



Mitteilungsvorlage	Vorlage-Nr: VO/2021/965	
- öffentlich -	Datum: 16.07.2021	
Fachdienst Soziale Sicherung	Ansprechpartner/in: Radant, Uwe	
	Bearbeiter/in: Radant, Uwe	
Pflegebedarfsanalyse für den Kreis Rendsburg-Eckernförde		
vorgesehene Beratungsfolge:		
Datum	Gremium	Zuständigkeit
05.08.2021	Sozial- und Gesundheitsausschuss	Kenntnisnahme

1. Begründung der Nichtöffentlichkeit:

Entfällt

2. Sachverhalt:

Im Zuge der Erstellung des Pflegebedarfsplans für den Kreis Rendsburg-Eckernförde hat die beauftragte Sektion für Forschung und Lehre in der Pflege, Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie an der Universität zu Lübeck ihre Pflegebedarfsanalyse vorgelegt. Der Bericht ist als Anlage beigefügt. Er enthält auch die Ergebnisse der am 17.06.2021 mit den am Pflegemarkt beteiligten Akteuren durchgeführten Pflegekonferenz.

Die Pflegebedarfsanalyse beschreibt die geschätzte Entwicklung des Pflegebedarfs im Kreisgebiet Rendsburg-Eckernförde bis zum Jahr 2030 nach Art der pflegerischen Versorgung und nach den Pflegegraden sowie sich daraus ergebende Anforderungen an die Weiterentwicklung der pflegerischen Versorgungsstrukturen. Die Analyse erfolgte auf den räumlichen Ebenen des Kreisgebietes und der fünf Einzugsbereiche der Nebenstellen des Pflegestützpunktes im Kreis Rendsburg-Eckernförde unter Berücksichtigung der Erkenntnisse aus der Pflegekonferenz.

VertreterInnen der Universität zu Lübeck werden die zentralen Ergebnisse in der Sitzung vorstellen.

Basierend auf den Ergebnissen der Pflegebedarfsanalyse ist vorgesehen, Maßnahmen und Handlungsempfehlungen abzuleiten und den Pflegebedarfsplan nach dem Landespflegegesetz fertig zu stellen.

Relevanz für den Klimaschutz:

Keine

Finanzielle Auswirkungen:

Keine

Anlage/n: Pflegebedarfsanalyse für den Kreis Rendsburg-Eckernförde vom
12.07.2021



Sektion für Forschung und Lehre in der Pflege
Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie

Leitung: Prof. Dr. Katrin Balzer
Universität zu Lübeck

Ratzeburger Allee 160, 23566 Lübeck

T: 0451 500-51262 F: 0451 500-51264 E: katrin.balzer@uksh.de

Erstellung einer Pflegebedarfsanalyse für den Kreis Rendsburg-Eckernförde

Studienleitung:

Prof. Dr. Katrin Balzer

Sektion für Forschung und Lehre in der Pflege, Institut
für Sozialmedizin und Epidemiologie

Universität zu Lübeck

Ratzeburger Allee 160, 23562 Lübeck

Tel.: 0451 500-51262

E-Mail: katrin.balzer@uksh.de

Studienmitarbeiter

Anja Kühn, Wissenschaftliche Mitarbeiterin, M. A.

Sektion für Forschung Lehre in der Pflege, Institut für
Sozialmedizin und Epidemiologie

Universität zu Lübeck

Ratzeburger Allee 160, 23562 Lübeck

Tel.: 0451 500-51271

E-Mail: anja.kuehn@uksh.de

Tilman Huckle

Sektion für Forschung Lehre in der Pflege, Institut für
Sozialmedizin und Epidemiologie

Universität zu Lübeck

Ratzeburger Allee 160, 23562 Lübeck

Tel.: 0451 500-51271

E-Mail: tilman.huckle@uksh.de

Im Auftrag des Kreises Rendsburg-Eckernförde (Kaiserstraße 8, 24768 Rendsburg)



Inhaltsverzeichnis

TABELLENVERZEICHNIS.....	4
ABBILDUNGSVERZEICHNIS	7
ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS	9
1 HINTERGRUND	10
1.1 PRÄDIKTOREN VON PFLEGEBEDÜRFTIGKEIT	11
1.2 UNTERSTÜTZUNGSPRÄFERENZEN UND -BEDÜRFNISSE BEI PFLEGEBEDÜRFTIGKEIT	12
1.3 AUSWIRKUNGEN DER SARS-CoV-2-PANDEMIE.....	14
1.4 WEITERENTWICKLUNG UND PLANUNG PFLEGERISCHER VERSORGUNGSANGEBOTE	15
2 ZIEL UND FRAGESTELLUNGEN	17
3 METHODIK	19
3.1 PROJEKTION DES PFLEGEBEDARFES	20
3.1.1 DATENBASIS.....	20
3.1.2 STATISTISCHE ANALYSEN UND BERECHNUNGEN	26
3.2 PFLEGEKONFERENZ	29
3.2.1 ZIELGRUPPEN DER PFLEGEKONFERENZ	29
3.2.2 ABLAUF DER PFLEGEKONFERENZ	29
3.2.3 ONLINE-BEFRAGUNG	31
3.2.4 AUSWERTUNG.....	32
4 ERGEBNISSE.....	32
4.1 DEMOGRAFISCHE ENTWICKLUNG.....	32
4.1.1 BEVÖLKERUNGSENTWICKLUNG SCHLESWIG-HOLSTEIN	32
4.1.2 BEVÖLKERUNGSDICHTE IM KREIS RENDSBURG-ECKERNFÖRDE	34
4.1.3 PROJEKTION DER BEVÖLKERUNGSENTWICKLUNG IM KREIS NACH GESCHLECHT UND ALTER	35
4.1.4 BEVÖLKERUNGSDICHTE UND -ENTWICKLUNG AUF DER EBENE DER NEBENSTELLEN DES PFLEGESTÜTZPUNKTS 39	
4.1.5 ENTWICKLUNG DES ALTERSDURCHSCHNITTS IM LAND	43
4.1.6 ENTWICKLUNG DES ALTERSDURCHSCHNITTS IM KREIS	44
4.1.7 ENTWICKLUNG DES ALTERSDURCHSCHNITTS AUF EBENE DER NEBENSTELLEN DES PFLEGESTÜTZPUNKTS.....	45
4.1.8 ALTEN- UND BELASTUNGSQUOTIENTEN SOWIE UNTERSTÜTZUNGSKOEFFIZIENT IM LAND	45
4.1.9 ALTEN- UND BELASTUNGSQUOTIENTEN SOWIE UNTERSTÜTZUNGSKOEFFIZIENT IM KREIS	46
4.1.10 ALTEN- UND BELASTUNGSQUOTIENTEN SOWIE UNTERSTÜTZUNGSKOEFFIZIENTEN AUF EBENE DER NEBENSTELLEN DES PFLEGESTÜTZPUNKTS.....	48
4.2 BEDARF AN PFLEGERISCHER VERSORGUNG IM JAHR 2019	50
4.2.1 BEDARF IM LAND.....	50
4.2.2 BEDARF IM KREIS RENDSBURG-ECKERNFÖRDE	51
4.2.3 BEDARF AUF DER EBENE DER NEBENSTELLEN DES PFLEGESTÜTZPUNKTS	55
4.3 PFLEGERISCHES VERSORGUNGSANGEBOT DES LANDES IM JAHR 2019	60



4.4	PFLGERISCHES VERSORGUNGSANGEBOT DES KREISES IM JAHR 2019	60
4.5	PROJEKTION DER ENTWICKLUNG DES PFLEGEBEDARFES	68
4.5.1	ENTWICKLUNG DES PFLEGEBEDARFES IM LAND	68
4.5.2	ENTWICKLUNG DES PFLEGEBEDARFES IM KREIS	70
4.5.3	PROJIZIERTER PFLEGEBEDARF VERSUS VERSORGUNGSANGEBOT IM BUNDESLAND	80
4.5.4	PROJIZIERTER PFLEGEBEDARF VERSUS VERSORGUNGSANGEBOT IM KREIS	81
4.5.5	ENTWICKLUNG DES BEDARFES AUF DER EBENE DER NEBENSTELLEN DES PFLEGESTÜTZPUNKTS	83
4.5.6	PROJIZIERTER PFLEGEBEDARF VERSUS VERSORGUNGSANGEBOT AUF DER EBENE DER NEBENSTELLEN DES PFLEGESTÜTZPUNKTS	87
5	ERGEBNISSE DER PFLEGEKONFERENZ	89
5.1	ONLINE-BEFragung	89
5.1.1	ZENTRALE HANDLUNGSFELDER	89
5.1.2	SPEZIELLE HANDLUNGSFELDER IN DER AMBULANTEN VERSORGUNG	93
5.1.3	SPEZIELLE HANDLUNGSFELDER IN DER STATIONÄREN VERSORGUNG	94
5.1.4	ALTERNATIVE VERSORGUNGSSTRUKTUREN	95
5.2	DISKUSSION AKTUELLER THEMENBEREICHE	98
5.2.1	WOHNEN IM ALTER UND WOHNORTNAHE VERSORGUNG	101
5.2.2	TRANSSEKTORALE VERSORGUNG UND ÜBERLEITUNGSPROZESSE	103
5.2.3	PERSONALGEWINNUNG	103
6	DISKUSSION	104
6.1	DEMOGRAFISCHE ENTWICKLUNG	104
6.2	DIE ÄLTERE BEVÖLKERUNG IM KREIS RENDSBURG-ECKERNFÖRDE IM VERGLEICH	106
6.3	PFLGERISCHE VERSORGUNGSSTRUKTUREN IM KREIS	107
6.4	VERGLEICH MIT DER PFLEGEBEDARFSENTWICKLUNG DES LANDES SCHLESWIG-HOLSTEIN	110
6.5	HANDLUNGSEMPFEHLUNGEN	111
6.6	LIMITATIONEN UND AUSBLICK	112
	LITERATURVERZEICHNIS	115
	ANHANG	119
A1	LEITFRAGEN FÜR DIE THEMENRÄUME DER ONLINE-PFLEGEKONFERENZ VOM 17.06.2021	119
A2	FRAGEBOGEN DER ONLINE-BEFragung	122
A4	ERGÄNZENDE TABELLEN UND ABBILDUNGEN	128
A4	PRÄSENTATIONSFOLIEN DER PFLEGEKONFERENZ AM 17.06.2021	137



Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Fragestellungen.....	18
Tabelle 2: Zuordnung der Ämter und amtsfreien Städte und Gemeinden des Kreises Rendsburg-Eckernförde zu den Nebenstellen des Pflegestützpunkts	21
Tabelle 3: Verwendete Daten der Pflegestatistik auf der Ebene der Nebenstellen des Pflegestützpunkts im Kreis Rendsburg-Eckernförde, der Ebene des Kreises Rendsburg-Eckernförde und der Ebene des Bundeslandes Schleswig-Holstein für die Projektion des Pflegebedarfes im Kreis und den Nebenstellen des Pflegestützpunkts	24
Tabelle 4: Über das Forschungsdatenzentrum erhobene Daten der Pflegestatistik 2019 des Kreises Rendsburg-Eckernförde.....	25
Tabelle 5: Programm der Pflegekonferenz des Kreises Rendsburg-Eckernförde am 17.06.2021	31
Tabelle 6: Rotationsschema der Gruppen im Rahmen des World-Cafés.....	31
Tabelle 7: Bevölkerungsentwicklung in Schleswig-Holstein 2019 bis 2030	33
Tabelle 8: Bevölkerungsentwicklung in Schleswig-Holstein 2019 bis 2030 nach Altersgruppen und Geschlecht	33
Tabelle 9: Entwicklung der Altersgruppen im Kreis Rendsburg-Eckernförde 2019 bis 2030	36
Tabelle 10: Entwicklung der relativen Anzahl an Einwohnern 2019 bis 2030 (Angabe in %)	36
Tabelle 11: Vergleich der Entwicklung der Bevölkerung nach Altersgruppen im Kreis und im Land bis 2030.....	39
Tabelle 12: Entwicklung der Bevölkerungsanzahl der Nebenstellen des Pflegestützpunkts bis 2030	41
Tabelle 13: Entwicklung des Altersdurchschnitts in Schleswig-Holstein 2019 und 2030.....	44
Tabelle 14: Altersdurchschnitt im Kreis Rendsburg-Eckernförde gesamt und nach Geschlecht.....	44
Tabelle 15: Vergleich der Entwicklung des Altersdurchschnittes im Kreis und im Land bis 2030.....	45
Tabelle 16: Entwicklung des Altersdurchschnitts in den Nebenstellen des Pflegestützpunkts 2019 bis 2030.....	45
Tabelle 17: Alten-, Belastungsquotient und Unterstützungskoeffizient im Land 2019 und 2030.....	46
Tabelle 18: Relativer Anteil der Bevölkerung im Kreis Rendsburg-Eckernförde nach Altersgruppen bis 2030 (Angabe in %)	47
Tabelle 19: Entwicklung des Altenquotienten, Belastungsquotienten und Unterstützungskoeffizient im Kreis bis 2030.....	48
Tabelle 20: Vergleich der Entwicklung des Alten- und Belastungsquotienten sowie des Unterstützungskoeffizienten im Kreis und im Land bis 2030	48
Tabelle 21: Alten- und Belastungsquotient sowie Unterstützungskoeffizient nach den Nebenstellen des Pflegestützpunkts bis 2030	49
Tabelle 22: Personen mit Pflegebedarf nach Art der Versorgung im Land Schleswig-Holstein 2019	51
Tabelle 23: Pflegequoten im Land Schleswig-Holstein	51
Tabelle 24: Daten der Pflegestatistik 2019 im Kreis Rendsburg-Eckernförde	53
Tabelle 25: Pflegequoten im Kreis.....	54
Tabelle 26: Vergleich der Verteilung der Leistungsempfänger*innen 2019 nach Geschlecht, Versorgungsart, Pflegegraden und Altersgruppen im Kreis und im Land.....	55
Tabelle 27: Anzahl der Leistungsempfänger*innen im Jahr 2019 nach den Nebenstellen des Pflegestützpunkts	57
Tabelle 28: Anteile der Leistungsempfänger*innen der Nebenstellen des Pflegestützpunkts 2019	58
Tabelle 29: Pflegequoten in den Nebenstellen des Pflegestützpunkts.....	58
Tabelle 30: Pflegerisches Versorgungsangebot im Land 2019.....	60



Tabelle 31: Übersicht über die Pflegedienste und stationäre Einrichtungen in Rendsburg-Eckernförde 2019	61
Tabelle 32: Beschäftigte in der pflegerischen Versorgung nach Beschäftigungsverhältnis im Kreis	61
Tabelle 33: Anzahl an Pflegediensten und stationären Einrichtungen nach den Nebenstellen des Pflegestützpunkts 2019	62
Tabelle 34: Entwicklung der Anzahl an Leistungsempfänger*innen nach Geschlecht im Land bis 2030	68
Tabelle 35: Entwicklung der Anzahl an Leistungsempfänger*innen nach Altersgruppen im Land bis 2030.....	68
Tabelle 36: Entwicklung der Anzahl an Leistungsempfänger*innen nach Versorgungsart im Bundesland bis 2030.....	69
Tabelle 37: Entwicklung der Anzahl an Leistungsempfänger*innen nach Pflegegrad im Bundesland bis 2030.....	69
Tabelle 38: Entwicklung der Anzahl an Leistungsempfänger*innen nach Versorgungsart und Grad der Pflegebedürftigkeit im Bundesland bis 2030.....	69
Tabelle 39: Entwicklung der Anzahl an Leistungsempfänger*innen nach SGB XI im Kreis nach Geschlecht	71
Tabelle 40: Entwicklung der Anzahl an Leistungsempfänger*innen im Kreis nach Altersgruppen und Geschlecht	71
Tabelle 41: Entwicklung der Anzahl an Leistungsempfänger*innen im Kreis nach Alter und Pflegegraden	73
Tabelle 42: Entwicklung der Anzahl an Leistungsempfänger*innen im Kreis nach Art der Versorgung	76
Tabelle 43: Vergleich der Entwicklung der Leistungsempfänger*innen im Kreis und im Bundesland bis 2030.....	78
Tabelle 44: Anzahl der Leistungsempfänger*innen nach Pflegegrad und Art der Versorgung im Kreis 2019 versus 2030.....	79
Tabelle 45: Differenz der projizierten Anzahl der Leistungsempfänger*innen nach Pflegegrad und Versorgungsart im Kreis 2019 bis 2030.....	80
Tabelle 46: Vergleich des aktuellen Versorgungsangebots und des projizierten Pflegebedarfs im Bundesland.....	80
Tabelle 47: Vergleich des aktuellen Versorgungsangebots und des projizierten Bedarfs im Kreis nach Versorgungsart.....	82
Tabelle 48: Vergleich des zusätzlichen Bedarfs an pflegerischen Versorgungsangeboten im Kreis und im Bundesland bis 2030.....	83
Tabelle 49: Entwicklung der Anzahl an Leistungsempfänger*innen auf Ebene der Nebenstellen des Pflegestützpunkts nach Geschlecht.....	84
Tabelle 50: Entwicklung der Anzahl der Leistungsempfänger*innen auf Ebene der Nebenstellen des Pflegestützpunkts nach Altersgruppen	84
Tabelle 51: Entwicklung der Anzahl an Leistungsempfänger*innen auf Ebene der Nebenstellen des Pflegestützpunkts nach Pflegegraden	86
Tabelle 52: Entwicklung der Anzahl an Leistungsempfänger*innen nach SGB XI auf Ebene der Pflegestützpunkte nach Versorgungsart.....	87
Tabelle 53: Vergleich des aktuellen Versorgungsangebots und des projizierten Bedarfs auf Ebene der Nebenstellen des Pflegestützpunkts nach Versorgungsart	88
Tabelle 54: Verteilung der Akteursgruppen	89
Tabelle 55: Nennung der drei wichtigsten Handlungsfelder für die pflegerische Versorgung.....	90
Tabelle 56: Bewertung von speziellen Handlungsfeldern in der ambulanten Versorgung.....	93



Sektion für Forschung und Lehre in der Pflege
Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie
Leitung: Prof. Dr. Katrin Balzer
Universität zu Lübeck
Ratzeburger Allee 160, 23566 Lübeck
T: 0451 500-51262 F: 0451 500-51264 E: katrin.balzer@uksh.de

Tabelle 57: Bewertung von speziellen Handlungsfeldern in der stationären Versorgung.....	94
Tabelle 58: Bewertung alternativer Versorgungsstrukturen	96
Tabelle 59: Bewertung von Maßnahmen für die bedarfsgerechte Versorgung zukünftiger Generationen.....	96
Tabelle 60: Übersicht über die Themen, die in den Themenräumen als zentrale Handlungsfelder diskutiert wurden.....	98
Tabelle 61: Differenz der Bevölkerungszahlen in der Bevölkerungsprognose und der Pflegestatistik für das Jahr 2019.....	128
Tabelle 62: Entwicklung der Anteile der Altersgruppen auf Ebene der Nebenstellen des Pflegestützpunkts.....	131
Tabelle 63: Anteile der Altersgruppen übertragen aus der Pflegestatistik Schleswig-Holstein 2019	134
Tabelle 64: Verteilung der Leistungsempfänger*innen nach Pflegegraden, Versorgungsarten und Altersgruppen der Pflegestatistik Schleswig-Holstein 2019	135
Tabelle 65: Vergleich des Alten- und Belastungsquotienten sowie des Unterstützungskoeffizienten des Kreises mit Schleswig-Holstein und der Bundesrepublik.....	136



Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Pflegebedürftige nach Versorgungsart in Deutschland (Destatis 2020)	11
Abbildung 2: Todesfälle mit Coronavirus (Covid-19) in Deutschland nach Alter und Geschlecht (Statistisches Bundesamt, Stand 13.04.2021)	14
Abbildung 3: Ämter und amtsfreie Städte und Gemeinden innerhalb der Nebenstellen des Pflegestützpunkts	22
Abbildung 4: Berechnungsweg der Entwicklung der Anzahl an Leistungsempfänger*innen in Rendsburg-Eckernförde und den Nebenstellen des Pflegestützpunkts nach Pflegegrad und Art der Versorgung anhand der Pflegestatistik Schleswig-Holstein	27
Abbildung 5: Bevölkerungspyramide nach Alter und Geschlecht 2019 und 2030 in Schleswig-Holstein.....	34
Abbildung 6: Bevölkerungsdichte im Kreis Rendsburg-Eckernförde,.....	35
Abbildung 7: Entwicklung der Bevölkerungsanzahl im Kreis Rendsburg-Eckernförde differenziert nach Altersgruppen Datengrundlage: Bevölkerungsprognose 2018 bis 2030 nach Gertz Gutsche Rümenapp GbR (2017).	37
Abbildung 8: Altersentwicklung im Kreis Rendsburg-Eckernförde 2019-2030	38
Abbildung 9: Bevölkerung nach Alter und Geschlecht 2019 und 2030 im Kreis Rendsburg-Eckernförde	39
Abbildung 10: Bevölkerungsdichte auf Ebene der Nebenstellen des Pflegestützpunkts 2019	40
Abbildung 11: Verteilung der Altersgruppen nach Nebenstelle des Pflegestützpunkts 2019 und 2030	42
Abbildung 12: Altersentwicklung nach Geschlecht auf Ebene der Nebenstellen des Pflegestützpunkts 2019 und 2030	43
Abbildung 13: Alten- und Belastungsquotient 2019 bis 2030.....	47
Abbildung 14: Personen mit Pflegebedarf nach Art der Versorgung im Land Schleswig-Holstein 2019	50
Abbildung 15: Personen mit Pflegebedarf nach Art der Versorgung im Kreis Rendsburg-Eckernförde 2019.....	52
Abbildung 16: Anteil der Personen mit Pflegebedarf nach Geschlecht im Kreis 2019	54
Abbildung 17: Anzahl der Leistungsempfänger*innen nach Pflegegraden mit Aufteilung nach den Nebenstellen des Pflegestützpunkts im Jahr 2019. Datengrundlage: Pflegestatistik Rendsburg-Eckernförde 2019.	59
Abbildung 18: Anzahl der Leistungsempfänger*innen nach Versorgungsart mit Aufteilung nach den Nebenstellen des Pflegestützpunkts im Jahr 2019. Datengrundlage: Pflegestatistik Rendsburg-Eckernförde 2019.	59
Abbildung 19: Bevölkerungsdaten und geografische Lage der Versorgungsangebote in der Nebenstelle Flintbek des Pflegestützpunkts.....	63



Abbildung 20: Bevölkerungsdaten und geografische Lage der Versorgungsangebote in der Nebenstelle Rendsburg des Pflegestützpunkts.....	64
Abbildung 21: Bevölkerungsdaten und geografische Lage der Versorgungsangebote in der Nebenstelle Eckernförde des Pflegestützpunkts.....	65
Abbildung 22: Bevölkerungsdaten und geografische Lage der Versorgungsangebote in der Nebenstelle Altenholz des Pflegestützpunkts.....	66
Abbildung 23: Bevölkerungsdaten und geografische Lage der Versorgungsangebote in den Nebenstelle Hohenweststedt des Pflegestützpunkts.....	67
Abbildung 24: Entwicklung der Anzahl an Leistungsempfänger*innen nach Altersgruppen	72
Abbildung 25: Entwicklung der Anzahl an Leistungsempfänger*innen nach Pflegegrad	75
Abbildung 26: Entwicklung der Anzahl an Leistungsempfänger*innen nach Versorgungsart	77
Abbildung 27: Benannte Handlungsfelder differenziert nach Akteursgruppen.....	92
Abbildung 28: Entwicklung des Altersdurchschnitts auf Ebene der Ämter und amtsfreien Städte und Gemeinden.....	129
Abbildung 29: Zuwachs des Altersdurchschnitts bis zum Jahr 2030 auf Ebene der Ämter und amtsfreien Städte und Gemeinden	130
Abbildung 30: Alten- und Belastungsquotient sowie Unterstützungskoeffizient auf Ebene der Nebenstellen des Pflegestützpunkts.	133



Sektion für Forschung und Lehre in der Pflege
Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie
Leitung: Prof. Dr. Katrin Balzer
Universität zu Lübeck
Ratzeburger Allee 160, 23566 Lübeck
T: 0451 500-51262 F: 0451 500-51264 E: katrin.balzer@uksh.de

Abkürzungsverzeichnis

Covid-19 Erkrankung	Coronavirus Disease 2019
LPflegeG	Landespflegegesetz
SARS-CoV-2	Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus Type 2
SGB V	Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (Gesetzliche Krankenversicherung)
SGB XI	Sozialgesetzbuch Elftes Buch (Soziale Pflegeversicherung)
FDZ	Forschungsdatenzentrum



1 Hintergrund

Infolge des demografischen Wandels wird der Anteil der älteren Menschen und damit einhergehend die Anzahl der Personen mit langfristig bestehendem pflegerischen Unterstützungsbedarf weiterhin zunehmen. Als pflegebedürftig im Sinne der gesetzlichen Pflegeversicherung (SGB XI) gelten Personen, die „gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder Fähigkeiten aufweisen und deshalb der Hilfe durch andere bedürfen“ (§ 14 SGB XI). Mit dem Inkrafttreten des Dritten Pflegestärkungsgesetzes (PSG III) am 01.01.2017 wurde ein neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff eingeführt. Damit ersetzen fünf Pflegegrade die bis dahin geltenden drei Pflegestufen. Durch die Orientierung der Pflegegrade an der Schwere der Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten der pflegebedürftigen Person soll eine an die individuellen Bedürfnisse angepasste Versorgung ermöglicht werden. Der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff beinhaltet sechs Module: (1) *Mobilität*, (2) *kognitive und kommunikative Fähigkeiten*, (3) *Verhaltensweisen und psychische Problemlagen*, (4) *Selbstversorgung*, (5) *Bewältigung von und selbständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen* sowie (6) *Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte*. Anders als nach den ursprünglichen Regelungen der gesetzlichen Pflegeversicherung haben nunmehr nicht nur Personen mit verrichtungsbezogenen Einschränkungen, sondern ebenso jene mit eingeschränkter Alltagskompetenz Anspruch auf Leistungen der Pflegeversicherung.

Im Dezember 2019 waren in Deutschland 4.127.605 Menschen pflegebedürftig im Sinne der Pflegeversicherung. Knapp 68% der Menschen mit Pflegebedarf sind älter als 75 Jahre (Statistisches Bundesamt, die meisten haben einen Pflegegrad 2 (43%, ca. 1,8 Mio.) oder 3 (29%, ca. 1,2 Mio.) (Destatis), 2020). Derzeit werden ca. 80% der rund 4,1 Mio. Pflegebedürftigen zu Hause versorgt. Diese häusliche Versorgung erfolgt in 64% der Fälle durch Angehörige, entweder mit oder ohne Beteiligung durch einen ambulanten Dienst (Abbildung 1).

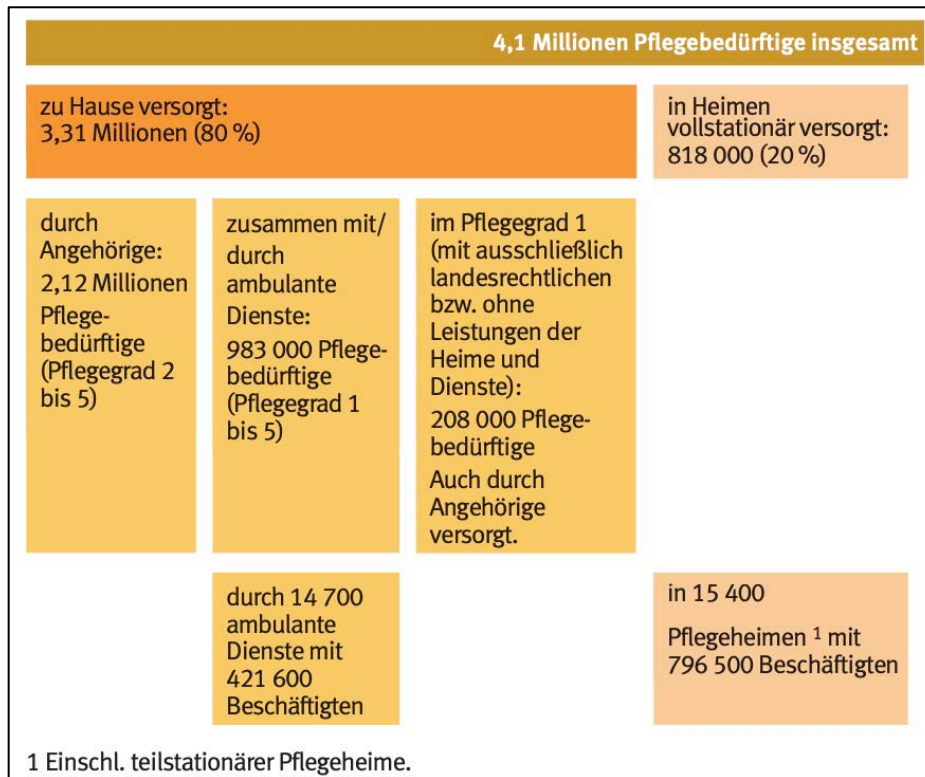


Abbildung 1: Pflegebedürftige nach Versorgungsart in Deutschland (Destatis 2020)

1.1 Prädiktoren von Pflegebedürftigkeit

Die Wahrscheinlichkeit, pflegebedürftig zu sein, steigt mit zunehmendem Alter an. Jeder zweite Mann und drei von vier Frauen werden im Laufe des Lebens pflegebedürftig. Somit ist die Mehrheit der Bevölkerung von dem Risiko bedroht, pflegebedürftig zu werden (Rothgang, Müller & Unger, 2012). Hajek et al. (2016) haben Einflussfaktoren der Pflegebedürftigkeit analysiert. Die Daten wurden im Rahmen der „German Study on Ageing, Cognition and Dementia in Primary Care Patients“ (AgeCoDe) erhoben. Über Hausarztpraxen wurden mehr als 3.000 Personen rekrutiert, die mindestens 75 Jahre alt waren, keine aktuell vorliegende Demenzdiagnose hatten und in den letzten 12 Monaten mindestens einen Hausarztkontakt hatten. Personen, die in einer Einrichtung der stationären Langzeitpflege lebten, wurden ausgeschlossen. Als zentrale Faktoren, die das Risiko einer Pflegebedürftigkeit erhöhen, wurden das Alter, Mobilitätseinschränkungen und das Auftreten einer Demenz ermittelt. Der Familienstand, die Wohnsituation, Sehbeeinträchtigungen oder das Auftreten einer Depression waren weniger bedeutend. Im Rahmen der Berliner Initiative Studie (BIS) wurde ebenso deutlich, dass Pflegebedürftigkeit vor allem vom hohen Alter und bestimmten körperlichen Beeinträchtigungen verursacht durch einen Schlaganfall oder eine Krebserkrankung abhängt. Eine



zusätzliche Rolle bei der Entstehung von Pflegebedürftigkeit spielt die Einschätzung des subjektiven Gesundheitszustands. Das Risiko für Pflegebedürftigkeit ist unabhängig von tatsächlich vorliegenden Erkrankungen bei Personen die ihre eigene Gesundheit als schlecht oder sehr schlecht einschätzten knapp vierfach erhöht (ZQP, 2015). Zunehmendes Alter führt jedoch nicht zwangsläufig zu gesundheitlichen Einschränkungen. Es gibt vielmehr Hinweise dafür, dass gesundheitliche Einschränkungen insbesondere auch vom Bildungsstand abhängen (Mahne et al., 2017).

In einer niederländischen Analyse der Registerdaten von über 200.000 erwachsenen Personen (≥ 20 Jahre) erwies sich das Alter in unterschiedlichen Vorhersagemodellen durchgängig als ein unabhängiger Einflussfaktor auf das Risiko, im Laufe des Lebens in irgendeiner Form der Langzeitpflege zu bedürfen. Ebenfalls einen risikoe erhöhenden Effekt hatten das Vorliegen chronischer Erkrankungen, die Haushaltsgröße (Einpersonen- versus Mehrpersonenhaushalt) und bestimmte Merkmale des sozioökonomischen Status (z. B. Größe des Haushaltseinkommens) (Slobbe et al., 2017). Systematische Übersichtsarbeiten, in denen weltweit vorliegende Studien zum Risiko der Inanspruchnahme von Langzeitpflege (Harrison et al., 2017) oder des Einzugs in ein Pflegeheim (Stiefler et al., 2020) ausgewertet wurden, zeigen darüber hinaus, dass selbst bei bereits bestehenden gesundheitlichen Einschränkungen bzw. vorliegender Pflegebedürftigkeit das Alter weiterhin einen signifikanten Einfluss auf den Unterstützungsbedarf hat. Dies unterstreicht den engen Zusammenhang zwischen dem Alter und dem Risiko der Pflegebedürftigkeit und erfordert eine langfristige Vorausplanung erforderlicher Ressourcen, um dem mit dem demografischen Wandel zu erwartenden Anstieg des Anteils pflegebedürftiger Personen zu begegnen.

1.2 Unterstützungspräferenzen und -bedürfnisse bei Pflegebedürftigkeit

Im Rahmen der häuslichen Versorgung wird zwischen informeller und formeller Pflege unterschieden. Unter informeller Pflege wird die Betreuung von Pflegebedürftigen durch Angehörige, Freunde, Bekannte oder andere Personen aus dem sozialen Umfeld der Personen mit Pflegebedarf zusammengefasst. Die formelle Pflege erfolgt durch professionelle Leistungsanbieter, insbesondere durch ambulante Pflegedienste (BARMER Pflegereport, 2020). Wie groß die Bedeutung der Pflege durch Angehörige für das Gesamtsystem der Pflege ist und wie sich die entsprechenden Unterstützungsressourcen entwickeln, lässt sich nur vermuten (BARMER Pflegereport, 2020). Aktuell valide Zahlen über die Anzahl informell Pflegenden liegen nicht vor. In einer europaweit durchgeführten Befragung in den Jahren 2014/2015 gaben 35% von ca. 2.800 befragten Erwachsenen in Deutschland an,



Zeit für die Unterstützung von Familienmitgliedern, Freunden oder Bekannten mit langfristig bestehenden körperlichen oder geistigen Beeinträchtigungen aufzubringen, 6,2% gaben an, mindestens elf Stunden pro Woche hierfür aufzuwenden. Mit diesen Werten liegt Deutschland im Durchschnitt der eingeschlossenen 22 europäischen Länder (Mittelwerte 34,2 bzw. 6,9 %) (Verbakel et al., 2018). Sowohl nationale als auch internationale Daten zeigen, dass sich eine große Mehrheit erwachsener Menschen wünscht, im Fall eigener langzeitiger Pflegebedürftigkeit zu Hause versorgt werden zu können (Hajek et al., 2018; Haumann, 2020; Kasper et al., 2019). Ein zunehmend häufiger als Präferenz genanntes Modell ist das Leben in einer (betreuten) Wohngruppe (Haumann, 2020). Spangenberg et al. (2013) haben eine Stichprobe von Frauen (n=818) und Männern (n=727) im Alter von 45 Jahren und älter zu ihren Wohnpräferenzen im Alter befragt. Über die Hälfte der Befragten (66%, n=1.019) gaben an, dass sie sich wünschten, auch bei Unterstützungs- oder Pflegebedarf weiter zu Hause wohnen zu können. Knapp ein Viertel (n=324, 21%), gab an, sich vorstellen zu können, in eine alternative Wohnform wie z. B. betreutes Wohnen oder gemeinschaftliches Wohnen zu ziehen. Lediglich 77 Teilnehmerinnen und Teilnehmer würden ein Alten- oder Pflegeheim präferieren. In den Regressionsmodellen zeigten sich dabei keine signifikanten Ergebnisse für die Prädiktoren Lebensalter und das Vorhandensein von Kindern. Unabhängig vom Alter präferierten die Befragten, die mit einem Partner zusammenleben, eher den Verbleib im eigenen Haushalt, wohingegen alleinlebende Personen alternative Wohnformen bevorzugten (Spangenberg et al., 2013).

Infolge der demografischen Entwicklung werden weniger jüngere Menschen älteren pflegebedürftigen Menschen gegenüberstehen. Hinzukommt, dass pflegende Angehörige besonderen Herausforderungen und Belastungen ausgesetzt sind. Insbesondere die erwerbstätigen pflegenden Angehörigen sehen sich einer Doppelbelastung gegenüber (Bidenko & Bohnet-Joschko, 2021). Neben den körperlichen Belastungen durch die Pflege steht die psychische Belastung im Vordergrund. Dabei wird vor allem ein Zusammenhang zwischen kognitiven Einschränkungen der Menschen mit pflegerischem Unterstützungsbedarf und den psychischen Belastungen bei den Pflegepersonen beschrieben. In einer Online-Befragung von ca. 1.100 Hauptpflegepersonen gaben ca. 25% eine hohe Belastung an. Die Hauptpflegepersonen betreuen die zu pflegende Person im Mittel 43 Stunden pro Woche. Den höchsten Stundenumfang gaben Hauptpflegepersonen an, die mit der pflegebedürftigen Person im gleichen Haushalt leben. Vor allem Haushalte mit an Demenz erkrankten Menschen und solche mit einem Pflegegrad ≥ 3 wenden die meisten Zeit auf. Im Rahmen der Pflegeversicherung können pflegende Angehörige Unterstützungsangebote in Anspruch nehmen. Häufig werden diese Leistungen nicht genutzt, da die zu pflegende Person nicht von Fremden gepflegt werden



möchte (BARMER Pflegereport, 2020). In der gleichen Erhebung berichteten 8% der Befragten, dass die häusliche Pflege durch eine 24-Stunden-Pflegedienstleistung, meist geleistet durch osteuropäische Arbeitskräfte, unterstützt wird. Die Kosten für diese Pflegekräfte werden derzeit nicht durch die Pflegeversicherung übernommen und werden privat getragen, wobei Pflegegeld und Erstattungen für Verhinderungspflege herangezogen werden können. 52 Haushalte gaben als anfallende Kosten durchschnittlich 2.281 Euro pro Monat an (BARMER Pflegereport, 2018).

1.3 Auswirkungen der SARS-CoV-2-Pandemie

Anfang 2020 wurde das neuartige Virus SARS-CoV-2 (Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus Type 2) identifiziert. Das Virus breitete sich weltweit aus. Mitte März 2020 wurde Europa zum Epizentrum der Pandemie. Seit Beginn der Pandemie haben sich in Deutschland rund 3,6 Mio. Menschen mit dem SARS-CoV-2 infiziert (RKI, Stand 24.05.2021). Insbesondere für Personen mit Vorerkrankungen stellen eine SARS-COV-2-Infektion und die daraus resultierende Covid-19 Erkrankung (Coronavirus Disease 2019) ein erhöhtes Mortalitätsrisiko dar (BARMER Pflegereport, 2020). Ein schwerer bis tödlicher Erkrankungsverlauf ist mit steigendem Alter zunehmend wahrscheinlich (Abbildung 2).

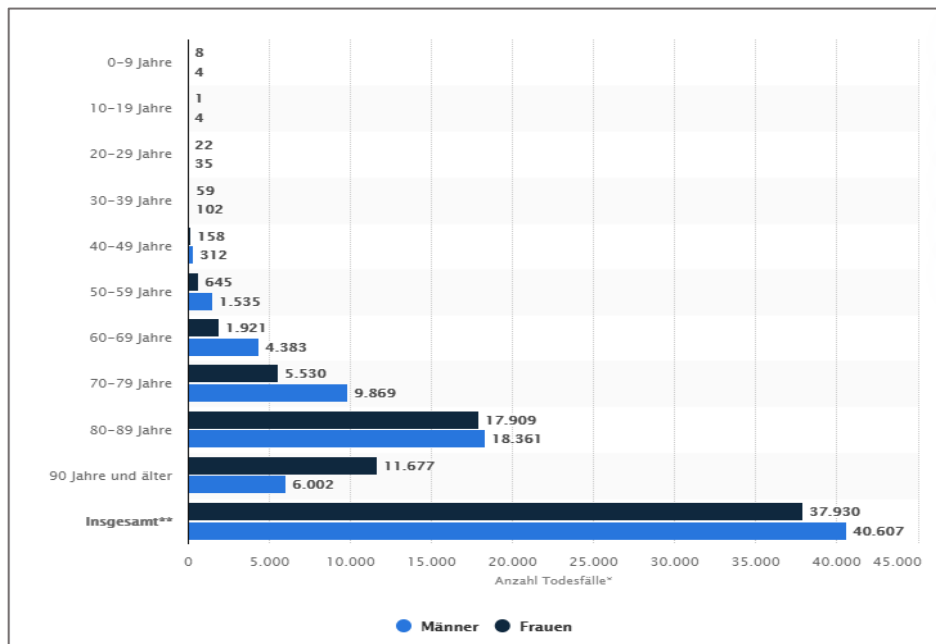


Abbildung 2: Todesfälle mit Coronavirus (Covid-19) in Deutschland nach Alter und Geschlecht (Statistisches Bundesamt, Stand 13.04.2021)



Den täglich erhobenen Daten des Robert Koch-Instituts zufolge starben bis zum 24.05.2021 insgesamt 87.423 Personen in Deutschland in unmittelbarer Folge einer Covid-19 Erkrankung. Davon waren 75.632 (96,3%) älter als 60 Jahre. Im Vergleich zu den Vorjahren ist die Sterbefallzahl in Schleswig-Holstein auch unter der älteren Bevölkerung im Jahr 2020 nicht erhöht. In Deutschland lag die Zahl der Verstorbenen im Dezember 2020 32% über dem Vorjahresdurchschnitt (Destatis, 2021).

Durch die Pandemie sind Krankenhäuser und Einrichtungen der ambulanten und stationären Langzeitpflege besonderen Herausforderungen und Belastungen ausgesetzt. In einer Analyse von neun internationalen Studien zur Belastung von Pflegenden in stationären Einrichtungen während der Covid-19-Pandemie wurde festgestellt, dass Pflegenden in besonderer Weise von den Folgen der Pandemie betroffen sind. Neben den allgegenwärtigen Belastungen durch Einschränkungen der Sozialkontakte und Verzicht auf Freizeitaktivitäten erlebten die Mitarbeitenden der Einrichtungen eine vermehrte Angst vor einer eigenen Ansteckung oder einer Ansteckung naher Angehörigen oder Bewohner*innen. Fehlendes Personal sowie unzureichende Schutzausrüstung verursachten zudem vermehrt Konflikte im professionellen Handeln. Gefühle von Hilflosigkeit, Kontrollverlust und Schuldempfinden wurden von den Pflegekräften insbesondere in Einrichtungen mit gehäuften Infektionen und Todesfällen beschrieben. Auch eine Verunsicherung durch häufig geänderte Hygienevorschriften und Besuchsverbote wurde genannt. Die erhöhte Arbeitsbelastung und die daraus resultierende physische und psychische Überlastung der Pflegekräfte lassen die Autor*innen der Analyse eine drohende Verschärfung des Fachkräftemangels in der Altenpflege vermuten (Benzinger et al., 2021). Führungskräfte von stationären und ambulanten Pflegeinstitutionen gaben in einer Onlinebefragung an, unter der konstanten Sorge um die Gesundheit ihrer Mitarbeitenden und der zu Pflegenden zu leiden. Des Weiteren wurden die Bereitstellung adäquater Schutzausrüstung, sich häufig ändernde Hygienevorschriften, fehlender Informationsfluss sowie finanzielle Einbußen als Herausforderungen genannt (Hower, Pfaff & Pförtner, 2020). Weiterhin wurde ein signifikanter Zusammenhang zwischen den allgemeinen und pandemiebezogenen Belastungen und dem Wunsch, den Beruf aufzugeben, festgestellt (Pförtner, Pfaff & Hower, 2011).

1.4 Weiterentwicklung und Planung pflegerischer Versorgungsangebote

Die Pflegeversicherung steht vor mehreren Herausforderungen. Für eine verbesserte Pflegequalität werden mehr Personal und mehr Investitionen notwendig, und durch die neuen Leistungsstufen bei der Einschätzung der Pflegebedürftigkeit steigen die Gesamtkosten stärker an. Dies betrifft insbe-



sondere die Leistungssätze der stationären Pflege, wodurch sich die Eigenanteile der Pflegebedürftigkeit erhöhen (Jacobs et al., 2020). Aufgrund der beschriebenen Herausforderungen wurde am 11. Juni 2021 vom Deutschen Bundestag eine Reform der gesetzlichen Pflegeversicherung beschlossen, deren Neuregelungen ab dem Jahr 2022 greifen sollen (Gesetz zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung (GVWG)). Unter anderem soll der Eigenanteil, der für die Betreuung in stationären Einrichtungen gezahlt werden muss, auf maximal 700 Euro gedeckelt werden. Zusätzlich soll eine Internetplattform eingerichtet werden, an die Pflegeeinrichtungen ihre freien Plätze melden können, um den Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen die Suche nach freien Kapazitäten zu erleichtern. Außerdem wird eine Stärkung der geriatrischen Rehabilitation und der Kurzzeitpflege angestrebt, um das Risiko der Pflegebedürftigkeit zu reduzieren. Des Weiteren ist eine Erhöhung der Leistungen für die Versorgung zu Hause geplant. Dies beinhaltet auch, dass zukünftig unter bestimmten Bedingungen „24-Stunden-Betreuungskräfte“ mit über 40% des Pflegesachleistungsbetrages refinanziert werden können. Der vom Bundestag beschlossene Gesetzentwurf wurde am 25. Juni 2021 vom Bundesrat bestätigt (Bundesrat Drucksache 511/21). Bislang fehlen gesetzliche Regelungen für die arbeitsrechtliche Gestaltung dieser Form der häuslichen Pflege. Häufig wird nur die vertraglich festgelegte Arbeitszeit bezahlt, ohne Berücksichtigung der Bereitschaftszeiten. Laut einem aktuellen Urteil des Bundesarbeitsgerichts vom Juni 2021 steht den Pflegenden für die 24-Stunden-Pflege der Mindestlohn zu, auch für Bereitschaftszeiten (Az.: 5 AZR 505/20).

