

2. Allgemeine Gesamterfassung

Der in § 4 des Niedersächsischen Pflegegesetzes verankerte Anspruch die vorhandene pflegerische Versorgungsstruktur der notwendigen anzupassen setzt zunächst voraus die vorgehaltenen Angebote zu ermitteln, sie aufeinander abzustimmen und wenn notwendig zu ergänzen.

Die vorliegenden Prognosen zur demographischen Entwicklung lassen eine Steigerung der Anzahl pflegebedürftiger Menschen erwarten. Bei älteren Menschen, insbesondere bei Hochbetagten, steigt die Pflegebedürftigkeit stark an. Daher müssen adäquate Versorgungsstrukturen sowohl im ambulanten als auch im stationären und teilstationären Pflegebereich geschaffen bzw. erhalten werden.

Zur Ermittlung der zur Zeit in der Region Hannover vorgehaltenen pflegerischen Versorgungsangebote wurden die zugelassenen stationären und ambulanten Pflegeeinrichtungen schriftlich zu ihren Leistungsangeboten befragt.

Besondere Berücksichtigung fand im Rahmen der Erhebungen die Versorgungslage von Menschen mit Demenzerkrankungen. Auch wenn die Betroffenen bei entsprechender ambulanter Betreuung und Begleitung sehr lange in ihrem häuslichen Umfeld verweilen können, gibt es dennoch Situationen, in denen die Unterbringung in einem Pflegeheim unumgänglich ist. Die aktuell vorhandenen ambulanten Angebote, die diesem Personenkreis derzeit zur Verfügung stehen, lassen in Verbindung mit den Prognosen zur Häufigkeit von Demenzerkrankungen erwarten, dass der Bedarf weiter steigen wird. Die Ergebnisse zu diesem Schwerpunktthema werden unter Punkt 4 ausführlich dargelegt.

Um das gesamte Spektrum notwendiger Hilfen, die zur Versorgung und Pflege älterer hilfebedürftiger Menschen erforderlich sind zu erfassen, sind weitere Erhebungen notwendig, z. B. die der ehrenamtlich geleisteten Arbeit im Bereich der häuslichen aber auch stationären Pflege. Diese Erhebungen werden zu einem späteren Zeitpunkt durchgeführt.

2.1 Ambulanter Pflegebereich

2.1.1 Erhebungssituation

Zur Ermittlung des Beratungs- und Leistungsangebotes der ambulanten Pflegedienste, der Diakonien- und Sozialstationen (im Folgenden auch Dienste, Anbieter, Leistungsanbieter oder ambulante Pflegeanbieter genannt) wurde zunächst ein Fragebogen entwickelt, der an insgesamt 130 ambulante Pflegeanbieter in der Region Hannover verschickt wurde. Davon waren zum Zeitpunkt der Erhebung 65 Anbieter in der Landeshauptstadt Hannover und 65 in den umliegenden ebenfalls zur Region Hannover gehörenden 20 Städten und Gemeinden (im Folgenden Kommunen genannt) angesiedelt.

Leistungsanbieter	Landeshauptstadt	Kommunen
Ambulante Pflegedienste	55	44
Diakoniestationen	6	6
Sozialstationen	4	15

Von diesen Anbietern wurden acht in persönlichen Interviews befragt. Die Dauer der Befragung lag im Schnitt zwischen 1,5-2 Stunden, Gesprächspartnerinnen und -partner waren die Geschäftsführungen, die Pflegedienstleitungen und/oder leitende Pflegefachkräfte. Die Befragten zeigten sich sehr aufgeschlossen und kooperationsbereit. Insgesamt wurden die Fragen ohne Probleme verstanden, die Motive für die Befragung waren für die Befragten nachvollziehbar.

Die Fragebögen wurden am 11.07.03 mit der Bitte um Rückantwort bis zum 15.08.03 versandt.

Der Rücklauf gestaltete sich sehr zögernd, die letzten Bögen gingen im November 2003 ein. Zwei der Bögen wurden nicht mehr in die Auswertung aufgenommen, Adressen und Telefonnummern finden sich jedoch im Verzeichnis der Leistungsanbieter (siehe Anhang).

Zu den Anbietern, die sich bis zum 15.08.03 nicht gemeldet hatten, wurde telefonisch Kontakt aufgenommen um zu hinterfragen, ob sie sich noch an der Befragung beteiligen wollen und wenn nein, welche Gründe gegen die Beantwortung des Fragebogens sprechen.

Hier wurden sehr unterschiedliche Gründe genannt:

- Personal- und Zeitmangel
- Umzug
- Abraten durch Berufsverbände
- Keine Verpflichtung den Bogen auszufüllen
- Zu umfangreich, zu sensible Daten (wie z. B. Patientenzahlen)
- In einigen Fällen ist der Bogen nicht angekommen und wurde erneut an die betreffenden Anbieter versandt

Insgesamt ist eine Rücklaufquote von 68,46 % zu verzeichnen. Von den 89 Diensten, die sich an der Erhebung beteiligt haben, entfallen 48,31 % (43 Dienste) auf die Landeshauptstadt und 51,69 % (46 Dienste) auf die Kommunen.

In der Landeshauptstadt Hannover sind von ursprünglich 65 registrierten Diensten acht nicht mehr am Markt. In den Kommunen sind konkret zwei Dienste ausgeschieden, das Fortbestehen weiterer acht Dienste (davon fünf DRK-Sozialstationen*) war zum Zeitpunkt der Erhebung ungeklärt, diese Anbieter haben sich an der Befragung nicht beteiligt

Grundsätzlich bleibt zu beachten, dass die vorliegenden Angaben aufgrund der hohen Fluktuation der Anbieter im ambulanten Pflegebereich sehr kurzlebig sind und sich mittlerweile bereits neue Dienste am Markt befinden bzw. andere bereits wieder ausgeschieden sein können.

Abgesehen von der Tatsache, dass sich von den derzeit 120 aktiven Diensten nur 89 an der Erhebung beteiligt haben und somit das Beratungs- und Leistungsangebot von 31 Anbietern nicht erfasst werden konnte, sind auch die vorliegenden Fragebögen teilweise nur sehr lückenhaft beantwortet. Besonders zu beachten ist dies bei der Beurteilung der Patientenzahlen, der Anzahl der betreuten Demenzen, den Angaben zu Betreuungsangeboten sowie zu besonderen Pflegeschwerpunkten.

In einigen Teilbereichen lassen sich daher keine signifikanten Aussagen zur allgemeinen ambulanten Versorgungslage in den einzelnen Kommunen und Stadtbezirken der Landeshauptstadt treffen. Dieser Sachverhalt ist bei der Interpretation der Ergebnisdarstellung zu berücksichtigen.

Der Schwerpunkt Demenz wird unter Punkt 4 ausführlich behandelt. Daher sind in diesem Kapitel lediglich knappe Anmerkungen sowie Verweise an die entsprechenden Textstellen aufgeführt.

Ziel der Befragung war zum einen im Rahmen der Erstellung des örtlichen Pflegeberichtes das Beratungs- und Leistungsangebot der ambulanten Pflegeanbieter zu ermitteln, um feststellen zu können, in welchen Bereichen bereits eine tragfähige Versorgung vorhanden ist und wo möglicherweise Handlungsbedarf besteht.

Zum anderen soll auf der Basis der erhobenen Daten ein Verzeichnis mit den Leistungsprofilen der ambulanten Dienste erstellt werden. Das Verzeichnis soll den am Prozess der ambulanten Versorgung Beteiligten per Internet zur Verfügung gestellt werden und den schnellen Zugriff auf einen Pflegedienst mit geeignetem Beratungs- und Leistungsangebot im unmittelbaren Umfeld gewährleisten.

*Konkret handelt es sich hier um die Sozialstationen Burgdorf, Burgwedel, Lehrte, Sehnde und Wedemark. Nach neuestem Kenntnisstand sind die Sozialstationen Burgwedel, Lehrte und Wedemark in private Trägerschaft übergegangen. Der Standort Sehnde bleibt vorläufig als DRK-Sozialstation bestehen, die Sozialstation Burgdorf wurde geschlossen.

Um einen möglichst differenzierten Einblick in die vorhandenen Strukturen zu gewinnen, wurden nachstehende Bereiche der ambulanten Versorgung näher beleuchtet.

- **Leistungsprofile der ambulanten Anbieter**

Hierzu gehören neben den Angaben zur Organisation der Dienste auch die vorgehaltenen Angebote im Rahmen der Grund- und Behandlungspflege, Beratungsangebote zu Fragen der Kranken- und Pflegeversicherung, zum Betreuungsrecht oder auch zur teil- und vollstationären Pflege. Von Interesse sind in diesem Zusammenhang auch die Schwerpunkte der Dienste sowie deren Spezialisierungen in Bezug auf besondere Pflegesituationen.

Erfasst werden sollen allerdings auch Leistungen, die nicht im Rahmen der Regelfinanzierung erbracht werden sowie Angebote im Bereich komplementärer Hilfen.

- **Versorgungslage im psychosozialen Bereich**

Es ist hinlänglich bekannt, dass der Bereich der psychosozialen Betreuung im Pflegeversicherungsgesetz nahezu unberücksichtigt bleibt. Daher ist es von Interesse, welche Angebote zu diesem sehr umfassenden Thema vorgehalten werden und unter welchen Bedingungen die ambulanten Pflegeanbieter diesbezügliche Leistungen erbringen.

Besondere Beachtung ist hier der Betreuung und Pflege von Menschen mit Demenzerkrankungen zu widmen.

(ausführlich unter Punkt 4)

- **Angebote für Migrantinnen und Migranten**

- **Kooperationsbeziehungen der ambulanten Anbieter**

Die interdisziplinäre Zusammenarbeit der am Prozess der ambulanten Versorgung beteiligten Berufsgruppen ist Voraussetzung für die umfassende Nutzung vorhandener Angebote und damit auch für eine lückenlose Versorgung hilfe- und pflegebedürftiger Menschen in ihrem häuslichen Umfeld.

- **Überleitung von Patientinnen und Patienten aus dem Krankenhaus in die ambulante Versorgung**

Angesichts der demographischen Entwicklung sowie der Auswirkungen des DRG-Systems, ist in der ambulanten Versorgung sowohl mit einem Anstieg der Anzahl zu versorgender Patientinnen und Patienten zu rechnen, als auch mit einer Intensivierung der im häuslichen Umfeld zu erwartenden Pflegesituationen. Daher kommt der „Pflegeüberleitung“ eine wesentliche Rolle in der Sicherstellung der ambulanten Versorgung nach Krankenhausentlassung zu.

Das Thema „Pflegeüberleitung“ wird unter Punkt 5 ausführlich behandelt.

- **Die Einschätzung der Versorgungslage im ambulanten Pflegebereich aus Sicht der befragten Anbieter**

2.1.2 Aktuelle Daten zu derzeit aktiven Pflegediensten, Diakonie- und Sozialstationen

Aufgrund des Rücklaufes der Fragebögen und der erfolgten telefonischen Nachfrage bei den Anbietern, die sich nicht gemeldet haben, kann davon ausgegangen werden, dass derzeit in der Region Hannover insgesamt 120 ambulante Pflegeanbieter aktiv tätig sind. Davon 57 in der Landeshauptstadt und 63 in den Umlandkommunen.

Nachstehend eine Übersicht über die Verteilung der Dienste nach Kommunen und Stadtbezirken der Landeshauptstadt.

Abb. 1

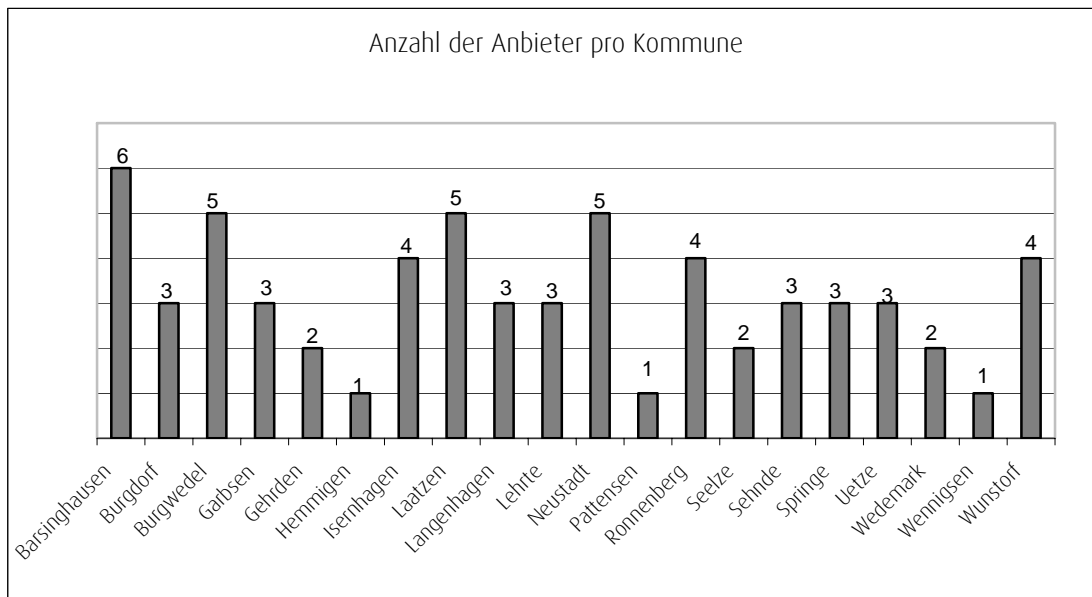
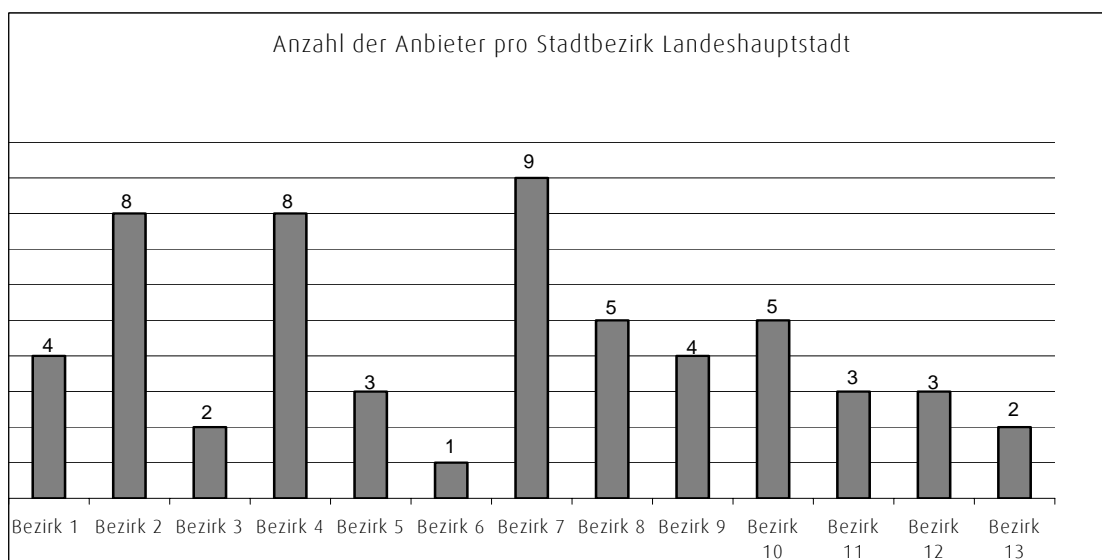


Abb. 2



Eine Kartenübersicht, auf der die Verteilung der Dienste im Verhältnis zur Größe der jeweiligen Standorte dargestellt ist, findet sich am Ende des Kapitels.

Die Übersicht verdeutlicht, dass die Anzahl der Anbieter bezogen auf die einzelnen Kommunen und die Stadtbezirke der Landeshauptstadt sehr unterschiedlich ist. Näher zu beleuchten wären hier die

Standorte Wedemark, Uetze und Springe. Bei vergleichsweise großflächigen Einzugsgebieten sind hier relativ wenig Dienste angesiedelt. In der Landeshauptstadt trifft diese Feststellung auf die Stadtbezirke 3, 5, 6 und 12 zu.

(Angaben zur Fläche, zur Gesamteinwohner/innenzahl und zur Anzahl der 60 jährigen und älteren Menschen in den einzelnen Stadtbezirken und Kommunen sind dem Verzeichnis der ambulanten Pflegeanbieter im Anhang zu entnehmen)

Von den 89 Diensten, die sich an der Erhebung beteiligt haben, gaben 88 Informationen über die **Anzahl ihrer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter**, einige Anbieter gaben lediglich die Anzahl an, ohne die **Qualifikationen** zu benennen.

Den vorliegenden Angaben zufolge waren zum Erhebungszeitpunkt bei den erfassten ambulanten Pflegediensten, Diakonie- und Sozialstationen insgesamt 2.175 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter beschäftigt.

Die Leistungsanbieter gliedern sich wie folgt:

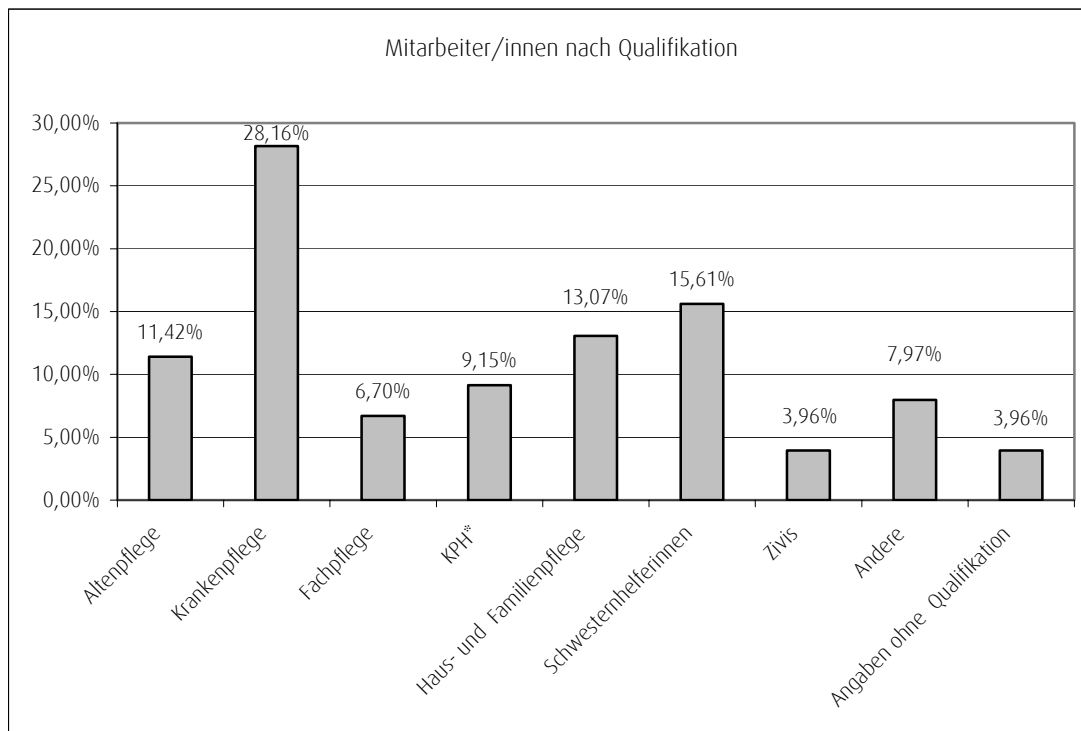
- 64 private Anbieter mit 1.349 Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern
- 25 Diakonie- und Sozialstationen mit 826 Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern

Da Auszubildende nur unter Anleitung von examinierten Pflegefachkräften in der Pflege arbeiten dürfen und nur über einen begrenzten Zeitraum in den Diensten tätig sind, wurden sie nicht in das nachstehende Diagramm aufgenommen. Insgesamt handelt es sich um 55 Azubis, die zum Erhebungszeitraum in Kooperation mit staatlich anerkannten Ausbildungsträgern bei den Pflegeanbietern tätig waren. Ohne die Anzahl der Azubis wird im Folgenden von einer Mitarbeiter/innenzahl von 2.120 ausgegangen.

Unter der Rubrik „Andere“ wurden Angaben wie beispielsweise Arzthelfer/innen, Sozialpädagoginnen und -pädagogen, Pflegehelfer/innen, Hauswirtschaftler/innen und Bürokräfte zusammengefasst.

Die prozentuale Verteilung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter nach Qualifikation ist der nachstehenden Übersicht zu entnehmen.

Abb. 3



* KPH = Krankenpflegehelferinnen/-helfer

Im Rahmen der vorliegenden Erhebung wurde ausschließlich die Anzahl der Mitarbeiter/innen mit entsprechenden Qualifikationen erfasst. Nicht erhoben wurde, ob die erfassten Personen Vollzeit, Teilzeit oder nur stundenweise bei den Anbietern beschäftigt waren. Dieser Sachverhalt ist bei der Interpretation der dargelegten Ergebnisse zu berücksichtigen.

Vor dem Hintergrund der stetig wachsenden Anzahl älterer Menschen in unserer Gesellschaft und im Hinblick auf die durch die Einführung des DRG-Systems zu erwartenden Konsequenzen für den Bereich der ambulanten Versorgung, wurde im Rahmen der Erhebung des Beratungs- und Leistungsangebotes der ambulanten Pflegedienste, der Diakonie- und Sozialstationen unter anderem die Anzahl der zur Zeit in der Versorgung befindlichen Patientinnen und Patienten erfragt.

Um abschätzen zu können, ob und in welchem Umfang noch freie Kapazitäten vorhanden sind, wurde gleichzeitig erfragt, wie viele Betroffene die Befragten maximal versorgen könnten.

Von den 89 Diensten, die sich an der Erhebung beteiligt haben, gaben 81 Auskunft über ihre Patientenzahlen. Das Ergebnis stellt sich wie folgt dar (Tabelle 1):

Tabelle 1

	Landeshauptstadt Hannover	Kommunen	gesamt
Anzahl der Dienste mit Angaben zur Patientenzahl	37	44	81
Aktuell betreute Patientinnen und Patienten	3.631	3.732	7.363
Maximal zu versorgende Patientinnen und Patienten	4.052	4.305	8.357
Freie Kapazitäten	421	573	994

Von den derzeit 120 aktiven ambulanten Pflegediensten, Diakonie- und Sozialstationen pflegen nach den vorliegenden Daten 81 Dienste 7363 Patientinnen und Patienten. Das bedeutet, im Schnitt könnten ca. 91 Betroffene pro Dienst versorgt werden.

Rechnet man diesen Schnitt auf die verbleibenden 39 Dienste hoch, wären 3549 Patientinnen und Patienten zur Zeit in der Versorgung dieser Leistungsanbieter.

Umgerechnet auf die geschätzte maximal Anzahl zu betreuender Betroffener ergibt sich ein Schnitt von 103 Patientinnen und Patienten. Demnach könnten die verbleibenden Dienste insgesamt also 4017 Patientinnen und Patienten versorgen. Addiert man die geschätzten Zahlen mit den tatsächlich erhobenen, ergibt sich folgendes Bild:

Tabelle 2

	Gesamte Region	Landeshauptstadt	Kommunen
Anzahl der zur Zeit aktiven Dienste	120	57	63
Geschätzte Patientenzahl aktuell	10.912		
Geschätzte Patientenzahl maximal	12.374		
Geschätzte freie Kapazitäten	1.462		

Zu beachten bleibt hier, dass die tatsächlich erhobenen Patientenzahlen von Dienst zu Dienst sehr stark variieren, so dass der errechnete Schnitt von 91 bzw. 103 Patientinnen und Patienten nicht als absolut zu verstehen ist.

Stellt man dieser geschätzten Anzahl freier Kapazitäten (1.462), den Anteil der in der Region Hannover lebenden 60 jährigen und älteren Personen (283.830) gegenüber, so liegt die Vermutung nahe, dass es zukünftig zu Engpässen in der ambulanten Versorgung kommen könnte.

2.1.3 Beratungs- und Leistungsangebote der ambulanten Pflegedienste, Diakonie- und Sozialstationen im medizinisch/pflegerischen Bereich

Pflegebedürftig im Sinne des **Pflegeversicherungsgesetzes (SGB XI)**, § 14, Abs. 1, sind Personen, die wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, in erheblichem oder höherem Maße (§15) der Hilfe bedürfen.

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 wiederzugewinnen oder zu erhalten. (§ 2, Abs. 1, SGB XI)

Die Pflegeversicherung soll mit ihren Leistungen vorrangig die häusliche Pflege und die Bereitschaft 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. (§ 3, SGB XI)

Im Sinne des Pflegeversicherungsgesetzes (SGB XI, § 71, Abs. 1) sind ambulante Pflegeeinrichtungen (Pflegedienste) selbständig wirtschaftende Einrichtungen, die unter ständiger Verantwortung einer ausgebildeten Pflegefachkraft Pflegebedürftige in ihrer Wohnung pflegen und hauswirtschaftlich versorgen.

Die Pflegekassen dürfen ambulante (und stationäre) Pflege nur durch Pflegeeinrichtungen gewähren, mit denen ein Versorgungsvertrag besteht (§ 72, Abs. 1, SGB XI).

Versorgungsverträge dürfen nur mit Pflegeeinrichtungen angeschlossen werden, die

1. den Anforderungen des § 71 genügen
2. die Gewähr für eine leistungsfähige und wirtschaftliche pflegerische Versorgung bieten
3. sich verpflichten, nach Maßgabe der Vereinbarungen nach § 80 einrichtungsintern ein Qualitätsmanagement einzuführen und weiterzuentwickeln. Ein Anspruch auf Abschluss eines Versorgungsvertrages besteht, soweit und solange die Pflegeeinrichtung diese Voraussetzungen erfüllt.

(§ 72, Abs. 3, SGB XI)

Gemäß § 37 der **gesetzlichen Krankenversicherung (SGB V)** erhalten Versicherte in ihrem Haushalt oder ihrer Familie neben der ärztlichen Behandlung häusliche Krankenpflege durch geeignete Pflegekräfte, wenn Krankenhausbehandlung geboten, aber nicht ausführbar ist, oder wenn sie durch die häusliche Krankenpflege vermieden *oder verkürzt* wird. Die häusliche Krankenpflege umfasst die im Einzelfall erforderliche Grund- und Behandlungspflege sowie hauswirtschaftliche Versorgung. Der Anspruch besteht bis zu vier Wochen je Krankheitsfall (§ 37, Abs. 1, SGB V).

Versicherte erhalten in ihrem Haushalt oder ihrer Familie als häusliche Krankenpflege Behandlungspflege, wenn sie zur Sicherung des Ziels der ärztlichen Behandlung erforderlich ist (§ 37, Abs. 2, SGB V).

Die für Pflegedienste abrechenbaren Leistungspakete sind in den Leistungskatalogen der Pflege- bzw. Krankenkassen festgelegt.

Die im Leistungskatalog der Pflegeversicherung verzeichneten Leistungen werden von 98,87 % der Anbieter vollumfassend erbracht. Ein Kinderkrankenpflegedienst (Wunstorf) hat sich ausschließlich auf Leistungen nach dem SGB V spezialisiert.

95,51 % der befragten Anbieter erbringen alle im Leistungskatalog der Krankenkassen verzeichneten Leistungen.

56,17 % der Dienste halten spezielle Angebote in Bezug auf besondere Pflegesituationen vor.

Konkrete Angaben zu Schwerpunkten im Rahmen des SGB V liegen von 43,82 % der Anbieter vor.

Da sich die Angaben zu den speziellen Angeboten, die im Rahmen des SGB V und SGB XI vorgehalten werden, teilweise überschneiden, wurden beide Bereiche zusammengefasst und entsprechenden Kategorien zugeordnet. Nachstehend ein Überblick über das Leistungsspektrum:

- **Intensivpflege**

Schmerztherapie, Portversorgung, Versorgung von Trachealkanülen, Pflege von heimbeatmeten Patienten, Infusionstherapie,

- **Pflege bei speziellen Krankheitsbildern**

Onkologische Pflege, Palliativpflege, Diabetes mellitus, Infektologie, neurologische Erkrankungen (Amyotrophische Lateralsklerose (ALS), Multiple Sklerose, Morbus Parkinson, Apoplex), Verbrennungskrankheiten, Pflege von Wachkomapatienten, Pflege von HIV-Infizierten und Menschen mit AIDS, Betreuung mehrfach Suchterkrankter, gerontopsychiatrische Pflege

- **Spezielle Behandlungs- und Pflegetechniken**

Vakuumtherapie bei großen Wunden, Wundmanagement, spezielle Stomabehandlung, Ulcus-Cruris-Pflege, Atemtherapie, parenterale Ernährung

- **Kinderkrankenpflege**

- **Andere**

Betreuung von gehörlosen Patientinnen und Patienten, Mutter-Kind-Reha, häusliche Betreuung, Hospizdienste, Krisenintervention, Gesprächskreis für pflegende Angehörige, Kurse für pflegende Angehörige, Pflegeberater, Pflegeüberleitung, Pflege und Versorgung von Migrantinnen und Migranten.

Welche Angebote konkret von den einzelnen Diensten vorgehalten werden ist dem nach Kommunen und Stadtbezirken der Landeshauptstadt gegliederten Verzeichnis der Pflegedienste im Anhang zu entnehmen.

2.1.3.1 Rückmeldungen der Pflegekassen zu den Empfehlungen der Pflegeanbieter bezüglich der Beratungseinsätze nach § 37 Abs. 3, SGB XI

Gemäß § 37, Abs. 1, SGB XI können Pflegebedürftige anstelle der häuslichen Pflege ein Pflegegeld beantragen. Der Anspruch setzt voraus, dass der Pflegebedürftige mit dem Pflegegeld dessen Umfang entsprechend die erforderliche Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung in geeigneter Weise selbst sicherstellt.

Weiter heißt es in Abs. 3, dass Pflegebedürftige, die Pflegegeld nach Absatz 1 beziehen, eine Beratung in der eigenen Häuslichkeit durch eine zugelassene Pflegeeinrichtung oder, sofern dies durch eine zugelassene Pflegeeinrichtung vor Ort nicht gewährleistet werden kann, durch eine von der Pflegekasse beauftragte, jedoch von ihr nicht angestellte Pflegefachkraft, abzurufen haben.

Zu erfolgen hat diese Beratung bei den Pflegestufen I und II einmal halbjährlich, bei Pflegestufe III einmal vierteljährlich. Die Beratung dient der Sicherung der Qualität der häuslichen Pflege und der regelmäßigen Hilfestellung und praktischen pflegefachlichen Unterstützung der häuslich Pflegenden.

Laut Abs. 4 haben die Pflegedienste sowie die beauftragten Pflegefachkräfte die Durchführung der Beratungseinsätze gegenüber der Pflegekasse oder dem privaten Versicherungsunternehmen zu bestätigen sowie die bei dem Beratungsbesuch gewonnenen Erkenntnisse über die Möglichkeiten der Verbesserung der häuslichen Pflegesituation dem Pflegebedürftigen und mit dessen Einwilligung der Pflegekasse oder dem privaten Versicherungsunternehmen mitzuteilen.

Zudem soll bei der Planung für die Beratungsbesuche weitestgehend sichergestellt werden, dass der Beratungsbesuch bei einem Pflegebedürftigen möglichst auf Dauer von derselben Pflegefachkraft durchgeführt wird.

Von 89 Anbietern gaben 43 an, dass Rückmeldungen zu ihren Empfehlungen seitens der Pflegekassen erfolgen. 43 Dienste gaben an, dass sie auf ihre Empfehlungen keine Rückmeldungen erhalten, drei Anbieter haben sich zu dieser Frage nicht geäußert.

Nach Angaben derjenigen, die Rückmeldungen erhalten, erfolgen diese zu Hinweisen wie „Pflege nicht gesichert, Änderung der Pflegestufe oder in Bezug auf Hilfsmittel und Wohnraumanpassung“. Anderen Angaben zufolge gehen Rückmeldungen der Pflegekassen an die Betroffenen selbst, erfolgen nur auf konkrete Nachfrage oder gar nicht. Das Rückmeldeverfahren wird auch als kassenabhängig beschrieben.

Den Angaben der Anbieter zufolge gibt es kein einheitliches Vorgehen der Pflegekassen bezogen auf die Ergebnisse der Beratungseinsätze nach § 37/3, SGB XI.

Im Rahmen der persönlichen Befragung wurde darauf hingewiesen, dass die nach Abs. 4 geforderte Sicherstellung, die Beratungsbesuche möglichst auf Dauer von derselben Pflegefachkraft durchführen zu lassen, von den Betroffenen teilweise umgangen wird. Diese greifen im Falle der Feststellung von Defiziten in der Pflege beim nächsten fälligen Beratungsbesuch auf einen anderen Pflegedienst zurück, so dass die weitere Entwicklung der Pflegesituation im häuslichen Umfeld von demjenigen, der Mängel in der Pflege festgestellt hat, nicht weiter beobachtet werden kann.

Die Angaben der Befragten legen die Vermutung nahe, dass bei der derzeitigen Form der Umsetzung des Paragraphen eine aussagefähige Kontrolle der Pflegequalität nicht zwingend gegeben ist.

2.1.3.2 Einsätze gemäß § 37, Abs. 1, SGB V, Bewilligung der ärztlichen Verordnungen

Einsätze der häuslichen Krankenpflege gemäß § 37, Abs.1, SGB V werden von nahezu allen (95,51 %) Anbietern erbracht. Nur zwei verneinen diese Frage, von den zwei verbleibenden Diensten liegen keine Angaben vor.

Die Durchführung dieser Einsätze unterliegt der Bewilligung der ärztlichen Verordnungen durch die Krankenkassen. Allerdings werden die Verordnungen zunehmend häufiger von den Kassen abgelehnt oder in ihrem Umfang stark reduziert. Hinzu kommt die Dauer des Bewilligungsverfahrens, so dass die Pflegeanbieter in der Regel in Vorleistung gehen müssen, wenn sie einen Patienten nach Krankenhausentlassung ambulant weiter versorgen. Den vorliegenden Angaben zu Folge kommt es vor, dass eine Verordnung nach § 37, Abs. 1 in ihrem zeitlichen und inhaltlichen Rahmen rückwirkend reduziert bzw. abgelehnt wird. Für den Leistungserbringer bedeutet dies entweder ein klares Verlustgeschäft oder aber eine Kostenübernahme durch die/den Betroffenen selbst.

Des Weiteren wurde seitens der Pflegedienste hart kritisiert, dass es kein einheitliches Verfahren zur Bewilligung der ärztlich verordneten Leistungen bei den Krankenkassen gibt. Der Umgang mit Verordnungen der häuslichen Krankenpflege wird von den Befragten vielfach als „kassenabhängig“ beschrieben.

Nach Einschätzung der befragten Anbieter geht die zur Zeit praktizierte Umsetzung des Paragraphen 37, Abs. 1, SGB V, zu Lasten der Versicherten und stellt auf lange Sicht die Anwendung des Paragraphen grundsätzlich in Frage.

Möglicherweise wird auch die Neuregelung der Zuzahlungen (§ 37, Abs. 5, SGB V in Verbindung mit § 61 SGB V) Pflegebedürftige zukünftig von der Inanspruchnahme der Leistung abhalten.

2.1.3.3 Beratungsangebote zu Grundlagen des SGB V, SGB XI, BSHG, Betreuungsrechts, sowie zu teil- und vollstationärer Pflege

Nahezu alle Anbieter erbringen Beratung zu den gesetzlichen Grundlagen der **Pflege- und Krankenversicherung** (97,75 % bzw. 96,63 %). Zu Fragestellungen aus diesem Bereich wird nur selten an andere Stellen weitervermittelt. Lediglich ein Anbieter gab an in solchen Fällen an die entsprechende Pflegekasse zu vermitteln.

In Fragen zum **BSHG** beraten 91,01 % der Befragten selbst, bei Unklarheiten wird hier an die zuständigen Sozialämter in den Kommunen oder an den kommunalen Sozialdienst verwiesen.

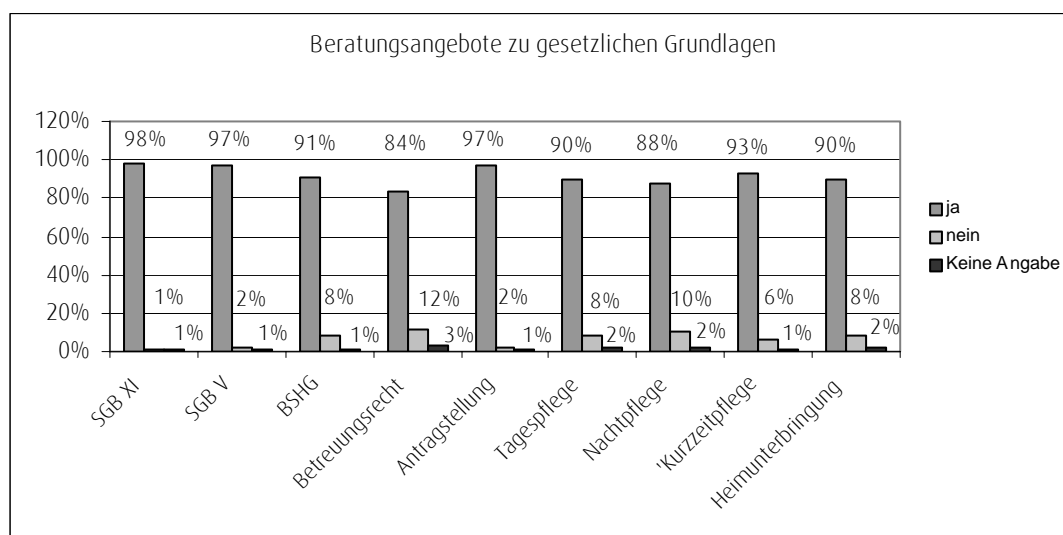
Deutlich häufiger erfolgen Weitervermittlungen, wenn es um Fragen des **Betreuungsrechts** geht. Zu diesem Themenkomplex beraten 84,27 % der Anbieter selbst, weitervermittelt wird bei offenen Fragestellungen an die zuständigen Amtsgerichte, an die Beratungsstellen des sozialpsychiatrischen Dienstes, an die Sozialdienste der Kommunen, an Betreuer, Rechtsanwälte oder spezifische Beratungsstellen (z.B. Team Betreuungsangelegenheiten der Region Hannover, Altenbegegnungsstätte Lindenbaum Hannover).

In Fragen zur **teilstationären und vollstationären Pflege** wird Beratung in großem Umfang von den Pflegeanbietern geleistet, dennoch wird auch hier an die entsprechenden Einrichtungen weitervermittelt.

Insgesamt erfolgen Weitervermittlungen nur in sehr geringem Maße. Eine Ausnahme bilden hier Fragen zum Betreuungsrecht.

Die nachstehende Übersicht verdeutlicht den Beratungsumfang, der von ambulanten Leistungsanbietern im Bereich der gesetzlichen Grundlagen erbracht wird.

Abb. 4



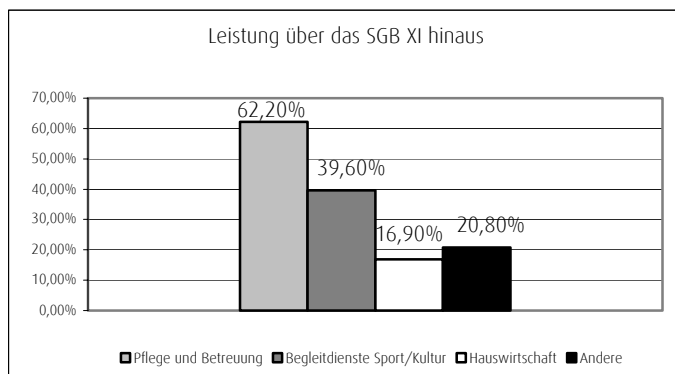
2.1.3.4 Serviceleistungen

Abgesehen von den Beratungseinsätzen gemäß § 37, Abs. 3, SGB XI und den Erstbesuchen bei Neuaufnahme eines Patienten, werden die übrigen Beratungsleistungen zu den Grundlagen des SGB V, SGB XI, des Betreuungsrechts sowie zur teil- und vollstationären Pflege in der Regel als Serviceleistung erbracht.

Auch im Bereich der pflegerisch/medizinischen Versorgung beschränkt sich das Leistungsspektrum der Pflegedienste nicht ausschließlich auf den Leistungskatalog der Pflegekassen. Hier werden weitergehende Angebote vorgehalten, die für eine umfassende Versorgung hilfe- und pflegebedürftiger Menschen in ihrem häuslichen Umfeld unabdingbar sind.

59,55 % der befragten Pflegedienste geben an Leistungen zu erbringen, die nicht oder nicht in vollem Umfang über die Pflegekassen finanzierbar sind. Die Angaben zur Art der erbrachten Leistungen sind sehr vielschichtig und wurden daher in vier Hauptgruppen zusammengefasst. Im nachstehenden Diagramm ist die prozentuale Verteilung der Gruppen dargestellt (Mehrfachnennungen möglich).

Abb. 5



Angaben wie „Wunschleistungen nach Absprache, privatvertragliche Leistungen“ oder auch „alles was vom Kunden gewünscht wird und umgesetzt werden kann“ verdeutlichen, dass hier ein nicht zu unterschätzender Bedarf an Zusatzleistungen besteht, die von den Betroffenen selbst finanziert oder von den Pflegediensten als Serviceleistung erbracht werden.

- Den vorliegenden Angaben zufolge besteht der höchste Bedarf an Zusatzleistungen im **Bereich Pflege und Betreuung**. Genannt wurden hier u.a. Betreuungsleistungen allgemein, psychosoziale Betreuung, Beratungsgespräche zur Pflegeversicherung, gerontopsychiatrische Betreuungsleistungen aber auch Sterbebegleitung und Palliativpflege. Weitere Ausführungen zum Thema psychosoziale Betreuung finden sich unter Punkt 2.1.3 sowie unter Punkt 4, Schwerpunkt Demenz.
- Der nächstfolgende Bedarf liegt im Bereich **Begleitedienste, Sport und Kultur**. Unter dieser Kategorie wurden Angaben wie beispielsweise Einkaufsdienste, Spaziergänge, Begleitung zu Aktivitäten, Seniorennachmittage, Vorlesen oder Begleitung zu Ärzten zusammengefasst.
- Ein geringerer Bedarf zeigt sich im Bereich **Hauswirtschaft**. Hier fanden sich Angaben wie „umfangreiche hauswirtschaftliche Versorgung, Wäscheversorgung, Versorgung bei Ausfall der Pflegeperson durch Krankheit“.
- Unter der Rubrik **Andere** wurden Angaben wie Arbeits- und Schulassistenz für Behinderte, Haustierbetreuung u.ä. zusammengefasst.

Hinweis: Unter anderem wurde auf die Frage nach Leistungen, die nicht über das SGB XI finanziert werden, auch geantwortet mit

- Pflegeeinsätze nach §37/3, SGB XI
- Betreuungsleistungen nach dem Pflegeleistungsergänzungsgesetz
- Pflegeberater (Pflegeüberleitung)

Die Angaben machen deutlich, dass es offensichtlich gravierende Informationsdefizite bei den Anbietern gibt, denn die genannten Leistungen sind ausnahmslos über die Pflegekassen abzurechnen.

Hier stellt sich die Frage nach den Ursachen dieser Defizite.

- Wie umfassend informieren die Pflegekassen ihre Vertragspartner und Versicherten über gesetzliche Veränderungen?
- Wie weit setzen sich die Anbieter selbst mit den Inhalten ihrer Versorgungsverträge auseinander, woher beziehen sie weitergehende Informationen?

2.1.4 Beratungs- und Leistungsangebot im Bereich der psychosozialen Betreuung

2.1.4.1 Angebote allgemein

Die Pflege von Angehörigen in ihrem häuslichen Umfeld stellt häufig eine extreme physische und psychische Belastung für die Beteiligten dar, die sich nicht zuletzt auf das Familienleben und auf die gesamte Lebensplanung der Pflegeperson auswirken kann.

Daher besteht hier ein hoher Bedarf an Unterstützungs- und Betreuungsangeboten sowohl für die zu Pflegenden als auch für die Pflegepersonen, damit die Betroffenen möglichst lange unter menschenwürdigen Bedingungen in ihrem vertrauten häuslichen Umfeld verweilen können.

Eine wesentliche Rolle spielt in diesem Zusammenhang der gesamte Bereich der psychosozialen Betreuung.

So erfordert beispielsweise die Begleitung Sterbender und ihrer pflegenden Angehörigen eine besonders intensive Unterstützung in diesem Bereich. In diesen Situationen stehen 89,89 % der Pflegedienste den Betroffenen beratend zur Seite. Neben der Beratung vermitteln 47,19 % der Anbieter parallel an andere Stellen weiter. Aufgrund von Mehrfachnennungen liegen die Angaben über 100 %.

Auch pflegende Angehörige benötigen psychosoziale Betreuung, um die Dauerbelastung, die die Pflege eines hilfebedürftigen Familienmitglieds mit sich bringt, bewältigen zu können. Hier wird von 95,51 % der Anbieter Beratung erbracht. Darüber hinaus wird neben der Beratung auch an andere Stellen weitervermittelt. Der Anteil der Vermittlungen liegt in diesem Bereich bei 34,83 %.

Der Aspekt der psychosozialen Betreuung ist ebenfalls nicht zu unterschätzen, wenn es um drohende Verwahrlosung geht. Werden solche Situationen bekannt, sind Pflegedienste nicht selten die ersten Ansprechpartner, die aus dem Umfeld der/des Betroffenen um Hilfe gebeten werden.

Hier stehen 92,13 % der Anbieter zur Beratung zur Verfügung und 64,04 % vermitteln an die entsprechenden Ansprechpartner weiter.

Diese Beispiele verdeutlichen, wie hoch der Anteil der ambulanten Pflegeanbieter ist, wenn es um Beratung im Bereich der psychosozialen Betreuung geht.

Konkrete Leistungsangebote der Anbieter finden sich im Verzeichnis der Pflegedienste im Anhang.

2.1.4.2 Serviceleistungen im Bereich der psychosozialen Betreuung allgemein

Der gesetzlich verankerte Grundsatz „ambulant vor stationär“ scheint nur dann in vollem Umfang umsetzbar, wenn es sich um somatische Defizite der Betroffenen handelt. Die Definition des Begriffes der Pflegebedürftigkeit gemäß § 14, SGB XI, schließt die Kostenübernahme für Leistungen im psychosozialen Bereich nahezu aus.

Diese Sachlage führt dazu, dass die erforderlichen Leistungen entweder von den Betroffenen selbst finanziert werden, oder als Serviceleistung von ambulanten Pflegeanbietern erbracht werden.

In Anlehnung an die oben aufgeführten Beispiele wurde festgestellt, dass die Begleitung Sterbender und ihrer pflegenden Angehörigen von 71,91 % der Anbieter als Serviceleistung erbracht wird. Die allgemeine Beratung der pflegenden Angehörigen wird von 83,15 % der Anbieter als Serviceleistung erbracht und 59,55 % erbringen Serviceleistungen, wenn es um drohende Verwahrlosung geht.

Hinzuweisen bleibt an dieser Stelle auf die Aussagen persönlich befragter Leistungsanbieter, dass Menschen im Finalstadium in eine niedrigere Pflegestufe eingruppiert wurden. Als Begründung wurde angeführt, dass der Pflegeaufwand sich in der letzten Lebensphase verringert. Diese Hinweise wurden im Rahmen einer telefonischen Rücksprache vom MDKN bestätigt.

Bei niedrigerer Pflegestufe bleibt den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Pflegedienste nicht die erforderliche Zeit, sich um das psychische Wohlergehen der Betroffenen und ihrer Angehörigen zu kümmern.

Weitere Leistungen, die in diesem Bereich ohne Kostenübernahme erbracht werden, wurden bereits unter 2.1.3.4 aufgeführt.

2.1.4.3 Angebote für Menschen mit Demenzerkrankungen.

Eine besondere Rolle im Bereich der psychosozialen Betreuung kommt Menschen mit Demenzerkrankungen und ihren pflegenden Angehörigen zu. In diesem Bereich der ambulanten Versorgung besteht ein erhöhter Bedarf an Unterstützungs- und Betreuungsangeboten.

Insgesamt konnten 17 Pflegedienste ermittelt werden, die spezielle Angebote für Menschen mit Demenzerkrankungen vorhalten. Davon sind 11 Dienste in der Landeshauptstadt angesiedelt und sechs in den Kommunen.

74 Anbieter gaben Auskunft über die Anzahl der Dementen, die derzeit von ihnen betreut werden. Insgesamt wurden hier 1353 Personen erfasst. In Relation zur erhobenen Gesamtpatientenzahl der befragten Anbieter macht dies einen Anteil von 18,37 % aus.

Bezogen auf die geschätzte Anzahl der zur Zeit in der Region Hannover lebenden Menschen mit einer Demenzerkrankung ergibt sich hier lediglich ein Anteil von 9,24 %.

Allgemeingültige Aussagen zur tatsächlichen Anzahl der in der ambulanten Versorgung befindlichen Demenzerkrankten lassen sich anhand der vorliegenden Daten nicht treffen.

Näheres zu den Angeboten, die für Demente in der Region Hannover vorgehalten werden, über Serviceleistungen, die in diesem Bereich erbracht werden sowie weitere Ausführungen zur ambulanten Versorgungslage Demenzerkrankter finden sich unter Punkt 4, Schwerpunkt Demenz.

2.1.5 Komplementäre Hilfen

Wie bereits unter Punkt 2.1.3.4 dargelegt, sind für eine umfassende ambulante Versorgung pflegebedürftiger Menschen häufig Hilfen notwendig, die über den Leistungsrahmen des Pflegeversicherungsgesetzes hinausgehen. Demnach besteht ein Bedarf an ergänzenden Hilfen die bereitgestellt, organisiert und finanziert werden müssen.

Da diese Angebote eine tragende Rolle in der ambulanten Versorgung hilfe- und pflegebedürftiger Menschen spielen, wurden sie als eigenständiger Punkt in den Pflegebericht aufgenommen (siehe Punkt 3).

Angaben zu den konkreten Angeboten, die von den einzelnen Diensten vorgehalten werden, sind dem Verzeichnis der Pflegeanbieter im Anhang zu entnehmen.

2.1.6 Angebote für Migrantinnen und Migranten

Die im Rahmen der Erhebung erfassten Spezialisierungen der ambulanten Pflegeanbieter in bezug auf besondere Pflegesituationen wurden bereits unter Punkt 2.1.2.1 dargelegt.

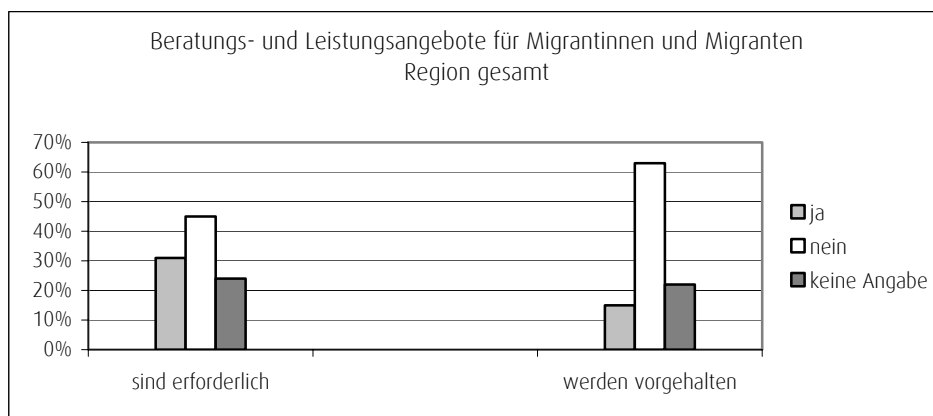
Ein weiterer Aspekt, der in der ambulanten Versorgung zunehmend an Bedeutung gewinnt, ist die Situation von Migrantinnen und Migranten, die in ihrem häuslichen Umfeld gepflegt werden. Im Rahmen der persönlichen Befragung wurde darauf hingewiesen, dass diese Klientel vorwiegend von der eigenen Familie versorgt wird.

Solange die Pflege von den Angehörigen erbracht wird, scheint es hier keine Probleme zu geben. Wird jedoch professionelle Hilfe von außen erforderlich, müssen Besonderheiten wie Sprache, Kultur und Religion der Betroffenen in die Pflegesituation mit einbezogen werden.

Von den befragten ambulanten Leistungsanbietern erachten 31,46 % besondere Angebote für Migrantinnen und Migranten als erforderlich, 14,60 % halten solche Angebote vor.

