedarf von 1,4 Millionen Pflegekräften prognostiziert, was eine Verdoppelung der heutigen Zahl von Pflegekräften erfordern würde.

Eine neue Studie des Instituts der deutschen Wirtschaft prognostiziert für das 2035 voraussichtlich vier Millionen Pflegebedürftige. 2015 waren rd. drei Millionen Menschen bundesweit pflegebedürftig. Derzeit kommen auf 100 bei der Bundesagentur für Arbeit gemeldete Stellen für Altenpfleger lediglich 22 arbeitslose Fachkräfte.

Aber auch die Alterung der Ärzteschaft ist Teil des demographischen Wandels. Waren 1993 noch 8,8 Prozent der Vertragsärztinnen und Ärzte im Bundesgebiet über 60 Jahre alt, ist dieser Anteil bis 2010 auf 21,5 Prozent gestiegen. Der Frauenanteil stieg im gleichen Zeitraum von 29,3 Prozent auf 36,2 Prozent an. Hier machen mutterschaftsbedingte Ausfallzeiten aber auch generell veränderte Berufswünsche jüngerer Ärztinnen und Ärzte nach Vereinbarkeit von Familie und Beruf mit geregelten Arbeitszeiten einen weiteren Faktor aus, mit Auswirkungen auf den ärztlichen Bedarf.

Unter anderem aufgrund dieser Nachwuchsproblematiken wird bereits für 2030 ein Fehlbedarf von bundesweit 165.000 Arztstellen errechnet. (s. PricewaterhouseCoopers AG, S. 35 ff).

2.2 Altersstruktur

Alterung und Fachkräftemangel

Eine seit Jahrzehnten niedrige Geburtenziffer und eine ständig steigende Lebenserwartung führen zu einer drastischen Veränderung des Verhältnisses zwischen jüngerer und älterer Generation. Auch für Lübeck zeigt sich, dass die Bevölkerung zunehmend älter wird und die Zahl der Personen im erwerbsfähigen Alter in ca. fünf bis zehn Jahren zunehmend rückläufig sein wird, da die geburtenstarken Jahrgänge der heute ca. 47 bis 57-Jährigen dann verstärkt ins Rentenalter eintreten werden. Der sich in vielen Bereichen schon deutlich abzeichnende Fachkräftemangel wird zunehmen und Auswirkungen auf die wirtschaftliche Produktivität und Leistungsfähigkeit des Staates haben.

Mit der Abnahme der Zahl der Personen im erwerbsfähigen Alter, wird die Zahl der Personen im Rentenalter entsprechend ansteigen (siehe Abb. 2.8). Eine höhere Anzahl älterer Menschen wird auch die Nachfrage nach Gesundheits- und Pflegeleistungen im Gesundheitswesen generell ansteigen lassen.

Tab. 2.1: Bevölkerungsentwicklung nach Altersgruppen 1980 - 2030

Jahr Stand jeweils 31.12.	Einw. Insg.	nach Altersgruppen								
		0 - 17		18 - 64		65 u.ä.		darunter		
		An- zahl	in %	An- zahl	in %	An- zahl	in %	65 - 74	75 - 84	85 u.ä.
							Anzahl			
1980	230 316	47 494	20,6	137 813	59,8	45 009	19,5	26 810	14 961	3 238
1990	217 592	33 884	15,6	142 085	65,3	41 623	19,1	20 837	16 337	4 449
2000	215 267	35 295	16,4	137 873	64,0	42 099	19,6	21 477	14 669	5 953
2010	212 112	32 544	15,3	130 977	61,7	48 591	22,9	26 532	15 569	6 490
2015	218 523	33 228	15,2	135 335	61,9	49 960	22,9	23 747	19 312	6 901
2016	220 211	33 535	15,2	136 492	62,0	50 184	22,8	23 084	20 186	6 914
2017	219 255	33 410	15,2	135 606	61,8	50 239	22,9	22 758	20 645	6 836
2018	220 629	33 300	15,1	136 872	62,0	50 457	22,9	22 603	21 056	6 798
2019	220 238	33 314	15,1	136 381	61,9	50 543	22,9	22 623	20 896	7 024
Prognose										
2029	222 770	33 503	15,0	135 386	60,8	53 881	24,2	27 212	17 681	8 988

Quelle: Hansestadt Lübeck, FB 1, Kommunale Statistikstelle, Einwohnermelderegister

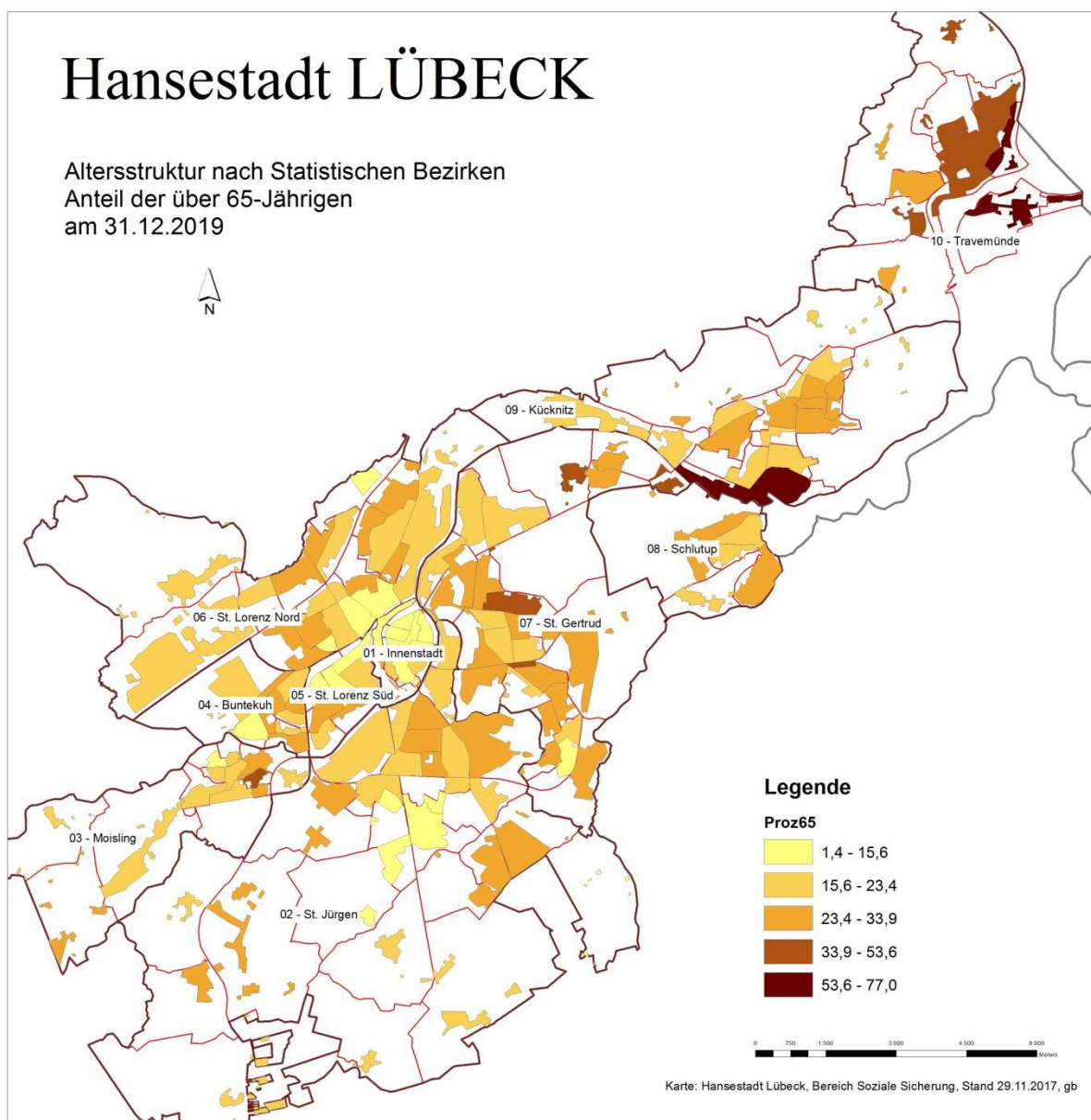
Quelle: Hansestadt Lübeck, Kommunales Statistikstelle, Einwohnermelderegister, Tabelle: Gesundheitsamt

Über 85-Jährige

Der deutlich höchste medizinische und pflegerische Bedarf entsteht am Ende des Lebens. Insofern ist die zahlenmäßige Entwicklung der Gruppe der über 85-Jährigen ein guter Indikator für den künftigen Medizin- und Pflegebedarf. Deren Zahl wird bis 2030 von derzeit rd. 6.800 auf nahezu 9.000 Personen ansteigen. In Kombination mit der sinkenden Zahl der Personen im erwerbsfähigen Alter ist in Zukunft ein zunehmender Fachkräftemangel in den Pflegeberufen zu befürchten. Das altengerechte Wohnen oder etwa die Möglichkeiten zur ambulanten Pflege werden an Bedeutung zunehmen und der Gesundheitsbereich generell wird unter zunehmendem Effizienzdruck stehen.

**Wohnortnahe
Unterstützung**

Um die häusliche Pflege zu organisieren und um für den wachsenden Personenkreis älterer Alleinlebender wohnungsnahе Betreuungsangebote vorhalten zu können, ist die kleinräumige Altersstruktur von Bedeutung. In der Karte 1 ist zu berücksichtigen, dass die Altersstruktur punktuell durch die Standorte der Seniorenheime beeinflusst ist. Vereinzelt höhere Anteile lassen sich aus den Standorten von Seniorenheimen erklären. Deutlich setzt sich insbesondere der Stadtteil Travemünde, z.T. auch unabhängig von den Standorten der Pflegeheime, vom übrigen Stadtgebiet ab. Im Kapitel Gesundheitsversorgung wird das Thema der kleinräumigen Versorgungsstrukturen näher betrachtet.



Karte 2.1: Altersstruktur 2019

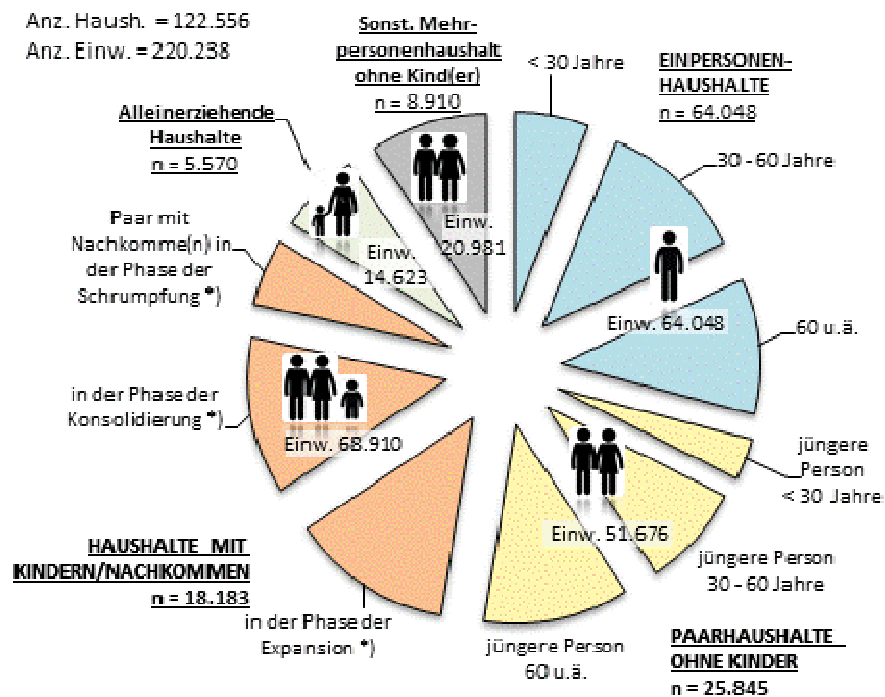
2.3 Haushalte und Familie

Haushaltsstruktur

Die Struktur der Privathaushalte, also die Art und Weise, wie wir zusammen wohnen, hat nicht nur Einfluss auf den Gesundheitszustand der Bevölkerung, sondern auch für die Pflegesituation und Pflegebedarfe einer alternden Gesellschaft.

Mit dem gesellschaftlichen Wandel zu mehr Individualismus und Selbstbestimmtheit ist die Auflösung der traditionellen Familienstrukturen verbunden. Familien mit Kindern repräsentieren nicht mehr die Mehrheit der Bevölkerung. Nur noch rd. 38 Prozent der Einwohner/innen leben in Eltern-Kind-Gemeinschaften. 29 Prozent der Einwohner/innen leben in Single-Haushalten und 23 Prozent der Einwohner/innen leben im Haushaltstyp Paar ohne Kinder (s. Abb. 2.3).

Abb. 2.3:
Einwohner/innen
nach
Haushaltstypen
am 31.12.2019



Quelle: Hansestadt Lübeck, Kommunale Statistikstelle, Graphik: Gesundheitsamt

Definition der Haushaltstypen:

Phase der Expansion: mindestens ein Kind im Alter von unter 6 Jahren
 Phase der Konsolidierung: mind. ein Kind im Alter von 6-17 Jahren, kein Kind unter 6 Jahre
 Phase der Schrumpfung: mind. ein Nachfahre im Alter von 18 – 29 J., kein Kind unter 18 J.

Das Singledasein hat je nach Alter und Geschlecht unterschiedliche Ausprägungen. Nur wenige junge Menschen verlassen das Elternhaus, wenn sie über achtzehn sind. Rund 94 Prozent bleiben nach Angaben des Statistischen Bundesamtes zunächst dort erstmal wohnen. Männer führen in der Altersgruppe der 20-50 Jährigen eher ein Single-Dasein.

Die zunehmende Singularisierung in der Gesellschaft trifft jedoch insbesondere ältere Menschen, da jene durch die altersbedingte Auflösung der sozialen Bindungen Gefahr laufen, den Anschluss an ihr gesellschaftliches Umfeld zu verlieren. Hierzu zählen das Ausscheiden aus dem Berufsleben, der Verlust des Ehepartners oder der Ehepartnerin, die nachlassende körperliche Leistungsfähigkeit und die damit einhergehenden Einschränkungen der aktiven Teilhabe am gesellschaftlichen Leben und nicht zuletzt die Erfahrung der allmählichen Ausdünnung der eigenen Generation bzw. der sozialen Bezugspersonen durch Sterbefälle.

Tab. 2.2: Haushaltstypen 2002 - 2019

Jahr Stand jeweils 31.12.	Haus- halte insg.	davon ...				
		Einpersen- haushalt	Paar/Ehepaar ohne Kinder	Paar/Ehepaar mit Kinder	Alleiner- ziehende	sonstige Haushalte
		Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl
2002	114 671	56 874	24 027	19 461	5 008	9 300
2010	115 700	57 339	24 973	17 908	6 444	9 036
2015	120 890	62 151	25 473	18 225	6 036	9 005
2016	121 969	62 963	25 762	18 330	5 932	8 982
2017	121 643	63 052	25 632	18 295	5 814	8 850
2018	122 957	64 235	25 911	18 212	5 697	8 902
2019	122 556	64 048	25 845	18 183	5 570	8 910

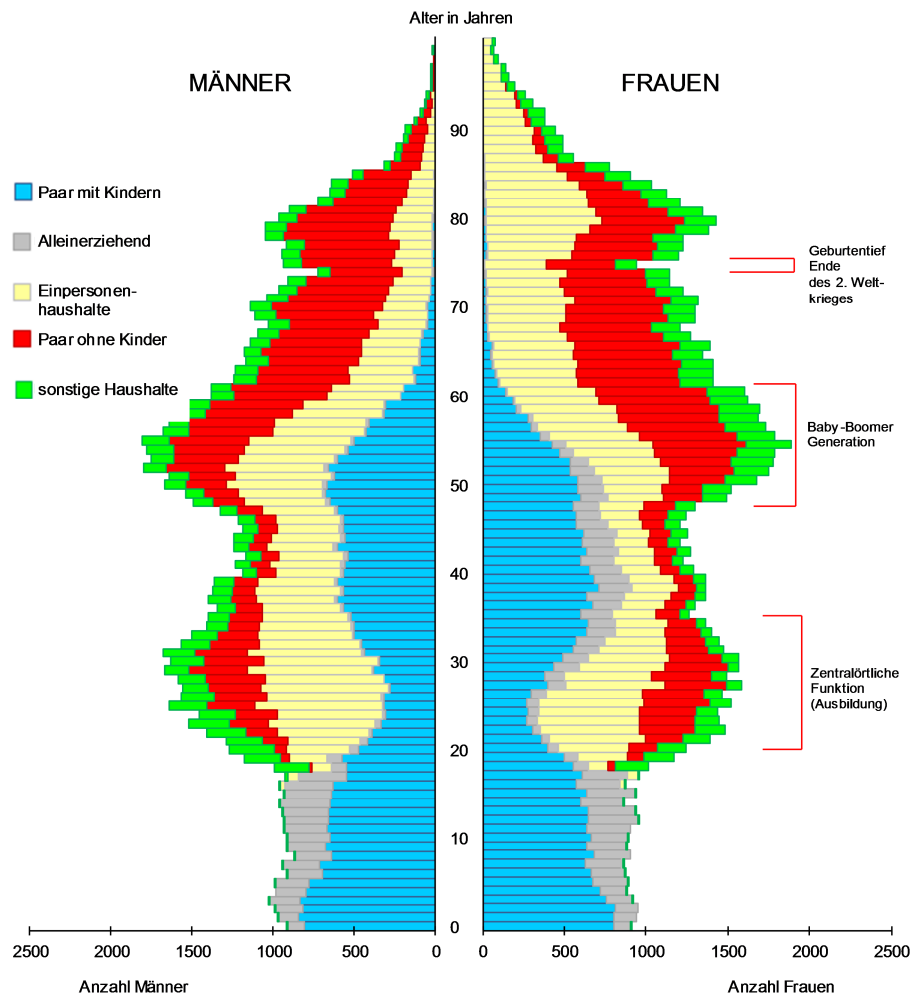
Quelle: Hansestadt Lübeck, FB 1, Kommunale Statistikstelle, Haushaltsgenerierungsverfahren au

Quelle: Hansestadt Lübeck, Kommunale Statistikstelle, Haushaltsgenerierungsverfahren HHGen

**Hoher
Frauenanteil
im Alter**

Die Effekte einer zunehmenden Singularisierung im Alter treffen vornehmlich die Frauen. Aus Abbildung 2.4 ist ersichtlich, dass bereits ab Ende 50 der Frauenanteil in der Bevölkerung mit zunehmendem Alter stetig ansteigt. Liegt der Frauenanteil in der Altersgruppe der 60 bis 69 Jährigen noch bei 53 Prozent, erhöht dieser sich in der Altersgruppe der über 85 Jährigen sogar auf 71 Prozent. Als Folge dessen steigt im Alter auch die Zahl weiblicher Single-Haushalte deutlich an.

Abb. 2.4:
Einw. nach
Haushaltstypen
am 31.12.2019



Quelle: Hansestadt Lübeck, Kommunale Statistikstelle, Graphik: Gesundheitsamt

Hinsichtlich der Pflegebedürftigkeit einer alternden Gesellschaft spielt der Trend zur Singularisierung eine tragende Rolle, denn die o.g. Entwicklungen wirken sich zunehmend verhindernd auf die Pflegemöglichkeiten durch Familienangehörige aus. Für das Gesundheitswesen stellt diese Entwicklung insofern eine Herausforderung dar, da die fehlende familiäre Versorgung der Alleinlebenden im Falle von Krankheit und Pflegebedürftigkeit immer mehr durch kommerzielle Versorgungsleistungen ersetzt werden muss.

2.4 Migrationshintergrund

INFOBOX !

Eine Person hat dann einen Migrationshintergrund, wenn sie selbst oder mindestens ein Elternteil nicht mit deutscher Staatsangehörigkeit geboren ist.

Migrationshintergrund

Die Definition umfasst im Einzelnen folgende Personen:

1. zugewanderte und nicht zugewanderte Ausländer;
2. zugewanderte und nicht zugewanderte Eingebürgerte;
3. (Spät-) Aussiedler/innen;
4. mit deutscher Staatsangehörigkeit geborene Nachkommen der drei zuvor genannten Gruppen.

Quelle: Statistisches Bundesamt:

Jede vierte Person hat einen Migrationshintergrund

In der Hansestadt Lübeck haben rd. 53.000 Personen einen Migrationshintergrund. Das sind rd. 24 Prozent der Einwohner/innen. Im Jahre 2007, als der Migrationshintergrund der Lübecker/innen erstmalig aus dem Statistikverfahren MigraPro heraus ermittelt werden konnte, wurden rd. 41.000 Personen mit Migrationshintergrund gezählt. Von den Personen mit Migrationshintergrund haben rd. 24.000 - entsprechend rd. zehn Prozent der Bevölkerung - keine deutsche Staatsangehörigkeit.

Die Zusammensetzung der ausländischen Bevölkerung hat sich durch die Zuwanderung von Flüchtlingen in den letzten Jahren wesentlich verändert. Die andauernden Kriege im Nahen Osten haben zu einem Anschwellen der Flüchtlingsströme aus den betroffenen Staaten geführt, wodurch viele Flüchtlingen aus Syrien, dem Irak, Afghanistan und Iran nach Deutschland gekommen sind. So bilden die Syrer mittlerweile die viertgrößte ausländische Bevölkerungsgruppe in Lübeck. Etwas unbemerkt davon hat sich mit dem Fall der Mauer 1989 eine Zuwanderung aus dem osteuropäischen Raum etabliert, die sich insbesondere in der Zuwanderung aus Polen, Russland, Rumänien, Bulgarien und neuerdings auch aus Armenien ausdrückt. Hinsichtlich der Fragestellungen einer kultursensiblen Pflege zeigt sich in Tab. 2.3, dass das Thema insbesondere bei der türkischstämmigen Bevölkerung an Bedeutung gewinnen wird.

Altersstruktur

Tab. 2.3: Einw. mit Migrationshintergrund nach Altersgruppen am 31.12.2019

Bezugsland	insg.	davon ... Jahre			
		0 - 59	60-69	70 - 79	80 u.ä.
Deutschland	160 647	110 593	21 233	17 027	11 794
Polen	12 887	5 957	1 282	2 395	3 253
Russ. Föderation	3 481	2 182	357	412	530
Türkei	8 907	7 445	607	661	194
Ukraine	1 115	759	120	124	112
Litauen	343	212	14	55	62
sonstige	32 858	28 951	2 040	1 273	594
Gesamt	220 238	156 099	25 653	21 947	16 539

Quelle: Hansestadt Lübeck, Kommunale Statistikstelle, Einwohnermelderegister, Statistikverfahren MigraPro, Tabelle: Gesundheitsamt

2.5 Soziale Sicherung

ALG I und ALG II

Seit 2005 wird zwischen dem Arbeitslosengeld I nach SGB III und dem Arbeitslosengeld II nach SGB II **unterschieden**. Das Arbeitslosengeld I (ALG I) ist eine Versicherungsleistung und wird bedarfsunabhängig gezahlt.

Bedarfsgemeinschaften

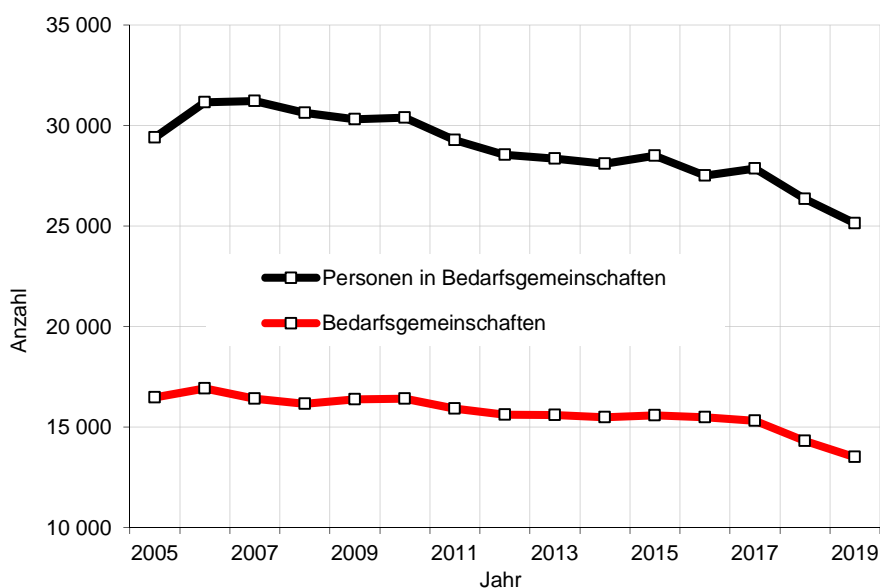
Die Grundsicherung nach SGB II unterscheidet zwei Leistungsarten: das Arbeitslosengeld II für Erwerbsfähige und das Sozialgeld für Nichterwerbsfähige (zumeist Kinder). Hilfebedürftig ist, wer seinen eigenen Lebensunterhalt bzw. den Lebensunterhalt der mit in der Bedarfsgemeinschaft lebenden Angehörigen nicht oder nicht ausreichend aus eigenem Einkommen oder Vermögen sichern kann. Statistisch ist zu unterscheiden zwischen der Zahl der Bedarfsgemeinschaften und der Zahl der Personen in Bedarfsgemeinschaften.

Die Zahl der Bedarfsgemeinschaften hatte ihren Höchststand im Jahr 2006 mit 16.910 bedürftigen Haushalten. Seitdem ist die Zahl der Bedarfsgemeinschaften mehr oder weniger kontinuierlich auf rd. 13.500 Bedarfsgemeinschaften im Jahre 2019 gesunken. Rund 25.000 Personen lebten 2019 in Bedarfsgemeinschaften, entsprechend 18 Prozent der unter 65 Jährigen. Insbesondere in den letzten beiden Jahren zeigte sich ein deutlicher Rückgang bei Fallzahlen.

In hohem Maße armutsgefährdet sind Einpersonenhaushalte, da ihnen bei Niedrigeinkommen keine Kompensation durch andere Haushaltsmitglieder zur Verfügung steht. Folglich machen die Einpersonenhaushalte mit fast 59 Prozent auch den Großteil der Bedarfsgemeinschaften aus. Die zweitgrößte Gruppe sind die Haushalte mit Kindern, da die Kinder einerseits den Bedarf im Haushalt erhöhen und andererseits die Möglichkeiten der Erwerbstätigkeit einschränken.

Bezogen auf die Gesamtzahl aller Haushalte sind rd. 13 Prozent aller Haushalte Bedarfsgemeinschaften. Die geringsten Anteile finden sich in Travemünde mit 4,7 Prozent sowie in St. Jürgen mit 6,6 Prozent aller Haushalte. In den Stadtteilen Moisling und Buntekuh ist der Anteil hilfebedürftiger Haushalte mit 24,3 bzw. 22,1 Prozent überproportional hoch.

Abb. 2.5:
Bedarfsgemeinschaften
2005 - 2019



Quelle: Bundesagentur für Arbeit, Arbeitsmarktberichte, Graphik: Gesundheitsamt

INFOBOX !

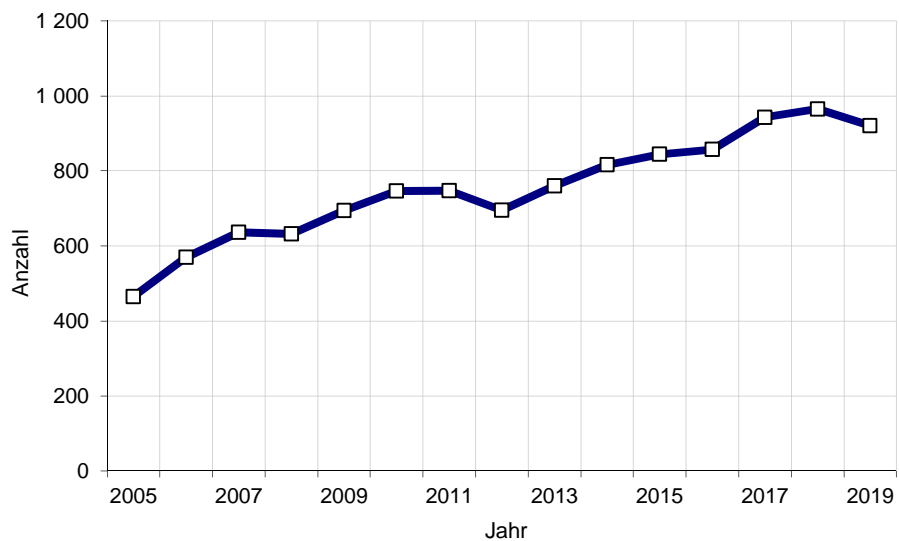
Hilfe zum Lebensunterhalt (HLU)

Wer nicht erwerbsfähig oder nicht dauerhaft voll erwerbsgemindert ist und seinen notwendigen Lebensunterhalt nicht oder nicht ausreichend aus eigenen Mitteln (Haushaltseinkommen, Vermögen) bestreiten kann, hat nach dem SGB XII (Kapitel 3) Anspruch auf Laufende Hilfe zum Lebensunterhalt (HLU). Bei dem leistungsberechtigten Personenkreis außerhalb von Einrichtungen handelt es sich fast ausschließlich um vorübergehend Erwerbsunfähige - wie z. B. befristet erwerbsgeminderte Rentner/innen - und längerfristig Erkrankte sowie deren in Einstandsgemeinschaft (vergleichbar Bedarfsgemeinschaften im SGB II) lebenden (Ehe-) Partner/innen und Kinder unter 15 Jahren.

Gegenüber 2005 hat sich die Zahl der Bezieher/innen von HLU von rd. 450 auf rd. 950 mehr als verdoppelt. In den meisten Fällen handelt es sich um alleinstehende Personen im Erwachsenenalter, d.h. um einen/eine vorübergehend erwerbsgeminderten oder längerfristig erkrankten Hauptverdiener/in. 13 Prozent der HLU-Bezieher/innen sind unter 18 Jahre alt. Der Frauen- und Männeranteil ist ungefähr gleich hoch. Von den 676 Haushaltsvorständen waren 349 Männer und 327 Frauen.

Mit der Einführung der Grundsicherung für Arbeitssuchende im Januar 2005, die für die große Mehrheit der erwerbsfähigen bedürftigen Personen maßgeblich ist, kommt der HLU nun mehr eine nachrangige Funktion bei der Existenzsicherung zu. Infolge dessen ist die Zahl der Leistungsbezieher/innen gegenüber der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung auch relativ gering.

Abb. 2.6:
Bezieher/innen
lfd. Hilfe zum
Lebensunterhalt
außerh. von Ein-
richtungen 2005
– 2019



Quelle: Hansestadt Lübeck, FB 2, Bereich Soziale Sicherung, Prosoz.-Auswertung,
Graphik: Gesundheitsamt

INFOBOX !

Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung

Die Grundsicherung im Alter wurde 2003 eingeführt, um vor Altersarmut zu bewahren. Anspruch auf Grundsicherung im Alter (Sozialhilfe) hat danach nur, wer das gesetzliche Renteneintrittsalter erreicht hat und seinen notwendigen Lebensunterhalt nicht oder nicht ausreichend aus eigenen Mitteln (Haushaltseinkommen und Vermögen) bestreiten kann.

Wer wegen Krankheit dauerhaft voll erwerbsgemindert ist und seinen notwendigen Lebensunterhalt nicht oder nicht ausreichend aus eigenen Mitteln (Einkommen und Vermögen) bestreiten kann, hat Anspruch auf Grundsicherung bei Erwerbsminderung. Die Leistungen der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung dienen der Existenzsicherung, dessen Umfang sich an dem gesetzlichen Existenzminimum orientiert.

Grundsicherung bei Erwerbsminderung

Die Zahl der hilfebedürftigen erwerbsgeminderten Rentner/innen ist seit 2006 steigend. Gegenüber 2006 haben sich die Fallzahlen mehr als verdoppelt – sowohl bei den Frauen als auch bei den Männern. Der Frauenanteil lag 2015 bei rd. 48 Prozent. Die aktuellen Zahlen belegen für 2019 eine weitere Zunahme auf nun knapp über 2.000 hilfebedürftige erwerbsgeminderte Frührentner/innen.

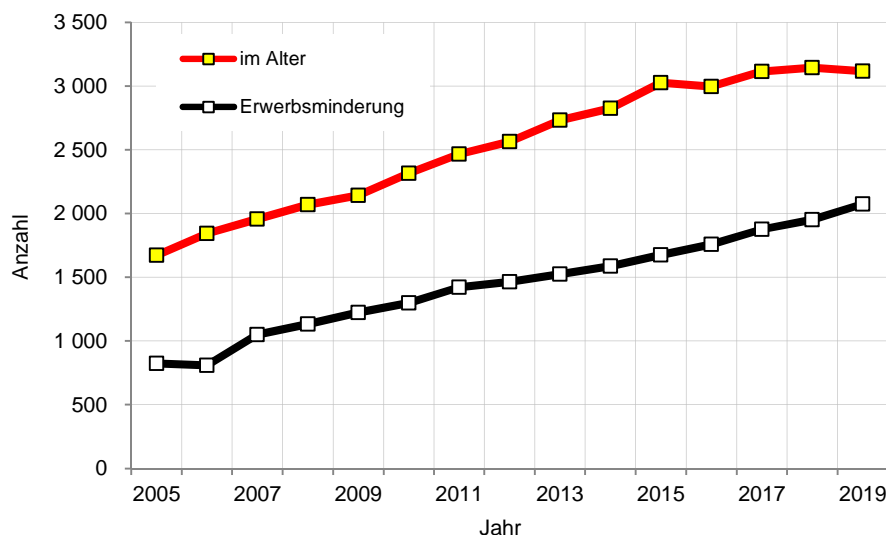
Grundsicherung im Alter

Auch hinsichtlich der Grundsicherung im Alter war in der Vergangenheit ein kontinuierlicher Anstieg der Fallzahlen festzustellen: von rd. 1.800 im Jahre 2006 auf über 3.000 im Jahre 2015. 2016 zeigte sich erstmalig seit langem kein weiterer Anstieg der Fallzahlen, seit 2017 stagniert die Entwicklung (s. Abb. 2.7).

Von den 2.995 Bezieher/innen von Grundsicherung im Alter waren 1.728 (rd. 58 Prozent) Frauen. Gemessen an der Gesamtzahl der über 65 jährigen Bevölkerung ist die Grundsicherungsquote (Grundsicherungsbezieher/innen je hundert Einw: über 65 Jahre) zwischen 2006 und 2015 von rd. 3,5 auf rd. fünf Prozent angestiegen, d.h. jede/r zwanzigste Rentner/in nimmt die Hilfe in Anspruch. Die Quote ist für Frauen und Männern nahezu identisch. Innerhalb Lübecks schwanken die Grundsicherungsquoten zwischen rd. elf Prozent in Moisling und weniger als einem Prozent in den ländlichen Gebieten St. Jürgens.

Abb. 2.7:
Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung 2005 – 2019

Außerhalb von Einrichtungen



Quelle: Hansestadt Lübeck, FB 2, Bereich Soziale Sicherung, Prosoz-Auswertung, Graphik: Gesundheitsamt

Leistungen zur lfd. Lebensführung

Fasst man die in der folgenden Tabelle genannten Leistungsarten zusammen, erhält man die Empfänger/innen von Sozialleistungen zur Sicherstellung der laufenden Lebensführung. In Bezug zur Einwohnerzahl errechnet sich die sogenannte Mindestsicherungsquote. Diese ist in Karte 2 auf Ebene der 158 Statistischen Bezirke dargestellt und spiegelt die kleinräumigen sozialräumlichen Verhältnisse wider.

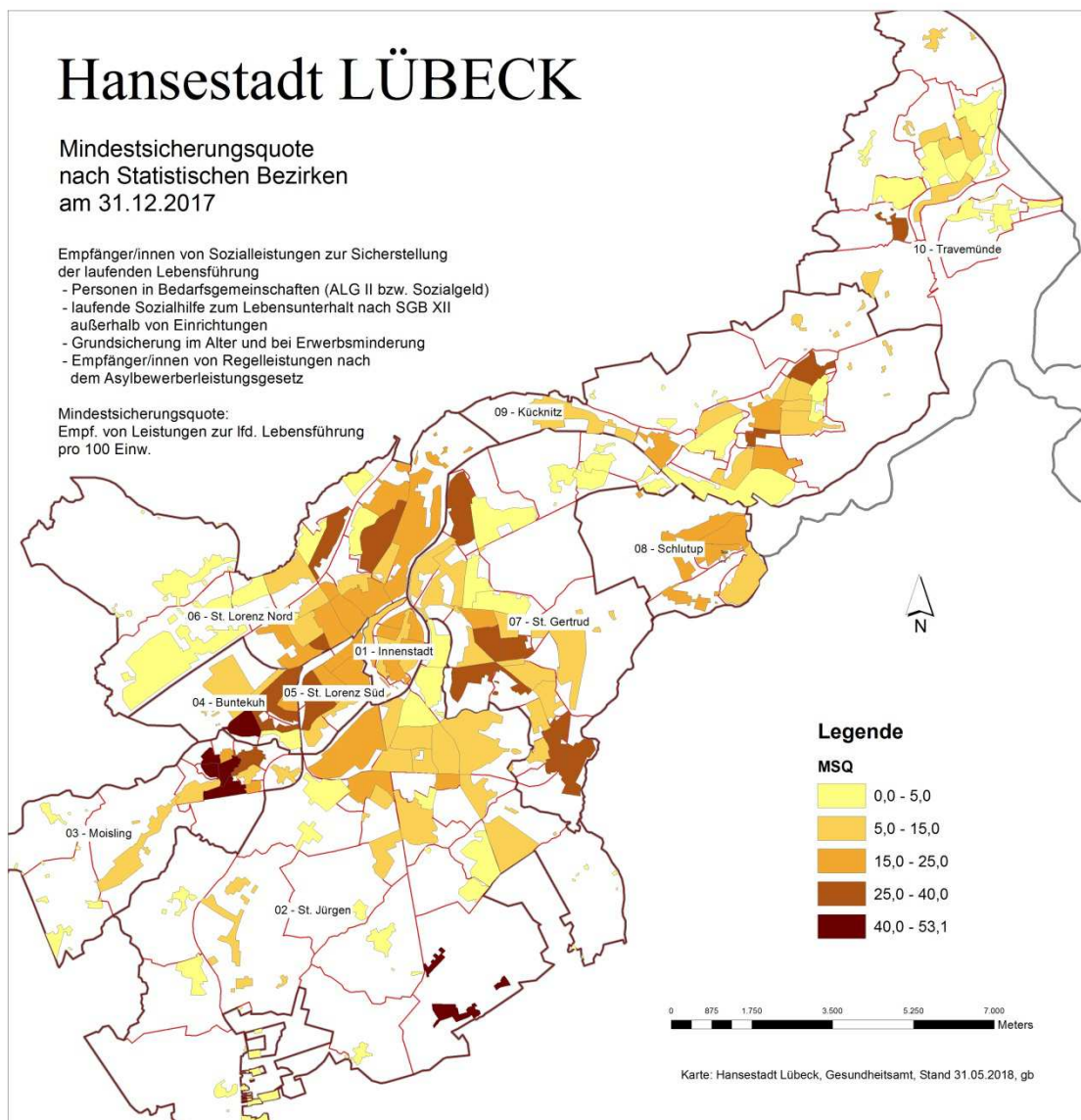
Tab. 2.4: Empf. von lfd. Sozialleistungen zur Lebensführung 2005 - 2019

Leistungsart	2005	2010	2015	2017	2018	2019 *)
Hilfe zum Lebensunterhalt	465	746	844	943	965	921
Personen in Bedarfsgemeinschaften	30 292	29 143	27 886	26 829	25 348	23 930
Grundsich. i. Alter u. bei Erw erbsmind.	2 495	3 615	4 703	4 990	5 095	5 192
Lstg. n. Asylbew erberleistungsgesetz	76	206	3 032	1 370	1 367	1 307
Leistungsempfänger/innen insg.	33 328	33 710	36 465	34 132	32 775	31 350
Einw ohner/innen	213 983	212 112	218 523	219 255	220 629	220 238
Mindestsicherungsquote	15,6	15,9	16,7	15,6	14,9	14,2

Karte 2:

*) Vorläufige Zahl

Quelle: Bundesagentur für Arbeit und Hansestadt Lübeck, Soziale Sicherung und Kommunale Statistikstelle

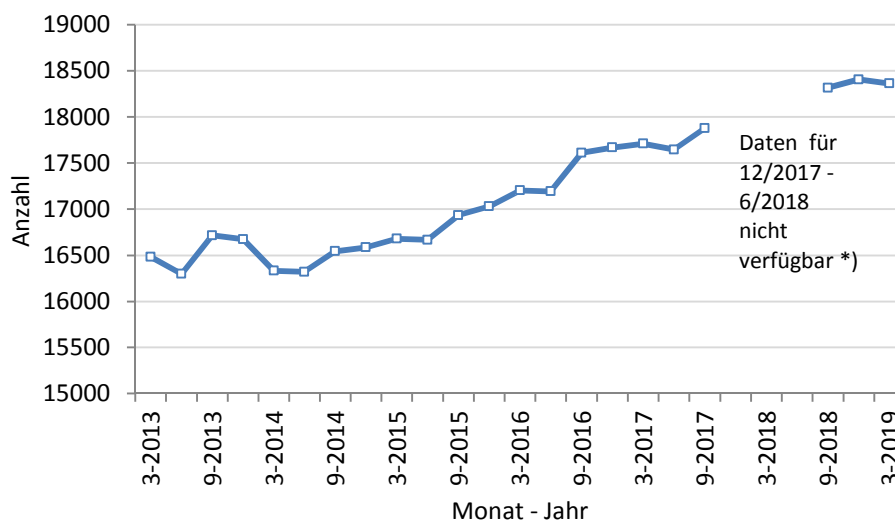


2.6 Arbeitsmarkt

Beschäftigte im Gesundheits- und Sozialwesen

Nach der Klassifikation der Wirtschaftszweige waren im Juni 2018 von den insg. 97.350 sozialversicherungspflichtig Beschäftigte am Arbeitsort Lübeck 8.973 Personen im Sozial- und Gesundheitswesen tätig, entsprechend rd. neun Prozent aller Beschäftigten. Enthalten sind hier die Beschäftigten in Krankenhäusern, Arztpraxen, Massagepraxen etc., sowie in Heimen und im Sozialwesen.

Abb. 2.8:
Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte im Sozial- und Gesundheitswesen 2012 - 2019



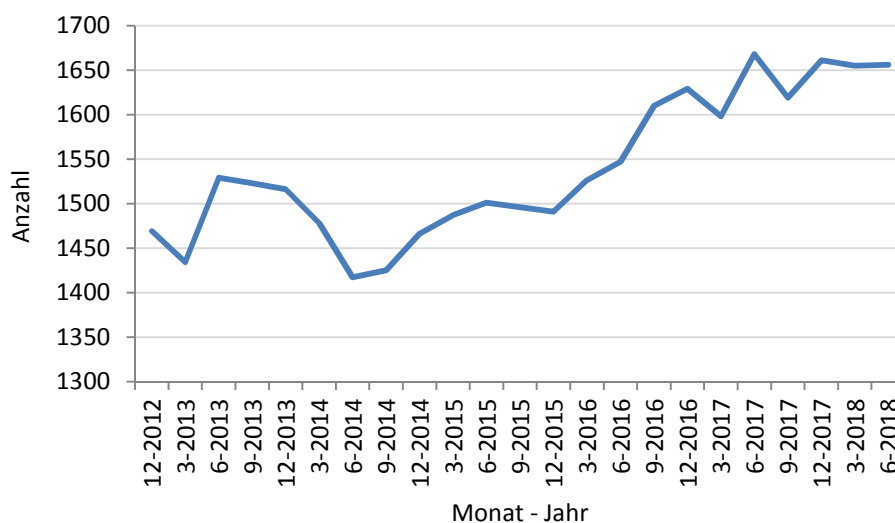
Quelle: Bundesagentur für Arbeit, Beschäftigtenstatistik, Graphik: HL

*) zwischen 12/2017 und 6/2018 wurde eine größere Anzahl Beschäftigter fehlerhaft klassifiziert und irrtümlicherweise einem falschen Wirtschaftsabschnitt zugeordnet. Die Zahlen sind daher nicht vergleichbar.

Beschäftigte in der Altenpflege

Eine Teilmenge der Beschäftigten im Gesundheits- und Sozialwesen sind die Beschäftigten in der Altenpflege. Hier ist die Zahl der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten seit 2014 von rd. 1.400 Beschäftigten auf ca. 1.640 Beschäftigten bis Mitte 2018 angestiegen, wobei diese Zahl seit Mitte 2017 annähernd konstant geblieben ist. Der zuvor genannte Beschäftigtenzuwachs ist, den Bundestrend zu Grunde legend, vermutlich überwiegend auf eine Zunahme in der Teilzeitarbeit zurückzuführen, Inwieweit die Beschäftigten ohne deutsche Staatsangehörigkeit daran beteiligt sind, kann anhand der verfügbaren Daten nicht gesagt werden.

