

RAHMENPLANUNG DER PFLEGERISCHEN VERSORGUNGSSTRUKTUR BIS 2026

Hamburg

Rahmenplanung der pflegerischen Versorgungsstruktur bis 2026

Hamburg | Sozialbehörde

Inhalt

Zusammenfassung 5

1 Einleitung **6**

2 Rechtliche Rahmenbedingungen **8**

2.1 Leistungsverbesserungen 8

2.2 Pflegebedürftigkeitsbegriff 8

2.3 Einheitliche Personalbemessung 9

2.4 Rahmenbedingungen für die Pflegeberufe 9

2.5 Stärkung der intensivpflegerischen Versorgung 10

3 Bevölkerung und Pflegebedürftigkeit **11**

3.1 Bevölkerungsentwicklung 11

3.2 Entwicklung der Pflegebedürftigkeit bis 2019 12

3.3 Prognose der Pflegebedürftigkeit 17

4 Fachthemen **19**

4.1 Personalsituation in der Langzeitpflege 19

4.1.1 Statistische Auswertungen 19

4.1.2 Maßnahmen zur Personalgewinnung und -bindung 23

4.1.2.1 Weiterentwicklung der Gesundheits- und Pflegeassistenz (GPA) 23

4.1.2.2 Bessere Bezahlung von Pflegekräften in der Langzeitpflege 23

4.1.2.3 Hamburger Allianz für die Pflege 24

4.1.2.4 Maßnahmen zur Gewinnung von Pflegekräften 24

4.1.2.5 Maßnahmen zur Bindung von Pflegekräften 25

4.2 Pflegende Angehörige 26

4.2.1 Die Pflege älterer Menschen durch ihre Angehörigen 26

4.2.2 Pflegende Eltern 29

4.2.3 Kinder und Jugendliche, die sich um pflegebedürftige Angehörige kümmern 30

4.3 Quartiersorientierung in der Pflege 31

4.4 Pflege in der vielfältigen Gesellschaft 34

4.4.1 Lesbische, schwule, bisexuelle, trans* und intergeschlechtliche Menschen (LSBTIQ*) 34

4.4.2 Kultursensible Pflege 36

4.4.3 Ausblick: Pflege in der vielfältigen Gesellschaft 39

4.5 Menschen mit demenziellen Erkrankungen 40

4.6 Digitalisierung 41

4.7 Qualitätssicherung in der pflegerischen Versorgung 42

5 Versorgungsbereiche **45**

5.1 Information und Beratung 45

5.1.1 Hamburger Hausbesuch 45

5.1.2 Pflegestützpunkt und Beratungszentrum für ältere, pflegebedürftige und körperbehinderte Menschen 47

5.1.3 Weitere Beratungsstellen 50

5.1.3.1 Hamburger Koordinationsstelle für Wohn-Pflege-Gemeinschaften 50

5.1.3.2 Alzheimer-Telefon 51
5.1.3.3 Beratungsstelle CHARON 51
5.1.3.4 Beratungszentrum für technische Hilfen und Wohnraumanpassung 51
5.1.3.5 Beratung nach § 3 HmbWBG durch die Wohn-Pflege-Aufsicht 52
5.1.3.6 Fachstelle Pflege ohne Zwang 52
5.1.3.7 Pflegenotruf 52
5.1.4 Hamburger Pflegekompass 52
5.2 Unterstützungs- und Entlastungsangebote 53
5.2.1 Angebote zur Unterstützung im Alltag (HmbPEVO) 53
5.2.1.1 Helferinnen- und Helferkreise, Betreuungsgruppen 54
5.2.1.2 Servicestelle Nachbarschaftshilfe 55
5.2.1.3 Hilfen im Haushalt durch haus- oder familienpflegerische Dienste 56
5.2.2 Tagespflege 57
5.2.3 Kurzzeitpflege 58
5.2.4 Servicewohnen 60
5.3 Ambulante Pflege 62
5.4 Kleinräumige Wohn- und Versorgungsformen für Menschen mit Assistenz- und Pflegebedarf 63
5.4.1 Wohn-Pflege-Gemeinschaften 63
5.4.2 Hausgemeinschaften für (hilfe- und pflegebedürftige) Menschen 65
5.4.3 Pflegewohnung auf Zeit 66
5.4.4 Wohnen bleiben im Quartier 66
5.5 Vollstationäre Pflege 67
5.5.1 SARS-CoV-2 in der vollstationären Pflege 67
5.5.2 Bestand und Entwicklung 68
5.5.3 Angebotsprognose, Bedarf, Bedarfsprognosen 70
5.5.4 Quantitative und qualitative Ziele, Bewertung 71
5.5.5 Maßnahmen 73
5.5.6 Geschlossene Unterbringung in vollstationären Pflegeeinrichtungen 74
5.6 Hospize 75
5.6.1 Ambulante Hospizdienste 75
5.6.2 Stationäre Hospize 75
5.6.3 Koordinierungsstelle Hospiz und Palliativarbeit 77

6 Anhang 78
6.1 Übersicht über neue Maßnahmen 78
6.2 Wohnformen nach Bezirken 82
6.3 Prognosen 83
6.4 Datenquellen 84
6.5 Prognoseverfahren 85
6.6 Tabellenverzeichnis 87
6.7 Abbildungsverzeichnis 87

Zusammenfassung

Die Fortschreibung der Rahmenplanung der pflegerischen Versorgungsstruktur ist wie die Pflege insgesamt seit 2020 überschattet von der Coronapandemie. Die Fortschreibung wird später vorgelegt als üblich und die Umsetzung neuer Maßnahmen kann sich durch den Pandemieverlauf verzögern.
Demografisch bedingt wird die Pflegebedürftigkeit in Hamburg langsam zunehmen. Im Vergleich zur Basis 2019 wird sie bis 2025 um 3 %, bis 2030 um 5 % und bis 2035 um 7 % steigen. Weil die bundesrechtlichen Änderungen und Erweiterungen der Definition der Pflegebedürftigkeit noch nachwirken, werden die ausgewiesenen Steigerungen noch darüber hinausgehen.
Die zentrale Herausforderung für die Langzeitpflege in Deutschland und in Hamburg ist die Personalfrage. Alle Anstrengungen müssen darauf zielen, ausreichend Fach- und Assistenzkräfte zu gewinnen und im Beruf zu halten. Dazu sind wichtige Weichen gestellt, aber an der Umsetzung muss kontinuierlich gearbeitet werden. Im Vordergrund der Bemühungen sollen bessere Ausbildungs- und Arbeitsbedingungen stehen. Trotzdem wird es schwierig werden, den Personalbestand zu halten und die zunehmenden Bedarfe zu decken. Die Pandemie und der Personalmangel führen dazu, dass viele Einrichtungen sich auf die Aufrechterhaltung des Betriebs konzentrieren müssen. Das wird auch die Umsetzung der in dieser Planung enthaltenen Maßnahmen erschweren.
Mehr Augenmerk soll auch die große Gruppe der pflegenden Angehörigen erhalten. Schon das Regierungsprogramm sieht Verbesserungen bei den Beratungs- und Unterstützungsangeboten vor, die hier konkretisiert werden. Wichtige Bausteine sind die Bekanntheit und Erreichbarkeit von Beratungs- und Unterstützungsangeboten.
Der zunehmende Pflegebedarf der letzten Jahre in der Bevölkerung wurde durch die häusliche Pflege gedeckt. Das war möglich, weil es Unterstützung durch ambulante Pflegedienste und Tagespflege gibt, zunehmend aber auch quartiersorientierte Angebote wie Wohn-Pflege-Gemeinschaften. Kleinräumige Wohnformen und quartiersorientierte Angebote sollen weiter ausgebaut werden.
Das bietet auch die besten Chancen, kultursensible sowie auch LSBTIQ*-sensible Angebote zu entwickeln. Dazu muss eine weitere Öffnung der Beratungsangebote erreicht werden und eine kultur- und gendersensible Orientierung in Diensten und Einrichtungen, die wiederum entsprechende Inhalte in Aus- und Weiterbildung voraussetzt.
Der Anteil von Menschen mit Demenz in der Bevölkerung nimmt stetig zu. Die Nationale Demenzstrategie (NDS) sieht es als gesamtgesellschaftliche Aufgabe, Menschen mit Demenz darin zu unterstützen, ein Leben in Selbstbestimmung und Würde führen zu können. Dazu muss die Demenzkompetenz in der Gesellschaft zunehmen. Das gilt nach wie vor auch für die Langzeitpflege. Wichtige Inhalte sind hier die Verankerung des Expertenstandards „Beziehungsgestaltung in der Pflege von Menschen mit Demenz" in allen Versorgungsformen und eine Qualifikation und Schulung der Beschäftigten auf unterschiedlichen Niveaus.
Die Digitalisierung ist ein wichtiges Zukunftsthema für die Pflege. Viele Grundlagen sind auf Bundesebene zu schaffen. In Hamburg werden für Bürgerinnen und Bürger Beratungsangebote aufgebaut. Die Situation in vollstationären Pflegeeinrichtungen wird erhoben und der Internetzugang geregelt.
In der Gesamtbeurteilung hat Hamburg eine gut ausgebaute pflegerische und komplementäre Versorgungsstruktur. Weitere Ausbaumöglichkeiten gibt es für die Pflege im Quartier. Aktuell ist im Bereich der Kurzzeitpflege ein Mangel an Plätzen festzustellen. Es gibt vermehrt Hinweise von Verbänden, Pflegestützpunkten und Krankenhäusern darauf, dass der Personalmangel die Auswahlmöglichkeiten in der ambulanten und stationären Pflege einschränkt und es schwierig wird, neue pflegerische Versorgung zu organisieren. Bei den komplementären Hilfen zeigen sich Schwierigkeiten bei der Vermittlung von Hilfen im Haushalt. Ob die Anzahl und die Ausrichtung der geschlossenen Plätze in Pflegeeinrichtungen bedarfsdeckend sind, ist zu klären.
Aus diesen Ergebnissen und Grundorientierungen leiten sich zahlreiche Maßnahmen ab, die fortgesetzt oder neu begonnen werden. Die neuen Maßnahmen sind in einer Übersicht zusammengefasst (siehe Anhang Abschnitt 6.1).

1 Einleitung

Die Behörde für Arbeit, Gesundheit, Soziales, Familie und Integration (Sozialbehörde) legt auf Grundlage des Hamburgischen Landespflegegesetzes (HmbLPG) die Rahmenplanung der pflegerischen Versorgungsstruktur bis 2026 vor.
Wie die gesamte pflegerische Versorgung ist sie von der Coronapandemie stark beeinflusst. Die Pandemie und ihre Folgen haben die Kräfte aller Beteiligten zusätzlich gefordert. Die Rahmenplanung erscheint verspätet und ist mit weniger Beteiligung des Landespflegeausschusses erfolgt als ursprünglich von der Sozialbehörde beabsichtigt. Die Coronapandemie wird voraussichtlich auch die Umsetzung der geplanten Maßnahmen erschweren.

Rechtsgrundlage
Mit der Vorlage der Rahmenplanung setzt die Behörde die gesetzliche Vorgabe (§ 2 Abs. 2 HmbLPG) um:
„(2) Die Rahmenplanung stellt den Bestand an Pflegeeinrichtungen und komplementären Angeboten fest, bewertet die Angebote hinsichtlich ihrer Zahl und der Qualität vor dem Hintergrund der Bedarfe von Pflegebedürftigen und Pflegepersonen und des Zusammenwirkens im Rahmen der pflegerischen Versorgung, trifft Aussagen über die voraussichtliche Entwicklung der Bedarfe insbesondere unter Berücksichtigung der Bevölkerungsentwicklung, formuliert quantitative und qualitative Ziele für die Versorgungsstruktur und benennt Maßnahmen zur Weiterentwicklung der Versorgungsstruktur. Dabei berücksichtigt die Rahmenplanung Strukturen und Planungen im Gesundheitswesen."
Die „komplementären Angebote" sind gemäß § 2 Abs. 1 HmbLPG „Angebote, die geeignet sind, den Eintritt von Pflegebedürftigkeit zu vermeiden oder zu verzögern, den Vorrang ambulanter Pflege zu sichern oder pflegende Angehörige zu entlasten".

Ziel und Zweck der Planung
Die Planung soll dazu beitragen, dass es in Hamburg eine leistungsfähige, zahlenmäßig ausreichende, wirtschaftliche und aufeinander abgestimmte pflegerische Versorgungsstruktur gibt.
Sie tut das einerseits, indem sie die Grundlage für die öffentliche Förderung bildet (§ 4 HmbLPG). Die Nennung von Themen und Maßnahmen ist eine Fördervoraussetzung, aber noch keine Vorfestlegung.[1]
Außerdem schafft sie eine gemeinsame Informationsgrundlage für das in § 1 Abs. 2 HmbLPG genannte Zusammenwirken der Beteiligten.

Planungsgegenstände
Neben dem Kernbereich der im SGB XI normierten Pflegeeinrichtungen und Angebote werden weitere aufgegriffen, die entweder gefördert werden oder ungefördert einen Beitrag zur Versorgung leisten. Es kann Überschneidungen mit anderen Versorgungs- und Finanzierungssystemen geben. So spielen Leistungen nach SGB V immer dann eine Rolle, wenn sie durch dieselbe Versorgungsstruktur erbracht werden wie Pflege- oder Betreuungsleistungen. Wird eine Versorgungsstruktur auf anderer Rechtsgrundlage als dem SGB XI oder ergänzender Daseinsfürsorge geregelt und finanziert, ist sie kein Gegenstand dieser Planung, selbst wenn dort Pflege erbracht wird. Das gilt z. B. für die Krankenhausversorgung oder die Eingliederungshilfe.

Planverfahren
Für die Sozialbehörde ist das Anhörungsverfahren im Landespflegeausschuss von besonderer Bedeutung. Sie hat es in Richtung eines Beteiligungsverfahrens ausgebaut und strebt eine Verständigung über die Planaussagen an. Hintergrund ist, dass dann die Planung neben den o. g. Zwecken auch als gemeinsame Grundlage für die Weiterentwicklung der Pflege in Hamburg dienen kann. Dabei sollen auch Positionen von Betroffenenvertreter:innen Gehör finden. Deshalb wurden mit ihnen die Themen

1 Dies gilt auch, wenn konkrete Träger benannt werden. Die Förderentscheidung erfolgt im Rahmen des Zuwendungsverfahrens.

„LSBTIQ*“, „Kultursensibilität“ und „Pflegende Angehörige“ diskutiert und Vorschläge erarbeitet. Im System der Pflegeversicherung haben die Betreiber von Einrichtungen eine hohe Eigenverantwortung. Sie stellen sich dieser Verantwortung, brauchen aber nach Aussage ihrer Vertreterinnen und Vertreter bei einer Reihe von Themen gezielte städtische Unterstützung, z. B. bei der Fachkräftegewinnung, der erforderlichen Digitalisierung und der Pandemiebewältigung. Die zuständige Sozialbehörde legt diese Planung vor und verantwortet sie. Die frühzeitige Einbeziehung des Landespflegeausschusses in diese Landesrahmenplanung bedeutet daher im Umkehrschluss nicht, dass alle Aussagen, Planungsschritte, Einschätzungen und insbesondere Bewertungen in diesem Bericht von allen beteiligten Interessengruppen geteilt werden. Unabhängig von dieser Einschränkung bildet die Rahmenplanung überwiegend den hohen Konsens zur Weiterentwicklung der pflegerischen Versorgungsstruktur in Hamburg ab.
Geprägt ist diese Planung auch von fachpolitischen Zielsetzungen der zuständigen Behörde bzw. des Senats. Dort werden programmatische Aussagen getroffen, die dieser Planung zugrunde liegen. Diese werden in den jeweiligen Beiträgen gesondert aufgeführt.

Planungshorizont
Die Planung erscheint verspätet, sodass der bisherige Fünfjahresrhythmus durchbrochen wurde. Es ist sinnvoll, die nächste Fortschreibung 2026 vorzulegen. Im Jahr 2025 wird die Bürgerschaft neu gewählt, danach wird es ein Regierungsprogramm mit neuen Festlegungen geben, die für die Sozialbehörde verbindlich sind. Bei einer Veröffentlichung im Jahr 2026 können diese Grundlagen zeitnah eingearbeitet werden.

Aufbau der Planung
Die vorhergehende Rahmenplanung wurde im Jahr 2015 veröffentlicht. Wie die aktuelle Rahmenplanung deutlich macht, werden einige Themen wieder aufgegriffen, da sie ihre planerische Relevanz nicht verloren haben, andere, wie z. B. die Digitalisierung, sind dazugekommen. Die Rahmenplanung gliedert sich in größere thematische Einheiten, die jedoch in unmittelbarer Wechselwirkung miteinander stehen: Statistische Daten zur Bevölkerung und zur Pflege, gesetzliche Rahmenbedingungen, Querschnitts- und Schwerpunktthemen wirken auf die Versorgungsbereiche ein.
Diese Planung enthält laufende und neue Maßnahmen. Ausschließlich die neuen Maßnahmen werden textlich durch eine Einrückung und dieses Symbol „▶“ gekennzeichnet. Sie sind im Anhang in Abschnitt 6.1 in einer Übersicht zusammengefasst.

Nach Veröffentlichung der Rahmenplanung
Diese Planung benennt konkrete Maßnahmen. Ihre Umsetzung soll verfolgt werden. Dazu wird jährlich auf Einladung der Sozialbehörde ein Ausschuss zusammenkommen, der sich mit den Umsetzungsständen auseinandersetzt. So besteht die Möglichkeit, rechtzeitig Hindernisse zu erkennen und auf diese zu reagieren. Themenspezifische Arbeitsgruppen können eingesetzt werden.

2 Rechtliche Rahmenbedingungen

Die vergangenen Jahre sind – wie auch die Gegenwart – geprägt von zahlreichen Gesetzesvorhaben zu den rechtlichen Rahmenbedingungen der Pflege. Im Folgenden wird auf diejenigen rechtlichen Änderungen seit 2015 eingegangen, die die Rahmenbedingungen der pflegerischen Versorgung nachhaltig geändert haben oder deren Implementation noch läuft.

2.1 Leistungsverbesserungen

Durch das Erste Pflegestärkungsgesetz (PSG I) erfolgte 2014 eine umfangreiche Leistungsausweitung. So wurde beispielsweise die häusliche Pflege gestärkt, indem Leistungen der Tages- und Nachtpflege sowie Kurzzeit- und Verhinderungspflege ausgebaut und flexibilisiert wurden.
Durch das PSG II erfolgten Neuerungen mit Blick auf die von den Pflegebedürftigen zu tragenden Eigenanteile. In der vollstationären Pflege waren einrichtungseinheitliche Eigenanteile (EEE) zu ermitteln. Der zu zahlende Eigenanteil ist seitdem unabhängig von den Pflegegraden gleich hoch. Damit ist eine Pflegegraderhöhung nicht mehr mit einer Kostenerhöhung verbunden.
Pflegerische Betreuungsmaßnahmen wurden in die umfassenden Leistungen der Pflege aufgenommen und damit Bestandteil der Pflegesachleistung.
Mit dem Gesetz zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung (Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz – GVWG) vom Juli 2021 gibt es ab dem 1. Januar 2022 eine prozentuale Begrenzung des pflegebedingten Eigenanteils in der vollstationären Pflege in Form eines Leistungszuschlags auf den zu zahlenden EEE. Der prozentuale Leistungszuschlag aus der Pflegeversicherung erfolgt gestaffelt, und zwar in Höhe von 5 % im ersten Jahr, 25 % nach dem ersten Jahr, 45 % nach dem zweiten Jahr und 70 % nach dem dritten Jahr, in dem die jeweilige pflegebedürftige Person Leistungen nach § 43 SGB XI erhalten hat. Die Leistungsbeträge im ambulanten Bereich steigen für die Pflegesachleistungen (§ 36 SGB XI) ab dem 1. Januar 2022 um 5 %. Der Höchstbetrag für die Kurzzeitpflege (§ 42 SGB XI) steigt ab dem 1. Januar 2022 um 10 %.
Zeitlich nachgelagert werden bisher nicht tarifgebundene Einrichtungen verpflichtet, ihre Beschäftigten nach einem bestimmten Tarifvertrag oder der durchschnittlichen tariflichen Vergütung zu entlohnen. Das führt zu Kostensteigerungen für Nutzerinnen und Nutzer dieser Unternehmen.
Die Sozialbehörde wird sich weiter auf Bundesebene für eine nachhaltige Verbesserung der Leistungen der Pflegeversicherung einsetzen.

2.2 Pflegebedürftigkeitsbegriff

Das PSG II hat den bislang signifikantesten Umbruch eingeläutet, indem die Basis für Leistungsinhalte und -erbringung grundlegend modifiziert wurde: Die strukturelle Änderung der dafür maßgeblichen Parameter erfolgte durch Einführung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und damit einhergehend eines neuen Begutachtungsinstruments (Neues Begutachtungsassessment – NBA). Dadurch wurden die bis dahin geltenden drei Pflegestufen und die auf einen begrenzten Anteil gedeckelten Härtefälle durch fünf Pflegegrade abgelöst.
Bezog sich Pflegebedürftigkeit davor vor allem auf körperlich bedingte Beeinträchtigungen, werden durch das NBA auch kognitive und psychisch bedingte Beeinträchtigungen stärker berücksichtigt. Davon sollen unter anderem Menschen mit Demenz profitieren. Beim NBA kommt es nicht mehr auf den zeitlichen Hilfebedarf bei vorrangig körperlichen Verrichtungen an, sondern auf das Ausmaß, in dem Personen ihren Alltag alleine bewältigen können, was anhand eines Kriterienkatalogs überprüft wird.

2.3 Einheitliche Personalbemessung

Im PSG II wird auch der Aspekt der Personalbemessung in Pflegeeinrichtungen in den Fokus genommen. Dabei handelt es sich um einen der zentralen Aspekte für die Thematik vollstationäre Pflege. So bestand die gesetzliche Verpflichtung, bis Ende Juni 2020 ein fundiertes Verfahren zur einheitlichen Bemessung des qualitativen und quantitativen Personalbedarfs in Pflegeeinrichtungen zu erarbeiten und zu erproben. Dies wurde am 30. Juni 2020 durch das Projekt zur Entwicklung und Erprobung eines einheitlichen Personalbemessungsverfahrens für Pflegeeinrichtungen nach § 113c SGB XI (sog. Rothgang-Studie oder PeBeM-Projekt)[2] umgesetzt und abgeschlossen.
Ein Ergebnis des Projekts ist die Empfehlung eines Verfahrens zur Ermittlung eines einrichtungsindividuellen Personalmix für vollstationäre Pflegeeinrichtungen. Berechnungsgrundlage ist die Bewohnerstruktur nach Pflegegraden. Bei dem einrichtungsindividuellen Personalmix werden zukünftig neben mehr Pflegefachpersonen, die eine dreijährige Ausbildung absolviert haben, insbesondere mehr Pflegeassistenzpersonen in vollstationären Pflegeeinrichtungen benötigt. Es sollen differenzierte Stellenschlüssel nach Qualifikationsniveau der Beschäftigten, bezogen auf den Pflegegrad der zu versorgenden Pflegebedürftigen, eingeführt werden.
Um die Ergebnisse des PeBeM-Projekts in der Praxis umzusetzen, wurde ein Roadmap-Prozess entwickelt, in dem die notwendigen Umsetzungsschritte für das Personalbemessungsverfahren dargestellt und mit einem Zeitplan versehen werden.
Mit dem GVWG wird für stationäre Pflegeeinrichtungen ab dem 1. Juli 2023 ein bundeseinheitlicher Personalschlüssel vorgegeben. Ziel ist es, dass hierdurch die Einstellung weiterer Pflegekräfte erfolgt. Die konkreten Auswirkungen werden in Abschnitt 5.5 dargestellt.
Ein wichtiger Abschnitt der o. g. Roadmap ist die Änderung der §§ 84 Abs. 9 und 85 Abs. 9 bis 11 SGB XI durch das Gesundheitsversorgungs- und Pflegeverbesserungsgesetz (GPVG). Damit wird das „20 000-Stellen-Programm" zur Finanzierung von zusätzlichen Assistenz- und Hilfskräften aus der Pflegeversicherung geschaffen. Dieses Programm soll helfen, den festgestellten zusätzlichen Bedarf auf diesem Qualifikationsniveau zu decken. Aufgrund des vorherrschenden Personalmangels sind die Möglichkeiten der Ausschöpfung jedoch beschränkt.

2.4 Rahmenbedingungen für die Pflegeberufe

Die Rahmenbedingungen für die in der Pflege Beschäftigten sind ebenfalls von zentraler Bedeutung, um das Berufsfeld insgesamt zu stärken und so letztlich mehr Menschen für den Pflegeberuf zu gewinnen. Hierzu hat es in der jüngeren Vergangenheit verschiedene Ansatzpunkte gegeben, um die Personalsituation zukunftsfähig aufstellen zu können:
Wichtig zu nennen ist dabei, dass das Pflegeberufegesetz (PflBG) die Basis für eine generalistische Pflegeausbildung in den zuvor getrennten Bereichen der Kranken-, Kinderkranken- und Altenpflege gelegt hat. Alle Auszubildenden erhalten zwei Jahre lang eine gemeinsame, generalistisch ausgerichtete Ausbildung, in der sie einen Vertiefungsbereich in der praktischen Ausbildung wählen. Auszubildende, die im dritten Ausbildungsjahr die generalistische Ausbildung fortsetzen, können den Berufsabschluss „Pflegefachfrau" bzw. „Pflegefachmann" erwerben. Auszubildende, die ihren Schwerpunkt in der Pflege alter Menschen oder der Versorgung von Kindern und Jugendlichen sehen, können nach dem zweiten Ausbildungsjahr wählen, ob sie – statt die generalistische Ausbildung fortzusetzen – einen gesonderten Abschluss in der Altenpflege oder in der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege erwerben wollen.
Im GVWG wurde verankert, dass es eine mindestens tarifvertragliche Entlohnung der Pflegekräfte in ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen geben soll (s. Abschnitte 2.1 und 4.1.2.2).

2 Rothgang, H.; u. a. (2020): Abschlussbericht im Projekt Entwicklung und Erprobung eines wissenschaftlich fundierten Verfahrens zur einheitlichen Bemessung des Personalbedarfs in Pflegeeinrichtungen nach qualitativen und quantitativen Maßstäben gemäß § 113c SGB XI (PeBeM). Bremen: SOCIUM; u. a. URL: https://www.gs-qsa-pflege.de/dokumente-zum-download/ (Abruf am 28.09.2020)

2.5 Stärkung der intensivpflegerischen Versorgung

Mit dem Gesetz zur Stärkung von intensivpflegerischer Versorgung und medizinischer Rehabilitation in der gesetzlichen Krankenversicherung (Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetz – GKV-IPReG) sind mit Wirkung zum 29. Oktober 2020 u. a. Änderungen in SGB V und SGB XI in Kraft getreten. Mit dem § 37c SGB V ist ein individueller Anspruch auf außerklinische Intensivpflege auf der Grundlage einer ärztlichen Verordnung definiert worden, der über den ambulanten Bereich hinausgeht und auch die Finanzierung bei Versorgung in vollstationären Pflegeeinrichtungen, die Leistungen nach § 43 des Elften Buches erbringen, umfasst. Im § 132l SGB V ist vorgegeben, dass der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Vereinigungen der Träger von vollstationären Pflegeeinrichtungen sowie die maßgeblichen Spitzenorganisationen der Leistungsanbieter auf Bundesebene unter Einbeziehung des Medizinischen Dienstes Bund bis zum 31. Oktober 2022 gemeinsame Rahmenempfehlungen über die einheitliche und flächendeckende Versorgung mit außerklinischer Intensivpflege zu vereinbaren haben. Eine Beteiligung von Ländern und Sozialhilfeträgern ist nicht vorgesehen.

3 Bevölkerung und Pflegebedürftigkeit

3.1 Bevölkerungsentwicklung

Hamburgs Bevölkerung wächst stetig. Ende 2020 waren in Hamburg ca. 1,9 Mio. Menschen gemeldet[3], für 2035 wird eine Bevölkerungszahl von über 2,03 Mio. Menschen erwartet.
Hamburg profitiert durch die Zuzüge jüngerer Menschen und altert langsamer als viele andere Regionen in Deutschland.[4] Durch die sogenannten Babyboomer-Jahrgänge, die Ende der 1950er-Jahre und in den 1960er-Jahren geboren wurden, wird der Anteil der Älteren und Hochbetagten in den kommenden Jahren auch in Hamburg steigen.[5] Damit steigt auch die Zahl der potenziell Pflegebedürftigen.
In den folgenden Tabellen wird die Entwicklung der Hamburger Bevölkerung in verschiedenen Altersgruppen dargestellt.

Tabelle 1: Bevölkerungsprognose für Hamburg nach Alter 2035

Alter	2020[6]		2035		Prozentuale Veränderung von 2020 zu 2035
	Anzahl	Anteil an der Gesamtbevölkerung	Anzahl	Anteil an der Gesamtbevölkerung	
unter 20	349 905	18,43 %	385 418	18,97 %	+10,15 %
20 bis unter 65	1 205 437	63,50 %	1 225 098	60,30 %	+1,63 %
65 bis unter 80	229 188	12,07 %	294 182	14,48 %	+28,36 %
80 +	113 914	6,00 %	126 825	6,24 %	+11,33 %
Gesamt	**1 898 444**		**2 031 523**		**+7,01 %**

Quelle: Statistikamt Nord, Bevölkerungsprognose, Stand 28.07.2020, Stand Melderegister 31.12.2018, eigene Berechnungen (ohne Neuwerk und Schiffsbevölkerung)

Bei der Betrachtung der Tabelle ist erkennbar

- eine Zunahme bei der Altersgruppe der unter 20-Jährigen, die für eine Erstausbildung infrage kommt, ein Rückgang des Anteils der 20- bis unter 65-Jährigen (bei steigender Anzahl),
- ein starker Anstieg der Zahl der Älteren im Alter von 65 bis 80 Jahren,
- ein Anstieg der Zahl der Hochbetagten im Alter von 80 Jahren und älter.

Bevölkerung mit Migrationshintergrund

Ende 2020 leben 696 711 Menschen mit Migrationshintergrund[7] in Hamburg, das sind rund 36,7 % aller Einwohnerinnen und Einwohner. Menschen mit Migrationshintergrund, die in Hamburg leben, kommen aus fast allen Ländern der Welt. Die Hauptherkunftsländer sind die Türkei und Polen, gefolgt von Afghanistan, der Russischen Föderation und dem Iran. Der aktuelle Zuzug von Menschen aus anderen Ländern nach Deutschland verlangsamt die Bevölkerungsalterung.
Unter der älteren Bevölkerung ist der Anteil der Menschen mit einem Migrationshintergrund in Hamburg geringer als bei den Jüngeren. Ende 2020 lebten insgesamt 68 447 Menschen ab 65 Jahren mit Migrationshintergrund in Hamburg, das ist ein Anteil an der Gesamtbevölkerung dieser Altersgruppe von rd. 20 %. Die Hauptherkunftsländer sind Polen (11 678), die Türkei (11 029), die Russische Föderation (4 973) sowie der Iran (2 991) und Afghanistan (2 921).[8] Der Anteil der über 65-Jährigen

3 Statistisches Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein (im Folgenden: Statistikamt Nord), Bevölkerung in Hamburg am 31.12.2020. Inklusive Neuwerk und Seeleute.
4 Freie und Hansestadt Hamburg, Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz, Amt für Gesundheit (Hrsg.) (Januar 2019): Bericht zum Demografiekonzept Hamburg 2030, S. 9 ff.
5 A. a. O., S. 12.
6 Ohne Neuwerk und Seeleute.
7 Zur Bevölkerung mit Migrationshintergrund siehe auch Abschnitt 4.2.2, Melderegister Statistikamt Nord 31.12.2019.
8 Melderegister 31.12.2020 (nur Hauptwohnsitz), ergänzt um Schätzungen mit MigraPro durch das Statistikamt Nord.

und Älteren in der Bevölkerung mit Migrationshintergrund liegt bei ca. 9 %.[9] Die Bevölkerungsgruppe der über 65-jährigen Menschen mit Migrationshintergrund wächst sehr stark an.[10] Dies liegt insbesondere daran, dass nun vermehrt Menschen ins Rentenalter kommen, die Mitte des 20. Jhd.s als Arbeitskräfte angeworben wurden. Die Anzahl der über 65-Jährigen in den Stadtteilen unterscheidet sich teilweise erheblich.

3.2 Entwicklung der Pflegebedürftigkeit bis 2019

Umfangreiche Informationen zu Pflegebedürftigen liefert die Pflegestatistik für Hamburg. Diese wird regelmäßig alle zwei Jahre zum Stichtag 15. Dezember erhoben.
Allerdings sind die Daten von 2015, 2017 und 2019 nicht vollständig vergleichbar. Durch Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs 2017 (vgl. Abschnitt 2.2) werden Personen als pflegebedürftig eingestuft, die vorher nicht die Pflegestufe I erhalten hatten. Zum Teil waren sie aber als Menschen mit „eingeschränkter Alltagskompetenz" eingeordnet worden. Diese Kategorie ist weggefallen. Auch waren in der Pflegestatistik 2017 nur die Pflegebedürftigen des Pflegegrades 1 erfasst, die zum Stichtag Leistungen der ambulanten Pflegedienste oder Pflegeheime erhalten haben. Personen mit Pflegegrad 1, die ausschließlich Leistungen der nach Landesrecht anerkannten Angebote zur Unterstützung im Alltag bezogen, sind nicht erfasst gewesen. In der Pflegestatistik 2019 liegt laut dem Statistischen Bundesamt weiterhin eine Untererfassung der Daten in diesem Bereich vor, die der in der Pflegestatistik 2017 im Umfang ähnelt.[11]
Die folgenden Zahlen beziehen sich auf die Daten der Pflegestatistik Hamburg vom 15. Dezember 2019.[12] Demnach gab es zum Stichtag 77 325 pflegebedürftige Menschen in Hamburg, eine Steigerung von 23,5 % im Vergleich zu 2017. Die folgende Abbildung zeigt die Entwicklung und einen überproportionalen Anstieg 2017 und 2019, der wie beschrieben methodisch begründet ist.

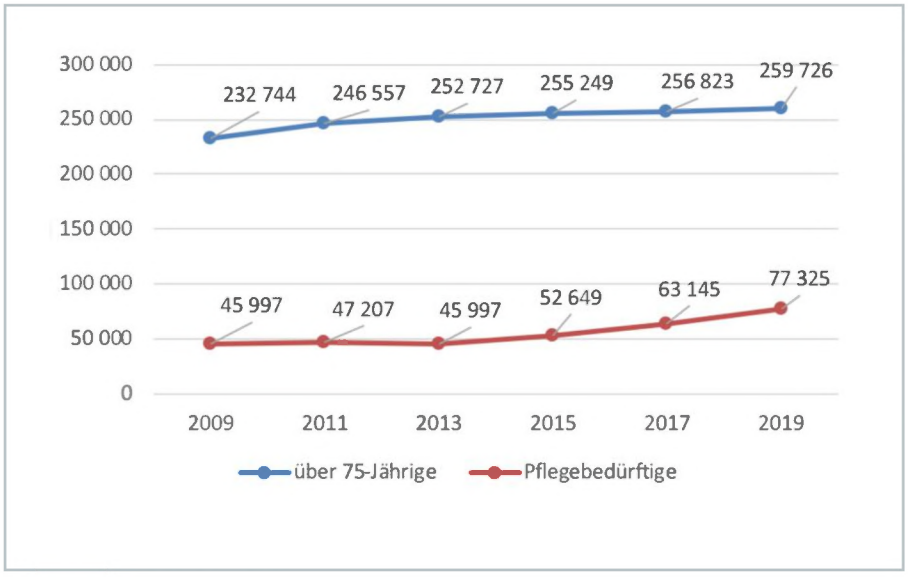


Abbildung 1: Pflegebedürftige und über 75-Jährige 2009–2019 in Hamburg

Quelle: Pflegestatistik Hamburg 2019

9 Statistikamt Nord; 31.12.2019.
10 Huschik, G.; Vollmer, J. (2018): Ältere pflegebedürftige Menschen mit Migrationshintergrund. In: Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.): Pflege- und Unterstützungsbedarf sogenannter vulnerabler Gruppen. Schlussbericht. Studie der Prognos AG, S. 54.
11 Hierauf deuten laut Statistischem Bundesamt „Vergleiche mit weiteren Stichtagsdaten der sozialen Pflegeversicherung und der privaten Pflegepflichtversicherung hin. Der Umfang der Untererfassung fällt 2019 hinsichtlich der absoluten Zahlen ähnlich wie 2017 aus und liegt nach jetzigem Stand bei geschätzt 160 000 Pflegebedürftigen." Statistisches Bundesamt
12 Die Daten der Pflegestatistik 2021 werden Ende des Jahres 2022 vorliegen.

Die folgende Tabelle zeigt die Verteilung der Pflegebedürftigen auf die Pflegestufen bzw. Pflegegrade im Zeitverlauf. Deutlich wird, dass es von 2015 auf 2017 Fallzahlerhöhungen auf den hohen Niveaus gegeben hat. In den Pflegegraden 4 und 5 sind das die Auswirkungen des sogenannten „doppelten Stufensprungs". Pflegebedürftige, für die eine Pflegestufe und zusätzlich eine eingeschränkte Alltagskompetenz festgestellt wurde, sind zum 1. Januar 2017 in den übernächsten höheren Pflegegrad übergeleitet worden.

Pflegestufe (bis 2016)	Pflegegrad (ab 2017)	2013	2015	2017	2019
EAK	1	2 560	1 991	1 204	6 113
I	2	27 876	30 369	28 947	33 821
II	3	15 329	15 707	18 699	21 991
III	4	5 799	6 256	10 162	10 643
	5			4 011	4 655

Tabelle 2: Pflegestufen- bzw. Pflegegradverteilung, absolute Zahlen

EAK: Eingeschränkte Alltagskompetenz. Nicht aufgeführt sind die Personen, die noch keiner Pflegestufe zugeordnet waren/sind.
(Destatis) (Hrsg.) (2020): Pflegestatistik 2019, Deutschlandergebnisse, S. 4. Link: Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung - Deutschlandergebnisse - 2019 (destatis.de) (Abruf am 07.01.2021).
Quelle: Pflegestatistik Hamburg 2013-2019.

Nach 2017 werden Pflegebedürftige zunehmend auf der Basis von Begutachtungen nach dem Neuen Begutachtungsassessment eingestuft. Damit geht eine Verlagerung zu niedrigeren Pflegegraden einher. Die Anteile in den Graden 3 bis 5 sinken.

Pflegestufe (bis 2016)	Pflegegrad (ab 2017)	2013	2015	2017	2019
	1			2 %	10 %
I	2	56 %	58 %	46 %	49 %
II	3	31 %	30 %	30 %	28 %
III	4	12 %	12 %	16 %	10 %
	5			6 %	3 %

Tabelle 3: Pflegestufen- bzw. Pflegegradverteilung insgesamt 2013 bis 2019 in Anteilen

Quelle: Eigene Berechnung auf Basis der Pflegestatistik Hamburg 2013-2019

Pflegebedürftigkeit ist vor allem ein Phänomen des höheren und hohen Lebensalters. 18 % der Pflegebedürftigen sind jünger als 60 Jahre, 19 % sind zwischen 60 und 75 Jahren, aber 63 % sind 75 Jahre und älter. Die Verteilung der Pflegebedürftigen je Altersgruppe veranschaulicht dies.

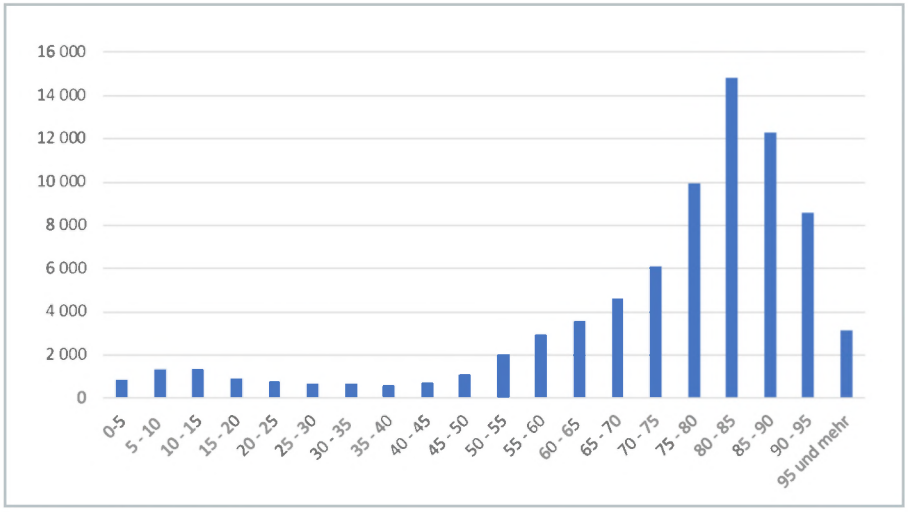


Abbildung 2: Anzahl Pflegebedürftige je Altersgruppe 2019 in Hamburg

Quelle: Pflegestatistik Hamburg 2019

Um eine Grundlage für kleinräumigere Planungen zu haben, wurde die Anzahl der Pflegebedürftigen in den Stadtteilen geschätzt. Die Methode wird in Abschnitt 6.4 dargestellt, die Ergebnisse werden den Bezirksämtern zur Verfügung gestellt.
Über die Pflegebedürftigkeit von Menschen mit Migrationshintergrund liegen keine Daten vor. Auf der Basis der Zahl Älterer mit Migrationshintergrund und der Verteilung der Pflegebedürftigkeit in der Gesamtbevölkerung kann geschätzt werden, dass es sich um ca. 7500 Personen handelt.

Pflegearrangements
Wie in Kapitel 5 im Detail dargestellt, gibt es verschiedene Wohn- und Unterstützungsmöglichkeiten für Pflegebedürftige, je nach individuellen Bedarfen und Bedürfnissen. Es kann unterschieden werden zwischen Pflegebedürftigen, die in vollstationären Pflegeheimen wohnen, und allen anderen (subsumiert unter „Häusliche Pflege"). Die Pflegearrangements bzw. Unterstützungsarrangements der häuslichen Pflege können sich dabei sehr unterscheiden. Der Großteil der Pflegebedürftigen befindet sich in häuslicher Pflege, wie der folgenden Tabelle zu entnehmen ist:

Tabelle 4: Verteilung Pflegearrangements

Leistungsart	Absolut	Anteil an allen Pflegebedürftigen	Anteil an zu Hause Gepflegten
Pflegegeld	34 591	45 %	56 %
Ambulante Pflege durch Pflegedienste	22 402	29 %	36 %
Kurzzeitpflege	567	1 %	1 %
Tagespflege	1 813	2 %	3 %
PG 1 und Tagespflege	30	0 %	0 %
Pflegegrad 1 landesrechtl. Angebote oder ohne Leistung	4 026	5 %	7 %
Häusliche Pflege insgesamt	61 616	80 %	
Vollstationäre Pflege	15 709	20 %	
Alle Pflegebedürftigen (ohne Tagespflege)	**77 325**		

Quelle: Pflegestatistik Hamburg 2019

Die Wohnorte der Pflegebedürftigen sind oft vom Schweregrad der Pflegebedürftigkeit abhängig. Die folgende Abbildung 3 veranschaulicht, dass bei Pflegegrad 1 bis 3 die Versorgung zum großen Teil in der Häuslichkeit erfolgt. Mit zunehmender Pflegebedürftigkeit steigt der Anteil der Menschen in stationärer Versorgung.