Die nachstehenden Diagramme vermitteln einen Überblick über die Angaben der Befragten, gegliedert nach Kommunen und Stadtbezirken der Landeshauptstadt.

Abb. 6



Differenziert man hier zwischen der Einschätzung der Pflegedienste, die in der Landeshauptstadt angesiedelt sind und der Einschätzung derer, die in den Kommunen aktiv tätig sind, ergibt sich nachstehendes Bild.

Abb. 7

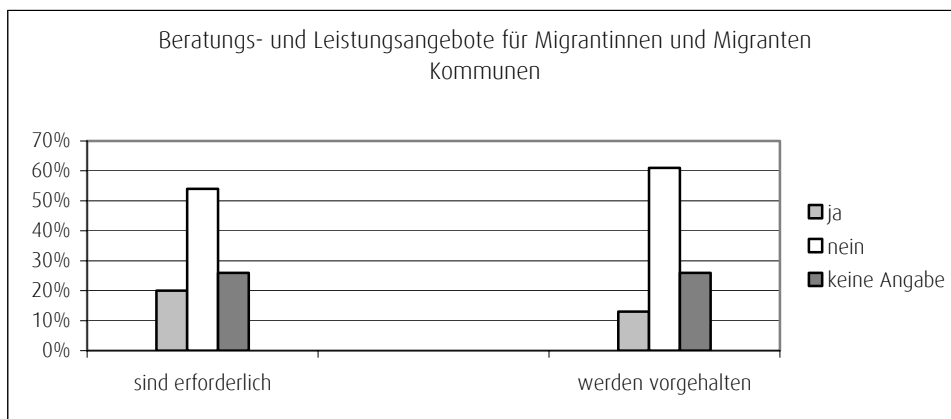
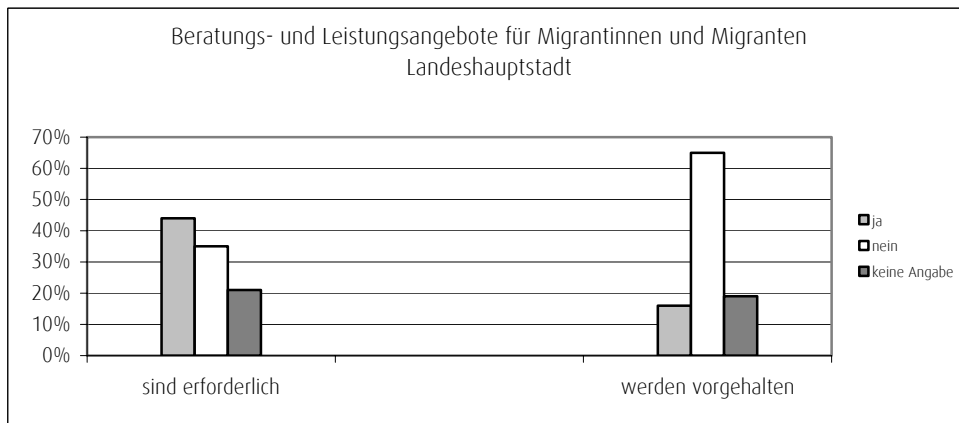


Abb. 8



In der Landeshauptstadt liegt der Bedarf an Angeboten für Migrantinnen und Migranten offensichtlich wesentlich höher (44,19 %) als in den Kommunen (19,56 %). Entsprechende Angebote werden jedoch nur von 16,28 % der Anbieter in der Landeshauptstadt vorgehalten, in den Kommunen von lediglich 13,04 %.

In den Stadtbezirken 2 und 10 der Landeshauptstadt sind jeweils zwei Dienste angesiedelt, die Angebote für Migrantinnen und Migranten vorhalten, in den Bezirken 7, 11, 12 und 13 ist je ein Dienst ansässig.

In Laatzen, Springe und Wennigsen gibt es je einen Anbieter mit fremdsprachigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern.

Insgesamt beziehen sich die Angebote überwiegend auf die Kenntnisse fremdsprachiger Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Genannt wurden hier die Sprachen russisch, polnisch, türkisch und spanisch. Auf Kenntnisse im Umgang mit anderen Religionen sowie auf Mitarbeiterinnen aus anderen Kulturkreisen wurde nur einmal hingewiesen.

Drei weitere Dienste gaben an an entsprechende Schwerpunktdienste zu vermitteln.

Bei der Interpretation der vorliegenden Daten ist zu berücksichtigen, dass Ende 2002 12.510 Migrantinnen und Migranten der Altersgruppe 60 Jahre und älter in der Region Hannover lebten. Davon lebten 8.889 Personen in der Landeshauptstadt und 3.621 in den übrigen Kommunen der Region Hannover. Der Anteil der Migrantinnen und Migranten, die in der Landeshauptstadt angesiedelt waren, war demnach mehr als doppelt so hoch wie in den Kommunen (s. Punkt 1.7.1, 1.9).

2.1.7 Kooperationsbeziehungen der am Prozess der ambulanten Versorgung beteiligten Berufsgruppen

Um die in der ambulanten Versorgung bereitgehaltenen Angebote in ihrem vollen Umfang nutzen zu können, sind Information und wechselseitige Kontakte auf professioneller Ebene unabdingbar. Austausch und Kommunikation mit anderen Anbietern sind hier ebenso wichtig wie die Kooperation mit anderen Berufsgruppen. Die interdisziplinäre Zusammenarbeit der beteiligten Berufsgruppen könnte wesentlich dazu beitragen, Transparenz in die vorhandene Vielfalt der Angebote zu bringen und sie damit denjenigen, die darauf angewiesen sind, verfügbar zu machen.

Für 92,13 % der Anbieter sind Kontakte zu anderen Pflegediensten grundsätzlich wünschenswert. Tatsächlich praktiziert wird eine Zusammenarbeit in unterschiedlichen Situationen.

80,90 % der Anbieter arbeiten zum Zweck des fachlichen Austausches zusammen. Unklar bleibt jedoch wie sich die Zusammenarbeit inhaltlich gestaltet.

Wenn es zu Personalengpässen kommt, sind 21,35 % der Dienste bereit mit anderen Anbietern zu kooperieren.

Bei Patientenübergaben/-übernahmen ist eine Zusammenarbeit im Grunde unumgänglich. So gaben 77,53 % der Befragten an mit den dann beteiligten Diensten zusammenzuarbeiten, jedoch verneinen auch 10,11 % eine Zusammenarbeit in diesen Situationen, 12,36 % haben sich nicht geäußert. 30 % der Anbieter arbeiten ausschließlich im Bedarfsfall zusammen.

Auch wenn sich die Zusammenarbeit im Wesentlichen auf die Notwendigkeit beschränkt gibt es weitere Situationen, in denen die Dienste miteinander kooperieren.

Vertragsverhandlungen, allgemeine örtliche Interessen sowie Netzwerke zu bestimmten Themen (z.B. Onkologie, Hospizdienst) sind Bereiche, in denen Zusammenarbeit praktiziert wird.

Darüber hinaus gibt es Arbeitsgruppen, die sich regelmäßig treffen, gemeinsame Fortbildungen oder auch den regelmäßigen Austausch über die Berufsverbände.

Allerdings bleibt hier anzumerken, dass lediglich 21 Angaben zu diesem Punkt vorliegen. Es kann folglich nicht davon ausgegangen werden, dass die Mehrzahl der ambulanten Anbieter etwa miteinander vernetzt ist oder eine Zusammenarbeit mit anderen Anbietern kontinuierlich gewährleistet ist. Auch wenn der Großteil der Anbieter Kontakte zu anderen Pflegediensten grundsätzlich für wünschenswert hält, wird Zusammenarbeit in der Alltäglichkeit nicht durchgehend praktiziert.

Nicht nur die Formen der Zusammenarbeit der ambulanten Pflegeanbieter untereinander, sondern auch deren Kontakte zu anderen Einrichtungen und Institutionen, die in die ambulante Versorgung involviert sind, tragen in erheblichem Maße dazu bei, dass eine lückenlose Versorgung gewährleistet werden kann.

Jeweils über 70 % der Anbieter pflegen über den Bedarfsfall hinaus Kontakte zu Pflegekassen, Krankenkassen, Sozialämtern und Krankenhaussozialdiensten.

Zu Selbsthilfegruppen werden wechselseitige Kontakte von 52,81 % der Befragten gehalten.

Als Kriterien zur Einschätzung der Zusammenarbeit der ambulanten Dienste mit anderen Einrichtungen und Institutionen wurden die Kategorien „sehr gut“, „zufriedenstellend“ und „verbesserungsfähig“ vorgegeben. Hier waren Mehrfachnennungen möglich, dieser Sachverhalt ist bei der Interpretation der nachstehend dargestellten Einschätzungen durch die Befragten zu berücksichtigen.

Als sehr gut wird am häufigsten die Zusammenarbeit mit Sozialämtern (50,56 %), dem sozialpsychiatrischen Dienst (47,19 %), niedergelassenen Ärzten (44,94 %) und den Pflegekassen (41,57 %) genannt. Weniger häufig kommen in dieser Kategorie Krankenhaussozialdienste mit 39,33 % und die Krankenkassen mit 28,09 % vor.

Dagegen werden die Krankenkassen in der Kategorie zufriedenstellend mit 48,31 % am häufigsten genannt, dicht gefolgt von den Pflegekassen mit 47,19 % und den niedergelassenen Ärzten mit 43,82 %.

Als verbesserungsfähig wird vorwiegend die Zusammenarbeit mit den Krankenhaussozialdiensten und den Krankenkassen beschrieben.

Die vorliegenden Angaben zeigen, dass es durchaus Bereiche gibt, in denen Kooperationen bereits funktionieren. Sie verdeutlichen allerdings auch, dass es hier Grenzen gibt, die zwingend überwunden werden müssen, wenn eine zeitnahe Versorgung von hilfe- und pflegebedürftigen Menschen in ihrem häuslichen Umfeld gewährleistet werden soll.

Wie notwendig die interdisziplinäre Zusammenarbeit der beteiligten Berufsgruppen in der ambulanten Versorgung ist, verdeutlichen die nachstehenden Beispiele.

- Wenn sich eine Pflegesituation zu Hause entwickelt und eine umgehende Versorgung der/des Betroffenen im häuslichen Umfeld sichergestellt werden soll, ist der Kontakt zwischen Pflegedienst und Hausarzt ebenso wichtig wie der zur jeweilig zuständigen Pflege- und/oder Krankenkasse
- Die nahtlose Fortsetzung des Pflegeprozesses nach Krankenhausentlassung im häuslichen Umfeld setzt eine enge Zusammenarbeit zwischen Krankenhaussozialdiensten, niedergelassenen Ärzten und Pflegediensten voraus. In den Krankenhäusern der Region Hannover sind seit dem 01.01.04 „Pflegeberater“ in die Pflegeüberleitung involviert. Aufgabenstellungen und Zusammenarbeit der Pflegeberater mit den Krankenhaussozialdiensten und anderen beteiligten Berufsgruppen werden unter Punkt 5 behandelt.
- Die Klärung der Kostenübernahme im Vorfeld der ambulanten Leistungserbringung stellt häufig eine nicht zu unterschätzende Hürde dar. Bei unklarer Kostenübernahme entstehen sowohl für den Leistungserbringer als auch für den Leistungsempfänger enorme Unsicherheiten. Diese Sachlage führt nach den Aussagen persönlich befragter Leistungsanbieter dazu, dass mittlerweile nicht mehr alle Pflegedienste in Vorleistung gehen können. Damit ist die lückenlose Weiterversorgung der Betroffenen nicht durchgehend gewährleistet.
- Die Eingruppierung in eine Pflegestufe macht die Zusammenarbeit zwischen Betroffenen, Pflegedienst, dem Medizinischen Dienst und den Pflegekassen vielfach unabdingbar.
- Die zeitnahe Bearbeitung von Anträgen, Anfragen oder auch die Einrichtung von notwendigen Betreuungen erfordern eine enge Zusammenarbeit aller beteiligten Berufsgruppen.

An dieser Stelle bleibt auf die Aussagen persönlich befragter Anbieter hinzuweisen, dass sich die Zeitspanne zwischen Antragstellung und Bewilligung bzw. Ablehnung eines Antrages auf Eingruppierung in eine Pflegestufe durchaus über sechs bis acht Monate erstrecken kann.

Diese Aussagen wurden durch die schriftliche Erhebung bestätigt.

40 der befragten Anbieter gaben an, dass sich der Bearbeitungszeitraum auf 5-6 Monate erstreckt, 13 Befragte gaben 3-4 Monate an. Nach den Angaben von jeweils zehn Anbietern belaufen sich die Zeiträume auf 2-3 bzw. 4-5 Monate. Nur fünf gaben an, dass sich die Zeitspanne zwischen 1-2 Monaten bewegt. Allerdings geht den Angaben von acht Anbietern zufolge der Bearbeitungszeitraum über 5-6 Monate hinaus.

Sowohl für die Leistungsanbieter als auch die Betroffenen ergeben sich aus dieser Tatsache unhaltbare Situationen. Die ambulanten Dienste gehen zwar teilweise noch in Vorleistung, sie sind jedoch gezwungen mit den Leistungsempfängern zusätzliche Verträge abzuschließen, damit im Falle der Ablehnung einer Pflegestufe die Kosten für die erbrachten Leistungen gedeckt sind. Für den Leistungsempfänger bedeutet dies in der Regel eine hohe finanzielle Belastung, die sich innerhalb der beschriebenen Fristen aufbaut und nicht in allen Fällen getragen werden kann.

So kommt es vor, dass hilfe- und pflegebedürftige Menschen aufgrund der Verzögerung des Bewilligungsverfahrens aus Kostengründen auf die notwendige Pflege verzichten.

In anderen Regionen bzw. Landkreisen Niedersachsens sind die Bearbeitungszeiträume wesentlich kürzer. Offensichtlich handelt es sich hier um ein regionsspezifisches Problem, das zwingend einer Lösung bedarf.

2.1.8 Kostenklärung bei Patientenübernahmen (Pflegeüberleitung)

Angesichts der Einführung des DRG-Systems und der daraus resultierenden weiteren Verkürzung der Krankenhausliegezeiten gewinnt die Sicherstellung der nahtlosen Fortsetzung des Pflegeprozesses im häuslichen Umfeld zunehmend an Bedeutung.

Die kurzfristigen Entlassungen nach Krankenhausaufenthalt führen nicht nur zu einer Steigerung der Patientenzahlen in der ambulanten Versorgung, sie bringen auch wesentlich intensivere Pflegesituationen mit sich, die im häuslichen Umfeld bewältigt werden müssen.

Persönlich befragte Anbieter haben darauf hingewiesen, dass es in neuester Zeit schon häufiger vorgekommen sei, dass Patientinnen bzw. Patienten unvorangemeldet mit dem Krankenwagen vor der Haustür stehen.

Ist in solchen Fällen kein Pflegedienst abrufbar oder sind keine Angehörigen oder Nachbarn zur Stelle, die entsprechende Schritte zur Weiterversorgung im häuslichen Umfeld einleiten, sind die Betroffenen ihrem Schicksal selbst überlassen. Abhängig von der jeweiligen Intensität des vorhandenen Pflegebedarfs können sich die Betroffenen mehr schlecht als recht um die notwendigen Hilfen kümmern. Im schlimmsten Fall finden sie sich innerhalb kürzester Zeit im Krankenhaus wieder.

Daher ist hier eine reibungslose Kooperation zwischen den beteiligten Berufsgruppen, vor allem aber zwischen den Krankenhaussozialdiensten und den ambulanten Pflegeanbietern zwingend notwendig.

66,29 % der Befragten geben an kontinuierliche Kontakte zu den Sozialdiensten der Krankenhäuser zu pflegen, während 32,58 % keine kontinuierlichen Kontakte unterhalten.

In diesem Zusammenhang sind auch die Informationswege, über die die ambulanten Pflegeanbieter von einer anstehenden Krankenhausentlassung erfahren, näher zu beleuchten (Mehrfachnennungen möglich).

Zu 88,76 % werden die Anbieter von den Angehörigen der Betroffenen über eine anstehende Krankenhausentlassung informiert, in 70 % der Fälle sind es die Krankenhaussozialdienste, die diese Information im Vorfeld weiterleiten. Auch Hausärzte (35,96 %) und Betroffene selbst (30,34 %) werden als Informationsquellen benannt.

Ebenso wichtig erscheint in diesem Kontext die Vorlaufzeit, die den Anbietern zur Vorbereitung des häuslichen Umfeldes der Betroffenen durchschnittlich zur Verfügung steht.

So gaben 68,54 % der Befragten die Vorlaufzeit in Tagen an, wobei die Angaben zwischen einem und drei Tagen lagen.

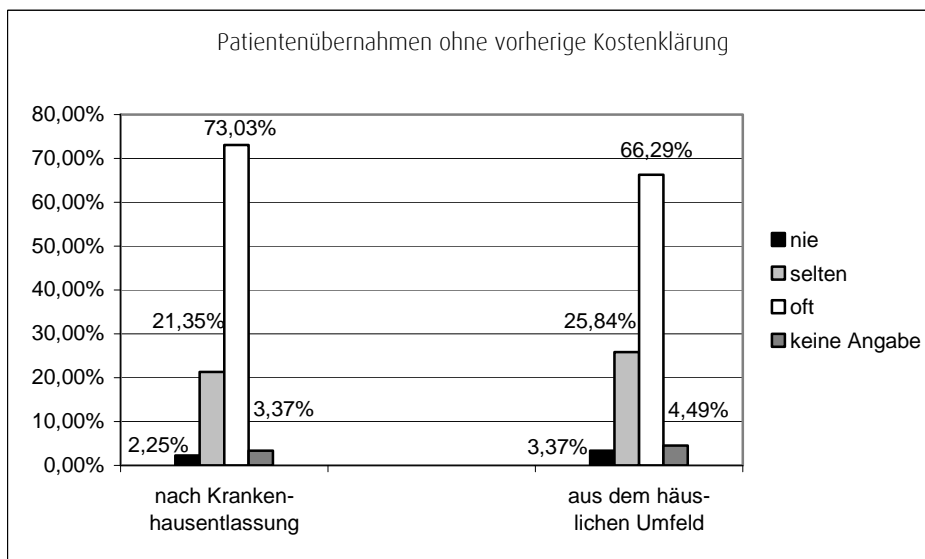
Allerdings gaben auch 33,71 % der Befragten an, dass es sich lediglich um einige Stunden handelt, die zwischen der Information über eine Krankenhausentlassung und der Ankunft der Betroffenen zu Hause vergehen. Hier bleibt dann tatsächlich nicht die erforderliche Zeit, das Umfeld der Betroffenen den aktuellen Bedürfnissen entsprechend vorzubereiten.

Ein weiterer Aspekt, der zu beachten bleibt, ist die Klärung der Kostenübernahme im Vorfeld der ambulanten Versorgung. Denn auch hier sind zur Gewährleistung einer qualitativ hochwertigen Fortsetzung des Pflegeprozesses nach Krankenhausentlassung zeitliche Verzögerungen nicht akzeptabel, so dass die ambulanten Pflegedienste in der Regel in Vorleistung gehen müssen.

Das Erbringen von Vorleistungen bezieht sich jedoch ebenso auf die Übernahme von Patientinnen bzw. Patienten, die ohne vorherigen Krankenhausaufenthalt in ihrem häuslichen Umfeld gepflegt werden.

Nachstehend eine Übersicht über die Häufigkeit der Patientenübernahmen bei ungeklärter Kostenübernahme.

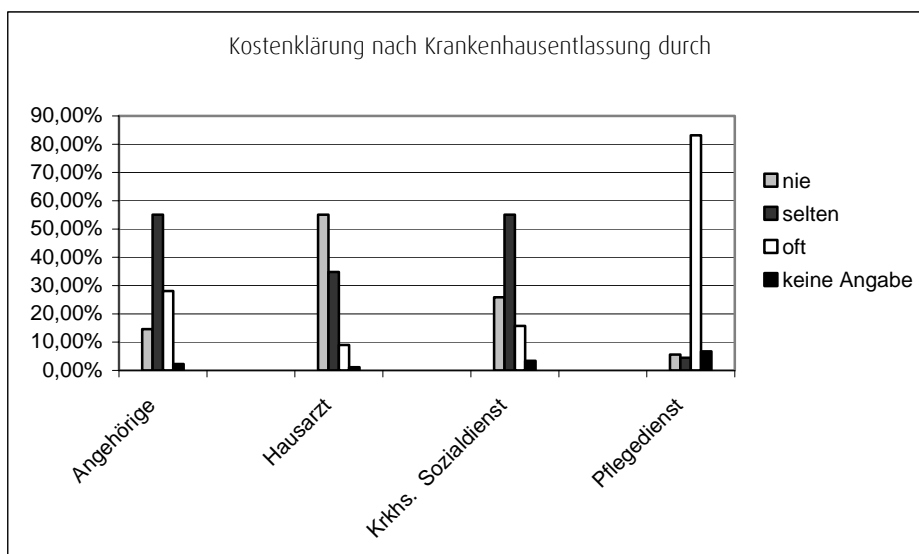
Abb. 9



Aus der vorliegenden Übersicht geht sehr deutlich hervor wie oft ambulante Pflegedienste Leistungen erbringen, ohne dass im Vorfeld die Übernahme der entstehenden Kosten geklärt ist. Legt man die weiter oben beschriebene Problemlage bezüglich des Bewilligungsverfahrens zum § 37, Abs. 1, SGB V und die dargelegten Zeitspannen zur Bewilligung bzw. Ablehnung der Eingruppierung in eine Pflegestufe zu Grunde, ist ernsthaft zu hinterfragen, wie die ambulanten Leistungserbringer sich bezüglich erbrachter aber nicht refinanzierter Leistungen absichern können. Denn auch während des Bearbeitungszeitraums durch die zuständigen Kostenträger müssen die Dienste laufende Kosten wie beispielsweise Miete, Autos und Personalkosten begleichen.

In diesem Zusammenhang ist ebenso von Interesse, wer sich vorrangig um eine Kostenübernahme nach Krankenhausentlassung bemüht. Nachstehend eine Übersicht.

Abb. 10



Aus Gründen der Übersichtlichkeit wurde in diesem Diagramm auf die Datenwertanzeige verzichtet.

Das Diagramm verdeutlicht, dass die Kostenübernahme nach Krankenhausentlassung mit Abstand am häufigsten durch die Pflegedienste (83,15 %) geklärt wird. In nur 28,09 % sind es die Angehörigen, die von den Befragten mit „oft“ als diejenigen angegeben wurden, die sich um die Klärung der Kos-

tenübernahme für ein pflegebedürftiges Familienmitglied bemühen. Wesentlich seltener werden hier Krankenhaussozialdienste (15,73 %) und Hausärzte (8,99 %) genannt.

Der Personal- und Zeitaufwand sowie die daraus resultierenden Kosten, die für die Dienste aus der Durchführung von Antragstellungen und dem Erbringen von Vorleistungen entstehen, wurde im Rahmen der Erhebung nicht erfasst.

Die dargestellten Ergebnisse lassen bezüglich einer strukturierten Überleitung von Patientinnen und Patienten aus dem Krankenhaus in das häusliche Umfeld zwei Problemfelder erkennen.

Zum einen sind es die Kooperationsbeziehungen zwischen den beteiligten Berufsgruppen, die eine nahtlose Fortsetzung des Pflegeprozesses bei gleichbleibender Qualität im häuslichen Umfeld in Frage stellen.

Zum anderen stehen häufig ungeklärte Kostenübernahmen, einer gesicherten Weiterversorgung im ambulanten Pflegebereich entgegen.

Eine gangbare Lösung für diese Problematik stellt das im Agnes-Karll-Krankenhaus Laatzen bereits erprobte Modell zur Pflegeüberleitung dar.

Wie bereits erwähnt, bildet das Thema „Pflegeüberleitung“ einen Schwerpunkt des örtlichen Pflegeberichtes, der in Pukt 5 detailliert behandelt wird. In diesem Zusammenhang wird das oben genannte Modell ausführlich erläutert.

2.1.9 Einschätzung der Versorgungslage im ambulanten Pflegebereich aus Sicht der befragten Leistungsanbieter

Die bisher dargelegten Ergebnisse der Erhebung des Beratungs- und Leistungsangebotes der ambulanten Pflegeanbieter in der Region Hannover machen deutlich, dass es in weiten Teilen der ambulanten Versorgung ein breit gefächertes Angebot für hilfe- und pflegebedürftige Menschen gibt. Sie lassen allerdings auch Lücken erkennen, die eine umfassende Betreuung und Pflege im häuslichen Umfeld in Frage stellen.

Mit einer Verschärfung der Situation ist hinsichtlich der demographischen Entwicklung und der Auswirkungen des DRG-Systems zu rechnen. Daher wurde im Rahmen der Erhebung die Einschätzung derjenigen erfragt, die tagtäglich mit der aktuellen Situation konfrontiert sind.

Die Fragestellung wurde in zwei Schwerpunkte gegliedert. Zum einen wurde um die Einschätzung der Befragten hinsichtlich der Personalsituation gebeten. Vorrangig ging es darum zu erfahren, ob derzeit ausreichend qualifizierte Pflegefachkräfte im ambulanten Bereich zur Verfügung stehen und ob es greifbare Gründe dafür gibt, dass es zukünftig zu einem Mangel an solchen Kräften kommen könnte. Zum anderen wurde nach Ursachen gefragt, die auf lange Sicht grundsätzlich zu Engpässen in der ambulanten Versorgung führen könnten.

Zu der ersten Teilfrage haben sich von 89 Anbietern 84 geäußert.

Den vorliegenden Angaben zufolge gehen 49,44 % davon aus, dass derzeit genügend Pflegefachkräfte zur Verfügung stehen, 44,94 % verneinen diese Frage.

Parallel dazu geben 66,29 % der Befragten an, Probleme bei der Suche nach qualifiziertem Personal zu haben, während nur 28,09 % keine diesbezüglichen Probleme benennen.

Differenziert man hier zwischen den Angaben der Anbieter in der Landeshauptstadt und denen in den Kommunen, stellt sich die Situation wie folgt dar:

In der Landeshauptstadt haben 74,42 % der Anbieter ihren Angaben zufolge Probleme bei der Suche nach qualifiziertem Personal, in den Kommunen dagegen nur 58,70 %.

Die Angaben der Anbieter zur derzeitigen Personalsituation stimmen nahezu überein (48,84 % bzw. 50 %).

Obwohl insgesamt ca. 50 % der Befragten davon ausgehen, dass derzeit genügend Pflegefachkräfte zur Verfügung stehen, benennen 74 Anbieter konkrete Gründe, die zukünftig zu einem Mangel an Pflegefachkräften führen könnten.

Da die Angaben sehr vielschichtig sind, wurden sie zusammengefasst und sechs Kategorien zugeordnet, die nachstehend mit der Nennung von Beispielen aufgeführt sind.

- **Belastung:**
Hohe psychische und körperliche Belastung, kaum Supervisionsmöglichkeiten, Angst vor Verantwortung, hohes Anforderungsprofil, hohe Eigenverantwortung, Zeitdruck, wenig Zeit für Kunden, wechselnde Einsatzorte, zunehmend demenziell Erkrankte, überwiegend altes Klientel, Pflege zunehmend verrichtungsorientiert und nicht ganzheitlich
- **Arbeitszeiten:**
Wochenenddienste, Bereitschaft, in der Regel Teilzeitstellen, familienfeindliche Arbeitszeiten, Überstunden, Arbeitszeiten führen zur gesellschaftlichen Ausgrenzung, fehlende Kinderbetreuung, kurze Verweildauer von Frauen im Beruf
- **Verdienstmöglichkeiten:**
Keine Sozialleistungen, Unsicherheit bezüglich fehlender Tarife, zu große Unterschiede ambulante/stationär, zu hohe Gehaltsvorstellungen, Unterbezahlung
- **Gesellschaftliche Stellung:**
Wenig Berufsstolz, geringe Wertschätzung der ambulanten Pflege in der Bevölkerung, schlechtes Image, ambulante Pflege hat keine Lobby, alte Menschen sind nichts wert, Pflege hat keinen Stellenwert (kann jeder)
- **Ausbildung:**
Wenig Transparenz bezüglich der Aufgaben, Kluft zwischen Theorie und Praxis, fehlende Qualifikationsmöglichkeiten, nicht genügend Ausbildungsplätze, stationär ausgerichtet, unzureichende Ausbildung im psychologisch-kommunikativen-Bereich, mangelnde Weiterbildung, Unkenntnis des Tätigkeitsfeldes
- **Sonstige**
Immer größere Einschränkungen seitens der Regierung und der Kostenträger, verschlechterte Rahmenbedingungen, Anspruchshaltung der Kunden, wirtschaftliches Denken der Inhaber und bürokratischer Aufwand innerhalb der Dienste, gelernte Pflegekräfte sitzen nur am Schreibtisch während Hilfskräfte die eigentliche Arbeit machen, fehlende Motivation, Mangel an Eigeninitiative, mangelnde soziale Kompetenz, fehlender Führerschein

Mit Abstand am häufigsten wurden die Belastung der Pflegekräfte, gefolgt von den Verdienstmöglichkeiten und den ungünstigen Arbeitszeiten als Gründe für einen möglichen Mangel an Pflegefachpersonal genannt. Mit einigem Abstand folgen dann Angaben zur gesellschaftlichen Stellung der Pflege und zur Ausbildungssituation.

Neben der Tatsache, dass die genannten Kriterien Pflegefachpersonal ganz offensichtlich daran hindern in die ambulante Pflege einzusteigen oder Veranlassung dazu geben frühzeitig wieder auszustiegen, verdeutlichen die Angaben der Befragten auch, unter welchen Rahmenbedingungen ambulante Pflege derzeit durchgeführt wird.

Unabhängig von der Einschätzung bezüglich des Pflegefachpersonalmangels haben sich 60 Anbieter zu möglichen Ursachen für grundsätzliche Engpässe in der ambulanten Versorgung geäußert. Auch diese Angaben wurden in Kategorien zusammengefasst und sind nachstehend mit der Nennung von Beispielen aufgeführt.

- **Kostenklärung**
Ablehnung notwendiger Leistungen (SGB V, SGB XI), Leistungskomplexe gehen an der Realität vorbei, zu geringe Vergütung der Leistungen, zu lange Wartezeiten bis zur Einstufung, Strukturdefizite der Kassen, unklare Gesetzesformulierungen, zu hohe Zuzahlungen der Betroffenen, Kommunen ziehen sich aus der Verantwortung, steigende Bürokratisierung, Sterbebegleitung kann nicht abgerechnet werden, Kostenübernahmen durch Kassen nicht gewährleistet, Mangelversorgung durch fehlende Leistungsbewilligung, stark reglementiertes Vergütungssystem der Kassen
- **DRG-System**
Verkürzte Liegezeiten, blutige Entlassungen, mehr Aufnahmen, umfangreichere Versorgung der Patientinnen und Patienten, Krankenhäuser informieren nicht rechtzeitig über Entlassungstermine
- **Demographie**
Anzahl der Seniorinnen und Senioren steigt, Abriss des Generationenvertrages, zu wenig oder fehlende Angehörige, Abnahme der Bereitschaft zu sozialem Engagement, zunehmend mehr Patientinnen und Patienten mit Demenzerkrankungen, Multimorbidität, Steigerung der Anzahl von Pflegebedürftigen
- **Personal**
Personaldecke nicht ausreichend, Fachkräftemangel, zu wenig Ausbildungsplätze, zunehmender Beratungs- und Schulungsbedarf für pflegende Angehörige, schlechte Ausbildung, Ausbildungskosten für Ausbildungsbetriebe zu hoch, Personalbedarf nicht kalkulierbar
- **Überleitung**
Mangelnde Infos für Patienten und Angehörige, schlechte Vorbereitung der ambulanten Dienste, Einseitigkeit der Sozialdienste der örtlichen Krankenhäuser, kein angemessenes Konzept für ambulant vor stationär, keine entsprechende Regelung seitens des Gesetzgebers, Patienten stehen ohne Vorankündigung mit dem Krankenwagen vor der Tür
- **Sonstige**
Verschlechterung der wirtschaftlichen Lage, Pflegegeld ist zum Einkommen geworden (Pflege wird immer häufiger privat durchgeführt), Sparmaßnahmen der Politik, Anspruchsdenken der Gesellschaft, Wohnformen älterer Menschen, Angst vor Armut, Verhinderung der Optimierung durch einseitige Interessenvertretung im Gesundheitswesen

Unklare Kostenübernahmen sowie die Auswirkungen des DRG-Systems wurden mit Abstand am häufigsten als Ursachen für die Entwicklung möglicher Engpässe in der ambulanten Versorgung benannt.

Lediglich vier der Befragten gehen davon aus, dass derzeit und auch zukünftig keine Engpässe in der ambulanten Versorgung zu erwarten sind. Diese Anbieter argumentieren damit, dass genügend Pflegedienste am Markt sind oder auch damit, dass sie sich auf anstehende Veränderungen vorbereiten und es keine Engpässe gibt, auf die man nicht reagieren kann.

Angesichts der Aussagen der Mehrzahl der befragten Anbieter und der bisher erhobenen weiteren Daten erscheinen diese Einschätzungen jedoch eher realitätsfremd.

Insgesamt spiegeln die Einschätzungen der ambulanten Leistungsanbieter überwiegend die Problemfelder wider, die sich im Rahmen der Erhebung bereits herauskristallisiert haben.

2.1.10 Zusammenfassung

Die vorliegenden Ergebnisse vermitteln einen Einblick in die derzeit vorhandenen ambulanten Versorgungsstrukturen, die von ambulanten Pflegediensten, Diakonie- und Sozialstationen in der Region Hannover bereitgestellt werden.

Auch wenn aufgrund der Eingangs beschriebenen Erhebungssituation nicht alle Bereiche bis ins Detail erfasst werden konnten ist erkennbar, dass es in weiten Teilen der ambulanten Pflege ein umfassendes Beratungs- und Leistungsangebot gibt. Die Ergebnisse machen allerdings auch deutlich, dass es Lücken in der Versorgung älterer hilfe- und pflegebedürftiger Menschen gibt, die eine den individuellen Bedürfnissen der Betroffenen entsprechende Versorgung im häuslichen Umfeld in Frage stellen.

Grundsätzlich lassen sich die nachstehenden Problemfelder benennen.

- Die teilweise sehr umfassenden Beratungen zu den unterschiedlichen Themen der ambulanten Versorgung sind sowohl für die Betroffenen als auch für pflegende Angehörige zwingend notwendig. Diese Beratungen werden von ambulanten Leistungsanbietern in der Regel als Serviceleistung erbracht.
Generell besteht jedoch seitens der Pflegekassen der gesetzliche Auftrag (§ 7, SGB XI) zur umfassenden Beratung ihrer Versicherten. Hinzu kommt, dass den Betroffenen vielfach die Information fehlt, dass es sich bei der Pflegeversicherung lediglich um eine Teilkaskoversicherung handelt, die demzufolge auch nur Teilbereiche des bestehenden Bedarfs abdeckt. Hier wäre Aufklärungsarbeit durch die Kassen zwingend notwendig.
- Die Pflegeunternehmen sind wirtschaftlich kaum noch in der Lage, das Angebot an Serviceleistungen im bisher praktizierten Umfang aufrecht zu erhalten.
Neben dem breitgefächerten Beratungsangebot, das von den Anbietern vorgehalten wird, werden auch weitere Serviceleistungen erbracht, die weit über eine Beratung hinausgehen. Insbesondere ist in diesem Zusammenhang der gesamte Komplex der psychosozialen Betreuung zu nennen. So sind beispielsweise die Kosten für notwendige Betreuungsleistungen, die nicht über das SGB XI finanziert werden können, von den Betroffenen bzw. Angehörigen zu tragen. Es sei denn, es besteht im Einzelfall ein Anspruch auf Leistungen nach dem Bundessozialhilfegesetz. Zu einem großen Teil werden hier allerdings auch Unterstützungsleistungen von den ambulanten Pflegediensten erbracht, die nicht honoriert werden.
Auch wenn die zusätzlichen Betreuungsleistungen nach dem Pflegeleistungsergänzungsgesetz (s. Punkt 4.3.2.4) nicht annähernd ausreichen, um den tatsächlichen Bedarf an Betreuung und Unterstützung zu decken, ist zu überlegen wie dieses vorhandene Angebot umfassender genutzt werden kann.
Unabhängig davon bedarf der Bereich der psychosozialen Betreuung insgesamt einer umfassenderen Berücksichtigung in der Regelfinanzierung.
Zu denken ist hier an die gerontopsychiatrische Krankenpflege gemäß SGB V, oder auch an eine flächendeckende Etablierung des AGZ-Konzeptes in der Region Hannover.
- Ebenso wichtig ist in diesem Zusammenhang die Begleitung der pflegenden Angehörigen. Auch hier sind Unterstützungs- und Schulungsangebote dringend erforderlich, um die enorme psychische und physische Dauerbelastung, insbesondere im Bereich der Versorgung demenzkranker Familienangehöriger, zu mindern. Aus den beschriebenen Belastungssituationen und dem damit häufig verbundenen Ausfall der Pflegepersonen resultieren für die Pflegebedürftigen vielfach Heimunterbringungen, die durch entsprechende Präventionsmaßnahmen verzögert oder verhindert werden könnten. Zu nennen wären als solche Maßnahmen beispielsweise situationsbezogene Beratung und Begleitung durch entsprechendes Fachpersonal, das sowohl im Umgang mit den Betroffenen als auch in der Unterstützung der Angehörigen geschult ist. Die vorliegenden Ergebnisse lassen diesbezüglich allerdings Defizite erkennen, die zwingend ausgeglichen werden müssen.

Eine weitere Möglichkeit pflegende Angehörige zu entlasten stellt die Nutzung von Tagespflegeangeboten dar. Persönlich befragte Anbieter haben jedoch darauf hingewiesen, dass diese Angebote von den Betroffenen häufig aus finanziellen Gründen nicht genutzt werden können. Hier wäre auf die Möglichkeit der Gewährung von Sozialhilfe hinzuweisen.

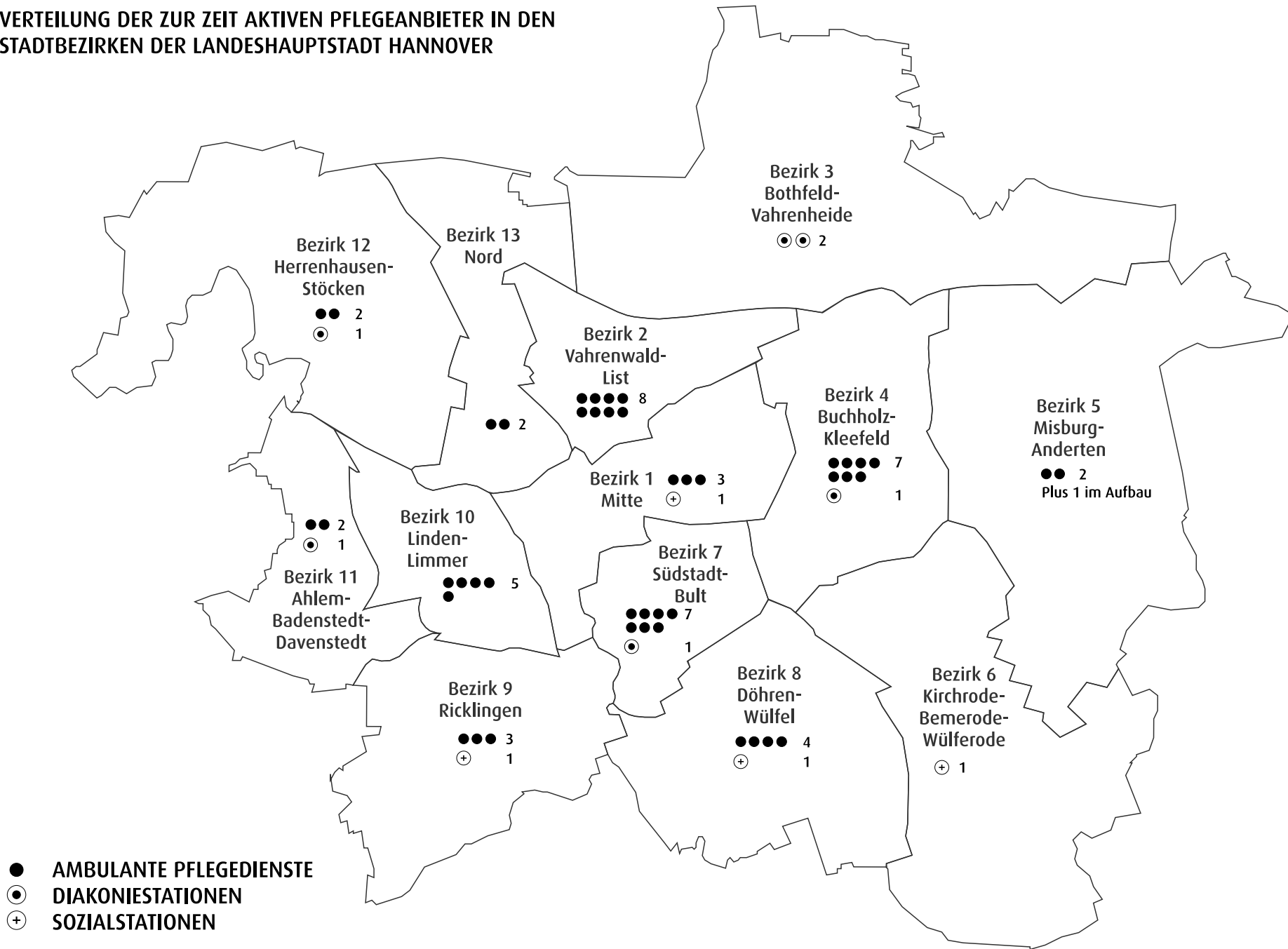
- Des Weiteren sind die Auswirkungen des DRG-Systems auf die ambulante Pflege als eine mögliche Ursache für künftige Engpässe in der ambulanten Versorgung zu betrachten. Durch die sich stetig verkürzenden Liegezeiten in den Krankenhäusern nimmt die Anzahl der Patientinnen und Patienten, die in ihrem häuslichen Umfeld weiterversorgt werden müssen, zu. Darüber hinaus werden die Pflegeanbieter mit wesentlich intensiveren Pflegesituationen konfrontiert. Daher bedarf es einer strukturierten Überleitung aus dem Krankenhaus in die ambulante Versorgung, wenn eine nahtlose, qualitativ hochwertige Fortsetzung des Pflegeprozesses gewährleistet werden soll.
- Eng verknüpft mit dieser Problemstellung sind die Kooperationsbeziehungen der am Prozess der ambulanten Versorgung beteiligten Berufsgruppen. Wie durch die Ergebnisse der Erhebung deutlich geworden ist, sind die Informations- und Kommunikationsebenen zwischen den Beteiligten, in unterschiedlichen Bereichen durchaus verbesserungswürdig.
- Zu beachten bleibt auch das Ungleichgewicht in der Anzahl ambulanter Pflegedienste in bezug auf die Kommunen und die Stadtbezirke der Landeshauptstadt. Hier sind die Größenordnungen der jeweiligen Einzugsgebiete sowie die Anzahl der über 60-jährigen und älteren Menschen, die in den Ortschaften bzw. Bezirken leben, näher zu betrachten.

Die benannten Problemfelder machen deutlich, dass es in den unterschiedlichsten Bereichen der ambulanten Versorgung, dringenden Handlungsbedarf gibt.

Die Verbesserung der defizitären Versorgungslage Demenzkranker und ihrer pflegenden Angehörigen muss hier vorrangig behandelt werden.

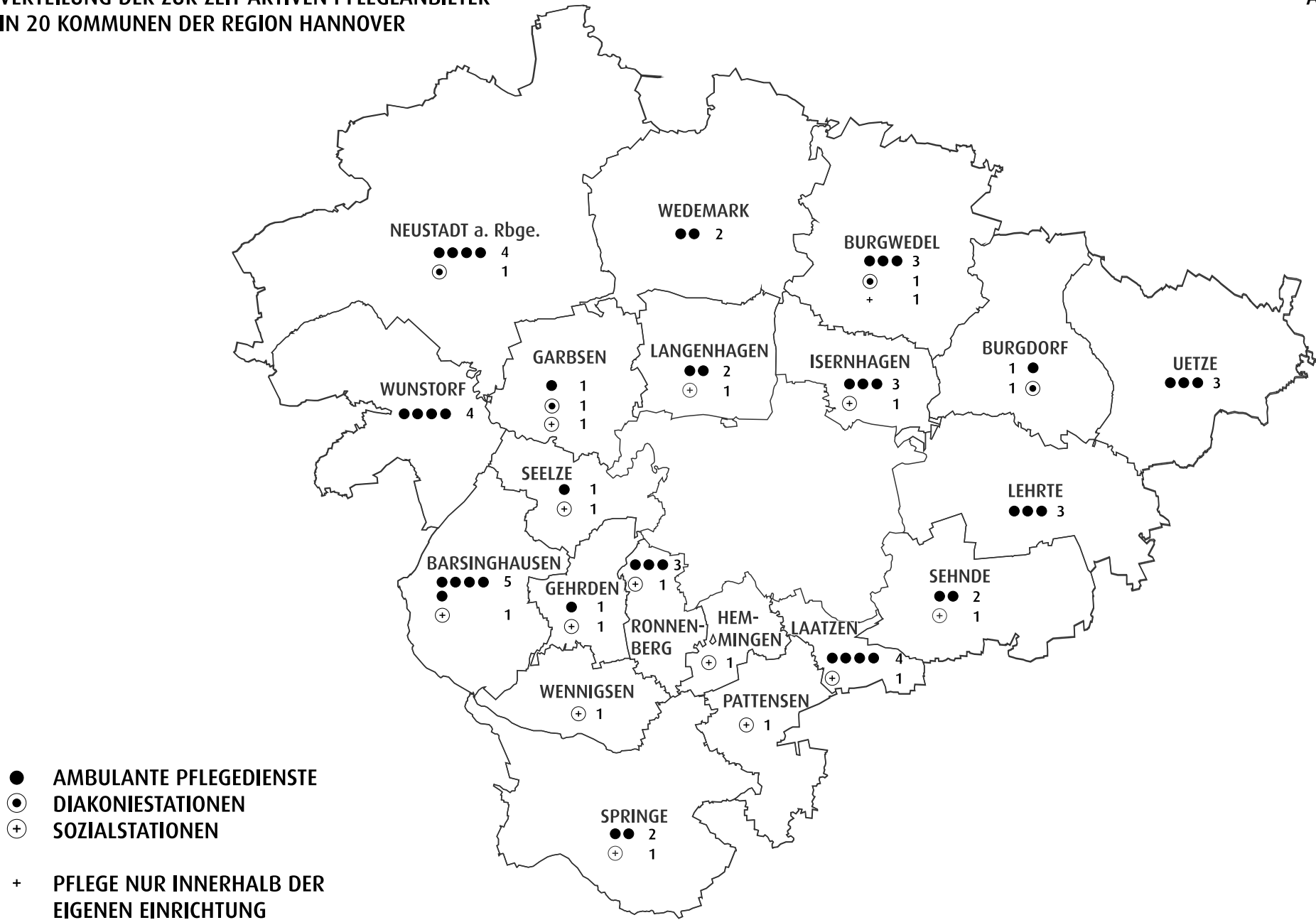
VERTEILUNG DER ZUR ZEIT AKTIVEN PFLEGEANBIETER IN DEN STADTBZIRKEN DER LANDESHAUPTSTADT HANNOVER

Abb. 11



**VERTEILUNG DER ZUR ZEIT AKTIVEN PFLEGEANBIETER
IN 20 KOMMUNEN DER REGION HANNOVER**

Abb. 12



2.2 Stationärer Pflegebereich

2.2.1 Erhebungssituation

Zur Ermittlung der Angebote der Einrichtungen im stationären Pflegebereich wurde in der zweiten Jahreshälfte 2003 ein Fragebogen entwickelt. Dieser Fragebogen wurde an 147 Einrichtungen, die in den Heimstatistiken der Heimaufsichten der Landeshauptstadt und der Region Hannover registriert waren, verschickt. 74 der Einrichtungen sind in der Landeshauptstadt Hannover angesiedelt und 73 in den weiteren 20 Kommunen der Region Hannover.

Im Rahmen der Erhebung sollten vorrangig die nachstehenden Bereiche erfasst werden.

- Die Anzahl der vorhandenen Plätze in den stationären Pflegeeinrichtungen der Region Hannover, deren Auslastung sowie die Verteilung auf vollstationäre Dauerpflegeplätze, Kurzzeit-, Tages- und Nachtpflegeplätze.
- Die Trägerschaft der Einrichtungen sowie, wenn vorhanden, deren Verbandszugehörigkeit.
- Im Hinblick auf die demographische Entwicklung (siehe Punkt 1) erscheint die Altersstruktur der Bewohner/innen, die in den Einrichtungen leben, aber auch deren Eingruppierung in eine der Pflegestufen von besonderem Interesse.
- Um abschätzen zu können, ob die vorgehaltene Platzzahl im Bereich der stationären Pflege dem vorhandenen Bedarf gerecht wird, sind Informationen zu bestehenden Wartelisten und konkreten Voranmeldungen für eine Unterbringung in den befragten Einrichtungen sehr hilfreich.
- Ebenso ist von Interesse, wo die Bewohner/innen vor Heimaufnahme gelebt haben und über welchen Weg sie in die Einrichtungen gekommen sind.
- Für das Wohlbefinden der Bewohner/innen von Pflegeeinrichtungen ist nicht zuletzt auch die Lage der Einrichtung, deren Erreichbarkeit und Einbindung in das öffentliche Stadt- bzw. Gemeinleben sowie das umliegende Versorgungsangebot von nicht zu unterschätzender Bedeutung.
- Die Erfahrungen zeigen, dass die Nachfrage nach Angeboten zum Betreuten Wohnen als Vorstufe aber auch als Alternative zur Unterbringung in einer stationären Pflegeeinrichtung steigt. Daher sollte im Rahmen der Erhebung miterfasst werden, welche Einrichtungen ein solches Angebot in welchem Umfang vorhalten.
- Neben den genannten Aspekten spielt auch die Zusammenarbeit der Einrichtungen mit anderen Diensten und Institutionen eine nicht zu unterschätzende Rolle, wenn es beispielsweise um Bereiche wie Pflegeüberleitung, Informationsfluss oder Kostenabrechnungen geht.

Insgesamt haben sich 87,07 % (128 Anbieter) der angeschriebenen Einrichtungen an der Erhebung beteiligt. Davon entfallen wiederum je 50 % (64 Anbieter) auf die Landeshauptstadt und auf die Kommunen.

Da nicht von allen Einrichtungen Angaben vorliegen, wurden die ausstehenden Daten bezüglich der Anzahl der vorgehaltenen Plätze in der vollstationären Dauerpflege, der Kurzzeit-, Tages- und Nachtpflege den oben erwähnten Heimstatistiken entnommen.

Hier sind jedoch lediglich die Platzzahlen erfasst. Folglich lassen sich keine Aussagen zur Auslastungsquote dieser Einrichtungen treffen.

2.2.2 Aktueller Stand der zum Erhebungszeitpunkt registrierten stationären Pflegeeinrichtungen, differenziert nach den 13 Stadtbezirken der Landeshauptstadt und den Kommunen

Wie bereits erwähnt waren zum Zeitpunkt der Erhebung 147 zugelassene stationäre Pflegeeinrichtungen in der Region Hannover registriert.

Nachstehend eine Übersicht über die Verteilung der Einrichtungen nach Kommunen und Stadtbezirken der Landeshauptstadt.