Nach § 8 Abs. 1 SGB XI ist die pflegerische Versorgung der Bevölkerung eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe. Die Verantwortung für eine leistungsfähige und ausreichende pflegerische Versorgungsstruktur liegt bei den Ländern (§ 9 SGB XI). In Schleswig-Holstein wurde der Planungsauftrag an die Kreise und kreisfreien Städte übertragen. Gemäß § 3 des Landespflegegesetzes (LPflegeG) sind die Kreise und kreisfreien Städte verpflichtet, Pflegebedarfspläne aufzustellen und diese regelmäßig fortzuschreiben. Auf Basis der derzeitigen Empfänger*innen von Leistungen der Pflegeversicherung wird unter Berücksichtigung der demografischen Entwicklung der Alters- und Geschlechtsstruktur in der Bevölkerung die Anzahl der zukünftigen Leistungsempfänger*innen projiziert.

Die vorliegende Analyse des Pflegebedarfs bezieht sich auf den Kreis Rendsburg-Eckernförde und wurde im Auftrag dieses Kreises erstellt. Rendsburg-Eckernförde ist mit 2.189 km² der flächenmäßig größte Kreis des Bundeslandes Schleswig-Holstein. Der Kreis liegt zentral und grenzt an die Kreise Segeberg, Dithmarschen, Schleswig-Flensburg, Steinburg und Plön sowie an die kreisfreien Städte Neumünster und Kiel. Er ist unterteilt in 14 Ämter und sechs amtsfreie Städte oder Gemeinden. Es



gibt einen Pflegestützpunkt mit den folgenden Nebenstellen: (1) Eckernförde, (2) Rendsburg, (3) Hohenwestedt, (4) Altenholz und (5) Flintbek.

2 Ziel und Fragestellungen

Um dem Planungsauftrag des LPflegeG zu entsprechen, hat der Kreis Rendsburg-Eckernförde vorliegende Pflegebedarfsanalyse als Grundlage für die Pflegebedarfsplanung des Kreises in Auftrag gegeben. Ziel war es, zu erwartende Versorgungsengpässe zu identifizieren und zentrale Handlungsfelder für die Sicherstellung einer bedarfsgerechten pflegerischen Versorgung in diesem Kreis zu benennen. Daraus sollen entsprechende Handlungsempfehlungen abgeleitet werden.

Die vorliegende Pflegebedarfsanalyse beschreibt die geschätzte Entwicklung des Pflegebedarfs im Kreis Rendsburg-Eckernförde bis zum Jahr 2030 nach Art der pflegerischen Versorgung und nach den Pflegegraden sowie sich daraus ergebende Anforderungen an die Weiterentwicklung der pflegerischen Versorgungsstrukturen in diesem Kreis. Die Schätzung des Pflegebedarfs erfolgte mittels Projektion von Kennzahlen der aktuellen Pflegestatistik auf der Basis einer Prognose der demografischen Entwicklung des Kreises bis 2030. Der Begriff „Pflegebedarf“ entspricht hierbei jeweils der Anzahl an Personen, die Voraussetzungen für die Zuordnung zu einem Pflegegrad nach §§ 14–15 SGB XI erfüllen, also als pflegebedürftig im Sinne des Sozialrechts gelten, und damit Anspruch auf bestimmte Leistungen nach SGB XI haben. Die Analyse erfolgte auf den folgenden räumlichen Ebenen¹:

- Kreisebene Rendsburg-Eckernförde
- Fünf Teilräume gemäß den Einzugsgebieten der Nebenstellen des Pflegestützpunkts

Die im Einzelnen untersuchten Fragestellungen sind in Tabelle 1 zusammengefasst.

Die Ergebnisse der Schätzung des Pflegebedarfs wurden in einer anschließenden Pflegekonferenz des Kreises mit Vertreter*innen relevanter Akteure diskutiert. Ziel der Pflegekonferenz war es, ausgehend von diesen statistischen Ergebnissen zentrale Handlungsfelder für die Sicherstellung der zukünftigen pflegerischen Versorgung im Kreis zu identifizieren.

¹ Zusätzlich wurden bestimmte Kennzahlen auf der Landesebene Schleswig-Holsteins zum Vergleich mit den Daten auf den Ebenen des Kreises und der Nebenstellen des Pflegestützpunkts dargestellt.



Tabelle 1: Fragestellungen

Kategorie	Fragestellungen
Soziodemografische Entwicklung Bevölkerungsentwicklung Altersstrukturentwicklung	<ul style="list-style-type: none"> Wie entwickelt sich die Anzahl der Einwohner*innen im Kreis Rendsburg-Eckernförde insgesamt und differenziert nach den Nebenstellen des Pflegestützpunkts bis zum Jahr 2030? Wie entwickeln sich die altersbezogenen Anteile innerhalb der Bevölkerung des Kreises und differenziert nach den Nebenstellen des Pflegestützpunkts bis 2030? Wie entwickeln sich die Anteile an älteren Menschen bezogen auf den Anteil erwerbsfähiger Menschen innerhalb der Bevölkerung des Kreises und differenziert nach den Nebenstellen des Pflegestützpunkts bis 2030?
Entwicklung der Pflegekennzahlen (Bedarf): Grad der Pflegebedürftigkeit, Altersgruppen, Geschlecht Pflegequoten, Art der Versorgung	<ul style="list-style-type: none"> Wie entwickelt sich die Anzahl der Pflegebedürftigen nach Pflegegrad im Kreis Rendsburg-Eckernförde und differenziert nach den Nebenstellen des Pflegestützpunkts bis 2030? Wie entwickelt sich die Anzahl der Pflegebedürftigen nach Versorgungsform im Kreis Rendsburg-Eckernförde und differenziert nach den Nebenstellen des Pflegestützpunkts bis 2030 bezogen auf folgende Versorgungsarrangements: <ul style="list-style-type: none"> - Inanspruchnahme von Pflegegeld - Inanspruchnahme von ambulanter Pflege - Inanspruchnahme von Kurzzeitpflege - Inanspruchnahme von stationärer Pflege Wie entwickelt sich die Anzahl der Pflegebedürftigen nach Pflegegrad innerhalb der verschiedenen Versorgungsformen im Kreis Rendsburg-Eckernförde bis 2030?
Anzahl der Beschäftigten in der ambulanten Pflege im Kreis (Angebot) Differenz zwischen Angebot und projizierter Bedarfsentwicklung in der ambulanten Pflege	<ul style="list-style-type: none"> Wie hoch ist die aktuelle Anzahl der Beschäftigten in der ambulanten Pflege? Welche Differenz besteht zwischen der aktuellen und laut der Projektion des Pflegebedarfs im Jahr 2030 erforderliche Personalkapazität in der ambulanten Pflege im Kreis Rendsburg-Eckernförde und differenziert nach den Nebenstellen des Pflegestützpunkts?
Anzahl der Plätze für Kurzzeitpflege im Kreis (Angebot) Differenz zwischen Angebot und projizierter Bedarfsentwicklung in der Kurzzeitpflege	<ul style="list-style-type: none"> Wie viele Plätze für die Kurzzeitpflege stehen aktuell im Kreis Rendsburg-Eckernförde und differenziert nach den Nebenstellen des Pflegestützpunkts zur Verfügung? Welche Differenz besteht zwischen der erwarteten Anzahl der potenziellen Leistungsempfänger*innen bis 2030 und der aktuellen Anzahl an verfügbaren Plätzen für die Kurzzeitpflege im Kreis Rendsburg-Eckernförde und differenziert nach den Nebenstellen des Pflegestützpunkts?
Anzahl der Einrichtungen und Plätze für vollstationäre Pflege im Kreis (Angebot) Differenz zwischen Angebot und projizierter Bedarfsentwicklung in der vollstationären Pflege	<ul style="list-style-type: none"> Wie viele Einrichtungen und Plätze für die vollstationäre Pflege stehen aktuell im Kreis insgesamt und differenziert nach den Nebenstellen des Pflegestützpunkts zur Verfügung? Wie hoch ist die aktuelle Anzahl der Beschäftigten in den Pflegeeinrichtungen? Welche Differenz besteht zwischen der erwarteten Anzahl der potenziellen Leistungsempfänger*innen bis 2030 und der aktuellen Anzahl an verfügbaren Plätzen für die vollstationäre Pflege im Kreis



Kategorie	Fragestellungen
	<p>Rendsburg-Eckernförde und differenziert nach den Nebenstellen des Pflegestützpunkts?</p> <ul style="list-style-type: none">• Welche Differenz besteht zwischen der aktuellen und laut der Projektion des Pflegebedarfs im Jahr 2030 erforderliche Personalkapazität in der vollstationären Pflege im Kreis Rendsburg-Eckernförde und differenziert nach den Nebenstellen des Pflegestützpunkts?

3 Methodik

Für die Projektion der zukünftigen Inanspruchnahme von Leistungen aus der Pflegeversicherung wurde von einem Status-quo-Szenario ausgegangen. Hierfür wurde der Anteil der Leistungsempfänger*innen (Menschen mit Pflegebedarf nach SGB XI bzw. Inanspruchnahme bestimmter Leistungen des SGB XI) an der Gesamtbevölkerung im gleichen Alter als projektierte Indikator konstant gehalten und auf die prognostizierte Entwicklung der Alterszusammensetzung der Bevölkerung übertragen. Das heißt, das Alter ist als einzige veränderliche Variable in die Berechnungen eingegangen. Grundlage für dieses Vorgehen sind empirische Befunde, die demonstrieren, dass das Alter einer der stärksten Einflussfaktoren für die Entstehung von Pflegebedürftigkeit ist, unabhängig von dem Effekt weiterer Faktoren wie dem Gesundheitszustand oder den sozioökonomischen Ressourcen (z. B. Rothgang, Müller & Unger, 2012; Stiefler et al., 2020).

Der in dieser Arbeit verwendete Begriff Pflegebedarf bezieht sich auf die Anzahl der Personen, die einen Anspruch auf Versorgungsleistungen des SGB XI haben. Dieser Bedarf wird jeweils differenziert nach den Graden der Pflegebedürftigkeit sowie nach den Versorgungsformen ambulante Versorgung, stationäre Versorgung (teils zusätzlich unterschieden zwischen inkl. und exkl. Kurzzeitpflege) und Empfänger*innen von Pflegegeld dargestellt. Die Grundlage für die Berechnungen bilden Daten über die zukünftige Alters- und Geschlechtsstruktur der Bevölkerung (Bevölkerungsprognose) sowie die derzeitige Inanspruchnahme der Leistungen in der ambulanten und stationären Pflege.



3.1 Projektion des Pflegebedarfes

3.1.1 Datenbasis

Die Grundlage für die Projektion bildeten Daten über die zukünftige Alters- und Geschlechtsstruktur der Bevölkerung (Bevölkerungsprognose) sowie die derzeitige Inanspruchnahme der Leistungen in der ambulanten und stationären Pflege (Pflegestatistik).

3.1.1.1 Bevölkerungsprognose

Grundlage für die Pflegebedarfsprojektion war die Bevölkerungsprognose für den Kreis Rendsburg-Eckernförde von 2018 bis 2030, die der Kreis zur Verfügung gestellt hatte. Die Bevölkerungs- und Haushaltsprognose wurde im Jahr 2017 durch die „Gertz Gutsche Rümenapp GbR“ im Auftrag des Kreises auf der Basis der 13. Koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung des Bundes und der Länder berechnet und nachträglich um die Realentwicklung zum 31.12.2018 aktualisiert. Die Prognose wurde unter der Annahme erstellt, dass die Geburtenrate, die Zu- und Fortzugsrate und die Binnenumzüge entsprechend der Variante W1 (Moderate Entwicklung der Geburtenhäufigkeit und Lebenserwartung bei niedrigem Wanderungssaldo, Statistisches Bundesamt 2019) konstant bleiben. Für die Sterbeziffer wurde ein lineares Sinken angenommen, sodass die Lebenserwartung dementsprechend ansteigen wird. Die Bevölkerungsprognose bezieht sich auf den Kreis Rendsburg-Eckernförde insgesamt sowie die darin liegenden 14 Ämter und sechs amtsfreien Städte und Gemeinden. In der dazugehörigen Haushaltsprognose 2018 bis 2030 wurde die Entwicklung der Anzahl der Ein- bis Fünfpersonenhaushalte auf Ebene des Kreises und der einzelnen Ämter dargestellt.

Für die Projektion der Bevölkerungsentwicklung in Schleswig-Holstein wurden die Daten der 14. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung Variante 1 nach Ländern (Statistisches Bundesamt (Destatis), 2019) mit moderater Entwicklung der Fertilität und Lebenserwartung bei niedrigem Wanderungssaldo (Variante 1) verwendet.

3.1.1.2 Pflegestatistik 2019

Die Berechnung und Projektion der Anzahl der Leistungsempfänger*innen nach dem SGB XI bis 2030 stützte sich auf die Daten der Pflegestatistik 2019 (Statistikamt Nord, herausgegeben am 08.04.2021). Die Daten für den Kreis Rendsburg-Eckernförde wurden per Auftrag durch das Statisti-



kamt Nord am 27.04.2021 zur Verfügung gestellt. Die Daten enthalten die Angaben zur Pflegestatistik auf der Ebene des gesamten Kreises und der Einzugsgebiete der einzelnen Nebenstellen des Pflegestützpunkts. Ämterbezogene Daten konnten nicht zur Verfügung gestellt werden. Für die vorliegende Projektion wurden daher die Ämter den Einzugsbereichen der einzelnen Nebenstellen des Pflegestützpunkts zugeordnet (Tabelle 2).

Tabelle 2: Zuordnung der Ämter und amtsfreien Städte und Gemeinden des Kreises Rendsburg-Eckernförde zu den Nebenstellen des Pflegestützpunkts

Nebenstellen des Pflegestützpunkts	Ämter und amtsfreie Städte und Gemeinden
Eckernförde	Amt Schlei-Ostsee
	Amt Hüttener Berge
	Stadt Eckernförde
Rendsburg	Amt Hohner Harde
	Amt Fockbek
	Amt Jevenstedt
	Amt Eiderkanal
	Stadt Rendsburg
	Stadt Büdelsdorf
Hohenwestedt	Amt Mittelholstein
	Amtsfreie Gemeinde Wasbek
Altenholz	Amt Dänischenhagen
	Amt Dänischer Wohld
	Amt Achterwehr
	Amtsfreie Gemeinde Altenholz
	Amtsfreie Gemeinde Kronshagen
Flintbek	Amt Molfsee
	Amt Flintbek
	Amt Bordesholm
	Amt Nortorfer Land

In Abbildung 3 ist die Aufteilung der Ämter und amtsfreien Städte und Gemeinden innerhalb der für sie zuständigen fünf Nebenstellen des Pflegestützpunkts dargestellt.

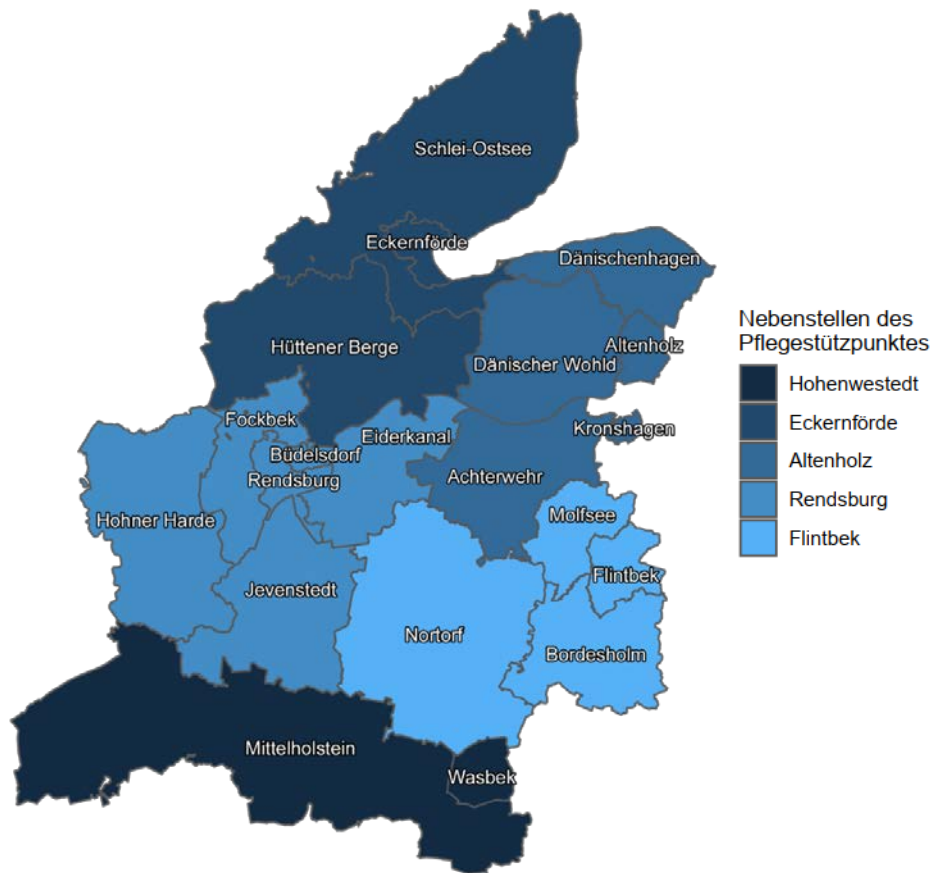


Abbildung 3: Ämter und amtsfreie Städte und Gemeinden innerhalb der Nebenstellen des Pflegestützpunktes

Die für den Kreis Rendsburg-Eckernförde sowie für die darin liegenden Nebenstellen des Pflegestützpunktes aggregierten Daten der Pflegestatistik wiesen keine Geheimhaltungsfälle auf, enthielten jedoch nicht Angaben zu allen erforderlichen Kennzahlen. Daher wurde für bestimmte Angaben und Berechnungen zusätzlich auf die Pflegestatistik 2019 für Schleswig-Holstein (Kennziffer: K II 8 - 2j 19 SH, Statistisches Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein, 2019) zurückgegriffen. Die dort enthaltenen prozentualen Anteile der Altersgruppen innerhalb der Versorgungarten und Pflegegrade sowie die Anteile der Pflegegrade innerhalb der Versorgungsarten wurden auf die Pflegestatistik des Kreises und der Nebenstellen des Pflegestützpunktes übertragen. Eine Übersicht über die verwendeten Daten pro Kennzahl und Analyseebene ist in Tabelle 3 abgebildet. Ergänzend wurden Pflegestatistik-Daten über das Forschungsdatenzentrum (FDZ) am Standort Kiel erhoben, da sie nicht Teil der vom Statistischen Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein bereitgestellten Daten waren. Auf diesem Weg konnten die in Tabelle 4 genannten Daten der Pflegestatistik 2019 des Kreises erhoben



Sektion für Forschung und Lehre in der Pflege
Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie
Leitung: Prof. Dr. Katrin Balzer
Universität zu Lübeck
Ratzeburger Allee 160, 23566 Lübeck
T: 0451 500-51262 F: 0451 500-51264 E: katrin.balzer@uksh.de

werden (Quelle: DOI: [10.21242/22411.2019.00.00.1.1.0], Pflegestatistik 2019, On-Site-Zugang). Eine Erhebung weiterer Daten war durch das Auftreten von Geheimhaltungsfällen nicht möglich.

In der Pflegestatistik Schleswig-Holstein (Kennziffer: K II 8 - 2j 19 SH, Statistisches Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein, 2019) waren bestimmte Werte für die Anzahl der Leistungsempfänger*innen nach Alter, Pflegegrad und Versorgungsart nicht angegeben. Dies erfolgte entweder aus Gründen der Geheimhaltung bei Fallzahlen unter $n=3$ oder wegen unbekannter Angaben. Die jeweilige Anzahl der fehlenden Werte wurde anhand verfügbarer Daten zur Gesamtzahl der Leistungsempfänger*innen pro Kategorie post hoc geschätzt und für die Bedarfsprojektion nach der altersgruppenbezogenen Verteilung den betreffenden Altersgruppen zugeordnet.



Tabelle 3: Verwendete Daten der Pflegestatistik auf der Ebene der Nebenstellen des Pflegestützpunkts im Kreis Rendsburg-Eckernförde, der Ebene des Kreises Rendsburg-Eckernförde und der Ebene des Bundeslandes Schleswig-Holstein für die Projektion des Pflegebedarfes im Kreis und den Nebenstellen des Pflegestützpunkts

**Ebene der verwendeten Daten
 der Pflegestatistik 2019**

	Nebenstellen des Pflegestützpunkts	Kreis Rends- burg- Eckernförde	Schleswig- Holstein
Pflegekennzahlen			
Anzahl der Leistungsempfänger*innen nach Grad der Pflegebedürftigkeit	x	x	
Anteil der Leistungsempfänger*innen nach Grad der Pflegebedürftigkeit differenziert nach Altersgruppen			x
Anzahl der Leistungsempfänger*innen nach Altersgruppen und Geschlecht	x	x	
Anteil der Leistungsempfänger*innen an restlicher Bevölkerung innerhalb der gleichen Altersgruppen und des gleichen Geschlechts	x	x	
Empfänger von Pflegegeld			
Anzahl der Pflegegeldempfänger*innen	x	x	
Anteil der Leistungsempfänger*innen differenziert nach Grad der Pflegebedürftigkeit und nach Altersgruppen			x
Ambulante Pflege			
Anzahl der Leistungsempfänger*innen	x	x	
Anteil der Leistungsempfänger*innen differenziert nach Grad der Pflegebedürftigkeit und nach Altersgruppen			x
Anzahl der ambulanten Pflegedienste und Anzahl des Personals innerhalb der Dienste	x	x	
Stationäre Pflege gesamt			
Anzahl der Leistungsempfänger*innen	x	x	
Anteil der Leistungsempfänger*innen differenziert nach Grad der Pflegebedürftigkeit und nach Altersgruppen			x
Anzahl der stationären Einrichtungen und den verfügbaren Plätzen	x	x	



**Ebene der verwendeten Daten
 der Pflegestatistik 2019**

	Nebenstellen des Pflegestützpunkts	Kreis Rends- burg- Eckernförde	Schleswig- Holstein
Teilstationäre Pflege			
Anzahl der verfügbaren Plätze	x	x	
Kurzzeitpflege			
Anzahl der Leistungsempfänger*innen	x	x	
Anteil der Leistungsempfänger*innen differen- ziert nach Grad der Pflegebedürftigkeit und nach Altersgruppen			x
Anzahl der verfügbaren Plätze	x	x	
Vollstationäre Pflege			
Anzahl der Leistungsempfänger*innen	x	x	
Anteil der Leistungsempfänger*innen differen- ziert nach Grad der Pflegebedürftigkeit und nach Altersgruppen			x
Anzahl der verfügbaren Plätze	x	x	

Tabelle 4: Über das Forschungsdatenzentrum erhobene Daten der Pflegestatistik 2019 des Kreises Rendsburg-Eckernförde

Stationäre Versorgung	Anzahl Beschäftigter nach Beschäftigungsverhältnis und Berufsabschluss (Altenpflege, Krankenpflege)
	Anzahl privater Träger
	Anzahl der Einrichtungen mit Kurzzeitpflegeplätzen
	Anzahl der Einrichtungen mit Plätzen für Tagespflege
Ambulante Versorgung	Anzahl Beschäftigter nach Beschäftigungsverhältnis und Berufsabschluss (Altenpflege, Krankenpflege)
	Anzahl freigemeinnütziger Träger

3.1.1.3 Geographische Daten

Für die Darstellung der Landkarten des Kreises Rendsburg-Eckernförde sowie der Ämter und amtsfreien Städte und Gemeinden wurde auf die öffentlich zur Verfügung stehenden Geodaten der Verwaltungsgebiete des Bundesamtes für Kartografie und Geodäsie zurückgegriffen (GeoBasis-DE/BKG, 2019).



3.1.2 Statistische Analysen und Berechnungen

3.1.2.1 Berechnung der demografischen Entwicklung bis 2030

Für die Daten der Bevölkerungsprognose des Landes, des Kreises und der 14 Ämter beziehungsweise amtsfreien Städten und Gemeinden wurden der Altersdurchschnitt sowie die Mediane für die Jahre bis 2030 berechnet. Die demografische Entwicklung der Bevölkerung wurde mittels vier verschiedener Altersgruppen dargestellt, alle Einwohner*innen im Alter (1) bis unter 20 Jahre, (2) von 20 bis unter 65 Jahre, (3) von 65 bis unter 80 Jahre und (4) 80 Jahre und älter. Des Weiteren wurde die Entwicklung absoluten (n) und der relativen (%) Häufigkeiten der Anzahl an Einwohner*innen nach Altersgruppen und Geschlecht berechnet. Mit den Häufigkeiten konnten die Differenzen zu dem Ursprungsjahr 2019 bestimmt werden. Als Grundlage für die Pflegebedarfsprojektion auf der Ebene der Nebenstellen des Pflegestützpunkts wurden die Bevölkerungs- und Haushaltsdaten der Ämter und amtsfreien Städten und Gemeinden je nach Zugehörigkeit zu den Nebenstellen des Pflegestützpunkts addiert.

3.1.2.2 Berechnung der Pflegebedarfsprojektion bis 2030

Für die Berechnung der Entwicklung der Anzahl an Leistungsempfänger*innen bis zum Jahr 2030 wurden die Daten der Bevölkerungsprognosen des Landes, des Kreises und der Nebenstellen des Pflegestützpunkts sowie die Daten der Pflegestatistik auf die Altersgruppen „unter 60 Jahre“, „60 bis unter 70 Jahre“, „70 bis unter 80 Jahre“, „80 bis unter 90 Jahre“ und „90 Jahre und älter“ aggregiert. Unter der Annahme, dass der Anteil der Leistungsempfänger*innen innerhalb der Alters- und Geschlechtergruppen der gesamten Bevölkerung konstant bleibt, wurden die Anteile der jeweiligen aggregierten Pflegestatistik des Landes, des Kreises und der Nebenstellen des Pflegestützpunkts auf die prognostizierte Bevölkerungsanzahl bis zum Jahr 2030 übertragen. Somit konnte die Entwicklung der Anzahl der Leistungsempfänger*innen nach Altersgruppen und Geschlecht bis zum Jahr 2030 dargestellt werden.

Für die Entwicklung der Anzahl der Leistungsempfänger*innen nach den Pflegegraden 1 bis 5 und nach Art der Versorgung (ambulante Versorgung, stationäre Versorgung und Pflegegeldempfänger) des Kreises und der Nebenstellen des Pflegestützpunkts wurde auf die Verteilung der Altersgruppen der Pflegestatistik Schleswig-Holstein zurückgegriffen (Abbildung 4). Im ersten Schritt der Berechnung wurde die altersgruppenbezogene Verteilung der Leistungsempfänger*innen der Pflegestatistik Schleswig-Holstein pro Pflegegrad und Versorgungsart auf Landesebene ermittelt. Diese Anteile wurden im zweiten Schritt auf die entsprechende Anzahl der Leistungsempfänger*innen der



Pflegestatistik des Kreises und der Nebenstellen des Pflegestützpunkts übertragen. Mit den so erhaltenen Anteilen der Leistungsempfänger*innen innerhalb der Bevölkerung in den gleichen Altersgruppen konnte unter Berücksichtigung der verfügbaren Bevölkerungsprognose die Entwicklung der jeweiligen Anzahl bis zum Jahr 2030 berechnet werden. Für die stationären Einrichtungen des Kreises Rendsburg-Eckernförde wurde außerdem anhand des projizierten Anteils der Leistungsempfänger*innen pro Pflegegrad der erwartete Bedarf an Pflegefachpersonen berechnet. Der für die Berechnung notwendige Personalschlüssel wurde dem Vertrag zur Änderung des Rahmenvertrages über die vollstationäre pflegerische Versorgung gemäß § 75 Absatz 1 SGB XI für das Land Schleswig-Holstein (Verband der Ersatzkassen, 2017) entnommen.

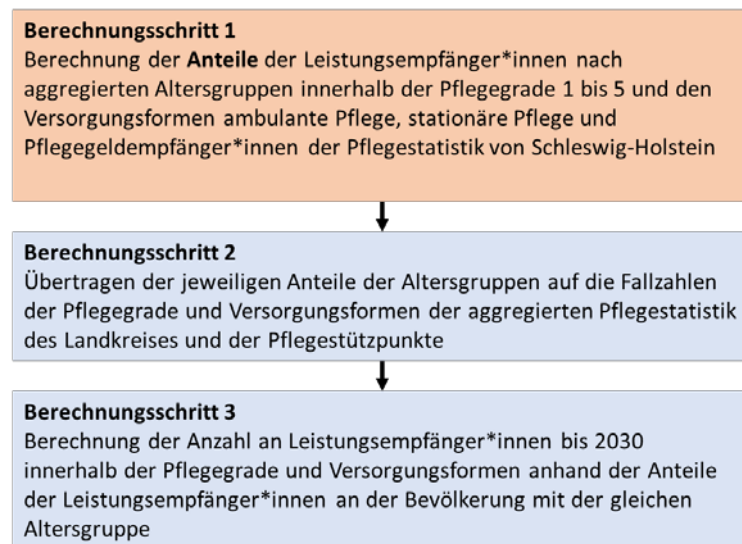


Abbildung 4: Berechnungsweg der Entwicklung der Anzahl an Leistungsempfänger*innen in Rendsburg-Eckernförde und den Nebenstellen des Pflegestützpunkts nach Pflegegrad und Art der Versorgung anhand der Pflegestatistik Schleswig-Holstein

3.1.2.3 Umgang mit Abweichung der Datenbasis von den realen Zahlen

Die oben beschriebenen Berechnungen erfolgten mit der Annahme, dass die Verteilung der Altersgruppen in der Bevölkerungsstatistik, die der Pflegestatistik Schleswig-Holstein zugrunde liegt, näherungsweise der Altersverteilung in der für diese Projektion verfügbaren Bevölkerungsstatistik des Kreises Rendsburg-Eckernförde entspricht. Durch die Verknüpfung der verschiedenen Datengrundlagen ergaben sich Differenzen zwischen der errechneten Gesamtzahl der Leistungsempfänger*innen pro Versorgungsart und Pflegegrad und der korrespondierenden Werte auf der Grundlage der Daten der Pflegestatistik für den Kreis beziehungsweise den Nebenstellen des Pflegestützpunkts.



Die Ergebnisse, die unter der Verwendung der prozentualen Anteile der Pflegestatistik Schleswig-Holstein berechnet worden sind, können daher als eine mit Unschärfen behaftete Schätzung verstanden werden. Dies betrifft insbesondere die Projektion der Anzahl an Leistungsempfänger*innen nach Pflegegraden innerhalb der Versorgungsarten (Tabelle 46, Tabelle 48).

Weiterhin zeigten sich Abweichungen zwischen den realen Bevölkerungszahlen im Kreis Rendsburg-Eckernförde im Jahr 2019 und den entsprechenden Zahlen des Datensatzes der Bevölkerungsprognose 2018 bis 2030 und der vorliegenden Pflegestatistik 2019. Diese Abweichungen betragen 2.825 beziehungsweise 218 Personen (Tabelle 61) und lassen sich darauf zurückzuführen, dass die Bevölkerungszahlen der Bevölkerungsprognose (Gertz Gutschke Rümenapp GbR, 2017) für das Jahr 2019 durch Berechnungen prognostiziert waren und die der Pflegestatistik 2019 indirekt anhand der Pflegequoten des Kreises und der Nebenstellen des Pflegestützpunkts, also anhand der Anteile der Personen mit Pflegebedarf an der Gesamtbevölkerung des gleichen Alters und Geschlechts, ermittelt wurden. Um die bis zum Jahr 2030 zu projizierenden Anzahlen der Leistungsempfänger*innen weder zu über- noch zu unterschätzen, wurden trotz der Abweichung von 218 Personen die in Altersgruppen aggregierten Bevölkerungszahlen der Pflegestatistik 2019 als Grundlage für die Projektion verwendet. Die bis zum Jahr 2030 berechneten relativen Veränderungen in den verschiedenen Altersgruppen der Bevölkerungsprognose (Gertz Gutschke Rümenapp GbR, 2017) wurden auf die errechneten Bevölkerungszahlen der Pflegestatistik übertragen. Folglich ist zu beachten, dass die Anzahl der Bevölkerung im Kreis und auf Ebene der Ämter, amtsfreien Städte und Gemeinden der Bevölkerungsprognose (Gertz Gutschke Rümenapp GbR, 2017) und die errechneten Bevölkerungszahlen sowie die Anzahl an Leistungsempfänger*innen gemäß der Pflegestatistik 2019 nicht auf der realen Bevölkerungsstatistik des Kreises Rendsburg-Eckernförde für das Jahr 2019 beruhen. Die Datengrundlage der jeweiligen Kennzahlen ist in den nachfolgenden Tabellen und Grafiken angegeben. Eine weitere Abweichung betrifft die auf der Basis der Pflegestatistik ermittelte Anzahl an Leistungsempfänger*innen des Kreises und der Nebenstellen des Pflegestützpunkts im Vergleich zu der in der öffentlichen Pflegestatistik Schleswig-Holstein 2019 ausgewiesenen Anzahl für den Kreis. Die Zuordnung der Leistungsempfänger*innen zum Kreis und zu den Nebenstellen des Pflegestützpunkts durch das Statistikamt richtet sich nach dem Wohnort beziehungsweise der Postleitzahl der Personen. Die Differenz ergab sich durch die Zuordnung der Postleitzahlen zu den einzelnen Regionen. Die Differenz betrug 12 Leistungsempfänger*innen und betraf laut Vermutung des Statistikamtes die Anzahl der Pflegegeldempfänger*innen. Da dies aber nicht bestätigt werden konnte, wurde die originär im Auftrag übermittelte Anzahl an Leistungsempfänger*innen als Datenbasis verwendet.



3.1.2.4 Analyse Software

Alle Daten wurden mittels der Statistik-Software R Studio, Version 1.3.1093 (RStudio Team, 2020) ausgewertet.

3.2 Pflegekonferenz

Die Ergebnisse der Pflegebedarfsanalyse wurden am 17. Juni 2021 im Rahmen einer Pflegekonferenz den Akteuren der pflegerischen Versorgung des Kreises vorgestellt und mit diesen diskutiert. Die Pflegekonferenz wurde aufgrund der Covid-19-Pandemie digital über den Anbieter Cisco Webex (Lizenz der Universität zu Lübeck) durchgeführt. Ergänzend wurde eine Online-Befragung der Teilnehmenden zu den Handlungsfeldern der Pflege durchgeführt.

3.2.1 Zielgruppen der Pflegekonferenz

Die Pflegekonferenz adressierte Expert*innen und Interessenvertreter*innen der Leistungserbringer und Einrichtungsträger in den verschiedenen pflegerischen und gesundheitlichen Versorgungsbereichen (ambulante Pflege, stationäre Langzeitpflege, Krankenhäuser, ambulante ärztliche Versorgung), der (potenziellen) Betroffenen und deren Angehörigen, der Kostenträger sowie der Verwaltung und der Politik, jeweils hauptsächlich auf Kreis-, teils auch auf Landesebene. Die Einladung und Registrierung der Teilnehmenden erfolgte in mehreren Schritten: (1) schriftliche Erstinformation und Einladung durch den Kreis (Februar 2021), (2) schriftliche Detailinformation der Interessierten (April 2021) und Information über das Online-Format (Mai 2021), jeweils ebenfalls durch den Kreis sowie (3) Versand der Registrierungsinformationen für die Teilnahme an der Online-Konferenz durch die Universität zu Lübeck (Juni 2021).

3.2.2 Ablauf der Pflegekonferenz

Tabelle 5 gibt eine Übersicht über den Ablauf der Pflegekonferenz. Im Mittelpunkt stand die Diskussion der Ergebnisse der Pflegebedarfsanalyse und daraus resultierender Handlungserfordernisse für den Kreis. Diese Diskussion erfolgte mittels eines digitalen World Café. Dafür wurden die Teilnehmenden in acht Kleingruppen eingeteilt und digitalen Themenräumen zugewiesen. Es wurden folgende Themenräume gebildet:

- Ambulante Pflege
- Gemeindeschwester/-pfleger



- Transsektorale Versorgung
- Kurzzeitpflege
- Stationäre Pflege
- Wohnen im Alter
- Alternative Modelle
- Zukunftslabor

Die Gruppen wurden von den Tagungsverantwortlichen vorab gebildet, wobei auf eine Mischung der verschiedenen Interessensperspektiven geachtet wurde. Jede Gruppe wurde nacheinander zwei Themenräumen zugewiesen, und jeder Themenraum wurde von zwei Gruppen nacheinander bearbeitet. In Tabelle 6 ist das Rotationsschema dargestellt. Pro Themenraum standen jeweils 30 Minuten zur Verfügung. Die Themenräume wurden von Mitarbeiter*innen des Kreises Rendsburg-Eckernförde und der Sektion für Forschung und Lehre in der Pflege der Universität zu Lübeck moderiert, jedem Themenraum war eine feste Moderatorin bzw. ein fester Moderator zugeordnet. Zur Strukturierung der Diskussion wurden für jeden Themenraum folgende übergeordnete Leitfragen gestellt:

- (1) Wo sehen Sie die zentralen Handlungsfelder?
- (2) Wie sollten die Strukturen (bezogen auf das jeweilige Thema) in Zukunft aussehen?
- (3) Wie bewerten Sie die aktuellen Versorgungsstrukturen im Kreis, vor allem im ländlichen Raum, in Bezug auf die speziellen Bedürfnisse von Menschen mit Demenz?

Eine detaillierte Übersicht der Leitfragen und den möglichen Nachfragen für die einzelnen Themenbereiche befindet sich im Anhang A1. Die moderierende Person stellte jeweils zunächst die Leitfragen vor und eröffnete dann die Diskussion. Während der Diskussion protokollierte sie in einem einblendeten, für alle Teilnehmenden des Themenraums sichtbaren Dokument die zentralen Ergebnisse. Nach dem Wechsel der Gruppen fasste sie für die zweite Gruppe zunächst die bisherigen Diskussionsergebnisse zu den Leitfragen zusammen und initiierte darauf aufbauend die weitere Diskussion.



Tabelle 5: Programm der Pflegekonferenz des Kreises Rendsburg-Eckernförde am 17.06.2021

Uhrzeit	Thema
17:00	Begrüßung und Einführung in das Programm <i>Prof. Dr. Anne Rahn, Universität zu Lübeck</i>
17:05	Begrüßung <i>Prof. Dr. Stephan Ott, Fachbereichsleiter Soziales, Arbeit und Gesundheit des Kreises Rendsburg-Eckernförde</i>
17:10	Online-Befragung
17:20	Einführung in die Pflegebedarfsplanung <i>Uwe Radant, Leiter Fachdienst Soziale Sicherung, und Marvin Böttger, Demografiebeauftragter des Kreises Rendsburg-Eckernförde</i>
17:30	Ergebnisse der Pflegebedarfsanalyse <i>Prof. Dr. Katrin Balzer, Universität zu Lübeck</i>
18:00	Pause
18:10	Diskussion aktueller Themenfelder in moderierten Kleingruppen
19:20	Vorstellung der Ergebnisse aus den Kleingruppen <i>Moderator*innen der Kleingruppen</i>
19:45	Zusammenfassung der zentralen Handlungsfelder <i>Prof. Dr. Katrin Balzer, Universität zu Lübeck</i>
19:55	Ausblick und Verabschiedung <i>Uwe Radant und Marvin Böttger, Regionalentwicklung Kreis Rendsburg-Eckernförde</i>
20:00	Ende der Pflegekonferenz

Tabelle 6: Rotationschema der Gruppen im Rahmen des World-Cafés

Themenbereich 1		Themenbereich 2
Ambulante Pflege	↔	Gemeindeschwester-/pfleger
Transssektorale Versorgung	↔	Kurzzeitpflege
Stationäre Pflege	↔	Wohnen im Alter
Alternative Modelle	↔	Zukunftslabor

3.2.3 Online-Befragung

Die registrierten Teilnehmenden erhielten am Tag der Pflegekonferenz vorab eine Erinnerung für die Veranstaltung und damit verbunden einen Link zu einer Online-Befragung. Der Link zur Online-Befragung wurden zusätzlich nach der Begrüßung zur Pflegekonferenz noch einmal zur Verfügung gestellt und die Teilnehmenden hatten während der Pflegekonferenz Zeit, den Fragebogen auszufüllen. Der Fragebogen enthielt hauptsächlich geschlossene Fragen, mit denen die Sichtweisen der



Teilnehmenden zu zentralen Handlungsfeldern in der ambulanten Pflege und der stationären Langzeitpflege sowie zu zukünftigen Entwicklungsperspektiven erhoben wurden. Der Fragebogen ist im Anhang A2 abgebildet.

Die Online-Befragung wurde mittels der Software LimeSurvey durchgeführt. Für die Gewährleistung der Datensicherheit wurde das Datenschutzkonzept des Universitätsklinikums Schleswig-Holstein angewendet. Die Befragung erfolgte anonym, d.h. ein Rückschluss von den eingegebenen Daten auf die Identität der Teilnehmenden war nicht möglich. Die schriftliche Einwilligung zur Teilnahme an der Befragung wurde durch das Ausfüllen des Fragebogens gegeben. Die Teilnahme war freiwillig und allen potenziellen Teilnehmenden wurde zugesichert, dass eine Ablehnung der Teilnahme keine negativen Konsequenzen für sie haben wird. Die Teilnahme an der Befragung war mit keinen Risiken für die Teilnehmenden verbunden.

3.2.4 Auswertung

Die Daten der Online-Befragung wurden aus LimeSurvey anonymisiert in die Statistik-Software SPSS, Version 25 (IBM Deutschland GmbH) importiert, ausgewertet und gespeichert. Die Daten wurden zunächst auf ihre Gültigkeit überprüft, ungültige Angaben wurden gelöscht und als fehlende Werte behandelt. Die Auswertung erfolgte mittels deskriptiver Statistik. Für die kategorialen Variablen wurden die absoluten und relativen Häufigkeiten bestimmt.

Die Ergebnisse der Diskussionen in den Kleingruppen wurden von den Moderator*innen stichpunktartig dokumentiert und deskriptiv zusammengefasst.

4 Ergebnisse

4.1 Demografische Entwicklung

4.1.1 Bevölkerungsentwicklung Schleswig-Holstein

Im Jahr 2019 lebten laut der 14. Koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung Variante 1 nach Ländern (Statistisches Bundesamt, 2019) 2,9 Millionen Menschen in Schleswig-Holstein. Mit einer Bevölkerungsdichte von 183 Personen pro Quadratmeter (Gemeinsames Statistikportal, 2020) liegt das Bundesland unter dem Durchschnitt der Bundesrepublik (232 Personen pro Quadratmeter). Bis zum Jahr 2030 wird sich die Bevölkerung um 11.000 Einwohner (0,4 %) erhöhen (Tabelle 7). Während die Bevölkerungszahl in der Altersgruppe der 20- bis 65-Jährigen um 121.000 (7,1 %) abnehmen wird,



ist vor allem in den beiden älteren Altersgruppen eine Steigerung zu erwarten (Tabelle 8). Der größte relative Anstieg wird mit 21,1 % für die Altersgruppe der 65- bis unter 80-Jährigen zu erwarten sein.

Tabelle 7: Bevölkerungsentwicklung in Schleswig-Holstein 2019 bis 2030²

Jahr	Bevölkerung gesamt
2019	2.903.000
davon weiblich (%)	51,0
2030	2.914.000
davon weiblich (%)	50,9
Differenz zu 2019 absolut und relativ (%)	
	11.000 (+0,4)

Datengrundlage: Statistisches Bundesamt (Destatis) (2019), Differenzen in den Summen sind rundungsbedingt.

Tabelle 8: Bevölkerungsentwicklung in Schleswig-Holstein 2019 bis 2030 nach Altersgruppen und Geschlecht

Jahr	Altersgruppen			
	Unter 20	20 bis unter 65	65 bis unter 80	ab 80
2019	529.000	1.701.000	464.000	208.000
davon weiblich (%)	48,8	49,7	53,5	60,6
2030	533.000	1.580.000	562.000	241.000
davon weiblich (%)	49,0	49,4	53,4	59,3
Differenz zu 2019, absolut und relativ (%)				
	4.000 (+0,8)	-121.000 (-7,1)	98.000 (+21,1)	33.000 (+15,9)

Datengrundlage: Statistisches Bundesamt (Destatis) (2019), Differenzen in den Summen sind rundungsbedingt.

² Die Rahmenfarbe der Tabellen kennzeichnen die entsprechenden Ebenen der Daten: blau = Schleswig-Holstein, grün = Kreis Rendsburg-Eckernförde und schwarz = Nebenstellen des Pflegestützpunktes.