Abb. 2.9:
Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte in der Altenpflege 2012 - 2018



Quelle: Bundesagentur für Arbeit, Arbeitsuchende, Arbeitslose und gemeldete sozialversicherungspflichtige Arbeitsstellen insgesamt und darunter in der Berufsgruppe 821 Altenpflege in der Klassifikation der Berufe 2010, Graphik: HL

3 Leben und Wohnen im Alter

3.1 Lebenserwartung

INFOBOX !

Lebens- erwartung

Die **durchschnittliche Lebenserwartung**, oder auch die mittlere Lebenserwartung eines Neugeborenen ist ein zentraler Indikator zur Bewertung des Gesundheitszustands einer Bevölkerung. Sie gibt die wahrscheinliche Anzahl der Jahre an, die ein neugeborenes Kind angesichts der aktuellen Sterblichkeitsverhältnisse noch leben wird. Dabei wird angenommen, dass die gegenwärtigen altersspezifischen Sterbewahrscheinlichkeiten für das gesamte weitere Leben gelten. Sie sind eine Momentaufnahme und berücksichtigen nicht eine zukünftig eventuell steigende oder sinkende Lebenserwartung. Da dieses Maß unabhängig vom Altersaufbau einer Bevölkerung ist, ermöglicht es den Vergleich für unterschiedliche Zeitpunkte oder zwischen anderen Bevölkerungen bzw. Ländern. Aufgrund der niedrigeren Lebenserwartung der Männer wird die durchschnittliche Lebenserwartung für Männer und Frauen getrennt ausgewiesen.

Als **fernere Lebenserwartung** werden die Lebensjahre bezeichnet, die ab einem bestimmten Alter noch zu erwarten sind. Diese lässt sich für jedes Altersjahr und differenziert nach Geschlecht aus den Periodensterbetafeln des Statistischen Bundesamtes bzw. der Statistischen Landesämter ablesen.

Lebens- erwartung im Bundes- gebiet und ...

Seit Beginn der Aufzeichnung im Jahre 1871 ist die durchschnittliche Lebenserwartung in Deutschland nahezu konstant angestiegen. So lag die Lebenserwartung im Jahre 1880 noch bei rd. 38 Jahren für Frauen und bei rd. 35 Jahren für Männer. Heute liegt die Lebenserwartung nach der aktuellen Sterbetafel 2014/2016 für Jungen bei 78,3 und für Mädchen bei 83,2 Jahren. Im Schnitt gewannen Frauen nach dem 2. Weltkrieg pro Jahrzehnt 2,4 und Männer 2,5 Lebensjahre dazu. Seit der Wiedervereinigung im Jahre 1990 stieg die Lebenserwartung bei Frauen um 3,7 und bei Männern um 5,3 Lebensjahre an. Die Geschlechterdifferenz hat sich grundsätzlich etwas verringert und liegt heute bei rd. fünf Jahren.

.. in Schleswig- Holstein

Je nach Bundesland kann die Lebenserwartung um ein bis zwei Jahre variieren. In Schleswig-Holstein liegt die Lebenserwartung mit 78,10 Jahren für Jungs und 83,13 Jahren für Mädchen geringfügig unter den bundesdeutschen Werten.

Unterhalb der Länderebene werden aufgrund der geringeren Fallzahlen und den damit verbundenen statistischen Schwankungen keine amtlichen Sterbetafeln erstellt. Selbst auf Länderebene werden zur Vermeidung der genannten Effekte die Fallzahlen jeweils nur für einen Zeitraum von drei Jahren zusammen berechnet.

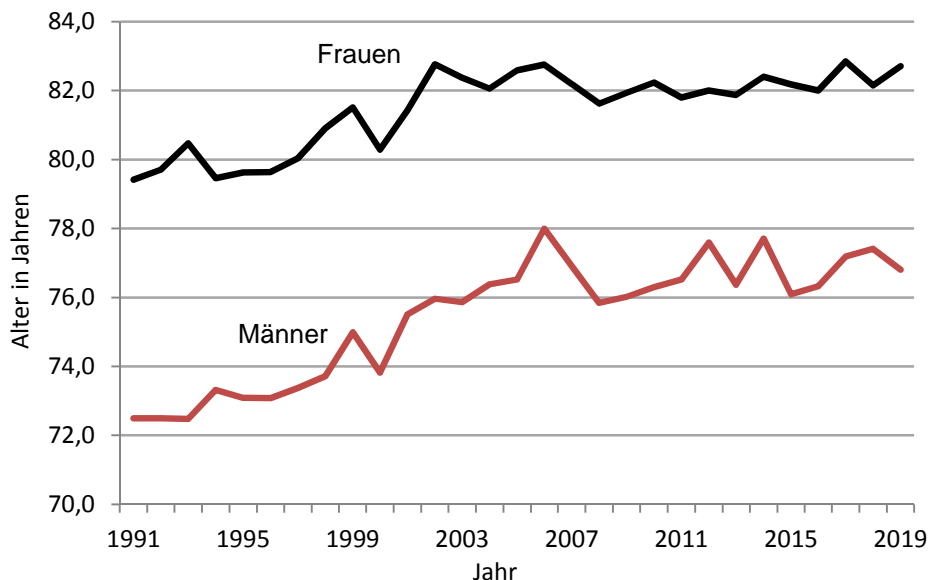
... im europäi- schen Vergleich

Nach Berechnungen des Statistischen Amtes der Europäischen Union (Eurostat) liegt Deutschland im oberen Mittelfeld der europäischen Staaten. Die höchste Lebenserwartung hatten Männer und Frauen in Schweden und in diversen Mittelmeerländern wie Spanien, Italien oder Griechenland. Die niedrigste Lebenserwartung wiesen Litauen, Lettland, Rumänien und Bulgarien auf. [Eurostat 2018]

**Lebens-
erwartung in
Lübeck**

In der Hansestadt Lübeck werden Berechnungen zur Lebenserwartung seit 1991 durchgeführt (siehe Abb. 3.1). Sowohl für Frauen als auch für Männer liegt die Lebenserwartung in Lübeck etwa um ein Jahr unter den Durchschnittswerten für Schleswig-Holstein.

Abb. 3.1:
Lebenserwartung
in der Hansestadt
Lübeck
1991 – 2019



Quelle: Hansestadt Lübeck, Gesundheitsamt, eigene Berechnungen, Graphik: Gesundheitsamt

Stagnation ?

Die linearen Trendlinien in Abb. 3.1 zeigen den Trend der steigenden Lebenserwartung auf. Während diese Zunahmen in den 90er Jahren noch deutlich zu erkennen ist, zeigt sich seit ca. 2003 allerdings eine eher stagnierende Entwicklung in der Lebenserwartung. Für Schleswig-Holstein oder im Bundesgebiet hingegen sind keine stagnierenden Entwicklungen zu beobachten. Hier steigt die Lebenserwartung - wenn auch langsam - kontinuierlich an.

**Einfluss der
sozialen Lage**

Diverse Untersuchungen sprechen für einen erheblichen Einfluss des Einkommens auf die Lebenserwartung. Auswertungen von Daten des SOEP (Anmerkung: Das sozio-ökonomische Panel ist eine repräsentative Wiederholungsbefragung von Privathaushalten in Deutschland) zeigen, dass die Differenz der Lebenserwartung bei fünf Einkommensgruppen zwischen der niedrigsten und höchsten Gruppe für Frauen bei 8,4 Jahren und bei Männern sogar bei 10,8 Jahren liegt. Die Unterschiede sind zum Teil auf eine erhöhte psychische und physische Belastung im Lebenslauf zurückzuführen, als auch auf geringere materielle, kulturelle und soziale Ressourcen in den unteren Einkommensgruppen [Robert-Koch-Institut 2015, S. 22-23].

**Fernere Lebens-
erwartung**

Als fernere Lebenserwartung werden die Lebensjahre bezeichnet, die ab einem bestimmten Alter noch zu erwarten sind.

Die in Tab. 3.1 dargestellten Zahlen für die Hansestadt Lübeck unterliegen aufgrund der geringen Fallzahlen jährlichen Schwankungen und dienen lediglich der groben Orientierung. In der ersten Zeile findet sich die Lebenserwartung zum Zeitpunkt der Geburt. Aus Gründen der Übersichtlichkeit sind die Angaben in Fünf-Jahres-Schritten dargestellt. Für alle Altersstufen zeigt sich eine Zunahme in der Lebenserwartung seit 1991. So ist die Lebenserwartung bei den Männern seit 1991 von 72,5 auf 77,2 Jahre angestiegen und bei den Frauen von 79,7 auf 82,9 Jahre. Die Zunahme ist in allen dargestellten Altersgruppen zu beobachten.

So hatte etwa ein 65 jähriger Mann im Jahre 1991 noch eine fernere Lebenserwartung von ca. 14,5 Jahren. Heute ist diese fernere Lebenserwartung auf 17,2 Jahre angestiegen.

Tab. 3.1: Fernere Lebenserwartung nach Alter und Geschlecht

Alter	männlich				weiblich			
	1991	2000	2010	2019	1991	2000	2010	2019
0	72,5	73,8	76,3	76,8	79,7	80,3	82,2	82,7
1	71,8	73,1	75,6	76,0	79,0	79,6	81,4	81,8
5	67,9	69,2	71,6	72,0	75,1	75,6	77,4	77,9
10	63,0	64,3	66,6	67,0	70,1	70,6	72,5	73,1
15	58,1	59,3	61,6	62,0	65,2	65,6	67,5	68,1
20	53,2	54,5	56,8	57,1	60,2	60,7	62,5	63,1
25	48,6	49,9	51,9	52,2	55,3	55,7	57,5	58,1
30	43,7	45,2	47,0	47,4	50,4	50,8	52,6	53,1
35	39,0	40,4	42,2	42,7	45,5	46,0	47,7	48,2
40	34,4	35,7	37,4	37,8	40,6	41,2	42,9	43,3
45	30,0	31,3	32,7	33,1	35,8	36,4	38,0	38,6
50	25,8	27,0	28,3	28,7	31,2	31,9	33,4	33,8
55	21,8	23,2	24,2	24,5	26,7	27,6	29,0	29,1
60	17,9	19,3	20,4	20,7	22,5	23,3	24,8	24,8
65	14,5	15,4	16,7	17,2	18,6	19,0	20,7	20,6
70	11,5	12,2	13,4	13,8	14,7	15,3	16,6	16,9
75	8,7	8,7	10,7	10,9	11,3	11,6	12,8	13,2
80	6,3	6,1	7,6	8,2	8,4	8,2	9,2	9,8
85	4,7	5,6	5,4	5,6	5,8	6,7	6,4	6,7
90	4,0	4,0	3,4	3,9	4,0	4,0	4,2	4,4
95	2,1	2,4	2,3	2,6

Quelle: Hansestadt Lübeck, Gesundheitsamt, eigene Berechnungen

Hochaltigkeit nimmt zu

Die steigende Lebenserwartung im Bundesgebiet führt zu einer höheren Anzahl älterer Menschen. Innerhalb dieser Gruppe wächst jedoch auch die Zahl der hochaltrigen Personen. Die Hochaltrigkeit ist unterschiedlich definiert. In der Regel werden Personen, die älter als 80 Jahre sind als hochaltrig bezeichnet. Dies deckt sich auch mit der Selbsteinschätzung der Senioren und Seniorinnen, die sich im Alter von 60 bis 79 Jahren noch nicht als alt bezeichnen. Für die heute Geborenen könnte es sogar keine Seltenheit mehr sein, den 100. Geburtstag zu erleben. Generell bleiben ältere Menschen heute länger gesund. Auch zukünftig ist damit zu rechnen, dass die gesunden Lebensjahre und die behinderungsfreie Lebenserwartung zunehmen werden [Scholz, 2013]

Rentenzzeit

Mit einer steigenden Lebenserwartung verlängern sich auch generell die Zeiten im Ruhestand. Im internationalen Vergleich liegt Deutschland mit durchschnittlich 22,6 Jahren bei den Frauen und 19,5 Jahren bei den Männern hinter Ländern wie Frankreich (27,6/23,6 Jahre), Belgien, Italien, Spanien oder Großbritannien [OECD 2019].

3.2 Wohnformen im Alter

Gesundheit im Alter

Bis zum Jahr 2050 werden ca. 23 Millionen Menschen im Alter von über 65 Jahren in Deutschland wohnen. In einer älter werdenden Bevölkerung spielen Gesundheitsförderung und Prävention eine wichtige Rolle, da Gesundheit auch im höheren Alter die Voraussetzung für Selbständigkeit und aktive Teilnahme am gesellschaftlichen Leben ist. Angesichts einer steigenden Lebenserwartung ist es das Ziel, die gewonnenen Lebensjahre bei möglichst guter Gesundheit und Lebensqualität zu erleben. Hierbei ist es wichtig, dass Menschen ihr Leben so lange wie möglich aktiv gestalten können, so dass sie ihre Möglichkeiten und Ressourcen ausschöpfen können.

Aktuelle Wohnsituation älterer Menschen

Ältere Menschen möchten möglichst lange und selbstbestimmt in der eigenen Wohnung im vertrauten Wohnumfeld wohnen bleiben. In der Realität ist es heute so, dass ca. 91 Prozent aller Menschen über 65 Jahre in ihrer bisherigen Wohnung wohnen und nur ca. neun Prozent in sogenannten anderen Wohnformen leben. Zu diesen Wohnformen gehören z.B. das betreute Wohnen oder das Wohnen mit Service, Wohnprojekte und Wohngemeinschaften und das Wohnen in einer stationären Einrichtung. Selbst bei Pflegebedürftigkeit bleiben ca. 2/3 der Menschen über 65 Jahre in der bisherigen Wohnung. Nur ein Drittel geht bei Pflegebedürftigkeit in eine stationäre Einrichtung.

Tab. 3.2: Einwohner/innen am 31.12.2019 nach Haushaltstypen

Altersgruppe	Einpersonenhaushalt		Paar/Ehepaar ohne Kinder	Paar/Ehepaar mit Kinder	sonstige Haushalte u. Alleinerz.	Gesamt
	Anzahl	in %	Anzahl			
alle Einw.	64 048	29,1	51 676	68 910	35 604	220 238
darunter						
60 u.ä.	24 204	37,7	28 591	2 496	8 848	64 139
davon						
60-64	4 584	33,7	6 047	1 214	1 751	13 596
65-69	4 031	33,4	5 924	553	1 549	12 057
70-74	3 538	33,5	5 421	278	1 329	10 566
75-79	4 168	36,6	5 509	214	1 490	11 381
80-84	4 003	42,1	3 968	145	1 399	9 515
85-89	2 193	51,0	1 287	62	755	4 297
90 u.ä.	1 687	61,9	435	30	575	2 727

Def. sonstige Haushalte: Mehrpersonenhaushalte, oftmals mit Familienangehörigen wie z.B. erwachsenen Nachkommen, Geschwistern oder Großeltern etc., z.T. auch Wohngemeinschaften, bei gleicher Adresse auch mit mehreren Haushalten möglich.

Quelle: Hansestadt Lübeck, Kommunale Statistikstelle, Tab. Gesundheitsamt

Wohngemeinschaften im Alter

Während die jetzige Generation der älteren Menschen (ab ca. 75 Jahre) noch verstärkt nach Möglichkeiten des betreuten Wohnens oder des Wohnen mit Service fragt, fragen jüngere Ältere (ab ca. 60 Jahren) vermehrt nach Wohngemeinschaften bzw. Wohnprojekten. Deutlich wird bei den Nachfragen, dass es hierbei nicht um die Absicherung von pflegerischen Leistungen, sondern vielmehr um Gemeinschaft und insbesondere um Vermeidung von Einsamkeit geht. Auch die Bezahlbarkeit der Wohnung und des aktiven Lebens spielen eine große Rolle. Wohnen in einer Wohngemeinschaft oder in einem Projekt wird in aller Regel als günstiger angesehen als eine eigene Wohnung zu mieten.

Der Seniorenbeirat der Hansestadt Lübeck hat sich dieses Themas im Jahr 2018 schwerpunktmäßig angenommen und bereits Gespräche mit Wohnungsunternehmen aufgenommen. Es wird derzeit diskutiert und geprüft, ob und inwieweit im vorhandenen Wohnungsbau Wohngemeinschaften realisiert werden können oder ob auch im Rahmen von Modellprojekten – ggf. auch mit Fördermitteln – Wohnungsbau für Wohngemeinschaften bzw. Wohnprojekte realisiert werden kann.

Barrierefreies Wohnen

Eine konkrete Datenerhebung über barrierefreien, mindestens aber Barriere reduzierten Wohnungsbestand in der Hansestadt Lübeck gibt es derzeit nicht. Das Bundesministerium für Verkehr, Bau und Stadtentwicklung hat im Jahr 2011 eine Datenerhebung zur Ermittlung des vorhandenen barrierefreien bzw. Barriere reduzierten Wohnungsbestand in der Bundesrepublik Deutschland durchgeführt und in der Schriftenreihe Forschungen im Heft 147, Berlin 2011 mit dem Titel „Wohnen im Alter – Marktprozesse und wohnungspolitischer Handlungsbedarf“ veröffentlicht. Zu diesem Zeitpunkt waren lediglich sieben Prozent des vorhandenen Wohnungsbestandes als barrierefrei bzw. -reduziert einzustufen.

Es wird davon ausgegangen, dass dieser Prozentsatz ungefähr auch für den Lübecker Wohnungsbestand Gültigkeit hat. Selbst wenn bei aktuellen Neubauvorhaben eine Barriere Reduzierung anteilig geplant und umgesetzt wird, ist noch ein erheblicher Nachholbedarf, insbesondere vor dem Hintergrund des wachsenden Anteils der älter werdenden Menschen mit gleichzeitig steigender Lebenserwartung erkennbar.

3.3 Wohnen mit Service

**Wohnen mit Service/
Betreutes Wohnen**

Viele ältere Menschen können und wollen noch weiterhin in ihrer eigenen Wohnung leben und brauchen nur hin und wieder ein wenig Unterstützung. Für diese Menschen ist das „Betreute Wohnen“ ideal. Es können Einschränkungen in der allgemeinen Mobilität und der persönlichen Lebensführung bestehen, ohne dass jedoch bereits eine Pflegebedürftigkeit gegeben ist.

Die Anbieter

Je nach Anbieter werden diverse Grundleistungen angeboten, die durch Wahlleistungen ergänzt werden können. Zum Teil sind in den Grundleistungen z.B. ein tägliches Mittagessen oder eine wöchentliche Wohnungsreinigung enthalten, zum Teil können derartige Angebote über die Wahlleistungen hinzugebucht werden.

Tab. 3.3: Wohnen mit Service/Betreutes Wohnen 2019 nach Anbietern

Anbieter	Wohnungen insg.	davon ... Anbindung an eine Pflegeeinrichtung	
		mit	ohne
AWO Servicehaus Lübeck im Hochschulstadtteil	186	186	-
Hanse-Residenz Lübeck GmbH	132	132	-
HL SeniorInneneinrichtungen	326	326	-
Rosenhof Travemünde	409	409	-
Seniorenhaus Hinrichs	127	127	-
Seniorenw ohnanlage am Vogelsang GmbH	15	-	15
Seniorenzentrum Travemünde	14	14	-
Vorwerker Diakonie	376	25	351
Johanniter	240	81	159
Gesamtergebnis	1 825	1 300	525

Quelle: Hansestadt Lübeck, Bereich Soziale Sicherung, Pflegestützpunkt

**Rosenhof
Travemünde -
409 Whg.**

Der größte Anbieter für Betreutes Wohnen bzw. Wohnen mit Service ist der Rosenhof Travemünde, der insgesamt 409 Wohnungen mit Anbindung an eine Pflegeeinrichtung anbietet. Die Wohnungen haben ein bis drei Zimmer und verfügen über 33 bis 114 Quadratmeter. Bei Belegung mit einer Person liegen die Kosten zwischen rd. 1.500 und 4.300 Euro. Bei Belegung mit einer zweiten Person fallen rd. 700 EUR zusätzlich an.

In diesem Betrag sind anteilige Betriebskosten und alle Grundleistungen bis auf den persönlichen Stromverbrauch und die Telefonkosten enthalten. Zu den Grundleistungen zählen z.B. ein tägliches Mittagessen, die wöchentliche Reinigung des Appartements, der haustechnische Service oder etwa die 24-Stunden-Rufbereitschaft des haus-eigenen Pflegedienstes. Wahlweise können z.B. das Frühstück- und Abendessen-Buffet oder z.B. ein Tiefgaragenstellplatz hinzugebucht werden.

**Vorwerker
Diakonie -
376 Whg.**

Der zweitgrößte Anbieter, die Vorwerker Diakonie, betreut 376 Wohnungen in diversen Wohnanlagen im Stadtgebiet, die durch unterschiedliche Eigentümer vermietet werden. Hierzu zählen die Vonovia Grundstücksgesellschaft, die BIG-Verwaltung, die Vorwerker Dienste und eine Eigentümergemeinschaft. Die meisten Wohnungen (351 von 376) sind ohne Anbindung an eine Pflegeeinrichtung. Die Netto-Kaltmieten reichen hier von rd. fünf Euro/qm mit Wohnberechtigungsschein bis zu zwölf Euro/qm. Die Servicepauschale für eine Person beträgt 79 bzw. 95 Euro pro Person und liegt für zwei Personen zwischen rd. 119 Euro und rd. 143 Euro. Die Grundleistungen beinhalten u.a. einen 24-Stunden-Hausnotruf, die Sicherstellung der medizinischen Pflege bei Erkrankung, Vermittlung weiterer Hilfen und die Unterstützung bei sozialen und kulturellen Angeboten. Je nach Wohnanlage können weitere Wahlleistungen hinzugebucht werden.

**Hansestadt
Lübeck –
326 Whg.**

Der drittgrößte Anbieter für betreutes Wohnen ist die Hansestadt Lübeck, deren 326 Wohnungen an die städtischen SeniorInneneinrichtungen angebunden sind. Die Kaltmieten der 1-, 1½- bzw. 2-Zimmer-Wohnungen liegen zwischen 215 und 440 Euro. An Betreuungskosten kommen 90 Euro pro Person bzw. 135 Euro für zwei Personen hinzu. Die Betreuungsleistungen beinhalten regelmäßige Sprechstunden und Hilfe bei Behördengängen und die Notrufanlage mit Verbindung zur Pflegeeinrichtung, so dass eine schnelle Hilfeleistung vor Ort gewährleistet ist. Durch die Anbindung an eine SeniorInneneinrichtung besteht die Möglichkeit zur Teilnahme am Kulturprogramm, Ausflügen oder zur Nutzung der Serviceeinrichtungen wie Friseur, Kiosk oder gegen Entgelt auch der Fußpflege.

Tab. 3.4: Wohnen mit Service/Betreutes Wohnen 2019 nach Stadtteilen

Stadtteil	Wohnungen insg.	davon ... Anbindung an eine Pflegeeinrichtung	
		mit	ohne
01 - Innenstadt	-	-	-
02 - St. Jürgen	303	246	57
03 - Moisling	108	-	108
04 - Buntekuh	-	-	-
05 - St. Lorenz Süd	103	10	93
06 - St. Lorenz Nord	258	165	93
07 - St. Gertrud	208	193	15
08 - Schlutup	-	-	-
09 - Kücknitz	248	248	-
10 - Travemünde	597	438	159
Lübeck insg.	1 825	1 300	525

Quelle: Hansestadt Lübeck, Bereich Soziale Sicherung, Pflegestützpunkt

Andere Das AWO Servicehaus Lübeck im Hochschulstadtteile bietet 93 öffentlich geförderte Wohnungen an, für die ein Wohnungsberechtigungsschein erforderlich ist. Die Kaltmiete für die 44 bis 64 qm großen Zweizimmerwohnungen beträgt 5,10 Euro/qm. Weitere 86 Wohnungen werden für eine Inklusivmiete von 11,50 Euro/qm angeboten. Die Servicepauschale für verschiedene Grundleistungen (24-Stunden-Notruf, Beratung und Unterstützung bei behördlichen Angelegenheiten oder bei der Wohnraumanpassung etc.) liegt zwischen 85 und 150 Euro monatlich pro Haushalt. Auch hier können Wahlleistungen wie Essenslieferungen oder Wohnungsreinigung hinzugebucht werden.

Weitere Anbieter für Betreutes Wohnen mit Anbindung an eine Pflegeeinrichtung sind die Hanse-Residenz Lübeck GmbH, das Seniorenhaus Hinrichs und die Grundstücksgesellschaft Trave mbH. Die Johanniter betreuen zudem 159 Wohnungen ohne Anbindung an eine Senioreneinrichtung. (s.Tab. 3.4)

3.4 Häusliche Unfälle und Hausnotruf

Häusliche Unfälle

Im höheren Alter steigt das Risiko eines häuslichen Unfalls, denn ältere Menschen stürzen häufig durch Schwindel, Gangunsicherheit oder die Nebenwirkungen von Medikamenten. Hinzu kommen Gleichgewichtsprobleme oder eine verminderte Reaktionsfähigkeit. Besonders häufig stürzen Patienten mit Risikoerkrankungen wie Demenz, Hypertonie, Morbus Parkinson oder Arthritis und immobile Menschen. Schon ein normalerweise harmloser Sturz, wie etwa über eine Treppenstufe oder einen Teppichvorleger kann zum Bruch des Knochens führen. Besonders Oberschenkelhalsfrakturen oder Handgelenkbrüche sind keine Seltenheit. Statistisch valide Angaben zur Häufigkeit von häuslichen Stürzen liegen nicht vor, da ein Teil der Stürze auch glimpflich verläuft und somit nicht gemeldet oder irgendwie anders aktenkundig wird.

Laut der Mortalitätsstatistik der Hansestadt Lübeck verstarben im Jahre 2015 jedoch etwa 70 Personen aufgrund von Stürzen, wovon die meisten im Allgemeinen im häuslichen Umfeld erfolgen. So verstarben im Jahr 2015 dreizehn Personen vor Ort im eigenen Haushalt. Stürze sind daher in etwa genauso gefährlich wie Darmkrebs und führen häufiger zum Tode als etwa Bauspeicheldrüsenkrebs. Problematisch ist diesbezüglich auch die hohe Zahl der Singlehaushalte. Da ältere Menschen oftmals allein leben, werden sie bei Unfällen vielfach zu spät gefunden.

Doch deshalb sollte das selbständige Leben im eigenen Haushalt nicht gleich unmöglich werden. Ein Hausnotrufsystem bietet Seniorinnen und Senioren schnelle Hilfe in Notfällen bei häuslichen Stürzen oder wenn sie aus eigener Kraft nicht mehr aufstehen können.

Hausnotruf

Die Hausnotruf-Anlage wird an eine Telefondose und eine Steckdose angeschlossen. Der Sender kann als Medaillon oder am Handgelenk getragen werden. Das Gerät funktioniert als Freisprechanlage. Bei einem Notruf tauchen die Teilnehmerdaten beim Dienstleister im Display auf, so dass sofort eine eindeutige Identifizierung der anrufenden Person gewährleistet ist, auch wenn diese nichts sagen sollte. Bei einer Alarmierung werden die vom Kunden benannten Kontaktpersonen benachrichtigt bzw. sofern erforderlich der Pflegedienst, der Hausarzt/die Hausärztin oder der Rettungsdienst.

Können telefonisch keine Kontaktpersonen erreicht werden, wird der Einsatzdienst vom Hausnotruf geschickt. Da Schlüssel hinterlegt sind, müssen ggfs. keine Türen aufgebrochen werden. Der Hausnotruf ist durchgehend rund um die Uhr gewährleistet. Auf Wunsch kann auch eine Tagesmeldung vereinbart werden. Bleibt das Signal länger als vereinbart aus, nimmt die Hausnotrufzentrale automatisch Kontakt auf. Dadurch wird vermieden, dass Menschen über einen längeren Zeitraum auf Hilfe warten müssen.

Weitere technische Ergänzungen sind ggfs.

- zusätzliche Handsender, wenn z.B. mehrere Personen im Haushalt wohnen,
- ein Lagesensor, der z.B. einen Sturz aufgrund der Position allein erkennen kann und selbstständig einen Alarm auslösen kann,
- ein Funk-Feuermelder gibt bei Rauchalarm die Meldung an die Hausnotruf-Zentrale weiter, die umgehend die Feuerwehr alarmiert
- der Mobilnotruf, der es im Notfall ermöglicht, einen Kunden außerhalb des Hauses zu lokalisieren

Die Grundleistungen einer Hausnotrufanlage werden für Personen, die mindestens Pflegegrad 1 haben, auf Antrag von der Pflegekasse übernommen. Die Kosten liegen je nach Vertragsumfang ungefähr zwischen 20 und 40 EUR pro Monat.

In der Hansestadt Lübeck gab es Ende 2019 acht Anbieter. Der Hausnotruf wird von gemeinnützigen und privaten Unternehmen angeboten. Hierbei muss der Dienstleister nicht unbedingt vor Ort ansässig sein, da der Anbieter im Bedarfsfall die Angehörigen, die Nachbarn, den zuständigen Pflegedienst oder bei akuter Gefahr zeitgleich den örtlichen Rettungsdienst informiert.

Listen zu den Anbietern werden vom kommunalen Pflegestützpunkt erstellt und im Internet aktuell zur Verfügung gestellt.

3.5 Haushalts- und Alltagshilfen, Mahlzeitendienste

Haushaltshilfen

und ...

Haushaltshilfen ermöglichen es älteren Menschen, bis ins hohe Alter selbstbestimmt zu leben. Laut einer Forsa-Studie aus dem Jahre 2019, die im Auftrag der Mini-Job-Zentrale erstellt wurde, ist bereits jeder Fünfte über 65 Jahre alt und davon lassen sich rd. 40 Prozent regelmäßig im Haushalt helfen. Bei mehr als die Hälfte von Ihnen (53 Prozent) übernimmt das eine bezahlte Haushaltshilfe. 51 Prozent lassen sich von Familienangehörigen, Freunden oder Bekannten helfen, wobei die Hilfe von Familienangehörigen jedoch immer häufiger an Haushaltshilfen delegiert wird, da die erwachsenen Kinder entweder beruflich zu sehr eingespannt sind oder zu weit entfernt leben. Die typischen Arbeiten, die von Haushaltshilfen übernommen werden, sind das Reinigen der Wohnung und das Waschen und Bügeln der Wäsche.

In der Hansestadt Lübeck erhielten im Rahmen von SGB XII Ende 2019 rd. 500 Personen finanzielle Zuschüsse zur Haushaltshilfe. Die Gesamtzahl der in Lübeck privat finanzierten und beschäftigten Haushaltshilfen ist deutlich höher.

Alltagshilfen

In Ergänzung dazu stehen die Alltagshilfen. Diese Dienstleistungen werden in der Regel etwas teurer vergütet und umfassen die Erledigung von Einkäufen, die Hilfe bei Behördengängen, Gespräche mit den Angehörigen oder die gemeinsame Freizeitgestaltung. Hierzu zählen etwa die Organisation von Familienfeiern, das Vorlesen aus Zeitungen oder Büchern bzw. Brettspiele oder Kartenspiele. Natürlich werden auch - wenn gewünscht - Haushaltshilfen vermittelt.

Anfang 2019 gab es in der Hansestadt Lübeck 23 Anbieter für Haushalts- bzw. Alltagshilfen. Zumeist werden Haushalts- und Alltagshilfen zusammen angeboten, manche Anbieter haben ihren Schwerpunkt jedoch allein in den Alltagshilfen.

**Mahlzeiten-
dienste**

Wenn schon das Einkaufen im Alter eine Herausforderung ist, so gilt dies noch mehr für das tägliche Zubereiten einer gesunden Mahlzeit. Eine gute Lösung ist hier das Essen auf Rädern, d.h. die Belieferung durch einen Mahlzeitendienst. In der Hansestadt Lübeck gibt es sechs Mahlzeitendienste (Stand Januar 2019), wobei fünf davon warmes Essen liefern, bei einem muss das Essen erhitzt werden. Zwei Mahlzeitendienste liefern von Montag bis Freitag, die übrigen das ganze Jahr über. Die Preise für ein Essen liegen ungefähr bei sechs bis acht EUR. Das Angebot reicht von normaler Vollkost, über vegetarische Kost bis hin zu Menüs für Dialysepatienten oder Allergiker. Mahlzeitendienste haben zudem eine soziale Funktion, da den Senioren und Seniorinnen auf diese Weise die Möglichkeit gegeben wird, Kontakt zu anderen Personen zu pflegen.

Auch die Listen der Anbieter von Alltags- und Haushaltshilfen sowie von Mahlzeitendiensten werden seitens des kommunalen Pflegestützpunktes im Internet bereitgestellt und aktuell gehalten.

3.6 Pflegestützpunkt

INFOBOX !

Auszug aus der Präambel des Landesrahmenvertrages:

**Pflegestütz-
punkt**

„Zur wohnortnahen Beratung, Versorgung und Betreuung der Versicherten errichten die Landesverbände der Pflege- und Krankenkassen und die Kreise und kreisfreien Städte in gemeinsamer Trägerschaft Pflegestützpunkte im Rahmen der gesetzlichen Vorschriften des § 92 c SGB XI in Schleswig-Holstein. Die Vorhaltung dieses Beratungsangebotes im direkten Alltagsgeschehen konfrontiert Menschen früher als gewöhnlich mit dem Themenfeld und schafft somit einen niedrighschwelligigen Zugang auch mit einer präventiven Wirkung zur Pflegebedürftigkeit. Durch die Einbindung der Pflegestützpunkte in die Kreise und kreisfreien Städte können Angebote vor Ort auf die Bedarfe der Menschen ausgerichtet werden. Unterstützung, Betreuung und Pflege werden verstärkt wohnortnah angeboten und können einen Umzug in die stationäre Versorgung verhindern bzw. weitgehend verzögern. Damit wird der Grundsatz der ambulanten Versorgung vor der stationären Unterbringung unterstützt.“

**Die
Beratungs-
leistungen**

Pflegestützpunkte gibt es inzwischen in fast allen Kreisen und kreisfreien Städten in Schleswig-Holstein. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter beraten individuell, neutral und kostenfrei. Eine Beratung kann im Pflegestützpunkt selber, am Telefon oder aber auch während eines Hausbesuches stattfinden.

Für Pflegebedürftige und ihre Zugehörigen sowie von Pflegebedürftigkeit bedrohte Menschen sind die Pflegestützpunkte zentrale Anlaufstellen, in denen sie kompetente Auskünfte und Beratung zu allen pflegerelevanten Themen erhalten.

Die Pflegestützpunkte werden von den Pflege- und Krankenkassen, dem zuständigen Kreis oder der zuständigen kreisfreien Stadt und dem Land Schleswig-Holstein finanziert. Die Grundlage hierfür ist der „Landesrahmenvertrag Pflegestützpunkte Schleswig-Holstein“ aus dem Jahr 2009. Dieser befindet sich zur Zeit in der Überarbeitung.

Wenn ein Mensch und seine Zugehörigen in einer Pflegesituation Hilfe benötigen, stellen sich viele Fragen: Wer unterstützt mich im Alltag? Wie kann ich mein bisheriges Leben in vertrauter Atmosphäre weiterleben? Wo bekomme ich Hilfsmittel? Wie kann ich mein Wohnumfeld an die veränderten Bedürfnisse anpassen? Welche Anträge muss ich stellen? Auf diese und andere Fragen erhalten Ratsuchende im Pflegestützpunkt eine Antwort.

**Der Lübecker
Pflegestütz-
punkt**

Im Pflegestützpunkt in der Hansestadt Lübeck arbeiten zwei sozialpädagogische Fachkräfte sowie eine Verwaltungsangestellte. Die Beratungsstelle ist dem Bereich Soziale Sicherung zugeordnet und befindet sich im Verwaltungszentrum Mühlentor. Es besteht eine gute Busanbindung und die Räumlichkeiten sind auch mit einem Rollstuhl gut zu erreichen (Behindertenparkplatz vor der Tür, Rampe vor dem Eingang, elektrische Türöffnung, Behindertentoilette).

An vier Tagen in der Woche können die Ratsuchenden die Mitarbeiterinnen des Pflegestützpunktes auch ohne vorherige Terminabsprache aufsuchen. Ansonsten werden telefonisch oder schriftlich Beratungstermine im Pflegestützpunkt oder im Wohnumfeld der Betroffenen vereinbart.

Jeweils einmal im Monat werden Außensprechstunden in Travemünde im Gesellschaftshaus des gemeinnützigen Vereins zu Travemünde und am Kolberger Platz in der Wohnberatungsstelle angeboten. Ebenfalls einmal im Monat findet in Kooperation mit dem Mehrgenerationenhaus Eichholz ein Frühstück für pflegende Angehörige statt.

Ein weiterer Tätigkeitsschwerpunkt ist die Öffentlichkeitsarbeit. Es werden regelmäßig unterschiedliche Fachvorträge zum Themenspektrum Pflege angeboten. Zudem werden gemeinsam mit der Alzheimer Gesellschaft Lübeck und Umgebung seit dem Jahr 2004 jährlich die Lübecker Alzheimertage organisiert.

Im Jahr 2018 fanden insgesamt ca. 2.800 Beratungs- und Informationsgespräche mit Pflegebedürftigen, ihren Zugehörigen und sonstigen Interessierten statt. Der überwiegende Teil der Beratungen wurde telefonisch durchgeführt (ca. 2.000 Gespräche), ca. 600 Ratsuchende kamen in die Sprechstunde und ca. 200 Beratungen fanden während eines Hausbesuches statt.

3.7 Beratungsstelle für Erwachsene und Senior:innen

Die Beratungsstelle ist ein sozialpädagogisches Team innerhalb des Bereiches Soziale Sicherung der Hansestadt Lübeck. Die Beratungsstelle ist eine erste Anlaufstelle für Erwachsene ohne minderjährige Kinder, die Beratung und Unterstützung in verschiedenen Lebensbereichen benötigen. Gleichmaßen steht die Beratungsstelle für Angehörige, Nachbarn und Institutionen im nahen Umfeld zur Verfügung.

Das kostenlose Angebot erfolgt in Form von telefonischen oder persönlichen Beratungsgesprächen. Diese finden entweder in der Beratungsstelle oder bei Bedarf auch in der häuslichen Umgebung statt.

Beratungsspektrum richtet sich an Erwachsene jeden Alters. Dies können sowohl junge Erwachsene sein, die gerade lernen, ein selbständiges Leben zu führen, als auch ein hochbetagter oder kranker Mensch, der möglichst lange in seiner eigenen Häuslichkeit leben möchte. Im Rahmen der Selbsthilfe werden individuelle Lösungen erarbeitet. Bei Bedarf bietet die Beratungsstelle Unterstützung in der Organisation geeigneter Hilfen.

Die Beratungsstelle hilft bei

- Überwindung von Vereinsamung,
- Bewältigung des Alltags bzw. persönlicher und finanzieller Notlagen,
- Entwicklung von Perspektiven für die weitere Lebensplanung und
- nach Möglichkeit bei der Vermeidung gesetzlicher Betreuungen oder Pflegeheimaufenthalten.

Hinsichtlich der ambulanten und stationären Hilfen werden diverse Hilfsangebote vermittelt wie Haushaltshilfen, Essen auf Rädern, Pflegedienste, Hausnotrufsysteme, Besuchsdienste. Auch bei der Suche nach geeigneten Pflegeeinrichtungen bietet die Beratungsstelle Hilfe an.

Ebenfalls geklärt, werden ggfs., Fragen der finanziellen Absicherung. Die Beratungsstelle dient daneben als Wegweiser zu weiteren Diensten bzw. Einrichtungen wie

- Pflegestützpunkt,
- Schuldnerberatung,
- Betreuungsbehörde,
- Unterkunftssicherung,
- Grundsicherung bzw.
- Sozialhilfe.

Der Bereich Soziale Sicherung der Hansestadt Lübeck bietet mit der Beratungsstelle für Erwachsene und Senioren sowie dem Pflegestützpunkt somit zwei Anlaufstellen, in denen zu Fragen und Möglichkeiten von Wohnformen und Wohnmöglichkeiten und der Finanzierbarkeit unabhängig und neutral beraten wird.

3.8 Weitere Beratungsangebote zum Wohnen im Alter

Wohnberechtigungsschein	Ebenfalls im Bereich Soziale Sicherung, ist eine Anlaufstelle vorhanden, die die Voraussetzungen für einen Wohnberechtigungsschein prüft und eine Vermittlung in eine – mit öffentlichen Mitteln – geförderte Wohnung unterstützt.
Wohnberatung	Eine weitere Anlaufstelle, speziell für die Beratung zu Wohnraumanpassungen in der bisherigen Wohnung, bieten die Grundstücks-Gesellschaft TRAVE mbH, der Lübecker Bauverein eG und die Neue Lübecker Norddeutsche Baugenossenschaft eG in Kooperation mit der Hansestadt Lübeck, dem Mieterverein Lübeck e.V. und dem Haus- und Grundbesitzerverein Lübeck e.V. allen Lübecker/innen in der Wohnberatung „Wohnen im Alter“ - unabhängig von einer Mitgliedschaft zu diesen Unternehmen - an.
EUTB	Die ergänzende <u>un</u> abhängige <u>T</u> eilhabe <u>b</u> eratung des Vereins zur Förderung der Teilhabe in Lübeck berät Menschen bei drohender oder bestehender Behinderung und deren Angehörige. Dies erfolgt unabhängig vom Leistungserbringer und Kostenträger und findet ergänzend zu anderen Beratungsangeboten statt. Das Ziel ist die Förderung und Stärkung des Rechts auf Selbstbestimmung und Selbstvertretung.
KIWA	Die Koordinierungsstelle für innovative Wohn- und Pflegeformen im Alter bietet eine neutrale, landesweite Beratung zur Förderung und Unterstützung innovativer und besonderer Wohn-Pflegeformen im Alter. Ziel ist es, „Angebotsvielfalt und Qualität des Wohnens im Alter mit Unterstützungsbedarf in Schleswig-Holstein zu stärken und weiter zu entwickeln“. Die KIWA bietet neue digitale, ortsunabhängige Beratungsangebote ergänzend zu persönlichen Emails und Telefonaten. Am Projekt des Forums Pflegelandschaft ist die AWO beteiligt, Es wird durch das Land Schleswig-Holstein gefördert.

4 Formen der Pflege

4.1 Übersicht

INFOBOX

Selbstbestimmung

„Die Leistungen der Pflegeversicherung sollen den Pflegebedürftigen helfen, trotz ihres Hilfebedarfs ein möglichst selbständiges und selbstbestimmtes Leben zu führen, das der Würde des Menschen entspricht. Die Hilfen sind darauf auszurichten, die körperlichen, geistigen und seelischen Kräfte der Pflegebedürftigen, auch in Form der aktivierenden Pflege, wiederzugewinnen oder zu erhalten.“ (SGB XI, §2)

Vorrang der häuslichen Pflege

„Die Pflegeversicherung soll mit ihren Leistungen vorrangig die häusliche Pflege und die Pflegebereitschaft der Angehörigen und Nachbarn unterstützen, damit die Pflegebedürftigen möglichst lange in ihrer häuslichen Umgebung bleiben können. Leistungen der teilstationären Pflege und der Kurzzeitpflege gehen den Leistungen der vollstationären Pflege vor. (SGB XI, §3)

Grundsätzlich gibt es zwei Grundformen der Pflege: die häusliche Pflege und die stationäre Pflege im Pflegeheim. Dazwischen gibt es jedoch zahlreiche Varianten in der Pflege. Grundsätzlich soll das Verbleiben in der eigenen Wohnung ermöglicht werden, weshalb die ambulante vor der stationären Pflege so weit wie möglich zu bevorzugen ist (siehe Infobox).