Abb. 13

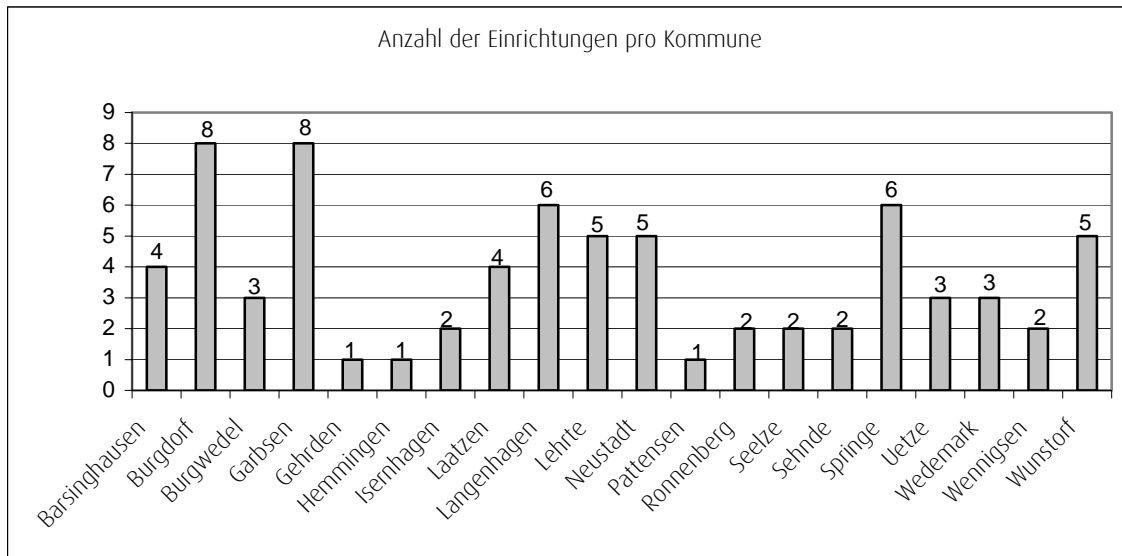
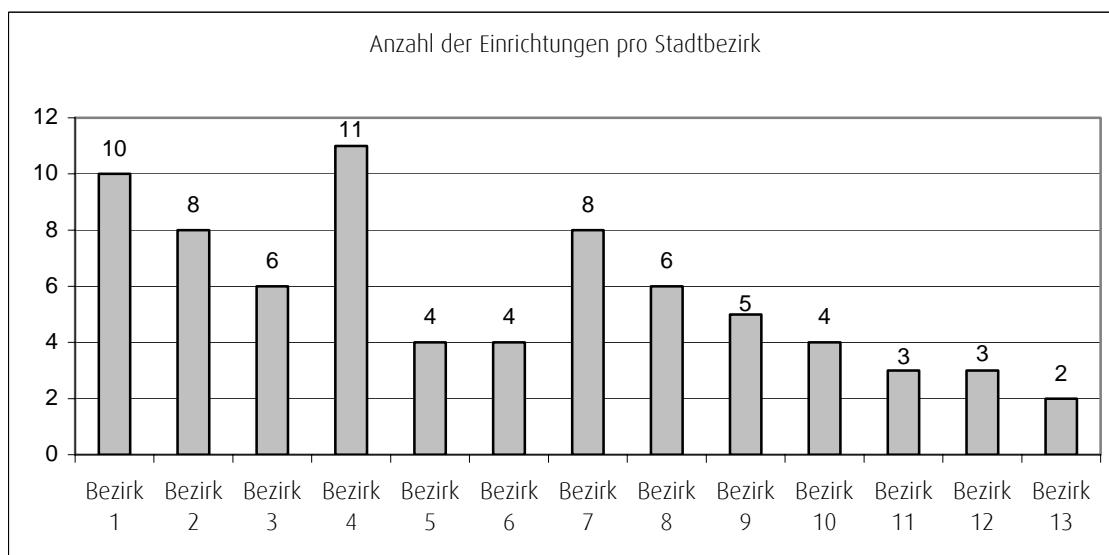


Abb. 14



Wie bereits bei der Erhebung der Angebote im ambulanten Pflegebereich festgestellt, gibt es auch bei der Verteilung der stationären Einrichtungen erhebliche Unterschiede in der Anzahl der Einrichtungen, die in den einzelnen Stadtbezirken der Landeshauptstadt bzw. Kommunen angesiedelt sind.

Von den Einrichtungen, die sich an der Erhebung beteiligt haben, gaben 100 an einem Verband angeschlossen zu sein. Angaben zur Trägerschaft der Einrichtungen liegen von 125 der Befragten vor. Diesen Angaben zufolge befinden sich 63 Einrichtungen in freigemeinnütziger, 5 in kommunaler und 57 in privater Trägerschaft.

Bezogen auf die Verteilung zwischen Landeshauptstadt und Kommunen fällt auf, dass in der Landeshauptstadt der Anteil der freigemeinnützigen Trägerschaften überwiegt (45 Einrichtungen), während in den Kommunen nach den vorliegenden Angaben die privaten Trägerschaften (41 Einrichtungen) den größeren Anteil ausmachen.

2.2.3 Angebote im Bereich der Kurzzeitpflege, der teil- und vollstationären Pflege

Stationäre Pflegeeinrichtungen (Pflegeheime) im Sinne des SGB XI sind selbständig wirtschaftende Einrichtungen, in denen Pflegebedürftige unter ständiger Verantwortung einer ausgebildeten Pflegefachkraft gepflegt werden und ganztägig (vollstationär) oder nur tagsüber oder nur nachts (teilstationär) untergebracht und verpflegt werden können (§ 71, Abs. 2, SGB XI).

Zum Zeitpunkt der Erhebung verfügten die 147 registrierten stationären Pflegeeinrichtungen in der Region Hannover über insgesamt 11.044 Pflegeheimplätze. Davon entfallen 5.474 Plätze auf die Landeshauptstadt und 5.570 auf die weiteren 20 Kommunen.

Von den insgesamt 11.044 vorhandenen Pflegeplätzen stehen 10.109 Plätze der vollstationären Dauerpflege zur Verfügung. Im Rahmen der Erhebung wurden von der Gesamtplatzzahl 9.578 erfasst. Die Angaben zur Anzahl der vollstationären Dauerpflegeplätze liegen bei 8.951.

Diese Angaben wurden um die Daten der Einrichtungen, die sich nicht an der Erhebung beteiligt haben, ergänzt (Heimstatistiken der Landeshauptstadt und der Region Hannover).

2.2.3.1 Vollstationäre Pflege

Pflegebedürftige haben Anspruch auf Pflege in vollstationären Einrichtungen, wenn häusliche oder teilstationäre Pflege nicht möglich ist oder wegen der Besonderheit des einzelnen Falles nicht in Betracht kommt (§ 43, Abs. 1, SGB XI).

Von den 128 Einrichtungen, die sich an der Erhebung beteiligt haben, liegen 120 Angaben zur Anzahl der vollstationären Dauerpflegeplätze mit Auslastungsquote vor. Diesen Angaben zufolge lag die Auslastung im Bereich der vollstationären Dauerpflege bei 96,67 %. Über die Auslastungsquote der verbleibenden 27 Einrichtungen liegen keine Angaben vor.

Nennenswerte Unterschiede zwischen der Landeshauptstadt und den Kommunen sind hier nicht zu verzeichnen (Landeshauptstadt 96,64 %, Kommunen 96,70 %). Betrachtet man die Stadtbezirke der Landeshauptstadt und die Kommunen separat werden jedoch geringfügige Unterschiede sichtbar.

Nachstehend eine Übersicht über die Anzahl der vollstationären Pflegeplätze, die Platzzahl pro Kopf sowie der Einwohner/innen der Altersgruppe 60 Jahre und älter in den Stadtbezirken der Landeshauptstadt und den Kommunen mit Prognosen bis 2010.

Tabelle 3

Vollstationäre Pflegeplätze, Platzzahl pro Kopf, Einwohner/innen 60 Jahre und älter 2002 mit Prognosen bis 2010, Landeshauptstadt

Stadtbezirke Landeshauptstadt	Vollstationäre Pflegeplätze	Auslastung	Einwohner/innen 60 Jahre und älter, 2002	Platzzahl pro Kopf	Einwohner/innen 60 Jahre und älter, 2010
Bezirk 1 Mitte	415	94,95 %	6.817	0,061	6.746
Bezirk 2 Vahrenwald/List	278	91,00 %	16.082	0,017	14.564
Bezirk 3 Bothfeld/Vahrenheide	368	96,47 %	13.017	0,028	12.631
Bezirk 4 Buchholz/Kleefeld	654	98,01 %	12.368	0,053	11.283
Bezirk 5 Misburg/Anderten	425	98,35 %	8.471	0,050	8.912
Bezirk 6 Kirchrode/Bemerode/Wülferode	586	98,13 %	7.112	0,082	6.992
Bezirk 7 Südstadt/Bult	637	98,90 %	10.534	0,060	9.987
Bezirk 8 Döhren/Wülfel	574	92,86 %	9.441	0,061	8.660
Bezirk 9 Ricklingen	344	98,26 %	12.064	0,029	11.744
Bezirk 10 Linden/Limmer	284	99,30 %	7.769	0,037	7.954
Bezirk 11 Ahlem/Badenstedt/Davenstedt	214	98,60 %	8.962	0,024	8.854
Bezirk 12 Herrenhausen/Stöcken	178	95,00 %	9.726	0,018	9.006
Bezirk 13 Nord	100	88,00 %	5.918	0,017	5.839
Gesamt	5.057	96,64 %	128.281	0,039	123.172

Die Daten zu den Auslastungsquoten beziehen sich ausschließlich auf die Angaben der Anbieter, die sich an der Erhebung beteiligt haben. Die Anzahl der vollstationären Dauerpflegeplätze ergibt sich aus den Angaben der Befragten und Daten der Heimstatistik der Landeshauptstadt. Anzahl der Personen der Altersgruppe der 60-jährigen und älter siehe Punkt 1 Demographie.

Tabelle 4

Vollstationäre Pflegeplätze, Platzzahl pro Kopf, Einwohner/innen 60 Jahre und älter 2002 mit Prognosen bis 2010, Kommunen

Stadt/Gemeinde	Vollstationäre Pflegeplätze	Auslastung	Einwohner/innen 60 Jahre und älter, 2002	Platzzahl pro Kopf	Einwohner/innen 60 Jahre und älter, 2010
Barsinghausen	251	96,98 %	9.478	0,026	9.905
Burgdorf	336	97,02 %	7.785	0,043	8.751
Burgwedel	179	97,54 %	5.368	0,033	5.834
Garbsen	826	97,96 %	17.224	0,048	18.493
Gehrden	128	98,44 %	3.876	0,033	4.170
Hemmingen	190	88,95 %	5.504	0,035	5.385
Isernhagen	171	98,25 %	5.811	0,029	7.065
Laatzen	416	96,88 %	10.220	0,041	11.297
Langenhagen	473	95,63 %	13.069	0,036	13.585
Lehrte	369	95,93 %	10.362	0,037	11.465
Neustadt a. Rbge.	203	90,64 %	10.703	0,019	11.929
Pattensen	80	97,50 %	3.554	0,023	3.849
Ronnenberg	213	98,59 %	5.772	0,037	6.097
Seelze	112	100,00 %	8.330	0,013	8.884
Sehnde	87	98,85 %	4.954	0,018	5.365
Springe	331	96,98 %	8.486	0,039	8.544
Uetze	105	100,00 %	4.749	0,022	5.235
Wedemark	137	96,35 %	6.704	0,020	8.040
Wennigsen	118	95,76 %	3.585	0,033	4.132
Wunstorf	327	99,08 %	10.015	0,033	10.668
Gesamt	5.052	96,70 %	155.549	0,033	168.693

Die Daten zu den Auslastungsquoten beziehen sich ausschließlich auf die Angaben der Anbieter, die sich an der Erhebung beteiligt haben. Die Anzahl der vollstationären Dauerpflegeplätze ergibt sich aus den Angaben der Befragten und Daten der Heimstatistik der Region Hannover. Anzahl der Personen der Altersgruppe der 60-jährigen und älter siehe Punkt 1 Demographie.

Die Auslastungsquoten in den Stadtbezirken der Landeshauptstadt variieren zwischen 99,30% im Bezirk 10 (Linden/Limmer) und 88,00 % im Bezirk 13 (Nord).

In den Kommunen sind in der Stadt Seelze und der Gemeinde Uetze die höchsten Auslastungsquoten mit jeweils 100 % zu verzeichnen, die niedrigste Auslastung findet sich in der Stadt Hemmingen mit 88,95 %. Zu beachten bleibt hier, dass für die Gemeinde Uetze lediglich Angaben von einer Einrichtung vorliegen (ortsansässig sind drei Einrichtungen). Im Bezirk 10 der Landeshauptstadt sind vier Einrichtungen angesiedelt, von drei Anbietern liegen Angaben vor.

2.2.3.2 Kurzzeitpflege

Kann die häusliche Pflege zeitweise nicht, noch nicht oder nicht im erforderlichen Umfang erbracht werden und reicht auch teilstationäre Pflege nicht aus, besteht Anspruch auf Pflege in einer vollstationären Einrichtung. Dies gilt für eine Übergangszeit im Anschluss an eine stationäre Behandlung des Pflegebedürftigen oder in sonstigen Krisensituationen, in denen vorübergehend häusliche oder teilstationäre Pflege nicht möglich oder nicht ausreichend ist (§ 42, Abs. 1, SGB XI).

Der Anspruch auf Kurzzeitpflege ist auf vier Wochen pro Kalenderjahr beschränkt (§ 42, Abs. 2, SGB XI).

Im Rahmen der Erhebung haben 16 Einrichtungen 116 Kurzzeitpflegeplätze mit Angaben zur Auslastung konkret benannt. Davon entfallen 25 Plätze auf die Landeshauptstadt und 91 Plätze auf die Kommunen. Den Angaben der Anbieter zufolge lag die Auslastung der benannten Kurzzeitpflegeplätze zum Erhebungszeitpunkt in der Landeshauptstadt bei 84 % und in den Kommunen bei 54,95 %. Hinzuweisen bleibt hier darauf, dass im Stadtbezirk 4 der Landeshauptstadt und in Lehrte jeweils eine Einrichtung ausschließlich Kurzzeitpflege anbietet.

Neben den genannten Zahlen gaben 19 Einrichtungen weitere 172 eingestreute Kurzzeitpflegeplätze ohne Angaben zur Auslastung an. Weitere 52 Anbieter gaben lediglich an eingestreute Kurzzeitpflegeplätze vorzuhalten, zu diesen Daten liegen keine Angaben zur Platzzahl vor.

Hinzu kommen weitere 24 Kurzzeitpflegeplätze der Einrichtungen, die sich nicht an der Erhebung beteiligt haben. Diese Information wurde den Heimstatistiken der Landeshauptstadt und der Region Hannover entnommen.

Nicht in die Auswertung aufgenommen wurden die Angaben der Einrichtungen, die ihre Gesamtplatzzahl gleichzeitig auch als eingestreute Kurzzeitpflegeplätze angegeben haben.

Auf der folgenden Seite findet eine Übersicht über die vorliegenden Angaben zu den Kurzzeitpflegeplätzen.

Tabelle 5

Übersicht Kurzzeitpflegeplätze Kommunen

Stadt/Gemeinde	Anzahl Kurzzeitpflegeplätze mit Angaben zur Auslastung	Anzahl Kurzzeitpflegeplätze ohne Angaben zur Auslastung	Einrichtungen mit eingestreuten Kurzzeitpflegeplätzen ohne Angaben zur Anzahl
Barsinghausen	1	-	1
Burgdorf	-	-	6
Burgwedel	-	-	1
Garbsen	18	-	1
Gehrden	-	10	-
Hemmingen	-	-	1
Isernhagen	-	-	2
Laatzen	16	-	1
Langenhagen	7	6	2
Lehrte	14	30	1
Neustadt a. Rbge.	-	-	2
Pattensen	-	-	-
Ronnenberg	5	12	-
Seelze	6	-	1
Sehnde	-	1	1
Springe	-	6	2
Uetze	4	2	-
Wennigsen	10	-	-
Wedemark	-	7	1
Wunstorf	10	-	2
Gesamt	91	74	25

Tabelle 6

Übersicht Kurzzeitpflegeplätze Landeshauptstadt

Stadtbezirke Landeshauptstadt	Anzahl Kurzzeitpflegeplätze mit Angaben zur Auslastung	Anzahl Kurzzeitpflegeplätze ohne Angaben zur Auslastung	Einrichtungen mit eingestreuten Kurzzeitpflegeplätzen ohne Angaben zur Anzahl
Bezirk 1 Mitte	-	3	6
Bezirk 2 Vahrenwald/List	-	2	5
Bezirk 3 Bothfeld/Vahrenheide	3	1	1
Bezirk 4 Buchholz/Kleefeld	5	21	2
Bezirk 5 Misburg/Anderten	2	2	1
Bezirk 6 Kirchrode/Bemerode/Wülferode	-	1	3
Bezirk 7 Südstadt/Bult	7	7	2
Bezirk 8 Döhren/Wülfel	5	20	1
Bezirk 9 Ricklingen	-	2	2
Bezirk 10 Linden/Limmer	-	1	2
Bezirk 11 Ahlem/Badenstedt/Davenstedt	-	-	2
Bezirk 12 Herrenhausen/Stöcken	-	-	-
Bezirk 13 Nord	3	38	-
Gesamt	25	98	27

In der Regel handelt es sich bei eingestreuten Kurzzeitpflegeplätzen um vollstationäre Dauerpflegeplätze, die im Fall der Nichtbelegung zur Kurzzeitpflege genutzt werden. Daher lassen sich keine konkreten Aussagen über die Anzahl der jeweilig aktuell belegten Kurzzeitpflegeplätze treffen.

Im Rahmen der Erhebung konnten konkret 288 Pflegeplätze ermittelt werden, die zur Kurzzeitpflege genutzt werden können. Hinzu kommen 24 Plätze der Einrichtungen, die sich an der Erhebung nicht beteiligt haben und die derjenigen, die keine Angaben zur Anzahl der Plätze gemacht haben.

In welcher Einrichtung wie viele Kurzzeitpflegeplätze zur Verfügung stehen, ist dem Verzeichnis der Pflegeeinrichtungen im Anhang zu entnehmen.

2.2.3.3 Tagespflege und Nachtpflege

Pflegebedürftige haben Anspruch auf teilstationäre Pflege in Einrichtungen der Tages- oder Nachtpflege, wenn häusliche Pflege nicht in ausreichendem Umfang sichergestellt werden kann oder wenn dies zur Ergänzung oder Stärkung der häuslichen Pflege erforderlich ist. Die teilstationäre Pflege umfasst auch die notwendige Beförderung des Pflegebedürftigen von der Wohnung zur Einrichtung der Tagespflege oder der Nachtpflege und zurück (§ 41, SGB XI).

Im Rahmen der Erhebung wurden von acht Einrichtungen insgesamt 74 Tagespflegeplätze mit Angaben zur Auslastung benannt. Den vorliegenden Angaben zufolge lag die Auslastung der ermittelten Tagespflegeplätze in der Landeshauptstadt bei 73,33 % und in den Kommunen bei 84,01 %.

Neben diesen Plätzen wurden von fünf Einrichtungen weitere 42 Plätze ohne Angaben zur Auslastung benannt.

Die geringe Auslastungsquote der Tagespflegeplätze sollte nicht zu der Annahme führen, dass hier wenig oder kein Bedarf besteht. Vielmehr scheitert die Nutzung von Tagespflegeangeboten häufig an der Finanzierbarkeit. Die Betroffenen bzw. ihre Angehörigen sehen sich nicht selten außer Stande, die Kosten für dieses Angebot privat zu begleichen. Daher wird Tagespflege in vielen Fällen nicht regelmäßig, sondern nur hin und wieder in Anspruch genommen.

Nachfolgend eine Übersicht über die im Rahmen der Erhebung erfassten Tagespflegeplätze.

Tabelle 7 **Übersicht Tagespflegeplätze**

Stadt/Gemeinde	Anzahl mit Angaben zur Auslastung	Anzahl ohne Angaben zur Auslastung	Mit gerontopsychiatrischem Schwerpunkt
Burgwedel	-	3	-
Garbsen	12	-	-
Langenhagen	8	15	-
Lehrte	12	-	-
Ronnenberg	12	-	-
Wennigsen	-	4	-
Wunstorf	-	12	-
Gesamt	44	34	-
Stadtbezirke Landeshauptstadt			
Stadtbezirke Landeshauptstadt	Anzahl mit Angaben zur Auslastung	Anzahl ohne Angaben zur Auslastung	Mit gerontopsychiatrischem Schwerpunkt
Bezirk 5 Misburg/Anderten	1	-	-
Bezirk 6 Kirchrode/Bemerode/Wülferode	-	8	8
Bezirk 8 Döhren/Wülfel	15	-	-
Bezirk 9 Ricklingen	12	-	12
Bezirk 10 Linden/Limmer	2	-	2
Gesamt	30	8	22

Zu den aufgeführten 116 Tagesplätzen kommen weitere 19 Plätze der Einrichtungen hinzu, die sich nicht an der Erhebung beteiligt haben. Diese Platzzahl wurde über die Heimstatistik der Region Hannover erfasst. Nicht erfasst wurden Tagespflegeplätze, die unabhängig von den befragten stationären Einrichtungen bereitgestellt werden, wie beispielsweise „tabea“ Tagesbetreuung für Demenz- und Alzheimererkrankte, Podbielskistr. 132 in 30177 Hannover.

Das Angebot an Nachtpflegeplätzen in der Region Hannover ist verschwindend gering. Im Rahmen der Erhebung konnten lediglich 9 Nachtpflegeplätze in den Kommunen ermittelt werden.

Davon befinden sich 7 Plätze in Langenhagen, den Angaben der Einrichtung zufolge liegt die Auslastung bei 100 %. Zu den beiden weiteren Plätzen, die in Lehrte und Wennigsen vorgehalten werden, liegen keine Auslastungsquoten vor.

Den vorliegenden Angaben zufolge werden derzeit in der Landeshauptstadt keine Nachtpflegeplätze vorgehalten.

Welche Einrichtungen Tages- und/oder Nachtpflegeplätze zur Verfügung stellen, ist dem Verzeichnis der stationären Einrichtungen im Anhang zu entnehmen.

An dieser Stelle bleibt noch darauf hinzuweisen, dass 46 Anbieter Gründe dafür angegeben haben, warum sie kein Angebot zur Tages- und Nachtpflege vorhalten. Überwiegend wurden hier zu geringe Raumkapazitäten in den Einrichtungen genannt. In einigen Fällen wurde auf fehlende Versorgungsverträge hingewiesen aber auch darauf, dass das Vorhalten dieser Angebote unwirtschaftlich und somit für die Einrichtung nicht tragbar sei. Allerdings gaben auch einige Einrichtungen die fehlende Nachfrage nach Angeboten der Tages- und Nachtpflege als Grund an.

2.2.4 Altersstruktur der Bewohner/innen

Angaben zu den Altersstufen der Bewohner/innen liegen von 123 Einrichtungen vor. Teilweise weichen diese Angaben von den Angaben zur Anzahl der zur Verfügung stehenden Plätze und den angegebenen Auslastungsquoten ab. Diese Gegebenheit ist bei der Interpretation der nachstehenden Ergebnisse zu beachten.

Die Altersstufen der Bewohner/innen wurden in 5-Jahres-Schritten erfasst. Äußerst gering ist der Anteil der unter 60-Jährigen. Ein merklicher Anstieg der Anzahl der Bewohner/innen ist in der Gruppe der 80-jährigen und älter zu verzeichnen. Erstaunlich hoch erscheint auch der Anteil der Personen, die älter als 90 Jahre sind.

Wie sich die Altersstruktur der Bewohner/innen in den Einrichtungen darstellt, ist den nachstehenden Abbildungen zu entnehmen.

Abb. 15

Altersstruktur der Bewohner/innen in den Pflegeeinrichtungen, Region Hannover gesamt

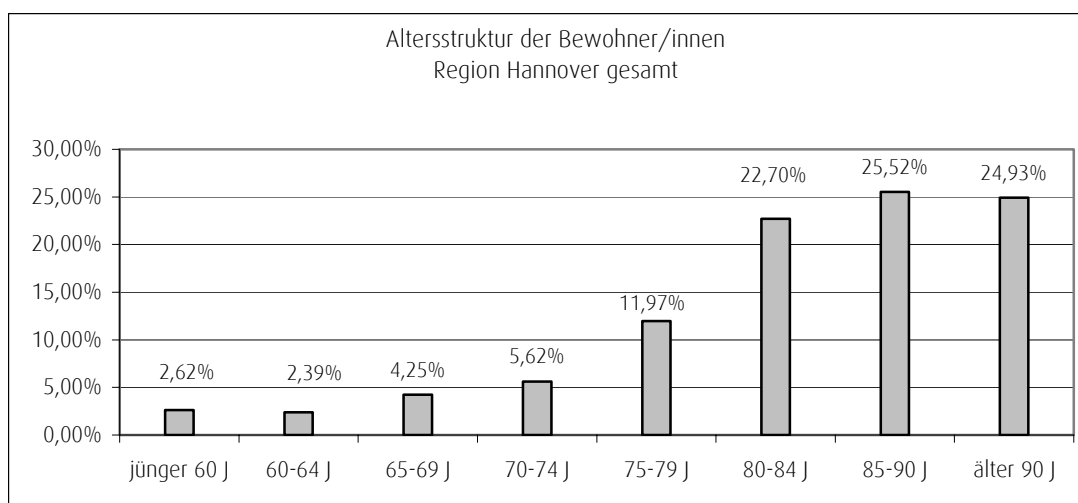


Abb. 16
 Altersstruktur der Bewohner/innen in den Pflegeeinrichtungen, Landeshauptstadt Hannover

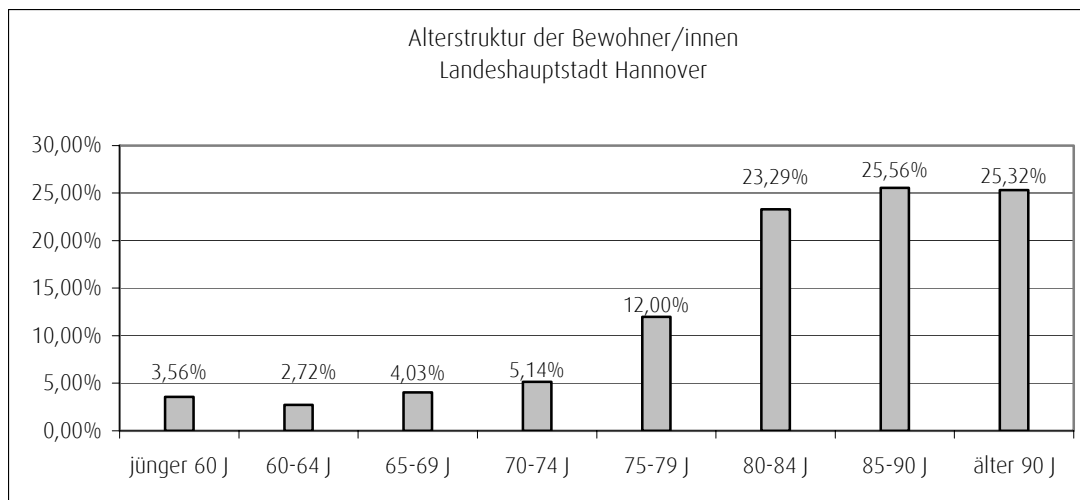
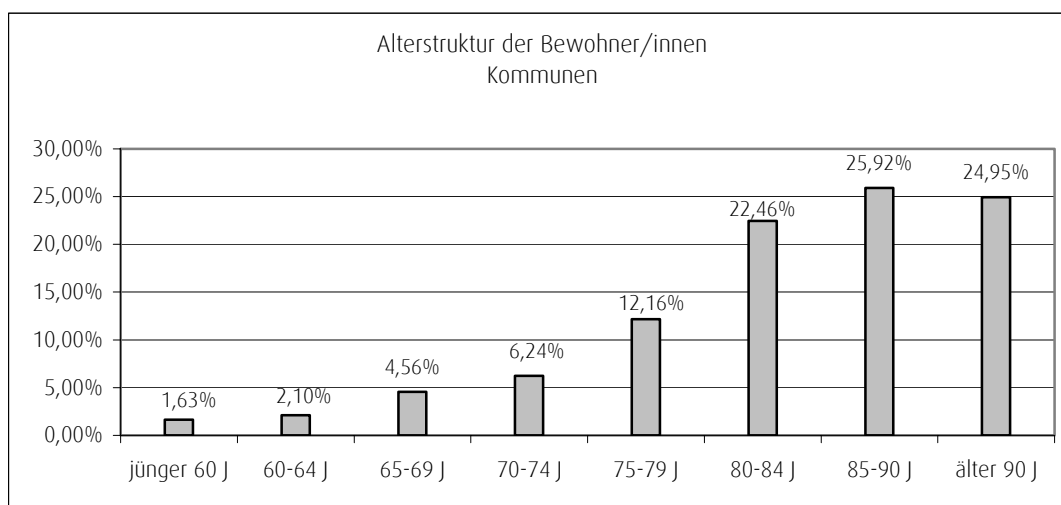


Abb. 17
 Altersstruktur der Bewohner/innen in den Pflegeeinrichtungen, Kommunen



Die vorliegenden Angaben basieren ausschließlich auf den Daten, die im Rahmen der Erhebung erfasst wurden. Abweichungen ergeben sich aus Rundungsdifferenzen.

Die Altersgruppe der 85- bis 90-jährigen ist sowohl in den Einrichtungen der Landeshauptstadt als auch in denen der Kommunen am stärksten vertreten. Auffallend ist der sprunghafte Anstieg der Anzahl an Bewohner/innen der Altersgruppen der 80-jährigen und älter. Auch hier sind keine nennenswerten Unterschiede zwischen den Einrichtungen der Landeshauptstadt und den Kommunen zu erkennen. Augenfällige Unterschiede sind lediglich in der Altersgruppe der unter 60-jährigen zu erkennen. Hier liegt der Anteil der Bewohner/innen von Pflegeeinrichtungen in der Landeshauptstadt höher als in den Kommunen.

2.2.5 Pflegestufen der Bewohner/innen

Pflegebedürftig im Sinne des SGB XI sind Personen, die wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, in erheblichem oder höherem Maße (§ 15) der Hilfe bedürfen (§ 14, Abs. 1, SGB XI).

Für die Gewährung von Leistungen nach dem SGB XI sind pflegebedürftige Personen (§14) einer der folgenden Pflegestufen zuzuordnen:

Pflegebedürftige der Pflegestufe I, erheblich Pflegebedürftige,
Pflegebedürftige der Pflegestufe II, Schwerpflegebedürftige,
Pflegebedürftige der Pflegestufe III, Schwerstpflegebedürftige,
(§ 15, Abs. 1, SGB XI).

Die folgenden Abbildungen geben eine Übersicht über die prozentuale Verteilung der Personen, die den Angaben der Einrichtungen zufolge in eine der Pflegestufen eingruppiert sind.

Abb. 18

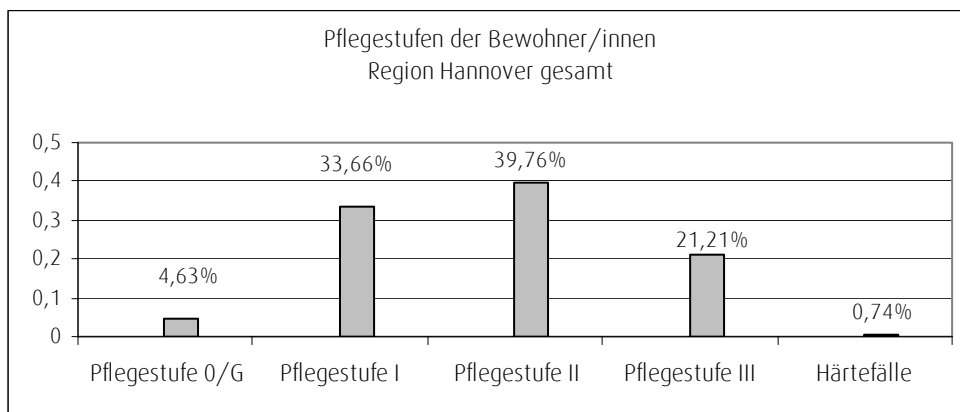


Abb. 19

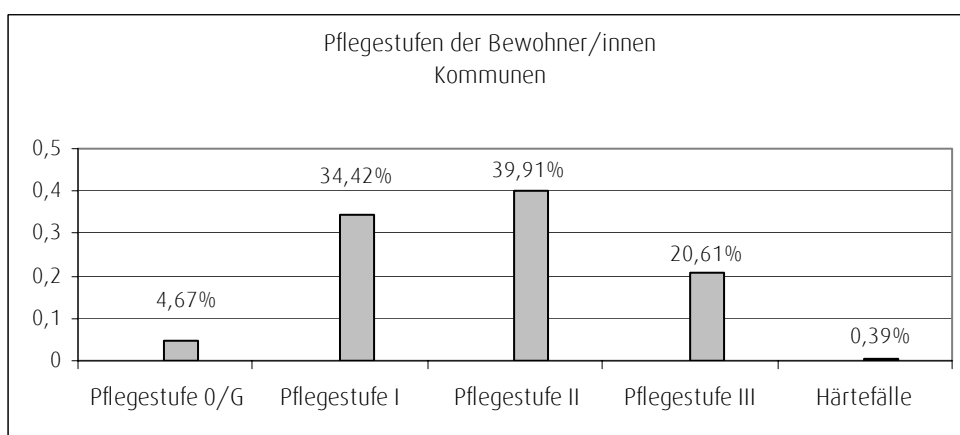
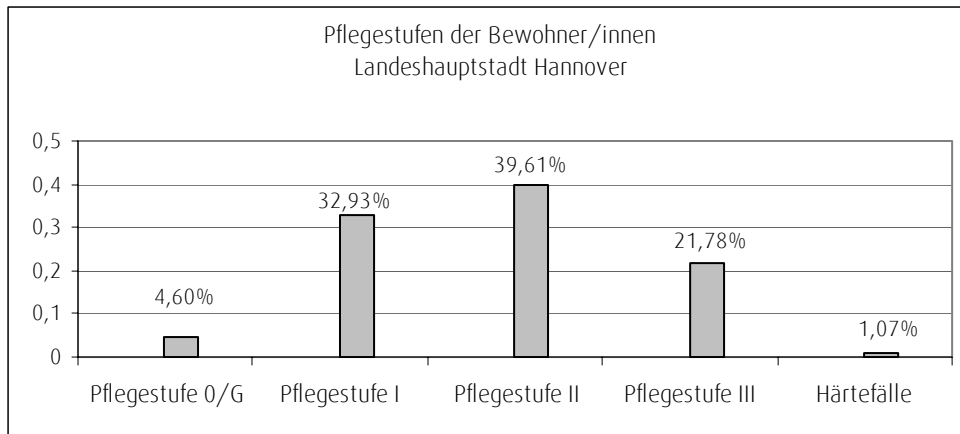


Abb. 20



Die vorliegenden Angaben beziehen sich ausschließlich auf die Daten, die im Rahmen der Erhebung erfasst wurden.

Ähnlich wie bei den Angaben zu den Altersstufen der Bewohnerinnen und Bewohner der Pflegeeinrichtungen weichen auch die Angaben zu den Pflegestufen von den Angaben zu den Gesamtplatzzahlen und den Auslastungsquoten teilweise ab.

Ob die Differenzen sich aus der Tatsache ergeben, dass es Bewohner/innen in den Einrichtungen gibt, die nicht in eine Pflegestufe eingruppiert sind, kann aus den vorliegenden Daten nicht abgeleitet werden.

2.2.6 Spezielle Pflegeangebote in den Einrichtungen

Den vorliegenden Angaben zufolge halten 45 Einrichtungen spezielle Pflegeangebote vor, 81 verneinten diese Frage und zwei Einrichtungen haben sich hierzu nicht geäußert.

Mit Abstand am häufigsten wurden Angebote im Bereich der Dementenbetreuung und Gerontopsychiatrie genannt. Zu diesem Bereich liegen Angaben von 30 Einrichtungen vor. Inhaltlich wurden hier Wohngruppen für Demente, gerontopsychiatrische Betreuungsgruppen, Tagesbetreuung für Demente, tagesstrukturierende Maßnahmen, Biographiearbeit oder auch vollstationäre gerontopsychiatrische Pflege genannt.

Zwei Einrichtungen halten einen ambulanten Pflegedienst vor. Eine Einrichtung hält 30 Plätze für behinderte Menschen unter 60 Jahren vor.

Als weitere spezielle Angebote wurden u. a. Schwerstpflege, Pflege von Schwerst- Schädelhirnverletzten, Pflege von Apallikern, von ORSA-Patienten, Betreuung und Pflege von Alkoholkranken, Therapieangebote, Bewegungstraining oder auch Sturzprophylaxen genannt.

Welche Einrichtung welche Angebote vorhält, ist dem Verzeichnis der Pflegeeinrichtungen im Anhang zu entnehmen.

2.2.7 Wohnorte der Bewohner/innen vor Heimaufnahme

Den vorliegenden Angaben zufolge hatten 65,78 % der Heimbewohnerinnen und -bewohner ihren Wohnsitz vor Heimaufnahme in der Stadt bzw. Gemeinde, in der die Einrichtung steht, in der sie derzeit leben. 23,94 % lebten in anderen Städten bzw. Gemeinden der Region Hannover, 6,02 % hatten ihren Wohnsitz im übrigen Niedersachsen und 3,15 % in einem anderen Bundesland. Lediglich 58

(0,71 %) Personen hatten den Angaben zufolge ihren Wohnsitz vor Heimaufnahme im Ausland. Von diesem Personenkreis leben allein 50 Personen in einer Pflegeeinrichtung in der Landeshauptstadt. Nachstehend eine Übersicht über die prozentuale Verteilung der Wohnorte vor Heimaufnahme, differenziert zwischen Region gesamt, Landeshauptstadt Hannover und Kommunen.

Abb. 21

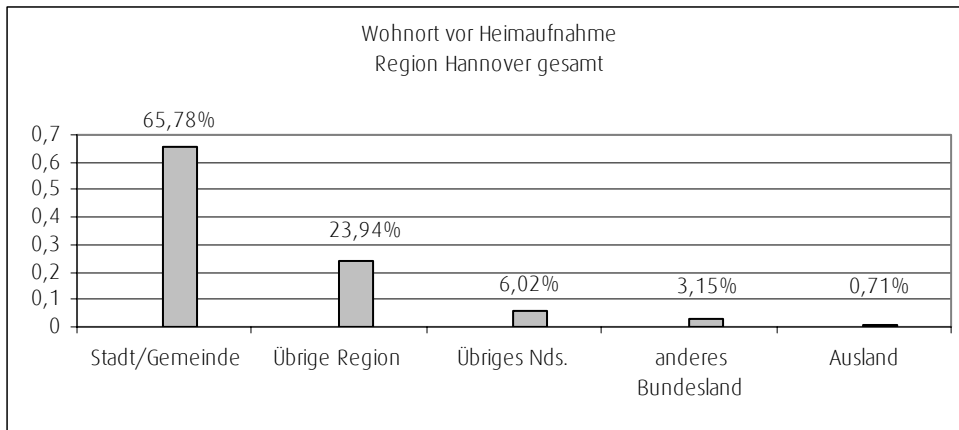


Abb. 22

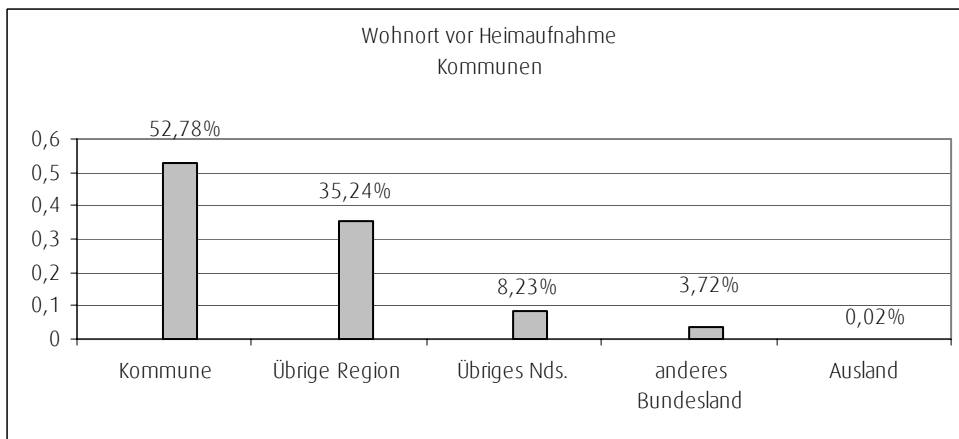
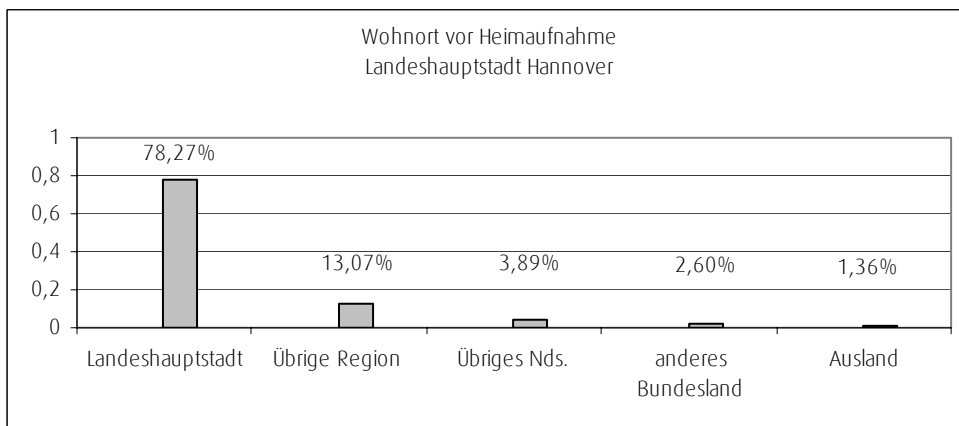


Abb. 23



Die dargestellten Angaben beziehen sich ausschließlich auf die im Rahmen der Erhebung erfassten Daten. Abweichungen ergeben sich aus Rundungsdifferenzen.

Bei der Betrachtung der Abbildungen fällt auf, dass in der Landeshauptstadt ein sehr hoher Anteil der Pflegeheimbewohnerinnen und –bewohner seinen Wohnsitz vor Heimaufnahme auch in der Landeshauptstadt hatte. In den Kommunen liegt dieser Anteil niedriger. Eher umgekehrt stellt sich das Verhältnis bei den Bewohnerinnen und Bewohnern dar, die ihren Wohnsitz vor Heimaufnahme in einer anderen Stadt bzw. Gemeinde der Region Hannover hatten.

Insgesamt handelt es sich bei den im Rahmen der Erhebung erfassten Heimbewohner/innen in 89,71 % der Fälle um Bürgerinnen und Bürger der Region Hannover.

2.2.8 Vermittlungswege zur Heimaufnahme

Bei der Interpretation der zu diesem Thema vorliegenden Angaben fällt auf, dass der überwiegende Teil der Bewohnerinnen und Bewohner von seinen Angehörigen an die Einrichtungen vermittelt worden ist.

Auffallend ist hier die Differenz zwischen Landeshauptstadt und Kommunen. Den Angaben der Einrichtungen zufolge sind es in den Kommunen rund 61 % der Bewohnerinnen und Bewohner, die über ihre Angehörigen an die Einrichtung vermittelt wurden, in der Landeshauptstadt sind es dagegen nur ca. 37 %.

Ein nicht unerheblicher Anteil der Bewohnerinnen und Bewohner wurde den Einrichtungen von Krankenhaussozialdiensten zugeführt. Auch hier gibt es Unterschiede in der Anzahl zwischen Landeshauptstadt und Kommunen. Der Anteil der Betroffenen, die in der Landeshauptstadt über Krankenhaussozialdienste an die Einrichtungen vermittelt wurde, liegt bei knapp 36 %, in den Kommunen dagegen nur bei rund 24 % (siehe auch Punkt 5, Pflegeüberleitung).

Weniger häufig sind es niedergelassene Ärzte oder ambulante Pflegedienste, die Betroffene an stationäre Pflegeeinrichtungen verweisen.

Eher selten bemühen sich die Betroffenen selbst um die Unterbringung in einem Pflegeheim. Eigeninitiative wurde von den Einrichtungen nur in ca. 5 % der Fälle genannt.

Nachstehend die erfassten Daten in der Übersicht.

Abb. 24

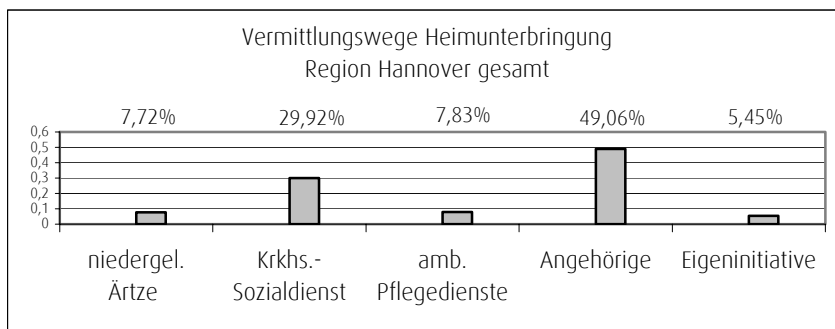


Abb. 25

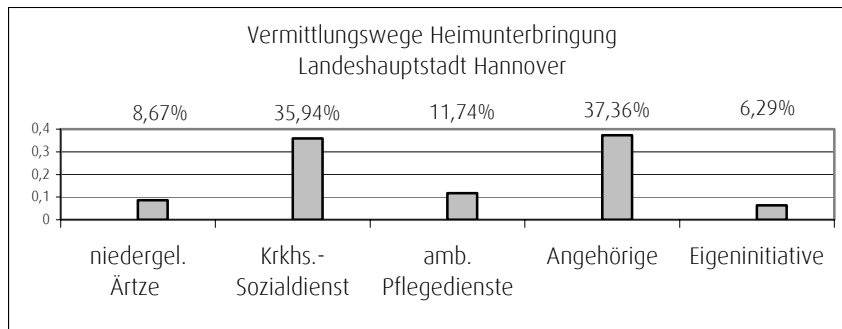
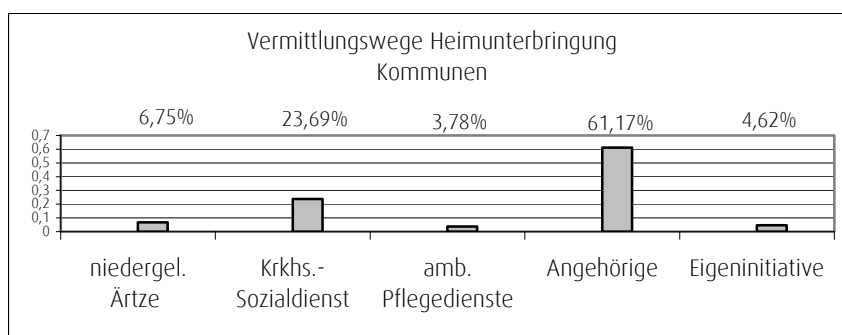


Abb. 26



2.2.9 Erreichbarkeit, näheres Versorgungsangebot und Einbindung der Einrichtungen in das öffentliche Stadt- bzw. Gemeindeleben

Die **Erreichbarkeit** der Pflegeeinrichtungen spielt nicht nur für die Bewohnerinnen und Bewohner eine zentrale Rolle, sondern ebenso für Angehörige, die ihre Familienmitglieder in den Einrichtungen besuchen wollen.

Von den Einrichtungen in den Kommunen gaben 49 an, dass sie gut erreichbar sind, 12 Einrichtungen bezeichnen die Erreichbarkeit als zufriedenstellend und zwei Anbieter erachteten die Erreichbarkeit ihrer Einrichtung als mangelhaft. Bei Letztgenannten handelt es sich um je eine Einrichtung in Barsinghausen und Springe.

Den vorliegenden Angaben zufolge wird die Erreichbarkeit überwiegend durch Bus- und Bahnverbindungen sichergestellt. Darüber hinaus wurden auch gute Straßenanbindungen (z. B. Autobahn, Bundesstraßen) genannt, die die Erreichbarkeit der Einrichtung mittels PKW gewährleisten.

Auf die Einrichtungen in der Landeshauptstadt bezogen bietet sich ein ähnliches Bild. Für gut erreichbar halten 61 Anbieter ihre Einrichtungen, drei für zufriedenstellend. Als mangelhaft wird die Erreichbarkeit in keinem Fall beschrieben. Auch hier wurden Bus- und Bahnverbindungen zum überwiegenden Teil als Mittel für die Erreichbarkeit der Einrichtungen genannt. Etwas häufiger sind hier jedoch Nennungen zur Straßenanbindung.

Unter anderem wurden auch Taxenstände im unmittelbaren Umfeld der Einrichtungen als Möglichkeit der Erreichbarkeit genannt.

Insgesamt lässt sich sagen, dass die Anbieter die Erreichbarkeit der Pflegeeinrichtungen in der Region Hannover als gut bis zufriedenstellend einschätzen.

Versorgungsangebote wie z. B. Apotheke, Ärzte, Post oder Einkaufsmöglichkeiten im näheren Umfeld der Einrichtungen sind in fast allen Fällen vorhanden.

In den Kommunen sind es 49 Anbieter, die entsprechende Versorgungsangebote im näheren Umfeld der Einrichtung haben, in 11 Fällen stehen genannte Versorgungsangebote nur eingeschränkt zur Verfügung und zwei Anbieter gaben an, dass es solche Angebote nicht in ihrem näheren Umfeld gibt. In diesen beiden Fällen handelt es sich um je eine Einrichtung in Seelze und Sehnde.

In der Landeshauptstadt sind es 58 Anbieter mit entsprechendem Versorgungsangebot im näheren Umfeld der Einrichtungen, bei sechs Einrichtungen ist ein solches Angebot nur eingeschränkt vorhanden.

Zur **Einbindung** der Einrichtungen in das öffentliche Stadt- bzw. Gemeindeleben liegen Angaben von 126 Anbietern vor. Zehn dieser Anbieter gaben an, dass in ihren Einrichtungen keine Einbindung in das öffentliche Leben stattfindet.

Die Angaben der verbleibenden 116 Einrichtungen sind sehr vielschichtig. Nachstehend nur einige Beispiele dafür, wie die Einbindung in das Stadt- bzw. Gemeindeleben von den Einrichtungen gestaltet wird.

Am häufigsten wurden Aktivitäten wie Tag der offenen Tür (45), Mittagstisch (29), Veranstaltungen verschiedenster Art (29), Feste (28), Ausstellungen und Konzerte (26) sowie Gottesdienste genannt. Als weitere Möglichkeiten der Einbindung in das öffentliche Leben wurden ebenso Therapieangebote, Kooperation mit Gemeinde und Kirche oder mit Schule und Kita, Ehrenamtlichenarbeit, Besuchsdienste, Ausflüge, öffentliches Kaffee, Seniorennachmittage oder auch Öffentlichkeitsarbeit genannt. In der Regel halten die Einrichtungen nicht ausschließlich nur eines der genannten Angebote vor. Diese Angaben lassen erkennen, dass ein großes Interesse der Einrichtungen an einer Einbindung ins öffentliche Leben besteht und dieses auch umgesetzt wird.

2.2.10 Altenheimbereich bzw. Betreutes Wohnen, der/das organisatorisch an die Einrichtungen angeschlossen ist

Aus den vorliegenden Daten geht nicht in allen Fällen klar hervor, ob es sich um ein Angebot zum Betreuten Wohnen oder um einen Altenheimbereich handelt. Ebenso wird nicht durchgehend deutlich, ob es sich bei den Angaben um Wohnungen oder lediglich um Plätze handelt, die bereitgestellt werden. Diese Angaben wurden nicht in die Auswertung aufgenommen.

Insgesamt liegen fünf konkrete Angaben zum Altenheimbereich und 21 Angaben zum Betreuten Wohnen vor.

In den Kommunen gaben zwei Anbieter an, dass ein Altenheimbereich organisatorisch an ihre Einrichtung angeschlossen ist. Davon befindet sich eine Einrichtung mit zehn Plätzen in Garbsen und eine weitere mit vier Plätzen in Langenhagen.

Betreutes Wohnen wird den vorliegenden Angaben zufolge von zehn Einrichtungen in den Kommunen vorgehalten. Diese Einrichtungen sind in Barsinghausen, Laatzen, Langenhagen, Lehrte (zwei Einrichtungen), Pattensen, Ronnenberg, Seelze, Springe und Wunstorff angesiedelt.

Insgesamt stehen hier 332 Wohnungen zur Verfügung. Drei Anbieter gaben ihr Angebot in Platzzahlen an, den Angaben zufolge halten diese Anbieter insgesamt 290 Plätze für Betreutes Wohnen vor.

In der Landeshauptstadt stellt sich die Situation wie folgt dar:

An drei Einrichtungen ist jeweils ein Altenheimbereich organisatorisch angeschlossen. Eine Einrichtung im Stadtbezirk 5 hält acht Plätze im Altenheimbereich vor, in den Bezirken 7 und 8, stehen den Angaben der Einrichtungen zufolge 115 Wohnungen zur Verfügung.