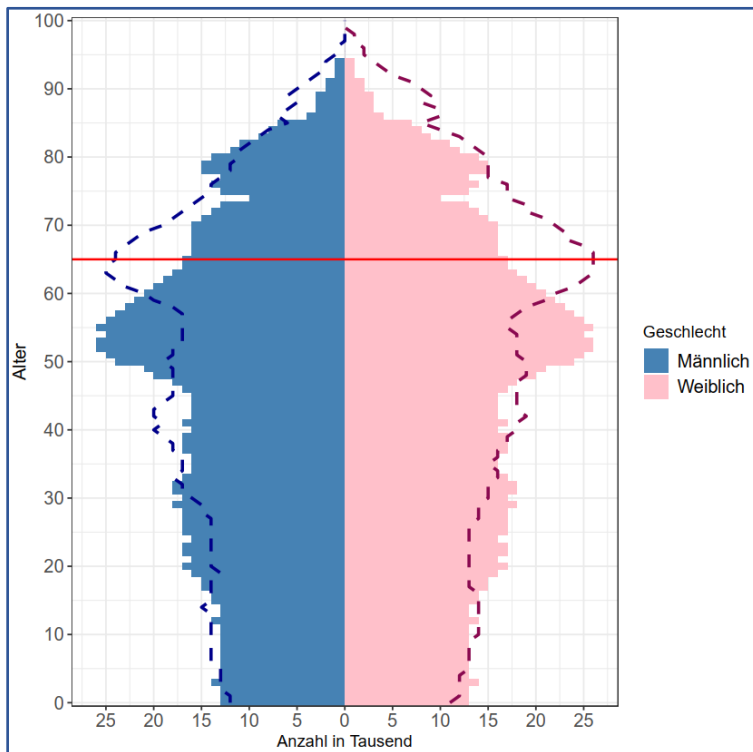


Abbildung 5: Bevölkerungspyramide nach Alter und Geschlecht 2019 und 2030 in Schleswig-Holstein

Die gestrichelten Linien repräsentieren die Zahlen im Jahr 2030; die rote Linie symbolisiert das Renteneintrittsalter mit 65 Jahren. Datengrundlage: Statistisches Bundesamt (Destatis) (2019), Differenzen in den Summen sind rundungsbedingt.

4.1.2 Bevölkerungsdichte im Kreis Rendsburg-Eckernförde

Im Jahr 2019 lag die Bevölkerungszahl im Kreis bei 274.098. Die am dichtesten besiedelten Orte sind die Städte Rendsburg, Eckernförde und Büdelsdorf sowie die amtsfreie Gemeinde Kronshagen (Abbildung 6). Die amtsfreie Gemeinde Kronshagen liegt am westlichen Stadtrand von Kiel und ist nach der Stadt Elmshorn die am dichtesten besiedelte Gemeinde in Schleswig-Holstein (GeoBasis-DE/BKG, 2019). Insgesamt ist der Kreis Rendsburg-Eckernförde mit 128 Personen pro Quadratmeter ein dünn besiedelter Kreis in Schleswig-Holstein.

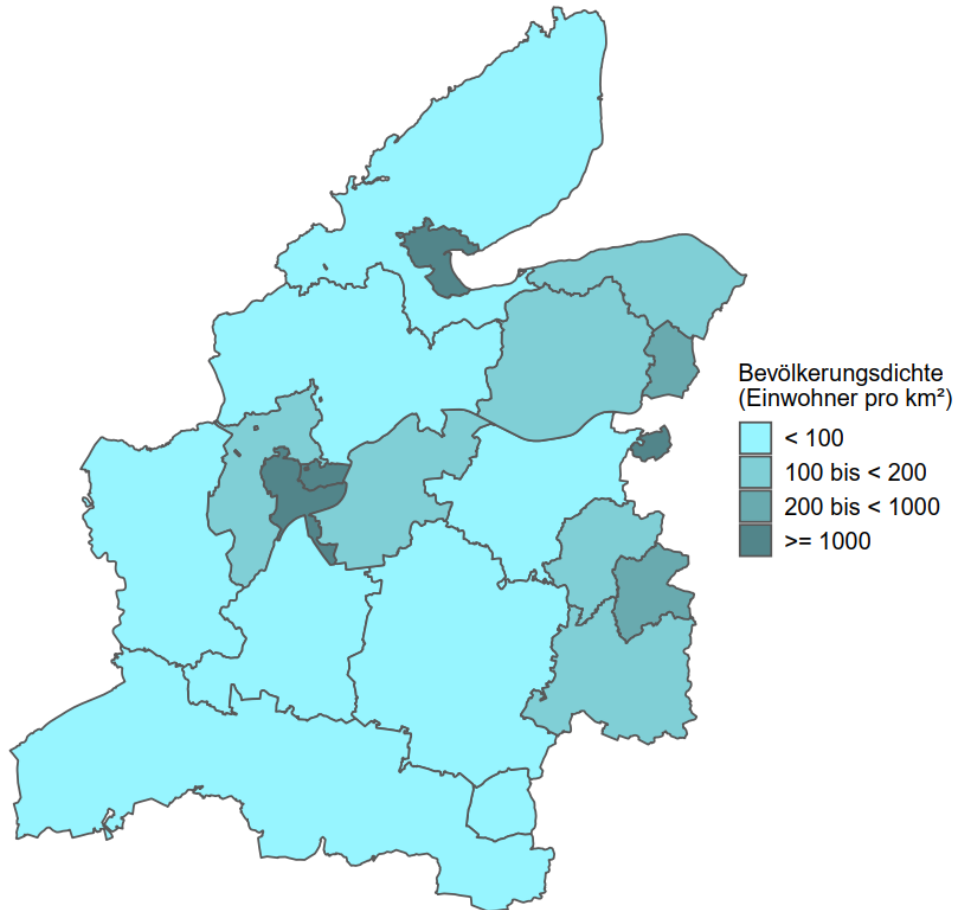


Abbildung 6: Bevölkerungsdichte im Kreis Rendsburg-Eckernförde,

Datengrundlage: Geodaten der Verwaltungsgebiete des Bundesamtes für Kartografie und Geodäsie (2019).

4.1.3 Projektion der Bevölkerungsentwicklung im Kreis nach Geschlecht und Alter

Laut der Bevölkerungsprognose für den Kreis Rendsburg-Eckernförde (Gertz Gutsche Rümenapp GbR, 2017) wird die Bevölkerungszahl im Jahr 2030 261.742 Einwohner*innen umfassen. Das entspricht einem Rückgang der Gesamtzahl um 9.750 Personen beziehungsweise 3,6% im Vergleich zum Jahr 2019 (Tabelle 9 und Tabelle 10). Bei der männlichen Bevölkerung (-4,0%) ist der Rückgang etwas stärker als bei der weiblichen Bevölkerung (-3,2%). Differenziert nach Altersgruppen zeigt sich, dass die Bevölkerungsanzahl in den Altersgruppen unter 65 Jahre abnehmen, die Anzahl der Personen in den Altersgruppen über 65 Jahre jedoch stark zunehmen werden. So wird die Bevölkerungsanzahl der Menschen im Alter von 80 Jahren und älter bis zum Jahr 2030 um voraussichtlich 17,4% zunehmen (Abbildung 7).



Tabelle 9: Entwicklung der Altersgruppen im Kreis Rendsburg-Eckernförde 2019 bis 2030

Anzahl an Einwohnern 2019 bis 2030					
Altersgruppen in Jahren					
Jahr	Unter 20	20 bis unter 65	65 bis unter 80	ab 80	Bevölkerung gesamt
2019	50.323	155.780	45.910	19.477	271.491
<i>davon weiblich (%)</i>	<i>48,6</i>	<i>50,2</i>	<i>52,2</i>	<i>60,5</i>	<i>51,0</i>
2020	49.887	154.953	45.598	20.529	270.967
2022	49.125	152.903	45.688	21.818	269.534
2024	48.428	150.255	46.800	22.415	267.898
2026	47.846	146.833	49.338	21.998	266.014
2028	47.108	143.099	51.354	22.367	263.928
2030	46.450	138.974	53.453	22.865	261.741
<i>davon weiblich (%)</i>	<i>48,6</i>	<i>50,0</i>	<i>52,7</i>	<i>59,7</i>	<i>51,2</i>

Datengrundlage: Bevölkerungsprognose 2018 bis 2030 nach Gertz Gutsche Rümenapp GbR (2017).

Tabelle 10: Entwicklung der relativen Anzahl an Einwohnern 2019 bis 2030 (Angabe in %)

Veränderung der relativen Anzahl an Einwohnern im Vergleich zu 2019 (%)					
Altersgruppen in Jahren					
Jahr	Unter 20	20 bis unter 65	65 bis unter 80	ab 80	Bevölkerung gesamt
2020	-0,9	-0,5	-0,7	+5,4	-0,2
2022	-2,4	-1,8	-0,5	+12,0	-0,7
2024	-3,8	-3,5	+1,9	+15,1	-1,3
2026	-4,9	-5,7	+7,5	+12,9	-2,0
2028	-6,4	-8,1	+11,9	+14,8	-2,8
2030	-7,7	-10,8	+16,4	+17,4	-3,6

Datengrundlage: Bevölkerungsprognose 2018 bis 2030 nach Gertz Gutsche Rümenapp GbR (2017).

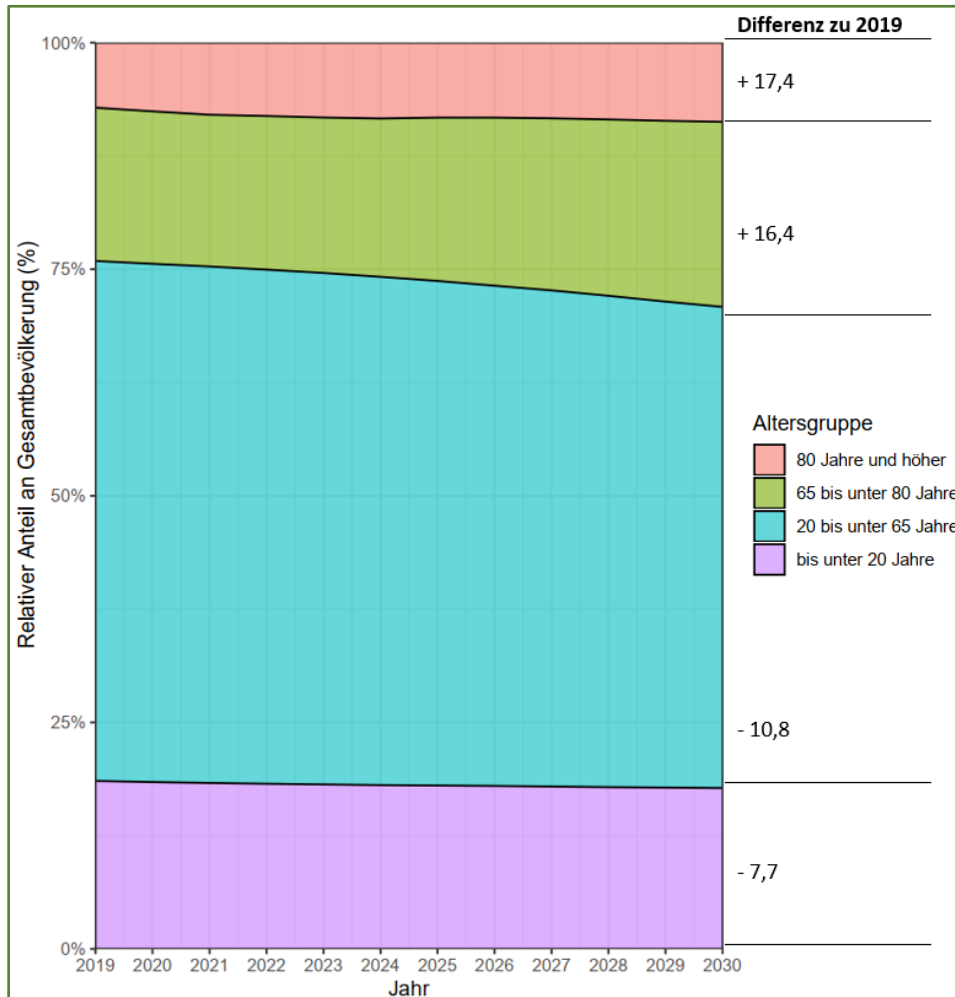


Abbildung 7: Entwicklung der Bevölkerungsanzahl im Kreis Rendsburg-Eckernförde differenziert nach Altersgruppen Datengrundlage: Bevölkerungsprognose 2018 bis 2030 nach Gertz Gutsche Rümenapp GbR (2017).

In der Abbildung 8 wird die altersbezogene Entwicklung von 2019 bis 2030 im Kreis Rendsburg-Eckernförde grafisch dargestellt. Der Großteil der Personen, die 2019 zwischen 50 und 60 Jahre alt waren, wird bis 2030 in das Rentenalter eingetreten sein. Es ist also zu erwarten, dass die Bevölkerungsgruppe, die 2019 zwischen 50 und 60 Jahre alt war, in den Jahren nach 2030 in Altersgruppen mit erhöhtem Risiko für Pflegebedürftigkeit eintritt. Dementsprechend wird sich auch der Anteil an Pflegebedürftigen im Kreis erhöhen. Gleichzeitig ist zu erkennen, dass die Bevölkerungsanzahl in den Altersgruppen bis 60 Jahre sinken wird (Abbildung 9).

Der Vergleich der Bevölkerungsentwicklung des Kreises mit der des Bundeslandes Schleswig-Holstein bis 2030 nach Altersgruppen ist in Tabelle 11 abgebildet. In der Altersgruppe der unter 20-



Jährigen wird es laut der Prognose im Kreis einen Rückgang der Personenzahl um 7,7 % geben, während die Anzahl in dieser Altersgruppe in Schleswig-Holstein um 0,8 % zunehmen wird. Die Gesamtbevölkerung wird im Kreis um 3,6 % sinken, die im Bundesland wird um 0,4 % steigen.

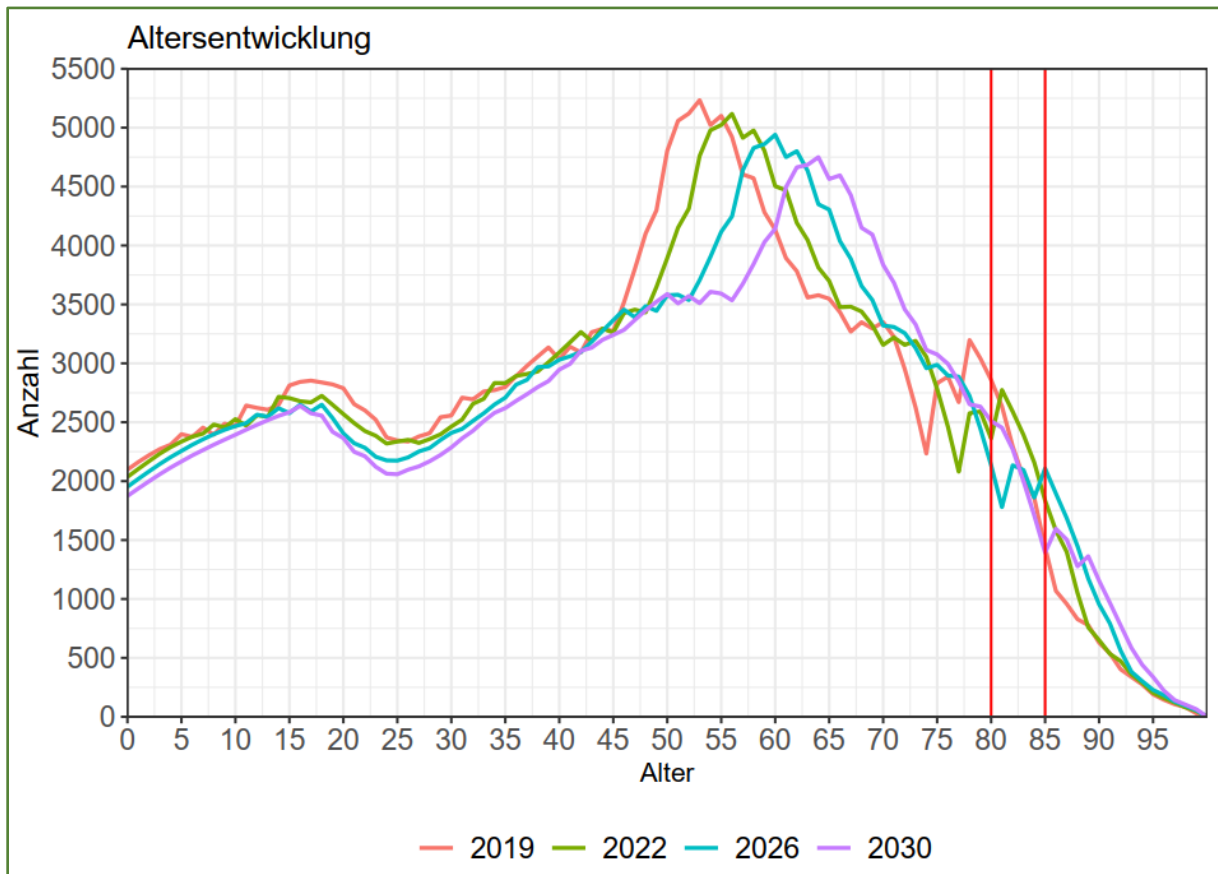


Abbildung 8: Altersentwicklung im Kreis Rendsburg-Eckernförde 2019-2030.

Datengrundlage: Bevölkerungsprognose 2018 bis 2030 nach Gertz Gutsche Rümenapp GbR (2017). Der Bereich zwischen 80 und 85 Jahren stellt das durchschnittliche Alter der Pflegebedürftigen 2019 in Schleswig-Holstein dar, in diesem Bereich werden die meisten Personen mit Pflegebedarf erwartet.

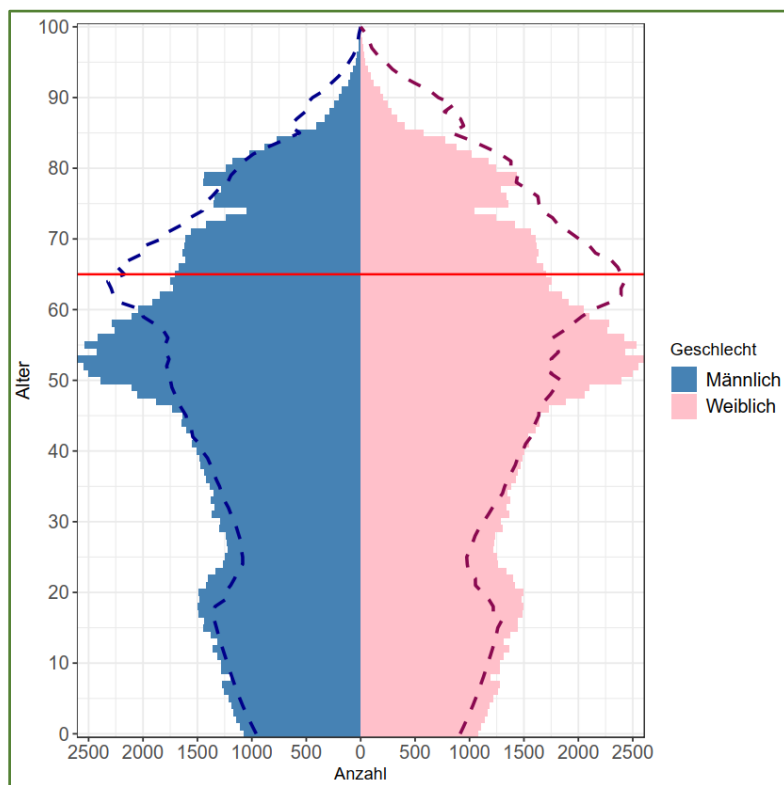


Abbildung 9: Bevölkerung nach Alter und Geschlecht 2019 und 2030 im Kreis Rendsburg-Eckernförde

Die gestrichelten Linien repräsentieren die Zahlen im Jahr 2030; die rote Linie symbolisiert das Renteneintrittsalter mit 65 Jahren. Datengrundlage: Bevölkerungsprognose 2018 bis 2030 nach Gertz Gutsche Rümenapp GbR (2017).

Tabelle 11: Vergleich der Entwicklung der Bevölkerung nach Altersgruppen im Kreis und im Land bis 2030

Altersgruppen	Rendsburg-Eckernförde	Schleswig-Holstein
	relative Veränderung (%) zu 2019	relative Veränderung (%) zu 2019
unter 20	-7,7	+0,8
20 bis unter 65	-10,8	-7,1
65 bis unter 80	+16,4	+21,1
ab 80	+17,4	+15,9
Gesamtbevölkerung	-3,6	+0,4

Vorausberechnung der Länder nach Variante W1

4.1.4 Bevölkerungsdichte und -entwicklung auf der Ebene der Nebenstellen des Pflegestützpunkts

Die Nebenstelle Rendsburg des Pflegestützpunkts hatte im Jahr 2019 mit 81.909 Einwohner*innen das bevölkerungsreichste Einzugsgebiet (Tabelle 12). Die Nebenstelle Hohenwestedt, dem das Amt

Mittelholstein und die amtsfreien Gemeinde Wasbek zugeordnet sind, hat eine deutlich geringere Bevölkerungsanzahl als die übrigen Nebenstellen des Pflegestützpunkts (Abbildung 10).

Bis zum Jahr 2030 ist zu erwarten, dass die Bevölkerungsanzahl innerhalb der Nebenstellen des Pflegestützpunkts unterschiedlich ausgeprägt abnehmen wird. Während die Anzahl in Eckernförde, Flintbek, Hohenwestedt und Rendsburg um bis zu 4,9% ($n = 4.047$) sinken wird, liegt die Abnahme in Altenholz bei 0,7% ($n = 430$) (Tabelle 12). Dies liegt an der Nähe der amtsfreien Gemeinden Kronshagen und Altenholz zur Landeshauptstadt Kiel. Während in den ländlichen Regionen die Anzahl der Fortzüge die Anzahl der Zuzüge spätestens bis 2030 übertreffen wird, bleibt das Wanderungsgeschehen in den Gemeinden des Kreises in der Nähe von Kiel laut der Bevölkerungsprognose stabil. Den größten Bevölkerungsverlust weist mit -4,9% die Nebenstelle Rendsburg auf. Dies entspricht einer Bevölkerungsabnahme um 4.047 Personen bis zum Jahr 2030. Verglichen mit der prognostizierten Abnahme der Bevölkerungszahl des gesamten Kreises um 3,6% ($n = 9750$) bis zum Jahr 2030, liegt der prognostizierte Rückgang der Bevölkerungszahl in den Einzugsgebieten der Nebenstellen Eckernförde, Hohenwestedt und Rendsburg über dem Kreisdurchschnitt.

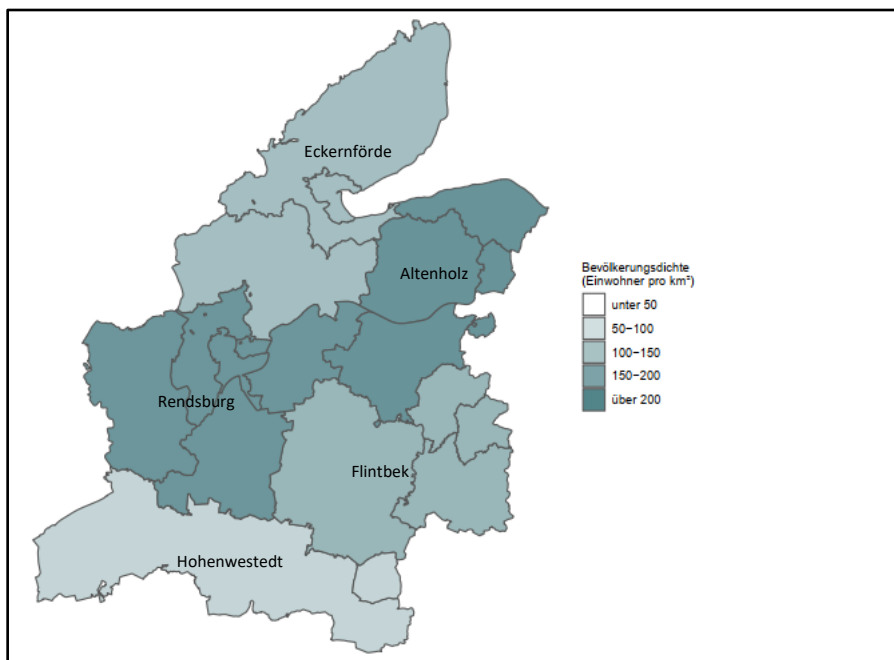


Abbildung 10: Bevölkerungsdichte auf Ebene der Nebenstellen des Pflegestützpunkts 2019

Datengrundlage: Geodaten der Verwaltungsgebiete des Bundesamtes für Kartografie und Geodäsie (2019).



Tabelle 12: Entwicklung der Bevölkerungsanzahl der Nebenstellen des Pflegestützpunkts bis 2030

Jahr	Altenholz	Eckernförde	Flintbek	Hohenwestedt	Rendsburg
2019	59.390	54.744	49.408	26.040	81.909
<i>davon weiblich (%)</i>	<i>51,3</i>	<i>51,5</i>	<i>50,9</i>	<i>50,5</i>	<i>50,6</i>
2020	59.535	54.567	49.342	25.930	81.595
2022	59.661	54.154	49.152	25.704	80.865
2024	59.649	53.718	48.922	25.477	80.132
2026	59.509	53.244	48.636	25.248	79.378
2028	59.270	52.728	48.296	25.018	78.616
2030	58.960	52.199	47.924	24.793	77.862
<i>davon weiblich (%)</i>	<i>51,5</i>	<i>51,9</i>	<i>51,2</i>	<i>50,6</i>	<i>50,6</i>
Differenz zu 2019, absolut und relativ (%)					
	-430 (-0,7)	-2.545 (-4,6)	-1.484 (-3,0)	-1.247 (-4,8)	4.047 (-4,9)

Datengrundlage: Bevölkerungsprognose 2018 bis 2030 nach Gertz Gutsche Rümenapp GbR (2017).

Hinsichtlich der Verteilung der Altersgruppen weist das Einzugsgebiet der Nebenstelle Eckernförde im Jahr 2019 den höchsten Anteil an älteren Menschen auf (Abbildung 11): 19% (n = 9388) der 49.408 Einwohner der Nebenstelle waren zwischen 65 und unter 80 Jahre alt, 7% (n = 3.459) waren 80 Jahre und älter. Insgesamt waren 2019 also 26% (n = 12.846) der Bevölkerung im Einzugsgebiet der Nebenstelle des Pflegestützpunkts in Eckernförde über 65 Jahre alt und dementsprechend 74% (n = 36.562) unter 65 Jahre alt. Bei den anderen vier Nebenstellen lag der Anteil der älteren Menschen ab 65 Jahren zwischen 22% (Hohenwestedt, n = 5.729) und 25% (Flintbek, n = 12.352). Verglichen mit den Anteilen des gesamten Kreises (Tabelle 9) und den Nebenstellen des Pflegestützpunkts lebte im Einzugsgebiet der Nebenstelle Hohenwestedt mit 59% (n = 15.364) eine leicht höhere Anzahl an Einwohner*innen zwischen 20 und unter 65 Jahren.

Die Entwicklung der Anteile der Altersgruppen innerhalb der Nebenstellen wird sich bis zum Jahr 2030 leicht verschieben (Abbildung 11). Während der Anteil der unter 20-Jährigen über alle Nebenstellen hinweg um entweder einen Prozentpunkt oder gar nicht sinken wird, steigen die Anteile der über 65-Jährigen deutlich. Den größten Zuwachs an Einwohner*innen in den älteren Altersgruppen weist die Nebenstelle Eckernförde auf. Insgesamt steigt der Anteil hier um 6% auf 32% der Bevölkerung. In Altenholz und Flintbek ist der Zuwachs der älteren Bevölkerung mit jeweils 4% etwas geringer als in den anderen Nebenstellen. Die Tabelle 62 im Anhang enthält die Entwicklung der Anteile der Altersgruppen auf Ebene der Nebenstellen des Pflegestützpunkts. In der Abbildung 12 ist die projizierte Entwicklung der Bevölkerungspyramide pro Nebenstelle dargestellt.

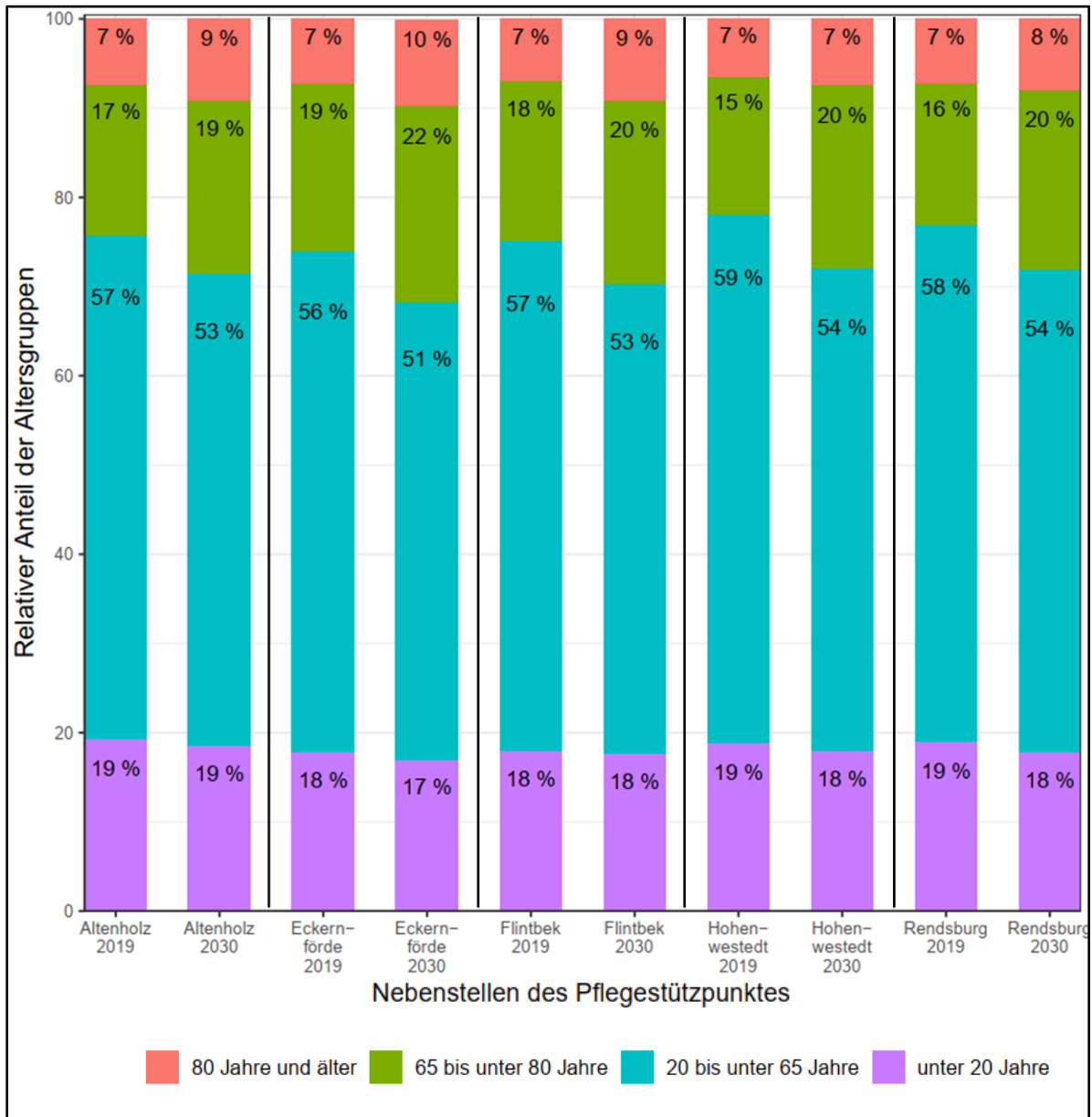


Abbildung 11: Verteilung der Altersgruppen nach Nebenstellen des Pflegestützpunkts 2019 und 2030

Datengrundlage: Bevölkerungsprognose 2018 bis 2030 nach Gertz Gutsche Rümenapp GbR (2017).

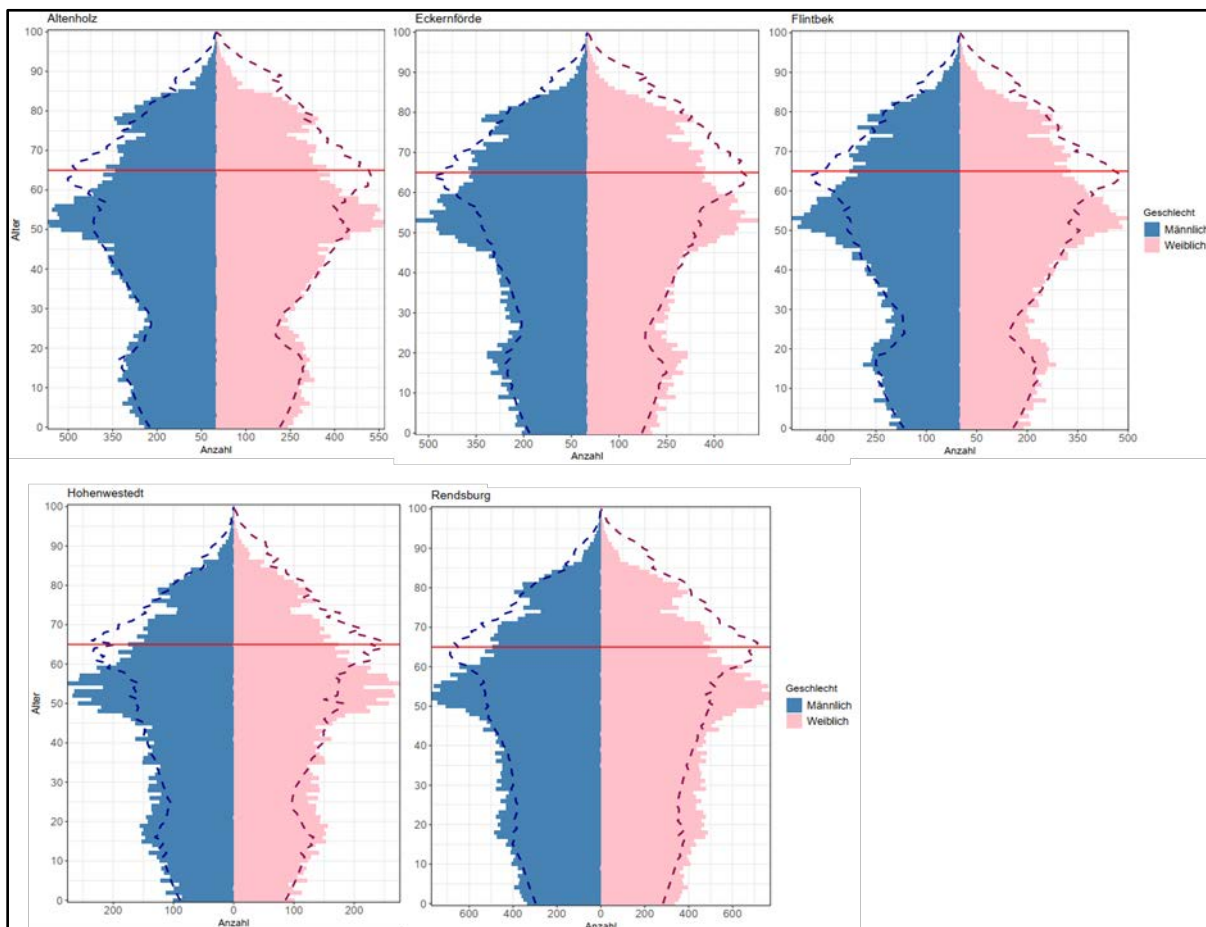


Abbildung 12: Altersentwicklung nach Geschlecht auf Ebene der Nebenstellen des Pflegestützpunkts 2019 und 2030

Die gestrichelten Linien repräsentieren die Zahlen im Jahr 2030; die rote Linie symbolisiert das Renteneintrittsalter mit 65 Jahren. Datengrundlage: Bevölkerungsprognose 2018 bis 2030 nach Gertz Gutsche Rümenapp GbR (2017).

4.1.5 Entwicklung des Altersdurchschnitts im Land

Der Altersdurchschnitt der Bevölkerung Schleswig-Holsteins lag im Jahr 2019 laut der 14. Koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung bei 44,9 Jahren (Tabelle 13). Dieser wird bis zum Jahr 2030 um 1,5 Jahre ansteigen. Der prognostizierte Anstieg des Altersdurchschnitts bis 2030 liegt für beide Geschlechter bei 1,4 Jahren. Die weibliche Bevölkerung wies 2019 einen um 2,6 Jahre höheren Altersdurchschnitt auf als die männliche Bevölkerung, dieser Unterschied wird 2030 in gleicher Höhe fortbestehen.



Tabelle 13: Entwicklung des Altersdurchschnitts in Schleswig-Holstein 2019 und 2030

Jahr	Männlich	Weiblich	Gesamt
2019	43,6	46,2	44,9
2030	45,0	47,6	46,4
Differenz zu 2019	+1,4	+1,4	+1,5

Datengrundlage: Statistisches Bundesamt (Destatis) (2019), Differenzen in den Summen sind rundungsbedingt.

4.1.6 Entwicklung des Altersdurchschnitts im Kreis

Das mittlere Alter der Bevölkerung des Kreises lag 2019 bei 45,7 Jahren, dies wird bis zum Jahr 2030 auf 47,8 Jahre steigen (Tabelle 14). Der weibliche Bevölkerungsanteil weist mit durchschnittlich 46,9 Jahren im Jahr 2019 und 49,0 Jahren im Jahr 2030 einen höheren Altersschnitt sowie einen höheren Anstieg des mittleren Alters (+2,1 Jahre im Durchschnitt) als der männliche Bevölkerungsanteil (+1,9 Jahre im Durchschnitt). Zur Differenzierung ist in Abbildung 26 im Anhang der Altersdurchschnitt der Bevölkerung in den jeweiligen Ämtern und amtsfreien Städten und Gemeinden des Kreises grafisch dargestellt.

Verglichen mit dem prognostizierten Altersdurchschnitt des Landes im Jahr 2030 weist der Kreis Rendsburg-Eckernförde sowohl bei dem Gesamtdurchschnitt als auch nach Geschlecht einen stärkeren Anstieg des mittleren Lebensalters der Bevölkerung auf (Tabelle 15).

Tabelle 14: Altersdurchschnitt im Kreis Rendsburg-Eckernförde gesamt und nach Geschlecht

Jahr	Gesamt		Männlich		Weiblich	
	Median	Mittelwert	Median	Mittelwert	Median	Mittelwert
2019	49	45,7	48	44,6	50	46,9
2020	49	46,0	48	44,8	50	47,1
2022	50	46,4	48	45,2	51	47,3
2024	50	46,8	49	45,6	51	47,9
2026	50	47,1	49	45,9	52	48,3
2028	51	47,4	49	46,2	52	48,6
2030	51	47,8	49	46,5	52	49,0
Differenz des Mittelwerts zu 2019		+ 2,1		+ 1,9		+ 2,1

Datengrundlage: Bevölkerungsprognose 2018 bis 2030 nach Gertz Gutsche Rügenapp GbR (2017).



Tabelle 15: Vergleich der Entwicklung des Altersdurchschnittes im Kreis und im Land bis 2030

	Rendsburg-Eckernförde	Schleswig-Holstein
2019		
Männlich	44,6	43,6
Weiblich	46,9	46,2
Gesamt	45,7	44,9
Differenz 2030 zu 2019		
Männlich	+1,9	+1,4
Weiblich	+2,1	+1,4
Gesamt	+2,1	+1,5

4.1.7 Entwicklung des Altersdurchschnitts auf Ebene der Nebenstellen des Pflegestützpunkts

Den höchsten Altersdurchschnitt (Tabelle 16) weisen die Nebenstellen in Eckernförde und in Flintbek auf (46,8 und 46,4 Jahre). Bis zum Jahr 2030 wird das mittlere Alter in allen Nebenstellen des Pflegestützpunkts um zwei Altersjahre ansteigen. Verglichen mit dem prognostizierten Altersdurchschnitt von 47,8 Jahren für den gesamten Kreis im Jahr 2030 gibt es keine deutlichen Abweichungen auf der Ebene der Nebenstelle des Pflegestützpunkts.

Tabelle 16: Entwicklung des Altersdurchschnitts in den Nebenstellen des Pflegestützpunkts 2019 bis 2030

Jahr	Altenholz	Eckernförde	Flintbek	Hohenwestedt	Rendsburg
2019	45,7	46,8	46,4	45,0	44,9
2020	45,8	47,1	46,7	45,2	45,1
2022	46,2	47,6	47,1	45,7	45,5
2024	46,5	48,0	47,5	46,1	45,9
2026	46,9	48,4	47,8	46,4	46,3
2028	47,2	48,7	48,1	46,8	46,6
2030	47,4	49,0	48,4	47,1	46,9
Differenz zu 2019	+1,7	+2,2	+2,0	+2,1	+2,0

Datengrundlage: Bevölkerungsprognose 2018 bis 2030 nach Gertz Gutsche Rümenapp GbR (2017).

4.1.8 Alten- und Belastungsquotienten sowie Unterstützungskoeffizient im Land

Zur weiteren Analyse der altersspezifischen Entwicklung der Bevölkerung wurden der Alten- und Belastungsquotient berechnet. Diese Quotienten setzen die Altersgruppen bis 20 Jahre (Jüngere, nicht Erwerbsfähige), der 20- bis unter 65-jährigen Erwerbsfähigen, der 65- bis unter 80-Jährigen



und der über 80-Jährigen ins Verhältnis zueinander. Der Altenquotient errechnet sich aus allen Personen ≥ 65 Jahre je 100 Erwerbsfähige, stellt also das relative Verhältnis der älteren Bevölkerung zur erwerbsfähigen Bevölkerung dar. Der Belastungsquotient errechnet sich aus allen Personen im nichterwerbsfähigen Alter je 100 im erwerbsfähigen Alter, schließt hierbei also auch die jüngere Bevölkerung mit ein. Im Land werden sowohl der Alten- als auch der Belastungsquotient ansteigen (Tabelle 17). Im Jahr 2030 wird es über 50 Personen im Alter von 65 Jahren und älter auf 100 Personen im erwerbsfähigen Alter geben. Zusammen mit den jüngeren, nicht erwerbsfähigen Personen sind es knapp 85 pro 100 Personen im erwerbsfähigen Alter.

Einen weiteren Analysewert stellt der potenzielle Unterstützungskoeffizient dar. Dieser ergibt sich aus dem Verhältnis der Anzahl der Personen im erwerbsfähigen Alter zur Anzahl der Personen ≥ 65 Jahre. Dieser Wert steht für die Anzahl der Personen, die potenziell ihre pflegebedürftigen Angehörigen zu Hause versorgen könnten oder beruflich an der pflegerischen Versorgung beteiligt sein könnten. Im Land sinkt dieser bis 2030 um 0,5 auf 2,0.

Tabelle 17: Alten-, Belastungsquotient und Unterstützungskoeffizient im Land 2019 und 2030

Jahr	Altenquotient	Belastungsquotient	Unterstützungskoeffizient
2019	39,6	70,2	2,5
2030	50,8	84,6	2,0
Differenz zu 2019	+11,2	+14,4	-0,5

Datengrundlage: Statistisches Bundesamt (Destatis) (2019).

4.1.9 Alten- und Belastungsquotienten sowie Unterstützungskoeffizient im Kreis

Auch auf Ebene des Kreises wurden der Alten- und Belastungsquotient und der Unterstützungskoeffizient berechnet. Der relative Anteil der dafür verwendeten Altersgruppen an der Gesamtbevölkerung des Kreises ist in Tabelle 18 abgebildet. Abbildung 13 zeigt die erwartete Entwicklung des Alten- und des Belastungsquotienten. Bei beiden ist ein deutlicher Anstieg bis zum Jahr 2030 zu erkennen. Im Jahr 2030 werden auf 100 Personen im erwerbsfähigen Alter knapp 55 Personen im Alter von 65 Jahren und älter entfallen. Zusammen mit den jüngeren, nicht erwerbsfähigen Personen sind es über 88 pro 100 Personen im erwerbsfähigen Alter (Tabelle 19). Der Unterstützungskoeffizient des Kreises lag laut Bevölkerungsprognose im Jahr 2019 bei 2,4 Personen, die potenziell an der Versorgung einer pflegebedürftigen Person mitwirken können. Dieser Wert wird bis 2030 um ein Viertel auf 1,8 Personen sinken.



Verglichen mit den entsprechenden Kennzahlen des Landes im Jahr 2019 liegen der Alten- und der Belastungsquotient des Kreises um 2,4 beziehungsweise 4,1 Personen darüber (Tabelle 20). Der Unterstützungskoeffizient des Kreises ist sowohl im Jahr 2019 als auch in der Entwicklung bis 2030 mit dem Wert des Landes vergleichbar.

Tabelle 18: Relativer Anteil der Bevölkerung im Kreis Rendsburg-Eckernförde nach Altersgruppen bis 2030 (Angabe in %)

Jahr	Jüngere, nicht Erwerbsfähige (bis unter 20 Jahre)	Erwerbsfähige (20 bis unter 65 Jahre)	Alle Älteren (65 Jahre und älter)	Hochbetagte (80 Jahre und älter)
2019	18,5	57,4	24,1	7,2
2020	18,4	57,2	24,4	7,6
2022	18,2	56,8	25,0	8,1
2024	18,1	56,1	25,8	8,4
2026	18,0	55,2	26,8	8,3
2028	17,9	54,2	27,9	8,5
2030	17,8	53,1	29,2	8,7
Differenz zu 2019	-0,8	- 4,3	+ 5,1	+ 1,5

Datengrundlage: Bevölkerungsprognose 2018 bis 2030 nach Gertz Gutsche Rümenapp GbR (2017).