Rd. 8.500 Pflegebedürftige

Ende 2015 gab es in der Hansestadt Lübeck noch 7.755 anerkannte Pflegebedürftige. Im Rahmen der Umstellung auf die Pflegegrade stieg die Zahl der Pflegebedürftigen bis Ende 2017 auf 8.521 an (s. Tab. 4.1). Die starke Zunahme um rd. zehn Prozent ist zum größten Teil auf den erweiterten Pflegebedürftigkeitsbegriff ab dem 1.1.2017 zurückzuführen. Dies führte zu einer Zunahme der Zahl der Pflegebedürftigen in der Pflege durch Angehörige und in der ambulanten Pflege, während die Zahl der Pflegebedürftigen in der vollstationären Pflege nahezu unverändert blieb, wobei anzumerken ist, dass sich die genannten Zuwächse auch schon in den Jahren davor zeigten und somit möglicherweise nicht allein auf die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff zurückzuführen sind. (siehe Tabelle 4.1)

Tab. 4.1: Pflegebedürftige nach Art der Pflegeleistung

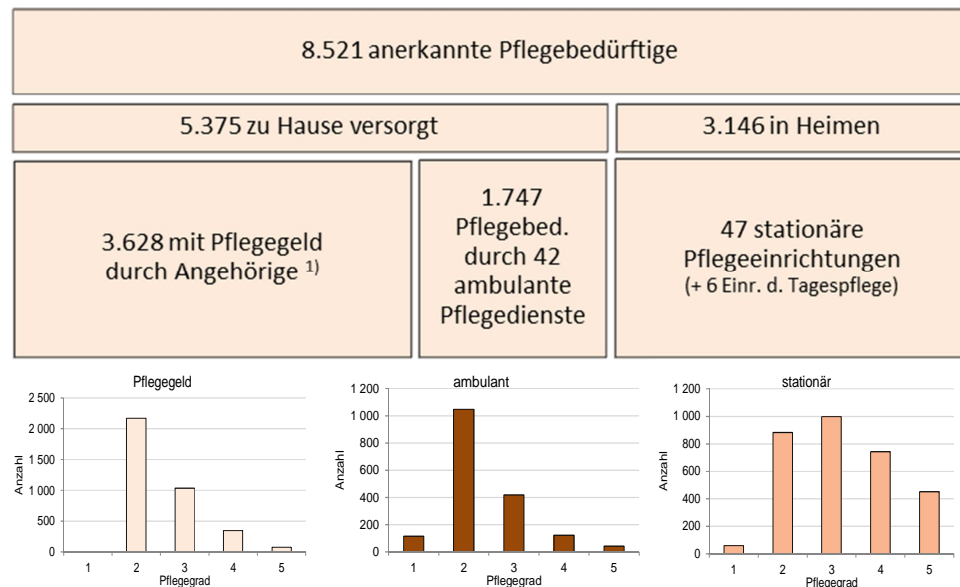
Jahr ----- jeweils 31.12.	insg.	davon					
		Pflegegeld		ambulante Pflege		vollstationäre Pflege	
		Anzahl	in %	Anzahl	in %	Anzahl	in %
1999	6 931	3 241	46,8	1 195	17,2	2 495	36,0
2001	6 560	2 866	43,7	1 046	15,9	2 648	40,4
2003	6 689	2 817	42,1	1 169	17,5	2 703	40,4
2005	6 534	2 678	41,0	1 071	16,4	2 785	42,6
2007	6 757	2 675	39,6	1 041	15,4	3 041	45,0
2009	6 531	2 523	38,6	1 056	16,2	2 952	45,2
2011	6 496	2 424	37,3	1 078	16,6	2 994	46,1
2013	6 973	2 635	37,8	1 177	16,9	3 161	45,3
2015	7 755	3 142	40,5	1 455	18,8	3 158	40,7
2017 *)	8 521	3 628	42,6	1 747	20,5	3 146	36,9

*) ab 2017 Einführung der Pflegegrade

Quelle: Statistik-Nord, Pflegestatistik

Von den 8.521 anerkannten Pflegebedürftigen werden 5.375 zu Hause versorgt. Dies entspricht 63,1 Prozent aller Pflegebedürftigen. Bundesweit liegt dieser Anteil mit 76 Prozent deutlich höher.

Abb. 4.1:
Pflegebedürftige 2017
nach Art und Grad
der Pflege
in der Hansestadt
Lübeck

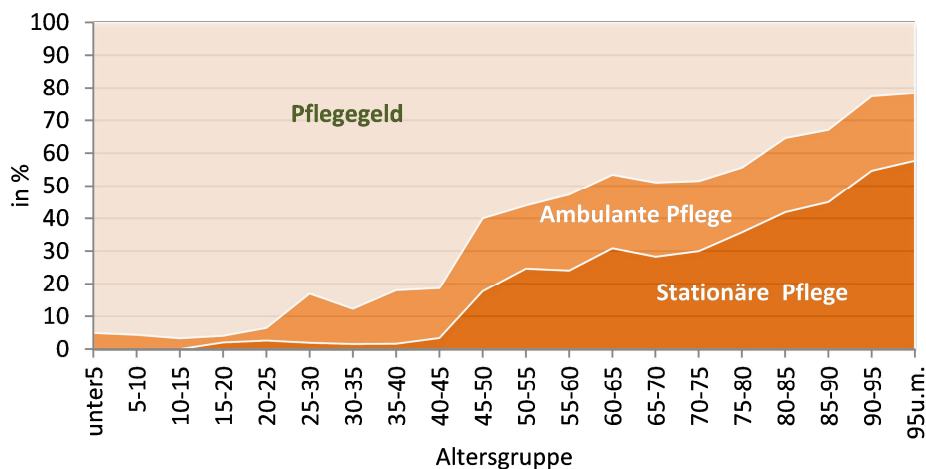


1) Ohne Empfänger/-innen von Pflegegeld, die zusätzlich auch ambulante Pflege erhalten. Diese werden bei der ambulanten Pflege berücksichtigt. Zudem ohne Empfänger/-innen von Kurzzeit- bzw. Verhinderungspflege. Diese werden bereits bei der vollstationären bzw. ambulanten Pflege erfasst. Einschließlich Personen mit Pflegegrad 1 und ausschließlich teilstationärer Pflege.

Quelle: Statistik-Nord, Pflegestatistik, Graphik: Bereich Soziale Sicherung

Von den 5.375 zu Hause versorgten Pflegebedürftigen werden 1.747 (also rund jeder Dritte) durch ambulante Pflegedienste versorgt und 3.628 (rd. zwei Drittel) durch Angehörige versorgt. Ende 2019 gab es in der Hansestadt hierfür 38 Pflegedienste (s.a. Kap. Ambulante Pflege). Die stationäre Versorgung erfolgte mit Stand Ende 2019 durch nur noch 44 stationäre Einrichtungen, da seit 2017 drei Einrichtungen geschlossen wurden. Hinzu kommen sechs Einrichtungen der Tagespflege.

Abb. 4.2:
Pflegebedürftige
2017 nach Alter
und Art der Pflege
in der Hansestadt
Lübeck



Quelle: Statistik-Nord, Pflegestatistik, Graphik: Bereich Soziale Sicherung

Mit zunehmendem Alter steigt in der Regel auch das Ausmaß der Pflegebedürftigkeit an und damit auch die Wahrscheinlichkeit einer stationären Unterbringung. Der Pflegeanteil durch Angehörige ist im höheren Alter deutlich geringer, was nicht nur auf den im Allgemeinen höheren Grad der Pflegebedürftigkeit zurückzuführen ist, sondern zum Teil auch auf den Tod des Lebenspartners oder der Lebenspartnerin.

**Rd. 500
pflegebedürftige
Kinder- und
Jugendliche**

Zwar steigt die Pflegebedürftigkeit mit dem Alter generell an und der Großteil der Pflegebedürftigen findet sich in den höheren Altersstufen, doch sollte darüber nicht vergessen werden, dass es auch pflegebedürftige Kinder- und Jugendliche gibt. Diese werden fast ausschließlich ambulant bzw. durch pflegende Angehörige versorgt. Von den rd. 500 Kindern- und Jugendlichen haben 187 den Pflegegrad 2 und 199 den Pflegegrad 3. Weitere 80 Kinder- und Jugendliche haben den Pflegegrad 4 und 31 den Pflegegrad 5. Der Anteil der weiblichen Pflegebedürftigen ist in dieser Altersgruppe (bis 19 Jahre) mit rd. 32 Prozent unterdurchschnittlich.

Tab. 4.2: Pflegebedürftige 2017 nach Altersgruppen und Geschlecht

Alters- gruppe	Einwohner/ innen	Pflegebedürftige		davon		weibl. In % v. Sp. 2
		Anzahl	in % v. Sp. 1	männl.	weibl.	
00-09	18 385	220	1,2	148	72	32,7
10-19	19 420	277	1,4	190	87	31,4
20-49	84 609	440	0,5	242	198	45,0
50-59	33 560	412	1,2	201	211	51,2
60-69	25 160	761	3,0	359	402	52,8
70-79	22 915	1 861	8,1	822	1 039	55,8
80-89	12 509	2 972	23,8	919	2 053	69,1
90 u.ä.	2 697	1 578	58,5	313	1 265	80,2
Gesamt	219 255	8 521	3,9	3 194	5 327	62,5

Quelle: Statistik-Nord, Pflegestatistik 2017

**Zwei Drittel der
Pflegebedürftigen
sind Frauen**

Von den 8.521 anerkannten Pflegebedürftigen sind 5.327 Frauen, entsprechend 62,5 Prozent aller Pflegebedürftigen, was auf die höhere Lebenserwartung bzw. dem höheren Frauenanteil in den höheren Altersjahren zurückzuführen ist.

**Frauenanteil
nach Pflegegrad**

Von den insg. 8.521 anerkannten Pflegebedürftigen haben 4.100 den Pflegegrad 2, entsprechend 48 Prozent aller Pflegebedürftigen. Weitere 2.451 Personen (28,8 Prozent) sind nach Pflegegrad 3 und 1.211 Personen (14,2 Prozent) nach Pflegegrad 4 eingestuft. 572 Personen haben den Pflegegrad 5. Der Frauenanteil (insg. 62,5 Prozent) zeigt in der Differenzierung nach den Pflegegraden keine gravierenden Unterschiede. Lediglich im Pflegegrad 5 ist der Frauenanteil mit rd. 69 Prozent etwas höher

Tab. 4.3: Pflegebedürftige 2017 nach Pflegegrad und Geschlecht

Pflegegrad	Pflege- bedürftige insgesamt	davon		weibl. in %
		männlich	weiblich 1)	
1	176	49	127	72,2
2	4 100	1 510	2 590	63,2
3	2 451	991	1 460	59,6
4	1 211	462	749	61,8
5	572	177	395	69,1
ohne Zuordn.	11	5	6	54,5
Insgesamt	8 521	3 194	5 327	62,5

1) Einschließlich "ohne Angabe" (nach Personalstandsgesetz) beim Geschlecht.

Quelle: Statistik-Nord, Pflegestatistik 2017

**Frauenanteil
nach Pflegeart**

In der häuslichen Pflege liegt der Frauenanteil beim Pflegegeld bei 54,2 Prozent und in der ambulanten Pflege bei 67 Prozent. In der vollstationären Pflege ist der Frauenanteil mit fast 70 Prozent am höchsten.

Kreisvergleich	<p>Die Zahl der Pflegebedürftigen in Relation zur Einwohnerzahl, d.h. die Pflegequote, ist in den Kreisen und kreisfreien Städten Schleswig-Holsteins höchst unterschiedlich.</p> <p>Dies kann zum einen aus der demographischen Struktur zu erklären sein, der ortsspezifischen Pflegeinfrastruktur oder auf sonstige Faktoren zurückzuführen sein. So zeigt sich z.B. im direkten Vergleich zur Landeshauptstadt Kiel, dass Lübeck trotz der geringeren Einwohnerzahl deutlich mehr Pflegebedürftige aufweist, nämlich rd. 8.500 gegenüber rd. 7.300 in Kiel. Ein Blick auf die Altersstruktur mag dies erklären, denn die Anzahl älterer Menschen (> 65 J.) ist in Lübeck mit rd. 51.200 Personen deutlich höher als in Kiel mit rd. 45.900. Andererseits gibt es Kreise oder kreisfreie Städte in Schleswig-Holstein, die trotz hoher Altersstruktur relativ wenige Pflegebedürftige aufweisen oder umgekehrt trotz geringer Anzahl älterer Personen relative viele Pflegebedürftige haben. Hier können die örtlichen Standorte von Pflegeeinrichtungen die Ursache sein, die im unterschiedlichen Maße für ihr Gebiet oder die umliegenden Kreise die Versorgung zur Pflege übernehmen.</p>
Weitere Formen der Pflege	<p>Neben der grundsätzlichen Differenzierung nach Pflegegeld, ambulanter und stationärer Pflege gibt es darauf aufbauend weitere Formen der Pflege, die die jeweils individuellen Bedarfe zielgerichtet abdecken sollen. Im Rahmen der Altenpflege zu Hause können neben der allgemeinen ambulanten Pflege folgende Betreuungs- und Pflegeformen Anwendung finden bzw. ergänzt werden:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kurzzeitpflege - Verhinderungspflege, - Tages- und Nachtpflege, - Intensivpflege, - Palliativpflege, - 24-Stunden-Betreuung - andere niedrigschwellige Betreuungsangebote (i.d.R. Entlastungsleistungen)
Kurzzeitpflege...	<p>Die Kurzzeitpflege gilt für Pflegebedürftige, die für eine begrenzte Zeit auf vollstationäre Pflege angewiesen sind, zum Beispiel in Anschluss an einen Krankenhausaufenthalt oder wenn die häusliche Pflege oder teilstationäre Pflege vorübergehend nicht möglich ist oder ausreicht. Die Höhe der Leistung beträgt bis zu 1.612 Euro im Jahr. Sie steht allen Pflegebedürftigen mit Pflegegrad 2 bis 5 in gleicher Höhe zur Verfügung. Die Kurzzeitpflege ist auf eine Dauer von 56 Tagen im Jahr beschränkt. Für diese Zeit übernehmen die Pflegekassen die Kosten einer stationären Unterbringung. Die Kurzzeitpflege kann zusätzlich mit der Verhinderungspflege (s.u.) kombiniert werden. Im Gegensatz zur Verhinderungspflege ist eine Kurzzeitpflege zu Hause nicht möglich.</p>
... zu wenig Plätze	<p>Laut Daten der AOK Nordwest gab es in Schleswig-Holstein (Stand Ende 2019) 1.658 Plätze für die Kurzzeitpflege, 112 davon in der Hansestadt Lübeck. Die Plätze sind jedoch knapp. Entsprechende Fördergelder, die das Leerstands-Risiko für die Heime bzw. Krankenhäuser mindern, könnten Abhilfe schaffen. Die Zuständigkeit liegt bei der Bundesregierung und über die Gesundheitsministerkonferenz der Länder wurde diese auch schon zum Handeln aufgefordert. Allerdings könnte eine Förderung auch über einen Landesrahmenvertrag mit der Kieler Regierung erfolgen, wie dies bereits in Bayern praktiziert wird. Für Schleswig-Holstein wären mindestens 160 zusätzliche Plätze erforderlich. (LN vom 18.01.2020). Der Landespflegeausschuss hat diesbezüglich eine Arbeitsgruppe eingerichtet, die Lösungen in Hinblick auf Kurzzeitpflegeeinrichtungen aufzeigen soll.</p>

Verhinderungspflege	<p>Verhinderungspflege soll es Pflegebedürftigen ermöglichen, weiterhin auch dann in ihrer gewohnten Umgebung zu bleiben, wenn die Pflege durch Angehörige vorübergehend ausfällt. Dies kann der Fall sein, wenn für den pflegenden Angehörigen eine Operation geplant oder ein mehrwöchiger Aufenthalt in einer Rehabilitationsklinik geplant ist. Fällt die Pflegeperson überraschend aus, z.B. durch einen oder eine plötzliche Erkrankung, ist es vielleicht nicht möglich, innerhalb weniger Stunden eine verlässliche häusliche Pflege zu organisieren, kann der Pflegebedürftige auch in einer Einrichtung der Kurzzeitpflege oder in einem Pflegeheim untergebracht werden.</p> <p>Die Verhinderungspflege kann stellvertretend von Pflegehilfskräfte, Angehörigen, Verwandten, Nachbarn oder Freunde übernommen werden. Die Ersatzpflegepersonen können die Grundpflege (etwa Hilfe bei Körperpflege oder Ernährung) und Tätigkeiten der Haushaltsführung wie Reinigung, Abwaschen oder Einkaufen übernehmen.</p> <p>Nicht dazu gehört die medizinische Behandlungspflege. Dies ist eine Leistung nach SGB V, die von einer examinierten Pflegekraft durchgeführt werden und deren Kosten daher von der Krankenkasse übernommen wird.</p>
24-Stunden-Betreuung	<p>Bei der 24-Std-Pflege bzw. Rund-um-die-Uhr-Betreuung zu Hause lebt die betreuende Hilfskraft üblicherweise im Haus oder in der Wohnung zusammen mit dem Pflegebedürftigen und ist rund um die Uhr vor Ort.</p> <p>Diese umfassende Pflege ist für viele Familien nicht finanzierbar, weshalb aus Kostengründen Pflegekräfte aus Osteuropa (z.B. Polen, Rumänien, Bulgarien, Ungarn, Slowakei, Tschechien, Slowenien) häufig bevorzugt werden, da der finanzielle Aufwand für osteuropäische Hilfskräfte immer noch erheblich geringer ist als für deutsches Pflegepersonal. Meistens handelt es sich hierbei um illegale Beschäftigungsverhältnisse.</p> <p>Experten gehen davon aus, dass nur etwa zehn Prozent der schätzungsweise rd. 600.000 ausländischen Betreuungskräfte im Bundesgebiet legal arbeiten, und damit versichert sind, Steuern und Sozialabgaben zahlen. (Institut für Angewandte Wirtschaftsforschung 2017). Die Betreuung von Senioren ist somit auf Platz drei der Schattenwirtschaft – übertroffen nur noch vom Baugewerbe und vom Handwerk.</p> <p>Die Leistungen einer 24-Stunden-Pflege umfassen die hauswirtschaftlichen Tätigkeiten wie Einkaufen, Kochen, Putzen und Aufräumen der Wohnung sowie die Grundpflege. Hierzu zählen die Körperpflege (Waschen, Duschen, Kämmen etc.), Mund- und Zahnpflege, Toilettengang, Aus- und Anziehen und die Zubereitung und die Aufnahme der Nahrung.</p> <p>Die medizinische Behandlungspflege, wie etwa Blutdruckmessen, Spritzen geben, Kompressionsstrümpfe an- und ausziehen muss durch eine examinierte Pflegekraft durchgeführt werden. Die medizinische Behandlungspflege wird vom Arzt verordnet und ist eine Leistung der Krankenkassen. Ausländische Hilfskräfte, die für die Grundpflege eingestellt sind, sind in der Regel keine examinierten Pflegekräfte.</p>
Stundenweise Betreuung	<p>Eine stundenweise Betreuung kann in Form einer Haushaltshilfe bzw. der Alltagshilfe erfolgen.</p>

4.2 Pflege durch Angehörige

Vor- und Nachteile

Mehr als die Hälfte der Pflegebedürftigen in Deutschland wird allein durch Angehörige betreut, versorgt und gepflegt. Pflegenden Angehörige bilden damit das Rückgrat der häuslichen Pflege.

Die Vorteile liegen für den Pflegebedürftigen im Verbleib in seinem gewohnten Umfeld. Die täglichen Routinen bleiben erhalten und die Person muss sich nicht umgewöhnen. Der tägliche Kontakt zur Familie fördert Gesundheit und Wohlbefinden. Die Pflege ist individuell auf die Bedürfnisse des Pflegebedürftigen abgestimmt. Zudem sind die Kosten im Vergleich zur stationären Pflege häufig geringer.

Es besteht jedoch die Gefahr, dass sich pflegende Angehörige selbst oft überfordern, denn die Pflege stellt oftmals eine hohe physische und psychische Belastung für die pflegenden Angehörigen dar, die mit einem hohen Organisationsaufwand verbunden ist. Zum Teil sind Umbauten im Haushalt erforderlich, um die Barrierefreiheit zu gewährleisten. Bei höherer Pflegebedürftigkeit ist eine durchgehende Rund-um-die-Uhr-Betreuung oftmals nicht möglich bzw. auf Dauer nicht aufrechtzuerhalten. Dies gilt insbesondere im Fall einer fortgeschrittenen Demenz.

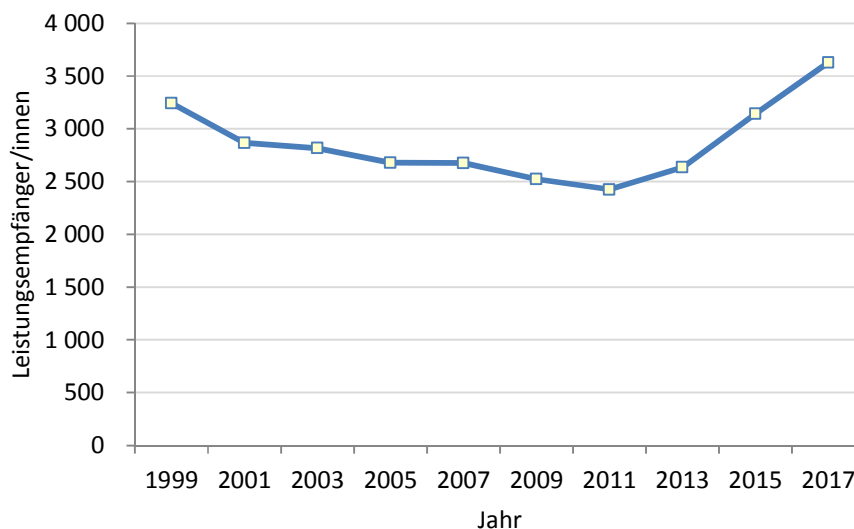
Sind die pflegenden Angehörigen berufstätig, hat dies in der Regel Auswirkungen auf die berufliche Tätigkeit. Unterbrechungen im beruflichen Fortkommen oder Rückgänge im Einkommen durch Reduzierung der Arbeitszeiten können das Ergebnis sein. Berufstätige pflegende Angehörige benötigen daher zunächst Unterstützung, um Beruf und Pflege vereinbaren zu können. Darüber hinaus ist die häusliche Pflege durch Angehörige durch Fachdienste und Leistungen aus der Pflegeversicherung zu ergänzen, damit pflegende Angehörige nicht selbst zu Pflegefällen werden, denn mit der demographisch bedingten Zunahme von langfristigem Hilfe- und Pflegebedarf wird die Überforderung privat pflegender Familienangehöriger zunehmend sichtbar.

Pflege zumeist durch Frauen

Von den Pflegenden sind ca. zwei Drittel Frauen und fast 40 Prozent der Pflegenden sind älter als 70 Jahre. Die meisten Pflegepersonen sind im Alter von 50 bis 70 Jahren. [Barmer Ersatzkasse, Pflereport 2018, S. 114].

Seit 2011 ist die Zahl der Leistungsempfänger/innen von Pflegegeld, d.h. jener Personenkreis, der durch Angehörige gepflegt wird, deutlich angestiegen (s. Abb. 4.3).

Abb. 4.3:
Empfänger/innen
von Pflegegeld
1999 - 2017



Quelle: Statistisches Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein, Pflegestatistik,
Graphik: HL, Bereich Soziale Sicherung

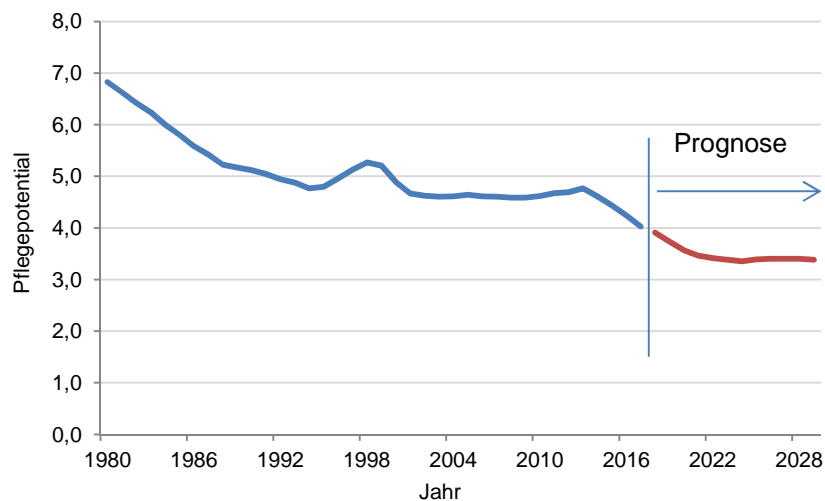
Pflegepotential

Das zahlenmäßige Verhältnis der pflegenden Generation zur pflegebedürftigen Generation wird sich durch die Alterung wie in Kapitel 2 bereits beschrieben weiter verschlechtern. Rein rechnerisch lässt sich dies in einer statistischen Kennziffer abbilden. Die Kennziffer Pflegepotential beschreibt das Verhältnis der Hochaltrigen (80 Jahre und älter) zur nächsten Generation der 40 – 60 Jährigen.

$$\text{Pflegepotential} = \frac{\text{Anzahl 40 – 60 Jährige}}{\text{Anzahl 80 Jahre und älter}}$$

Der Rückblick zeigt, dass sich dieses Verhältnis in den letzten Jahren immer weiter zu Ungunsten der zu pflegenden Generation verschlechtert hat.

Abb. 4.4:
Entwicklung des
Pflegepotentials
1980 – 2018 und
Prognose bis 2030



Quelle: Hansestadt Lübeck, Kommunale Statistikstelle, Graphik: Bereich Soziale Sicherung

Hinsichtlich einer kleinräumigen Verwendung dieser Kennziffer zeigt jedoch, dass diese Kennziffer hier weniger geeignet und schnell der Gefahr einer Fehlinterpretation unterliegt. So zeigt sich in der Innenstadt mit 7,5 Personen ein hohes Pflegepotential gegenüber dem Stadtteil Travemünde von nur 1,6 Personen auf eine Person im pflegebedürftigen Alter. Der Rückschluss, dass die Situation in der Innenstadt besser wäre als in Travemünde, würde nicht den Realitäten entsprechen, da es in der Innenstadt sehr viele Einpersonenhaushalte gibt und die Zahl der Personen, die zur Pflege fähig wären, nicht unbedingt den pflegebedürftigen Haushalten zugeordnet sein dürfte.

Abgesehen von der Tatsache, dass die Standorte der Seniorenheime die Situation beeinflussen, berücksichtigt die Kennziffer nicht die möglichen Pflegefälle durch die Ehepartner. Zusätzlich wären also auch noch die Struktur der Privathaushalte und ihr Einfluss auf die Pflegesituation zu berücksichtigen. Ebenso ist die soziale Situation, d.h. die Altersarmut ein weiterer wichtiger Faktor zur Beurteilung kleinräumiger Pflegestrukturen oder Pflegeengpässe.

Gesetz zur besseren Vereinbarkeit von Familie, Pflege und Beruf

Am 01. Januar 2015 ist das Gesetz zur besseren Vereinbarkeit von Familie, Pflege und Beruf in Kraft getreten. Mit diesem Gesetz wurden die bisherigen Regelungen im Pflegezeitgesetz (PflegeZG) und im Familienpflegezeitgesetz (FPfZG) weiterentwickelt und besser miteinander verzahnt.

Beschäftigte können im Bedarfsfall unterschiedliche berufliche Freistellungsmöglichkeiten in Anspruch nehmen, um die Pflege eines nahen Angehörigen sicherzustellen. Im Rahmen der kurzzeitigen Arbeitsverhinderung können sie im akuten Notfall kurzfristig bis zu zehn Tage von der Arbeit fernbleiben, um das Wichtigste zu organisieren. Seit 2015 kann während dieser zehn Tage das Pflegeunterstützungsgeld bei der Pflegeversicherung beantragt werden. Es beträgt ca. 90 Prozent des Nettolohns in dieser Zeit. Wer eine längere Auszeit für die Pflege benötigt, kann sich für eine Dauer von bis zu einem halben Jahr freistellen lassen. Eine Lohnersatzleistung gibt es allerdings nicht. Das Gesetz gilt nur für Unternehmen mit mehr als 15 Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen.

Zusätzlich zur Pflegezeit gibt es noch das Familienpflegezeitgesetz. Es soll Arbeitnehmern und Arbeitnehmerinnen ermöglichen, befristet bis zu einer Dauer von 24 Monaten ihre Arbeitszeit auf bis zu 15 Stunden pro Woche zu reduzieren, wenn sie einen nahen Angehörigen pflegen. Das Gesetz gilt nur für Unternehmen mit mehr als 25 Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen.

Der entstehende Verdienstaufschlag kann zur Hälfte mit einem zinslosen Darlehen vom Bundesamt für Familie und zivilgesellschaftliche Aufgaben (BAFzA) kompensiert werden. Allerdings sind an den Kredit einige Bedingungen geknüpft.

Vielen pflegenden Angehörigen ist die Vereinbarkeit von Pflege und Beruf aktuell nicht möglich, da die gesetzlichen Rahmenbedingungen zu viele Unwegsamkeiten beinhalten. So sind die Anträge und Formulare nicht sehr nutzerfreundlich und die finanziellen Einbußen viel zu hoch.

4.3 Ambulante Pflegedienste

INFOBOX !

Pflegesachleistungen bei häuslicher Pflege

„(1) 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). Der Anspruch umfasst pflegerische Maßnahmen in den in § 14 Absatz 2 genannten Bereichen Mobilität, kognitive und kommunikative Fähigkeiten, Verhaltensweisen und psychische Problemlagen, Selbstversorgung, Bewältigung von und selbständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen sowie Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte.“

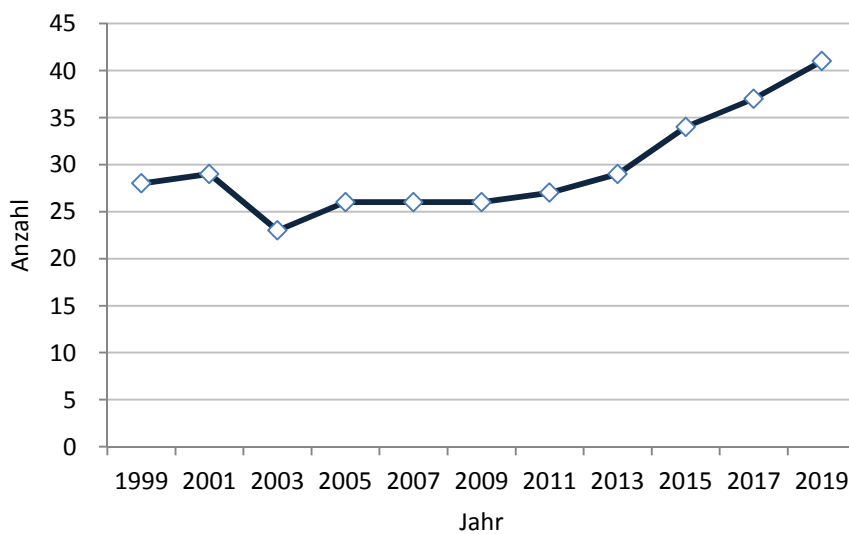
§36 SGB XI

(2) Häusliche Pflegehilfe wird erbracht, um Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten des Pflegebedürftigen so weit wie möglich durch pflegerische Maßnahmen zu beseitigen oder zu mindern und eine Verschlimmerung der Pflegebedürftigkeit zu verhindern. Bestandteil der häuslichen Pflegehilfe ist auch die pflegfachliche Anleitung von Pflegebedürftigen und Pflegepersonen. Pflegerische Betreuungsmaßnahmen umfassen Unterstützungsleistungen zur Bewältigung und Gestaltung des alltäglichen Lebens im häuslichen Umfeld,...

Entwicklung

In der Hansestadt Lübeck gibt es aktuell (Stand Ende 2019) 40 ambulante Pflegedienste. Gegenüber Mitte der 2000er Jahre ist damit deutlicher Anstieg gegeben, als die Zahl der Pflegedienste noch bei 25 lag. Da die Leistungsfähigkeit der ambulanten Pflegedienste jedoch von ihrer Anzahl, sondern von der Zahl der dort Beschäftigten abhängt, ist der Blick auf die Beschäftigtenzahlen erforderlich.

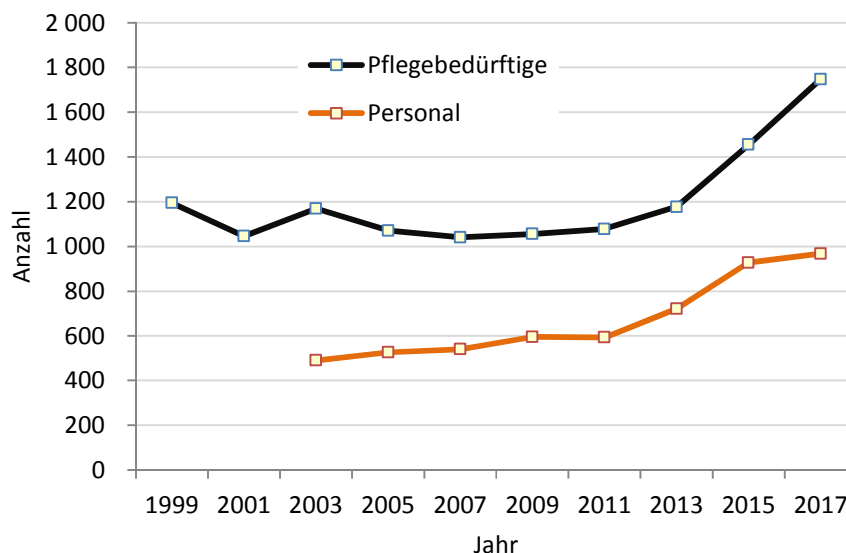
Abb.: 4.5:
Anzahl ambulanter Pflegedienste 1999-2019 in der Hansestadt Lübeck



Quelle: Hansestadt Lübeck, Pflegestützpunkt

Angaben zur Zahl der in den Pflegediensten Beschäftigten ergeben sich aus der zweijährlich erscheinenden Pflegestatistik des Statistischen Landesamtes. Hier zeigt sich eine äußerst negative Entwicklung was das Verhältnis von Beschäftigten zu Pflegebedürftigen angeht. Seit 2013 ist die Zahl der durch ambulante Pflegedienste betreuten Pflegebedürftigen von knapp 1.100 im Jahr 2011 auf fast 1.800 im Jahr 2017 angestiegen, die Zahl der Beschäftigten ist im gleichen Zeitraum zwar auch angestiegen (von 600 auf knapp 1.000), das Verhältnis von Pflegebedürftigen zu Beschäftigten hat sich dabei jedoch von 1,66 auf 1,80 verschlechtert. Auffällig ist hierbei die Entwicklung von 2015 auf 2017. Die Zahl der von ambulanten Pflegediensten betreuten Pflegebedürftigen hat sich um fast 400 Personen erhöht, die Zahl der Beschäftigten blieb dagegen fast unverändert.

Abb.4.6:
Pflegebedürftige
und Personal in
der ambulanten
Pflege
1999 - 2017



Anmerkung: Personal = geschätzte Vollzeitäquivalente

Quelle: Statistisches Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein, Pflegestatistik,
Graphik: HL, Bereich Soziale Sicherung

**Zu
wenig
Personal !**

Auch wenn der Zuwachs vornehmlich in den unteren Pflegegraden zu verzeichnen ist und zudem der Anteil pflegender Angehöriger zu berücksichtigen ist, muss hier von einem erheblichen Arbeitszuwachs ausgegangen werden.

Auch die Arbeitsmarktdaten belegen (siehe Kapitel 6 Beschäftigte), dass in der ambulanten Pflege inzwischen ein erheblicher Personalnotstand herrscht. Berichte von im Pflegedienst Beschäftigten und auch die täglichen Erfahrungen im Pflegestützpunkt bei der Vermittlung von Pflegebedürftigen zeugen von einer inzwischen durchaus dramatischen Situation nicht nur im ambulanten Pflegebereich. Aufgrund des akuten Personalmangels in der ambulanten Pflege sind mittlerweile des Öfteren zwanzig wenn nicht sogar bis zu vierzig Telefonate erforderlich, um Pflegebedürftige an einen ambulanten Pflegedienst zu vermitteln und manchmal sind auch diese Anstrengungen nicht erfolgreich. Diese verzweifelten Angehörigen landen dann oftmals in der Beratungsstelle des Pflegestützpunktes.

Maßnahmen zur Verbesserung der Pflegesituation werden daher immer auch auf eine Reduzierung des Fachkräftemangels als das Kernproblem in der Pflege abzielen müssen.

Trägerschaft

Der Zuwachs in der Zahl der Pflegedienste ist auf die Zunahme bei den privatrechtlichen Pflegediensten zurückzuführen. Während die Zahl gemeinnütziger Pflegedienste im Wesentlichen unverändert blieb, hat sich die Zahl privatrechtlicher Pflegedienste nahezu verdoppelt. Im Mai 2019 wurden rd. dreiviertel aller Pflegedienste privatrechtlich betrieben.

Tab. 4.4: Lübecker Ambulante Pflegedienste nach Trägerschaft 1999 - 2019

Trägerschaft	1999	2004	2010	2019
gemeinnützig	12	10	8	11
privat-rechtlich	16	14	20	30
insgesamt	28	24	28	41

Quelle: Hansestadt Lübeck, Pflegestützpunkt

**Größe
der
Pflegedienste**

Mit der Größe eines Pflegedienstes verbindet sich die Frage der wirtschaftlichen Existenz, da kleinere Pflegedienste mit geringer Personalzahl personelle Ausfälle aufgrund von Krankheit oder Kündigung nur schwer kompensieren können. Aufgrund der angespannten personellen Situation führen Personalausfälle heute immer öfters als Konsequenz zur Kündigung von Pflegeverträgen, da die Pflege durch den Pflegedienst nicht mehr gewährleistet werden kann. Aktuelle Zahlen zur Größe der ambulanten Pflegedienste liegen nicht vor. Nach einer Erhebung aus dem Jahr 2004 hatten 42 Prozent der Pflegedienste mehr als 60 Pflegebedürftige zu betreuen, 20 Prozent der Pflegedienste hatten weniger als 20 Pflegebedürftige.

Standorte

Nicht nur bei den stationären Einrichtungen, sondern auch bei den ambulanten Pflegediensten ist eine flächendeckende, wohnortnahe Versorgung anzustreben, zumal den Pflegediensten, nach deren eigenen Bekunden, zu lange Wegstrecken zu den Haushalten der Pflegebedürftigen nicht ausreichend vergütet werden und auch der zeitliche Aufwand unter den Gesichtspunkten einer effizienten Versorgung der Pflegebedürftigen zu berücksichtigen ist. Im Jahre 2004 (Pflegebedarfsplan 2004-2014, Bestandserhebung 2004) wurden rund zwei Drittel aller Absagen mit einer zu großen räumlichen Distanz begründet. Heute wird das Distanzproblem um das Problem des Fachkräftemangels ergänzt. Nach Aussagen des Pflegestützpunktes liegen die Absagen heute zumeist im Fachkräftemangel begründet.

Gegenüber dem Standortmuster aus dem Jahre 2002 zeigt sich heute eine gleichmäßigere Verteilung der Standorte über das Stadtgebiet (siehe Karte). Gab es 2002 noch zwei Stadteile ohne Standorte, so finden sich heute in allen Stadtteilen Standorte der ambulanten Pflege. Trotzdem zeigen sich in der Relation zur älteren Bevölkerung noch deutliche Unterschiede. Mit drei Pflegediensten ist etwa die Altstadt bei einer relativen geringen Zahl älterer Menschen rein rechnerisch gesehen ganz gut versorgt (283 Einw. über 75 Jahre je Pflegedienst). Im Stadtteil Buntekuh entfallen auf den einen vorhandenen Pflegedienst dagegen 1.318 ältere Menschen.

Erschwerend für die Altstadt ist jedoch die Parksituation. Die effektive und zeitnahe Versorgung der Pflegebedürftigen wird durch die problematische Parkplatzsituation deutlich erschwert. Für Pflegebedürftige in der Altstadt, die auf der Suche nach einem ambulanten Pflegedienst sind, wird daher auch häufig die Park- und Verkehrssituation als Ablehnungsgrund genannt.

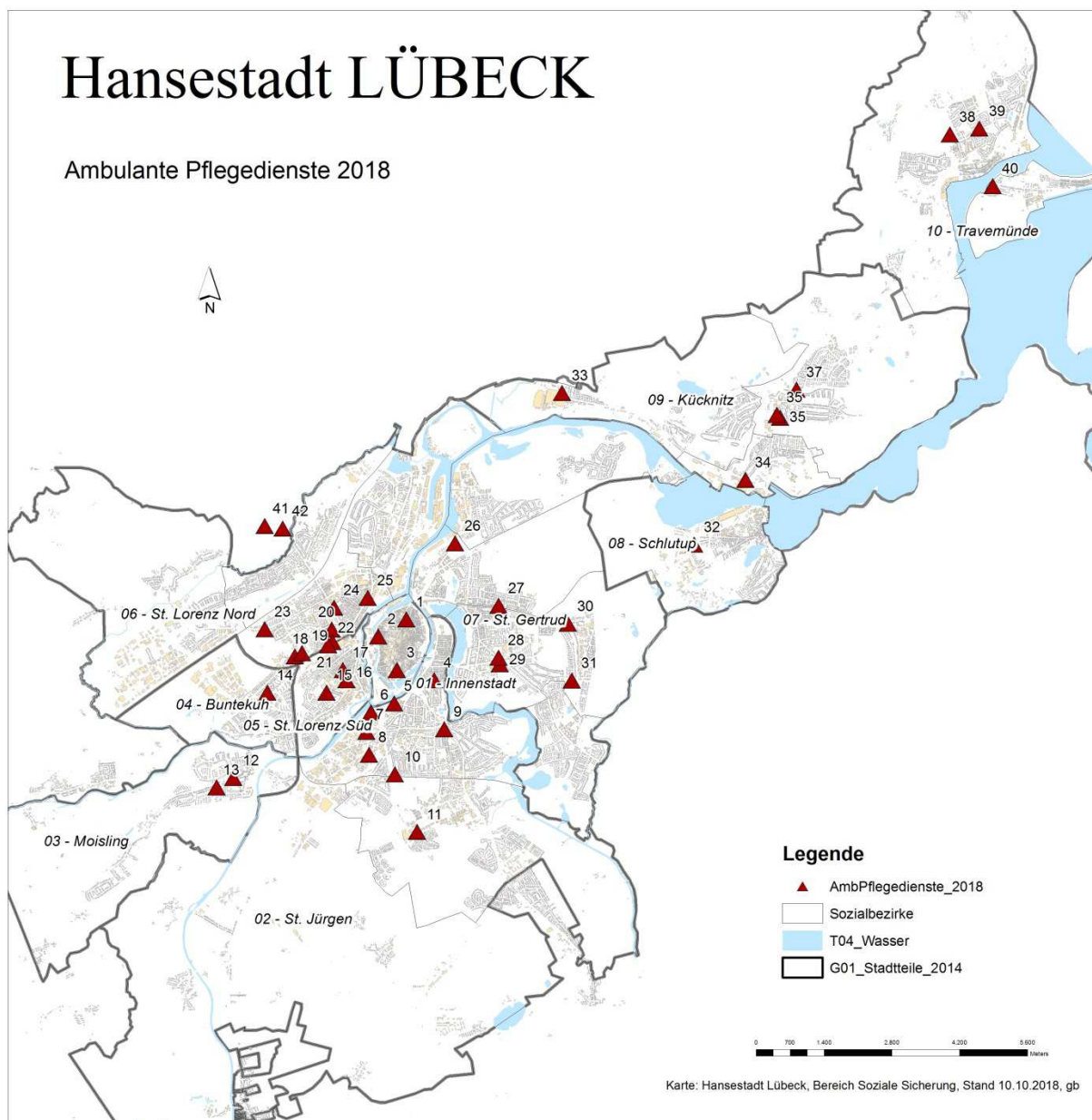
Tab. 4.5: Ambulante Pflegedienste nach Stadtteilen 2002 und 2018

Kenn- ziffer	Stadtteil	Anzahl ambulanter Pflegedienste			Einw . ü.75 je amb. Pflegedienst (ohne Bev. in Pflegeheimen)
		2002	2018	Verän- derung	
01	Innenstadt	5	3	- 2	283
02	St.Jürgen	6	8	2	636
03	Moisling	-	2	2	612
04	Buntekuh	-	1	1	1 318
05	St.Lorenz Süd	2	3	1	409
06	St.Lorenz Nord	4	8	4	545
07	St.Gertrud	9	6	- 3	884
08	Schlutup	1	1	-	650
09	Kücknitz	1	5	4	421
10	Travemünde	4	3	- 1	1 001
	Hansestadt Lübeck	32	40	8	628

Quelle: Hansestadt Lübeck, Bereich Soziale Sicherung, Pflegestützpunkt

Hansestadt LÜBECK

Ambulante Pflegedienste 2018



Ambulante Pflegedienste nach Stadtteilen

01 - Innenstadt	05 - St. Lorenz Süd	08 - Schlutup
1 BFS Lübeck Care GmbH	15 Impuls - Kultursensibler Pflegedienst	32 Pflegedienst Dr. med. Al-Bayati
2 Braukmann Care Amb. Pflegedienst	16 Kranken- und Behindertenservice KBS	
3 Caritas Verb. Lübeck e.V. Amb. Pflege	17 Mobile Dienste - amb., soz. Hilfsdienste	09 - Kücknitz
		33 Pflegedienst Dänischburg
02 - St. Jürgen	06 - St. Lorenz Nord	34 SaBa Vita Pflegedienst
4 Dagmar Heidenreich Amb. Pflegeserv.	18 Ambulanter Pflegedienst Lichtblick	35 EMMA Ambulanter Pflegedienst
5 Pflegeservice Maxima	19 Häusliche Krankenpflege Rach	35 Vita, amb. Pflegedienst u. Seniorenservice
6 Krankenpflegedienst Daheim	20 Palliativnetz Travebogen gGmbH	37 DRK Pflegedienst gGmbH
7 Die Johanniter	21 Amb. Pfl. Vorw. Diakonie Sozialst. Lübeck	
8 ASB Häusliche Krankenpflege Lübeck	22 Die Brücke - Sozialpsych. Fachpfleged.	10 - Travemünde
9 Manus Gesundheitshilfe e.V.	23 Besser Leben Pflegedienst	38 Amb. Pfl. Vor. Diakonie Sozialstation Travem.
10 Rotkreuzschwestern ambulant	24 Mobile Pflege Nord-Ost GmbH	39 Ostsee-Möwen Ambulanter Pflegedienst
11 AWO Pfleged. Südholst.-Pflegeteam Lüb.	25 Pflegeteam MediBalance	40 Rosenhof Seniorenwohnanlage Amb. Pfl.
03 - Moisling	07 - St. Gertrud	Stockelsdorf
12 Pflegehilfe Aktiv	26 Hanse-Residenz Amb. Pflegedienst	41 DRK Pflegeteam Süd
13 DHK- Die häusl. Krankenpfl. GmbH	27 Pflegedienst Andrea Schalies	42 Lübecker Pflegedienst
	28 Pro Vita Ambulanter Pflegedienst	
04 - Buntekuh	29 DHK Die häusliche Krankenpflege GmbH	
14 Harmonie	30 Pflegedienst an der Trave	
	31 Marii Pflege GmbH Amb. Pflegedienst	

Quelle: Hansestadt Lübeck, FB 2, Soziale Sicherung, Pflegestützpunkt, Stand: Oktober 2018

4.4 Teilstationäre Pflege (Tages- und Nachtpflege)

Tages- und Nachtpflege

Tages- und Nachtpflege sind Leistungen der Pflegeversicherung und bilden eine Ergänzung zur häuslichen Pflege. Durch sie soll die häusliche Pflegesituation und damit das ambulante Pflegekonzept stabilisiert und gestärkt werden. Während die Pflegekasse die Pflegekosten, die Aufwendungen der sozialen Betreuung und die Kosten der medizinischen Behandlungspflege übernimmt, sind die Kosten für die Verpflegung privat zu tragen. Die An- und Abfahrten werden zumeist durch die Einrichtung organisiert.