Betreutes Wohnen wird in der Landeshauptstadt von 11 Einrichtungen angeboten. Diese Einrichtungen befinden sich in den Stadtbezirken 1, 4, 6, 7, 8, 9 (zwei Einrichtungen), 10 (drei Einrichtungen) und 13.

Ein Anbieter gab 461 Plätze für Betreutes Wohnen an. Von den verbleibenden zehn Einrichtungen werden insgesamt 515 Wohnungen für Betreutes Wohnen bereitgestellt.

2.2.11 Einrichtungen mit Angeboten für Menschen mit Demenzerkrankungen

Im Rahmen der vorliegenden Erhebung gaben lediglich 30 Einrichtungen an Angebote für Demente vorzuhalten. Als spezielle Pflegeangebote wurden Betreuungsgruppen für Demente, geropsychiatrische Pflege, Biographiearbeit, tagesstrukturierende Maßnahmen oder auch Wohngruppen für demenzkranke Menschen genannt.

Wie bereits mehrfach erwähnt bildet das Thema Demenz jedoch einen Schwerpunkt des vorliegenden Pflegeberichtes. Daher wurde zu diesem Thema eine gesonderte Anfrage in den Einrichtungen durchgeführt.

Die Ergebnisse dieser Befragung machen deutlich, dass das Angebot für Demente wesentlich umfassender ist als das, was im Rahmen der allgemeinen Gesamterfassung ermittelt werden konnte. Die Ergebnisse dieser Befragung finden sich unter den Punkten 4.3.3 bis 4.3.3.5.

Wo konkret welche Angebote für Menschen mit Demenzerkrankungen vorgehalten werden, ist dem Verzeichnis der Einrichtungen im Anhang zu entnehmen.

2.2.12 Migrantinnen und Migranten in der stationären Dauerpflege

Im Rahmen der Erhebung konnten lediglich 58 Migrantinnen und Migranten erfasst werden, die in einer stationären Pflegeeinrichtung leben. Davon lebt eine Person in einer Einrichtung in der Stadt Ronnenberg.

Die verbleibenden 57 Migrantinnen und Migranten sind in Einrichtungen in der Landeshauptstadt wohnhaft. Von diesen 57 Personen leben 55 im Stadtbezirk 7. Davon sind wiederum allein 50 Personen in einer Einrichtung ansässig, in zwei weiteren Einrichtungen in diesem Stadtbezirk leben je ein bzw. vier der erfassten Migrantinnen und Migranten. Eine weitere Person lebt in einer Einrichtung im Stadtbezirk 9.

Auch wenn den vorliegenden Angaben zufolge die Anzahl der älteren Migrantinnen und Migranten in der stationären Dauerpflege sehr gering ist, bleibt zu beachten, dass auch diesen Mitbürgerinnen und Mitbürgern die Möglichkeit eröffnet werden muss sich umfassend zu informieren, wenn sie auf Hilfe und Pflege angewiesen sind und die Familie nicht in der Lage ist die erforderliche Unterstützung zu gewährleisten. Hier müssen sowohl kulturelle und religiöse als auch sprachliche Aspekte Berücksichtigung finden. Unterstützend kann dabei beispielsweise der Seniorenkompass für ältere Migrantinnen und Migranten sein, der zur Zeit neu aufgelegt wird und dann in sechs Sprachen (deutsch, türkisch, russisch, serbisch-bosnisch-kroatisch, spanisch und persisch) erhältlich sein wird.

Weitere Informationen zum Thema ältere Migrantinnen und Migranten sind auch dem im Anhang befindlichen „Memorandum für eine kultursensible Altenhilfe“ zu entnehmen.

Ausführungen zum Anteil der Migrantinnen und Migranten an der Gesamtbevölkerung der Region Hannover, gegliedert nach Altersgruppen, Stadtbezirken der Landeshauptstadt und den Kommunen, finden sich unter den Punkten 1.7 bis 1.11.

2.2.13 Zusammenarbeit der Einrichtungen mit anderen Diensten und Institutionen

Bezogen auf Aspekte wie Informationsaustausch, Pflegeüberleitung oder auch Kostenabrechnung spielt die Zusammenarbeit der Einrichtungen mit den entsprechenden Diensten und Institutionen eine nicht zu unterschätzende Rolle.

Zu dieser Fragestellung liegen Angaben von allen Einrichtungen vor, die sich an der Erhebung beteiligt haben.

Als Kriterien für die Einschätzung der Zusammenarbeit mit anderen Diensten und Institutionen wurden die Kategorien „gut“, „ausreichend“ und „mangelhaft“ vorgegeben. Eingeschätzt werden sollte die Zusammenarbeit mit niedergelassenen Ärzten, Krankenhaussozialdiensten, ambulanten Pflegediensten, Pflegekassen, dem MDKN, Sozialämtern, der Heimaufsicht und dem sozialpsychiatrischen Dienst. Hier waren Mehrfachnennungen möglich. Dieser Sachverhalt ist bei der Interpretation der dargestellten Einschätzungen der Befragten zu berücksichtigen.

In der Kategorie „gut“ wurden niedergelassene Ärzte und Heimaufsicht mit jeweils 110 Nennungen, Krankenhaussozialdienste mit 97 Nennungen, Pflegekassen mit 80 Nennungen und Sozialämter mit 82 Nennungen am häufigsten angegeben. Weniger häufig wurde in dieser Kategorie die Zusammenarbeit mit dem MDKN (77 Nennungen), dem sozialpsychiatrischen Dienst (61 Nennungen) und ambulanten Pflegediensten (53 Nennungen) genannt.

Als ausreichend wird am häufigsten die Zusammenarbeit mit den Pflegekassen (32 Angaben), dem MDKN (29 Angaben), den ambulanten Pflegediensten (28 Angaben), den Sozialämtern (24 Angaben) und dem sozialpsychiatrischen Dienst (20 Angaben) eingeschätzt. Weniger häufig sind hier die Krankenhaussozialdienste (14 Angaben), die niedergelassenen Ärzte und die Heimaufsicht (je 5 Angaben) zu finden.

In der Kategorie mangelhaft liegen mit Abstand die wenigsten Angaben vor. Hier wurde die Zusammenarbeit mit ambulanten Pflegediensten elfmal genannt, fünfmal der MDKN, je viermal die Sozialämter und der Sozialpsychiatrische Dienst. Die Krankenhaussozialdienste wurden dreimal und die Pflegekassen zweimal genannt. Niedergelassene Ärzte und Heimaufsicht kommen in dieser Kategorie nicht vor.

Insgesamt kann also davon ausgegangen werden, dass sich die Zusammenarbeit der befragten Einrichtungen mit den genannten Diensten und Institutionen nach Einschätzung der Anbieter gut bis ausreichend gestaltet.

Erwähnenswert erscheinen an dieser Stelle jedoch noch die zusätzlichen Anmerkungen der Befragten. So wurde von einigen Einrichtungen darauf hingewiesen, dass der Begutachtungszeitraum zur Einstufung in eine Pflegestufe bzw. zur Höhergruppierung zwischen sechs und neun Monaten liegt und damit eindeutig zu lang ist. Ähnlich verhält es sich mit den Bearbeitungszeiträumen für Anträge beim Sozialhilfeträger. Hier vergehen den vorliegenden Angaben zufolge bis zu sechs Monaten zwischen Antragstellung und Bewilligung bzw. Ablehnung der Anträge.

Als weiterer Kritikpunkt wurde aufgeführt, dass es für die Einrichtungen zunehmend problematischer wird Hausärzte zu regelmäßigen Visiten in den Einrichtungen zu bewegen.

Bei der Interpretation der oben dargestellten Einschätzung der Zusammenarbeit mit anderen Diensten und Institutionen bleibt außerdem zu berücksichtigen, dass einige Anbieter darauf hingewiesen haben, dass sie kaum oder keinen Kontakt zu ambulanten Pflegediensten haben.

2.2.14 Konkrete Erweiterungspläne vollstationärer Einrichtungen

Insgesamt planen 42 der befragten Einrichtungen Umbau bzw. Modernisierungsmaßnahmen für die Zukunft. Davon sind 23 Einrichtungen in den Kommunen angesiedelt und 19 in der Landeshauptstadt. 21 Anbieter gaben die konkrete Platzzahl an, um die ihre Einrichtungen erweitert werden sollen.

Für das Jahr 2004 planen sieben Anbieter in den Kommunen insgesamt 105 neue Pflegeplätze. Für das Jahr 2005 plant ein Anbieter die Erweiterung seiner Einrichtung um zehn Plätze.

Zwei weitere Anbieter planen die Erweiterung ihrer Einrichtungen um 14 bzw. 12 Plätze, Aussagen zum Planungszeitraum liegen in diesen beiden Fällen nicht vor.

In der Landeshauptstadt gibt es vier Anbieter, die für das Jahr 2004 insgesamt 114 neue Pflegeplätze in Planung angegeben haben. Sieben weitere Anbieter planen die Erweiterung ihrer Einrichtungen um insgesamt 133 Plätze, Angaben zum Planungsjahr liegen hier jedoch nicht vor.

Folglich sind in der Region Hannover insgesamt 388 neue Pflegeplätze in Planung. Davon entfallen den Angaben zufolge 141 Plätze auf die Kommunen und 247 Plätze auf die Landeshauptstadt. Demnach wird sich die derzeitige Anzahl an stationären Pflegeplätzen von 11.044 auf 11.432 Plätze erhöhen.

Darüber hinaus planen 19 Einrichtungen in der Landeshauptstadt und 22 Einrichtungen in den Kommunen Umbau bzw. Modernisierungsmaßnahmen bis 2005, ohne die Platzzahl der Einrichtungen zu erweitern.

Um eine Planungssicherheit zu erreichen, sollten im Vorfeld die nach § 93 BSHG anererkennungsfähigen Investitionskosten zwischen dem Einrichtungs- und Sozialhilfeträger abgestimmt werden.

2.2.15 Wartelisten und Voranmeldungen zur Heimunterbringung, Kurzzeit-, Tages- und Nachtpflege

Bei einer Auslastungsquote von 96,67 % im vollstationären Pflegebereich gibt es den vorliegenden Angaben der Einrichtungen zufolge sowohl Wartelisten für Heimaufnahmen als auch konkrete Voranmeldungen zur Heimunterbringung.

Zur Anzahl der Personen, die auf den Wartelisten stehen, liegen von den Anbietern in der Landeshauptstadt 46 Angaben vor, von den Anbietern in den Kommunen sind es 49 Angaben. Die konkreten Voranmeldungen betreffend haben sich 46 Anbieter aus der Landeshauptstadt und 45 Anbieter aus den Kommunen geäußert.

Die Anzahl der konkreten Voranmeldungen liegt in der Landeshauptstadt niedriger als in den Kommunen, dagegen sind die Wartelisten in der Landeshauptstadt wesentlich länger als die in den Kommunen.

Nachstehend die Angaben der Einrichtungen in der Übersicht.

Tabelle 8 **Wartelisten und Voranmeldungen in den Einrichtungen, Kommunen**

Stadt/Gemeinde	Anzahl der Personen Warteliste	Anzahl der Personen Voranmeldungen
Barsinghausen	50	30
Burgdorf	91	35
Burgwedel	20	
Garbsen	36	17
Gehrden		
Hemmingen	20	15
Isernhagen	11	6
Laatzen	35	9
Langenhagen	14	13
Lehrte	92	132
Neustadt a. Rbge.	3	3
Pattensen	12	
Ronnenberg	16	13
Seelze	67	14
Sehnde	5	3
Springe	42	23
Uetze	5	
Wennigsen	34	24
Wedemark	11	29
Wunstorf	101	33
Gesamt	665	295

Tabelle 9 **Wartelisten und Voranmeldungen in den Einrichtungen, Landeshauptstadt**

Stadtbezirke Landeshauptstadt	Anzahl der Personen Warteliste	Anzahl der Personen Voranmeldungen
Bezirk 1 Mitte	23	12
Bezirk 2 Vahrenwald/List	150	116
Bezirk 3 Bothfeld/Vahrenheide	30	10
Bezirk 4 Buchholz/Kleefeld	94	72
Bezirk 5 Misburg/Anderten	352	25
Bezirk 6 Kirchrode/Bemerode/Wülferode	13	15
Bezirk 7 Südstadt/Bult	360	138
Bezirk 8 Döhren/Wülfel	55	16
Bezirk 9 Ricklingen	84	72
Bezirk 10 Linden/Limmer	68	36
Bezirk 11 Ahlem/Badenstedt/Davenstedt	60	7
Bezirk 12 Herrenhausen/Stöcken	35	12
Bezirk 13 Nord	2	7
Gesamt	1326	538

Die vorliegenden Daten beziehen sich ausschließlich auf die Angaben der Einrichtungen, die sich an der Erhebung beteiligt haben.

Bei der Interpretation der aufgeführten Personenzahlen ist zu beachten, dass die Angaben einiger Einrichtungen zu den Wartelisten enorm hoch sind. So hat beispielsweise eine Einrichtung im Stadtbezirk 5 der Landeshauptstadt eine Warteliste mit 352 Personen angegeben wobei die konkreten Voranmeldungen in dieser Einrichtung nur bei 25 Personen liegen. Eine weitere Einrichtung im Stadtbezirk 7 hat eine Warteliste mit 360 Personen angegeben, die konkreten Voranmeldungen liegen in diesem Fall bei 138 Personen.

Die Personen, die über diese Wartelisten geführt werden oder die sich konkret in einer Einrichtung angemeldet haben, haben den vorliegenden Angaben zufolge überwiegend ein Interesse an einer vollstationären Heimunterbringung.

Allerdings gibt es auch Interessentinnen und Interessenten für die Nutzung der Kurzzeitpflegeplätze. Dies gilt sowohl für die Wartelisten als auch für konkrete Voranmeldungen. Dieser Sachverhalt lässt den Schluss zu, dass das derzeit vorhandene Angebot an Kurzzeitpflegeplätzen dem tatsächlichen Bedarf nicht gerecht wird.

Ähnliche Schlüsse lassen sich für den Bereich der vollstationären Dauerpflege ziehen. Allein die erfassten Daten machen deutlich, dass bei einer Auslastung der Einrichtungen im Bereich der vollstationären Pflege von 96,67 % bereits Wartelisten und konkrete Voranmeldungen in nicht unerheblichem Umfang vorliegen.

2.2.16 Zusammenfassung

Gegenwärtig kann davon ausgegangen werden, dass in der Region Hannover in 147 Einrichtungen 11.044 Pflegeplätze zur Verfügung stehen. Davon werden wiederum 10.109 Plätze zur vollstationären Pflege genutzt.

Die Verteilung der Einrichtungen auf die Stadtbezirke der Landeshauptstadt und die Kommunen ist sehr unterschiedlich. So sind beispielsweise in den Kommunen Burgdorf (7.785 Einwohner/innen 60 Jahre und älter) und Garbsen (17.224 Einwohner/innen 60 Jahre und älter) mit je acht Einrichtungen die meisten Anbieter angesiedelt, während in doch relativ großflächigen Kommunen wie Uetze oder der Wedemark jeweils drei Anbieter ansässig sind.

In der Landeshauptstadt Hannover sind die Stadtbezirke Mitte (6.817 Einwohner/innen 60 Jahre und älter) mit 10 Einrichtungen und Buchholz/Kleefeld (12.368 Einwohner/innen 60 Jahre und älter) mit 11 Einrichtungen diejenigen mit der höchsten Dichte an stationären Einrichtungen. In den Bezirken

Ahlem/ Badenstedt/Davenstedt (8.962 Einwohner/innen 60 Jahre und älter) und Herrenhausen/Stöcken (9.726 Einwohner/innen 60 Jahre und älter) sind jeweils drei Einrichtungen und im Bezirk Nord (5.918 Einwohner/innen 60 Jahre und älter) zwei Einrichtungen ansässig.

Aus diesen Angaben geht hervor, dass die Anzahl der stationären Einrichtungen nicht zwingend in unmittelbarem Zusammenhang mit der Altersstruktur der Einwohner/innen der Stadtbezirke der Landeshauptstadt bzw. der Kommunen zu sehen ist (Altersstruktur siehe auch Tabellen 3 und 4).

Von den in den Pflegeeinrichtungen in der Region Hannover lebenden Bewohner/innen ist die Altersgruppe der 80-jährigen und älter mit 73,15 % am stärksten vertreten, wobei die Gruppe der 85- bis 90-jährigen mit 25,52 % den höchsten Anteil ausmacht. Auffallend hoch ist auch der Anteil derjenigen, die älter als 90 Jahre sind (24,93 %). Nennenswerte Unterschiede in der Altersstruktur der Bewohner/innen der Einrichtungen in der Landeshauptstadt Hannover und den Kommunen gibt es lediglich in der Altersgruppe der unter 60-jährigen. Hier liegt der Anteil in der Landeshauptstadt (3,56 %) höher als in den Kommunen (1,63 %).

Was die Pflegestufen der Bewohner/innen der befragten Einrichtungen betrifft konnten im Rahmen der Erhebung insgesamt 8.761 Personen ermittelt werden, die entweder den Pflegestufen I-III bzw. der Stufe 0 oder G zugeordnet oder als Härtefälle eingestuft worden sind.

Diejenigen, die der Pflegestufe II zugeordnet wurden, machen mit 39,76 % den höchsten Anteil aus. Auf die Pflegestufen I und III entfallen 33,66 bzw. 21,21 %. Bewohner/innen der Stufen 0 und G gibt es in den Einrichtungen eher selten (4,63 %) und Härtefälle werden nur zu 0,74 % in den Einrichtungen gepflegt.

Die Auslastungsquote der Einrichtungen liegt der durchgeführten Erhebung zufolge bei 96,67 %. Nennenswerte Unterschiede zwischen der Landeshauptstadt Hannover und den Kommunen sind hier nicht zu verzeichnen.

Stellt man dieser Auslastungsquote den unter Punkt 1, Demographie, prognostizierten Anstieg der Anzahl der 60-jährigen und älter gegenüber, so stellt sich die Frage, ob die derzeit vorgehaltene Platzzahl in den Pflegeeinrichtungen zukünftig noch ausreichen wird, um allen Bürgerinnen und Bürgern, die in der Region Hannover leben, im Bedarfsfall einen Platz in einer stationären Pflegeeinrichtung zu sichern, auch wenn sich den vorliegenden Daten zufolge die Platzzahl von derzeit 11.044 auf 11.432 im Jahr 2005 erhöhen sollte.

Besondere Beachtung ist in diesem Zusammenhang der unter Punkt 4.3.3 beschriebenen Versorgungssituation von Menschen mit Demenzerkrankungen, die in Pflegeheimen leben, zu widmen. Unter Punkt 4.5 wird darauf hingewiesen, dass bereits jetzt ca. 50 % der Pflegeheimbewohnerinnen und -bewohner an einer Demenz leiden und angesichts des prognostizierten Anstiegs der Anzahl von Menschen mit Demenzerkrankungen zu erwarten ist, dass bis 2010 ca. zwei Drittel der Heimplätze zur Versorgung von Dementen benötigt werden.

Hier ist ernsthaft darüber nachzudenken, wie die Einrichtungen auf diese anstehende Veränderung sowohl konzeptionell als auch finanziell angemessen reagieren können.

Die Tatsache, dass es bereits jetzt Wartelisten und konkrete Voranmeldungen für die vorgehaltenen Pflegeplätze gibt, unterstreicht die Annahme, dass die vorhandene Versorgungsstruktur im stationären Pflegebereich dem stetig wachsenden Bedarf zukünftig nicht in vollem Umfang gerecht werden kann.

Neben den Wartelisten und Voranmeldungen für den Bereich der vollstationären Pflege liegen auch Wartelisten für die vorhandenen Kurzzeitpflegeplätze vor. Diese Wartelisten lassen auf einen nicht gedeckten Bedarf an Kurzzeitpflegeplätzen schließen, der im Rahmen der vorliegenden Erhebung nicht konkret ermittelt werden konnte. Es bleibt zu vermuten, dass sich u.a die Einführung des DRG-Systems mit den daraus resultierenden verkürzten Krankenhausliegezeiten auch auf die Nutzung der Kurzzeitpflegeplätze in den Pflegeheimen auswirkt.

Unabhängig von den bisher dargelegten Ergebnissen bleibt zu erwähnen, dass die Einrichtungen in der Region Hannover den Angaben ihrer Betreiber zufolge fast alle gut oder zufriedenstellend erreichbar sind, was nicht zuletzt für die Bewohner/innen und ihre Angehörigen von tragender Bedeu-

tung werden kann, wenn soziale Kontakte zur Familie bzw. zu Freunden auch nach der Heimunterbringung aufrecht erhalten werden sollen.

Auch wenn die Erreichbarkeit überwiegend als problemlos eingeschätzt wurde bleibt zu bedenken, dass es für ältere Menschen sehr beschwerlich bis unmöglich sein kann, sich mit öffentlichen Verkehrsmitteln von einem Ort zum anderen zu bewegen. Hinzu kommen die Zeiten, die hierfür aufzuwenden sind. Auch dieser Faktor kann für ältere Personen zum Hindernis werden, wenn ihr Familienmitglied etwa in einer Einrichtung außerhalb der eigenen Kommune bzw. des eigenen Stadtteils untergebracht ist. Von den im Rahmen der Erhebung erfassten Heimbewohner/innen hatten beispielsweise nur ca. 66 % ihren Wohnsitz in dem Ort, in dem auch die Einrichtung steht, in der sie derzeit leben.

Darüber hinaus können die genannten Faktoren auch dann für die Bewohner/innen der Einrichtungen zum Hindernis werden, wenn es darum geht, beispielsweise einen Arzt oder eine Apotheke aufzusuchen bzw. einfach nur einkaufen zu gehen und es im unmittelbaren Umfeld der Einrichtung keine entsprechenden Angebote gibt.

Daher erscheint es sinnvoll die Erreichbarkeit und das nähere Versorgungsangebot der Einrichtungen vor der Übersiedlung in ein Pflegeheim direkt beim Anbieter zu erfragen.

Ebenso verhält es sich mit Angeboten zur Einbindung der Einrichtungen in das öffentliche Stadt- bzw. Gemeindeleben. Zu diesem Punkt konnte im Rahmen der Erhebung festgestellt werden, dass ein Großteil der Einrichtungen diesbezüglich sehr engagiert ist und ein breites Spektrum an Angeboten vorgehalten wird.

Als Alternative oder Vorstufe zur Heimunterbringung wird zunehmend häufiger das Betreute Wohnen gesehen. Diese Wohnform wird von insgesamt 21 der befragten Einrichtungen angeboten. Welche Leistungen sich konkret hinter diesen Angeboten verbergen, konnte im Rahmen der Erhebung jedoch nicht erfasst werden.

Insgesamt lässt sich sagen, dass die stationären Pflegeeinrichtungen in der Region Hannover ein breites Spektrum an Angeboten für ihre Bewohner/innen vorhalten.

Die Anzahl der zur Zeit vorhandenen Pflegeplätze wird dem stetig steigenden Bedarf an stationärer Pflege zukünftig allerdings nicht gerecht werden können, wenn zum einen nicht angemessen auf die sich verändernde Situation speziell im Bereich der Dementenversorgung reagiert wird und zum anderen nicht parallel dazu ambulante Versorgungsstrukturen geschaffen werden, die dazu beitragen, dass die Betroffenen möglichst lange in ihrem häuslichen Umfeld verweilen können.

3. Komplementäre Hilfen

Damit der im SGB XI verankerte Grundsatz „Ambulant vor Stationär“ umgesetzt werden kann, müssen Rahmenbedingungen und Versorgungsstrukturen gegeben sein, die diesen Anspruch realisierbar machen. In den Bereichen Beratung, Vermittlung und Leistung fällt an dieser Stelle den Sozial- und Diakoniestationen sowie den ambulanten Pflegediensten eine Schlüsselrolle zu. Denn nach wie vor gilt der Grundsatz aus der Ergotherapie: „Ein Mensch kann dann alleine zu Hause leben, wenn er in der Lage ist alleine Hilfe zu rufen und alleine trinken kann. Alles andere lässt sich heute organisieren.“ Informationen zu Beratungsangeboten finden sich auch im Internet unter folgenden Adressen: www.seniorenberatung-hannover.de und [www.region-hannover.de/Gesundheit und Soziales/Senioren](http://www.region-hannover.de/Gesundheit_und_Soziales/Senioren).

Um das ambulante Versorgungsnetz in der Region Hannover beurteilen zu können, ist es von Interesse zu wissen in welchen Bereichen Beratung, Vermittlung und Leistung durch die ambulanten Pflegeanbieter erbracht wird (s. Punkt 3.2).

Im Rahmenvertrag gemäß § 75, SGB XI zur vollstationären Dauerpflege in Niedersachsen wird unterschieden zwischen „Regelleistungen“ und „Zusatzleistungen“. So ist z.B. das einfache Schneiden der Fußnägel eine „regelmäßige“ Leistung im Rahmen der Körperpflege, solange dieses nicht risikobehaftet ist. Bei Bedarf muss der Kontakt zur medizinischen Fußpflege hergestellt werden.

Dieses Beispiel verdeutlicht, dass auch in der stationären Pflege komplementäre Hilfen notwendig sind, die nicht in jedem Fall von der Pflegeeinrichtung selber geleistet werden. Hierzu gehört u.a. auch der Einkauf von persönlichen Hygieneartikeln oder das regelmäßige Schneiden der Haare. In Zeiten immer knapper werdender Ressourcen ist es für den Sozialhilfeträger von Interesse zu wissen wie diese komplementären Hilfen in den stationären Pflegeeinrichtungen erbracht werden.

Gemäß § 75, Abs. 3, Nr. 3, BSHG soll alten Menschen „... Hilfe in allen Fragen der Inanspruchnahme altersgerechter Dienste ermöglicht werden“. Mit diesem Gesetz soll dazu beigetragen werden, die Selbständigkeit alter Menschen in ihrer gewohnten Umgebung und ihrer bestehenden Lebenszusammenhänge zu sichern.

Um wohnortnahe Versorgungsnetze für ältere Menschen erfassen zu können, ist es notwendig die kommunalen Leistungsangebote zu kennen (s. Punkt 3.4).

3.1 Angebote allgemein

Im Bereich der medizinisch-therapeutischen Angebote kann in aller Regel davon ausgegangen werden, dass sie auf Grund einer medizinischen Notwendigkeit von einem Arzt verordnet wurden und somit durch die Krankenkasse des Versicherten finanziert werden. Von Bedeutung ist in diesem Zusammenhang die Angebotsdichte und die, zunächst kommunikative, Erreichbarkeit der Leistungsanbieter. Hier werden Telefonbücher und vor allem die Gelben Seiten zu einem unverzichtbaren Hilfsmittel.

Insgesamt sind über die Gelben Seiten 316 medizinisch-therapeutische Anbieter in der Region Hannover erreichbar. Davon entfallen auf die

- | | |
|---|--------------|
| ○ Krankengymnasten, Physiotherapeuten und Masseur | 194 Anbieter |
| ○ Ergotherapeuten | 49 Anbieter |
| ○ Logopäden | 73 Anbieter |

Auch wenn damit die Versorgung in diesem Bereich flächendeckend erscheint, konnte zum einen in diesem Rahmen nicht ermittelt werden, ob das Angebot die Nachfrage abdeckt. Zum anderen ist festzustellen, dass in den Kommunen Hemmingen, Seelze und Sehnde bis jetzt noch keine Ergotherapeuten sowie in den Kommunen Pattensen, Ronnenberg und Wennigsen noch keine Logopäden

angesiedelt sind. Eine evtl. Notwendigkeit müsste durch die betroffenen Kommunen geklärt werden. (s. Tabelle 1).

Anders gestaltet sich die Situation im Bereich der Niedrigschwelligen Hilfen. Diese Angebote müssen in der Regel von den Leistungsnehmern selber finanziert werden. Was wohl auch ein Grund dafür sein dürfte, dass sie häufig nicht beansprucht werden, obwohl eine Notwendigkeit bestehen würde. So kommt es z.B. immer wieder vor, dass Seniorinnen und Senioren unbemerkt von der Außenwelt in ihrer Wohnung stürzen und keine Hilfe anfordern können, weil sie auf ein Hausnotrufsystem verzichtet haben. Diese Situationen führen dann nicht selten dazu, dass die Betroffenen über viele Stunden unbemerkt in ihren Wohnungen liegen und sich ihr Allgemeinzustand zunehmend verschlechtert. Häufig entwickelt sich aus dieser für die Betroffenen sehr traumatischen Erfahrung eine dauerhafte Pflegebedürftigkeit, die mit einer Umsiedlung in ein Pflegeheim verbunden ist.

Für Menschen, die ein selbständiges Leben führen, ist es oft sehr schwer erkennen zu müssen, dass sie auf Hilfe und Unterstützung von außen angewiesen sind. Erste Hinweise darauf, dass jemand nicht mehr in der Lage ist sich und seinen Haushalt alleine zu versorgen, sind z. B. Probleme mit dem Einkauf, der Nahrungszubereitung oder dem Waschen und Bügeln der Wäsche. Aber auch das nicht mehr selbständige Lesen können von Zeitungen und Büchern oder das Schreiben von Briefen sind Hinweise auf einen sich entwickelnden Hilfebedarf. Die Fachwelt spricht an dieser Stelle von Niedrigschwelligen Hilfen, die unter dem Stichwort „Mobile Soziale Dienste“ vereinzelt von ambulanten Pflegeanbietern vorgehalten werden (siehe Verzeichnis der Pflegeanbieter im Anhang). Diese Hilfsangebote sind nicht zu verwechseln mit den Niedrigschwelligen Betreuungsangeboten nach dem Pflegeleistungsergänzungsgesetz (s. Punkt 4.3.2.4).

Einen hohen Stellenwert nimmt in diesen Zusammenhängen das sog. „Essen auf Rädern“ ein. Auch wenn man davon absehen will, dass der Begriff „Essen“ immer mit Lebensqualität in Verbindung gebracht wird, ist eine ausgewogene Ernährung zur körperlichen Gesunderhaltung unabdingbar. Insbesondere ältere Menschen sind, bedingt durch den physiologischen Alterungsprozess, auf eine Ernährung angewiesen, die ihren Bedürfnissen gerecht wird. Aus verschiedenen Gründen sind alte Menschen häufig nicht mehr in der Lage ihre Mahlzeiten selber zuzubereiten. Immobilität bzw. eingeschränkte Mobilität spielen hier eine wesentliche Rolle.

In einer Welt, in der scheinbar alles und jeder mobil erscheint, ist es häufig schwer vorstellbar, dass Arztbesuche oder Besuche bei der Krankengymnastik an persönlicher Immobilität scheitern könnten. Hier wird die Nutzung von Krankentransportdiensten häufig zu einem unabdingbaren Muss. Was wiederum voraussetzt, dass ausreichende Kapazitäten zur Verfügung stehen.

Aus Gründen des flächendeckenden Angebotes wurde in den nachstehenden Punkten auf die Benennung von einzelnen Friseuren und chemischen Reinigungen inklusive Wäschereien verzichtet. Eine Erwähnung dieser Angebote erscheint jedoch notwendig, da auch diese Leistungsanbieter den Status komplementärer Leistungs- und Hilfeanbieter haben.

Tabelle 1 Anzahl der medizinisch-therapeutischen Praxen in der Region Hannover

Städte und Gemeinden	Krankengymnastik, Physiotherapie, Osteopathie, Massage	Ergotherapie	Logopädie
Barsinghausen	9	2	3
Burgdorf	4	2	2
Burgwedel	6	1	3
Garbsen	10	3	3
Gehrden	4	1	1
Hannover	111	24	36
Hemmingen	2	0	2
Isernhagen	3	1	1
Laatzen	9	1	4
Langenhagen	10	3	3
Lehrte	6	2	2
Neustadt	3	2	5
Pattensen	3	1	0
Ronnenberg	2	1	0
Seelze	2	0	1
Sehnde	4	0	1
Springe	1	1	1
Uetze	1	0	1
Wedemark	3	1	1
Wennigsen	1	1	0
Wunstorf	3	2	3

Quelle: Internet, www.gelbeseiten.de

3.1.1 Hausnotrufsysteme

Hausnotrufsysteme geben vor allem alleinlebenden Seniorinnen und Senioren die Sicherheit, dass sie bei Bedarf Hilfe anfordern können. Damit sind diese Dienstleister nicht nur ein wesentlicher Bestandteil des sozialen Netzwerkes ihrer Kundinnen und Kunden. Sie gehören auch zu den Servicediensten, denen die Betroffenen im Notfall „blind vertrauen“ müssen.

Notrufsysteme werden von Wohlfahrtsverbänden, Privatanbietern und ambulanten Pflegediensten (siehe Verzeichnis der ambulanten Pflegedienste, Diakonie- und Sozialstationen) angeboten. In der Regel informieren Pflegedienste ihre Patientinnen und Patienten über die verschiedenen Systeme und ihre Anbieter.

In den Gelben Seiten für die Region Hannover sind zurzeit vier Anbieter benannt.

Aussagen über die Qualität der erbrachten Leistungen, Geschäftsbedingungen, Preise und Serviceleistungen können an dieser Stelle nicht getroffen werden.

3.1.2 Hauswirtschaftliche Dienste und Hilfen

Wenn die Kräfte nachlassen und der Alltag nicht mehr alleine bewältigt werden kann, benötigen die Betroffenen vor allem Hilfe und Unterstützung in der eigenen Häuslichkeit.

Unter dem Stichwort „Rund ums Haus“ werden Leistungen benötigt wie z.B.

- Einkaufsbegleitung oder Lieferung frei Haus
- Wäsche waschen und bügeln
- Reinigung der Wohnung
- Begleitung zum Friseur

Zur Unterstützung der physischen und psychischen Situation werden Hilfen benötigt wie z.B.

- Begleitung zum Arztbesuch (immer weniger Ärzte machen Hausbesuche)
- Medikamentenbringdienste für ärztlich verordnete Medikamente (wird als Serviceleistung von einzelnen Apotheken erbracht)
- Begleitung zum Besuch von Veranstaltungen, zur Aufrechterhaltung familiärer und sozialer Kontakte
- Vorlesedienste

Wie eingangs ausgeführt gibt es in der Region Hannover Pflegedienste, die für diese Dienstleistungen einen Mobilen Sozialen Dienst unterhalten. Insgesamt ist aber festzustellen, dass Bedarf und Nachfrage das Angebot in jedem Fall überschreiten.

Insbesondere das Thema „Einkaufen“ wird für viele Seniorinnen und Senioren zu einem nicht lösba- ren Problem. So gibt es in den Kommunen der Region Hannover ganze Stadt- und Ortsteile ohne Nahversorgungsangebote.

Selbst für noch relativ mobile Seniorinnen und Senioren sind die großen Einkaufszentren häufig nicht erreichbar. Hinzu kommt die Problematik des Transports der Einkäufe, der von den Betroffenen viel- fach nicht mehr bewältigt werden kann.

Diese Situation führt nicht selten dazu, dass die Betroffenen physisch und psychisch in eine Notsitua- tion gebracht werden, die nur noch durch den Umzug in ein Pflegeheim gelöst werden kann.

Erfahrungen aus der gerontopsychiatrischen Krankenpflege zeigen, dass Isolation und Einsamkeit Fak- toren sind, die eine Altersverwirrtheit begünstigen und unter Umständen auch auslösen können. Da- her sind soziale Kontakte für die Betroffenen zwingend notwendig. Zur Aufrechterhaltung solcher Kontakte können komplementäre Hilfen wie z. B. Besuchs-, Vorlese- und Schreibdienste wesentlich beitragen (siehe auch BSHG, § 75, Abs. 2, Nr. 5).

3.1.3 Fernverpflegung „Essen auf Rädern“

In der Region Hannover bieten acht Großküchen „Essen auf Rädern“ an. Fünf Anbieter haben ihren Standort in der Landeshauptstadt Hannover.

In der Regel liefern die Anbieter warme Mahlzeiten bzw. Mahlzeiten, die vom Kunden selber aufgewärmt werden müssen. Darüber hinaus gibt es auch Anbieter, die Tiefkühl-Menüs anbieten. Die Mahlzeiten werden täglich, wöchentlich oder nach Vereinbarung geliefert.

Es ist bekannt, dass die Großküchen nicht die gesamte Region Hannover beliefern. Hiervon betroffen sind in besonderem Maße die ländlichen Ortsteile der Kommunen. Vor diesem Hintergrund arbeiten verschiedene ambulante Pflegedienste mit unterschiedlichen Großküchen, die in anderen Landkreisen oder Bundesländern angesiedelt sind, zusammen. Die Pflegedienste übernehmen in der Regel die Funktion des Leistungsvermittlers.

Insbesondere für alleinlebende Seniorinnen und Senioren sind die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Bringdienste häufig die einzigen regelmäßigen Ansprechpartner. Damit werden sie zu einem sehr wichtigen Teil des sozialen Netzwerkes ihrer Kunden. Denn durch die Regelmäßigkeit der Kontakte gehören die Außendienstmitarbeiterinnen und -mitarbeiter häufig zu den Ersten, die physische und psychische Veränderungen bei ihren Kunden beobachten.

Aussagen über die Qualität der angebotenen Speisen, Preise, Lieferbedingungen und Serviceleistungen können an dieser Stelle nicht getroffen werden.

3.1.4 Krankentransport

Krankentransporte mit fachgerechter medizinischer Betreuung werden für alle Bürgerinnen und Bürger in der Region Hannover durch die Leitstelle der Region Hannover in Ronnenberg, Telefon 05109-19 222 koordiniert und durchgeführt.

Darüber hinaus können in 10 Kommunen insgesamt 17 Leistungsanbieter direkt von den Bürgerinnen und Bürgern angefordert werden.

3.1.5 Fußpflege

Zur Erhaltung der Mobilität und zur Stärkung des allgemeinen Wohlbefindens sind intakte und gepflegte Füße eine Grundvoraussetzung. Gerade aber ältere Menschen können aufgrund eingeschränkter Beweglichkeit oder aufgrund von Stoffwechselerkrankungen ihre Füße nicht selber pflegen. Insgesamt halten in der Region Hannover 49 Anbieter Medizinische Fußpflege bzw. Fußpflege vor. Mit Ausnahme der Stadt Pattensen gibt es in allen Kommunen mindestens einen Leistungsanbieter.

Über die Qualität, die Preis-, Leistungs- und Serviceangebote kann keine Aussage getroffen werden.

3.2 Angebote im Bereich der ambulanten Versorgung

Nicht alle Pflegeanbieter können das gesamte Spektrum der ergänzenden Hilfen vollumfassend abdecken. Bei der Sicherstellung der ambulanten Versorgung spielt daher die Beratung zu den erforderlichen Hilfen und die Vermittlung an entsprechende Leistungserbringer für die Betroffenen und ihre Angehörigen eine wesentliche Rolle.

Beratung zu ergänzenden Hilfen erbringen nahezu alle Leistungsanbieter in sehr umfangreichem Maße. Werden Hilfen wie beispielsweise Ergotherapie, Logopädie, Krankengymnastik, Fußpflege, Essen auf Rädern, Hilfsmittel/Pflegehilfsmittel, Hausnotrufsysteme, Fahrdienste oder ähnliches notwendig, wird neben der Beratung in der Regel an andere Leistungserbringer weitervermittelt.

Einige der befragten Dienste halten allerdings auch Angebote wie z. B. Essen auf Rädern, Hilfsmittel/Pflegehilfsmittel, Hausnotrufsysteme, Fahrdienste oder auch Fußpflege selbst vor. Eher selten erfolgt eine Weitervermittlung, wenn es um hauswirtschaftliche Versorgung geht. In diesem Bereich wird die Leistung zu 77,53 % von den Anbietern selbst erbracht. Ca. 40 % stellen Mobile Soziale Hilfsdienste bereit.

Die nachstehenden Diagramme vermitteln eine Übersicht darüber, zu welchen Hilfen beraten, vermittelt oder die Leistung selbst erbracht wird.

Abb. 1

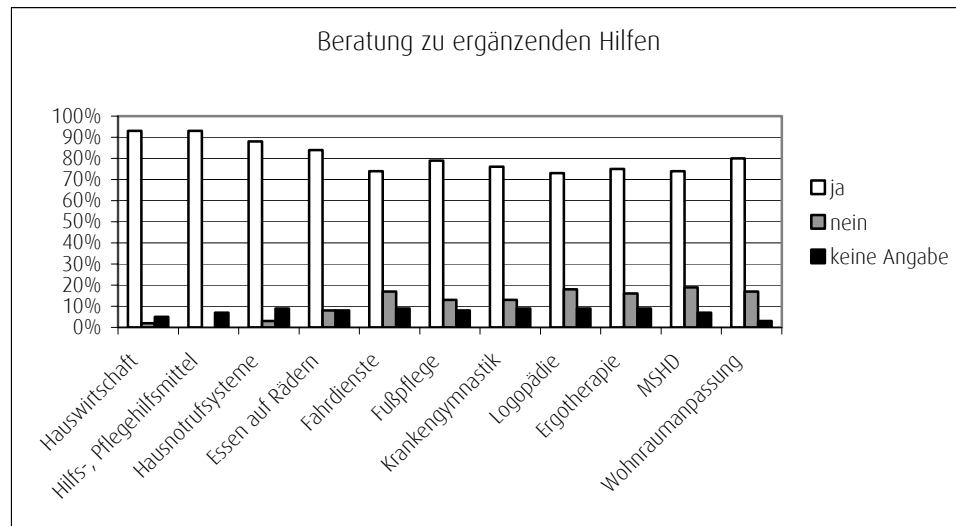


Abb. 2

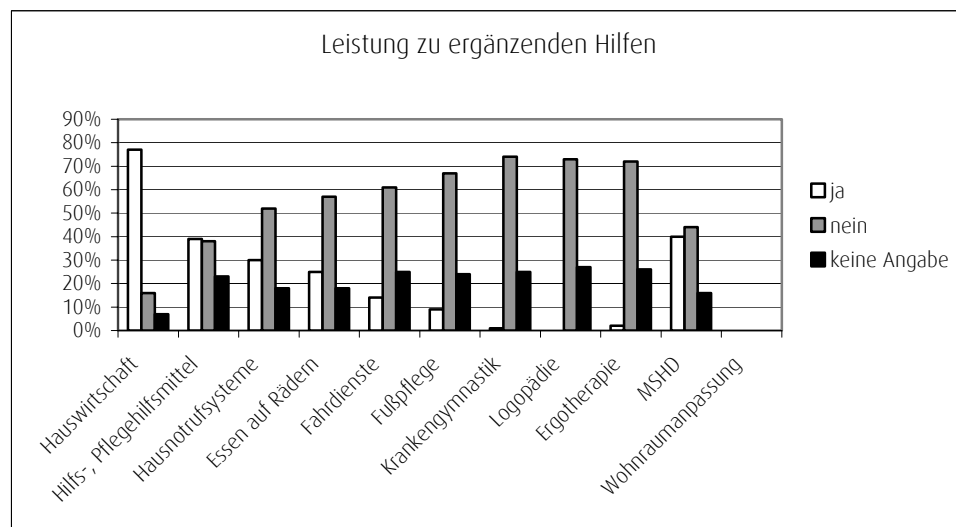
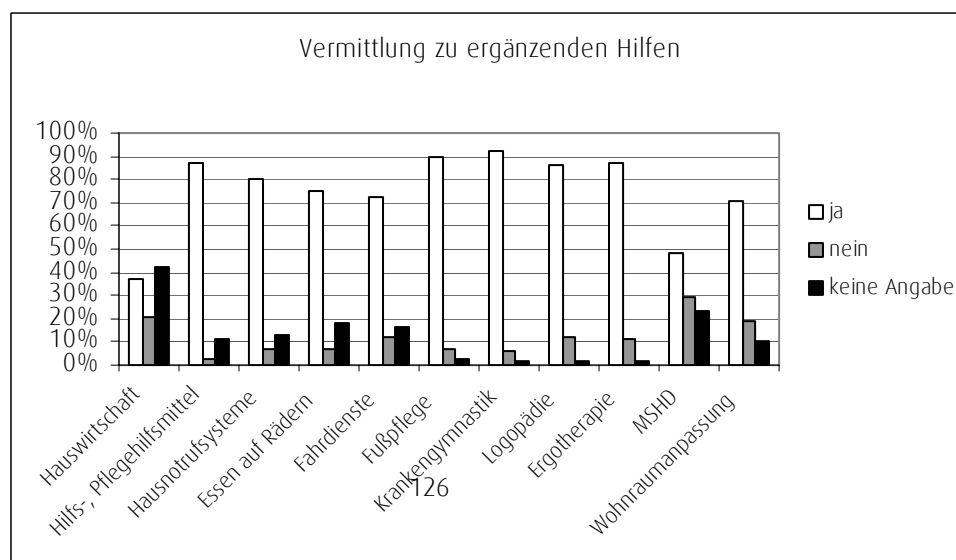


Abb. 3



Da sich nicht alle Anbieter an der Befragung beteiligt haben, lassen sich abschließende Aussagen zu den tatsächlich vorhandenen Angeboten, die in den einzelnen Kommunen sowie in den Stadtbezirken der Landeshauptstadt vorgehalten werden, nicht treffen.

Daher wird an dieser Stelle darauf verzichtet, die jeweils erfassten Angebote für jede Kommune bzw. jeden Stadtbezirk der Landeshauptstadt im einzelnen aufzuführen.

Die erhobenen Daten geben keinen Aufschluss darüber, an wen die Dienste konkret weiterermitteln bzw. mit welchen Anbietern sie kooperieren. Eben so wenig können Aussagen darüber getroffen werden, ob ausschließlich innerhalb der Ortsgrenzen an entsprechende Anbieter weitervermittelt werden kann oder ob ortsübergreifende Kooperationsbeziehungen bestehen.

Aus den Angaben persönlich befragter Pflegeanbieter geht jedoch hervor, dass sie zum Teil auf Angebote von Anbietern aus anderen Landkreisen oder Bundesländern zurückgreifen. Konkret benannt wurden hier Unternehmen, die Essen auf Rädern anbieten.

Angaben zu den konkreten Angeboten, die von den erfassten Diensten vorgehalten werden, sind dem Verzeichnis der ambulanten Pflegeanbieter im Anhang zu entnehmen.

3.3 Angebote im Bereich der stationären Versorgung

Neben den Regelleistungen, die in Einrichtungen der vollstationären Dauerpflege erbracht werden, sind auch hier oft Zusatzleistungen und sonstige Dienstleistungen erforderlich, die von den Betroffenen selber finanziert werden müssen.

Laut § 3 des Rahmenvertrages zu § 75, SGB XI vollstationäre Dauerpflege in Niedersachsen, sind Zusatzleistungen besondere Komfortleistungen bei Unterkunft und Verpflegung sowie zusätzliche pflegerisch/betreuende Leistungen, die durch den Pflegebedürftigen individuell wählbar und mit ihm zu vereinbaren sind. Zusatzleistungen sind von daher nur solche Leistungen, für die weder bei den allgemeinen Pflegeleistungen noch bei Unterkunft und Verpflegung bereits eine Vergütung enthalten ist.

Da (laut Anlage 1 zu dem genannten Rahmenvertrag) mit den allgemeinen Pflegeleistungen eine umfassende, hochwertige und sachgerechte Pflege von den Einrichtungen sichergestellt werden muss und kann, darf diese in der Qualität und Quantität nicht durch Zusatzleistungskataloge beeinträchtigt werden. Alle im Einzelfall notwendigen pflegerisch-betreuenden Leistungen sind deshalb als Regelleistungen von den Einrichtungen zu erbringen.

Dennoch gibt es offensichtlich einen Bedarf an ergänzenden Hilfen, die über die Regelleistungen der Einrichtungen hinausgehen.

Nicht über die Entgelte für Unterkunft und Verpflegung oder über den Pflegesatz abgegoltene Leistungen und demnach als Zusatzleistung zu behandeln sind beispielsweise die chemische Reinigung von Wäsche oder auch die persönliche Begleitung zu Arztbesuchen soweit eine Begleitung nicht notwendig ist, aber von der/dem Betroffenen gewünscht wird.

Neben solchen Zusatzleistungen kann das Heim auch weitere Dienstleistungen bereitstellen wie beispielsweise Friseur- und ähnliche Leistungen oder auch Fahr- und Begleitdienste im Zusammenhang mit sonstigen Dienstleistungen.

Von Interesse ist in diesem Zusammenhang nicht nur, dass Zusatzleistungen erforderlich sind, deren Kosten die Heimbewohner/innen selbst bestreiten müssen, sondern vor allem auch, wie die Einrichtungen diese ergänzenden Hilfen organisieren.

Nach bisherigem Kenntnisstand wird die Organisation der notwendigen ergänzenden Hilfen, die nicht unwesentlich zum allgemeinen Wohlbefinden der Bewohnerinnen und Bewohner beitragen, in den Einrichtungen sehr unterschiedlich gehandhabt.

Um hier mehr Transparenz in die praktizierten Methoden zu bringen, ist eine gesonderte Befragung der Einrichtungen erforderlich, die zu einem späteren Zeitpunkt erfolgen soll.

Im übrigen muss der Begriff der sozialen Betreuung im Rahmenvertrag zu § 75 SGB XI bzw. in den Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen nach § 80 a SGB XI genauer definiert sein.

3.4 Angebote gemäß § 75, BSHG, „Altenhilfe“

Unabhängig von den im ambulanten und stationären Bereich vorgehaltenen komplementären Hilfen werden von den Kommunen und der Landeshauptstadt Unterstützungsangebote im Sinne der „Altenhilfe“, § 75, BSHG, in sehr unterschiedlichem Umfang bereitgestellt.

Laut Abs. 1 dieses Paragraphen soll die Altenhilfe dazu beitragen Schwierigkeiten, die durch das Alter entstehen, zu verhüten, zu überwinden oder zu mildern und alten Menschen die Möglichkeit zu erhalten, am Leben in der Gemeinschaft teilzunehmen.

Weiter heißt es in Abs. 4, Altenhilfe soll ohne Rücksicht auf vorhandenes Einkommen oder Vermögen gewährt werden, soweit im Einzelfall persönliche Hilfe erforderlich ist.

Um diese Angebote zu erfassen, wurden die 21 Städte und Gemeinden der Region Hannover im August 2003 angeschrieben, mit der Bitte ihre diesbezüglichen Angebote mitzuteilen.

3.4.1 Anlass der Befragung

Seit April 2002 gibt es in der Region Hannover die Arbeitsgruppe „Demenz“, die seit dem 02.09.2003 eine Arbeitsgruppe der Pflegekonferenz der Region Hannover ist.

Vor dem Hintergrund der unterschiedlichen Sparmaßnahmen in den Kommunen in Verbindung mit dem seit dem 01.01.2004 für alle Krankenhäuser verbindlichen neuen Krankenhausfinanzierungssystem, befasst sich die Gruppe mit den daraus resultierenden Konsequenzen für die Versorgungssituation Demenzkranker.

Von den Veränderungen betroffen sind allerdings nicht ausschließlich Menschen mit Demenzerkrankungen, sondern ganz allgemein alte hilfebedürftige Menschen, insbesondere dann, wenn sie in ihrer Mobilität eingeschränkt sind.

Thematisiert wurde in der Arbeitsgruppe u.a. die Schließung oder Zusammenlegung von Altenbegegnungsstätten und/oder Seniorentreffs. Die Auswirkungen, die der Wegfall dieser Angebote nach sich zieht, müssen kritisch hinterfragt werden. Denn nicht zuletzt sind es auch Altenbegegnungsstätten, die der Prävention von Isolation und Vereinsamung dienen.

Die Schließung solcher Einrichtungen kann zur Folge haben, dass aufgrund der wegfallenden Außenkontakte z. B. gerontopsychiatrische Veränderungen bei den Betroffenen erst dann auffallen, wenn es zu Krisensituationen kommt, die nur noch durch entsprechende Maßnahmen in Facheinrichtungen wie beispielsweise Psychiatrischen Fachkrankenhäusern bewältigt werden können. In der Regel erfolgt nach einer solchen Krisenintervention die direkte Übersiedlung der Betroffenen in ein Pflegeheim.