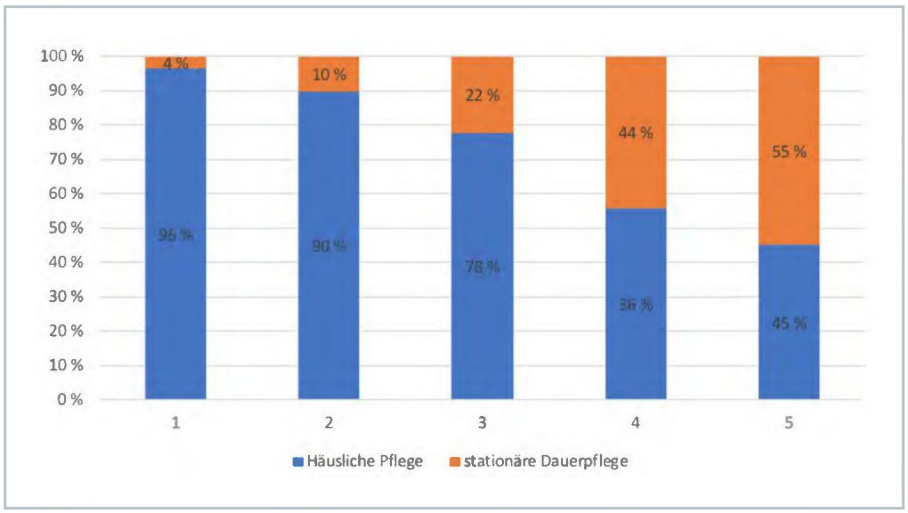


Abbildung 3: Pflegegrade und Orte der Pflege 2019 in Hamburg Verteilung 2019

Quelle: Pflegestatistik Hamburg 2019

Das Durchschnittsalter aller Pflegebedürftigen beträgt 74 Jahre. 2017 betrug das durchschnittliche Alter 74,8 Jahre.[13] Die Altersverteilung derjenigen, die sich in der ambulanten Betreuung befinden, unterscheidet sich von denen, die in vollstationären Pflegeheimen wohnen. 11 % der Nutzer und Nutzerinnen von ambulanten Pflegediensten sind jünger als 60 Jahre, ca. 20 % sind zwischen 60 und 75 Jahre alt und 69 % sind 75 Jahre und älter. Dagegen sind nur 5 % der Nutzer und Nutzerinnen vollstationärer Pflegeeinrichtungen jünger als 60 Jahre, 13 % sind zwischen 60 und 75 Jahre alt und 82,5 % sind 75 Jahre und älter. 55 % sind älter als 85 Jahre. Das Durchschnittsalter in der vollstationären Pflege ist in den vergangenen Jahren kontinuierlich gesunken und liegt 2019 bei 82,4 Jahren.

Fast zwei Drittel aller Pflegebedürftigen sind Frauen. Allerdings nimmt der Männeranteil seit Jahren kontinuierlich zu und liegt Ende 2019 bei 37,5 %. Aufgrund der demografischen Entwicklung wird sich dieser Trend fortsetzen.
Auch hier gibt es Unterschiede zwischen den Personen in häuslicher Pflege und vollstationärer Pflege. Während der Männeranteil aller Pflegebedürftigen in der ambulanten Pflege bei knapp 40 % liegt, ist das in der stationären Pflege nur bei ca. 30 % der Fall. Der Anteil der Frauen in stationärer Pflege ist jedoch im Vergleich zu 2017 um 0,75 % gesunken. Auffällig ist, dass die Anzahl Pflegebedürftiger in der vollstationären Dauerpflege in den letzten Jahren nahezu gleich geblieben ist und zunehmend Pflegebedürftige zu Hause versorgt werden.

13 Das Durchschnittsalter wird von der Pflegestatistik Hamburg nicht direkt ausgegeben, es kann aber aus den Werten für die Altersklassen ermittelt werden. Es handelt sich hierbei um einen Schätzwert, der in erster Linie für Vergleiche mit anderen Daten der Pflegestatistik nützlich ist.

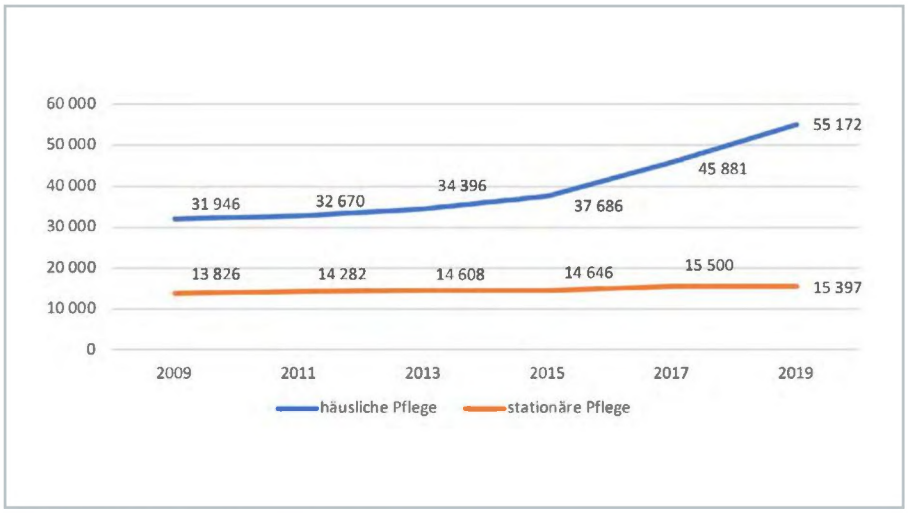


Abbildung 4:
Orte der Pflege ohne Pflegegrad 1

Pflegebedürftige in Hamburg: nur Pflegestufen I bis III (2009–2015) bzw. Pflegegrade 2–5 (ab 2017)

Quelle: Pflegestatistik Hamburg 2013-2019

Häusliche Pflege

80 % der Pflegebedürftigen werden zu Hause gepflegt, entweder nur von ihren Angehörigen, von Angehörigen unter Beteiligung eines Pflegedienstes oder allein durch einen ambulanten Pflegedienst. In Hamburg waren dies im Jahr 2019 insgesamt rund 62 000 Personen. Der kleinere Teil von den Menschen in häuslicher Pflege wird durch ambulante Pflegedienste gepflegt (22 402). Der überwiegende Teil ist leichter pflegebedürftig. Diese Zahlen zeigen, dass Angehörige eine tragende Säule in der praktischen und organisatorischen Versorgung von Pflegebedürftigen sind.

Tabelle 5:
Zu Hause lebende Pflegebedürftige 2019 nach Pflegegrad

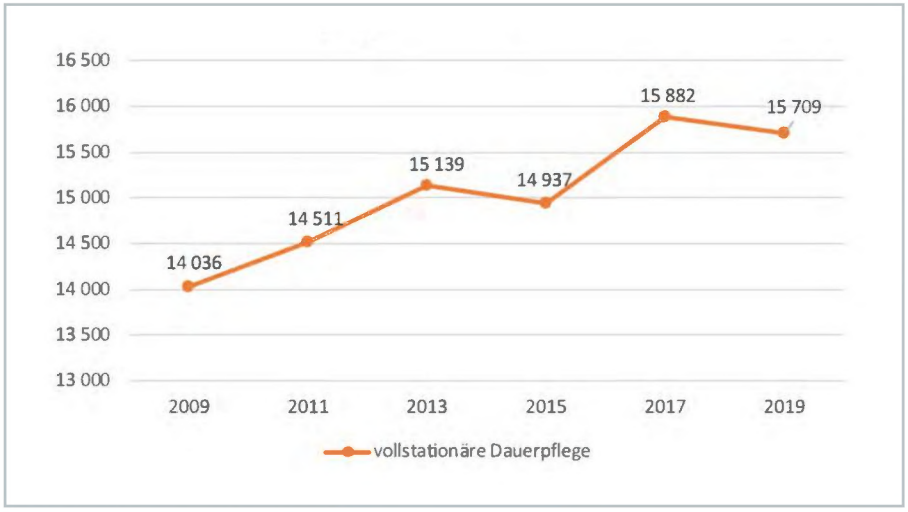
Pflegegrade		Anteile an allen zu Hause Gepflegten
1	5 877 [14]	10 %
2	30 148	49 %
3	17 005	28 %
4	5 922	10 %
5	2 097	3 %

Quelle: Pflegestatistik Hamburg 2019

Stationäre Pflege

Der Anteil der Pflegebedürftigen in der stationären Dauerpflege an allen Hamburger Pflegebedürftigen beträgt 20 % und ist damit um ca. 1 % im Vergleich zu 2017 gesunken. Die Gesamtzahl der Pflegebedürftigen in vollstationären Wohneinrichtungen der Pflege hat sich im Vergleich zu 2017 kaum verändert. Damit ist aber die Quote der Nutzerinnen und Nutzer stationärer Dauerpflege an der Gesamtbevölkerung im Vergleich zu 2017 leicht gesunken und beträgt bei den über 85-Jährigen 17,7 %. Die Entwicklung der Pflegebedürftigen in vollstationärer Pflege der letzten zehn Jahre ist der folgenden Abbildung zu entnehmen.

14 Die absolute Zahl und damit der Anteil ist das Ergebnis einer statistischen Untererfassung (s. o.).



Quelle: Pflegestatistik Hamburg 2009-2019

Abbildung 5: Pflegebedürftige in stationärer Pflege

Entwicklung der Pflegebedürftigen in vollstationärer Dauerpflege in Hamburg 2009–2019

3.3 Prognose der Pflegebedürftigkeit

Die Bevölkerungsprognose ist eine wichtige Grundlage der Prognosen der Pflegebedürftigkeit. Die Zahl älterer Menschen und ihr Bevölkerungsanteil nehmen zu (siehe Tabelle 1 in Abschnitt 3.1). Da Menschen mit steigendem Alter vermehrt pflegebedürftig sind, wächst auch die Anzahl der pflegebedürftigen Personen.
Auf Grundlage der demografischen Entwicklung wird sich die Pflegebedürftigkeit wie in Tabelle 6 dargestellt entwickeln. Es kann aber davon ausgegangen werden, dass diese nach oben abweicht, weil die Untererfassung in Pflegegrad 1 (s. o.) noch auszugleichen ist.

	2019	2025	2030	2035
Pflegebedürftige	77 325	79 645	80 933	82 690
Zunahme gegenüber 2019		3 %	5 %	7 %

Quelle: 2019 Pflegestatistik Hamburg, 2025–2035 Berechnung Sozialbehörde

Tabelle 6: Entwicklung der Pflegebedürftigkeit bis 2035

Auf die gezeigten Steigerungsraten wird die pflegerische Versorgungsstruktur reagieren müssen.

Von großem Interesse ist, wie sich die Steigerung auf die Segmente der häuslichen und der vollstationären Pflege auswirken wird. Betrachtet man die Entwicklung rein auf Basis der aktuellen Verteilung von reinem Geldleistungsbezug, Pflege durch ambulante Dienste und vollstationärer Pflege, ergibt sich folgendes Bild:

	2019	2025	2030	2035
Pflegebedürftige insg.	77 325	79 645	80 933	82 690
Darunter				
mit Pflegegeld	34 591	35 629	36 205	36 991
mit ambulanter Pflege	22 402	23 074	23 447	23 956
in vollstat. Dauerpflege	15 709	16 180	16 442	16 799

Tabelle 7: Entwicklung der Pflegebedürftigen nach Versorgungsbereichen bis 2035

Quelle: 2019 Pflegestatistik Hamburg, 2025–2035 Berechnung Sozialbehörde

Pflegebedürftigkeit wird häufig von demenziellen Erkrankungen hervorgerufen. Erwartungsgemäß ist auch hier ab 2025 demografisch bedingt wieder mit einer Zunahme zu rechnen.

	2020	2025	2030	2035
Menschen mit Demenz	34 599	34 313	37 103	38 807

Tabelle 8: Prognose Menschen mit Demenz in Hamburg bis 2035

Quelle: Berechnung Sozialbehörde (s.o.)

Monsees[15] u. a. gehen auf Basis von herkunftsländerspezifischen Prävalenzraten davon aus, dass 2019 etwa 16 % aller Menschen mit Demenz in Hamburg einen Migrationshintergrund hatten.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass es trotz einer eher jüngeren Stadtgesellschaft in Hamburg zu einer Steigerung der Anzahl der Pflegebedürftigen kommen wird. Die Verteilung auf die unterschiedlichen Versorgungsarrangements kann nicht genau vorausgesehen werden. Dies steht in einem engen Zusammenhang mit dem vorhandenen Angebot, aber auch der gesundheitlichen Situation und persönlichen Entscheidungen der Individuen und ihrer Angehörigen. Durch den antizipierten Anstieg der Anzahl der Pflegebedürftigen müssen jedoch die Angebote ausgebaut und weiterentwickelt (siehe Kapitel 5) sowie auch die Beschäftigungszahlen in der Pflege gesteigert werden (siehe Abschnitt 4.1).

15 Monsees, J.; Schmachtenberg, T.; Leiz, M.; Cardona, M. I.; Stentzel, U.; van den Berg, N.; Hoffmann, W.; Thyrian, J. R. (2021): EU-Atlas Demenz & Migration. Geschätzte Anzahl, Versorgungssituation und nationale Strategien in Bezug auf Menschen mit Migrationshintergrund mit Demenz in der EU, der EFTA und dem Vereinigten Königreich. Rostock/Greifswald: Deutsches Zentrum für Neurodegenerative Erkrankungen (DZNE), S. 135 f.

4 Fachthemen

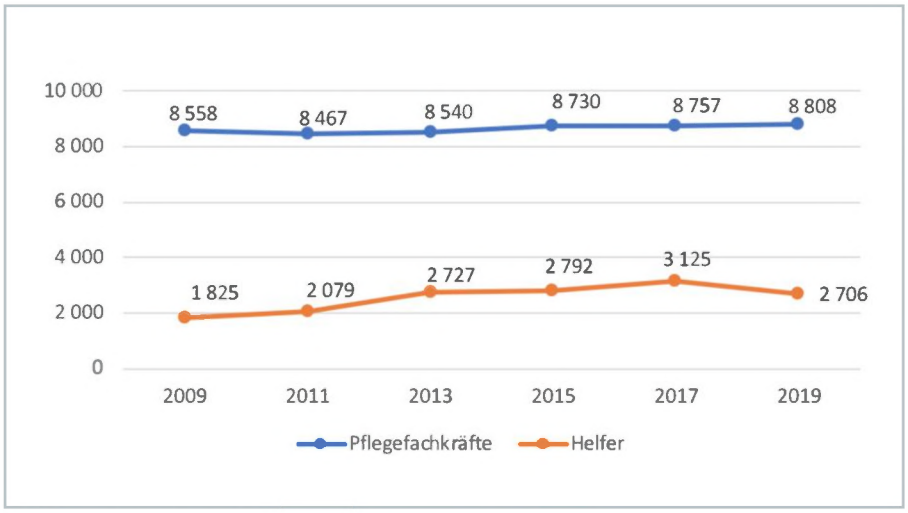
Das folgende Kapitel beschäftigt sich mit ausgewählten Themen, die die Entwicklung der pflegerischen Versorgungsstruktur in Hamburg in den nächsten Jahren maßgeblich inhaltlich bestimmen/beeinflussen. Alle Fachthemen haben einen direkten Einfluss auf die in Kapitel 5 beschriebene Versorgungsstruktur und stehen auch untereinander in enger Beziehung.

4.1 Personalsituation in der Langzeitpflege

Die zentrale Herausforderung für die Langzeitpflege ist die Sicherung der personellen Basis für die berufliche Pflege.

4.1.1 Statistische Auswertungen

Im folgenden Abschnitt werden statistische Daten aus der aktuellen Pflegestatistik 2019 ausgewertet und der Pflegestatistik 2017 gegenübergestellt.[16]
Mitte Dezember 2019 beschäftigten die ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen in Hamburg insgesamt 26 498 Personen. 11 514 davon waren Kräfte mit einer Pflegeausbildung (sowohl mit dreijähriger Ausbildung [8808] als auch mit Helferausbildung [2706])[17], im Folgenden „ausgebildete Pflegekräfte" genannt.
Gegenüber 2017 ist die Gesamtzahl aller Beschäftigten im Jahr 2019 um 1105 gestiegen, wobei die größte Steigerung im Bereich der Menschen ohne Berufsausbildung zu verzeichnen war. Dies entspricht einer Steigerung von 4,4 %.



Quelle: Pflegestatistik Hamburg 2009–2019

Abbildung 6: Entwicklung Beschäftigte in der Pflege

Entwicklung der Anzahl der Pflegefachkräfte und Helfer in Hamburg 2009–2019

16 Die Pandemie hat sich auch auf die Personalsituation in der Pflege ausgewirkt, die regionalen Ausprägungen werden erst in der nächsten Pflegestatistik abzulesen sein und können hier noch nicht ausgewertet werden. Siehe auch: Bundesagentur für Arbeit – Statistik (Hrsg.) (Mai 2021): Arbeitsmarktsituation im Pflegebereich. Reihe: Berichte: Blickpunkt Arbeitsmarkt. Nürnberg.

17 Pflegefachkräfte: staatlich anerkannte/-r Altenpfleger/-in, Gesundheits- und Krankenpfleger/-in, Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/-in. Assistenzkräfte: staatlich anerkannte/-r Altenpflegehelfer/-in, Gesundheits- und Pflegeassistent/-in, Krankenpflegehelfer/-in (in der Pflegestatistik wird die Gesundheits- und Pflegeassistenz nicht aufgeführt).

Es ist eine Stagnation bei der Anzahl der Pflegefachkräfte und eine Abnahme bei den „Helfern“[18] festzustellen. Der Rückgang dürfte auf die Altersstruktur der Beschäftigten zurückzuführen sein.[19] Differenziert man zwischen ambulanten Pflegediensten und stationären Pflegeeinrichtungen, wird deutlich, dass sich die Steigerung bei der Zahl der Beschäftigten lediglich auf den Bereich der ambulanten Pflegedienste bezieht. In der stationären Pflege sank die Beschäftigtenzahl sogar geringfügig (minus 87 Personen).
In ambulanten Pflegediensten hat es von 2017 zu 2019 einen Zuwachs von 1,35 % an ausgebildeten Pflegekräften gegeben, in stationären Pflegeeinrichtungen einen Rückgang um 7,92 %.
Damit betrug der Anteil an ausgebildeten Pflegekräften 2019 an allen Beschäftigten 43,5 %. Dies ist ein Rückgang um 3,3 Prozentpunkte gegenüber 2017.

Pflegekräfte nach Tätigkeitsbereich
Unter den Beschäftigten in ambulanten Diensten befinden sich 5870 ausgebildete Pflegekräfte.[20] Sie stellen damit rund 47 % aller Beschäftigten in der ambulanten Pflege. Knapp 37 % sind Pflegefachkräfte mit dreijähriger Ausbildung.

	2015	2017	2019
Anzahl der Beschäftigten in den Pflegediensten	10 898	11 217	12 409
Anzahl der Pflegefachkräfte	4 459	4 413	4 574
Anteil der Pflegefachkräfte	40,9 %	39,3 %	36,9 %

Tabelle 9: Beschäftigte in ambulanten Diensten

Quelle: Pflegestatistik Hamburg 2015, 2017, 2019

Unter den Beschäftigten in der vollstationären Pflege befinden sich 5644 ausgebildete Pflegekräfte (Pflegefachkräfte und Assistenzkräfte). Sie stellen damit 40 % aller Beschäftigten in der stationären Pflege. Der Anteil der ausgebildeten Pflegekräfte an allen Beschäftigten verringerte sich damit um 3 Prozentpunkte gegenüber 2017. Der Anteil der Pflegefachkräfte mit dreijähriger Ausbildung ist auf rd. 30 % gesunken.

	2015	2017	2019
Beschäftigte	13 424	14 176	14 089
Anzahl Pflegefachkräfte	4 271	4 344	4 234
Anteil der Pflegefachkräfte	31,8 %	30,6 %	30,1 %

Tabelle 10: Beschäftigte in vollstationären Pflegeheimen

Quelle: Pflegestatistik Hamburg 2015, 2017, 2019

Beschäftigte nach Beschäftigungsumfang
Die folgende Tabelle gibt einen Überblick über die Entwicklung der Vollzeitäquivalente (VZÄ) und beschäftigten Personen unter den Pflegefachkräften.

	2017				2019			
	Anzahl Personen	VZÄ[22]	Anteil Vollzeit	Stellen je Person	Anzahl Personen	VZÄ[23]	Anteil Vollzeit	Stellen je Person
Ambulant	4 413	3 265	43 %	0,74	4 574	3 376	43 %	0,74
Stationär	4 344	3 652	58 %	0,84	4 234	3 582	59 %	0,85
Insgesamt	8 757	6 917	50 %	0,79	8 808	6 958	52 %	0,79

Tabelle 11: Dreijährig ausgebildete Pflegefachkräfte und Stellen 2017 und 2019

Quelle: Pflegestatistik Hamburg 2017, 2019

18 Altenpflegehelfer und -helferinnen, Krankenpflegehelfer und -helferinnen, Gesundheits- und Pflegeassistentinnen und -assistenten, im Folgenden auch als „Assistenzkräfte“ bezeichnet.
19 Auch ein Artefakt durch veränderte Hinweise für die Einrichtungen bei der Erhebung ist nicht vollständig auszuschließen.
20 Staatlich anerkannte/-r Altenpfleger/-in, staatlich anerkannte/-r Altenpflegehelfer/-in, Gesundheits- und Pflegeassistent/-in, Gesundheits- und Krankenpfleger/-in, Krankenpflegehelfer/-in, Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/-in.
21 Statistisches Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein (Hrsg.) (2019): Pflegestatistik Hamburg 2017. Statistischer Bericht, Kennziffer: K II 8 – 2j 17 HH. Hamburg. Und: Statistisches Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein (Hrsg.) (2021): Pflegestatistik Hamburg 2019. Statistischer Bericht, Kennziffer: K II 8 – 2j 19 HH. Hamburg.
22 Vollzeitäquivalente, d. h. Arbeitsvolumen aller beschäftigten Personen umgerechnet auf Vollzeitstellen
23 Pflegestatistik Hamburg 2017.

Die Tabelle enthält zwei Kennzahlen, die für 2017 und 2019 verglichen werden: den Anteil der Pflegefachkräfte mit Vollzeitstellen und den durchschnittlichen Stellenanteil einer Pflegefachkraft. Folgendes ist zu erkennen:

- Der Anteil der Vollzeitstellen ist, trotz leichtem Rückgang innerhalb der stationären Pflege, in der stationären Pflege deutlich höher als in der ambulanten Pflege.
- Dasselbe gilt für die Ausschöpfung des Arbeitskraftpotenzials (Größe des Stellenanteils).
- Der Anteil der Vollbeschäftigung hat sich geringfügig erhöht.
- Die Ausschöpfung des Arbeitskräftepotenzials ist nahezu konstant.

Die rechnerische Zahl der sog. Vollzeitäquivalente aller Beschäftigten betrug 2019 im stationären Bereich 10 730 und damit 40 Stellen weniger als 2017. Die Zahl der Vollzeitbeschäftigten in der stationären Pflege ist von 5530 um 142 auf 5672 gestiegen. Somit waren 2019 rd. 40 % der Beschäftigten vollzeitbeschäftigt.
2019 sind in den ambulanten Diensten 12 409 Personen beschäftigt, das sind 1192 bzw. 10,6 % mehr als 2017 . Die Zahl der rechnerischen Vollzeitstellen ist um 4,6 % gestiegen.

Ausbildung
2020 haben in Hamburg insgesamt 1435 Anfängerinnen und Anfänger die Pflegeausbildung begonnen. Davon sind 30 Auszubildende, die die Altenpflegeausbildung im Jahr 2020 in verkürzter Form noch nach dem alten Recht begonnen haben. Hinzuzurechnen sind 34 Studierende, die das duale Pflegestudium im Jahr 2020 begonnen haben.
Im Vergleich zu 2019 (1543 Anfängerinnen und Anfänger) ist ein leichter Rückgang zu verzeichnen. Dieser ist auf einen verstärkten Abschluss von Ausbildungsverträgen im Jahr 2019 noch nach dem alten Recht (getrennte Ausbildungen) insbesondere in der Altenpflege zurückzuführen.
Über den Gesamtzeitraum der betrachteten Schuljahre von 2018 bis 2020 verzeichneten die Anfängerzahlen der Pflegeberufe einschließlich der mit einzurechnenden 34 Studierenden einen jährlichen Zuwachs von durchschnittlich 2,7 %.

Einschätzung und zukünftige Entwicklung
Wie in Kapitel 2 beschrieben, ist davon auszugehen, dass die Zahl der Pflegebedürftigen in der Gesellschaft weiter zunehmen wird. Damit einher geht ein weiter steigender Bedarf an Pflegekräften. Dies stellt eine Herausforderung für die künftige Fachkräftesicherung dar.

In der vollstationären Pflege in Hamburg bilden schon die geltenden Personalrichtwerte eine gute Basis für die Fachkräfteausstattung. Dies wird durch das „Rothgang-Gutachten" belegt. Bei Anwendung des dort festgehaltenen Personalschlüssels für Fachkräfte ergibt sich im Vergleich zum Hamburger Personalschlüssel bei einer vorgegebenen Fachkraftquote von 50 % kein Mehrbedarf in Bezug auf Pflegefachkräfte. Allerdings würde eine große Zahl weiterer Assistenzkräfte benötigt.

Durch das bundesweite „20 000-Stellen-Programm" könnten rechnerisch rund 400 zusätzliche Assistenzkräfte in Vollzeit finanziert, eingestellt und qualifiziert werden (vgl. Abschnitt 2.3). Allerdings müssen die Pflegeeinrichtungen in der derzeitigen Personalmangelsituation zunächst Kräfte einstellen, die die mit den Pflegekassen vereinbarte Personalausstattung sicherstellen. Es kommt selten zu zusätzlichen Personaleinstellungen, die zusätzlich über das 20 000-Stellen-Programm finanziert werden können.

Im ambulanten Bereich ist eine Ausdünnung der Fachkräfte zu beobachten.
In beiden Bereichen dauert es eine erhebliche Zeit, freie Stellen zu besetzen. Die Vakanzzeit[24] im Bereich Altenpflege betrug in Hamburg im Jahr 2020 laut Agentur für Arbeit 135 Tage für Helfer und 191 Tage für Fachkräfte. Damit übersteigt die Vakanzzeit das bundesweite Niveau aller Berufe (131 Tage). Die Arbeitslosen-Stellen-Relation[25] betrug im Bereich der Fachkräfte 75, womit ein ausgewiesener Mangel bestätigt wird.

24 Link: Fachkräftebedarf - Statistik der Bundesagentur für Arbeit (arbeitsagentur.de) (Abruf am 30.09.2021).
25 Die Arbeitslosen-Stellen-Relation gibt darüber Auskunft, wie viele Arbeitslose rechnerisch auf 100 gemeldete Stellen kommen.

In den Pflegeberufen und nicht medizinischen Gesundheitsberufen zeigten sich im Jahr 2020 sowohl bundesweit als auch in Hamburg deutliche Fachkräfteengpässe.[26] Dieser ist deutlich höher als im Bereich der Helfer. Bundesweit stellte sich im Jahr 2020 die Situation wie folgt dar[27]:
„Sowohl in der Alten- als auch in der Krankenpflege richtet sich die deutliche Mehrheit der Stellenangebote an examinierte Pflegefachkräfte (13.300 bzw. 64 Prozent und 11.900 bzw. 77 Prozent.) Gleichzeitig verfügen aber nur 10 Prozent der Arbeitslosen in der Alten- und 45 Prozent in der Krankenpflege über eine Qualifikation als Pflegefachkraft."
Das Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung kommt in einer Prognose für Hamburg zu folgenden Ergebnissen:

Tabelle 12: Prognose Beschäftigungsbedarf in der Langzeitpflege[28]
Beschäftigungsbedarf (in VZÄ) in der ambulanten und stationären Pflege in Hamburg bis 2035

Bezeichnung	Beschäftigungsbestand 2019	Altersbedingter Ersatzbedarf bis 2035		Nachfragebedingter Erweiterungsbedarf bis 2035		Gesamter Beschäftigungsbedarf bis 2035
		Variante 1 (Rente mit 62)	Variante 2 (Rente mit 65)	Basiszenario (Status Quo)	Alternativszenarion (gesünderes Altern)	
Ambulante Pflege	11.417	4.932	4.164	2.574	1.524	5.670 - 7.510
Stationäre Pflege	12.261	6.131	5.387	3.497	1.932	7.320 - 9.630
Pflegewirtschaft	**23.678**	**11.062**	**9.551**	**5.971**	**3.416**	**12.970 - 17.030**

Anmerkung: Die Angaben zum gesamten Bedarf bis 2035 sind auf Zehnerstellen gerundet. Rundungsdifferenzen sind möglich.
VZÄ 0 Vollzeitäquivalent
Quelle: Beschäftigungsstatistik der Bundesagentur für Arbeit (2020), Statistisches Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein (2020a, 2020b); Statistische Ämter des Bundes und der Länder (2020), eigene Berechnungen. © IAB

Demnach wären bis 2035 rd. 13 000 bis 17 000 Stellen neu und dauerhaft mit Beschäftigten, die vorher nicht in diesen Einrichtungen in Hamburg tätig waren, zu besetzen. Dies wird nur schwer möglich sein.
Laut einer Prognose des Wirtschaftsforschungsinstituts WifOR im Auftrag der Sozialbehörde wird der Fachkräftemangel in allen Bereichen der Gesundheitswirtschaft in Hamburg bis 2030 zunehmen. Im Bereich der medizinischen Versorgung werden – gemessen am absoluten Bedarf – besonders die Pflege (Krankenpflege, Altenpflege), die Arztberufe sowie die Arzt- und Praxishilfen vom Fachkräftemangel betroffen sein. Danach erhöht sich der Personalmangel bei Gesundheits- und Krankenpflegekräften (auf vier Qualifikationsniveaus) in der Langzeitpflege und der Pflege im Krankenhaus von 2400 auf 5700 Kräfte im Jahr 2030. In der Altenpflege steigt das Defizit von 1400 auf 3400 Kräfte. In diesen Berufen gibt es besonders viele ältere Beschäftigte und es wird der höchste relative Mangel bei den verglichenen Berufen entstehen.[29] Bei dieser Prognose konnte der neue Zuschnitt des Arbeitsfeldes durch die generalistische Pflegeausbildung noch nicht berücksichtigt werden. Diese führt dazu, dass Fachkräfte in Zukunft noch leichter zwischen den Sektoren wechseln können.

26 Bundesagentur für Arbeit – Statistik (Hrsg.) (Mai 2021): Fachkräfteengpassanalyse 2020. Reihe: Berichte: Blickpunkt Arbeitsmarkt. Nürnberg. Und Link: Engpassanalyse (Web) - Statistik der Bundesagentur für Arbeit (arbeitsagentur.de) (Abruf am 30.09.2021).
27 Arbeitsmarktsituation im Pflegebereich (Mai 2021).
28 Kotte, V.; Stöckmann, A. (2021): Zum Beschäftigungsbedarf in der Pflege Hamburgs bis 2035: Modellrechnungen für die ambulante und stationäre Pflege. Reihe: IAB-Regional. IAB Nord No. 4/2021. Nürnberg: Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung der Bundesagentur für Arbeit, S. 25. Link: Zum Beschäftigungsbedarf in der Pflege Hamburgs bis 2030: Modellrechnungen für die ambulante und stationäre Pflege (iab.de) (Abruf am 30.09.2021).
29 Gerlach, Jan; u. a. (WifOR-Institut) (November 2021): Aktualisierung des ökonomischen Fußabdrucks der Gesundheitswirtschaft in Hamburg inklusive arbeitsmarktpolitischer Analysen und Prognosen. Studie im Auftrag der Behörde für Arbeit, Gesundheit, Soziales, Familie und Integration (Sozialbehörde) Hamburg, S. 50. URL: studie-gesundheitswirtschaft-hamburg.pdf (Abruf am 12.12.2021).

4.1.2 Maßnahmen zur Personalgewinnung und -bindung

Hamburg engagiert sich mit einer Vielzahl an Maßnahmen, die die Beschäftigungsrate in der Pflege erhöhen soll. Eine Beschreibung der Ausgestaltung der gesetzlichen Rahmenbedingungen im Rahmen des Pflegeberufegesetzes findet sich in Abschnitt 2.4. In diesem Abschnitt folgt eine Beschreibung konkreter Maßnahmen, die der Personalgewinnung dienen.

- Zur Begleitung der Vielzahl an Maßnahmen wird eine AG Pflegepersonal initiiert. Diese setzt sich zusammen aus Vertreter:innen der Verbände und der Sozialbehörde. Zu bestimmten Themen werden zuständige Personen aus anderen Behörden und Institutionen hinzugezogen. Die Einrichtung der AG ermöglicht es, zeitnah auf Entwicklungen zu reagieren und gemeinsam das Ziel der Personalgewinnung und -bindung in den Fokus zu nehmen.

4.1.2.1 Weiterentwicklung der Gesundheits- und Pflegeassistenz (GPA)

Hamburg verfügt über eine bundesweit anerkannte zweijährige und bereits generalistisch angelegte Ausbildung zur Gesundheits- und Pflegeassistenz (GPA). Sie schafft einen niedrigschwelligen Zugang zu einer Berufsausbildung in der Pflege mit guten Chancen des Durchstiegs zur Fachkraftausbildung. Die Zahl der Auszubildenden in der GPA ist in den letzten Jahren noch stärker gestiegen als in der Alten- und Krankenpflege.
Mit der Ausbildungsumlagefinanzierung nach der HmbAltPflUmlVO ist die Sicherung und Schaffung von mehr Ausbildungsplätzen in der Altenpflege und der GPA durch eine wettbewerbsneutrale Finanzierung der Kosten der Ausbildungsvergütung über einen Fonds bei der Hamburgischen Pflegegesellschaft seit 2013 erreicht worden. Auch nach Einführung der Ausbildungsumlage nach Pflegeberufegesetz (PflBG) bleibt diese Ausbildungsumlage so lange erhalten, bis eine Vereinheitlichung der Helferausbildung in den Bundesländern eine Einbeziehung in die Finanzierungsregelungen des PflBG ermöglicht. Diese Entwicklung wird von Hamburg angestrebt und unterstützt, weil damit die Finanzierungs- und Ausbildungsgrundlage auf die Krankenhäuser ausgedehnt würde.
Im Zuge des Roadmap-Prozesses besteht rechnerisch die Möglichkeit, bis zu 400 Hilfskräfte in der vollstationären Pflege einzustellen und zu Assistenzkräften weiterzuqualifizieren. Hierzu wird ein koordiniertes Vorgehen angestrebt. Aufgrund der Vorgaben des § 113c SGB XI stiege der Qualifizierungsbedarf auf bis zu 1000 Personen.

- Die Sozialbehörde und die Behörde für Schule und Berufsbildung überprüfen und entwickeln die GPA-Ausbildung weiter, um den Wechsel zwischen Assistenz- und Fachkraftausbildung zu erleichtern und diesen Beruf als Einstieg in die berufliche Tätigkeit als Pflegekraft noch attraktiver zu machen.

- Die Sozialbehörde setzt sich auf Bundesebene für den Einbezug von Pflegeassistenzausbildungen in die Ausbildungsumlage nach Pflegeberufegesetz ein

4.1.2.2 Bessere Bezahlung von Pflegekräften in der Langzeitpflege

Ab dem 1. September 2022 muss eine Pflegeeinrichtung, um als solche in Hamburg zugelassen zu sein, entweder selbst tarifgebunden sein oder – wenn sie das nicht ist – ihre Pflege- und Betreuungskräfte mindestens in Höhe eines in Hamburg angewendeten Pflege-Tarifvertrags entlohnen oder darf das nach § 82c SGB XI veröffentlichte regionale Entgeltniveau nicht unterschreiten. Welchen Pflege-Tarifvertrag eine nicht tarifgebundene Pflegeeinrichtung der Entlohnung ihrer Pflege- und Betreuungskräfte zugrunde legt, liegt bei ihr. Kirchliche Arbeitsrechtsregelungen werden in der neuen Regelung wie Tarifverträge behandelt. Die Pflegeeinrichtungen sind verpflichtet, die Entgelte aus dem jeweiligen Pflege-Tarifvertrag, nach dem sie entlohnen, zu zahlen. Dass das tatsächlich erfolgt, muss gegenüber der Pflegekasse jederzeit nachweisbar sein. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen hat in einer Richtlinie das Nähere zur Durchführung des Nachweises festgelegt.

4.1.2.3 Hamburger Allianz für die Pflege[30]

Um möglichst viele Menschen in Hamburg für eine Berufsperspektive in der Pflege zu gewinnen, gut ausgebildete Fachkräfte lange im Beruf zu halten und das Image des Pflegeberufs nachhaltig zu steigern, haben sich die Stadt Hamburg und Arbeitgeber in der Pflege sowie die Agentur für Arbeit zur „Hamburger Allianz für die Pflege" zusammengeschlossen. Dabei verständigten sie sich auf gemeinsame Standards und gute Arbeitsbedingungen für den Pflegeberuf. Die Partner wollen ihre Ausbildungsanstrengungen steigern, die Weiterbildung der Beschäftigten fördern und dabei helfen, ausländische Pflegekräfte zu integrieren. Ebenso wird das Thema Digitalisierung in der Pflege begleitet.

- Um verstärkt für eine berufliche Karriere in der Pflege zu werben und über die neuen Ausbildungswege zu informieren, sollen Kooperationen der Arbeitgeber mit Schulen ausgeweitet und verstetigt werden.

4.1.2.4 Maßnahmen zur Gewinnung von Pflegekräften

Öffentlichkeitsarbeit
Das Regierungsprogramm sieht vor, die bisherigen öffentlichen Maßnahmen zur Bewerbung des Pflegeberufs bzw. der Pflegeausbildung fortzuführen und jeweils zum Beginn jedes Ausbildungsjahres zu verstärken. Die im September 2019 von der Gesundheitsbehörde gemeinsam mit dem Hamburger Institut für Berufliche Bildung sowie Verbänden und verschiedenen Arbeitgebern aus der Pflege gestartete Kampagne „Das ist Pflege" zur Gewinnung von Fachkräften für die Pflegeberufe und zur Werbung für die neu strukturierte Pflegeausbildung wird hierzu seit 2020 in einer Kooperation zwischen Sozialbehörde und Gesundheitswirtschaft Hamburg GmbH weitergeführt. Die inhaltliche und finanzielle Planung erfolgte zunächst für den Zeitraum bis zum 31. August 2022. Zu den Aktivitäten zählen u. a. die Information potenzieller Auszubildender auf den Kanälen der Kampagne in den sozialen Medien (Facebook, Instagram), die Kampagnenwebsite www.dasistpflege.de, die Website www.pflegeberufe-hamburg.de sowie durch zielgruppenorientierte Videos zum Thema Pflege und Pflegeausbildung, die über die Plattform YouTube verbreitet werden. Sobald eine persönliche Ansprache auf Berufsmessen und Veranstaltungen wieder umfassend möglich ist, wird dies angestrebt.

Ausbildungsvorbereitung

- Die Sozialbehörde fördert ein Projekt der Passage gGmbH, mit dem Menschen auf die Aufnahme einer Pflegeausbildung vorbereitet werden. Es sollen sowohl fachsprachliche als auch fachliche Inhalte des ersten Ausbildungsjahres sowie Kurzpraktika in Pflegeeinrichtungen vermittelt werden.

Ausbildungsabbrüche vermeiden
Das Regierungsprogramm sieht vor:

- Um die Abbrecher:innenquote bei der Pflegeausbildung zu senken bzw. vermeidbaren Abbrüchen vorzubeugen, sollen gemeinsam mit den Pflegeschulen und den Arbeitgeber:innen in der Pflege neue Konzepte erarbeitet werden, um Pflegeschüler:innen frühzeitig bei aufkommenden Problemen in der Ausbildung zu unterstützen. Dabei soll die kontinuierliche Praxisbegleitung der angehenden Pflegekräfte durch eine fachliche Bezugsperson im Fokus stehen.

Pflegekräfte aus dem Ausland
In der Hamburger Pflege arbeiten seit vielen Jahren Menschen mit einer Zuwanderungsgeschichte und ausländischen Berufsqualifikationen. Sie bereichern die pflegerische Versorgung und helfen, sie für alle Pflegebedürftigen sicherzustellen. 2017 wurden 389, 2019 381 und im Jahr 2020 insgesamt 435 Anerkennungen ausgestellt. Die Sozialbehörde erweitert bei Bedarf die Anzahl der Kenntnisprüfungen.
Das Hamburg Welcome Center berät und unterstützt ausländische Fachkräfte in Hamburg.
Es gibt zwei mit europäischen Mitteln geförderte Projekte für Menschen mit Zuwanderungsgeschichte in der Pflege.

30 URL: https://www.hamburg.de/allianz-fuer-die-pflege/

Das ESF-Projekt „Pflegeberufe als Chance – Der Weg in die Pflege“ zur Ausbildungsvorbereitung in der Pflegebranche bietet insbesondere jungen Menschen mit Zuwanderungsgeschichte eine berufliche Perspektive und hilft, dem Fachkräftemangel in der Pflegebranche zu begegnen. Im Rahmen einer Kursstruktur, die sich in Theorie- und Praxisphasen gliedert, werden die Teilnehmenden auf eine Ausbildung in der Pflegebranche vorbereitet. Eine sozialpädagogische Begleitung der Teilnehmenden zur Bewältigung etwaiger persönlicher Problemlagen komplettiert das Projektangebot (Laufzeit bis 30. Juni 2023).
Das Projekt „Integrierte Ausgleichsmaßnahme Pflege“ im Rahmen des ESF+ startete am 1. Januar 2022. Kern des Projekts ist ein integriertes Fach- und Sprachlernen mit betrieblicher bzw. angeleiteter Praxis für die schnelle und effektive Arbeitsmarktintegration ausländischer Pflegefachkräfte.[31]

4.1.2.5 Maßnahmen zur Bindung von Pflegekräften

Fort- und Weiterbildung, Umschulungen
Erfolgreich geförderte Ausbildungen von Pflegekräften bieten beste Chancen für eine ausbildungsadäquate Arbeitsaufnahme am ersten Arbeitsmarkt.[32] Geförderte berufliche Weiterbildung spielt in der Ausbildung von Pflegefachkräften eine bedeutende Rolle. So wird zum Beispiel die Umschulung zur Pflegefachfrau beziehungsweise zum Pflegefachmann von der Agentur für Arbeit gefördert.[33] Das gilt auch für die Pflegeassistenzausbildung. Es konnten bereits spezielle Klassen in der Berufsschule 12 etabliert werden, in denen GPA-Absolvent:innen in einem verkürzten Ausbildungsgang die Fachkraftqualifikation erwerben. Darüber hinaus haben Aufstiegsperspektiven einen motivierenden Effekt. Hier knüpft das am 1. Januar 2021 gestartete ESF-Projekt „care for care“ an die erfolgreichen „Qualifizierungsoffensiven“ an. Das Projekt will einen Beitrag zur Linderung des Fachkräftemangels in der Pflege leisten, Pflegekräfte bei der Erreichung ihrer Karriereziele unterstützen und langfristige berufliche Perspektiven eröffnen.
Am 1. Januar 2019 trat das Gesetz zur „Stärkung der Chancen für Qualifizierung und für mehr Schutz in der Arbeitslosenversicherung“ (Qualifizierungschancengesetz) in Kraft. Beschäftigte können eine Weiterbildungsförderung unabhängig vom Lebensalter, von der Ausbildung oder Betriebsgröße erhalten, mit dem Ziel, eine Anpassung und Fortentwicklung beruflicher Kompetenzen insbesondere aufgrund des Strukturwandels zu ermöglichen. Weiterhin sollen Personen gefördert werden, die eine Weiterbildung in einem Engpassberuf anstreben.

Gesundheitsförderung und Prävention
Die Beendigung einer Berufstätigkeit als Pflegekraft ist oft bedingt durch die hohe körperliche und psychische Belastung im Arbeitsalltag. Aus diesem Grund ist es wichtig, die gesundheitlichen Ressourcen zu stärken, Belastungen abzubauen und dadurch die Arbeitsfähigkeit bzw. den Gesundheitszustand der Pflegekräfte zu erhalten. „Gesund leben und arbeiten“ ist ein Schwerpunkt der Hamburger Landesrahmenvereinbarung zur Umsetzung der nationalen Präventionsstrategie gemäß § 20f SGB V und des Hamburger Paktes für Prävention.[34] Zu den adressierten Betrieben zählen explizit auch Pflegeeinrichtungen.
Die Nationale Präventionskonferenz (NPK) hat sich zudem zum Ziel gesetzt, anhand zweier Themen modellhaft zu erproben, wie im Rahmen der nationalen Präventionsstrategie eine gesamtgesellschaftliche Zusammenarbeit gelingen kann. Eines der Themen ist die „Gesundheitsförderung und Prävention in der Pflege“. In diesem Kontext sollen vor allem die Zielgruppen beruflich Pflegende, pflegende Angehörige und pflegebedürftige Menschen in den Blick genommen werden. Im Auftrag des Koordinierungsgremiums der Landesrahmenvereinbarung organisierte die „AG Pflege“ im Jahr 2021 bereits die zweite Fachveranstaltung für Beschäftigte und Leitungskräfte in vollstationären Pflegeeinrichtungen.
Die Vereinbarungspartner der Landesrahmenvereinbarung setzen trotz zögerlicher Wahrnehmung der Angebote zur „Gesundheit in der Pflege“ ihre Informationsarbeit fort.

31 Link: Integrierte Ausgleichsmaßnahme Pflege | ESF Plus Projekt in Hamburg - ESF - Europäischer Sozialfonds (esf-hamburg.de).
32 Bundesagentur für Arbeit – Statistik (Hrsg.) (Mai 2019): Arbeitsmarktsituation im Pflegebereich. Reihe: Berichte: Blickpunkt Arbeitsmarkt, Nürnberg, S. 4.
33 Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ), URL: www.pflegeausbildung.net/ausbildung/umschulung.html (Abruf am 30.08.2019).
34 Eine große Rolle spielt in diesen Strategien auch die Gesundheitsförderung der Pflegebedürftigen und der pflegenden Angehörigen. Dies kann in diesem Kapitel nicht ausgeführt werden. Siehe dazu auch: URL: www.npk-info.de und URL: www.hamburg.de/gesundheitsfoerderung/ bzw. www.hamburg.de/gesundheit-im-alter (Abruf am 13.12.2022).