Viele Berufstätige könne ihre Angehörigen selbst nicht rund um die Uhr versorgen und benötigen daher geeignete Betreuungsangebote für den Tag. Wenn z.B. Hilfe beim Toilettengang benötigt wird, ist ein ambulanter Pflegedienst, der ein- oder zweimal am Tag vorbeischaut nicht mehr ausreichend. Hier bietet sich die Tagespflege an. Bei der Tagespflege halten sich die Pflegebedürftigen tagsüber in der Tagespflegeeinrichtung auf und sind abends bzw. nachts wieder in ihrer bekannten Umgebung. Die Tagespflege bietet den Nutzern und Nutzerinnen eine individuelle Tagstruktur mit pflegerischer Hilfe und einem Betreuungsangebot.

Die Pflegebedürftigen werden morgens zu Hause versorgt, gewaschen und angezogen – entweder vom ambulanten Pflegedienst oder den Angehörigen – und danach in die Einrichtung gebracht. Die Pflegebedürftigen erfahren tagsüber einen strukturierten Tagesablauf. Gegen 17:00 sind die Pflegebedürftigen zumeist wieder zu Haus und werden ggfs. vom ambulanten Pflegedienst bettfertig gemacht. Als teilstationäre Pflege ist die Tagespflege sozusagen das Bindeglied zwischen ambulanter und stationärer Pflege.

Der pflegebedürftige Gast einer Tagespflege sollte jedoch transportfähig sein, d.h. nicht bettlägerig sein und sollte in der Lage sein, mehrere Stunden sitzend zu verbringen. Der Besuch im Rollstuhl stellt daher kein Problem dar.

Die Nachtpflege enthält die gleichen Leistungen wie die Tagespflege mit dem einzigen Unterschied der Betreuungszeiten. Die Nachtpflege kommt insbesondere bei Intensivpflege-Patienten wie z.B. bei Alzheimer-Patienten in Frage oder auch im Rahmen der Palliativpflege. Die Nachtpflege wird in Lübeck zur Zeit allerdings nicht angeboten.

Einrichtungen mit Tagespflege

In der Hansestadt Lübeck gibt es sechs Einrichtungen der Tagespflege:

- Tagespflege Memoritas (Alzheimer Gesellschaft Lübeck) Hansering, Stadtteil St. Lorenz Süd
- Tagespflege Haus Lübeck (Johanniter) Waisenallee, Stadtteil St. Lorenz Nord
- Lübecker Tagespflege Diallo (Lübecker Pflegedienst), Schwartauer Allee, Stadtteil St. Lorenz Nord
- Tagespflege Domicil Marli (Domicil Unternehmensgruppe), Elise-Bartels-Str., Stadtteil St. Gertrud
- Elan Tagespflege Lübeck GmbH, (Familienunternehmen), Im Gleisdreieck, Stadtteil St. Gertrud
- Tagespflege im Pflegezentrum Travemünde (Vorwerker Diakonie), Am Dreilingsberg, Stadtteil Travemünde

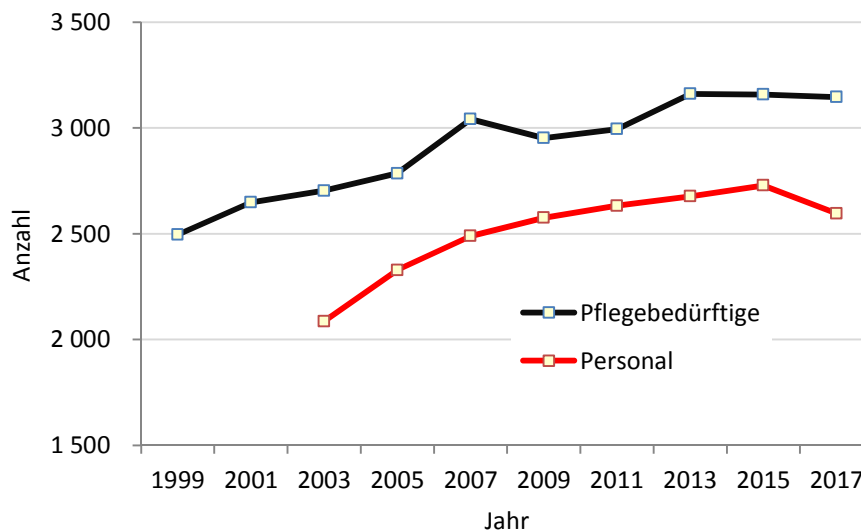
Pro Einrichtung werden zwischen 12 und 18 Plätze vorgehalten. Die Auslastung lag im Durchschnitt des Jahres 2018 bei rd. 90 Prozent. Die Tagespflegeeinrichtungen werden privat bzw. von freigemeinnützigen Trägern betrieben.

4.5 Stationäre Pflegeeinrichtungen

Entwicklung

Mit einer älter werdenden Bevölkerung ist auch die Zahl der Pflegebedürftigen in der Hansestadt Lübeck in den letzten Jahren deutlich angestiegen. So ist auch die Zahl der Pflegebedürftigen in stationären Heimen von rd. 2.500 im Jahre 1999 auf rd. 3.200 im Jahre 2013 angestiegen (Tab. 4.1, S. 35). Seitdem stagnieren die Zahlen in der stationären Pflege, was zum Teil auf die vorrangige Inanspruchnahme der ambulanten Pflege zurückzuführen sein dürfte. Die Zahl der in der stationären Pflege Beschäftigten ist ebenfalls angestiegen, hat in 2017 jedoch einen Einbruch erlitten.

Abb. 4.7:
Pflegebedürftige
und Personal in
stationären Pflege-
einrichtungen
1999 – 2017
in der Hansestadt
Lübeck



Quelle: Statistisches Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein, Pflegestatistik,
Graphik: HL, Bereich Soziale Sicherung

Zahl städtischer Einrichtungen stagnierend

Die Zahl der Pflegeeinrichtungen ist insbesondere zwischen 1997 und 2010 von 29 auf 47 deutlich angestiegen. Bis Ende 2018 hat sich die Zahl der Pflegeeinrichtungen auf 53 erhöht, darunter befinden sich mittlerweile sechs Einrichtungen der Tagespflege.

Die Zuwächse sind auf neue Einrichtungen der gemeinnützigen und privaten Träger zurückzuführen. Die Zahl der gemeinnützigen Einrichtungen stieg gegenüber 1997 von zehn auf 22, die der privaten Träger von elf auf 22. Die Zahl städtischer Einrichtungen blieb nahezu unverändert. Zum Ende des Jahres 2018 wurde das Seniorenpflegeheim in der Schönböckener Straße geschlossen, womit die Zahl öffentlicher(städtischer) Heime wieder auf acht gesunken ist. 81 Heimplätze sind dadurch weggefallen.

Tab. 4.6: Stationäre Pflegeeinrichtungen 1997 - 2018 nach Trägerschaft

Träger- schaft	1997	2004	2010		2018	
			insg.	dar. Tages- pflege	insg.	dar. Tages- pflege
gemeinnützig	10	13	21	2	22	3
privat	11	14	17	-	22	3
öffentlich	8	8	9	-	9	-
insg.	29	35	47	2	53	6

Quelle: Hansestadt Lübeck, Bereich Soziale Sicherung, interne Pflegestatistik

Trend zu größeren Einrichtungen

Im Jahr 2004 gab es fünf Heime mit einer Platzzahl von über 120 Plätzen. 2018 waren es bereits doppelt so viele. Auch die Zahl der Heime mit 81 bis 120 Plätzen hat sich im selben Zeitraum von zehn auf 23 mehr als verdoppelt. Die Zahl der kleineren Heime mit 41 bis 80 Plätzen hat sich dagegen von 15 auf sieben mehr als halbiert. Der Trend zu größeren Einheiten weist deutlich auf die ökonomischen Erfordernisse im Pflegebereich hin. Automatisch stellt sich hier die Frage, inwieweit die kleineren Heime hier zukünftig bestehen werden bzw. welche Spezialisierungen oder Besonderheiten hier erforderlich sind, um auch in Zukunft am Markt bestehen zu können.

Größe der Pflegeeinrichtungen

Tab. 4.7: Stationäre Pflegeeinrichtungen 2004 – 2018 nach der Größe

Anzahl Pflegeplätze pro Einrichtung	2004		2010		2018	
	Einr.	Pflegeplätze	Einr.	Pflegeplätze	Einr.	Pflegeplätze
bis 40	5	147	8	182	6	160
41 - 80	15	1 008	21	1 328	7	1 072
81 -120	10	1 001	12	1 184	23	1 460
121 und mehr	5	842	6	926	10	998
k.-A.	-	-	-	-	1	-
insg.	35	2 998	47	3 620	47	3 690

Anmerkung: 2018 zzgl. 103 Plätzen in der Tages- und Nachtpflege, 2010 zzgl. 30 Plätze

Quelle: Hansestadt Lübeck, Bereich Soziale Sicherung, interne Pflegestatistik

Wohnortnahe Pflegeplatzversorgung nach Stadtteilen

Laut den Zielen des Landespflegegesetzes soll bei den Planungsrichtlinien auch der Aspekt der wohnortnahen Versorgung berücksichtigt werden. Als Grundlage der kleinräumigen Betrachtung wurden die zehn Stadtteile der Hansestadt Lübeck gewählt. Diese sind zwar recht unterschiedlich groß, was Fläche oder Einwohnerzahl angeht, es sind jedoch die in der Bevölkerung bekannten Gebiete und damit auch Grundlage eines - wenn denn vorhandenen- gefühlten lokalen, kleinräumigen Zugehörigkeitsgefühls. Dies gilt insbesondere für die kleineren Stadtteile wie Innenstadt, Moisling, Buntekuh, St. Lorenz Süd, Schlutup, Kücknitz und Travemünde. Dem stehen die größeren Stadtteile St. Lorenz Nord, St. Gertrud und St. Jürgen gegenüber, die ggfs. einer differenzierteren Sichtweise bedürfen.

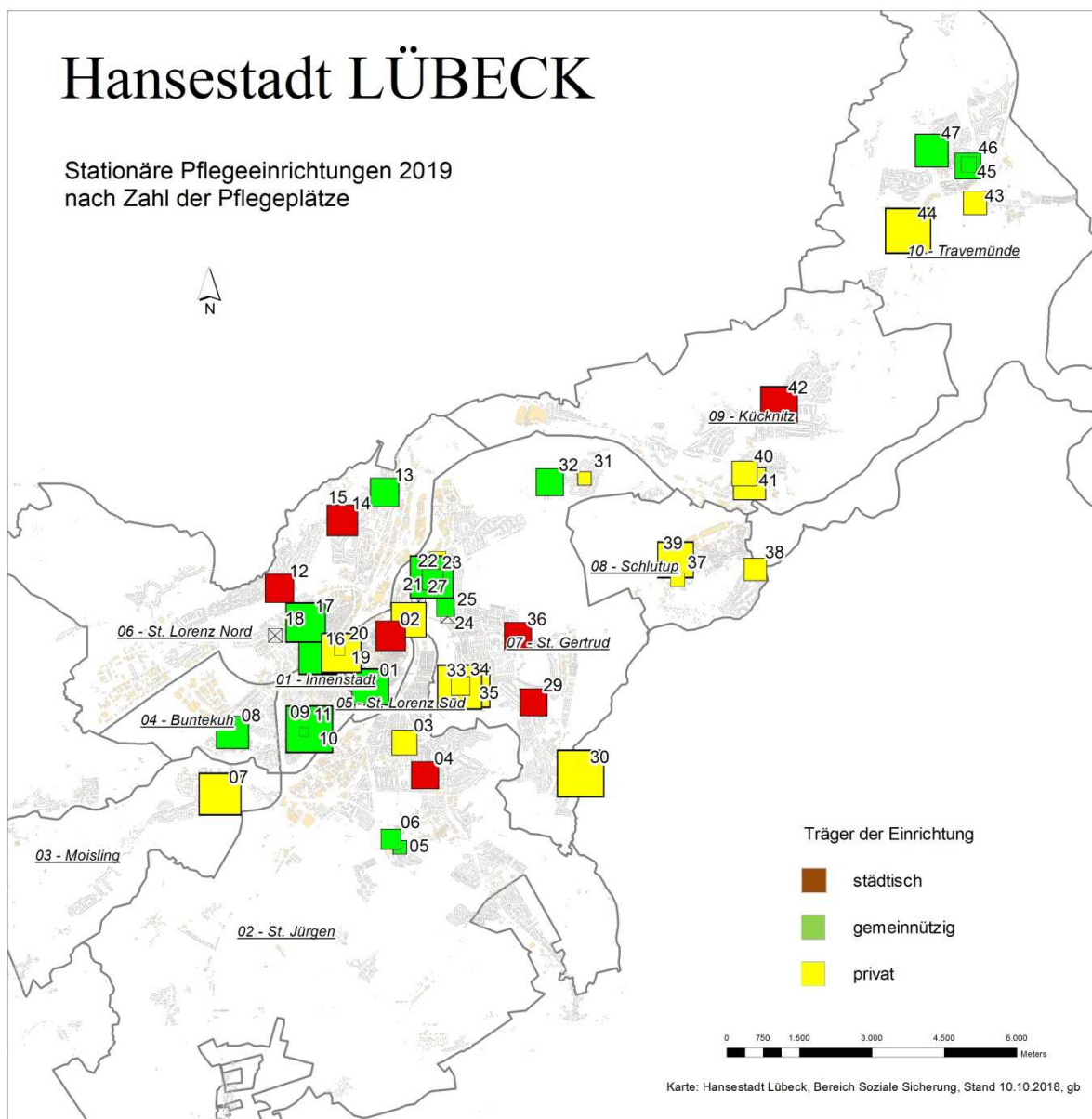
Die Darstellung in Tabelle 4.8 zeigt dabei deutliche Unterschiede, die von 3,8 Prozent in St. Jürgen bis zu 25 Prozent in Schlutup reichen. Die Standorte und Kapazitäten der Pflegeheime ergeben sich aus der Karte auf S. 47.

Tab. 4.8: Vollstationäre Pflegeplatzversorgung der über 75-Jährigen 2018 nach Stadtteilen

Stadtteil	Plätze nach Trägerschaft				Einw. über 75 J.	Plätze pro 100 Einw. ü. 75 J.
	freigemeinnützig	öffentlich	privat	zus.		
01 - Innenstadt	105	80	-	185	998	18,5
02 - St. Jürgen	68	72	62	202	5 319	3,8
03 - Moisling	-	-	122	122	1 305	9,3
04 -Buntekuh	174	-	-	174	1 371	12,7
05 - St. Lorenz S.	245	-	-	245	1 418	17,3
06 - St. Lorenz N.	294	278	124	696	4 529	15,4
07 - St. Gertrud	378	140	685	1 203	6 098	19,7
08 - Schlutup	-	-	195	195	779	25,0
09 - Kücknitz	-	104	144	248	2 368	10,5
10 - Travemünde	198	-	222	420	3 669	11,4
insg.	1 462	674	1 554	3 690	27 854	13,2

Anmerkung: zzgl. 103 Plätzen in der Tages- und Nachtpflege

Quelle: Hansestadt Lübeck, Bereich Soziale Sicherung und Einwohnermelderegister



Stationäre Pflegeeinrichtungen nach Stadtteilen (ohne Einrichtungen der Tagespflege)

01 - Innenstadt	06 - St. Lorenz Nord	32 DRK Senioren- und Pflegezentr. Im Park
01 Alten- und Pflegeheim Haus Simeon	12 APH Dornbreite	33 DOMICIL Seniorenpflegeheim Marli
02 Senioreneinr. Heiligen-Geist-Hospital	13 Haus am Tremser Teich	34 DOMICIL Seniorenpfl. Marli - Demenz -
	14 APH Am Behnckenhof	35 Senioren-Residenz Waldersee
	15 APH Am Behnckenhof Gerontopsych. Abt.	36 APH Prassekstraße
	16 APH "Lotti-Tonello-Haus"	
02 - St. Jürgen	17 Haus Lübeck	08 - Schlutup
03 Senioren-Residenz Mühlenlor	18 APH Schönböckener-Str.-(geschlossen)	37 Sonnenhof
04 APH Elswigstraße	19 Domicil Am Holstentor	38 CURA Seniorenzentrum Lübeck
05 AWO Servicehaus Hochschulstadtteil	20 Domicil Am Holstentor - Demenzber.-	39 APH Dr. med. Al-Bayati und Frau
06 Hausgemeinschaft Carl-Gauß-Straße		
	07 - St. Gertrud	09 - Kücknitz
03 - Moisling	21 APH Haus Nazareth - Allgemeiner Ber.-	40 Seniorenhaus Hinrichs Herrenwyk
07 Seniorenhaus Hinrichs Moislinger Aue	22 Hs Nazareth Wohnber. f. M. m. Demenz	41 Seniorenhaus Hinrichs Kasino
	23 Haus am Stadtpark	42 Senioreneinrichtung Solmitzstraße
04 - Buntekuh	24 Erika-Gerstung-Haus	
08 Seniorenwohnsitz Quellenhof	25 Erika-Gerstung-Haus (2)-(geschlossen)	10 - Travemünde
	26 Hanse-Residenz-Lübeck	43 Rosenhof Seniorenwohnanlage
05 - St. Lorenz Süd	27 Senioren-Residenz St. Gertrud-(geschl.)	44 Seniorenzentrum Travemünde
09 Katharina von Bora Betagtenhaus	28 Seniorenresidenz Traveblick	45 Malteserstift Haus St. Birgitta
10 Pflegezentrum Travetal	29 APH Dreifelderweg	46 Malteserstift Hs St. Birgitta - ger. Fachabt.
11 Hospiz Rickers-Kock-Haus	30 Priv. Alten- u. Pflegepension Rosenhof	47 Pflegezentrum Travemünde Am Dreilingsberg
	31 Senioren-Pension Schön	

Quelle: Hansestadt Lübeck, FB 2, Soziale Sicherung, Pflegestützpunkt, Stand: Dezember 2019

Tab. 4.9: Entwicklung der Platzzahlen in den stationären Einrichtungen in der Hansestadt Lübeck 2010 - 2019

Jahr ----- Stand jew eils 31.12.	Plätze insg.	davon			darunter Pflegeplätze Kostenträger HL
		Vollst. Pflege- plätze lt. Versorg.- vertrag	Kurzzeit- pflege lt. Versorg.- vertrag	Tages- und Nacht- pflege	
2010	3 620	3 519	71	30	1 103
2011	3 608	3 497	81	30	1 101
2012	3 614	3 506	78	30	1 080
2013	3 612	3 485	81	46	1 052
2014	3 603	3 457	86	60	1 018
2015	3 604	3 458	86	60	1 076
2016	3 625	3 476	88	91	1 032
2017	3 804	3 598	115	91	889
2018	3 793	3 571	119	103	933
2019	3 502	3 286	112	104	938

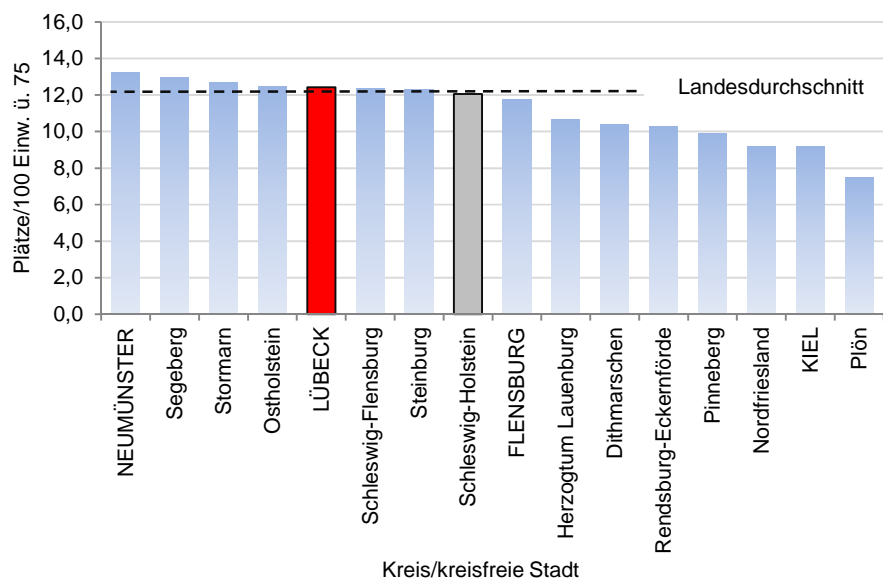
Quelle: HL, Bereich Soziale Sicherung, Interne Pflegestatistik

**Pflegeplatz-
versorgung im
Vergleich**

Im Vergleich zu den kreisfreien Städte und Landkreisen in Schleswig-Holstein liegt die Hansestadt Lübeck im Mittelfeld und nur unwesentlich über dem Landesdurchschnitt von 12,1 Prozent. Eine deutlich unterdurchschnittliche Pflegeplatzversorgung weisen die Landkreise Plön und Nordfriesland sowie die Landeshauptstadt Kiel aus. Die Pflegeplatzquoten werden dort ungenau, wo Pflegeheime eine Versorgung aus benachbarten Kreisen bzw. kreisfreien Städten übernehmen. So nehmen Lübecker Pflegeheime im unterschiedlichen Maße auch Bewohner/innen aus benachbarten Kreisen auf, genauso wie Lübecker Einwohner/innen zum Teil in Seniorenheime in Stockelsdorf oder etwa in Bad Schwartau unterkommen.

Abb.4.8:
Pflegeplätze pro
100 Einwohner/innen über 75
Jahr nach Land-
kreisen und kreis-
freien Städten

Stand 31.12.2017



Quelle: Statistik-Nord, Stat. Ber. K-II-8 Pflege und A-I-3 Bevölkerung,
Graphik: HL, Bereich Soziale Sicherung

5 Weitere Einrichtungen

5.1 Sozialdienste der Krankenhäuser

Stationär behandelte akute Erkrankungen, wie z.B. Schlaganfälle oder Oberschenkelhalsbrüche, bewirken insbesondere bei den älteren Patientinnen und Patienten häufig einschneidende Veränderungen in der Beweglichkeit und damit in der bisherigen Lebensweise, deren Regelung sie bis zur Krankenhausentlassung oftmals nicht selbst bzw. ausreichend nachkommen können.

Damit die Patientinnen und Patienten ihrer gesundheitlichen und sozialen Situation entsprechend ausreichend versorgt werden, um ihren Gesundungsprozess zu fördern und ihnen die Aufrechterhaltung eines eigenständigen Lebens in gewohnter Umgebung zu ermöglichen, gibt es in allen Lübecker Krankenhäusern Sozialdienste.

Die Sozialdienste sind Beratungs- und Vernetzungseinrichtungen und beraten im Hinblick auf rechtliche Ansprüche z.B. nach dem Krankenversicherungs-, dem Pflegeversicherungs-, dem Schwerbehinderten- und dem Sozialgesetzbuch. Sie leiten ambulante Hilfeleistungen ein, vermitteln Betreuungen sowie Überleitungen in Reha-Kliniken, teilstationäre Einrichtungen, Kurzzeitpflege und Heime.

5.2 Geriatrische Einrichtungen

Krankenhaus Rotes Kreuz Lübeck

Die Klinik für Geriatrie im Stadtteil St. Gertrud wird von der DRK-Schwesternschaft Lübeck e.V. und der Ameos Gruppe betrieben und versorgt mit 36 Ärztinnen und Ärzten sowie ca. 400 Pflegekräften jährlich rd. 4.000 Patienten. Es gibt ein stationäres, tagesklinisches und ambulantes Angebot:

- Im geriatrischen Krankenhaus werden Patienten über 65 Jahren stationär aufgenommen, die nach einer akuten Erkrankung oder OP noch nicht selbstständig in die häusliche Umgebung zurückkehren können. Zudem werden Patienten aufgenommen, die durch altersbedingten Funktionsabbau oder chronischer Erkrankung in der Alltagskompetenz und selbständigen Lebensführung eingeschränkt sind.
- In der Tagesklinik werden jene Patienten versorgt, bei denen ambulant angebotene Therapien nicht ausreichend sind, eine medizinische Versorgung rund um die Uhr jedoch nicht erforderlich ist. Die Patienten werden morgens abgeholt, tagsüber durchgehend betreut und nachmittags wieder nach Hause gebracht.
- In der ambulanten Versorgung finden mehrmals wöchentlich Therapien in einem Zeitrahmen von etwa zwei Stunden statt, wobei die medizinische Behandlung in den Händen des Hausarztes verbleibt.

Der Sozialdienst der Klinik kümmert sich um die persönlichen und sozialen Fragen der Patienten im Hinblick auf Hilfsmöglichkeiten und Perspektiven.

5.3 Hospiz- und Palliativversorgung

Einführung Der überraschende und plötzliche Tod im Alter, bei bis dahin völlig unversehrter Gesundheit, ist eher die Ausnahme. Die meisten älteren Menschen versterben an schweren chronischen Erkrankungen, wobei sich das nahende Lebensende oftmals schon Monate vorher ankündigt. Um den Sterbenden ein Sterben in Würde zu ermöglichen, um sie und ihre Angehörigen psychisch und seelisch zu entlasten und zu unterstützen, wurden in den 90er Jahren überall in Deutschland ambulante und stationäre Hospize eingerichtet

Ist eine Versorgung im Krankenhaus nicht mehr erforderlich, eine Pflege zu Hause oder im Pflegeheim nicht ausreichend, kann der behandelnde Arzt die Hospizpflege bei der Krankenkasse beantragen. Die Kriterien sind das Vorliegen einer fortschreitenden bzw. bereits weit fortgeschrittenen Erkrankung, wobei die Lebenserwartung voraussichtlich auf einige Wochen bzw. wenige Monate begrenzt ist, die Heilung ausgeschlossen ist und eine beschwerdelindernde Behandlung erforderlich und vom Gast erwünscht ist.

Hospiz- und Palliativverband Schleswig-Holstein e.V. Der Hospiz- und Palliativverband Schleswig-Holstein e.V. ist die Dachorganisation und Stimme der Hospiz- und Palliativarbeit in Schleswig-Holstein. Der Verband vertritt die Interessen der Hospiz- und Palliativarbeit gegenüber Gesellschaft, Politik und Kostenträgern und informiert und berät seine Mitglieder, sichert den Erfahrungsaustausch und bietet organisatorische und inhaltliche Hilfestellungen an. Folgende Lübecker Einrichtungen sind Mitglied:

Ambulante Hospizdienste:

- Lübecker Hospizbewegung e.V.
- Diakonie Lübeck Pflege gGmbH
- Gemeinsam GEHEN Lübecks ambulanter & kultursensibler Hospizdienst
- Horizonte e.V.

Palliativ Care Teams

- Palliativnetz-Travebogen

Stationäre Hospize:

- Hospiz Rickers-Kock-Haus der Vorwerker Diakonie gGmbH

Palliativstationen

- Interdisziplinäre Palliativstation UK SH, Campus Lübeck
- Palliativstation in der Sana-Klinik

Ambulante Kinder- und Jugendhospize

- Kinderhospizverein „Die Muschel“

Lübecker Hospizbewegung e.V. Die Lübecker Hospizbewegung ist ein ambulanter Hospizdienst, der seit 1992 in Lübeck und Umgebung Beratung und Unterstützung für Schwerstkranke und sterbende Menschen sowie deren Angehörigen anbietet. Neben zwei in der Verwaltung hauptamtlich Beschäftigten wird der Verein durch ehrenamtlich tätige Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter getragen. Der Verein arbeitet eng zusammen mit den Stationen des UKSH und der Sana Kliniken, dem stationären Hospiz Rickers-Kock-Haus sowie mit dem Palliativ-Care-Team vom Travebogen.

Jeden 2. und 4. Mittwoch im Monat findet ein offenes Trauercafé in den Räumen der Geschäftsstelle statt. Daneben werden für ehrenamtliche Mitarbeiter/innen Gruppenabende und die Qualifizierungskurse zur Begleitung von Schwerstkranken und Sterbenden angeboten.

Palliativnetz Travebogen Das Palliativnetz Travebogen wurde 2009 gegründet. Vier Palliativ Care Teams (PCT) kümmern sich um die palliative Versorgung in Lübeck, Bad Segeberg und Stormarn (Team West, Nord, Süd und Ost). Weitere regionale Palliativnetzwerke finden sich im übrigen Schleswig-Holstein.

Die Mitarbeiterinnen sind Palliativmediziner/innen, Physiotherapeutinnen, Sozialarbeiter/innen und spezialisierte Pflegefachkräfte. Sie ergänzen und koordinieren die bestehenden Hilfssysteme wie z.B. Pflegeheime oder die ehrenamtliche Hospizversorgung. Immer am dritten Donnerstag eines Monats findet ein „Death Café“ statt. Es ist eine offene Gesprächsrunde, bietet aber keine professionelle Trauerbegleitung. Die Idee stammt vom Schweizer Soziologen Bernard Crettaz, der erstmals 2004 zum „Café mortel“ einlud. Der Brite Jon Underwood hat es sechs Jahre später zu einer Art sozialem Franchise-Unternehmen weiterentwickelt. Mittlerweile gibt es rd. 5.000 Death-Cafés in rd. 50 Ländern.

**Hospiz
Rickers-
Kock-
Haus**

Neben den ambulanten Hospizdiensten gibt es seit 1999 mit dem Rickers-Kock-Haus auch eine stationäre Einrichtung mit sieben Betten zur ganzheitlichen Versorgung und schmerztherapeutischen Behandlung von Menschen in ihrer letzten Lebensphase. Das Team des Rickers-Kock-Hauses besteht aus Pflegefachkräften, ehrenamtlichen Hospiz- und Sterbebegleitern, einer Sozialarbeiterin, einer Seelsorgerin, haupt- und ehrenamtlichen Servicekräften sowie der Verwaltung. Pro Jahr werden rd. 100 Patientinnen und Patienten betreut.

**Kinder-
hospizverein
„Die Muschel
e.V.“**

Der ambulante Kinder- und Jugendhospizdienst „Die Muschel“ wurde 2006 in Bad Segeberg gegründet und ist seit 2010 auch in Lübeck tätig. Im Mittelpunkt der ambulanten Kinderhospizarbeit stehen Kinder und Jugendliche mit lebensverkürzenden Erkrankungen und deren Familien. Aber auch Kinder in Familien mit einer erkrankten Mutter oder einem erkrankten Vater nehmen einen Großteil der Trauerarbeit ein. Im Jahr 2018 standen dem Hospizverein 72 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zur Verfügung. Darunter waren 51 ehrenamtliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, acht Honorarkräfte, die in Familien eingesetzt werden, für Fortbildungen oder die Befähigungsseminare. Diese umfassen 80 bis 100 Stunden, sind auf eineinhalb Jahre verteilt und finden in Bad Segeberg und in Lübeck statt. Vier Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sind im hauptamtlichen Bereich tätig. Im Jahr 2018 wurden insgesamt 29 Familien betreut.

**Neues Hospiz-
und Palliativ-
zentrum in
Planung**

Im Jahr 2019 konkretisieren sich die Pläne des Baus eines neuen Hospiz- und Palliativzentrums auf Marli. Darauf hatten sich das Palliativnetz Travebogen, die Vorwerker Diakonie, die Lübecker Hospizbewegung und der Kinderhospizverein „Die Muschel e.V.“ im Januar 2019 im „letter of intent“ geeinigt. Auch die Universität zu Lübeck und die Krebsgesellschaft Schleswig-Holstein wollen sich daran beteiligen. Das Großprojekt soll in drei bis fünf Jahren realisiert werden.

**Die
CHARTA**

Die Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland ist vor dem Hintergrund einer internationalen Initiative entstanden, die auf dem 10. Kongress der European Association for Palliative Care (EAPC) 2007 als die Budapest Commitments vereinbart wurden. Ziel war es, die Betreuung in den folgenden fünf Bereichen (Leitsätzen) zu verbessern:

- Ethik, Recht und öffentliche Kommunikation,
- Bedürfnisse der Betroffenen
- Aus-, Weiter- und Fortbildung
- Entwicklungsperspektiven und Fortbildung
- Europäische und internationale Dimension

In Deutschland übernahmen die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP), der Deutsche Hospiz- und Palliativ Verband (DHPV) und die Bundesärztekammer (BÄK) im Jahr 2008 die Trägerschaft für den nationalen Charta-Prozess.

**Runder Tisch
Palliativ-
versorgung**

Im Rahmen der 6. Hospiz- und Palliativwoche, die vom 12- bis 26. Oktober 2019 in Lübeck stattfand, ist die Hansestadt der Charta beigetreten, nachdem der Sozialausschuss der Hansestadt Lübeck nicht nur die Unterzeichnung der Charta durch den Bürgermeister empfohlen hatte, sondern gleichzeitig auch die Einführung eines Runden Tisches zur Palliativpflege beschlossen hatte. Die vom Gesundheitsamt der Hansestadt Lübeck organisierte Auftaktveranstaltung zum Runden Tisch „Palliativversorgung“ fand am 19.02.2020 statt.

6 Finanzierung der Pflege

6.1 Wer bezahlt die Pflege?

Jeder, der im Alter Pflege benötigt, soll sie auch bekommen. Die Frage ist allerdings, wer dafür bezahlt.

Seit Einführung der sozialen Pflegeversicherung im Jahre 1995 ist der Beitragssatz von damals 1,0 Prozent auf nun 3,05 Prozent zum 1.1.2019 angestiegen. Die Beiträge werden von Arbeitnehmern und Arbeitsgebern solidarisch finanziert. Der Kinderlosenzuschlag beträgt 0,25 Prozentpunkte und ist vom Versicherten allein zu tragen, womit sich ein Gesamtbeitrag von 3,3 Prozent ergeben kann. Rentner und Selbstständige müssen den Beitragssatz zur Pflegeversicherung selbstständig aufbringen.

Die Beitragssätze werden jedoch maximal bis zur Beitragsbemessungsgrenze (BBG) der gesetzlichen Krankenversicherung erhoben. Die BBG ist monatlich von 5.850 DM im Jahre 1995 über 3.375 EUR im Jahre 2002 auf 4.425 EUR im Jahre 2018 angestiegen. Der Höchstbetrag ist von umgerechnet monatlich 29,91 EUR im Jahre 1995 auf 112,84 EUR im Jahre 2018 angestiegen. Der Höchstbeitrag für Kinderlose beträgt 123,90 EUR. [Infoportal Pflegeversicherung, 2019]

Nach einer Studie der Bertelsmann Stiftung wird es im Jahre 2045 fünf Millionen Pflegebedürftige in Deutschland geben, statt der heute (2017) 3,3 Millionen. Da die Zahl der Kinder sinke und mehr Frauen arbeiten gehen, werden künftig weniger Menschen durch Angehörige gepflegt. Der Anteil der pflegebedürftigen Menschen in Pflegeheimen dürfte dann bei ca. 28 Prozent liegen. Der Beitragssatz zur Pflegeversicherung könnte bis zum Jahre 2045 von heute 3,05 Prozent auf dann 4,25 Prozent steigen. Gleiches gilt für die Eigenanteile, die für die Pflegeheime aufgebracht werden müssen. Auch diese sind in letzter Zeit erheblich angestiegen. Sie dürften weiter in die Höhe schnellen, wenn die Pflegekräfte zukünftig mehr Lohn erhalten.

Soll das vermieden werden, wird man über andere Finanzierungsmodelle sprechen müssen. Eine Möglichkeit sind Steuerzuschüsse aus dem Bundeshaushalt, wie es bei der gesetzlichen Rente und Krankenversicherung bereits praktiziert wird. Diskutiert wird auch die Option, dass Beamte und Privatversicherte in die gesetzliche Pflegeversicherung einzahlen. Zunächst ist jedoch noch unklar, wie die angestrebte bessere Bezahlung von Pflegekräften finanziert werden soll.

Ambulante
Pflege
und Pflegegeld

Pflegebedürftige, die ambulant bzw. zu Hause gepflegt werden, haben Anspruch auf Wohnumfeld verbessernde Maßnahmen, einen monatlichen Entlastungsbetrag und Hilfsmittel/Pflegehilfsmittel.

Bei Wohnumfeld verbessernden Maßnahmen können pflegerechte Veränderungen der Wohnung von der Pflegekasse finanziert werden. Der Entlastungsbetrag i. H. v. 125 Euro monatlich steht zur Finanzierung von Betreuungs- oder Unterstützungsangeboten zur Verfügung. Das Geld kann zum Beispiel für Kurzzeitpflege, Tages- oder Nachtpflege oder für Entlastungsangebote mit einer besonderen Anerkennung eingesetzt werden. Personen mit Pflegegrad 1 können den Betrag auch für die Körperpflege – durchgeführt von einem Pflegedienst – verwenden.

Bestimmte Hilfsmittel sind z. B. ein Pflegebett oder Rollstuhl, die den Pflegealltag erleichtern sollen. Neben diesen technischen Hilfsmitteln können die Pflegekassen auch zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel, wie Einmalhandschuhe, Desinfektionsmittel oder Bettschutzeinlagen finanzieren. Pflegebedürftige ab Pflegegrad 2, haben zudem Anspruch auf Pflegegeld und ambulante Pflegesachleistungen. Pflegegeld wird gezahlt, wenn ein Angehöriger oder eine andere Person, zum Beispiel ein Freund oder Nachbar, die Pflege übernimmt. Mit dem Pflegegeld kann aber auch eine Pflegekraft aus dem Ausland finanziert werden.

Die Pflegearbeit eines ambulanten Pflegedienstes wird als Sachleistung bezeichnet. Übernimmt ein Pflegedienst die Pflege, zahlt die Pflegekasse somit sogenannte Pflegesachleistungen. Inhalt der Pflegesachleistungen sind körperbezogene Pflegemaßnahmen, pflegerische Betreuungsmaßnahmen sowie Hilfen bei der Haushaltsführung. Sie umfassen ebenfalls pflegerische Maßnahmen in den Bereichen Mobilität, kognitive und kommunikative Fähigkeiten, Verhaltensweisen und psychische Problemlagen, Selbstversorgung, Bewältigung von und selbständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen sowie Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte.

Der Pflegebedarf wird individuell geprüft und anhand eines Leistungskomplexsystems definiert. Die Abrechnung führt der Pflegedienst direkt mit der Pflegekasse durch. Pflegegeld und Pflegesachleistungen sind miteinander kombinierbar. Die Höhe der Leistung ist abhängig vom Pflegegrad, den der Pflegebedürftige hat. Die verschiedenen Höhen des Pflegegeldes bzw. der Pflegesachleistungen sind auf S. 56 des Pflegebedarfsplans dargestellt. Reichen die Leistungen der Pflegekasse nicht aus und stehen keine eigenen finanziellen Mittel zur Deckung des persönlichen Pflegebedarfs zur Verfügung kann ein Antrag auf ambulante Hilfe zur Pflege beim Sozialhilfeträger gestellt werden.

In Schleswig-Holstein wurde das Leistungskomplexsystem aus 1995 zum 01.09.2019 überarbeitet und neu gestaltet. Es untergliedert sich seitdem in pflegeprozessbezogene Maßnahmen, körperbezogene Pflegemaßnahmen, pflegerische Betreuungsmaßnahmen und Hilfen bei der Haushaltsführung. Durch zum 01.09.2019 neu eingeführte Leistungen sind Mehrausgaben in der Sozialhilfe möglich.

Pflege in Einrichtungen

Mit der Einführung des einrichtungseinheitlichen Eigenanteils mit dem zweiten Pflegegeldgesetz hat jeder Bewohner einer bestimmten Einrichtung, gleich welchen Pflegegrades, den gleichen Betrag zu zahlen. Aufgrund neuer und höherer Verhandlungen für 2018 und 2019 sind die einrichtungseinheitlichen Eigenanteile, u.a. bedingt durch gesetzliche Neuregelungen stark angestiegen. Die Sach- und Personalkosten (Möglichkeit der Zahlung von tariflichen Gehältern, verbesserte Stellenschlüssel, Vergütung eines Unternehmerrisikos) wurden erheblich angehoben. Diese erhöhten Kosten werden von den Pflegeheimen direkt auf die Heimbewohner umgelegt.

Durch die beabsichtigte Einführung eines einheitlichen Personalbemessungsverfahrens ab 2020 ist davon auszugehen, dass die einrichtungseinheitlichen Eigenanteile weiter steigen werden und mit Mehrausgaben in der Sozialhilfe zu rechnen ist.

6.2 Die Soziale Pflegeversicherung

Einführung der Sozialen Pflegeversicherung in 1995

Bereits 1995 wurde mit dem SGB XI die Soziale Pflegeversicherung als fünfte Säule der Sozialversicherung eingeführt, die allen Bürger/innen der Bundesrepublik einen Versicherungsschutz bei Pflegebedürftigkeit bietet. (Soziale Pflegeversicherung, Gesetz vom 26. Mai 1994)

Die gesetzliche Pflegeversicherung ist eine Art Teilkaskoversicherung, denn zumeist wird sie nicht reichen. Dann sind die Zahlungen entweder aus der Rente oder aus dem angesparten Vermögen zu leisten. Reicht die Rente nicht aus oder ist kein Vermögen da, springt die Sozialhilfe ein. Gegebenenfalls können auch gut verdienende Kinder zur Zahlung verpflichtet sein. Das Angehörigen-Entlastungsgesetz sieht jedoch vor, dass erwachsene Kinder erst zu Unterhaltszahlungen herangezogen werden können, wenn das Jahreseinkommen 100.000 EUR übersteigt.