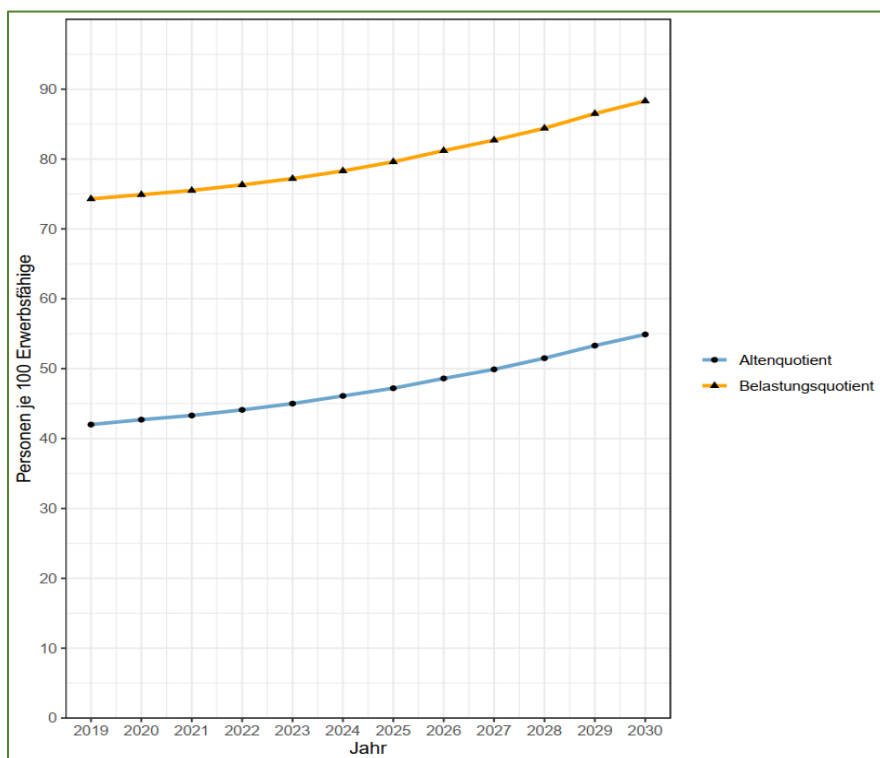


Abbildung 13: Alten- und Belastungsquotient 2019 bis 2030

Altenquotient: Personen 65 Jahre und älter je 100 Personen im erwerbsfähigen Alter, Belastungsquotient: Personen im nichterwerbsfähigen Alter je 100 im erwerbsfähigen Alter. Datengrundlage: Bevölkerungsprognose 2018 bis 2030 nach Gertz Gutsche Rümenapp GbR (2017).



Tabelle 19: Entwicklung des Altenquotienten, Belastungsquotienten und Unterstützungskoeffizienten im Kreis bis 2030

Jahr	Altenquotient	Belastungsquotient	Unterstützungskoeffizient
2019	42,0	74,3	2,4
2020	42,7	74,9	2,3
2022	44,1	76,3	2,3
2024	46,1	78,3	2,2
2026	48,6	81,2	2,1
2028	51,5	84,4	1,9
2030	54,9	88,3	1,8
Differenz zu 2019	+12,9	+14,0	-0,6

Datengrundlage: Bevölkerungsprognose 2018 bis 2030 nach Gertz Gutsche Rügenapp GbR 2017.

Tabelle 20: Vergleich der Entwicklung des Alten- und Belastungsquotienten sowie des Unterstützungskoeffizienten im Kreis und im Land bis 2030

	Rendsburg-Eckernförde	Schleswig-Holstein
	2019	2019
Altenquotient	42,0	39,6
Belastungsquotient	74,3	70,2
Unterstützungskoeffizient	2,4	2,5
	Differenz 2030 zu 2019	Differenz 2030 zu 2019
Altenquotient	+12,9	+11,2
Belastungsquotient	+13,4	+14,4
Unterstützungskoeffizient	-0,5	-0,5

4.1.10 Alten- und Belastungsquotienten sowie Unterstützungskoeffizienten auf Ebene der Nebenstellen des Pflegestützpunkts

Die berechneten Werte des Alten- beziehungsweise Belastungsquotienten spiegeln die Entwicklung der Anteile der Altersgruppen in den Nebenstellen bis zum Jahr 2030 wider (Tabelle 21). In jeder Nebenstelle werden die Altenquotienten bis 2030 ansteigen, den größten Anstieg mit einem Plus von 16 weist die Nebenstelle des Pflegestützpunkts in Eckernförde auf. Im Jahr 2030 werden in diesem Einzugsbereich dementsprechend 62 Personen ≥ 65 Jahre pro 100 erwerbsfähige Personen leben. Dieser Wert liegt deutlich über den Werten des gesamten Kreises (Tabelle 19). Der Belastungsquotient der Nebenstelle Eckernförde weist ebenfalls den deutlichsten Anstieg auf. Mit 95 Personen im nicht-erwerbsfähigen Alter pro 100 erwerbsfähige Personen ist der Wert von Eckernförde um 7 Punkte höher als der Durchschnitt des Kreises. Hohenwestedt und Rendsburg werden im Jahr 2030 mit jeweils 52 Personen ≥ 65 Jahre pro 100 erwerbsfähige Personen den niedrigsten Altenquotienten sowie mit 84 beziehungsweise 85 nicht-erwerbsfähige Personen pro 100 erwerbsfähige Personen die niedrigsten Belastungsquotienten aufweisen.



Die Unterstützungskoeffizienten der Nebenstellen lagen im Jahr 2019 zwischen 2,2 (Eckernförde) und 2,7 (Hohenwestedt). Die Koeffizienten werden bis zum Jahr 2030 in den Einzugsgebieten aller Nebenstellen sinken, der niedrigste zu erwartende Wert mit 1,6 Personen im erwerbsfähigen Alter pro Person ≥ 65 Jahre wurde für die Nebenstelle des Pflegestützpunkts in Eckernförde ermittelt. Eine grafische Darstellung der Entwicklung der berechneten Quotienten beziehungsweise des Koeffizienten befindet sich im Anhang (Abbildung 30).

Tabelle 21: Alten- und Belastungsquotient sowie Unterstützungskoeffizient nach den Nebenstellen des Pflegestützpunkts bis 2030

Altenquotient						
Jahr	Altenholz	Eckernförde	Flintbek	Hohenwestedt	Rendsburg	
2019	43	46	44	37	40	
2020	44	47	44	37	40	
2022	45	49	46	39	41	
2024	46	52	48	41	43	
2026	48	55	50	44	46	
2028	51	58	53	48	48	
2030	54	62	56	52	52	
Differenz zu 2019	+11	+16	+12	+15	+12	

Belastungsquotient						
Jahr	Altenholz	Eckernförde	Flintbek	Hohenwestedt	Rendsburg	
2019	77	77	75	68	72	
2020	78	78	76	69	72	
2022	79	80	77	70	73	
2024	80	83	80	72	75	
2026	82	87	82	76	78	
2028	85	91	86	80	81	
2030	89	95	90	84	85	
Differenz zu 2019	+12	+18	+15	+16	+13	

Unterstützungskoeffizient						
Jahr	Altenholz	Eckernförde	Flintbek	Hohenwestedt	Rendsburg	
2019	2,3	2,2	2,3	2,7	2,5	
2020	2,3	2,1	2,3	2,7	2,5	
2022	2,2	2,0	2,2	2,6	2,4	
2024	2,2	1,9	2,1	2,4	2,3	
2026	2,1	1,8	2,0	2,3	2,2	
2028	2,0	1,7	1,9	2,1	2,1	
2030	1,9	1,6	1,8	1,9	1,9	
Differenz zu 2019	-0,4	-0,6	-0,5	-0,8	-0,6	

Datengrundlage: Bevölkerungsprognose 2018 bis 2030 nach Gertz Gutsche Rügenapp GbR (2017).



4.2 Bedarf an pflegerischer Versorgung im Jahr 2019

4.2.1 Bedarf im Land

Im Jahr 2019 gab es laut Pflegestatistik des Landes insgesamt 130.349 Leistungsempfänger*innen nach dem elften Sozialgesetzbuch. Dies entspricht 0,045% der 2.903.000 für 2019 prognostizierten Einwohner*innen in Schleswig-Holstein. 31.689 Personen mit Pflegebedarf (24,3 %) wurden zu Hause durch 497 ambulante Pflegedienste versorgt, und 56.348 (43,2 %) waren ausschließlich Empfänger*innen von Pflegegeld. 35.117 (26,9 %) wurden in den 687 Pflegeeinrichtungen des Landes stationär versorgt (Abbildung 14).

130.349 Leistungsempfänger*innen insgesamt			
Zu Hause versorgt: 95.128 (73,0%)		In Pflegeeinrichtungen vollstationär versorgt: 35.117 (26,9%)	
Durch ambulante Dienste versorgt: 31.689 (24,3%)	Ausschließlich Empfänger*innen von Pflegegeld: 56.348 (43,2%)	Pflegegrad 1 und ausschließlich landesrechtliche bzw. ohne Leistungen: 7.091 (5,4%)	
Durch 497 Pflegedienste mit 14.075 Beschäftigten*		In 687 Pflegeeinrichtungen mit 31.672 Beschäftigten*	

Abbildung 14: Personen mit Pflegebedarf nach Art der Versorgung im Land Schleswig-Holstein 2019

*Gesamtanzahl der Beschäftigten über alle Qualifikationen und Beschäftigungsverhältnisse.

Datengrundlage: Pflegestatistik Schleswig-Holstein 2019, die relativen Häufigkeiten beziehen sich auf die Gesamtzahl der Leistungsempfänger*innen.

Mit 60,6 % gab es mehr weibliche Leistungsempfänger*innen als männliche. Der größte Anteil der Gesamtzahl an Leistungsempfänger*innen befand sich im Alter von 80 bis unter 90 Jahren (37,4 %) (Tabelle 22). Hinsichtlich der Grade an Pflegebedürftigkeit hatte fast die Hälfte der Personen mit Pflegebedarf den Pflegegrad 2 (43,9 %).

Die Pflegequote stellt den Anteil der Leistungsempfänger*innen nach dem elften Sozialgesetzbuch innerhalb einer Altersgruppe (differenziert nach Geschlecht) dar. Im Land waren 1,2 % aller unter 60-Jährigen im Jahr 2019 pflegebedürftig (Tabelle 23). Dieser Anteil steigt mit zunehmendem Alter, so waren in der Altersgruppe 90 Jahre und älter 68,8 % der Bevölkerung pflegebedürftig.



Tabelle 22: Personen mit Pflegebedarf nach Art der Versorgung im Land Schleswig-Holstein 2019

Leistungsempfänger*innen in Schleswig-Holstein 2019	n	%
Männer	51.379	39,4
Frauen	78.970	60,6
Insgesamt	130.349	100
0 bis unter 60 Jahre	23.864	18,3
60 bis unter 70 Jahre	11.772	9,0
70 bis unter 80 Jahre	26.058	20,0
80 bis unter 90 Jahre	48.761	37,4
90 Jahre und älter	19.894	15,3
Insgesamt	130.349	100
Pflegegrad 1	11.085	8,5
Pflegegrad 2	57.193	43,9
Pflegegrad 3	37.470	28,7
Pflegegrad 4	17.649	13,5
Pflegegrad 5	6.836	5,2
Bisher noch keinem Pflegegrad zugeordnet	116	0,1
Insgesamt	130.349	100

Datengrundlage: Pflegestatistik Schleswig-Holstein 2019

Tabelle 23: Pflegequoten im Land Schleswig-Holstein

	unter 60	60 bis unter 70	70 bis unter 80	80 bis unter 90	90 Jahre und älter
Gesamt	1,2	3,2	8,8	27,2	68,6
	unter 60	60 bis unter 70	70 bis unter 80	80 Jahre und älter	
Männlich	1,3	3,3	8,1	25,7	
Weiblich	1,0	3,2	9,3	38,0	

Datengrundlage: Pflegestatistik Schleswig-Holstein 2019, Statistisches Bundesamt (Destatis) (2019)

4.2.2 Bedarf im Kreis Rendsburg-Eckernförde

Ausgehend von der für den Kreis und die Nebenstellen des Pflegestützpunkts aufbereiteten Pflegestatistik 2019, waren im Jahr 11.440 Leistungsempfänger*innen nach SGB XI im Kreis Rendsburg-Eckernförde wohnhaft. Dies entspricht 0,042% der insgesamt 274.098 im Kreis lebenden Personen. Von diesen 11.440 Leistungsempfänger*innen wurden 8.415 zu Hause versorgt, davon 2.710 mit Unterstützung durch die 33 im Kreis tätigen ambulanten Pflegedienste. Über 3.000 Leistungsempfänger*innen wurden im Jahr 2019 stationär in einer der 65 Pflegeeinrichtungen des Kreises versorgt (Abbildung 15).

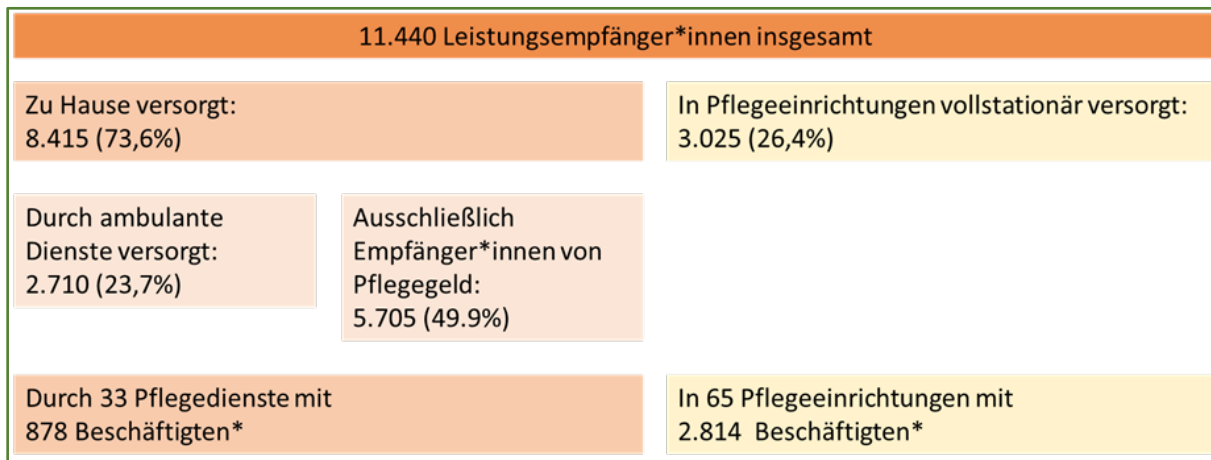


Abbildung 15: Personen mit Pflegebedarf nach Art der Versorgung im Kreis Rendsburg-Eckernförde 2019

*Gesamtanzahl der Beschäftigten über alle Qualifikationen und Beschäftigungsverhältnisse.

Datengrundlage: Pflegestatistik Rendsburg-Eckernförde 2019, die relativen Häufigkeiten beziehen sich auf die Gesamtzahl der Leistungsempfänger*innen.

Mit 43,7% (n = 4.993) und 29,3% (n = 3.355) hatten die meisten Leistungsempfänger*innen den Pflegegrad 2 beziehungsweise Pflegegrad 3. Nur 5% der Leistungsempfänger*innen hatten mit dem Pflegegrad 5 den höchsten Grad an Pflegebedürftigkeit. Über die Hälfte, 59,8% der 11.440 Leistungsempfänger*innen, waren weiblich, die größten Anteile der Leistungsempfänger*innen entfielen bei beiden Geschlechtern auf die Altersgruppe 80 bis unter 90 Jahre. Der größte Anteil an Personen mit Pflegebedarf bezogen auf die Gesamtbevölkerung der jeweiligen Altersgruppe findet sich in der Altersgruppe 90 Jahre und älter. Bei der männlichen Bevölkerung waren es im Jahr 2019 50,6%, bei der weiblichen sogar 70% der Gesamtbevölkerung in der gleichen Altersgruppe (Tabelle 24, Abbildung 16).

In Tabelle 26 ist der Vergleich des Pflegebedarfs 2019 des Kreises mit dem des Landes abgebildet. Die Anteile der Leistungsempfänger*innen nach Geschlecht sowie nach Altersgruppen und Grad der Pflegebedürftigkeit sind ähnlich. Ein Unterschied besteht im Anteil der Empfänger*innen von Pflegegeld. Da der Anteil an Personen mit Pflegegrad 1 und Bezug von ausschließlich landesrechtlichen Leistungen beziehungsweise ohne Leistungsbezug für den Kreis nicht vorlag, konnte keine Aussage hierzu getroffen werden. Die Pflegequoten des Kreises liegen außer in der Altersgruppe der unter 60-Jährigen jeweils leicht unter denen des Landes.



Tabelle 24: Daten der Pflegestatistik 2019 im Kreis Rendsburg-Eckernförde

Variable		Anzahl der Leistungsempfänger*innen im Kreis im Jahr 2019	
		n	%
Art der Versorgung	Ambulante Versorgung	2.710	23,7
	Stationäre Versorgung	3.025	26,4
	Darunter Kurzzeitpflege	87	0,8
	Leistungsempfänger*innen Pflegegeld	5.705	49,9
	Gesamtanzahl	11.440	100
Grad der Pflegebedürftigkeit	Pflegegrad 1	1.001	8,8
	Pflegegrad 2	4.993	43,7
	Pflegegrad 3	3.355	29,3
	Pflegegrad 4	1.519	13,3
	Pflegegrad 5	572	5,0
	Gesamtanzahl	11.440	100
Alter und Geschlecht			
Weiblich	Unter 60 Jahre	962	8,4
	60 bis unter 70 Jahre	519	4,5
	70 bis unter 80 Jahre	1.284	11,2
	80 bis unter 90 Jahre	2.798	24,5
	90 Jahre und älter	1.279	11,2
Männlich	Unter 60 Jahre	1.285	11,2
	60 bis unter 70 Jahre	484	4,2
	70 bis unter 80 Jahre	1.015	8,9
	80 bis unter 90 Jahre	1.425	12,5
	90 Jahre und älter	389	3,4
Gesamtanzahl	11.440	100	
Insgesamt	Unter 60 Jahre	2.247	19,6
	60 bis unter 70 Jahre	1.003	8,8
	70 bis unter 80 Jahre	2.299	20,1
	80 bis unter 90 Jahre	4.223	37,0
	90 Jahre und älter	1.668	14,6
Gesamtanzahl	11.440	100	
Anteil Leistungsempfänger*innen an Gesamtbevölkerung			4,2

Datengrundlage: Pflegestatistik Rendsburg-Eckernförde 2019.



Abbildung 16: Anteil der Personen mit Pflegebedarf nach Geschlecht im Kreis 2019

Datengrundlage: Pflegestatistik Rendsburg-Eckernförde 2019.

Tabelle 25: Pflegequoten im Kreis

	unter 60	60 bis unter 70	70 bis unter 80	80 bis unter 90	90 Jahre und älter
Gesamt	1,2	2,8	8,0	25,2	64,3
Männlich	1,4	2,8	7,5	20,1	50,6
Weiblich	1,0	2,8	8,5	28,9	70,0

Datengrundlage: Pflegestatistik Rendsburg-Eckernförde 2019.



Tabelle 26: Vergleich der Verteilung der Leistungsempfänger*innen 2019 nach Geschlecht, Versorgungsart, Pflegegraden und Altersgruppen im Kreis und im Land

	Rendsburg-Eckernförde	Schleswig-Holstein
	Relativer Anteil (%) an gesamten Leistungsempfänger*innen	Relativer Anteil (%) an gesamten Leistungsempfänger*innen
Männer	40,2	39,4
Frauen	59,8	60,6
Insgesamt	100	100
0 bis unter 60 Jahre	19,6	18,3
60 bis unter 70 Jahre	8,8	9,0
70 bis unter 80 Jahre	20,1	20,0
80 bis unter 90 Jahre	37,0	37,4
90 Jahre und älter	14,6	15,3
Insgesamt	100	100
Ambulante Versorgung	23,7	24,3
Stationäre Versorgung	26,4	26,9
Pflegegeldempfänger*innen	49,9	43,2
Pflegegrad 1 und ausschließlich desrechtliche Leistungen in- beziehungsweise ohne Leistungen	-	5,4
Insgesamt	100	100
Pflegegrad 1	8,8	8,5
Pflegegrad 2	43,7	43,9
Pflegegrad 3	29,3	28,7
Pflegegrad 4	13,3	13,5
Pflegegrad 5	5,0	5,2
Bisher noch keinem Pflegegrad zugeordnet	-	0,1
Insgesamt	100	100
Pflegequoten gesamt		
0 bis unter 60 Jahre	1,2	1,2
60 bis unter 70 Jahre	2,8	3,2
70 bis unter 80 Jahre	8,0	8,8
80 bis unter 90 Jahre	25,2	27,2
90 Jahre und älter	64,3	68,6

Datengrundlage: Pflegestatistik Rendsburg-Eckernförde 2019, Pflegestatistik Schleswig-Holstein 2019. Das Symbol „-“ bedeutet, dass diese Daten nicht vorlagen.

4.2.3 Bedarf auf der Ebene der Nebenstellen des Pflegestützpunkts

Im Einzugsbereich der Nebenstellen des Pflegestützpunkts in Rendsburg lebte im Jahr 2019 mit 3.795 die größte absolute Anzahl von Leistungsempfänger*innen nach SGB XI verglichen zu den anderen Nebenstellen des Pflegestützpunkts im Kreis, dies entspricht mit 33,2% auch dem größten Anteil der gesamten im Kreis wohnhaften Leistungsempfänger*innen (Tabelle 27, Tabelle 28).



Der größte Anteil an Leistungsempfänger*innen im Verhältnis zur gesamten Bevölkerung innerhalb der Nebenstellen Pflegestützpunkts wurde mit 5,1% für Hohenwestedt ermittelt (Tabelle 28). Im Einzugsbereich der Nebenstelle in Rendsburg lebten im Jahr 2019 38% der kreisweit stationär versorgten Leistungsempfänger*innen, dies sind doppelt so viele wie der nächsthöchste Anteil innerhalb der Nebenstelle in Eckernförde (19%).

Die Verteilung der Leistungsempfänger*innen nach Pflegegrad bzw. Versorgungsart pro Nebenstelle des Pflegestützpunkts ist in Abbildung 17 und Abbildung 18 dargestellt. In Hohenwestedt und Flintbek waren im Gegensatz zu den anderen drei Nebenstellen mehr Leistungsempfänger*innen ambulant als stationär versorgt. Bei allen Nebenstellen war ungefähr die Hälfte der Leistungsempfänger*innen Empfänger*in von Pflegegeld.

Tabelle 29 gibt eine Übersicht über die Pflegequoten in den Einzugsgebieten der einzelnen Nebenstellen. In den insbesondere von Pflegebedürftigkeit betroffenen Altersgruppen 80 bis unter 90 Jahre sowie 90 Jahre und älter findet sich die jeweils höchste Pflegequote im Einzugsgebiet der Nebenstelle Hohenwestedt (28,6% und 68,1%), während die korrespondierenden Werte in Altenholz am niedrigsten sind (13,6% und 40,0%). Das heißt, die Pflegequoten schwanken regional in den einzelnen Altersgruppen um mehr als 15%.



Tabelle 27: Anzahl der Leistungsempfänger*innen im Jahr 2019 nach den Nebenstellen des Pflegestützpunkts

	Eckernförde	Rendsburg	Hohenwestedt n (%)	Altenholz	Flintbek
Art der Versorgung					
Ambulante Versorgung	430 (20)	840 (22)	456 (34)	462 (21)	522 (27)
Stationäre Versorgung	583 (27)	1.152 (30)	262 (20)	556 (26)	472 (24)
Darunter Kurzzeitpflege	20 (0,9)	39 (1,1)	5 (0,4)	14 (0,7)	9 (0,5)
Leistungsempfänger*innen Pflegegeld	1.166 (54)	1.803 (48)	619 (46)	1.143 (53)	974 (49)
Gesamtanzahl	2.179 (100)	3.795 (100)	1.337 (100)	2.161 (100)	1.968 (100)
Grad der Pflegebedürftigkeit					
Pflegegrad 1	179 (8)	370 (10)	103 (8)	173 (8)	176 (9)
Pflegegrad 2	905 (42)	1.612 (42)	659 (49)	932 (43)	885 (45)
Pflegegrad 3	643 (30)	1.106 (29)	363 (27)	663 (31)	580 (29)
Pflegegrad 4	334 (15)	500 (13)	166 (12)	282 (13)	237 (12)
Pflegegrad 5	118 (5)	207 (13)	46 (3)	111 (5)	90 (5)
Gesamtanzahl	2.179 (100)	3.795 (100)	1.337 (100)	2.161 (100)	1.968 (100)
Männlich					
Unter 60 Jahre	198 (9)	443 (12)	212 (16)	210 (10)	222 (11)
60 bis unter 70 Jahre	86 (4)	180 (5)	64 (5)	83 (4)	71 (4)
70 bis unter 80 Jahre	206 (9)	322 (8)	101 (8)	201 (9)	185 (9)
80 bis unter 90 Jahre	272 (12)	466 (12)	140 (10)	285 (13)	262 (13)
90 Jahre und älter	72 (3)	119 (3)	32 (2)	102 (5)	64 (3)
Weiblich					
Unter 60 Jahre	174 (8)	340 (9)	158 (12)	157 (7)	133 (7)
60 bis unter 70 Jahre	89 (4)	188 (5)	72 (5)	79 (4)	91 (5)
70 bis unter 80 Jahre	254 (12)	433 (11)	147 (11)	237 (11)	213 (11)
80 bis unter 90 Jahre	545 (25)	924 (24)	291 (22)	535 (25)	503 (26)
90 Jahre und älter	283 (13)	380 (10)	120 (9)	272 (13)	224 (11)
Gesamtanzahl	2.179 (100)	3.795 (100)	1.337 (100)	2.161 (100)	1.968 (100)

Datengrundlage: Pflegestatistik Rendsburg-Eckernförde 2019.



Tabelle 28: Anteile der Leistungsempfänger*innen der Nebenstellen des Pflegestützpunkts 2019

	Eckernförde	Rendsburg	Hohenwestedt	Altenholz	Flintbek	
Anteil an Leistungsempfänger*innen des gesamten Kreises (%)						
Ambulante Pflege	15,9	30,1	16,8	17,0	19,3	100%
Stationäre Pflege	19,3	38,1	8,7	13,4	15,6	100%
Pflegegeld	20,4	31,6	10,9	20,0	17,1	100%
Pflegegrad 1	17,9	37,0	10,3	17,3	17,6	100%
Pflegegrad 2	18,1	32,3	13,2	18,7	17,7	100%
Pflegegrad 3	19,2	33,0	10,8	19,8	17,3	100%
Pflegegrad 4	22,0	32,9	10,9	18,6	15,6	100%
Pflegegrad 5	20,6	36,2	8,0	19,4	15,7	100%
Gesamtanteil	19,0	33,2	11,7	18,9	17,2	100%

Datengrundlage: Pflegestatistik Rendsburg-Eckernförde 2019.

Tabelle 29: Pflegequoten in den Nebenstellen des Pflegestützpunkts

	Altersgruppen					Gesamt
	unter 60 Jahre	60 bis unter 70 Jahre	70 bis unter 80 Jahre	80 bis unter 90 Jahre	90 Jahre und älter	
Eckernförde						
Gesamt	1,0	2,3	7,2	23,3	60,2	4,0
Männlich	1,1	2,3	6,8	18,5	48,0	
Weiblich	0,9	2,2	7,5	28,0	72,4	
Rendsburg						
Gesamt	1,4	3,5	9,6	26,3	59,7	4,6
Männlich	1,5	3,5	8,9	22,3	53,1	
Weiblich	1,2	3,5	10,3	30,2	66,2	
Hohenwestedt						
Gesamt	2,0	4,0	10,2	28,6	68,1	5,1
Männlich	2,24	3,8	8,5	23,0	58,2	
Weiblich	1,70	4,2	11,9	34,2	77,9	
Altenholz						
Gesamt	0,9	1,5	4,6	13,6	40,0	3,6
Männlich	1,0	0,8	2,3	2,1	6,6	
Weiblich	0,8	2,1	6,9	25,0	73,3	
Flintbek						
Gesamt	1,0	2,4	7,2	25,1	56,7	4,0
Männlich	1,29	2,1	6,9	20,6	46,7	
Weiblich	0,78	2,7	7,4	29,5	66,7	

Datengrundlage: Pflegestatistik Rendsburg-Eckernförde 2019.

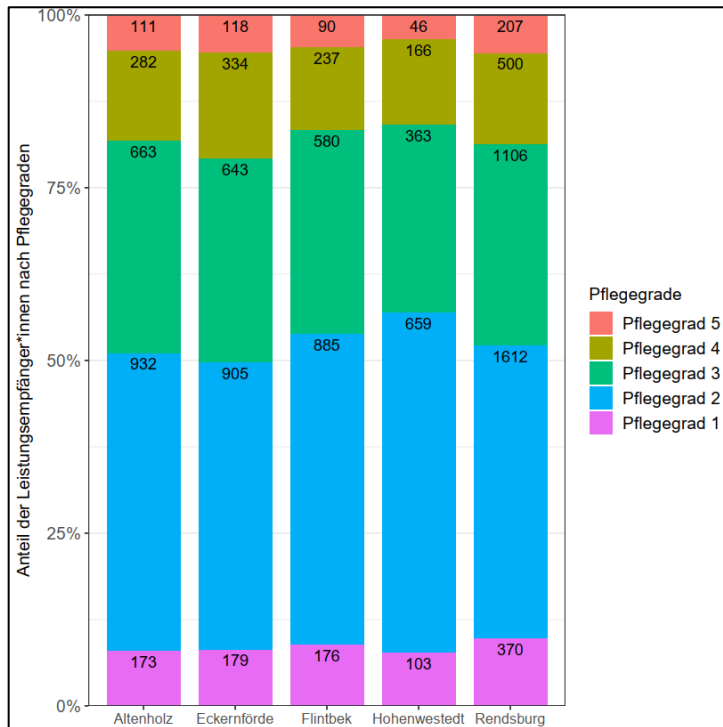


Abbildung 17: Anzahl der Leistungsempfänger*innen nach Pflegegraden mit Aufteilung nach den Nebenstellen des Pflegestützpunkts im Jahr 2019. Datengrundlage: Pflegestatistik Rendsburg-Eckernförde 2019.

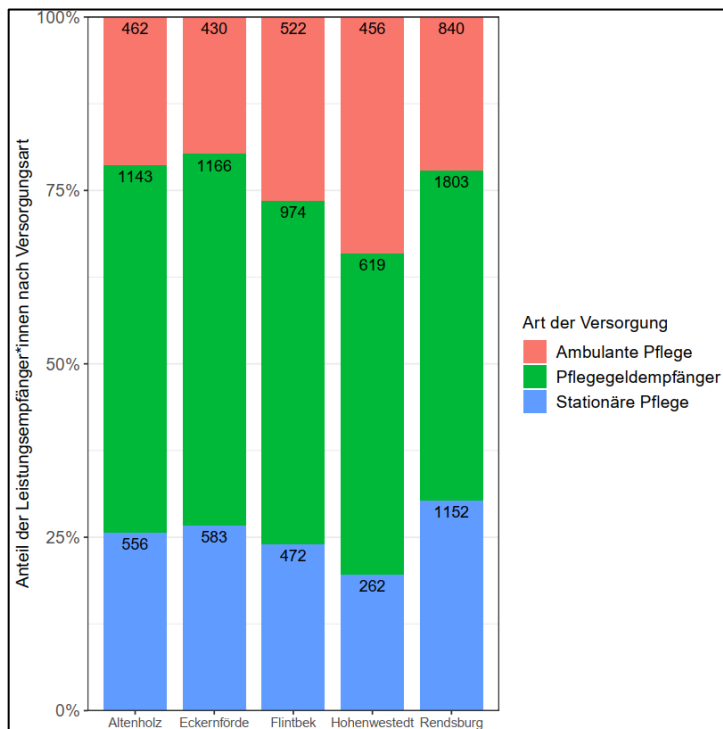


Abbildung 18: Anzahl der Leistungsempfänger*innen nach Versorgungsart mit Aufteilung nach den Nebenstellen des Pflegestützpunkts im Jahr 2019. Datengrundlage: Pflegestatistik Rendsburg-Eckernförde 2019.



4.3 Pflegerisches Versorgungsangebot des Landes im Jahr 2019

Im Land Schleswig-Holstein gab es im Jahr 2019 497 ambulante Pflegedienste und 687 stationäre Pflegeeinrichtungen. Von der Gesamtzahl der Beschäftigten waren jeweils in der ambulanten und stationären Versorgung über 22 % staatlich anerkannte Altenpfleger*innen, wobei im Bereich der ambulanten Pflege der Anteil von Pflegefachpersonen (also von Beschäftigten mit abgeschlossener dreijähriger Berufsausbildung in der Altenpflege oder Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege) mit knapp 40% deutlich höher lag als in der stationären Altenpflege (knapp 28%) (Tabelle 30).

Tabelle 30: Pflegerisches Versorgungsangebot im Land 2019

Ambulante Pflegedienste	497
Gesamtanzahl der Beschäftigten*	14.075 (100 %)
darunter Altenpfleger*innen	3.181 (22,6 %)
darunter Gesundheits- und Krankenpfleger*innen	2.334 (16,6 %)
Stationäre Einrichtungen	687
Gesamtanzahl der Beschäftigten*	31.672 (100%)
darunter Altenpfleger*innen	7.064 (22,3 %)
darunter Gesundheits- und Krankenpfleger*innen	1.773 (5,6 %)
Verfügbare Plätze	
Gesamtplätze	41.090
Vollstationäre Plätze	38.536
Plätze für Kurzzeitpflege/Plätze für teilstationäre Pflege	2.554

*Gesamtanzahl der Beschäftigten über alle Qualifikationen und Beschäftigungsverhältnisse

Datengrundlage: Pflegestatistik Schleswig-Holstein 2019.

4.4 Pflegerisches Versorgungsangebot des Kreises im Jahr 2019

Insgesamt standen dem Kreis 3.667 Plätze in stationären Einrichtungen zur Verfügung. Davon waren 3.418 für die vollstationäre Versorgung zugeteilt, 249 Plätze für die teilstationäre Versorgung. 34 Plätze der vollstationären Plätze waren für die Leistungsempfänger*innen in Kurzzeitpflege verfügbar (Tabelle 31). Der Anteil der Beschäftigten mit abgeschlossener Ausbildung in einem Pflegeberuf deckt sich mit dem auf der Landesebene. Jeweils weniger als die Hälfte der Pflegefachpersonen ist in Vollzeit berufstätig (Tabelle 32).

Die Nebenstelle in Rendsburg stellt mit 1.430 verfügbaren Plätzen 39% der Plätze für die stationäre Versorgung im Kreis (Tabelle 33). Zusammen mit Altenholz findet sich in Rendsburg mit jeweils 8 die



höchste Anzahl an ambulanten Pflegediensten. Abbildung 19 bis Abbildung 23 zeigen die Einzugsbereiche der Nebenstellen des Pflegestützpunkts mit bevölkerungsrelevanten Daten sowie die geografische Lage der in der Pflegestatistik 2019 angegebenen ambulanten Pflegedienste und stationäre Pflegeeinrichtungen.

Tabelle 31: Übersicht über die Pflegedienste und stationäre Einrichtungen in Rendsburg-Eckernförde 2019

Kreis Rendsburg-Eckernförde	
Ambulante Pflegedienste	33
davon freigemeinnützliche Trägerschaft	17
Gesamtanzahl der Beschäftigten*	878
darunter Altenpfleger*innen	240 (27,3 %)
darunter Gesundheits- und Krankenpfleger*innen	110 (12,5 %)
Stationäre Einrichtungen	65
davon private Trägerschaft	39
mit Kurzzeitpflegeplätzen	11
mit Tagespflegeplätzen	14
Gesamtanzahl der Beschäftigten*	2.814
darunter Altenpfleger*innen	622 (22,1 %)
darunter Gesundheits- und Krankenpfleger*innen	172 (6,1 %)
Verfügbare Plätze	
Vollstationär	3.418
davon für Kurzzeitpflege	34
Plätze ausschließlich für Teilstationäre Pflege	249
Gesamtplätze	3.667

*Gesamtanzahl der Beschäftigten über alle Qualifikationen und Beschäftigungsverhältnisse

Datengrundlage: Pflegestatistik Rendsburg-Eckernförde 2019

Tabelle 32: Beschäftigte in der pflegerischen Versorgung nach Beschäftigungsverhältnis im Kreis

	Altenpfleger*innen	Gesundheits- und Krankenpfleger*innen
Ambulante Versorgung	n (%)	
Vollzeit	63 (26)	32 (29)
Teilzeit über 50%	117 (49)	40 (36)
Teilzeit 50% und weniger	39 (16)	16 (15)
Geringfügig	21 (9)	22 (20)
Stationäre Versorgung		
Vollzeit	291 (47)	58 (34)
Teilzeit über 50%	243 (39)	64 (37)
Teilzeit 50% und weniger	60 (10)	28 (16)
Geringfügig	37 (6)	22 (13)

Datengrundlage: Pflegestatistik Rendsburg-Eckernförde 2019.



Tabelle 33: Anzahl an Pflegediensten und stationären Einrichtungen nach den Nebenstellen des Pflegestützpunkts 2019

	Eckernförde	Rendsburg	Hohenwestedt	Altenholz	Flintbek
Ambulante Pflegedienste	7	8	3	8	7
Gesamtanzahl der Beschäftigten*	152	288	85	152	201
Stationäre Einrichtungen	14	25	6	8	12
Gesamtanzahl der Beschäftigten**	537	1.098	239	503	437
Verfügbare Plätze					
Vollstationär	650	1.323	287	655	503
davon für Kurzzeitpflege	5	14	5	4	6
Teilstationär	50	107	25	0	67
Gesamt	700	1.430	312	655	570
Anteil an Versorgungsangeboten im gesamten Kreis (%)					
Ambulante Dienste	21,2	24,2	9,1	24,2	21,2
Verfügbare stationäre Plätze	19,1	39,0	8,5	17,9	15,5

*Gesamtanzahl der Beschäftigten über alle Qualifikationen und Beschäftigungsverhältnisse **Schätzung auf Grundlage der verfügbaren Plätze in Rendsburg-Eckernförde.

Datengrundlage: Pflegestatistik Rendsburg-Eckernförde 2019

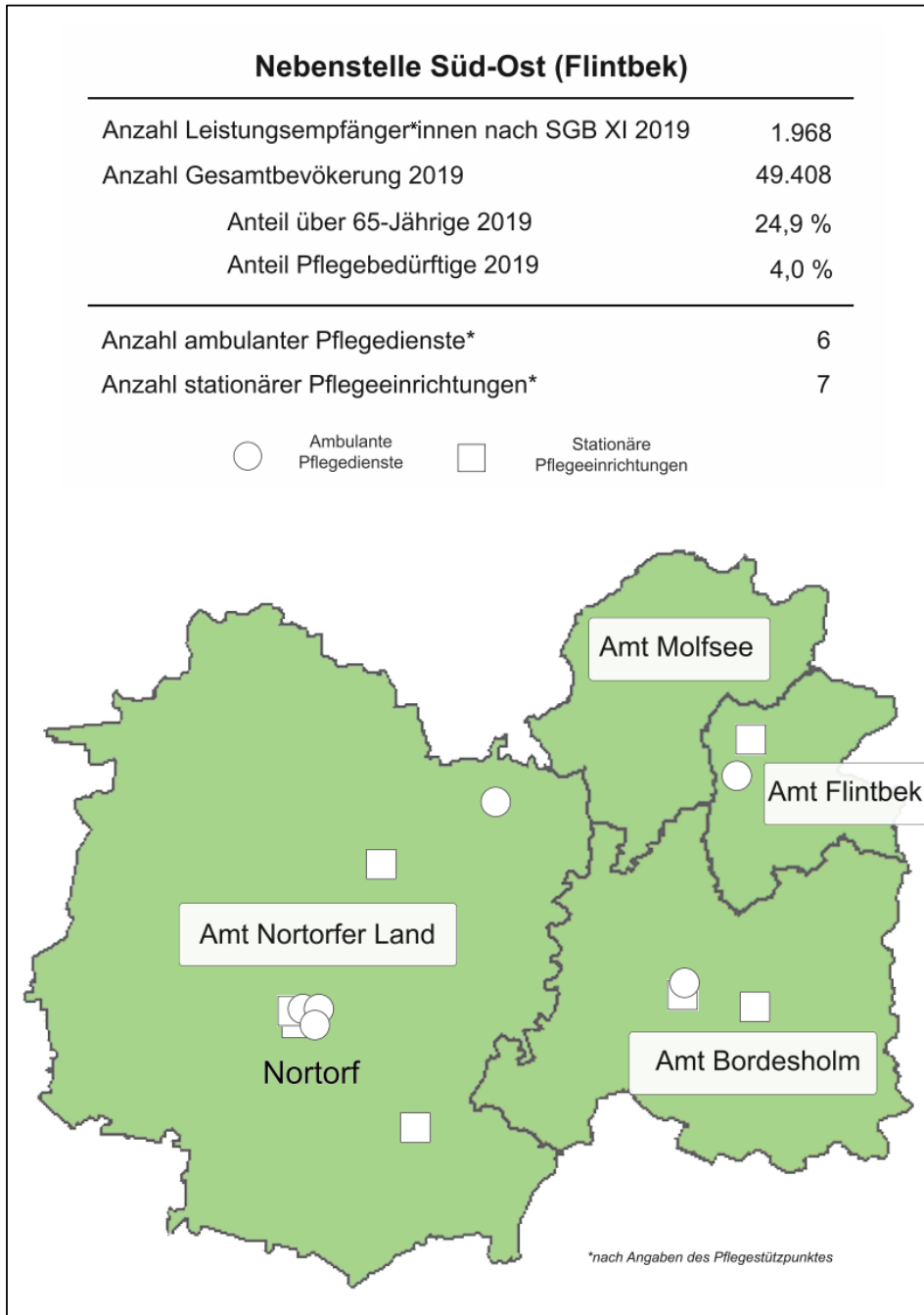


Abbildung 19: Bevölkerungsdaten und geografische Lage der Versorgungsangebote in der Nebenstelle Flintbek des Pflegestützpunktes

Datengrundlagen: Pflegestatistik Rendsburg-Eckernförde 2019, Bevölkerungsprognose der Gertz Gutsche Rümenapp GbR (2017), Einrichtunglisten des Pflegestützpunktes Rendsburg-Eckernförde (Stand: April 2021).

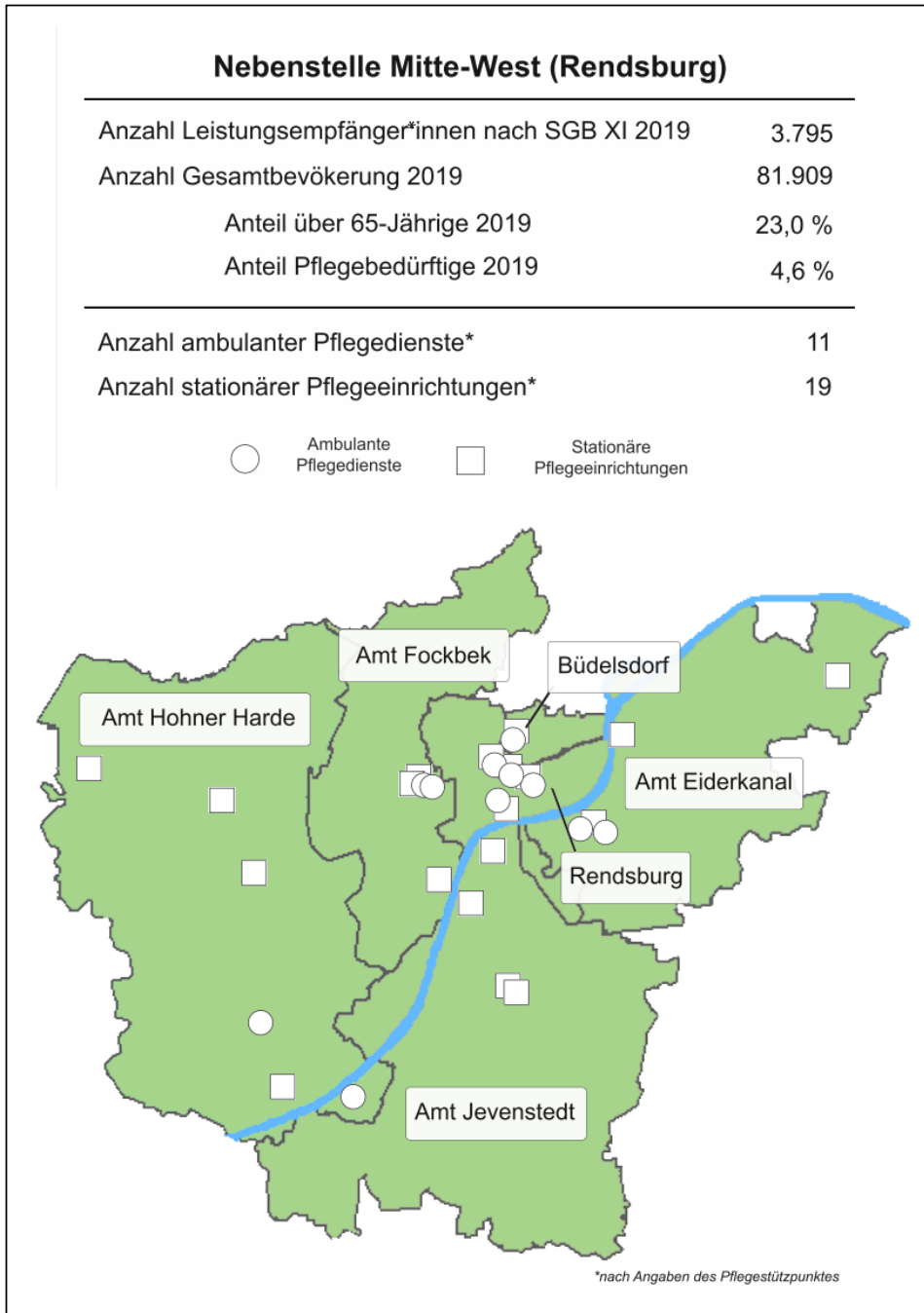


Abbildung 20: Bevölkerungsdaten und geografische Lage der Versorgungsangebote in der Nebenstelle Rendsburg des Pflegestützpunktes

Datengrundlagen: Pflegestatistik Rendsburg-Eckernförde 2019, Bevölkerungsprognose der Gertz Gutsche Rümenapp GbR (2017), Einrichtunglisten des Pflegestützpunktes Rendsburg-Eckernförde (Stand: April 2021).