- Die Gesundheitsförderung in der Pflege wird weiter gestärkt. Als Grundlage dient das vom Koordinierungsgremium zur Umsetzung der Landesrahmenvereinbarung[35] vorgelegte Rahmen- und Kommunikationskonzept.

4.2 Pflegende Angehörige[36]

Pflegende Angehörige sind eine heterogene Gruppe, in welcher alle Altersgruppen vertreten sind. Auch das Versorgungsbild der von ihnen betreuten Pflegebedürftigen ist ein sehr vielfältiges. Eine Erfassung übergreifender Bedarfslagen für alle pflegenden Angehörigen ist somit nur erschwert möglich.
Dem Senat ist die Berücksichtigung der Belange pflegender Angehöriger ein besonderes Anliegen. Sie leisten unter hohem persönlichem Einsatz und oft erschwerten Bedingungen einen unverzichtbaren Beitrag für die pflegerische Versorgungsstruktur in Hamburg. Daher soll diese Bevölkerungsgruppe in dieser Fortschreibung der Rahmenplanung besonders berücksichtigt werden.[37]
Auch pflegende Angehörige wurden durch die Coronapandemie stark belastet. Es gibt die Angst vor Ansteckung, durch Kontakteinschränkungen verstärken sich Einsamkeitsgefühle und bei berufstätig Pflegenden erhöht sich der Koordinationsaufwand noch weiter.[38] Gleichzeitig besteht der Eindruck, dass die Situation nicht öffentlich wahrgenommen wird. Auch das Zentrum für Qualität in der Pflege (ZQP) stellt gestiegene psychosoziale Belastungen, solche durch wegfallende Entlastungsangebote und durch erschwerte Vereinbarkeit von Beruf und Pflege fest.[39]
Für Angehörige von Bewohnerinnen und Bewohnern vollstationärer Pflegeeinrichtungen haben Besuchsverbote und -einschränkungen die Lebensqualität verschlechtert.[40]

4.2.1 Die Pflege älterer Menschen durch ihre Angehörigen

Ausgangssituation
Die meisten Pflegebedürftigen leben in einem Privathaushalt. In Abschnitt 3.2 wird die quantitative Bedeutung der häuslichen Pflege dargestellt. Über 60 000 Pflegebedürftige leben in privaten Haushalten. Fast alle erhalten Hilfen von Angehörigen oder anderen Bezugspersonen.
Zuweilen ist die häusliche Pflege durch Angehörige nicht zu organisieren oder nicht mehr leistbar und pflegebedürftige Menschen ziehen in eine vollstationäre Pflegeeinrichtung. Auch hier haben Angehörige eine wichtige Funktion für das Wohlbefinden der Pflegebedürftigen und als Ansprechpersonen für die Pflegekräfte und die Einrichtung. Hier gibt es Engagementmöglichkeiten z. B. im Wohnbeirat, aber auch belastende Situationen bei Meinungsverschiedenheiten mit der Einrichtung.
Der BARMER Pflegereport 2018[41] enthält wichtige Ergebnisse zur Lebenssituation pflegender Angehöriger: Für fast alle zu Hause lebenden Pflegebedürftigen gibt es eine Hauptpflegeperson und weitere unterstützende Pflegepersonen. Es wird geschätzt, dass sich im Schnitt ungefähr zwei Pflegepersonen um einen Pflegebedürftigen kümmern; insgesamt sind etwa 7 % der Bevölkerung hier engagiert. Daten liegen weitgehend aber zu den Hauptpflegepersonen vor.[42] Zwei Drittel der Hauptpflegepersonen sind Frauen.[43] Die meisten Hauptpflegepersonen sind zwischen 50 und 70 Jahre alt, ein Drittel ist älter.[44] Zwei Drittel sind nicht erwerbstätig. Von den Erwerbstätigen haben 40 bis 50 % ihre Arbeitszeit wegen der Pflege reduziert.[45] Es pflegen meist (Ehe-)Partner (über 50 %) oder Kinder

35 Landesrahmenvereinbarung zur Umsetzung der nationalen Präventionsstrategie gemäß § 20f SGB V.
36 Die Bezeichnung „Pflegende Angehörige" wird hier als Oberbegriff für alle Personen verwandt, die ihnen nahestehende pflegebedürftige Menschen freiwillig und unentgeltlich unterstützen.
37 Bürgerschaft der Freien und Hansestadt Hamburg (22. Wahlperiode): Drucksache 22/3402 (17.02.2021). Unterrichtung durch die Präsidentin der Bürgerschaft. Betr.: Bürgerschaftliches Ersuchen vom 30. September 2020: „Unterstützung und Stärkung der Mitsprache von pflegenden Angehörigen in Hamburg" – Drs. 22/1448.
38 Rothgang, H.; Wolf-Ostermann, K.; u. a. (2020): Zur Situation der häuslichen Pflege in Deutschland während der Corona-Pandemie. Ergebnisse einer Online-Befragung von informellen Pflegepersonen im erwerbsfähigen Alter. Schnellbericht. Bremen: SOCIUM. Microsoft Word - Schnellbericht_Befragung_pflegender Angehöriger.rtf (uni-bremen.de) (Abruf am 30.10.2021).
39 Eggert, S.; u. a. (2020): Pflegende Angehörige in der COVID-19-Krise. Ergebnisse einer bundesweiten Befragung. Zentrum für Qualität in der Pflege (ZQP) (Hrsg.), Berlin.
40 Zu den ergriffenen Maßnahmen siehe Drucksache 22/3402.
41 Vgl. Rothgang, H.; Müller, R. (2018): BARMER Pflegereport 2018. Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Band 12. BARMER (Hrsg.), Berlin.
42 A. a. O., S. 113.
43 A. a. O., S. 113.
44 A. a. O., S. 114 f.
45 A. a. O., S. 116.

(28 %). Die Pflege findet zu zwei Dritteln im gemeinsamen Haushalt statt.[46] Häufig gibt es keine Vertretung, keine Ansprechpersonen für Hilfen oder niemanden, mit dem die Gefühle geteilt werden können.[47] Fast alle Hauptpflegepersonen kümmern sich täglich um den oder die Pflegebedürftige, über 40 % mehr als zwölf Stunden täglich.[48] 87,5 % der Hauptpflegepersonen kommen mit der Pflege gut zurecht, empfinden aber zum Teil erhebliche Belastungen wie Überanstrengung, Schlafmangel, Einschränkung von Freundschaften, Zukunftsängste, Einengung in der Rolle, ein schlechtes Gewissen.[49] Die Pflege kann einen negativen Einfluss auf die Gesundheit haben und krank machen. Die Prävalenz für verschiedene psychische Erkrankungen liegt bei Frauen fast doppelt so hoch wie in einer Vergleichsgruppe.[50] Demenz der Pflegebedürftigen steigert die Belastungsstörungen der Pflegenden.[51]

Der Report enthält auch weitere wichtige Erkenntnisse:
„Wichtig für den allgemeinen Zustand ist, ob es Unterstützungsangebote gibt. Wer sich die ganze Zeit alleingelassen fühlt, keinen Ansprechpartner für seine Sorgen hat oder keine Zeit zur Entspannung findet, hat ein erhöhtes Krankheits- und Erkrankungsrisiko. Insbesondere sich allein gelassen zu fühlen und nicht zu wissen, woher man Hilfe bekommt, macht krank." [52]
„Ein erhöhter Bedarf zeichnet sich bei denjenigen ab, die sich allein gelassen fühlen, die uninformiert über Leistungsangebote sind oder keinen Zugang dazu finden. Die Aufgabe und Schwierigkeit werden es sein, diese Menschen anzusprechen und ihnen bedarfsgerecht zu helfen."[53]
„Vielfach wird auch die Hilfe im normalen Alltag als entlastend angesehen. So hat die Betreuungs- oder Haushaltshilfe zu Hause die höchste Bewertung bei der Frage bekommen, welche Unterstützungsleistungen am meisten helfen (könnten)."[54]
Es geht also nach wie vor darum, die Arbeit der pflegenden Angehörigen zu würdigen, den Zugang zu Informationen zu erleichtern, die Erreichbarkeit und Ansprechbarkeit von Ansprechstellen zu erhöhen und die Verfügbarkeit von Entlastungsangeboten zu verbessern.

Maßnahmen aus dem Regierungsprogramm und weitere Ansätze
Das Regierungsprogramm für die laufende Legislaturperiode beinhaltet eine Vielzahl von Ansätzen für eine substanzielle Verbesserung der Situation pflegender Angehöriger durch zusätzliche Möglichkeiten der Beratung, Entlastung und Mitsprache.[55]

Das Regierungsprogramm greift darüber hinaus das Thema Pflege und Beruf in Bezug auf Vereinbarkeitslotsen auf. Vereinbarkeitslotsen sind geschulte Beschäftigte in Betrieben, meist in Personalabteilungen, die als erste Ansprechpartner bei Fragen zu Pflege und Beruf zur Verfügung stehen.[56] Die Ausbildung von Vereinbarkeitslotsen soll fortgesetzt werden.
Um die Vereinbarkeit von Beruf und Pflege zu verbessern und pflegende Angehörige beim (Wieder-) Einstieg in sozialversicherungspflichtige Beschäftigung bzw. bei der Sicherung des Arbeitsplatzes und der Beschäftigungsfähigkeit zu unterstützen, hält der Senat zum einen das im Jahr 2021 begonnene ESF-Projekt „Fairplay – zur Vereinbarkeit von Familie & Beruf"[57]bereit. Zum anderen werden pflegende Angehörige beim Erwerb eines qualifizierten Berufsabschlusses in Teilzeit unterstützt. Zur Teilzeitausbildung berät und in solche vermittelt das ServiceCenter Teilzeitausbildung.[58]
Das Regierungsprogramm sieht eine angemessene Vertretung von pflegenden Angehörigen im Landespflegeausschuss vor. Inzwischen konnte die Interessenvertretung pflegender Angehöriger durch die Beteiligung der Allianz pflegender Angehöriger e. V. gestärkt werden. Die Allianz pflegende Angehörige setzt sich sehr aktiv für Verbesserungen in Hamburg ein. Eine Förderung der Vernetzung

46 A. a. O., S. 119.
47 A. a. O., S. 120 f.
48 A. a. O., S. 124.
49 A. a. O., S. 147.
50 A. a. O., S. 164.
51 A. a. O., S. 168.
52 A. a. O., S. 171.
53 A. a. O., S. 189.
54 A. a. O., S. 189.
55 Vgl. auch: Bürgerschaft der Freien und Hansestadt Hamburg (22. Wahlperiode): Drucksache 22/1365 (10.09.2020). Bericht des Gesundheitsausschusses über die Drucksachen 22/501: Sofortmaßnahmen zur Unterstützung und Entlastung pflegender Angehöriger und häuslicher Pflege (Antrag DIE LINKE) und 22/636: In Hamburg in Würde leben – Perspektiven für pflegende Angehörige schaffen (Antrag CDU).
56 Mit der Berücksichtigung des Pflegethemas und der Initiative zu den Vereinbarkeitslotsen setzt Hamburg bereits die Empfehlungen der Nationalen Demenzstrategie 2.6.2 bis 2.6.4 um. Link: Vereinbarkeitslotsen Pflege und Beruf - Allianz für Familien Hamburg - hamburg.de (Abruf am 13.12.2022)
57 Link: Fairplay - zur Vereinbarkeit von Familie & Beruf | REACT-EU - ESF - Europäischer Sozialfonds (esf-hamburg.de) (Abruf am 13.12.2022)
58 Das ServiceCenter Teilzeitausbildung ist ein Angebot der Jugendberufsagentur und der Sozialbehörde, das zunächst bis zum 31.12.2023 gefördert wird. KISS Hamburg – Kontakt- und Informationsstellen für Selbsthilfegruppen (URL: Start | KISS Hamburg (kiss-hh.de)) (Abruf am 13.12.2022)

Tabelle 13: Maßnahmen aus dem Regierungsprogramm, die an anderer Stelle dargestellt werden

Maßnahmen aus dem Regierungsprogramm	Abschnitt in der Rahmenplanung
Pflege-Notruf mit einem Pflege-Notdienst	5.1.3.7 Pflegenotruf
Eine weitere spezielle Einrichtung für Kurzzeitpflege, die zehn Prozent ihrer 40 Plätze für kurzfristige Notfälle reserviert; zusätzliche Kurzzeitpflegeplätze an Krankenhäusern und in Pflegeheimen, die insbesondere für alte Menschen nach einer Krankenhausbehandlung zur Verfügung stehen	5.2.3 Kurzzeitpflege
Die Qualität von Pflegeeinrichtungen ... wird ständig überprüft. Die Ergebnisse werden im „Pflegekompass" so veröffentlicht, dass sich Pflegebedürftige und Angehörige schnell über passende Einrichtungen informieren können.	5.1.4 Hamburger Pflegekompass
Die Hamburgische Pflege-Engagement Verordnung wird evaluiert, um einen möglichst niederschwelligen Zugang zu unterstützenden Leistungen bei Pflegebedürftigkeit durch die Servicestelle Nachbarschaftshilfe sicherzustellen. Dabei werden auch die Bedarfe pflegebedürftiger Kinder, Jugendlicher und junger Erwachsener berücksichtigt.	5.2.1 Angebote zur Unterstützung im Alltag (HmbPEVO)
An den Hamburger Pflegestützpunkten sollen die Beratungsangebote für pflegende Angehörige ausgeweitet werden. An einem der Pflegestützpunkte wird der Themenschwerpunkt „Kinder und Jugendliche in der Pflege" etabliert, um Kinder, die Verantwortung in der Pflege von Angehörigen (häufig von erkrankten Eltern) übernehmen, gezielt zu unterstützen. Die Beratungsangebote für pflegende Angehörige werden bedarfsgerecht ausgebaut. Informationen für Familien mit pflegebedürftigen Kindern sollen auch Teil des Beratungsangebotes sein.	5.1.2 Pflegestützpunkte und Beratungszentrum für ältere, pflegebedürftige und körperbehinderte Menschen

verschiedener Organisationen, die hier aktiv sind, wird angestrebt. Um den unterschiedlichen Zielgruppen von pflegenden Angehörigen in Hamburg gerecht werden zu können, wird seitens der Vertreter dieser Interessengruppe eine Fachstelle pflegende Angehörige Hamburg angeregt. Diese solle aufbauend auf den langjährigen Erfahrungen vor allem aus der Fachstelle Berlin in Kooperation mit den Netzwerkpartnern unter Berücksichtigung der spezifischen Hamburger Situation entwickelt werden. Ob und wie dies in Hamburg realisiert werden kann, wird derzeit kontrovers diskutiert.

Angesichts der physischen und psychischen Belastungen pflegender Angehöriger sind Entlastungsangebote wichtig, um die Gesundheit zu erhalten.
Ein wesentliches Element der Unterstützung und Stärkung pflegender Angehöriger stellen Angebote der Selbsthilfe dar. Diese werden über die geförderte Kontakt- und Informationsstelle für Selbsthilfegruppen (KISS)[59] koordiniert und gestärkt. Auch die Fördermittel für die einzelnen Selbsthilfegruppen über den in Hamburg etablierten „Selbsthilfegruppentopf" sind sichergestellt. In Zusammenarbeit mit Pflegekassen, Trägern und Interessenvertretungen sollen die Angebotsstrukturen der Selbsthilfe für die Zielgruppe pflegender Angehöriger weiterentwickelt werden. Darüber hinaus sind weitere Präventionsangebote nötig.

- Die Sozialbehörde wird im Koordinationsgremium zur Umsetzung der Landesrahmenvereinbarung anregen, zu prüfen, wie pflegende Angehörige sehr gezielt auf Präventionsangebote aufmerksam gemacht werden können.

59 KISS Hamburg – Kontakt- und Informationsstellen für Selbsthilfegruppen (URL: Start | KISS Hamburg (kiss-hh.de)) (Abruf am 13.12.2022)

Ausblick Pflege und Beruf
Auch auf der Bundesebene wird die Vereinbarkeit von Pflege und Beruf behandelt. Die Bundesregierung hat einen unabhängigen Beirat eingesetzt, der alle vier Jahre einen Bericht vorlegt.[60] Dieser hat 2019 seinen ersten Bericht vorgelegt.[61] Der Beirat empfiehlt,

- die Sorge-Arbeit, die von Angehörigen geleistet wird, stärker wertzuschätzen,
- ein Recht auf gesundheitliche Begleitung für Angehörige einzuführen,
- die Anträge und Formulare, die die Pflege betreffen, einfacher und nutzerfreundlicher zu gestalten,
- die Vereinbarkeit von Pflege und Beruf für Frauen und Männer gleichermaßen zu verbessern sowie Fehlanreize im Sozial- und Steuerrecht abzuschaffen, dass sich Unternehmen mit der Thematik Vereinbarkeit von Pflege und Beruf noch aktiver auseinanderzusetzen,
- eine Lohnersatzleistung über maximal 36 Monate analog zum Elterngeld einzuführen.

Die Arbeits- und Sozialministerkonferenz hat diesen Bericht begrüßt und bezeichnet ihn als gute Grundlage für nächste Schritte.[62]

4.2.2 Pflegende Eltern

Pflegebedürftigkeit tritt meist als Folge chronischer Erkrankungen im Alter auf. Aber auch Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene können von Pflegebedürftigkeit betroffen sein. Sind es bei Kindern angeborene Erkrankungen oder Behinderungen, die die Pflegebedürftigkeit begründen, handelt es sich bei jungen Erwachsenen um psychische Auffälligkeiten und Verhaltensstörungen, Krebserkrankungen, aber auch Krankheiten des Kreislauf- und Nervensystems. Die pflegebegründenden Grunderkrankungen im Kindesalter sind vielfältig (beispielsweise Muskeldystrophien, Stoffwechselerkrankungen, Querschnittslähmungen, Chromosomenanomalien oder bösartige Neubildungen). Viele Kinder leiden unter mehr als einer Krankheit, sodass Expertenwissen bei der Versorgung unerlässlich ist.[63]
Laut Pflegestatistik Hamburg sind Ende 2019 4522 Personen im Alter von 0 bis 20 Jahren pflegebedürftig. Nahezu 100 % der pflegebedürftigen Kinder, Jugendlichen und jungen Erwachsenen werden in der eigenen Häuslichkeit gepflegt, davon die Mehrheit (95,57 % bzw. 4330 Personen) ausschließlich durch Angehörige. Bei 186 pflegebedürftigen jungen Menschen ist ein Pflegedienst tätig.
Ende 2017 waren 3317 Personen im Alter von 0 bis 20 Jahren pflegebedürftig. Damit hat sich die Anzahl von 2017 bis 2019 um 46 % erhöht.

	Pflegegrad 1	Pflegegrad 2	Pflegegrad 3	Pflegegrad 4	Pflegegerad 5
2017	4	1 089	1 223	786	215
2017	0,1 %[65]	32,9 %	36,9 %	23,7 %	6,3 %
2019	124	1 375	1 724	879	418
2019	2,74 %	30,41 %	38,12 %	19,44 %	9,24 %

Quelle: Pflegestatistik Hamburg 2017 und 2019

Tabelle 14: Anteil an der Pflegegradeinstufung Pflegebedürftiger im Alter von 0 bis 20 Jahren 2017 und 2019[64]

60 Link: BMFSFJ - Beirat für die Vereinbarkeit von Pflege und Beruf (Abruf am 22.11.2021)
61 URL: https://www.bmfsfj.de/blob/jump/138138/erster-bericht-des-unabhaengigen-beirats-fuer-die-vereinbarkeit-von-pflege-und-beruf-data.pdf (Abruf am 22.11.2021)
62 TOP 5.5 der 96. Arbeits- und Sozialministerkonferenz 2019 am 27. und 28. November in Rostock.
63 Beck-Ripp, J. C.; Dressel, H. (2015): Pflegebedürftigkeit nach SGB XI bei Kindern und Jugendlichen. In: Das Gesundheitswesen, 77. Jg., S. 405–410.
64 Geringfügige Unterschiede zu den Gesamtzahlen entstehen hier, da die nicht Zugeordneten in dieser Tabelle nicht erscheinen. Im Jahr 2019 waren dies zwei Personen in der Altersgruppe.
65 In der Pflegestatistik 2017 sind Pflegebedürftige des Pflegegrades 1 nicht erfasst, die zum Stichtag keine Leistungen der ambulanten Pflegedienste oder Pflegeheime bzw. ausschließlich Leistungen der nach Landesrecht anerkannten Angebote zur Unterstützung im Alltag erhalten.

Grundsätzlich erfolgt die Einschätzung der Pflegebedürftigkeit bei Kindern und Jugendlichen analog den Begutachtungen bei Erwachsenen. Bei Kindern und Jugendlichen müssen die Abweichungen von der Selbstständigkeit und den Fähigkeiten im Vergleich zu altersentsprechend entwickelten Kindern zugrunde gelegt werden.
Durch den medizinisch-technischen Fortschritt der letzten Jahre haben viele pflegebedürftige Kinder eine deutlich höhere Lebenserwartung als noch vor zehn Jahren.[66] Dies führt dazu, dass der Personenkreis der jungen Pflegebedürftigen wächst und damit einhergehend die Relevanz an passgenauen Pflegeleistungen für diese Personengruppe zunimmt. Gleichzeitig ist zu beachten, dass die familialen Pflegearrangements und Versorgungssituationen trotz gleichem Pflegegrad sehr verschieden sein können.[67]
Die im Rahmen der Pflegeversicherung verfügbaren Angebote zielen vorwiegend auf die geriatrische Versorgung. Insofern sind die bestehenden Angebote nur zum Teil auf den Bedarf und die Bedürfnisse von Familien mit pflegebedürftigen Kindern oder von pflegebedürftigen jungen Erwachsenen ausgerichtet.[68]
Ein positives Beispiel ist das Altonaer Kinderkrankenhaus. Es bietet mit dem „Lufthafen" auf acht Plätzen eine spezielle Pflegeeinrichtung für langzeitbeatmete Kinder und Jugendliche an, in der sowohl eine dauerhafte Versorgung als auch Kurzzeitpflege möglich ist. Eine spezielle Vergütungsvereinbarung ermöglicht die Kostenteilung zwischen den Kranken- und Pflegekassen und der Eingliederungshilfe.
Das Kinder-Versorgungs-Netz (KVN) sieht eine Reihe von Entwicklungsbedarfen, für die an einem „runden Tisch" nach Lösungsmöglichkeiten gesucht wird.

Maßnahmen

- ▶ Die Sozialbehörde unterstützt die Erstellung einer Informationsbroschüre über die Angebote in Hamburg für Eltern pflegebedürftiger Kinder.
- ▶ Die Sozialbehörde prüft, ob Beratungsangebote für Eltern von Kindern mit Behinderung und Pflegebedarf noch besser zu den Leistungssystemen und -angeboten aus Eingliederungshilfe und Pflege beraten können.

4.2.3 Kinder und Jugendliche, die sich um pflegebedürftige Angehörige kümmern

Eine Studie im Auftrag des BMFSFJ definiert: „Kinder und Jugendliche als pflegende Angehörige sind Minderjährige, die regelmäßig für ein oder mehrere chronisch kranke Familienmitglieder sorgen, ihnen helfen oder sie pflegen."[69] Bei einer repräsentativen Befragung von 6313 Schülerinnen und Schülern ab der fünften Klasse zwischen 10 und 22 Jahren (Mittelwert 13,7 Jahre; SD 2,2) betrug der Anteil von Schülerinnen und Schülern mit Pflegeverantwortung 6,1 %. Davon sind 64 % Mädchen. Weitere 7 % leisten regelmäßig nicht körperbezogene Hilfen. Dieses Ergebnis liegt über den bisher berichteten Werten. Auf Hamburg übertragen wären das rd. 12 400 pflegende und 14 200 helfende Kinder und Jugendliche.
Die Lebensqualität der helfenden und pflegenden Kinder und Jugendlichen, sogenannte Young Carers, ist signifikant geringer als die der übrigen, bleibt aber im Schnitt auf hohem Niveau.[70] Eine Studie des ZQP beschreibt die Auswirkungen so:
„Die Auswirkungen der Pflegeaufgaben sind für die jungen Pflegenden vielfältig. Mehr als die Hälfte (54 %) der pflegenden Jugendlichen macht sich viele Sorgen um die Angehörigen. Als negativ wird auch der Mangel an Freizeit (12 %), die körperliche Anstrengung (10 %) oder niemanden zum Reden zu haben (9 %) genannt. 7 Prozent fühlen sich in der Situation nicht gut unterstützt. Positiv wird hingegen von fast allen Jugendlichen eingeschätzt, helfen zu können (93 %). Sehr viele finden es außer-

66 Eisenhardt, B.; Heinrich, M. (November 2017): Was brauchen pflegebedürftige Kinder in Berlin? Berlin, S. 3.
67 Vgl. Oetting-Roß, C. (2022): Pflegerische Versorgungssituation (schwerst-)pflegebedürftiger Kinder. In: Jacobs, K., u. a.: Pflege-Report 2022. Heidelberg: Springer, S. 6.
68 Rothgang, H.; u. a. (2017): BARMER Pflegereport 2017. Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Band 5. Siegburg: Asgard, S. 164.
69 Metzing, S.; u. a. (2018): Die Situation von Kindern und Jugendlichen als pflegende Angehörige. Abschlussbericht. Witten/Herdecke: Universität, Department für Pflegewissenschaft, Fakultät für Gesundheit, S. 8. Link: Abschlussbericht_KinderundJugendlichepflegAngeh.pdf (bundesgesundheitsministerium.de) (Abruf am 23.01.2019)
70 A. a. O., S. 54.

dem gut, dass die Familie zusammenhält (74 %) und sie Verantwortung übernehmen (56 %). Etwa ein Drittel sieht es positiv, viel Zeit mit den pflegebedürftigen Familienangehörigen zu verbringen (32 %) und durch die Hilfe viel zu lernen (28 %). Zwar fühlt sich knapp die Hälfte der pflegenden Jugendlichen nicht durch ihre pflegerische Tätigkeit belastet (49 %), 46 Prozent hingegen sehen sich etwas und 5 Prozent sogar sehr belastet."[71]
Metzing u. a. (2018) haben umfangreiche Kataloge von entlastenden Maßnahmen für pflegende Kinder und Jugendliche, Eltern und Familien zusammengestellt.[72] Sie setzen das Zusammenspiel verschiedener Institutionen, z. B. Schule, Jugendhilfe, Pflegestützpunkte, und Kostenträger voraus.
Seit wenigen Jahren gibt es nun auch in Deutschland einige spezifische Angebote zur Beratung, Unterstützung und Entlastung. Ein Überblick befindet sich auf der Seite der „Pausentaste" des BMFSFJ.[73]

- In Hamburg ist eine Verbesserung des Entlastungs- und Beratungsangebots für pflegende Kinder und Jugendliche vorgesehen. Die Konzeptionierung wird im Jahr 2022 begonnen.

4.3 Quartiersorientierung in der Pflege

Alle Bürgerinnen und Bürger sollen sich unabhängig von ihrem Alter und ihrer Gesundheit, ihrem Geschlecht, ihrer sexuellen Identität, ihrer Herkunft, Kultur oder Religion in ihrem Quartier zu Hause fühlen. Dazu gehört die Gewissheit, dass sie auch im Falle von körperlichen oder kognitiven Einschränkungen, bei Pflegebedarf oder einer Demenz in ihrer vertrauten Umgebung selbstständig und selbstbestimmt leben können. Voraussetzung dafür sind „‚demografiefeste', vielfältige Quartiere [...], die sich an die jeweiligen demografischen Entwicklungen anpassen und auch mit unvorhersehbaren Entwicklungen wie insbesondere Migrationsbewegungen und Bevölkerungszuwächsen sowie mit Veränderungen in der Altersstruktur umgehen können".[74,75]
In diesem Abschnitt wird die grundsätzliche Ausrichtung der Pflegepolitik auf das Quartier bekräftigt. Ein Überblick über Wohn-Pflege-Gemeinschaften und andere kleinräumige Wohn- und Versorgungsformen findet sich in Abschnitt 5.4.
Die Hamburger Stadtteile und ihre Quartiere, die vorhandene Infrastruktur sowie die Bevölkerungszusammensetzung sind sehr verschieden, wodurch sich unterschiedliche Bedarfe an die Weiterentwicklung ergeben. Quartiersorientierung in der Pflege bedeutet aber immer, dass vielfältige Angebote vorhanden sind, die individuell und bedarfsgerecht kombinierbar sind, sodass sie zu einem zuverlässigen Angebot für die Bewohnerinnen und Bewohner im Quartier verknüpft werden können und das Wohnenbleiben ermöglichen. Neben den entsprechenden Dienstleistungsangeboten sowie förderlichen Engagementstrukturen sind hierfür barrierefreie Wohnungen, kleinräumige Wohn-Pflege-Angebote sowie Quartiersräume eine zentrale Voraussetzung.
In den vergangenen sechs Jahren haben sich aber auch kleinräumige Wohn- und Versorgungsformen weiter etabliert.[76] Über die Förderrichtlinien der Sozialbehörde konnten in der Zeit vom 1. Januar 2016 bis zum 30. Juni 2021 insgesamt acht Projekte gefördert werden, die „Maßnahmen zum Aufbau und zur Etablierung von nachbarschaftlichen Strukturen und zur Anbahnung von Kontakten der Bürgerinnen und Bürger in Wohnanlagen und größeren Wohnkomplexen im Quartier" zum Ziel haben und „eine auf Dauer ausgerichtete pflegerische Versorgung, Teilhabe sowie Selbstorganisation, Selbsthilfe und Nachbarschaftsaktivitäten von Bürgerinnen und Bürgern"[77] etablieren. Außerdem wurde die Schaffung bzw. Erstausstattung von sechs Quartiersräumen unterstützt.

71 Eggert, S.; Lux, K.; Sulmann, D. (2016): Erfahrungen von Jugendlichen mit Pflegebedürftigkeit in der Familie, S. 5. URL: ZQP-Analyse-Junge-Pflegende.pdf (Abruf am 23.01.2019)
72 Metzing, S. (2018), S. 84 ff.
73 URL: https://www.pausentaste.de/ (Abruf am 07.06.2022)
74 Bericht zum Demografiekonzept Hamburg 2030 (2019), S. 100.
75 Als Quartier wird „ein räumlich begrenztes Gebiet verstanden, dessen Bevölkerung – bei aller Unterschiedlichkeit im Einzelnen – durch eine gemeinsame Identität und eine soziale Interaktion gekennzeichnet ist. [...]. Für die Quartiersgröße kann die fußläufige Erreichbarkeit zentraler Bereiche, Versorgungs- und Infrastruktureinrichtungen und ein damit einhergehendes Mindestmaß an Urbanität als Kriterium herangezogen werden. Das Quartier bildet den Rahmen, in dem der Lebensmittelpunkt seiner Bewohnerinnen und Bewohner liegt. Diese haben viele unterschiedliche, aber auch gemeinsame Bedarfe und Präferenzen, z. B. in Bezug auf Kommunikation, Nahversorgung, Erholung oder Mobilität". A. a. O., S. 99.
76 Freie und Hansestadt Hamburg, Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz (BGV), Amt für Gesundheit (Hrsg.) (2015): Rahmenplanung der pflegerischen Versorgungsstruktur bis 2020, S. 19.
77 Richtlinie der Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz (BGV) zur Förderung von kleinräumigen, quartiersorientierten Wohn- und Versorgungsformen (ab 2016).

Gestaltungsspielraum in Hamburg und Weiterentwicklung

Quartiersorientierung in der Pflege ist mittlerweile als Ziel in der Angebotsentwicklung fest verankert und wird bei Neu- und Umbauvorhaben grundsätzlich umgesetzt. Zentrale Gestaltungsaufgabe ist es, durch ein abgestimmtes, verbindliches Vorgehen dazu beizutragen, dass künftig alle Einwohnerinnen und Einwohner dieser Stadt auch bei Hilfs- und Pflegebedürftigkeit in ihrem vertrauten Quartier leben können.

Mit dem Demografiekonzept sowie dem Bericht zum Demografiekonzept hat sich der Senat u. a. für den Ausbau altersgerechter Quartiersentwicklung ausgesprochen und auch entsprechende Instrumente in Aussicht gestellt: Durch Kooperation „in Behörden und Bezirksämtern und deren verbindliches Zusammenwirken sollen Vorlagen für wirksame und maßgeschneiderte Verfahren und Kooperationen zur Entwicklung und Weiterentwicklung demografiefester Quartiere entstehen, die integriertes und systemisches Denken, den Abgleich mit hamburgweiten Belangen und eine gemeinsame Umsetzung im Schulterschluss voraussetzen. Gleichzeitig soll der Stadt- und Quartiersdialog, die Transparenz in Hinblick auf Verfahren und Ressourcen (z. B. bei der Schaffung von Wohnraum) sowie der Beteiligung der betroffenen Akteure konsequent und nachhaltig gefördert werden".[78] Hierzu gehören das Demografie-Monitoring[79] und die Quartiersinitiative urbanes Leben (QuL).[80] Die Quartiersinitiative urbanes Leben soll im Zuge von Neu- oder Weiterentwicklung von Quartieren in Hamburg eine strukturierte und verbindliche Zusammenarbeit von Bezirken und Fachbehörden initiieren, sodass alle Zielgruppen in der Planung von Anfang an sinnvoll berücksichtigt werden.

Ebenso zu dieser Ausrichtung gehören die regelhafte Grundstücksvergabe über Konzeptausschreibungen und das auch in der 22. Legislaturperiode fortgesetzte Bündnis für das Wohnen in Hamburg.[81] Der Senat bekräftigte diese Ausrichtung in seinem Regierungsprogramm.[82]

Die „Quartiere in der Stadt sollen an die Bedürfnisse älterer Menschen angepasst sein. Eine Vielfalt an Wohnformen und Pflegeeinrichtungen, die sich dem Stadtteil öffnen, können ältere Menschen unterstützen. Barrierefreie bzw. barrierereduzierte Wohnungen sind Leitbild im Wohnungsbau. In allen Stadtteilen und Quartieren werden senior:innengerechte Wohnangebote geschaffen. (...) Stiftungen als traditionelle und wichtige Anbieter bezahlbaren Wohnraums für ärmere Menschen werden mit einem Modellvorhaben wirkungsvoll unterstützt".[83]

„Das Demografiekonzept wird im Sinne einer age-friendly City zu einem quartiersorientierten Aktionsplan weiterentwickelt, der behördenübergreifend umgesetzt wird. Das neu etablierte kleinräumige Demografiemonitoring liefert dabei die Datengrundlage für räumliche Aktionsschwerpunkte. Im Fokus sollen barrierefreies Wohnen und Mobilität, die Nahversorgung sowie die gesundheitliche und pflegerische Versorgung im Stadtteil stehen. Online Plattformen und Treffpunkte im Stadtteil sollen zur besseren Vernetzung von Nachbarschaftshilfen beitragen."[84] Die Schaffung von weiterem barrierefreiem Wohnraum sowie entsprechender Quartiersräume, Clusterwohnungen und dem generationenübergreifenden Wohnen wird auch im Bündnis für das Wohnen in Hamburg in der 22. Legislaturperiode festgehalten.[85] Der Senat hat sich im Koalitionsvertrag dafür ausgesprochen, in allen Stadtteilen und Quartieren zur Schaffung von senioren- bzw. seniorinnengerechten Wohnangeboten beizutragen.[86] Dazu gehört auch, die vielen bereits existierenden Pflegeeinrichtungen und anderen Wohnformen in die Quartiere zu öffnen,[87] sodass sie ggf. Anker und Anlaufstelle (nicht nur) für ältere Bürgerinnen und Bürger werden. Bei der Entwicklung neuer Quartiere sowie der Weiterentwicklung bestehender Quartiere sollen Quartierszentren und Senior:innentreffs als Orte der Begegnung systematisch mitgeplant werden.[88]

78 Bericht zum Demografiekonzept Hamburg 2030 (2019), S. 102.
79 A. a. O., S. 103 ff.
80 A. a. O., S. 102.
81 Bündnis für das Wohnen in Hamburg zwischen der Freien und Hansestadt Hamburg und den Verbänden der Wohnungswirtschaft über Wohnungsneubau, Stadtentwicklung, Bodenpolitik und Infrastruktur, Baurecht, Klimaschutz, Wohnraum für vordringlich wohnungssuchende Haushalte, Baukultur und Erhalt von Backsteinfassaden in Hamburg für die 22. Legislaturperiode (2021).
82 Koalitionsvertrag über die Zusammenarbeit in der 22. Legislaturperiode der Hamburgischen Bürgerschaft zwischen der SPD, Landesorganisation Hamburg und Bündnis 90/Die Grünen, Landesverband Hamburg (2020). Zuversichtlich, solidarisch, nachhaltig – Hamburgs Zukunft kraftvoll gestalten, S. 25 ff.
83 A. a. O., S. 29.
84 A. a. O., S. 171.
85 Bündnis für das Wohnen in Hamburg, 22. Legislaturperiode (2021).
86 Koalitionsvertrag über die Zusammenarbeit in der 22. Legislaturperiode der Hamburgischen Bürgerschaft (2020), S. 29.
87 A. a. O., S. 29.
88 A. a. O., S. 30.

Zur Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung in sozial und gesundheitlich belasteten Gebieten fördert der Senat aktuell vier lokale Gesundheitszentren, zwei weitere sind in der Genehmigung. Lokale Gesundheitszentren vereinen unter einem Dach eine haus- und/oder kinderärztliche Praxis, eine Community Health Nurse für einen niedrigschwelligen Zugang zur ambulanten medizinischen Versorgung und eine Sozialberatung. Die Community Health Nurses beraten und unterstützen die Bewohnerinnen und Bewohner eines Quartiers in gesundheitlichen Fragen. Darüber hinaus gibt es Kooperationen und Vernetzung mit Pflegediensten und gesundheitlichen, präventiven und sozialen Angeboten im Bezirk.
Gerade kleinräumige Angebote eignen sich, um Zielgruppenorientierung und Quartiersorientierung zu verbinden. So sollen gezielt Wohn-Pflege-Angebote für ältere, pflegebedürftige lesbische, schwule, bisexuelle, trans* und intergeschlechtliche Menschen (LSBTIQ*) geschaffen werden. Verstärkt werden sollen auch die Anstrengungen, weitere Wohn-Pflege-Angebote für Menschen mit Migrationsgeschichte zu etablieren.[89] Gemeinsam mit der Koordinationsstelle für Wohn-Pflege-Gemeinschaften, Vertreterinnen und Vertretern der entsprechenden Communitys, der Fachbehörde und den Bezirken sollen hier sinnvolle Angebote entwickelt werden. Bei städtebaulichen Neubauverfahren sollen Angebote für diese Zielgruppen gezielt berücksichtigt werden.
Der Quartiersgedanke kann aber auch von bereits bestehenden Wohneinrichtungen der Pflege sowie von Servicewohnanlagen unterstützt werden. Indem Wohnpflegeeinrichtungen und Servicewohnanlagen sich ins Quartier öffnen, ihre (Freizeit-)Angebote und Räumlichkeiten auch den Bewohnerinnen und Bewohnern des umliegenden Stadtteils zugänglich machen und den eigenen Bewohnerinnen und Bewohnern ermöglichen, am Leben im Stadtteil teilzunehmen.
Im Einzelnen sind zur Quartiersorientierung in der Pflege folgende Voraussetzungen zu schaffen:

- Eine ausreichende Verfügbarkeit von bezahlbarem und barrierereduziertem oder barrierefreiem Wohnraum
- Flexibel nutzbare Gemeinschaftsräume, die der nachbarschaftlichen Begegnung dienen
- Ausreichende Anzahl an kleinräumigen Wohn- und Versorgungsangeboten wie Wohn-Pflege-Gemeinschaften, Hausgemeinschaften und Pflegewohnungen auf Zeit
- Ein möglichst barrierearmes Wohnumfeld mit entsprechender sozialer Infrastruktur und Nahversorgungsangeboten in fußläufiger Nähe
- Bedarfsorientierte medizinische und pflegerische Versorgungsangebote, die auch die 24-stündige Erreichbarkeit eines Pflegedienstleisters beinhalten
- Strukturen, die gegenseitige, nachbarschaftliche Unterstützung, bürgerschaftliches Engagement und Selbsthilfe begünstigen. Dazu gehören u. a. z. B. ein Nachbarschaftstreff und eine Quartierskoordination, die Angebote anregt, Nachbarschaften in Kontakt bringt und Akteure nachhaltig vernetzt
- Die Öffnung bereits vorhandener Wohneinrichtungen der Pflege und Servicewohnanlagen ins Quartier
- Zum Aufbau und Erhalt nachbarschaftlicher Strukturen im Quartier, die Teilhabe, Selbstorganisation, Selbsthilfe und gegenseitige Unterstützung ermöglichen, ist eine auf Dauer angelegte Quartierskoordination wünschenswert
- Zur Herstellung der Versorgungssicherheit auch für alleinlebende Menschen mit Pflegebedarf sollen verschiedene Ansätze für die nächtliche Versorgung im Quartier entwickelt und umgesetzt werden

Maßnahmen

- ▶ Sozialbehörde und Bezirksämter werden Verfahrensabsprachen zur Etablierung quartiersorientierter Pflegeangebote treffen.
- ▶ Sozialbehörde und Landesverbände der Pflegekassen treffen Verfahrensabsprachen zur Netzwerkförderung nach § 45c Abs. 9 SGB XI.[90]
- ▶ Die Sozialbehörde stellt den Bezirksämtern stadtteilbezogen Daten aus Schätzungen zur Pflegebedürftigkeit und Anzahl von Menschen mit Demenz zur Verfügung.

Weitere Maßnahmen zur Umsetzung werden im Kapitel 5 im jeweiligen Versorgungsbereich beschrieben.

89 Ein gelungenes Beispiel für ein adressatengerechtes Angebot ist das interkulturelle Wohnhaus Veringeck in Wilhelmsburg.
90 Hierbei sind gemäß NDS 1.3.4 auch Netzwerke zu berücksichtigen, die das Thema Demenz besonders berücksichtigen

4.4 Pflege in der vielfältigen Gesellschaft

Hamburg ist eine superdiverse Stadt. Die Bevölkerung setzt sich nicht nur aus Menschen mit den unterschiedlichsten Bezugsländern zusammen, sondern auch mit einer großen Bandbreite an verschiedensten Lebensbedingungen und Lebensweisen. Damit geht auch eine Vielfalt an Bedürfnissen und Anforderungen einher, die sich im Angebot für und dem Umgang mit Pflegebedürftigen niederschlagen müssen.
Grundlegend dafür sind ein diskriminierungsfreier Umgang und die Flexibilität der Pflegenden, sich auf verschiedenste Situationen einzustellen. Dies kommt allen Pflegebedürftigen zugute – alle Menschen wollen individuell gesehen und nach ihren speziellen Bedürfnissen gepflegt werden. Legt man diese Grundsätze zugrunde, sollte eine gesonderte Betrachtung spezieller Zielgruppen nicht notwendig sein. Wenngleich dies ein zu erreichendes Ideal ist, kann es in der gegenwärtigen Situation jedoch noch angebracht sein, die Bedürfnisse einzelner Zielgruppen genauer zu betrachten und bei Bedarf gesonderte Angebote vorzuhalten. Insbesondere zur Vermeidung von Wiederholung von Diskriminierungserfahrungen und um Zugänge zur Pflege zu erleichtern.
Wie auch im AWO-Praxisleitfaden erläutert, „[...] gibt es offensichtliche Parallelen zwischen einer LSBTIQ*-sensiblen Altenhilfe zur ‚kultursensiblen Altenpflege', die die Situation von Migrant*innen in der Pflege fokussiert: Oft ist eine ‚phantasierte Mehrheitsgesellschaft' der Grund dafür, dass die Pflegeeinrichtungen sich auf eine eher weiße, christliche und heterosexuelle Klientel ausrichten, wodurch ‚andere' Lebensweisen dann in der Praxis schnell übersehen werden".[91]
Vor diesem Hintergrund werden die Zielgruppen in diesem Kapitel zunächst gesondert betrachtet, jedoch basierend auf gemeinsamen Anforderungen beide betreffende Schlussfolgerungen gezogen.

4.4.1 Lesbische, schwule, bisexuelle, trans* und intergeschlechtliche Menschen (LSBTIQ*)

Die Belange und Interessen von lesbischen, schwulen, bisexuellen, trans* und intergeschlechtlichen Menschen sind selbstverständlicher Teil einer modernen Gleichstellungspolitik.