Von Fachleuten wird darauf hingewiesen, dass aufgrund fehlender ambulanter Versorgungsstrukturen immer mehr Demente in Pflegeheimen untergebracht werden müssen. Wenn die Entwicklung sich weiter so fortsetzt, steht zu befürchten, dass pflegebedürftige Seniorinnen und Senioren, die nicht an einer Demenz erkrankt sind, zukünftig kaum noch eine Chance auf einen Pflegeheimplatz haben. Darüber hinaus wird durch den Wegfall von Altenbegegnungsstätten und dem damit verbundenen Abbruch der Außenkontakte auch die Möglichkeit Erkrankte z. B. über eine Tagespflege zu unterstützen und sie möglichst lange in ihrer Häuslichkeit zu begleiten nicht genutzt.

Ein weiterer Aspekt, der hier zu beachten bleibt, ist das Fehlen von Sozialarbeiterinnen und/oder Sozialarbeitern in den meisten Kommunen. In der Arbeitsgruppe wurde insbesondere darauf hingewiesen, dass Betroffenen, Angehörigen aber auch Nachbarn und Ehrenamtlichen eine Ansprechpartnerin bzw. ein Ansprechpartner fehlt, die/der auch Hausbesuche macht und beratend zur Seite steht, wenn untypische Veränderungen auffallen.

Eine nicht unbedeutende Rolle spielt in diesem Zusammenhang auch das Fehlen von Angeboten im Niedrigschwelligen Bereich.

Eine besondere Bedeutung muss hier der Nahversorgung und damit dem Einkaufen eingeräumt werden. Immer wieder wird von Fachleuten darauf hingewiesen, welche Folgen das Ladensterben in der Nachbarschaft hat. Zum einen geht es bei diesem Thema natürlich um die Ernährungssituation von Seniorinnen und Senioren. Zum anderen geht es aber auch um die Funktion der Lebensmittelhändler im sozialen Netzwerk der Betroffenen. Wenn jemand z.B. regelmäßig zu seinem Kaufmann, Bäcker oder Schlachter geht, dann werden auch mal persönliche Worte gewechselt oder die Kassiererin „kennt ihre Kunden“. Dann fällt auch auf, wenn der Kunde sich verändert oder nicht mehr kommt.

Insgesamt wird das Fehlen bzw. nicht in ausreichendem Maße Vorhandensein von Niedrigschwelligen Hilfsangeboten problematisch beurteilt. Auch wenn es vereinzelt ambulante Pflegeanbieter, Diakonie- und Sozialstationen gibt, die gegen ein Entgelt Leistungen durch einen eigenen Mobilien Sozialen Dienst anbieten, reichen diese Angebote nicht aus, um die Nachfrage zu den Bereichen Einkaufen und Begleitung zum Einkaufen, Wäsche waschen und bügeln, Reinigung der Wohnung, Spazieren gehen und Begleitung zu Veranstaltungen, Begleitung zum Arzt, Vorlesen etc.. bedienen zu können. Mal ganz abgesehen davon, dass sich einige Betroffene aus finanziellen Gründen diese Leistungen nicht einkaufen können.

Im weiteren wurde problematisiert, dass die Betroffenen vorhandene Leistungsanbieter, Preise und Finanzierungsmöglichkeiten nicht kennen und die Leistungsanbieter im ambulanten Versorgungsspektrum nicht wissen, wie und wo sie ihre Zielgruppe erreichen können. Diese Informationsdefizite führen nicht selten dazu, dass Betroffene und Leistungsanbieter nicht zusammenkommen.

Abschließend wurde in der Arbeitsgruppe der Öffentliche Personen Nahverkehr (ÖPNV) thematisiert. Zu diesem Thema wurde insbesondere in den ländlichen Ortsteilen der Kommunen eine nicht ausreichende Erreichbarkeit von Angeboten für alte Menschen, aber auch die Nichterreichbarkeit von alten Menschen für Ehrenamtliche, die nicht selber motorisiert sind, beobachtet. Daraus ergibt sich die Situation, dass es in verschiedenen Kommunen zwar unterschiedliche Angebote für Seniorinnen und Senioren gibt, diese aber aufgrund defizitärer ÖPNV-Anbindungen nicht bzw. nicht in ausreichendem Maße genutzt werden können. Diese Tatsache steht auch dem Engagement von Ehrenamtlichen entgegen, die durchaus bereit wären, Seniorinnen und Senioren aufzusuchen, für sie einzukaufen oder mit ihnen spazieren zu gehen. Da sie die Betroffenen mit öffentlichen Verkehrsmitteln nicht so erreichen können, dass eine unabhängige Zeiteinteilung gewährleistet ist, entfallen diese Angebote.

3.4.2 Ergebnis der Befragung

An der Befragung haben sich 18 Kommunen und die Landeshauptstadt Hannover beteiligt.

Eine Kommune teilte mit, dass sie keine Angebote gemäß § 75 BSHG vorhält.

Insgesamt ist festzustellen, dass 17 Kommunen und die Landeshauptstadt Hannover, sehr unterschiedliche Angebote vorhalten. Abgesehen von wenigen Ausnahmen, richten sich die Angebote an mobile Seniorinnen und Senioren. In der Mobilität eingeschränkte Personen oder immobile alte Menschen fallen durch die Versorgungsnetze. Davon betroffen sind insbesondere die Seniorinnen und Senioren, die Hilfe und Begleitung im Bereich der Niedrigschwelligen Hilfen benötigen. Konkrete Hilfsangebote hat an dieser Stelle eine Kommune benannt.

Weitere Befragungsergebnisse können der nachstehenden Tabelle entnommen werden.

Rückmeldungen der Städte und Gemeinden zu ihren Angeboten gemäß § 75 BSHG, „Altenhilfe“

Tabelle 2

Hilfe	zur Teilnahme am öffentlichen Leben	in Fragen der Inanspruchnahme altersgerechter Dienste	bei der Beschaffung und Erhaltung von Wohnraum	in Fragen der vollstationären Pflege	die die Verbindung mit nahestehenden Personen ermöglicht	zu einer Betätigung	zur Vorbereitung auf das Alter	Weitere Angebote
Stadt Barsinghausen	Unterstützung von Seniorengruppen, MA des Seniorenbüros planen und organisieren aktive Seniorenprogramme. Finanzielle Beteiligung an vier Altagsstätten	Partnerbesuchsdienst durch Ehrenamtliche (erhalten Aufwandsentschädigung)		Beratung zu Heimunterbringungen durch das Sozialamt				
Stadt Burgdorf	Jährlich Durchführung von Seniorenfahrten. Finanzielle Unterstützung der örtlichen Altenbegegnungsstätte, die vom DRK betreut wird.		Beratung über altersgerechtes Wohnen	Beratung über Hilfe zur Pflege/Pflegeversicherung				Beratung über Eingliederungshilfe.
Stadt Burgwedel	Vorhalten einer kommunalen Seniorenbegegnungsstätte unter Einbeziehung der örtlichen Vereine und Verbände mit vielfältigen Angeboten.	Seniorenbetreuung durch Ortsräte	Vermittlung von altersgerechtem Wohnraum über das Belegrecht bei öffentlich geförderten Wohnraum					Beratungsmöglichkeiten durch die Mitarbeiter/innen der Sozialabteilung, der Seniorenbegegnungsstätte sowie des Diakonischen Werkes
Stadt Garbsen	durch städtische Zuschüsse an die 42 Altenverbände/-vereine und Kirchengemeinden	durch die Sachbearbeitung Hilfe zur Pflege a.v.E. im Sozialamt im Bedarfsfall. Allgemeine Beratung über Angebote/Möglichkeiten nur eingeschränkt möglich.	Unterstützung durch Wohnungsvermittlung im Sozialamt. zum Erhalt der Wohnung Verweisung an Wohnberatung der Region Hannover	im Vorfeld der stationären Altenhilfe durch Verweisung an die dortige Beratungsstelle. (Pflege-Infos)				Hilfen zur Weiterführung des Haushaltes/Kontakt zur Außenwelt zur Zeit noch bis 31.10.03 über den bis dahin mit ESF-Mitteln geförderten Besuchsdienst in Trägerschaft der VHS, der auch Hilfe im Haushalt leistet.
Stadt Gehrden	durch ehrenamtlich tätige Seniorenbeauftragte der Stadt. Macht Hausbesuche, bietet Veranstaltungen an	Vermittlung durch die Sozialstation Gehrden sowie die Seniorenbeauftragte. Es gibt Besuchsdienste des DRK, Einkaufs- und Lieferdienste der Gehrder Interessengemeinschaft, Mahlzeitendienste, private ambulante Fußpflege- und Friseurdienste, mobile Hausbetreuungen. Putzdienste können über die Sozialstation angemietet werden.	Über die städtische Wohnraumvermittlung, übt bei einigen Objekten Belegungsrecht aus	Vermittlung von Heimplätzen erfolgt über die Sozialstation, die Seniorenbeauftragte und auch über den Sozialdienst des RKK		durch ehrenamtlich tätige Seniorenbeauftragte der Stadt	durch ehrenamtlich tätige Seniorenbeauftragte der Stadt	Beratungstätigkeiten durch die Seniorenbeauftragte

Hilfe	zur Teilnahme am öffentlichen Leben	in Fragen der Inanspruchnahme altersgerechter Dienste	bei der Beschaffung und Erhaltung von Wohnraum	in Fragen der vollstationären Pflege	die die Verbindung mit nahestehenden Personen ermöglicht	zu einer Betätigung	zur Vorbereitung auf das Alter	Weitere Angebote
Stadt Hemmingen	durch Sozialen Dienst der Stadt, Begleitung zu Veranstaltungen durch Zivis,	Hilfe beim Einkaufen, Begleitung zu Arztbesuchen,	Kontakt zur Wohnberatung bzw. Pflege-Infos der Region Hannover oder einer Wohnungsbaugesellschaft, die altengerechte Wohnungen anbietet	Kontakt zur Wohnberatung bzw. Pflege-Infos der Region Hannover				Ansprechpartner für alle auftretenden Fragen sind die Mitarbeiter des Sozialamtes, insbesondere die MA des Sozialen Dienstes der Stadt
Landeshauptstadt Hannover	Begegnungsstätten mit Vorträgen, präventive soziokulturelle Gruppenarbeit, begleitete Reisen, Tagesfahrten, Wanderungen und Informations- und Diskussionsveranstaltungen, Kursen usw.	Beratung, Sprechstunden, Auskunft- und Beratungstelefon, Internetberatungsführer für Senioren, Angebote der offenen Altenhilfe, Partnerbesuchsdienst, Pflegeberatung, Vermittlung von Hilfsangeboten und Vermittlung zu Beratungsstellen und Selbsthilfegruppen	individuelle Wohnratung und Begleitung von Wohnraumanpassung, Vermittlung altersgerechter Wohnungen, Hilfsmittelverwaltung	a) als Heimträger über eigene Angebote b) als Informationsträger über sämtliche Angebote in der Stadt Hannover c) als Heimaufsichtsbehörde Hilfe und Beratung für Bewohner und Heimträger d) als Heimkostenträger (BSHG) über Heimplatzfinanzierungsfragen	Fahrten zum Besuch nahestehender Personen, Einrichtung eines Telefonanschlusses, wenn das Telefon die einzige Möglichkeit der Verbindung darstellt	Unter dem Motto „Senioren helfen Senioren“ gibt es ehrenamtliche Mitarbeit bei Angeboten wie Clubnachmittage, Neigungsgruppen, Partnerbesuchsdienst, häuslicher Unterstützungsdienst und eine Reihe weiterer spezieller Angebote für Senioren	Neigungs- und Interessengruppen, Vorträge und Diskussionsveranstaltungen	Die Landeshauptstadt fördert Projekte und Träger für die Altenhilfe und vernetzt die Angebote
Gemeinde Isernhagen	Mitfahrangebote zu Veranstaltungen werden von MA der Sozialhilfeabteilung initiiert. Vorhalten von fünf Begegnungsstätten in verschiedenen Stadtteilen. Durchführung von Busfahrten und Weihnachtsfeiern durch die Ortsräte.	Unterstützung und aufsuchende Hilfe durch eine Mitarbeiterin der Sozialhilfeabteilung	Übernahme von Mieten für ältere Menschen in einer Höhe, die bei jüngeren nicht akzeptiert würde.	Beratung durch eine Mitarbeiterin der Sozialhilfeabteilung				MA der Sozialhilfeabteilung ist zuständig für HAZ Weihnachtshilfe und stellt Kontakte her: <ul style="list-style-type: none"> • zu Diensten der Kirchen • Wohlfahrtsverbänden • Kleiderkammern • Möbellagern etc.
Stadt Laatzen	Bereitstellung von 5 Seniorentreffs. Die Stadt trägt Miete, Betriebskosten Reparaturen u. Telefongebühren. AWO organisiert in allen Treffs den laufenden Betrieb. Vereine und Verbände bieten ein regelmäßiges Programm an, teilweise auch Fahrdienst für BesucherInnen. Vier defizitäre Veranstaltungen der offenen Altenarbeit, der Vereine, Verbände und Kirchengemeinden werden jährlich mit rund 4.100,00€ bezuschusst.	Partnerschaftsbesuchsdienst unterstützt vom städtischen Seniorenbüro				ehrenamtliche Initiativen, unterstützt vom städtischen Seniorenbüro: Großeltern-dienst, Interessenbörse, Senioren-PC-Club. Sicherheitsberater für Senioren: Ausbildung für ca. 30 SeniorInnen durch die Polizei		Seniorenbüro, mit einer Teilzeitkraft besetzt, betreut den Seniorenbeirat und bietet Beratung, Begleitung und Vermittlung in Einzelfallhilfen an. Ist Ansprechpartnerin für die Vereine und Verbände, betreut verschiedene Initiativen, organisiert Öffentlichkeitsarbeit und führt eigene Veranstaltungen durch. Ehrenamtliche der Vereine, Verbände und KG erhalten auf Antrag gemäß städtischer Richtlinien eine Entschädigung für ihre Arbeit (Aufwand in 2003 = 13.400,00€.) Fortbildungen für Ehrenamtliche (Aufwand jährlich ca. 1.500,00-2.000,00 €)

Hilfe	zur Teilnahme am öffentlichen Leben	in Fragen der Inanspruchnahme altersgerechter Dienste	bei der Beschaffung und Erhaltung von Wohnraum	in Fragen der vollstationären Pflege	die die Verbindung mit nahestehenden Personen ermöglicht	zu einer Betätigung	zur Vorbereitung auf das Alter	Weitere Angebote
Stadt Langenhagen	erfolgt über 10 Altagestagesstätten, die von AWO, DRK und dem Diakonischen Werk betrieben werden. 2 x im Monat Seniorenkaffee im Seniorenzentrum, 14 tägig akustische Lokalzeitung für Senioren.	Mobile Hilfsdienste über die Sozialstation, Besuchsdienste werden von den Kirchen, der AWO, dem DRK und SoVD wahrgenommen.	Über die Abteilungen Wohnungsbauförderung und Sozialversicherung sowie Sozialberatungsdienst	Beratung zu Heimplätzen über das Seniorenbüro der Stadt Langenhagen	Bisher keine Nachfragen	Angebote für Basteln, Werken und sonstige Hobbys in den Altagestagesstätten, Seniorensport über VHS und Sport-Club Langenhagen, Walking, Wandern und Radwandern über die Gruppe „Bürger Kontakt“ im Seniorenbüro		Kostenloser Seniorenwegweiser über das Rathaus zu beziehen
Stadt Lehrte	Vorhalten einer städtischen Altenbegegnungsstätte und einer Tagesstätte der Arbeiterwohlfahrt. jährlich eine Seniorenfahrt für die über 70 jährigen, Sozialhilfeempfänger fahren kostenlos mit.	Besuchsdienste werden von Kirchen, der AWO und dem DRK wahrgenommen		Beratung durch Mitarbeiter des Sozialamtes		Die städtische Altagestätte und die angeschlossene Kegelbahn werden durch die in der Altenarbeit tätigen Verbände und Vereine genutzt.		In Einzelfällen Betreuung durch den ASD des Jugendamtes.
Stadt Neustadt a. Rbge.	Übernahme der Mietkosten für ein Seniorentreff in den Räumlichkeiten des HKS Finsterle & Wiarek.							Beratung älterer Menschen, zum Teil in Form persönlicher Hilfe durch einen Mitarbeiter des Fachdienstes für Sozial- und Familienhilfe. Auf der Basis einer Ratsentscheidung ist die Einrichtung eines Seniorenrates in Planung
Stadt Pattensen	Beratung, Betreuung und Unterstützung von alten Menschen, incl. Vermittlung von Heimplätzen und ambulanten Hilfen gemäß § 75 BSHG							- Verein für Gesundheits- und Familienbildung e.V. - AWO - DRK Sozialstation - Caritas, Seniorentreff - CMS, Pflegewohnstift

Hilfe	zur Teilnahme am öffentlichen Leben	in Fragen der Inanspruchnahme altersgerechter Dienste	bei der Beschaffung und Erhaltung von Wohnraum	in Fragen der vollstationären Pflege	die die Verbindung mit nahestehenden Personen ermöglicht	zu einer Betätigung	zur Vorbereitung auf das Alter	Weitere Angebote
Stadt Ronnenberg	In fünf Stadtteilen 1-3 mal wöchentlich Treffen in städtischen Seniorenclubs, werden von Honorarkräften oder Ehrenamtlichen geleitet, Seniorentanz im Gemeinschaftshaus Ronnenberg							Der Fachdienst Soziales beschäftigt eine Sozialarbeiterin in Vollzeit zur Beratung von Behinderten und Senioren. Im Dezember werden Weihnachtsfeiern für die über 65 jährigen von der Stadt organisiert.
Stadt Seelze	Koordinierung der Angebotspalette der Wohlfahrtsverbände, Kirchengemeinden, pol. Parteien, VHS sowie die Verwaltung der zwei Seniorentagesstätten. Weitervermittlung von interessierten älteren Bürger/innen an die Verbände und Vereine durch den Sozialen Dienst.	Partnerbesuchsdienst	Individuelle Beratung zu Wohnungsanpassungsmaßnahmen	Vermittlung von Adressen und Kontakten für Tagespflege und Heimunterbringungen.				Sozialer Dienst der Stadt, Präventive Einzelfallhilfen, Enge Zusammenarbeit mit den örtlichen Altenheimen und Pflegediensten.
Stadt Sehnde	Angebote der Wohlfahrtsverbände können in der städtischen Altenbegegnungsstätte genutzt werden. (Infoveranstaltungen, Gesprächskreise, Kaffeetafeln, Bastelnachmittage)		Vermittlung und Vergabe von Altenwohnungen verschiedener Wohnungsgenossenschaften über das Sozialamt der Stadt (B-Schein erforderlich)					Altengesprächskreise der örtlichen Kirchengemeinden
Stadt Springe	Vorhalten eines Seniorenzentrums das von der AWO und dem DRK mit Unterhaltungs-, Bildungs- und Beratungsangeboten betrieben wird	Beratung durch das Sozialamt		Beratung durch das Sozialamt				Beratung durch ehrenamtliche Seniorenbeauftragte Kostenloser Seniorenwegweiser
Gemeinde Uetze	Fahrten und Veranstaltungen über eine Mitarbeiterin des Sozialamtes, darüber hinaus durch die Kirchen und Wohlfahrtsverbände.	Bisher keine Anfragen.	Altenwohnungen sind in Hänigsen vorhanden. Vermittlungen sind aufgrund der geringen Anzahl der Wohnungen selten.	Beratung durch einen Mitarbeiter des Sozialamtes.	Bisher keine Anfragen.	Bisher keine Nachfragen. Kann durch die Zusammenarbeit mit den Wohlfahrtsverbänden ermöglicht werden.		

Hilfe	zur Teilnahme am öffentlichen Leben	in Fragen der Inanspruchnahme altersgerechter Dienste	bei der Beschaffung und Erhaltung von Wohnraum	in Fragen der vollstationären Pflege	die die Verbindung mit nahestehenden Personen ermöglicht			
Gemeinde Wedemark								
Gemeinde Wennigsen	Keine Angebote	Keine Angebote	Keine Angebote	Keine Angebote	Keine Angebote	Keine Angebote	Keine Angebote	Keine Angebote
Stadt Wunstorf	Altenbegegnungsstätte Stadt und Stiftskirchengemeinde, div. Altenklubs und Arbeitskreis Senioren	Sozialstation	Sozialamt und kath. Kirche	Sozialamt und Diakonisches Werk				Persönliche Hilfen: Sozialamt, Diakonisches Werk

Anmerkungen:

Die **Stadt Garbsen** musste eine eigenständige Seniorenberatung Ende 2002 aus finanziellen Gründen einstellen, da nach Ausscheiden der Stelleninhaberin die Stelle nicht wieder besetzt wurde. Seitdem sind präventive Maßnahmen und individuelle Unterstützung nicht mehr leistbar.

Der Seniorenbeirat der **Stadt Laatzen** besteht aus 13 Mitgliedern und ist für die Dauer von vier Jahren gewählt. Er verfügt über einen eigenen Etat (zur Zeit 5.000,00 € pro Jahr) und bietet Veranstaltungen, Hilfen, Informationen und Vorträge an. Ende des Jahres werden vier Mitglieder die Ausbildung zu Multiplikatoren zur Qualifizierung von Heimbeiräten und Heimführsprechern abgeschlossen haben. Jährliche Aufwendungen der Stadt für Seniorenarbeit gesamt: 200.000,00€

Die **Stadt Burgdorf** hat einen Seniorenratgeber herausgegeben, in dem das Gesamtangebot von Freizeit-, Hilfs- und Pflegemöglichkeiten sowie diverse Tipps für Senioren zusammengefasst wurde.

Die **Stadt Gehrden** plant für 2004

- eine Seniorenresidenz, die unter Mitarbeit der städtischen Seniorenbeauftragten Angebote im Rahmen der Altenhilfe vorhalten wird
- einen GroßelternDienst, der generationenübergreifend Hilfe anbieten wird
- ein Projekt unter Beteiligung städtischer Kindergärten und des Altenheimes bzw. der Seniorenresidenz, welches gemeinsame Aktivitäten plant
- ein Mehrgenerationenhaus, um entsprechende Verbindungen zu schaffen.

3.5 Zusammenfassung

Mit der vorliegenden Erhebung konnte nicht erfasst werden, ob mit den vorhandenen Angeboten eine lückenlose komplementäre Versorgung hilfe- und pflegebedürftiger Seniorinnen und Senioren in der Region Hannover gewährleistet ist. Festzustellen ist lediglich, dass es insbesondere im Bereich der professionellen Anbieter Leistungsangebote gibt, die notwendig sind, damit hilfe- und pflegebedürftige Seniorinnen und Senioren in ihrer Häuslichkeit verbleiben können.

Im Bereich der niedrighschwelligten Angebote wird allerdings sehr deutlich, dass es häufig die sog. kleinen Dinge im Leben sind, die Großes verhindern. Im übertragenen Sinne heißt das, dass das Fehlen einer Bezugsperson oder eines regelmäßigen Ansprechpartners dazu führen kann, dass die notwendigen Hilfen „Rund ums Haus“ aber auch die persönliche Ansprache nicht gewährleistet ist. Die daraus resultierenden Situationen führen dann häufig zu Heimaufnahmen, die man u.U. hätte verhindern können.

Insbesondere die erhobenen Angebote gemäß § 75 BSHG verdeutlichen, dass sich die bestehenden Hilfen vordergründig an den Bedürfnissen mobiler Seniorinnen und Senioren orientieren. So gibt es keine Hinweise darauf, wie in ihrer Mobilität eingeschränkte und/oder immobile Seniorinnen und Senioren die Angebote erreichen können. Es gibt aber auch keine Hinweise darauf, wie die Leistungsanbieter von dem Hilfebedarf dieses Personenkreises erfahren können. Diese Situation muss zunehmend Anlass dafür sein, dass in den Kommunen unter Einbeziehung aller Anbieter Netzwerke entwickelt werden, die für alle Beteiligten erreichbar sind.

4. Demenz

4.1 Einleitung

Auch wenn der Arzt Alois Alzheimer die nach ihm benannte häufigste Form der Demenz 1903 erstmalig beschrieben hat, ist die Demenz keine Erkrankung des 20. Jahrhunderts. Die frühesten Aufzeichnungen stammen aus dem alten Rom. Hier hat *Junius Juvenalis* in seiner Schrift „*Saturae*“ charakteristische Krankheitszeichen wie Vergesslichkeit und Nichtwiedererkennen beschrieben.

Heute verzeichnen wir eine beständige Zunahme der Anzahl der Menschen, die an einer Demenz erkrankt sind. Mit zunehmendem Lebensalter steigt das Erkrankungsrisiko. Das heißt, aufgrund der demographischen Entwicklung unserer Gesellschaft werden zukünftig immer mehr Menschen demenziell erkranken.

Was bedeutet „Demenz“?

Demenzerkrankungen sind mehr als einfache Gedächtnisstörungen. Sie beeinträchtigen das gesamte Dasein des Menschen: Seine Wahrnehmung, sein Verhalten und sein Erleben.

Wörtlich übersetzt bedeutet Demenz „weg von dem Verstand“. Das heißt, die betroffenen Menschen verlieren ihre geistige Leistungsfähigkeit. Dazu zählen unter anderem der fortschreitende Verlust von Gedächtnisleistungen und die Abnahme des Denkvermögens. Häufig werden diese Symptome begleitet von Unruhe, Gleichgültigkeit oder einer Umkehr des Tag-Nacht-Rhythmus.

Demenzerkrankungen können sehr verschiedene Ursachen haben. Die wohl bekannteste Demenzerkrankung ist die Alzheimer Krankheit. Bei dieser Erkrankung werden Verbindungen von Nervenzellen im Gehirn unwiderruflich zerstört. Daneben gibt es eine Reihe anderer Formen der Demenz. Allen gemeinsam ist, dass die Krankheitsentwicklung nicht umkehrbar ist. Davon grundsätzlich abzugrenzen sind sogenannte Verwirrheitszustände, die sich zum Beispiel aufgrund einer schwankenden Sauerstoffzufuhr zum Gehirn oder durch die Wechselwirkung verschiedener Medikamente entwickeln können. Auch eine zu geringe Trinkmenge kann der Auslöser für Verwirrheitszustände sein. Diese sogenannten Pseudo-Demenzen sind behandelbar und häufig sogar vermeidbar.

Das Leben mit einem Demenzkranken bedeutet, jeden Tag, in kleinen Schritten, Abschied von einem vertrauten Menschen zu nehmen.

Was kann getan werden?

Zur Betreuung und Begleitung von Demenzkranken gibt es heute verschiedene Ansätze. Weil die innere Lebenswelt der Erkrankten den Gesunden verschlossen bleibt, müssen sich die Gesunden in die Situation der Dementen hinein fühlen. Hier haben nahe Verwandte eine wichtige Schlüsselfunktion. Menschen die an einer Demenz erkrankt sind oder bei denen sich erste Symptome entwickeln, haben kein Krankheitsgefühl. Darum gibt es für sie auch keinen Anlass einen Arzt aufzusuchen. Hier sind Angehörige, Freunde und Bekannte aufgefordert, Hilfe und Begleitung von Fachleuten zu organisieren.

Es ist für den Verlauf der Erkrankung und damit auch für die Lebensqualität der Betroffenen von großer Wichtigkeit, dass sie medizinisch und pflegerisch begleitet werden. Durch diese Form der Begleitung kann der fortschreitende Verlust der Selbsthilfefähigkeiten, wie z.B. Waschen und Kleiden, Essen und Trinken und der fehlenden Orientierung zur Person, zur Zeit und zum Ort, teilweise verzögert werden. Darüber hinaus kann der Erhalt noch vorhandener Fähigkeiten, im Bereich des emotionalen Erlebens, des Langzeitgedächtnisses und die Ausführung früher erlernter Tätigkeiten gefördert werden.

Können Demenzkranke zu Hause bleiben?

Die Diagnose Demenz betrifft die ganze Familie.

Werden Erkrankte in der Familie betreut, bedeutet das für die Angehörigen eine hohe körperliche, psychische und soziale Belastung. Verstärkt werden diese Belastungen durch Informationsdefizite, durch mangelndes Verständnis und Vorurteile aus der Umgebung. Hinzu kommt der Anspruch, die Situation alleine zu bewältigen.

Um die Lebensqualität der Betroffenen und ihrer pflegenden Angehörigen zu erhalten ist es jedoch notwendig, sich dem Verdacht einer Demenz frühzeitig zu stellen und Hilfe von außen einzufordern. Denn bei entsprechender Begleitung und Unterstützung durch Fachleute können an Demenz erkrankte Menschen noch lange in ihrem gewohnten häuslichen Umfeld leben und versorgt werden.

4.2 Epidemiologie der Demenz

In Deutschland leben gegenwärtig fast eine Million Demenzkranke, zwei Drittel von ihnen sind von der Alzheimer Krankheit betroffen. Jährlich treten mehr als 200.000 Neuerkrankungen auf. Nach Vorberechnungen der Bevölkerungsentwicklung wird die Zahl der Demenzkranken Jahr für Jahr um etwa 20.000 zunehmen und sich bis zum Jahr 2050 auf mehr als zwei Millionen erhöhen, sofern kein Durchbruch in Prävention und Therapie gelingt.

(Quelle: Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V., Berlin)

Am 31.12.2002 lebten in Niedersachsen insgesamt 7.980.472 Menschen. Fast 18% (1.413.555 Personen) gehörten zur Altersgruppe der 65-jährigen bis 90-jährigen und älter.

Auf der Grundlage dieser Zahlen muss davon ausgegangen werden, dass in Niedersachsen rund 101.800 Menschen an einer Demenz erkrankt sind und dass jährlich etwa 26.900 Neuerkrankungen auftreten.

(Quelle: Niedersächsisches Landesamt für Statistik und eigene Berechnungen)

4.2.1 Demenzkranke in der Region Hannover

Gemäß der Berechnungsgrundlage von Herrn Dr. Bickel (Psychiatrische Klinik und Poliklinik der Technischen Universität München, 2000), muss davon ausgegangen werden, dass in der Region Hannover ca. 14.600 Seniorinnen und Senioren an einer Demenz erkrankt sind. Voraussichtlich sind jährlich ca. 3.800 Neuerkrankungen zu verzeichnen.

Ausgehend von der Prognose zur Bevölkerungsentwicklung in Deutschland ist zu erwarten, dass die Anzahl der Dementen in der Region Hannover jährlich um ca. 380 Neuerkrankungen steigen wird. Dieses bedeutet, dass sich die Anzahl der Erkrankten bis zum Jahr 2030 auf ca. 24.800 erhöhen wird und bis zum Jahr 2050 ca. 32.500 Demenzkranke in der Region Hannover leben werden.

Werden die prognostischen Bevölkerungszahlen der Region Hannover bis zum Jahr 2010 als Grundlage für weitere Berechnungen angenommen, dann werden in etwa sechs Jahren 16.697 Demenzkranke in der Region Hannover leben.

Sollte die Lebenserwartung der Menschen stärker als heute angenommen steigen oder die Krankheitsdauer, wie in manchen Studien bereits beobachtet, sich verlängern, können auch höhere Zuwachsraten möglich sein.

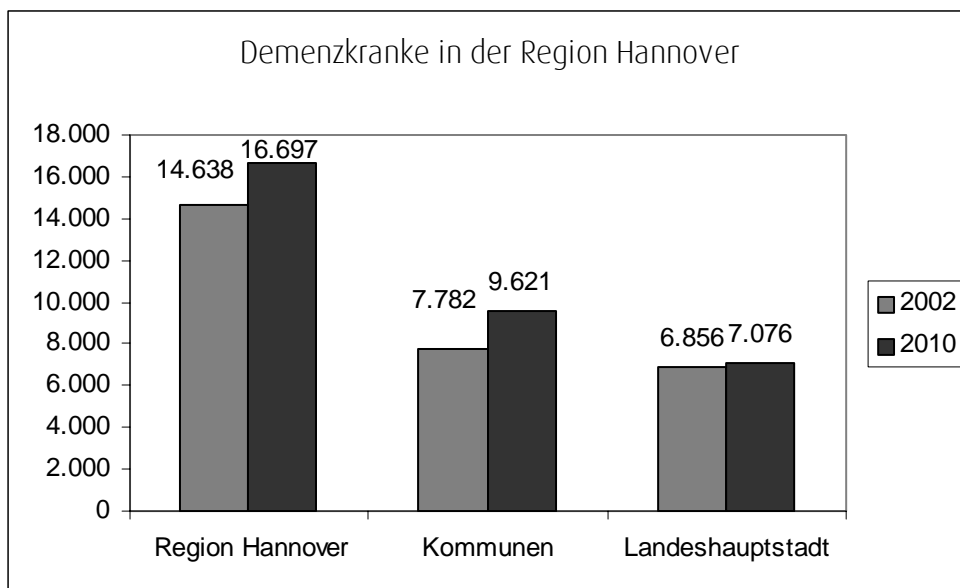
Die oben getroffenen Aussagen beziehen sich ausschließlich auf Demenzkranke. Ausdrücklich nicht erfasst wurden Seniorinnen und Senioren, die an anderen gerontopsychiatrischen Erkrankungen leiden. Eine zahlenmäßige Erfassung dieses Personenkreises liegt nicht vor.

Bezogen auf die Gesamtbevölkerung in der Region Hannover, sind 19% der Seniorinnen und Senioren in der Altersgruppe von 65 Jahren bis 90 Jahre und älter. In der Landeshauptstadt Hannover beläuft sich der Anteil dieser Altergruppe auf 19% und in den Kommunen der Region Hannover sind insgesamt 17% der Bevölkerung 65 Jahre und älter.

Gleichzeitig ist aber festzustellen, dass in der Landeshauptstadt Hannover ca. 6.800 Demenzkranke leben. In den Kommunen sind rund 7.700 Seniorinnen und Senioren an einer Demenz erkrankt.

Diese Entwicklung lässt die Schlussfolgerung zu, dass im Vergleich „Landeshauptstadt/Kommunen“ in den nächsten Jahren eine Umkehr des Bevölkerungsanteiles der 65-jährigen und älter stattfinden wird. Was durch eine differenzierte Betrachtungsweise bestätigt wird. So leben in der Altersgruppe der 65-jährigen bis 75-jährigen in den Kommunen 84.497 Personen und in der Landeshauptstadt 68.982 Personen. Dagegen sind es in der Gruppe der 80-jährigen bis 90-jährigen und älter, in den Kommunen 23.581 Seniorinnen und Senioren und in der Landeshauptstadt Hannover 26.246 Seniorinnen und Senioren. Fortgeführt wird diese Entwicklung durch die Altersgruppe der 60-jährigen bis 64-jährigen, die in der Landeshauptstadt einen Anteil von 6,4 % (33.053 Einwohner/innen) ausmachen und in den Kommunen von 8% (47.471 Einwohner/innen). Somit muss der zahlenmäßig größere Anteil an Demenzkranken in den Kommunen gegenüber der Landeshauptstadt Hannover, als Einstieg in eine Entwicklung gesehen werden, die sich in den kommenden Jahren kontinuierlich fortsetzen wird (siehe Abb. 1).

Abb. 1



4.2.2 Demenzkranke in den Kommunen und der Landeshauptstadt Hannover

In der kleinräumigen Betrachtung wird deutlich, dass der Bevölkerungsanteil in der Gruppe der 65 – 90-jährigen und älter in den Kommunen Hemmingen (21 %), Springe (20 %), Barsinghausen (19%), Langenhagen (19 %) und Gehrden (19 %) deutlich über dem Durchschnitt der Region Hannover (18 %) liegen. Dieses beinhaltet, dass bei einer einheitlichen mittleren Prävalenz von 7,2 %, in diesen Kommunen im Verhältnis zum jeweiligen Seniorenanteil (s. Punkt 1) mehr Demenzkranke leben als in den übrigen Städten und Gemeinden.

Deutlich unter dem Durchschnitt der Region Hannover (18 %) liegen in der Altersgruppe der 65 bis 90-jährigen und älter die Bevölkerungsanteile in den Kommunen Sehnde (11 %), Wedemark (16 %), Wunstorf (17 %) und Wennigsen (17 %).

In der Landeshauptstadt Hannover sind 19% der Bevölkerung der Altersgruppe der 65-jährigen bis 90-jährigen und älter. Auch hier gibt es, differenziert nach Stadtbezirken, erhebliche Unterschiede in dieser Altersgruppe. So liegen die Stadtbezirke 4: Buchholz-Kleefeld (22%), 8: Döhren-Wülfel (22%), 9: Ricklingen (21%), 12: Herrenhausen-Stöcken (20%), 11: Ahlem-Badenstedt-Davenstedt (20%), 6: Bothfeld-Vahrenheide (20%) und 7: Südstadt-Bult (20%) zum Teil deutlich über dem Durchschnitts-

wert der Landeshauptstadt. Ausschließlich die Stadtbezirke 5: Misburg-Anderten und 6: Kirchrode-Bemerode-Wülferode liegen mit je 19% im Durchschnittswert der Landeshauptstadt. Deutlich weniger Seniorinnen und Senioren der Altersgruppe der 65 bis 90-jährigen und älter leben in den Stadtbezirken 10: Linden-Limmer (13%), 2: Nord (15%), 1: Mitte (15%) und 2: Vahrenwald-List (18%).

Wie aus den nachstehenden Tabellen deutlich wird, ist in allen Kommunen und Stadtbezirken ein nicht unerheblicher Anteil der Seniorinnen und Senioren an einer Demenz erkrankt. (s. Abb. 2 und 3)

Abb. 2

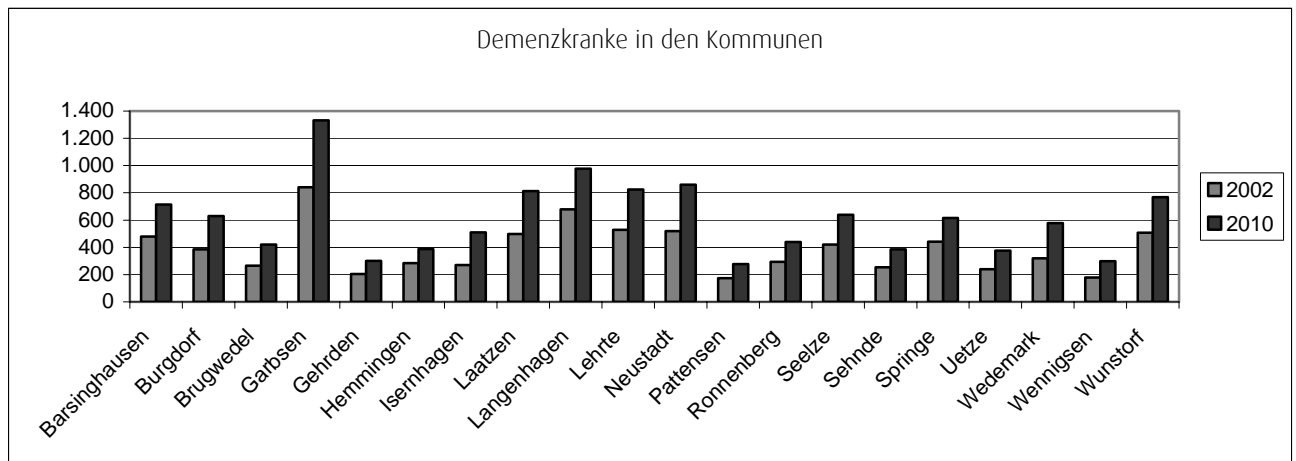
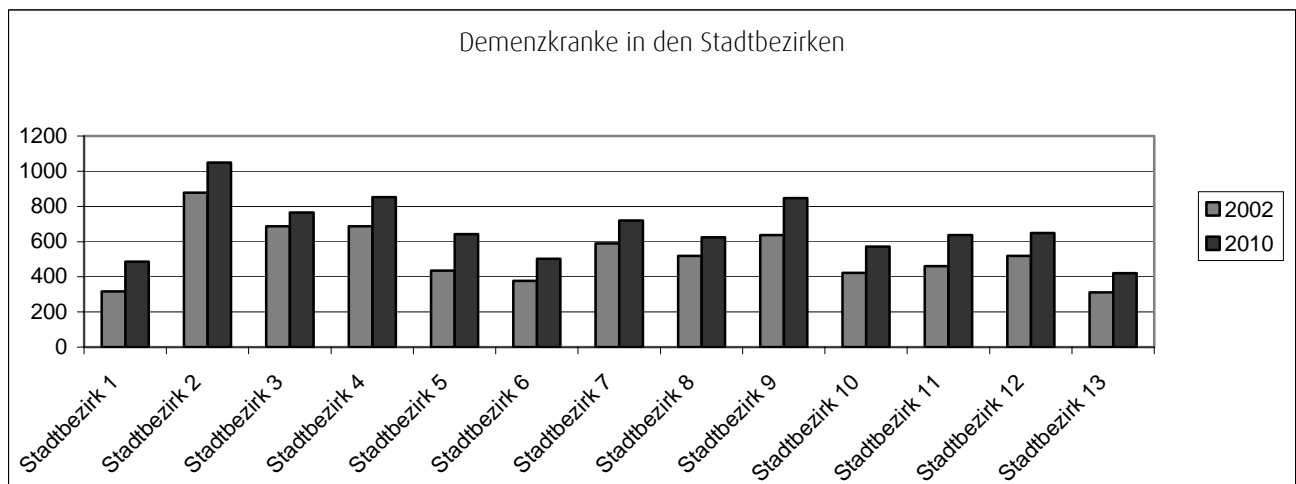


Abb. 3



4.2.3 Schätzungen von Versorgungskosten

Krankheitskostenstudien gehen zur Zeit davon aus, dass die indirekten, krankheitsbedingten Kosten mit bis zu zwei Drittel für die Gesamtkosten verantwortlich sind. Unter indirekten Kosten werden die unbezahlten Betreuungsaufgaben von pflegenden Angehörigen, die durchschnittlich mit sechs bis zehn Stunden täglich veranschlagt werden, sowie die entgangene Wertschöpfung definiert. Folgekosten die auf Seiten der pflegenden Angehörigen durch emotionale und gesundheitliche Belastungen entstehen, werden an dieser Stelle meistens nicht berücksichtigt.

Unter den direkten, ausgabenwirksamen Kosten, die Zahlungen für professionelle medizinische und pflegerische Hilfe umfassen, werden für die Langzeitpflege in den Pflegeheimen 50 – 75% der Gesamtaufwendungen genannt.

Weil pflegende Angehörige mit zunehmender Krankheitsschwere und fehlenden ambulanten Versorgungsangeboten, oft nicht mehr in der Lage sind, die demenzkranken Angehörigen in der Häuslichkeit zu versorgen, werden durchschnittlich jedes Jahr 25% der in Haushalten versorgten Demenzkranken in Pflegeheimen untergebracht. Je nach individuellem Krankheitsverlauf und mit zum Teil großen Abweichungen, wohnen die Demenzkranken durchschnittlich drei Jahre in einem Pflegeheim.

Unter Berücksichtigung der unterschiedlichen Schweregrade der Alzheimer Krankheit, wurde in einer Studie ausgerechnet, dass unter Berücksichtigung aller direkten und indirekten Kosten für einen Demenzkranken der Kostenaufwand pro Jahr von *5.100,-€ in der Anfangsphase, über 25.500,-€ bis 61.000,-€ in der mittleren Phase bis zu 90.000,-€ in der Endphase ansteigen kann.

Ein nicht unerheblicher Anteil dieser Kosten, wird in den meisten Fällen, bei Einzug in ein Pflegeheim durch den Sozialhilfeträger getragen.

(Quelle: Dr. Bickel, Demenzen im höheren Lebensalter: Schätzung des Vorkommens und der Versorgungskosten, Beitrag zur Session „Alzheimer – Schicksal oder Herausforderung?“, 5. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie Nürnberg, September 2000)

* Die in der Literaturquelle genannten DM-Angaben wurden in aktuelle Euro-Angaben umgerechnet

4.2.4 Anzahl der Demenzkranken in der Region Hannover differenziert nach Kommunen, Landeshauptstadt Hannover und Stadtbezirken

4.2.4.1 Vorgehensweise

Zur prognostischen Berechnung der Anzahl von Demenzkranken in den Kommunen, Landkreisen, Bundesländern und in Deutschland hat Dr. Horst Bickel eine Berechnungsgrundlage entwickelt, mit der es möglich ist, aussagefähige Zahlen zu ermitteln. Grundlage der Prognosen ist die konkrete Anzahl der Seniorinnen und Senioren in dem jeweiligen Berechnungsgebiet in 5er-Schritten ab 65 Jahren bis 90 Jahre und älter sowie Prävalenz- und Inzidenzraten.

*Prävalenz

Als Prävalenz wird die Anzahl der Kranken in der Bevölkerung zu einem bestimmten Zeitpunkt bezeichnet. Nach umfangreichen Studien aus Deutschland und aus anderen Industrieländern leiden zwischen 6 und knapp 9% der Altenbevölkerung an einer Demenz. Die Prävalenzrate steigt steil mit dem Alter an. Wie aus den folgenden Tabellen hervorgeht, verdoppelt sich die Krankenziffer im Abstand von jeweils 5 Altersjahren.

*Inzidenz

Unter der Inzidenz wird die Anzahl der zuvor gesunden Personen verstanden, die im Verlaufe eines Jahres erkranken. Angaben zur Zahl der Neuerkrankungen haben noch nicht die gleiche Zuverlässigkeit wie Angaben zur Prävalenz. Inzwischen wurden aber weltweit Studien durchgeführt, die eine hinreichend genaue Schätzung erlauben. Danach steigt das jährliche Neuerkrankungsrisiko von durchschnittlich 0,4% unter den 65 bis 69-jährigen bis auf 10% unter den Hochbetagten an.

Mit den folgenden Zahlen liegen, laut Alzheimer Gesellschaft e.V., Berlin, zum ersten Mal in Deutschland, Prognosen über die Anzahl von Demenzkranken für eine Region vor. Die vorliegenden Daten basieren auf dem Stand der Hauptwohnbewölkerung in der Region Hannover am 31.12.2002. Die *kursiv* geschriebenen Zahlen prognostizieren die Anzahl der Demenzkranken im Jahr 2010. Sie basieren auf demographischen Berechnungen für die Region Hannover und für die Landeshauptstadt Hannover.

Die nachstehenden Tabellen sind nach einer Vorlage von Herrn Dr. Bickel konzipiert.