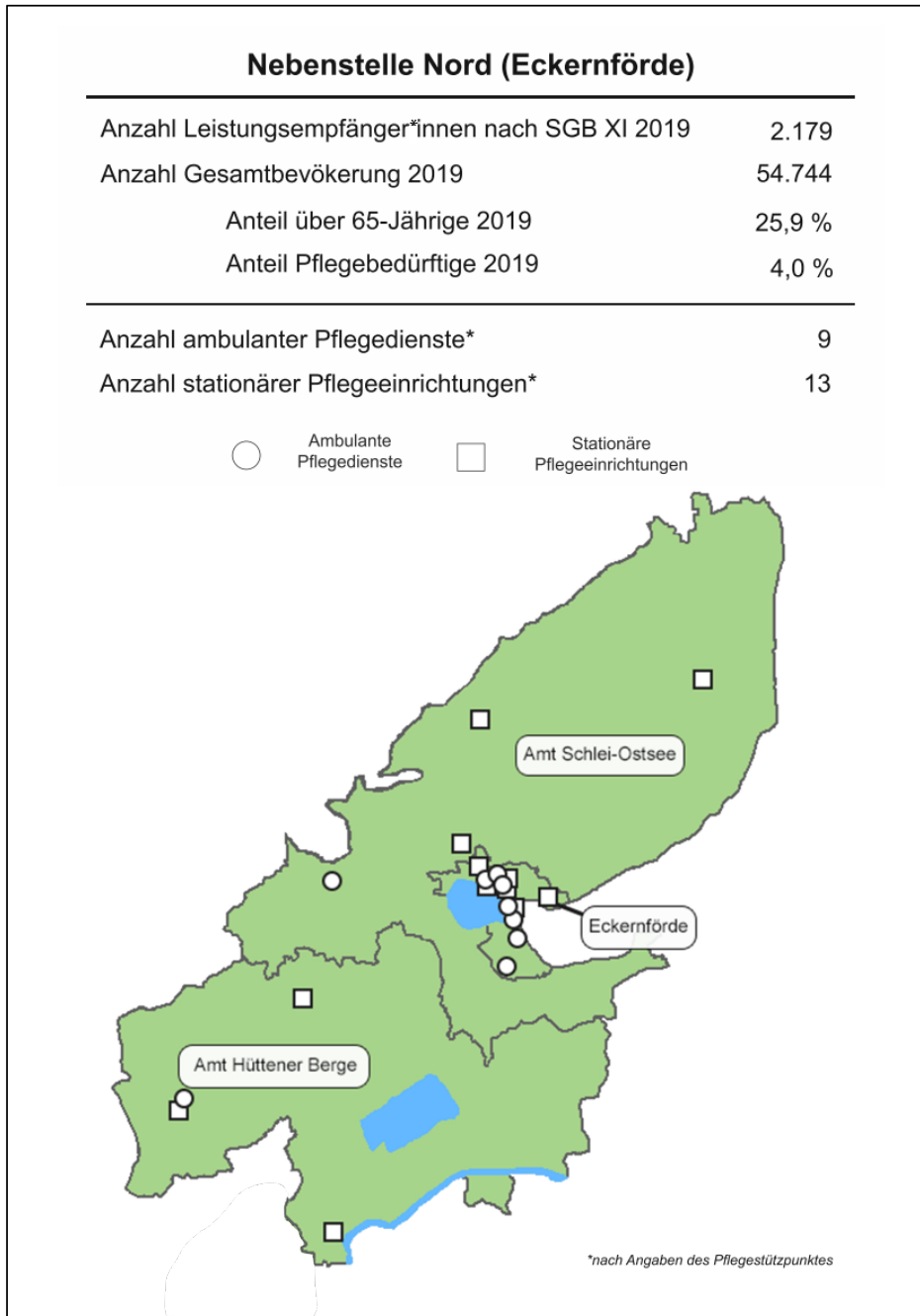


Abbildung 21: Bevölkerungsdaten und geografische Lage der Versorgungsangebote in der Nebenstelle Eckernförde des Pflegestützpunktes

Datengrundlagen: Pflegestatistik Rendsburg-Eckernförde 2019, Bevölkerungsprognose der Gertz Gutsche Rümenapp GbR (2017), Einrichtungslisten des Pflegestützpunktes Rendsburg-Eckernförde (Stand: April 2021).

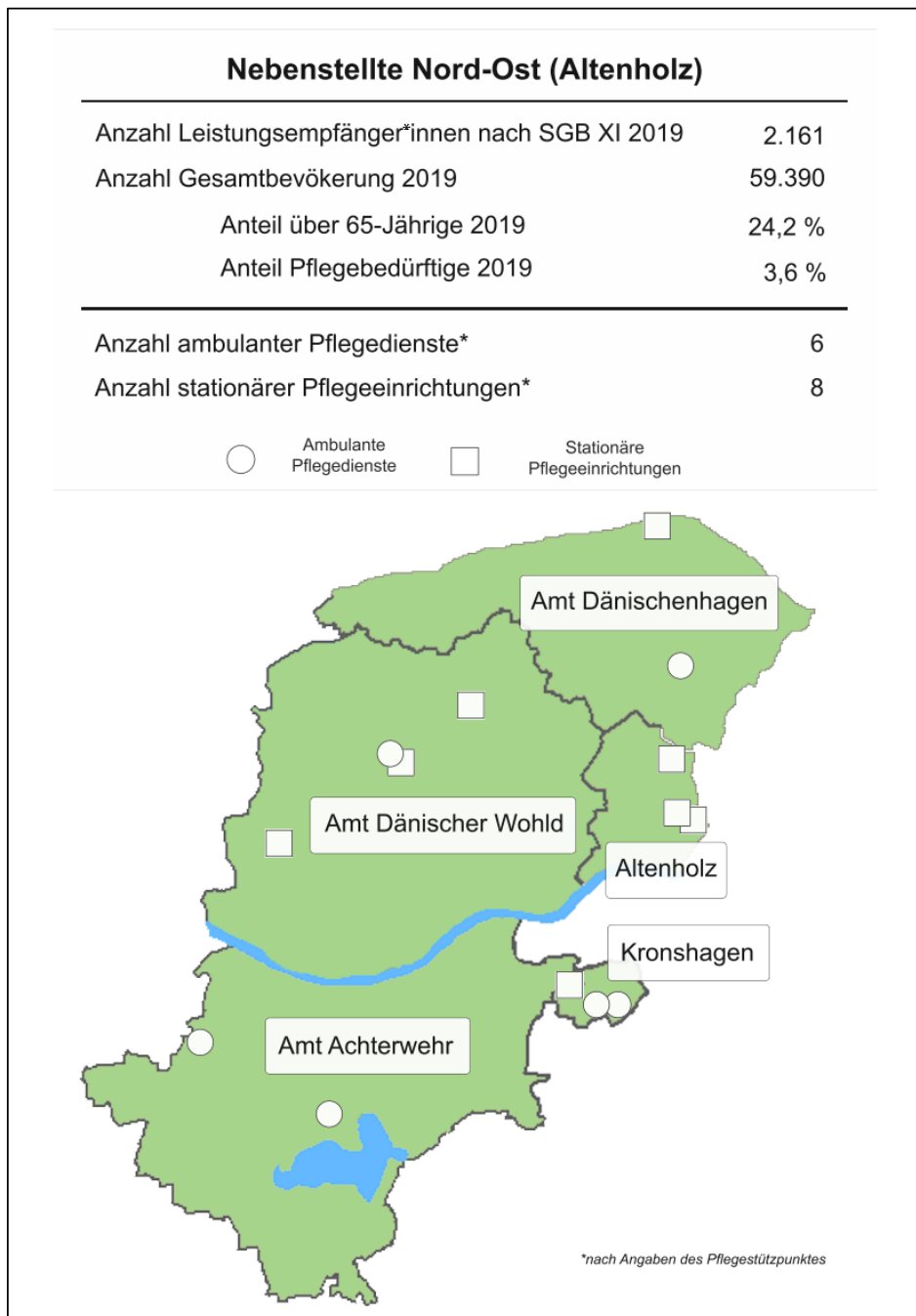


Abbildung 22: Bevölkerungsdaten und geografische Lage der Versorgungsangebote in der Nebenstelle Altenholz des Pflegestützpunktes

Datengrundlagen: Pflegestatistik Rendsburg-Eckernförde 2019, Bevölkerungsprognose der Gertz Gutsche Rümenapp GbR (2017), Einrichtungslisten des Pflegestützpunktes Rendsburg-Eckernförde (Stand: April 2021).

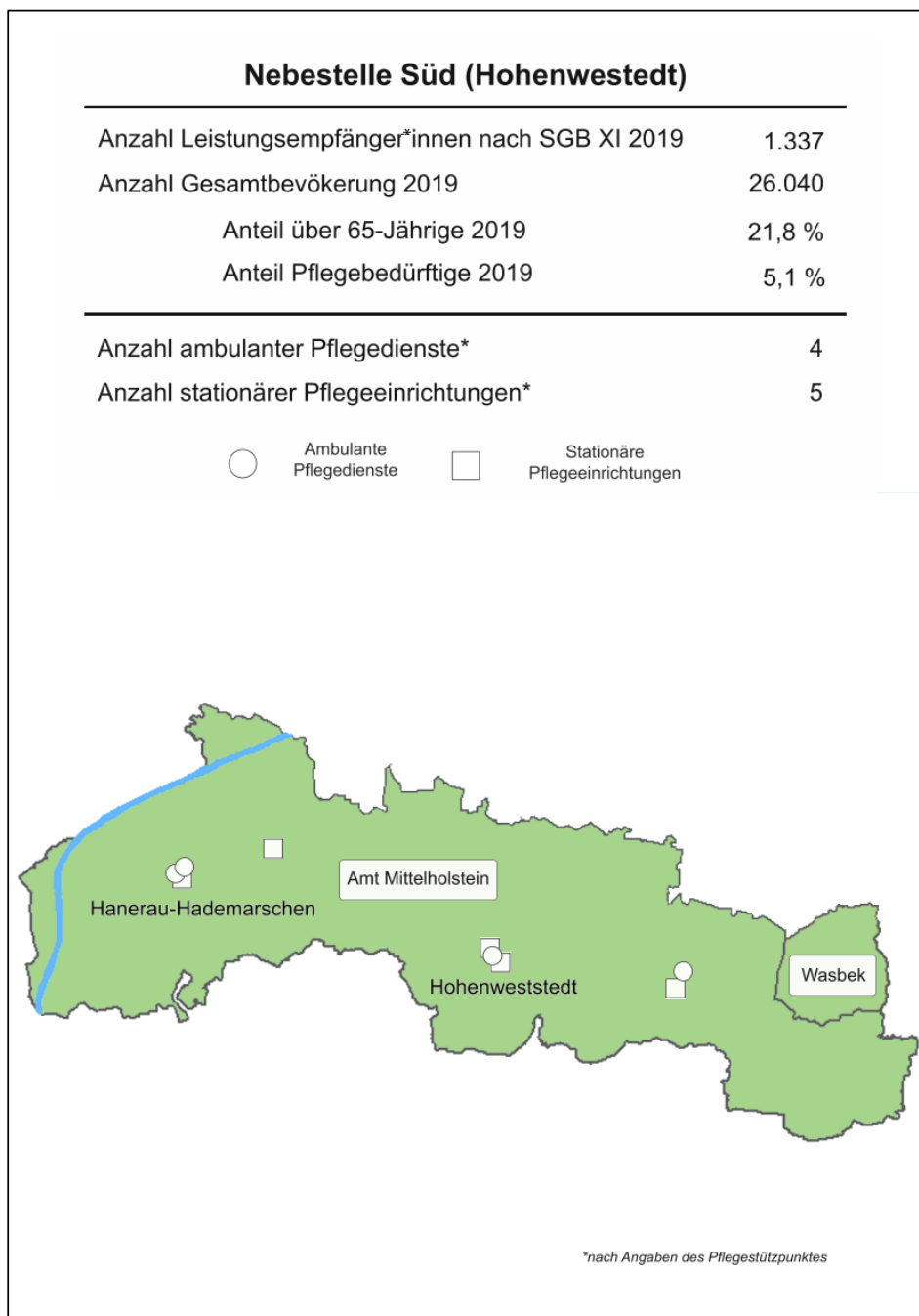


Abbildung 23: Bevölkerungsdaten und geografische Lage der Versorgungsangebote in den Nebestelle Hohenwestedt des Pflegestützpunktes.

Datengrundlagen: Pflegestatistik Rendsburg-Eckernförde 2019, Bevölkerungsprognose der Gertz Gutsche Rümenapp GbR (2017), Einrichtungslisten des Pflegestützpunktes Rendsburg-Eckernförde (Stand: April 2021).



4.5 Projektion der Entwicklung des Pflegebedarfes

4.5.1 Entwicklung des Pflegebedarfes im Land

Die Anzahl der Leistungsempfänger*innen im Land Schleswig-Holstein wird sich bis zum Jahr 2030 um 14.980 Personen (11,5 %) erhöhen (Tabelle 34). Differenziert nach Geschlecht, ist die Entwicklung mit einer Steigerung von 11,6 % bei den Männern und 11,4 % bei den Frauen sehr ähnlich.

Tabelle 34: Entwicklung der Anzahl an Leistungsempfänger*innen nach Geschlecht im Land bis 2030

Jahr	Männlich	Weiblich	Gesamt
2019	51.379	78.970	130.349
2030	57.333	87.995	145.329
Differenz zu 2019, absolut und relativ (%)			
	+5.954 (+11,6)	+9.025 (+11,4)	+14.980 (+11,5)

Datengrundlage: Pflegestatistik Schleswig-Holstein 2019, Statistisches Bundesamt (Destatis) (2019), Differenzen in den Summen sind rundungsbedingt.

Innerhalb der Altersgruppen ist der größte relative und absolute Zuwachs in der Altersgruppe 90 Jahre und älter zu erwarten. In dieser Gruppe werden bis zum Jahr 2030 15.778 zusätzliche Personen einen Pflegebedarf aufweisen (Zuwachs um 79,3 %). In den beiden Altersgruppen der 70- bis unter 80-Jährigen sowie der 80- bis unter 90-Jährigen steigt die Anzahl an Leistungsempfänger*innen um 2.644 Personen (Zuwachs um 10,1%) beziehungsweise 2.724 Personen (Zuwachs um 5,6%). In der Altersgruppe der 60- bis unter 70-Jährigen steigt die Anzahl voraussichtlich deutlicher (Zuwachs um 31,7%). Nur in der Altersgruppe der unter 60- Jährigen wird die Anzahl der Leistungsempfänger*innen sinken (Tabelle 35).

Tabelle 35: Entwicklung der Anzahl an Leistungsempfänger*innen nach Altersgruppen im Land bis 2030

Jahr	unter 60 Jahre	60 bis unter 70 Jahre	70 bis unter 80 Jahre	80 bis unter 90 Jahre	90 Jahre und älter
2019	23.864	11.772	26.085	48.761	19.894
2030	21.940	15.501	28.729	51.485	35.672
Differenz zu 2019, absolut und relativ (%)					
	-1.924 (-8,1)	3.729 (+31,7)	2.644 (+10,1)	2.724 (+5,6)	15.778 (+79,3)

Datengrundlage: Pflegestatistik Schleswig-Holstein 2019, Statistisches Bundesamt (Destatis) (2019), Differenzen in den Summen sind rundungsbedingt.

Differenziert nach Versorgungsart, ist die Veränderung der Anzahl der Leistungsempfänger*innen, die stationäre und ambulante Versorgung beanspruchen, mit 9.071 (Zuwachs um 25,8 %) bezie-



hungsweise 6.463 (Zuwachs um 20,4 %) ausgeprägter als der Zuwachs der Pflegegeldempfänger*innen (Tabelle 36). Den größten Anstieg der Anzahl an Personen mit Pflegebedarf nach Graden der Pflegebedürftigkeit wird es innerhalb des Pflegegrades 4 geben (n = 3.540, 20,1 %) (Tabelle 37).

Die Entwicklung der Anzahl an Leistungsempfänger*innen nach Grad der Pflegebedürftigkeit innerhalb der Versorgungsarten ist in Tabelle 38 abgebildet. Die Leistungsempfänger*innen mit Pflegegrad 1 und 5 sind jeweils die Grade mit dem geringeren Zuwachs innerhalb der Versorgungsarten bis 2030, die Pflegegrade 2 bis 4 sind in ihrem Anstieg vergleichbar.

Tabelle 36: Entwicklung der Anzahl an Leistungsempfänger*innen nach Versorgungsart im Bundesland bis 2030

Jahr	Stationäre Pflege	Kurzzeitpflege	Ambulante Pflege	Pflegegeld
2019	35.117	948	31.689	56.348
2030	44.188	1.170	38.152	62.755
Differenz zu 2019, absolut und relativ (%)				
	9.071 (+25,8)	222 (+23,4)	6.463 (+20,4)	6.407 (+11,4)

Datengrundlage: Pflegestatistik Schleswig-Holstein 2019, Statistisches Bundesamt (Destatis) (2019), Differenzen in den Summen sind rundungsbedingt.

Tabelle 37: Entwicklung der Anzahl an Leistungsempfänger*innen nach Pflegegrad im Bundesland bis 2030

Jahr	Pflegegrad 1	Pflegegrad 2	Pflegegrad 3	Pflegegrad 4	Pflegegrad 5
2019	11.085	57.193	37.470	17.649	6.836
2030	12.764	67.170	44.068	21.189	7.955
Differenz zu 2019, absolut und relativ (%)					
	1.679 (+15,1)	9.977 (+17,4)	6.598 (+17,6)	3.540 (+20,1)	1.119 (+16,4)

Datengrundlage: Pflegestatistik Schleswig-Holstein 2019, Statistisches Bundesamt (Destatis) (2019), Differenzen in den Summen sind rundungsbedingt.

Tabelle 38: Entwicklung der Anzahl an Leistungsempfänger*innen nach Versorgungsart und Grad der Pflegebedürftigkeit im Bundesland bis 2030

Pflegegrad	Anzahl der Leistungsempfänger*innen 2019		
	ambulante Pflege	vollstationäre Pflege	Pflegegeld
Insgesamt	31.689	35.117	56.348
Pflegegrad 1	3.498	390	-
Pflegegrad 2	15.978	8.972	32.248
Pflegegrad 3	8.337	12.129	17.006
Pflegegrad 4	2.998	9.208	5.443
Pflegegrad 5	878	4.298	1.634



Pflegegrad	Anzahl der Leistungsempfänger*innen 2019		
	ambulante Pflege	vollstationäre Pflege	Pflegegeld
Pflegegrad	Anzahl der Leistungsempfänger*innen 2030		
Insgesamt	37.332	40.324	61.239
Pflegegrad 1	4.101	475	-
Pflegegrad 2	19.403	11.364	36.411
Pflegegrad 3	10.058	15.314	18.705
Pflegegrad 4	3.580	11.679	5.929
Pflegegrad 5	1.010	5.222	1.696
Pflegegrad	Differenz der Anzahl an Leistungsempfänger*innen 2019 zu 2030 absolut und relativ (%)		
	ambulante Pflege	vollstationäre Pflege	Pflegegeld
Insgesamt	+6.464 (+20)	+9.053 (+26)	+6.414 (+11)
Pflegegrad 1	+602 (+17)	+85 (+22)	-
Pflegegrad 2	+ 3.427 (+21)	+2.390 (+27)	+4.163 (+13)
Pflegegrad 3	+1.720 (+21)	+3.183 (+26)	+1.703 (+10)
Pflegegrad 4	+582 (+19)	+2.472 (+27)	+486 (+9)
Pflegegrad 5	+132 (+15)	+923 (+21)	+62 (+4)

Datengrundlage: Pflegestatistik Schleswig-Holstein 2019, Statistisches Bundesamt (Destatis) (2019), Differenzen in den Summen sind rundungsbedingt.

4.5.2 Entwicklung des Pflegebedarfes im Kreis

Laut Projektion des Anteils der Leistungsempfänger*innen im Jahr 2019 auf die Bevölkerungsprognose wird die Anzahl der Personen mit Pflegebedarf nach SGB XI im gesamten Kreis Rendsburg-Eckernförde bis 2030 um 1.746 (Zuwachs um 15,3%) steigen (Tabelle 39). Den größeren Zuwachs an Leistungsempfänger*innen wird es bei den weiblichen Leistungsempfängerinnen geben.



Tabelle 39: Entwicklung der Anzahl an Leistungsempfänger*innen nach SGB XI im Kreis nach Geschlecht

Entwicklung der Anzahl der Leistungsempfänger*innen nach Geschlecht			
Jahr	Männlich	Weiblich	Gesamt
2019	4.598	6.842	11.440
2020	4.705	6.999	11.704
2022	4.837	7.196	12.033
2024	4.937	7.362	12.299
2026	5.005	7.485	12.490
2028	5.130	7.700	12.830
2030	5.257	7.929	13.186
Differenz zu 2019, absolut und relativ (%)			
	+659 (+14,3)	+1.087 (+15,9)	+1.746 (+15,3)

Datengrundlage: Pflegestatistik Rendsburg-Eckernförde 2019, Projektion errechnet nach der Entwicklung der Anzahl an Personen pro Altersgruppe in der Bevölkerungsprognose 2018 bis 2030 (Gertz Gutsche Rümenapp GbR, 2017).

4.5.2.1 Entwicklung der Anzahl an Leistungsempfänger*innen nach Alter

Differenziert nach Altersgruppen, wird die Anzahl der Leistungsempfänger*innen nach SGB XI innerhalb der Altersgruppe „unter 60 Jahre“ um 13,2% (n = 296) abnehmen, während sie in der Altersgruppe „90 Jahre und älter“ um 1.256 Personen (75,3%) am deutlichsten steigen wird (Tabelle 40, Abbildung 24).

Tabelle 40: Entwicklung der Anzahl an Leistungsempfänger*innen im Kreis nach Altersgruppen und Geschlecht

Entwicklung der Anzahl der Leistungsempfänger*innen nach Altersgruppe und Geschlecht						
Jahr	unter 60	60 bis unter 70	70 bis unter 80	80 bis unter 90	90 und älter	Gesamt
2019	2.247	1.003	2.299	4.223	1.668	11.440
<i>davon weiblich</i>	<i>42,8</i>	<i>51,7</i>	<i>55,9</i>	<i>66,3</i>	<i>76,7</i>	
2020	2.222	1.022	2.266	4.461	1.732	11.703
2022	2.171	1.076	2.241	4.767	1.779	12.034
2024	2.112	1.139	2.271	4.861	1.916	12.299
2026	2.053	1.200	2.371	4.618	2.248	12.490
2028	1.996	1.244	2.427	4.568	2.595	12.830
2030	1.951	1.247	2.506	4.558	2.924	13.186
<i>davon weiblich</i>	<i>42,7</i>	<i>52,1</i>	<i>56,4</i>	<i>65,7</i>	<i>70,7</i>	
Differenz zu 2019, absolut und relativ (%)						
	-296 (-13,2)	+244 (+24,3)	+207 (+9,0)	+335 (+7,9)	+1.256 (+75,3)	+1.746 (+15,3)

Datengrundlage: Pflegestatistik Rendsburg-Eckernförde 2019, Projektion errechnet nach der Entwicklung der Anzahl an Personen pro Altersgruppe in der Bevölkerungsprognose 2018 bis 2030 (Gertz Gutsche Rümenapp GbR, 2017). Differenzen in den Summen sind rundungsbedingt

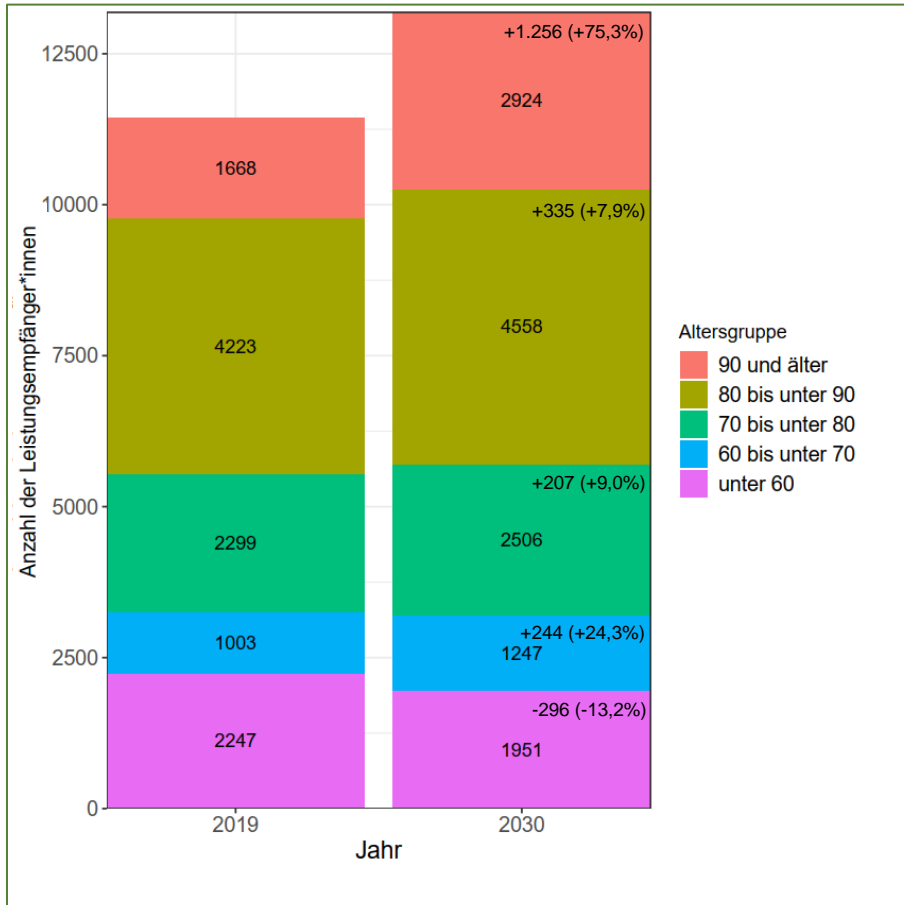


Abbildung 24: Entwicklung der Anzahl an Leistungsempfänger*innen nach Altersgruppen

Datengrundlage: Pflegestatistik Rendsburg-Eckernförde 2019, Projektion errechnet nach der Entwicklung der Anzahl an Personen pro Altersgruppe in der Bevölkerungsprognose 2018 bis 2030 (Gertz Gutsche Rümenapp GbR, 2017).

4.5.2.2 Entwicklung der Anzahl an Leistungsempfänger*innen nach Pflegegraden

Die Anzahl an Leistungsempfänger*innen wird in allen Pflegegraden zunehmen (Tabelle 41, Abbildung 25). Der relative größte Zuwachs ist für den Pflegegrad 4 zu erwarten (Anstieg um 18,4%), die geringsten Anstiege für die Pflegegrade 1 und 5.



Tabelle 41: Entwicklung der Anzahl an Leistungsempfänger*innen im Kreis nach Alter und Pflegegraden

Entwicklung der Anzahl der Leistungsempfänger*innen nach Altersgruppe und Pflegegrad 1						
Jahr	unter 60	60 bis unter 70	70 bis unter 80	80 bis unter 90	90 und älter	Gesamt
2019	151	105	224	414	107	1.001
2020	150	107	221	437	111	1.026
2022	146	113	218	467	114	1.058
2024	142	119	221	477	123	1.082
2026	138	126	231	453	144	1.092
2028	134	130	236	448	166	1.115
2030	131	131	244	447	188	1.140
Differenz zu 2019, absolut und relativ (%)						
	-20 (-13,2)	+26 (+24,6)	+20 (+8,9)	+33 (+8,0)	+81 (+75,5)	+139 (+13,9%)
Entwicklung der Anzahl der Leistungsempfänger*innen nach Altersgruppe und Pflegegrad 2						
Jahr	unter 60	60 bis unter 70	70 bis unter 80	80 bis unter 90	90 und älter	Gesamt
2019	839	461	1.024	1.937	732	4.993
2020	831	470	1.009	2.047	760	5.116
2022	811	494	998	2.187	781	5.271
2024	790	524	1.011	2.230	841	5.395
2026	767	552	1.056	2.119	986	5.480
2028	746	572	1.081	2.096	1.139	5.633
2030	729	573	1.116	2.091	1.283	5.792
Differenz zu 2019, absolut und relativ (%)						
	-110 (-13,1)	+112 (+24,3)	+92 (+9,0)	+154 (+8,0)	+551 (+75,3)	+799 (+16,0)
Entwicklung der Anzahl der Leistungsempfänger*innen nach Altersgruppe und Pflegegrad 3						
Jahr	unter 60	60 bis unter 70	70 bis unter 80	80 bis unter 90	90 und älter	Gesamt
2019	665	293	657	1.212	527	3.355
2020	658	299	647	1.281	547	3.432
2022	643	314	640	1.368	562	3.528
2024	626	333	649	1.395	605	3.608
2026	608	351	677	1.326	710	3.672
2028	591	363	693	1.311	820	3.779
2030	578	364	716	1.308	924	3.890
Differenz zu 2019, absolut und relativ (%)						
	-87 (-13,1)	+71 (+24,2)	+59 (+9,0)	+96 (+7,9)	+397 (+75,3)	+535 (16,0)

Datengrundlage: Pflegestatistik Rendsburg-Eckernförde 2019, Verteilung der Leistungsempfänger*innen in Altersgruppen nach der Pflegestatistik Schleswig-Holstein 2019. Projektion errechnet nach der Entwicklung der Anzahl an Personen pro Altersgruppe in der Bevölkerungsprognose 2018 bis 2030 (Gertz Gutsche Rümenapp GbR, 2017). Differenzen in den Summen sind rundungsbedingt



Tabelle 41: Entwicklung der Anzahl an Leistungsempfänger*innen im Kreis nach Alter und Pflegegraden

Entwicklung der Anzahl der Leistungsempfänger*innen nach Altersgruppe und Pflegegrad 4						
Jahr	unter 60	60 bis unter 70	70 bis unter 80	80 bis unter 90	90 und älter	Gesamt
2019	287	125	281	537	290	1.519
2020	284	127	277	567	301	1.557
2022	278	134	274	606	309	1.601
2024	270	142	278	618	333	1.641
2026	263	150	290	587	391	1.680
2028	255	155	297	581	451	1.739
2030	249	155	306	580	508	1.799
Differenz zu 2019, absolut und relativ (%)						
	-38 (-13,2)	+30 (+24,0)	+25 (+8,9)	+43 (+8,0)	+218 (+75,2)	+280 (+18,4)

Entwicklung der Anzahl der Leistungsempfänger*innen nach Altersgruppe und Pflegegrad 5						
Jahr	unter 60	60 bis unter 70	70 bis unter 80	80 bis unter 90	90 und älter	Gesamt
2019	152	50	102	181	88	572
2020	151	51	101	191	91	585
2022	147	54	99	204	94	598
2024	143	57	101	208	101	610
2026	139	60	105	198	119	621
2028	135	62	108	196	137	638
2030	132	62	111	195	154	655
Differenz zu 2019, absolut und relativ (%)						
	-20 (-13,2)	+12 (+24,0)	+9 (+8,8)	+14 (+7,7)	+66 (+75,0)	+83 (+14,5)

Datengrundlage: Pflegestatistik Rendsburg-Eckernförde 2019, Verteilung der Leistungsempfänger*innen in Altersgruppen nach der Pflegestatistik Schleswig-Holstein 2019. Projektion errechnet nach der Entwicklung der Anzahl an Personen pro Altersgruppe in der Bevölkerungsprognose 2018 bis 2030 (Gertz Gutsche Rümenapp GbR, 2017). Differenzen in den Summen sind rundungsbedingt

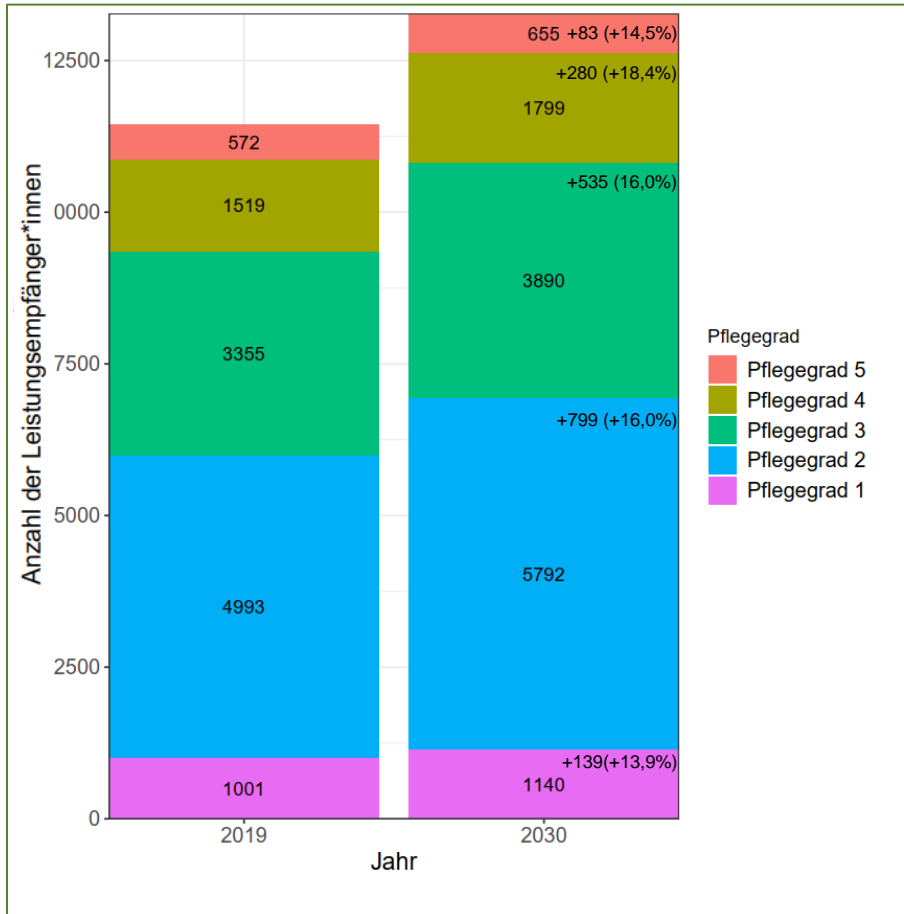


Abbildung 25: Entwicklung der Anzahl an Leistungsempfänger*innen nach Pflegegrad

Datengrundlage: Pflegestatistik Rendsburg-Eckernförde 2019, Verteilung der Leistungsempfänger*innen in Altersgruppen nach der Pflegestatistik Schleswig-Holstein 2019. Projektion errechnet nach der Entwicklung der Anzahl an Personen pro Altersgruppe in der Bevölkerungsprognose 2018 bis 2030 (Gertz Gutsche Rümenapp GbR, 2017).

4.5.2.3 Entwicklung der Anzahl an Leistungsempfänger*innen nach Versorgungsart

Differenziert nach Versorgungsart, wird im stationären Bereich der größte Anstieg der Anzahl von Leistungsempfänger*innen zu verzeichnen sein (Tabelle 42, Abbildung 26).

Bis zum Jahr 2030 werden 3.773 Personen mit Pflegebedarf stationäre Versorgung benötigen, das sind 748 (24,7%) mehr als im Jahr 2019 in diesem Versorgungsbereich. Der zu erwartende Anstieg der Anzahl der Pflegegeldempfänger fällt mit 9,2% (n = 526) dagegen eher gering aus.



Tabelle 42: Entwicklung der Anzahl an Leistungsempfänger*innen im Kreis nach Art der Versorgung

Entwicklung der Anzahl der Leistungsempfänger*innen nach Altersgruppe und Ambulante Pflege

Jahr	unter 60	60 bis unter 70	70 bis unter 80	80 bis unter 90	90 und älter	Gesamt
2019	247	215	557	1.211	479	2.710
2020	245	220	549	1.279	498	2.791
2022	239	231	543	1.367	511	2.891
2024	233	245	551	1.394	551	2.972
2026	226	258	575	1.324	646	3.029
2028	220	267	588	1.310	746	3.131
2030	215	268	608	1.307	840	3.237
Differenz zu 2019, absolut und relativ (%)						
	-32 (-13,0)	+53 (+24,7)	+51 (+9,2)	+96 (+7,9)	+361 (+75,3)	+527 (+19,5)

Entwicklung der Anzahl der Leistungsempfänger*innen nach Altersgruppe und Pflegegeld

Jahr	unter 60	60 bis unter 70	70 bis unter 80	80 bis unter 90	90 und älter	Gesamt
2019	1.760	566	1.155	1721	503	5.705
2020	1.743	577	1.138	1818	522	5.798
2022	1.702	607	1.126	1942	536	5.913
2024	1.656	643	1.141	1981	577	5.998
2026	1.610	677	1.191	1882	677	6.038
2028	1.565	702	1.219	1861	782	6.130
2030	1.530	704	1.259	1857	881	6.231
Differenz zu 2019, absolut und relativ (%)						
	-230 (-13,1)	+138 (+24,4)	+104 (+9,0)	+137 (+7,9)	+378 (+75,1)	+526 (+9,2)

Entwicklung der Anzahl der Leistungsempfänger*innen nach Altersgruppe und Kurzzeitpflege

Jahr	unter 60	60 bis unter 70	70 bis unter 80	80 bis unter 90	90 und älter	Gesamt
2019	2	6	20	40	19	87
2030	2	7	22	43	33	107
Differenz zu 2019, absolut und relativ (%)						
	0	+1 (+16,7)	+2 (+10,0)	+3 (+7,5)	+14 (+73,7)	+20 (+22,9)

*Datengrundlage: Pflegestatistik Rendsburg-Eckernförde 2019, Verteilung der Leistungsempfänger*innen in Altersgruppen nach der Pflegestatistik Schleswig-Holstein 2019. Projektion errechnet nach der Entwicklung der Anzahl an Personen pro Altersgruppe in der Bevölkerungsprognose 2018 bis 2030 (Gertz Gutsche Rümenapp GbR, 2017). Differenzen in den Summen sind rundungsbedingt*



Tabelle 42: Entwicklung der Anzahl an Leistungsempfänger*innen im Kreis nach Art der Versorgung (Fortsetzung)

Entwicklung der Anzahl der Leistungsempfänger*innen nach Altersgruppe und Stationäre Pflege						
Jahr	unter 60	60 bis unter 70	70 bis unter 80	80 bis unter 90	90 und älter	Gesamt
2019	193	245	560	1.281	746	3.025
2020	191	250	551	1.354	775	3.120
2022	186	263	545	1.446	796	3.236
2024	181	278	553	1.475	857	3.344
2026	176	293	577	1.401	1.005	3.453
2028	171	304	591	1.386	1.160	3.612
2030	167	305	610	1.383	1.308	3.773
Differenz zu 2019, absolut und relativ (%)						
	-26 (-13,5)	+60 (+24,5)	+50 (+8,9)	+102 (+8,0)	+562 (+75,3)	+748 (+24,7)

Datengrundlage: Pflegestatistik Rendsburg-Eckernförde 2019, Verteilung der Leistungsempfänger*innen in Altersgruppen nach der Pflegestatistik Schleswig-Holstein 2019. Projektion errechnet nach der Entwicklung der Anzahl an Personen pro Altersgruppe in der Bevölkerungsprognose 2018 bis 2030 (Gertz Gutsche Rümenapp GbR, 2017). Differenzen in den Summen sind rundungsbedingt.

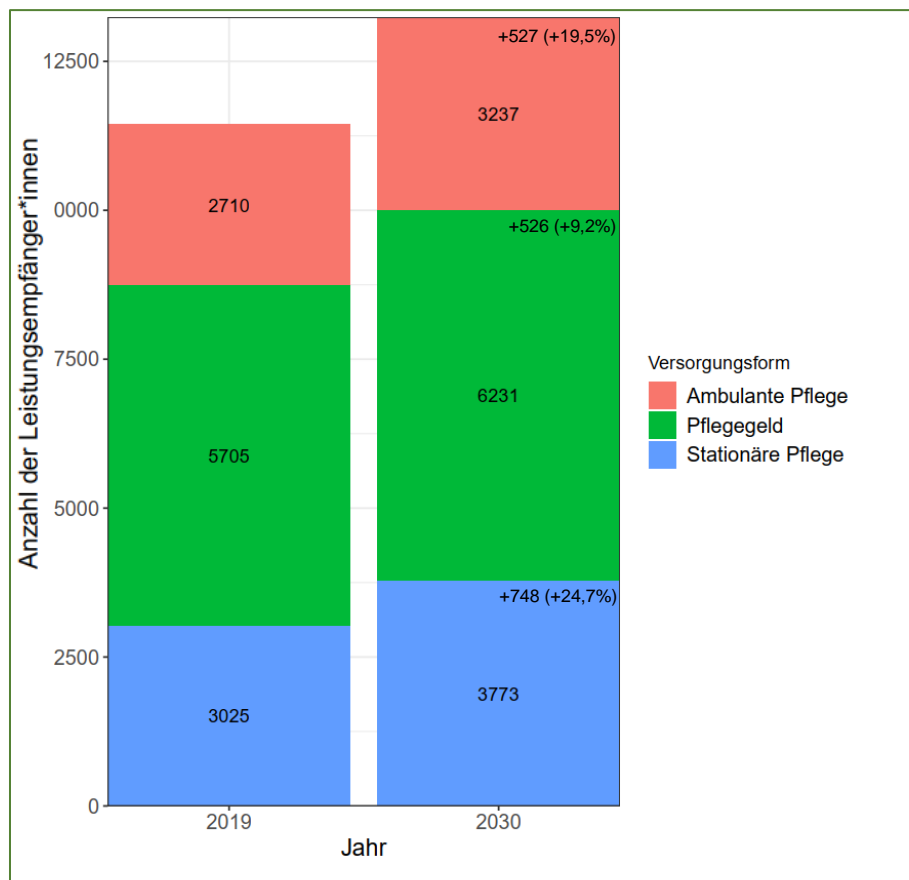


Abbildung 26: Entwicklung der Anzahl an Leistungsempfänger*innen nach Versorgungsart

Datengrundlage: Pflegestatistik Rendsburg-Eckernförde 2019, Verteilung der Leistungsempfänger*innen in Altersgruppen nach der Pflegestatistik Schleswig-Holstein 2019. Projektion errechnet nach der Entwicklung der Anzahl an Personen pro Altersgruppe in der Bevölkerungsprognose 2018 bis 2030 (Gertz Gutsche Rümenapp GbR, 2017).



4.5.2.4 Vergleich der Entwicklung der Anzahl an Leistungsempfänger*innen im Kreis und im Bundesland bis 2030

Im Vergleich mit der Entwicklung der Anzahl an Leistungsempfänger*innen des Bundeslandes nach Geschlecht sind die Differenzen des Kreises zu 2019 bei den weiblichen und den männlichen stärker ausgeprägt (Tabelle 43). Nach Altersgruppen entwickeln sich die beiden älteren Gruppen 80 bis unter 90 und 90 Jahre und älter des Kreises vergleichbar mit denen des Bundeslandes, der Zuwachs der Leistungsempfänger*innen innerhalb der Altersgruppen 60 bis unter 70 Jahre und 70 bis unter 80 Jahre ist etwas geringer. Im Gegensatz dazu ist der Zuwachs in der stationären Versorgung des Bundeslandes um 16,6 % höher als der des Kreises.

Tabelle 43: Vergleich der Entwicklung der Leistungsempfänger*innen im Kreis und im Bundesland bis 2030

	Rendsburg-Eckernförde	Schleswig-Holstein
	Differenz zu 2019 in Prozent (%)	Differenz zu 2019 in Prozent (%)
Männer	+14,3	+11,6
Frauen	+15,9	+11,4
0 bis unter 60 Jahre	-13,2	-8,1
60 bis unter 70 Jahre	+24,3	+31,7
70 bis unter 80 Jahre	+9,0	+10,1
80 bis unter 90 Jahre	+7,9	+5,6
90 Jahre und älter	+75,3	+79,3
Ambulante Versorgung	+19,5	+20,4
Stationäre Versorgung	+24,7	+25,8
Pflegegeldempfänger*innen	+9,2	+11,4
Pflegegrad 1	+13,9	+15,1
Pflegegrad 2	+16,0	+17,4
Pflegegrad 3	+16,0	+17,6
Pflegegrad 4	+18,4	+20,1
Pflegegrad 5	+14,5	+16,4
Insgesamt	+15,3	+11,5



4.5.2.5 Entwicklung der Anzahl an Leistungsempfänger*innen nach Pflegegrad und Versorgungsart

Für das Jahr 2030 ist über alle Pflegegrade hinweg ein Anstieg der Leistungsempfänger*innen in den verschiedenen Versorgungsarten zu erwarten (Tabelle 44 und Tabelle 45). Eine Ausnahme bildet die Anzahl der Leistungsempfänger*innen mit Pflegegrad 1 und Bezug ausschließlich landesrechtlicher Leistungen beziehungsweise ohne Leistungsbezug, dieser Anteil nimmt um 4,0% ab. Ähnlich wie bereits 2019 werden auch 2030 die meisten Leistungsempfänger*innen (77%) in der ambulanten Versorgung einen Pflegegrad 2 oder 3 haben, während in der stationären Versorgung weiterhin die Pflegegrade 3 und 4 (61%) dominieren werden.