Ausgangssituation
Die Größe des genannten Personenkreises ist nicht bekannt. Interessenvertreter:innen gehen von über 3000 Personen mit Pflegebedarf aus.[92]
Projekte und Initiativen für LSBTIQ* im Alter sind ein vergleichsweise neues Phänomen.[93]
Die wenigen quantitativen Studien zur Lebenssituation u. a. von Lesben und Schwulen kommen zu dem Schluss, dass Einrichtungen der Altenhilfe nicht kompetent mit den Bedürfnissen von gleichgeschlechtlich liebenden Frauen und Männern umgehen können oder ihre Angebote nicht auf lesbische Frauen und schwule Männer ausgerichtet haben. Nach einer Hamburger Studie mit 171 teilnehmenden schwulen und bisexuellen Männern über 50 Jahre wurden als einzige weitgehend bedürfnisorientierte Angebote die Hospizeinrichtungen und private Wohngemeinschaften oder Hausgemeinschaften benannt.[94]
Bei der Anerkennung von LSBTIQ* in der Altenpflege geht es für die betroffenen Pflegebedürftigen darum, Achtsamkeit und Empathie in der Zuwendung sowie fürsorgendes Handeln in der Betreuung und Pflege durch Pflegende zu erfahren. Pflegerisches Handeln gegenüber LSBITQ*-Pflegebedürftigen bedeutet, diese in ihrer Eigenart zu erkennen, ihnen zu begegnen und sie durch ihre Haltungen und ihr Handeln in ihrer Lebensweise zu bestätigen.[95] Pflegende sollten daher um die besonderen Biografien von LSBTIQ* und die daraus resultierenden Bedürfnisse wissen, dann kann eine personenorientierte Pflege möglich werden. Daher ist es wichtig, Pflegende in Aus- und Fortbildung zu sensibilisieren.[96]

91 Andrée, L.; u. a. (2021): Praxishandbuch zur Öffnung der Altenhilfeeinrichtungen für LSBTIQ*. AWO-Bundesverband e .V., Berlin, S. 29.
92 Projektgruppe des Fachtags „Vielfalt leben! Vielfalt pflegen? – Wie kommt Hamburg zu guten Wohn- und Pflegebedingungen für Lesben, Schwule, Bisexuelle, Transidente, intergeschlechtliche und queere Menschen?" in Hamburg und von weiteren unterzeichnenden Institutionen der Hamburger LSBTIQ*-Communities (2021).
93 Gerlach, H.; Schupp, M. (2017): Eine Theorie der Anerkennung von Homosexualitäten in der Altenpflege. Dissertation Bremen, Universität, S. 115.
94 Gerlach, H.; Szillat, C. (2017): Schwule im Alter. Studie zur Lebenssituation von männerliebenden Männern über 50 in Hamburg. Wiesbaden: Springer, S. 219.
95 Gerlach, H.; Schupp, M. (2017), S. 735.
96 A. a. O., S. 751.

Die Ergebnisse der Studien konnten die Varianz an Bedürfnissen und Wünschen der lesbischen und schwulen Pflegebedürftigen nach Diskriminierungsfreiheit, Sicherheit, sozialer Integration und weitgehender Fortführung ihrer Lebensgewohnheiten aufzeigen. Dabei gibt es sowohl das Bedürfnis, in speziellen, ausschließlich für LSBTIQ*-Menschen vorgehaltenen Einrichtungen zu leben, wie auch das Bedürfnis, in einer Einrichtung unter ansonsten heterosexuellen Menschen zu leben.[97]
Ein Programm zur Öffnung von Pflegeeinrichtungen für LSBTIQ*-Menschen hat der AWO Bundesverband vorgelegt.[98]
Die Gründung von Wohn- und Hausgemeinschaften für Mitglieder der Zielgruppe wird weiter über die Koordinationsstelle für Wohn-Pflege-Gemeinschaften unterstützt.

Im Aktionsplan für Akzeptanz geschlechtlicher und sexueller Vielfalt hat der Senat u. a. für die Pflege eine Reihe von Maßnahmen vorgesehen[99], die inzwischen weitgehend umgesetzt sind:

- Die Unterstützung von Initiativen zu den neuen Wohnformen im Alter, insbesondere zielgruppenspezifische Wohngemeinschaften für Pflegebedürftige[100]
  Eine entsprechende Förderrichtlinie ist in Kraft.[101] Gespräche mit potenziellen Initiator:innen laufen in der Koordinationsstelle für Wohn-Pflege-Gemeinschaften.
- In den Pflegestützpunkten wird zukünftig eine für die Belange von LSBTI*-Personen besonders sensibilisierte Ansprechperson zur Verfügung stehen[102]
  Die Personen sind benannt, eine Fortbildung für die Beschäftigten fand Anfang 2022 statt.
- Die Berücksichtigung der Themen sexuelle Orientierung und geschlechtliche Identitäten in der Aus-, Fort- und Weiterbildung von in der Pflege tätigem (Fach-)Personal[103]
  Die Berücksichtigung ist entsprechend verankert.[104]
- Die Unterstützung eines fachlichen Austausches mit LSBTI*-Fachinstitutionen und Pflegeeinrichtungen und -diensten zur Entwicklung zielorientierter Maßnahmen einer LSBTI*-sensiblen Pflege[105]
  Ein entsprechender Austausch wurde bisher nicht geführt. Er soll im Zusammenhang mit dem Erwerb eines Siegels begonnen werden (s. u.).

Der Senat hat im Regierungsprogramm weitere konkrete Maßnahmen benannt.

- In der Rahmenplanung der pflegerischen Versorgungsstruktur 2025 wird ein eigener Schwerpunkt auf die Zielgruppe LSBTI* gelegt.
- Die Berücksichtigung der besonderen Bedürfnisse von Menschen mit LSBTI*-Identitäten wird in das Curriculum der generalistischen Pflegeausbildung aufgenommen. Spezielle Weiterbildungen von Pflegekräften in diesem Bereich werden unterstützt.

Diese beiden Punkte sind bereits umgesetzt. Noch zu bearbeiten ist der folgende Punkt:

- Wir sorgen dafür, dass Hamburgs stationäre Pflegeheime sehr individuell auf die Bedürfnisse der Bewohner:innen eingehen. Dazu gehören die Themen kultursensible Pflege und geschlechtliche Vielfalt. Diese Themen werden in den Pflegekompass aufgenommen.

97 A. a. O., S. 738.
98 Andrée, L.; u. a. (2021).
99 Freie und Hansestadt Hamburg, Behörde für Wissenschaft, Forschung und Gleichstellung, Stabsstelle Gleichstellung und geschlechtliche Vielfalt (Hrsg.) (2017): Aktionsplan des Senats der Freien und Hansestadt Hamburg für Akzeptanz geschlechtlicher und sexueller Vielfalt. Siehe auch: Bürgerschaft der Freien und Hansestadt Hamburg (21. Wahlperiode): Drucksache 21/7485 (10.01.2017). Mitteilung des Senats an die Bürgerschaft. Aktionsplan des Senats der Freien und Hansestadt Hamburg für Akzeptanz geschlechtlicher und sexueller Vielfalt.
100 A. a. O., Maßnahme 53, Rn. 96.
101 URL: https://t1p.de/bot4 (Abruf am 08.02.2021)
102 Aktionsplan des Senats der Freien und Hansestadt Hamburg (2017), Maßnahme 54, Rn 96.
103 A. a. O., Maßnahme 56, Rn. 97.
104 Rahmenpläne der Fachkommission nach § 53 PflBG, Rahmenpläne für den theoretischen und praktischen Unterricht, Abschnitt CE 09, Berlin, 01.08.2019, S. 185, 186, 194, 195.
105 Aktionsplan des Senats der Freien und Hansestadt Hamburg (2017), Maßnahme 57, Rn. 97.

Vorgesehene Maßnahmen
Aus dem Aktionsplan für Akzeptanz geschlechtlicher und sexueller Vielfalt und dem Regierungsprogramm ergeben sich somit die folgenden Maßnahmen:

- Pflegedienste und Einrichtungen werden von der Sozialbehörde ermutigt, sich mit dem Thema geschlechtssensible Pflege zu befassen. Die Sozialbehörde wird interessierte Einrichtungen dabei unterstützen, ein Siegel für LSBTIQ*-sensible Pflegeangebote zu erhalten.[106]
- Die Sozialbehörde wird vollstationäre Pflegeeinrichtungen, die ein Siegel erworben haben, im Pflegekompass kenntlich machen.
- Die Ansprechbarkeit der Pflegestützpunkte für die Pflege von LSBTIQ*-Personen wird nach außen stärker sichtbar gemacht.

4.4.2 Kultursensible Pflege

Kultursensible Pflege hat das Ziel, dass „eine pflegebedürftige Person entsprechend ihrer individuellen Werte, kulturellen und religiösen Prägungen und Bedürfnisse leben kann".[107] Kultursensible Pflege richtet sich insbesondere an Menschen mit Migrationshintergrund, letztlich profitieren jedoch alle Menschen von einem Ansatz, der ihre individuellen, kulturellen und spirituellen Bedürfnisse berücksichtigt.
Der Anspruch auf eine Umsetzung kultursensibler Pflege ist gesetzlich inzwischen vielseitig verankert.[108] Der Gesetzgeber hat den Anspruch auf kultursensible Pflege ins SGB XI aufgenommen (§ 1 Abs. 5 SGB XI). Seit 2018 ist der gezielte Auf- bzw. Ausbau von interkulturellen Kompetenzen bei den Pflegeberaterinnen und -beratern nach § 7a SGB XI vorgesehen. Die Nationale Demenzstrategie unterstützt die Forderung, dass bis Ende 2024 alle Pflegestützpunkte über ein bedarfsgerechtes Angebot verfügen (NDS 2.4.1).[109] Die Rahmenpläne der Fachkommission nach § 53 Pflegeberufegesetz beinhalten die Vermittlung kulturbedingter Hintergründe, kultureller und religiöser Vielfalt und interkultureller Pflege in der Erstausbildung zum Pflegefachmann / zur Pflegefachfrau. Ziel ist eine personenzentrierte Pflege, die die Diversität aller Menschen mit Pflegebedarf im Blick hat.
Der Anspruch auf kultursensible Pflege findet sich aber auch im Hamburgischen Wohn- und Betreuungsqualitätsgesetz, dessen Zweck es u. a. ist, „eine Betreuung zu fördern, die die vielfältigen individuellen Lebenshintergründe und Bedürfnisse berücksichtigt, welche auch durch Kultur, Religion, Sprache sowie geschlechtlicher und sexueller Identität beeinflusst sind" (§ 1 Abs. 3 HmbWBG).
Der Hamburger Senat setzt sich dafür ein, dass alle Menschen „uneingeschränkt an allen Bereichen des Lebens in Hamburg teilhaben können".[110] Diese Zielsetzung wurde im Integrationskonzept im Rahmen der integrationspolitischen Gesamtstrategie definiert und in seiner Fortschreibung bekräftigt.[111, 112] „Wir wollen, dass alle Menschen in Hamburg gleichberechtigten Zugang zu den Angeboten der pflegerischen Versorgung haben!" „Die Herausforderung besteht darin, bedarfsgerechte, zielgruppen- sowie geschlechtsspezifische, auch mehrsprachige Unterstützungen und Hilfen wie z.B. Dolmetscherdienste, anzubieten, um die Zugänge zu präventiven und gesundheitsfördernden Maßnahmen sowie zu den Gesundheitsangeboten zu erleichtern. Ethnische, kulturelle, soziale und religiöse Hintergründe sollten dabei beachtet werden."[114]
Im Regierungsprogramm ist festgehalten, dass „Hamburgs stationäre Pflegeheime sehr individuell auf die Bedürfnisse der Bewohner*innen eingehen. Dazu gehören die Themen kultursensible Pflege [...]. Diese Themen werden in den Pflegekompass aufgenommen."[115]

106 URL: https://www.regenbogenschluessel.de/; URL: https://echte-vielfalt.de/lebensbereiche/lsbtiq/qualitaetssiegel-lebensort-vielfalt/ (Abruf am 07.06.2022)
107 Arbeitskreis Charta für eine kultursensible Altenpflege, Kuratorium Deutsche Altershilfe (Hrsg.) (2002): Memorandum für eine kultursensible Altenhilfe, S. 12,
108 Vgl. § 1 (5) SGB XI und § 1 (3) HmbWBG.
109 Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend und Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.) (2020): Nationale Demenzstrategie, S. 65. URL: https://www.nationale-demenzstrategie.de/fileadmin/nds/pdf/2020-07-01_Nationale_Demenzsstrategie.pdf (Abruf am 10.07.2021).
110 Freie und Hansestadt Hamburg, Behörde für Arbeit, Soziales, Familie und Integration (BASFI) (Hrsg.) (2017): Wir in Hamburg! Teilhabe, Interkulturelle Öffnung und Zusammenhalt – Hamburger Integrationskonzept 2017, S. 5.
111 A. a. O., S. 9.
112 Hamburger Integrationskonzept 2017. „Wir in Hamburg! Teilhabe, Interkulturelle Öffnung und Zusammenhalt" (Drucksache 21/10281). Bericht über den Umsetzungsstand – Ergebnisse 2019.
113 A. a. O., S. 117.
114 A. a. O., S. 113.
115 Koalitionsvertrag über die Zusammenarbeit in der 22. Legislaturperiode der Hamburgischen Bürgerschaft (2020), S. 172.

Menschen mit Migrationshintergrund sind keine homogene Gruppe, sondern ein sehr heterogener Teil der Bevölkerung. Sie sind geprägt von der Geschichte, den Werten und der Sprache ihrer verschiedenen Herkunftsländer ebenso wie von der Migrationserfahrung und ihrer Lebenssituation in Deutschland.[116] Kulturelle Prägung, Herkunft, Kultur und Religion dürfen aber keinesfalls als alleinige Diversitätsmerkmale betrachtet werden, sondern sind immer im Kontext mit weiteren Merkmalen wie Alter, sexuellen Orientierungen und Geschlechtsidentitäten, Bildung und sozioökonomischem Status zu betrachten.[117]
Ende des Jahres 2019 lag der Anteil von Menschen mit Migrationshintergrund in Hamburg bei über 36 %. In manchen Stadtteilen Hamburgs wird dieser Anteil weit überschritten. Insbesondere der Anteil der Älteren wächst kontinuierlich. Allerdings spiegelt sich dieses Wachstum noch nicht in der Nutzung pflegerischer Beratungs- und Versorgungsangebote wider. Die Pflegestatistik kann hierzu keine Daten liefern, da sie die Inanspruchnahme von Angeboten und Pflegeleistungen durch Menschen mit Migrationshintergrund nicht gesondert erfasst. Jedoch zeigen verschiedene Studien, dass pflegebedürftige Menschen mit Migrationshintergrund Pflegeangebote unterproportional nutzen.[118]

Werden Angebote nicht genutzt, kann das insbesondere daran liegen, dass
- die Zugangsbarrieren zu hoch sind,
- die Angebote nicht passend sind oder
- kein Bedarf besteht.

Zugangsbarrieren können in diesem Kontext u. a. entstehen, wenn Menschen Wissensdefizite in Bezug auf Krankheitsbilder haben, ihnen Kenntnisse der Angebote bzw. der Finanzierungsmöglichkeiten fehlen, Sprachbarrieren bestehen, es Hemmungen gibt, Beratung bei Behörden in Anspruch zu nehmen oder sich die Pendelmigration für Nicht-EU-Bürgerinnen und -Bürger negativ auf die Möglichkeit auswirkt, Leistungen der Pflegeversicherung in Anspruch zu nehmen.[119]
Angebote werden aber auch nicht genutzt, wenn sie nicht dem Bedarf oder den Erwartungen an eine gute Versorgung entsprechen. Ähnlich wie in der Allgemeinbevölkerung auch gibt es einen großen Anteil an Menschen, die hohe Erwartungen an die familiale Pflege haben. Bei Menschen mit Migrationshintergrund ist der Anteil derjenigen, die keine Unterstützung durch Dienstleister annehmen, aber noch deutlich höher.[120] Es sind noch wenige Angebote kultursensibel und damit bedarfsgerecht ausgerichtet.
Es kann sein, dass sich Pflegebedürftige und ihre Angehörigen bewusst gegen Unterstützungsleistungen entscheiden, weil sie diese nicht benötigen. Es gibt aber auch einen Zusammenhang zwischen der geringen Nutzung von Angeboten und wenig Einkommen. Diese Lebenslage kann dazu beitragen, dass eher die finanziellen Leistungen in Anspruch genommen werden, da sie für das Familieneinkommen wichtig sind.[121]
Um Zugangsbarrieren abzubauen, ist es notwendig, ältere Menschen mit Migrationshintergrund noch besser zu informieren, sodass sie ausreichend Kenntnis haben von Krankheitsbildern, Unterstützungsangeboten und Finanzierungsmöglichkeiten. Darüber hinaus geht es darum, eine Vertrauensbasis herzustellen und Sprachbarrieren zu beseitigen.[122] Eine wichtige Voraussetzung zur Verbesserung der Informiertheit sind Übersetzungen und die adressatengerechte Aufbereitung von entsprechenden Informationsmaterialien. Ein Beispiel dafür ist die Informationsbroschüre „Gesundheitsversorgung in Deutschland" für Migrantinnen und Migranten in Hamburg, die in zwölf Sprachen vorliegt und auch Hinweise auf die Pflegeversicherung und Beratungsmöglichkeiten über die Pflegestützpunkte enthält.[123] Mehrsprachige Informationsmaterialien allein reichen aber nicht aus. Von besonderer Bedeutung sind darüber hinaus Dolmetscherdienste und Gesundheitslotsen, wie sie z. B. über das Projekt „MiMi – Mit Migranten für Migranten" angeboten werden.

116 Huschik, G.; Vollmer, J. (2018), S. 53.
117 Tezcan-Güntekin, H. (2020): Diversität und Pflege. Zur Notwendigkeit einer intersektionalen Perspektive in der Pflege. In: bpb – Bundeszentrale für politische Bildung. Aus Politik und Zeitgeschichte. S. 250–265.
118 Huschik, G.; Vollmer, J. (2018). S. 53.
119 A. a. O., S. 58 ff.
120 A. a. O., S. 79.
121 A. a. O., S. 76.
122 A. a. O., S. 103.
123 Freie und Hansestadt Hamburg, Bezirksamt Altona (Hrsg.) (2018): Gesundheitsversorgung in Deutschland. Eine Informationsbroschüre für Migrantinnen und Migranten in Hamburg. URL: https://www.hamburg.de/altona/interkulturelle-gesundheitsfoerderung/gesundheitsversorgung-broschueren/ (Abruf am 01.07.2021)

MiMi – Mit Migranten für Migranten
MiMi ist ein „Projekt zur interkulturellen Gesundheitsförderung und Prävention". Der Kern des Konzepts besteht darin, dass gut integrierte Migrant:innen mit guten muttersprachlichen sowie deutschen Sprachkenntnissen zu Mediator:innen für Integration und Gesundheit ausgebildet werden.
Die interkulturellen Gesundheitsmediator:innen vermitteln ihren Landsleuten ohne sprachliche und kulturelle Barrieren wesentliche Bereiche des deutschen Gesundheitssystems. Das interkulturelle Projekt MiMi Hamburg wird von der Hansestadt Hamburg gefördert. Der Verband für offene Kinder- und Jugendarbeit Hamburg e. V. führt das Projekt in Kooperation mit dem Ethno-Medizinischen Zentrum e. V. durch. Der Schwerpunkt liegt auf Gesundheitsförderung, könnte in Zukunft aber auch noch intensiver im Themenfeld Pflege und Demenz eingesetzt und durch entsprechende Schulungen unterstützt werden. Zu Beginn der Pandemie unterstützten Projektmitarbeitende z. B. die Informationskampagne der Sozialbehörde durch entsprechende kurze Aufklärungsfilmclips in sieben Sprachen und engagierten sich in der Landesinitiative Leben mit Demenz in Hamburg.[124]

Darüber hinaus ist eine „proaktive, persönliche Ansprache der Betroffenen mittels Vertrauenspersonen"[125] notwendig, wie das zum Beispiel im Projekt El Ele für die türkische Community über die Gewinnung und den Einsatz von Schlüsselpersonen entwickelt wird.[126]

Das Projekt El Ele – Gesundheit im Alter
El Ele ist ein Projekt der Türkischen Gemeinde Hamburg und Umgebung e. V., das die Integration älterer türkeistämmiger Migrantinnen und Migranten in das Netz der Altenhilfe in Hamburg zum Ziel hat, eng mit den Pflegestützpunkten Altona und Hamburg-Mitte kooperiert und von der Sozialbehörde gefördert wird. Im Zentrum steht die Gewinnung und Schulung von Vertrauenspersonen und Gesundheitslotsen, die geschult werden, ältere pflegebedürftige Menschen zu beraten und zu begleiten, an das Gesundheitssystem zu vermitteln und an weitere Regelangebote zu verweisen. 2019 und 2020 wurden 19 ehrenamtlich Engagierte gewonnen und geschult.
El Ele ist in verschiedenen Netzwerken vertreten, sodass auch darüber Brücken zwischen Altenhilfe und türkischer Community hergestellt werden, die dazu beitragen, Zugangsbarrieren abzubauen. Unter anderem beteiligt sich El Ele seit 2018 an der Aktionswoche Demenz, wodurch dort auch Veranstaltungen in türkischer Sprache angeboten werden können.

Außerdem ist der „Auf- und Ausbau von Kooperationen und Vernetzungsstrukturen unter den Institutionen, Einrichtungen und Diensten des Altenpflege- und Versorgungssystems und denen der Migrationsarbeit, des Gemeinwesens und des Gesundheitssystems" relevant.[127] Ein Beispiel für eine derartige Vernetzung ist die „AG Migration und Demenz" der Landesinitiative Leben mit Demenz in Hamburg.[128,129] sowie die Beteiligung verschiedener kultursensibler Dienstleister an bezirklichen (Demenz-)Netzwerken und an öffentlichkeitswirksamen Aktivitäten wie der Aktionswoche Demenz.
Von grundsätzlicher Bedeutung ist die Ausstattung von bestehenden Beratungsstrukturen mit interkulturellen und sprachlichen Kompetenzen, denn „der Zugang zur Pflegeberatung steht als Hürde vor den Zugängen zum Hilfesystem".[130]
Damit Unterstützungsangebote, wie ambulante Dienste, Tagespflegen oder verschiedene Wohn-Pflege-Angebote, genutzt werden, müssen sie aber nicht nur bekannt, sondern auch adressatengerecht bzw. kultursensibel sein. Voraussetzung für eine weitere kultursensible Ausgestaltung der Angebote der pflegerischen Versorgung ist zum einen eine Beschäftigung von entsprechendem Personal bzw. ein gezielter Einsatz von Fachkräften mit entsprechenden Sprachkenntnissen im Dienstplan. Auch Programme zur Gewinnung von Fachkräften aus dem Ausland können zur Personalgewinnung bei-

124 Mit Migranten für Migranten (MiMi Hamburg). URL: https://www.mimi-hamburg.de/ (Abruf am 01.07.2021).
125 Huschik, G.; Vollmer, J. (2018). S. 103.
126 URL: https://tghamburg.de/elele/ (Abruf am 30.06.2021).
127 Huschik, G.; Vollmer, J. (2018). S. 103.
128 URL: https://www.hag-gesundheit.de/arbeitsfelder/gesundheit-im-alter/leben-mit-demenz (Abruf am 30.06.2021).
129 Die AG Migration und Demenz ist ein Vernetzungsangebot, das sich auch auf der Website www.demenz-und-migration.de (Abruf am 30.06.2021) befindet Damit wird auch die Maßnahme 2.4.2 „Interkulturelle Kompetenz an Pflegeberatungsstellen" der Nationalen Demenzstrategie erfüllt.
130 Jacobs, K. et al. (Hrsg.); Pflege-Report (2021), S.110.

tragen. Mehrsprachige und im Umgang mit kultureller Vielfalt erfahrene Beschäftigte bereichern den Alltag über ihre fachliche Arbeit hinaus. Zugleich ist aber auch eine Qualifizierung und Weiterbildung des vorhandenen Pflegepersonals im Hinblick auf kultursensible Pflege notwendig.
Neben einer grundsätzlich kultursensiblen Ausgestaltung aller Angebote wird es in den nächsten Jahren aber immer auch notwendig sein, einige Angebote kulturspezifisch auszurichten. Insbesondere für Menschen mit Demenz und Migrationshintergrund können zielgruppenspezifische Angebote bedeutsam werden. Im Laufe einer demenziellen Erkrankung können Menschen mit Demenz ihre fremdsprachlichen Kenntnisse verlieren und damit ggf. nicht mehr in der Lage sein, auf Deutsch zu kommunizieren. Oft gewinnen aber auch Erinnerungen und Erlebnisse aus der Kindheit wieder eine größere Bedeutung, was auch vertraute Klänge, Speisen, Gerüche oder Hygienevorstellungen wieder bedeutsamer werden lässt. Dies gilt es nicht nur in der häuslichen Versorgung, sondern auch in anderen Wohn-Pflege-Formen umzusetzen.
Um zielgruppenspezifische Angebote umsetzen zu können, sollen aber auch vermehrt kleinräumige Wohn- und Versorgungsmöglichkeiten geschaffen werden, die gezielt auf die Bedürfnisse von pflegebedürftigen Menschen mit Migrationshintergrund und ihren Angehörigen eingehen können, Mitwirkung ermöglichen und eine Teilhabe am Leben im Quartier sichern, ohne familiäre Versorgungsstrukturen zu überfordern.
Zur Umsetzung einer kultursensiblen Pflege sind ein entsprechendes Wissen und eine entsprechende Haltung beim Pflegepersonal notwendig. In den aktuellen Pflegeausbildungen werden dafür die Grundlagen gelegt. Damit die Themen präsent bleiben und alle Pflegekräfte erreichen, sollten sie auch Gegenstand von Fortbildungsangeboten sein.
Grundsätzlich ist es erforderlich, Vertreterinnen und Vertreter aus verschiedenen Communitys konsequent in Planungsprozesse einzubinden.

Ausblick, Maßnahmen zur (Weiter-)Entwicklung
Der Ausbau von adressatengerechten Informations- und Beratungsangeboten sowie kultursensibler und passgenauer Angebote für pflegebedürftige Menschen mit Migrationshintergrund und ihre Angehörigen wird in den nächsten Jahren konsequent vorangetrieben. Insbesondere in den folgenden Bereichen:

- Information und Beratung, s. Abschnitt 5.1
- Kultursensible Ausrichtung von Angeboten, s. Kapitel 5
- Kultursensible Pflege als Thema in betrieblicher Fortbildung, s. Kapitel 5
- Schaffung kleinräumiger Wohn- und Versorgungsformen im Quartier wird gezielt unterstützt, s. Abschnitt 5.4
- Außerdem wird die Förderung der Netzwerkarbeit und Einbindung von weiteren Communitys in bestehende oder neu zu schaffende Netzwerke geprüft

4.4.3 Ausblick: Pflege in der vielfältigen Gesellschaft

Grundlegend für die Pflege in einer diversen Gesellschaft ist das Bewusstsein über und die Anerkennung von Diversität der Pflegebedürftigen durch die Pflegekräfte. Die Möglichkeit von Diskriminierungserfahrungen aus unterschiedlichen Gründen sollte in Betracht gezogen werden. Ziel sollte hier sein, die Pflegebedürftigen als Individuen in ihrer ganz eigenen Lebenswelt zu sehen und eine Professionalität und Reflexionsfähigkeit im Umgang mit eigenen Gefühlen, Kultur- und Identitätsvorstellungen sowie ihrem Berufsverständnis zu erlangen.
Durch Orientierung der Hamburger Ausbildung an beruflichen Handlungsfeldern und praxisorientierten Lernsituationen findet sich das Thema Diversität hier in allen drei Ausbildungsjahren wieder und geht damit über die Bundesvorgaben hinaus.
Darüber hinaus sollte es in den vollstationären Pflegeeinrichtungen eine Kultur der Aufmerksamkeit gegenüber Diskriminierung unter den Bewohnerinnen und Bewohnern einer Einrichtung und gegenüber dem Pflegepersonal geben sowie institutionalisierte Möglichkeiten, diese zu thematisieren (dafür Personal schulen). Die Sensibilisierung von Leitungskräften ist dazu zentral. Entsprechende Inhalte sind in den schon entwickelten Modulen für die staatlich anerkannten Fach- und Führungsweiterbildungen verankert.

▶ Bei neuen Fortbildungsordnungen wird gleichfalls die Sensibilisierung für Diskriminierungen jeder Art berücksichtigt.

4.5 Menschen mit demenziellen Erkrankungen

Auf die pflegerische Versorgung von Menschen mit Demenz wird hier eingegangen, weil Demenzen eine Hauptursache von Pflegebedürftigkeit sind und die Versorgung zu Hause oder in Pflegeeinrichtungen alle Beteiligten vor große Herausforderungen stellt. Außerdem fordert die Nationale Demenzstrategie alle beteiligten Organisationen zu weiteren Anstrengungen auf.
Demenz ist die Folge verschiedener Erkrankungen, insbesondere der Alzheimer-Krankheit und von Durchblutungsstörungen des Gehirns. Die Alzheimer-Krankheit gehört zu den primären Demenzen, bei denen der Krankheitsprozess direkt im Gehirn beginnt. Sekundäre Demenzformen sind solche, bei denen die Demenz Folge einer anderen Grunderkrankung ist, wie z. B. Stoffwechselerkrankungen, Vergiftungserscheinungen durch Medikamentenmissbrauch oder übermäßigen Alkoholkonsum. Hierzu gehört das Korsakow-Syndrom.
Das Risiko einer demenziellen Erkrankung steigt mit zunehmendem Alter.
Ihre Symptomatik macht demenzielle Erkrankungen zu einer Hauptursache von Hilfe- und Pflegebedürftigkeit. Unter den Krankheiten erhöht nur Demenz die Wahrscheinlichkeit maßgeblich, stationär anstatt ambulant gepflegt zu werden.[131]
Die Anzahl der Menschen mit Demenz wird nicht in laufenden Statistiken erhoben, sondern in zahlreichen Einzelstudien und Auswertungen von Routine-Kassendaten. Die folgenden Zahlen basieren auf Prävalenzraten (Anteil Erkrankter an einer bestimmten Bevölkerungsgruppe), die die Deutsche Alzheimer Gesellschaft empfiehlt.[132] Demnach gäbe es in Hamburg Ende 2020 rund 34 599 Menschen über 65 Jahre mit einer demenziellen Erkrankung. Ihre Zahl würde sich bis 2035 auf 38 807 erhöhen (s. Abschnitt 3.3). Werden die Prävalenzraten für Menschen unter 65 Jahren betrachtet, so gäbe es in Hamburg 1213 an einer Demenz erkrankte Personen im Alter von 20 bis 64 Jahren.[133]
Eine wichtige Grundlage für die Gestaltung der Angebote und Lebensbedingungen für Menschen mit Demenz ist die Nationale Demenzstrategie. Hier wurde auf Bundesebene unter Federführung des Gesundheits- und des Seniorenministeriums in einem Prozess mit Beteiligung mehrerer Ministerkonferenzen, von Spitzenverbänden von Leistungsanbietern, Kostenträgern, Betroffenenvertretungen und Kommunen ein Maßnahmenkatalog zur Verbesserung der Lebenssituation von Menschen mit Demenz erarbeitet. Die Teilnehmenden haben sich zur Umsetzung verpflichtet.[134]
In Hamburg wurde von der zuständigen Behörde die Landesinitiative Leben mit Demenz gegründet. Die hier zusammengeschlossenen Organisationen und Verbände haben die gleiche Zielsetzung.
In den genannten Programmen gibt es das vorrangige Ziel, dass Menschen mit Demenz so lange wie möglich in der bekannten und vertrauten Umgebung leben sollten. Dies betrifft ganz besonders auch soziale Bezüge wie Arbeitsplatz, Vereine, Nachbarschaften und Familien. Gleichzeitig ist es sinnvoll, wenn möglichst viele Menschen ein Basiswissen zur Symptomatik haben, um adäquat reagieren zu können.
Bei Fortschreiten der Erkrankung gilt, dass die Umgebung sich auf die Erkrankten einstellen muss, weil diese die entsprechende Fähigkeit zunehmend verlieren. Hieraus ergeben sich Ansätze, die auf Inklusion, Angebote im Quartier, kleinräumige Wohnformen und Schaffung eines adäquaten Milieus zielen. Außerdem ist die Information Betroffener und ihrer Angehörigen, beruflich Tätiger, die potenziell Kontakte haben können, und solcher mit pflegerischen und betreuenden Tätigkeiten von Bedeutung.
Die Alzheimer Gesellschaft berichtet, dass für jüngere Menschen mit (beginnender) Demenz (unter 65 Jahren) adäquate Unterstützungsangebote fehlen. Betreuungs- und Unterstützungsangebote seien auf ältere Menschen ausgerichtet. Diese Personen seien noch mobil und könnten mit Assistenzleistungen ihren Alltag weitestgehend selbstständig führen.

131 Ergebnis einer Untersuchung auf Basis von GEK-Versichertendaten 2006, in: Heinen, I; Bussche, H. van den; u. a. (2015): Morbiditätsunterschiede bei Pflegebedürftigen in Abhängigkeit von Pflegesektor und Pflegestufe. Eine Untersuchung auf der Basis von Abrechnungsdaten der gesetzlichen Krankenversicherung. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie (ZfGG), Vol. 48, Nr. 3, S. 237–245.
132 Deutsche Alzheimer Gesellschaft (6/2020): Informationsblatt 1: Die Häufigkeit von Demenzerkrankungen. Berlin.
133 Hochrechnung des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland (Zi) – Fachbereich V (Epidemiologie und Versorgungsatlas), April 2022.
134 Link: Startseite: Nationale Demenzstrategie (nationale-demenzstrategie.de) (Abruf am 13.12.2022)

Maßnahmen
Die entsprechenden Maßnahmen sind Bestandteile des Maßnahmenkatalogs der Nationalen Demenzstrategie und werden in den Kapiteln zu den Versorgungsbereichen aufgegriffen.
Zwei in der Nationalen Demenzstrategie angesprochene Themen mit Bezug zur Pflege beziehen sich auf die Schnittstellen im Versorgungssystem. Hierzu ist in der Nationalen Demenzstrategie festgehalten:
„Die im Zuge des Dritten Pflegestärkungsgesetzes eingerichteten sektorenübergreifenden Landes-pflegeausschüsse nach § 8a Abs. 2 SGB XI beraten über notwendige sektorenübergreifende Zusammenarbeit in der Versorgung und erarbeiten diesbezüglich Empfehlungen. Eine gute sektorenübergreifende Zusammenarbeit ist insbesondere in der medizinischen und pflegerischen Versorgung von Menschen mit Demenz zentral."[135]
Folgerichtig haben es die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG), die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-SV) übernommen, ihre Mitglieder auf Landesebene aufzufordern, zwei konkrete Themen einzubringen. In Hamburg ist die Landeskonferenz für die sektorübergreifende gesundheitliche und pflegerische Versorgung zuständig.

- Die sektorübergreifende Landeskonferenz wird gebeten, sich mit den folgenden Themen zu befassen:
  - Bessere Koordinierung der ambulanten pflegerischen Versorgung bei Demenz (3.1.14)
  - Empfehlungen zur ambulanten Notfallversorgung von Menschen mit Demenz (3.5.1)

Eine weitere Maßnahme entstand in der Landesinitiative Leben mit Demenz in Hamburg. In deren Rahmen wurde 2019 die AG Migration und Demenz gegründet. Sie zielt darauf ab, zur Verbesserung der Zugänge von Menschen mit Migrationshintergrund und Demenz zum Versorgungssystem in Hamburg beizutragen, und zwar durch die Anregung zur Entwicklung bedarfsgerechter Angebote, einer für die Zielgruppe geeigneten Öffentlichkeitsarbeit sowie der Entstigmatisierung der Erkrankung in den Communitys.[136] Die AG ist Projektpartner der bundesweiten Initiative „Demenz und Migration"[137] (DeMigranz), die von Demenz Support Stuttgart durchgeführt und von der Robert Bosch Stiftung gefördert wird (2017–2022). Diese Vernetzung von Migranten[selbst]organisationen und Angeboten der pflegerischen Versorgung soll weiter ausgebaut werden. Auf der Website „Demenz und Migration" sollen alle kultursensiblen Angebote gebündelt werden. [138]

4.6 Digitalisierung

Die Entwicklungen der Digitalisierung bedeuten für die pflegerische Versorgung große Chancen und Herausforderungen sowie auch Risiken. Chancen liegen in einer gleichzeitig besser geplanten und von bürokratischem Aufwand entlasteten Pflege, die schon die Konzertierte Aktion Pflege herausgearbeitet hat,[139] und in erweiterten Kommunikations- und Unterstützungsmöglichkeiten für Pflegebedürftige und ihre Angehörigen. Die Entwicklung ist herausfordernd, weil digitale Lösungsansätze für die Pflege sehr vielschichtig sind und deren Implementierung oft sehr voraussetzungsvoll ist. Risiken liegen u. a. in einer Technisierung des Blicks auf Pflegebedürftige als Objekte eines „Workflows", in einer praktischen Technikabhängigkeit (kein Netz – keine Pflege) und in einer Einschränkung der Selbstbestimmung und des Datenschutzes.
In der aktuellen Phase werden Voraussetzungen für eine weitergehende Digitalisierung geschaffen. Dies gilt für Regelungen auf Bundesebene zur digitalen Leistungsabrechnung wie auch für den Anschluss an die Telematik-Infrastruktur. Hierzu läuft ein Modellvorhaben gemäß § 125 SGB XI. Ein Vorhaben zur Erprobung der Telepflege nach § 125a SGB XI soll im Jahr 2023 starten.

135 Nationale Demenzstrategie (2020), S. 106.
136 Hamburger Integrationskonzept 2017 „Wir in Hamburg! Teilhabe, Interkulturelle Öffnung und Zusammenhalt". Bericht über den Umsetzungsstand – Ergebnisse 2019 (Drucksache 22/2293, S. 5).
137 URL: https://www.demenz-und-migration.de/ (Abruf am 02.07.2021).
138 Damit wird auch die Maßnahme 2.4.2 „Interkulturelle Kompetenz an Pflegeberatungsstellen" der Nationalen Demenzstrategie erfüllt.
139 Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.) (2021): Konzertierte Aktion Pflege. Zweiter Bericht zum Stand der Umsetzung der Vereinbarungen der Arbeitsgruppen 1 bis 5. Berlin. Abschnitt 3.2 Digitalisierung und Zukunftstechnologien in der Pflege, S. 81_89. Link: Konzertierte Aktion Pflege (bundesgesundheitsministerium.de) (Abruf am 13.12.2022)

Im Rahmen der sektorenübergreifenden Landeskonferenz zur gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung hat eine Arbeitsgruppe das Themenfeld gesichtet.
Im Landespflegeausschuss hat sich eine Arbeitsgruppe zum Thema gebildet, ausgehend von einem Antrag der Hamburgischen Pflegegesellschaft (HPG) zur Einrichtung eines Kompetenzzentrums für die Digitalisierung in der Pflege.
Die Allianz für die Pflege hat das Thema aufgegriffen und eine Fachtagung dazu veranstaltet.
Die Hamburgische Bürgerschaft hat vor dem Hintergrund der Coronapandemie zunächst einen Schwerpunkt auf den Ausbau des Internetzugangs in Pflegeeinrichtungen gelegt.[140]
Die HPG stellt in ihrer Vorlage für den Landespflegeausschuss dar, dass die mittelständisch geprägte Pflegewirtschaft in Hamburg von der Digitalisierung sehr herausgefordert wird. Nach Ansicht der Sozialbehörde sollte in der gegründeten Arbeitsgruppe weiter beraten werden, wie sie dabei unterstützt werden kann. Derweil sollten die noch bestehenden Fördermöglichkeiten nach § 8 Abs. 8 SGB XI für Maßnahmen zur Digitalisierung von den Einrichtungen genutzt werden.
Die Sozialbehörde hat als Grundlage für weitere Überlegungen eine Bestandsaufnahme der Digitalisierung in der vollstationären Pflege in Auftrag gegeben. Sie fördert außerdem zwei Projekte des Beratungszentrums für technische Hilfen und Wohnraumanpassung, die Bürgerinnen und Bürgern direkt zugutekommen (siehe Abschnitt 5.1.3.4).

- Die Ausstattung von Pflegeeinrichtungen mit Internetzugängen für Nutzerinnen und Nutzer wird gesetzlich verankert.

4.7 Qualitätssicherung in der pflegerischen Versorgung

Die Qualitätssicherung in der pflegerischen Langzeitversorgung wird durch zwei rechtliche Grundlagen maßgeblich bestimmt: durch das Heimrecht sowie durch das Elfte Buch Sozialgesetzbuch (Soziale Pflegeversicherung). Mit Inkrafttreten der Föderalismusreform I zum 1. September 2006 wurde die Gesetzgebungskompetenz für das Heimrecht auf die Länder übertragen, mit Ausnahme des Heimvertragsrechts, das der konkurrierenden Gesetzgebungszuständigkeit des Bundes für das bürgerliche Recht (Art. 74 Abs. 1 Nr. 1 GG) zuzuordnen bleibt. Am 1. Januar 2010 trat das Hamburgische Wohn- und Betreuungsqualitätsgesetz (HmbWBG) als heimrechtliche Regelung für die Freie und Hansestadt Hamburg in Kraft. Es garantiert pflegebedürftigen und behinderten Menschen in Übereinstimmung mit dem Übereinkommen der Vereinten Nationen vom 13. Dezember 2006 über die Rechte von Menschen mit Behinderungen (UN-Behindertenrechtskonvention[141]) und der Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen aus dem Jahre 2005 (Pflege-Charta[142]) das Recht auf die Sicherstellung einer adäquaten Wohn- und Betreuungsqualität, die die gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft ermöglicht und die vielfältigen individuellen Lebenshintergründe und Bedürfnisse der oder des Einzelnen berücksichtigt. Der Gesetzgeber auf Bundesebene schuf indessen mit dem 2008 in Kraft getretenen Pflege-Weiterentwicklungsgesetz verschiedene neue Maßgaben, mit denen ein grundlegender Wandel im Bereich der Qualitätsbeurteilung auf Grundlage des SGB XI eingeleitet wurde. Versuche, mit den sogenannten Pflege-Transparenzvereinbarungen eine neue öffentliche Qualitätsberichterstattung zu etablieren, erwiesen sich jedoch als langfristig nicht tragfähige Lösung. Vor diesem Hintergrund wurde im Herbst 2019 ein neues Verfahren für Qualitätsprüfungen nach §§ 114 ff. SGB XI und die Qualitätsdarstellung nach § 115 Abs. 1a SGB XI in der stationären Pflege eingeführt.

140 Bürgerschaft der Freien und Hansestadt Hamburg (22. Wahlperiode): Drucksache 22/4798 (02.06.2021). Betr.: WLAN in Pflegeeinrichtungen.
141 UN-Behindertenrechtskonvention Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen. URL: https://www.behindertenrechtskonvention.info/ (Abruf am 20.09.2021)
142 Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.) (2010): Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen. 8. Aufl. URL: www.pflege-charta.de (Abruf am 20.09.2021)

Prüfungen
Die beschriebenen Entwicklungen haben einerseits fachliche Verbesserungen in der Qualitätssicherung mit sich gebracht; andererseits erwachsen hieraus ein Harmonisierungsbedarf und die Gefahr bürokratischer Lasten für die Träger und Beschäftigten. Daher wurde in § 37 Abs. 3 HmbWBG verankert, dass die zuständige Behörde mit den Landesverbänden der Pflegekassen und dem Medizinischen Dienst Vereinbarungen über aufeinander abgestimmte und sich ergänzende Prüfungen und ihre Inhalte treffen soll. Eine Zusammenarbeit der nach heimrechtlichen Vorschriften zuständigen Behörde mit den Landesverbänden der Pflegekassen sowie dem Medizinischen Dienst und dem Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. bei der Durchführung von Qualitätsprüfungen ist auch in den §§ 114 Abs. 3 sowie 117 Abs. 1 Satz 1 SGB XI vorgesehen. Diese gemäß HmbWBG und SGB XI ausdrücklich gewünschte Zusammenarbeit wurde in Hamburg in den vergangenen Jahren ausgebaut und in einer im Frühjahr 2020 unterzeichneten Vereinbarung verbindlich geregelt. Die Vereinbarung verfolgt das Ziel, dass

- Prüfungen koordiniert stattfinden und Doppelprüfungen vermieden werden,
- Informationen möglichst nur einmal erhoben werden und dadurch die Belastungen für Pflegebedürftige und Beschäftigte verringert werden,
- Qualitätsverbesserungen durch abgestimmte Reaktionen auf im Rahmen der Prüfungen festgestellte Mängel erreicht werden.