Neue Gesetze 2002, 2008 und 2013	<p>Die besonderen Hilfebedarfe von kognitiv und psychisch beeinträchtigten Menschen – also von Pflegebedürftigen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz - konnte mit der ursprünglichen Definition der Pflegebedürftigkeit im SGB XI jedoch nicht angemessen berücksichtigt werden.</p> <p>Der Gesetzgeber hat deshalb mit dem Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetz im Jahr 2002, dem Pflege-Weiterentwicklungsgesetz im Jahr 2008 und mit dem in wesentlichen Teilen am 1.01.2013 in Kraft getretenen Pflege-Neuausrichtungsgesetzes (PNG) weitere Leistungen für diesen Personenkreis schrittweise eingeführt und weiter ausgebaut.</p>
2015: Das erste Pflegestärkungsgesetz	<p>Mit dem ersten Pflegestärkungsgesetz wurden Leistungen der Kurzzeit- und Verhinderungspflege weiter ausgebaut und können seitdem besser miteinander kombiniert werden. Der Anspruch auf niedrigschwellige Betreuungsleistungen in der ambulanten Pflege wurde ausgeweitet. Zudem wurden die Mittel für Umbaumaßnahmen erhöht, damit Pflegebedürftige zukünftig länger in ihrem gewohnten Umfeld bleiben können. Bessere Leistungen erhielten auch Menschen, die an Demenz erkrankt sind. Fast alle Leistungen der Pflegeversicherung wurden angehoben.</p>
2016: Krankenhausstrukturgesetz	<p>Das Gesetz zur Reform der Strukturen der Krankenhausversorgung soll mit einem Bündel an Maßnahmen die Qualität der Krankenhausversorgung verbessern und die Zahl der Pflegekräfte im Krankenhaus erhöhen. Das Hygieneförderprogramm zum Schutz der Patienten vor gefährlichen Krankenhausinfektionen wird fortgeführt und erweitert. Künftig sollen auch hier mehr Fachkräfte zur Verfügung stehen.</p>
2016/2017: Das zweite Pflegestärkungsgesetz	<p>Mit dem zweiten Pflegestärkungsgesetz II, das überwiegend zum 1. Januar 2017 in Kraft trat, wurde ein grundlegend neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff erstellt, mit dem leistungsrechtlich eine völlige Gleichstellung von demenzkranken und körperlich erkrankten Pflegebedürftigen erfolgte. Seitdem erhalten Demenzkranke und körperlich Pflegebedürftige, die den gleichen Pflegegrad erhalten und somit ähnlich selbstständig oder unselbstständig eingeschätzt werden, Anspruch auf die gleichen Leistungen ihrer Pflegekassen. Die Überleitung von den bisherigen Pflegestufen in die neuen Pflegegrade erfolgte automatisch.</p>
2017: Das dritte Pflegestärkungsgesetz	<p>Weitgehend zum 1. Januar 2017 trat das dritte Pflegestärkungsgesetz (PSG III) in Kraft. Es konkretisiert die Handlungsanweisungen und Zuständigkeiten des PSG II. Zwischen dem Dritten Pflegestärkungsgesetz und dem parallel verabschiedeten Bundesteilhabegesetz (BTHG) besteht ein enger Zusammenhang. Regelungen im PSG III mit Bezug zum BTHG, welche Pflegebedürftige mit Behinderungen betreffen, die in Einrichtungen der Eingliederungshilfe wohnen, treten zeitgleich mit den entsprechenden Regelungen des BTHG erst zum 1. Januar 2020 in Kraft.</p>
Ab 25.07.2017: Pflegeberufegesetz	<p>Mit dem Gesetz zur Reform der Pflegeberufe, das im Juli 2017 verkündet wurde, sollen die Grundlagen für eine zukunftsfähige und qualitativ hochwertige Pflegeausbildung in der Kranken-, Kinderkranken- und Altenpflege gelegt werden.</p> <p>Die bisher getrennt geregelten Pflegeausbildungen im Altenpflegegesetz und im Krankenpflegegesetz werden in einem neuen Pflegeberufegesetz zusammengeführt. Mit dem Pflegeberufereformgesetz wurde beschlossen, die Ausbildung von Kranken- und Altenpflegern zusammenzuführen.</p> <p>Bundesweit stellen die Pflegeberufe mehr als ein Viertel aller sozialversicherungspflichtig Beschäftigten im Gesundheits- und Sozialwesen.</p>

Tab. 6.1: Von den Pflegestufen zu den Pflegegraden

Bisherige Pflegestufe	Pflegegrad	Beeinträchtigung der Selbstständigkeit	Punktesystem
bisher nicht vorgesehen	1	Geringe	12,5 bis unter 27
Pflegestufe 0 Pflegestufe 1	2	Erhebliche	27 bis unter 47,5
Pflegestufe 1 mit e.A. Pflegestufe 2	3	Schwere	47,5 bis unter 70
Pflegestufe 2 mit e.A. Pflegestufe 3	4	Schwerste	70 bis unter 90
Pflegestufe 3 mit e.A. Pflegestufe 3 mit Härtefall	5	Schwerste (mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung)	90 bis 100

e.A.= eingeschränkte Alltagskompetenz

Quelle: SGB XI, §15, Tab. HL

**2019:
Gesetz zur Stärkung des Pflegepersonals**

Mit dem Gesetz sollen deutliche Verbesserungen im Alltag der Pflegekräfte durch eine bessere Personalausstattung und bessere Arbeitsbedingungen in der Kranken- als auch in der Altenpflege erreicht werden. Bundesweit stellen die Krankenkassen die Finanzierung von weiteren 13.000 Pflegestellen in der Altenhilfe sicher.

Stationäre Pflegeeinrichtungen sollen mehr Personal bekommen:

Einrichtungen ...

- bis 40 Bewohner/innen eine halbe Stelle
- 41 bis 80 Bewohner/innen: eine Stelle
- 81 bis 120Bewohner/innen: anderthalb Stellen
- ab 120 Bewohner/innen: zwei Stellen

Daneben sollen Investitionen in die Digitalisierung bei Pflegedokumentation, Tourenplanung oder Qualitätsmanagement gefördert werden. Die Zusammenarbeit mit niedergelassenen Ärzten soll ausgebaut und verpflichtend werden.

Um die Personalausstattung in der Pflege im Krankenhaus zu verbessern, wird zukünftig jede zusätzliche Pflegestelle in den Krankenhäusern vollständig von den Kostenträgern refinanziert. Ebenso werden Tarifsteigerungen für die Pflegekräfte von den Kostenträgern refinanziert. Einsparungen zu Lasten der Pflege sollen vermieden werden. Daneben werden die Vergütungen von Auszubildenden im 1. Ausbildungsjahr vollständig refinanziert.

Die Qualität der Pflegeheime

Ab November 2019 soll außerdem die Qualität von Pflegeheimen durch jährliche Qualitätskontrollen gemessen und dargestellt werden, die durch den medizinischen Dienst der Krankenkassen durchgeführt werden sollen. Die Bewertung von Pflegeheimen wird auf einer Skala von „weit über“ bis zu „weit unter“ dem Durchschnitt anhand der gemessenen Qualitätsindikatoren veröffentlicht. Somit fällt das Notensystem, nach dem die Pflegeheime bisher bewertet wurden, weg. Das Ziel ist es, die Pflegequalität insgesamt transparenter abzubilden.

Die Leistungen der Pflegeversicherung

Die finanziellen Leistungen der gesetzlichen Pflegeversicherung steigen mit dem Pflegegrad an. In der ambulanten Pflege reichen die Geldleistungen von 316 EUR bei Pflegegrad 2 bis 901 EUR bei Pflegegrad 5. Die Sachleistungen im Pflegedienst reichen von 689 EUR bis 1.995 EUR. In der vollstationären Pflege werden 125 bei Pflegegrad 1 bezahlt bis zu 2.005 EUR bei Pflegegrad 5.

Tab. 6.2: Leistungen der gesetzlichen Pflegeversicherung im Überblick

Pflegegrad	ambulante Pflege		vollstationäre Pflege
	Geldleistung (Pflegegeld)	Sachleistung (Pflegedienst)	Sachleistung (Pflegeheim)
1	0,-	0,-	125,-
2	316,-	689,-	770,-
3	545,-	1.298,-	1.262,-
4	728,-	1.612,-	1.775,-
5	901,-	1.995,-	2.005,-

Quelle: Bundesministerium für Gesundheit, SGB XI, §37 Pflegegeld, §43 Vollstationäre Pflege

6.3 Die Eigenanteile

Pflege ist teuer

Eine Versorgung im Pflegeheim kann unter Umständen jedoch bis zu 4.264 Euro im Monat kosten (s. Tab 6.3). Bei Pflegegrad 5 gäbe es von der gesetzlichen Pflegeversicherung 2.005 Euro dazu, d.h. die Deckungslücke würde 2.259 Euro betragen. Der insgesamt zu leistende Eigenanteil würde sich aus dem Eigenanteil der Pflegekosten, den Unterkunfts- bzw. Verpflegungskosten sowie den Investitionskosten des Heimes zusammensetzen. Dieses Rechenbeispiel bezieht sich auf das teuerste Heim in der Hansestadt Lübeck. Im günstigsten Heim würde der Eigenanteil - ebenfalls für Pflegegrad 5 - bei „lediglich“ 1.255 EUR liegen. Bei Pflegegrad 2 bis 5 sind die Eigenanteile konstant, da die Pflegeversicherung die mit dem Pflegegrad steigenden Pflegekosten übernimmt. Die Kosten für Spezialeinrichtungen, wie z.B. für Demenzzranke sind hier nicht dargestellt. Diese können abweichen.

Derzeitige durchschnittliche Rentenbezüge

In Abhängigkeit von der Wahl des Heimes liegen die aufzubringenden Eigenanteile in der Hansestadt Lübeck also zwischen 1.255 bis 2.259 EUR. Dem sind die durchschnittlichen Einkünfte der heutigen Rentnergeneration gegenüberzustellen.

Im Bundesgebiet lagen die durchschnittlichen monatlichen Rentenbezüge im Jahr 2016 für Männer bei 1.063 EUR und für Frauen bei 673 EUR. Angesichts dieser Zahlen ist daher erstaunlich, dass die Zahl der Hilfen zur Pflege nicht höher ausfallen. Wie bereits erwähnt, können gutverdienende erwachsene Kinder nach den Vorgaben des Angehörigen-Entlastungsgesetzes ggfs. zur Zahlung herangezogen werden.

Tab. 6.3: Durchschnittliche Pflegeheimkosten und Preisspannen in der Hansestadt Lübeck – Stand 30.06.2019

Kostenart	Pfle-ge-grad	Pflegekosten			Unterkunft/Verpflegung Investitionskosten			Kosten insg. (Sp.1+ Sp.4)	Eigen- anteil (Sp.3+ Sp.4)
		insg.	davon		insg.	davon			
			Pflege- kassen	Eigen- anteil		Unter- k./ Verpfl.	Inves- titions- kosten		
1	2	3	4	6	5	6	7		
günstigstes Heim	2	1 045	770	275	980	680	300	2 025	1 255
Durchschnitt	2	1 277	770	507	1 237	746	491	2 514	1 744
teuerstes Heim	2	1 858	770	1 088	1 171	830	341	3 029	2 259
günstigstes Heim	3	1 537	1 262	275	980	680	300	2 517	1 255
Durchschnitt	3	1 769	1 262	507	1 237	746	491	3 006	1 744
teuerstes Heim	3	2 350	1 262	1 088	1 171	830	341	3 521	2 259
günstigstes Heim	4	2 050	1 775	275	980	680	300	3 030	1 255
Durchschnitt	4	2 282	1 775	507	1 237	746	491	3 519	1 744
teuerstes Heim	4	2 863	1 775	1 088	1 171	830	341	4 034	2 259
günstigstes Heim	5	2 280	2 005	275	980	680	300	3 260	1 255
Durchschnitt	5	2 512	2 005	507	1 237	746	491	3 749	1 744
teuerstes Heim	5	3 093	2 005	1 088	1 171	830	341	4 264	2 259

Anmerkung: Die exemplarischen Angaben zum günstigsten/teuersten Heim beziehen sich auf die Gesamtkosten in Spalte.6.

Quelle: Hansestadt Lübeck, Bereich Soziale Sicherung, Pflegestützpunkt

6.4 Pflegezusatzversicherungen

Pflegezusatz- versicherungen

Hinsichtlich einer finanziellen Absicherung im Pflegefall gibt es grundsätzlich vier Möglichkeiten:

- das Pflegetagegeld,
- die Pflegekostenversicherung,
- die Pflegerentenversicherung und
- die private Pflegevorsorge.

Beim Pflegetagegeld erhalten die Versicherten je nach Pflegegrad Geld, über das sie frei verfügen können. Diese Versicherung muss ggfs. bis an Lebensende gezahlt werden. Man kann nicht aussetzen oder pausieren.

Bei einer Pflegekostenversicherung werden nachgewiesene Ausgaben für häusliche oder stationäre Pflege zum Teil erstattet.

Die Pflegerentenversicherung wird von den Lebensversicherern angeboten. Hier wird eine nach Pflegegraden gestaffelte Rente fällig, die unabhängig von den tatsächlich entstandenen Kosten ist.

Schließlich gibt es noch die staatlich geförderte private Pflegevorsorge. Hier können Kunden wegen Vorerkrankungen nicht ausgeschlossen werden, die Versorgungslücke können mit dieser Versicherung jedoch oftmals nicht gedeckt werden.

Welche Variante sinnvoll ist, hängt stark von der individuellen Situation ab. Generell gilt, dass die Beiträge mit zunehmendem Alter zum Teil beträchtlich steigen und dass man nicht mehr alle Versicherungen bekommt, denn die privaten Krankenversicherer stellen Fragen zur Gesundheit. Personen mit Vorerkrankungen wie Arthrose; Rheuma, Diabetes oder Bluthochdruck werden häufig abgelehnt.

6.5 Hilfe zur Pflege

Allgemeines

Die gesundheitliche Situation birgt ein hohes Armutspotential, das spätestens beim Auftreten der Pflegebedürftigkeit zum Ausdruck kommt. Denn Pflegebedürftige benötigen in der Regel professionelle Hilfe und die ist verhältnismäßig teuer. Auch unter Einbeziehung der Leistungen der gesetzlichen Pflegeversicherung können die Kosten der Pflege von vielen Pflegebedürftigen nicht, nicht ausreichend oder nur für einen begrenzten Zeitraum aus eigenem Einkommen oder eventuell vorhandenem Vermögen getragen werden.

Hilfe zur Pflege ist eine bedarfsorientierte Sozialleistung in Deutschland zur Unterstützung pflegebedürftiger Personen, die den notwendigen Pflegeaufwand nicht aus eigenen Mitteln sicherstellen können. Bundesweit beziehen rund ein Drittel der Heimbewohner/innen Sozialhilfe, weil Vermögen und Einkommen nicht reichen, um die Eigenanteile zu bezahlen.

Die Hilfe zur Pflege gehört wie die Eingliederungshilfe zur Hilfe in besonderen Lebenslagen nach SGB XII (s. Tab. 6.4).

In Lübeck ist die Zahl der Hilfeempfänger/innen zur Pflege insg. (ambulant, stationär und Pflegegeld) seit 2006 von rd. 1.500 auf rd. 2.400 Hilfen zum Jahresende 2016 deutlich angestiegen.

Tab. 6.4: Empfänger/innen von Leistungen nach Kap. 5.-9. SGB XII (Hilfe in besonderen Lebenslagen)

Jahr, jeweils 31.12.	insg.	und zwar					
		Ausl.	männlich	Einglie- derungs- hilfe	Hilfe zur Pflege	außer-	in
						halb von Einrichtungen	
2006	4 376	281	2 064	2 521	1 468	2 278	2 420
2007	4 987	301	2 338	2 954	1 659	1 625	3 379
2008	4 894	256	2 316	2 984	1 637	1 483	3 416
2009	5 132	268	2 432	3 193	1 705	1 652	3 494
2010	5 427	359	2 537	3 222	2 008	1 969	3 470
2011	5 550	371	2 618	3 336	2 016	2 006	3 560
2012	5 497	349	2 638	3 268	2 055	1 974	3 572
2013 p)	5 716	376	2 752	3 318	2 003	2 219	3 479
2014	5 934	402	2 865	3 367	2 391	2 500	3 451
2015	5 947	437	2 842	3 438	2 326	2 530	3 425
2016	6 365	483	3 121	3 809	2 391	2 841	3 538
2017	5 625	488	2 809	3 514	1 217	2 745	2 914

p) zum Teil geschätzte Zahlen

Quelle: Statistisches Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein, Stat. Ber. KI I 1 – j, Teil 2

Einführung der Pflegegerade führt zu sinkenden Fallzahlen

Im Jahr 2017 kam es jedoch zu einem deutlichen Rückgang in der Zahl der Hilfeempfänger/innen. Mit dem Inkrafttreten des Pflegestärkungsgesetzes mit Wirkung zum 1.1.2017 wurden Personen mit der bisherigen Pflegestufe 0 und 1 in den neuen Pflegegrad 2 übernommen. Hatte die Pflegekasse in der Pflegestufe 0 zu den Pflegekosten bisher nichts dazu bezahlt, wurden diese nun von der Pflegekasse übernommen, wodurch viele bisherige Empfänger/innen von Leistungen nach dem SGB XII aus dem Sozialhilfebezug fielen und zu Selbstzahlern wurden.

So wurden in Schleswig-Holstein zum Jahresende 2016 noch 13.061 Hilfeempfänger/innen gezählt. Ende 2017 waren es nur noch 8.688, entsprechend einer Abnahme von rd. einem Drittel. In der Hansestadt Lübeck hatte sich die Zahl von 2.391 auf 1.217 sogar nahezu halbiert.

Hilfe zur Pflege in stationären Einrichtungen

Bezieht man sich ausschließlich auf die Zahl der Hilfeempfänger/innen zur Pflege in stationären Einrichtungen, so zeigt sich auch hier aufgrund der genannten Ursachen für das Jahr 2017 ein deutlicher Rückgang bis auf knapp unter 900 Hilfeempfänger/innen (siehe Abb. 6.1).

Der seit 2010 kontinuierlich zu beobachtende Rückgang der Fallzahlen ist dagegen im Ausbau der ambulanten Hilfen begründet. Zusätzlich sind die Platzzahlen der Pflegeheime aktuell rückläufig. Mangels Pflegefachkräften können die Einrichtungen ihre (Betten-) Kapazitäten oftmals nicht voll ausschöpfen und erreichen daher keine volle Auslastung. Teilweise stehen Pflegeplätze auch im Zuge von Umbaumaßnahmen temporär nicht zur Verfügung.

Abb. 6.1:
Hilfeempfänger/-innen in stationären Pflegeeinrichtungen 2010 – 2019 in der Hansestadt Lübeck



Quelle: Hansestadt Lübeck, FB 2, Bereich Soziale Sicherung,
Graphik: Bereich Soziale Sicherung

Der Rothgang-Effekt

Nach der automatischen Überleitung mit einfachen oder doppelten Stufensprung stellte sich heraus, dass der Pflegegrad in vielen Fällen zu großzügig war und nicht dem tatsächlichen Pflegeaufwand entsprach. Dies führte dazu, dass viele Einrichtungen zum Jahreswechsel 2016/2017 mit einer hohen Pflegegradstruktur, d.h. viele Pflegebedürftige mit Pflegegrad 4 und 5, in das neue System starteten.

Im Zeitraum vom 1.1.2017 bis zum 30.09.2018 hat sich die Pflegegradstruktur jedoch systematisch verändert (rnu-Benchmark). Neu einziehende Bewohner/innen, die bereits mit dem neuen Begutachtungsinstrument (NBI) begutachtet wurden, erhielten im Durchschnitt geringere Pflegegrade.

Diese auch als Rothgang-Effekt bezeichnete Veränderung in der Pflegegradstruktur wurde vorhergesagt und hat direkte Auswirkungen auf die Steuerung der vollstationären Einrichtungen. Die Veränderungen führen zu einem Erlösrückgang. Verschlechtert sich die Pflegegradstruktur, muss die Personaleinsatzmenge (unter Berücksichtigung der Personalrichtwerte je Pflegegrad) angepasst werden. In der Hansestadt Lübeck wurden aufgrund dieser aktuellen Entwicklungen bereits die Verträge mit den Trägern der stationären Einrichtungen neu verhandelt.

Häusliche Pflege

Im Bereich der häuslichen Pflege bekommen ca. 650 Personen Hilfe zur Pflege nach SGB XII (Stand Ende 2019). Eine rückblickende Zeitreihendarstellung ist aufgrund methodischer, begrifflicher und statistischer Änderungen aktuell nicht leistbar.

7 Beschäftigte in der Pflege

Demographischer Wandel	Die Pflege und Betreuung hilfebedürftiger Personen wird im Zuge der demographischen Alterung eine wachsende Bedeutung in der gesundheitlichen Versorgung einnehmen. Mit der steigenden Zahl älterer Menschen werden auch alters- und krankheitsbedingte Einschränkungen zunehmen, womit die betroffenen Personen auf Hilfe und Pflege angewiesen sein werden. Gleichzeitig sinkt jedoch auch das Arbeitskräftepotential im erwerbsfähigen Alter. Die Prognosen gehen daher von einer wachsenden Versorgungslücke zwischen Pflegebedürftigen und Pflegenden aus (s. Kap. 2.4).
Erste Heimschließung u.a. wg. Fachkräftemangels ?	Zu einer Schließung eines Seniorenheims in der Hansestadt Lübeck kam es im Jahr 2019. Der Betreiber konnte keine Pflegekräfte mehr finden und musste die Senioren-Residenz St. Gertrud am 30. Juni des Jahres schließen. Mit dem Titel „Plötzlich ist der Heimplatz weg“ berichteten die Lübecker Nachrichten am 1.7.2019 dazu.
Bundesweiter Fachkräftemangel	Bundesweit waren Ende 2018 nach der Statistik der Bundesagentur rd. 24.000 Stellen unbesetzt. Die Neubesetzung einer Stelle dauerte im Durchschnitt rd. 183 Tage. Auf 100 freie Stellen kamen zuletzt nur 25 arbeitslose Fachkräfte (AOK-Bundesverband 2019, S. 24 ff).
Arbeitsmarkt	Zur Beschreibung der Situation auf dem Arbeitsmarkt wählt die Bundesagentur für Arbeit die Begriffe generell bewusst neutral: es wird nicht von Fachkräftemangel oder Fachkräftebedarf, sondern von Besetzungsproblemen und von Engpässen gesprochen. Die statistische Analyse kann nicht klären, ob für die Engpässe ein Mangel an Fachkräften oder andere Gründe, wie überhöhte betriebliche Ansprüche, unattraktive Arbeitsbedingungen oder falsche Suchstrategien, verantwortlich sind. Nichtsdestotrotz hat sich im allgemeinen Sprachgebrauch in Bezug zur Pflege der Begriff des Fachkräftemangels durchgesetzt, denn zu offensichtlich sind die aktuellen Defizite in der Pflege.
Hoher Frauenanteil und viel Teilzeitarbeit	In der Alten- und Krankenpflege sind Teilzeitbeschäftigungen als auch geringfügige Beschäftigungen weit verbreitet. Bundesweit liegt der Anteil der Teilzeitbeschäftigten bei 28 Prozent, in der Altenpflege ist der Anteil mit 56 Prozent etwas höher als bei der Krankenpflege mit 43 Prozent (Bundesagentur für Arbeit, 2018, S.7) Die Pflege ist eine Frauendomäne, denn in der Altenpflege sind 84 Prozent Frauen und in der Krankenpflege sind es immerhin noch 81 Prozent,
Vermehrt ausländische Fachkräfte	Zur Reduzierung des Fachkräftemangels in der Pflege wird zunehmend auf ausländische Fachkräfte gesetzt, auch wenn die Berufsankennung und die Sprachbarrieren zum Teil große Hürden darstellen. Im Zuge der europäischen Freizügigkeit hat sich die Zahl der beschäftigten EU-Ausländer/innen um 27.000 auf 68.000 erhöht. Darüber hinaus wurden in den letzten Jahren im Rahmen des Projektes „Triple win“ verstärkt Altenpfleger aus dem außereuropäischen Ausland angeworben. 1) Als Resultat ist der Anteil ausländischer Pflegekräfte bundesweit seit 2013 von sieben Prozent bis 2017 auf elf Prozent angestiegen.

1)

„Triple Win“ ist ein Projekt in Kooperation der Deutschen Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit (GIZ) und der Zentralen Auslands- und Fachvermittlung (ZAV) der Bundesagentur für Arbeit zur nachhaltigen Gewinnung von Pflegekräften aus dem Ausland. Siehe auch: <http://www.triple-win-pflegekräfte.de>

Entsprechend der Zunahme der Zahl der Pflegebedürftigen in der ambulanten Pflege, hat sich auch die Zahl der in der ambulanten Pflege Beschäftigten erhöht (s. S. 41). So hat sich die Zahl der Beschäftigten von 490 im Jahre 2003 auf 968 im Jahre 2017 nahezu verdoppelt. In den stationären Pflegeeinrichtungen ist die Zahl der Beschäftigten von 2086 im Jahr 2003 auf 2.728 im Jahr 2015 angestiegen. Für 2017 waren die Zahlen erstmalig rückläufig und gingen auf 2.596 Beschäftigte zurück, dies bei in etwa gleichbleibenden Zahlen der Pflegebedürftigen in der stationären Pflege (s. S. 45, Abb. 4.7).

Tab. 7.1: Personal in der Pflege 2003 – 2017 in der Hansestadt Lübeck

Jahr ----- jeweils 31.12.	insg.	davon in	
		ambulanten Pflegediensten	stationären Heimen
2003	2 576	490	2 086
2005	2 854	526	2 328
2007	3 029	540	2 489
2009	3 170	595	2 575
2011	3 225	593	2 632
2013	3 398	721	2 677
2015	3 656	928	2 728
2017	3 564	968	2 596

Quelle: Statistik-Nord, Pflegestatistik

Das Personal in den ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen setzt sich aus diversen Berufsgruppen zusammen. 867 staatlich anerkannten Altenpfleger/innen, 236 staatlich anerkannten Altenpflegehelfer/innen, 262 Gesundheits- und Krankenpfleger/innen, 99 Krankenpflegerhelfer/innen und 27 Kinderkranken-pfleger/innen bilden quasi die Basis im pflegerischen Personalstand der insgesamt 3.564 Beschäftigten im Jahr 2017.

Hinzu kommen 372 Beschäftigte aus sonstigen pflegerischen Berufen. Knapp über 200 Personen haben einen hauswirtschaftlichen Abschluss. Rund ein Drittel der Beschäftigten haben sonstige Berufsabschlüsse (867) oder keinen Berufsabschluss (389).

141 Personen befinden sich in der Ausbildung bzw. machen eine Umschulung, wobei der überwiegende Teil (126) in den stationären Einrichtungen zu finden ist.

Die Zahlen in der Aufgliederung nach Berufsgruppen liegen erstmalig für das Jahr 2017 vor, so dass leider noch keine zeitlichen Vergleiche möglich sind.

Tab. 7.2: Personal in ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen in Lübeck 2017 nach Berufsabschluss

Berufsabschluss	Insgesamt	davon	
		ambulant	stationär
Insgesamt	3 564	968	2 596
davon			
staatlich anerkannte/r Altenpfleger/in	867	231	636
staatlich anerkannte/r Altenpflegehelfer/in	236	35	201
Gesundheits- und Krankenpfleger/-in	262	153	109
Krankenpflegehelfer/in	99	37	62
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/in	27	21	6
Heilerziehungspfleger/in, Heilerzieher/in	7	x	x
Heilerziehungspflegehelfer/in	x	x	-
Heilpädagogin, Heilpädagoge	-	-	-
Ergotherapeut/in	43	-	43
Physiotherapeut/in (Krankengymnast/in)	x	-	x
sonst. Abschl. im Ber. der nichtärztl. Heilberufe	13	6	7
sozialpäd./sozialarbeiterischer Berufsabschl.	9	4	5
Familienpfleger/in mit staatlichem Abschluss	x	x	-
Dorfhelfer/in mit staatlichem Abschluss	-	-	-
Abschl. pflegewissenschaftl. Ausbildung an FH/Uni	21	6	15
sonstiger pflegerischer Beruf	372	77	295
Fachhauswirtschaftler/in für ältere Menschen	22	x	x
sonstiger hauswirtschaftlicher Berufsabschluss	184	20	164
sonstiger Berufsabschluss	867	288	579
ohne Berufsabschluss	389	71	318
Auszubildende/r, (Um-)Schüler/in	141	15	126

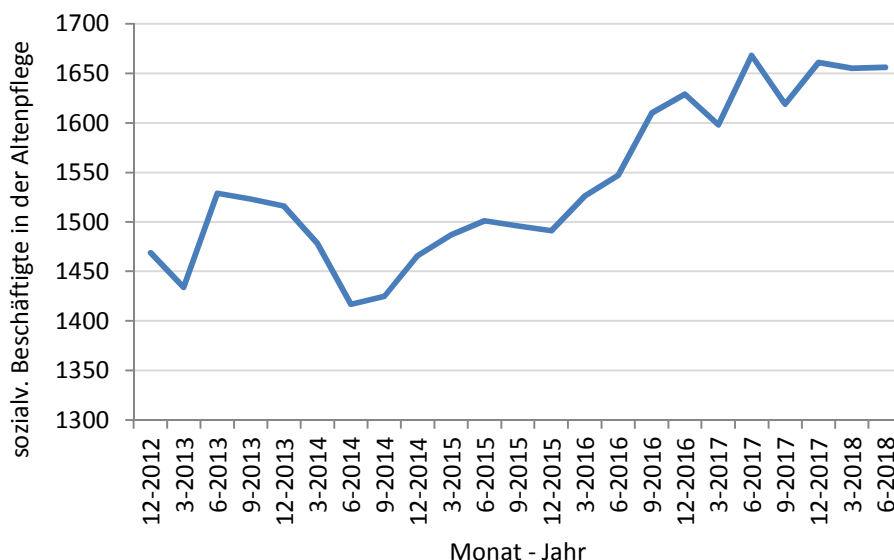
x = Wert ist geheim zu halten, da Fallzahlen zu gering

Quelle: Statistisches Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein - AöR, 2018

Den o.g. Beschäftigtenzahlen aus der amtlichen Pflegestatistik, die alle zwei Jahre publiziert werden, stehen die Zahlen der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten der Bundesagentur für Arbeit gegenüber. Diese werden im Rahmen der Arbeitsmarktstatistik quartalsweise aktualisiert. Da die o.g. Zahlen das gesamte Personal in den ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen und somit auch die geringfügig entlohnt Beschäftigten enthält, die sogenannten Mini-Jobs, sind die Zahlen nicht direkt mit den Zahlen der Bundesagentur vergleichbar, die sich auf die sozialversicherungspflichtig Beschäftigten beschränkt, die allerdings auch die Teilzeitbeschäftigung abbildet.

Entsprechend der Entwicklung der Beschäftigtenzahlen laut Pflegestatistik ist auch die Zahl der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten in der Altenhilfe angestiegen, und zwar von rd. 1.400 sozialversicherungspflichtig Beschäftigten im Jahr 2014 auf ca. 1.640 bis 2018, wobei diese Zahl seit Mitte 2017 konstant geblieben ist. Der Beschäftigtenzuwachs ist vermutlich überwiegend auf eine Zunahme der Teilzeitarbeit zurückzuführen, wenn man den Bundestrend zugrunde legt. Inwieweit der Zuwachs auf eine Zunahme der Beschäftigtenzahlen ohne deutsche Staatsangehörigkeit zurückzuführen, kann anhand der verfügbaren Daten nicht dargelegt werden.

Abb. 7.1:
Sozialversicherungspflichtig
Beschäftigte in
der Altenpflege
2012 - 2018



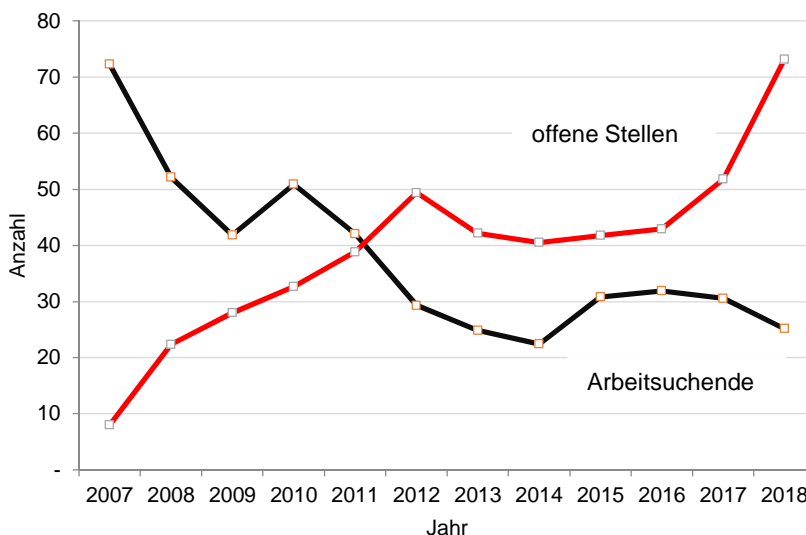
Quelle: Bundesagentur für Arbeit, Arbeitsuchende, Arbeitslose und gemeldete sozialversicherungspflichtige Arbeitsstellen insgesamt und darunter in der Berufsgruppe 821 Altenpflege in der Klassifikation der Berufe 2010 (Zielberuf), Graphik: HL, Bereich Soziale Sicherung

**Altenpflege-
fachkräfte**

Wie gestaltet sich jedoch das Verhältnis von Angebot und Nachfrage? Betrachtet man zunächst den Arbeitsmarkt für die Altenpflegefachkräfte, so zeigt sich in den letzten zehn Jahren ein deutlicher Zuwachs bei den offenen Stellen. Von unter zehn Stellen im Jahre 2007 sind die offenen Stellen für Altenpflegefachkräfte auf über 70 offene Stellen im Jahre 2018 angestiegen. Es ist nahezu eine Verzehnfachung der Fallzahlen! Ein erster Anstieg erfolgte zwischen 2007 auf 2012, ein zweiter sprunghafter Anstieg ist für die letzten beiden Jahre festzustellen. Im Gegenzug ist die Zahl der Arbeitssuchenden von rd. 70 im Jahre 2007 auf ungefähr 25 im Jahr 2008 gesunken. Im Jahr 2018 kamen so rein rechnerisch auf über 70 freie Stellen lediglich ca. 25 Arbeitssuchende.

Abb. 7.2:
Bestand an Ar-
beitsuchenden
und offenen Stel-
len für Altenpfle-
gefachkräfte
2007- 2018
in der Hansestadt
Lübeck –

Jahresdurch-
schnittswerte



Quelle: Bundesagentur für Arbeit, Statistik-Service Nordost, Graphik: HL, Soziale Sicherung

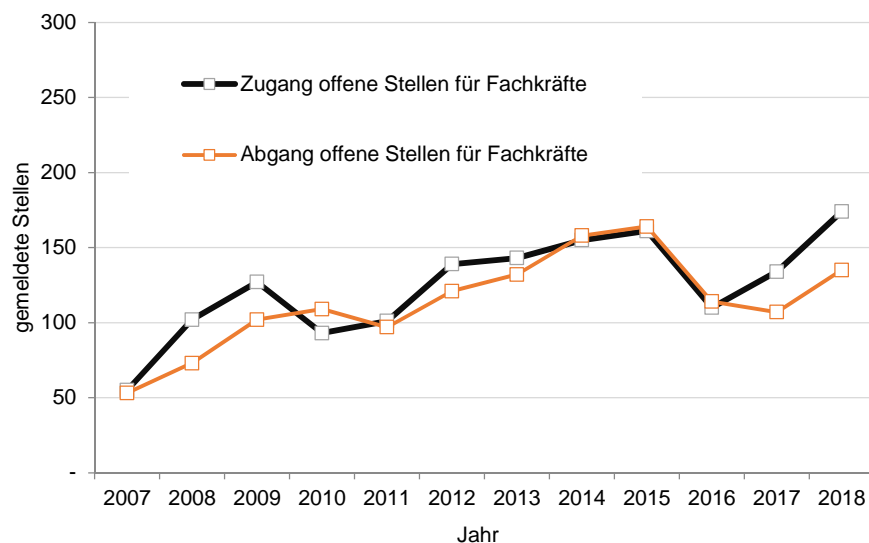
Die Gegenüberstellung von offenen Stellen zu Arbeitssuchenden sagt jedoch noch nichts über die Dynamik am Arbeitsmarkt aus. Hinter oftmals nur geringen Bestandsveränderungen können sich zahlenmäßig deutliche Bewegungen verbergen.

Die Statistik der Zu- und Abgänge zeigt eine deutliche wachsende Dynamik am Arbeitsmarkt für Altenpflegefachkräfte. Kamen im Jahr 2007 noch 50 neue Stellen pro Jahr hinzu bei einem gleichzeitigen Abgang offener Stellen in etwa der gleichen Höhe, was rein rechnerisch auf eine optimale Stellenvermittlung und auf einen funktionierenden Arbeitsmarkt hinweist, wurden in den Folgejahren deutlich mehr Stellen pro Jahr frei als auch deutlich mehr Stellen besetzt. Erfolgt dies in gleicher Höhe ist auch hier – wenn auch mit höherer Dynamik bzw. Fluktuation – immer noch ein funktionierender Arbeitsmarkt gegeben. Problematisch sind jedoch die Jahre, in denen mehr offene Stellen hinzukamen als abgingen. Dies hat jedes Mal zu einer Veränderung der Relation von offenen Stellen zu Arbeitssuchenden geführt und somit im steigendem Maße zu einer Verknappung der Arbeitskräfte am Arbeitsmarkt.

Lediglich im Jahr 2010 kam zu der Situation, dass die Zahl der Abgänge etwas über der Zahl der Zugänge lag, was einmalig eine kurzzeitige Entspannung am Arbeitsmarkt brachte.

Deutlich ist für die Jahre 2017 und 2018 zu erkennen, dass die Zugangszahlen an offenen Stellen deutlich über jener der Abgänge lag, wodurch sich die Zahl der offenen Stellen (Abb.) im Bestand von ca. 40 auf über 70 nahezu verdoppelte.

Abb. 7.3:
Zu- und Abgänge
in der Stellen für
Altenpflegefach-
kräfte
2007- 2018
in der Hansestadt
Lübeck –



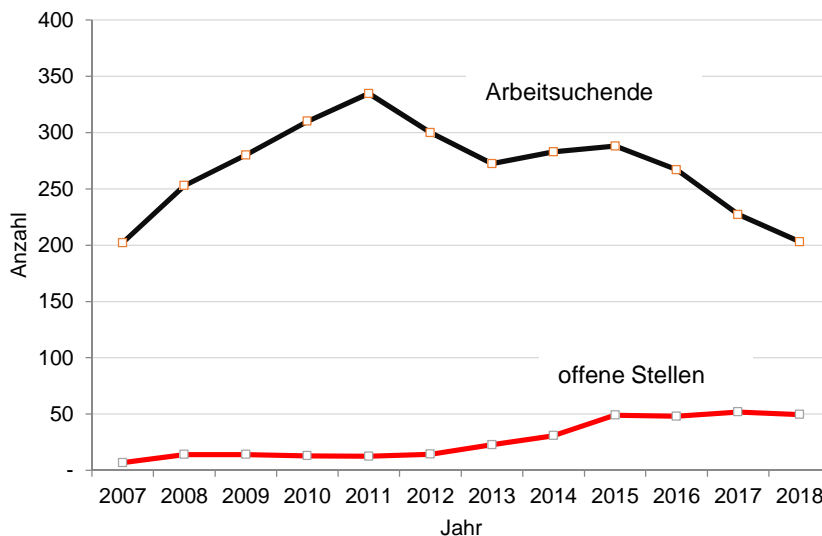
Quelle: Bundesagentur für Arbeit, Statistik-Service Nordost,
Graphik: HL, Bereich Soziale Sicherung

Altenpflege- hilfskräfte

Anders sieht die Situation bei den Altenpflegehilfskräften aus. Zunächst ist die Zahl der Arbeitssuchenden mit 200 bis ca. 300 Personen im Jahresdurchschnitt deutlich höher. Die Zahl der offenen Stellen war bis 2012 mit 20 Stellen im Jahresdurchschnitt in Relation zur Zahl der Arbeitssuchenden sehr gering. Das heißt, bis dahin kamen auf zehn offene Stellen zeitweise über 300 Arbeitssuchende. Aktuell kommen auf 200 Arbeitssuchende 50 offene Stellen, d.h. rein rechnerisch kommen auf eine freie Stelle vier Bewerber/innen.

Abb. 7.4:
Bestand an Arbeitssuchenden und offenen Stellen für Altenpflegehilfskräfte 2007- 2018 in der Hansestadt Lübeck –

Jahresdurchschnittswerte

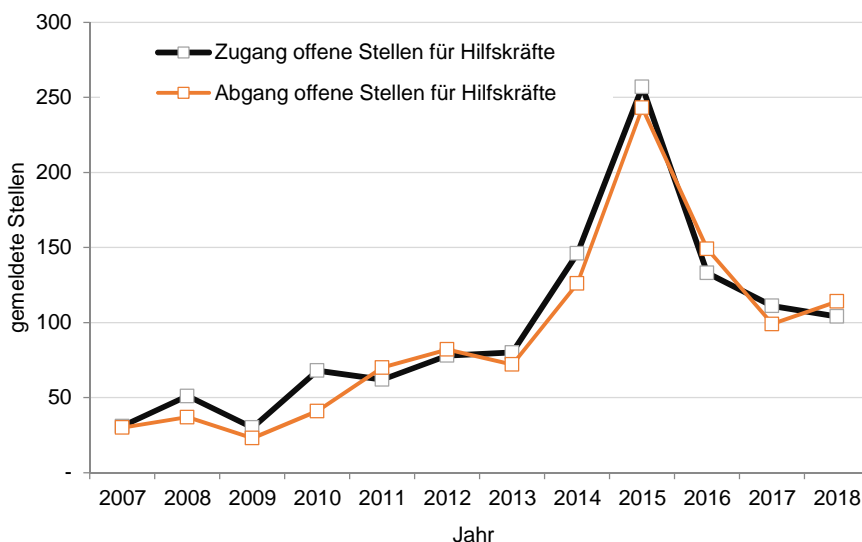


Quelle: Bundesagentur für Arbeit, Statistik-Service Nordost,
Graphik: HL, Bereich Soziale Sicherung

Auch bei den Altenpflegehilfskräften zeigt sich wie bei den Altenpflegefachkräften eine Zunahme in der Dynamik der jährlichen Bewegungsdaten. Der jährliche Zugang bzw. Abgang für offene Stellen stieg von 50 im Jahre 2007 auf über 100 im Jahr 2018 an. Auffällig ist die Zunahme der Dynamik in den Jahren 2014 bis 2016 mit dem Maximum im Jahr 2015.

Möglichweise ist dies durch die Einführung des ersten Pflegestärkungsgesetzes mit Wirkung zum 1.1.2015 begründet, das u.a. eine Verbesserung der Personalausstattung durch eine Verbesserung des Betreuungsschlüssels vorsah.

Abb. 7.5:
Zu- und Abgänge in der Stellen für Altenpflegehilfskräfte 2007- 2018 in der Hansestadt Lübeck –



Quelle: Bundesagentur für Arbeit, Statistik-Service Nordost,
Graphik: HL, Bereich Soziale Sicherung

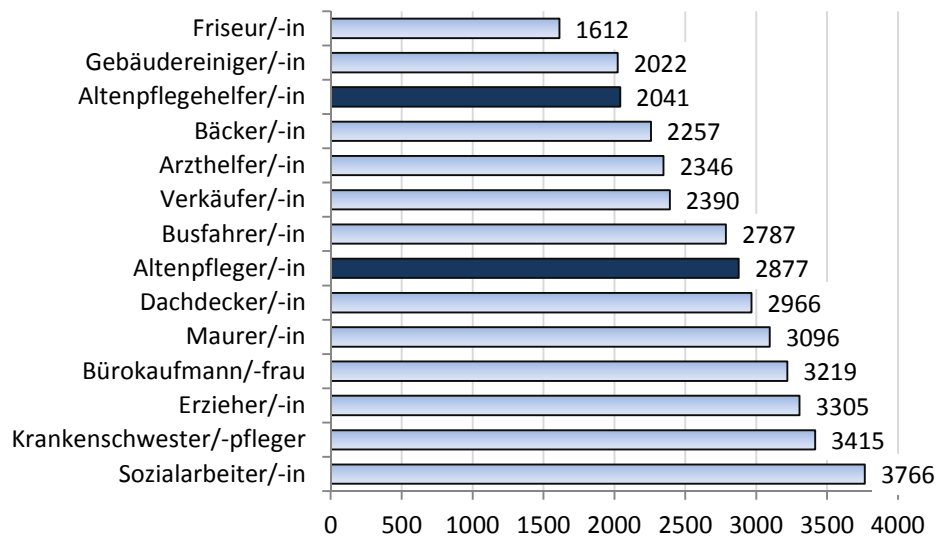
Die Vergütungen in der Altenpflege

Insgesamt arbeiten rund 1,1 Millionen Menschen in Deutschland in der Altenpflege, die meisten allerdings nur im Nebenjob. Nur 200.000 sind sozialversicherungspflichtig und in Vollzeit angestellt. Das hat seinen Grund, denn Altenpflege ist sowohl physisch als auch psychisch harte Arbeit und trotzdem wird diese nur schlecht bezahlt.

Dies gilt insbesondere für die Helfer/innen in der Altenpflege, denn die Pflege von Menschen ist aktuell der Pflege von Gebäuden gleichgestellt. So werden in der Gebäudereinigung 2.022 Euro gezahlt und in der Altenpflegehilfe nicht mal 20 Euro mehr (pro Monat).

Das Vergütungsniveau für Fachkräfte in der Altenpflege ist zwar deutlich höher und bewegt sich im Bereich der handwerklichen Berufe, fällt jedoch deutlich ab gegenüber Berufen wie Erzieher/-innen, Krankenschwestern/-pflegern oder Sozialarbeiter/innen.

Abb. 7.6:
Mittlere Gehälter ausgewählter Berufsgruppen 2018 im Bundesgebiet



Quelle: Bundesagentur für Arbeit, Entgeltatlas, Medianwerte

Eine Sonderauswertung der Bundesagentur für Arbeit (BA) ergab, dass im Jahr 2018 fast zwei Drittel der vollzeitbeschäftigten Altenpflegehelfer in Deutschland unter der Niedriglohnschwelle lagen. Diese Schwelle ist mit 60 Prozent des durchschnittlichen Bruttomonatseinkommens definiert und belief sich im Jahr 2018 auf 2203 Euro pro Monat. Auch bei den Vollzeit beschäftigten Altenpflege-fachkräften erzielten 14,1 Prozent nur Gehälter unterhalb der Niedriglohnschwelle.

Der Bundestag befasste sich im Herbst 2019 mit einer besseren Entlohnung von Pflegekräften. Ziel ist ein Pflegelöhneverbesserungsgesetz, das die Grundlage für einen allgemeinverbindlichen Tarifvertrag bilden soll. Offen ist noch, wie die auch durch höhere Löhne steigenden Kosten in der Pflege finanziert werden sollen.

Für Hilfskräfte in der Altenpflege liegt der Mindestlohn derzeit bei 11,05 Euro pro Stunde im Westen, im Osten sind es 10,55 Euro. Zum 1. Januar 2020 sollen 11,35 Euro im Westen bzw. 10,85 Euro im Osten sein.

Der allgemeine gesetzliche Mindestlohn beträgt derzeit 9,19 Euro in der Stunde. Bundesgesundheitsminister Spahn fordert für Pflegefachkräfte einen Mindestlohn von 14 Euro pro Stunde, womit eine Pflegefachkraft im Monat auf 2.500 Euro Brutto kommen würde.