Tabelle 44: Anzahl der Leistungsempfänger*innen nach Pflegegrad und Art der Versorgung im Kreis 2019 versus 2030

Pflegegrad	Anzahl der Leistungsempfänger*innen 2019				
	insgesamt	ambulante Pflege	vollstationäre Pflege		Pflegegeld
			zusammen	Darunter KZP	
Insgesamt	11.440 (100%)	2.710 (100%)	3.025 (100%)	87 (100%)	5.705 (100%)
Pflegegrad 1	333 (2,9%)	299 (11,0%)	34 (1,1%)	1 (2,9%)	-
Nur landesrechtliche Leistungen bzw. ohne Leistungen	668 (5,9%)	-	-	-	-
Pflegegrad 2	5.404 (47,2%)	1.366 (50,4%)	773 (25,6%)	22 (2,9%)	3.265 (57,2%)
Pflegegrad 3	3.480 (30,4%)	713 (26,3%)	1.045 (34,5%)	30 (2,9%)	1722 (30,2%)
Pflegegrad 4	1.600 (14,0%)	256 (9,5%)	793 (26,2%)	23 (2,9%)	551 (9,7%)
Pflegegrad 5	610 (5,3%)	75 (2,8%)	370 (12,2%)	11 (2,9%)	165 (2,9%)

Pflegegrad	Anzahl der Leistungsempfänger*innen 2030				
	insgesamt	ambulante Pflege	vollstationäre Pflege		Pflegegeld
			zusammen	Darunter KZP	
Insgesamt	13.186 (100%)	3.237 (100%)	3.773 (100%)	107 (100%)	6.231 (100%)
Pflegegrad 1	499 (3,8%)	357 (11,0%)	42 (1,1%)	1 (2,9%)	.
nur landesrechtliche Leistungen bzw. ohne Leistungen	641 (4,9%)
Pflegegrad 2	6.162 (46,7%)	1.632 (50,4%)	964 (25,6%)	28 (2,9%)	3.566 (57,2%)
Pflegegrad 3	4.036 (30,6%)	852 (26,3%)	1.303 (34,5%)	38 (2,9%)	1.881 (30,2%)
Pflegegrad 4	1.897 (14,4%)	306 (9,5%)	989 (26,2%)	28 (2,9%)	602 (9,7%)
Pflegegrad 5	733 (5,6%)	90 (2,8%)	462 (12,2%)	13 (2,9%)	181 (2,9%)

Datengrundlage: Pflegestatistik Rendsburg-Eckernförde 2019, Verteilung der Leistungsempfänger*innen in Altersgruppen nach der Pflegestatistik Schleswig-Holstein 2019. Projektion errechnet nach der Entwicklung der Anzahl an Personen pro Altersgruppe in Gertz Gutsche Rümenapp GbR (2017), Differenzen in den Summen sind rundungsbedingt.

Das Symbol „-“ bedeutet, dass in den zugrundeliegenden Statistiken keine Fälle für diese Kategorie angegeben sind (bei Pflegegrad 1 kein Anspruch auf Pflegegeld).



Tabelle 45: Differenz der projizierten Anzahl der Leistungsempfänger*innen nach Pflegegrad und Versorgungsart im Kreis 2019 bis 2030

Pflegegrad	Differenz der Anzahl der Leistungsempfänger*innen 2019 bis 2030				
	insgesamt	ambulante Pflege	vollstationäre Pflege		Pflegegeld
			zusammen	Darunter KZP	
Insgesamt	+1.764 (+15,4%)	+527 (+19,4%)	+748 (+24,7%)	+20 (+23,0%)	+526 (+9,2%)
Pflegegrad 1	+166 (+49,8%)	+58 (+19,4%)	+8 (+23,5%)	0	-
nur landesrechtliche Leistungen bzw. ohne Leistungen	-27 (-4,0%)	-	-	-	-
Pflegegrad 2	+758 (+14,0%)	+266 (+19,5%)	+191 (+24,7%)	+6 (+27,3%)	+301 (+9,2%)
Pflegegrad 3	+556 (+16,0%)	+139 (+19,5%)	+258 (+24,7%)	+8 (+26,3%)	+159 (+9,2%)
Pflegegrad 4	+297 (+18,6%)	+50 (+19,5%)	+196 (+24,7%)	+5 (+21,7%)	+51 (+9,3%)
Pflegegrad 5	+123 (+20,2%)	+15 (+20,0%)	+92 (+24,9%)	+2 (+18,2%)	+16 (+9,7%)

Datengrundlage: Pflegestatistik Rendsburg-Eckernförde 2019, Verteilung der Leistungsempfänger*innen in Altersgruppen nach der Pflegestatistik Schleswig-Holstein 2019. Projektion errechnet nach der Entwicklung der Anzahl an Personen pro Altersgruppe in der Bevölkerungsprognose 2018 bis 2030 (Gertz Gutsche Rümenapp GbR, 2017). Differenzen in den Summen sind rundungsbedingt.

Das Symbol „-“ bedeutet, dass in den zugrundeliegenden Statistiken keine Fälle für diese Kategorie angegeben sind (bei Pflegegrad 1 kein Anspruch auf Pflegegeld).

4.5.3 Projizierter Pflegebedarf versus Versorgungsangebot im Bundesland

Bis zum Jahr 2030 wird es einen zusätzlichen Personalbedarf sowohl in der ambulanten Pflege als auch in der stationären Pflege im Bundesland geben (Tabelle 46). Die ambulanten Pflegedienste benötigen nach den Berechnungen dieser Projektion 2.712 (+19,2 %) weitere Beschäftigte, die stationären Einrichtungen insgesamt 5.625 (+14,6 %) zusätzliche Versorgungsplätze sowie 2.002 (+18,1 %) zusätzliche Beschäftigte (vollzeitäquivalente Stellen).

Tabelle 46: Vergleich des aktuellen Versorgungsangebots und des projizierten Pflegebedarfs im Bundesland

Ambulante Versorgung	
2019	
Anzahl der Leistungsempfänger*innen	31.689
Anzahl der Beschäftigten*	14.075
Quote der Beschäftigten pro Leistungsempfänger*innen	0,44
2030	
Projizierte Anzahl der Leistungsempfänger*innen	38.152
Projizierte Anzahl der Beschäftigten*	16.787
Zusätzlicher gesamter Personalbedarf bis 2030 in ambulanten Pflegediensten	2.712 (+19,2%)



Tabelle 46: Vergleich des aktuellen Versorgungsangebots und des projizierten Pflegebedarfs im Bundesland (Fortsetzung)

Stationäre Versorgung – Versorgungsplätze	
2019	
Anzahl der Leistungsempfänger*innen	35.117
Anzahl der vollstationär verfügbaren Plätze	38.563
2030	
Projizierte Anzahl der Leistungsempfänger*innen	44.188
Bedarf an zusätzlichen vollstationären Pflegeplätzen bis 2030	+5.625 (+14,6%)
Stationäre Versorgung – Personalbedarf	
2019	
Anzahl Beschäftigte*	31.672
Anzahl Vollzeitstellen im gesamten Pflegepersonal nach Pflegeschlüssel	11.078
2030	
Projizierte Anzahl der Vollzeitstellen im gesamten Pflegepersonal nach Pflegeschlüssel	13.080
Bedarf an zusätzlichen Vollzeitstellen in der stationären Pflege bis 2030	2.002 (+18,1%)

*Gesamtanzahl der Beschäftigten über alle Qualifikationen und Beschäftigungsverhältnisse hinweg.

Datengrundlage: Pflegestatistik Schleswig-Holstein 2019, Projektion errechnet nach der Entwicklung der Anzahl an Personen pro Altersgruppe in der 14. Koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung Variante 1 nach Ländern (Statistisches Bundesamt (Destatis) (2019)).

4.5.4 Projizierter Pflegebedarf versus Versorgungsangebot im Kreis

Im Verhältnis zum projizierten Anstieg der Anzahl der Leistungsempfänger*innen in der ambulanten Pflege wird der Bedarf an Beschäftigten in diesem Bereich bis zum Jahr 2030 um 158 (+18%) gegenüber der Anzahl an Beschäftigten im Jahr 2019 steigen (Tabelle 47). In der stationären Pflege werden 355 (+10%) weitere Versorgungsplätze notwendig sein, um den erwarteten Anstieg der Anzahl der Leistungsempfänger*innen bis 2030 decken zu können. Unter Berücksichtigung des aktuell gegebenen Pflegeschlüssels korrespondiert dies mit einem Mehrbedarf von 268 (+28,6%) zusätzlichen Vollzeitstellen für das Pflegepersonal insgesamt im stationären Bereich bis 2030. Unter der Annahme, dass die Verteilung der Anzahl an Pflegefachpersonen in Rendsburg-Eckernförde ähnlich ist wie die in Schleswig-Holstein, sind 2019 628 Altenpfleger*innen und 158 Gesundheits- und Krankenpfleger*innen in stationären Einrichtungen des Kreises beschäftigt gewesen. Projiziert auf das Jahr 2030, sind zusätzliche 225 Pflegefachpersonen (Altenpflege, Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege oder generalistisch ausgebildete Pflegefachpersonen) für den anfallenden Bedarf notwendig.



Im Vergleich mit dem Bedarf auf der Landesebene liegt der zusätzliche Bedarf des Kreises Rendsburg-Eckernförde im Bereich des Personals für die ambulante Pflege und der stationären Langzeitpflegeplätze unterhalb der entsprechenden Kennzahlen des Landes Schleswig-Holstein. Dagegen zeigt sich in der Personalausstattung für die stationäre Versorgung ein um rund 10% höherer Bedarf auf der Kreisebene (Tabelle 48).

Tabelle 47: Vergleich des aktuellen Versorgungsangebots und des projizierten Bedarfs im Kreis nach Versorgungsart

Ambulante Versorgung im Kreis	
2019	
Anzahl der Leistungsempfänger*innen	2.710
Anzahl der Beschäftigten*	878
Quote der Beschäftigten* pro Leistungsempfänger*innen	0,32
2030	
Projizierte Anzahl der Leistungsempfänger*innen	3.237
Projizierte Anzahl der Beschäftigten*	1.036
Zusätzlicher gesamter Personalbedarf bis 2030 in ambulanten Pflegediensten	+158 (+18,0%)
Gesamte stationäre Versorgung im Kreis	
2019	
Anzahl der Leistungsempfänger*innen	3.025
Anzahl der gesamten vollstationär verfügbaren Plätze	3.418
2030	
Projizierte Anzahl der Leistungsempfänger*innen	3.773
Bedarf an zusätzlichen vollstationären Pflegeplätzen bis 2030	+355 (+10,4%)
Kurzzeitpflege im Kreis	
2019	
Anzahl der Leistungsempfänger*innen	87
Anzahl der verfügbaren Plätze	34
2030	
Projizierte Anzahl der Leistungsempfänger*innen	107
Differenz zu 2019	+20 (+22,9%)
Projizierte Anzahl an notwendigen verfügbaren Plätzen 2030	42
Bedarf an zusätzlichen Kurzzeitpflegeplätzen bis 2030	+8 (+23,5%)

*Gesamtanzahl der Beschäftigten über alle Qualifikationen und Beschäftigungsverhältnisse hinweg.

Datengrundlage: Pflegestatistik Rendsburg-Eckernförde 2019, Verteilung der Leistungsempfänger*innen in Altersgruppen nach der Pflegestatistik Schleswig-Holstein 2019. Projektion errechnet nach der Entwicklung der Anzahl an Personen pro Altersgruppe in der Bevölkerungsprognose 2018 bis 2030 (Gertz Gutsche Rümenapp GbR, 2017). Pflegeschlüssel nach VDEK, 2017).



Tabelle 47: Vergleich des aktuellen Versorgungsangebots und des projizierten Bedarfs im Kreis nach Versorgungsart (Fortsetzung)

Vergleich der benötigten Vollzeitkräfte in der stationären Pflege	
2019	
Anzahl Beschäftigte*	2.814
Anzahl Vollzeitstellen im Pflegepersonal nach Pflegeschlüssel	938
2030	
Projizierte Anzahl der Vollzeitstellen im gesamten Pflegepersonal nach Pflegeschlüssel	1.206
Bedarf an zusätzlichen Vollzeitkräften in der stationären Pflege bis 2030	+268 (+28,6%)

*Gesamtanzahl der Beschäftigten über alle Qualifikationen und Beschäftigungsverhältnisse hinweg.

Datengrundlage: Pflegestatistik Rendsburg-Eckernförde 2019, Verteilung der Leistungsempfänger*innen in Altersgruppen nach der Pflegestatistik Schleswig-Holstein 2019. Projektion errechnet nach der Entwicklung der Anzahl an Personen pro Altersgruppe in der Bevölkerungsprognose 2018 bis 2030 (Gertz Gutsche Rümenapp GbR, 2017). Pflegeschlüssel nach VDEK, 2017).

Tabelle 48: Vergleich des zusätzlichen Bedarfs an pflegerischen Versorgungsangeboten im Kreis und im Bundesland bis 2030

	Rendsburg-Eckernförde	Schleswig-Holstein
	relativer zusätzlicher Bedarf (%)	relativer zusätzlicher Bedarf (%)
Zusätzlicher gesamter Personalbedarf bis 2030 in ambulanten Pflegediensten	+18,0%	+19,2%
Bedarf an zusätzlichen stationären Pflegeplätzen bis 2030	+10,4%	+14,6%
Bedarf an zusätzlichen Vollzeitkräften in der stationären Pflege bis 2030	+28,6%	+18,1%

4.5.5 Entwicklung des Bedarfes auf der Ebene der Nebenstellen des Pflegestützpunkts

Auf der Ebene der Nebenstellen ist für die Standorte Eckernförde und Altenholz der größte Anstieg an Leistungsempfänger*innen zu erwarten (Tabelle 49). In Altenholz werden es im Jahr 2030 24% mehr Personen mit Pflegebedarf sein. Die geringsten Anstiege sind in Hohenwestedt und Rendsburg zu erwarten.



Tabelle 49: Entwicklung der Anzahl an Leistungsempfänger*innen auf Ebene der Nebenstellen des Pflegestützpunkts nach Geschlecht

Entwicklung der Anzahl an Leistungsempfänger*innen in den Nebenstellen des Pflegestützpunkts						
Jahr	Altenholz	Eckernförde	Flintbek	Hohenwestedt	Rendsburg	Gesamt
2019	2.161	2.179	1.968	1.337	3.795	11.440
davon weiblich (%)	59	62	59	59	60	
2020	2.227	2.236	2.031	1.358	3.850	11.702
2022	2.335	2.316	2.105	1.374	3.894	11.702
2024	2.407	2.393	2.177	1.391	3.920	12.024
2026	2.485	2.447	2.206	1.402	3.941	12.288
2028	2.575	2.540	2.268	1.427	4.015	12.481
2030	2.651	2.630	2.341	1.464	4.101	12.825
davon weiblich (%)	61	62	60	59	59	
Differenz zu 2019, absolut und relativ (%)						
	+490 (+24)	+451 (+21)	+373 (+19)	+127 (+10)	+306 (+8)	+1.385 (+12)

Datengrundlage: Pflegestatistik Rendsburg-Eckernförde 2019, Verteilung der Leistungsempfänger*innen in Altersgruppen nach der Pflegestatistik Schleswig-Holstein 2019. Projektion errechnet nach der Entwicklung der Anzahl an Personen pro Altersgruppe in der Bevölkerungsprognose 2018 bis 2030 (Gertz Gutsche Rümenapp GbR, 2017).

4.5.5.1 Entwicklung der Anzahl an Leistungsempfänger*innen nach Alter

Differenziert nach Altersgruppen, wird die Anzahl der Leistungsempfänger*innen in der Altersgruppe „unter 60 Jahre“ in den Einzugsgebieten aller Nebenstellen sinken (Tabelle 50). Die Nebenstelle Rendsburg weist außerdem in der Altersgruppe „80 bis unter 90 Jahre“ einen Rückgang an Leistungsempfänger*innen um 4% (n = 53) auf. Der größte Anstieg wird für die Altersgruppe „90 Jahre und älter“ zu erwarten sein.

Tabelle 50: Entwicklung der Anzahl der Leistungsempfänger*innen auf Ebene der Nebenstellen des Pflegestützpunkts nach Altersgruppen

Entwicklung der Anzahl an Leistungsempfänger*innen in den Nebenstellen des Pflegestützpunkts nach Altersgruppen					
	Altenholz	Eckernförde	Flintbek	Hohenwestedt	Rendsburg
2019					
unter 60	367	372	355	370	783
60 bis unter 70	162	175	162	136	368
70 bis unter 80	438	460	398	248	755
80 bis unter 90	820	817	765	431	1.390
90 und älter	374	355	288	152	499
Gesamt	2.161	2.179	1.968	1.337	3.795
2030					
unter 60	334	316	311	313	671



**Entwicklung der Anzahl an Leistungsempfänger*innen in den Nebenstellen des Pflege-
 stützpunkts nach Altersgruppen**

	Altenholz	Eckernförde	Flintbek	Hohenwestedt	Rendsburg
60 bis unter 70	208	205	201	177	458
70 bis unter 80	450	495	409	297	879
80 bis unter 90	894	969	902	435	1.337
90 und älter	765	645	518	242	755
Gesamt	2.651	2.630	2.341	1.464	4.101
Differenz zu 2019, absolut und relativ (%)					
unter 60	-33 (-9)	-56 (-15)	-44 (-12)	-57 (-15)	-112 (-14)
60 bis unter 70	+46 (+28)	+30 (+17)	+39 (+24)	+41 (+30)	+90 (+25)
70 bis unter 80	+12 (+3)	+35 (+8)	+11 (+3)	+49 (+20)	+124 (+16)
80 bis unter 90	+74 (+9)	+152 (+19)	+137 (+18)	+4 (1)	-53 (-4)
90 und älter	+391 (+104)	+290 (+82)	+230 (+80)	+90 (59)	+256 (+51)
Gesamt	+490 (+23)	+451 (21)	+373 (19)	+127 (+10)	+305 (+8)

*Datengrundlage: Pflegestatistik Rendsburg-Eckernförde 2019, Verteilung der Leistungsempfänger*innen in Altersgruppen nach der Pflegestatistik Schleswig-Holstein 2019. Projektion errechnet nach der Entwicklung der Anzahl an Personen pro Altersgruppe in der Bevölkerungsprognose 2018 bis 2030 (Gertz Gutsche Rümenapp GbR, 2017).*

4.5.5.2 Entwicklung der Anzahl an Leistungsempfänger*innen nach Pflegegraden

Differenziert nach Pflegegraden, wird in allen Nebenstellen des Pflegestützpunkts der größte Anstieg an Leistungsempfänger*innen mit einem Plus von 11% bis 25% im Pflegegrad 4 zu erwarten sein. Im Einzugsgebiet der Nebenstelle in Rendsburg wird dieser Anstieg (+11%) am geringsten ausfallen, im Bereich der Nebenstelle Altenholz am höchsten (+25%) (Tabelle 51).



Tabelle 51: Entwicklung der Anzahl an Leistungsempfänger*innen auf Ebene der Nebenstellen des Pflegestützpunkts nach Pflegegraden

Entwicklung der Anzahl an Leistungsempfänger*innen in den Nebenstellen des Pflegestützpunkts nach Altersgruppen und Pflegegrade						
	Altenholz	Eckernförde	Flintbek	Hohenwestedt	Rendsburg	
2019						
Pflegegrad 1	173	179	176	103	370	
Pflegegrad 2	932	905	885	659	1.612	
Pflegegrad 3	663	643	580	363	1.106	
Pflegegrad 4	282	334	237	166	500	
Pflegegrad 5	111	118	90	46	207	
Gesamt	2.161	2.179	1.968	1.337	3.795	
2030						
Pflegegrad 1	203	211	206	115	400	
Pflegegrad 2	1.125	1.084	1.057	747	1.762	
Pflegegrad 3	802	769	691	410	1.208	
Pflegegrad 4	351	408	289	191	554	
Pflegegrad 5	133	138	106	51	224	
Gesamt	2.614	2.610	2.349	1.514	4.148	
Differenz zu 2019, absolut und relativ (%)						
Pflegegrad 1	+30 (+17)	+32 (+18)	+30 (17)	+12 (+12)	+30 (+8)	
Pflegegrad 2	+193 (+21)	+179 (+20)	+172 (+19)	+88 (+13)	+150 (+9)	
Pflegegrad 3	+139 (+21)	+126 (+20)	+111 (+19)	+47 (+13)	+102 (+9)	
Pflegegrad 4	+69 (+25)	+74 (+22)	+52 (+22)	+25 (+15)	+54 (+11)	
Pflegegrad 5	+22(+20)	+20 (+17)	+16 (+18)	+5 (+11)	+17 (+8)	
Gesamt	+453 (+21)	+431 (+20)	+381 (+19)	+177 (+13)	+353 (+9)	

Datengrundlage: Pflegestatistik Rendsburg-Eckernförde 2019, Verteilung der Leistungsempfänger*innen in Altersgruppen nach der Pflegestatistik Schleswig-Holstein 2019. Projektion errechnet nach der Entwicklung der Anzahl an Personen pro Altersgruppe in der Bevölkerungsprognose 2018 bis 2030 (Gertz Gutsche Rümenapp GbR, 2017).

4.5.5.3 Entwicklung der Anzahl an Leistungsempfänger*innen nach Versorgungsart

Bezogen auf die verschiedenen Versorgungsformen ist der Anstieg der Anzahl an Leistungsempfänger*innen in den Einzugsgebieten aller Nebenstellen des Pflegestützpunkts in der stationären Versorgung höher als im Bereich der Pflegegeldempfänger*innen oder der ambulanten Pflege (Tabelle 52). Für Altenholz wird verglichen mit den anderen Nebenstellen in allen Versorgungsformen (ausgenommen Kurzzeitpflege) ein höherer relativer und absoluter Zuwachs an Leistungsempfänger*innen erwartet. Im Bereich der Kurzzeitpflege ist in den Einzugsgebieten der Kreise Eckernförde und Rendsburg der größte Anstieg der Zahl der Leistungsempfänger*innen zu erwarten (Tabelle 52).



Tabelle 52: Entwicklung der Anzahl an Leistungsempfänger*innen nach SGB XI auf Ebene der Pflegestützpunkte nach Versorgungsart

	Entwicklung der Anzahl an Leistungsempfänger*innen in den Pflegestützpunkten nach Altersgruppen und Versorgungsart				
	Altenholz	Eckernförde	Flintbek	Hohenwestedt	Rendsburg
2019					
Ambulante Pflege	462	430	522	456	840
Stationäre Pflege	556	583	472	262	1.152
Darunter Kurzzeitpflege	14	20	9	5	39
Pflegegeld	1.143	1.166	974	619	1.803
Gesamt	2.161	2.179	1.968	1.337	3.795
2030					
Ambulante Pflege	575	534	645	529	936
Stationäre Pflege	733	757	609	315	1.327
Darunter Kurzzeitpflege	17	25	11	6	48
Pflegegeld	1.286	1.299	1.087	667	1.889
Gesamt	2.594	2.590	2.341	1.511	4.152
Differenz zu 2019, absolut und relativ (%)					
Ambulante Pflege	+113 (+25)	+ 104 (+24)	+123 (+24)	+73 (+16)	+96 (+11)
Stationäre Pflege	+178 (+32)	+174 (+30)	+137 (+29)	+53 (+20)	+175 (+15)
Darunter Kurzzeitpflege	+3 (+18)	+5 (+25)	+2 (+22)	+1 (20)	+9 (23)
Pflegegeld	+144 (+13)	+133 (+11)	+113 (+12)	+48 (+8)	+86 (+5)
Gesamt	+435 (+20)	+411 (+19)	+373 (+19)	+174 (+13)	+357 (+9)

Datengrundlage: Pflegestatistik Rendsburg-Eckernförde 2019, Verteilung der Leistungsempfänger*innen in Altersgruppen nach der Pflegestatistik Schleswig-Holstein 2019. Projektion errechnet nach der Entwicklung der Anzahl an Personen pro Altersgruppe in der Bevölkerungsprognose 2018 bis 2030 (Gertz Gutsche Rümenapp GbR, 2017).

4.5.6 Projizierter Pflegebedarf versus Versorgungsangebot auf der Ebene der Nebenstellen des Pflegestützpunkts

Tabelle 53 zeigt die projizierte Entwicklung der Anzahl der Leistungsempfänger*innen in der ambulanten und stationären Versorgung und die darauf basierend zu erwartenden Veränderungen im Bedarf an Versorgungsplätzen bzw. Beschäftigten. Der größte zusätzliche Bedarf an Beschäftigten in der ambulanten Pflege für das Jahr 2030 zeigt sich mit einem Plus von 51 zusätzlichen Beschäftigten (+25%) für das Einzugsgebiet der Nebenstelle Flintbek, während dieser Bedarf in Rendsburg mit einem Plus von 10% vergleichsweise gering ausfällt. In der stationären Langzeitversorgung wurde für die Nebenstellen in Flintbek und Eckernförde mit 106 (+21%) beziehungsweise 107 (+16%) zusätzlich erforderlichen Versorgungsplätzen der größte Mehrbedarf ermittelt. Auch in diesem Versor-



gungsbereich fällt der Mehrbedarf in der Nebenstelle des Pflegestützpunkts in Rendsburg am geringsten aus (+0,3% Versorgungsplätze). In der Kurzzeitpflege sind pro Nebenstelle jeweils ein bis drei weitere Plätze erforderlich.

Tabelle 53: Vergleich des aktuellen Versorgungsangebots und des projizierten Bedarfs auf Ebene der Nebenstellen des Pflegestützpunkts nach Versorgungsart

Ambulante Versorgung auf Ebene der Nebenstellen des Pflegestützpunkts					
	Eckernförde	Rendsburg	Hohenwestedt	Altenholz	Flintbek
2019					
Anzahl der Leistungsempfänger*innen	430	840	456	462	522
Anzahl der Beschäftigten*	152	288	85	152	201
Quote der Beschäftigten* pro Leistungsempfänger*innen	0,35	0,34	0,19	0,33	0,39
2030					
Projizierte Anzahl der Leistungsempfänger*innen	534	936	529	575	645
Projizierte Anzahl der Beschäftigten*	187	318	101	190	252
Zusätzlicher Personalbedarf in ambulanten Pflegediensten bis 2030					
	+35 (+23%)	+30 (+10%)	+16 (+19%)	+38 (+25%)	+51 (+25%)
Gesamte stationäre Versorgung auf Ebene der Nebenstellen des Pflegestützpunkts					
	Eckernförde	Rendsburg	Hohenwestedt	Altenholz	Flintbek
2019					
Anzahl der Leistungsempfänger*innen	583	1.152	262	556	472
Anzahl der gesamten vollstationär verfügbaren Plätze	650	1.323	287	655	503
2030					
Projizierte Anzahl der Leistungsempfänger*innen	757	1.327	315	733	609
Differenz der projizierten Anzahl der Leistungsempfänger*innen 2030 zu den verfügbaren Plätzen 2019					
	+107 (+16%)	+4 (+0,3%)	+28 (+10%)	+78 (+12%)	+106 (+21%)
Kurzzeitpflege auf Ebene der Nebenstellen der Pflegestützpunkts					
	Eckernförde	Rendsburg	Hohenwestedt	Altenholz	Flintbek
2019					
Anzahl der Leistungsempfänger*innen	20	39	5	14	9
Anzahl der verfügbaren Plätze	5	14	5	4	6
2030					
Projizierte Anzahl der Leistungsempfänger*innen	25	48	6	17	11
Differenz zu 2019	+5 (+25)	+9 (23)	+1 (20)	+2 (+22)	+3 (+18)
Projizierte Anzahl an notwendigen verfügbaren Plätzen 2030					
	6	17	7	5	7

Datengrundlage: Pflegestatistik Rendsburg-Eckernförde 2019, Verteilung der Leistungsempfänger*innen in Altersgruppen nach der Pflegestatistik Schleswig-Holstein 2019. Projektion errechnet nach der Entwicklung der Anzahl an Personen pro Altersgruppe in der Bevölkerungsprognose 2018 bis 2030 (Gertz Gutsche Rümenapp GbR, 2017).



5 Ergebnisse der Pflegekonferenz

Nach dem ersten Informationsschreiben des Kreises haben sich 95 Personen verschiedener Akteursgruppen für die Pflegekonferenz angemeldet. Diese wurden zur Registrierung für die Online-Konferenz eingeladen, wovon schließlich 50 Personen an der Online-Pflegekonferenz teilnahmen.

5.1 Online-Befragung

An der integrierten Online-Befragung nahmen 48 Teilnehmende der Pflegekonferenz teil, wobei nur 44 Personen vollständige Angaben machten. Die meisten Teilnehmer*innen der Befragung gehörten der Verwaltung, der Politik und dem Management in der ambulanten Versorgung an (Tabelle 54). Angehörige und direkt in der pflegerischen Versorgung Tätige im akutstationären Setting haben nicht teilgenommen.

Tabelle 54: Verteilung der Akteursgruppen

Akteursgruppe	n	%
Verwaltung/Politik/Kostenträger	22	46
Ambulante Versorgungsstrukturen	11	23
Stationäre Versorgungsstrukturen	8	17
Beratung/Pflegestützpunkt	6	13
Akteursgruppe nicht benannt	1	2
Gesamt	48	100

5.1.1 Zentrale Handlungsfelder

Mit Abstand am häufigsten ($n=38$, 79%) wurden von den Teilnehmenden die Nachwuchsgewinnung und die Ausbildung von Pflegefachpersonen als zentrales Handlungsfeld für die Sicherstellung zukünftigen pflegerischen Versorgung benannt. Als weitere wichtige Handlungsfelder wurden mit jeweils 12 bis 14 % die Erweiterung der Aufgaben der ambulanten Pflegedienste, die Schaffung von Versorgungssicherheit durch barrierefreie Gestaltung des öffentlichen Raumes sowie die Förderung des barrierefreien Wohnens, die Stärkung von Rehabilitation und Prävention und die Vereinheitlichung der Leistungsvergütung nach SGB V und SGB XI genannt (Tabelle 55).



Tabelle 55: Nennung der drei wichtigsten Handlungsfelder für die pflegerische Versorgung

Handlungsfelder (n=48)	n	%
Nachwuchsgewinnung / Ausbildung von Pflegefachpersonen	38	79
Erweiterung der Aufgaben von ambulanten Pflegediensten um die Vernetzung professioneller Pflege mit Nachbarschaftshilfe und kommunale Beratung (eigenständige pflegerische Versorgung in Kleinteam)	14	29
Schaffung von Versorgungssicherheit durch barrierefreie Gestaltung des öffentlichen Raumes und wohnortnahe Versorgungsstrukturen	14	29
Stärkung von Rehabilitation und Prävention, um den Eintritt in die Pflegebedürftigkeit zu verzögern oder zu vermeiden	13	27
Förderung des barrierefreien Wohnens durch Förderung von Neubaumaßnahmen sowie Förderung des alters- und pflegegerechten Umbaus von Bestandswohnungen	13	27
Vereinheitlichung der Leistungsvergütung nach SGB V und SGB XI	12	25
Stärkere kommunale Vernetzung von ambulanten und stationären Versorgungsangeboten, z.B. durch gemeinsam genutzte Pflegefachpersonen mit speziellen Weiterbildungen wie Wundversorgung, Herzinsuffizienz, usw.	9	19
Entwicklung und Einsatz bedarfs- und nutzergerechter Technologien	5	10
Aufhebung der Trennung zwischen ambulanten und stationären Versorgungsangeboten	4	8
Förderung mobiler Technologien mit Monitoring und gesundheitsfördernden Funktionen	4	8
Sonstiges	0	0

Die Nachwuchsgewinnung wird von allen Akteuren am häufigsten als zentrales Handlungsfeld ausgewählt. Hinsichtlich der weiteren wichtigen Handlungsfelder zeigten sich zwischen den Akteursgruppen Unterschiede (Abbildung 27). Aus Sicht der ambulanten Versorgung sind neben der Nachwuchsgewinnung vor allem die Vereinheitlichung der Leistungsvergütung in den SGB V und XI sowie die Erweiterung des eigenen Aufgabenfeldes, die Förderung des Einsatzes mobiler Technologien und die stärkere kommunale Vernetzung von Versorgungsangeboten wichtig; diese Handlungsfelder wurden jeweils von mehr als einem Viertel der Teilnehmenden dieser Akteursgruppe genannt. Die Vertreterinnen und Vertreter der stationären Versorgung wählten neben der Nachwuchsgewinnung hauptsächlich (mit jeweils 25% oder mehr Nennungen) folgende Handlungsfelder aus: barrierefreie Gestaltung des öffentlichen Raumes und wohnortnahe Versorgungsstrukturen, Stärkung von Rehabilitation und Prävention, Förderung des barrierefreien Wohnens, Vereinheitlichung der Leistungsvergütung in den SGB V und XI sowie Förderung des Einsatzes bedarfsgerech-



Sektion für Forschung und Lehre in der Pflege
Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie
Leitung: Prof. Dr. Katrin Balzer
Universität zu Lübeck
Ratzeburger Allee 160, 23566 Lübeck
T: 0451 500-51262 F: 0451 500-51264 E: katrin.balzer@uksh.de

ter Technologien. Die Akteure im Bereich Pflegestützpunkt/Beratung benannten neben der Nachwuchsgewinnung vor allem die Erweiterung der Aufgaben von ambulanten Pflegediensten sowie die barrierefreie Gestaltung des öffentlichen Raumes und die Schaffung wohnortnaher Versorgungsstrukturen sowie die Förderung des barrierefreien Wohnens als wichtig. Aus Sicht der Politik und Verwaltung stehen neben der Nachwuchsgewinnung insbesondere die Stärkung von Rehabilitation und Prävention, die barrierefreie Gestaltung des öffentlichen Raumes und die Schaffung wohnortnaher Versorgungsstrukturen, die Förderung des barrierefreien Wohnens sowie die Erweiterung des Aufgabenspektrums ambulanter Pflegedienste im Mittelpunkt; diese Handlungsfelder wurden jeweils von einem Drittel oder mehr der Teilnehmenden dieser Akteursgruppe ausgewählt.

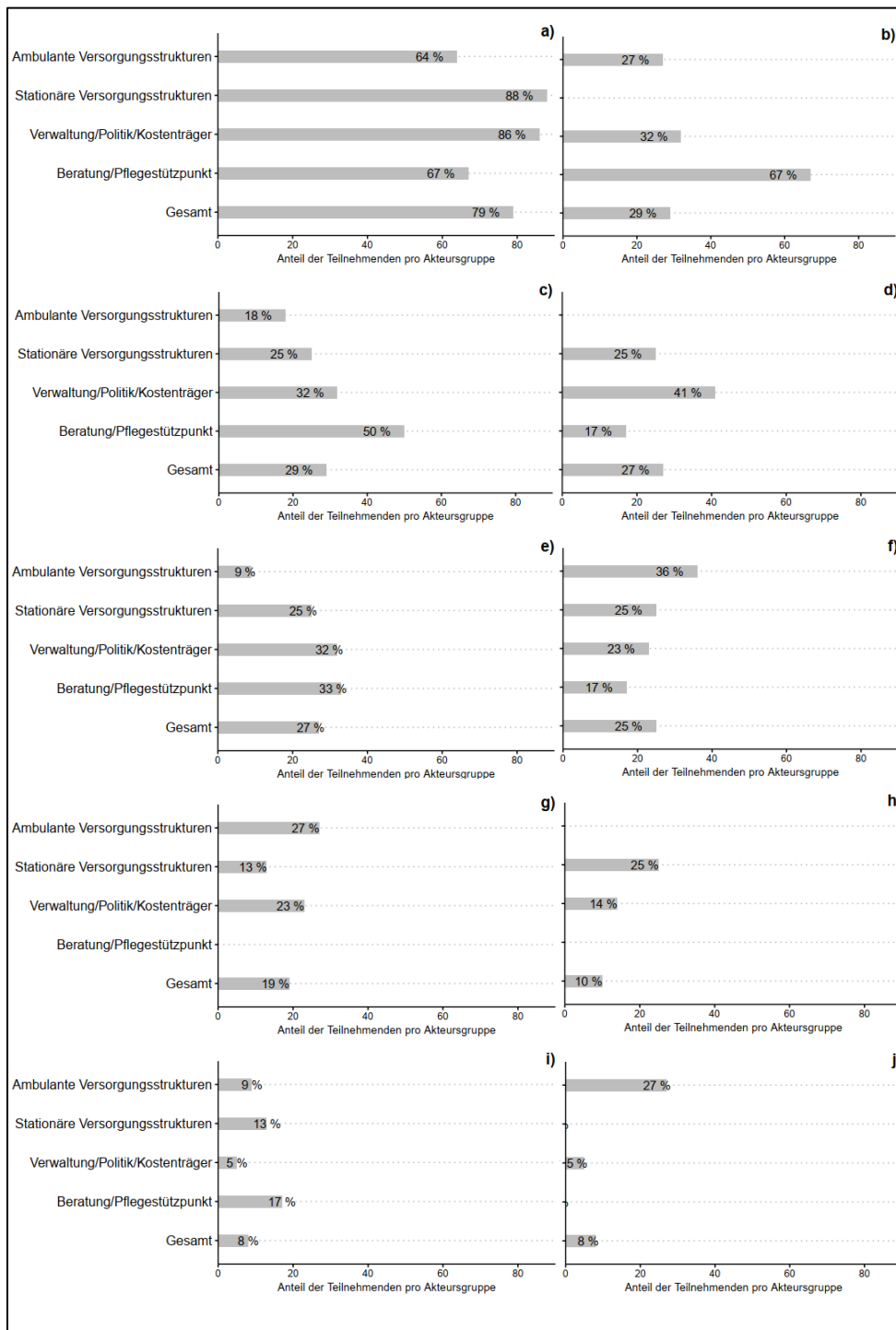


Abbildung 27: Benannte Handlungsfelder differenziert nach Akteursgruppen

a) Nachwuchsgewinnung/Ausbildung von Pflegefachpersonen. b) Erweiterung der Aufgaben von ambulanten Pflegediensten. c) Barrierefreie Gestaltung des öffentlichen Raumes und wohnortnahe Versorgungsstrukturen. d) Stärkung von Rehabilitation und Prävention, um Eintritt der Pflegebedürftigkeit zu verzögern oder zu vermeiden. e) Förderung des barrierefreien Wohnens. f) Vereinheitlichung der Leistungsvergütung nach SGB V und SGB XI. g) Stärkere kommunale Vernetzung von ambulanten und stationären Versorgungsangeboten. h) Entwicklung und Einsatz bedarfs- und nutzergerechter Technologien. i) Aufhebung der Trennung zwischen ambulanten und stationären Versorgungsangeboten. j) Förderung mobiler Technologien mit Monitoring und gesundheitsfördernden Funktionen.



5.1.2 Spezielle Handlungsfelder in der ambulanten Versorgung

In einem weiteren Abschnitt des Fragebogens wurden die Teilnehmenden gebeten, Aussagen zu verschiedenen Themen der ambulanten Versorgung dahingehend zu bewerten, inwieweit diese aus ihrer Sicht zutreffen. Hierbei erhielt die Stärkung der Vereinbarkeit von informeller Pflege und beruflicher Tätigkeit die häufigste Zustimmung. Insgesamt 36 Teilnehmende gaben an, dass diese Aussage voll oder eher zutrifft. Gleichmaßen zutreffend wurde die Förderung ambulanter gemeinschaftlicher Wohnformen eingeschätzt (n=35). Am wenigsten Zustimmung erhielt die Sicherung der Versorgungskontinuität im ambulanten Bereich durch eine Gemeindegeschwister (n = 12, 34 %) (Tabelle 56).

Tabelle 56: Bewertung von speziellen Handlungsfeldern in der ambulanten Versorgung

Fragenkomplex: ambulante Versorgung (n=43)	n (%)*				Anzahl Kann ich nicht ein- schätzen
	Trifft voll zu	Trifft eher zu	Trifft eher nicht zu	Trifft gar nicht zu	
Ambulante gemeinschaftliche Wohnformen sollten gefördert werden.	25 (64)	10 (26)	3 (8)	1 (3)	4
Stärkung der Vereinbarkeit von informeller Pflege und beruflicher Tätigkeit, z.B. durch flexible Arbeitszeitgestaltung und Unterstützung von Teleworking, Recht auf kurzfristige Freistellung bei akut eintretendem Pflegebedarf, Förderung von Telemonitoring	20 (50)	16 (40)	2 (5)	2 (5)	3
Es werden Strategien benötigt, um ältere Mitarbeiter*innen eine lebenslaufbezogene Tätigkeit zu ermöglichen.	19 (49)	17 (44)	3 (7)	0	4
Es müssen Maßnahmen ergriffen werden, um die Pflege interkultureller und zugänglicher, für Menschen mit Migrationshintergrund, zu gestalten.	13 (36)	20 (56)	2 (6)	1 (3)	7
Es gibt einen soziokulturellen Wandel, dieser geht unter anderem mit beruflicher Emanzipation und einem gesteigerten Individualismus (das Individuum und nicht die Familie steht im Mittelpunkt) einher	14 (35)	19 (48)	5 (13)	2 (5)	3
Der Ausbau der Beratungs- und Versorgungsangebote für bestimmte Personengruppen, z.B. mit intensivmedizinischem Behandlungsbedarf, ist notwendig.	12 (32)	15 (40)	8 (21)	3 (8)	5



Fragenkomplex: ambulante Versorgung (n=43)	n (%)*				Anzahl
Die Sicherung der Versorgungskontinuität im ambulanten Bereich sollte durch eine Gemeindeschwester erfolgen.	11 (31)	12 (34)	7 (20)	5 (14)	8
Die Zuwanderung ausländischer Pflegefachkräfte muss vereinfacht werden, z.B. durch einfachere Anerkennung der Berufs- und Bildungsabschlüsse.	11 (29)	16 (42)	9 (24)	2 (5)	5
Die 24-Stunden-Pflege sollte strukturell eingebunden werden.	7 (21)	20 (61)	3 (9)	3 (9)	10

Die Frage lautete: „Bitte bewerten Sie die nachfolgenden Aussagen, inwieweit diese aus Ihrer Sicht (ambulante Versorgung) zutreffen.“

*Prozentangaben beziehen sich nur auf die Personen mit gültigen Antworten, also exklusive der Angaben bei „Kann ich nicht einschätzen“.

5.1.3 Spezielle Handlungsfelder in der stationären Versorgung

In ähnlicher Weise waren die Teilnehmenden auch gebeten, spezielle Handlungsfelder der stationären Versorgung zu bewerten. Hierbei stimmten Teilnehmende zu, dass Strategien notwendig sind, um ältere Mitarbeiter*innen eine lebenslaufbezogene Tätigkeit zu ermöglichen. Jeweils fast die Hälfte der Teilnehmenden stimmten für bzw. gegen die Zahlung einer Aufwandsentschädigung für ehrenamtliches Engagement (Tabelle 57).

Tabelle 57: Bewertung von speziellen Handlungsfeldern in der stationären Versorgung

Fragenkomplex: stationäre Versorgung (n=43)	n (%)*				Anzahl
	Trifft voll zu	Trifft eher zu	Trifft eher nicht zu	Trifft gar nicht zu	
Es werden Strategien benötigt, um ältere Mitarbeiter*innen eine lebenslaufbezogene Tätigkeit zu ermöglichen.	26 (65)	1 (3)	3 (8)	10 (25)	3
Die nächste Generation der Pflegeheime wird mit kleinen Wohngruppen oder Hausgemeinschaften neugestaltet.	16 (62)	4 (15)	1 (4)	5 (19)	17



Fragenkomplex: stationäre Versorgung (n=43)	n (%)*				Anzahl Kann ich nicht ein- schätzen
	Trifft voll zu	Trifft eher zu	Trifft eher nicht zu	Trifft gar nicht zu	
Die Zuwanderung ausländischer Pflegefachkräfte muss vereinfacht werden, z.B. durch einfachere Anerkennung der Berufs- und Bildungsabschlüsse	16 (57)	3 (11)	3 (11)	6 (21)	15
Das Angebot für Kurzzeitpflege und Verhinderungspflege muss weiter ausgebaut werden.	21 (50)	3 (7)	4 (10)	14 (33)	1
Um das ehrenamtliche Engagement zu fördern, sollten Aufwandsentschädigungen gezahlt werden.	17 (42)	2 (5)	4 (10)	18 (44)	2
Ein quantitativer Ausbau des stationären Angebots ist notwendig.	12 (41)	5 (17)	2 (7)	10 (35)	14

Die Frage lautete: „Bitte bewerten Sie die nachfolgenden Aussagen, inwieweit diese aus Ihrer Sicht (stationäre Versorgung) zutreffen.“

*Prozentangaben beziehen sich nur auf die Personen mit gültigen Antworten, also exklusive der Angaben bei „Kann ich nicht einschätzen“.

5.1.4 Alternative Versorgungsstrukturen

In den abschließenden Fragenkomplexen waren die Teilnehmenden gebeten, mögliche alternative Strukturen und erforderliche Maßnahmen für die Sicherstellung einer bedarfsgerechten Versorgung der zukünftigen Generationen pflegebedürftiger Menschen zu bewerten.

In Bezug auf alternative Versorgungsstrukturen stimmten knapp 54% (n=23) der Aussage zu, dass eine gemeinsame Kommunikationsplattform mit Patientenakte und telemedizinischen Verknüpfungen für alle relevanten Leistungserbringer die Versorgungsqualität verbessern könnte (Tabelle 58).

Als ähnlich stark zutreffend wurde die wachsende Bedeutung alternativer Wohnformen wie Pflege-wohngemeinschaften oder Mehrgenerationenhäuser eingeschätzt. Die Akzeptanz mobiler Geräte wurde von 26 Teilnehmenden (67 %) und damit überwiegend als nicht gegeben angesehen. Für die Gewährleistung einer bedarfsgerechten Versorgung zukünftiger Generationen pflegebedürftiger Menschen wurden folgende Maßnahmen am häufigsten, d.h. von jeweils der Hälfte der Teilnehmenden, als sehr wichtig eingeschätzt: Förderung der ambulanten Pflege, Förderung des barrierefreien



Wohnens, Förderung alternativer Wohnformen (Pflegerwohngemeinschaften, Mehrgenerationenhäuser) und die Förderung des betreuten Wohnens (Tabelle 59).