Ein wichtiger Bestandteil der intensivierten Zusammenarbeit ist die Übernahme der Regelprüfungen nach § 30 HmbWBG in vollstationären Pflegeeinrichtungen durch den Medizinischen Dienst. Anders als zuvor wird die Regelprüfung nach § 30 HmbWBG damit in vollstationären Pflegeeinrichtungen nun regelhaft im zeitlichen Zusammenhang mit der Prüfung gemäß §§ 114 ff. SGB XI durchgeführt. Hierfür wurde zwischen der Freien und Hansestadt Hamburg und dem Medizinischen Dienst Nord ein entsprechender Vertrag über die Durchführung der Regelprüfung nach § 30 HmbWBG in vollstationären Pflegeeinrichtungen geschlossen. Die Prüfkataloge der Regelprüfungen nach § 30 HmbWBG und nach §§ 114 ff. SGB XI wurden inhaltlich aufeinander abgestimmt, sodass Doppelprüfungen vermieden werden. Dies ermöglicht zum einen eine effiziente Durchführung der Prüfungen. Zum anderen ist durch das zeitgleiche Vorliegen umfassender Prüfergebnisse zu einer Pflegeeinrichtung ein konsequentes ordnungsrechtliches Vorgehen in der Verantwortung der nach HmbWBG zuständigen Bezirksämter möglich. Darüber hinaus wird im Zuge eines Projekts zur Neuorganisation der Wohn-Pflege-Aufsicht die Wohn-Pflege-Aufsicht personell verstärkt und Strukturen und Prozesse werden auf Grundlage der Evaluation des Hamburgischen Wohn- und Betreuungsqualitätsgesetzes optimiert. Der Neuorganisationsprozess wird evaluiert werden.

Veröffentlichung
Mit dem veränderten Prüfverfahren nach § 30 HmbWBG wurde zudem die Möglichkeit einer vergleichenden Veröffentlichung geschaffen. Mit dem „Hamburger Pflegekompass“[143] bietet die Sozialbehörde seit Januar 2020 Pflegebedürftigen und deren Angehörigen ein kostenloses, werbefreies und wettbewerbsneutrales Informationsangebot über die vollstationären Pflegeeinrichtungen in Hamburg (s. Abschnitt 5.1.4).

Novellierungen
Die enge Verzahnung der heimrechtlichen Vorschriften mit anderen Rechtsnormen auf Bundes- und Landesebene erfordert immer wieder Anpassungen des HmbWBG und der mit diesem Gesetz verbundenen Verordnungen. Die Änderungen des Verfahrens für Qualitätsprüfungen nach §§ 114 ff. SGB XI und die Qualitätsdarstellung nach § 115 Abs. 1a SGB XI machen Anpassungen hinsichtlich der Prüfungs- und Veröffentlichungsinhalte notwendig, die in der Wohn- und Betreuungsdurchführungsverordnung (WBDurchfVO) präzisiert werden.

143 URL: www.hamburg.de/pflegekompass (Abruf am 20.09.2021)

Darüber hinaus resultieren aus der Umsetzung des neuen Personalbemessungsverfahrens gemäß §§ 84 und 85 SGB XI sowie aus den neuen „Besonderen Rechtsvorschriften für die Durchführung der Fortbildung und Prüfung zur Leitung von Einrichtungen und Diensten im Geltungsbereich des Hamburgischen Wohn- und Betreuungsqualitätsgesetzes (HmbWBG) sowie zur Stationsleitung in Krankenhäusern“ Anpassungsbedarfe bei den in der Wohn- und Betreuungspersonalverordnung (WBPersVO) festgeschriebenen Qualitätsstandards.
Angesichts der Tatsache, dass betreibergestützte ambulant organisierte Wohnformen in der Versorgungslandschaft an Bedeutung gewinnen, sollen überdies bauliche Anforderungen an betreibergestützte ambulant organisierte Wohnformen in der Wohn- und Betreuungsbauverordnung (WBBauVO) präzisiert werden. Zudem gilt es, die möglichst flächendeckende Umsetzung der Barrierefreiheit in Wohn- und Betreuungsformen, die in den Anwendungsbereich des HmbWBG fallen, voranzutreiben sowie insbesondere in Wohneinrichtungen die Teilhabe durch den Zugang zum Internet zu fördern.

- Die WBPersVO wird novelliert werden.
- Ein Verfahren zur Beurteilung der Barrierefreiheit wird festgeschrieben werden.

5 Versorgungsbereiche

Die breit gefächerte Angebotslandschaft für Pflegebedürftige soll eine an die individuelle Pflegesituation angepasste Versorgung von Beginn an gewährleisten. So bestehen diverse Beratungsmöglichkeiten, die vor und bei Eintritt in und während der Pflegebedürftigkeit in Anspruch genommen werden können. Entscheiden sich die Betroffenen für einen Verbleib in der Häuslichkeit, bestehen Unterstützungs- und Entlastungsmöglichkeiten für die Pflegebedürftigen und pflegende Angehörige oder die Möglichkeit, ambulante Pflegeleistungen in Anspruch zu nehmen. Zudem gibt es eine Vielzahl an stationären Einrichtungen und alternativen Wohnformen. Die verschiedenen Angebote werden im Folgenden beschrieben und in ihrer Qualität und Quantität bewertet sowie Maßnahmen beschrieben und Entwicklungslinien aufgezeigt.

5.1 Information und Beratung

Inhalt des Abschnitts sind Informations- und Beratungsangebote für Bürgerinnen und Bürger zu den Themen Hilfe- und Pflegebedürftigkeit. Neben Angeboten der Stadt Hamburg sind auch Angebote anderer Träger aufgeführt.
Ergänzend zur persönlichen Beratung gibt es eine Vielzahl an gedruckten und digitalen Informationsmaterialien. Ein Überblick über die Informationen der Sozialbehörde ist unter www.hamburg.de/pflege, www.hamburg.de/demenz/, www.hamburg.de/hospizarbeit-sterbebegleitung/ zu finden und Veröffentlichungen zum Thema findet man unter hamburg.de/Pflege/Veroeffentlichungen/.

5.1.1 Hamburger Hausbesuch

Ausgangssituation
Vor dem Hintergrund einer älter werdenden Gesellschaft und der erwarteten Zunahme von Menschen mit Hilfe- und Pflegebedarf gewinnt aus gesundheits-, pflege- und sozialpolitischer Sicht das Ziel einer möglichst langen, aktiven und selbstständigen Lebensführung in den eigenen vier Wänden an Bedeutung. Dabei spielt die frühzeitige Nutzung präventiver Potenziale und die Stärkung von Selbsthilfekompetenzen eine wichtige Rolle. In der Rahmenplanung der pflegerischen Versorgungsstruktur bis 2015 war daher angekündigt, dass jeder ältere Hamburger das Angebot bekommen soll, bei einem Hausbesuch bestimmte gesundheitliche und soziale Risiken abklären zu können und entsprechende Beratung zu erhalten.
Der Hamburger Hausbesuch startete im September 2018 als Modellprojekt in den Bezirken Eimsbüttel und Harburg. Für die Modellphase wurde das Albertinen-Haus als beliehene Stelle mit der Einrichtung einer Fachstelle zur Koordination der Durchführung der Hausbesuche beauftragt. Rechtsgrundlage ist § 9a Hamburgisches Gesundheitsdienstgesetz (HmbGDG).
Der Hamburger Hausbesuch ist ein freiwilliges und kostenloses Informations- und Beratungsangebot für Seniorinnen und Senioren in der eigenen Häuslichkeit.
Die Fachstelle versendet ein Gratulationsschreiben zum 80. Geburtstag im Auftrag des Präses der Sozialbehörde an die betreffenden Seniorinnen und Senioren und bietet ihnen einen konkreten Termin für den Hamburger Hausbesuch an. Eine Absage des Hausbesuchstermins ist jederzeit möglich. Die Besuchten können zu diesem Termin eine Person ihres Vertrauens hinzuziehen. Auch ist es möglich, den Termin außerhalb der eigenen Häuslichkeit wahrzunehmen.
Die Besuche selbst werden von geschulten Besuchskräften durchgeführt, die über berufliche Kompetenzen im sozialen, gesundheitlichen oder pflegerischen Bereich verfügen. Sie schließen mit der Fachstelle eine Honorarvereinbarung.

Bedarf
Die Themen des Hamburger Hausbesuchs sind vielfältig, z. B.:
- Gesundheitliche Situation, Ernährung und Bewegung
- Gesellschaftliche Einbindung und soziale Kontakte
- Möglichkeiten des bürgerschaftlichen Engagements
- Wohnsituation, insbesondere Barrierefreiheit und hauswirtschaftliche Hilfen
- Etwaige sich abzeichnende Pflegebedarfe

Maßgebend sind die individuellen Interessen, Wünsche und Bedürfnisse der besuchten Person.
Wegen einer unerwartet hohen Annahmequote, die den Bedarf an einem solchen Angebot belegt, wurde das Modellprojekt zum 1. Januar 2020 auf alle Hamburger Bezirke ausgeweitet.
Seniorinnen und Senioren unter oder über 80 Jahre können ebenfalls auf Wunsch einen Hamburger Hausbesuch erhalten. Dazu müssen sie sich nur mit der Fachstelle Hamburger Hausbesuch zwecks Terminvereinbarung in Verbindung setzen.

Quantitative und qualitative Ziele
Ziel des Hamburger Hausbesuchs ist es, Präventions- sowie Unterstützungsbedarfe frühzeitig zu erkennen. Dabei soll der Zugang zu bereits bestehenden Angeboten für ältere Menschen erleichtert werden, um Lebensqualität, Selbstbestimmtheit und Selbstständigkeit im Alter zu erhalten. Damit soll der Verbleib in der eigenen Häuslichkeit unterstützt werden, solange es gewünscht und möglich ist.

Erreichter Stand
Von September 2018 bis Dezember 2019 haben konstant rd. 35 % der in diesem Zeitraum angeschriebenen Personen das Hausbesuchsangebot angenommen. Dies sind 1636 von 4700 Personen. In den Jahren 2020 und 2021 musste das Besuchsangebot wegen der pandemiebedingten Kontaktbeschränkungen und wegen des besonders für diese vulnerable Gruppe hohen Infektionsrisikos etwa neun Monate pausieren. Von den 17 485 Hamburgerinnen und Hamburgern, die im Jahr 2020 ihren 80. Geburtstag feierten, konnten dennoch im Jahresmittel 18 % (3203 Personen) besucht werden. Die alternativ eingerichtete Möglichkeit einer telefonischen Beratung auf Basis des Konzepts Hamburger Hausbesuch wurde nur in geringem Umfang von etwa 4 % der angeschriebenen 80-Jährigen angenommen.
Bei 28 % der durchgeführten Hausbesuche wurde ein Bedarf an Hilfs- und Unterstützungsleistungen dokumentiert. 3 % wünschten auch eine Vermittlung in andere Angebote, hier insbesondere an den jeweils zuständigen Pflegestützpunkt und das Beratungszentrum für ältere, pflegebedürftige und körperbehinderte Menschen (PBM).
Gesprächsschwerpunkte waren insbesondere die drei Themen gesundheitliche Situation (bei 53 % aller Hausbesuche), Wohnsituation (45 %), soziale Kontakte (43 %). Auch relevant waren die Themenfelder Mobilität (40 %), Wohnumfeld (20 %), hauswirtschaftliche Hilfen (15 %), Bewegung inkl. Sturzprävention (13 %), Pflegebedarf (13 %) und gesellschaftliche Einbindung (12 %).

Bewertung
Bis zum Beginn der Coronapandemie ist der Hamburger Hausbesuch auf großes Interesse bei der älteren Bevölkerung gestoßen. Bei den Besuchen wurden in nennenswertem Umfang Unterstützungsbedarfe geäußert. Dies unterstreicht den grundsätzlichen Bedarf. Das Regierungsprogramm sieht eine Fortsetzung des Hausbesuches vor. Die Bürgerschaft bewertet den Hausbesuch positiv und schlägt u. a. eine Werbekampagne vor.[144] Weitere Hinweise zur Bewertung wird die vorgesehene Evaluation liefern.

Bedarfsprognose
Vor dem Hintergrund der demografischen Alterung und angesichts der geplanten Werbemaßnahmen wird der quantitative Bedarf zunehmen.

144 Bürgerschaft der Freien und Hansestadt Hamburg (22. Wahlperiode): Drucksache 22/5145 (05.07.2021). Betr.: Bedarfsgerechte Weiterentwicklung des Hamburger Hausbesuchs

Maßnahmen
Auf Basis einer im 2. und 3. Quartal 2022 durchzuführenden Evaluation des Modellprojekts wird entschieden werden, wie das Angebot des Hamburger Hausbesuchs ab 2024 als dauerhaftes Regelangebot ausgestaltet werden soll. Außerdem sind für 2022 Werbemaßnahmen für den Hausbesuch vorgesehen mit dem Ziel, das Angebot für Selbstmelder und Menschen mit Migrationsgeschichte bekannter und leichter zugänglich zu machen. Digitale Kommunikationsmöglichkeiten sollen verstärkt im Rahmen des Hausbesuchs thematisiert werden.

- Die Sozialbehörde wird nach Abebben der Coronapandemie Werbemaßnahmen für den Hamburger Hausbesuch durchführen.
- Die Sozialbehörde wird die Evaluation auswerten und die Durchführung des Hamburger Hausbesuches an die Ergebnisse anpassen.

5.1.2 Pflegestützpunkt und Beratungszentrum für ältere, pflegebedürftige und körperbehinderte Menschen

Ausgangssituation
Die Trägerschaft der Pflegestützpunkte haben die Kranken- und Pflegekassen gemeinsam mit der Stadt Hamburg übernommen. Durch die Einrichtung und regelmäßige Zusammenkunft des Steuerungsausschusses Pflegestützpunkte, in dem Pflegekassen, Bezirksämter und die Sozialbehörde vertreten sind, wird die fachliche Steuerung, Qualitätssicherung und Weiterentwicklung sichergestellt. Durch den Fachbeirat der Pflegestützpunkte werden Bedarfe und Ideen zur Weiterentwicklung eingebracht.
Neben den Pflegestützpunkten gibt es mit dem Beschwerdetelefon Pflege ein zusätzliches Beratungsangebot für Beschwerden aus dem Themenbereich Pflege. Pflegebedürftige Menschen und ihre Angehörigen erhalten Unterstützung bei der Klärung ihrer Beschwerde beispielsweise zu Pflegeeinrichtungen oder ambulanten Pflegediensten. Das Beschwerdetelefon Pflege ist Teil des Pflegestützpunktes Hamburg-Mitte, ist aber für alle Hamburger Bezirke zuständig. Es wird gemeinsam von der Sozialbehörde und den Landesverbänden der Pflegekassen getragen.
Das Ziel aus der Rahmenplanung der pflegerischen Versorgungsstruktur bis 2015, die Pflegestützpunkte in den Bezirksämtern zu Anlaufstellen weiterzuentwickeln, die in allen Fragen der Pflege- und Seniorenarbeit beraten, wurde umgesetzt. Rat, Unterstützung und Vermittlung von Hilfen für ältere, behinderte oder pflegebedürftige Mitbürgerinnen und Mitbürger sind regional aus einer Hand zu erhalten. In den Bezirksämtern finden sich nun der Pflegestützpunkt, die bezirkliche Seniorenberatung, die Beratungsstelle für Menschen mit Körperbehinderung und die Bedarfsfeststellung für die Hilfe zur Pflege unter einem Dach, um Informationen zu geben und Beratung und Unterstützung zu leisten.[145] Die Bezeichnung lautet „Pflegestützpunkt und Beratungszentrum für ältere, pflegebedürftige und körperbehinderte Menschen" (PBM). Diese Planung fokussiert die Pflegestützpunkte, weil sie als direkte Anlaufstellen für Bürgerinnen und Bürger im Vordergrund stehen.
In der Rahmenplanung bis 2020 gab es das Ziel, dass die Pflegestützpunkte verstärkt auch Menschen mit kognitiven Einschränkungen und deren Angehörige beraten und dafür ein Schulungsangebot erhalten. Im Jahr 2016 besuchten die Mitarbeitenden der Beratungszentren eine acht Module umfassende Fortbildung zum Thema Demenz. Die Statistik der Beratungsthemen spiegelt diesen Aspekt mit knapp 5 % der Nennungen noch nicht wider.
Mit der im Jahr 2021 in Kraft getretenen Gesetzesänderung zur Modernisierung von Versorgung und Pflege durch das Digitale-Versorgung-und-Pflege-Modernisierung-Gesetz (DVPMG) werden weitere Schritte zur Digitalisierung der Gesundheits- und Pflegeversorgung vorbereitet. Die Pflegeberatung an den Pflegestützpunkten soll um digital gestützte Kommunikationsmöglichkeiten ergänzt werden. Dadurch sollen Ratsuchende eine Beratung nach § 7a SGB XI zukünftig auch auf digitalem Weg wahrnehmen können. Die Pflegeberatungs-Richtlinie des GKV-Spitzenverbandes wurde entsprechend ergänzt.[146]

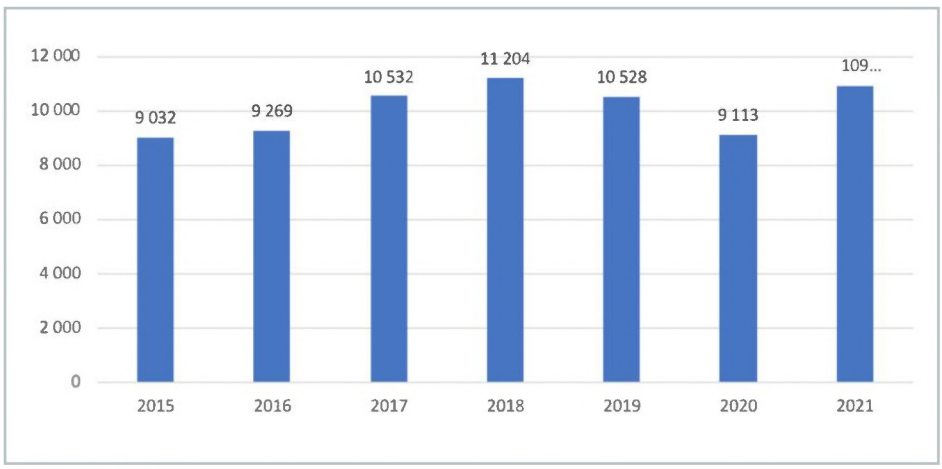
145 In Wandsbek steht die Umsetzung noch aus.
146 Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes zur einheitlichen Durchführung der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI vom 07.05.2018 (Pflegeberatungs-Richtlinien) in der Fassung vom 20.12.2021.

Quantitative und qualitative Ziele

Die Aufgaben der Pflegestützpunkte sind im § 7c SGB XI festgelegt. Die Beratung an Pflegestützpunkten beinhaltet die umfassende und trägerunabhängige Auskunft und Beratung zu den Rechten und Pflichten nach dem Sozialgesetzbuch und zur Auswahl und Inanspruchnahme von Sozialleistungen und sonstigen Hilfsangeboten einschließlich der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI. Hinweise zu Zielen und Qualität der Beratung gibt die Pflegeberatungs-Richtlinie nach § 7a SGB XI: „Die Ziele der Pflegeberatung sind demnach die Stärkung der Selbstbestimmung und Selbständigkeit der/des Anspruchsberechtigten, die passgenaue an der persönlichen Situation der/des Anspruchsberechtigten ausgerichtete Versorgung, die Entlastung Angehöriger und weiterer Personen z.B. bei der Unterstützung in der häuslichen Pflege Beteiligter und damit auch die Sicherung und Stabilisierung des häuslichen Pflegearrangements. Weitere wesentliche Ziele sind je nach Bedarfslage der anspruchsberechtigten Person das Herausarbeiten von Möglichkeiten, um Krisensituationen zu bewältigen und etwaige Versorgungsdefizite zu mindern, zu beheben und vorzubeugen. [...] Wesentlich für die Umsetzung der Ziele ist eine gute Vernetzung der Pflegeberaterinnen und Pflegeberater mit den regionalen Versorgungs-, Betreuungs- und Beratungsanbietern."[147]
Alle Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen haben einen Anspruch auf Pflegeberatung. Das Angebot muss so ausgestattet sein, dass es diese Ansprüche erfüllen kann.

Aktueller Stand

In Hamburg stehen insgesamt neun Pflegestützpunkte als Anlaufstellen für alle Fragen rund um die Pflege zur Verfügung. In jedem Bezirk ist damit eine Beratungsstelle verankert, im Bezirk Wandsbek als größtem Hamburger Bezirk zwei und ein spezieller Pflegestützpunkt zur Beratung von Eltern mit pflegebedürftigen Kindern und Jugendlichen für ganz Hamburg im Bezirksamt Hamburg-Nord. Damit können Hamburger Bürgerinnen und Bürger auf ein flächendeckendes Beratungsnetz zurückgreifen. In den Bezirksämtern sind die Pflegestützpunkte niedrigschwellig erreichbar und leisten durch qualifizierte und neutrale Information und Beratung einen wesentlichen Beitrag, damit sich von Pflegebedürftigkeit betroffene Menschen und deren Angehörige in der neuen Lebenssituation besser zurechtfinden können. Auf Wunsch der oder des Anspruchsberechtigten soll ein Hausbesuch stattfinden.
Die Anzahl der Anfragen von Beratungssuchenden bei den Hamburger Pflegestützpunkten sind seit der Einrichtung des Angebotes stark angestiegen. Wandten sich im Jahr 2015, im sechsten Jahr des Beratungsangebots zur Pflege, rund 9000 Bürgerinnen und Bürger mit Fragestellungen an die Beratenden, entwickelten sich die Erstkontaktzahlen bis 2018 weiter auf rund 11 200 Anfragen, die an den Pflegestützpunkten eingingen. Im Januar 2017 ist mit dem Pflegestärkungsgesetz II die Einführung der Pflegegrade 1 bis 5 in Kraft getreten und hat die Einteilung in drei Pflegestufen abgelöst. Dadurch hatten am Stichtag 1. Januar 2017 mehr Menschen als zuvor erstmals Anspruch auf Leistungen aus der Pflegeversicherung. Der Bedarf an Information und Beratung zum neuen Pflegegrad und den sich daraus ableitenden Leistungen war hoch, was auch an der gestiegenen Inanspruchnahme von Beratungsterminen bei den Pflegestützpunkten in den beiden Jahren nach der Einführung erkennbar ist.



Quelle: Sozialbehörde

Abbildung 7: Anzahl Erstkontakte an den Pflegestützpunkten

Entwicklung der Erstkontakte vom 01.01.2015 bis zum 31.12.2021

147 A. a. O., S. 6.

Das Angebot der Pflegestützpunkte richtet sich über die allgemeine Beratung zur Pflege und Leistungen hinaus auch an unterschiedliche Zielgruppen, die einen speziellen Beratungsbedarf haben.
Die Pflegeberatung ist bestrebt, Menschen mit Migrationsgeschichte und deren An- und Zugehörige in den Stützpunkten noch besser zu erreichen. Im Pflegestützpunkt Harburg sind bereits zwei Beraterinnen tätig, deren Herkunftsländer Russland und die Türkei sind und die bei Bedarf auch von den anderen Pflegestützpunkten zur Beratung hinzugezogen werden können. Es liegen auch türkisch- und russischsprachige Informationsflyer zu den Leistungen der Pflegestützpunkte vor. Zu jährlich mindestens acht öffentlichen Informationsveranstaltungen zu den Angeboten der Pflegestützpunkte und zu weiteren Themen wie beispielsweise zur Pflegeversicherung, zu Patientenverfügung und Vorsorge oder zur Erkrankung Demenz laden die Mitarbeitenden der Pflegestützpunkte zielgruppenspezifisch Menschen mit Migrationsgeschichte ein. Teilnehmende sind ältere Menschen, deren An- und Zugehörige, aber auch Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen und Auszubildende aus dem Pflegebereich. Die durchgeführten Veranstaltungen werden durch ein strukturiertes Berichtswesen erfasst. Es gibt Kooperationen mit dem Projekt El Ele (s. Abschnitt 4.4.2).
Die Benennung einer in Bezug auf die Belange von LSBTI*-Personen besonders sensibilisierten Ansprechperson bei den Pflegestützpunkten ist erfolgt. An jedem Pflegestützpunkt steht eine Ansprechperson zur Verfügung.[148] Um die Mitarbeitenden an den Pflegestützpunkten und Beratungszentren für ältere und körperbehinderte Menschen für die Belange bei der Beratung älterer LSBTIQ*-Personen zu sensibilisieren und zu qualifizieren, fand Anfang des Jahres 2022 eine Fortbildung für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter statt.

Bedarf und Bedarfsprognose
Der quantitative Bedarf für das Beratungsangebot der Pflegestützpunkte lässt sich nicht sicher angeben. Die Nachfrage ist auch von der Bekanntheit und Erreichbarkeit des Angebots abhängig. Da beide Faktoren weiter gesteigert bzw. verbessert werden sollen, die Pflegebedürftigkeit zunimmt und die Regelungen der Pflegeversicherung zunehmend komplexer werden, ist von einem wachsenden Bedarf und einer zunehmenden Nachfrage auszugehen.
Für die Sicherstellung der Beratung der Bürgerinnen und Bürger durch die Pflegestützpunkte ist eine gesicherte und ausreichende Personalausstattung der Pflegestützpunkte erforderlich.
Die Nationale Demenzstrategie sieht vor, dass Pflegestützpunkte bei entfernt lebenden Angehörigen die Kontakte zu einer Pflegeberatung vor Ort herstellen können (NDS 2.1.5).

Bewertung
Die Sicherstellung der häuslichen Pflege durch An- und Zugehörige, die Unterstützung durch externe Dienstleistungen, ehrenamtlich engagierte Menschen und Entlastungsangebote nach dem Grundsatz „ambulant vor stationär" ist ein zentrales Anliegen der betroffenen Menschen und ein unverzichtbares Angebot im Gesundheits- und Pflegesystem.
Von Angehörigenorganisationen aus dem Bereich Pflege, Demenz und Behinderung in Hamburg wird angemerkt, dass der Zugang zu den Unterstützungs- und Hilfeleistungen der Pflegeversicherung als selbstbestimmte Auswahl von Einzelleistungen nach dem Sinn und Zweck des Gesetzes eine Entscheidungsautonomie voraussetzt, für die in Hamburg nicht ausreichend geeignete Entscheidungshilfen zur Verfügung stehen. Pflegende Angehörige (und die Pflegebedürftigen selbst) berichten von dem „Dschungel der Einzelhilfen", aus dem sie die für sich jeweils passenden Hilfen identifizieren müssen, um dann auch die zutreffenden Anbieter zu beauftragen. In der konkreten Pflegesituation, aufgrund von Behinderung oder Alter, führt dies zu Stress und Überforderungserfahrungen bei den Betroffenen, sodass mögliche Hilfen nicht genutzt werden und so die Belastungen im Alltag steigen.
Der Pflegeberatung in den Pflegestützpunkten und in den Beratungszentren für ältere, pflegebedürftige und körperbehinderte Menschen kommt weiterhin eine Schlüsselrolle zu. Die steigenden Kontaktaufnahmen und Anfragen bei den Beratungsstellen in den vergangenen Jahren können dies belegen. Es bleibt aber eine Daueraufgabe, die Bekanntheit und Ansprechbarkeit zu erhöhen, damit diese Rolle ausgefüllt werden kann.

148 Aktionsplan des Senats der Freien und Hansestadt Hamburg (2017), Maßnahme 54, Rn. 96.

Das Regierungsprogramm sieht weitere Verbesserungen des Angebots vor:
- An einem der Pflegestützpunkte soll der Themenschwerpunkt „Kinder und Jugendliche in der Pflege“ etabliert werden. Kinder und junge Pflegende, die Verantwortung in der Pflege ihrer Angehörigen, häufig erkrankte Eltern, übernehmen, sollen gezielt mit Beratung und Begleitung unterstützt werden.
- Die Beratungsangebote für pflegende Angehörige sollen bedarfsgerecht ausgebaut werden. Das gilt auch für Familien mit pflegebedürftigen Kindern.

Maßnahmen zur Weiterentwicklung der Pflegestützpunkte
Die Ziele zur Weiterentwicklung der Pflegestützpunkte schlagen sich in folgenden Maßnahmen nieder:
- ▶ Die Pflegekassen und der Medizinische Dienst Nord informieren bei einschlägigen Kontakten mit den Versicherten über das Hamburger Angebot der Pflegestützpunkte.
- ▶ Ein Beratungsangebot für pflegende Kinder und Jugendliche wird konzeptioniert und eingeführt.
- ▶ Das Angebot von „MiMi – Mit Migranten für Migranten. Projekt zur interkulturellen Gesundheitsförderung und Prävention“ (s. Abschnitt 4.4.2) wird auf Menschen mit Pflegebedarf und Demenz ausgeweitet und mit den Pflegestützpunkten verknüpft.
- ▶ Die Ansprechbarkeit für die Pflege von LSBTI*-Personen wird nach außen stärker sichtbar gemacht.
- ▶ Für die Pflegestützpunkte wird ein kurzer Fortbildungsblock zur Beratung bei entfernt lebenden Angehörigen konzipiert (NDS 2.1.5).
- ▶ Die digitale Pflegeberatung soll konzeptioniert und eingeführt werden. Dies umfasst auch die Verwendung eines digitalen Versorgungsplans.
- ▶ Die Pflegestützpunkte werden im Konzept eines Pflegenotrufes berücksichtigt.

Die interkulturelle Kompetenz der Beratungsangebote ist auch ein wichtiges Thema in der Nationalen Demenzstrategie, bei deren Umsetzung die Pflegestützpunkte eine große Rolle spielen. Dies betrifft die folgenden Aufgaben:
- 2.4.1 – Interkulturelle Kompetenz an Pflegeberatungsstellen: Die vorgenannte Maßnahme zur Ausweitung des MiMi-Projekts leistet hier einen wichtigen Beitrag.
- 2.4.2 – Weiterentwicklung und Vernetzung von kultursensiblen Informations- und Beratungsangeboten: Hierfür ist die Zusammenarbeit mit dem Projekt El Ele ein gutes Beispiel; weitere Kooperationen sollten entwickelt werden.
- 2.4.3 – Bereitstellung von Online-Informationen zu kultursensiblen Beratungsangeboten: Die Sozialbehörde wird Informationen zu Beratungsmöglichkeiten unter hamburg.de/pflege veröffentlichen.

5.1.3 Weitere Beratungsstellen

Neben den bereits genannten Angeboten zur Pflegeberatung gibt es weitere Zielgruppen und/oder themenspezifische Beratungsangebote für pflegebedürftige Menschen und ihre Angehörigen. Es handelt sich um Kurzdarstellungen. Die ansonsten in Kapitel 5 jeweils bearbeiteten Planungsfragen werden im Fließtext behandelt.

5.1.3.1 Hamburger Koordinationsstelle für Wohn-Pflege-Gemeinschaften

Die Hamburger Koordinationsstelle für Wohn-Pflege-Gemeinschaften bei der STATTBAU HAMBURG GmbH ist ein spezialisiertes Beratungs- und Serviceangebot zur Förderung innovativer Wohn-, Betreuungs- und Pflegeformen. Als unabhängige Anlauf- und Fachstelle steht sie Bürgerinnen und Bürgern sowie Institutionen für die Beratung, den Aufbau und die Praxisbegleitung innovativer Wohn-Pflege-Gemeinschaften zur Verfügung. Die Entwicklung des Angebots an kleinräumigen Wohnformen in Hamburg wurde maßgeblich durch die Koordinationsstelle vorangebracht. Die Beratung zur nachhaltigen, quartierbezogenen Versorgung im Kontext ambulanter und stationärer Wohngruppen wird weiter strukturiert fortgeführt und ausgebaut. Die Förderung wird fortgesetzt.

5.1.3.2 Alzheimer-Telefon

Am Alzheimer-Telefon der Alzheimer Gesellschaft Hamburg e. V. haben Rat suchende Bürgerinnen und Bürger die Möglichkeit, zeitnah und ohne vorherige Terminvereinbarung persönliche Fragestellungen zur Alzheimer-Krankheit und zu anderen demenziellen Erkrankungen zu besprechen und sich in belastenden Situationen Rat zu holen sowie Kontakt zu anderen Hilfsangeboten und Institutionen zu erhalten. Damit haben Angehörige von Menschen mit Demenz eine Ansprechperson und erhalten niedrigschwellig schnelle Hilfe und Entlastung nach aktuellen Vorfällen. Am Alzheimer-Telefon beraten ehrenamtliche Fachkräfte und erfahrene Angehörige von Montag bis Freitag.
Ein spendenfinanziertes Beratungsangebot in türkischer Sprache durch eine Fachkraft steht Ratsuchenden einmal wöchentlich zur Verfügung. Es soll weiter ausgebaut werden.
Das Alzheimer-Telefon wird weiterhin von der Sozialbehörde gefördert.[149,150]

5.1.3.3 Beratungsstelle CHARON

Die Beratungsstelle CHARON gehört zu den Wegbereitern der Hospizarbeit in Hamburg. Sie bietet:
- Individuelle Beratung und Begleitung für schwerkranke Menschen, Angehörige und Trauernde
- Fachberatung und Schulung für haupt- und ehrenamtliche Helferinnen und Helfer in Einrichtungen des Sozial- und Gesundheitswesens
- Öffentlichkeitsarbeit zur Information der Menschen in Hamburg und zur Sensibilisierung des öffentlichen Bewusstseins

Die Beratungsstelle CHARON wird von der Hamburger Gesundheitshilfe e. V. betrieben und ist mit Sozialpädagoginnen mit entsprechenden Zusatzqualifikationen besetzt. Die Arbeit wird weiter von der Sozialbehörde gefördert.

5.1.3.4 Beratungszentrum für technische Hilfen und Wohnraumanpassung

Der Trägerverein Barrierefrei Leben e. V. ist ein Verein für Hilfsmittelberatung, Wohnraumanpassung und barrierefreie Bauberatung. Er stellt seit Jahren ein zuverlässiges und kompetentes Beratungsangebot für Privatpersonen bereit. Darüber hinaus engagiert der Verein sich im „Kompetenzzentrum für ein barrierefreies Hamburg", das gemeinsam mit anderen Expert:innen auch Einrichtungen und Fachorganisationen in der Schaffung einer barrierefreien Umwelt berät.
Das vom Verein betriebene Beratungszentrum für technische Hilfen und Wohnraumanpassung ist ansässig im „Haus für Barrierefreiheit" am Alsterdorfer Markt und veranschaulicht auf einer Fläche von ca. 600 m² den Themenkomplex „Hilfsmittel – Wohnungsanpassung – barrierefrei (Um-)Bauen". Es wird von der Sozialbehörde gefördert.
Seit dem 1. Juli 2021 fördert die Sozialbehörde das Projekt „Aufbau eines Beratungs- und Informationsangebotes Ambient Assisted Living (AAL) – technikunterstütztes Wohnen". Ab 2022 soll der Aufbau eines Video-Beratungsangebotes ebenfalls gefördert werden.
Die Nationale Demenzstrategie sieht in Punkt 1.8.1 vor: „Die Länder wirken darauf hin, dass die vorhandenen Angebote zu Wohnberatung gestärkt werden, und erweitern diese im Hinblick auf die Belange für Menschen mit Demenz." Die Sozialbehörde wird in diesem Sinne auf den Träger zugehen. Gemeinsam werden Verbesserungsmöglichkeiten geprüft.

149 Alzheimer Gesellschaft Hamburg e. V.
URL: https://www.alzheimerhamburg.de/angebote/beratung/telefonische-beratung.html (Abruf 02.07.2021)
150 Damit wird die Anforderung 2.7.1 „Telefonische Beratung und Seelsorge für Menschen mit Demenz und ihre Angehörigen in Krisensituationen" aus der Nationalen Demenzstrategie erfüllt.

5.1.3.5 Beratung nach § 3 HmbWBG durch die Wohn-Pflege-Aufsicht

Das Hamburgische Wohn- und Betreuungsqualitätsgesetz (HmbWBG) definiert Mindeststandards für unterschiedliche Wohn- und Betreuungsformen für ältere, behinderte oder auf Betreuung angewiesene volljährige Menschen, um eine angemessene Wohn- und Betreuungsqualität in diesen Wohn- und Betreuungsformen sicherzustellen und die Rechte der Nutzerinnen und Nutzer zu stärken. Die Wohn-Pflege-Aufsicht berät sowohl Nutzerinnen und Nutzer, deren Vertreterinnen oder Vertreter und Angehörige als auch Betreiber zu den Wohn- und Betreuungsformen, die in den Anwendungsbereich des HmbWBG fallen. Gegenstand der Beratung und Unterstützung sind insbesondere

- das Aufzeigen geeigneter Wohn- oder Betreuungsformen,
- der Aufbau einer Wohngemeinschaft sowie
- die gesetzlichen Anforderungen an Wohnformen und ambulante Dienste sowie Möglichkeiten zur Vermeidung oder Behebung von Mängeln.

Die Wohn-Pflege-Aufsicht ist in den Fachämtern Gesundheit der Bezirksämter angesiedelt. Aktuell läuft ein Projekt zur Neuorganisation der Bereiche und Aufgaben.

5.1.3.6 Fachstelle Pflege ohne Zwang

Die Fachstelle Pflege ohne Zwang informiert und berät Angehörige und Institutionen zur Vermeidung freiheitsentziehender Maßnahmen und möglichen Alternativen dazu. Die Mitarbeitenden geben z. B. Auskunft zu freiheitsentziehenden Maßnahmen, den rechtlichen Grundlagen und betreuungsgerichtlichen Genehmigungsverfahren. Sie bietet Vorträge zum Thema und stellt Möglichkeiten zum Austausch auf fachlicher Ebene bereit.

5.1.3.7 Pflegenotruf

Das Regierungsprogramm sieht für diese Legislaturperiode vor: „Für unvorhersehbaren Pflegebedarf wird ein Pflegenotruf mit einem Pflegenotdienst geschaffen, der zu jedem Zeitpunkt in der Lage ist, notfallmäßig auftretenden ambulanten Pflegebedarf zu decken." Dieser soll durch ein ausgebautes Kurzzeitpflegeangebot ergänzt werden.
Hier wird davon ausgegangen, dass Pflegebedürftige und ihre Angehörigen von Pflegesituationen kurzfristig überfordert sein können. Es ist nicht bekannt, in welchem Umfang dieser Fall eintritt. Kunden von Pflegediensten haben in solchen Situationen Ansprechpartner bei den Diensten. Die Mehrheit der zu Hause lebenden Pflegebedürftigen sind aber Pflegegeldempfänger (rd. 35 000), die keine entsprechenden Leistungen vereinbart haben.
Es liegt nahe, zur Umsetzung des Pflegenotrufs bereits bestehende Angebote der Stadt und von Leistungsanbietern zu kombinieren. Einzubeziehen ist dabei die Beratungskompetenz der Pflegestützpunkte.

Maßnahme

- ▶ Die Sozialbehörde wird in dieser Legislaturperiode einen Pflegenotruf konzeptionieren und umsetzen.

5.1.4 Hamburger Pflegekompass

Ausgangssituation, Bedarf, Ziele
Leistungen von Pflegeeinrichtungen werden von den Betroffenen und ihren Angehörigen zunehmend als soziale Dienstleistungen angesehen und entsprechend selbstbewusst aus einer Verbraucherperspektive in Anspruch genommen. Es mangelt aber an Dienstleistungs- und Markttransparenz, die Menschen mit Pflegebedarf und deren Angehörigen eine selbstbestimmte Entscheidung für oder gegen ein bestimmtes Versorgungsangebot ermöglichen.

Bestand
Mit dem „Hamburger Pflegekompass“ bietet die Sozialbehörde seit Januar 2020 Pflegebedürftigen und deren Angehörigen ein kostenloses, werbefreies und wettbewerbsneutrales Informationsangebot über die vollstationären Pflegeeinrichtungen in Hamburg. Die transparente und nutzerfreundliche Aufbereitung der Informationen soll die Verbraucherinnen und Verbraucher in ihrer Wahl- und Entscheidungsfreiheit unterstützen. Die Veröffentlichung zielt ferner darauf ab, den Qualitätswettbewerb zu stärken und Anbieter zu Qualitätsverbesserungen anzuhalten. In Abgrenzung zu anderen Informationsangeboten werden auch die Ergebnisse einer Angehörigenbefragung, behördliche Prüfergebnisse, Personalkennzahlen sowie Beanstandungen der Wohn-Pflege-Aufsicht veröffentlicht und transparent gemacht. Langfristig sollen die Informationen zur Pflegequalität auf Basis des SGB XI und des HmbWBG gemeinsam dargestellt werden.

Bewertung
Das Informationsangebot des „Hamburger Pflegekompasses“ ist damit bundesweit einmalig und soll künftig weiter ausgebaut werden. Die Verbindung mit den in Zukunft neu darzustellenden Informationen zu den Prüfergebnissen nach SGB XI ist noch nicht optimal gelöst. Außerdem soll möglichst ein Nachweis freier Plätze in Langzeit- und Kurzzeitpflege integriert werden.

Maßnahmen
- ▶ Im Pflegekompass werden Siegelnehmer für geschlechtliche Vielfalt veröffentlicht.
- ▶ Die Veröffentlichung von Merkmalen zu kultursensibler Pflege wird konzeptioniert und umgesetzt.
- ▶ Der Bestand an Servicewohnanlagen wird im Pflegekompass dargestellt.
- ▶ Ein Konzept zum Nachweis freier Plätze in vollstationären Pflegeeinrichtungen und der Kurzzeitpflege wird entwickelt.

5.2 Unterstützungs- und Entlastungsangebote

Für Pflegebedürftige, die in der Häuslichkeit leben, und deren pflegende Angehörige gibt es verschiedenste Unterstützungs- und Entlastungsmöglichkeiten.
In diesem Kapitel findet sich auch das Thema Servicewohnanlagen. Dieses Angebot ist kein Entlastungsangebot im engeren Sinne, es erlaubt jedoch Wohnen mit Unterstützungsleistungen des Anbieters der Servicewohnanlage, die einen längeren Verbleib im eigenen Wohnraum ermöglichen können.

5.2.1 Angebote zur Unterstützung im Alltag (HmbPEVO)

Ausgangssituation
Pflegebedürftige in häuslicher Pflege haben nach § 45b SGB XI einen Leistungsanspruch in Höhe von 125 Euro im Monat. Dieser Betrag kann eingesetzt werden für Leistungen der Tages- und Nachtpflege, Leistungen der Kurzzeitpflege, Leistungen der ambulanten Pflegedienste und Leistungen nach Landesrecht anerkannter Angebote zur Unterstützung im Alltag im Sinne des § 45a SGB XI.
In Hamburg gibt es unterschiedliche Angebote zur Unterstützung im Alltag. Für die folgenden anerkannten Angebote nach der Hamburgischen Pflege-Engagement Verordnung (HmbPEVO) kann der Entlastungsbetrag eingesetzt werden:
- Ehrenamtliche Helferinnen- und Helferkreise
- Betreuungsgruppen
- Gemeinschaftsangebote
- Gesprächsgruppen
- Hilfen im Haushalt durch haus- oder familienpflegerische Dienste
- Familienentlastende Dienste
- Einzelfallbetreuung durch ehrenamtliche Nachbarschaftshelferinnen und -helfer
- Haushaltshilfe durch Betreuungs- und Hauswirtschaftshilfen, die von den Pflegebedürftigen beschäftigt werden

Die im Folgenden ausführlicher dargestellten Angebote leisten einen wichtigen Beitrag zur Unterstützung im Alter oder könnten dies leisten.

- Die Sozialbehörde wird im Jahr 2022 die HmbPEVO evaluieren. Dabei wird insbesondere geprüft, ob und wie die Erbringung hauswirtschaftlicher Angebote und die Nachbarschaftshilfe erleichtert werden kann. Der Koalitionsvertrag Bund sieht die Förderung haushaltsnaher Dienstleistungen vor.[151] Gegebenenfalls sind entsprechende Verbesserungen zu berücksichtigen.
- Darüber hinaus wird die Sozialbehörde analysieren, inwieweit die Angebote zur Unterstützung im Alltag effizienter mit Pflegestützpunkten und offener Seniorenarbeit zusammenwirken können. Ziel ist die Stärkung und Weiterentwicklung der bestehenden Case- und Care-Management-Strukturen.

5.2.1.1 Helferinnen- und Helferkreise, Betreuungsgruppen

Ausgangssituation und Bestand

Helferinnen- und Helferkreise: Geschulte ehrenamtliche Helferinnen und Helfer kommen zu pflegebedürftigen Menschen ins Haus und betreuen die erkrankte Person für einige Stunden. In der Sicherheit und Geborgenheit der vertrauten Umgebung fördern sie ihre Lebensfreude durch Gespräche, Spaziergänge, Spiele oder kleine Mahlzeiten.

Betreuungsgruppen: In kleinen Gruppen können demenziell erkrankte Menschen gemeinsam mit speziell geschulten Ehrenamtlichen einige abwechslungsreiche Stunden erleben. Unter der Anleitung einer Fachkraft werden die Teilnehmenden ihren Wünschen und Möglichkeiten gemäß angesprochen und gefördert. Es gibt verschiedene Aktivitäten wie Singen von bekannten Liedern sowie Klönrunden und Gesellschaftsspiele in angenehmer Atmosphäre. Spaziergänge in die Umgebung sorgen für Bewegung an der frischen Luft.