*Dr. Horst Bickel, Epidemiologie der Demenz, Psychiatrische Klinik und Poliklinik der Technischen Universität München, August 2002

4.2.4.2 Region Hannover

Alter	Seniorinnen und Senioren	Mittlere Prävalenzrate in %	Schätzung der Krankenzahl
65 - 69	65.253	1,2	783
70 - 74	47.654	2,8	1.334
75 - 79	40.572	6,0	2.434
80 - 84	27.571	13,3	3.667
85 - 89	13.576	23,9	3.245
90 und älter	8.680	34,6	3.003
65 und älter	203.306 (**18,15 %)	7,2	14.638 *16.697

Alter	Seniorinnen und Senioren	Mittlere Inzidenzrate pro Jahr in %	Schätzung der jährlichen Neuerkrankungen in der Region Hannover für das Jahr 2002
65 und älter	203.306	1,90	3.863

Stand: Hauptwohnbevölkerung, 31.12.2002

* Prognosezahl für das Jahr 2010, Stand: Hauptwohnbevölkerung 01.01.2010, Quelle: Schriften zur Stadtentwicklung, Band 92, Einwohnerentwicklung 2000 bis 2010

** Bezogen auf die jeweilige Gesamtbevölkerung.

4.2.4.3 Kommunen insgesamt (ohne Landeshauptstadt Hannover)

Alter	Seniorinnen und Senioren	Mittlere Prävalenzrate in %	Schätzung der Krankenzahl
65 - 69	37.547	1,2	451
70 - 74	26.229	2,8	734
75 - 79	20.721	6,0	1.243
80 - 84	13.290	13,3	1.768
85 - 89	6.291	23,9	1.504
90 und älter	4.000	34,6	1.384
65 und älter	108.078 (17,72 %)	7,2	7.782 *9.621

Alter	Seniorinnen und Senioren	Mittlere Inzidenzrate pro Jahr in %	Schätzung der jährlichen Neuerkrankungen für das Jahr 2002
65 und älter	108.078	1,90	2.053

4.2.4.4 Stadt Barsinghausen

Alter	Seniorinnen und Senioren	Mittlere Prävalenzrate in %	Schätzung der Krankenzahl
65 – 69	2.222	1,2	27
70 – 74	1.540	2,8	43
75 – 79	1.322	6,0	79
80 – 84	909	13,3	121
85 – 89	411	23,9	98
90 und älter	268	34,6	93
65 und älter	6.672 (19,34 %)	7,2	480 * 713

Alter	Seniorinnen und Senioren	Mittlere Inzidenzrate pro Jahr in %	Schätzung der jährlichen Neuerkrankungen für das Jahr 2002
65 und älter	6.672	1,90	127

4.2.4.5 Stadt Burgdorf

Alter	Seniorinnen und Senioren	Mittlere Prävalenzrate in %	Schätzung der Krankenzahl
65 – 69	1.880	1,2	23
70 – 74	1.259	2,8	35
75 – 79	1.024	6,0	61
80 – 84	654	13,3	87
85 – 89	332	23,9	79
90 und älter	246	34,6	85
65 und älter	5.365 (17,81 %)	7,2	386 * 630

Alter	Seniorinnen und Senioren	Mittlere Inzidenzrate pro Jahr in %	Schätzung der jährlichen Neuerkrankungen für das Jahr 2002
65 und älter	5.365	1,90	102

4.2.4.6 Stadt Burgwedel

Alter	Seniorinnen und Senioren	Mittlere Prävalenzrate in %	Schätzung der Krankenzahl
65 – 69	1.283	1,2	15
70 – 74	896	2,8	25
75 – 79	678	6,0	41
80 – 84	463	13,3	62
85 – 89	208	23,9	50
90 und älter	148	34,6	51
65 und älter	3.676 (17,93 %)	7,2	265 *420

Alter	Seniorinnen und Senioren	Mittlere Inzidenzrate pro Jahr in %	Schätzung der jährlichen Neuerkrankungen für das Jahr 2002
65 und älter	3.676	1,90	70

4.2.4.7 Stadt Garbsen

Alter	Seniorinnen und Senioren	Mittlere Prävalenzrate in %	Schätzung der Krankenzahl
65 – 69	4.540	1,2	54
70 – 74	2.833	2,8	79
75 – 79	1.989	6,0	119
80 – 84	1.284	13,3	171
85 – 89	604	23,9	144
90 und älter	418	34,6	145
65 und älter	11.668 (18,39 %)	7,2	840 *1.331

Alter	Seniorinnen und Senioren	Mittlere Inzidenzrate pro Jahr in %	Schätzung der jährlichen Neuerkrankungen für das Jahr 2002
65 und älter	11.668	1,90	222

4.2.4.8 Stadt Gehrden

Alter	Seniorinnen und Senioren	Mittlere Prävalenzrate in %	Schätzung der Krankenzahl
65 – 69	884	1,2	11
70 – 74	688	2,8	19
75 – 79	587	6,0	35
80 – 84	399	13,3	53
85 – 89	180	23,9	43
90 und älter	102	34,6	35
65 und älter	2.840 (19,06 %)	7,2	204 *300

Alter	Seniorinnen und Senioren	Mittlere Inzidenzrate pro Jahr in %	Schätzung der jährlichen Neuerkrankungen für das Jahr 2002
65 und älter	2.840	1,90	54

4.2.4.9 Landeshauptstadt Hannover

Alter	Seniorinnen und Senioren	Mittlere Prävalenzrate in %	Schätzung der Krankenzahl
65 - 69	27.706	1,2	332
70 - 74	21.425	2,8	600
75 – 79	19.851	6,0	1.191
80 – 84	14.281	13,3	1.899
85 – 89	7.285	23,9	1.741
90 und älter	4.680	34,6	1.619
65 und älter	95.228 (18,68 %)	7,2	6.856 *7.076

Alter	Seniorinnen und Senioren	Mittlere Inzidenzrate pro Jahr in %	Schätzung der jährlichen Neuerkrankungen für das Jahr 2002
65 und älter	95.228	1,90	1.809

4.2.4.10 Stadtbezirk 1: Mitte

Alter	Seniorinnen und Senioren	Mittlere Prävalenzrate in %	Schätzung der Krankenzahl
65 - 69	1.288	1,2	15
70 - 74	1.056	2,8	30
75 - 79	1.048	6,0	63
80 - 84	845	13,3	112
85 - 89	438	23,9	105
90 und älter	308	34,6	107
65 und älter	4.383 (15,10 %)	7,2	316 *486

Alter	Seniorinnen und Senioren	Mittlere Inzidenzrate pro Jahr in %	Schätzung der jährlichen Neuerkrankungen für das Jahr 2002
65 und älter	4.383	1,90	83

4.2.4.11 Stadtbezirk 2: Vahrenwald-List

Alter	Seniorinnen und Senioren	Mittlere Prävalenzrate in %	Schätzung der Krankenzahl
65 - 69	3.289	1,2	39
70 - 74	2.727	2,8	76
75 - 79	2.693	6,0	162
80 - 84	1.930	13,3	257
85 - 89	986	23,9	236
90 und älter	570	34,6	197
65 und älter	12.195 (18,45 %)	7,2	878 *1.049

Alter	Seniorinnen und Senioren	Mittlere Inzidenzrate pro Jahr in %	Schätzung der jährlichen Neuerkrankungen für das Jahr 2002
65 und älter	12.195	1,90	232

4.2.4.12 Stadtbezirk 3: Bothfeld-Vahrenheide

Alter	Seniorinnen und Senioren	Mittlere Prävalenzrate in %	Schätzung der Krankenzahl
65 - 69	3.011	1,2	36
70 - 74	2.292	2,8	64
75 - 79	1.916	6,0	115
80 - 84	1.302	13,3	173
85 - 89	558	23,9	133
90 und älter	333	34,6	115
65 und älter	9.412 (19,86 %)	7,2	678 *765

Alter	Seniorinnen und Senioren	Mittlere Inzidenzrate pro Jahr in %	Schätzung der jährlichen Neuerkrankungen für das Jahr 2002
65 und älter	9.539	1,90	181

4.2.4.13 Stadtbezirk 4: Buchholz-Kleefeld

Alter	Seniorinnen und Senioren	Mittlere Prävalenzrate in %	Schätzung der Krankenzahl
65 - 69	2.497	1,2	30
70 - 74	1.937	2,8	54
75 - 79	1.957	6,0	117
80 - 84	1.549	13,3	206
85 - 89	910	23,9	217
90 und älter	689	34,6	238
65 und älter	9.539 (21,94 %)	7,2	687 *853

Alter	Seniorinnen und Senioren	Mittlere Inzidenzrate pro Jahr in %	Schätzung der jährlichen Neuerkrankungen für das Jahr 2002
65 und älter	9.537	1,90	181

4.2.4.14 Stadtbezirk 5: Misburg-Anderten

Alter	Seniorinnen und Senioren	Mittlere Prävalenzrate in %	Schätzung der Krankenzahl
65 - 69	2.051	1,2	25
70 - 74	1.530	2,8	43
75 - 79	1.187	6,0	71
80 - 84	735	13,3	98
85 - 89	368	23,9	88
90 und älter	183	34,6	63
65 und älter	6.054 (19,03 %)	7,2	436 *642

Alter	Seniorinnen und Senioren	Mittlere Inzidenzrate pro Jahr in %	Schätzung der jährlichen Neuerkrankungen für das Jahr 2002
65 und älter	6.054	1,90	115

4.2.4.15 Stadtbezirk 6: Kirchrode-Bemerode-Wülferode

Alter	Seniorinnen und Senioren	Mittlere Prävalenzrate in %	Schätzung der Krankenzahl
65 - 69	1.509	1,2	18
70 - 74	1.096	2,8	31
75 - 79	1.068	6,0	64
80 - 84	807	13,3	107
85 - 89	461	23,9	110
90 und älter	301	34,6	104
65 und älter	5242 (18,57 %)	7,2	377 *503

Alter	Seniorinnen und Senioren	Mittlere Inzidenzrate pro Jahr in %	Schätzung der jährlichen Neuerkrankungen für das Jahr 2002
65 und älter	5.242	1,90	100

4.2.4.16 Stadtbezirk 7: Südstadt-Bult

Alter	Seniorinnen und Senioren	Mittlere Prävalenzrate in %	Schätzung der Krankenzahl
65 - 69	1.863	1,2	22
70 - 74	1.566	2,8	43
75 - 79	1.840	6,0	110
80 - 84	1.516	13,3	202
85 - 89	830	23,9	198
90 und älter	574	34,6	199
65 und älter	8.189 (19,69 %)	7,2	590 *719

Alter	Seniorinnen und Senioren	Mittlere Inzidenzrate pro Jahr in %	Schätzung der jährlichen Neuerkrankungen für das Jahr 2002
65 und älter	8.189	1,90	156

4.2.4.17 Stadtbezirk 8: Döhren-Wüfel

Alter	Seniorinnen und Senioren	Mittlere Prävalenzrate in %	Schätzung der Krankenzahl
65 - 69	1.863	1,2	22
70 - 74	1.512	2,8	42
75 - 79	1.607	6,0	96
80 - 84	1.179	13,3	157
85 - 89	628	23,9	150
90 und älter	417	34,6	144
65 und älter	7.206 (21,79 %)	7,2	519 *624

Alter	Seniorinnen und Senioren	Mittlere Inzidenzrate pro Jahr in %	Schätzung der jährlichen Neuerkrankungen für das Jahr 2002
65 und älter	7.206	1,90	137

4.2.4.18 Stadtbezirk 9: Ricklingen

Alter	Seniorinnen und Senioren	Mittlere Prävalenzrate in %	Schätzung der Krankenzahl
65 - 69	2.768	1,2	33
70 - 74	2.111	2,8	59
75 - 79	1.811	6,0	108
80 - 84	1.198	13,3	159
85 - 89	606	23,9	145
90 und älter	358	34,6	124
65 und älter	8.852 (20,17 %)	7,2	637 *846

Alter	Seniorinnen und Senioren	Mittlere Inzidenzrate pro Jahr in %	Schätzung der jährlichen Neuerkrankungen für das Jahr 2002
65 und älter	8.852	1,90	168

4.2.4.19 Stadtbezirk 10: Linden-Limmer

Alter	Seniorinnen und Senioren	Mittlere Prävalenzrate in %	Schätzung der Krankenzahl
65 - 69	1.712	1,2	21
70 - 74	1.270	2,8	36
75 - 79	1.162	6,0	70
80 - 84	781	13,3	104
85 - 89	413	23,9	99
90 und älter	287	34,6	99
65 und älter	5.625 (12,76 %)	7,2	405 *572

Alter	Seniorinnen und Senioren	Mittlere Inzidenzrate pro Jahr in %	Schätzung der jährlichen Neuerkrankungen für das Jahr 2002
65 und älter	5.625	1,90	107

4.2.4.20 Stadtbezirk 11: Ahlem-Badenstedt-Davenstedt

Alter	Seniorinnen und Senioren	Mittlere Prävalenzrate in %	Schätzung der Krankenzahl
65 - 69	2.190	1,2	26
70 - 74	1.516	2,8	42
75 - 79	1.228	6,0	74
80 - 84	817	13,3	109
85 - 89	413	23,9	99
90 und älter	236	34,6	82
65 und älter	6.400 (20,32 %)	7,2	461 <i>*637</i>

Alter	Seniorinnen und Senioren	Mittlere Inzidenzrate pro Jahr in %	Schätzung der jährlichen Neuerkrankungen für das Jahr 2002
65 und älter	6.400	1,90	122

4.2.4.21 Stadtbezirk 12: Herrenhausen-Stöcken

Alter	Seniorinnen und Senioren	Mittlere Prävalenzrate in %	Schätzung der Krankenzahl
65 - 69	2.347	1,2	28
70 - 74	1.769	2,8	50
75 - 79	1.420	6,0	85
80 - 84	1.016	13,3	135
85 - 89	409	23,9	98
90 und älter	249	34,6	86
65 und älter	7.210 (20,37 %)	7,2	519 <i>*648</i>

Alter	Seniorinnen und Senioren	Mittlere Inzidenzrate pro Jahr in %	Schätzung der jährlichen Neuerkrankungen für das Jahr 2002
65 und älter	7.210	1,90	137

4.2.4.22 Stadtbezirk 13: Nord

Alter	Seniorinnen und Senioren	Mittlere Prävalenzrate in %	Schätzung der Krankenzahl
65 - 69	1.318	1,2	16
70 - 74	1.043	2,8	29
75 - 79	914	6,0	55
80 - 84	606	13,3	81
85 - 89	265	23,9	63
90 und älter	175	34,6	61
65 und älter	4.321 (14,51 %)	7,2	311 *420

Alter	Seniorinnen und Senioren	Mittlere Inzidenzrate pro Jahr in %	Schätzung der jährlichen Neuerkrankungen für das Jahr 2002
65 und älter	4.321	1,90	82

4.2.4.23 Stadt Hemmingen

Alter	Seniorinnen und Senioren	Mittlere Prävalenzrate in %	Schätzung der Krankenzahl
65 - 69	1.281	1,2	15
70 - 74	841	2,8	24
75 - 79	754	6,0	45
80 - 84	503	13,3	67
85 - 89	293	23,9	70
90 und älter	268	34,6	93
65 und älter	3.940 (20,97 %)	7,2	284 *388

Alter	Seniorinnen und Senioren	Mittlere Inzidenzrate pro Jahr in %	Schätzung der jährlichen Neuerkrankungen für das Jahr 2002
65 und älter	3.940	1,90	75

4.2.4.24 Gemeinde Isernhagen

Alter	Seniorinnen und Senioren	Mittlere Prävalenzrate in %	Schätzung der Krankenzahl
65 - 69	1.452	1,2	17
70 - 74	933	2,8	26
75 - 79	661	6,0	40
80 - 84	411	13,3	55
85 - 89	161	23,9	38
90 und älter	120	34,6	42
65 und älter	3.738 (16,45 %)	7,2	269 *509

Alter	Seniorinnen und Senioren	Mittlere Inzidenzrate pro Jahr in %	Schätzung der jährlichen Neuerkrankungen für das Jahr 2002
65 und älter	3.738	1,90	71

4.2.4.25 Stadt Laatzen

Alter	Seniorinnen und Senioren	Mittlere Prävalenzrate in %	Schätzung der Krankenzahl
65 - 69	2.325	1,2	83
70 - 74	1.690	2,8	47
75 - 79	1.381	6,0	83
80 - 84	849	13,3	113
85 - 89	434	23,9	104
90 und älter	256	34,6	89
65 und älter	6.935 (17,55 %)	7,2	499 *813

Alter	Seniorinnen und Senioren	Mittlere Inzidenzrate pro Jahr in %	Schätzung der jährlichen Neuerkrankungen für das Jahr 2002
65 und älter	6.935	1,90	131

4.2.4.26 Stadt Langenhagen

Alter	Seniorinnen und Senioren	Mittlere Prävalenzrate in %	Schätzung der Krankenzahl
65 - 69	3.153	1,2	38
70 - 74	2.380	2,8	67
75 - 79	1.852	6,0	111
80 - 84	1.182	13,3	157
85 - 89	523	23,9	125
90 und älter	336	34,6	116
65 und älter	9.426 (19,17 %)	7,2	679 *978

Alter	Seniorinnen und Senioren	Mittlere Inzidenzrate pro Jahr in %	Schätzung der jährlichen Neuerkrankungen für das Jahr 2002
65 und älter	9.426	1,90	179

4.2.4.27 Stadt Lehrte

Alter	Seniorinnen und Senioren	Mittlere Prävalenzrate in %	Schätzung der Krankenzahl
65 - 69	2.457	1,2	29
70 - 74	1.759	2,8	49
75 - 79	1.414	6,0	85
80 - 84	948	13,3	126
85 - 89	467	23,9	112
90 und älter	286	34,6	99
65 und älter	7.331 (16,49 %)	7,2	528 *825

Alter	Seniorinnen und Senioren	Mittlere Inzidenzrate pro Jahr in %	Schätzung der jährlichen Neuerkrankungen für das Jahr 2002
65 und älter	7.331	1,90	139

4.2.4.28 Stadt Neustadt a. Rbge.

Alter	Seniorinnen und Senioren	Mittlere Prävalenzrate in %	Schätzung der Krankenzahl
65 - 69	2.536	1,2	30
70 - 74	1.760	2,8	49
75 - 79	1.376	6,0	83
80 - 84	848	13,3	113
85 - 89	442	23,9	106
90 und älter	245	34,6	85
65 und älter	7.207 (16,12 %)	7,2	519 *859

Alter	Seniorinnen und Senioren	Mittlere Inzidenzrate pro Jahr in %	Schätzung der jährlichen Neuerkrankungen für das Jahr 2002
65 und älter	7.207	1,90	137

4.2.4.29 Stadt Pattensen

Alter	Seniorinnen und Senioren	Mittlere Prävalenzrate in %	Schätzung der Krankenzahl
65 - 69	914	1,2	11
70 - 74	570	2,8	16
75 - 79	456	6,0	27
80 - 84	303	13,3	40
85 - 89	124	23,9	30
90 und älter	57	34,6	20
65 und älter	2.425 (17,85 %)	7,2	175 *277

Alter	Seniorinnen und Senioren	Mittlere Inzidenzrate pro Jahr in %	Schätzung der jährlichen Neuerkrankungen für das Jahr 2002
65 und älter	2.425	1,90	46

4.2.4.30 Stadt Ronnenberg

Alter	Seniorinnen und Senioren	Mittlere Prävalenzrate in %	Schätzung der Krankenzahl
65 - 69	1.397	1,2	17
70 - 74	1.048	2,8	29
75 - 79	785	6,0	47
80 - 84	471	13,3	63
85 - 89	229	23,9	55
90 und älter	157	34,6	54
65 und älter	4.087 (17,28 %)	7,2	294 <i>*439</i>

Alter	Seniorinnen und Senioren	Mittlere Inzidenzrate pro Jahr in %	Schätzung der jährlichen Neuerkrankungen für das Jahr 2002
65 und älter	4.087	1,90	78

4.2.4.31 Stadt Seelze

Alter	Seniorinnen und Senioren	Mittlere Prävalenzrate in %	Schätzung der Krankenzahl
65 - 69	2.064	1,2	25
70 - 74	1.422	2,8	40
75 - 79	1.160	6,0	70
80 - 84	717	13,3	95
85 - 89	323	23,9	77
90 und älter	163	34,6	56
65 und älter	5.849 (17,74 %)	7,2	421 <i>*640</i>

Alter	Seniorinnen und Senioren	Mittlere Inzidenzrate pro Jahr in %	Schätzung der jährlichen Neuerkrankungen für das Jahr 2002
65 und älter	5.849	1,90	111

4.2.4.32 Stadt Sehnde

Alter	Seniorinnen und Senioren	Mittlere Prävalenzrate in %	Schätzung der Krankenzahl
65 – 69	1.206	1,2	14
70 – 74	858	2,8	24
75 – 79	722	6,0	43
80 – 84	425	13,3	57
85 – 89	190	23,9	45
90 und älter	111	34,6	38
65 und älter	3.512 (10,65 %)	7,2	253 <i>*386</i>

Alter	Seniorinnen und Senioren	Mittlere Inzidenzrate pro Jahr in %	Schätzung der jährlichen Neuerkrankungen für das Jahr 2002
65 und älter	3.512	1,90	67

4.2.4.33 Stadt Springe

Alter	Seniorinnen und Senioren	Mittlere Prävalenzrate in %	Schätzung der Krankenzahl
65 - 69	2.044	1,2	25
70 - 74	1.512	2,8	42
75 – 79	1.217	6,0	73
80 – 84	752	13,3	100
85 – 89	352	23,9	84
90 und älter	253	34,6	88
65 und älter	6130 (20,24 %)	7,2	441 <i>*615</i>

Alter	Seniorinnen und Senioren	Mittlere Inzidenzrate pro Jahr in %	Schätzung der jährlichen Neuerkrankungen für das Jahr 2002
65 und älter	6.130	1,90	116

4.2.4.34 Gemeinde Uetze

Alter	Seniorinnen und Senioren	Mittlere Prävalenzrate in %	Schätzung der Krankenzahl
65 - 69	1.145	1,2	14
70 - 74	852	2,8	24
75 - 79	648	6,0	39
80 - 84	395	13,3	53
85 - 89	177	23,9	42
90 und älter	108	34,6	37
65 und älter	3.325 (16,5 %)	7,2	240 *377

Alter	Seniorinnen und Senioren	Mittlere Inzidenzrate pro Jahr in %	Schätzung der jährlichen Neuerkrankungen für das Jahr 2002
65 und älter	3.325	1,90	63

4.2.4.35 Gemeinde Wedemark

Alter	Seniorinnen und Senioren	Mittlere Prävalenzrate in %	Schätzung der Krankenzahl
65 - 69	1.681	1,2	20
70 - 74	1.099	2,8	31
75 - 79	798	6,0	48
80 - 84	498	13,3	66
85 - 89	218	23,9	52
90 und älter	142	34,6	49
65 und älter	4.436 (15,51 %)	7,2	319 *579

Alter	Seniorinnen und Senioren	Mittlere Inzidenzrate pro Jahr in %	Schätzung der jährlichen Neuerkrankungen für das Jahr 2002
65 und älter	4.436	1,90	84

4.2.4.36 Gemeinde Wennigsen

Alter	Seniorinnen und Senioren	Mittlere Prävalenzrate in %	Schätzung der Krankenzahl
65 - 69	781	1,2	9
70 - 74	661	2,8	19
75 - 79	487	6,0	29
80 - 84	293	13,3	39
85 - 89	157	23,9	38
90 und älter	102	34,6	35
65 und älter	2.481 (17,43%)	7,2	179 *298

Alter	Seniorinnen und Senioren	Mittlere Inzidenzrate pro Jahr in %	Schätzung der jährlichen Neuerkrankungen für das Jahr 2002
65 und älter	2.481	1,90	47

4.2.4.37 Stadt Wunstorf

Alter	Seniorinnen und Senioren	Mittlere Prävalenzrate in %	Schätzung der Krankenzahl
65 - 69	2.302	1,2	28
70 - 74	1.628	2,8	46
75 - 79	1.410	6,0	85
80 - 84	995	13,3	132
85 - 89	466	23,9	111
90 und älter	244	34,6	84
65 und älter	7.045 (16,77 %)	7,2	507 *768

Alter	Seniorinnen und Senioren	Mittlere Inzidenzrate pro Jahr in %	Schätzung der jährlichen Neuerkrankungen für das Jahr 2002
65 und älter	7.045	1,90	134

4.3 Versorgungssituation

4.3.1 Versorgungsangebote in den Kommunen und der Landeshauptstadt

Um die Versorgungsangebote erfassen zu können, wurden im Dezember 2003 alle Kommunen und die Landeshauptstadt Hannover gebeten, bis zum 15.01.2004 die Versorgungsstrukturen mitzuteilen. Konkret benannt werden sollten folgende Schwerpunktangebote:

- Beratungsangebote für pflegende Angehörige und Demenzkranke
- Gesprächskreise für pflegende Angehörige von Demenzkranken
- Entlastende und begleitende Dienste im Niedrigschwelligen Bereich
- Unterstützung und Begleitung durch Ehrenamtliche
- Tagespflege für Demente
- Wohnformen für Demente

Von den 21 angeschriebenen Kommunen haben bis zum 17.02.2004 insgesamt 18 Kommunen und die Landeshauptstadt Hannover die Anfrage beantwortet.

Einzelergebnisse sind der nachstehenden Tabelle (4.3.1.1) zu entnehmen.

Insgesamt ist festzustellen, dass es in keiner Kommune (einschließlich Landeshauptstadt) eine durchgängige Versorgungsstruktur für Demente gibt. Die bestehenden Angebote werden durchgängig von Sozial- und Diakoniestationen sowie ambulanten Pflegediensten, Wohlfahrtsverbänden, Krankenhäusern und stationären Pflegeeinrichtungen erbracht. Vereinzelt stehen neben der Alzheimer Gesellschaft auch Kirchengemeinden, Vereine, kommunale Sozialarbeiterinnen und ein Seniorenbeirat zur Verfügung. Eine Kommune nannte das Stichwort „Nachbarschaftshilfe“.

Insbesondere bei den professionell arbeitenden Anbietern muss an dieser Stelle die Frage nach der Finanzierung ihrer Angebote gestellt werden. Es ist bekannt, dass Beratungsgespräche als Serviceleistungen angeboten werden. Anders wird sich die Kostenfrage zum Schwerpunkt „Gesprächskreise für pflegenden Angehörige von Dementen“ gestalten. Eine Nachfrage bei den Leistungsanbietern bzw. bei den Leistungsanbietern, die zur Zeit ein entsprechendes Angebot planen, ergab folgendes Bild:

- Ein Anbieter wird den geplanten Gesprächskreis als Serviceleistung anbieten.
- Ein Anbieter wird den geplanten Gesprächskreis ausschließlich für Angehörige anbieten, deren demenzkrankes Familienmitglied in der Versorgung des Anbieters ist und die erbrachte Leistung dann über die Krankenkasse des Demenzkranken abrechnen.
- Ein Anbieter sagte, dass der geplante Gesprächskreis voraussichtlich gegen ein Entgelt angeboten wird.

Von den Kommunen, der Alzheimer Gesellschaft und den Wohlfahrtsverbänden ist bekannt, dass die Gesprächskreise als Serviceleistung angeboten werden.

Zu den Schwerpunkten „Entlastende Dienste im Niedrigschwelligen Bereich“ sowie „Unterstützung und Begleitung durch Ehrenamtliche“ ist sehr auffällig, dass in den Sozialämtern der Kommunen (einschließlich Landeshauptstadt Hannover) nicht bekannt ist, welche Leistungsanbieter Angebote erbringen, die den Kriterien zur Anerkennung nach dem Pflegeleistungsergänzungsgesetz (PflEG), § 45 SGB XI entsprechen (s. auch Punkt 4.3.2.4).

Ausschließlich für die Landeshauptstadt Hannover kann festgestellt werden, dass unter dem Schwerpunkt „Tagespflegeplätze für Demente“ der Verein ALBE (Förderverein für Alzheimer Betroffene und deren Angehörige e.V.) und die GIS (gemeinnützige Gesellschaft für Integrative Sozialdienste) Betreuungsgruppen anbieten, deren Inanspruchnahme nach dem PflEG, § 45 SGB XI, finanzierbar ist. Auf Nachfrage teilte eine DRK-Station mit, dass sie, um Leistungen nach dem PflEG, § 45 SGB XI, erbringen zu können, zur Zeit ein Konzept erarbeitet und sich im Antragsverfahren mit den Pflegekassen befindet.

Insgesamt ist festzustellen, dass Demenzkranke nur sehr begrenzte Chancen haben, die ihnen gesetzlich zustehenden, unterstützenden und entlastenden Leistungen anzufordern. An dieser Stelle wäre es sehr wünschenswert, wenn die Kommunen einschließlich Landeshauptstadt Hannover, ihre örtlichen Leistungsanbieter auf die Betreuungsmöglichkeiten und deren Finanzierung nach dem Pflege, § 45 SGB XI hinweisen würden. Weiter Informationen zum Thema sind erhältlich bei der Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen e.V., www.gesundheit.nds.de

Zu dem Angebotsschwerpunkt „Tagespflege für Demente“ ist festzustellen, dass es in den Kommunen insgesamt drei Tagespflegeangebote für Demente gibt. Für die Landeshauptstadt werden vier Anbieter benannt sowie drei Anbieter die Betreuungsgruppen eingerichtet haben. Durch konkrete Anfragen von pflegenden Angehörigen bei dem Service-Telefon der Region Hannover ist bekannt, dass der Bedarf an Tagespflegeplätzen deutlich größer ist als das Angebot. Gleichzeitig ist aber auch bekannt, dass sich viele Betroffene den regelmäßigen Besuch einer Tagespflege aus finanziellen Gründen nicht leisten können. In Gesprächen mit pflegenden Angehörigen und anderen Fachleuten wird immer wieder darauf hingewiesen, dass die Tagespflege ein Luxus ist, den man sich mal leisten kann. Ganz besonders aber für Demente die sich in der ambulanten Versorgung befinden, sollte die regelmäßige Inanspruchnahme der Tagespflege eine Selbstverständlichkeit sein, die nicht an finanziellen Hürden scheitern darf. Hier wäre auf die Möglichkeit der Sozialhilfegewährung im Einzelfall hinzuweisen.

Das sich die Versorgung und Pflege von Demenzkranken vordergründig auf den stationären Bereich reduziert wird dadurch deutlich, dass von die Kommunen für die Region Hannover 25 Pflegeheime benannt wurden, die eigene Konzepte für demente Heimbewohner anbieten. Die Angebotspalette reicht von Betreuungsgruppen über Wohngruppen und Hausgemeinschaften bis hin zur geschlossenen Unterbringung mit richterlichem Beschluss. Alternativ dazu gibt es in der Region Hannover drei sog. „Dementen-WG’s“.

Fazit

Bezugnehmend auf die Anzahl demenziell erkrankter Seniorinnen und Senioren in der Region Hannover und das Ergebnis der vorliegenden Anfrage ist festzustellen, dass es in der Region Hannover keine lückenlose Versorgungsstruktur für Demenzkranke gibt.

Die Versorgungsangebote in den Kommunen, einschließlich Landeshauptstadt Hannover, müssen nach Aussagen von Fachleuten, pflegenden Angehörigen und Ehrenamtlichen, als nicht ausreichend bewertet werden.

Versorgungsangebote für Demente in der Landeshauptstadt und den Kommunen

(Erhebung vom 15.12. 2003, Angaben der Sozialämter in den Kommunen und des Fachbereiches Senioren in der Landeshauptstadt Hannover)

Tabelle 4.3.1.1

Kommunen	Beratungsangebote für pflegende Angehörige von Dementen	Gesprächskreise für pflegende Angehörige von Dementen	Entlastende Dienste im Niedrigschwelligen Bereich	Unterstützung und Begleitung durch Ehrenamtliche	Tagespflegeplätze für Demente	Wohnformen für Demente
1.Stadt Barsinghausen	Keine Angaben					
2 .Stadt Burgdorf	durch - Alzheimer Gesellschaft Hannover, - Diakonisches Werk Burgdorf, - Sozialstation Altkreis Burgdorf – im Aufbau -		durch - Diakoniestation Burgdorf. - Sozialstation Altkreis Burgdorf GmbH, Einsatz von Zivis	keine	keine	keine
3. Stadt Burgwedel	Keine	keine	keine	keine	keine	keine
4. Stadt Garbsen	keine	keine	keine	keine	keine	keine
5. Stadt Gehrden	Allgemeines Beratungsangebot und Gesprächskreis durch den DRK OV Gehrden. Spezielle Angebote die sich ausschließlich auf die Demtenproblematik bezieht: keine		Durch - Sozialstation Gehrden - DRK OV Gehrden	durch den - DRK OV Gehrden	keine	Beschützter Wohnbereich im Senioren- und Pflegezentrum „Haus Gehrden“

Kommunen	Beratungsangebote für pflegende Angehörige von Dementen	Gesprächskreise für pflegende Angehörige von Dementen	Entlastende Dienste im Niedrigschwelligen Bereich	Unterstützung und Begleitung durch Ehrenamtliche	Tagespflegeplätze für Demente	Wohnformen für Demente
6. Landeshauptstadt Hannover	<ul style="list-style-type: none"> - MHH: * Gerontopsychiatrische Sprechstunde - Heriettenstiftung * Gedächtnissprechstunde - AGZ Linden - Alzheimer Gesellschaft Hannover - Altenbegegnungs- und Beratungsstelle Lindenbaum - Sozialzentrum Misburg - Diakoniestation Vahrenheide/Vahrenwald 		<ul style="list-style-type: none"> - Betreuungsgruppen: * ALBE * GIS * Altenbegegnungs- und Beratungsstelle Lindenbaum <p>Tagespflege</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Kommunalen Seniorenservice Hannover (KSH): * Partnerbesuchsdienst - AGZ Linden, FUGE 	<ul style="list-style-type: none"> - Tabea - Altenzentrum St. Martinshof - Anna-Meyberg-Haus - Altenzentrum Godehardstift 	<ul style="list-style-type: none"> - Wohngemeinschaft für Demente - Pflegeheime: * Altenzentrum St. Martinshof * Altenzentrum Godehardstift * St. Josefstift * Altenzentrum Roderbruch * Alten- und Pflegeheim Weddigenufer * Eilenriedestift * Altenzentrum St. Aegidien * Oekumenisches Altenzentrum Ansgarhaus * Gerontopsychiatrische Pflegeeinrichtung Buchholz * Anna-Meyberghaus * Altenzentrum Karl-Flor * Altenzentrum Waldeseck * Altenzentrum Am Listholze * Heinemannhof * Senorenpflegeheim Katharinenhof * Gustav-Brandt'sche-Stiftung

Kommunen	Beratungsangebote für pflegende Angehörige von Dementen	Gesprächskreise für pflegende Angehörige von Dementen	Entlastende Dienste im Niedrigschwelligen Bereich	Unterstützung und Begleitung durch Ehrenamtliche	Tagespflegeplätze für Demente	Wohnformen für Demente
Fortsetzung Landeshauptstadt Hannover						* AWO Seniorenzentrum Vahrenwald * AWO Altenheim Kirchrode * Altenzentrum Kirchrode, Henriettenstiftung
7. Stadt Hemmingen	durch die kommunale Sozialarbeiterin	Offener Gesprächskreis in kommunaler Trägerschaft, einmal pro Monat für 2 Stunden	Für Bedürftige durch einen Zivi im Sozialen Dienst der Stadt. Es können Angebote der DRK-Sozialstation eingekauft werden.	keine	keine	Wohngemeinschaft für Demente
8. Gemeinde Isernhagen	durch die kommunale Sozialarbeiterin	keine	keine	im Rahmen von Nachbarschaftshilfe In den Isernhagen-Dörfern	keine	Wohngemeinschaft für Demente
9. Stadt Laatzen	- Diakonie-Sozialstation - Gesundheitshaus Bremermann	- Diakonie-Sozialstation	keine	keine	keine	- Pflegeheime - Haus Grasdorf In Planung sind Angebote: * Seniorenresidenz Margaretenhof * Wohnpark Rethen
10. Stadt Langenhagen	Keine Angaben					
11. Stadt Lehrte	Keine Angaben					

Kommunen	Beratungsangebote für pflegende Angehörige von Dementen	Gesprächskreise für pflegende Angehörige von Dementen	Entlastende Dienste im Niedrigschwelligen Bereich	Unterstützung und Begleitung durch Ehrenamtliche	Tagespflegeplätze für Demente	Wohnformen für Demente
12 Stadt Neustadt am Rübenberg.	keine	keine	keine	keine	Pflegedienst Finterle & Wiarek in Einzelfällen	keine
13. Stadt Pattensen	durch - DRK-Sozialstation - Allgemeiner Sozialer Dienst	In Planung Projekt der DRK-Sozialstation, u.a. für Demenzkranke	In Planung Mit Leistungen nach dem PFLÉG: - DRK-Sozialstation	Besuchsdienste der - Kirchengemeinden - Wohlfahrtsverbände - Vereine	keine	Beschützter Wohnbereich im Pflege-wohnstift Pattensen
14. Stadt Ronnenberg	Keine	keine	keine	keine	Johanneshaus Empelde - für Demente ohne Weglauftendenz	keine
15. Stadt Seelze	durch - DRK Sozialstation - Pflegekonzept Hillmer	keine	durch - DRK Sozialstation - Pflegekonzept Hillmer	durch - Seniorenbeirat - Kommunaler Partnerbesuchsdienst	keine	Beschützte Wohnbereiche - Altenzentrum „Alter Krug“ - Pflegekonzept Hillmer
16. Stadt Sehnde	durch die AWO	durch die AWO	In Planung durch die AWO	durch die AWO	keine	keine

Kommunen	Beratungsangebote für pflegende Angehörige von Dementen	Gesprächskreise für pflegende Angehörige von Dementen	Entlastende Dienste im Niedrigschwelligen Bereich	Unterstützung und Begleitung durch Ehrenamtliche	Tagespflegeplätze für Demente	Wohnformen für Demente
17. Stadt Springe	- Sozialverband Reichsbund e.V. - Sozialamt Springe - Sozialpsychiatrische Beratungsstelle der Region Hannover	- Arbeitskreis der Deister-VHS und des Sozialdienstes kath. Frauen für ehrenamtliche Betreuer und Angehörige - Selbsthilfe Gruppe „Pflegerische Angehörige“ der DRK Sozialstation.	keine	keine	keine	Spezieller Wohnbereich im - Altcntrum Jägerallee
18. Gemeinde Uetze	Keine	keine	keine	keine	keine	In Planung - Pflegeheim „Bambi's Garten“
19. Gemeinde Wedemark	- Pflegedienst Wedemark GbR - Sozialstation - Pflegeheime: * Altenpflege Winter * Seniorenhausgemeinschaft	- Pflegedienst Wedemark GbR Pflegeheime: * Altenpflege Winter * Altenpflege Kollmeier	- Pflegedienst Wedemark GbR - Sozialstation -		In Planung - Pflegeheim: * Altenpflege Kollmeier	- Pflegeheim: * Seniorenhausgemeinschaft In Planung - Pflegeheime: * Altenpflege Winter * Altenpflege Kollmeier
20. Gemeinde Wennigsen	keine	keine	keine	keine	keine	keine
21. Stadt Wunstorf	durch - Altcntrum Wunstorf gGmbH - Nds. Landeskrankenhaus, Institutsambulanz	In Planung - Nds. Landeskrankenhaus, Institutsambulanz	Organisation durch - Nds. Landeskrankenhaus, Institutsambulanz		durch Altcntrum Wunstorf gGmbH	keine

4.3.2 Versorgungsangebote der ambulanten Pflegedienste der Diakonie- und Sozialstationen

Angesichts der Prognosen bezüglich der demographischen Entwicklung und der demnach zu erwartenden Anzahl von Menschen mit Demenzerkrankungen stellt sich wiederholt die Frage, welche Versorgungsstrukturen vorhanden sein müssen, um diese Menschen adäquat zu versorgen. Insbesondere ist hier der ambulante Pflegebereich zu betrachten. Denn Menschen, die an einer Demenz erkrankt sind, können durchaus in ihrem häuslichen Umfeld weiterleben, wenn sie und ihre Angehörigen auf entsprechende Betreuungs- und Unterstützungsangebote zurückgreifen können.

Eine besondere Rolle in der Pflege und Betreuung von Menschen mit Demenzerkrankungen kommt der psychosozialen Betreuung zu. In diesem Bereich der ambulanten Versorgung besteht ein erhöhter Bedarf an Unterstützungs- und Betreuungsangeboten sowohl für die Betroffenen als auch für ihre Angehörigen.

Neben dem enorm hohen Zeitaufwand, den die Betreuung einer/eines dementen Familienangehörigen erfordert, steht hier die Persönlichkeitsveränderung der zu betreuenden Person im Vordergrund. Der daraus resultierende Verlust der gemeinsamen Lebensgeschichte, die Scham über das oft nicht nachvollziehbare Verhalten der/des Betroffenen, deren/dessen Angstkrisen, unberechtigte Verdächtigungen und Beschuldigungen oder auch die eigenen Ängste vor möglichen Gefahrenpotentialen führen die Pflegeperson häufig an die Grenzen der eigenen Belastbarkeit.

Aus dieser komplexen Summe von Belastungsfaktoren und der hinzukommenden Ambivalenz zwischen bisher vorhandener Zuneigung zu der/dem Gepflegten und dem drohenden Verlust derselben, resultieren bei den Pflegenden nicht selten Konfliktsituationen, die sie ohne Unterstützung aus dem unmittelbaren sozialen Umfeld und/oder professioneller Hilfe von außen nicht lösen können.

4.3.2.1 Angebote der ambulanten Pflegeanbieter in den Kommunen und der Landeshauptstadt

Im Rahmen der unter Punkt 2 genannten Erhebung konnten 17 Pflegedienste ermittelt werden, die spezielle Angebote für Menschen mit Demenzerkrankungen vorhalten. Davon sind 11 Dienste in der Landeshauptstadt angesiedelt und 6 in den anderen 20 Kommunen der Region Hannover.

In der Landeshauptstadt verteilen sich die Dienste auf die Stadtbezirke 2 und 11 mit jeweils einem Anbieter.

In den Bezirken 7, 8 und 9 sind jeweils zwei Dienste angesiedelt.

Zusätzliche Betreuungsleistungen im Sinne des Pflegeleistungsergänzungsgesetzes werden von einem Anbieter im Stadtbezirk 3 vorgehalten.

Gerontopsychiatrische Krankenpflege gemäß SGB V wird von je einem Anbieter in den Bezirken 9 und 12 erbracht. Zum Zeitpunkt der Erhebung handelte es sich hierbei um befristete Vereinbarungen der Dienste mit den Krankenkassen. Nach aktuellem Informationsstand wurde mit dem Anbieter im Bezirk 9 mittlerweile eine unbefristete Vereinbarung zur Weiterführung des Leistungsangebotes geschlossen. Der Anbieter im Bezirk 12 steht derzeit noch in Verhandlung mit den Krankenkassen.

Im Bezirk 4 wird eine Betreuungsgruppe für Demente vorgehalten.

Nachstehend eine Auflistung der genannten Stadtbezirke mit den dazugehörigen Stadtteilen.

Bezirk 2:	Vahrenwald/List
Bezirk 3:	Bothfeld/Vahrenheide/Sahlkamp/Lahe/Isernhagen-Süd
Bezirk 4:	Großbuchholz/Kleefeld/Heideviertel
Bezirk 7:	Südstadt/Bult
Bezirk 8:	Döhren/Wülfel/Mittelfeld/ Waldhausen/Waldheim/Seelhorst
Bezirk 9:	Ricklingen/Oberrieklingen/Mühlenberg/Wettbergen/Bornum
Bezirk 11:	Ahlem/ Badenstedt/Davenstedt
Bezirk 12:	Herrenhausen/Stöcken/Leinhausen/Marienwerder/Ledeburg/Nordhafen/Burg

Die Verteilung in den Kommunen stellt sich wie folgt dar:

In Garbsen und Isernhagen ist jeweils ein Dienst ansässig, in Laatzen sind es zwei Dienste, die Angebote für Demente vorhalten.

In Burgwedel erbringen zwei Dienste zusätzliche Betreuungsleistungen nach dem Pflegeleistungsergänzungsgesetz (§ 45b, Abs. 1, Satz 3, Nr. 3, SGB XI).

Darüber hinaus liegen Informationen der Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen e.V. (Informationsbüro für niedrigschwellige Angebote) über weitere Angebote im Sinne des Pflegeleistungsergänzungsgesetzes vor.

Nach diesen Angaben bietet in Burgdorf, Sehnde, Wunstorf und Neustadt jeweils ein Dienst zusätzliche Betreuungsleistungen nach dem Pflegeleistungsergänzungsgesetz an.

Weitere 19 Dienste (LHH 9, Umlandkommunen 10) gaben lediglich an, Betreuungsleistungen zu erbringen. Aus den Angaben geht jedoch nicht hervor, ob dieses Angebot sich ausschließlich an Menschen mit Demenzerkrankungen richtet.

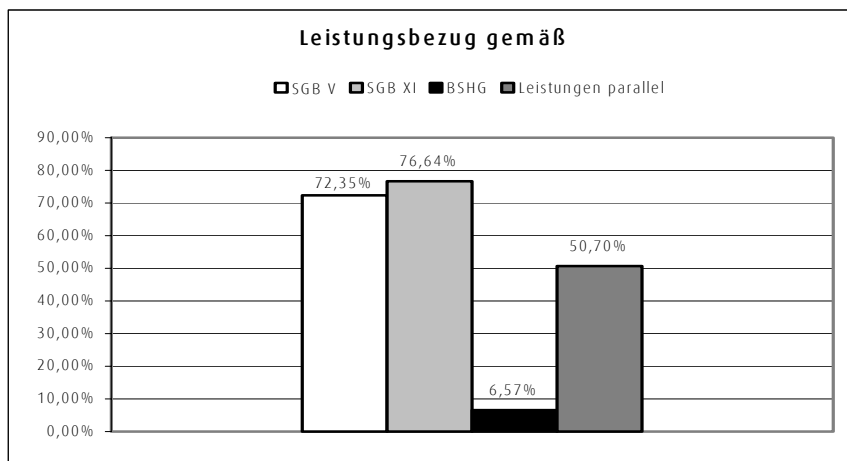
4.3.2.2 Serviceleistungen im Bereich der Dementenbetreuung

Den aufgeführten Angeboten steht in der Region Hannover eine geschätzte Anzahl von 14.638 Menschen, die an einer Demenz leiden, gegenüber.

Davon wurden im Bereich der ambulanten Versorgung 1.353 (9,24 %) Personen erfasst, die sich in der Betreuung von 74 Anbietern befinden.

In welchem Umfang die erfassten 1.353 Demenzkranken Leistungen über einen gesetzlichen Kostträger beziehen, ist dem nachstehenden Diagramm zu entnehmen.

Abb. 4



Mehrfachnennungen möglich

Angesichts dieser Zahlen scheint die Annahme, dass Menschen, die an einer Demenz leiden, eher selten in eine Pflegestufe eingruppiert werden, widerlegt.

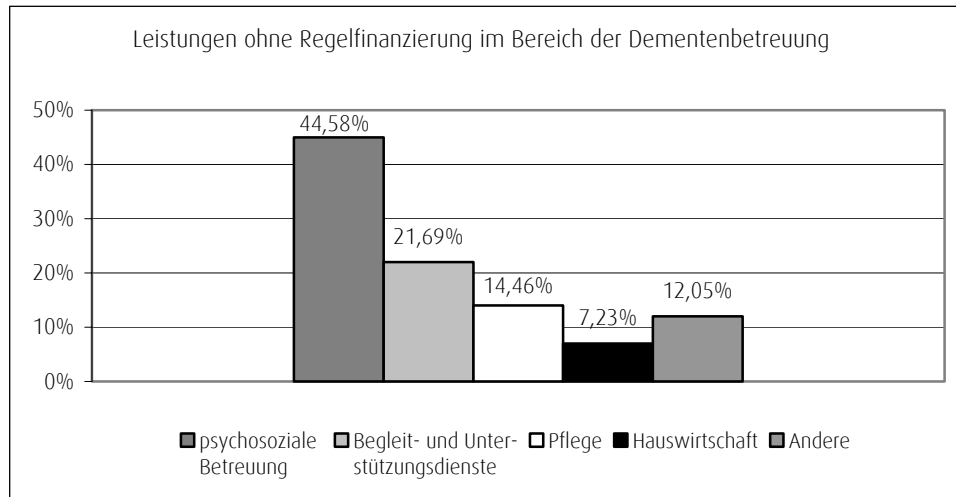
Allerdings bleibt zu hinterfragen, in wie weit die über das SGB XI für die einzelnen Betroffenen zur Verfügung stehenden Mittel die Kosten für die Leistungen, die die Pflegeanbieter im Einzelfall tatsächlich erbringen, decken. Hier wäre zu berücksichtigen in welchem Umfang die Betroffenen somatische Defizite aufzeigen, die zu einer Einstufung geführt haben. Es ist nicht davon auszugehen, dass die im Rahmen der jeweilig vorliegenden Pflegestufe zur Verfügung stehenden Mittel ausschließlich für Leistungen der psychosozialen Betreuung aufgewendet werden.

Denn knapp die Hälfte (48,31 %) der Anbieter erbringen ihren Angaben zufolge Leistungen, die nicht über die Regelfinanzierung erstattet werden. 31,46 % erbringen solche Leistungen nicht, von 20,22 % liegen keine Angaben vor.

Von besonderem Interesse ist in diesem Zusammenhang die Art der Leistungen, die ohne Kostenübernahme durch einen der genannten Kostenträger erbracht werden.

Insgesamt liegen von 43 Anbietern 83 konkrete Angaben zu der Art der erbrachten Leistungen vor. Die Angaben der Befragten wurden in vier Kategorien gegliedert. Nachstehend die prozentuale Verteilung.

Abb. 5



Inhaltlich verbergen sich hinter diesen Kategorien nachstehende Leistungsangebote.

- Die mit Abstand am häufigsten erbrachten Leistungen sind im Bereich der **psychosozialen Betreuung** angesiedelt. Zu nennen ist hier unter anderem der hohe Zeitaufwand im Umgang mit den Betroffenen, der hohe Beratungs- und Gesprächsbedarf der pflegenden Angehörigen, stundenweise Betreuung zur Entlastung der Angehörigen, sozialpflegerische Versorgung aber auch die Suche nach Patienten, die aufgrund ihrer Weglauff Tendenzen häufiger nicht zu Hause anzutreffen sind. Die Ängste, die das Verschwinden bei den Angehörigen auslöst, und die Panik der Betroffenen, die nicht mehr nach Hause finden, müssen nicht selten von den Mitarbeiter/innen der Pflegedienste aufgefangen und im Rahmen von Krisenintervention wieder abgebaut werden.
- Der nächstfolgende Bedarf zeichnet sich im Bereich der **Begleit- und Unterstützungsdienste** ab. Hier werden Angebote wie Behördengänge, Einkäufe, Begleitung zum Arzt, Botengänge, Apothekengänge, Spaziergänge, die Vermittlung von flankierenden Diensten sowie die Kostenklärung mit Kostenträgern und die Unterstützung bei der Antragstellung für die Betroffenen bereitgestellt.
- Unter der Rubrik **Pflege** wurden die Angaben zusammengefasst, die sich konkret auf pflegerische Tätigkeiten beziehen, jedoch aufgrund fehlender Pflegestufe nicht über die Pflegeversicherung abzurechnen sind. Genannt wurden hier Grundpflege, medizinische Einreibungen, Mobilität, Ernährungs- und Trinkmengenkontrolle oder auch Not- und Nachteinsätze sowie Schlafwachen.
- Der Bereich **Hauswirtschaft** nimmt erstaunlicherweise nur einen geringen Anteil in der Leistungsskala der nicht finanzierten Leistungen ein. Neben allgemeiner hauswirtschaftlicher Versorgung wurden hier Hilfestellungen bei der Haustierversorgung und Müllentsorgung als Leistungsangebote aufgeführt.
- Unter der Rubrik **Andere** finden sich Angaben wie Netzwerkarbeit, Kooperation mit Betreuern, Organisation des Alltags, verschiedene Gruppen eines therapeutischen Teams sowie Leistungen gegen Privatzahlungen.

Persönlich befragte Anbieter haben darauf hingewiesen, dass sich der Spielraum, in dem diese Art der Leistung erbracht werden kann, zunehmend reduziert, da diese dem erforderlichen Wirtschaftlichkeitsprinzip der Unternehmen entgegenstehen und deren Fortbestehen gefährden. Daher sind die Anbieter verstärkt gezwungen, zur Begleichung der entstehenden Kosten Privatverträge mit den Betroffenen abzuschließen, was wiederum nicht in allen Fällen von den Betroffenen akzeptiert wird. Sie können nicht nachvollziehen, warum sie, trotz Pflegeversicherung, für notwendige Unterstützungsleistungen selbst bezahlen sollen.

Ohne diese Unterstützungsangebote, die in der Regelfinanzierung keine oder nicht ausreichend Berücksichtigung finden, könnten die Betroffenen in der Regel jedoch nicht dauerhaft in ihrem gewohnten häuslichen Umfeld verweilen. Als einzige Alternative bliebe hier dann die Heimunterbringung. Die Möglichkeit der Gewährung von Sozialhilfe wäre hier im Einzelfall zu prüfen.

4.3.2.3 Belastung der Pflegedienste durch die erbrachten Serviceleistungen

Die Pflegeanbieter schätzen die Belastung ihrer Dienste durch das Erbringen der aufgeführten Serviceleistungen wie folgt ein:

Belastung der Dienste in bezug auf

Abb. 6

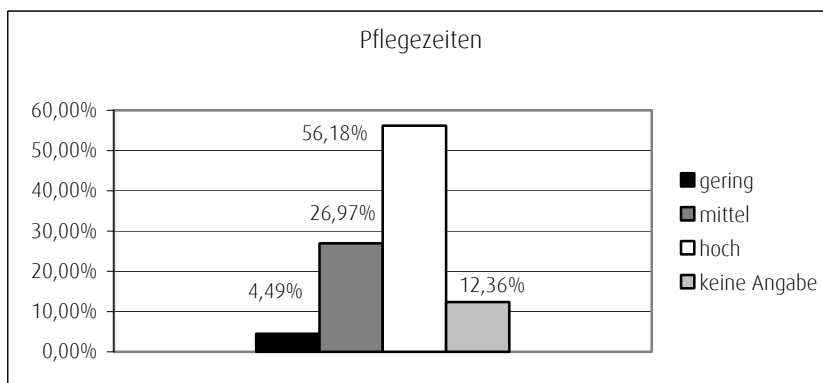


Abb. 7

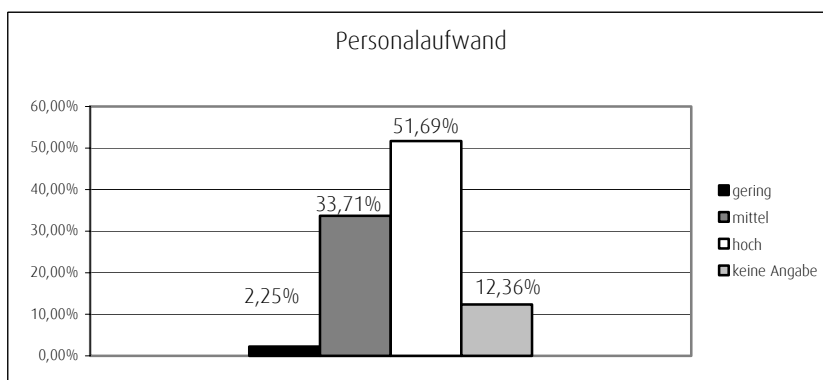
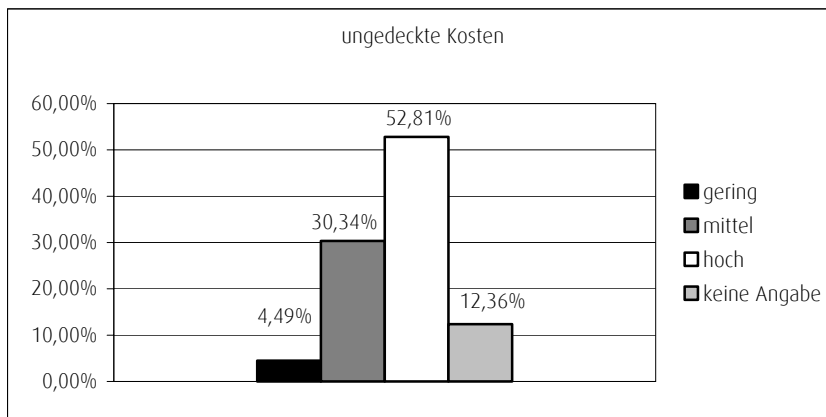


Abb. 8



Über die Hälfte der Anbieter schätzt die Belastung ihrer Unternehmen in bezug auf die zusätzlich erbrachten Pflegezeiten als hoch ein. Diese Tatsache unterstreicht noch einmal den enormen Bedarf an „Zeit“, der für eine adäquate Betreuung und Pflege von Demenzkranken erforderlich ist. Dieser Zeitaufwand ist mit den „normalen“ Pflegezeiten, die im Rahmen der Regelfinanzierung erbracht werden können, nicht vereinbar.

In unmittelbarem Zusammenhang mit den Pflegezeiten steht die Belastung der Dienste in bezug auf den hierzu erforderlichen Personalaufwand.

Die daraus resultierenden Belastungen der Dienste bezüglich ungedeckter Kosten werden ebenso von über der Hälfte als hoch eingeschätzt.

Vor diesem Hintergrund stellt sich die Frage, in welchem Umfang und vor allem wie lange die ambulanten Pflegeanbieter ihr Angebot an Serviceleistungen noch aufrecht erhalten können.

Allerdings bleibt hier auch zu hinterfragen, aus welchen Gründen das Angebot der zusätzlichen Betreuungsleistungen nach dem Pflegeleistungsergänzungsgesetz nicht umfassender genutzt wird. Wie bereits weiter oben dargelegt, ist die Anzahl der Anbieter, die diese Betreuungsleistungen vorhalten, verschwindend gering.

4.3.2.4 Pflegeleistungsergänzungsgesetz (PflEG)

Nach dem Pflegeleistungsergänzungsgesetz können ambulante Pflegedienste zusätzliche Betreuungsleistungen erbringen. Vorausgesetzt es handelt sich um besondere Angebote der allgemeinen Anleitung und Betreuung und nicht um Leistungen der Grundpflege und der hauswirtschaftlichen Versorgung.