Tabelle 58: Bewertung alternativer Versorgungsstrukturen

Fragenkomplex: Alternative Konzepte (n=43)	n (%)*				Anzahl Kann ich nicht einschätzen
	Trifft voll zu	Trifft eher zu	Trifft eher nicht zu	Trifft gar nicht zu	
Durch eine gemeinsame Kommunikationsplattform mit Patientenakte und telemedizinischen Verknüpfungen für alle relevanten Leistungserbringer wird die Qualität der Versorgung verbessert	17 (40)	6 (14)	14 (33)	6 (14)	0
Alternative Wohnformen, wie Pflegerwohngemeinschaften oder Mehrgenerationenhäuser, erlangen, durch ein gesteigertes Interesse der Generation der 45-64-Jährigen, mehr Bedeutung.	15 (35)	5 (12)	18 (42)	5 (12)	0
Innovative Technologien, welche die alltägliche Pflege unterstützen und in Teilen übernehmen können, werden von der Generation, der heute 45-64-Jährigen akzeptiert.	12 (28)	5 (12)	21 (49)	5 (12)	0
Mobile Geräte, welche eine überwachende und gesundheitsfördernde Funktion einnehmen können, werden von der Generation, der heute 45-64-Jährigen akzeptiert.	11 (28)	2 (5)	5 (13)	21 (54)	4

Frage: Bitte bewerten Sie die nachfolgenden Aussagen, inwieweit diese aus Ihrer Sicht (alternative Konzepte) zutreffen.

*Prozentangaben beziehen sich nur auf die Personen mit gültigen Antworten, also exklusive der Angaben bei „Kann ich nicht einschätzen“

Tabelle 59: Bewertung von Maßnahmen für die bedarfsgerechte Versorgung zukünftiger Generationen

Fragenkomplex: Maßnahmen	n (%)				n Gesamt
	Sehr wichtig	Eher wichtig	Eher nicht wichtig	Gar nicht wichtig	
Förderung der ambulanten Pflege	29 (71)	10 (24)	2 (5)	0	41
Förderung des barrierefreien Wohnens	25 (60)	15 (36)	2 (5)	0	42
Förderung alternativer Wohnformen (Pflegerwohngemeinschaften, Mehrgenerationenhäuser)	24 (57)	15 (36)	3 (7)	0	42



Fragenkomplex: Maßnahmen	n (%)				n Gesamt
	Sehr wichtig	Eher wichtig	Eher nicht wichtig	Gar nicht wichtig	
Förderung des Betreuten Wohnens	23 (56)	16 (39)	2 (5)	0	41
Förderung einer antidiskriminierenden Pflege z.B. Gender, Sexualität, Religion	16 (39)	12 (29)	1 (2)	12 (29)	41
Förderung der stationären Pflege	15 (37)	16 (39)	10 (24)	0	41
Förderung der Pflege von neurodegenerativen Erkrankungen	14 (34)	22 (54)	5 (12)	0	41
Förderung mobiler Technologien mit Monitoring und gesundheitsfördernden Funktionen	13 (33)	24 (60)	3 (8)	0	40
Förderung der informellen Pflege	13 (33)	19 (49)	7 (18)	0	39
Förderung innovativer Technologien (Pflegeroboter etc.), welche die Pflege entlasten	10 (25)	13 (33)	2 (5)	15 (38)	40
Förderung der interkulturellen Pflege	9 (23)	22 (55)	9 (23)	0	40

Frage: Bitte bewerten Sie die folgenden Maßnahmen hinsichtlich Ihrer Wichtigkeit, um den zukünftigen Erwartungen an die Wohn-, Pflege- und Lebensformen der heute 45-64-Jährigen gerecht zu werden.



5.2 Diskussion aktueller Themenbereiche

In Tabelle 60 sind die Themen aufgeführt, die in den einzelnen Themenräumen diskutiert wurden. Eine deskriptive Inhaltsanalyse erbrachte, dass themenraumübergreifend wiederholt bestimmte Themen als relevante Handlungsfelder angesprochen und diskutiert wurden. Dies sind die Entwicklung und Schaffung alternativer Wohnformen und wohnortnaher Versorgungsstrukturen, die stärkere und bessere Vernetzung der verschiedenen Akteure im Sinne einer transsektoralen Versorgung sowie Maßnahmen zur Personalgewinnung. Auf die zu den Themen diskutierten Aspekten wird nachfolgend näher eingegangen.

Das Konzept einer Gemeindegeschwester bzw. eines Gemeindepflegers wurde vor allem als eine ergänzende niedrigschwellige Struktur diskutiert, die im Rahmen der Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen für eine aufsuchende präventive Versorgung zuständig sein und auch die Vernetzung der Akteure bzw. Überleitungsprozesse unterstützen könnte. Ein solches Angebot müsste jedoch mit einem noch klarer zu definierenden Aufgabengebiet fest in die refinanzierten Strukturen und Leistungen der pflegerischen Versorgung integriert sein.

Tabelle 60: Übersicht über die Themen, die in den Themenräumen als zentrale Handlungsfelder diskutiert wurden

Themenraum	Diskutierte Themen
Ambulante Pflege	<ul style="list-style-type: none"> • Beseitigung Fachkräftemangel • Versorgung im ländlichen Bereich aufgrund langer Fahrtstrecken problematisch • Ambulante Versorgung von Menschen mit Demenz schwierig • Ausbau der digitalen Unterstützung erforderlich/Stärkung der Zusammenarbeit von Berufsgruppen durch Digitalisierung • Flachere Hierarchien und mehr Bezugspflege • Bessere Zusammenarbeit mit dem Entlassungsmanagement • Durch größeres Angebot an stationären Plätzen geringere Inanspruchnahmen von ambulanten Diensten
Gemeindegeschwester/-pfleger	<ul style="list-style-type: none"> • Niederschwelliges, nicht trägergebundenes Angebot und kleinräumige Zuständigkeit sinnvoll • Ausrichtung auf Prävention und Verhinderung von Pflegebedürftigkeit bzw. Verschlechterung der Pflegebedürftigkeit • Fraglich ist die Verankerung im System; Vermeidung von Doppelstrukturen • Festlegung klar definierter Aufgabenbereiche notwendig • Tradierte Bezeichnung des Aufgabengebiets („Gemeindegeschwester/-pfleger“) nicht zeitgemäß bzw. nicht im Einklang stehend mit den diskutierten Aufgaben



Themenraum	Diskutierte Themen
Transsektorale Versorgung	<ul style="list-style-type: none"> • Strukturellen Informationsfluss zwischen den Institutionen fördern • Entwicklung einer Routine in der Kommunikation, um fehlerhafte Übermittlung zu vermeiden • Einbezug der Angehörigen unklar • Informationen auf Seiten der Angehörigen und Pflegebedürftigen fehlen • Positive vorhandene Strukturen <ul style="list-style-type: none"> ○ KOMPASS Überleitungsmanagement ○ MRE-Netzwerk ○ Pflegeinitiative Raum Rendsburg ○ Fallbesprechungen im Rahmen der Palliativversorgung ○ Beratinnengruppe Rendsburg
Kurzzeitpflege	<ul style="list-style-type: none"> • Keine solitären Kurzzeitpflegeeinrichtungen im Kreis vorhanden → Forderung nach solitären Kurzzeitpflegeplätzen • Alternativ Angliederung an akutstationäre Versorgung → Verlängerung des Krankenhausaufenthaltes im Sinne einer Kurzzeitpflege • Kurzzeitpflege muss sich von der stationären Langzeitpflege abheben, damit der Versorgungsauftrag gewährleistet werden kann • Kombinierte Angebote von Kurzzeitpflege und Tagespflege denkbar • Vermeidung und Verkürzung von Krankenhausaufhalten durch Kurzzeitpflege • Stärkere Integration der geriatrischen Rehabilitation • Höherer Personalbedarf durch höheren Arbeitsaufwand → wirtschaftlich uninteressant → daher Forderung einer pflegegradunabhängigen Finanzierung mit 80%iger Belegungsquote als Bemessungsgrundlage
Stationäre Pflege	<ul style="list-style-type: none"> • Mitarbeitergewinnung <ul style="list-style-type: none"> → Herausforderungen: hohe Fluktuation und vorzeitiger Ausstieg aus dem Beruf, Wettbewerb um Pflegekräfte, hohe Preise für Zeitarbeit → Barrieren: hoher Druck auf Mitarbeiter*innen, hohe Arbeitsunfähigkeitsrate in der Altenpflege, Kommerzialisierung der stationären Pflege <ul style="list-style-type: none"> ○ Flexibilisierung der Korridore in der Personalbemessung ○ Refinanzierte Anteile zu starr/stabil ○ Mehrkosten nicht gedeckt ○ Feiner graduierte Personalbemessung erforderlich ○ Dynamisierung der Kostenträgeranteile ○ Änderung der Definition Vollzeitstelle – 32-35 h7Woche angemessen → Attraktivität des Berufs steigern, Entwicklungschancen aufzeigen → Synergien nutzen → Zeitarbeit verbieten → Lebenslaufbezogene Anpassung der Arbeitsbedingungen • Einführung der Digitalisierung, allerdings bestehen Umsetzungsbarrieren • Traditionelles Pflegeheim nicht unbedingt Modell der Zukunft → andere Ansprüche der zu Pflegenden • Stärkere Verzahnung von ambulant und stationär denkbar • Hinweise auf die Koordinierungsstelle für innovative Wohn- und Pflegeformen im Alter (KIWA, https://kiwa-sh.de/) und digitalen Wegweiser Demenz (https://demenzwegweiser-sh.de/) • Kleine spezialisierte Einheiten



Themenraum	Diskutierte Themen
<p>Wohnen im Alter</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Verflechtungen zwischen Wohnen im Alter und ambulanter Pflege, Kurzzeitpflege und stationärer Pflege • Großteil der Menschen möchte in gewohnter Umgebung bleiben → Stärkung der ambulanten Pflege zwingend erforderlich, um alternative Wohnformen zu fördern → durch lückenhafte Ausstattung an ambulanten Pflegediensten im ländlichen Raum häufig Umzug in stationäre Pflegeeinrichtungen • Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung in der Fläche erforderlich • Bezahlbare Alternativen zu stationären Einrichtungen → Finanzierung als zentrale Herausforderung → Wohngeld kann nicht in allen Einrichtungen beantragt werden • Generationenwechsel in Bestandsgebieten fördern → Einfamilienhäuser zu Wohngemeinschaften ausbauen • Nutzung von leerstehenden Gebäuden für den Umbau zu barrierefreien altersgerechten Wohneinheiten • Etablierung von Gemeinschaftseinrichtungen in den Quartieren als soziale Treffpunkte zur Verhinderung sozialer Isolation • Ausweitung von Kurzzeitpflegeangeboten • Versorgung von Menschen mit Demenz <ul style="list-style-type: none"> ○ Pflege durch Angehörige zu Hause als hohe Belastung <ul style="list-style-type: none"> ▪ Ausweitung Tagespflege als Entlastung ▪ Mehr Tagespflegeplätze im ländlichen Raum erforderlich ○ Zunahme der Wohngruppen von Menschen mit Demenz <ul style="list-style-type: none"> ▪ Sicherstellung der 24-Stunden-Betreuung vor Ort erforderlich ▪ Längere Schichten für die Bewohner*innen entspannter, aber aufgrund hoher Belastung für Pflegenden nicht umsetzbar ▪ Gerontopsychiatrische Ausbildung notwendig ▪ Selbstfürsorge des Personals wichtig ○ Selbstbestimmte Bewegungsradien in der Fläche nicht gegeben
<p>Alternative Modelle</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Mehrgenerationenhäuser, Alten-WGs fördern • Als Alternativen zum ambulanten Pflegedienst → niederländisches Pflegemodell nach Buurtzorg • Es wird angezweifelt, dass die etablierten Strukturen von nachfolgenden Generationen anerkannt werden, daher sollten alternative individuelle Lösungen angestrebt werden • Beispiel aus der Gemeinde Felm: Biete/Suche/Brauche Hilfe für etc. pp. → allerdings nur für Menschen mit Internetaffinität zugänglich
<p>Zukunftslabor</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Pflegegemeinschaften auf Grundlage sozialer Kontakte (Freunde, Nachbarn) → Netzwerk für zukünftige Pflege aufstellen • Regionale Pflegekraft, die die Versorgung bestimmter Gebiete/Straßen/Bereiche übernimmt • Weniger institutionalisierte Pflege, mehr selbst initiierte häusliche Pflege • Anspruch, zu Hause bzw. in seinem eigenen sozialen Netzwerk zu altern • Förderprogramme für neue Modelle/Ideen als Handlungsfeld • Beratungsangebote für Menschen mit Migrationshintergrund ausbauen



5.2.1 Wohnen im Alter und wohnortnahe Versorgung

Themenraumübergreifend wurde betont, dass ein Großteil der älteren Menschen in der eigenen Wohnung bleiben möchte. Um dieses Ziel zu erreichen, müssen Voraussetzungen geschaffen werden, damit ältere Menschen möglichst lange selbstbestimmt und selbstständig leben können. Als Handlungsfeld wurde die Schaffung ortsbildangepasster altersgerechter Wohneinheiten genannt, die die Biografien der Personen mit Pflegebedarf berücksichtigen. Bei der Wohnraumgestaltung wird vor allem die Schaffung kleinräumiger, dezentraler Ensembles wohnortnaher Wohn- und Pflege- bzw. Versorgungsangebote gefordert. Bestehende Wohnungen sollten so weit wie möglich barrierefrei umgestaltet werden, und bei der Schaffung neuer, barrierefreier Wohneinheiten könnte auf leerstehende Gebäude, seien es Altbauten in der Stadt oder Höfe und Häuser im dörflichen Raum, zurückgegriffen werden. Alternativ könnten alleinlebende Personen in Einfamilienhäusern dabei unterstützt werden, diese in Wohngemeinschaften umzubauen. Dafür sind entsprechende Beratungsangebote notwendig, um über die verschiedenen Möglichkeiten der Wohnraumgestaltung zu informieren (Tabelle 60).

Um ein bedürfnisgerechtes Wohnen zu ermöglichen, wurde eine stärkere Verflechtung der ambulanten Pflege, der Kurzzeitpflege und der stationären Pflege angeregt. Um den Ansprüchen der Personen mit Pflegebedarf gerecht zu werden, könnten beispielsweise Wohngruppen in Kooperation mit stationären Einrichtungen eingerichtet werden. Eine Stärkung der ambulanten Pflege durch die Förderung entsprechender Wohnformen ist zwingend erforderlich. Es bestehen jedoch insbesondere im ländlichen Raum Herausforderungen, z.B. durch lange Fahrtstrecken, um eine bedarfsgerechte und kostendeckende ambulante pflegerische Versorgung zu gewährleisten. Inwieweit die Anzahl der verfügbaren Pflegedienste ausreichend ist, wurde unterschiedlich bewertet. Für den ländlichen Bereich wurde eine lückenhafte Ausstattung mit ambulanten Pflegediensten beschrieben. Aufgrund einer unzureichenden Abdeckung mit ambulanten Pflegediensten bei gleichzeitig breiter Verfügbarkeit stationärer Langzeitpflegeplätze würden Personen mit Pflegebedarf in stationäre Einrichtungen umziehen, obwohl sie bei einer Versorgung durch einen ambulanten Pflegedienst in der häuslichen Umgebung verbleiben könnten. Dahingegen wurde in einem anderen Themenraum die Versorgung durch ambulante Pflegedienste im Kreis Rendsburg-Eckernförde als ausreichend angesehen.



Zusätzlich wurde ein Mehrbedarf an Möglichkeiten des betreuten Wohnens geäußert, da die derzeit verfügbaren Wohneinheiten vollständig ausgelastet seien. Ebenfalls erforderlich sei, gerade in Bezug auf die Entlastung informell Pflegenden, die Erweiterung der Tagespflege-Angebote, insbesondere der spezialisierten Tagespflege z.B. für Menschen mit Demenz.

Derzeit stünden auch für die Kurzzeitpflege zu wenige Plätze zur Verfügung. Die Kurzzeitpflegeplätze sind im Kreis Rendsburg-Eckernförde in stationäre Pflegeeinrichtungen integriert. Die stationären Langzeitpflegeeinrichtungen könnten den Versorgungsauftrag einer Kurzzeitpflege jedoch nicht im erforderlichen Maße erfüllen, da der Arbeitsaufwand und damit einhergehend der Personalbedarf deutlich höher sei als die hierfür refinanzierten Kosten. Perspektivisch sollten eher solitäre Kurzzeitpflegeeinrichtungen eingerichtet werden. Alternativ könnten Kurzzeitpflegeplätze in die akutstationäre Versorgung eingebunden werden, sodass der Krankenhausaufenthalt nach einem akuten Ereignis im Sinne einer Kurzzeitpflege verlängert wird. Insbesondere für Menschen mit Demenz könnte durch eine Kombination individuell abgestimmter Angebote ein häufiger Ortswechsel vermieden werden. In dem Zusammenhang wurde auch eine stärkere Integration der geriatrischen Rehabilitation in die Kurzzeitpflege gefordert. Hinsichtlich der Finanzierung sollte eine pflegegradunabhängige Finanzierung mit einer angestrebten 80%igen Belegungsquote als Bemessungsgrundlage erfolgen.

Für alle Bereiche des Wohnens und der Pflege im Alter wurde eine Stärkung des ehrenamtlichen Engagements gefordert. Ein Netzwerk aus Familie, Freundinnen und Freunden und Nachbar*innen unter Einbezug kommunaler Strukturen wie z.B. einer Gemeindegemeinschaft oder eines Gemeindepflegers könnte den Übergang in die stationäre Pflege verhindern oder verzögern. Zusätzlich werden Angebote wie Seniorentreffs z.B. durch Vereine oder Verbände angeregt, um sozialer Isolation entgegenzuwirken und familiäre Pflege zu entlasten.

Als Alternative zu den derzeitigen ambulanten Versorgungsstrukturen in der Pflege könnte die ambulante Betreuung am gemeinnützigen Modell der „Buurtzorg“ ausgerichtet werden. Dieses aus den Niederlanden stammende Modell verfolgt einen nachbarschaftlich ausgerichteten Versorgungsansatz. Es werden kleine, selbstorganisierte Pflege-Teams aus Pflegefachpersonen, Alltagshelfer*innen und Auszubildenden etabliert, die in der Nachbarschaft vernetzt sind. Das soziale Umfeld und die Angehörigen werden in die Betreuung mit eingebunden. Durch die Versorgung von Pflegebedürftigen im unmittelbaren nachbarschaftlichen Umfeld werden lange Wege verkürzt und mehr Zeit für die Pflege ermöglicht. Die Abrechnung der Leistungen mit den Pflegekassen erfolgt nicht über einzelne Leistungsbausteine, sondern über ein individuell festgelegtes Zeitbudget.



5.2.2 Transsektorale Versorgung und Überleitungsprozesse

Hinsichtlich der transsektoralen Versorgung wurde ein besser strukturell verankerter Informationsfluss unter Einbezug der Angehörigen gewünscht. Es sollte ein einheitliches, gegebenenfalls digitales Dokument geben, um fehler- und/oder lückenhafte Informationsübermittlung zu verhindern. Der Datenschutz wurde hierbei als Barriere beschrieben, da für die Weitergabe aller Informationen jeweils eine Einwilligung vorliegen muss. Im Kreis Rendsburg-Eckernförde gibt es bereits verschiedene Strukturen und Projekte, um die einrichtungs- und sektorenübergreifende Zusammenarbeit zu fördern. In dem Zusammenhang wurden die Pflegeinitiative Raum Rendsburg, die Berater*innen-gruppe Rendsburg für ambulante und vollstationäre Dienste, das Überleitungsmanagement TEAM KOMPASS und das MRE-Netzwerk der Imland-Klinik sowie Fallbesprechungen im Rahmen der Palliativversorgung genannt.

5.2.3 Personalgewinnung

Eines der am häufigsten genannten Handlungsfelder war die Personalgewinnung und -sicherung in allen Bereichen der pflegerischen Versorgung. Es wurden eine hohe Fluktuation und ein starker Wettbewerb um Pflegefachpersonen beschrieben. Eine hohe Arbeitsbelastung führe zu einer hohen Rate an Arbeitsunfähigkeit und einem vorzeitigen Ausstieg aus dem Beruf. Junge Menschen müssten für eine lange Laufbahn in der Pflege gewonnen werden und die Attraktivität des Berufs müsse gesteigert werden. Dies erfordere sowohl Anpassungen und Erweiterungen im Aufgabenspektrum (als Laufbahnperspektive) als auch Änderungen in den Arbeitsbedingungen. Wichtig wäre eine Anpassung der Arbeitsbedingungen an das Alter der Mitarbeiter*innen. Eine Flexibilisierung der Arbeitszeiten würde die Attraktivität des Berufes erhöhen. Um die Belastung zu verringern, wäre eine Änderung der Definition einer Vollzeit-Stelle im Sinne einer Verkürzung auf 32 bis 35 Arbeitsstunden wöchentlich denkbar. Eine besondere Herausforderung für den Einsatz des Personals besteht in der Betreuung von Menschen mit Demenz. Einerseits seien längere Schichten für Demenzerkrankte entspannter, andererseits seien 12-Stunden-Dienste aufgrund der hohen psychischen und physischen Belastung für die Mitarbeiter*innen zu anstrengend. Für die Mitarbeitersuche und -gewinnung könnten mehr Synergien genutzt werden, beispielweise durch ein gemeinsames Portal im Kreis.



6 Diskussion

6.1 Demografische Entwicklung

Ein hervorzuhebender Aspekt dieser Bedarfsprojektion ist die altersbezogene Entwicklung der Bevölkerung des Kreises Rendsburg-Eckernförde. Bis zum Jahr 2030 wird die am stärksten vertretene Altersgruppe der zwischen 50- und 60-Jährigen das Rentenalter erreicht haben und nach weiteren 15 Jahren in den Altersabschnitt über 80 Jahre eintreten. Es ist also zu erwarten, dass der bis 2030 projizierte Anstieg des Anteils an Personen mit Pflegebedarf auch darüber hinaus ansteigen wird. Dies erfordert, insbesondere im Hinblick auf die infolge der demografischen Entwicklung voraussichtlich sinkende Personalkapazität in der Pflege, mittelfristig neue Strukturen der Versorgung zu etablieren, um den pflegerischen Versorgungsbedarf zu decken. Hierbei ist zu berücksichtigen, dass auch das Potenzial für die informelle Versorgung von Personen mit Pflegebedarf durch Angehörige vermutlich sinken wird. Laut Haushaltsprognose ist zu erwarten, dass die Zahl der 4- bis 5-Personenhaushalte bis zum Jahr 2030 um 11% abnehmen wird, während die Zahl der 1- bis 2-Personenhaushalte um 3% zunehmen wird (Gertz Gutsche Rümenapp GbR, 2017). Dies signalisiert insgesamt einen Rückgang der Anzahl von Mehrpersonenhaushalten und damit von familiären Strukturen, die die Herausforderungen und Belastungen der Unterstützung pflegebedürftiger Familienmitglieder tragen und teilen können.

Die Projektion des Unterstützungskoeffizienten deutet ebenfalls darauf hin, dass es bis zum Jahr 2030 und darüber hinaus immer weniger Menschen geben wird, die potenziell für die Unterstützung der älteren und pflegebedürftigen Personen infrage kommen werden. Dieser Koeffizient berücksichtigt aber nur Menschen unter 65 als mögliche Unterstützende und lässt die Ressourcen der älteren Menschen zwischen 65 und 75 Jahren, die durch die steigende Lebenserwartung mit vergleichsweise geringen gesundheitlichen Einschränkungen konfrontiert sind und als sogenannte „junge Alte“ gelten, außer Acht. Würde diese Altersgruppe als potenziell Unterstützende einbezogen werden, stünden im Jahr 2030 nicht mehr nur 1,8 potenziell unterstützende Personen einer älteren, potenziell hilfe- oder pflegebedürftigen Person gegenüber, sondern 3,0 Personen. Vor diesem Hintergrund sollten Strukturen entwickelt und erprobt werden, die es älteren Angehörigen ermöglicht, möglichst lange zur Unterstützung pflegebedürftiger Familienmitglieder beizutragen, sei es im häuslichen Umfeld oder anderen Wohn- und Pflegeformen, andererseits sollte die Einbindung älterer unterstützungsbereiter und arbeitsfähiger Menschen in pflegerische Versorgungsangebote gefördert werden.



Im Kreis Rendsburg-Eckernförde besteht ein niederschwelliges Angebot, um ältere Menschen zu unterstützen oder pflegende Angehörige zu entlasten. Der Helfer*innenkreis Rendsburg-Eckernförde beschäftigt an verschiedenen Standorten bis zu 100 Helfer*innen. Hierfür wird bereits auf das Potenzial älterer, nicht mehr berufstätiger Personen, den sog. „jungen Alten“, zurückgegriffen. Dies könnte eine in Zukunft auszubauende Struktur sein, um mehr potenziell Unterstützende zu gewinnen. Die Gewinnung und Einbindung älterer, unterstützungsbereiter und -fähiger Menschen in die pflegerische und soziale Betreuung wird auch international als eine wesentliche Strategie für die Bewältigung des zu erwartenden Anstiegs der Anzahl pflegebedürftiger Personen eingeschätzt (Cylus et al., 2019). Allerdings sind dieser Ressource aufgrund des Alters dieser Unterstützungspersonen naturgegeben Grenzen gesetzt. Empirische Befunde belegen, dass mit dem Alter der Unterstützungspersonen das Risiko steigt, dass das pflegebedürftige Familienmitglied in eine Langzeitpflegeeinrichtung einziehen muss (Knapp et al., 2016; Stiefler et al., 2020). Ergänzend zu dieser Strategie sind daher sozial-, gesundheits- und kommunalpolitische Entscheidungen erforderlich, die die ambulante, dezentrale Versorgung durch professionelle Akteure und auch durch jüngere, berufstätige Familienmitglieder fördern. Dies betrifft sowohl unmittelbar Maßnahmen zur Förderung des Pflegeberufs und innovativer pflegerischer Dienstleistungen als auch mittelbar Maßnahmen zur Weiterentwicklung der Arbeitsbedingungen und regionalen Infrastruktur für die Vereinbarkeit von Berufstätigkeit und Familie.

Langfristig betrachtet, ist im Hinblick auf die Schaffung zukunftssicherer Versorgungsstrukturen auch die Bevölkerungsentwicklung über den Zeithorizont der nächsten 10 bis 30 Jahre hinaus zu beachten. Diese Entwicklung wird durch einen Rückgang der Bevölkerungszahl in fast allen Altersgruppen, d.h. auch derjenigen über 65 Jahre, gekennzeichnet sein. Unter der Annahme, dass es in den nächsten 30 Jahren keine deutlichen Änderungen bei den Ab- beziehungsweise Zuwanderungen und Geburten geben wird, wird nach dem Versterben der heute 50- bis 65-Jährigen von ca. 2050 an die Anzahl der Personen mit Pflegebedarf wieder sinken. Strukturen, die für die Bewältigung des in den nächsten 10 bis 30 Jahren steigenden Pflegebedarfs geschaffen werden, sollten demnach so gestaltet sein, dass sie flexibel an die sich verändernden Bedarfe der Gesellschaft angepasst werden können.



6.2 Die ältere Bevölkerung im Kreis Rendsburg-Eckernförde im Vergleich

Der Quotient zwischen der älteren Bevölkerung und der jüngeren, erwerbsfähigen Bevölkerung ist im Kreis Rendsburg-Eckernförde höher als in Schleswig-Holstein beziehungsweise in der Bundesrepublik Deutschland. Gegenüber Schleswig-Holstein ist der Altenquotient des Kreises Rendsburg-Eckernförde um 2,4 Punkte höher, gegenüber dem Altenquotienten der Bundesrepublik sogar um 8,1 Punkte (Statistisches Bundesamt, 2019). Im Jahr 2030 ist ein Altenquotient von 54,9 im Kreis zu erwarten, das würde bedeuten, dass knapp 55 Personen über 65 Jahren 100 Personen im erwerbsfähigen Alter gegenüberstehen.

In Bezug auf den Unterstützungskoeffizienten weist der Kreis Rendsburg-Eckernförde einen höheren Wert verglichen mit dem von Schleswig-Holstein und der Bundesrepublik auf, die prognostizierte Abnahme des Koeffizienten bis zum Jahr 2030 ist über die drei Berechnungsebenen dagegen mit 0,5 im Kreis, 0,5 in Schleswig-Holstein und 0,6 in der Bundesrepublik ähnlich. Grundsätzlich kann davon ausgegangen werden, dass in ländlichen und weniger dicht besiedelten Gebieten und Kreisen ein höherer Anteil von älteren Personen wohnhaft ist. Verglichen mit Kreisen mit ähnlicher Bevölkerungsdichte innerhalb Schleswig-Holsteins, weicht der Altenquotient des Kreises Rendsburg-Eckernförde nicht ab. Der Altenquotient des Kreises Plön zum Beispiel betrug im Jahr 2019 47,5 (Statistisches Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein, 2021) und lag damit über dem von Rendsburg-Eckernförde (42,0). Betrachtet man dagegen städtische Orte mit hoher Bevölkerungsdichte wie Flensburg oder Kiel, weisen diese mit 32,6 beziehungsweise 29,1 (Statistisches Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein, 2021) deutlich niedrigere Altenquotienten als die entsprechenden Durchschnittswerte von Schleswig-Holstein und der Bundesrepublik Deutschland auf.

Dies ist ein Indiz für die Spannungsfelder, die für die pflegerische und medizinische Versorgung im ländlichen Raum bestehen. In dem Einzugsgebiet der Nebenstelle des Pflegestützpunkts Hohenwestedt, das die geringste Bevölkerungsdichte der fünf Nebenstellen im Kreis Rendsburg-Eckernförde aufweist, werden zahlenmäßig ähnlich viele Personen ambulant versorgt wie in den anderen Nebenstellen. Dies erfolgt mit der geringsten Anzahl an ambulanten Pflegediensten im Vergleich zu den anderen Nebenstellen und geht vermutlich mit einem hohen Wegeaufwand für die zuständigen Pflegedienste einher. Wie in den Kleingruppendiskussionen während der Pflegekonferenz mehrfach betont, begründet sich gerade in der spezifischen soziodemografischen, geografischen und pflegerischen Infrastruktur des Kreises ein Bedarf für einen Ausbau wohnortnaher sozialer, pflegerischer und medizinischer Versorgungsstrukturen.



6.3 Pflegerische Versorgungsstrukturen im Kreis

Laut der Projektion wird die stationäre Versorgung den größten Zuwachs an Leistungsempfänger*innen erhalten. In diesem Versorgungsbereich steigt die Anzahl an Personen mit Pflegebedarf voraussichtlich um 24,7%, was zur Folge hat, dass bis zu 355 weitere Plätze sowie 268 Vollzeitstellen beim Pflegepersonal in der gesamten stationären Versorgung im Kreis geschaffen werden müssen. Allerdings stellt sich in diesem Zusammenhang die Frage, inwieweit das klassische Pflege- oder Altenheim noch den Bedürfnissen der nachfolgenden Generationen gerecht wird. Die Online-Befragung und die Diskussionen in der Pflegekonferenz bestätigten die bereits heute bestehende (Hajek et al., 2018; Haumann, 2020; Kasper et al., 2019) und in Zukunft voraussichtlich wachsende Präferenz dafür, auch im hohen Alter und bei Pflegebedürftigkeit in der eigenen häuslichen Umgebung oder einer ähnlichen Umgebung leben zu können.

Es müssen Voraussetzungen geschaffen werden, damit ältere Menschen selbstbestimmt und möglichst lange selbständig leben und wohnen können. In der Pflegekonferenz wurden hierfür ortsbildangepasste, altersgerechte Wohneinheiten oder die Umgestaltung des eigenen Wohnraums als eine wichtige Maßnahme genannt. Um eine bedürfnisgerechte Versorgung zu gewährleisten, wäre eine stärkere Verflechtung der stationären Pflege, Kurzzeitpflege und der ambulanten Versorgung erstrebenswert. Wolf-Ostermann & Rothgang (2018) beschreiben deutschlandweit einen zukünftigen Trend hin zu mehr ambulanter Pflege und Betreuung. Ähnlich präferieren es die Akteure der Pflegekonferenz für den Kreis Rendsburg-Eckernförde. Ein Ausbau und eine Stärkung der ambulanten Versorgung sind demnach dringend erforderlich. Als förderlich für die Vermeidung eines Einzugs in eine Langzeitpflegeeinrichtung scheinen hierbei Versorgungsnetze zu sein, die sich durch eine hohe Qualität der interdisziplinären und -professionellen sowie transsektoralen Kommunikation und Zusammenarbeit auszeichnen und eine möglichst hohe Anzahl an bedürftigen Personen versorgen (Domhoff et al., 2021).

Insbesondere die informelle Pflege in Form eines Netzwerks aus Familie, Freundinnen und Freunden, Nachbarinnen und Nachbarn erhält in der ambulanten Pflege, aber auch in allen anderen Versorgungsbereichen eine besondere Bedeutung. Schätzungsweise 4 bis 5 Millionen Personen in Deutschland werden von einem sozialen Netzwerk informell betreut, wobei die Unterstützung eher niederschwellige Leistungen umfasst, wie die Begleitung zum Arzt, das Einkaufen oder andere Haushaltstätigkeiten. Die Schätzungen gehen also von weit mehr Personen mit Unterstützungsbedarf aus, als sie im Sinne der Pflegeversicherung als pflegebedürftig erfasst werden (Nowossadeck, Engstler & Klaus, 2016).



Im Kreis Rendsburg-Eckernförde wurden im Jahr 2019 über 80% % der Leistungsempfänger*innen des SGB XI zu Hause versorgt, davon nicht mal ein Drittel von ambulanten Diensten. Mehr als zwei Drittel (70%) der zu Hause lebenden Personen mit Pflegebedarf erhalten nur Pflegegeld, jegliche Unterstützung im Alltag muss demnach von Angehörigen oder Bekannten oder durch privates Pflegepersonal erfolgen. Werden obengenannte Schätzungen zu den Personen mit informellem bzw. niedrigschwelligem Unterstützungsbedarf auf die Bevölkerungszahl im Kreis übertragen, kann davon ausgegangen werden, dass 13.000 bis 16.000 zu Hause lebender Personen informelle Pflege in irgendeiner Art und Intensität erhalten. Weitere Berechnungen sind nicht möglich, da es keine offiziellen Zahlen über die Anzahl informell Pflegenden für den Kreis Rendsburg-Eckernförde gibt. Allerdings sinkt der Unterstützungskoeffizient, sodass weniger unterstützende Personen pflegebedürftigen Personen gegenüberstehen. Um die informelle Pflege und die formelle Pflege durch ambulante Pflegedienste stärker zu verzahnen, wurde in den Niederlanden das gemeinnützige, nachbarschaftliche Pflegemodell nach Buurtzorg etabliert. Kleine, selbstorganisierte Pflegeteams arbeiten in unmittelbarer Nachbarschaft der pflegebedürftigen Person in einem Netzwerk aus Familie, Freundinnen und Freunden, Bekannten, aber auch Ärzt*innen und Apotheker*innen. Dadurch können Fahrtwege reduziert werden und Pflegefachpersonen und pflegende Angehörige entlastet werden (Buurtzorg Deutschland). Internationale Forschungsergebnisse zeigen, dass dieses Modell in die Versorgungssysteme anderer Länder integrierbar ist, jedoch einen Kulturwandel in den Strukturen und Prozessen der Pflege, inkl. der Finanzierung, erfordert (Drennan et al., 2018; Lalani et al. 2019).

Dem sinkenden Unterstützungskoeffizienten steht auch ein Personalmangel im Bereich der formalen Pflege gegenüber. Personen mit Pflegebedarf werden von immer älterem Pflegepersonal versorgt. Ein entscheidendes Handlungsfeld ist somit die Gewinnung von Pflegepersonal. Auf Bundesebene wurde ein Maßnahmenpaket ausgehend von der Konzentrierten Aktion Pflege der Bundesrepublik entwickelt (Bundesministerium für Gesundheit, 2019). Verschiedene Akteure haben zu folgenden fünf Arbeitsfeldern beraten: (1) Ausbildung und Qualifizierung, (2) Personalmanagement, Arbeitsschutz und Gesundheitsförderung, (3) Innovative Versorgungsansätze und Digitalisierung, (4) Pflegekräfte aus dem Ausland und (5) Entlohnungsbedingungen in der Pflege. Das Handlungsfeld der Nachwuchsgewinnung wurde auch im Rahmen der Pflegekonferenz für den Kreis Rendsburg-Eckernförde deutlich.

In Schleswig-Holstein waren im Schuljahr 2019/2020 4.821 Schüler*innen an Schulen des Gesundheitswesens für einen der drei Kurse Kinderkrankpflege (n = 255, 5,2 %), Gesundheits- und Kranken-



pflege (n = 2.393, 49,6 %) oder Altenpflege (n = 2.173, 45,1 %) eingeschrieben, 34,5 % der Gesamtzahl war zum Erhebungszeitpunkt im ersten Ausbildungsjahr (Statistisches Bundesamt (Destatis), 2021). 10 Jahre zuvor, im Schuljahr 2009/2010 waren es noch 3.592 Schüler*innen über alle drei Berufsgruppen (Statistisches Bundesamt (Destatis), 2010). Im Ausbildungsjahr 2019/2020 gab es also im Vergleich zum Jahr 2009/2010 einem Zuwachs um 34,2 % (n = 1229) an Auszubildenden in Schleswig-Holstein. In der Pflegestatistik des Landes der letzten sechs Jahre ist ebenfalls ein Anstieg der Zahlen an Auszubildenden über alle Pflegefach- und Pflegehelfer*innenberufe zu erkennen (Statistisches Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein, 2021). Waren es 2015 noch 1.584 Auszubildende in der stationären Pflege, stieg diese Zahl bis 2017 auf 1.644 und lag 2019 bei 1.757, was einem Anstieg um 11 % zwischen 2015 und 2019 entspricht. In der ambulanten Versorgung waren es 241 Auszubildende im Jahr 2015, 254 im Jahr 2017 und 308 im Jahr 2019. Eine deutlich kleinere Menge als in der stationären Versorgung, dennoch ist auch hier ein Anstieg um 28 % seit 2015 zu verzeichnen. Diese Zahlen zeigen die Ausbildungslandschaft noch vor dem Beginn der generalistischen Pflegeberufausbildung im Jahr 2020. Zumindest der Anstieg der Anzahl der Auszubildenden in den Pflegeberufen in den letzten Jahren ist vergleichbar mit dem hier projizierten Anstieg der Personen mit Pflegebedarf bis 2030, wobei die Zahlen der Schüler*innen, die die Ausbildung auch erfolgreich abgeschlossen haben, nicht vorliegen. Schätzungsweise 28% der Auszubildenden brechen ihre Ausbildung vorzeitig ab (Ärzteblatt 2021). Im Rahmen einer Befragung der Pflegeschulen in Schleswig-Holstein durch die Universität zu Lübeck wurde deutlich, dass über drei Viertel der potenziellen Ausbildungsträger in Schleswig-Holstein aktuell Ausbildungsplätze nach dem PfIBG anbieten und weitere knapp 10% dies für die nähere Zukunft planen. Dies verweist auf ein insgesamt hohes Engagement für die Pflegeausbildung, was auch von der tendenziell steigenden Anzahl angebotener Ausbildungsplätze unterstrichen wird. Die Ergebnisse zeigen aber auch, dass die vorhandenen oder geplanten bzw. potenziell realisierbaren Ausbildungskapazitäten aktuell nicht vollständig ausgeschöpft werden. Barrieren liegen vor allem in (1) der Organisation einer ausreichenden Anzahl von Praxiseinsatzplätzen in den verschiedenen Versorgungsbereichen, (2) in der nicht bedarfsgerechten personellen Ausstattung der Pflegeschulen mit einer ausreichenden Anzahl von Master-qualifizierten Lehrkräften (vorzugsweise im Bereich Pflegepädagogik), (3) in den noch weiter zu entwickelnden Kapazitäten für eine strukturierte geplante Praxisanleitung und (4) in einer unzureichenden Bewerberlage. Insbesondere im pädiatrischen Versorgungsbereich sowie im ländlichen Raum besteht ein hoher Bedarf an weiteren über Kooperationen abzusichernden Praxiseinsatzplätzen (unveröffentlichtes Dokument).



Die in dieser Pflegebedarfsanalyse dargestellten Beschäftigtenzahlen zeigen, dass sowohl in der ambulanten Pflege als auch in der stationären Langzeitpflege die Mehrheit der Pflegefachpersonen nicht in Vollzeit arbeitet. In den Kleingruppendiskussionen während der Pflegekonferenz wurden ein erhöhtes Risiko des vorzeitigen Verlassens des Berufs bzw. eine hohe Fluktuation als Problemfelder thematisiert. Internationale Befunde verweisen auf einen sich selbst verstärken Teufelskreis aus Unzufriedenheit mit der Personalausstattung, unzureichende selbstwahrgenommene Unterstützung durch Führungspersonen, nicht durchgeführter Pflegeleistungen („missed care“), Arbeitsunzufriedenheit und Demoralisierung der Pflegenden und ihrer Bereitschaft, vorzeitig den Arbeitsplatz bzw. den Beruf zu verlassen (Senek et al., 2020). Dies illustriert, dass für die Gewinnung und vor allem auch das Halten von Pflegefachpersonen und weiterem Pflegepersonal vermutlich eine Kombination von Maßnahmen erforderlich ist, darunter die Flexibilisierung von Arbeitszeiten und pflegerischen Einsatzfeldern (z. B. durch Integration verschiedener Versorgungsangebote), die Stärkung der Führungskompetenzen in der Pflege und die Weiterentwicklung und Anerkennung der Aufgaben und Rollen des Pflegeberufs als zentralen Akteur für die Gewährleistung einer bedarfsgerechten pflegerischen Versorgung, auch im Zusammenspiel mit der informellen Pflege.

6.4 Vergleich mit der Pflegebedarfsentwicklung des Landes Schleswig-Holstein

Bis zum Jahr 2030 wird sich die Anzahl der Leistungsempfänger*innen im Kreis um 15,3% erhöhen, im Bundesland erhöht sich die Anzahl etwas geringer um 11,5%. Bei differenzierter Betrachtung nach Versorgungsart fällt auf, dass der Zuwachs bei der stationären Versorgung im Kreis deutlich geringer ist im Vergleich zu Schleswig-Holstein. Dahingegen steigt die Anzahl der Pflegegeldempfänger*innen im Kreis deutlich stärker im Vergleich zum Bundesland. Der deutlichere Anstieg der Anzahl an Leistungsempfänger*innen ist auf die demografische Entwicklung des Kreises zurückzuführen. Während die Größe der jüngeren beiden Altersgruppen „unter 20 Jahre“ und „20 bis unter 65 Jahre“ im Kreis bis zum Jahr 2030 deutlich abnehmen werden, fällt dies in Schleswig-Holstein weniger stark aus. Der größte Zuwachs an Personen im Land wird in der Altersgruppe „65 bis unter 80 Jahre“ sein, während dies auf Kreisebene schon in der Gruppe „80 Jahre und älter“ der Fall ist. Somit hat der Kreis im Vergleich zum Land durch die ältere und alternde Bevölkerung einer höheren Anzahl an Personen mit Pflegebedarf bis zum Jahr 2030 zu begegnen.



6.5 Handlungsempfehlungen

Zur kommunalen Alten- und Pflegepolitik zählen Maßnahmen zur Förderung und Sicherstellung der selbständigen Lebensführung und Maßnahmen bei eingetretener Hilfe- und Pflegebedürftigkeit (Braeseke et al., 2019).

Aus den Ergebnissen der Pflegebedarfsanalyse und dem interdisziplinären Austausch im Rahmen der Pflegekonferenz ergeben sich verschiedene Handlungsfelder. Diese sind jedoch nicht als eine feststehende Lösung zu verstehen, sondern sollten gemeinschaftlich von den Akteuren der regionalen pflegerischen Versorgung basierend auf pflege- und versorgungswissenschaftlichen Erkenntnissen und politischen Vorgaben lokal entwickelt oder angepasst und hinsichtlich ihrer Machbarkeit und Effekte evaluiert werden.

Wohnen im Alter

Immer mehr Menschen wünschen sich auch im Alter, weiterhin in ihrer gewohnten Umgebung wohnen zu bleiben. Um bedürfnis- und bedarfsgerechtes Wohnen in einer häuslichen Umgebung, auch bei bestehender Pflegebedürftigkeit, zu ermöglichen, ist es notwendig, die vorhandene Wohninfrastruktur und Förderinstrumente im Kreis zu prüfen. In einem partizipativen Prozess mit allen Beteiligten sollten zielgruppenspezifische Wohn- und Pflegemodelle entwickelt werden, die die Lebensverhältnisse und Bedürfnisse der Personen mit Pflegebedarf berücksichtigen. Für zukünftige Wohnprojekte könnte geprüft werden, inwieweit leerstehende Gebäude im Kreisgebiet entsprechend barrierefrei umgebaut werden können. Um Versorgungslücken im ländlichen Raum zu verhindern, sollten Möglichkeiten der stärkeren Vernetzung von niedrigschwelligen nachbarschaftlichen und professionellen pflegerischen und medizinischen Versorgungsangebote analysiert, geschaffen und erprobt werden. Hierbei sollten die Rollen und Aufgaben der ambulanten Pflege im Hinblick auf eine stärkere Nutzung telepflegerischer und -medizinischer Strukturen, die Planung, Steuerung und Evaluation individueller vernetzter Versorgungsprozesse (auch im Sinne von Case Management) und auch Übernahme heilkundlicher Aufgaben (z. B. im Rahmen eines Modellprojektes nach § 63 Absatz 3c SGB V) sowie niedrigschwellige präventive und rehabilitative Angebote im Sinne einer modernen Gemeindepflege („community nursing“) gezielt gestärkt und erweitert werden. Dies würde die gesellschaftliche Relevanz und Attraktivität des Pflegeberufes unterstreichen.