Die Anzahl der Treffen der Betreuungsgruppe und der Stundenumfang können unterschiedlich ausfallen. Häufig finden jedoch die Betreuungsgruppen einmal in der Woche für drei bis vier Stunden statt.

Die beiden Angebote richten sich in erster Linie an Menschen mit Demenz. Die Anbieter haben sich in der „Angehörigenhilfe Demenz" zusammengeschlossen.[152] Ein über mehrere Jahre erprobtes Angebot für Menschen mit türkischem Migrationshintergrund konnte nicht etabliert werden.

Das Angebot wurde durch die Coronapandemie eingeschränkt. In der ersten Jahreshälfte 2020 war es zeitweise geschlossen. Auch danach führte Vorsicht und Zurückhaltung aufseiten von Nutzerinnen und Nutzern sowie Ehrenamtlichen zu einer Verringerung der Leistungen. Die Impfungen haben Mitte 2021 zu einer gewissen Entspannung geführt. Die Förderung durch Pflegekassen und Sozialbehörde wird so gestaltet, dass den Trägern kein Schaden entsteht. Zur Entwicklung siehe Tabelle 15.

Tabelle 15: Angebote zur Unterstützung im Alltag

Angebot	2015	2017	2019	2021
Anbieter geförderter Angebote zur Unterstützung im Alltag	14	16	18	14
Anzahl Betreuungsgruppen	29	26	24	23
Anzahl Helferinnen- und Helferkreise	12	17	18	18
Hilfen im Haushalt durch haus- oder familienpflegerische Dienste	–	–	3	5
Familienentlastende Dienste	–	5	5	7
Registrierte ehrenamtliche Nachbarschaftshelferinnen und -helfer	–	–	435	862
Registrierte Haushalts- und Betreuungshilfen	–	–	5	10

Quelle: Daten der Sozialbehörde, 2017, 2019, jeweils 31.12. d. J., 2021 Stichtag 30.06., Nachbarschaftshilfe und Haushaltshilfe Ganzjahreswerte

151 Koalitionsvertrag 2021–2025 zwischen der Sozialdemokratischen Partei Deutschlands (SPD), BÜNDNIS 90 / DIE GRÜNEN und den Freien Demokraten (FDP). Mehr Fortschritt wagen. Bündnis für Freiheit, Gerechtigkeit und Nachhaltigkeit. S. 70, Rn. 2296.

152 Link: Startseite / Angehörigenhilfe Demenz für Hamburg (angehoerigenhilfe.de) (Abruf am 21.09.2021)

Bedarf und Bedarfsprognose, quantitative und qualitative Ziele
Die Betreuungsgruppen haben eine eher rückläufige Tendenz. Es wird daher davon ausgegangen, dass die Angebote quantitativ ausreichend sind. Sie bewähren sich da, wo sie als Begleitangebot zu Angehörigengruppen organisiert sind. Einen ungedeckten Bedarf für Gruppenangebote gibt es nach Einschätzung der Alzheimer Gesellschaft für jüngere an Demenz erkrankte Personen. Auch bei den Helferinnen- und Helferkreisen übersteigt die Nachfrage das Angebot, desgleichen bei familienpflegerischen und familienentlastenden Diensten.

Bewertung
Es handelt sich um gut eingeführte Angebote. Sie stehen in einer gewissen Konkurrenz zu ambulanten Diensten, die ebenfalls Betreuungsangebote anbieten und in den Konstellationen, in denen sie Pflege leisten, einen besseren Zugang zu Betroffenen haben. Es ist nicht davon auszugehen, dass sich das Angebot an Betreuungsgruppen über den jetzigen Stand ausweiten lässt.

Maßnahme
Im Zuge der für 2022 geplanten Evaluation der PEVO werden auch diese Angebote näher betrachtet werden.

5.2.1.2 Servicestelle Nachbarschaftshilfe

Ausgangssituation
Die Servicestelle Nachbarschaftshilfe übernimmt seit August 2018 die Registrierung der Leistungsberechtigten und der ehrenamtlichen Nachbarschaftshilfen, der beschäftigten Hilfen im Haushalt und der beschäftigten Einzelhelferinnen und -helfer für die Betreuung. Gefördert wird die Servicestelle Nachbarschaftshilfe von der Sozialbehörde. Alle registrierten Nachbarschaftshilfen sind unfall- und haftpflichtversichert.
Nach Prüfung der jeweiligen Voraussetzungen wird eine Registrierungsbescheinigung ausgestellt. Bei der jeweiligen Pflegekasse können die Leistungsberechtigten die Kosten der Helferinnen und Helfer einreichen. Die Aufwendungen werden in Höhe von bis zu 125 Euro monatlich erstattet.

Bestand
Zur Entwicklung siehe Tabelle 15. Insgesamt wurden bisher 2183 Nachbarschaftshilfen und 25 Haushaltshilfen eingetragen.

Bedarf, Bedarfsprognose, quantitative und qualitative Ziele
Eine quantitative Bedarfseinschätzung ist nicht abzugeben. Es kann aber von einer großen Zahl existierender und zusätzlich zu schaffender potenzieller Hilfebeziehungen ausgegangen werden, die bisher nicht registriert sind.

Bewertung
Die Bekanntheit des Angebots wird als eher gering eingeschätzt.
Ein des Öfteren vorgetragener Kritikpunkt an der PEVO ist, dass zwar die Übernahme von Aufwandsentschädigungen für die Nachbarschaftshilfe ermöglicht wird, aber nicht von Kosten, die durch Einzelhelferinnen und -helfer entstehen.

Maßnahmen
Im Zuge der für 2022 geplanten Evaluation der PEVO wird auch dieses Angebot näher betrachtet werden. Dabei werden dem Regierungsprogramm folgend auch die Bedarfe pflegebedürftiger Kinder, Jugendlicher und junger Erwachsener berücksichtigt.

Exkurs
Die Servicestelle trägt legale Beschäftigungsverhältnisse im Haushalt ein und ermöglicht dadurch die Kostenübernahme aus SGB-XI-Sachleistungen. Hier ist auch die Umwidmung von Pflegesachleistungen möglich. Dies ist jedoch kein Weg, um die Problematik der Live-in-Betreuung, der sogenannten „24-Stunden-Pflege", zu lösen. Es ist zu hoffen, dass nach dem Bundesarbeitsgerichtsurteil zum Thema Mindestlohn und Vergütung von Bereitschaftszeiten[153] auf Bundesebene klare Regelungen für die Live-in-Pflege diskutiert und umgesetzt werden. Hamburg wird sich dafür einsetzen.[154]

5.2.1.3 Hilfen im Haushalt durch haus- oder familienpflegerische Dienste

Quantitative und qualitative Ziele
Die Anerkennung von Hilfen im Haushalt, die in Verantwortung eines haus- oder familienpflegerischen Dienstes durch Beschäftigte erbracht werden (§ 2 Abs. 1 Nr. 5 HmbPEVO), soll die Organisation hauswirtschaftlicher Hilfen für Menschen mit Pflegebedarf erleichtern.

Ausgangssituation
Die Anerkennung von Hilfen im Haushalt, die in Verantwortung eines haus- oder familienpflegerischen Dienstes durch Beschäftigte erbracht werden (§ 2 Abs. 1 Nr. 5 HmbPEVO), ist daran geknüpft, dass diese bereits in Vertragsbeziehungen mit Krankenkassen und dem Sozialhilfeträger stehen. Grund dieser Regelung ist, dass so eine doppelte Prüfung von Zulassungs- bzw. Anerkennungsvoraussetzungen entfällt.

Bestand
Zur Entwicklung siehe Tabelle 15.
Bedarf und Bedarfsprognose
Es wird von einem hohen Bedarf ausgegangen, der das Angebot weit überschreitet.

Bewertung
Bisher gab es zwar ein gewisses Interesse von Anbietern hauswirtschaftlicher Dienste an einer Anerkennung. Allerdings konnten nur wenige die notwendigen anderweitigen Vertragsbeziehungen nachweisen. Es ist davon auszugehen, dass in diesem Fall die hohen Anforderungen es erschweren, dass benötigte Angebote auf den Markt kommen. Damit besteht eine Parallele zu den Betreuungsdiensten (s. u.).

Maßnahmen
Im Zuge der für 2022 geplanten Evaluation der PEVO wird auch dieses Angebot näher betrachtet werden. Dabei werden dem Regierungsprogramm folgend auch die Bedarfe pflegebedürftiger Kinder, Jugendlicher und junger Erwachsener berücksichtigt.

Exkurs Betreuungsdienste
Seit Mai 2019 können ambulante Betreuungsdienste (Dienste, die sich ausschließlich um Haushalt und Betreuung kümmern) die Pflegebedürftigen und ihre pflegenden Angehörigen unterstützen. Hierfür können die Sachleistungsgelder gemäß § 36 SGB XI eingesetzt werden. Voraussetzung ist die Anerkennung durch die Pflegekassen nach § 71 Abs. 1a SGB XI. Das Interesse von Anbieterseite an dieser Leistungsform ist sehr gering, da für die Betreuungskräfte höhere Qualifikationsvorgaben durch Bundesgesetzgeber und GKV-Spitzenverband gelten als für das Personal von ambulanten Pflegediensten. Gleichzeitig wird von den Kostenträgern angestrebt, die Vergütungssätze deutlich unterhalb derer ambulanter Dienste zu halten, um die Intention des Gesetzgebers zu erfüllen, ein kundenfreundliches Angebot zu schaffen. Ohne Änderung der gesetzlichen Rahmenbedingungen erscheint es unrealistisch, dass es zu einem nennenswerten Angebot kommt. Aus Sicht der Betroffenen ist eine positive Entwicklung dieses Segments wünschenswert. Vorerst ist damit auch die entsprechende Aufgabe aus der Nationalen Demenzstrategie (3.1.2) nicht erfolgreich umzusetzen.

153 Bundesarbeitsgericht, Urteil vom 24. Juni 2021, Az.: 5 AZR 505/20.
154 Damit würde auch die Aufgabe 2.6.6 „Prüfung der Rahmenbedingungen der Betreuung durch ausländische Haushalts- und Betreuungskräfte in Privathaushalten" aus der Nationalen Demenzstrategie bearbeitet.

5.2.2 Tagespflege

Ausgangssituation
In Tagespflegeeinrichtungen werden Pflegebedürftige von morgens bis nachmittags gepflegt, verpflegt und betreut. Die Nacht und die Wochenenden verbringen sie zu Hause. Viele Tagespflegegäste besuchen nur an ein oder zwei Wochentagen die Einrichtung. Die Tagespflegeeinrichtungen bieten auch Fahrdienste von und zur eigenen Wohnung an, deren Kosten bei gewünschter Inanspruchnahme durch die Tagespflegegäste (Wahlmöglichkeit) integraler Bestandteil der Pflege sind und somit auch in die Finanzierung der Pflegeversicherung fallen.
Aktuell ist eine angemessene Versorgung in Hamburg auch unter Coronabedingungen gewährleistet. Vor den Pandemiemaßnahmen lag die durchschnittliche Auslastung für den Zeitraum Februar 2019 bis März 2020 nach Angaben der Träger noch bei rd. 90 %.[155] Infolge der COVID-19-Pandemie wurden die Tagespflegeeinrichtungen zum Schutz der Tagesgäste und ihrer Angehörigen per Rechtsverordnung ab Mitte März 2020 geschlossen oder unter Einhaltung strenger Hygienevorschriften im Notbetrieb gefahren. Bis zur mit Auflagen gekoppelten Wiedereröffnung am ersten September 2020 sank die Auslastung demzufolge auf durchschnittlich rd. 32 %. In der Folge ist die Auslastung kontinuierlich auf rd. 61 % (Juni 2021) gestiegen. In dem Zeitraum März 2020 bis Juni 2021 hat die Sozialbehörde zum Erhalt der Liquidität der Tagespflegeeinrichtungen den auslastungsbedingten Verlust des mit dem Sozialhilfeträger vereinbarten täglichen Investitionskostenbeitrags über das Sozialdienstleister-Einsatzgesetz (SodEG) auf Antrag im Umfang von insgesamt rd. 1,2 Mio. Euro erstattet. Erstattungen für Betriebskosten erfolgen vonseiten der Pflegekassen. Noch bis Herbst 2022 konnte die Auslastung nicht auf das Niveau von vor der Pandemie gebracht werden.

Bestand
Derzeit gibt es 51 Tagespflegeeinrichtungen in Hamburg. Die Tabelle verdeutlicht den Ausbau der Tagespflege in den letzten Jahren: Seit 2017 beläuft sich die Steigerung der Anzahl der Einrichtungen auf rund 31 %.

	2017	2019	2021	2022
Tagespflegeeinrichtungen1	39[1]	46[1]	47[3]	51[3]
Plätze in Tagespflegeeinrichtungen	864[1]	1 009[1]	1 023[3]	1 072[3]
Nutzer und Nutzerinnen	1 458[2]	1 847[2]	k. A.	k. A.

Tabelle 16: Tagespflegeeinrichtungen

Quelle: 1 Sozialbehörde Erhebungen (s. Drucksache 21/18704), 2 Pflegestatistik Hamburg 2017, 2019, 3 Daten Sozialbehörde

Die Erfahrung der letzten Jahre hat gezeigt, dass die Anbieter in zunehmendem Maß die Möglichkeiten der Tagespflege erkennen und neue spezialisierte Angebote schaffen. So wurde beispielsweise im Juli 2019 die erste Tagespflegeeinrichtung für Menschen mit einer psychischen Erkrankung und einem Pflegegrad eröffnet. Verschiedene Tagespflegeeinrichtungen haben eine Ausrichtung auf Menschen mit bestimmten kulturellen und sprachlichen Hintergründen und öffnen damit ihr Angebot gezielt für pflegebedürftige Menschen mit entsprechendem Migrationshintergrund.[156]
Mit Stand September 2022 lagen der Sozialbehörde Planungsvorhaben über weitere vier Tagespflegeeinrichtungen mit insgesamt ca. 110 Plätzen vor. Es kann nicht angegeben werden, in welchem Umfang Tagespflege den Bedarf an vollstationären Pflegeplätzen reduziert.

155 Anlassbezogene Abfrage der Sozialbehörde.
156 Zum Beispiel Annas Tagesbetreuung (URL: https://www.annastagesbetreuung.de/); Tagespflege Wandsbek – Interkultureller Pflegedienst (URL: https://www.interkultureller-pflegedienst.de/) (Abruf am 09.07.2021).

Bedarf und Bedarfsprognose
Von großer Bedeutung ist dieses Angebot für die demenziell oder gerontopsychiatrisch erkrankten pflegebedürftigen Menschen, deren Pflege besonders große Anforderungen an die pflegenden Angehörigen stellt. Durch den anzunehmenden Anstieg der Zahl der Pflegebedürftigen wird auch die Anzahl der potenziellen Nutzerinnen und Nutzer der Tagespflegeeinrichtungen weiter zunehmen. Ein wichtiger Faktor für die weitere positive Entwicklung im Ausbau und der Nutzung von Tagespflegeeinrichtungen sind die Leistungen der Pflegeversicherung, die eine parallele Inanspruchnahme von ambulanten Sachleistungen und Tagespflege erlauben.
In der Nationalen Demenzstrategie wird ein Bedarf für flexiblere Öffnungszeiten (NDS 2.6.5) in der Tages- und Nachtpflege gesehen. Tagespflege ist ein akzeptables Angebot für Familien, die aus kulturellen oder ethischen Gründen eine vollstationäre Pflege für ihre Angehörigen ablehnen.
Quantitative und qualitative Ziele, Bewertung
Die Tagespflege hat sich zu einem wichtigen Teil der pflegerischen Versorgungsstruktur entwickelt. Es ist mit einer weiteren Vergrößerung dieses Angebotssegments zu rechnen.
Damit werden zentrale Ziele, die Entlastung pflegender Angehöriger und der Verbleib in der eigenen Häuslichkeit, erreicht. Das Angebot kommt besonders Menschen mit Demenz zugute. Deshalb sollte in allen Tagespflegeeinrichtungen entsprechend den Vorschlägen der Nationalen Demenzstrategie der Expertenstandard „Beziehungsgestaltung in der Pflege von Menschen mit Demenz" eingeführt werden (NDS 3.1.11), sollten Beschäftigte mit einer (geronto-)psychiatrischen, staatlich anerkannten Zusatzqualifikation vorhanden sein (NDS 3.1.12) und alle Beschäftigten eine Basisqualifikation erhalten haben (NDS 3.1.13).
Kultursensible und die geschlechtliche Vielfalt respektierende Pflege soll auch in der Tagespflege umgesetzt werden. Hierfür die entsprechende Sensibilität in jeder einzelnen Pflegeeinrichtung zu schaffen und aufrechtzuerhalten obliegt den Einrichtungsträgern, dazu kann auch die Schwerpunktsetzung auf besondere Personengruppen gehören.

Maßnahmen
- ▶ Die Verbände der Betreiber von Tagespflegeeinrichtungen werden ihre Mitgliedseinrichtungen dahin gehend beraten,
  - Angebote der Krankenkassen zur Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention zu nutzen,
  - entsprechend den Vereinbarungen in der Nationalen Demenzstrategie den oben genannten Expertenstandard einzuführen und ihre Beschäftigten auf den genannten Niveaus zu qualifizieren sowie ihre Öffnungszeiten zu überprüfen,
  - sofern noch nicht geschehen, die Mittel der Pflegeversicherung zur Förderung der Digitalisierung zu nutzen.
- ▶ Die Stadt wird bestehende Tagespflegen bei der Planung von Quartiersprojekten berücksichtigen und die Unterstützung der Einrichtung neuer Angebote prüfen.

5.2.3 Kurzzeitpflege

Ausgangssituation
In der Kurzzeitpflege werden Personen mit Pflegebedarf vorübergehend in einer Pflegeeinrichtung vollstationär gepflegt. Das Angebot richtet sich an Pflegebedürftige, bei denen die häusliche Pflege zeitweise nicht oder noch nicht sichergestellt ist. Dies kann der Fall sein bei vorübergehender Abwesenheit von Pflegepersonen, vorübergehender Erhöhung des Pflegebedarfs, nach Krankenhausentlassung zur weiteren Rekonvaleszenz und Erreichung eines Zustandes, in dem häusliche Pflege wieder möglich ist. Kurzzeitpflege dient zur Abklärung der weiteren Versorgung oder Vorbereitung der häuslichen Pflege.
Als Leistung der Pflegeversicherung wird die Kurzzeitpflege maximal acht Wochen gewährt. Seit 2015 kann der Anspruch auf Kurzzeitpflege um die nicht verbrauchten Mittel aus dem Verhinderungspflegeanspruch erhöht werden.
Kurzzeitpflege kann in selbstständig wirtschaftenden Kurzzeitpflegeeinrichtungen (solitäre Kurzzeitpflege) mit eigenem Versorgungsvertrag und separater Vergütungsvereinbarung oder auf eingestreuten Plätzen in Pflegeheimen erbracht werden. Bei den eingestreuten Plätzen handelt es sich um die Zwischennutzung vorübergehend nicht belegter vollstationärer Plätze. Die pflegerischen und

therapeutischen Anstrengungen müssen sich, anders als bei einer dauerhaften Aufnahme in ein Pflegeheim, auf eine Entlassung richten.
Die Freie und Hansestadt Hamburg fördert die Investitionskosten der solitären Kurzzeitpflege nutzungsbezogen mit bis zu 18,00 Euro pro belegten Platz.

Bestand
In Hamburg gibt es zwei selbstständig wirtschaftende Einrichtungen mit insgesamt 52 Plätzen (Haus Weinberg im Rauhen Haus, Haus Hortensie im Hospital zum Heiligen Geist). Die Anzahl der eingestreuten Kurzzeitpflegeplätze ist nicht festgelegt. Es besteht grundsätzlich in vollstationären Pflegeeinrichtungen ein flexibles Platzangebot auf eingestreuten Plätzen von bis zu 10 % der Platzkapazität.
Im Bereich der solitären Kurzzeitpflege hat die Platzzahl nicht zugenommen. Die Auslastung schwankt sehr stark zwischen den Monaten und liegt im Jahresdurchschnitt bei rd. 83 %. Rund zwei Drittel der Nutzer und Nutzerinnen kommen aus der eigenen Häuslichkeit. Der Trend hin zu eher kurzfristigen Belegungsanfragen gerade auch von Personen mit geringer Pflegestufe, besonders in Krisensituationen, hält an. Mit einem Anteil von 73 % der Nutzer und Nutzerinnen kehrten 2019 genauso viele Personen in die eigene Häuslichkeit zurück wie im Jahr 2014, 3 % verstarben in der Einrichtung. Die Aufenthaltsdauer lag 2019 durchschnittlich bei 20 gegenüber 22 Tagen im Jahr 2014.

Bedarf und Bedarfsprognose
Die flexiblere Möglichkeit der Inanspruchnahme von Kurzzeitpflege und Verhinderungspflege durch gegenseitige Nutzung der Ansprüche nach dem Ersten Pflegestärkungsgesetz hat zu weiterer Verbesserung für die Nutzenden geführt. Die Zahl der zu Hause lebenden pflegebedürftigen Menschen, und damit die potenziellen Nutzer und Nutzerinnen der Kurzzeitpflege, wird weiter zunehmen.
Dies führt zu verstärkter Nachfrage nach Kurzzeitpflegeangeboten.

Quantitative und qualitative Ziele, Bewertung
Die Kurzzeitpflege ist geeignet, krisenhafte Situationen in der häuslichen Pflege zu überbrücken und damit die häusliche Pflege längerfristig aufrechtzuerhalten. Sie trägt zur Entlastung von pflegenden Angehörigen bei. Insbesondere nach Krankenhausaufenthalten und bei zeitweiser Verschlechterung der Pflegesituation sind besondere, auch rehabilitative Anstrengungen der Einrichtungen nötig, um eine Rückkehr in die Häuslichkeit zu ermöglichen. Hierfür sind solitäre Kurzzeitpflegeeinrichtungen prädestiniert.
Rückmeldungen von Bürgerinnen und Bürgern, aber auch aus den Pflegestützpunkten und Krankenhaussozialdiensten zeigen, dass das Angebot an (solitären) Kurzzeitpflegeplätzen bisher nicht ausreichend ist.
Das Regierungsprogramm für die 22. Legislaturperiode sieht eine weitere spezielle Einrichtung für Kurzzeitpflege vor, im Zusammenwirken mit dem ebenfalls neu zu schaffenden Pflegenottelefon 10 % ihrer 40 Plätze für kurzfristige Notfälle zu reservieren. Darüber hinaus sollen weitere Kurzzeitpflegeplätze geschaffen werden.
Auch die Nationale Demenzstrategie spricht sich für den Ausbau der Kurzzeitpflege insbesondere für Menschen mit Demenz aus (NDS 3.1.3). Folgerichtig sollte in allen Kurzzeitpflegeeinrichtungen entsprechend den Vorschlägen der Nationalen Demenzstrategie der Expertenstandard „Beziehungsgestaltung in der Pflege von Menschen mit Demenz“ eingeführt werden (NDS 3.1.11), sollten Beschäftigte mit einer (geronto-)psychiatrischen, staatlich anerkannten Zusatzqualifikation vorhanden sein (NDS 3.1.12) und alle Beschäftigten eine Basisqualifikation erhalten haben (NDS 3.1.13).
Der Ausbau der solitären Kurzzeitpflege ist sinnvoll, um längerfristig geplante Aufenthalte zu ermöglichen oder gezielt auf eine Rückkehr in die Häuslichkeit vorzubereiten. Die solitäre Kurzzeitpflege hat aber einen Preisnachteil aufgrund des höheren Personalbedarfs und einer geringeren Auslastungsquote gegenüber dem Angebot auf eingestreuten Plätzen. Deshalb wird die Förderung der Investitionskosten aus Landesmitteln beibehalten, um das spezifisch rehabilitative Angebot von solitärer Kurzzeitpflege weiterhin zu erhalten.
Dem fachlich gewünschten Ausbau des Angebotes an solitären Kurzzeitpflegeplätzen zur Absicherung der häuslichen Versorgung stehen die Träger leider weiterhin sehr zurückhaltend gegenüber. Angeführt werden das Auslastungsrisiko und vor allem die Schwierigkeiten, zusätzliches Pflegepersonal zu gewinnen.

Bisher nicht durch Kranken- oder Pflegeversicherungsleistungen abgedeckt ist eine zeitlich befristete Pflegebedürftigkeit insbesondere nach Krankenhausaufenthalt. Diese Lücke sollte mit Einführung des geplanten Krankenhausstrukturgesetzes durch eine neue gesetzliche Grundlage in § 39b SGB V für eine Leistung der Krankenversicherung geschlossen werden. Allerdings können nur Personen mit ausreichend eigenen Mitteln für die nicht von der Pauschale abgedeckten Heimkosten davon profitieren. Eine aufstockende Leistung aus der Hilfe zur Pflege nach SGB XII ist nur möglich, wenn zumindest ein vorübergehender Pflegebedarf entsprechend Pflegegrad 2 vom Sozialhilfeträger festgestellt werden kann.
Kultursensible sowie die geschlechtliche und sexuelle Vielfalt respektierende Pflege soll auch in der Kurzzeitpflege umgesetzt werden. Hierfür die entsprechende Sensibilität in jeder einzelnen Pflegeeinrichtung zu schaffen und aufrechtzuerhalten obliegt den Einrichtungsträgern.

Maßnahmen

- Die Sozialbehörde setzt sich bei potenziellen Betreibern dafür ein, zusätzliche solitäre Kurzzeitpflegeplätze an Krankenhäusern und in Pflegeheimen zu schaffen. Eine Angebotserweiterung von rd. 50 Plätzen erscheint möglich. Fördermöglichkeiten des Krankenhausstrukturfonds nach § 12a KHG zur Umwandlung von akutstationären Versorgungskapazitäten zugunsten solitärer Kurzzeitpflegeeinrichtungen an Krankenhäusern können genutzt werden.
- Die Sozialbehörde wird sich um die Schaffung der oben genannten Notfallplätze bemühen.
- Nach Vorlage der Rahmenempfehlungen für die Kurzzeitpflege nach § 88a i. V. m. § 75 Abs. 6 SGB XI werden die Vereinbarungspartner die entsprechende Umsetzung beraten und vereinbaren, um die Rahmenbedingungen der Kurzzeitpflege weiter zu verbessern.
- Die Verbände der Einrichtungsträger werden sich bei den solitären Kurzzeitpflegeeinrichtungen dafür einsetzen, entsprechend den Vereinbarungen in der Nationalen Demenzstrategie den oben genannten Expertenstandard einzuführen und ihre Beschäftigten auf den genannten Niveaus zu qualifizieren.

5.2.4 Servicewohnen

Ausgangssituation

Servicewohnanlagen werden erstmals in der Rahmenplanung behandelt, weil sie als Wohnform bei Seniorinnen und Senioren beliebt sind und der Anteil hochaltriger und unterstützungsbedürftiger Menschen in den letzten Jahren deutlich gestiegen ist. Mit ihrem Grundangebot unterstützen Servicewohnanlagen das selbstständige Alltagsleben ihrer Bewohnerinnen und Bewohner.
Servicewohnanlagen im Sinne des § 2 (2) HmbWBG sind entgeltlich betriebene Wohnanlagen, die dem Zweck dienen, älteren, behinderten oder auf Betreuung angewiesenen volljährigen Menschen Wohnraum zu überlassen und ausschließlich allgemeine Betreuungsleistungen, wie die Vermittlung von Dienstleistungen, Unterstützung in Krisensituationen sowie Freizeitangebote, vorzuhalten (§ 6 [2] HmbWBG). Das Vorhalten dieser Grundleistungen über eine sog. Betreuungspauschale ist an den Mietvertrag gekoppelt. Weitergehende Betreuungsangebote wie hauswirtschaftliche Versorgung und Pflege können die Mieterinnen und Mieter frei wählen. Ferner müssen Servicewohnanlagen ab 2025 gemäß § 2 WBBauVO der Zielgruppe entsprechend barrierefrei sein. Viele Wohnungen des Servicewohnens sind öffentlich gefördert, sodass für den Bezug ein Wohnberechtigungsschein erforderlich ist. In einer Servicewohnanlage gibt es einen Gemeinschaftsraum, der allen Bewohnerinnen und Bewohnern der Anlage, ggf. aber auch den Bürgerinnen und Bürgern aus dem Quartier offensteht und der Begegnung, dem Austausch und der Freizeitgestaltung dient. Für die Information und Beratung sind in der Servicewohnanlage ein Büro oder Besprechungsraum sowie ein Briefkasten vorzuhalten.
Die Arbeitergemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege Hamburg (AGFW) hat im Jahr 2018 eine Erhebung durchgeführt.[157] An dieser Befragung hatten sich drei Träger der freien Wohlfahrtspflege mit insgesamt 52 Einrichtungen, 6383 Wohnungen und 7150 Mieterinnen und Mietern beteiligt. Das waren zum Zeitpunkt der Befragung ca. 45 % der Einrichtungen des Servicewohnens in Hamburg. In diesen Anlagen lag der Anteil der Bewohnerinnen und Bewohner, die 80 Jahre und älter waren, bei

157 Fuchs, M. K. (2019): Ergebnisse der Befragung Servicewohnen Hamburg 2018. Unveröffentlichte Präsentation, gehalten auf der Fachveranstaltung „Eine Wohnform mit Zukunft: Betreutes Wohnen / Service Wohnen – Fakten, Hintergründe, Perspektiven" in Hamburg am 22.08.2019.

knapp 50 %. Fast 30 % wurden zum Zeitpunkt der Befragung von einem Pflegedienst betreut. Knapp 90 % der befragten Einrichtungen gaben an, dass psychische Erkrankungen und Sucht, Depressionen und Demenzerkrankungen in den letzten Jahren zugenommen hätten. Diese Ergebnisse entsprechen den Erkenntnissen einer bundesweiten Studie des Kuratoriums Deutsche Altershilfe (KDA) und der BFS Service GmbH zum „Betreuten Seniorenwohnen". Auch hier beobachteten die befragten Einrichtungen eine deutliche Veränderung in der Nutzerstruktur: 56,8 % sind 80 Jahre oder älter, 37,2 % sind pflegebedürftig im Sinne der Pflegeversicherung, bei 9,9 % liegt eine Demenzdiagnose vor und der Anteil der Alleinstehenden liegt bei 85 %. Die Hälfte der befragten Einrichtungen (n = 422) bezeichnet das betreute Wohnen/Servicewohnen inzwischen selbst als Alternative zum Pflegeheim.[158]

Bestand
Im Jahr 2021 gab es in Hamburg 184 Servicewohnanlagen mit insgesamt etwa 13 000 Wohnungen. Die Verteilung über die Stadt ist in Tabelle 23 (Abschnitt 6.2) dargestellt. Die größte Anlage verfügt über 490, die kleinste über 6 Wohnungen. Immer mehr Servicewohnungen werden inzwischen eingestreut in größere Wohnanlagen errichtet, in denen auch jüngere Menschen und Familien leben. Im Juni 2021 waren 15 Servicewohnanlagen mit etwa 1600 Wohnungen in Planung. Servicewohnanlagen wurden oft vor mehreren Jahrzehnten errichtet und erfüllen zum Teil noch nicht die Anforderungen an die Barrierefreiheit.

Bedarf, Bedarfsprognose
Servicewohnungen sind sehr nachgefragt, weil sie Selbstbestimmung ermöglichen und gleichzeitig Versorgung organisieren helfen. Die Barrierefreiheit der Wohnung und der Anlage, das Beratungs- und Freizeitangebot sowie die Möglichkeit, bei Bedarf schnell auf zusätzliche Dienstleistungen zurückzugreifen, ist für viele ältere Menschen ein attraktives Wohnmodell. Aufgrund der Fördermöglichkeiten über die Investitions- und Förderbank (IFB) können viele Servicewohnanlagen auch Wohnungen für Menschen mit einer geringeren Rente anbieten. Servicewohnanlagen haben auch den Auftrag, Kontakte in den Stadtteil zu vermitteln (§ 6 [2] HmbWBG). Dieser Auftrag wird unterstützt, indem eine Förderung über die IFB in der Regel nur gewährt wird, wenn der Gemeinschaftsraum auch als Ort der Begegnung mit den Bürgerinnen und Bürgern im Quartier zur Verfügung gestellt wird.
Auch Menschen im hohen Alter und mit ausgeprägter Pflegebedürftigkeit möchten gerne weiterhin in ihrer Servicewohnung verbleiben. Da diese Bevölkerungsgruppe weiter zunehmen wird und auch die Nachfrage nach kleinen, preisgünstigen und barrierefreien Wohnungen steigen wird, ist mit einer weiter steigenden Nachfrage zu rechnen.

Bewertung, quantitative und qualitative Ziele
Die Herausforderung der nächsten Jahre wird es sein, diese Wohnform so weiterzuentwickeln und in das Quartier zu öffnen, dass die Mieterinnen und Mieter auch im Falle eines hohen Pflegebedarfes möglichst auf Dauer in der Wohnanlage bleiben können. Die Einrichtungen des Servicewohnens leisten einen Beitrag zur Vermeidung von Einzügen in vollstationäre Pflegeeinrichtungen. Durch eine Öffnung der Angebote auch für die Bewohnerinnen und Bewohner, die in fußläufiger Nähe zur Servicewohnlage leben, könnte ggf. auch diesen ein Wohnenbleiben im Quartier ermöglicht werden.
Maßnahmen

- Die Verbände der Einrichtungsträger werden sich bei den Betreibern von Servicewohnanlagen dafür einsetzen, die Barrierefreiheit der Anlagen zu prüfen und bei Bedarf Anpassungsmaßnahmen im Rahmen der Wirtschaftlichkeit zu veranlassen.
- Vertreter von Betreibern und Verbänden treten mit der Sozialbehörde in Gespräche darüber ein, wie aufwendige Unterstützungen im Einzelfall organisiert werden können und wie die Öffnung hin zum Quartier bewerkstelligt werden kann.

158 Kremer-Preiß, U.; Klemm, B. (2019): Was tut sich im betreuten Seniorenwohnen? Aktuelle Entwicklungstrends und künftige Herausforderungen. In: Nachrichtendienst des Deutschen Vereins (NDV), 99. Jg., S. 85–88.

5.3 Ambulante Pflege

Ausgangssituation
Ambulante Pflegedienste erbringen pflegerische und hauswirtschaftliche Leistungen auf Basis von SGB V, SGB XI und SGB XII. Häusliche Pflegehilfen nach SGB XI und SGB XII sind körperbezogene Pflegemaßnahmen, pflegerische Betreuungsmaßnahmen sowie Hilfen bei der Haushaltsführung zur Unterstützung bei körperlichen, kognitiven oder psychisch bedingten Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit des Pflegebedürftigen, die im Einzelfall erforderlich sind. Die Dienste finanzieren sich dabei aus Sozialversicherungsmitteln, Zahlungen von Selbstzahlern und (aufstockender) Sozialhilfe.
Im Zuge der Umsetzung der Pflegestärkungsgesetze II und III wurden die Rahmenverträge nach § 75 SGB XI für die pflegerische Versorgung in Hamburg weitgehend neu verhandelt und inhaltlich ergänzt.

Bestand
Ambulante Pflegedienste sind bei 40 % der Pflegebedürftigen in der Häuslichkeit an der Versorgung beteiligt. Gepflegt werden 22 402 Menschen. Derzeit gibt es 394 ambulante Pflegedienste in Hamburg, im Jahr 2009 waren es 345.
Die Anzahl der Gepflegten ist von 2017 bis 2019 um 18,2 % gestiegen, die Personalausstattung um 10,6 %. Damit hat sich die Relation Beschäftigte zu Gepflegten leicht von 1 : 1,7 auf 1 : 1,8 erhöht. Der Anteil der beschäftigten Fachkräfte ist gesunken (s. Tabelle 9 in Abschnitt 4.1.1).
Unter den Pflegebedürftigen gibt es eine größere Zahl von Menschen mit Migrationshintergrund. Etliche Pflegedienste haben sich auf Personen mit unterschiedlichen kulturellen Hintergründen spezialisiert.

	2009	2013	2015	2017	2019	2021
Pflegedienste	345	342	369	392	389	394
Gepflegte Personen	13 801	14 480	15 812	18 950	22 402	k. A.

Tabelle 17: Ambulante Dienste

Quelle: Pflegestatistik Hamburg 2009, 2013, 2015, 2017; 2019 und 2021; Anzahl der Pflegedienste: Sozialbehörde Erhebung (Preisvergleichsliste); (2021 Stichtag 30.06.2021)

Bedarf, Bedarfsprognose
Es gibt aktuell Hinweise darauf, dass der quantitative Bedarf an ambulanter Pflege von den Diensten nicht vollumfänglich gedeckt werden kann. Hintergrund ist auch hier der bestehende Personalmangel. Geht man von einer gleichbleibenden Verteilung der Pflegebedürftigen auf die Angebotsformen aus, steigt die Zahl der Gepflegten auf rd. 23 100 im Jahr 2025 und bis auf rd. 24 000 im Jahr 2035 (vgl. Tabelle 7 in Abschnitt 3.3).

Quantitative und qualitative Ziele, Bewertung
Die Nachfrage nach ambulanter Pflege nimmt stetig zu, gleichzeitig findet die Abdeckung mit relativ weniger Fachkräften statt. Damit steigen die Anforderungen an das Qualitätsmanagement der Dienste.
Es ist davon auszugehen, dass die relativ geringere Zahl an Fachkräften auf den generellen Personalmangel in der Pflege zurückzuführen ist.
Aus der ambulanten Kinderkrankenpflege wird ein Personalmangel berichtet, der dazu führt, dass die Versorgung in einzelnen Fällen nicht in vollem Umfang erbracht werden kann.
Für alle ambulanten Dienste liegt im Ausbau des regionalen Bezuges bis hin zu Quartierskonzepten eine Chance zur Stärkung des Profils. Sie sind notwendige Partner in einem Netzwerk zur Organisation eines zuverlässigen Quartiersangebots.
Die Koordinierungsstelle Hospiz und Palliativarbeit steht als Ansprechpartnerin für ambulante Dienste zu Fragen der palliativen Versorgung, der Vernetzung und des Fortbildungsangebots zur Verfügung.
Menschen mit Demenz werden vielfach ambulant versorgt. Deshalb sollte in allen ambulanten Diensten entsprechend den Vorschlägen der Nationalen Demenzstrategie der Expertenstandard „Beziehungsgestaltung in der Pflege von Menschen mit Demenz“ eingeführt werden (NDS 3.1.11), sollten

Beschäftigte mit einer (geronto-)psychiatrischen, staatlich anerkannten Zusatzqualifikation vorhanden sein (NDS 3.1.12) und alle Beschäftigten eine Basisqualifikation erhalten haben (NDS 3.1.13).
Kultursensible und die geschlechtliche Vielfalt respektierende Pflege soll auch in der ambulanten Pflege umgesetzt werden. Hierfür die entsprechende Sensibilität in jeder einzelnen Pflegeeinrichtung zu schaffen und aufrechtzuerhalten obliegt den Einrichtungsträgern, dazu kann auch die Schwerpunktsetzung auf besondere Personengruppen gehören.
Die Ausrichtung auf Gruppen bestimmter kultureller oder ethnischer Herkunft wird grundsätzlich positiv beurteilt. Der allgemeine Versorgungsauftrag nach SGB XI bleibt davon unberührt.

Maßnahmen

- ▶ Die Verbände der Betreiber werden ihre Mitgliedseinrichtungen dahin gehend beraten,
  - Angebote der Krankenkassen zur Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention zu nutzen,
  - entsprechend den Vereinbarungen in der Nationalen Demenzstrategie den oben genannten Expertenstandard einzuführen und ihre Beschäftigten auf den genannten Niveaus zu qualifizieren,
  - sofern noch nicht geschehen, die Mittel der Pflegeversicherung zur Förderung der Digitalisierung zu nutzen.
- ▶ Die Stadt wird ambulante Dienste bei der Planung von Quartiersprojekten berücksichtigen. Über die Ergebnisse wird bei der Fortschreibung der Rahmenplanung berichtet.

5.4 Kleinräumige Wohn- und Versorgungsformen für Menschen mit Assistenz- und Pflegebedarf

Grundsatzaussagen zu neuen Wohnformen finden sich in Abschnitt 4.3. In diesem Abschnitt werden konkrete Wohnformen und Maßnahmen dargestellt. Kleinräumige Wohn- und Betreuungsformen in stationären Einrichtungen sind im Abschnitt 5.5 beschrieben.
Die Schaffung neuer Wohn- und Versorgungsformen kann über zwei Richtlinien der Sozialbehörde gefördert werden: [159]

- Richtlinie zur Förderung von kleinräumigen, quartiersorientierten Wohn- und Versorgungsformen
- Richtlinie zur Förderung von quartiersorientierten Wohnformen und Nachbarschaftspflege – Wohnen bleiben im Quartier

Die Förderung dieser Wohnformen bleibt notwendig. Die Verteilung der Wohnformen über die Stadt ist in Tabelle 23 (Abschnitt 6.2) dargestellt.

5.4.1 Wohn-Pflege-Gemeinschaften

Vor etwa 20 Jahren wurden in Hamburg die ersten Wohn-Pflege-Gemeinschaften für Menschen mit Demenz auf den Weg gebracht. Inzwischen hat sich diese Wohnform gut etabliert und ist den Bürgerinnen und Bürgern bekannt. In der Rahmenplanung bis 2020 wurde das Konzept der selbst organisierten sowie der trägergestützten Wohn-Pflege-Gemeinschaften ausführlich dargestellt.[160] In der aktuellen Rahmenplanung wird der Fokus auf die Öffnung dieser Wohnform auch für andere Zielgruppen gelegt sowie die Weiterentwicklung kleinräumiger Wohn-Pflege-Formen in neuen Formaten dargestellt.
In einer selbst organisierten Wohn-Pflege-Gemeinschaft leben bis zu zehn Menschen mit Pflegebedarf als Mieterinnen und Mieter in einer großen Wohnung zusammen und engagieren zum Zweck der gemeinschaftlichen Versorgung einen Dienstleister, der eine Rund-um-die-Uhr-Betreuung sicherstellt. Die Mieterinnen und Mieter werden in der Regel durch Angehörige, gesetzliche Betreuende oder bevollmächtigte freiwillige Personen vertreten. Für die Kostenübernahme gelten die Regelungen in der ambulanten Pflege.

159 Link: Förderung von kleinräumigen, quartiersorientierten Wohn- und Versorgungsformen - hamburg.de (Abruf am 21.09.2021)
160 Rahmenplanung der pflegerischen Versorgungsstruktur bis 2020 (2015), S. 41 ff.

In Wohn-Pflege-Gemeinschaften in Verantwortung eines Betreibers leben bis zu zwölf Menschen. Die Gesamtverantwortung für die Wohngemeinschaft hat der Betreiber. Die Bewohnerinnen und Bewohner oder deren Vertreterinnen und Vertreter wirken bei Angelegenheiten von bewohnerübergreifendem Interesse in der Regel durch einen Wohnbeirat sowie durch einen Angehörigenbeirat mit.
Über die Pflegeversicherung können die Gründung und der Betrieb einer Wohn-Pflege-Gemeinschaft finanziell gefördert werden.

Bestand
Im Juli 2021 gab es in Hamburg verteilt auf alle Bezirke 52 Wohn-Pflege-Gemeinschaften in 36 Wohn-Pflege-Projekten mit ambulanter Betreuung, 40 davon in Selbstorganisation, 12 trägerorganisiert als ambulante Wohneinrichtungen. Zwei Drittel aller Angebote richten sich an Menschen mit Demenz.