Anspruch auf Leistungen nach dem Pflegeleistungsergänzungsgesetz (§ 45a, SGB XI) haben Personen, bei denen neben dem Hilfebedarf im Bereich der Grundpflege und der hauswirtschaftlichen Versorgung ein erheblicher Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung gegeben ist. Dies sind Pflegebedürftige der Pflegestufen I, II oder III mit demenzbedingten Fähigkeitsstörungen, mit geistigen Behinderungen oder psychischen Erkrankungen, bei denen der Medizinische Dienst der Krankenversicherung im Rahmen der Begutachtung nach § 18 SGB XI als Folge der Krankheit oder Behinderung Auswirkungen auf die Aktivitäten des täglichen Lebens festgestellt hat, die dauerhaft zu einer erheblichen Einschränkung der Alltagskompetenz geführt haben.

Ziel ist es, die defizitäre Versorgungssituation Pflegebedürftiger mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf durch einen zusätzlichen Leistungsanspruch in Höhe bis zu 460 € pro Jahr zu verbessern.

Nach § 45 b, Pflegeleistungsergänzungsgesetz gibt es zwei Formen zusätzlicher Betreuungsleistungen. Zum einen handelt es sich um **„Angebote der allgemeinen Anleitung und Betreuung“** (§ 45b, Abs. 1, Satz 3, Nr. 3, SGB XI), zum anderen um **„Niedrigschwellige Betreuungsangebote“** (§ 45b, Abs. 1, Satz 3, Nr. 4, SGB XI).

Um „Angebote der allgemeinen Anleitung und Betreuung“ anbieten zu können, bedarf es der Prüfung und Zustimmung durch die Pflegekassen auf Landesebene. Hierzu ist ein formloser Antrag mit einer Beschreibung der geplanten Betreuungsleistungen an die Pflegekassen auf Landesebene zu richten.

„Niedrigschwellige Betreuungsangebote“, die nach § 45c gefördert werden oder förderungsfähig sind, sind Betreuungsangebote, in denen Helferinnen und Helfer unter pflegfachlicher Anleitung die Betreuung von Pflegebedürftigen mit erheblichem Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung in Gruppen oder im häuslichen Bereich übernehmen sowie pflegende Angehörige entlasten und beratend unterstützen. (§ 45c, Abs. 3, Satz 1, SGB XI)

Der Antrag auf Anerkennung niedrigschwelliger Angebote ist in Niedersachsen beim Landesamt für Zentrale Soziale Aufgaben zu stellen.

Ferner sind Personen, bei denen ein erheblicher Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung nach § 45a SGB XI festgestellt wurde, berechtigt, Beratungseinsätze nach § 37, Abs. 3, SGB XI, in den pflegestufenabhängigen Zeiträumen zweimal in Anspruch zu nehmen.

Wie bereits erwähnt verhalten sich die ambulanten Leistungsanbieter in der Region Hannover bezüglich der Umsetzung des Pflegeleistungsergänzungsgesetzes derzeit noch sehr zögernd.

Begründet wird diese Haltung von persönlich befragten Anbietern damit, dass das Antragsverfahren nicht transparent genug ist. Hier fehlt es an Informationen sowohl für die Anbieter als auch für die Anspruchsberechtigten. Zudem wird damit argumentiert, dass das Vorhalten solcher Angebote aufgrund der Vorkassenproblematik nicht wirtschaftlich sei. Die Pflegedienste müssten beispielsweise zusätzliches Personal einstellen, um ehrenamtliche Helferinnen und Helfer zu begleiten und zu koordinieren. Hinzu kommen seitens der Betroffenen Ängste vor wiederholten Begutachtungen durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen.

Nach Angaben des Informationsbüros für Niedrigschwellige Angebote (Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen e.V.) stellt sich die Situation in anderen Kommunen Niedersachsens jedoch anders dar. So gibt es beispielsweise in Braunschweig, Wolfenbüttel oder Salzgitter bereits eine relativ gute Versorgung im niedrigschwelligen Bereich.

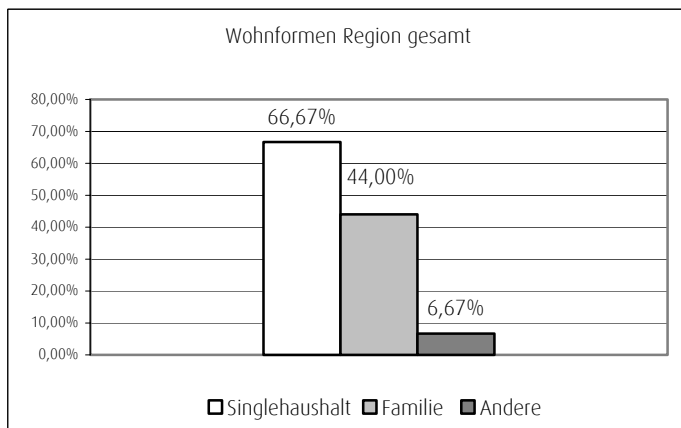
Aus der Tatsache, dass solche Angebote in der Region Hannover sehr wenig vorgehalten werden und folglich von den Betroffenen auch nicht abgerufen werden können, kann nicht abgeleitet werden, dass hier kein Bedarf besteht. Vielmehr stellt sich die Frage, wie die Barrieren, die eine umfassende Umsetzung behindern, abgebaut werden können.

4.3.2.5 Wohnformen

Ein weiterer Faktor, der in der Betreuung von Demenzkranken eine nicht zu unterschätzende Rolle spielt, ist das häusliche Umfeld, in dem die Betroffenen leben.

Auf die Frage nach der Wohnform haben insgesamt 75 Anbieter geantwortet. Den Angaben zufolge leben 66,67 % der Betroffenen in Singlehaushalten, 44,00 % in familiären Zusammenhängen und 6,67 % in anderen Wohnformen (z. B. Betreutes Wohnen, Altenwohnanlagen). Da hier Mehrfachnennungen möglich waren liegen die Angaben über 100 %.

Abb. 9



Differenziert zwischen Landeshauptstadt und Kommunen stellt sich die Wohnsituation der Betroffenen wie folgt dar.

Abb. 10

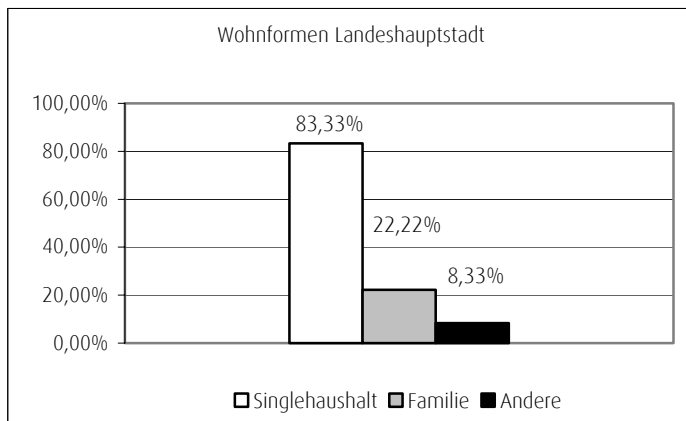
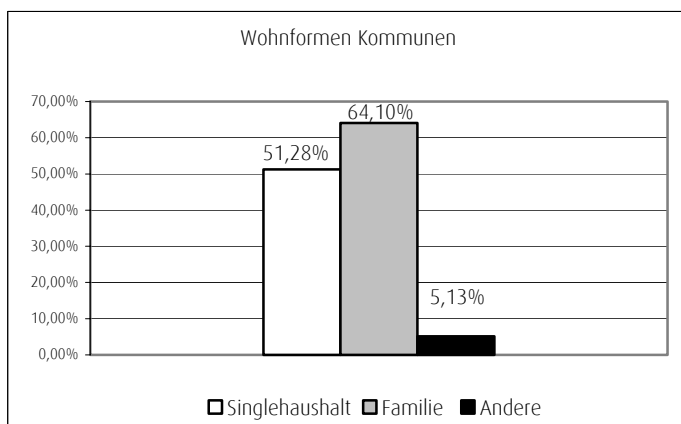


Abb. 11



Zu beachten bleibt hier, dass der Anteil der Betroffenen, der in familiäre Zusammenhänge integriert ist, in den Kommunen wesentlich höher liegt als der in der Landeshauptstadt. Dennoch lebt auch in den Kommunen rund die Hälfte der Betroffenen in Singlehaushalten.

4.3.2.6 Vermittlungswege

Da Menschen mit Demenzerkrankungen kein Krankheitsgefühl haben und daher auch keine Notwendigkeit sehen zum Arzt zu gehen, kommt gerade der Familie, den Nachbarn oder Freunden eine tragende Rolle zu, wenn es darum geht, professionelle Hilfe für die/den Erkrankte/n zu organisieren. Daher sind auch die Informationswege, über die die Betroffenen an ambulante Pflegedienste vermittelt werden, näher zu betrachten.

Nicht in allen Fällen war für die Befragten rückwirkend nachvollziehbar, über welchen Weg die Betroffenen an sie vermittelt wurden. Aus den verwertbaren Daten (Mehrfachnennungen möglich) geht jedoch hervor, dass es in erster Linie die Angehörigen (66,29 %) sind, die Kontakt zu einem ambulanten Anbieter aufnehmen, dicht gefolgt von den Hausärzten (60,76 %) der Betroffenen. Die Krankenhaussozialdienste (38,20 %) werden in diesem Zusammenhang weniger oft genannt, danach folgen Nachbarn und Freunde (33,71 %) und die Sozialdienste der Kommunen (21,35 %). Eher selten werden die Betroffenen von Ehrenamtlichen (8,99 %) oder Kirchengemeinden (7,87 %) der professionellen Hilfe zugeführt.

Bemerkenswert erscheint diese Tatsache vor dem Hintergrund, dass gerade in der Betreuung demenzkranker Menschen zunehmend mehr Ehrenamtliche geschult und eingesetzt werden sollen. Um hier mehr Transparenz zu schaffen, ist eine Erhebung der Leistungen, die im Rahmen ehrenamtlicher Arbeit erbracht werden, erforderlich.

Der Anteil der Betroffenen, die sich mit ihren Symptomen selbst an ambulante Pflegedienste wenden, liegt bei 11,23 %. Hier stellt sich die Frage, in welchem Stadium der Demenz sich die Betroffenen befinden, wenn sie aus eigenem Antrieb Hilfe von außen in Anspruch nehmen. Aus den vorliegenden Daten lassen sich hier allerdings keine Rückschlüsse ziehen.

Zu beachten bleibt hier jedoch, dass es sehr unterschiedliche Formen der Demenz gibt. Sogenannte Pseudodemenzen, die beispielsweise durch mangelnde Flüssigkeitszufuhr ausgelöst werden können, sind durchaus therapierbar und reversibel. Andere Formen der Demenz wie z. B. die Alzheimerkrankheit sind dagegen nicht heilbar.

Wenn es darum geht sich entwickelnde Defizite frühzeitig zu erkennen und die Betroffenen entsprechend zu begleiten, kommt, unabhängig von der jeweiligen Form der Demenz, der fachärztlichen Diagnose eine besondere Bedeutung zu. Mündlichen Berichten von Fachleuten zufolge werden Menschen mit Demenzerkrankungen jedoch eher selten der fachärztlichen Diagnostik zugeführt. Häufig bleiben sie in der Behandlung ihrer Hausärzte, die aufgrund der kurzen Verweildauer ihrer Patientinnen und Patienten in der Praxis gerontopsychiatrische Veränderungen, die sich bei den Betroffenen schleichend entwickeln, kaum umfassend wahrnehmen können.

Hinzu kommt, dass es in der Region Hannover keine flächendeckende Versorgung mit niedergelassenen Fachärzten (z. B. Gerontopsychiater, Neurologen) gibt und diejenigen, die vor Ort angesiedelt sind, in der Regel keine Hausbesuche machen.

Den vorliegenden Daten zufolge sind von den im Rahmen der Erhebung erfassten 1353 Dementen jedoch 41,09 % (556 Personen) fachärztlich diagnostiziert.

Angesichts der vorangestellten Informationen sind die Angaben der befragten Leistungsanbieter, die sich zu diesem Thema geäußert haben (58 Befragte), eher überraschend.

4.3.2.7 Fazit

Die dargestellten Beratungs- und Leistungsangebote der ambulanten Pflegeanbieter lassen enorme Defizite in der ambulanten Versorgung demenzkranker Menschen erkennen.

Allein die Tatsache, dass es in der gesamten Region Hannover (21 Städte und Gemeinden, 2.290,05 km², 14.638 Demente) lediglich 17 ambulante Pflegeanbieter gibt, die spezielle Angebote für diese Personengruppe vorhalten, macht deutlich, dass hier von einer flächendeckenden Versorgungsstruktur nicht die Rede sein kann.

Während in der Landeshauptstadt in 8 von 13 Stadtbezirken Angebote für Demente abrufbar sind, stellt sich die diesbezügliche Versorgungslage in den anderen 20 Kommunen noch spärlicher dar. Hier sind es lediglich vier Standorte, an denen Angebote für Demenzkranke vorgehalten werden.

Hinzu kommt, dass ein Großteil der für eine adäquate Betreuung und Pflege der Betroffenen erforderlichen Leistungen in der Regelfinanzierung nicht vorgesehen sind.

Die ambulanten Pflegeunternehmen sehen sich langfristig außerstande, die weiter oben beschriebenen Serviceleistungen im bisher praktizierten Umfang zu erbringen. Insbesondere ist hier der Bereich der psychosozialen Betreuung betroffen. Daher sind die Betroffenen zunehmend gefordert, notwendige Betreuungsleistungen privat zu finanzieren.

Eine Möglichkeit zur Stützung der ambulanten Versorgung bietet das Pflegeleistungsergänzungsgesetz. Die Einrichtung von Betreuungsgruppen für Demente sowie Helfer/-innenkreise zur Entlastung der pflegenden Angehörigen im häuslichen Umfeld oder auch von Tagesbetreuung in Kleingruppen, wie sie in diesem Gesetz vorgesehen sind, könnte einen wesentlichen Beitrag zur Verbesserung der Versorgungssituation der Betroffenen und ihrer pflegenden Angehörigen leisten.

Hierzu ist die Rekrutierung von freiwilligen Helferinnen und Helfern, deren Schulung und Begleitung Voraussetzung. Wie bereits erwähnt wird diese Möglichkeit derzeit noch zu wenig genutzt. Aus den weiter oben dargelegten Gründen ist hier Information für Anbieter und Betroffene dringend erforderlich.

Die ebenfalls im Rahmen des Pflegeleistungsergänzungsgesetzes vorgesehene Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen für demenzkranke Pflegebedürftige in Form von Modellvorhaben zur Erprobung neuer Versorgungskonzepte scheitert derzeit noch an der Freigabe der hierfür vorgesehenen Fördergelder auf Landesebene.

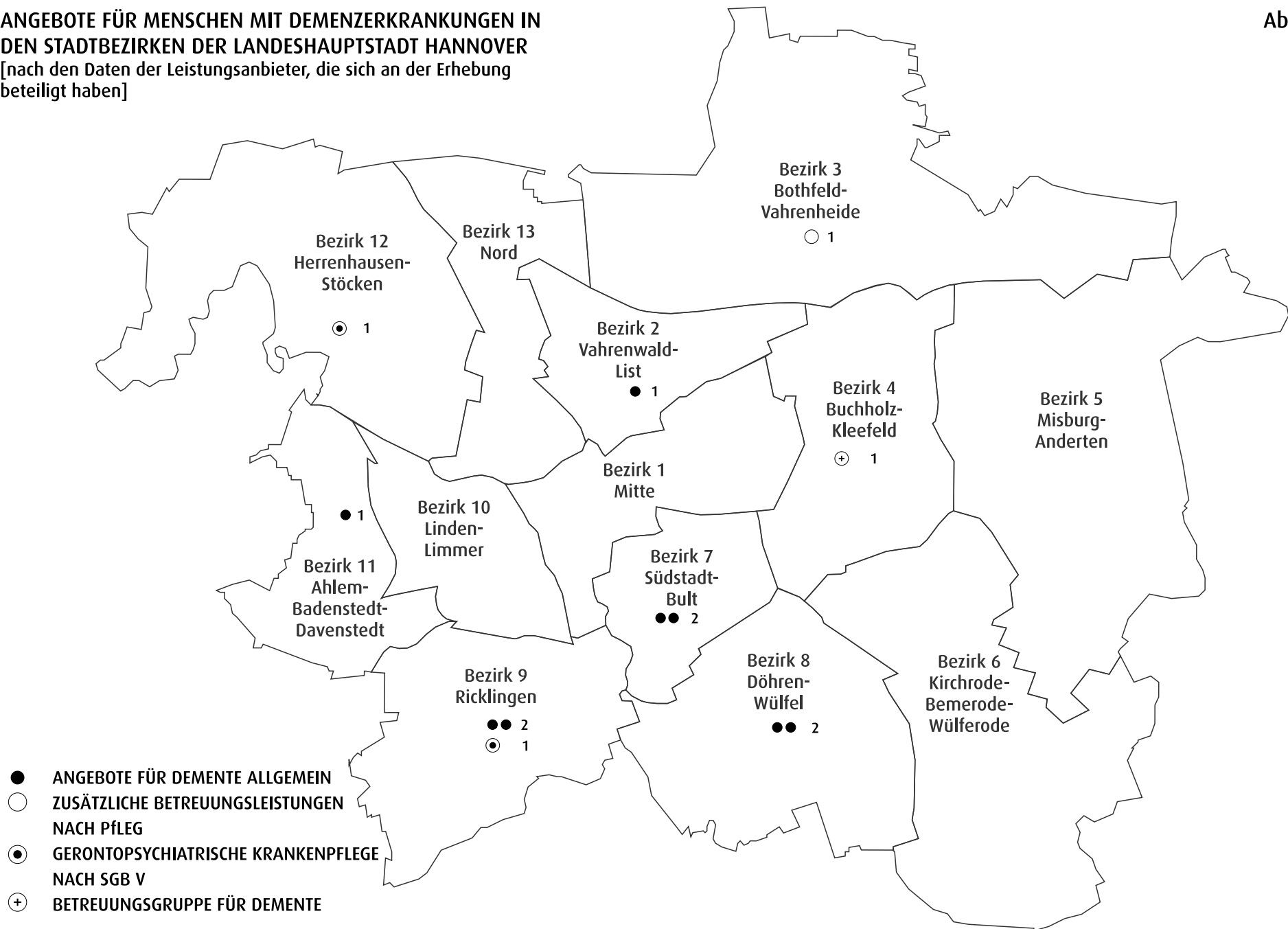
Eine weitere Möglichkeit die ambulante Versorgungssituation Demenzkranker wesentlich zu verbessern wäre die Aufnahme der gerontopsychiatrischen Krankenpflege gemäß SGB V in die Regelversorgung. Derzeit gibt es lediglich einen Anbieter in der gesamten Region Hannover, der diese Leistungen im Rahmen einer Vereinbarung mit den Krankenkassen unbefristet erbringen und abrechnen kann. Ein weiterer Anbieter steht diesbezüglich noch in Verhandlungen mit den Krankenkassen.

Im Hinblick auf den zu erwartenden Anstieg der Anzahl von Menschen mit Demenzerkrankungen steht außer Frage, dass eine Konsolidierung der ambulanten Pflege dringend erforderlich ist. Nur so kann die vorzeitige oder gar vermeidbare Heimunterbringung von Betroffenen verhindert und damit die wesentlich kostenintensivere Ausweitung der stationären Versorgung umgangen werden.

Angaben zu den, im Bereich der Dementenbetreuung, vorgehaltenen Angebote, sind dem Verzeichnis der Leistungsanbieter im Anhang zu entnehmen.

**ANGEBOTE FÜR MENSCHEN MIT DEMENZERKRANKUNGEN IN
DEN STADTBZIRKEN DER LANDESHAUPTSTADT HANNOVER**
[nach den Daten der Leistungsanbieter, die sich an der Erhebung
beteiligt haben]

Abb. 12



ANGEBOTE FÜR MENSCHEN MIT DEMENZERKRANKUNGEN IN 20 KOMMUNEN DER REGION HANNOVER

[nach den Daten der Leistungsanbieter, die sich an
der Erhebung beteiligt haben]

Abb. 13



- ANGBOTE FÜR DEMENTE ALLGEMEIN
- ZUSÄTZLICHE BETREUUNGSLEISTUNGEN NACH PFLEG

4.3.3 Versorgungssituation in den Pflegeheimen

Unabhängig von einer Gesamterhebung der 147 Pflegeheime mit insgesamt 11.044 Pflegebetten in der Region Hannover, die gesondert ausgewertet werden muss, wurden zum Thema „Demenzkranken in Pflegeheimen“ die Leistungsanbieter der stationären Einrichtungen am 29.01.2004 ein zweites Mal um ihre Mithilfe gebeten.

Vor dem Hintergrund der prognostischen Berechnung der Anzahl der Demenzkranken in der Region Hannover (s. Punkt 4.2.4 ff) war es von Interesse zu erfahren, wie viele Demente stationär begleitet werden. Weil bekannt ist, dass auch Bewohnerinnen und Bewohner aus anderen niedersächsischen Landkreisen und anderen Bundesländern in den Pflegeheimen der Region Hannover leben, musste hier eine entsprechende Differenzierung erfolgen.

Fachleute weisen darauf hin, dass sich Demente bezüglich ihrer Bedürfnisse von nichtdementen Heimbewohnern erheblich unterscheiden. Somit stellte sich die Frage, ob es in den Pflegeheimen Wohnbereiche gibt, die ausschließlich dementen Bewohnerinnen und Bewohnern vorbehalten sind. Wie bereits unter Punkt 4.1 erwähnt ist es für die Betroffenen und ihren Krankheitsverlauf von Bedeutung, dass eine Demenz diagnostisch gesichert und damit andere Krankheitsursachen ausgeschlossen wurden. Allerdings muss aufgrund von Hinweisen durch Fachleute davon ausgegangen werden, dass es in der Region Hannover keine flächendeckende medizinische Versorgung durch niedergelassene Ärzte aus den Fachbereichen Gerontopsychiatrie, Psychiatrie und Neurologie gibt.

An der Befragung haben sich von 147 Einrichtungen 68 (46,25%) Leistungsanbieter beteiligt. Aus den Kommunen haben 29 (19,72%) Anbieter und aus der Landeshauptstadt 39 (26,53%) Pflegeheimbetreiber vier Fragen beantwortet. Ein Anbieter teilte mit, dass er nicht bereit ist die gestellten Fragen zu beantworten.

4.3.3.1 Anzahl der Demenzkranken in den stationären Pflegeeinrichtungen

68 (46,25%) Leistungsanbieter teilten mit, dass in ihren Einrichtungen insgesamt 2.396 Demenzkranke leben. Davon wohnen 882 (36,81%) Demente in Pflegeheimen in den Kommunen und 1.514 (63,18%) Erkrankte in Einrichtungen in der Landeshauptstadt (s. Abb. 14).

Bezogen auf die unter Punkt 4.2.4 ff prognostizierte Anzahl von 14.638 Dementen entspricht das insgesamt einem Anteil von 16,36% Demenzkranken, die in stationären Pflegeeinrichtungen leben. Geht man allerdings davon aus, dass die bekannte Anzahl von 2.369 Dementen in 68 Einrichtungen lebt, dann entspricht das pro Pflegeheim einem Anteil von 35 dementen Bewohnerinnen und Bewohnern. Übertragen auf 147 Pflegeheime lässt das die Prognose zu, dass mindestens 5.179 (35,38%) Demenzkranke in den Pflegeheimen der Region Hannover wohnen. Bezogen auf die zur Zeit vorhandenen 11.044 Pflegebetten bedeutet das, dass 46,89% dieser Pflegeplätze mit Dementen belegt sind.

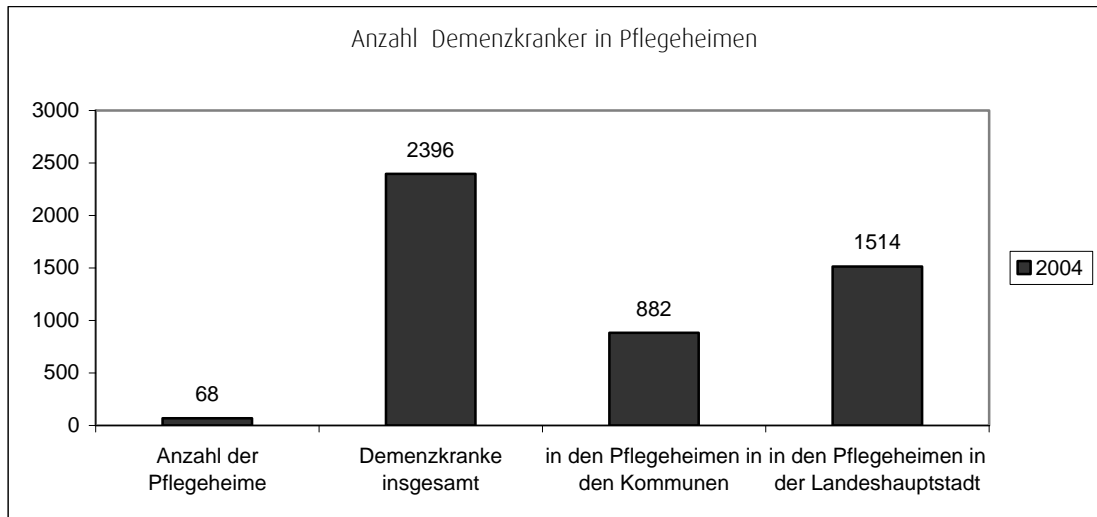
Gestützt wird diese Prognose dadurch, dass acht Leistungsanbieter mitteilten, dass der Anteil der dementen Bewohnerinnen und Bewohner in ihren Einrichtungen zwischen 35% und 90% liegt. In zwei gerontopsychiatrischen Fachpflegeeinrichtungen lag der Anteil der Demenzkranken bei 100%.

Im weiteren wurde darauf hingewiesen, dass ein nicht unerheblicher Anteil der Seniorinnen und Senioren in den Pflegeheimen suchtkrank sei. Konkret benannt wurde:

- Medikamentenabhängigkeit
- Alkoholabusus
- Abführmittelmisbrauch

Die aus diesen Suchterkrankungen resultierenden Mehrkosten, die durch höhere Pflegeaufwendungen entstehen, seien nicht unbeträchtlich. Es wird vorgeschlagen zukünftig diese Problematik im Pflegebericht zu berücksichtigen.

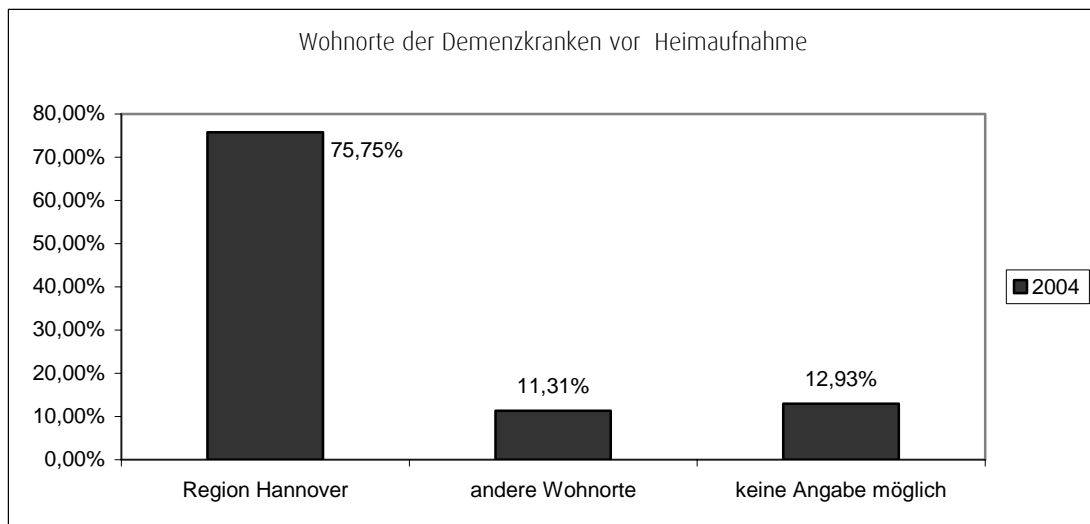
Abb. 14



4.3.3.2 Anzahl der Demenzkranken, die bereits vor der Aufnahme in ein Pflegeheim in der Region Hannover lebten

Vor ihrem Umzug in eine stationäre Pflegeeinrichtung wohnten 1.815 (75,75%) Seniorinnen und Senioren in der Region Hannover. Aus anderen Landkreisen in Niedersachsen oder anderen Bundesländern kamen 271 (11,31%) Personen. Von 310 Bewohnerinnen und Bewohnern konnte der ursprüngliche Wohnort nicht mehr nachvollzogen werden (s. Abb. 15).

Abb. 15



Bezogen auf die unter Punkt 4.3.3.1 berechnete Prognose muss davon ausgegangen werden, dass insgesamt 35,38% (5.179 Personen) der Demenzkranken in der Region Hannover in stationären Einrichtungen versorgt und begleitet werden. Der Prognose folgend ist zu erwarten, dass gegenwärtig 3.923 (75,75%) demente Heimbewohner vor der Heimaufnahme bereits in der Region Hannover wohnten und 1.255 (24,24%) demente Bewohnerinnen und Bewohner einen anderen Wohnort hatten.

In Verbindung mit der prognostizierten Anzahl demenzkranker Seniorinnen und Senioren im Jahr 2010 ist somit zu erwarten, dass in den kommenden Jahren mindestens 4.474 Bürgerinnen und

Bürger der Region Hannover mit einer Demenzerkrankung in Pflegeheimen zu versorgen sind. Dazu kommen voraussichtlich 1.433 Personen aus anderen Wohnorten. Somit muss zur Zeit davon ausgegangen werden, dass bis zum Jahr 2010 mindestens 5.907 Demenzkranke in den Pflegeheimen betreut werden müssen. Gegenüber den zur Zeit vorhandenen 11.044 Pflegebetten in der Region Hannover wird diese Entwicklung zur Folge haben, dass rund 54% der jetzt vorhandenen Pflegeheimplätze für Demente vorgehalten werden müssten. Angesichts der prognostizierten demographischen Entwicklung in der Region Hannover bleibt zu vermuten, dass der gegenwärtige Bestand an Pflegeheimplätzen in den kommenden Jahren nicht ausreichen wird. Dieser Situation könnte in der Form begegnet werden, dass bestehende Alternativen (s. Punkt 4.4.1 und 4.4.2) konsequent ausgebaut werden.

4.3.3.3 Wohnbereiche in den Pflegeheimen, die ausschließlich Dementen vorbehalten sind

Von den Leistungsanbietern, die an der Befragung teilgenommen haben, haben fünf Anbieter diese Frage nicht beantwortet.

Wie unter Punkt 4.3.3 erwähnt, unterscheiden sich die Bedürfnisse dementer Heimbewohner von nicht dementen Heimbewohner zum Teil erheblich. Angesichts der beständig ansteigenden Anzahl Demenzkranker in den stationären Pflegeeinrichtungen ist es nicht nur für die Kostenträger von Interesse zu wissen, wie die Leistungsanbieter auf diese Entwicklung reagieren.

17 (26,98%) Pflegeheime halten in den Einrichtungen Wohnbereiche mit 568 Plätzen vor, in denen ausschließlich Demente wohnen. Davon sind zwei Einrichtungen mit insgesamt 150 Plätzen gerontopsychiatrische Pflegeheime. In 46 (73,01%) Einrichtungen werden keine separaten Wohnbereiche für Demente vorgehalten. Es ist davon auszugehen, dass in diesen Einrichtungen Demente nach dem Konzept der „Integrierten Versorgung“ betreut werden (s. Abb. 16).

Es wurde allerdings auch deutlich, dass es Pflegeheime gibt, die alternative Betreuungsformen anbieten. So teilte eine Einrichtung mit, dass sie täglich von 07.30 bis 19.00 Uhr, inkl. an Sonn- und Feiertagen, eine eigene Betreuungsgruppe für demente Bewohnerinnen und Bewohner vorhält. Andere Anbieter verwiesen darauf, dass sie gegenwärtig eigene Wohnbereiche für Demente planen.

Zwei Anbieter machten deutlich, dass eigene Wohnbereiche für Demente nur dann sinnvoll sind, wenn die dementen Bewohner noch mobil sind.

Für einen Leistungsanbieter ergab sich hieraus die Konsequenz, dass er als Anbieter einer offenen Einrichtung Demente mit einer Weglauftendenz oder der Tendenz zur Selbstgefährdung in seiner Einrichtung nicht unterbringen kann.

Aus der kleinräumigen Betrachtung lässt sich erkennen, dass in der Landeshauptstadt deutlich mehr stationäre Pflegeanbieter Wohnbereiche ausschließlich für Demente anbieten als in den Kommunen. Diese Entwicklung unterstreicht möglicherweise die Tatsache, dass in den Einrichtungen der Landeshauptstadt erheblich mehr Demenzkranke leben als in den Pflegeheimen der Kommunen. Zum anderen kann diese Situation auch ein Indiz dafür sein, dass es für kleine Pflegeheime nicht rentabel ist, einen Wohnbereich ausschließlich für Demente vorzuhalten. So teilte z.B. eine Pflegeeinrichtung mit, dass sie insgesamt 17 Bewohnerinnen und Bewohner habe, die zum Teil dement sind und gemeinsam betreut werden (s. Abb. 17 und 18).

Abb. 16

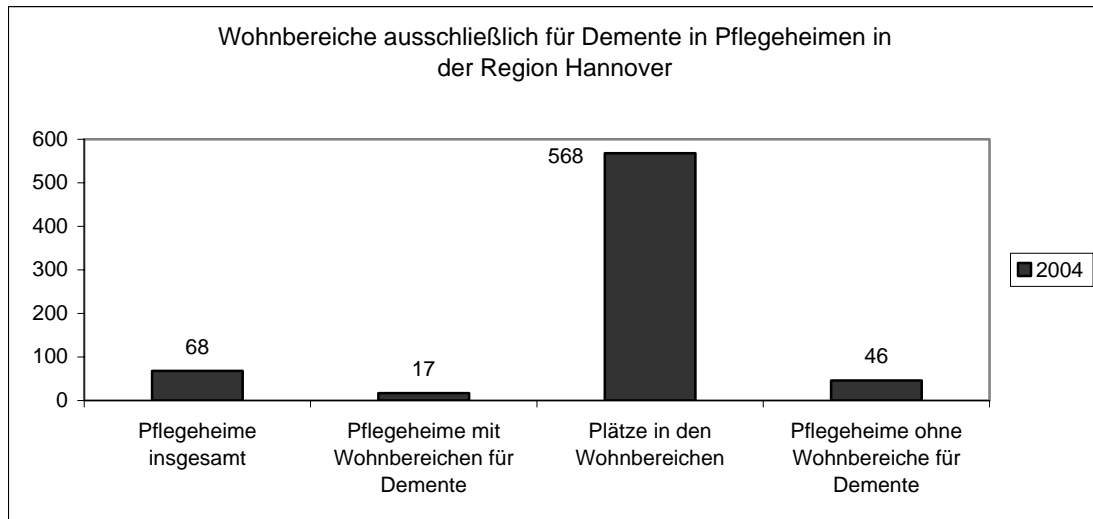


Abb. 17

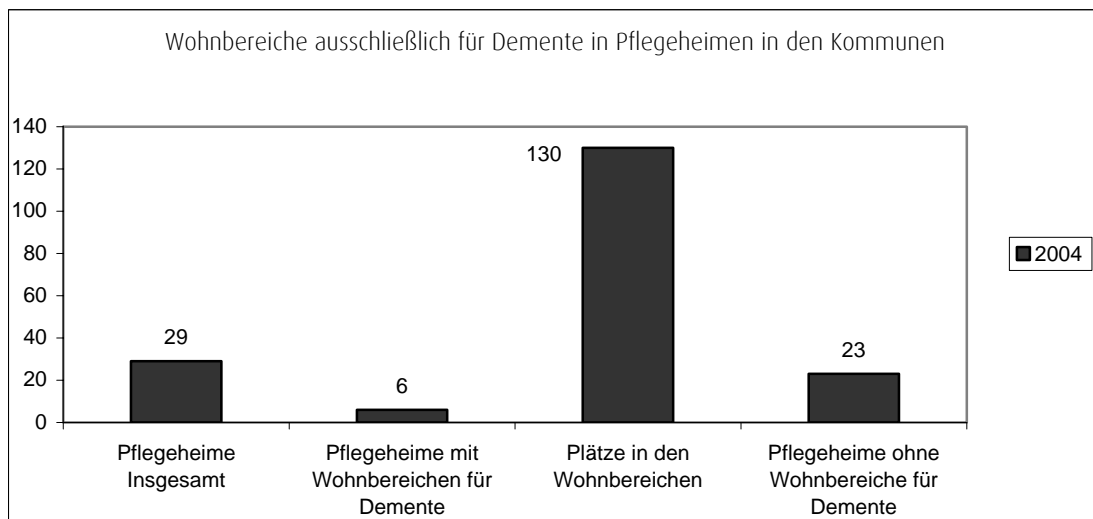
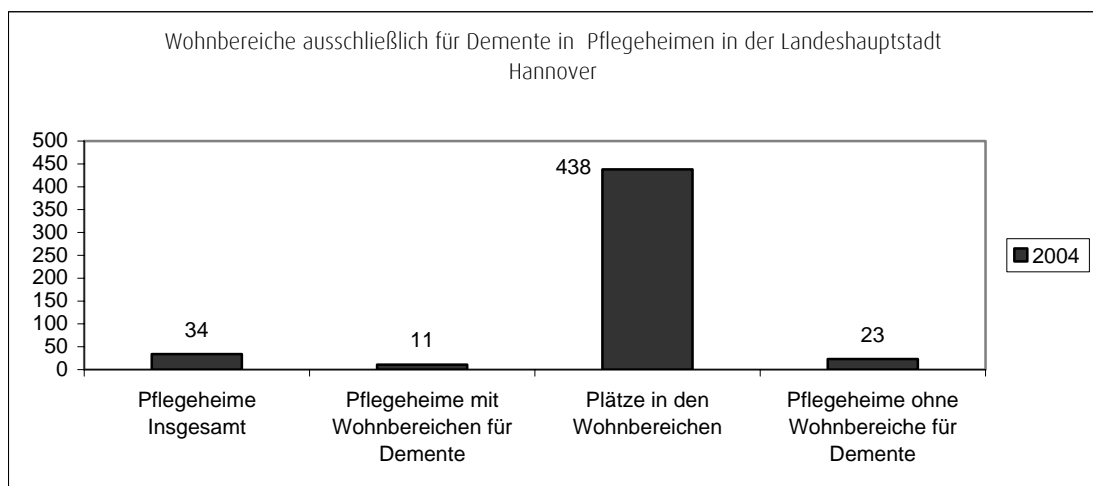


Abb. 18



4.3.3.4 Diagnose und Begleitung durch Fachärzte

Wie bereits unter Punkt 4.1 und unter Punkt 4.3.3 erwähnt, ist es für altersverwirrte Menschen und ihre zukünftige Lebensqualität von großer Bedeutung, dass die Ursache ihrer Verwirrtheit bekannt ist. Fachleute weisen sehr eindrücklich darauf hin, dass eine Verwirrtheit sehr unterschiedliche Gründe haben kann. So spielen hier neben Isolation und Einsamkeit u.a. auch Tumor-, Stoffwechsel- und Bluthochdruckkrankungen eine entscheidende Rolle. Werden diese und andere Ursachen erkannt und zeitnah behandelt, müssen die Erkrankten u. U. ein Leben in verwirrtem Zustand nicht ertragen.

Von den unter Punkt 4.3.3.1 erfassten 2.396 demenzkranken Bewohnerinnen und Bewohnern wurden 1.363 (56,88%) Demenzkranke von einem Facharzt für Gerontopsychiatrie, Psychiatrie oder Neurologie untersucht. In regelmäßiger fachärztlicher Behandlung und Begleitung befinden sich 987 (41,19%) demenzkranke Bewohnerinnen und Bewohner.

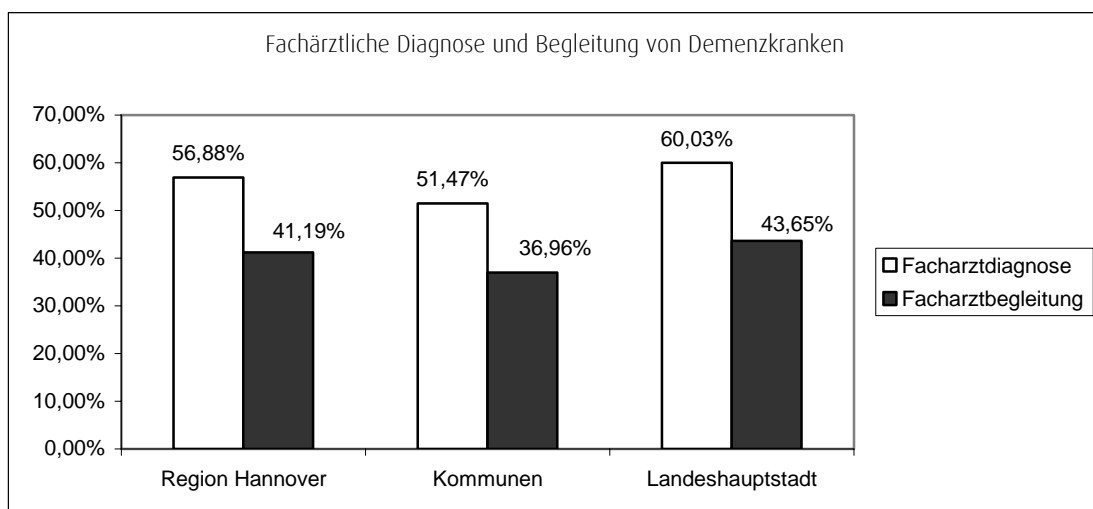
An dieser Stelle muss betont werden, dass es in der Region Hannover gerontopsychiatrische Fachpflegeeinrichtungen gibt, die altersverwirrte Bewohner nur dann aufnehmen, wenn die Diagnose „Demenz“ von einem Facharzt bestätigt wurde. In diesen Einrichtungen werden die Demenzkranken dann auch fachärztlich begleitet und behandelt.

Von den 882 Dementen in den Pflegeheimen der Kommunen wurden 454 (51,47%) Erkrankte einem Facharzt vorgestellt. Insgesamt werden 326 (36,96%) Demente fachärztlich begleitet. In den Pflegeheimen der Landeshauptstadt wurden von 1.514 Demenzkranken 909 (60,03%) Bewohnerinnen und Bewohner einem Facharzt vorgestellt. 661 (43,65%) Demente werden fachärztlich betreut (s. Abb. 19).

Diese Zahlen sollten dazu dienen, die fachärztliche Versorgung von Demenzkranken in der Region Hannover kritisch zu hinterfragen. Spiegeln sie doch wider, dass es selbst in Pflegeheimen mindestens 1.033 (43,11%) Demenzkranke gibt, die noch nie von einem Facharzt untersucht wurden.

Leistungsanbieter weisen darauf hin, dass es in der Region Hannover insbesondere zu wenige Gerontopsychiater gibt. Erschwert wird die Situation durch den Umstand, dass zu wenige Fachärzte bereit sind auch in Pflegeheimen Hausbesuche zu machen. Ein Grund hierfür könnte bei den Ärzten fehlende Zeitkapazität sein. Diese Vermutung wird durch den Hinweis unterstützt, dass die häufig sehr langen Wartezeiten bis zum ersten Arzttermin Angehörige und Betreuer davon abhalten, fachärztliche Unterstützung in Anspruch zu nehmen.

Abb. 19



4.3.3.5 Fazit

Durch die Erhebung wird deutlich, dass ca. ein Drittel der demenzkranken Menschen in der Region Hannover in Pflegeheimen untergebracht ist. Damit sind bereits heute schon mehr als 50% der vorhandenen Pflegebetten mit Dementen belegt. Hinsichtlich der demographischen Entwicklung in der Region Hannover macht diese Situation deutlich, dass zukünftig weitere Pflegeheimplätze nötig werden oder als Ergänzung alternative Möglichkeiten konsequent verfolgt und auf- bzw. ausgebaut werden müssen.

Hinsichtlich der bestehenden und der sich kontinuierlich entwickelnden Situation in den Pflegeheimen ist davon auszugehen, dass immer mehr Einrichtungen, entsprechend der ihnen zur Verfügung stehenden Mittel und Möglichkeiten, ihre Konzepte dem Bedarf anpassen werden. Im Interesse einer lückenlosen Versorgung wäre es wünschenswert, wenn ein Austausch über evtl. alternative Versorgungsangebote zugunsten einer teilstationären und ambulanten Versorgung stattfinden würde. In diesem Zusammenhang muss die Versorgungssituation in den Bereichen der Kurzzeit-, Verhinderungs- und Tagespflege durch eine weitere Erhebung untersucht werden.

Im weiteren wird der Eindruck bestätigt, dass es in der Region Hannover keine lückenlose fachärztliche Versorgung für Demente gibt. Auch unter finanziellen Gesichtspunkten sollte diese Situation mit den örtlichen Fachärzten und der Ärztekammer problematisiert werden. Ziel muss hierbei sein, dass allen älteren Menschen mit einer beginnenden und einer bereits bestehenden Altersverwirrtheit eine fachärztliche Diagnose, Therapie und Begleitung ermöglicht wird.

4.4 Alternative Wohn- und Versorgungsformen

4.4.1 Ambulante Gerontopsychiatrische Zentren

Bis zum 31. Mai 2003 wurde in der Landeshauptstadt Hannover im Trägerverbund mit Henriettenstiftung, Birkenhof und Caritasverband Hannover e.V. das Modellprojekt „Ambulante Gerontopsychiatrische Zentren“ durchgeführt. Das Modellprojekt war auf einen Zeitraum von drei Jahren festgelegt und wurde vom Bundesministerium für Gesundheit gefördert. Die wissenschaftliche Begleitung übernahm die Medizinische Hochschule Hannover, Arbeitsbereich Versorgungsforschung,

Die Ambulante Gerontopsychiatrischen Zentren (AGZ) waren angesiedelt in Hannover-Kirchrode, Herrenhausen-Burg und Hannover-Linden. Die Versorgung der Demenzkranken musste u.a. aus Kapazitätsgründen stadtteilbezogen erfolgen.

Für Demenzerkrankte, die durch das AGZ Linden begleitet wurden, begann die Unterstützung zunächst mit ersten Kontaktaufnahmen und vertrauensbildenden Maßnahmen. Im zweiten Schritt wurde dann das individuelle Versorgungsnetz der Erkrankten

- identifiziert
- aktiviert und
- erweitert.

Unterstützend wirkte sich ein Kleinprojekt aus, das die Finanzierung der gerontopsychiatrischen Krankenpflege nach dem SGB V, zunächst befristet für ein Jahr, ermöglichte. Dieses Projekt wurde vom AGZ Linden initiiert, Vertragspartner waren die AOK und die Betriebskrankenkassen.

(Seit Januar 2004 kann die Caritas-Sozialstation in Hannover-Wettbergen gerontopsychiatrische Krankenpflege nach SGB V als festen Bestandteil ihres Leistungsprofils anbieten)

Außerdem wurde die **FUGE** (Freiwillige Unterstützung Gerontopsychiatrisch Erkrankter) gegründet. Ihr oblag die Werbung, Schulung und Begleitung von ehrenamtlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern. Im weiteren wurden gemeinsame Seminare mit pflegenden Angehörigen und Ehrenamtlichen durchgeführt.

Darüber hinaus gehörten zu den Projektaufgaben:

- Kooperative Zusammenarbeit mit der Altenbegegnungs- und Beratungsstelle Lindenbaum, Hannover
- Mitarbeit in einem interdisziplinären Qualitätszirkel
- Durchführung von gerontopsychiatrischer Fachberatung in Sozialstationen und ambulanten Pflegediensten
- Mitarbeit in verschiedenen Gremien mit dem Ziel eine Vernetzung der Versorgungsmöglichkeiten auf struktureller Ebene zu erreichen.

Nach 1 ½ Jahren Projektlaufzeit wurde durch die Gerontopsychiatrische Abteilung des Niedersächsischen Landeskrankenhauses Wunstorf festgestellt, dass im Jahr 2000 in dieser Fachabteilung 169 Patientinnen und Patienten aus der Landeshauptstadt aufgenommen werden mussten und 379 Patientinnen und Patienten aus dem ehemaligen Landkreis Hannover. Zum Zeitpunkt dieser Feststellung waren in der Landeshauptstadt Hannover 18,3 % der Bevölkerung 65 Jahre und älter, im ehemaligen Landkreis Hannover waren es 16,4 %. Nach drei Jahren Projektzeit konnte, insbesondere durch die konzeptionelle Arbeit des AGZ Linden, der Beweis erbracht werden, dass die ambulante Versorgung Demenzkranker über einen vergleichsweise langen Zeitraum, unter Umständen auch bis zum Lebensende des Erkrankten, möglich ist. Im Weiteren wurde durch die Region Hannover festgestellt, dass durch diese Form der Versorgung und Begleitung der Sozialhilfeträger erhebliche fiskalische Mittel, wie sie regelmäßig durch Heimunterbringungen anfallen, nicht aufbringen musste.

Um einen wesentlichen Teil der Projektarbeit erhalten zu können, verständigten sich die Region Hannover und der Caritas Verband Hannover e.V. auf einen Kooperationsvertrag. Ziel dieser Kooperation ist es, in der Region Hannover ein möglichst lückenloses Versorgungsnetz zur ambulanten Versorgung von Dementen nach dem Konzept des AGZ Linden und unter Mitwirkung verschiedener Kostenträger aufzubauen. Damit soll erreicht werden, dass trotz der beständigen Zunahme an Demenzkranken eine Heimaufnahme der Betroffenen hinausgezögert bzw. ganz vermieden werden kann. Zum jetzigen Zeitpunkt muss davon ausgegangen werden, dass, sollte die Umsetzung des Projektes in der Region Hannover nicht gelingen, der Bau weiterer Pflegeheime notwendig wird. Mit dann steigenden Belegungszahlen werden auf den Sozialhilfeträger Kosten in einer nicht vorhersehbaren Größenordnung zukommen.

4.4.2 Wohngemeinschaften für Demente

Als eine neue Wohnform für Demente hat sich je eine Wohngemeinschaft in Hannover, Isernhagen HB und Hemmingen (OT Devese) etabliert. Hierbei handelt es sich um eine Wohnung und zwei Häuser, die von Angehörigen Demenzkranker angemietet wurden. In den Wohngemeinschaften teilen sich durchschnittlich acht Demente eine Wohnung bzw. ein Haus.

Mit der pflegerischen Betreuung haben die Angehörigen einen Fachpflegedienst beauftragt. Dieser Pflegedienst pflegt und betreut die Dementen täglich mindestens 12 Stunden. Realisiert werden aber auch Betreuungszeiten bis zu 24 Stunden, in diesen Fällen wird dann für die Nachtstunden eine sog. Schlafwache eingesetzt.

Die Mitglieder der Wohngemeinschaft sind größtenteils in eine der drei Pflegestufen nach § 15 SGB XI eingestuft. Entsprechend ihrer Wohnsituation beziehen sie von ihren Pflegekassen Sachleistungen, von denen die Pflegeleistungen des Pflegedienstes bezahlt werden. Im weiteren wird zwischen den Angehörigen und dem Pflegedienst eine sog. monatliche Pflegepauschale für fest definierte Betreuungsleistungen vereinbart, die sich wiederum an den individuellen Bedürfnissen des einzelnen Demenzkranken orientiert. Leistungen nach dem BSHG wurden in Einzelfällen an Mitglieder der Wohngemeinschaften bezahlt.

Nach der Auffassung von Fachleuten ist diese Wohnform für Demente eine individuelle und kostengünstige Alternative zur Unterbringung in einem Pflegeheim. Durch den Einsatz von Pflegefachkräften ist für die Erkrankten zum einen eine zwingend notwendige Tagesstruktur gewährleistet. Zum anderen können die Fachpflegekräfte in diesen vergleichsweise kleinen Wohngruppen auf die individuellen Fähigkeiten, Bedürfnisse und Veränderungen der Demenzkranken intensiv eingehen.