**Entgelt-
unterschiede**

Aus der Tabelle 73. ist ersichtlich, dass die monatlichen Bruttoentgelte für Deutschland insgesamt schon bei 2.877 Euro Brutto liegen. Dies stellt den Medianwert dar, wonach die Hälfte der Bezüge unterhalb bzw. oberhalb dieses Wertes liegt. Für Ostdeutschland ergab sich für das Jahr 2018 ein Medianwert von 2.515 Euro, womit sich eine Anhebung des Mindestlohns insbesondere für Ostdeutschland auswirken würde. In Westdeutschland würden sich auch noch für Niedersachsen Anhebungen im Lohnniveau ergeben, da der Medianwert hier mit 2.681 Euro nur knapp über dem Mindestlohn liegt. In Schleswig-Holstein liegt der Medianwert mit 2.807 Euro etwas unter dem bundesweiten Medianwert (2.877 Euro).

Tab. 7.3: Monatliche Bruttoentgelte von Fachkräften und Hilfskräften in Ost- und Westdeutschland 2018

Gebiet	Fachkräfte		Hilfskräfte	
	Altenpflege	Krankenpflege	Altenpflege	Krankenpflege
Schleswig-Holstein	2 807	3 408	1 945	2 461
Deutschland	2 877	3 415	2 041	2 596
Ostdeutschland	2 515	3 107	1 862	2 143
Westdeutschland	2 977	3 493	2 123	2 709

Bruttoentgelt von sozialversicherungspflichtig Beschäftigten in Vollzeit, ohne Auszubildende, Jahresdurchschnitt, Medianwerte

Quelle: Bundesagentur für Arbeit, Berechnung IAB

**Entgelte insg.
deutlich
angestiegen**

Für Altenpflegehelfer/innen in Schleswig-Holstein beträgt der Medianwert für das monatliche Bruttoentgelt 1.945 Euro und liegt damit deutlich niedriger als das Entgelt für die Altenpflegefachkräfte.

Der zeitliche Vergleich zeigt, dass die Vergütung in den letzten Jahren schon deutlich besser geworden ist. Für die Fachkräfte in der Altenhilfe stiegen die Bruttoentgelte im Mittel zwischen 2012 und 2018 sogar um über 20 Prozent an. Bei den Altenpflegehelfer/innen war der Anstieg mit 19,6 etwas geringer, der absolute Abstand hat sich jedoch von 688 Euro im Jahr 2012 auf 836 Euro im Jahr 2018 erhöht. Dies kann durchaus Ergebnis eines Arbeitsmarktes sein, der insbesondere bei Fachkräften Engpässe aufweist.

Tab. 7.4: Monatliche Bruttoentgelte von Fachkräften und Hilfskräften 2012, 2016 und 2018

Jahr	Fachkräfte		Hilfskräfte	
	Altenpflege	Krankenpflege	Altenpflege	Krankenpflege
2012	2 395	2 975	1 707	2 314
2016	2 621	3 239	1 870	2 478
2018	2 877	3 415	2 041	2 596
2012-2018 in %	20,1	14,8	19,6	12,2

Bruttoentgelt von sozialversicherungspflichtig Beschäftigten in Vollzeit, ohne Auszubildende, Jahresdurchschnitt, Medianwerte, d.h. die Hälfte der Verdienste liegt unterhalb bzw. oberhalb dieses Wertes

Quelle: Bundesagentur für Arbeit, Entgeltatlas

In der Krankenpflege fällt der Entgeltzuwachs dagegen etwas niedriger aus. Bei den Fachkräften stiegen die Entgelte zwischen 2012 und 2018 um 14,2 Prozent an, bei den Helfer/innen in der Krankenpflege um 12,2 Prozent.

**Pflegelöhne-
verbesserungs-
gesetz**

Das Gesetz ist eines der wesentlichen Ergebnisse der im Juli 2018 ins Leben gerufenen "Konzertierten Aktion Pflege". Ziel ist eine schnelle und spürbare Verbesserung der Arbeitsbedingungen für Pflegekräfte. Dies soll durch höhere, nach Qualifikation differenzierende Mindestlöhne und ein Wegfall der Ost-West-Differenzierung beim Pflegemindestlohn erreicht werden. Das Gesetz soll bis Ende 2019 in Kraft treten.

Geplant ist ebenfalls ein Tarifvertrag, der von der im Juni 2019 gegründeten Bundesvereinigung Arbeitgeber in der Pflegebranche (BVAP) und der Vereinten Dienstleistungsgewerkschaft (Verdi) noch in diesem Jahr geschlossen werden soll. Die BVAP ist ein Zusammenschluss von nicht privaten Pflegeanbietern und Wohlfahrtsverbänden. Die Verbandsgründung des BVAP erfolgte, um einen repräsentativen Tarifvertrag in der Pflege durchzusetzen.

Neben der Tarifvertragslösung sieht das Pflegelöhneverbesserungsgesetz die Errichtung einer dauerhaft eingerichteten Pflegekommission vor. Die Kommission setzt sich aus jeweils zwei Mitgliedern der Gewerkschaft, der Arbeitgeberseite, der kirchlichen Dienstgeber und der kirchlichen Dienstnehmerseite zusammen. Diese Kommission soll insbesondere Empfehlungen zu Mindestlöhnen, zur Dauer des Erholungsurlaubs, zum Urlaubsentgelt oder zusätzlichem Urlaubsgeld geben.

Die finanziellen Auswirkungen einer flächendeckenden tariflichen Entlohnung wurden [IGES Institut 2019] errechnet und auf jährlich 3,1 bis 5,2 Mrd. Euro geschätzt. Die Finanzierung dieses Betrages ist jedoch noch offen, denn es ist vorgesehen, die Pflegekosten für Pflegebedürftige und deren Angehörige zu begrenzen. Gleichzeitig soll jedoch auch ein Anstieg der Sozialversicherungsbeiträge über 40 Prozent vermieden werden.

8 Prognose des Pflegebedarfs

Prognose des zukünftigen Pflegebedarfs

Allein ein kurzer Blick auf die Entwicklung der Altersstruktur lässt erahnen, dass die Pflegefallzahlen in Zukunft ansteigen werden.

Exakt lassen sich die Pflegefallzahlen jedoch nicht prognostizieren, denn die Entwicklung der Pflegeprävalenz hängt nicht nur von der Bevölkerungsalterung ab, deren Prognose ebenso gewissen Unwägbarkeiten unterliegt, sondern auch gesetzliche Änderungen oder z.B. das zukünftige Gesundheitsverhalten beeinflussen die zukünftigen Bedarfe in der Pflege.

Methodik

Um die künftigen Pflegezahlen zu berechnen, sind die zu erwartenden altersspezifischen Pflegeprävalenzen auf die prognostizierten Altersgruppen einer zukünftigen Bevölkerung zu beziehen.

Alters- und geschlechtsspezifische Pflegeprävalenzen

Pflegebedürftigkeit fällt insbesondere im Alter an. Bis zum 60. Lebensjahr ist die Pflegeprävalenz noch relativ niedrig. Mit dem Erreichen des 80. Lebensjahres steigt die Pflegebedürftigkeit dann deutlich an. In der Altersgruppe der 80-84 Jährigen sind z.B. rd. 18 Prozent der Einwohner/innen pflegebedürftig. In der Altersgruppe der über 95 Jährigen sind es z.B. 63,3 Prozent der Männer und 73,5 Prozent der Frauen.

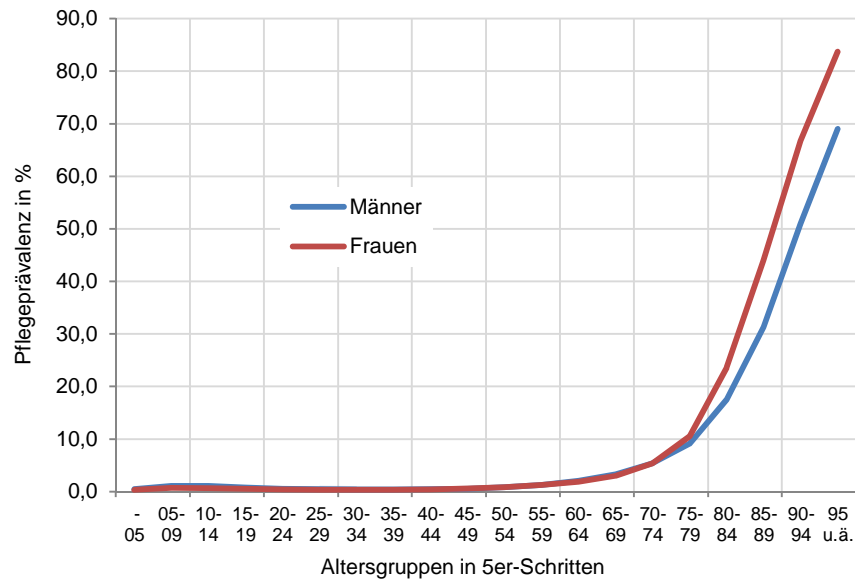
Tab. 8.1: Pflegebedürftige in Lübeck 2017 nach Altersgruppen und Geschlecht

Altersgruppe	Einw. insg.	Pflegebedürftige insg.	in % v. Sp. 1	davon						Anteil pflegebedürftiger Frauen (in % v. Sp. 2)
				männlich			weiblich			
				Einw.	Pflegebedürftige	in % v. Sp.4	Einw.	Pflegebedürftige	in % v. Sp.7	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
00-04	9 444	60	0,6	4 934	36	0,7	4 510	24	0,5	40,0
05-09	8 941	160	1,8	4 572	112	2,4	4 369	48	1,1	30,0
10-14	9 190	179	1,9	4 672	124	2,7	4 518	55	1,2	30,7
15-19	10 230	98	1,0	5 136	66	1,3	5 094	32	0,6	32,7
20-24	13 668	77	0,6	6 975	51	0,7	6 693	26	0,4	33,8
25-29	15 707	53	0,3	7 950	21	0,3	7 757	32	0,4	60,4
30-34	14 273	65	0,5	7 366	37	0,5	6 907	28	0,4	43,1
35-39	13 308	61	0,5	6 633	33	0,5	6 675	28	0,4	45,9
40-44	12 314	59	0,5	6 136	32	0,5	6 178	27	0,4	45,8
45-49	15 339	125	0,8	7 710	68	0,9	7 629	57	0,7	45,6
50-54	17 828	150	0,8	8 898	64	0,7	8 930	86	1,0	57,3
55-59	15 732	262	1,7	7 651	137	1,8	8 081	125	1,5	47,7
60-64	13 042	301	2,3	6 132	140	2,3	6 910	161	2,3	53,5
65-69	12 118	460	3,8	5 623	219	3,9	6 495	241	3,7	52,4
70-74	10 640	621	5,8	4 786	282	5,9	5 854	339	5,8	54,6
75-79	12 275	1 240	10,1	5 391	540	10,0	6 884	700	10,2	56,5
80-84	8 370	1 540	18,4	3 386	527	15,6	4 984	1 013	20,3	65,8
85-89	4 139	1 432	34,6	1 374	392	28,5	2 765	1 040	37,6	72,6
90-94	2 097	1 148	54,7	488	244	50,0	1 609	904	56,2	78,7
95-99	600	430	71,7	109	69	63,3	491	361	73,5	84,0
Gesamt	219 255	8 521	3,9	105 922	3 194	3,0	113 333	5 327	4,7	62,5

Quelle: Statistisches Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein - AöR, 2018

Da die Pflegestatistik die Daten lediglich nach Altersgruppen (in 5er Schritten) ausweist, werden die Daten anhand einer Exponentialfunktion für jedes einzelne Altersjahr modelliert (s. Abb. 8.1).

Abb. 8.1:
Alters- und geschlechts-spezifische Pflegebedürftigkeit in % der jeweiligen Altersgruppe



Quelle: GBE-Bund.de, Daten aus Deutschland, Pflegebedürftige nach Alter, Stand 2015
Graphik: HL, Bereich Soziale Sicherung

Im Alter zeigt sich bei den Frauen eine gegenüber den Männern leicht erhöhte Pflegebedürftigkeit. Für die geschlechtsspezifischen Unterschiede gibt es verschiedene Erklärungsmuster, wie geschlechtsspezifische Krankheiten, ein anderes spezifisch weibliches Gesundheitsverhalten oder ein unterschiedliches Antragsverhalten.

Diese altersspezifischen Prävalenzen sind eine wichtige Datengrundlage zur Vorausberechnung bzw. Abschätzung möglicher zukünftiger Pflegebedarfe.

Eine weitere notwendige Grundlage zur Abschätzung des zukünftigen Pflegebedarfs ist eine fundierte Bevölkerungsprognose, deren Daten möglichst nach Altersjahren und Geschlecht differenziert vorliegen sollten. Hier wird auf die kommunale Bevölkerungsprognose der Statistikstelle der Hansestadt Lübeck für die Jahre 2015 bis 2030 (s. S. 15-16) zurückgegriffen.

**Ex-post
Evaluation der
Bevölkerungs-
prognose 2015-
2030**

Diese Prognose wurde zwar 2016 erstellt, ein Vergleich der prognostizierten Entwicklung mit den inzwischen eingetretenen Veränderungen zeigt aber nur geringfügige Abweichungen auf, weshalb die Prognosedaten hier- auch angesichts fehlender aktuellerer Daten - Verwendung finden.

Aus heutiger Sicht betrachtet, zeigt sich, dass die im Jahre 2016 erstellt Prognose kaum nennenswerte Abweichungen zu der aktuellen Entwicklung aufweist. So wurde die Zahl der über 65 Jährigen für das Jahr 2017 um 39 Personen zu hoch prognostiziert und für das Jahr 2018 um 93 Personen zu niedrig prognostiziert, d.h. die Prognose folgt unter Vernachlässigung jährlicher Schwankungen im Trend der aktuellen Entwicklung.

Eine neue Prognoserechnung ist für den Zeitraum 2020 – 2035 anvisiert.

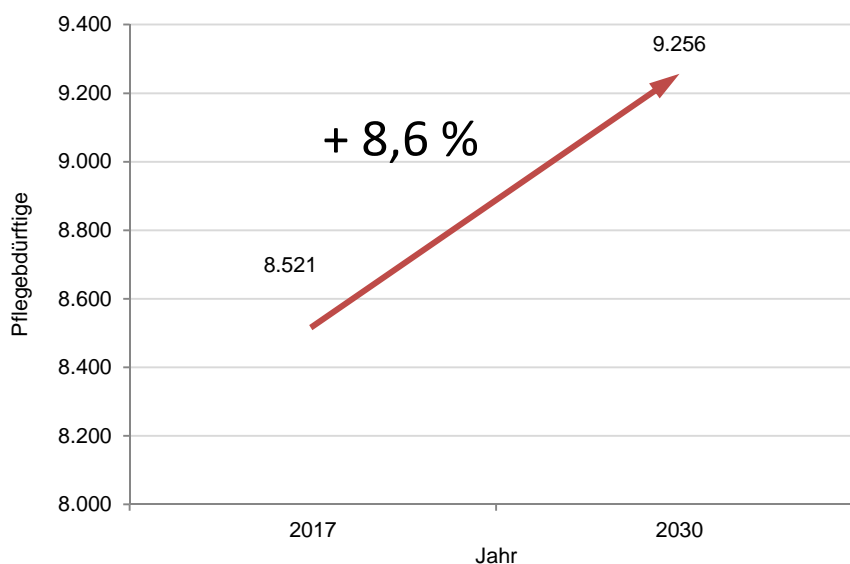
Aus der Anzahl der Pflegebedürftigen je Altersjahrgang ergibt sich die altersspezifische Pflegequote. Diese wird auf die prognostizierte Altersstruktur bezogen und ergibt in der Summe die Zahl der zu erwartenden Pflegebedürftigen (s. Tab.8.2).

Tab. 8.2: Methodik der Prognoserechnung
(ausschnittsweise für 74- 84jährige Männer dargestellt)

Alter in Jahren	Stand 31.12.2017			Prognose 2030		
	Einwohner/innen	Anzahl der Pflegebedürftigen	altersspezifische Pflegequote (Sp.2/Sp.1 x100)	progn. Einwohnerzahl	altersspezifische Pflegequote aus 2017 (= Sp. 3)	Pflegebedürftige (Sp.4 x Sp.5/100)
Spalte	1	2	3	4	5	6
...
74	1 023	75	7,4	960	7,4	71
75	1 009	82	8,2	948	8,2	77
76	1 145	102	9,0	889	9,0	80
77	1 156	113	9,7	849	9,7	83
78	1 064	118	11,1	798	11,1	89
79	1 017	125	12,3	806	12,3	99
80	860	121	14,1	779	14,1	110
81	767	110	14,3	709	14,3	102
82	742	105	14,2	632	14,2	89
83	622	100	16,1	557	16,1	90
84	395	91	23,0	445	23,0	103
...
Summe männl.	105 922	3 194	3,0	105 992	3,4	3 647
dazu w eibl.	113 333	5 327	4,7	116 778	4,8	5 608
Insgesamt	219 255	8 521	3,9	222 770	4,2	9 255

Quelle: Hansestadt Lübeck, Gesundheitsamt, Berechnungen auf Grundlage Lübecker Bevölkerungsprognose 2015-2030 und der bundesweiten Pflegequoten

Abb. 8.2:
Zu erwartende Zunahme der Pflegebedürftigkeit aufgrund der Änderungen in der Altersstruktur bis 2030



Quelle: Hansestadt Lübeck, Bereich Soziale Sicherung, eigene Berechnungen
Graphik: HL, Bereich Soziale Sicherung

Aufteilung der prognostizierten Pflegebedürftigkeit nach Pflegearten

Neben der Gesamtzahl der zu erwartenden Pflegebedürftigkeit interessiert jedoch vor allem aber auch die Entwicklung des Bedarfes nach den Pflegearten, also nach der Zahl der Pflegebedürftigen in der häuslichen (Pflegegeld, ambulante Pflege) bzw. in der stationären Pflege.

Eine erste Überschlagsrechnung bietet sich an, wenn man die aktuelle Quote nach Pflegearten (42,6 Prozent erhalten Pflegegeld, 20,5 Prozent ambulante Pflege und 36,9 Prozent stationäre Pflege) auf die prognostizierte Zahl der Pflegebedürftigen anwendet. Demnach würde die Zahl der Pflegebedürftigen mit Pflegegeld von 3.628 (2017) auf 3.913 (2030), die Zahl der Pflegebedürftigen in der ambulanten Pflege von 1.747 auf 1.897 und in der stationären Pflege von 3.146 auf 3.415 anwachsen. Dieses Verfahren berücksichtigt jedoch nicht die Verschiebungen im Altersaufbau der pflegebedürftigen Bevölkerung.

Pflegeart ist vom Alter abhängig

Dies wird über die altersspezifischen Quoten gewährleistet. Die für die Altersgruppen in Fünfergruppierung vorliegenden Quoten werden zunächst interpoliert und für alle Altersjahrgänge berechnet. Anschließend werden die für jeden Jahrgang vorliegenden altersspezifischen Quoten nach Pflegeart auf die prognostizierten Altersjahrgänge bezogen. Die Summe der altersspezifischen Anteile ergibt die jeweiligen Pflegebedarfe nach den Pflegearten. Dieses Verfahren berücksichtigt die Tatsache, dass jedes Alter unterschiedliche Pflegebedarfe hat und daraus resultierend unterschiedliche Pflegearten Anwendung finden.

Tab. 8.3: Pflegebedürftige 2017 nach Alter und Art der Pflege

Altersgruppe	Insgesamt	davon					
		Pflegegeld 1)		ambulante Pflege		vollstationäre Pflege	
		Anzahl	in %	Anzahl	in %	Anzahl	in %
unter 5	60	57	95,0	3	5,0	0	0,0
05 - 10	160	153	95,6	7	4,4	0	0,0
10 - 15	179	173	96,6	6	3,4	0	0,0
15 - 20	98	94	95,9	2	2,0	2	2,0
20 - 25	77	72	93,5	3	3,9	2	2,6
25 - 30	53	44	83,0	8	15,1	1	1,9
30 - 35	65	57	87,7	7	10,8	1	1,5
35 - 40	61	50	82,0	10	16,4	1	1,6
40 - 45	59	48	81,4	9	15,3	2	3,4
45 - 50	125	75	60,0	28	22,4	22	17,6
50 - 55	150	84	56,0	29	19,3	37	24,7
55 - 60	262	138	52,7	61	23,3	63	24,0
60 - 65	301	140	46,5	68	22,6	93	30,9
65 - 70	460	225	48,9	105	22,8	130	28,3
70 - 75	621	301	48,5	134	21,6	186	30,0
75 - 80	1 240	550	44,4	247	19,9	443	35,7
80 - 85	1 540	544	35,3	351	22,8	645	41,9
85 - 90	1 432	470	32,8	319	22,3	643	44,9
90 - 95	1 148	260	22,6	261	22,7	627	54,6
95 u.ä.	430	93	21,6	89	20,7	248	57,7
Insgesamt	8 521	3 628	42,6	1 747	20,5	3 146	36,9

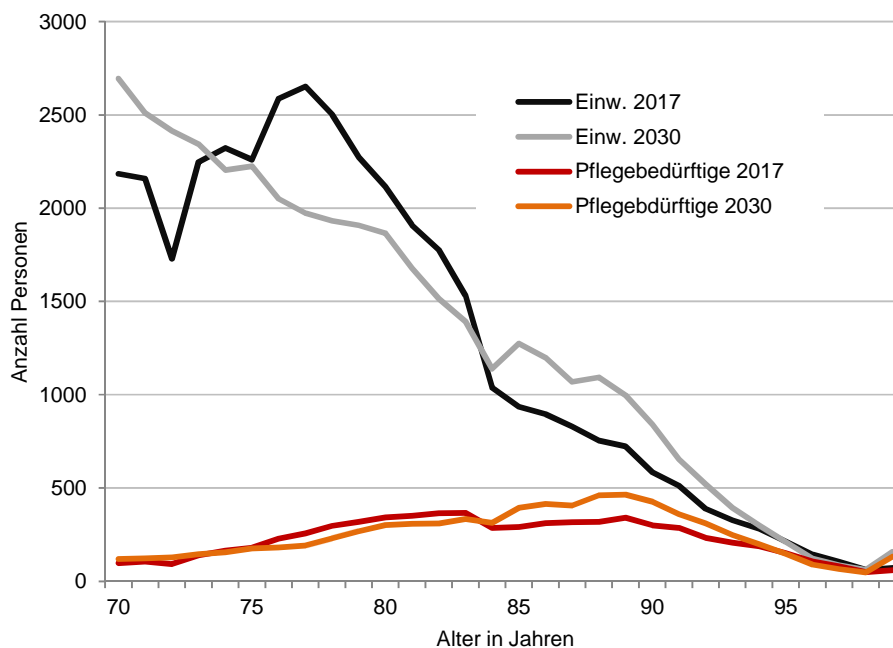
1) Ohne Empfänger/-innen von Pflegegeld, die zusätzlich auch ambulante Pflege erhalten. Diese werden bei der ambulanten Pflege berücksichtigt. Zudem ohne Empfänger/-innen von Kurzzeit- bzw. Verhinderungspflege. Diese werden bei der vollstationären bzw. ambulanten Pflege erfasst. Einschließlich Personen mit Pflegegrad 1 und ausschließlich teilstationärer Pflege.

Quelle: Statistik Nord, Pflegestatistik 2017

Diesen Zusammenhang zeigt die Tabelle 8.3. So steigen mit zunehmenden Alter die Anteile der pflegebedürftigen Personen in der stationären Pflege tendenziell an (z.B. von 17,6 Prozent bei den 45-49 Jährigen auf 57,7 Prozent bei den über 95 Jährigen, während die Anteile der Pflegebedürftigen je Altersgruppe mit Pflegegeld von rd. 95 Prozent in den jüngeren Altersgruppen auf etwa 21,6 Prozent bei den über 95 Jährigen absinkt.

Diese Verfeinerung des Prognoseverfahrens zeigt im Ergebnis, dass nicht nur die Zahl der Pflegebedürftigen insgesamt ansteigen wird, sondern aufgrund einer älter werdenden Bevölkerung innerhalb der pflegebedürftigen Altersgruppe auch die Bedarfe in der stationären Pflege tendenziell steigen werden.

Abb. 8.3:
Bevölkerungs-
prognose im Alter
70+ und Prognose
des altersabhängigen
Pflegebedarfs
von 2017 bis 2030



Quelle: Hansestadt Lübeck, Kommunale Statistikstelle, Bevölkerungsprognose 2015-2030 und eigene Berechnungen des Bereichs Soziale Sicherung, Graphik: HL, Bereich Soziale Sicherung

Die Zahl der Pflegebedürftigen mit Pflegegeld würde nicht von 3.628 (2017) auf 3.913 (2030) ansteigen, sondern bei 3.657 stagnieren, die Zahl der Pflegebedürftigen in der ambulanten Pflege würde von 1.747 auf 1.960 etwas ansteigen und in etwa das erste Verfahren bestätigen, während die Zahl der Personen in der stationären Pflege statt von 3.146 auf 3.415 sogar auf geschätzte 3.638 Fälle ansteigen würde.

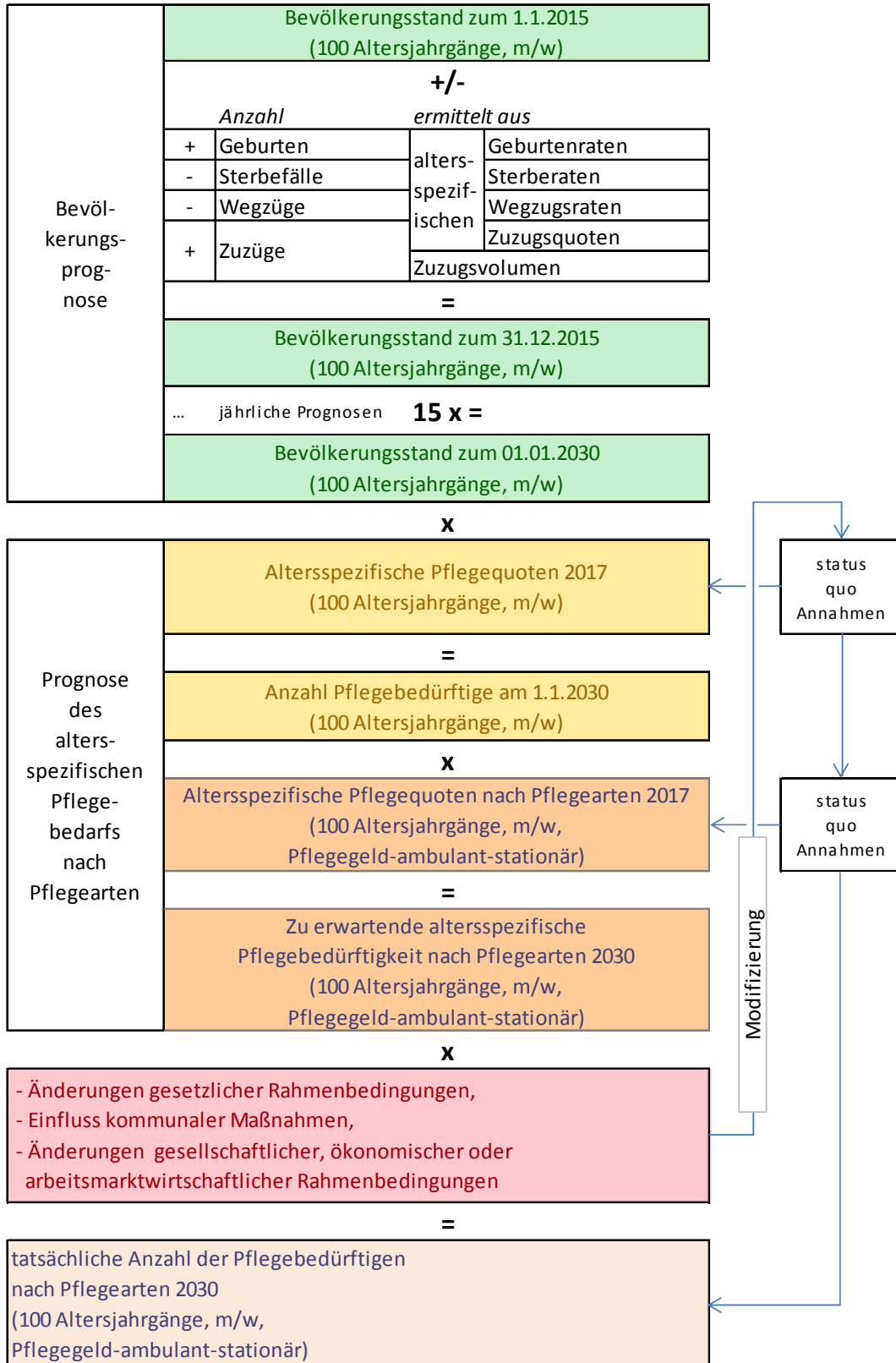
Tab. 8.4: Prognose der Pflegebedürftigkeit nach Pflegeart und Modifikation durch Altersstruktur

Pflegeart	Pflegebedürftige 2017	Anteile 2017	Prognose 2030	alterssp. Prognose 2030
Pflegegeld	3 628	42,6	3 943	3 657
ambulant	1 747	20,5	1 897	1 960
stationär	3 146	36,9	3 415	3 638
insg.	8 521	100,0	9 256	9 255

Quelle: Hansestadt Lübeck, Bereich Soziale Sicherung,

Abb. 8.4

Das Lübecker Prognosemodell zur Abschätzung des zukünftigen Pflegebedarfs nach Pflegearten



Quelle: Hansestadt Lübeck, Bereich Soziale Sicherung

**Voraus-
schätzung der
Pflegrade**

Die Vorausschätzung der Zahl der Pflegebedürftigen nach dem Pflegegrad erfolgt in einem ersten Schritte anhand der prozentualen Anteile in der Vergangenheit. Hier wurde wiederum das Jahr 2017 zugrunde gelegt.

Demnach wird sich der Anstieg in der Gesamtzahl der Pflegebedürftigen auf alle Pflegegrade in etwa gleichmäßig verteilen. So wird sich die Zahl der Pflegebedürftigen mit Pflegegrad 2 von 4.100 auf 4.452 und beim Pflegegrad 3 von 2.451 auf 2.666 erhöhen. Ähnliche Größenordnungen gelten für die nicht genannten Pflegegrade.

Aus Abb. 8.3 ist ersichtlich, dass das durchschnittliche Alter der Pflegebedürftigen im Jahr 2030 höher ist als im Jahre 2017, was auf die höheren Zahlen Pflegbedürftiger in der Altersgruppe der 84 bis 95 Jährigen zurückführen ist. Da es für jede Altersgruppen auch eine typische Verteilung nach Pflegegraden gibt (siehe Tab. 8.4), wurden diese, wie im Verfahren zur Prognose der Pflegebedürftigkeit nach Pflegeart praktiziert, herangezogen, um die Auswirkungen der Altersstruktur auf das Prognoseergebnis zu berücksichtigen.

Tab. 8.5: Pflegebedürftige 2017 nach Alter und Pflegegrad

Alters- gruppe	Insgesamt	davon Pflegegrad ...				
		1	2	3	4	5
unter 5	60	0,0	35,0	35,0	25,0	5,0
05 - 10	160	0,0	26,9	51,3	17,5	4,4
10 - 15	179	0,0	43,0	36,9	14,0	6,1
15 - 20	98	0,0	46,9	30,6	12,2	10,2
20 - 25	77	0,0	32,5	31,2	26,0	10,4
25 - 30	53	0,0	43,4	30,2	18,9	7,5
30 - 35	65	0,0	35,4	44,6	7,7	12,3
35 - 40	61	0,0	37,7	34,4	26,2	1,6
40 - 45	59	0,0	55,9	27,1	10,2	6,8
45 - 50	125	1,6	51,2	20,0	15,2	12,0
50 - 55	150	3,3	52,0	29,3	10,0	5,3
55 - 60	262	1,1	54,2	27,5	10,3	6,9
60 - 65	301	2,3	53,5	25,6	14,0	4,7
65 - 70	460	3,3	52,8	29,6	9,1	5,2
70 - 75	621	2,7	52,5	27,9	11,8	5,2
75 - 80	1 240	1,6	49,2	28,0	15,5	5,7
80 - 85	1 540	2,8	47,6	29,7	14,0	6,0
85 - 90	1 432	2,5	50,6	27,2	13,4	6,3
90 - 95	1 148	1,9	45,4	28,4	15,9	8,4
95 u.ä.	430	1,4	42,6	24,2	18,1	13,7
Insgesamt	8 521	2,1	48,1	28,8	14,3	6,7

Quelle: Statistik Nord, Pflegestatistik 2017

Im Ergebnis zeigten sich diesmal jedoch kaum Veränderungen im Prognoseergebnis. Dies erklärt sich aus den Daten der Tabelle 8.5. Da die Pflegegradanteile sich mit zunehmendem Alter kaum ändern. So bewegen z.B. sich die Anteile beim Pflegegrad 2 über alle Altersgruppen um den Mittelwert von 48,1 Prozent und liegen zu meist zwischen 43 und 53 Prozent.

Tab. 8.6: Prognose der Pflegebedürftigkeit nach Pflegegrad und ihre nur geringfügige Modifikation durch die Altersstruktur

Pflege-grad	Pflege-bedürftige 2017	Anteile 2017	Prognose 2030	alterssp. Prognose 2030
1	176	2,1	194	201
2	4 100	48,1	4 452	4 481
3	2 451	28,8	2 666	2 626
4	1 211	14,3	1 324	1 317
5	572	6,7	620	631
insg.	8 521	100,0	9 256	9 256

Quelle: Hansestadt Lübeck, Bereich Soziale Sicherung,

Alternativ könnte eine Vorausberechnung nach Pflegegraden auch auf den typischen Quoten innerhalb der Pflegearten basieren (siehe Tab 8.6). Der Vorteil hier liegt in den stabileren Quoten. Aber auch diese Verfahren ergibt keine wesentlichen Änderungen im Prognoseergebnis und bestätigt lediglich nochmal die obige Verfahrensweise.

Tab. 8.7: Pflegebedürftige 2017 nach Art der Pflege und Pflegegrad

Pflegegrad	insge-samt	davon					
		Pflegegeld 1)		ambulante Pflege		vollstationäre Pflege	
		Anzahl	in %	Anzahl	in %	Anzahl	in %
1	176	2	1,1	115	65,3	59	33,5
2	4 100	2 169	52,9	1 048	25,6	883	21,5
3	2 451	1 034	42,2	419	17,1	998	40,7
4	1 211	346	28,6	122	10,1	743	61,4
5	572	77	13,5	43	7,5	452	79,0
Insgesamt	8 521	3 628	42,6	1 747	20,5	3 146	36,9

1) Ohne Empfänger/-innen von Pflegegeld, die zusätzlich auch ambulante Pflege erhalten. Siehe auch ausführliche Erläuterung auf S. 36.

Quelle: Statistik Nord, Pflegestatistik 2017

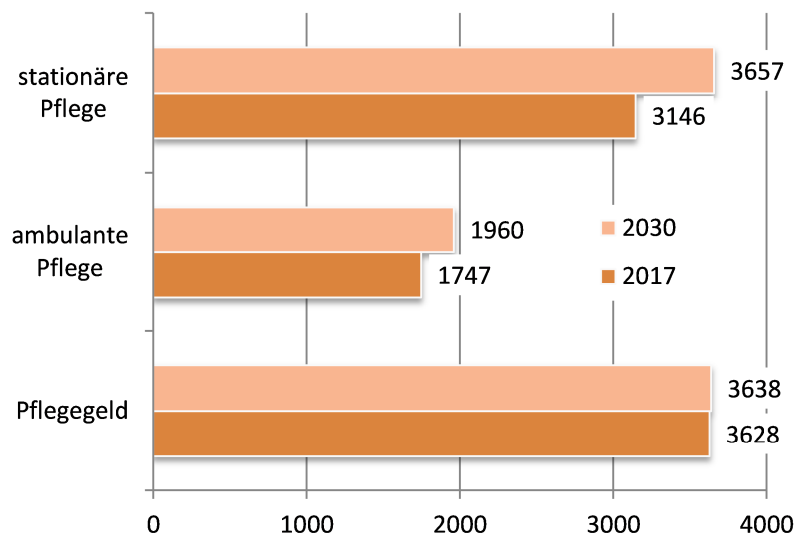
Methodisches Fazit

Die aktuelle altersspezifische Pflegequote (Anteil der Pflegebedürftigen im jeweiligen Altersjahr) wird auf die prognostizierte Altersstruktur übertragen. Hiermit erhält man zunächst die Gesamtzahl der Pflegebedürftigen. Anschließend wird die prognostizierte Zahl der Pflegebedürftigen nach den aktuellen prozentualen Anteilen auf die Pflegearten Pflegegeld, ambulant und stationär aufgeteilt.

Die Bedarfsabschätzung basiert methodisch allein auf den zu erwartenden demographischen Veränderungen im Altersaufbau. Gesetzesänderungen, die weitere Förderung der ambulanten Pflege, die Entwicklungen beim Pflegegeld, die die demographischen Änderungen in der Struktur der Privathaushalte berücksichtigen müsste, bleiben hier zunächst außen vor. Diese möglichen Einflussfaktoren sind jedoch zu berücksichtigen, weshalb die hier genannten Werte nur als grobe Orientierung gelten können.

Die tatsächliche Entwicklung der Pflegebedürftigkeit sollte daher zumindest alle zwei Jahre im Zyklus der Erscheinungsweise der amtlichen Pflegestatistik überprüft und die geleisteten Aussagen und Hochrechnungen ggfs. korrigiert und angepasst werden.

Abb. 8.5:
Prognose
der Zahl der
Pflegebedürftigen
nach Pflegeart
2017 - 2030



Quelle: Hansestadt Lübeck, Bereich Soziale Sicherung, auf Basis der Bevölkerungsprognose 2015-2030 und eigener Berechnungen, Graphik: HL, Bereich Soziale Sicherung

**Handlungs-
bedarfe ?**

Angesichts eines zu erwartenden steigenden Bedarfes stellt sich die Frage, inwieweit die vorhandenen Angebote ausreichen werden und welche konkreten Handlungsbedarfe ggfs. entstehen werden oder bereits bestehen.

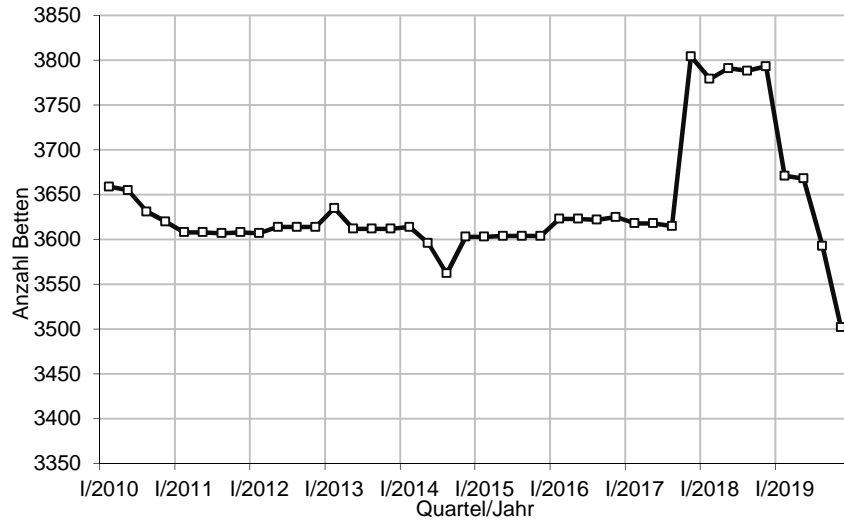
Die Gegenüberstellung der bestehenden Bettenangebote in den stationären Heimen mit der Zahl der anerkannten Pflegebedürftigen in diesen Einrichtungen ergibt zunächst ein falsches Bild: So wurden Ende 2017 aufgrund der amtlichen Pflegestatistik des Statistischen Landesamtes 3.146 Pflegebedürftige in den stationären Einrichtungen gezählt. Dem standen ebenfalls Ende 2017 nach der internen Pflegestatistik des Bereiches Soziale Sicherung insg. 3.804 Pflegeplätze gegenüber. Trotzdem ermittelte der medizinische Dienst der Krankenkassen bei Überprüfungen der Einrichtungen für das vierte Quartale 2017 einen durchschnittlichen Auslastungsgrad von rd. 95 Prozent. In der Gegenüberstellung der o.g. Zahlen würde sich jedoch eine rein rechnerische Auslastung von lediglich 83 Prozent ergeben. Selbst nach Abzug der Tagespflegeplätze verbliebe eine größere Differenz. Diese Differenz ergibt sich aus den unbelegten Betten in den Einrichtungen, denn aufgrund der personellen Situation ist es in vielen Einrichtungen nicht möglich, alle Betten zu belegen. Teilweise sind sogar ganze Abteilungen nicht in Nutzung.

Nach Angaben der städtischen SeniorInneneinrichtungen lag die Auslastung der sieben kommunalen Heime im Herbst 2019 bei 96 Prozent. Derzeit müssten pro Tag im Schnitt zehn Absagen erteilt werden. Die Wartezeiten für einen Platz können situationsbedingt bei mehreren Wochen liegen.

**Betten-
kapazitäten
nicht
ausgelastet**

Unabhängig von diesen zur Zeit nicht nutzbaren freien Platzkapazitäten wird der Bedarf in der stationären Pflege um ca. 500 Plätze ansteigen, womit selbst unter Nutzung der jetzt vielleicht noch vorhandenen freien Betten- bzw. Raumkapazitäten (unter der Voraussetzung, dass das dafür benötigte Pflegepersonal gefunden wird), sehr schnell eine Grenze darüber hinaus erreicht werden kann, die eine Erweiterung der Bettenkapazitäten unbedingt erforderlich macht.

Abb. 8.6:
Entwicklung der
Bettenzahlen in
den stationären
Einrichtungen
2010-2019



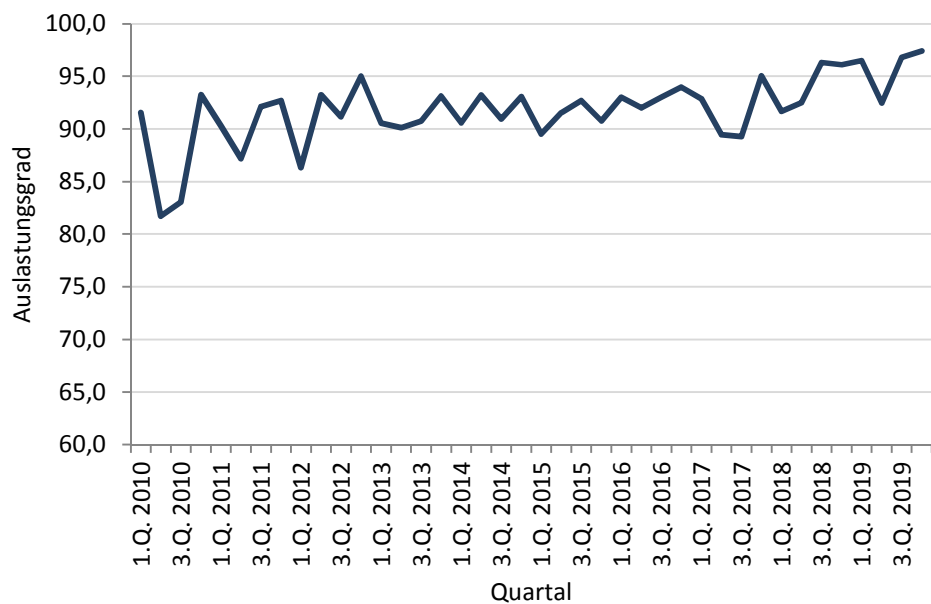
Quelle: HL, Bereich Soziale Sicherung, interne Pflegebedarfsstatistik

**Sinkende
Bettenzahl und
steigender Bedarf**

Zudem ist zu befürchten, dass dieser Zustand inzwischen schon eingetreten sein könnte. So ist die Zahl der Betten (u.a durch Heimschließungen) in den letzten Jahren von 3.802 auf 3.502 zurückgegangen. Mit aktuellen Angaben zur Zahl der Pflegebedürftigen aus der amtlichen Pflegestatistik 2019 wird erst im weiteren Verlauf des Jahres 2020 zu rechnen sein. Die Prognose der Pflegebedürftigkeit geht von kontinuierlich steigenden Zahlen aus, was möglicherweise bereits für 2019 ein deutlich verändertes Verhältnis der Bettenkapazitäten (abnehmend) in Bezug zur Zahl der Pflegebedürftigen (steigend) erwarten lässt.

Egal ob zusätzliche Kapazitäten durch Anbauten oder Neubauten geschaffen werden, sind in beiden Fällen lange Vorlauf- und Planungszeiten erforderlich. Neue Kapazitäten werden nicht von heute auf morgen zu realisieren sein und bedürfen daher einer längerfristigen und vorausschauenden Planung (siehe auch nächstes Kapitel).