	2015	2021
Anzahl der selbst organisierten WGs	22	40
Anzahl der Mieterinnen und Mieter	193	299
Anzahl der ambulant organisierten WGs in Trägerverantwortung	11	12
Anzahl der Mieterinnen und Mieter	84	119

Tabelle 18: Wohn-Pflege-Gemeinschaften für hilfe- und pflegebedürftige Menschen

Quelle: Sozialbehörde

Im Juli 2022 waren 11 weitere Wohn-Pflege-Projekte für etwa 110 Menschen in Planung.
Das Konzept der Wohn-Pflege-Gemeinschaften wurde in den letzten Jahren kontinuierlich weiterentwickelt und an die besonderen Bedarfe verschiedener Zielgruppen angepasst. Inzwischen haben sich in Hamburg auch Wohn-Pflege-Gemeinschaften für pflegebedürftige Menschen ohne kognitive Einschränkungen etabliert sowie eine erste WG für Menschen, die bereits vor dem 65. Lebensjahr an einer Demenz erkrankt sind. Seit 2020 gibt es in St. Georg erstmals eine selbst organisierte Wohn-Pflege-Gemeinschaft für Menschen mit Pflege- und Assistenzbedarf ohne An- oder Zugehörigen. Alle Bewohnerinnen und Bewohner haben rechtliche Betreuerinnen und Betreuer, aber um die organisatorischen Belange kümmert sich ein professioneller WG-Verwalter. Die Bewohnerinnen und Bewohner haben außerdem bürgerschaftlich engagierte Wohn-Patinnen oder -Paten, die sie im Alltag begleiten.[161]
Zentrale Ansprechpartnerin für die Begleitung und Weiterentwicklung kleinräumiger Wohn-Pflege-Formen ist seit 2006 die Hamburger Koordinationsstelle für Wohn-Pflege-Gemeinschaften bei der STATTBAU HAMBURG GmbH (siehe Abschnitt 5.1.3.1). Seit 2015 führt die STATTBAU in Kooperation mit der Alzheimer Gesellschaft Hamburg e. V. eine Fachstelle für Bürgerschaftliches Engagement in Wohn- und Versorgungsformen (BIQ). Ziel ist die Förderung von Selbstbestimmung, Teilhabe und Mitwirkung in allen Wohn-Pflege-Formen durch bürgerschaftliches Engagement.[162]
Dies wird durch Gewinnung, Schulung, Vermittlung und Begleitung von Ombudspersonen in stationären Wohnpflegeeinrichtungen, WG-Begleiterinnen und -Begleiter sowie Wohn-Patinnen und -Paten umgesetzt.
Beide Projekte werden von der Sozialbehörde gefördert.

Bedarf
Aufgrund des demografischen Wandels sowie einer Generation alter Menschen, die ihr Leben auch bei Pflegebedarf individuell gestalten will, wird der Bedarf an neuen Wohn-Pflege-Formen in den nächsten Jahren weiter steigen. Dieser Bedarf wird auch von Investoren gesehen und bei städtebaulichen Neubauvorhaben berücksichtigt. Wohn-Pflege-Gemeinschaften sind auch eine besonders geeignete Wohnform für kultur- oder genderspezifische Angebote.

161 SUN Wohn-Pflege-Gemeinschaften: selbstbestimmt – unterstützt – nachbarschaftlich, URL: https://www.sun-wpg.de/ (Abruf am 02.07.2021).
162 Das Projekt ist ein Beitrag zur „Demokratisierung der Sorgeleistungen" i. S. v.: Kremer-Preiß, U. (2021): Wohnen 6.0 – mehr Demokratie in der (institutionellen) Langzeitpflege. In: KDA-Schriftenreihe „Pflegepolitik gesellschaftspolitisch radikal neu denken". Kuratorium Deutsche Altershilfe e. V., Berlin.

Bewertung
Aufgrund leistungsrechtlicher Vorgaben im SGB XI ist eine Rund-um-die-Uhr-Versorgung in ambulanten WGs finanziell bisher nach wie vor nicht ausreichend gesichert, aber im Bereich der Versorgung von Menschen mit Demenz strukturell notwendig. Nachdem die SGB-XI-Reform im Jahr 2021 die neuen Wohnformen nicht zum Gegenstand genommen hat, bleibt dieser Punkt weiterhin der Zusammensetzung der Pflegegradstruktur und den individuellen Bedarfen und finanziellen Möglichkeiten der in einer ambulanten WG lebenden Pflegebedürftigen überlassen. Die ab 1. Januar 2022 geltenden gestaffelten Zuschläge der Pflegeversicherung nach Dauer des Leistungsbezugs für die stationäre Langzeitpflege fördert die strukturelle Ungleichheit dieser Wohnformen zusätzlich.
In selbst organisierten Wohn-Pflege-Gemeinschaften wurden in den letzten Jahren Herausforderungen im Alltag deutlich, die ihre Ursache meist in strukturellen Rahmenbedingungen haben. Geteilte Verantwortung macht Aushandlungsprozesse erforderlich. Dies kann zu Konfliktlagen führen, die innerhalb der Angehörigengruppe bzw. zwischen Angehörigengruppe und Pflegedienst entstehen und die weitere Zusammenarbeit gefährden. Hierfür wurden in den letzten Jahren über das Projekt BIQ (Bürgerengagement für Wohn-Pflege-Formen im Quartier) Möglichkeiten geschaffen, externe Moderation zu beauftragen. Kündigt ein Pflegedienst dennoch die Versorgung der Mieter:innen, können kurze Kündigungsfristen der Pflegedienste zu prekären Versorgungssituationen in den Wohn-Pflege-Gemeinschaften führen. Außerdem werden zukünftig vermehrt geeignete Zwischenvermieter-Strukturen notwendig werden, weil Investoren den Aufwand von Einzelmietverträgen scheuen und Pflegedienste dadurch die Rolle des Generalmieters übernehmen müssen. Insbesondere bei einem Dienstleisterwechsel kann dies zu erheblichen Problemen führen.

Maßnahmen
- ▶ Die Sozialbehörde setzt sich auf Bundesebene für eine geänderte Finanzierung von Wohn-Pflege-Gemeinschaften im Rahmen der Pflegeversicherung ein.
- ▶ Die Sozialbehörde prüft Möglichkeiten, die Entwicklung geeigneter Zwischenvermieter-Strukturen zu unterstützen und auf tragfähige Nachfolgeregelungen bei einem Pflegedienstwechsel hinzuwirken.

5.4.2 Hausgemeinschaften für (hilfe- und pflegebedürftige) Menschen

Eine Haus-Pflege-Gemeinschaft dient dem Zweck, Menschen mit Pflege- und Assistenzbedarf möglichst auf Dauer den Verbleib in der eigenen Wohnung zu ermöglichen. Dazu schließt sich eine Gruppe von in der Regel zwölf Personen, die innerhalb eines Hauses oder einer Wohnanlage jeweils über eigene Wohnungen verfügen, zum Zwecke der gegenseitigen Unterstützung und der gemeinsamen Betreuung durch einen Dienstleister zusammen (Auftraggeber-Gemeinschaft). Ein Gemeinschaftsraum mit Küche in der Nähe der Wohnungen dient als erweitertes Wohnzimmer bzw. als Wohnküche. In der Regel ist in einer Haus-Pflege-Gemeinschaft keine Rund-um-die-Uhr-Betreuung vorgesehen. Bei konkretem Bedarf sind nachts individuelle, punktuelle Einsätze des Pflegedienstes möglich. Für Menschen mit kognitiven Einschränkungen ist diese Wohnform in der Regel eher nicht geeignet. Es ist förderlich, wenn in dem Haus auch jüngere Menschen und Familien wohnen, um nachbarschaftliche Unterstützung und generationenübergreifendes Zusammenleben zu ermöglichen. Andere ältere Menschen im Haus könnten von der Anwesenheit des Pflegedienstes im Haus profitieren.
Mit Stand 30. August 2022 sind zwei Haus-Pflege-Gemeinschaften in der konkreten Planung (Eimsbüttel, Hamburg-Nord). Weitere sind über Konzeptausschreibungen und in städtebaulichen Bedarfsplanungen mit angeregt.
Bereits im Jahr 2020 wurde die u. a. von der Sozialbehörde geförderte Hausgemeinschaft „Festland" von Hamburg Leuchtfeuer für junge Menschen mit und ohne chronische Erkrankungen eröffnet.[163]

163 Vgl. Hamburg Leuchtfeuer. URL: https://www.hamburg-leuchtfeuer.de/festland/das-wohnprojekt/ (Abruf am 18.08.2022).

5.4.3 Pflegewohnung auf Zeit

Eine Pflegewohnung auf Zeit dient dem Zweck, Bewohnerinnen und Bewohnern in prekären Wohn- und Lebenssituationen, z. B. nach einem Unfall oder bei Eintritt von Pflegebedürftigkeit, vorübergehend den Aufenthalt in einer barrierefreien Wohnung und den Verbleib in vertrauter Umgebung zu ermöglichen. Vorzugsweise steht die Wohnung Menschen aus dem betreffenden Quartier zur Verfügung und ist vorrangig kranken, pflegebedürftigen und behinderten Menschen zu überlassen. Gründe für die Nutzung können z. B. ein plötzlich beginnender Pflegebedarf oder ein erfolgter Krankenhausaufenthalt sein, die die Versorgung in der eigenen Wohnung vorübergehend unmöglich machen (z. B. wegen fehlender Barrierefreiheit). Die Pflegewohnung kann in diesen Fällen aber auch eine Zwischenlösung sein, bis eine neue, adäquate Versorgungsform gefunden ist. Und schließlich kann sie zum Zweck der Verhinderungspflege genutzt werden, wenn z. B. pflegende Angehörige vorübergehend eine Auszeit benötigen.
Der Eigentümer vermietet die Wohnung in der Regel an einen freien Träger, eine Stiftung oder einen Dienstleister. Dieser vergibt einen zeitlich befristeten Nutzungsvertrag an die jeweiligen Nutzerinnen und Nutzer. Ein ambulanter Pflegedienst (aus dem Quartier) übernimmt die Versorgung der Nutzerin bzw. des Nutzers in der Pflegewohnung. Zwar kann eine Pflegewohnung auf Zeit keine Rund-um-die-Uhr-Betreuung ermöglichen, durch eine sinnvolle Einbettung in ein Quartierskonzept mit weiteren Angeboten ist eine umfassende Pflege und Betreuung aber durchaus möglich.
Eine Herausforderung stellt für potenzielle Nutzer:innen ggf. die doppelte Miete dar, die anfällt, wenn während des Aufenthalts in der Pflegewohnung auf Zeit auch weiterhin Miete für die eigene Wohnung gezahlt werden muss. Unter bestimmten Voraussetzungen (z. B. Verhinderungspflege, eigene Wohnung vorübergehend nicht nutzbar) übernimmt der Sozialhilfeträger für Menschen mit SGB-XII-Bedarf das Nutzungsentgelt bis zu einer festgelegten Höhe. Mit Stand 30. August 2022 gibt es in Hamburg fünf Pflegewohnungen auf Zeit. Zwei weitere sind 2022 in Planung (in Altona und Mitte).
Da dieses Versorgungsangebot in der Stadt noch neu ist, benötigt es in der Anfangsphase in der Regel eine intensive Bewerbung. Sobald den Bürgerinnen und Bürgern sowie Vermittelnden wie Pflegestützpunkten, Krankenhäusern und ambulanten Diensten das Angebot im Quartier ausreichend bekannt ist, werden die Pflegewohnungen auf Zeit aber gut genutzt. Die Koordinationsstelle für Wohn-Pflege-Gemeinschaften informiert auf ihrer Homepage über das Angebot. Schaffung und Erstausstattung von Pflegewohnungen auf Zeit können über die Förderrichtlinie „Kleinräumige quartiersorientierte Wohn- und Versorgungsformen“ gefördert werden.

5.4.4 Wohnen bleiben im Quartier

Von der SAGA wurde in Anlehnung an das sog. Bielefelder Modell der Ansatz „LeNa – Lebendige Nachbarschaft©“ entwickelt.[164] Zu einer LeNa gehören zwischen 40 und 80 barrierefreie Wohneinheiten für ältere Bewohnerinnen und Bewohner, ein barrierearmes Wohnumfeld, ein barrierefrei zugänglicher Gemeinschaftsraum als Quartierstreffpunkt, ein Nachbarschaftsbüro zur Anbahnung ehrenamtlichen Engagements und zur Vermittlung gegenseitiger nachbarschaftlicher Hilfen sowie eine Quartierskoordination. Außerdem gibt es ein Quartiersbüro, von dem aus im Idealfall ein Pflegedienst eine 24-Stunden-Präsenz für die Bewohnerinnen und Bewohner des Einzugsbereichs sicherstellt. Voraussetzung dafür ist ein Vorschlagsrecht des Pflegedienstes für die Belegung von mindestens zehn Wohnungen, denn die Versorgung von mindestens zehn Personen mit erhöhtem Pflegebedarf ermöglicht i. d. R. finanziell die grundsätzliche Anwesenheit des Pflegedienstes im Quartier. Es kann mit einer Pflegewohnung auf Zeit kombiniert werden.
Mittlerweile setzt die SAGA das Konzept in Barmbek-Nord/Rungestieg, Horn/Vierbergen und Steilshoop/Fehlinghöhe um. Vier weitere LeNa-Projekte sind in Osdorf/Kroonhorst, in Hamm/Osterbrookhöfe, in Horn/Kroogblöcke und in Mümmelmannsberg geplant. Das Projekt „LeNa – Lebendige Nachbarschaft“ der SAGA soll in mindestens 20 weiteren Quartieren in Hamburg umgesetzt werden.[165]

164 Vgl. Institut für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld (2020): Empfehlungen zum Aufbau quartiersorientierter Hilfe- und Versorgungsstrukturen nach dem Bielefelder Modell. Eine Handreichung für Kommunen, Wohnungsunternehmen, ambulante Dienste und andere Interessierte. URL: https://bielefelder-modell.de/wp-content/uploads/sites/8/2020/05/bielefelder-modell-handreichung.pdf (20.12.2021)
165 Koalitionsvertrag über die Zusammenarbeit in der 22. Legislaturperiode der Hamburgischen Bürgerschaft (2020), S. 29.

Neben der SAGA können auch Wohnungsbaugenossenschaften und andere Vermieter dabei unterstützt werden, vergleichbare Modelle umzusetzen: In den drei Neubauquartieren in Wilhelmsburg-West, die von der IBA Hamburg GmbH entwickelt werden, sind u. a. zwei Projekte in Anlehnung an das Bielefelder Modell vorgesehen.
„Mit dem Programm ‚Wohnen bleiben im Quartier' wird die Entstehung von neuen Wohnformen gefördert, die lebenslanges Wohnen in lebendigen Nachbarschaften auch bei Pflegebedürftigkeit ermöglichen."[166, 167]

5.5 Vollstationäre Pflege

Vollstationäre Pflegeeinrichtungen erbringen Pflege-, Betreuungs- und Behandlungspflegeleistungen (allgemeine Pflegeleistungen) sowie Leistungen für Unterkunft und Verpflegung zur Unterstützung bei körperlichen, kognitiven oder psychisch bedingten Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit des Pflegebedürftigen, die im Einzelfall erforderlich sind. Darüber hinaus werden dauerhaft Wohn- und Gemeinschaftsräume für die Pflegebedürftigen bereitgestellt.

5.5.1 SARS-CoV-2 in der vollstationären Pflege

Die SARS-CoV-2-Pandemie hat die gesamte pflegerische Versorgung belastet und in Mitleidenschaft gezogen. Besonders gravierend waren die Auswirkungen aber in der vollstationären Pflege. Hier leben viele hochvulnerable Menschen auf relativ engem Raum zusammen und interagieren miteinander. Die Pflegeeinrichtungen entwickelten sich zu Brennpunkten der Pandemie. In der ersten Welle starben bis zu 25 % der infizierten Bewohnerinnen und Bewohner. Ein Großteil der mit oder an Covid-19 Verstorbenen lebte zuletzt in Pflegeeinrichtungen. Nach Einführung der Schutzimpfungen ist die Mortalität deutlich gesunken.
Alle Beteiligten zeigten sich trotz grundsätzlich vorhandener Pandemiepläne unvorbereitet. Es mangelte insbesondere an Schutzausrüstung sowie an hygienischen Kenntnissen und Standardverfahren. Die Unwissenheit über die Verbreitungswege und Eigenschaften des Virus führte zu strikten Abschottungsmaßnahmen der Einrichtungen nach außen und innen. Dies hatte wiederum starke psychische Belastungen für alle Beteiligten zur Folge.
Erst im weiteren Verlauf der Pandemie entwickelte sich mit Verbesserung der Versorgungslage mit Schutzausrüstung, der Einführung von Schnelltests und des Impfens eine Routine. Eine spezielle Hygieneprüfung in Einrichtungen durch das Institut für Hygiene und Umwelt zeigte auch im Frühjahr 2021 noch einmal, dass die Prävention von Infektionen und die Vorbereitung auf Ausbrüche in den Einrichtungen unterschiedlich ausgeprägt sind. Sie ist im Wesentlich davon abhängig, ob es verantwortliche Personen mit einschlägiger Fortbildung gibt und die Beschäftigten in Hygienefragen geschult und geübt sind. Entsprechende Maßnahmen sollen ergriffen werden.
Die seit 2020 bestehenden Auswirkungen der Coronapandemie wurden zwar finanziell durch die Ausgleichsregelungen des § 150 SGB XI von der Pflegeversicherung abgemildert, gleichwohl binden die zusätzlichen Maßnahmen erweiterter Hygienekonzepte und Testungsverpflichtungen die Personalressourcen der Pflegeeinrichtungen, sodass konzeptionelle Weiterentwicklungen davon beeinträchtigt werden können. Inzwischen hat es nach den Erfahrungen der Pandemie neue Regelsetzungen gegeben. In § 23 Infektionsschutzgesetz (IfSG) wird eine Kommission für Infektionsprävention in medizinischen Einrichtungen und in Einrichtungen und Unternehmen der Pflege und Eingliederungshilfe eingeführt. § 35 regelt u. a. die infektionshygienische Überwachung neu. Die Landesregierungen werden beauftragt, Rechtsverordnungen zu hygienischen Mindestanforderungen an Personal, Bau, Ausstattung und Betrieb der Einrichtungen zu erlassen.

166 Koalitionsvertrag über die Zusammenarbeit in der 22. Legislaturperiode der Hamburgischen Bürgerschaft (2020), S. 171.
167 Richtlinie der Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz (BGV) zur Förderung von quartiersorientierten Wohnformen und Nachbarschaftspflege – Wohnen bleiben im Quartier (2019–2023).

5.5.2 Bestand und Entwicklung

Nach einem stetigen Anstieg von 2006 bis 2012 pendelte sich die Anzahl der vollstationären Pflegeheime auf einem Niveau von ca. 150 Einrichtungen ein (2010 gab es 149 vollstationäre Wohneinrichtungen für Pflegebedürftige, zwischenzeitlich stieg die Zahl auf 154, zum Stichtag 30. Juni 2021 waren es wieder 149 Einrichtungen[168]).

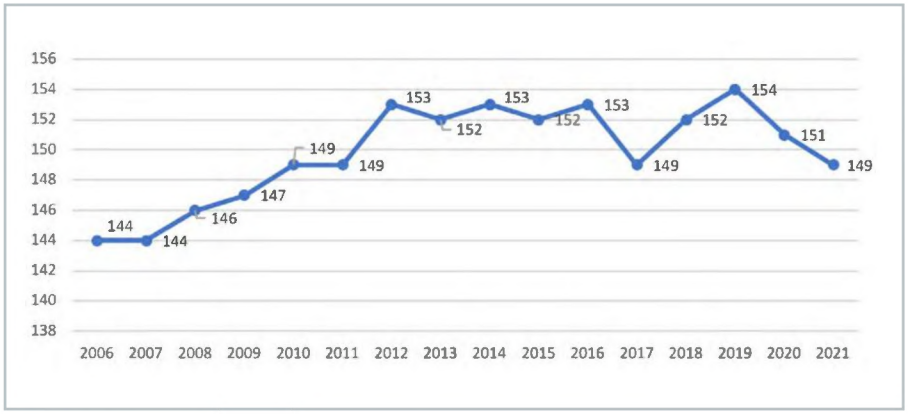


Abbildung 8: Entwicklung der Anzahl vollstationärer Pflegeheime in Hamburg

Quelle: Pflegestatistik Hamburg 2019

Die Entwicklung der Platzzahlen der letzten 15 Jahre zeigt sich ähnlich. Aktuell (Stand 30. Juni 2021) sind 17 178 Plätze vorhanden. Die Verteilung über die Stadt ist in Tabelle 23 (Abschnitt 6.2) dargestellt. Derzeit ist ein abnehmender Trend zu beobachten.

Jedoch ist die laut Versorgungsverträgen vorhandene Platzzahl nicht deckungsgleich mit den tatsächlich zur Verfügung stehenden Plätzen. Temporäre Umbauten und vor allem fehlendes Pflegepersonal führen immer wieder dazu, dass nicht alle eigentlich zur Verfügung stehenden Plätze belegt werden können.

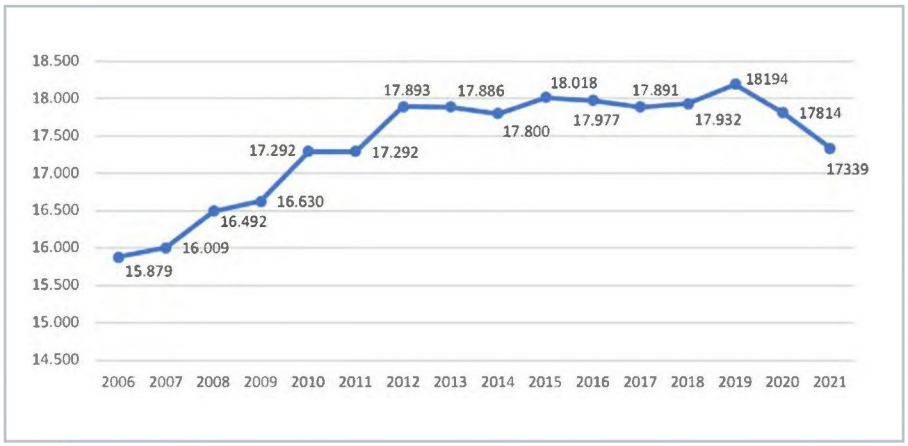


Abbildung 9: Entwicklung der Plätze in vollstationärer Pflege in Hamburg

Quelle: Sozialbehörde

168 Daten der Sozialbehörde.

Auf Basis einer Trägerabfrage mit Angaben zu rd. 25 % aller Bewohnerinnen und Bewohner in vollstationären Pflegeeinrichtungen konnte die Verweildauer zum Stichtag 1. Juli 2021 ermittelt werden:

Tabelle 19: Verweildauer in der vollstationären Pflege

Aufenthaltsdauer in der Einrichtung	Anteil an der Bewohnerschaft
bis einschließlich 12 Monate	14 %
mehr als 12 bis 24 Monate	17 %
mehr als 14 bis 36 Monate	15 %
mehr als 36 Monate	54 %

Quelle: Erhebung der Sozialbehörde

Damit wird bestätigt, dass die vollstationäre Pflegeeinrichtung für viele Menschen über lange Zeit ihr Wohn- und Lebensort ist.
Der Anteil der Plätze in Einzelzimmern hat sich wie in den vorhergehenden Jahren weiter erhöht. Er lag 2017 bei 77 % und ist bis 2019 auf 79 % gestiegen.
Auch nach dem Übertritt des Pflegebedürftigen in eine Wohneinrichtung halten viele pflegende Angehörige weiter engen Kontakt. Pflegende Angehörige sind damit ein fester Bestandteil in den täglichen Abläufen von Wohneinrichtungen. Die emotionale Verbindung der pflegenden Angehörigen äußert sich dabei nicht nur in dem Wunsch des weiteren Erlebens von Nähe, sondern auch der Sorge um den pflegebedürftigen Angehörigen in der Zeit ihrer Abwesenheit. Die unterschiedliche emotionale Bindung zu den Pflegebedürftigen und Rollen von Angehörigen und Mitarbeitenden in der Wohneinrichtung können zu belastenden Konfliktlagen führen. Entsprechend systematisch sollte das Thema in den Einrichtungen behandelt werden.[169] Die Wahrnehmung der Einrichtung durch Angehörige wird im Jahr 2023 wieder durch die Heimbefragung der Sozialbehörde erhoben.
Angaben zur Bewohnerschaft finden sich in Abschnitt 3.2, zur Personalausstattung in Abschnitt 4.1.1.

Wohngruppen
Wohngruppen in vollstationären Pflegeeinrichtungen umfassen in einem abgegrenzten Bereich maximal zwölf Einzelzimmer, eine gemeinsam genutzte Wohnküche und werden von einem festen Betreuungsteam betreut. Dadurch werden geeignete Rahmenbedingungen geschaffen, um den individuellen Bedürfnissen und Gewohnheiten dieser Bewohner und Bewohnerinnen besser Rechnung zu tragen. Es gibt 32 Wohngruppen für 364 pflegebedürftige Menschen, die in elf stationären Pflegeeinrichtungen integriert sind. Die Entwicklung stagniert in den letzten Jahren, da erst die mit den Pflegestärkungsgesetzen einhergehenden Anpassungsnotwendigkeiten und dann die Auswirkungen der SARS-CoV-2-Pandemie den Pflegeeinrichtungen nur noch bedingt freie Ressourcen lassen, um eine Wohngruppenversorgung einzuführen.

Menschen mit Demenz
Seit 1999 gibt es in Hamburg die Besondere stationäre Dementenbetreuung (BestDem), seit 2017 umbenannt in „Vereinbarung über die besondere stationäre Betreuung von Menschen mit Demenz und herausfordernden Verhaltensweisen in Hamburg“ (BestBMmD). Damit wird die Forderung aus der Nationalen Demenzstrategie (3.2.5) nach einer Rahmenvereinbarung zur pflegerischen Versorgung von Menschen mit Demenz in Hamburg bereits seit Langem erfüllt. Das Programm richtet sich an Pflegebedürftige mit mittelschweren bis schwersten demenziellen Erkrankungen, die wegen starker herausfordernder Verhaltensweisen im stationären Regelangebot nicht adäquat versorgt werden können. Ziel ist eine der Erkrankung angemessene Betreuung und Pflege, die den Stress (Ängste, Aggressionen und Gefühle des Verlassenseins) für die Pflegebedürftigen mindert und sich an deren Bedürfnissen orientiert. Die besondere stationäre Betreuung hat einen Umfang von 698 Plätzen in 25 Einrichtungen (Stand 30. Juni 2021).[170]

169 Siehe z. B. Messer, B. (2017): In anderen Schuhen. In: Altenheim 9, 56. Jg., S. 16 ff.
170 URL: einrichtungsliste-betreuung-demenz.pdf (hamburg.de) (Abruf 13.12.2022)

Menschen im Wachkoma
Bei Menschen im Wachkoma sind infolge einer schweren Schädel-Hirn-Verletzung oder eines Sauerstoffmangels die Großhirnfunktionen teilweise oder komplett ausgefallen. Die medizinische und pflegerische Versorgung von Menschen mit einem schweren Schädel-Hirn-Trauma einschließlich von Wachkomapatienten erfolgt nach einem Phasenmodell, das sich in die Phasen A bis G unterteilt. Wenn bei einem Menschen trotz aller medizinischen und rehabilitativen Bemühungen in der Akutbehandlung und in den nachfolgenden Behandlungsphasen schwerste Schädigungen und Mehrfachbehinderungen bestehen bleiben, befindet sich der Patient in der Phase F und ist vollständig auf Pflege angewiesen.
Diese Versorgung in der Phase F bieten in Hamburg drei Pflegeeinrichtungen auf 106 Plätzen an und haben dafür auch spezielle Pflegesätze vereinbart.[171] Seit Oktober 2020 übernehmen die Krankenkassen das gesamte Heimentgelt (vgl. Abschnitt 2.5).

Menschen mit Migrationshintergrund
In den letzten Jahren gab es zwei Wohnbereiche in vollstationären Einrichtungen, die eine spezielle sprachliche und kulturelle Ausrichtung hatten. Beide sind inzwischen geschlossen. Eine der beiden Einrichtungen wird neu errichtet, die andere Einrichtung wurde von einem neuen Träger übernommen und damit veränderte sich das Einrichtungskonzept.

5.5.3 Angebotsprognose, Bedarf, Bedarfsprognosen

Aktuell ist der Bedarf an Plätzen in vollstationären Pflegeeinrichtungen gedeckt. Das zeigt der Vergleich der vorhandenen Platzzahl mit der der benötigten Plätze (Tabelle 20) und die aktuelle Auslastung, die bei ca. 90 % liegt.[172]

Angebotsprognose
Vollstationäre Pflegeeinrichtungen sind ein notwendiger Bestandteil der pflegerischen Versorgungsstruktur. Die Entwicklung des Angebots an Plätzen in der vollstationären Pflege ist von Investitionsentscheidungen der Träger abhängig.
Die Platzzahl wird aufgrund der bekannten Planungen bis Ende 2021 voraussichtlich auf 17 046 Plätze sinken. Im Juni 2021 lagen Informationen über Neu- oder Umbauplanungen für 17 Einrichtungen vor, die im Jahr 2025 eine Gesamtkapazität von knapp unter 17 000 Plätzen für Hamburg erwarten lassen.

Bedarfsprognose vollstationäre Pflegeplätze
Der Einzug in eine vollstationäre Pflegeeinrichtung erfolgt meist dann, wenn pflegebedürftige Menschen und deren Angehörige keine anderen Möglichkeiten der Versorgung mehr sehen. Entgegen anderen plausiblen Prognosen (z. B. Sinken des familiären Pflegepotenzials) war der Anteil der stationär Gepflegten in Hamburg seit Einführung der Pflegeversicherung bis zum Jahr 2013 annähernd konstant bei rd. 31 %. Seit 2015 sinkt der Anteil der Pflegebedürftigen in der stationären Pflege. Auch wenn dies z. T. auf Änderungen der Definition der Pflegebedürftigkeit zurückgeht, ist keine Nachfragesteigerung zu beobachten, die Anzahl der vollstationär Gepflegten stagniert (s. Abbildung 5 in Abschnitt 3.2).
Damit scheint sich die Annahme zu bestätigen, dass der Ausbau der Tagespflege und neuer Wohnformen die Nachfrage nach stationären Pflegeplätzen dämpft.
Eine Bedarfsrechnung bei einem konstanten Anteil von 20 % der Pflegebedürftigen in vollstationärer Pflege ergibt folgendes Bild (Tabelle 20). Einzelheiten der Bedarfsprognose sind im Anhang in Abschnitt 6.5 dargestellt.

171 URL: pflegeheime-wachkoma.pdf (hamburg.de) Abruf (13.12.2022)
172 Erhebung der Sozialbehörde im Juni 2021.

	2019	2025	2030	2035
Pflegebedürftige in vollstationärer Dauerpflege	15 709	16 180	16 442	16 799
Platzbedarf	16 364	16 855	17 127	17 499

Quelle: Pflegestatistik Hamburg 2019, eigene Berechnungen

Tabelle 20: Prognose Bedarf an vollstationären Pflegeplätzen[173]

Diese Prognose berücksichtigt nicht, dass geplant ist, andere Angebote wie Wohngruppen und Quartiersprojekte zu entwickeln, die Pflegeheimplätze im Einzelfall ersetzen können. Dann könnte sich auch das Nutzungsverhalten und damit der Bedarf hin zu mehr Verbleib im eigenen Wohnraum bzw. alternativen Wohnformen verschieben und damit der Anteil der Pflegebedürftigen in vollstationärer Pflege sinken. Diese Entwicklung ist zunächst zu beobachten.

Personalbedarf
In Abschnitt 4.1 sind die Rahmenbedingungen aufgeführt:
- Es gibt ein erhebliches Problem bei der Wiederbesetzung offener Stellen und damit einen ständig knappen Personalbestand, welcher sich auf die Quantität der angebotenen Plätze auswirkt.
- Die Belegschaft hat ein hohes Durchschnittsalter und viele Beschäftigte werden in den nächsten Jahren aus dem Arbeitsleben ausscheiden.
- In Hamburg könnten bis zu 400 Hilfskräfte eingestellt werden, die zu Assistenzkräften weiterqualifiziert werden müssen.

5.5.4 Quantitative und qualitative Ziele, Bewertung

Pflegeplätze
Der Vergleich der Bedarfs- und der Angebotsprognose zeigt, dass bis 2025 die dann vorhandenen Kapazitäten den Bedarf voraussichtlich decken werden. Allerdings kann der deutliche Personalmangel dazu führen, dass nicht all diese zur Verfügung stehenden Plätze auch tatsächlich belegt werden können. Dies zeigt sich auch an Schwierigkeiten, im Anschluss an eine Krankenhausbehandlung einen stationären Langzeitpflegeplatz zu bekommen.

Bauliche Gestaltung und technische Ausrüstung
Bei kleinräumiger Binnenstrukturierung der Einrichtungen in Form von Wohngruppen kann besser auf die individuellen Wünsche, Vorlieben und Gewohnheiten der Bewohner und Bewohnerinnen eingegangen werden und kontinuierlichere Kontakte zwischen Personal und Bewohnern und Bewohnerinnen sind möglich. Das Wohngruppenkonzept verbindet architektonische mit pflegerischen Aspekten. Daher kann seine Umsetzung am besten bei Neubauten oder bei weitgehenden Sanierungen stattfinden. Wohngruppen erfüllen in idealer Weise die Anforderungen von § 5 Abs. 1 der Wohn- und Betreuungsbauverordnung. Trotzdem ist bei Neubauten in den letzten Jahren kaum eine entsprechende Gestaltung erfolgt. Zuweilen wird von Betreiberseite eine unzureichende Finanzierung des Personalaufwandes vorgetragen. Möglicherweise bieten hier die neuen Möglichkeiten einer Refinanzierung von Assistenzkräften eine Lösung.
Bis 2025 müssen vollstationäre Pflegeeinrichtungen gemäß § 2 WBBauVO der Zielgruppe entsprechend barrierefrei sein. Nur ein Teil der Einrichtungen hat die Übergangszeit seit 2012 genutzt, um eine Überprüfung und Anpassungen vorzunehmen. Die übrigen sollten nun entsprechende Schritte unternehmen.
Die Digitalisierung setzt auch eine entsprechende technische Ausstattung voraus. Sowohl für die Pflege wie für Bewohnende und Besuchende ist ein mobiler Internetzugang nützlich.

173 Bei 96 % Auslastung.

Öffnung zum Quartier
Die Hintergründe und Chancen sind in Abschnitt 4.3 dargestellt. Entsprechende Vorhaben können von der Sozialbehörde gefördert werden. Als Maßnahme der Öffnung kommen auch Kooperationen mit ehrenamtlichen Besuchs- und Begleitdiensten infrage. Eine entsprechende Zusammenarbeit wird in der Nationalen Demenzstrategie (1.4.5) empfohlen.

Menschen mit Demenz
Ein hoher Anteil der Bewohnerinnen und Bewohner ist demenziell erkrankt. Deshalb gehört die Betreuung von Menschen mit demenziellen Erkrankungen zur allgemeinen Pflegeleistung der Pflegeeinrichtungen. Deshalb sollte in allen Einrichtungen entsprechend den Vorschlägen der Nationalen Demenzstrategie der Expertenstandard „Beziehungsgestaltung in der Pflege von Menschen mit Demenz" eingeführt werden (NDS 3.1.11), sollten Beschäftigte mit einer (geronto-)psychiatrischen, staatlich anerkannten Zusatzqualifikation vorhanden sein (NDS 3.1.12) und alle Beschäftigten eine Basisqualifikation erhalten haben (NDS 3.1.13).
Die besondere stationäre Betreuung von Menschen mit Demenz ist ein in Hamburg gut etabliertes Angebot und soll auch nach der Umsetzung des § 113c SGB XI fortgeführt werden. Es gibt keine Hinweise darauf, dass das Platzangebot aktuell nicht ausreicht. Die Vertragspartner haben im September 2020 verbesserte Stellenschlüssel vereinbart, um die gewünschte Betreuungsrelation zu erreichen.
Das im Rahmen der Landesinitiative Leben mit Demenz in Hamburg entwickelte Projekt „Weiterentwicklung stationärer Angebote für Menschen mit Demenz" hat erhebliche Verbesserungsmöglichkeiten aufgezeigt.[174]
Gemäß der Nationalen Demenzstrategie (3.2.10) wird das KDA Empfehlungen zur Schaffung geeigneter Milieus für Menschen mit Demenz in Pflegeeinrichtungen entwickeln.

Mitwirkung
Die Mitwirkung in vollstationären Einrichtungen ist ein wichtiges Element zur Teilhabe. Gleichzeitig verändert sich die Bewohnerstruktur in den Pflegeeinrichtungen derart, dass ein immer kleiner werdender Teil der Bewohnerschaft diese Aufgabe ausführen kann. Neben der Möglichkeit, einen Angehörigenbeirat zu gründen, können durch das von der Sozialbehörde geförderte Projekt BIQ (Bürgerengagement für Wohn-Pflege-Formen im Quartier) geschulte, ehrenamtlich tätige Ombudspersonen und Fürsprecherinnen und Fürsprecher bestellt werden. Diese leisten ihre Einsätze als „neutrale Dritte". Insgesamt waren im Jahr 2021 über das Projekt BIQ 36 Ehrenamtliche in 47 Wohneinrichtungen im Einsatz, davon 24 in ca. 30 Einrichtungen der Pflege, davon zwölf als Ombudspersonen und zwölf als Fürsprecherinnen und Fürsprecher in insgesamt ca. 500 Einzeleinsätzen. Darüber hinaus können auch Angehörige, gesetzliche Vertreterinnen und Vertreter oder andere geeignete Personen über die Behörde als Ombudspersonen oder Fürsprecherinnen und Fürsprecher bestellt werden.

Menschen mit Migrationshintergrund
Die Hintergründe und qualitativen Anforderungen in der pflegerischen Versorgung sind in Abschnitt 4.4.2 beschrieben.
Es gibt in Hamburg fast keine kulturspezifischen Angebote. In welchem Umfang kultursensible Pflege beherrscht und angewandt wird, ist nicht bekannt. In der vorhergehenden Rahmenplanung wurde empfohlen: „Mehr Einrichtungen als bisher sollten zunächst konzeptionell und dann praktisch kleine Wohnbereiche für pflegebedürftige Bewohner mit bestimmten Migrationshintergründen entwickeln. [...] Eine weitere sinnvolle Voraussetzung ist die Kooperation mit den Gemeinden und Zusammenschlüssen von Migranten."[175] Bisher sind der Sozialbehörde keine Aktivitäten in dieser Richtung bekannt. Bemühungen von Betreibern in dieser Richtung können gefördert werden.

174 URL: Luft-und-Liebe-Handreichung.pdf (ev-berufsschule-hh.de) (Abruf am 13.12.2022)
175 Rahmenplanung der pflegerischen Versorgungsstruktur bis 2020 (2015), S. 50.

LSBTIQ*-Menschen
Die Hintergründe und qualitativen Anforderungen in der pflegerischen Versorgung sind in Abschnitt 4.4.1 beschrieben. Bisher gibt es kein erkennbares Angebot in dieser Richtung in vollstationären Pflegeeinrichtungen. Auch um das Interesse von Einrichtungen zu wecken, hat im November die Koordinationsstelle für Wohn-Pflege-Gemeinschaften in Kooperation mit dem Psychosozialen Trägerverein Eppendorf Eimsbüttel (PST e. V.) eine Fachtagung[176] veranstaltet. Hieran sollte angeknüpft werden.

Sterbende Menschen
Seit 2015 werden die Pflegeeinrichtungen aufgefordert und verpflichtet, die Pflege Sterbender durch neue Leistungen und Kooperationen zu verbessern. Sie können insbesondere die gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase gemäß § 132g SGB V anbieten, müssen mit Ärztinnen und Ärzten, Apotheken und ambulanten Hospizdiensten kooperieren und sollen mit Palliativ-Care-Teams zusammenarbeiten. Die Sozialbehörde wird sich ein Bild vom Stand der Umsetzung machen.

5.5.5 Maßnahmen

- Die Verbände der Betreiber vollstationärer Pflegeeinrichtungen werden ihre Mitgliedseinrichtungen dahin gehend beraten,
  - Angebote der Krankenkassen zur Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention zu nutzen,
  - entsprechend den Vereinbarungen in der Nationalen Demenzstrategie den oben genannten Expertenstandard einzuführen und ihre Beschäftigten auf den genannten Niveaus zu qualifizieren,
  - die Barrierefreiheit der Einrichtungen zu prüfen und bei Bedarf Anpassungsmaßnahmen zu veranlassen,
  - sofern noch nicht geschehen, die Mittel der Pflegeversicherung zur Förderung der Digitalisierung zu nutzen.
- Die Sozialbehörde wird eine Änderung der Wohn- und Betreuungsbauverordnung in den Senat einbringen, die die Möglichkeiten der Internetnutzung für Bewohnerinnen und Bewohner sichert.
- Die Sozialbehörde wird eine Rechtsverordnung nach § 35 IfSG in den Senat einbringen, die Vorgaben u. a. zu Hygienefachkräften und Hygienebeauftragten enthält.
- Das Institut für Hygiene und Umwelt wird sein Kursangebot für hygienebeauftragte Beschäftigte in Pflegeeinrichtungen bedarfsgerecht ausbauen.
- Die Sozialbehörde wird die Verankerung von Fortbildungsverpflichtungen zu den Themen Demenz und Hygiene in der Wohn- und Betreuungspersonalverordnung prüfen.
- Die Stadt wird bestehende Pflegeeinrichtungen bei der Planung von Quartiersprojekten berücksichtigen. Über die Ergebnisse wird bei der Fortschreibung der Rahmenplanung berichtet.
- Die HPG wird im Rahmen des ESF-Projektes „care for care“ die Qualifizierung von Hilfskräften zu Assistenzkräften unterstützen.
- Die Sozialbehörde wird interessierte Einrichtungen und Interessenvertreter:innen zu einem Fachaustausch zur geschlechtssensiblen Pflege und entsprechender Zertifizierung einladen.
- Die Sozialbehörde wird die Verbände der Einrichtungsbetreiber und Vertreter:innen des Landesverbandes Hospiz und Palliativarbeit Hamburg e. V. zu einem Meinungsaustausch zur hospizlichen Begleitung in Pflegeeinrichtungen einladen.

176 Die Dokumentation vieler Beiträge findet sich hier: Link: LSBTIQ*-Leben: Wohnen und Pflegen in Hamburg – Hamburger Koordinationsstelle für Wohn-Pflege-Gemeinschaften (koordination-wohn-pflege-gemeinschaften.hamburg) (Abruf am 13.12.2022)

5.5.6 Geschlossene Unterbringung in vollstationären Pflegeeinrichtungen

Die geschlossene Unterbringung in vollstationären Pflegeeinrichtungen wird hier gesondert behandelt, weil es dazu einen weitergehenden Aufklärungsbedarf gibt.

Ausgangssituation
Es gibt demenziell erkrankte Menschen mit Pflegebedarf, deren herausfordernde Verhaltensweisen so ausgeprägt sind, dass sie nach § 1906 BGB durch ihre gesetzlich Betreuenden mit richterlicher Zustimmung geschlossen untergebracht werden, wenn „auf Grund einer psychischen Krankheit oder geistigen oder seelischen Behinderung des Betreuten die Gefahr besteht, dass er sich selbst tötet oder erheblichen gesundheitlichen Schaden zufügt" (Abs. 1 Nr. 1).

Bestand
Eine geschlossene Unterbringung für Menschen mit Demenz ist bei PFLEGEN & WOHNEN HAMBURG im Umfang von zusätzlich 174 Plätzen in vier Einrichtungen möglich.[177] Konzeptionell und in der Ausstattung entsprechen diese Plätze der besonderen stationären Betreuung von Menschen mit Demenz und herausfordernden Verhaltensweisen. Zielgruppe sind Männer mit frontotemporalen Demenzen oder Korsakow-Syndrom.

Bedarf
Im Psychiatriebericht 2019 ist festgehalten: „Es gibt in Hamburg einen Bedarf an hochstrukturierten Plätzen in Eingliederungshilfe und Pflege für schwer und chronisch psychisch kranke Menschen, in denen auch Personen mit Unterbringungsbeschluss nach § 1906 und § 1631 BGB aufgenommen werden können. Dieser Bedarf wird auch durch die 2018 entstehenden zusätzlichen Plätze in der Einrichtung Sachsenwaldau und der geplanten Plätze des Rauhen Hauses nicht dauerhaft gedeckt sein. Die zuständigen Behörden werden daher auf weitere potentielle Träger zugehen, um dezentrale Einheiten in weiteren Einrichtungen zu erschließen."[178]
Die Aufsichtskommission gemäß § 23 Abs. 4 Hamburgisches Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten vom 27. September 1995 (HmbPsychKG) führt in ihrem Bericht aus, dass es im Berichtszeitraum 2016 bis 2017 weiterhin einen Mangel, insbesondere an hochstrukturierten Einrichtungen zur Unterbringung von chronisch psychisch Kranken gebe, der Verlegungen in andere Bundesländer zur Folge haben könnte. Dabei werden passgenaue personenbezogene Lösungen sowohl in der Pflege wie auch in der Eingliederungshilfe und im Bereich Drogen und Sucht benötigt.[179]
Der Senat hat mit Drucksache 21/18657 Stellung zum 20. zusammenfassenden Bericht der Aufsichtskommission gemäß § 23 Abs. 4 HmbPsychKG genommen:[180]
„Im Bereich der Pflege wird davon ausgegangen, dass der Bedarf an geschlossenen Plätzen in der Pflege weitgehend Menschen mit Korsakow-Syndrom und Demenz betrifft. Die Sozialbehörde wird dies als zuständige Fachbehörde in Gesprächen mit PFLEGEN & WOHNEN HAMBURG und Krankenhaussozialdiensten verifizieren. Dabei wird sie auch die Bedarfseinschätzung aus dem Bericht 2016 und 2017 der Aufsichtskommission gem. § 23 Absatz 4 HmbPsychKG ansprechen."