4.5 Zusammenfassung

Gegenwärtig ist davon auszugehen, dass in der Region Hannover ca. 14.600 demenzkranke Bürgerinnen und Bürger leben. Begründet mit der zur Anwendung gekommenen Berechnungsgrundlage von Herrn Dr. Horst Bickel kann unterstellt werden, dass in allen Kommunen und der Landeshauptstadt Hannover mindesten 7,2% der Menschen ab der Altersgruppe 65 Jahre und älter an einer Demenzerkrankung leiden. Bezogen auf die zum Teil erheblichen Unterschiede der Seniorenanteile in den Kommunen und den Stadtbezirken der Landeshauptstadt im Verhältnis zur jeweiligen Gesamtbevölkerung wurde festgestellt, dass Demenzkranke in allen Kommunen und Stadtbezirken leben. Somit handelt es sich um ein gesellschaftliches Problem, auf das unter sozialen sowie moralischen Gesichtspunkten reagiert werden muss.

Die Berechnung der Prognosen bis zum Jahr 2010 lassen für die Region Hannover eine beständige Zunahme der Anzahl der Demenzkranken erwarten. Diese Entwicklung macht es zwingend notwendig, dass von allen beteiligten Leistungs- und Kostenträgern akzeptable Versorgungsmöglichkeiten gefunden werden, die sich zum einen der demographischen Veränderung unserer Gesellschaft anpassen und zum anderen auf lange Sicht zu finanzieren sind. Auch die Region Hannover steht als Kostenträger der Sozialhilfe hier in einer besonderen Verpflichtung.

Zur Zeit ist festzustellen, dass es in der Region Hannover keine lückenlose Versorgungsstruktur für Demente gibt. Die vorhandenen Angebote reichen bereits heute schon nicht mehr aus. Durch die Erhebungen wurde u.a. deutlich, dass es zwischen den verschiedenen Leistungsanbietern und den Kommunen keine Kommunikationsebenen gibt. In Anbetracht der Situation sollte hier von den Verantwortlichen über einen „Runden Tisch“ auf regionaler Ebene nachgedacht werden mit dem Ziel, dass es zukünftig in allen Kommunen für Betroffene und deren Angehörige Informations- und Beratungsangebote gibt.

Um dem im SGB XI verankerten Grundsatz „Ambulant vor Stationär“ entsprechen zu können, bedarf es einer ausreichenden Anzahl von Pflegefachkräften, die bereit sind im ambulanten Bereich zu arbeiten. Voraussetzung hierzu ist allerdings die Anerkennung und die angemessene Vergütung für die erbrachten Leistungen. Zu dieser Thematik konnte festgestellt werden, dass es in der Region Hannover einen sehr großen Handlungsbedarf gibt. Neben der Förderung von fachlicher Weiterqualifizierung der Pflegefachkräfte, ist u.a. auch die Durchsetzung der gerontopsychiatrischen Krankenpflege als Regelleistung schon heute unabdingbar.

Im Bereich der stationären Versorgung wurde deutlich, dass gegenwärtig mindestens ein Drittel aller Dementen in der Region Hannover in Pflegeheimen leben. Dieses beinhaltet, dass bereits heute schon mindestens 50% der Bewohner/innen in den Pflegeheimen demenzkrank sind. Hinsichtlich der weiteren Entwicklung bis zum Jahr 2010 ist damit zu rechnen, dass dann rund zwei Drittel aller heute vorhandenen Pflegeheimplätze von Demenzkranken benötigt werden. In Verbindung mit der demographischen Entwicklung wird an dieser Stelle deutlich, dass der Sozialhilfeträger für die Unterbringungskosten in Pflegeheimen zukünftig Ausgaben in einer bisher nicht vorstellbaren Größenordnung zu erwarten hat. Die im Rahmen einer Reform der Pflegeversicherung bisher angedachte Einbeziehung demenziell erkrankter Menschen in die Leistungen der Pflegeversicherung durch einen pauschalen Zeitzuschlag von 30 Minuten täglich wird nicht zu einer Entlastung der Sozialhilfeträger führen, da die im Raum stehende Angleichung der Sachleistungsbeträge von ambulant und stationär erheblich höhere Mehrausgaben auf die kommunale Ebene verschieben würde.

Es ist davon auszugehen, dass sich im Erhebungszeitraum insgesamt 6.532 (44,62%) Demenzkranke in stationärer oder ambulanter Pflege befanden. Im Umkehrschluss bedeutet das, dass in der Region Hannover 8.106 (55,38%) demenziell erkrankte Seniorinnen und Senioren ohne Hilfe und Begleitung durch Fachleute als Single oder bei ihren Familien leben. Diese Zahlen unterstreichen noch einmal den dramatisch hohen Hilfebedarf.

Erschwert wird die gegenwärtige Situation durch den Umstand, dass es in der Region Hannover für demenziell Erkrankte offenbar keine lückenlose medizinische Versorgung durch Fachärzte für Geron-

topsychatrie, Psychiatrie oder Neurologie gibt. Anders lässt sich nicht erklären, dass selbst in den Pflegeheimen 43,11% der Erkrankten noch nie von einem entsprechenden Facharzt untersucht wurden.

Um das Ziel einer möglichst lückenlosen Versorgung erreichen zu können, muss zum einen über alternative Versorgungsmöglichkeiten nachgedacht werden. Zum anderen müssen aber auch bestehende Alternativen, wie z. B. Gerontopsychiatrische Zentren oder sog. Dementen-WG's ausgebaut und gefördert werden.

Abschließend soll noch einmal darauf hingewiesen werden, dass das Risiko an einer Demenz zu erkranken Hochaltrigkeit ist. In unserer Zeit ist es den Erkenntnissen und den Leistungen von Medizin und Forschung zu verdanken, dass die Lebenserwartung der Menschen in der industrialisierten Welt beständig ansteigt. Aus diesem Grunde soll das vorliegende Kapitel zu kritischem Nachdenken über die aufgezeigten Handlungsfelder zum Wohle der Menschen, die bereits erkrankt sind und die in Zukunft erkranken werden, anregen.

5. Pflegeüberleitung

5.1 Einleitung

Im § 4 des Krankenpflegegesetzes von 1985 hat der Gesetzgeber erstmalig Krankenpflege als einen Prozess definiert. Das bedeutet in der praktischen Umsetzung, dass sich die Pflege eines erkrankten Menschen an seinen individuellen Bedürfnissen orientieren muss. Daraus ergibt sich, dass z.B. ein im Krankenhaus beginnender Krankenpflegeprozess nicht automatisch mit der Entlassung aus dem Krankenhaus endet. Insbesondere dann nicht, wenn bei dem erkrankten Menschen ein über den Krankenhausaufenthalt hinausgehend erkennbarer Hilfe- und Pflegebedarf besteht.

Durch eine erste Erhebung der Beratungs- und Leistungsangebote der ambulanten Pflegedienste im ehemaligen Landkreis Hannover im Jahr 2001, durch Gespräche mit Krankenhaussozialarbeitern/innen und Pflegedienstleitungen in den Krankenhäusern sowie durch das Angebot des Service-Telefons der Pflege-Infos, zeichneten sich insbesondere dann Brüche in der Kontinuität der pflegerischen Versorgung ab, wenn ein Patient mit Hilfe- und Pflegebedarf in die Häuslichkeit entlassen werden sollte. An den Schnittstellen von Krankenhauspflege und häuslicher Pflege wurden Problematiken deutlich, die sich für alle Beteiligten zulasten von Qualität und Wirtschaftlichkeit auswirkten. So wurde z.B. gerade von den Pflegedienstleitungen der Krankenhäuser auf eine große Anzahl von sog. „Dreh-Tür-Patienten“ hingewiesen.

Berichte aus DRG* -Einführungsländern (DRG: Diagnosis Related Groups) verdeutlichen, dass mit Inkraft-Treten des Gesundheitsmodernisierungsgesetzes (GMG) Patientinnen und Patienten nicht nur deutlich schneller als bis dahin bekannt und üblich aus dem Krankenhaus zu entlassen sein würden, sondern dass zukünftig auch chronisch kranke und ältere Menschen, mit einem z.T. deutlich größeren Hilfe- und Pflegebedarf, schneller als bisher in die eigene Häuslichkeit entlassen würden.

Die sich aus dieser gesetzlichen Veränderung ergebende Entwicklung verdeutlichte zum einen die Notwendigkeit, dass Pflegefachkräfte Aufgaben des sog. Schnittstellenmanagements übernehmen müssen. Zum anderen wurde aber auch deutlich, dass die Bereiche der stationären Krankenhauspflege und der ambulanten Pflege, im Interesse der Patientinnen und Patienten und eines funktionierenden Krankenpflegeprozesses, eng mit einander kooperieren müssen. Die Kooperation zwischen den Pflegebereichen und den Krankenhaussozialdiensten wurde an dieser Stelle als Selbstverständlichkeit vorausgesetzt.

Die Arbeitsgruppe „Pflegeüberleitung“, seit September 2003 eine AG der Pflegekonferenz der Region Hannover, begegnete dieser Problematik in einem ersten Schritt mit der Erarbeitung einer „Checkliste Krankenhausentlassung“, die im Jahr 2003 im Seniorenratgeber der Region Hannover veröffentlicht wurde (s. Abb. 1 und 2). Mit dieser Checkliste soll Betroffenen und deren Angehörigen ein Hilfsmittel zur Verfügung gestellt werden, an dem sie sich orientieren und informieren können.

Der Initiative und dem Engagement einzelner Mitglieder der AG Pflegeüberleitung war es zu verdanken, dass ab Januar 2003 in einem Krankenhaus der Region Hannover Pflegeüberleitung auf der Grundlage des § 45 SGB XI in Verbindung mit einem Konzept den Patientinnen und Patienten als Serviceleistung angeboten werden konnte. Mittlerweile wird allen Patientinnen und Patienten, die sich in den Krankenhäusern der Region Hannover oder im Klinikum Hannover behandeln lassen, wenn auch mit unterschiedlichen Konzepten, im Bedarfsfall Pflegeüberleitung als kostenlose Serviceleistung angeboten. Eine wissenschaftliche Begleitung dieses Projektes ist durch das Fraunhofer-Institut, Arbeitswirtschaft und Organisation, Stuttgart, vorgesehen.

Aktivitäten zur Überleitung finden nicht nur in kommunalen Krankenhäusern statt. Seit Oktober 2002 wird z. B. von den Diakoniestationen Hannover gGmbH im Krankenhaus der Henriettenstiftung Überleitungspflege angeboten

*Das deutsche DRG-System und der Einfluss auf die poststationäre ambulante und stationäre Pflege, Dr. N. Roeder, Dr. B. Rochell, bpa-Magazin, Ausgabe 01/2003

Checkliste Krankenhausentlassung

Sie liegen im Krankenhaus und werden **nach Hause** entlassen. Sie benötigen jedoch weiterhin Pflege und Unterstützung.

Was können Sie oder Ihre Angehörigen tun, um die notwendigen Hilfen zu organisieren?

Zunächst sollten Sie gemeinsam mit dem Pflegepersonal, dem Stationsarzt und Ihren Angehörigen überlegen, in welchen Bereichen des täglichen Lebens Sie Pflege und Unterstützung benötigen, wenn Sie wieder zu Hause sind.

Ich brauche Unterstützung:

- beim Aufstehen/Zubettgehen
- bei der Körperpflege
(Waschen/Zahnpflege/Kämmen/Rasieren)
- beim An- und Ausziehen
- beim Toilettengang
- beim Wechsel von Windeln
- beim Wechsel/Entleeren des
Urinbeutels/Stomabeutels
- bei der mundgerechten Zerteilung der
Nahrung und bei der Nahrungsaufnahme
- beim Gehen und Treppensteigen
in der Wohnung
- beim Verlassen und Wiederauf-
suchen der Wohnung, Treppensteigen zur
Wohnung
- bei hauswirtschaftlichen Verrichtungen
 - Putzen
 - Spülen
 - Wäsche waschen
 - Kochen
 - Einkaufen

Ich benötige Hilfsmittel und/oder Pflegehilfsmittel wie z.B.

- Pflegebett
- Nachtstuhl
- Gehhilfen, Rollator
- Rollstuhl
- Windeln, Urinbeutel
- andere

Nächste Schritte:

- Wenn Sie festgestellt haben, in welchen
Bereichen Sie auf Hilfe und Unterstüt-
zung angewiesen sind, wenden Sie sich an
den Sozialdienst des Krankenhauses in
dem Sie liegen. *Aufgaben des Sozialdienstes sie-
he nächste Seite*
- Sie können vorab mit Ihren Angehöri-
gen klären, ob jemand dabei sein soll,
wenn Sie mit dem Sozialdienst sprechen.
 - Ja
 - Nein
 Wer:
- Wenn Sie bereits in eine Pflegestufe ein-
gruppiert sind oder einen Antrag auf
Einstufung bei Ihrer Pflegekasse gestellt
haben, kann die Überleitung vom Kran-
kenhaus in ihr häusliches Umfeld von
einem/einer Pflegeberater/in organisiert
und begleitet werden.
- Klären Sie auch, ob Angehörige oder
Nachbarn Ihnen möglicherweise unter-
stützend zur Seite stehen können, wenn
Sie wieder zu Hause sind.
 - Angehörige/r
 - Nachbar/in
 - Andere
- Informieren Sie ihren **Hausarzt!**
- Nehmen Sie Kontakt zu einem
Pflegedienst Ihrer Wahl auf!

Weitere Informationen erteilen

- Ihre Kranken- und Pflegekasse
- der Sozialdienst Ihrer Stadt/Gemeinde
- der Kommunale Senioren Service Hannover
- Pflege-Infos Region Hannover

Der Krankenhaussozialdienst berät Sie:

- zu Fragen der **häuslichen Krankenpflege**. Sie erhalten die **Adressen von Pflegediensten** und anderen **mobilen Hilfsdiensten**, die an ihrem Wohnort tätig sind. Sie können frei wählen, welchen der Dienste Sie in Anspruch nehmen wollen.
- Zur **Kurzzeitpflege**, wenn Sie vorerst noch mehr Pflege und Unterstützung benötigen, als in ihrem häuslichen Umfeld möglich ist.
- Zu Fragen des **Betreuungsrechts**.
- Zur Organisation von Anschlussheilbehandlungen und Rehabilitationsmaßnahmen.
- Zu Leistungsansprüchen gegenüber **Kranken- und Pflegekassen** sowie **Sozialämtern**.
- Zur **Antragstellung** bei **Kranken- und Pflegekassen** sowie **Sozialämtern**.
- Zur Beschaffung von **Hilfsmitteln** wie z.B. Toilettenstuhl, Pflegebett, Rollator, Rollstuhl.
- Bei der Suche nach **einem Platz in einem Alten- und Pflegeheim**. Sie erhalten Adressen und Telefonnummern von Alten- und Pflegeheimen in ihrem Umfeld.

Der/die Pflegeberater/in für Pflegeüberleitung:

- besucht Sie im Krankenhaus, um mit Ihnen zu klären, in welchen Bereichen Sie weiter Unterstützung brauchen, wenn Sie wieder zu Hause sind.
- Organisiert den reibungslosen Übergang vom Krankenhaus, aus der Reha-Klinik, der Kurzzeitpflege oder ähnlichen Institutionen, in Ihr häusliches Umfeld.
- Besucht Sie nach der Entlassung zu Hause, um mit Ihnen zu klären, ob Sie mit den vorher organisierten Hilfen zurechtkommen, oder ob Sie weitere Unterstützung benötigen.
- Kann Sie auf Wunsch ein zweites mal zu Hause besuchen, wenn Sie Fragen haben oder Pflegeprobleme auftreten.
- Wenn Sie bereits eine Pflegestufe haben oder den Antrag auf Eingruppierung in eine Pflegestufe bei Ihrer Pflegekasse gestellt haben, entstehen Ihnen durch die Besuche der/des Pflegeberaterin/-beraters keine Kosten.

Ihr/e Hausarzt/-ärztin prüft:

- Ob Sie eine Verordnung über häusliche Krankenpflege benötigen.
- Ob Sie eine Verordnungen über Behandlungspflege benötigen (wie z.B. Injektionen, Medikamentenüberwachung, Verbandwechsel, Wechsel von Blasenkathetern).
- Ob Sie Rezepte für Medikamente und/oder Heilmittel (z.B. Krankengymnastik) benötigen.
- Ob Sie Hilfsmittel benötigen (wie Nachtstuhl, Pflegebett u.ä.).

Die Pflegekasse Ihrer Krankenkasse ist Ansprechpartner, wenn:

- Sie Fragen zur Pflegeversicherung haben (z.B. Leistungsansprüche auf Kostenübernahme von Kurzzeitpflege, Tagespflege, stationärer Pflege, häuslicher Pflege).
- Sie einen Antrag auf Eingruppierung in eine Pflegestufe stellen wollen (Einstufung, Höhergruppierung).

Ihre Krankenkasse ist zuständig (prüft, entscheidet und bewilligt), wenn:

- Ihr/e Hausarzt/Hausärztin ihnen eine Verordnung über häusliche Krankenpflege und/oder ein Rezept über Hilfsmittel ausgestellt hat.
- Ihr/e Hausarzt/Hausärztin Ihnen eine Verordnung über Behandlungspflege ausgestellt hat (z.B. Verbandwechsel, Injektionen, Katheterwechsel u.s.w.).
- Sie an einer Anschlussheilbehandlung oder Rehabilitationsmaßnahme teilnehmen sollen.

Der Sozialhilfeträger ist Ansprechpartner, wenn:

- die Leistungen der oben genannten Kostenträger nicht gewährt werden, nicht ausreichen und eigene Mittel nicht verfügbar sind. Sie haben dann die Möglichkeit beim örtlichen Sozialamt einen Antrag auf „Hilfe zur Pflege“ zu stellen.

5.2 Was ist das – Überleitungspflege und Pflegeüberleitung?

Bezug nehmend auf eine Definition des Institut für Pflegewissenschaften an der Universität Bielefeld¹ „ist Pflegeüberleitung keine „Überleitungspflege“. Diese begriffliche Unterscheidung ist keineswegs spitzfindig. Sie soll vielmehr verdeutlichen, dass es sich um Aufgabenfelder mit jeweils anderer Schwerpunktsetzung handelt, die aufgrund ihrer personellen Zuordnung, organisatorischen Anbindungen und ihres Leistungsprofils getrennt betrachtet werden sollen. „Überleitungspflege“ kennzeichnet eher die am Patienten erbrachte Dienstleistung, d.h. die unmittelbare Betreuung des Patienten durch Pflegekräfte, die ihn beim Übergang von der einen Betreuungsform in die andere zumindest zeitweise begleiten. Dieser Ansatz stößt, bezogen auf das Allgemeine Krankenhaus, auf erhebliche organisatorische und leistungsrechtliche Hindernisse und dürfte schon aus diesem Grunde Seltenheitswert besitzen“.

Pflegeüberleitung versteht sich als Lösungsansatz für verschiedene Schnittstellenprobleme. Sie soll dazu beitragen, dass die Patientin und der Patient beim Übergang vom Krankenhaus in die ambulante Pflege alle notwendigen Leistungen zeitgerecht und entsprechend ihres/seines individuellen Hilfebedarfes erhält, um einem Bruch in der Qualität der Betreuung bzw. der pflegerischen Leistungen vorzubeugen.

Pflegeüberleitung umfasst Beratungs-, Management- und Schulungsaufgaben. Darin enthalten sind die Begeleitung, Moderation und Kontrolle sowie die notwendige Unterweisung von Pflegepersonen im Rahmen des Prozesses der Überleitung von Patientinnen und Patienten. Die damit beauftragten Pflegefachkräfte erbringen keine pflegerischen Leistungen am Patienten. Idealerweise haben sie eine Fachweiterbildung absolviert und können sich als Pflegeberater ausweisen. Die Anzahl der Patientinnen und Patienten, für die ein Pflegeberater zuständig ist, kann pro Jahr mehrere Hundert Personen umfassen.

Ziel der Pflegeüberleitung ist es, die Kontinuität der Pflege beim Übergang der/des Patientin/Patienten vom Krankenhaus in die häusliche Versorgung sicherzustellen. Entsprechend dem individuellen Pflegebedarf einer Patientin/eines Patienten sollen personelle, fachliche und materielle Voraussetzungen geschaffen werden, damit die betroffene Person zum einen in der eigenen Häuslichkeit versorgt werden kann und zum anderen die Selbsthilfefähigkeiten wiedererlangt werden bzw. erhalten bleiben.

Aus dieser Zielsetzung ergeben sich für die Pflegeberater zwei wesentliche Aufgabenbereiche:

- Wenn ein/e Patient/Patientin in die Häuslichkeit entlassen wird, muss gewährleistet sein, dass alle notwendigen Voraussetzungen für eine sach- und fachgerechte Versorgung ohne zeitliche Verzögerungen erfüllt sind. Hierzu gehören neben der Abklärung, ob eine Pflegeperson im Sinne des SGB XI zur Verfügung steht und notwendige Leistungsanbieter aus den medizinischen, pflegerischen und komplementären Bereichen zur Verfügung stehen, auch die Sicherstellung von notwendigen Hilfsmitteln wie z.B. ein Pflegebett oder eine Gehhilfe. Von besonderer Bedeutung ist für die Betroffenen und die Leistungserbringer immer auch die Ausschöpfung und Sicherstellung aller notwendigen Finanzierungsmöglichkeiten.
- Mit der Pflegeüberleitung soll Kontinuität bezüglich des Krankenpflegeprozesses und damit auch ein hohes Qualitätsniveau der Pflege gewährleistet werden. Dazu ist es notwendig das bereits vorhandene pflegerische Wissen über eine/n Patientin/Patienten für die Pflege nach der Krankenhausentlassung nutzbar zu machen, damit die Versorgung in geeigneter Weise fortgeführt werden kann. An dieser Stelle werden die Pflegeberaterinnen und -berater zur Vermittlungsinstanz. Sie sorgen für einen geeigneten Informationsaustausch, knüpfen ein

¹ Schriftenreihe des Institut für Pflegewissenschaft (1996): Pflegeüberleitung in Nordrhein-Westfalen. Konzeptionelle Entwicklungen, Problemfelder und Anforderungen

Versorgungsnetz und stellen den Kontakt zwischen den maßgeblich an der häuslichen Versorgung Beteiligten her.

Pflegeüberleitung in der hier beschriebenen Weise wird in den Krankenhäusern der Region Hannover und im Klinikum Hannover durch Pflegeberaterinnen und Pflegeberater angeboten, die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter verschiedener Pflegedienste sind. Entscheidend für das Angebot ist u.a., dass es sich um eine Leistung handelt, welche die Pflegeberater/innen direkt mit einer Pflegekasse abrechnen. Außerdem ist sicherzustellen, dass der Pflegedienst der/des Pflegeberaterin/Pflegeberaters die Weiterversorgung der übergeleiteten Patienten und Patientinnen nicht übernimmt. Ausnahmen kann es nur in dem Rahmen geben, dass die betroffenen Patienten/innen bereits vor dem Krankenhausaufenthalt durch den Pflegedienst der Pflegeberater/in versorgt wurden. Die Pflegeberaterinnen und Pflegeberater haben sich verpflichtet auf der Grundlage des modifizierten Expertenstandards Entlassungsmanagement in der Pflege zu arbeiten (s. Abb. 3).

Standard zum Entlassungsmanagement in der Pflege der Krankenhäuser der Region Hannover

Standardaussage: Jeder Patient mit einem poststationären Pflege- und Unterstützungsbedarf erhält ein individuelles Entlassungsmanagement zur Sicherung einer kontinuierlichen bedarfsgerechten Versorgung

Begründung: Versorgungsbrüche bei der Entlassung bergen gesundheitliche Risiken und führen zu unnötiger Belastung von Patienten und ihren Angehörigen sowie zu hohen Folgekosten. Mit einem frühzeitigen und systematischen Assessment sowie Beratungs-, Schulungs- und Koordinationsleistungen trägt die Pflegefachkraft dazu bei, Versorgungskontinuität herzustellen.

Struktur	Prozess	Ergebnis
Die Einrichtung S1a – verfügt über eine schriftliche Verfahrensregelung für ein multidisziplinäres Entlassungsmanagement. Sie stellt sicher, dass die für ihre Patientengruppen erforderlichen Einschätzungskriterien, Assessment- und Evaluationsinstrumente vorliegen. Die Pflegefachkraft S1b – beherrscht die Auswahl und Anwendung von Instrumenten zur Einschätzung des erwartbaren Versorgungs- und Unterstützungsbedarfs nach der Entlassung.	Die Pflegekraft P1 – führt mit Patienten und ihren Angehörigen unverzüglich nach der Aufnahme eine erste kriteriengeleitete Einschätzung des zu erwartenden Unterstützungsbedarfs durch. Diese Einschätzung wird bei Veränderung des Krankheits- und Versorgungsverlaufs aktualisiert. - nimmt bei erwartbarem poststationärem Unterstützungsbedarf ein differenziertes Assessment mit dem Patienten und seinen Angehörigen mittels eines geeigneten Instruments vor.	E1 Eine aktuelle, systematische Einschätzung des erwartbaren poststationären Unterstützungs- und Versorgungsbedarfs liegt vor.
S2 – verfügt über Planungs- und Steuerungswissen in Bezug auf das Entlassungsmanagement.	P2 – entwickelt in Abstimmung mit dem Patienten und seinen Angehörigen sowie den beteiligten Berufsgruppen unmittelbar im Anschluss an das differenzierte Assessment eine individuelle Entlassungsplanung	E2 Eine individuelle Entlassungsplanung liegt vor, aus der die Handlungserfordernisse zur Sicherstellung einer bedarfsgerechten poststationären Versorgung hervorgehen.
S3 – verfügt über die Fähigkeiten, Patient und Angehörige in Bezug auf den poststationären Pflegebedarf zu beraten und zu schulen sowie die Koordination der weiteren an der Schulung und Beratung beteiligten Berufsgruppen vorzunehmen.	P3 – gewährleistet für den Patienten und seine Angehörigen eine bedarfsgerechte Beratung und Schulung.	E3 Patient und Angehörigen sind bedarfsgerechte Beratung und Schulung angeboten worden, um veränderte Versorgungs- und Pflegeerfordernisse bewältigen zu können.
S4 – Ist zur Koordination des Entlassungsprozesses befähigt und autorisiert.	P4 – stimmt in Kooperation mit dem Patienten und seinen Angehörigen sowie den intern und extern beteiligten Berufsgruppen und Einrichtungen rechtzeitig den voraussichtlichen Entlassungstermin und den Unterstützungsbedarf des Patienten ab. - bietet den Mitarbeitern der weiterbetreuenden Einrichtung eine Pflegeübergabe unter Einbeziehung des Patienten und seiner Angehörigen an.	E4 Mit dem Patienten und seinen Angehörigen sowie den weiterversorgenden Berufsgruppen und Einrichtungen sind der Entlassungstermin sowie der Unterstützungs- und Versorgungsbedarf abgestimmt.
S5 – verfügt über die Fähigkeiten zu beurteilen, ob die Entlassungsplanung dem individuellen Bedarf von Patient und Angehörigen entspricht.	P5 – führt mit dem Patienten und seinen Angehörigen spätestens 24 Stunden vor der Entlassung eine Überprüfung der Entlassungsplanung durch. Bei Bedarf werden Modifikationen eingeleitet.	E5 Die Entlassung des Patienten ist bedarfsgerecht vorbereitet.
S6 – ist befähigt und autorisiert, eine abschließende Evaluation der Entlassung durchzuführen.	P6 – nimmt stichprobenartig eine Evaluation der Entlassungsplanung vor.	E6 Der Patient und seine Angehörigen haben die geplanten Versorgungsleistungen und bedarfsgerechte Unterstützung zur Bewältigung der Entlassungssituation erhalten.

Quelle: Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege
 modifiziert

5.3 Das Modell Laatzen

Auf der Grundlage des § 45 SGB XI, Pflegekurse für Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen, wurde zwischen einem Berufsverband und einer Pflegekasse eine Rahmenvereinbarung abgeschlossen, die zum 01.09.2001 in Kraft getreten ist.

Den Mitgliedern des Berufsverbandes wurde damit die Möglichkeit eröffnet das Leistungspaket „Pflegeüberleitung“ anzubieten, das sich inhaltlich in drei Elemente gliedert.

- Pflegeüberleitung:
Auf Wunsch der Patientin/des Patienten findet ein Erstkontakt mit der Pflegeberaterin/dem Pflegeberater im Krankenhaus, in der Reha-Klinik, in der Kurzzeitpflege oder anderen Einrichtungen der stationären Versorgung statt. Die dann anstehende Beratung umfasst alle anfallenden Fragen der häuslichen Versorgung. Ein zweiter Besuch findet in der Häuslichkeit der Patientin/des Patienten statt. Neben einer weiterführenden Beratung werden individuelle Schulungen für pflegende Angehörige oder ehrenamtliche Pflegepersonen durchgeführt.
- Individuelle Schulungen
Sollten in der häuslichen Pflegesituation für die Angehörigen und/oder die Ehrenamtlichen Fragen und/oder Pflegeprobleme auftreten, kann ein weiteres Mal die Pflegeberaterin/der Pflegeberater angefordert werden. Während des Besuches werden weiterführende Lösungsmöglichkeiten vermittelt.
- Pflegekurse für alle Interessierten an der Pflege
Mit diesem Element wird allen an der häuslichen Pflege interessierten Personen, unabhängig davon, ob sie selber pflegende Angehörige sind, in Kleingruppen (8 – 12 Personen) pflegerisches Grundwissen vermittelt. Die Kurse umfassen einen Zeitrahmen von 12 Doppelstunden und werden von der Pflegeberaterin/dem Pflegeberater organisiert und durchgeführt. Externe Dozenten wie z.B. Apotheker und Krankengymnasten vervollständigen das Angebot.

Die Pflegeberaterin/der Pflegeberater ist eine Pflegefachkraft mit einer entsprechenden Zusatzqualifikation, kann mindestens zwei Jahre Berufserfahrung nachweisen und verfügt über Kenntnisse und Erfahrungen in der ambulanten Pflege.

Basierend auf dieser Rahmenvereinbarung entwickelte ein ambulanter Pflegedienst aus der Stadt Laatzen ein Konzept, das nach Abschluss eines Kooperationsvertrages mit einem Krankenhaus in dieser Stadt umgesetzt wurde

Kernstück darin ist die enge Kooperation mit den Pflegefachkräften der stationären Pflege, dem Krankenhaussozialdienst und der Pflegeberaterin/dem Pflegeberater.

In der praktischen Umsetzung des Konzeptes stellen die Pflegefachkräfte der Krankenhausstation bei einer/einem Patientin/Patienten mit Hilfe eines Pflegeanamnesebogens, idealerweise innerhalb von 24 Stunden nach Krankenhausaufnahme, den konkreten Pflegebedarf fest.

Wurde ein Pflege- und Unterstützungsbedarf festgestellt, der voraussichtlich auch nach der Krankenhausentlassung besteht, wird im Rahmen des Entlassungsmanagements der Patientin/dem Patienten die Hinzuziehung einer/eines Pflegeberaterin/Pflegeberaters vorgeschlagen. Ist die Patientin/der Patient mit diesem Vorgehen einverstanden, wird die Pflegeberaterin/der Pflegeberater umgehend, möglichst innerhalb von 24 Stunden, in der Regel zwei bis drei Tage vor dem geplanten Entlassungstermin, per Konsil durch die zuständige Pflegefachkraft eingeschaltet.

An dieser Stelle muss ausdrücklich darauf hingewiesen werden, dass die Pflegeberaterin/der Pflegeberater im Krankenhaus selber kein Büro hat. Der Kontakt wird über die heute üblichen Medien wie z.B. Telefon und Telefax hergestellt oder über ein Postfach, das sich im Krankenhaus befindet.

Sollte sich im Verlauf des oben ausgeführten Verfahrens zeigen, dass die Patientin/der Patient nicht mehr in die eigene Häuslichkeit zurück kehren kann, wird umgehend der Krankenhaussozialdienst eingeschaltet.

Übernimmt die Pflegeberaterin/der Pflegeberater die Pflegeüberleitung, wird die Entlassungsplanung so dokumentiert, dass die zuständige Pflegefachkraft im Krankenhaus darauf Zugriff hat. Entsprechend dem Grundsatz, dass die/der Patientin/Patient bezüglich aller notwendigen Leistungserbringer das Wahlrecht hat, liegt die Entscheidung, welcher Pflegedienst zukünftig in der Häuslichkeit die Pflege und Versorgung übernehmen wird, einzig und alleine bei der Patientin/dem Patienten. Den Nachweis hierüber muss die Pflegeberaterin/der Pflegeberater jederzeit erbringen können. Entsprechend führen sie Statistiken, die durch das Krankenhaus und/oder die Region Hannover abrufbar sind.

Nach einer kurzen Anlaufphase wurde das Laatzen Modell regional, national sowie international bekannt und anerkannt. Als das „praktikabelste Modell“ soll es im Juni 2004 auf dem Hauptstadtkongress „Pflege“ in Berlin vorgestellt werden.

Zwischenzeitlich hat der Initiator des Laatzen Modells mit Pflegeberaterinnen und Pflegeberatern aus drei weiteren Pflegediensten die AG Pflegeberater gegründet. In der AG wurden die Arbeitsgrundlagen für eine vergleichbare Pflegeüberleitungskultur in den Krankenhäusern der Region Hannover und dem Klinikum Hannover erarbeitet. Gegenwärtig wird das Modell Laatzen im Klinikum Hannover sowie in zwei Krankenhäusern der Region Hannover praktiziert. In einem dritten Krankenhaus der Region wird das Modell zum Teil umgesetzt.

5.3.1 Modell Laatzen, Leistungserfassung 2003

Ausgangssituation

- Ein Krankenhaus mit 270 Betten, davon
 - zwei Internistische Kliniken
 - zwei Chirurgische Kliniken
 - einer konservativen Neurologischen Klinik
 - sowie HNO-Belegbetten

Der Überleitungsbedarf in den häuslichen Bereich wurde für das Jahr 2003 mit 100 Patienten angesetzt.

Ergebnis²

Durch die Pflegeberaterin/den Pflegeberater wurden im Jahr 2003 insgesamt

- 192 Patientinnen und Patienten in die Häuslichkeit übergeleitet
- pro Patientin/Patient hatte die Pflegeberaterin/der Pflegeberater drei Termine
- insgesamt wurden 31 Sozial- und Diakoniestationen und ambulante Pflegedienste für die Weiterversorgung in der Häuslichkeit von den Patientinnen und Patienten ausgewählt
- jede/r fünfte Patientin/Patient musste in eine Pflegestufe eingruppiert werden
- für jede/n vierte/n Patientin/Patienten wurde in der Häuslichkeit Hilfsmittel benötigt.

² Quelle: Bremermann, Judith, Pflegeberaterin, Laatzen
Grote, Peter, Pflegeberater, Isernhagen
Jankowski, Elisabeth, Sozialarbeiterin, Laatzen
Lehnert, Jürgen, Pflegedirektor, Laatzen
Zipperling, Frank-Peter, Pflegeberater, Laatzen

Als sog. „Dreh-Tür-Patienten“ kamen in dem zugrundeliegenden Jahr drei Patienten in das Krankenhaus zurück, was einem Anteil von 1,56% entspricht. Davon lehnten zwei Patienten das Angebot der Pflegeüberleitung ab und ein Patient litt an einem unkalkulierbaren Krankheitsbild.

Parallel zur Pflegeüberleitung in den häuslichen Bereich wurden durch den Krankenhaussozialdienst insgesamt 948 Patientinnen und Patienten in andere Institutionen übergeleitet, davon wurden:

- 167 Patientinnen und Patienten in Pflegeheime verlegt
- 61 Patientinnen und Patienten in eine Kurzzeitpflegeeinrichtung übergeleitet
- 714 Patientinnen und Patienten in Einrichtungen für Anschlussheilbehandlungen, Frührehabilitation oder Geriatrische Rehabilitation verlegt
- 6 Patientinnen/Patienten in ein Hospiz verlegt

Unabhängig von den oben genannten Zahlen wurden für 116 Patientinnen und Patienten Betreuungen nach dem Betreuungsgesetz eingeleitet.

Außerdem lehnten 14 Patientinnen und Patienten für sich das Angebot der Pflegeüberleitung sowie Sach- und Kombileistungen nach § 36 und § 38 SGB XI ab. Statt dessen beantragten sie mit Hilfe des Krankenhaussozialdienstes die Eingruppierung in eine Pflegestufe und beanspruchten für sich die Leistung von Pflegegeld gemäß § 37 SGB XI.

5.4. Krankenhaussozialdienst

Aus den vorstehenden Punkten wird deutlich, dass Pflegeüberleitung eine Aufgabe des Schnittstellenmanagements ist, die von Pflegefachkräften übernommen wurde. Zwangsläufig wird an dieser Stelle die Frage nach dem Verhältnis zu Aufgaben und Tätigkeiten des Krankenhaussozialdienstes gestellt. Die Entlassungsvorbereitung und Nachbetreuung gehören traditionell zum Aufgabenprofil des Sozialdienstes im Krankenhaus. Entsprechend wird die Einführung der Pflegeüberleitung in den Krankenhäusern als ein konkurrierendes Angebot gesehen, was nicht selten zu Konflikten führt.

Auf der Grundlage des § 112, Abs. 1 Punkt 4 und 5, SGB V, Zweiseitige Verträge und Rahmenempfehlungen über Krankenhausbehandlung, gibt es heute in allen Krankenhäusern der Region Hannover und dem Klinikum Hannover Sozialdienste³.

Im § 112 SGB V sieht der Gesetzgeber u.a. vor, dass die Landesverbände der Krankenkassen und der Landeskrankenhausesgesellschaft Verträge abschließen um sicherzustellen, dass Art und Umfang der Krankenhausbehandlung den Anforderungen dieses Gesetzbuches entsprechen. Für das Land Niedersachsen haben die Landesverbände der Krankenkassen und die Niedersächsische Krankenhausesgesellschaft auf der Grundlage des oben genannten Paragraphen einen Vertrag abgeschlossen. Dieser Vertrag besagt in § 15, Soziale Beratung und Betreuung der Versicherten; Krankenhausesseelsorge, „Die Krankenhausbehandlung umfasst die soziale Beratung und Betreuung der Versicherten.“ Im Weiteren wurde im § 17 Abs. 3, Rehabilitationsberatung und Mitteilung der Rehabilitationsmaßnahmen, geregelt, dass die Beratung der Versicherten die Beratung durch den Krankenhausarzt – ggf. unterstützt durch Sozialdienste – umfasst.

Die Tradition der Krankenhausesfürsorge reicht bis in die Mitte des 19. Jahrhunderts zurück. Der erste Sozialdienst soll von Richard Cabot in einem amerikanischen Krankenhaus eingerichtet worden sein. Die Anfänge des Krankenhaussozialdienstes beinhalteten, bezüglich ihrer Zielsetzung, Ansätze zur Sicherstellung einer psychosozialen Begleitung im Krankenhaus sowie einer über den Krankenhausaufenthalt hinausgehenden Nachsorge.

³ Anders als z.B. in Hessen, Thüringen oder Nordrhein-Westfalen wurde die Einrichtung eines Krankenhaussozialdienstes im Niedersächsischen Krankenhausgesetz nicht festgeschrieben.

In Deutschland wird Krankenhausfürsorge spätestens mit Beginn des 20. Jahrhunderts angeboten. Obwohl es vorübergehend Bestrebungen gab diese Aufgaben in der Sozialmedizin zu etablieren, hat sie sich zu einer Domäne der Sozialarbeit und Sozialpädagogik entwickelt.

Heute sind die Krankenhaussozialdienste in den Krankenhäusern integriert, zumeist im Bereich der Krankenhausverwaltungen. Eine Studie, die 1986 in Nordrhein-Westfalen durchgeführt wurde, stellte hierzu aber auch fest, dass die Sozialdienste nicht selten als isolierte Stabsstellen in den Krankenhausbetrieb eingebunden sind.

Laut der Empfehlungen der Deutschen Vereinigung für den Sozialdienst im Krankenhaus e.V.(DVSK)⁴ sollte der Personalbedarf an Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeitern nach Fallzahlen pro Stelle berechnet werden. Der DVSK weist in seiner Mitgliederinformation vom 19.02.2003 auf Schwierigkeiten hin, die im Einzelfall mit einer zahlenmäßigen Zuordnung verbunden sind, gibt aber Anhaltswerte heraus, die die derzeitige Situation abbilden soll. Danach werden als durchschnittlicher Zeitaufwand für die Betreuung eines Patienten ca. 160 Brutto-Minuten zugrunde gelegt. Auf der Grundlage einer Nettojahresarbeitszeit von 1.580 Stunden kann ein/e Sozialarbeiter/Sozialarbeiterin ca. 600 Fälle im Jahr in einem Krankenhaus der Grund- und Regelversorgung betreuen.

Geht es um die Beratung und Begleitung von Patientinnen und Patienten in den Fachbereichen Neurologie, Onkologie und Geriatrie, muss von einem durchschnittlichen Zeitaufwand von ca 200 –240 Brutto-Minuten ausgegangen werden. Das entspricht 400 – 500 Fällen pro Jahr und Vollzeitstelle. Als Ausnahmebereiche, in denen die Patientinnen und Patienten einen höheren Bedarf an den Leistungen der Sozialarbeit haben, werden als Beispiel Fachbereiche für Transplantation oder AIDS genannt. Die Autoren der Empfehlung weisen ausdrücklich darauf hin, dass in den genannten Brutto-Minuten-Werten sowohl die direkte patientenbezogene Zeit mit ca. 50 –60 % enthalten ist, als auch alle weiteren zur Aufgabenerfüllung erforderlichen Tätigkeiten. Das bedeutet, dass 40-50% der angegebenen Zeit pro Fall direkte Beratungszeit am Patienten/an der Patientin einnimmt und damit den Netto-Wert darstellt.

Wie die Zahlen unter Punkt 5.2 belegen, muss davon ausgegangen werden, dass die tatsächlichen Fallzahlen je Vollzeitstelle und Sozialarbeiter/in deutlich über den Empfehlungen des DVSK liegen. Außerdem gehen Fachleute seit langem davon aus, dass mit in kraft treten des Gesundheitsmodernisierungsgesetzes (GMG) und der damit verbundenen kürzeren Krankenhausverweildauer zunehmend mehr Patientinnen und Patienten die Leistungen des Krankenhaussozialdienstes in Anspruch nehmen und nehmen werden.

Im Interesse einer patientenorientierten und wirtschaftlich ausgerichteten Krankenhausbehandlung wird an dieser Stelle die dringend notwendige Entlastung der Krankenhaussozialdienste deutlich. Eine Entlastung der Dienste durch Kooperation mit einer anderen Berufsgruppe ist u.a. vor dem Hintergrund naheliegend, als dass der DVSK in seiner Rahmenempfehlung zur Einrichtung von Stellen im Krankenhaussozialdienst im Akutkrankenhaus u.a. Kooperationsaufgaben mit allen beteiligten Berufsgruppen innerhalb und außerhalb des Krankenhauses benennt. Somit gehört interdisziplinäres Arbeiten zum Aufgabenprofil von Krankenhaussozialarbeiter/innen.

In einem Positionspapier zum Entlassungsmanagement schreibt die Deutsche Vereinigung für Sozialarbeit im Gesundheitswesen (DVSG) im Februar 2004 unter der Überschrift „Klinische Sozialarbeit“: „In fast allen Landeskrankenhausgesetzen ist die Beratung der Patienten und ihrer Angehörigen sowie die Vermittlung in nachstationäre Rehabilitation und Pflege als originäre Aufgabe des Sozialdienstes fest geschrieben. Dies ist sinnvoll, da nicht die Art der Erkrankung (medizinische Aspekte) oder der Grad der Pflegebedürftigkeit (pflegerische Aspekte) über die angemessene Form der nachstationären Versorgung entscheidet, sondern die Tragfähigkeit des individuellen sozialen Netzes.“

⁴ Deutsche Vereinigung für Sozialarbeit im Krankenhaus e.V., seit dem 29.10. 2003 Deutsche Vereinigung für Sozialarbeit im Gesundheitswesen e.V., Mainz

Will ein Krankenhaus, entsprechend dem GMG, wirtschaftlich arbeiten, muss es jede/n Patientin und Patienten nicht nur effektiv sondern auch effizient versorgen. Daraus resultiert u.a., dass insbesondere ältere Menschen mit zunehmend größer werdenden Hilfe- und Pflegebedarfen entlassen werden. Wie schon unter Punkt 5.1 erwähnt, ist der vom Gesetzgeber gewollte Pflegeprozess somit nicht automatisch mit der Krankenhausentlassung abgeschlossen. Daraus resultiert, dass der Grad der Pflegebedürftigkeit bei der Entlassung eines Patienten, ganz besonders auch aus wirtschaftlicher Sicht des Krankenhauses, einen nicht unerheblichen Stellenwert hat. Denn verschlechtert sich die Gesundheitssituation einer/eines Patientin/Patienten in der Häuslichkeit, z.B. aufgrund mangelnder oder unzureichender Pflege, und muss er darum als sog. „Dreh-Tür-Patient“ erneut aufgenommen werden, entsteht dem Krankenhaus ein wirtschaftlicher Schaden. Dieses beinhaltet, dass in der heutigen Zeit nicht nur die individuelle Tragfähigkeit des sozialen Netzes einer/eines Patientin/Patienten über die nachstationäre Versorgung entscheidet. Eine ganz wesentliche Rolle übernimmt an dieser Stelle auch Pflege mit der Entwicklung eines individuellen Pflegenetzwerkes, das im Rahmen des Pflegeprozess den Bedürfnissen der/des Patientin/Patienten entsprechen muss.

An dieser Stelle wird deutlich, dass sich Krankenhaussozialarbeit und Pflegeüberleitung nicht gegenseitig ausschließen, sondern dass es sich um eine sinnvolle und notwendige sowie gleichberechtigte Kooperation handelt. So wie man seit Jahren in der Rehabilitation das sog. „therapeutische Team“ kennt, ist es heute aufgrund der Veränderungen im Gesundheitswesen unumgänglich, dass im Rahmen des Entlassungsmanagements der Krankenhaussozialdienst und die Pflegeüberleitung als interdisziplinäres Team zusammenarbeiten.

5.5 Zusammenfassung

Entsprechend gesellschaftlicher und betriebswirtschaftlicher Maßstäbe hat jede Patientin und jeder Patient Anspruch auf eine gut vorbereitete und optimal koordinierte Überleitung aus dem Krankenhaus in den häuslichen Bereich. Damit dieses im Sinne der Gesetze im Gesundheitswesen möglich wird, ist die Etablierung der Pflegeüberleitung als Bindeglied zwischen der Pflege im Krankenhaus und im häuslichen Bereich unumgänglich. Wie das Beispiel des Laatzener Modells nach einem Jahr zeigt, konnte die Anzahl der sog. „Dreh-Tür-Patienten“ auf ein überschaubares Maß reduziert werden. Außerdem konnte in allen Fällen der Grund für die erneute Aufnahme nachvollzogen werden, was für die betriebswirtschaftliche Planung des Krankenhauses von Bedeutung ist.

Die gute Übertragbarkeit des Laatzener Modells auf andere Krankenhäuser lässt sich seit Anfang dieses Jahres im Klinikum Hannover beobachten. Dem gegenüber stehen vier Pflegeüberleitungskonzepte, die gegenwärtig in vier Krankenhäusern der Region Hannover praktiziert werden. Erste Ergebnisse und Erfahrungen liegen noch nicht vor. Um auf der einen Seite eine nachvollziehbare Vergleichbarkeit herstellen zu können und auf der anderen Seite den Wirkungsgrad von Pflegeüberleitung erkennen zu können, ist im Klinikum Hannover und in den Krankenhäusern der Region Hannover eine wissenschaftliche Begleitung durch das Fraunhofer Institut, Stuttgart, vorgesehen.

Die vom Gesetzgeber gewollten Veränderungen im Gesundheitswesen machen eine Kooperation zwischen Krankenhaussozialdienst und Pflegeüberleitung als gleichberechtigte Partner unabdingbar. Wie die Aufgabenstellungen dieser Bereiche zeigt, sind im Interesse von Patientinnen und Patienten sowie für eine Umsetzung des Grundsatzes „Ambulant vor Stationär“ Krankenhaussozialdienst und Pflegeüberleitung Arbeitsgebiete, die sich optimal ergänzen und unterstützen können. Der Erfolg dieser Kooperation wird allerdings in einem hohen Maße davon abhängen, inwieweit die Kooperationspartner den Kompetenzbereich des anderen kennen und sich selber als Mitglieder eines interdisziplinären Teams begreifen.

Hinsichtlich einer zukünftigen Entwicklung wird der Erfolg der Pflegeüberleitung davon abhängen, ob in den Kommunen und der Landeshauptstadt sowohl die quantitativen als auch die qualitativen ambulanten Leistungsangebote so vorhanden sind, dass sie die Nachfrage abdecken können. Wie die vorausgegangenen Kapitel gezeigt haben, gibt es in diesen Versorgungsbereichen durchaus Defizite, die aufgearbeitet werden müssen. Diese beziehen sich insbesondere auf den sog. Niedrigschwelligen Bereich aber auch auf Angebote im Bereich der Fachkrankenpflege (s. das Verzeichnis der ambulanten Pflegedienste sowie der Diakonie- und Sozialstationen im Anhang). Gegenwärtig wird sowohl von Pflegeberater/innen als auch von pflegenden Angehörigen immer wieder berichtet, dass ganz besonders in den beiden oben genannten Versorgungsbereichen die Nachfrage größer ist als das Angebot. Damit Pflegeberater/innen für die Patientinnen und Patienten ein den individuellen Bedürfnissen angepasstes Versorgungsnetz entwickeln können, benötigen sie den Zugriff auf ein umfassendes, tragfähiges und zuverlässiges Leistungsangebot.

Ausblick

Die Fortschreibung des vorliegenden Pflegeberichtes ist gemäß § 4 NPflegeG in zeitlich regelmäßigen Abständen geplant. Es sollen auch zukünftig Themenschwerpunkte bearbeitet werden die für die pflegerische Versorgung der Bürgerinnen und Bürger in der Region Hannover von besonderer Bedeutung sind.

Mit dem ersten Pflegebericht werden sowohl umfangreiche demografische Daten und Prognosen, als auch aktuell vorgehaltene pflegerische Versorgungsstrukturen präsentiert. Die Ausführungen belegen Versorgungslücken, die es zu schließen gilt, wenn der im Pflegeversicherungsgesetz formulierte Grundsatz „ambulant vor stationär“ handlungsleitend bleiben soll.

Insbesondere für die Betreuung Demenzkranker werden regionsweit keine ausreichenden ambulanten Pflege- und Hilfsangebote vorgehalten. Wenn die Versorgung jedoch weiterhin überwiegend von Angehörigen übernommen werden soll, müssen unterstützende und entlastende Angebote geschaffen werden, die für die Betroffenen finanzierbar sind. Eine besondere Bedeutung kommt hier der ehrenamtlichen Arbeit zu, die u. a. mit Hilfe der durch die Pflegekonferenz eingesetzten Arbeitsgruppe „Demenz“ organisiert werden soll.

Dem Pflegebericht ist zu entnehmen, dass bis zum Jahr 2010 Menschen im Alter von 69 bis 74 Jahren die größte Seniorengruppe sein werden. Um eine qualitativ angemessene Altenhilfe zu gewährleisten ist zu prüfen, ob die vorhandenen Versorgungsangebote im Allgemeinen den Bedürfnissen und Lebensentwürfen der potenziell Betroffenen genügen. In diesem Zusammenhang könnte auch die Bereitschaft zur Pflege durch Angehörige untersucht werden.

Auch in der Bevölkerungsgruppe der Migrantinnen und Migranten wird der Seniorenanteil bis zum Jahr 2010 steigen. Ein auf kulturelle Bedürfnisse zugeschnittenes Konzept mit konkreten Empfehlungen für eine kultursensible Altenhilfe erfordert weitere detaillierte Erhebungen zur Situation der Migrantinnen und Migranten und ihren Pflegebedürfnissen.

Entsprechende Erhebungen können jedoch nur mit wissenschaftlicher Unterstützung durchgeführt werden, eine Kooperation mit der Evangelischen Fachhochschule Hannover ist wünschenswert..

Die vorstehend genannten Punkte könnten Kernpunkte des nächsten Pflegeberichtes sein. Die inhaltlichen Schwerpunkte des regelmäßig zu erstellenden Pflegeberichtes werden in der Pflegekonferenz der Region Hannover beschlossen.

Bis zur Fortschreibung des Pflegeberichtes bleibt zu beobachten, welche Handlungsschritte durchgeführt werden und wie sie sich auswirken, bzw. welche Folgen aus defizitären Versorgungsstrukturen resultieren.