Abb. 8.7:
Auslastungsgrad
in den vom MDK
überprüften stationären
Pflegeeinrichtungen
2010 - 2019



Quelle: MDK Prüfberichte, Graphik: HL, Bereich Soziale Sicherung

9 Ausblick und Handlungsfelder

9.1 Vision 2030 - Die Zukunft der städtischen Einrichtungen

Im März 2019 legten die SeniorInneneinrichtungen der Hansestadt Lübeck mit der Vision 2030 ein Konzept vor, um die städtischen Einrichtungen im Hinblick auf zukünftige Anforderungen in der Pflege wettbewerbsfähig aufzustellen.

Gutachten und Beschlüsse

Gutachten zur Situation der städtischen Einrichtungen stellten schon im Jahre 2011 fest, dass die Personalkosten zu hoch und die Immobilien sanierungsbedürftig waren. Diverse Dienstleistungen wie ambulante Pflege, hauswirtschaftliche Hilfen, Tagespflege oder Spezialpflege wurden nicht angeboten. Für die Zukunft wurden anwachsende Verluste prognostiziert.

Nach einem weiteren Gutachten im Jahre 2015 zu einer möglichen Rechtsformänderung der Einrichtungen, die jedoch nicht das gewünschte Einsparungsergebnis brachte, fasste die Bürgerschaft diverse Beschlüsse zur Kostensenkung in den städtischen Einrichtungen. Hierzu zählten:

- Kostensenkung durch Reduzierung der Küchen
- Erweiterung des Heilig-Geist-Hospitals auf 83 Plätze
- Aufnahme von Pflegesatzverhandlungen
- Belegungsoptimierung im Behnckenhof
- Reduzierung der Energiekosten
- Reduzierung der Ausbildungsplätze
- Schließung des Seniorenheims Schönböckener Straße 2019 und
- Schließung des Behnckenhofes in 2027 nach Auslauf des Mietvertrages.

Das Seniorenheim in der Schönböckener Straße wurde bereits Ende 2018 geschlossen, womit die Stadt nun noch über sieben Heime verfügt (s.a. Karte 4.2, Seite 46):

- | | |
|---------------------------|------------------|
| 01 – Innenstadt | 07- St. Gertrud: |
| - Heiligen-Geist-Hospital | - Prassekstraße |
| | - Dreifelderweg |
| 02- St. Jürgen | 09 – Kücknitz |
| - Elswigstraße | - Solmitzstraße |
| 06- St. Lorenz Nord: | |
| - Dornbreite | |
| - Am Behnckenhof | |

Die Ziele

Die übergeordneten Ziele der Vision 2030 sind:

- Eine stärkere Sozialraumorientierung, zur Förderung des Verbleibs älterer Menschen im Quartier.
- Berücksichtigung vorhandener Pläne und gesetzlicher Entwicklungen wie die Zielsetzungen des Pflegestärkungsgesetzes, des kommunalen Konzeptes Leben und Wohnen im Alter und des 7. Altenberichtes der Bundesregierung von 2016.
- Ambulant vor stationär: der Verbleib in der eigenen Häuslichkeit soll soweit wie möglich präferiert werden.
- Entwicklung lokaler Versorgungsketten in den Bereichen Wohnen, Service und Pflege.
- Die Bedarfsentwicklungen und ggf. daraus resultierende Angebotsoptionen sind regelmäßig zu evaluieren. Die Umsetzungen der „Vision 2030“ sind dann im Sinne einer „Strategie 2030“ anzupassen und bedarfsgerecht auszugestalten. Dabei ist die (bauliche) Integration anderer kommunaler Angebote

(Kita, Pflegestützpunkte u.a.) anstrebenswert.

Das Grundprinzip der Pflege in Abhängigkeit eines wachsenden Unterstützungs- und Pflegebedarfes zeigt sich in folgender Abbildung.

Abb. 9.1:
Vision 2030,
Grundschema
der Pflege



Graphik: Hansestadt Lübeck, SeniorInneneinrichtungen

Der altersgerechte Umbau der Wohnung ermöglicht den Verbleib in der Wohnung auf der in der Graphik dargestellten ersten Ebene. Hauswirtschaftlicher Service wie Wohnungsreinigung, Wäschedienst, Einkaufshilfe oder Mahlzeitendienste unterstützen den Verbleib in der Wohnung, ebenso wie die ambulante Hilfe. Sind diese Hilfen nicht mehr ausreichend, kann die Tagespflege eventuell noch eine Alternative zur stationären Unterbringung darstellen. Diverse Infrastruktureinrichtungen wie Ärzte, Frisöre oder soziale Treffpunkte ergänzen die Hilfeangebote im Quartier. Kitaeinrichtungen sollen für die Kinder von pflegenden Angehörigen bzw. für die Pflegekräfte der stationären Einrichtungen bedarfsnah zur Verfügung stehen.

Zur Konkretisierung der Vision 2030 ist ein politischer Beteiligungsprozess zu entwickeln, z.B. in Form einer Zukunftswerkstatt oder eines regelmäßigen Begleitausschusses. Die Standorte Solmitzstraße, Heiligen-Geist-Hospital und Behnckenhof sollen konzeptionell weiterentwickelt werden. Das altersgerechte Wohnen soll durch den Bau von barrierefreien und bezahlbaren Senioren-Wohnungen gefördert werden.

**Die
Neubau-
maßnahmen**

Die Pläne zur Zukunft der städtischen SeniorInneneinrichtungen sehen zudem gezielte Neubaumaßnahmen zur Sicherung der pflegerischen Versorgung in der Hansestadt Lübeck vor. Dazu wurde eine Konzeptskizze erarbeitet.

- Die in den 60er Jahren gebauten Einrichtungen in der Prassekstraße und im Dreifelderweg (beide auf Marli) sollen zu einem neuen Standort (ebenfalls auf Marli) mit 130 bis 140 Plätzen zusammengefasst werden. Auf den frei werdenden Grundstücken können neue Wohnungen entstehen.
- In der Elswigstraße/in St. Jürgen könnte ein Neubau mit 120 statt bisher 72 Plätzen entstehen. Hier könnten zudem 70 betreute Wohnungen sowie ca. 50 Studentenwohnungen entstehen.
- In Moisling könnte ebenfalls ein neues städtisches Seniorenheim entstehen.

Die Planung und Realisierung ist für die nächsten zehn Jahre vorgesehen. Die städtischen Heime sollen zudem ihre Angebotspalette u.a. um Tagespflege und Wohngemeinschaften für Senioren deutlich erweitern.

9.2 Pflegekonferenz und Workshop-Ergebnisse 2019

Pflegekonferenz und Workshop Am 6.3.2019 fand die 19. Lübecker Pflegekonferenz statt, auf der der Bereich Soziale Sicherung bereits erste vorläufige Ergebnisse aus der kommunalen Pflegebedarfsplanung vorgestellt hat. Diese Teilergebnisse wurden zudem in der Steuerungsrunde zum Gesamtkonzept Leben und Wohnen im Alter am 20.03.19 vorgestellt.

Da der zu erstellende Bericht zur Pflege Handlungsempfehlungen enthalten soll, wurde auf der Pflegekonferenz vereinbart, diese in einem Workshop gemeinsam weiter zu entwickeln. Mit Fachleuten, Interessensvertretungen und Vertreter/innen aus der Politik wurde am 24. April 2019 in den Media Docks über Schlussfolgerungen und Handlungsempfehlungen besprochen. Konkret beteiligten sich an diesem Nachmittag über 50 Vertreter/innen von ambulanten Pflegediensten, stationären Pflegeheimen, Tagespflegeeinrichtungen, verschiedenen Krankenhaussozialdiensten, vom MDK, der Universität Lübeck, vom Gesundheitsamt/Hansestadt Lübeck, dem Verein für Betreuung und Selbstbestimmung, der AMEOS-Klinik, der Alzheimergesellschaft Lübeck, des Seniorenbeirats, der Fraktionen der Bürgerschaft und des Bereichs Soziale Sicherung der Hansestadt Lübeck, der den Workshop federführend vorbereitet, moderiert und begleitet hat.

Zu folgenden fünf Themenbereichen wurden Anregungen und Ideen gesammelt:

1. Beratung und Unterstützung
2. Pflege und (lebenslanges) Wohnen
3. Ambulante Pflege
4. Stationäre Pflege
5. Fachkräftemangel

Folgende Fragestellungen wurden schwerpunktmäßig zu dem jeweiligen Thema behandelt:

- Wie gestaltet sich der Versorgungsbedarf in der Pflege bis 2030?
- Wie müssen sich bestehende Angebote weiterentwickeln?
- Welche Angebote fehlen?

Bei den gesammelten Beiträgen handelt es sich zum Teil um Hinweise auf Defizite, grundsätzliche Anmerkungen oder Verbesserungsvorschläge, deren Umsetzung auf gesetzlicher Grundlage erfolgen muss. Nicht immer hat die Kommune hier also auch die Möglichkeit, dargestellte Handlungsempfehlungen umzusetzen. Die stichwortartigen Beiträge sind aufgelistet und sind soweit als möglich nach Problembereichen gruppiert worden. In einem internen Arbeitskreis des Bereiches Soziale Sicherung wurde im Folgenden versucht, aus der Auflistung dieser stichwortartigen Beiträge konkrete Handlungsempfehlungen für die Kommunalpolitik zu formulieren.

Die gesammelten Beiträge sind im Folgenden weitgehend ungefiltert dargestellt. Unklare Beiträge wurden lediglich umformuliert bzw. textlich ergänzt.

Thema I: Beratung und Unterstützung

Zum Thema Beratung und Unterstützung hatten viele Vorschläge einen lokalen Bezug, indem sie sich auf Nachbarschaften und die Situation im Wohnquartier beziehen:

Lokale stadtteils- bzw. quartiersbezogene Maßnahmen:

- Die soziale Kompetenz in der Nachbarschaft ist zu fördern.
- In den Stadtteilen soll es niedrigschwellige Wegweisungen geben.
- Der Quartiersgedanke ist zu fördern.
- Themenbezogene Stadtteilrunden sollen mit Betroffenen durchgeführt werden.
- Beratungsstellen sollen in Ärztezentren im Sinne eines Sozialmanagements eingebettet werden.
- Die Erreichbarkeit von immobilen Menschen ist durch Hausbesuche zu verbessern.

Primäre
Zuständigkeit:
HL u.a.

- Zuständigkeit:
HL u.a.
- Dem Thema Informationsmanagement wurden folgende Aussagen zugeordnet::
- Nachbarschaftsbüros und Seniorentreffs müssen bekannter werden.
 - Es soll ein Beratungsmobil geben.
 - Es soll eine strukturelle Analyse der Stadtteile geben.
 - Die Informationsweitergabe über vorhandene Angebote soll verbessert werden. Inwieweit können hierbei auch Radiosender eingesetzt werden?
 - Die Beratungsstellen sollen vernetzt werden.
 - Entwicklung einer "Unterstützer"-App (z.B. Mitfahrgelegenheit zum Arzt)
 - Angebote müssen bekannter werden und einfach zugänglich sein (Infostand, Newsletter)
 - Die Bedeutung von Beratungsleistungen sollte stärkere Berücksichtigung finden.
- Zuständigkeit
HL,
Pflegekasse u.a.
- Beratungsangebote:
- Es fehlt ein Beratungsangebot für Eltern von pflegebedürftigen Kindern.
 - Es gibt einen zunehmenden Beratungsbedarf für psychisch (Sucht)Kranke.
 - Das Beratungsangebot ist für pflegebedürftige "Geflüchtete" zu erweitern.
 - Es fehlt eine professionelle Präventions- und Rehaberatung.
 - Die Pflegekassen müssen ihre Pflegeberatung ernst(er) nehmen.
 - Die professionelle Beratung ist sicherzustellen.
 - Die Beratungsstellen bzw. Ansprüche sollten analog zum Ratgeber-Demenz koordiniert werden.
- Zuständigkeit
HL, Anbieter u.a.
- Weitere Hinweise:
- Advanced Care Planing, d.h. eine gesundheitliche vorausschauende Versorgungsplanung mit dem Ziel einer umfassenden Aufklärung des Patienten, damit der mutmaßliche Wille der betroffenen Personen auch in Situationen vertreten wird, wenn diese selbst dazu nicht mehr in der Lage sind.
 - Es ist ein umfassendes Casemanagement zur Erhaltung der Gesundheit erforderlich, auch im Rahmen von Hausbesuchen.
 - Schon vor Beginn der Pflegebedürftigkeit sollten präventive Maßnahmen ansetzen.
- Thema II:
Pflege und lebenslanges Wohnen**
- Allgemeine Empfehlungen:
- Grundsätzlich gilt ambulant vor stationär.
 - Alternativen zur stationären Versorgung sollten weiter entwickelt werden.
 - Ambulante und stationäre Pflege bedürfen einer stärkeren Verknüpfung.
 - Besondere Themenfelder sind abdecken, wie für jüngere Pflegebedürftige oder schwerst Pflegebedürftige.
- Zuständigkeit
Anbieter u.a.
- Die stationäre Unterbringung soll als Wohnen verstanden werden (Haltung).
 - Aufsuchende Angebote sind zu fördern.
 - Infos über bestehende Hilfe, Ärzte, Pflegekräfte müssen im Quartier bekannter werden (z.B. Infos in Einkaufszentren).
 - Vorhandene Ressourcen sollen genutzt, gestärkt und verbessert werden. Hierbei sind verschiedene Ressource wie Pflegekräfte, Sozialarbeiter, Ehrenamt, Palliativversorgung einzubeziehen.
- Zuständigkeit
HL u.a.
- Lokale stadtteils- bzw. quartiersbezogene Maßnahmen:
- Als zentrale Anlaufstelle sollte es ein Quartiersmanagement geben.
 - Wohnungen sind frühzeitig umzubauen.
 - Die Wohnberatung bzw. der Pflegestützpunkt benötigt zusätzliche Standorte.
 - Die Funktion einer "Gemeindeschwester " sollte wieder eingeführt werden (Bsp. Niederlande).
 - Die Alltagsbetreuung im Quartier sollte ausgebaut werden.

<p><u>Zuständigkeit</u> Anbieter, Wohnungs- Unternehmen u.a.</p>	<p>Wohnformen sollten hinsichtlich der Altersstruktur durchmischt sein:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Auch im Alter sollte der Kontakt zu Jüngeren nicht verloren gehen. Eine Durchmischung wie im richtigen Leben ist anzustreben. - Denkbar wäre z.B. Wohnen für Hilfe oder ähnliche Programme. - Es sollte generationsübergreifende Pflegeeinrichtungen geben. - Einrichtungen für spezielle Gruppen sollten nicht segregiert werden. - Betreutes Wohnen sollte auch für Jüngere ermöglicht werden und nicht erst ab 60 Jahren. - Die Aufnahme von Partner/innen in den stationären Einrichtungen sollte auch ohne Pflegegrad möglich sein. - Es sollte mitwachsende anpassbare Wohnformen geben. Hierfür sind ggfs. geeignete Wohnungen zu bauen. Diesbezüglich sollte auch versucht werden, private Vermieter mehr aktivieren. - Es fehlen Angebote für Wohngemeinschaften. Die Bereitschaft der Wohnungsunternehmen ist zu fördern.
<p><u>Zuständigkeit</u> HL u.a.</p>	<p>Weitere allgemeine Hinweise:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fehlende Kapazitäten bei den Pflegediensten müssen beseitigt werden. - Beratung über Fördermöglichkeiten muss gestärkt werden. - Bewährte Projekte sind zu ermitteln und zu übernehmen.
<p>Thema III: Ambulante Pflege</p>	<p>Das allgemeine Informationsmanagement und die Vernetzung ist zu verbessern:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Neue bzw. zusätzliche Informationswege sind zu etablieren, wie z.B. über Ärzte, Backstuben oder die Kirche. - Die Weitergabe von Infos u. Förderung von Netzwerken kann auf neuen Wegen erfolgen, wie z.B. durch die Lübecker Tafel. - Es könnte einen Newsletter geben, der über die ambulanten Pflegedienste im Stadtteil bzw. im Stadtgebiet informiert. - Es sollte Ansprechpartner/innen in den Stadtteilen in Form eines sozialen Quartiersmanagements geben.
<p><u>Zuständigkeit</u> HL und Anbieter u.a.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Die Information zu Angeboten ist zu verbessern. - Die Anbieter sollten mehr zusammenarbeiten. - Neue Angebote sollten etabliert werden, wie z.B. ein Fahrdienst zu den Arztpraxen. - Ein Casemanagement für die Hilfebedürftigen ist einzurichten, das zu den vielfältigen Angebote bzw. Möglichkeiten berät. - Netzwerke sind zu nutzen. - Fachbereichsübergreifende Zusammenarbeit (z.B. von Nachbarschaftsbüros und Erwachsenenhilfe) - Die zukünftigen Bedarfe in der ambulanten Pflege sind zu ermitteln. Es sind Prognosezahlen erforderlich.
<p><u>Zuständigkeit</u> HL und Anbieter u.a.</p>	<p>Vermeidung von Pflegebedürftigkeit:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Die Gesunderhaltung der Menschen und präventive Maßnahmen sollten mehr im Vordergrund stehen. - Sozialraumorientierung ist zu berücksichtigen. Nachbarschaften sind zu stärken. - Es ist mehr Beratung nötig. - Aufwandsentschädigung sollten unbürokratischer geregelt werden. - Niedrigschwellige Unterstützungsangebote sind vorzuhalten. - Die Aufklärung über die kleinen Alltagshilfen ist zu verbessern. - Indikatoren für den Unterstützungsbedarf sind zu ermitteln. - Es sollte regelmäßige Besuche geben. - Die Möglichkeiten zu Selbstfürsorge sind zu fördern. - Es sollte eine Gemeindegewerke geben (siehe auch Thema Pflege und lebenslanges Wohnen) und wir brauchen mehr Personal in der ambulanten Pflege.

<u>Zuständigkeit</u> HL u.a.	<p>Die Hansestadt Lübeck sollte Verantwortung in der ambulanten Pflege übernehmen:</p> <ul style="list-style-type: none">- Es ist eine parallele städtische Infrastruktur für Pfleger/innen aufzubauen.- Qualitätsstandard können anhand eines kommunalen Pflegedienstes vorgelebt werden.- Fokus+Förderung+Verantwortung für alternatives ambulantes Wohnen.- Pilotprojekte wie z.B. Nachbarschaftsbüros sind weiter zu entwickeln.- Aufgrund der zum Teil gegebenen Parkplatznot sollte es keine Tickets für die Pkw der ambulanten Pflegedienste geben.- Es sollte eine zentrale Stelle zur Vermittlung von Pflegediensten geben.- Pflegedienste und ähnliche Einrichtungen könnten Busspuren nutzen- Es sollte ein gemeinsames Fundament für die Lübecker Pflegedienste geschaffen werden.
<u>Zuständigkeit</u> HL und Anbieter u.a.	<p>Ideenbörse:</p> <ul style="list-style-type: none">- Idee: Übernahme von Patenschaften durch Studenten- Stichwort: "Atlantic College Wales" (best practice)- "Wohnen für Hilfe"- Idee: "Mitfahrbanken"- "Südstadt-Initiative" best practice Internet- Modell aus Holland "Buurtzorg"- Stadtteil Cafés (prof. begleitet)
Thema IV: Stationäre Pflege	<p>Die Handlungsempfehlungen zur stationären Pflege wurden folgenden drei Themenbereiche zugeordnet:</p> <p>Bedürfnisse der Bewohner/innen:</p> <ul style="list-style-type: none">- Durch bauliche Modernisierung sind räumlich verbesserte Rahmenbedingungen zu schaffen.- Versorgungsstrukturen an der Schnittstelle ambulant/stationär sind flexibler zu gestalten.- Es sind besondere Wohnformen als Alternative zu stationären Einrichtungen zu schaffen.- Die stationären Einrichtungen sollten als öffentliche Plätze gestaltet sein und für alle Bevölkerungsschichten Angebote bieten. Die Einrichtungen sollen im Stadtteil vernetzt sein.- Haustiere sollten möglich sein.- Die persönliche Ausstattung der Zimmer sollte möglich sein.- Das Pflegepersonal benötigt mehr Zeit für die Pflegebedürftigen.- Gemeinschaftsküche- Sportliche Aktivitäten sollten gefördert werden.- Begutachtung vom MDF sollten innerhalb der gesetzlichen Frist stattfinden. <p>Arbeitsbedingungen des Pflegepersonals:</p> <ul style="list-style-type: none">- In den Pflegeeinrichtungen gibt es oftmals freie Plätze, die aufgrund des Fachkräftemangel jedoch nicht belegt werden können- Pflegehilfsmittel aufgrund gesetzlicher Vorgaben sollten in der Einrichtung vorgehalten werden,.- Die gesetzlichen Anforderungen sind auf den Prüfstand zu stellen.- Die Attraktivität des Arbeitsplatzes ließe sich z.B. durch integrierte Kitas steigern.- Es ist mehr psychosoziale Unterstützung erforderlich.- Arbeitsprozessen sollten digitalisiert werden.- Der Dokumentationsumfang in der Kurzzeitpflege sollte reduziert werden
<u>Zuständigkeit</u> HL und Anbieter, Bund u.a.	

<p><u>Zuständigkeit</u> HL und Anbieter, Bund u.a.</p>	<p>Optimierung des Angebotes:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Es sollte eine planbare spezialisierte Kurzzeitpflege geben. - Es gibt zu wenig Palliativplätze. - Versorgung von jungen Pflegebedürftigen ist zu berücksichtigen (Beatmungsfälle) - Die Versorgung von Suchtkranken im Alter muss berücksichtigt werden. - Ältere Menschen sollen frühzeitig aktiviert werden. - Die Altersgruppe „60 plus“ ist zu berücksichtigen. - Die ärztliche Versorgung in den Einrichtungen muss sichergestellt werden.
<p>Thema V: Fachkräfte- mangel</p>	<p>Aufwertung des Berufes:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Es sollte generell mehr Anerkennung und Wertschätzung für den Beruf geben. - Nicht nur die Arbeitsplätze sollten attraktiv sein, sondern auch das Arbeitsumfeld. - Die interkulturelle Öffnung ist zu gewährleisten. - Die Refinanzierbarkeit der Pflege zu berücksichtigen.
<p><u>Zuständigkeit</u> HL und Anbieter, Gesetzgebung u.a.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Es sollten Anreize für das Pflegepersonal durch Hansestadt Lübeck im Allgemeinen und durch die anderen städtischen Einrichtungen geschaffen werden. - Pflegekräfte könnten durch Ihre Tätigkeit mehr Rentenpunkte erhalten. - Die Beiträge zur Pflegekammer sollten durch den Arbeitsgeber zu leisten sein.
<p><u>Zuständigkeit</u> Anbieter, Land, u.a.</p>	<p>Arbeitszeiten:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Es sollten mehr Möglichkeiten für flexible Arbeitszeiten geben. - Der Arbeitstag für Pflegekräfte sollten höchstens sechs Stunden betragen (Experiment Schweden). - Andere Arbeitszeitmodelle wie 12 Stunden Dienste oder z.B. 4 Tage früh, 4 Tage spät, 4 Tage frei sind zu prüfen. - Es könnte pro Jahr fünf Tage mehr Urlaub geben. - Bessere Entlohnung, wie ist das kommunal umsetzbar - Sollte die Zeitarbeit in der Pflege abgeschafft werden? - Vorgezogene Altersrente wäre zu prüfen.
<p><u>Zuständigkeit</u> HL u.a.</p>	<p>Kitaanbindung</p> <ul style="list-style-type: none"> - Die Kinderbetreuung für Pflegekräfte ist sicherzustellen. - Die Rahmenbedingungen für die Kitabetreuung sind zu verbessern. Mit den Kitas könnten Kooperation geschlossen werden. - Pro Stationäre Einrichtung könnte es ggfs. eine angegliederte KITA geben. - Kitaplätze für Pflegefachkräfte könnten bezuschusst werden.
<p><u>Zuständigkeit</u> Bund, Land, Gesetzgebung u.a.</p>	<p>Verhältnis Fachkraft – Hilfskraft, Personalfragen, Ausbildung:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Arbeitsprozesse sind neu zu strukturieren. Bestimmte Tätigkeiten könnten an Hilfskräfte delegiert werden. - Wer macht was und warum in der Pflege? - Pflegeassistenten als Pflegefachkräfte? - Die Tätigkeiten einer "Fachkraft" sind neu zu definieren. Was bedeutet das? Wie hat sich der Beruf entwickelt? Was bedeutet Fachkraftpflege in Zukunft. Durch Aufgabenabgabe sind die Fachkräfte zu entlasten. - Absenkung der Fachkraftquote bei gleicher Personalstärke. - Qualifikationen sind zu hinterfragen. - Personelle Rahmenbedingungen sind über den Personalschlüssel zu verbessern. - Arbeitserleichterung durch Digitalisierung. - Schaffung einer trägerübergreifenden Personalaquisitionagentur, Fokus: Fachkräfte aus dem Ausland - Ausbildungsinhalte und Aufgabenspektrum in der Pflege muss übereinstimmen

Zuständigkeit
HL, Bund u.a.

Werbung und Fachkräfteakquisition

- Besuche von Grund- und weiterführenden Schulen
- Schultag - Soziales Engagement initiieren
- Sensibilisierung der Jugend - Treffen mit Senioren
- Verpflichtendes "Freiwilliges" soziales Jahr
- Pflege muss attraktiver werden, ansonsten Entzug von Fachkräften
- Nachhaltigkeit ist zu beachten.
- ÖPNV oder z.B. Museen könnten für Pflegekräfte kostenfrei sein.

Zuständigkeit
Bund, HL u.a.

Ausbildung

- Duales Ausbildungssystem
- Ausbildungsinhalte sind anzupassen.
- Kommunale ambulante Pflegedienste sollen ausbilden.
- Kennzahlenvergleiche zu anderen Städten sind zu ermitteln (am Beispiel der Tagessätze)
- NL Modellprojekt: Budgetverhandlungen nicht gebunden an Leistungskomplexe - Sozialraumorientierung
- Das System der Anbieter muss durchleuchtet werden.
- Mit Übernahme weiterer Tätigkeiten ist eine zusätzliche Weiterqualifizierung der Hilfskräften erforderlich. Es muss mehr Ausbildung geben.
- Kenntnisprüfung oder Anpassungslehrgänge sind anzubieten

9.3 Handlungsfelder

Vorgehensweise

Die im folgenden dargestellten Handlungsempfehlungen basieren einerseits auf den im Bericht ermittelten Daten, Darstellungen, Statistiken und Prognoseergebnissen, andererseits auf den im Workshop Pflege gesammelten Vorschlägen und Ideen der Expertenrunde aus Politik und Pflege. Letztere wurden jedoch nicht eins zu eins übernommen, sondern von einer internen kommunalen Arbeitsgruppe des Bereichs Soziale Sicherung (s.a. Impressum) aufgearbeitet, gruppiert und bewertet. Nicht alle Ideen konnten demzufolge in konkrete Handlungsempfehlungen überführt werden. Um diesen Prozess jedoch transparent zu halten, wurden alle Vorschläge aus dem Workshop im vorherigen Kapitel vollständig aufgelistet.

Daneben wurden die Fachbereiche der Stadtverwaltung hinsichtlich der Realisierbarkeit diverser Handlungsempfehlungen beteiligt

Die folgenden Handlungsempfehlungen sind nicht als einzige und endgültige Handlungsoption zu sehen, sondern werden in Zukunft der Überarbeitung durch andere Experten, seitens der Politik oder von den in der Praxis tätigen Menschen zu erweitern und zu modifizieren sein. Eine Handlungsempfehlung greift diesen Gedanken bereits auf und fordert bei zukünftigen Planungsprozessen eine weitergehende Beteiligung bzw. eine umfassende partizipative Vorgehensweise in der Erstellung von Berichten oder der Formulierung von Handlungsempfehlungen.

Den folgenden konkreten Handlungsempfehlungen sind einige grundsätzliche Handlungsansätze vorangestellt.

Grundsätzliche Handlungsmöglichkeiten zur Beseitigung des Fachkräftemangels

Zur Behebung des Fachkräftemangels bestehen grundsätzliche Handlungsmöglichkeiten in folgenden Bereichen:

1. In der Altenpflege arbeiteten nach BA-Angaben im Juni vergangenen Jahres 56 Prozent in Teilzeit, in der Krankenpflege 44 Prozent. In allen anderen Berufen liegt dieser Anteil dagegen im Schnitt nur bei 28 Prozent. Das vorhandene Pflegepotential muss kräftesparend und effizient eingesetzt werden, um weitere Verschleißerscheinungen zu vermeiden. Wie können Kliniken und Pflegeeinrichtungen ihre Mitarbeiter/innen halten? Die Organisation der Arbeitsabläufe, die Erleichterung der Arbeit u. a durch eine weitere Digitalisierung und eventuelle Einführung von Robotik ist zu prüfen. Es bleibt jedoch die große Zukunftsaufgabe, wie das im Einzelnen umzusetzen ist und wie Teilzeitbeschäftigte in der Pflege dazu ermuntert werden können, ihre Arbeitszeit zu verlängern, wie die Vereinbarkeit von Familie und Beruf herzustellen ist und der Beruf wieder der eigenen Berufung folgend ausgeübt werden kann,.
2. Es ist eine weitere Zuwanderung von ausländischen Fachkräften notwendig. Diese Vielfalt ist aktiv zu managen. Die Anerkennung von ausländischen Abschlüssen und die Vermeidung von Sprachbarrieren sind hier u.a. als Problembereiche zu nennen. Angesichts der dramatischen Lage setzt die Bundesagentur inzwischen wieder verstärkt auf die Anwerbung ausländischer Pflegekräfte. Im Rahmen des Programms „Triple Win“ wirbt die Behörde in Zusammenarbeit mit der Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit (GIZ) seit 2013 Pfleger aus Bosnien-Herzegowina, Serbien, den Philippinen und Tunesien an. Seit dem Start des Projekts seien bereits 2000 Pflegekräfte an deutsche Pflegeheime vermittelt worden. Bis zum Jahresende 2019 sollen es nach Angaben der Bundesagentur für Arbeit 3000 Personen sein.
3. Die Potentiale des einheimischen Arbeitsmarktes sind zu erschließen. Vollzeit statt Teilzeit, die Reaktivierung ehemaliger Pflegekräfte und eine Senkung der Schul- und Ausbildungsabbrüche sind erforderlich. Generell ist die Zahl der Beschäftigten durch eine verbesserte Attraktivität der Pflegeberufe zu erhöhen.

**Handlungsfeld
Nr. 1**

**Verkehrs-
Situation der
Ambulanten
Pflegerdienste**

Im ersten Handlungsfeld geht es um die Forderungen der ambulanten Pflegedienste an die Lübecker Bürgerschaft. Sie sind das Ergebnis eines ersten Hearings der ambulanten Pflegedienste in Zusammenarbeit mit dem Sozialausschuss der Lübecker Bürgerschaft. Dies auch im Hinblick auf die Konzertierte Aktion Pflege der Bundesregierung und deren Anwendbarkeit in der Hansestadt Lübeck.

Durch die ambulanten Pflegedienste werden diverse Punkte benannt, die ihnen die Versorgung von Pflegebedürftigen tatsächlich und wirtschaftlich erschweren.

Auch dem Bereich Soziale Sicherung ist bekannt, dass eine ambulante Versorgung von Pflegebedürftigen in Lübecker Randgebieten wie dem Priwall, Wulfsdorf oder Vorrade zunehmend schwierig ist.

Handlungsempfehlung:

Die Erleichterung der Verkehrssituation für die ambulanten Pflegedienste wird im weiteren Verfahren hinsichtlich der grundsätzlichen Umsetzbarkeit und der finanziellen Auswirkungen verwaltungsseitig geprüft. Hierbei sind insbesondere die konzertierte Aktion Pflege der Bundesregierung und deren Anwendbarkeit in der Hansestadt Lübeck zu berücksichtigen.

**Handlungsfeld
Nr. 2**

**Trendstudie
Pflege der Zu-
kunft, Entwick-
lung neuer
Wohnmodelle**

Der Pflegesektor steht angesichts der anhaltenden Alterung der Bevölkerung vor großen Herausforderungen. Umso wichtiger ist es, gesellschaftliche Trends und geeignete Pflegeinnovationen zu entwickeln, damit pflegebedürftige Menschen auch in Zukunft gut versorgt sind und pflegende Angehörige sowie auch die professionellen Helfer entlastet werden. Die tradierten Formen der Pflege müssen auch angesichts der sich ändernden Ansprüche in der Nachfrage hinterfragt, weiter entwickelt und ergänzt werden.

Zentral geht es darum, über aktuelle Entwicklungen zu informieren und dabei gleichzeitig Ihre Einschätzungen als pflegebedürftige Menschen, als pflegende Angehörige, als beruflich Pflegende oder als interessierte Bürger in die Entwicklung von Zukunftsbildern zur Pflege von morgen einzubinden.

Handlungsempfehlung:

Neue Formen der Pflege in einem partizipativen Prozess unter Berücksichtigung der gesetzlichen Möglichkeiten entwickeln wie:

- Wohngruppenmodelle
- Das Buurtzorg-Modell (s. nächste Seite)
- Rückkehr der Altenheime ?

**Handlungsfeld
Nr. 3**

(Ergänzend zu 2)

**Kommunaler
Pflegedienst**
(nach dem Buurtzorg-Modell)

Pflegenotstand, Fachkräftemangel... die Versorgungslage für Menschen mit Pflegebedarf gestaltet sich bekanntlich immer schwieriger. Insbesondere für diejenigen in Lübecker Randgebieten (z. B. Priwall, Wulfsdorf) und Menschen mit Pflegebedarf und gleichzeitigen Zugangsschwierigkeiten stellt sich die Versorgung mit einem Pflegedienst/Haushilfeanbieter als problematisch dar. Hinzu kommen Menschen, für die sich wegen eines MRSA Keims, wegen Sucht oder Unzumutbarkeit der Wohnung, eine Versorgung nicht einfach gestalten lässt.

Um Versorgungslücken vorzubeugen sollte deshalb geprüft werden, einen kommunalen Pflegedienst einzurichten. Dieser hätte die Aufgabe, im Rahmen der Daseinsfürsorge auch schwierig zu vermittelnde Zielgruppen zu versorgen und diese Lücken in der Versorgung zu schließen.

Die Idee eines kommunalen Pflegedienstes wurde bereits auf dem Workshop zur Erstellung des Pflegebedarfsplans im April 2019 formuliert, u. a. auch um einen Qualitätsstandard in der ambulanten Pflege zu schaffen. Um diese und noch weitere auf diesem Workshop entstandene Ideen und Erkenntnisse umzusetzen, wird darüber hinaus empfohlen, den Aufbau eines kommunalen Pflegedienstes im Sinne des Buurtzorg-Modells (<https://www.buurtzorg-deutschland.de/>) aus Holland zu prüfen. Auf dieses Modell wurde im Workshop mehrfach verwiesen.

Im Workshop wurde zum Thema „ambulante Pflege“ weiterhin vorgeschlagen mehr präventiv tätig zu werden, mehr auf Beratung und Gesunderhaltung abzu zielen. Ebenfalls wurden Sozialraumorientierung, Quartiersmanagement, die ehemals vorhandene Gemeindegemeinschaft, Nutzung von Netzwerken und Stärkung der Nachbarschaft als wichtige bzw. zu stärkende Themenfelder genannt.

Diese Punkte werden durch das Buurtzorg-Modell aufgegriffen. Der Patient wird ganzheitlich gesehen, man hat wieder mehr Zeit für ihn. Es wird in kleinen selbstorganisierten Teams gearbeitet, die oft dabei helfen, ein Netzwerk von Unterstützern/Nachbarn zu organisieren. Ziel ist es, die Selbstständigkeit jedes Menschen so lange wie möglich zu fördern und zu erhalten. Buurtzorg hat mit den Pflegekassen ein anderes Abrechnungsmodell verhandelt und ist damit freier darin, welche Leistungen beim Patienten erbracht werden. Die Pflegekraft entscheidet gemeinsam mit dem Patienten und den Angehörigen über die Pflege, wenn nötig jeden Tag neu. Darüber hinaus wird basierend auf den Leitprinzipien Einfachheit, Vertrauen, Autonomie, Kreativität und Zusammenarbeit, mit dem Buurtzorg-Gedanken ein Arbeitsmodell geschaffen, von dem nicht nur die Menschen mit Pflegebedarf, sondern auch Pflegefachkräfte profitieren. Die Rahmenbedingungen zur Pflegeerbringung sind so organisiert, dass der Beruf Pflegefachkraft wertschätzend und sinnverbunden, wieder der eigentlichen Berufung folgend, ausgeübt werden kann.

Ein Arbeitsmodell nach dem Buurtzorg-Modell würde deshalb auch den Beruf der Pflegefachkraft in diesem Sinne attraktiver machen und dem Fachkräftemangel entgegenwirken. Der kommunale Pflegedienst könnte zudem als Ausbilder für Nachwuchs im Pflegeberuf sorgen.

Handlungsempfehlung:

Prüfung zur Einrichtung eines kommunalen Pflegedienstes nach dem Buurtzorg-Modell unter Heranziehung des Gesichtspunktes der Finanzierung und unter Berücksichtigung der Vision 2030.

**Handlungsfeld
Nr. 4**

**Bedarfsplanung/
Prognose**

Die Pflegebedarfsplanung basiert hinsichtlich des Datenmaterials im Wesentlichen auf vier statistischen Säulen:

1. Interne kommunale Sozialstatistiken aus den Verwaltungsregistern (quartalsweise bzw. monatlich)
2. Arbeitsmarktdaten zur Pflege (monatlich bzw. Sonderauswertungen auf Anforderung)
3. Amtliche Pflegestatistik des Statistischen Landesamtes (alle zwei Jahre, 2015, 2017 etc)
4. Kommunale Bevölkerungsprognose als Grundlage einer integrierten Sozialplanung (alle fünf Jahre, 2015, 2020 etc)

Zur Beobachtung der Pflegesituation ist einerseits ein zeitnahes Monitoring erforderlich, andererseits erfordern zukunftsorientierte Bedarfsabschätzungen einen gewissen Arbeits- und Berechnungsaufwand, der trotz EDV-technischer Erleichterungen aus personellen und auch finanziellen Gründen nicht jährlich geleistet werden kann.

Es wird daher ein Beobachtungssystem auf zwei Ebene favorisiert:

1. Die bereichsinternen Quartalszahlen/Monatszahlen, die monatlichen Arbeitsmarkt- bzw. Beschäftigtenzahlen der Bundesagentur für Arbeit und die zweijährlich erscheinende Pflegestatistik sind in einem statistischen Beobachtungssystem zeitnah nach Fertigstellung bzw. Veröffentlichung zu erfassen und allgemein zugänglich zu machen.
2. Die Prognose des zukünftigen Pflegebedarfs erfolgt in Anlehnung an die Publikation der Ergebnisse der Bevölkerungsprognose der kommunalen Statistikstelle in regelmäßigen Fünf-Jahres-Abständen. Die Vorausschätzungen werden sich aufgrund der vorhandenen demographischen Struktur jährlich nicht wesentlich ändern, sondern bedürfen nur mittelfristig (d.h. hier alle fünf Jahre) ggfs. einer Anpassung der prognostizierten Werte.

Handlungsempfehlung:

Statistische Daten zur Entwicklung in der Pflege sind auf einer Internetplattform aktuell bereitzustellen. Der Pflegebedarfsplan wird alle fünf Jahre aktualisiert. Idealerweise erfolgt die Veröffentlichung der Pflegebedarfsprognose zeitnah in Bezug zur Fertigstellung der kommunalen Bevölkerungsprognose.

**Handlungsfeld
Nr. 4a**

(Ergänzend zu 3)

**Partizipatives
Verfahren
zur
Berichter-
stellung**

Der Pflegebedarfsplan basiert im Wesentlichen auf der Auswertung von statistischen Daten und den auf dem Workshop im April 2019 erlangten Erkenntnissen, Schlussfolgerungen und Handlungsempfehlungen von teilnehmenden Expertinnen und Experten, Interessensvertretungen und Vertreter/innen aus der Politik (s. 9.2 des Berichts). Die im Bericht enthaltenen Handlungsempfehlungen werden zur weiteren Verfolgung in die Politik und die Öffentlichkeit gegeben werden. Für eine nachhaltige, ganzheitliche und an den Bürger/innen und der Zukunft Lübecks orientierte Pflegebedarfsplanerstellung werden große Chancen darin gesehen, das Verfahren zur Berichterstellung und Erarbeitung von Handlungsempfehlungen über den gesamten Erstellungsprozess hin transparent und partizipativ mit allen Akteur/innen der Stadt gemeinsam zu gestalten.

Die Bürger/innen, Politik, Interessenvertretungen, Expert/innen und Verwaltung können so in einem ko-kreativen Prozess gemeinsam unter Nutzung aller Potenziale der Stadt die zukünftigen Bedarfe zum Thema Pflege in Lübeck feststellen und ebenso die zur Deckung der Bedarfe erforderlichen und umsetzbaren Handlungen erarbeiten.

Handlungsempfehlung:

Erarbeitung eines ganzheitlich partizipativen ko-kreativen Prozesses zur Erstellung des nächsten Pflegebedarfsplans in der Hansestadt Lübeck unter Beteiligung aller Akteurinnen und Akteure der Stadt.

**Handlungsfeld
Nr. 5**

Internet

Wenn pflegebedürftige Menschen oder deren Angehörige nach einer stationären Pflegeeinrichtung suchen oder die Unterstützung eines ambulanten Pflegedienstes in Anspruch nehmen wollen, sollten diese Informationen auf den Internetseiten der Hansestadt Lübeck in Form eines strukturierten Internetauftritts abrufbar sein. Hier wären nicht nur fachliche Informationen, sondern auch Adresslisten zu den vor Ort vorhandenen Einrichtungen sinnvoll.

Im Internet finden sich inzwischen diverse Informationsportale, die über die Angabe einer PLZ oder eines Ortes, die lokal vorhandenen Einrichtungen mit zum Teil detaillierten Einzelinformationen auflisten.

Die Seiten von AOK, BKK oder des Verbandes der Ersatzkassen bieten wertvolle Dienste an und seien hier beispielsweise erwähnt:

www.aok-pflegedienstnavigator.de

www.bkk-pflegefindex.de

www.pflegelotse.de

Kommunale Eigenentwicklungen wären hier gar nicht mal notwendig, doch sollte ein eigener Internetauftritt der Stadt zur Pflege auf diese Seiten verweisen. Auch die Verlinkung auf andere Informationsportale, wie z.B. die des Landes Schleswig-Holstein wäre sicherlich sinnvoll.

In diesem Internetportal der Stadt sollten auch die diversen tabellarischen Auflistungen und Informationsblätter des Lübecker Pflegestützpunkte abrufbar sein:

- Ambulante Pflegedienste in Lübeck
- Entscheidungshilfe für die Auswahl eines ambulanten Pflegedienstes
- Häusliche Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson nach § 39 SGB XI
- Stationäre Pflegeeinrichtungen in der Hansestadt Lübeck
- Leistungskomplexe der ambulanten häuslichen Pflege in Schleswig-Holstein

- Die Pflegeversicherung: Antragstellung, Voraussetzungen und Leistungen
- Vereinbarkeit von Pflege und Beruf, Pflegezeit und Familienpflegezeit
- Angebote für pflegende Angehörige
- Hausnotrufanbieter
- Haushaltshilfen, Hilfen bei der Bewältigung des Alltags
- Wohnen mit Service / Betreutes Wohnen in der Hansestadt Lübeck
- Mahlzeitendienste

Diese Informationen sollten für folgende Personengruppen auch zielgruppenspezifisch aufbereitet werden:

- pflegebedürftige Kinder und ihre Familie
- pflegebedürftige Geflüchtete
- pflegebedürftige psychisch- und Suchterkrankte

Handlungsempfehlung:

Erstellung eines kommunalen Internetauftritts zur Pflege mit Darstellung der relevanten kommunalen Informationen und zusätzlicher Verlinkung auf die Seiten des Landes bzw. der Pflegekassen für ergänzende Informationsangebote. Die Internetredaktion der Hansestadt Lübeck wäre bei einer Konzeption der Seite frühzeitig zu beteiligen.

**Handlungsfeld
Nr. 5a**

Ergänzend zu 5

Soziale Medien

Ergänzend zu einem kommunalen Internetauftritt zur Pflege wurde angeregt, ob der Einsatz weiterer digitaler Angebote in Frage kommt, wie bspw. die Nutzung von Facebook oder Twitter-Accounts.

In Zukunft werden immer mehr Bürger von Informationen auf Papier (Flyer, Zeitungen, Broschüren) hin zu digitalen Informationen wechseln. Ein Teil der Pflegebedürftigen, sowie die jüngeren Verwandten von Pflegebedürftigen nutzen schon jetzt überwiegend die digitalen Medien/das Internet auf der Suche nach Informationen.

So könnten zum Beispiel die neuen digitalen Informationskanäle aktiv von der HL bzw. dem Bereich Soziale Sicherung genutzt werden, um Informationen zu Neuerungen/Änderungen, Angeboten, Terminen und allgemein Informationen zum Thema Pflege nach außen zu streuen. Diese könnten an den Bereich Presse- und Öffentlichkeitsarbeit weitergegeben werden, welche Sie redaktionell aufbereitet und über ggfs. einzurichtende Blogs, Twitter-, Facebook-Accounts o. ä. ausgibt.