Quantitative und qualitative Ziele, Bewertung
In Hamburg soll es genügend geschlossene Plätze in Pflegeeinrichtungen geben. Sie sollen auf Menschen mit Demenz und den oben beschriebenen Verhaltensweisen ausgerichtet sein. Pflegeeinrichtungen sind bisher nicht auf Bewohnende ausgerichtet, deren psychiatrische Erkrankungen, z. B. Psychosen, eine geschlossene Unterbringung erforderlich machen. Ob hier weitere Angebote notwendig sind, wird überprüft.

177 URL: https://www.hamburg.de/contentblob/1881084/8e15166e22962a10d091b0ebe8029b51/data/pflegeheime-beschuetzte-wohnbereiche.pdf
178 Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz und Behörde für Arbeit, Soziales, Familie und Integration (Hrsg.) (2019): Versorgung psychisch kranker Menschen in Hamburg. Hamburg. S. 164.
URL: https://www.hamburg.de/contentblob/12273896/2faa32cb036a0911cbcac4e1baec06d0/data/psychiatriebericht.pdf (Abruf am 13.12.2022)
179 Bürgerschaft der Freien und Hansestadt Hamburg (21. Wahlperiode): Drucksache 21/18657 (15.10.2019). 20. Zusammenfassender Bericht der Aufsichtskommissiongemäß § 23 Absatz 4 des Hamburgischen Gesetzes über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten (HmbPsychKG) über ihre Tätigkeit in den Jahren 2016 und 2017.
180 A. a. O.

Maßnahmen

- Die Sozialbehörde wird in Gesprächen mit dem Anbieter geschlossener Pflegeplätze in Hamburg und mit Krankenhaussozialdiensten die Art der benötigten Plätze ermitteln (s. o.). Außerdem wird versucht, den postulierten Mangel an solchen Plätzen zu quantifizieren.
- Die Sozialbehörde wird, wenn das Angebot zu gering ist, Verhandlungen mit Betreibern über die Erhöhung des Angebots führen.

5.6 Hospize

5.6.1 Ambulante Hospizdienste

Ambulante Hospizdienste unterstützen und begleiten schwersterkrankte und sterbende Menschen, deren Familien und Zugehörige. Sie ermöglichen ihnen die letzte Zeit ihres Lebens zu Hause und mit ihnen nahestehenden Menschen zu verbringen. Die ehrenamtlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der ambulanten Hospizdienste leisten Sterbebegleitung in der eigenen Häuslichkeit, in vollstationären Pflegeeinrichtungen und Krankenhäusern. Geleitet werden die Dienste von hauptamtlichen Koordinator:innen. Die ambulanten Hospizdienste arbeiten mit den spezialisierten Palliativteams und den betreuenden Ärztinnen und Ärzten sowie Pflegediensten und stationären Pflegeeinrichtungen zusammen. Sie werden nach § 39a Abs. 2 SGB V von den Krankenversicherungen gefördert.

Bestand

2021 gab es 18 geförderte Hospizdienste mit 882 Ehrenamtlichen, die 803 Sterbebegleitungen durchgeführt haben, davon 116 bei Kindern und Jugendlichen.[181] Darüber hinaus gab es sechs weitere, nicht geförderte Initiativen.[182]

Bewertung

Ambulante Hospizdienste verkörpern die Hospizidee und leisten einen wichtigen Beitrag zu einer humanen Gesellschaft. Die Kapazitäten in Hamburg sind ausreichend. Die Dienste könnten weitere Einsätze, z. B. in vollstationären Pflegeeinrichtungen, übernehmen.

5.6.2 Stationäre Hospize

Stationäre Hospize schließen mit den Kostenträgern einen Versorgungsvertrag über die Versorgung im Sinne des § 39a SGB V in Verbindung mit § 72 SGB XI. Sie sind solitäre Einrichtungen in kleinen Einheiten mit maximal 16 Plätzen mit familiärem Charakter. Ein multiprofessionelles Team stellt insbesondere die palliativ-pflegerische Versorgung der Gäste sicher.

	2019	2020	30.06.2021
Anzahl der Hospize für Erwachsene	8	8	8
Anzahl der Plätze in Hospizen für Erwachsene	106	106	111
Anzahl der Kinder- und Jugendhospize	2	2	2
Anzahl der Plätze in Kinder- und Jugendhospizen	20	20	20

Tabelle 21: Stationäre und teilstationäre Hospize

Quelle: Pflegestatistik Hamburg 2019, eigene Berechnungen

181 Angaben der zuständigen Pflegekasse IKK classic.
182 Angabe der Koordinierungsstelle Hospiz und Palliativarbeit Hamburg.

Bestand
2020 wurden in Hamburgs stationären Hospizen für Erwachsene 950 Menschen begleitet, im ersten Halbjahr 2021 waren es 530 Menschen. Alle stationären Hospize berichteten besonders für 2020 von erschwerten Bedingungen aufgrund der Verordnungen zur Eindämmung des Coronavirus, durch die weniger Gäste aufgenommen werden konnten. Schwerstkranke Menschen hatten auch Bedenken, dass sie im Hospiz keinen Besuch empfangen könnten, und entschieden sich gegen die Aufnahme.
Für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene stehen ein stationäres Hospiz und ein teilstationäres Kinder-Tages-Hospiz zur Verfügung, in denen schwerstkranke Kinder und deren Angehörige von der Diagnose einer lebensverkürzenden Krankheit bzw. Behinderung an begleitet werden können. Vielfach wird eine Kurzzeitpflege genutzt. Bei Bedarf kann die ganze Familie im stationären Hospiz begleitet werden.
Rund 20 % der Gäste in den Hamburger Hospizen wurden vor der Aufnahme häuslich durch die Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung (SAPV) versorgt. Gründe für den Umzug in der finalen Lebensphase in ein stationäres Hospiz können akute Verschlechterungen des physischen und psychischen Zustandes sein oder auch der Wunsch, Angehörige in der direkten Sterbephase zu entlasten.
Zwei weitere stationäre Hospize sind in Bergedorf geplant, das erste mit 14 Plätzen soll im Jahr 2022 eröffnet werden. In der nahen Metropolregion Hamburg entstehen neue stationäre Hospize, z. B. in Norderstedt und Itzehoe.

Bedarf
Die Anzahl der Sterbefälle in der alternden Gesellschaft wird zunehmen:

Altersgruppen in Jahren	2020	2025	2030
0 bis 19	106	100	90
20 bis 59	1 664	1 610	1 440
60 bis 74	3 623	3 630	3 830
75 bis 79	2 508	1 880	1 730
80 und älter	10 407	11 720	12 210
Gesamt	**18 308**	**18 940**	**19 300**

Tabelle 22: Sterbefälle 2020 und Prognose bis 2030

Quelle: Statistikamt Nord

Darüber hinaus könnte der Bedarf für eine stationäre Hospizaufnahme mit einer weiteren Ambulantisierung der Langzeitpflege zunehmen.

Bewertung, quantitative und qualitative Ziele
Stationäre Hospize sind eine notwendige Ergänzung der ambulanten Versorgung und der Begleitung von Menschen in der letzten Lebensphase. Die hohen qualitativen Anforderungen an stationäre Hospize aus den Rahmenvereinbarungen werden erfüllt.
Die einzelnen Hospize haben es verstanden, sich als wichtige regionale Partner zu etablieren. Die Fähigkeit zur Kooperation und die damit einhergehende Einbindung von Bürgerinnen und Bürgern sowie Institutionen im Quartier zeichnen die stationären Hospize aus. Dies kann beispielhaft für andere Einrichtungen sein.
Die Nationale Demenzstrategie sieht einen hohen Kooperationsbedarf zwischen der Hospizbewegung und Organisationen, die sich für Menschen mit Demenz einsetzen, mit dem Ziel, die Hospizangebote auch für diese Personengruppe besser zu erschließen (NDS 2.9.1 bis 2.9.4).
Zu prüfen ist auch, ob die Inanspruchnahme der Angebote durch Menschen mit Migrationshintergrund auch in diesem Bereich relativ hinter der übrigen Bevölkerung zurückbleibt.

Maßnahme

▶ Die Sozialbehörde wird den Landesverband Hospiz und Palliativarbeit Hamburg e. V. und weitere Organisationen zu einem Meinungsaustausch zu den Zielgruppen Menschen mit Demenz und Menschen mit Migrationshintergrund einladen.

5.6.3 Koordinierungsstelle Hospiz und Palliativarbeit

Ziel der Koordinierungsstelle Hospiz und Palliativarbeit Hamburg ist die Verbesserung der Versorgungssituation von schwerstkranken und sterbenden Menschen sowie An- und Zugehörigen. Sie wendet sich an Fachleute, Ehrenamtliche und Interessierte. Zudem fördert sie den gesellschaftlichen Diskurs über Sterben, Tod und Trauer.
Sie hat folgende Arbeitsfelder:

- Vernetzung der Einrichtungen und Mitwirkenden aus der Hospiz- und Palliativarbeit
- Unterstützung der Zusammenarbeit von Trägern der Hospizarbeit mit Einrichtungen der Regelversorgung
- Organisation von Veranstaltungen und Foren, u. a. des Welthospiztages in Hamburg sowie der Hamburger Hospizwoche: www.welthospiztag-hamburg.de
- Sammlung und Archivierung aktueller Daten und Fakten zu Gesetzes- und Kostenregelungen
- Information über Versorgungsstrukturen
- Presse- und Öffentlichkeitsarbeit

Träger ist der Landesverband Hospiz und Palliativarbeit Hamburg e. V. Die Beratungsstelle wird von der Sozialbehörde weiter gefördert.

6 Anhang

6.1 Übersicht über neue Maßnahmen

Zu 4.1.2 Maßnahmen zur Personalgewinnung und -bindung

- Zur Begleitung der Vielzahl an Maßnahmen wird eine AG Pflegepersonal initiiert. Diese setzt sich zusammen aus Vertreter:innen der Verbände und der Sozialbehörde. Zu bestimmten Themen werden zuständige Personen aus anderen Behörden und Institutionen hinzugezogen. Die Einrichtung der AG ermöglicht es, zeitnah auf Entwicklungen zu reagieren und gemeinsam das Ziel der Personalgewinnung und -bindung in den Fokus zu nehmen.

- Die Sozialbehörde fördert ein Projekt der Passage gGmbH, mit dem Menschen auf die Aufnahme einer Pflegeausbildung vorbereitet werden. Es sollen sowohl fachsprachliche als auch fachliche Inhalte des ersten Ausbildungsjahres sowie Kurzpraktika in Pflegeeinrichtungen vermittelt werden.
- Die Sozialbehörde und die Behörde für Schule und Berufsbildung überprüfen und entwickeln die GPA-Ausbildung weiter, um den Wechsel zwischen Assistenz- und Fachkraftausbildung zu erleichtern und diesen Beruf als Einstieg in die berufliche Tätigkeit als Pflegekraft noch attraktiver zu machen.
- Die Sozialbehörde setzt sich auf Bundesebene für den Einbezug von Pflegeassistenzausbildungen in die Ausbildungsumlage nach Pflegeberufegesetz ein.
- Um verstärkt für eine berufliche Karriere in der Pflege zu werben und über die neuen Ausbildungswege zu informieren, sollen Kooperationen der Arbeitgeber mit Schulen ausgeweitet und verstetigt werden.
- Um die Abbrecher:innenquote bei der Pflegeausbildung zu senken bzw. vermeidbaren Abbrüchen vorzubeugen, sollen gemeinsam mit den Pflegeschulen und den Arbeitgeber:innen in der Pflege neue Konzepte erarbeitet werden, um Pflegeschüler:innen frühzeitig bei aufkommenden Problemen in der Ausbildung zu unterstützen. Dabei soll die kontinuierliche Praxisbegleitung der angehenden Pflegekräfte durch eine fachliche Bezugsperson im Fokus stehen.
- Die Gesundheitsförderung in der Pflege wird weiter gestärkt. Als Grundlage dient das vom Koordinierungsgremium zur Umsetzung der Landesrahmenvereinbarung vorgelegte Rahmen- und Kommunikationskonzept.

Zu 4.2 Pflegende Angehörige

- Die Sozialbehörde wird im Koordinationsgremium zur Umsetzung der Landesrahmenvereinbarung anregen, zu prüfen, wie pflegende Angehörige sehr gezielt auf Präventionsangebote aufmerksam gemacht werden können.
- Die Sozialbehörde unterstützt die Erstellung einer Informationsbroschüre über die Angebote in Hamburg für Eltern pflegebedürftiger Kinder.
- Die Sozialbehörde prüft, ob Beratungsangebote für Eltern von Kindern mit Behinderung und Pflegebedarf noch besser zu den Leistungssystemen und -angeboten aus Eingliederungshilfe und Pflege beraten können.
- In Hamburg ist eine Verbesserung des Entlastungs- und Beratungsangebots für pflegende Kinder und Jugendliche vorgesehen. Die Konzeptionierung wird im Jahr 2022 begonnen. (weitere Maßnahmen an anderer Stelle)

Zu 4.3 Quartiersorientierung in der Pflege

- Sozialbehörde und Bezirksämter werden Verfahrensabsprachen zur Etablierung quartiersorientierter Pflegeangebote treffen.
- Sozialbehörde und Landesverbände der Pflegekassen treffen Verfahrensabsprachen zur Netzwerkförderung nach § 45c Abs. 9 SGB XI.
- Die Sozialbehörde stellt den Bezirksämtern stadtteilbezogen Daten aus Schätzungen zur Pflegebedürftigkeit und Anzahl von Menschen mit Demenz zur Verfügung.

Zu 4.4 Pflege in der vielfältigen Gesellschaft

- Pflegedienste und Einrichtungen werden von der Sozialbehörde ermutigt, sich mit dem Thema geschlechtssensible Pflege zu befassen. Die Sozialbehörde wird interessierte Einrichtungen dabei unterstützen, ein Siegel für LSBTI*-sensible Pflegeangebote zu erhalten.
- Die Sozialbehörde wird vollstationäre Pflegeeinrichtungen, die ein Siegel erworben haben, im Pflegekompass kenntlich machen.
- Die Ansprechbarkeit der Pflegestützpunkte für die Pflege von LSBTI*-Personen wird nach außen stärker sichtbar gemacht.
- Bei neuen Fortbildungsordnungen wird gleichfalls die Sensibilisierung für Diskriminierungen jeder Art berücksichtigt.

Zu 4.5 Menschen mit demenziellen Erkrankungen

- Die sektorübergreifende Landeskonferenz wird gebeten, sich mit den folgenden Themen zu befassen:
  - Bessere Koordinierung der ambulanten pflegerischen Versorgung bei Demenz (3.1.14)
  - Empfehlungen zur ambulanten Notfallversorgung von Menschen mit Demenz (3.5.1)
  (Weitere Maßnahmen an anderer Stelle)

Zu 4.6 Digitalisierung

- Die Ausstattung von Pflegeeinrichtungen mit Internetzugängen für Nutzerinnen und Nutzer wird gesetzlich verankert.

Zu 4.7 Qualitätssicherung in der pflegerischen Versorgung

- Die WBPersVO wird novelliert werden.
- Ein Verfahren zur Beurteilung der Barrierefreiheit wird festgeschrieben werden.

Zu 5.1 Information und Beratung

- Die Sozialbehörde wird nach Abebben der Coronapandemie Werbemaßnahmen für den Hamburger Hausbesuch durchführen.
- Die Sozialbehörde wird die Evaluation auswerten und die Durchführung des Hamburger Hausbesuches an die Ergebnisse anpassen.
- Die Pflegekassen und der Medizinische Dienst Nord informieren bei einschlägigen Kontakten mit den Versicherten über das Hamburger Angebot der Pflegestützpunkte.
- Ein Beratungsangebot für pflegende Kinder und Jugendliche wird konzeptioniert und eingeführt.
- Das Angebot von „MiMi – Mit Migranten für Migranten. Projekt zur interkulturellen Gesundheitsförderung und Prävention“ (s. Abschnitt 4.4.2) wird auf Menschen mit Pflegebedarf und Demenz ausgeweitet und mit den Pflegestützpunkten verknüpft.
- Die Ansprechbarkeit für die Pflege von LSBTI*-Personen wird nach außen stärker sichtbar gemacht.
- Für die Pflegestützpunkte wird ein kurzer Fortbildungsblock zur Beratung bei entfernt lebenden Angehörigen konzipiert (NDS 2.1.5).
- Die digitale Pflegeberatung soll konzeptioniert und eingeführt werden. Dies umfasst auch die Verwendung eines digitalen Versorgungsplans.
- Die Pflegestützpunkte werden im Konzept eines Pflegenotrufes berücksichtigt.
- Die Sozialbehörde wird in dieser Legislaturperiode einen Pflegenotruf konzeptionieren und umsetzen.
- Im Pflegekompass werden Siegelnehmer für geschlechtliche Vielfalt veröffentlicht.
- Die Veröffentlichung von Merkmalen zu kultursensibler Pflege wird konzeptioniert und umgesetzt.
- Der Bestand an Servicewohnanlagen wird im Pflegekompass dargestellt.
- Ein Konzept zum Nachweis freier Plätze in vollstationären Pflegeeinrichtungen und der Kurzzeitpflege wird entwickelt.

Zu 5.2 Unterstützungs- und Entlastungsangebote

- Die Sozialbehörde wird im Jahr 2022 die HmbPEVO evaluieren. Dabei wird insbesondere geprüft, ob und wie die Erbringung hauswirtschaftlicher Angebote und die Nachbarschaftshilfe erleichtert werden kann. Der Koalitionsvertrag Bund sieht die Förderung haushaltsnaher Dienstleistungen vor. Gegebenenfalls sind entsprechende Verbesserungen zu berücksichtigen.
- Darüber hinaus wird die Sozialbehörde analysieren, inwieweit die Angebote zur Unterstützung im Alltag effizienter mit Pflegestützpunkten und offener Seniorenarbeit zusammenwirken können. Ziel ist die Stärkung und Weiterentwicklung der bestehenden Case- und Care-Management-Strukturen.
- Die Verbände der Betreiber von Tagespflegeeinrichtungen werden ihre Mitgliedseinrichtungen dahin gehend beraten,
  - Angebote der Krankenkassen zur Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention zu nutzen,
  - entsprechend den Vereinbarungen in der Nationalen Demenzstrategie den oben genannten Expertenstandard einzuführen und ihre Beschäftigten auf den genannten Niveaus zu qualifizieren sowie ihre Öffnungszeiten zu überprüfen,
  - sofern noch nicht geschehen, die Mittel der Pflegeversicherung zur Förderung der Digitalisierung zu nutzen.
- Die Stadt wird bestehende Tagespflegen bei der Planung von Quartiersprojekten berücksichtigen und die Unterstützung der Einrichtung neuer Angebote prüfen.
- Die Sozialbehörde setzt sich bei potenziellen Betreibern dafür ein, zusätzliche solitäre Kurzzeitpflegeplätze an Krankenhäusern und in Pflegeheimen zu schaffen. Eine Angebotserweiterung von rd. 50 Plätzen erscheint möglich. Fördermöglichkeiten des Krankenhausstrukturfonds nach § 12a KHG zur Umwandlung von akutstationären Versorgungskapazitäten zugunsten solitärer Kurzzeitpflegeeinrichtungen an Krankenhäusern können genutzt werden.
- Die Sozialbehörde wird sich um die Schaffung der oben genannten Notfallplätze bemühen.
- Nach Vorlage der Rahmenempfehlungen für die Kurzzeitpflege nach § 88a i. V. m. § 75 Abs. 6 SGB XI werden die Vereinbarungspartner die entsprechende Umsetzung beraten und vereinbaren, um die Rahmenbedingungen der Kurzzeitpflege weiter zu verbessern.
- Die Verbände der Einrichtungsträger werden sich bei den solitären Kurzzeitpflegeeinrichtungen dafür einsetzen, entsprechend den Vereinbarungen in der Nationalen Demenzstrategie den oben genannten Expertenstandard einzuführen und ihre Beschäftigten auf den genannten Niveaus zu qualifizieren.
- Die Verbände der Einrichtungsträger werden sich bei den Betreibern von Servicewohnanlagen dafür einsetzen, die Barrierefreiheit der Anlagen zu prüfen und bei Bedarf Anpassungsmaßnahmen im Rahmen der Wirtschaftlichkeit zu veranlassen.
- Vertreter von Betreibern und Verbänden treten mit der Sozialbehörde in Gespräche darüber ein, wie aufwendige Unterstützungen im Einzelfall organisiert werden können und wie die Öffnung hin zum Quartier bewerkstelligt werden kann.

Zu 5.3 Ambulante Pflege

- Die Verbände der Betreiber werden ihre Mitgliedseinrichtungen dahin gehend beraten,
  - Angebote der Krankenkassen zur Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention zu nutzen,
  - entsprechend den Vereinbarungen in der Nationalen Demenzstrategie den oben genannten Expertenstandard einzuführen und ihre Beschäftigten auf den genannten Niveaus zu qualifizieren,
  - sofern noch nicht geschehen, die Mittel der Pflegeversicherung zur Förderung der Digitalisierung zu nutzen.
- Die Stadt wird ambulante Dienste bei der Planung von Quartiersprojekten berücksichtigen. Über die Ergebnisse wird bei der Fortschreibung der Rahmenplanung berichtet.

Zu 5.4 Kleinräumige Wohn- und Versorgungsformen für Menschen mit Assistenz- und Pflegebedarf

- Die Sozialbehörde setzt sich auf Bundesebene für eine geänderte Finanzierung von Wohn-Pflege-Gemeinschaften im Rahmen der Pflegeversicherung ein.
- Die Sozialbehörde prüft Möglichkeiten, die Entwicklung geeigneter Zwischenvermieter-Strukturen zu unterstützen und auf tragfähige Nachfolgeregelungen bei einem Pflegedienstwechsel hinzuwirken.

Zu 5.5 Vollstationäre Pflege

- Die Verbände der Betreiber vollstationärer Pflegeeinrichtungen werden ihre Mitgliedseinrichtungen dahin gehend beraten,
  - Angebote der Krankenkassen zur Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention zu nutzen,
  - entsprechend den Vereinbarungen in der Nationalen Demenzstrategie den oben genannten Expertenstandard einzuführen und ihre Beschäftigten auf den genannten Niveaus zu qualifizieren,
  - die Barrierefreiheit der Einrichtungen zu prüfen und bei Bedarf Anpassungsmaßnahmen zu veranlassen,
  - sofern noch nicht geschehen, die Mittel der Pflegeversicherung zur Förderung der Digitalisierung zu nutzen.
- Die Sozialbehörde wird eine Änderung der Wohn- und Betreuungsbauverordnung in den Senat einbringen, die die Möglichkeiten der Internetnutzung für Bewohnerinnen und Bewohner sichert.
- Die Sozialbehörde wird eine Rechtsverordnung nach § 35 IfSG in den Senat einbringen, die Vorgaben u. a. zu Hygienefachkräften und Hygienebeauftragten enthält.
- Das Institut für Hygiene und Umwelt wird sein Kursangebot für hygienebeauftragte Beschäftigte in Pflegeeinrichtungen bedarfsgerecht ausbauen.
- Die Sozialbehörde wird die Verankerung von Fortbildungsverpflichtungen zu den Themen Demenz und Hygiene in der Wohn- und Betreuungspersonalverordnung prüfen.
- Die Stadt wird bestehende Pflegeeinrichtungen bei der Planung von Quartiersprojekten berücksichtigen. Über die Ergebnisse wird bei der Fortschreibung der Rahmenplanung berichtet.
- Die HPG wird im Rahmen des ESF-Projektes „care for care" die Qualifizierung von Hilfskräften zu Assistenzkräften unterstützen.
- Die Sozialbehörde wird interessierte Einrichtungen und Interessenvertreter:innen zu einem Fachaustausch zur geschlechtssensiblen Pflege und entsprechender Zertifizierung einladen.
- Die Sozialbehörde wird die Verbände der Einrichtungsbetreiber und Vertreter:innen des Landesverbandes Hospiz und Palliativarbeit Hamburg e. V. zu einem Meinungsaustausch zur hospizlichen Begleitung in Pflegeeinrichtungen einladen.
- Die Sozialbehörde wird in Gesprächen mit dem Anbieter geschlossener Pflegeplätze in Hamburg und mit Krankenhaussozialdiensten die Art der benötigten Plätze ermitteln (s. o.). Außerdem wird versucht, den postulierten Mangel an solchen Plätzen zu quantifizieren.
- Die Sozialbehörde wird, wenn das Angebot zu gering ist, Verhandlungen mit Betreibern über die Erhöhung des Angebots führen.

Zu 5.6 Hospize

- Die Sozialbehörde wird den Landesverband Hospiz und Palliativarbeit Hamburg e. V. und weitere Organisationen zu einem Meinungsaustausch zu den Zielgruppen Menschen mit Demenz und Menschen mit Migrationshintergrund einladen.

.

6.2 Wohnformen nach Bezirken

Tabelle 23: Bezirkliche Verteilung der Wohnformen

	Wohn-Pflege-Gemeinschaften[183] (WPG)	Plätze in WPG	Service- Wohn-Anlagen (SWA)	Wohnungen in SWA	LeNas	vollst. Pflege-einrichtungen	Plätze vollst.
Hamburg-Mitte	20	144	29	2 036	1	16	1 831
Altona	5	48	18	1 325		27	2 953
Eimsbüttel	4	34	29	1 734		19	2 053
Hamburg-Nord	14	109	25	2 222	1	24	3 169
Wandsbek	6	58	46	3 541	1	43	4 717
Bergedorf	1	9	18	1 062		8	816
Harburg	2	16	19	1 516		12	1 649
Hamburg	52	418	192	13 436		149	17 188

Quelle: Statistikamt Nord

183 40 Wohngemeinschaften nach § 2 (3) HmbWBG für Menschen mit Pflegebedarf sowie zwölf ambulant organisierte Wohneinrichtungen der Pflege, darunter vier Intensiv-Pflege-WPGs.

6.3 Prognosen

Tabelle 24: Prognose Pflegebedürftigkeit nach Geschlecht

Modellrechnung 2025 **Bevölkerung gesamt**				**Pflegebedürftig**		
Altersklassen	**Insgesamt**	**Männlich**	**Weiblich**	**Insgesamt**	**Männlich**	**Weiblich**
<60	1 469 193	747 835	721 358	14 539	7 822	6 713
60 - 64	123 448	61 032	62 416	4 205	1 952	2 250
65 - 69	95 614	45 434	50 180	5 264	2 367	2 893
70 - 74	104 905	33 874	40 953	8 273	2 507	3 398
75 - 79	66 562	29 309	37 254	9 057	3 572	5 500
80 - 84	57 289	24 084	33 206	12 330	4 320	8 002
85 - 89	45 544	17 274	28 270	16 239	4 628	11 534
90 +	21 126	6 591	14 535	11 464	2 815	8 538
Gesamt:	1 983 682	965 433	988 171	**81 038**	**30 218**	**49 428**

Quelle: Statistikamt Nord

Modellrechnung 2030 **Bevölkerung gesamt**				**Pflegebedürftig**		
Altersklassen	**Insgesamt**	**Männlich**	**Weiblich**	**Insgesamt**	**Männlich**	**Weiblich**
<60	1 476 982	753 944	723 038	14 616	7 886	6 729
60 - 64	125 770	62 855	62 915	4 284	2 010	2 268
65 - 69	113 021	54 580	58 441	6 222	2 843	3 369
70 - 74	86 470	40 004	46 465	6 819	2 961	3 856
75 - 79	65 986	28 873	37 113	8 979	3 519	5 479
80 - 84	54 900	22 921	31 980	11 816	4 111	7 706
85 - 89	40 548	15 824	24 724	14 458	4 240	10 088
90 +	30 461	10 211	20 250	16 530	4 361	11 895
Gesamt:	1 994 137	1 004 925	989 212	**81 466**	**31 454**	**49 480**

Quelle: Statistikamt Nord

Modellrechnung 2035 **Bevölkerung gesamt**				**Pflegebedürftig**		
Altersklassen	**Insgesamt**	**Männlich**	**Weiblich**	**Insgesamt**	**Männlich**	**Weiblich**
<60	1 499 114	766 912	732 202	14 835	8 022	6 814
60 - 64	111 402	55 799	55 603	3 795	1 784	2 004
65 - 69	115 511	56 444	59 067	6 359	2 940	3 406
70 - 74	102 211	48 117	54 094	8 061	3 561	4 489
75 - 79	76 460	34 263	42 198	10 404	4 175	6 230
80 - 84	55 133	22 963	32 170	11 866	4 119	7 752
85 - 89	40 127	15 628	24 499	14 308	4 187	9 996
90 +	31 566	10 892	20 674	17 130	4 652	12 144
Gesamt:	2 031 524	1 011 017	1 020 507	**82 993**	**31 644**	**51 045**

Quelle: Statistikamt Nord

Tabelle 25: Prognose Demenz nach Alter und Geschlecht

	Basis nach Pflegestatistik 2019			Modellrechnung 2025			Modellrechnung 2030			Modellrechnung 2030		
Alters-klassen	**Insg.**	**m**	**w**	**Insg.**	**m**	**w**	**Insg.**	**m**	**w**	**Insg.**	**m**	**w**
65–69	1 122	443	679	1 252	500	753	1 477	600	877	1 507	621	886
70–74	2 560	1 111	1 449	2 442	1 050	1 392	2 820	1 240	1 580	3 331	1 492	1 839
75–79	5 519	2 150	3 369	5 367	2 052	3 316	5 324	2 021	3 303	6 154	2 398	3 756
80–84	8 499	3 165	5 334	6 927	2 577	4 350	6 642	2 453	4 189	6 671	2 457	4 214
85–89	8 147	2 295	5 852	9 855	2 816	7 039	8 736	2 579	6 156	8 648	2 547	6 100
90 +	8 752	1 822	6 930	8 469	1 958	6 512	12 105	3 033	9 072	12 497	3 235	9 262
Gesamt	34 599	10 986	23 613	34 313	10 952	23 362	37 103	11 926	25 177	38 807	12 750	26 057

Quelle: Statistikamt Nord

6.4 Datenquellen

Im Folgenden werden die wichtigsten Datenquellen der Rahmenplanung bis 2026 beschrieben, im Text erfolgt nur eine stichwortartige Nennung.

Hamburger Bevölkerung
Die Angaben zur Anzahl der Einwohner nach Alter, Geschlecht und Bezirk werden als Basis für den Bezug zur Pflegestatistik Hamburg 2019 benötigt. Verwandt werden die Daten aus dem Einwohnermelderegister der Freien und Hansestadt Hamburg mit Stand vom 31. Dezember 2019 und vom 31. Dezember 2020, herausgegeben vom Statistischen Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein – Anstalt des öffentlichen Rechts (Statistikamt Nord).
Aufgrund grundsätzlicher methodischer Unterschiede weisen die Melderegisterdaten Abweichungen gegenüber den Daten des Zensus und der amtlichen Bevölkerungsfortschreibung auf.[184]
Auch die Daten zur Bevölkerung mit Migrationshintergrund 2019 wurden dem Melderegister entnommen. Zu der Bevölkerung mit Migrationshintergrund gehören die ausländische Bevölkerung sowie alle ab 1950 außerhalb von Deutschland Zugewanderte unabhängig von ihrer Nationalität. Dazu zählen auch die in Deutschland geborenen, eingebürgerten früheren Ausländerinnen und Ausländer sowie in Deutschland Geborene mit deutscher Staatsangehörigkeit, bei denen sich der Migrationshintergrund aus der Migrationserfahrung der Eltern oder eines Elternteils ableitet. Außerdem gehören zu dieser Gruppe seit 2000 auch die (deutschen) Kinder ausländischer Eltern, die die Bedingungen für das Optionsmodell (bei Lebendgeborenen ausländischer Eltern ist seit 1. Januar 2000 originärer Erwerb der deutschen Staatsangehörigkeit möglich) erfüllen. Nicht zur Bevölkerung mit Migrationshintergrund zählen Vertriebene und Flüchtlinge infolge des Zweiten Weltkriegs.

Pflegestatistik Hamburg
Die Pflegestatistik Hamburg enthält umfangreiche Daten zu Pflegeeinrichtungen, Pflegepersonal und Pflegebedürftigen. Sie wird alle zwei Jahre im Rahmen der bundesweiten Pflegestatistik Hamburg zum 15. Dezember vom Statistikamt Nord erhoben. Die Auswertungen für Hamburg (Pflegestatistik Hamburg) liegen jeweils Anfang des übernächsten, auf die Erhebung folgenden Jahres vor. Der Planung liegt die Pflegestatistik Hamburg 2019 zugrunde.
Im Zuge der Reformen der Pflegeversicherung, insbesondere durch das Zweite Pflegestärkungsgesetz, erfolgten auch Änderungen in der Pflegestatistik 2017. Die Erhebung wird an den geänderten Pflegebedürftigkeitsbegriff angepasst. Der Begriff der Pflegestufen (I bis III) wurde durch Pflegegrade (1 bis 5) ersetzt.

184 Vgl. URL: www.statistik-nord.de/zahlen-fakten/hamburger-melderegister/

In der Pflegestatistik 2017 wurden Pflegebedürftige des Pflegegrades 1 nicht erfasst, die zum Stichtag keine Leistungen der ambulanten Pflegedienste oder Pflegeheime bzw. ausschließlich Leistungen der nach Landesrecht anerkannten Angebote zur Unterstützung im Alltag erhalten. Dies ist gesetzlich vorgesehen. Die Durchführung der Erhebung 2017 hat nach Aussage des Statistischen Bundesamtes jedoch gezeigt, dass die Angaben nicht so vorlagen, um sie für die Pflegestatistik nutzen zu können. Es liegen daher für 2017 keine verwertbaren Daten vor. Dies erklärt den sprunghaften Anstieg der Zahlen in der Pflegestatistik 2019.
In den vorhergehenden Rahmenplanungen wurde auch die Zahl der „Hilfebedürftigen" geschätzt. Diese Kategorie kann nun entfallen, weil dieser Personenkreis zum großen Teil nun einen Pflegegrad erhalten hat und in der Pflegestatistik berücksichtigt ist.

Pflegebedürftigkeit nach Stadtteilen
Die Pflegestatistik Hamburg macht nur Angaben für Hamburg insgesamt, nicht für kleinere Gebietseinheiten. Um trotzdem Angaben auf Stadtteilebene machen zu können, wurde wie folgt vorgegangen: Betrachtet werden soll nur die Bevölkerung außerhalb von Einrichtungen. Deshalb wird zunächst die Einwohnerschaft über 65 Jahre um die Anzahl der Bewohner und Bewohnerinnen ggf. vorhandener Pflegeheime reduziert. Auf diese korrigierte Altersbevölkerung wird eine Prävalenzrate für 65-Jährige und Ältere außerhalb von Einrichtungen angewandt.
Das Ergebnis ist nur ein grober Näherungswert, weil jüngere Pflegebedürftige ebenso wenig berücksichtigt werden wie unterschiedliche Alters- und Geschlechtszusammensetzungen in der älteren Bevölkerung. Es liefert aber einen ersten Eindruck als Grundlage für regionale Planungen.

Datenbestände der Behörde für Arbeit, Gesundheit, Soziales, Familie und Integration
In der Sozialbehörde sind Daten zu Einrichtungen und deren Platzzahlen vorhanden. Damit sind Auswertungen zu den Angeboten zum jeweils aktuellen Zeitpunkt möglich. In der stationären und ambulanten Pflege werden Auswertungen mit Stichtag 30. Juni 2021 zugrunde gelegt.

Verweildauer in der stationären Pflege
Anlässlich der Einführung einer anteiligen Übernahme des EEE aus Mitteln der Pflegeversicherung in Abhängigkeit von der Verweildauer wurden einige Träger um anonyme Angaben dazu gebeten, wie lange die derzeitigen Bewohnerinnen und Bewohner schon in der Einrichtung leben. Diese Angabe berücksichtigt damit weder, dass diese Personen dort noch länger leben werden, noch dass viele Personen, die sich nur kurz in der Einrichtung aufhalten, gar nicht erfasst werden.

6.5 Prognoseverfahren

Die meisten zahlenmäßigen Prognosen in dieser Planung stützen sich auf die Bevölkerungsentwicklung nach Altersgruppen und Geschlecht, wie sie in der Bevölkerungsvorausberechnung prognostiziert wird. Die Verteilung eines Merkmals in der jetzigen Bevölkerung wird auf dieser Grundlage in die Zukunft projiziert. Andere Faktoren, die das Ergebnis außer der Bevölkerungsentwicklung beeinflussen können, werden zum Teil textlich diskutiert, aber bei der Berechnung nicht berücksichtigt, weil sie sich zahlenmäßig nicht erfassen lassen.
Beispielsweise ist das Eintreten von Pflegebedürftigkeit stark altersabhängig. Ein Effekt, der zahlenmäßig in der vorliegenden Prognose nicht erfasst werden kann, ist die Annahme einer Verbesserung der funktionalen Gesundheit im Alter. Inzwischen gilt es als unwahrscheinlich, dass bei zunehmender Lebenserwartung die „gewonnenen Jahre" mit dem gleichen hohen Pflegebedürftigkeitsrisiko behaftet sind wie heute. Vielmehr ist davon auszugehen, dass sich das Risiko in Richtung der letzten Lebensjahre verschiebt oder sich sogar dort weiter konzentriert (Kompression der Morbidität).[185]
Durch eine Verbesserung der Prävention könnte dieser Effekt noch gesteigert werden.
Die Ergebnisse der Prognosen der Sozialbehörde werden in den Tabellen gerundet dargestellt. Davon wird in den Fällen abgewichen, in denen Rundungen zu deutlichen Datenveränderungen führen würden.

185 Trachte, F.; Sperlich, S.; Geyer, S. (2015): Kompression oder Expansion der Morbidität? Entwicklung der Gesundheit in der älteren Bevölkerung. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 48. Jg., S. 255–262.

Bevölkerungsprognose für Hamburg
Die Bevölkerungsprognose ist die Grundlage der Prognosen der Pflegebedürftigkeit und der Demenz. Für die aktuelle Rahmenplanung wurde die vom Statistikamt Nord im Juli 2020 veröffentlichte kleinräumige Bevölkerungsprognose bis 2035 berücksichtigt. Diese basieren auf Daten des Melderegisters vom 31. Dezember 2018, berücksichtigt werden dabei Geburtenziffern, Sterbeziffern, Wanderungen und Neubauplanungen.[186] Die Prognosen des Statistikamtes werden laufend angepasst und können nur Näherungswerte liefern.

Prognose der Pflegebedürftigkeit
Auf Basis der jeweiligen Bevölkerung und der Pflegestatistik für Hamburg des Jahres 2019 werden Prävalenzraten für Alters- und Geschlechtsgruppen ermittelt. Diese werden auf die Bevölkerung gemäß Vorausberechnung für die Jahre 2025, 2030 und 2035 angewandt.
Bei der Prognose zur Verteilung auf einzelne Versorgungsformen (stationär, ambulante Dienste, häusliche Pflege) wurde von einer gleichbleibenden Verteilung auf die Versorgungsformen und gleichbleibenden Prävalenzraten ausgegangen.
Aufgrund der im Text beschriebenen Erfassungslücke des Pflegegrads 1 ohne Leistungen kommt es zu Ungenauigkeiten in der Prognose.

Prognose der Menschen mit Demenz
Für die Prognose wurden Werte zugrunde gelegt, von denen auch die Deutsche Alzheimer Gesellschaft und Alzheimer Europe ausgehen. Grundlage der Schätzung bilden die Ergebnisse aus europäischen Feldstudien (EiroCoDe).[187] Diese Prävalenzraten werden auf die Bevölkerungsvorausberechnung angewandt.
Die Prognose berücksichtigt nicht, dass in einer großen Studie gezeigt werden konnte, dass die Prävalenzraten im Zeitvergleich gesunken sind.[188]

Prognose der benötigten Plätze in der stationären Pflege
Für die Prognose wird von der Belegungszahl 2019 ausgegangen und die Prognose der Pflegebedürftigen wie oben beschrieben herangezogen. Für die Vorausberechnung wird von einem konstanten Anteil der Pflegebedürftigen und einer Auslastung der Einrichtungen von 96 % ausgegangen.
Bedarfsverändernde Faktoren wie der Ausbau von alternativen Angeboten oder Veränderungen im Leistungsrecht werden nicht betrachtet.

186 Siehe dazu: Link: A I 8 - j 21 HH Stadtteile (statistik-nord.de)
187 Deutsche Alzheimer Gesellschaft (6/2018): Informationsblatt 1: Die Häufigkeit von Demenzerkrankungen. Berlin. URL: https://www.deutsche-alzheimer.de fileadmin/alz/pdf/factsheets/infoblatt1_haeufigkeit_demenzerkrankungen_dalzg.pdf (Abruf am 07.01.2020).
188 Langa, K. M.; Larson, E. B.; Karlawish, J. H.; Cutler, D. M.; Kabeto, M. U.; Kim, S. Y.; Rosen, A. B. (2008): Trends in the prevalence and mortality of cognitive impairment in the United States: Is there evidence of a compression of cognitive morbidity? In: Alzheimer's & Dementia, Vol. 4, S. 134–144.

6.6 Tabellenverzeichnis

Tabelle 1:	Bevölkerungsprognose für Hamburg nach Alter 2035	11
Tabelle 2:	Pflegestufen- bzw. Pflegegradverteilung, absolute Zahlen	13
Tabelle 3:	Pflegestufen- bzw. Pflegegradverteilung insgesamt 2013 bis 2019 in Anteilen	13
Tabelle 4:	Verteilung Pflegearrangements	14
Tabelle 5:	Zu Hause lebende Pflegebedürftige 2019 nach Pflegegrad	16
Tabelle 6:	Entwicklung der Pflegebedürftigkeit bis 2035	17
Tabelle 7:	Entwicklung der Pflegebedürftigen nach Versorgungsbereichen bis 2035	18
Tabelle 8:	Prognose Menschen mit Demenz in Hamburg bis 2035	18
Tabelle 9:	Beschäftigte in ambulanten Diensten	20
Tabelle 10:	Beschäftigte in vollstationären Pflegeheimen	20
Tabelle 11:	Dreijährig ausgebildete Pflegefachkräfte und Stellen 2017 und 2019	20
Tabelle 12:	Prognose Beschäftigungsbedarf in der Langzeitpflege	22
Tabelle 13:	Maßnahmen aus dem Regierungsprogramm, die an anderer Stelle dargestellt werden	28
Tabelle 14:	Anteil an der Pflegegradeinstufung Pflegebedürftiger im Alter von 0 bis 20 Jahren 2017 und 2019	29
Tabelle 15:	Angebote zur Unterstützung im Alltag	54
Tabelle 16:	Tagespflegeeinrichtungen	57
Tabelle 17:	Ambulante Dienste	62
Tabelle 18:	Wohn-Pflege-Gemeinschaften für hilfe- und pflegebedürftige Menschen	64
Tabelle 19:	Verweildauer in der vollstationären Pflege	69
Tabelle 20:	Prognose Bedarf an vollstationären Pflegeplätzen	71
Tabelle 21:	Stationäre und teilstationäre Hospize	75
Tabelle 22:	Sterbefälle 2020 und Prognose bis 2030	76
Tabelle 23:	Bezirkliche Verteilung der Wohnformen	82
Tabelle 24:	Prognose Pflegebedürftigkeit nach Geschlecht	83
Tabelle 25:	Prognose Demenz nach Alter und Geschlecht	83

6.7 Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Pflegebedürftige und über 75-Jährige 2009–2019 in Hamburg 12
Abbildung 2: Anzahl Pflegebedürftige je Altersgruppe 2019 in Hamburg 14
Abbildung 3: Pflegegradverteilung 2019 15
Abbildung 4: Orte der Pflege ohne Pflegegrad 1 16
Abbildung 5: Pflegebedürftige in stationärer Pflege 17
Abbildung 6: Entwicklung Beschäftigte in der Pflege 19
Abbildung 7: Anzahl Erstkontakte an den Pflegestützpunkten 48
Abbildung 8: Entwicklung der Anzahl vollstationärer Pflegeheime 68
Abbildung 9: Entwicklung der Plätze in vollstationärer Pflege 68

Impressum

Behörde für Arbeit, Gesundheit, Soziales, Familie und Integration (Sozialbehörde)
Referat für Presse- und Öffentlichkeitsarbeit
Hamburger Str. 47, 22083 Hamburg

Berichterstellung:
Amt für Gesundheit der Sozialbehörde

Internet: www.hamburg.de/pflege

Layout, Satz: kwh-design
Foto: Colourbox

Stand: 28. November 2022

Diese Broschüre finden Sie im Internet.
Sie lässt sich herunterladen unter:
www.hamburg.de/pflege/veroeffentlichungen

Hamburg | Sozialbehörde