Die HL kann sich so serviceorientierter aufstellen, indem sie Informationen aus verschiedenen Bereichen an interessierte Bürger:innen aktiv ausgibt (im Blog-Abo, Newsletter o. ä.) und die Bürger:innen nicht mehr selbst suchen bzw. nachschauen müssen, ob es Neuigkeiten, Änderungen usw. gibt.

Handlungsempfehlung:

Derzeit betreibt die Hansestadt Lübeck keine derartigen Kanäle, da dies datenschutzrechtlich nicht erlaubt ist. Insofern kann der Vorschlag, Informationen auch per Twitter und Co. zu verbreiten, derzeit nicht umgesetzt werden. Nach Vorlage des Urteils eines noch ausstehenden Gerichtsverfahrens wird es dazu vermutlich Klarheit geben.

<p>Handlungsfeld Nr. 6</p> <p>Sozialraum- orientierung: Quartiers- bezogene Angebote</p>	<p>Der Siebte Altenberichtscommission der Bundesregierung der unter der Überschrift „Sorge und Mitverantwortung in der Kommune – Aufbau und Sicherung zukunftsfähiger Gemeinschaften“ steht, hebt die besondere Bedeutung der kommunalen Daseinsvorsorge und die sozialräumliche Orientierung hervor. Neben konkreten eigenen Angeboten der Kommune kommt der Steuerung durch die Kommune eine besondere Bedeutung zu.</p> <p>Mit Blick auf die Sozialraumorientierung ist u.a. die Vernetzung der professionellen und ehrenamtlichen Ressourcen in Wohnquartieren auch in der Pflege ein zentrales Anliegen. Ein Hilfe-Mix im Sinne lokaler sorgender Gemeinschaften in regionalen sozialen Räumen unterstützt die Bemühungen, ambulante Versorgung im vertrauten Wohnumfeld sicherzustellen. Dies gilt es zu fördern.</p> <p><u>Handlungsempfehlung:</u> Hierzu bedarf es der Bedarfsanalysen pro Quartier, der Partizipation der Einwohnerschaft und generell eines quartiersbezogenen Informationsmanagements.</p>
<p>Handlungsfeld Nr. 7</p> <p>Kurzzeit- pflegeplätze</p>	<p>Kurzzeitpflegeplätze sind eine wichtige Übergangs- und Entlastungslösung für Pflegebedürftige und Ihre Angehörigen. Es gibt aber nicht genug davon. Oftmals sind viele Telefonate nötig, um einen Platz zu finden. Für spezialisierten Kurzzeitpflegebedarf besteht erst recht ein Versorgungsengpass.</p> <p>Die Platzzahl für Kurzzeitpflege muss daher ausgeweitet sowie ein Angebot für spezialisierte Kurzzeitpflege geschaffen werden. Hier wäre auch an eine solitäre Kurzzeitpflegeeinrichtung zu denken, die es in Lübeck bisher noch gar nicht gibt. Durch solche Einrichtung würde es möglich werden, Kurzzeitpflegeaufenthalte auch sicher planen zu können. Eine besondere Entlastung würde für pflegende Angehörige eintreten, die ihre Auszeiten langfristig sicher planen könnten.</p> <p>Die Finanzierung solcher Kurzzeitpflegeplätze/Einrichtungen ist jedoch schwierig durch höheren organisatorischen und pflegerischen Aufwand sowie der saisonalen Schwankungen.</p> <p>Dies haben nun auch die Regierungsfractionen erkannt und einen entsprechenden Antrag in den Bundestag eingebracht mit dem die Kurzzeitpflege gestärkt werden soll.</p> <p><u>Handlungsempfehlung:</u> Abhängig vom weiteren Gesetzgebungsverfahren wäre die Schaffung einer Kurzzeitpflegeeinrichtung auch mit einem spezialisierten Bedarf für die Hansestadt Lübeck wünschenswert.</p>
<p>Handlungsfeld Nr. 8</p> <p>Wohnformen</p>	<p>In der Praxis ist festzustellen, dass es sich bei den heute älter werdenden Menschen nicht um eine homogene Gruppe handelt, dies wird insbesondere bei den Vorstellungen hinsichtlich der zukünftigen Wohnformen sehr deutlich. Zunehmend werden in der Praxis Wünsche hinsichtlich eines gemeinschaftlichen Wohnens in einer Wohngemeinschaft(WG) geäußert, vorerst ohne pflegerischen Bedarf. Das Zusammenleben soll in erster Linie der Kommunikation und der möglichen Unterstützung in Alltagsfragen dienen. Diesen Anfragen stehen bis heute nahezu keine Angebote gegenüber, ebenso wenig wie das Angebot einer „Koordinationsstelle“ hier direkt in Lübeck.</p> <p>Auch stellt sich in der Praxis nicht selten ein Bedarf an stationären Angeboten heraus, die nicht den Charakter eines Pflegeheimes, sondern vielmehr die Anforderungen eines Altenheimes erfüllen. Das Wohnen mit Service macht einen hohen Grad an Selbstständigkeit erforderlich, das Pflegeheim setzt eine Pflegebedürftigkeit voraus. Es gibt jedoch zunehmend alleinstehende Menschen, die isoliert in ihren Wohnungen leben, die mit der Haushaltsführung trotz Unterstützung durch Haushaltshilfen oder Mahlzeitendienste stark überfordert sind und für sich keine Struktur im Alltag finden.</p>

Diese fehlende Struktur führt zu weitreichenden Problemen, die durch ein stationäres Angebot möglicherweise gut aufgefangen werden könnten. Eine tägliche Ansprache, ein regelmäßiges, warmes Essen in Gemeinschaft und schnelle Unterstützung (z.B. beim Sturz) könnten zu einem Erhalt der Selbstständigkeit und Vermeidung von Pflegebedürftigkeit auf längere Sicht führen. Dies könnte auch in einigen Einrichtungen oder im Wohnen mit Service mit Anbindung an ein Pflegeheim einen Synergieeffekt haben, wenn die mobileren und kognitiv nicht so stark eingeschränkten Personen am gemeinsamen Mittagstisch teilnehmen würden.

Das Wohnen mit Service oder betreutes Wohnen erfreut sich einer großen Beliebtheit, der Bedarf ist hoch, das Angebot nicht ausreichend. Viele Menschen versprechen sich von diesem Angebot eine „Teilversorgung“ und das Gefühl, jemanden immer als Ansprechpartner:in vor Ort zu haben. Die Gemeinschaftsangebote wie ein stationärer Mittagstisch, gemeinsame Angebote im Freizeitbereich etc. werden als häufige Gründe benannt. Hintergrund der Anfragen ist jedoch auch nicht selten, dass die Menschen in nicht altersgerechten Wohnungen leben und mit dem Umzug in betreutes, altersgerechtes Wohnen den Gedanken an ein weiterhin selbstbestimmtes Wohnen verknüpfen.

Handlungsempfehlung:

Das Angebot in diesem Sektor muss erheblich erweitert und auch an die Bedürfnisse der Menschen angepasst werden.

**Handlungsfeld
Nr. 9**

Weiterentwicklung von Betreuungs- und Entlastungsleistungen

Die Entwicklung, Anerkennung und Finanzierung von niedrigschwelligen Betreuungs- und Entlastungsleistungen zur Unterstützung im Alltag ist in Schleswig – Holstein in der „Landesverordnung zur Anerkennung und Förderung von Angeboten zur Unterstützung im Alltag“ (Alltagsförderungsverordnung – AföVO 2017) geregelt.

Die Praxis zeigt, dass durch die jetzige Verordnung hohe bürokratische Hürden zur Schaffung und Inanspruchnahme dieser niedrigschwelligen Leistungen, hier insbesondere der Nachbarschaftshilfe, geschaffen wurden.

Die Verordnung befindet sich seit fast zwei Jahren in der Überarbeitung.

Handlungsempfehlung:

Es sind alle kommunalen Einflussmöglichkeiten auszuschöpfen um die Überarbeitung zu beschleunigen und so dieses Hilfeangebot niedrigschwelliger zu gestalten.

**Handlungsfeld
Nr. 10**

Stationäre Einrichtung für junge Erwachsene

Die Daten zur altersspezifischen Pflegebedürftigkeit zeigen, dass rund fünfhundert Pflegebedürftige im Alter zwischen 25 und 55 Jahren sind, von denen sich aktuell rd. 60 in einer stationären Pflegeeinrichtung befinden. Eine steigende Anzahl junger Erwachsener mit einem hohen Anteil an Pflegebedürftigkeit in den Pflegeeinrichtungen für ältere Menschen wird seitens der Heimaufsichtsbehörde im Rahmen ihrer Überprüfungstätigkeit bestätigt. Wegen Fehlens einer solchen adäquaten Einrichtung ist eine anderweitige Unterbringung derzeit nicht möglich.

Diese Menschen fühlen sich in den Pflegeeinrichtungen nicht wohl. Die Formen der Beschäftigung und Therapie müssen andere Schwerpunkte haben.

Handlungsempfehlung:

Der Bedarf ist zu quantifizieren und zu verifizieren. Für ein bedarfsgerechtes Angebot ist zu sorgen.

10 Zusammenfassung

steigender Pflegebedarf - weniger Personal	<p>Aufgrund der demographische Entwicklung steht der zunehmenden Zahl an Pflegebedürftigen tendenziell immer weniger Pflegepersonal gegenüber, denn die Zahl der Personen im erwerbsfähigen Alter wird mit dem Ausscheiden der geburtenstarken Jahrgänge der Baby-Boomer-Generation aus dem Arbeitsmarkt generell rückläufig sein. Daher gilt es generell, das vorhandene Personal zu halten, bestehende Potentiale zu aktivieren bzw. die Anwerbung ausländischer Fachkräfte voranzutreiben.</p> <p>Die zukünftigen kommunalen Pflegebedarfe sind unter Beobachtung der demographischen Entwicklungen und anhand statistischer Methodik. regelmäßig zu ermitteln. Ebenso sind die Entwicklungen auf dem Arbeitsmarkt zu beobachten.</p>
Gesetzgebung	<p>Die allgemeinen Rahmenbedingungen in der Pflege sind im Gesetzgebungsverfahren auf Bundes- bzw. Länderebene zu verbessern. Hier gab es in der Vergangenheit mit den Pflegestärkungsgesetzen, dem Pflegeberufegesetz oder dem Gesetz zur Stärkung des Pflegepersonals bereits diverse Bemühungen. Weitere Gesetze sind in Arbeit und werden auch benötigt, um dem Pflegeotstand zu begegnen.</p>
Verbleib in der eigenen Wohn- ung fördern	<p>Auf kommunaler Ebene kommt den Wohnungsgesellschaften die Aufgabe zu, Wohnformen zu ermöglichen, die die Unterbringung in einer stationären Einrichtung schon im Vorfeld vermeidet. Barrierefreie Wohnungen, Wohngemeinschaften, Mahlzeitendienste, Haushalts- bzw. Alltagshilfen, Hausnotrufsysteme bzw. ambulante Pflegedienste sollen das Verbleiben in der eigenen Wohnung so weit wie möglich gewährleisten.</p>
Gestaltung der stationären Ein- richtungen	<p>Die stationären Einrichtungen bedürfen einer Imageaufwertung. Die Einrichtungen sollten zukünftig durchmischte Strukturen aufweisen, nicht nur hinsichtlich der Wohnformen sondern auch hinsichtlich diverser Dienstleistungsangebote in der Einrichtung oder im näheren Wohnumfeld. Zugordnete Kita-Einrichtungen, weitere Dienstleistungsangebote für die gesamte Bevölkerung in z.B. Form von Gesundheits- oder Beratungszentren wären hier denkbar.</p>
Sozialraum- orientierung	<p>Eine zentrale Aufgabe der Kommunen könnte hier in der Stärkung der Stadtteilzentren liegen, durch Förderung von Gesundheitszentren, Einkaufsmöglichkeiten, städtischer Dienstleistungen in Form von Stadtteilbüros oder Beratungsstellen bzw. Unterstützungsangeboten z.B. für pflegende Angehörige. Die Bündelung der Angebote, eine gegenseitige Ergänzung und eine Vernetzung der Angebote im Wohnquartier ist hierzu erforderlich.</p>
Rolle kommunaler Angebote in der Pflege	<p>Vor dem Hintergrund der Gesamtherausforderung gewinnen kommunale Angebote in der Pflege im Rahmen der Daseinsvorsorge an Bedeutung. Dies spiegelt sich auch in der Fachdiskussion wieder und ist vergleichbar mit der Bedeutung kommunaler Wohnungsunternehmen für den Wohnungsmarkt. Neben den stationären Angeboten könnte die Stadt zukünftig beispielsweise auch mit einem kommunalen Pflegedienst als Akteur auftreten.</p>
Wie machen es andere Kommu- nen?	<p>Grundsätzlich sind Best-Practice-Beispiele aus anderen Kommunen hinsichtlich Ihrer Übertragbarkeit auf Lübeck zu prüfen und ggfs. in Form von Pilotprojekten umzusetzen.</p>
Ausblick	<p>Die in diesem Bericht und im Workshop ermittelten und dargestellten Handlungsempfehlungen sind nicht endgültig und auch nicht ausschließlich. Sie bilden eine Diskussionsgrundlage und werden zukünftig und laufend um weitere Handlungsoptionen ergänzt werden müssen.</p>

11 Literatur und Quellen

- Bertelsmann Stiftung (2012): Themenreport „Pfleger 2030“. Was ist zu erwarten – was ist zu tun?
- Bundesagentur für Arbeit (2018): Arbeitsmarktsituation im Pflegebereich. Reihe: Blickpunkt Arbeitsmarkt. Nürnberg.
- Consulting für Steuerung und soziale Entwicklung GmbH (2017): Leistungen der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderung in Schleswig-Holstein. Bericht 2016. Benchmarkingkreis Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderung in Schleswig-Holstein. Hamburg.
- Eurostat (2018): Lebenserwartung bei der Geburt nach Geschlecht.
http://ec.europa.eu/eurostat/web/products-datasets/-/sdg_03_10, Stand 15.05.2018.
- Fritz Beske Institut für Gesundheits-System-Forschung (Hrsg.) (2012): Versorgungsprognose 2060. Leistungs- und Ausgabenentwicklung in der Gesundheitsversorgung und in der Versorgung Pflegebedürftiger. Kiel.
- Hansestadt Lübeck (2018): Bevölkerung. Lübeck in Zahlen 2017. Statistische Nachrichten. Kommunale Statistikstelle Lübeck.
- Hansestadt Lübeck (2017): Armuts- und Sozialbericht. Zwischenbericht 2015/2016. Fachbereich Wirtschaft und Soziales. Bereich Soziale Sicherung. Lübeck.
- Hansestadt Lübeck (2016): Wegweiser Demenz für Lübeck. Pflegestützpunkt der Hansestadt Lübeck in Kooperation mit dem Kompetenzzentrum Demenz in Schleswig-Holstein und der Alzheimer Gesellschaft Lübeck und Umgebung e.V., gefördert durch die Possehl Stiftung. Lübeck.
- Hansestadt Lübeck (2007): Lübecker Gesundheitsbericht. Mortalität und Todesursachen. Gesundheitsamt. Lübeck.
- Hospiz- und Palliativverband Schleswig-Holstein e.V. (2019): Aufgaben, Angebote und Leistungen.
<https://www.hpvsch.de/ueber-uns> (Zugriff: 18.09.2019)
- iGES Institut (2019): Quantifizierung der finanziellen Auswirkungen flächendeckender Tarife in der Altenpflege. Ergebnisse eines Forschungsgutachtens im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. Berlin.
- Institut für Angewandte Wirtschaftsforschung 2019: Schattenwirtschaftsprognose 2019. Tübingen.
- OECD (2019): OECD Statistik, Employment, Expected number of years in retirement by sex.
<https://stats.oecd.org/index.aspx?queryid=54758>, Zugegriffen 02.08.2019
- Pflegeberufekammer Schleswig-Holstein (2019): Jahresbericht 2018/2019. Neumünster.
- Kompetenzzentrum Demenz Schleswig-Holstein (Hrsg.) und Pflegestützpunkt in der Hansestadt Lübeck (2016): Wegweiser Demenz für Lübeck. Gefördert durch die Possehl-Stiftung. Lübeck.
- PricewaterhouseCoopers AG (2010) (Hrsg.): Fachkräftemangel 2030. Stationärer und ambulanter Bereich bis zum Jahr 2030. Frankfurt a.M.

- Rothgang H, Müller R (2018): Pflegereport 2018. Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Bd. 12, Barmer Ersatzkasse.
- Scholz, R.D. (2013): Demographischer Wandel: Sterblichkeit und Hochaltrigkeit. In: Statistisches Bundesamt, Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (Hrsg.): Datenreport 2013: Ein Sozialbericht für die Bundesrepublik Deutschland. Bonn: Bundeszentrale für politische Bildung.
- Stahmeyer et. al. (2018): Gesundheitsausgabenentwicklung und der Einfluss des demographischen Wandels. Eine Analyse von Daten der Gesetzlichen Krankenversicherung. Bundesgesundheitsblatt 2018, 61:432-441. Online publiziert.
- Statistische Ämter des Bundes und der Länder (2010) (Hrsg.): Demografischer Wandel. Heft 2 - Auswirkungen auf Krankenhausbehandlungen und Pflegebedürftige im Bund und in den Ländern. Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (2018): Gesundheitsausgaben.
<https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Gesundheit/Gesundheitsausgaben/Gesundheitsausgaben.html>. Zugegriffen 26.07.2018
- Statistisches Bundesamt (2017-1): Personal - Anzahl der Beschäftigten im Gesundheitswesen 2015 in Deutschland nach Berufen, Einrichtungen, Art der Beschäftigung, Alter und Geschlecht. Fachserie 12 Reihe 7.3.1. Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (2017-2): Sozialleistungen. Schwerbehinderte Menschen. Fachserie 13 Reihe 5.1. Wiesbaden.
- Statistisches Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein:
Statistische Berichte K I 1 – j Sozialhilfe
Statistische Berichte K I 13 – j Asylbewerberleistungen
Statistische Berichte K I 14 – j Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung
Statistische Berichte K II 8 – 2j/13 Pflegestatistik
- Zentrum für Qualität in der Pflege (2018) (Hrsg.): Aggression und Gewalt in der informellen Pflege. Eine quantitative Bevölkerungsbefragung pflegender Angehöriger. Berlin.

12 Stellungnahmen

2 - Wirtschaft und Soziales
530 - Gesundheitsamt

Lübeck, den 26.03.2020
Auskunft: Herr Dr. Michael Hamschmidt
Tel.: 5300; Fax: 5390
email: michael.hamschmidt@luebeck.de

2 - Wirtschaft und Soziales
500 - Soziale Sicherung

Pflegebedarfsplanung 2017 - 2030 Stellungnahme des Gesundheitsamtes

Das Gesundheitsamt begrüßt die nun die vorliegende Fortführung der Pflegebedarfsplanung bis ins Jahr 2030. Der Bericht liefert einen kompakten aber trotzdem vielfältigen Einblick in die derzeitige Pflegesituation in der Hansestadt Lübeck. Viele Datenquellen wurden erschlossen und in diesem Bericht erstmalig nebeneinander gestellt. Die Prognoseannahmen wurden nachvollziehbar dargestellt.

Angesichts der aktuellen Corona-Krisensituation erhält der Bericht nochmal eine besondere Bedeutung. Die in diesem Bericht dargestellte angespannte Pflegesituation dürfte sich aktuell weiter verschlechtert haben. Als Risikogruppe befinden sich die Pflegebedürftigen aber auch das Pflegepersonal in einer besonderen Ausnahmesituation.

Auch wenn die Handlungsempfehlungen angesichts der aktuellen Rahmenbedingungen eine Neubewertung erforderlich machen und in der Prioritätensetzung nicht mehr durchgehend aktuell sein dürften, sollte dieser Bericht – auch gerade wegen der Corona-Krise - nun zügig veröffentlicht werden.



Dr. Michael Hamschmidt

1.160 - Frauenbüro

Zeichen: ps

Lübeck, den 27.03.2020
Auskunft: Petra Schmittner
Tel.: 1601; Fax: 1620
e-mail: petra.schmittnerqluebeck.de

Hansestadt Lübeck, Pflegebedarfsplanung 2017-2030

hier: Stellungnahme des Frauenbüros dazu

Das Frauenbüro begrüßt die Vorlage des dritten Lübecker Pflegebedarfsplan für die Jahre 2017-2030. Wir halten die Planungen, in Zukunft wieder regelmäßiger (alle 2 bzw. 5 Jahre) und mit einem noch partizipativeren Ansatz zu berichten, für zielführend.

In der Pflege spielt das Geschlecht nach wie vor eine große Rolle, denn sowohl unter den Pflegebedürftigen (**62,5%**¹) als auch unter den Pflegepersonen (professionell: **84%** Frauen²; als pflegende Angehörige **2/3** Frauen³) sind Frauen nach wie vor deutlich in der Mehrheit.

Der Bedarfsplan rechnet mit einem **Anstieg der Pflegebedürftigen** zwischen 2017 und 2030 von 8.521 auf 9.256 (8,6%)⁴, bei gleichzeitigem Rückgang des „Pflegepotentials“ von 7% (1980) auf knapp über 3% (2022-2030)⁵ – *ohne dass hierbei bereits der Rückgang der Zahl der pflegenden Angehörigen berücksichtigt wurde.*

Die Zahlen im Bereich der **häuslichen Pflege durch Angehörige** (Pflegegeld) sollen der Prognose zufolge bei um die 3.600 Pflegebedürftigen in **etwa gleich bleiben**. In der **ambulant** Pflege werden bis 2030 rund **200 Plätze mehr** (1.747 auf 1.960), in der **stationären Pflege** rund **500 Plätze mehr** (3.146 auf 3.657) erwartet⁶.

Der Plan nutzt ein komplexes Modell für die Prognose-Berechnung, weist jedoch drauf hin, dass eine exakte Prognose schwierig ist⁷. **Veränderungen der Erwerbs- und Familienstrukturen** (mehr Ein-Personen-Haushalte, weniger Partnerschaften, höhere Kinderlosigkeit, steigende Frauenerwerbsquote, erhöhte Mobilität) **führen jedoch zu einem Absinken der familiären Unterstützung**⁸, einem Rückgang des Potentials pflegender Angehöriger⁹ und einem steigenden Anteil der „Pflege aus Distanz“ – und vermindern somit die Prognosegenauigkeit.

Pflegende Angehörige versorgen Großteil der Pflegebedürftigen – und sind armutsgefährdet

2005 wurden in Lübeck noch fast 3/4 (73%) der ambulant Pflegebedürftigen durch Angehörige, Nachbarn oder Freund:innen gepflegt¹⁰, 2017 waren es immerhin noch 2/3 (67%)¹¹.

¹ 2017 waren von 8.521 Pflegebedürftigen in Lübeck 5.327 Frauen (62%); bei den über-80jährigen rund 70%, bei den über-90jährigen 80% Frauen; Beim Pflegegeld lag der Frauenanteil bei „nur“ 54,2%, in der ambulanten Pflege bei 67% und in der vollstationären Pflege bei 70%, siehe: Hansestadt Lübeck, Soziale Sicherung, Pflegebedarfsplanung 2017-2030, S. 37. Bundesweit stellten Frauen 2015 64% der Pflegebedürftigen, siehe: 6. Bericht der Bundesregierung über die Entwicklung der Pflegeversicherung, S. 128.

² ebenda, S. 63.

³ ebenda, S. 40.

⁴ ebenda, S. 74.

⁵ ebenda, S. 41.

⁶ ebenda, S. 80.

⁷ ebenda, S. 72/ 79.

⁸ Die Zahl der pflegenden Angehörigen wird (...) in den kommenden Jahren bis 2050 um ca. 30% sinken“. siehe: Erster Gleichstellungsbericht der Bundesregierung (2012), S. 213.

⁹ Die Bertelsmann-Stiftung (2012) konstatiert einen bundesweiten Rückgang der Pflegegeldempfänger:innen zwischen 1999-2009 von 51 auf 45,6%, d.h. um 1% jährlich. siehe: Bertelsmann-Stiftung, Themenreport Pflege, Gütersloh 2012, S. 16/ 97.

¹⁰ Hansestadt Lübeck, Pflegebedarfsplan 2004-2014, Lübeck 2005: In Lübeck wurden damals landesweit 2,2 von 100-über-65-Jährigen durch ambulante Pflegedienste versorgt. (Geringster Wert in Schleswig-Holstein (Flensburg: 4,5).

¹¹ ebenda, S. 35; Die Zahl der Angehörigen, die die Pflege alleine übernehmen, ist bundesweit zwischen 2011 und 2017 von 1,18 Mio auf 1,76 Mio gestiegen, siehe: Statistisches Bundesamt, Eckdaten der Pflegestatistik 2017, Wiesbaden 2018, 4. Zeitreihe 2011-2017, S. 44; In Schleswig-Holstein ist der Anteil der Pflegebedürftigen, die alleine durch Angehörige gepflegt werden, im bundesweiten Vergleich mit 43,5% „niedrig“ (Bund: 51,7%); Angehörige stellten demnach 2017 landesweit 64,5% der Pflegenden „zu Hause“, siehe: Stat. Bundesamt, Pflegestatistik / Ländervergleich Pflegebedürftige, Pflegebedürftige nach Art der Versorgung in %, Wiesbaden 2018, S. 18.

Trotz des Rückgangs der Pflegegeldempfänger:innen weist der zweite Gleichstellungsbericht der Bundesregierung darauf hin, dass „der Anteil der Frauen und Männer, die Angehörige pflegen, steigt und damit die Zahl derjenigen, die Selbstsorge, Erwerbsarbeit und Pflege im Lebensverlauf ausbalancieren müssen.“¹² Laut des 1. Berichtes des unabhängigen Beirats für die Vereinbarkeit von Pflege und Beruf (2019) haben **44% der Hauptpflegepersonen**, die in der Mehrzahl weiblich und zwischen 45-64 Jahre alt sind¹³, ein **Haushaltseinkommen von unter 1.000 Euro**¹⁴. 42% waren (Schwieger-)Töchter oder – söhne, 28% Partner:innen, 14% Mütter/Väter, 9% sonstige Verwandte und 7% Nachbarn/Bekannte¹⁵. 50% sind nicht erwerbstätig, 19% arbeiten in Vollzeit, 15% in Teilzeit und 6% in Minijobs. Auf der anderen Seite erbrachte die häusliche Pflege 2016 eine Wertschöpfung von 37 Mrd Euro¹⁶. Jeweils rund die **Hälfte** der pflegenden Angehörigen geben als Gründe für die eigene Übernahme der Pflege an¹⁷:

1. **finanzielle Gründe** (Kosten für ambulante/stationäre Pflege zu hoch) und
2. dass „die pflegebedürftige Person von keiner anderen Person gepflegt werden möchte“.

Pflegende Angehörige, darunter viele Frauen, sind wg. Erwerbsunterbrechungen, -beendigung oder Teilzeitarbeit **von Armut betroffen oder bedroht**. Wie der Armuts- und Sozialbericht der Hansestadt Lübeck (2013 bzw. 2017) zeigt, stellten Frauen 2016 58% der Empfänger:innen von Grundsicherung im Alter. 2012 gab es 15.000 Frauen und 5.000 Männer in Lübeck, deren monatliche Rente unter 800 Euro lag¹⁸. Diese Folgen von Care-Arbeit (Kinderbetreuung/Pflege) gilt es zu vermeiden.

Professionelle Pflegeinfrastruktur benötigt

Eine gute Pflegeinfrastruktur ist (ähnlich einer guten Kinderbetreuungsinfrastruktur) für Angehörige, noch immer vorwiegend Frauen, zentrale Voraussetzung dafür, einer existenzsichernden Erwerbstätigkeit nachgehen zu können.

Vor dem Hintergrund des sich bereits abzeichnenden Fachkräftemangels (auch in der Pflege selbst) werden für Unternehmen dadurch Arbeitskräfte gesichert. Die Sachverständigen des 2. Gleichstellungsberichts der Bundesregierung¹⁹ hatten sich 2017 dafür ausgesprochen, zu einer „Abkehr von der Pflege in der Familie hin zu einem Pflegesystem, das sich v.a. auf professionelle Angebote stützt“ zu kommen.

Vereinbarkeit Pflege und Beruf bundesweit verbessern

Die „finanzielle Not Pflegenden“ müsse verhindert, die „Vereinbarkeit von Erwerbsarbeit und Pflege“ und die „Dienstleistungen für Pflegebedürftige und Pflegende“ müssen verbessert werden, so der unabhängige Beirat für die Vereinbarkeit von Pflege und Beruf 2019²⁰. Konkret schlägt dieser z.B. vor, dass Informationen und Beratung gestärkt (z.B. Pflegestützpunkte), Formulare vereinfacht und Pflegende, statt mit dem bisher kaum genutzten „zinslosen Darlehen“, mit einer Lohnersatzleistung (ähnlich dem Elterngeld) unterstützt werden sollen²¹.

Mehr Personal durch bessere Arbeitsbedingungen und bessere Bezahlung

Wie der Lübecker Pflegebedarfsplan und bundesweite Berichte und Studien aufzeigen, wird die Frage zentral, wie mehr Personal für die Pflege gewonnen werden kann. Die Verbesserung der Arbeitsbedingungen und der Bezahlung, aber auch das Halten bzw. die weitere

¹² BMFSFJ, Zweiter Gleichstellungsbericht der Bundesregierung, Berlin 2017, S. 8.

¹³ Bundesamt für Familie und zivilgesellschaftliche Aufgaben/Unabhängiger Beirat für die Vereinbarkeit von Pflege und Beruf, 1. Bericht des unabhängigen Beirats für die Vereinbarkeit von Pflege und Beruf, Berlin 2019, S. 31.

¹⁴ ebenda, S. 24.

¹⁵ Bertelsmann-Stiftung, Themenreport Pflege, Gütersloh 2012, S. 89

¹⁶ Unabhängiger Beirat für die Vereinbarkeit von Pflege und Beruf, 1. Bericht des unabhängigen Beirats für die Vereinbarkeit von Pflege und Beruf, S. 35. Ohne pflegende Angehörige wären schon 2006 3,2 Mio mehr Vollzeit-Pflegekräfte benötigt worden.

¹⁷ ebenda, S. 17.

¹⁸ Hansestadt Lübeck, Pflegebedarfsplan 2005, S. 20; Der durchschnittliche Gesamtrentenzahlbetrag der Frauen in Lübeck belief sich 2012 auf 779 € (Männer 1.058 €). Im Gegensatz zu den Rentnern (5.014) bezogen die Rentnerinnen (15.017) in Lübeck (2012) fast dreimal so häufig lediglich eine Niedrig- bzw. Minirente aus der Gesetzlichen Rentenversicherung (unter 800 bzw. 400 €), siehe: Hansestadt Lübeck, Armuts- und Sozialbericht 2012, Lübeck 2013, S. 58/59.

¹⁹ BMFSFJ, Zweiter Gleichstellungsbericht der Bundesregierung, Berlin 2017, S. 14.

²⁰ Bundesamt für Familie und zivilgesellschaftliche Aufgaben/Unabhängiger Beirat für die Vereinbarkeit von Pflege und Beruf, 1. Bericht des unabhängigen Beirats für die Vereinbarkeit von Pflege und Beruf, Berlin 2019, S. 34.

²¹ ebenda, S. 45.

Verbesserung von Qualitätsstandards (z.B. Qualifikation der Mitarbeiter:innen) dürften hierfür entscheidend sein²².

Der vorliegende Lübecker Pflegebedarfsplan zeigt, dass von den 3.564 in ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen Beschäftigten in Lübeck (2017) 867 Altenpfleger:innen, 236 Altenpflegehelfer:innen, 262 Gesundheits-/Krankenpfleger:innen waren und 372 einen „sonstigen pflegerischen Beruf“ hatten, aber insgesamt mehr als 1.000 einen „sonstigen“ oder keinen Berufsabschluss²³. Bei den Ideen des Workshops zur Pflegebedarfsplanung wurde auch die „Absenkung der Fachkraft-Quote“ vorgeschlagen. Dies halten wir, bezugnehmend auf den 2. Gleichstellungsbericht²⁴, für nicht zielführend bzw. sogar für kontraproduktiv.

Zur Beseitigung des Fachkräftemangels empfiehlt der Pflegebedarfsplan, die Wochenarbeitszeit der zu 56% Teilzeit-Beschäftigten in der Altenpflege zu erhöhen²⁵.

Eine Erhöhung der Wochenarbeitszeit ist - mit Zustimmung der Beschäftigten - aus Gleichstellungssicht grundsätzlich zu begrüßen. Hierbei ist jedoch die individuelle Situation der Pflegekräfte zu berücksichtigen, um nicht deren eigene „Vereinbarkeit“ oder auch gesundheitliche Situation (im Alter) zu verschlechtern und in Folge dessen ggf. einen Ausstieg aus dem „systemrelevanten“ Berufsfeld.

Konkret empfiehlt das Frauenbüro:

(a) Stärkere Orientierung am Sozialraum und Infrastruktur

Ähnlich der Lübecker Kita- und Jugendarbeits-Berichte und –planungen (oder auch der Kieler Pflegebedarfsplanung) empfehlen wir eine noch stärker sozialraum- und infrastrukturorientierte Planung. Auch „Wanderungssalden“²⁶ in der Planung zu berücksichtigen, halten wir für sinnvoll.

(b) Gerechte Aufteilung der Pflege zwischen Frauen und Männern

Wir empfehlen eine Kooperation regionaler Arbeitgeber:innen, um Maßnahmen zu entwickeln, die eine **geschlechtergerechte Verteilung** von Pflege und Beruf fördern (zur Beteiligung von mehr Männern an der Pflege). Zu entwickelnde Pilotprojekte auch innerhalb der Stadtverwaltung und Eigenbetriebe können hierfür beispielgebend sein.

(c) Gewinnung und Halten von Beschäftigten in der Pflege

Zur Umsetzung der im Pflegebedarfsplan vorgesehenen Empfehlungen sind **Maßnahmen zur Gewinnung und zum Halten von Fachkräften zu ergreifen**. Dazu gehören gute bzw. verbesserte **Arbeitsbedingungen und eine gute Bezahlung**.

Die **Erhöhung der Wochenarbeitszeit** (S. 90) kann dazu beitragen, dem Fachkräftemangel zu begegnen – jedoch nur mit Zustimmung der Mitarbeiter:innen (s.o.). Diese muss einhergehen mit

(d) umfassenderen Kinderbetreuungsangeboten für Pflegekräfte

Denkbar sind sowohl wohnortnahe Angebote der Kinderbetreuung als auch solche in räumlicher Nähe der Pflegeeinrichtungen - mit bedarfsgerechten Öffnungszeiten.

(e) Einwohner:innen- und Nutzer:innenbefragung – mit Abfrage des Pflegepotentials

Wir erachten eine regelmäßige Befragung der Einwohner:innen zu absehbaren und zukünftigen Pflegebedarfen (ihrer eigenen und der von Angehörigen) und –wünschen und eine Zufriedenheitsabfrage der Nutzer:innen und (v.a. pflegenden) Angehörigen von älteren Menschen und Pflegebedürftigen zu den Angeboten im Bereich Infrastruktur/Pflege in Lübeck (Sozialräume) für sinnvoll – ggf. als Projekt im Rahmen der „Digitalen Strategie“.

Hierbei empfehlen wir, auch abzufragen, wie hoch das „**Pflegepotential**“²⁷ (d.h., Möglichkeit und Wunsch der Angehörigen, zu pflegen) ist.

gez. Petra Schmittner

²² BMFSFJ, Zweiter Gleichstellungsbericht der Bundesregierung, S. 148.

²³ Hansestadt Lübeck, Pflegebedarfsplan 2017-2030, S. 65.

²⁴ Der 2. Gleichstellungsbericht der Bundesregierung geht auf diese Tendenzen ein: „Ungeachtet der zunehmenden Relevanz dieses Berufssegments war in den letzten Jahrzehnten für einige Bereiche sogar ein Trend zur weiteren Entwertung auszumachen. Anzeichen dafür ist, dass sich (...) die Zahl der Altenpflegehelferinnen und -helfer (...) in den vergangenen Jahren deutlich stärker gestiegen (ist) als die Zahl der examinierten Altenpflegerinnen und -pfleger (...) Diese Entwicklung widerspricht künftigen Anforderungen. So wird prognostiziert, dass der Bedarf an Geringqualifizierten (...) bis 2030 stark zurückgehen wird, nämlich um 28 %“, S. 144.

²⁵ Hansestadt Lübeck, Soziale Sicherung, Pflegebedarfsplanung 2017-2030, S. 90.

²⁶ „Wanderungssalden“ (d.h. Zu- bzw. Wegzüge von Pflegebedürftigen aus/nach Lübeck) wurden im Pflegebedarfsplan 2005 noch ausgewiesen. siehe: Hansestadt Lübeck, Pflegebedarfsplan 2005, S. 21/ 22.

²⁷ Ansätze hierzu sind zu finden in: Bertelsmann-Stiftung, Themenreport Pflege 2030, Gütersloh 2012



Hansestadt Lübeck · 1.100.2 · 23539 Lübeck

Beirat für Seniorinnen und Senioren

2 – Wirtschaft und Soziales
500 – Bereich Soziale Sicherung
z. Hd. Herrn Dr. Gerhard Bender

Bereich: Büro der Bürgerschaft
Beirat für Seniorinnen und Senioren
Gebäude: Fischstr. 1-3
Auskunft: Manfred Bergmann
Zimmer: 311
Tel. (0451) 122 -1016
Fax (0451) 122 -1759
e-mail: seniorenbeirat@luebeck.de
Ihr Zeichen: Be
Ihre Nachricht vom: 05.03.2020
Mein Zeichen:
Datum: 18.03.2020

Stellungnahme zum Pflegebedarfsplan 2017-2030

Sehr geehrter Herr Dr. Bender,

bevor der Beirat für Senior:innen zu dem Bericht der Pflegebedarfsplanung 2017-2030 inhaltlich Stellung nimmt, möchte sich der Beirat bei der Verwaltung für den umfassenden Bericht bedanken. Dies gilt ebenfalls für alle Teilnehmer:innen an dem von der Verwaltung organisierten Workshop, an dem auch Vertreter:innen des Beirats teilnahmen. Diese Fachleute haben mit aus ihrer Sicht erforderlichen Anregungen und Vorschlägen im nicht geringen Umfang zur Perspektivplanung beigetragen.

Aufgrund der guten Erfahrungen ist dieses Beteiligungsverfahren zukünftig für alle Entwicklungsprozesse beizubehalten.

Der damalige Beirat für Senior:innen hatte bereits 2015 die Bürgerschaft aufgefordert, von der Schließung der städtischen SIE Schönböckener Straße und der Einrichtung Am Behnckenhof im Jahre 2027 abzusehen und stattdessen auf Grundlage der demografischen Entwicklung u. a. folgende Überlegungen und Maßnahmen zu berücksichtigen bzw. umzusetzen:

- Aufgaben und Angebote gehören zur kommunalen Daseinsvorsorge. Die zukünftigen pflegerischen Angebote haben sich an der demografischen Entwicklung zu orientieren.
- Die SIE sind den heutigen Ansprüchen entsprechend in Ausstattung, baulichen Anforderungen und neuen Angebotsstrukturen weiter zu entwickeln.
- Bestehende und neue pflegerische Angebote wie ambulante Leistungen, neue Wohnformen sind zu entwickeln.
- Möglichkeiten der hiesigen Bauträger und alternative Finanzierungen bei Modernisierung und Neubauten sind zu prüfen.

Telefonzentrale:
(0451) 122-0

Unsere Sprechzeiten:

nach Vereinbarung

Konten des Bereichs Buchhaltung & Finanzen:

Commerzbank	IBAN: DE53 2304 0022 0035 8507 00;	BIC: COBADEFF230
Deutsche Bank	IBAN: DE67 2307 0710 0900 0050 00;	BIC: DEUTDEHH222
Postbank Hamburg	IBAN: DE36 2001 0020 0010 4002 01;	BIC: PBNKDEFF
Sparkasse zu Lübeck	IBAN: DE17 2305 0101 0001 0113 29;	BIC: NOLADE21SPL
Volksbank	IBAN: DE97 2309 0142 0005 0083 36;	BIC: GENODEF1HLU

Umsatzsteuer-Identifikationsnummer: DE 135082828

Internet: www.luebeck.de

Scheck: nur an Hansestadt Lübeck, Buchhaltung & Finanzen, 23539 Lübeck

Busanbindung:

Buslinie(n):
alle zentralen Linien

Haltestelle(n):
Schüsselbuden, Kohlmarkt

Bitte benutzen Sie öffentliche Verkehrsmittel.

Der Beirat erarbeitete Anfang 2019 weitergehende Eckpunkte zur Entwicklung der städtischen SIE. Sie enthalten folgende wesentliche Punkte:

- Die Pflege in der Bundesrepublik Deutschland ist, wie auch im 2. Pflegestärkungsgesetz verankert, nach dem Grundsatz ambulant vor stationär zu gestalten. Dem Pflegebedürftigen ist damit weiterhin ein Leben in häuslicher Umgebung zu garantieren. Der ambulante Ansatz ist durch alternative Wohnformen wie Altenwohngemeinschaften, Mehrgenerationen-Wohnanlagen, Altenwohnungen usw. zu ergänzen.
- Soweit Pflege in diesem Wohnumfeld nicht mehr möglich ist, ist auch in Zukunft stationäre Pflege zu gewährleisten. Die Hansestadt Lübeck ist im Rahmen der Daseinsvorsorge gehalten, im Rahmen der zu erwartenden demografischen Entwicklung für ein bedarfsgerechtes Angebot von stationärer Pflege zu sorgen.
- Die SIE sind deshalb durch Modernisierungsmaßnahmen (Um- bzw. Neubau) zukunftssicher zu machen. Ambulante Pflegeleistungen sind über stationäre Leistungen für z.B. Wohnen mit Zusatzleistungen ergänzend anzubieten.
- Darüber hinaus soll die Hansestadt Lübeck, wie bereits in anderen Gemeinden, ambulante Pflegeleistungen für alle zu pflegende Einwohner, anbieten.
- Die ambulanten und stationären Leistungen sind quartiersbezogen auszurichten. Angebote für Serviceleistungen sind auszubauen bzw. neu anzubieten.
- Eine optimale Infrastruktur des Stadtteils wie barrierefreie Erreichbarkeit des ÖPNV, von Einkaufsmöglichkeiten und kulturellen Angeboten, fußnahe Erreichbarkeit von Ärzten und Naherholungsmöglichkeiten sind anzustreben.
- Angebote der Seniorentreffs sind in allen Stadtteilen sicherzustellen und bestehende Konzepte weiterzuentwickeln.

Die vom Beirat 2015 und Anfang 2019 formulierten zukünftigen Anforderungen an die Pflege in der Hansestadt Lübeck sind für den Beirat Grundlage für die Beurteilung des vorgelegten Bedarfsplanes:

Der Beirat sieht eine weitest gehende Übereinstimmung in den Schlussfolgerungen aus der demografischen Entwicklung zum Mehrbedarf an ambulanten und stationären Pflegeleistungen und den vorgeschlagenen Handlungsempfehlungen.

Telefonzentrale:
(0451) 122-0

Unsere Sprechzeiten:

nach Vereinbarung
markt

Konten des Bereichs Buchhaltung & Finanzen:

Commerzbank	IBAN: DE53 2304 0022 0035 8507 00;	BIC: COBADEFF230
Deutsche Bank	IBAN: DE67 2307 0710 0900 0050 00;	BIC: DEUTDEHH222
Postbank Hamburg.	IBAN: DE36 2001 0020 0010 4002 01;	BIC: PBNKDEFF
Sparkasse zu Lübeck	IBAN: DE17 2305 0101 0001 0113 29;	BIC: NOLADE21SPL
Volksbank	IBAN: DE97 2309 0142 0005 0083 36;	BIC: GENODEF1HLU

Umsatzsteuer-Identifikationsnummer: DE 135082828

Internet: www.luebeck.de

Scheck: nur an Hansestadt Lübeck, Buchhaltung & Finanzen, 23539 Lübeck

Busanbindung:

Buslinie(n):
alle zentralen Linien

Haltestelle(n):
Schüsselbuden, Kohl-

Bitte benutzen Sie öffentliche Verkehrsmittel.

Allerdings sind die Handlungsempfehlungen um folgende Punkte zu ergänzen:

1. Die Vision 2030 zur Entwicklung der SIE ist unverzüglich und stetig umzusetzen. Das gilt insbesondere für die beabsichtigten Neubauten.
2. Bei Neubau- und Modernisierungsmaßnahmen ist die prognostizierte Nachfrage nach zusätzlichen ambulanten und stationären Pflegeleistungen zu berücksichtigen.
3. Aufgrund der Nachfrageentwicklung ist der Beschluss zur Schließung des Behnckenhofes aufzuheben.
4. Das anerkannte Konzept zur Pflege an Demenz Erkrankter ist für die Zukunft sicherzustellen und fortzuentwickeln.
5. Das Projekt der präventiven Hausbesuche in Moisling ist auf alle Stadtteile auszudehnen und nachhaltig zu etablieren.

Der Beirat empfiehlt abschließend, bei der Umsetzung der Handlungsempfehlungen eine Priorisierung vorzunehmen.

Mit freundlichem Gruß

gez. Manfred Bergmann

Vorstandsmitglied im
Beirat für Senior:innen
der Hansestadt Lübeck