Durch ein Netzwerk aus Familie, Nachbarinnen und Nachbarn und professioneller Pflege, könnte ein Verbleiben der Personen mit Pflegebedarf auch im ländlichen Raum möglich werden. Zum Aufbau



von Netzwerken könnten Ansprechpartner*innen in den Städten und Gemeinden fungieren, die die Netzwerkarbeit und die Koordinierung von ehrenamtlichen Helfern übernehmen könnten.

Im Kreis fehlen Kurzzeitpflegeplätze. Die vorhandenen Angebote sind einzelne integrierte Plätze in der stationären Versorgung. Um den Versorgungsauftrag einer Kurzzeitpflege erfüllen zu können, sollte ein Ausbau solitärer, pflegerisch verantworteter Kurzzeitpflegeeinrichtungen angestrebt werden, inklusive begleitender Evaluation, um die Machbarkeit und vermuteten positiven Effekte auf die Gesundheit und Pflegebedürftigkeit der Betroffenen zu überprüfen.

Beratungsangebote

Ein wichtiger Bestandteil der pflegerischen Versorgung ist die Beratung für Personen mit Pflegebedarf und Angehörige, um über die individuellen Möglichkeiten der Pflegebedürftigen zu informieren und Fehlzusweisungen zu vermeiden.

Förderung des Arbeitsplatzes Pflege

Im Hinblick auf den Personalmangel sollten Strategien entwickelt werden, wie eine lebenslaufbezogene Beschäftigung in der Pflege möglich ist. Durch eine Änderung der Arbeitsorganisation und eine Flexibilisierung der Arbeitszeiten könnte die Attraktivität des Berufs gesteigert und ein frühzeitiges Ausscheiden aus dem Beruf vermindert werden. Teilzeitbeschäftigte könnten durch geänderte Arbeitsbedingungen ermuntert werden die Arbeitszeit zu erhöhen. Dies setzt voraus, dass die Vereinbarkeit von Beruf und Familie gefördert wird. Zusätzlich wäre zu prüfen, inwieweit Synergien für den Verbleib im Beruf erzielt werden können, indem ambulante, teilstationäre und stationäre Angebote kombiniert und pflegerische Einsatzfelder damit abwechslungsreicher gestaltet werden. Darüber hinaus könnte die Entwicklung neuer ergänzender oder erweiterter pflegerischer Versorgungsangebote inkl. entsprechender Einsatzfelder die Attraktivität des Pflegeberufes erhöhen und zusätzliche Laufbahnperspektiven eröffnen.

6.6 Limitationen und Ausblick

Grundlegend ist bei der Interpretation der vorliegenden Ergebnisse zu berücksichtigen, dass diese auf einer Projektion aktueller altersspezifischer Quoten der Pflegebedürftigkeit und Inanspruchnahme von Leistungen des SGB XI auf die prognostizierte Bevölkerungsentwicklung im Kreis Rendsburg-Eckernförde beruht. Im Unterschied zu einer Prognose lässt eine Projektion keine Aussagen



über die Wahrscheinlichkeit der berechneten Entwicklung der untersuchten Variablen zu. Die in diesem Bericht projizierte Entwicklung des Pflegebedarfs im Kreis Rendsburg-Eckernförde stellt daher ein Szenario dar, dessen Gültigkeit an die Gültigkeit der zugrunde liegenden Bevölkerungsprognose und der für die Projektion angenommenen altersspezifischen Bedarfsproportionen gebunden ist. Mögliche künftige Veränderungen im Gesundheitszustand älterer Menschen und damit im Risiko der Pflegebedürftigkeit, z. B. durch Anpassungen im Lebensstil oder weiteren Verbesserungen der gesundheitlichen Versorgung, blieben unberücksichtigt. Aufgrund der unabhängigen Bedeutung des Prädiktors Alter für das Entstehen von Pflegebedürftigkeit (ZQP, 2015) ist jedoch davon auszugehen, dass das durch die vorliegende Projektion ermittelte Szenario der Pflegebedarfsentwicklung einen validen Orientierungsrahmen für notwendige Anpassungen in der Pflegeinfrastruktur des Kreises Rendsburg-Eckernförde gibt.

Jegliche Berechnungen mit Bevölkerungsprognosen gehen mit einer gewissen Unsicherheit einher. Die hier verwendete Bevölkerungsprognose wich innerhalb eines Berechnungsjahres um -2.985 Personen von der tatsächlichen Bevölkerungszahl im Jahr 2019 ab. Diese Differenz ist im Hinblick auf die gesamte Bevölkerungszahl von über 270.000 zu vernachlässigen, lässt aber darauf schließen, dass diese Abweichung in der Prognose bis zum Jahr 2030 noch größer wird. Für die tatsächlichen Bevölkerungsanzahl im Jahr 2030 hätte dies zur Folge, dass die von der „Gertz Gutsche Rümenapp GbR“ (2017) prognostizierte Abnahme der Bevölkerungszahlen um 3,6% möglicherweise weniger stark ausfallen wird als angenommen. Eine weitere Unsicherheit in Bezug auf die Bevölkerungsprognose betrifft die noch nicht vollständig erschlossenen Auswirkungen der Covid-19-Pandemie auf die Mortalität und Geburtenrate in der Bevölkerung. Nach den bisher vorliegenden Daten zur Mortalitätsentwicklung in der Bevölkerung Schleswig-Holsteins unter der Pandemie im Vergleich zu den Vorjahren (Statistisches Bundesamt (Destatis), 2021) sind zwar keine substantziellen Effekte auf die Bevölkerungsentwicklung und damit die Entwicklung des Pflegebedarfs zu erwarten, jedoch sind die weiteren Ergebnisse des Pandemieverlaufs abzuwarten.

Des Weiteren musste wegen fehlender Daten zur Verteilung der Leistungsempfänger*innen auf die verschiedenen Pflegegrade und Versorgungsformen stratifiziert nach Altersgruppen im Kreis Rendsburg-Eckernförde auf die entsprechenden Angaben in der Pflegestatistik 2019 von Schleswig-Holstein zurückgegriffen werden. Dies impliziert die Annahme, dass die entsprechenden Proportionen der Leistungsempfänger*innen auf Kreis- und Pflegestützpunktebene, denen auf der Ebene des Bundeslandes gleichen. Die Validität dieser Annahme kann gegenwärtig nicht näher beurteilt werden, jedoch können zu einem späteren Zeitpunkt über das Forschungsdatenzentrum des Bundes



Sektion für Forschung und Lehre in der Pflege
Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie
Leitung: Prof. Dr. Katrin Balzer
Universität zu Lübeck
Ratzeburger Allee 160, 23566 Lübeck
T: 0451 500-51262 F: 0451 500-51264 E: katrin.balzer@uksh.de

und der Länder voraussichtlich ergänzende Analysen auf der Basis von aggregierten Daten der Pflegestatistik 2019 für den Kreis Rendsburg-Eckernförde durchgeführt werden.

Im Hinblick auf den ambulanten Pflegebedarf ist limitierend darüber hinaus zu berücksichtigen, dass sich die vorliegende Projektion ausschließlich auf Leistungen zur Unterstützung von Menschen mit Pflegebedarf nach SGB XI bezieht und keine Leistungen der kurzfristigen häuslichen Krankenpflege nach § 37 SGB V berücksichtigt. Auf der Basis des hier projizierten Anstiegs der Anzahl von Menschen in der Altersgruppe 80+ ist zu erwarten, dass auch der Bedarf an pflegerischen Unterstützungsleistungen im Rahmen des SGB V, z. B. in Form medizinischer Behandlungspflege oder pflegfachlich erbrachter heilkundlicher Leistungen, steigen wird. Der vorliegend ermittelte zusätzliche Bedarf von über 150 weiteren Beschäftigten in der ambulanten Pflege bis zum Jahr 2030 im Kreis Rendsburg-Eckernförde stellt somit eher eine Untergrenze des Mehrbedarfs dar. Unter Berücksichtigung des voraussichtlich ebenfalls steigenden Umfangs an erforderlichen ambulanten Pflegeleistungen nach § 37 SGB V wird dieser Bedarf vermutlich höher liegen und insbesondere fachlich hoch qualifizierte beruflich Pflegenden mit abgeschlossener beruflicher und auch hochschulischer Pflegeausbildung betreffen.



Literaturverzeichnis

- BARMER Pflegereport. (2020). Zugriff am 31.05.2021, <https://www.barmer.de/blob/270028/6b0313d72f48b2bf136d92113ee56374/data/barmer-pflegereport-2020-komplett.pdf>.
- BARMER Pflegereport. (2018). Zugriff am 31.05.2021, <https://www.barmer.de/blob/170372/9186b971babc3f80267fc329d65f8e5e/data/dl-pflegereport-komplett.pdf>.
- Benzinger, P et al. (2021). Psychosoziale Auswirkungen der Pandemie auf Pflegekräfte und Bewohner von Pflegeheimen sowie deren Angehörige – Ein systematisches Review. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 54(2):141-145. doi: 10.1007/s00391-021-01859-x.
- Bidenko K, Bohnet-Joschko S. (2021). Vereinbarkeit von Beruf und Pflege: Wie wirkt sich Erwerbstätigkeit auf die Gesundheit pflegender Angehöriger aus? *Gesundheitswesen*, 83(2):122-127. doi: 10.1055/a-1173-8918.
- Bundesamt für Kartographie und Geodäsie. (2019). Verwaltungsgebiete 1:250 000 mit Einwohnerzahlen (kompakt), Stand 31.12.2019. Zugriff am 10.04.2021, <https://gdz.bkg.bund.de/index.php/default/verwaltungsgebiete-1-250-000-mit-einwohnerzahlen-ebenen-stand-31-12-vg250-ew-ebenen-31-12.html>
- Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.) (2019). *Konzertierte Aktion Pflege – Vereinbarungen der Arbeitsgruppen 1 bis 5*, 3. Auflage, November 2019, Berlin.
- Bundesrat. Beschluss des Bundesrates: Gesetz zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung (Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz - GVWG). Drucksache 511/21 (Beschluss). 25.06.2021, https://www.bundesrat.de/DE/plenum/bundesrat-kompakt/21/1006/1006-pk.html;jsessionid=A1123A26422C6F4539452B7ABDD4A26C.1_cid349?nn=4732016#top-24 [09.07.2021].
- Buurtzorg Deutschland. Zugriff am 05.07.2021. <https://www.buurtzorg-deutschland.de/teamwork/>
- Cylus J, Figueras J, Normand C. (2019). Will Population Ageing Spell the End of the Welfare State? A review of evidence and policy options [Internet]. Sagan A, Richardson E, North J, White C, editors. Copenhagen (Denmark): European Observatory on Health Systems and Policies.
- Domhoff D, Seibert K, Stiefler S, Wolf-Ostermann K, Peschke D. (2021). Differences in nursing home admission between functionally defined populations in Germany and the association with quality of health care. *BMC Health Serv Res*. 21(1):190. doi: 10.1186/s12913-021-06196-8.
- Drennan VM, Calestani M, Ross F, Saunders M, West P. (2018). Tackling the workforce crisis in district nursing: can the Dutch Buurtzorg model offer a solution and a better patient experience? A mixed methods case study. *BMJ Open*. 8(6):e021931. doi: 10.1136/bmjopen-2018-021931.
- Forschungsdatenzentrum (2021). *Pflegestatistik 2019, On-Site-Zugang*, DOI: 10.21242/22411.2019.00.00.1.1.0
- Gertz Gutsche Rümenapp GbR. (2017). *Kleinräumige Bevölkerungs- und Haushaltsprognose Kreis Rendsburg-Eckernförde bis zum Jahr 2030*
- Hajek, A., Brettschneider, Ch., Ernst, A. & Mallon, T. (2017). Einflussfaktoren auf die Pflegebedürftigkeit im Längsschnitt. *Das Gesundheitswesen*.
- Hajek A, Lehnert T, Wegener A, Riedel-Heller SG, König HH. Langzeitpflegepräferenzen der Älteren in Deutschland – Ergebnisse einer bevölkerungsrepräsentativen Umfrage. *Gesundheitswesen*. 2018 Aug;80(8-09):685-692. doi: 10.1055/s-0042-124663.



- Harrison JK, Walesby KE, Hamilton L, Armstrong C, Starr JM, Reynish EL, MacLulich AMJ, Quinn TJ, Shenkin SD. Predicting discharge to institutional long-term care following acute hospitalisation: a systematic review and meta-analysis. *Age Ageing*. 2017 Jul 1;46(4):547-558. doi: 10.1093/ageing/afx047.
- Haumann W. Versorgungspräferenzen der deutschen Bevölkerung: die Option der betreuten Wohngruppe. *Z Gerontol Geriatr*. 2020 Oct;53(6):522-530.
- Hower, K.I., Pförtner, T.K. & Pfaff, H. (2020). *Pflegerische Versorgung in Zeiten von Corona – Drohender Systemkollaps oder normaler Wahnsinn? Wissenschaftliche Studie zu Herausforderungen und Belastungen aus der Sichtweise von Leitungskräften*. Project Report. <https://kups.ub.uni-koeln.de/11201/>.
- Jacobs, K., et al. (2020). *Pflege-Report 2020*. Zugriff am 31.05.2021, <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007%2F978-3-662-61362-7.pdf>.
- Kasper JD, Wolff JL, Skehan M. Care Arrangements of Older Adults: What They Prefer, What They Have, and Implications for Quality of Life. (2019). *Gerontologist*. 59(5):845-855. doi: 10.1093/geront/gny127.
- Knapp M, Chua KC, Broadbent M, Chang CK, Fernandez JL, Milea D, Romeo R, Lovestone S, Spencer M, Thompson G, Stewart R, Hayes RD. (2016). Predictors of care home and hospital admissions and their costs for older people with Alzheimer's disease: findings from a large London case register. *BMJ Open*. 6(11):e013591. doi: 10.1136/bmjopen-2016-013591.
- Lalani M, Fernandes J, Fradgley R, Ogunisola C, Marshall M. (2019). Transforming community nursing services in the UK; lessons from a participatory evaluation of the implementation of a new community nursing model in East London based on the principles of the Dutch Buurtzorg model. *BMC Health Serv Res*. 19(1):945. doi: 10.1186/s12913-019-4804-8.
- Mahne K, Wolff, J.K., Simonson, J. & Tesch-Römer, C. (2017). *Altern im Wandel: zwei Jahrzehnte Deutscher Alterssurvey (DEAS)*. Berlin: Deutsches Zentrum für Altersfragen. <https://doi.org/10.1007/978-3-658-12502-8>
- Nowossadeck, S., Engstler, H., & Klaus, D. (2016). *Pflege und Unterstützung durch Angehörige, Report Altersdaten 1/2016*.
- Pförtner, TK, Pfaff, H & Hower, K (2021). Will the demands by the covid-19 pandemic increase the intent to quit the profession of long-term case managers? A repeated cross-sectional study in Germany. *Journal of Public Health*.
- Robert Koch Institut (2021). *Neuartiges Coronavirus Situationsberichte, Stand 24.05.2021*, https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Situationsberichte/Mai_2021/2021-05-24-de.pdf?__blob=publicationFile
- Rothgang, H., Müller, R. & Unger, R. (2012). *Themenreport „Pflege 2030“*. Was ist zu erwarten – was ist zu tun? Zugriff am 31.05.2021, https://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/BSt/Publikationen/GrauePublikationen/GP_Themenreport_Pflege_2030.pdf.
- RStudio Team. (2020). *RStudio: Integrated Development for R*. RStudio, PBC, Boston, MA URL <http://www.rstudio.com/>.
- Senek M, Robertson S, Ryan T, et al. (2020). Determinants of nurse job dissatisfaction - findings from a cross-sectional survey analysis in the UK. *BMC Nurs*. 19:88. doi: 10.1186/s12912-020-00481-3.
- Statistische Ämter des Bundes und der Länder (2020). *Fläche und Bevölkerung nach Ländern*. Zugriff am 26.06.2021. <https://www.statistikportal.de/de/bevoelkerung/flaeche-und-bevoelkerung>.



- Spangenberg, L. et al. (2013). Nachdenken über das Wohnen im Alter. Einflussfaktoren auf wohnbezogene Zukunftspläne und Wohnpräferenzen in einer repräsentativen Stichprobe ab 45-Jähriger. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 46.
- Slobbe LCJ, Wong A, Verheij RA, van Oers HAM, Polder JJ. Determinants of first-time utilization of long-term care services in the Netherlands: an observational record linkage study. (2017). BMC Health Serv Res. 17(1):626. doi: 10.1186/s12913-017-2570-z.
- Statistisches Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein. (2019). Jugendquotient, Altenquotient in Schleswig-Holstein am 31.12. Zugriff am 31.05.2021, <https://opendata.schleswig-holstein.de/dataset/jugendquotient-altenquotient-in-schleswig-holstein-am-31-12>.
- Statistisches Bundesamt (Destatis) (2021). Sonderauswertung zu Sterbefallzahlen der Jahre 2020/2021, Zugriff am 08.07.2021, <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Sterbefaelle-Lebenserwartung/sterbefallzahlen.html>
- Statistisches Bundesamt (Destatis) (2021). Bildung und Kultur, Berufliche Schulen Schuljahr 2019/2020, Fachserie 11, Reihe 2, Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (Destatis) (2010). Bildung und Kultur, Berufliche Schulen Schuljahr 2009/2010, Fachserie 11, Reihe 2, Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (Destatis) (2020). Pflegestatistik Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung Deutschlandergebnisse. Statistisches Bundesamt: Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (Destatis) (2019). Bevölkerungsentwicklung in den Bundesländern bis 2060, Ergebnisse der 14. Koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung Variante 1 nach Ländern. Statistisches Bundesamt: Wiesbaden.
- Statistisches Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein (2020). Die Bevölkerung in Schleswig-Holstein nach Alter und Geschlecht 2019. Hamburg.
- Statistisches Bundesamt (Destatis) (2019). Bevölkerung im Wandel: Annahmen und Ergebnisse der 14. Koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung. Statistisches Bundesamt: Wiesbaden.
- Stiefler S, Seibert K, Domhoff D, Görres S, Wolf-Ostermann K, Peschke D. (2020). Einflussfaktoren für einen Heimeintritt bei bestehender Pflegebedürftigkeit – eine systematische Übersichtsarbeit. Z Evid Fortbild Qual Gesundhwes. 153-154:60-75. German. doi: 10.1016/j.zefq.2020.05.001.
- Verbakel E. How to understand informal caregiving patterns in Europe? The role of formal long-term care provisions and family care norms. (2018). Scand J Public Health. 46(4):436-447. doi: 10.1177/1403494817726197.
- Verband der Ersatzkassen. (2017). Vertrag zur Änderung des Rahmenvertrages über die vollstationäre pflegerische Versorgung gemäß 75 Abs. 1 SGB XI für das Land Schleswig-Holstein (2016). Zugriff am 31.05.2021, https://www.vdek.com/LVen/SHS/Vertragspartner/Pflegeversicherung61806/stationaerepflege/_jcr_content/par/download_16/file.res/Vollstation%c3%a4rer%20Rahmenvertrag%20%c3%84nderung%201.1.2017.pdf.
- Wolf-Ostermann, K. & Rothgang, H. (2018). Ambulantisierung stationärer Einrichtungen im Pflegebereich und innovative ambulante Wohnformen. Zugriff am 07.07.2021, https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Pflege/Berichte/Abschlussbericht_InaWo_final_UNI_BRE-MEN.pdf.



Sektion für Forschung und Lehre in der Pflege
Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie
Leitung: Prof. Dr. Katrin Balzer
Universität zu Lübeck
Ratzeburger Allee 160, 23566 Lübeck
T: 0451 500-51262 F: 0451 500-51264 E: katrin.balzer@uksh.de

ZQP – Zentrum für Qualität in der Pflege. (2015). Risikoprofile für Pflegebedarf – Kohortenstudie zu physischen und psychosozialen Risiko- und Ressourcenkonstellationen bei älteren Frauen und Männern. Zugriff am 31.05.2021, https://www.zqp.de/wp-content/uploads/Abschlussbericht_Risikoprofile_Pflegebeduerftigkeit.pdf.



Anhang

A1 Leitfragen für die Themenräume der Online-Pflegekonferenz vom 17.06.2021

1. Ambulante Pflege (Kreis Rendsburg-Eckernförde, Uwe Randant)

Angesichts des erwarteten Anstiegs des Versorgungsbedarfs (um bis zu 20 % jeweils in den Pflegegraden 2 bis 5):

Hauptfragen:

- Wo sehen Sie die zentralen Handlungsfelder?
- Welche Effektivitäts- und Effizienzpotenziale sehen Sie in der ambulanten Pflege, z. B. durch stärkere digitale Unterstützung, bessere Zusammenarbeit zwischen Berufsgruppen und Institutionen oder andere Gestaltung von Leistungskomplexen?

Nebenfragen:

- Was sind aus Ihrer Sicht wichtige Voraussetzungen für den Erhalt und den Ausbau der Kapazitäten für die ambulante Pflege im Kreis Rendsburg-Eckernförde, insbesondere im ländlichen Raum?
- Was sind geeignete Maßnahmen, um Personal in der ambulanten Pflege zu gewinnen und zu halten?

2. Stationäre Langzeitpflege (Universität zu Lübeck)

Angesichts des erwarteten Anstiegs des Versorgungsbedarfs (um bis zu 25 % jeweils in den Pflegegraden 2 bis 5):

Hauptfragen:

- Wo sehen Sie die zentralen Handlungsfelder?
- Welche Effektivitäts- und Effizienzpotenziale sehen Sie in der Langzeitpflege, z. B. durch stärkere digitale Unterstützung, bessere Zusammenarbeit zwischen Berufsgruppen und Institutionen oder stärkere Integration in kommunale Strukturen (Vernetzung mit anderen Anbietern von Gesundheits- und Sozialdienstleistungen, Nachbarschaftshilfe etc.)?
- Ist das traditionelle Pflegeheim ein Modell für die Zukunft?

Nebenfragen:

- Was sind aus Ihrer Sicht wichtige Voraussetzungen für den Erhalt und den Ausbau der Kapazitäten für die stationäre Langzeitpflege im Kreis Rendsburg-Eckernförde, insbesondere im ländlichen Raum?
- Was sind geeignete Maßnahmen, um Personal für die stationäre Langzeitpflege zu gewinnen und zu halten?

3. Kurzzeitpflege (Universität zu Lübeck)

Angesichts des erwarteten Anstiegs des Versorgungsbedarfs:

Hauptfragen:

- Wo sehen Sie die zentralen Handlungsfelder?
- Wie sollten die Strukturen der Kurzzeitpflege in Zukunft aussehen?



Nebenfragen:

- Was sind aus Ihrer Sicht wichtige Voraussetzungen für den Ausbau der Kapazitäten für Kurzzeitpflege im Kreis Rendsburg-Eckernförde, insbesondere im ländlichen Raum?

4. Gemeindeschwester/pfleger (Kreis Rendsburg-Eckernförde, Karin Schmidt-Rahlf)

Hauptfragen:

- Inwieweit sehen Sie Bedarf für eine „Gemeindeschwester“ (international: „community nurse specialist“)? Welche Rollen und Aufgaben sollte eine solche Gemeindeschwester haben? Wer wären ihre Zielgruppen?
- Wie sollte eine solche „Gemeindeschwester“ in das (kommunale) Pflege- und Gesundheitssystem verankert sein? Wie sollte sie sich in das System von ambulanter Pflege, hausärztlicher Versorgung und anderer Versorgungsangebote einordnen?

Nebenfragen:

Keine

5. Transsektorale Versorgung und Überleitungsprozesse (Universität zu Lübeck)

Hauptfragen:

- Welchen Verbesserungsbedarf sehen Sie aktuell bei der Überleitung pflegebedürftiger Personen von einem Versorgungssetting in das andere, z. B. von einem Krankenhausaufenthalt zurück in die ambulante oder stationäre Langzeitversorgung?
- Inwieweit ließen sich Überleitungsprozesse durch digitale Unterstützung verbessern?
- Welche Strukturen (z. B. regelmäßige Gesundheitskonferenzen, Netzwerke, Fallbesprechungen) bestehen für die einrichtungs- und sektorenübergreifende Zusammenarbeit?

Nebenfragen:

- Was hat sich bewährt, beispielsweise aktuell in der Bewältigung der Pandemie?
- Was sollte geändert oder weiterentwickelt werden?

6. Alternative Modelle in der Pflege (Kreis Rendsburg-Eckernförde, Volker Wenglowski)

Hauptfragen:

- Da die Anzahl von Menschen mit Pflegebedarf im Kreis Rendsburg-Eckernförde gerade in den höheren Pflegegraden um bis zu einem Viertel steigen wird, jedoch zeitgleich die Anzahl von Menschen im erwerbsfähigem Alter zurückgehen wird: Welche Alternativen sehen Sie im Vergleich zu den traditionellen Strukturen der ambulanten und stationären pflegerischen Versorgung für die Unterstützung von Menschen mit mäßigem bis hohem Pflegedarf?
- Was denken Sie, inwieweit passen die etablierten Strukturen und Angebote auf die "neue" Generation der Personen mit Pflegebedarf (Jahrgänge 1950 bis 1960)?
- Welche Potenziale sehen Sie für eine stärkere digitale Unterstützung?



Nebenfragen: Keine

7. Wohnen im Alter (Kreis Rendsburg-Eckernförde, Marvin Böttger)

Hauptfragen: <ul style="list-style-type: none">• Wo sehen Sie die zentralen Handlungsfelder?• Wie kann der wachsende Bedarf an altersgerechten Wohnmöglichkeiten gedeckt werden?
Nebenfragen: <ul style="list-style-type: none">• Welche Erwartungen haben Sie an einen altersgerechten Wohnraum?• Wie sollten der öffentliche Raum gestaltet sein, um älteren Menschen einen barrierefreien, bedarfsgerechten Zugang zu Unterstützungsleistungen und sozialer Teilhabe zu ermöglichen? Welche speziellen Anforderungen bestehen hierbei im ländlichen Raum verglichen zu städtischen Gemeinden?

8. Zukunftslabor (Universität zu Lübeck)

Hauptfragen: <ul style="list-style-type: none">• Welche alternativen Wohn-, Pflege- und Lebensformen sind zukünftig denkbar, um eine bedarfs- und bedürfnisgerechte Versorgung zu ermöglichen?• Wie kann der Arbeitsplatz "Pflege" für gut qualifizierte Pflegekräfte attraktiv gemacht werden, insbesondere im ländlichen Raum? Welche speziellen Rollen und Aufgaben können hochschulisch qualifizierte Pflegefachpersonen übernehmen, um den wachsenden Pflegebedarf der Gesellschaft zu bewältigen?
Nebenfragen: <ul style="list-style-type: none">• Wie kann durch die Gestaltung der Lebens- und Wohnbedingungen der Eintritt von Pflegebedürftigkeit vermieden oder hinausgezögert werden?• Wie kann durch das Lebens- und Wohnumfeld eine bedarfs- und bedürfnisgerechte Pflege unterstützt werden?• Wie können Wunsch nach Individualität auch im Alter und begrenzte gesellschaftliche und familiäre Ressourcen für die pflegerische Unterstützung in Einklang gebracht werden?• Welche zentralen Handlungsfelder bestehen?• Welche Stärken bzw. Ressourcen hat der ländliche Raum, die besser genutzt werden sollten?



Sektion für Forschung und Lehre in der Pflege
Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie

Leitung: Prof. Dr. Katrin Balzer
Universität zu Lübeck

Ratzeburger Allee 160, 23566 Lübeck

T: 0451 500-51262 F: 0451 500-51264 E: katrin.balzer@uksh.de

A2 Fragebogen der Online-Befragung

Pflegebedarfsplanung für den Kreis Rendsburg-Eckernförde

Nach § 8 Abs. 1 SGB XI ist die pflegerische Versorgung der Bevölkerung eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe. Die Verantwortung für eine leistungsfähige und ausreichende pflegerische Versorgungsstruktur liegt bei den Ländern (§ 9 SGB XI). In Schleswig-Holstein wird der Planungsauftrag an die Kreise und kreisfreien Städte übertragen. Gemäß § 3 des Landespflegegesetzes sind die Kreise und kreisfreien Städte verpflichtet, Pflegebedarfspläne aufzustellen und diese regelmäßig fortzuschreiben. Dafür wird auf der Basis der derzeitigen Empfänger von Leistungen der Pflegeversicherung unter Berücksichtigung der demografischen Entwicklung der Alters- und Geschlechtsstruktur in der Bevölkerung die Anzahl der zukünftigen Leistungsempfänger projiziert.

Die Befragung wird mittels der Software „LimeSurvey“ durchgeführt. Bereits eingegebene Daten werden gespeichert und können bis zum Beenden der Befragung jederzeit geändert werden. Nach dem Anklicken des Buttons „Umfrage Beenden“ können keine Änderungen mehr vorgenommen werden.

Ihre Daten werden am Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie der Universität zu Lübeck gespeichert. Die Bestimmungen der Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) werden eingehalten. Die Einwilligung zur Teilnahme sowie zur Verarbeitung Ihrer Daten ist freiwillig.

Die Bearbeitung des Fragebogens wird ca. 10 Minuten in Anspruch nehmen.

Selbstverständlich werden Ihre Daten vertraulich behandelt. Die Befragung erfolgt „pseudonymisiert“, d.h. es ist kein Rückschluss der eingegebenen Daten auf Ihre Person möglich.

Die schriftliche informierte Einwilligung zur Studienteilnahme wird durch das Ausfüllen des Fragebogens gegeben.



Allgemeine Angaben

1. Bitte geben Sie an, welcher Akteursgruppe Sie angehören.

- Angehörige
- Leistungserbringer
- ambulante Versorgung
 - direkte pflegerische Versorgung
 - Management
- stationäre Langzeitpflege
 - direkte pflegerische Versorgung
 - Management
- akutstationäre Versorgung
 - direkte pflegerische Versorgung
 - Management
- Finanzierung / Kostenträger
- Politik
- Verwaltung
- Sonstige

Bitte nennen: _____



2. Bitte kreuzen Sie die drei wichtigsten Handlungsfelder für die pflegerische Versorgung an.

- Nachwuchsgewinnung/Ausbildung von Pflegefachpersonen
- Erweiterung der Aufgaben von ambulanten Pflegediensten um die Vernetzung professioneller Pflege mit Nachbarschaftshilfe und kommunale Beratung (eigenständige pflegerische Versorgung in Kleinteamen)
- stärkere kommunale Vernetzung von ambulanten und stationären Versorgungsangeboten, z.B. durch gemeinsam genutzte Pflegefachpersonen mit speziellen Weiterbildungen wie Wundversorgung, Herzinsuffizienz, usw.
- Aufhebung der Trennung zwischen ambulanten und stationären Versorgungsangeboten
- Vereinheitlichung der Leistungsvergütung nach SGB V und SGB XI
- Stärkung von Rehabilitation und Prävention um den Eintritt in die Pflegebedürftigkeit zu verzögern oder zu vermeiden
- Förderung des barrierefreien Wohnens durch Förderung von Neubaumaßnahmen sowie Förderung des alters- und pflegegerechten Umbaus von Bestandswohnungen
- Schaffung von Versorgungssicherheit durch barrierefreie Gestaltung des öffentlichen Raumes und wohnortnahe Versorgungsstrukturen
- Entwicklung und Einsatz bedarfs- und nutzergerechter Technologien
- Förderung mobiler Technologien mit Monitoring und gesundheitsfördernden Funktionen
- Sonstiges

Bitte nennen:



Ambulante Pflege

3. Bitte bewerten Sie die nachfolgenden Aussagen, inwieweit diese aus Ihrer Sicht zutreffen.

	Trifft voll zu	Trifft eher zu	Trifft eher nicht zu	Trifft gar nicht zu	Kann ich nicht einschätzen
Es werden Strategien benötigt, um ältere Mitarbeiter*innen eine lebenslaufbezogene Tätigkeit zu ermöglichen.					
Die Zuwanderung ausländischer Pflegefachkräfte muss vereinfacht werden, z.B. durch einfachere Anerkennung der Berufs- und Bildungsabschlüsse					
Die Sicherung der Versorgungskontinuität im ambulanten Bereich sollte durch eine Gemeindegewester erfolgen.					
Die 24-Stunden-Pflege sollte strukturell eingebunden werden.					
Stärkung der Vereinbarkeit von informeller Pflege und beruflicher Tätigkeit, z.B. durch flexible Arbeitszeitgestaltung und Unterstützung von Teleworking, Recht auf kurzfristige Freistellung bei akut eintretendem Pflegebedarf, Förderung von Telemonitoring					
Es gibt einen soziokulturellen Wandel, dieser geht unter anderen mit beruflicher Emanzipation und einem gesteigerten Individualismus (das Individuum und nicht die Familie steht im Mittelpunkt) einher, dies vermindert zukünftig die familiäre (informelle) Pflege.					
Der Ausbau der Beratungs- und Versorgungsangebote für bestimmte Personengruppen, z.B. mit intensivmedizinischem Betreuungsbedarf ist notwendig.					
Ambulante gemeinschaftliche Wohnformen sollten gefördert werden.					
Es müssen Maßnahmen ergriffen werden, um die Pflege interkultureller und zugänglicher, für Menschen mit Migrationshintergrund, zu gestalten					



Stationäre Langzeitpflege

4. Bitte bewerten Sie die nachfolgenden Aussagen, inwieweit diese aus Ihrer Sicht zutreffen.

	Trifft voll zu	Trifft eher zu	Trifft eher nicht zu	Trifft gar nicht zu	Kann ich nicht einschätzen
Es werden Strategien benötigt, um ältere Mitarbeiter*innen eine lebenslaufbezogene Tätigkeit zu ermöglichen.					
Die Zuwanderung ausländischer Pflegefachkräfte muss vereinfacht werden, z.B. durch einfachere Anerkennung der Berufs- und Bildungsabschlüsse					
Um das ehrenamtliche Engagement zu fördern, sollten Aufwandsentschädigungen gezahlt werden.					
Ein quantitativer Ausbau des stationären Angebots ist notwendig.					
Das Angebot für Kurzzeitpflege und Verhinderungspflege muss weiter ausgebaut werden					
Die nächste Generation der Pflegeheime wird mit kleinen Wohngruppen oder Hausgemeinschaften neu gestaltet.					

Alternative Konzepte

5. Bitte bewerten Sie die nachfolgenden Aussagen, inwieweit diese aus Ihrer Sicht zutreffen.

	Trifft voll zu	Trifft eher zu	Trifft eher nicht zu	Trifft gar nicht zu	Kann ich nicht einschätzen
Alternative Wohnformen, wie Pflegewohn-gemeinschaften oder Mehrgenerationshäuser erlangen, durch ein gesteigertes Interesse der Generation der 45-64-Jährigen, mehr Bedeutung.					
Durch eine gemeinsame Kommunikationsplattform mit Patientenakte und telemedizinischen Verknüpfungen für alle relevanten Leistungserbringer wird die Qualität der Versorgung verbessert.					
Innovative Technologien, welche die alltägliche Pflege unterstützen und in Teilen übernehmen können, werden von der Generation, der heute 45-64-Jährigen akzeptiert.					



	Trifft voll zu	Trifft eher zu	Trifft eher nicht zu	Trifft gar nicht zu	Kann ich nicht einschätzen
Mobile Geräte(s.o.), welche eine überwachende und gesundheitsfördernde Funktion einnehmen können, werden von der Generation, der heute 45-64-Jährigen akzeptiert.					

6. Bitte bewerten Sie die folgenden Maßnahmen hinsichtlich Ihrer Wichtigkeit, um die zukünftigen Erwartungen an die Wohn-, Pflege- und Lebensformen der heute 45-64-Jährigen gerecht zu werden?

	Sehr wichtig	Eher wichtig	Eher nicht wichtig	Gar nicht wichtig
Förderung des barrierefreien Wohnens				
Förderung innovativer Technologien (Pflegeroboter etc.), welche die Pflege entlasten				
Förderung mobiler Technologien mit Monitoring und gesundheitsfördernden Funktionen				
Förderung alternativer Wohnformen (Pflegerwohn-gemeinschaften, Mehrgenerationenhäuser)				
Förderung des Betreuten Wohnens				
Förderung der informellen Pflege				
Förderung der interkulturellen Pflege				
Förderung der ambulanten Pflege				
Förderung der stationären Pflege				
Förderung einer antidiskriminierenden Pflege z.B. Gender, Sexualität (LGBTI), Religion...				
Förderung der Pflege von neurodegenerativen Erkrankungen				



A4 Ergänzende Tabellen und Abbildungen

Tabelle 61: Differenz der Bevölkerungszahlen in der Bevölkerungsprognose und der Pflegestatistik für das Jahr 2019

Altersgruppe	Reale Bevölkerungszahlen 2019	Bevölkerungszahlen der Pflegestatistik 2019	Bevölkerungszahlen der Bevölkerungsprognose für 2019
unter 60	189.968	190.209	187.158
60 bis unter 70	35.978	35.941	35.841
70 bis unter 80	28.767	28.783	29.015
80 90	16.790	16.788	16.743
90 und älter	2.595	2.595	2.734
Gesamtanzahl	274.098	274.316	271.491

Datengrundlage: Die Bevölkerung in Schleswig-Holstein nach Alter und Geschlecht 2019 (Statistisches Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein, 2020), Pflegestatistik Rendsburg-Eckernförde 2019, Bevölkerungsprognose Rendsburg-Eckernförde Gertz Gutsche Rümenapp GbR (2017).

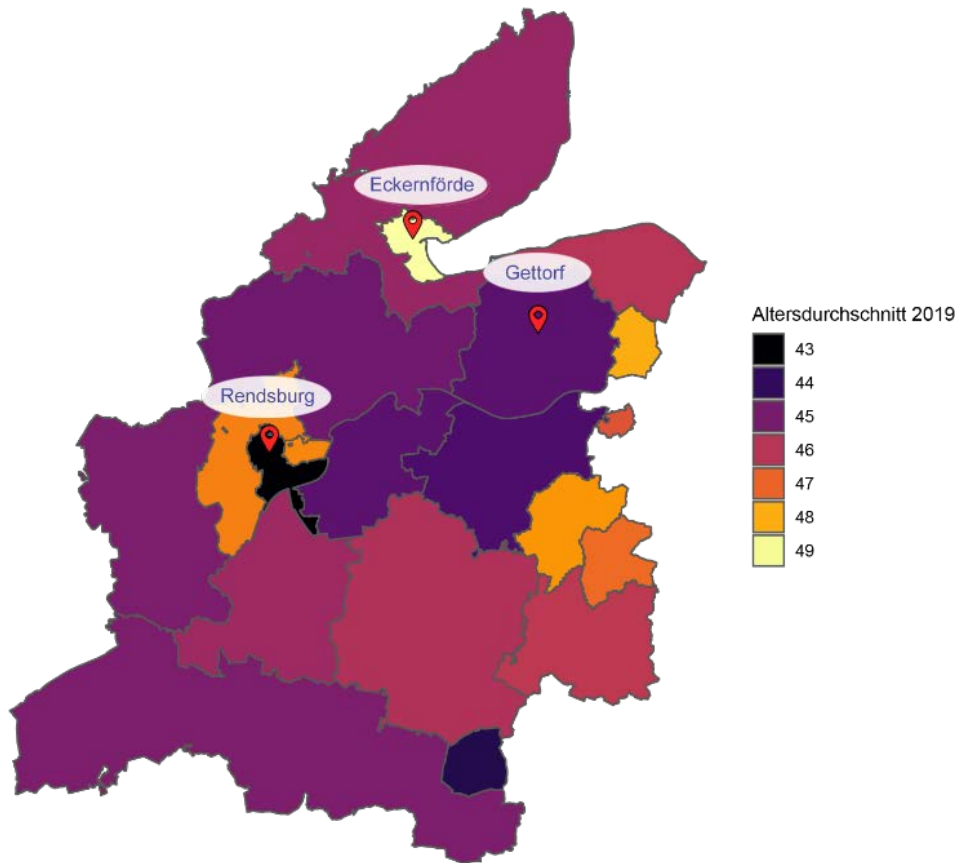


Abbildung 28: Entwicklung des Altersdurchschnitts auf Ebene der Ämter und amtsfreien Städte und Gemeinden
Datengrundlage: Gertz Gutsche Rümenapp GbR (2017).

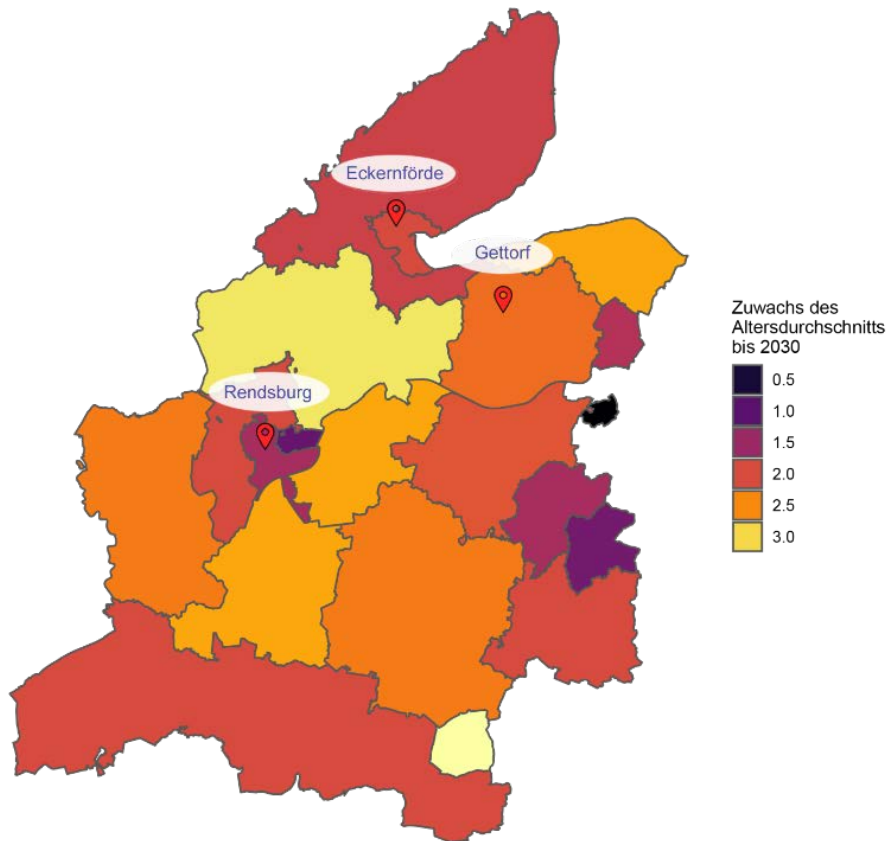


Abbildung 29: Zuwachs des Altersdurchschnitts bis zum Jahr 2030 auf Ebene der Ämter und amtsfreien Städte und Gemeinden

Datengrundlage: Gertz Gutsche Rümenapp GbR (2017).



Tabelle 62: Entwicklung der Anteile der Altersgruppen auf Ebene der Nebenstellen des Pflegestützpunkts

Hohenwestedt

Jahr	Jüngere, nicht Erwerbsfähige (bis unter 20)	Erwerbsfähige (20 bis unter 65)	Alle Älteren (ab 65)	Hochbetagte (ab 80)
2019	18,7	59,4	21,8	6,5
2020	18,6	59,3	22,1	6,8
2022	18,3	58,7	23,0	7,0
2024	18,1	58,0	23,8	7,2
2026	18,0	56,9	25,1	7,0
2028	17,9	55,6	26,5	7,1
2030	17,9	54,2	27,9	7,4
Differenz zu 2019	-0,8	-5,2	+6,1	+0,9

Altenholz

Jahr	Jüngere, nicht Erwerbsfähige (bis unter 20)	Erwerbsfähige (20 bis unter 65)	Alle Älteren (ab 65)	Hochbetagte (ab 80)
2019	19,2	56,5	24,2	7,4
2020	19,2	56,3	24,5	7,9
2022	19,1	56,0	25,0	8,6
2024	18,9	55,5	25,6	9,0
2026	18,8	54,8	26,3	8,9
2028	18,7	54,0	27,3	9,0
2030	18,5	53,1	28,4	9,1
Differenz zu 2019	-0,7	-3,4	+4,2	+1,7

Flintbek

Jahr	Jüngere, nicht Erwerbsfähige (bis unter 20)	Erwerbsfähige (20 bis unter 65)	Alle Älteren (ab 65)	Hochbetagte (ab 80)
2019	17,9	57,2	24,9	7,0
2020	17,9	57,0	25,2	7,5
2022	17,8	56,4	25,7	8,1
2024	17,8	55,7	26,6	8,6
2026	17,8	54,8	27,4	8,5
2028	17,6	53,9	28,5	8,8
2030	17,6	52,7	29,7	9,2
Differenz zu 2019	-0,3	-4,5	+4,8	+2,2

Eckernförde

Jahr	Jüngere, nicht Erwerbsfähige (bis unter 20)	Erwerbsfähige (20 bis unter 65)	Alle Älteren (ab 65)	Hochbetagte (ab 80)
------	--	------------------------------------	-------------------------	------------------------



2019	17,7	56,4	25,9	7,2
2020	17,5	56,1	26,4	7,7
2022	17,3	55,4	27,2	8,5
2024	17,2	54,6	28,2	8,9
2026	17,1	53,5	29,4	9,0
2028	17,0	52,5	30,5	9,3
2030	16,9	51,4	31,7	9,7
Differenz zu 2019	-0,8	-5,0	+5,8	+2,5

Rendsburg

Jahr	Jüngere, nicht Erwerbsfähige (bis unter 20)	Erwerbsfähige (20 bis unter 65)	Alle Älteren (ab 65)	Hochbetagte (ab 80)
2019	18,9	58,2	23,0	7,3
2020	18,7	58,0	23,3	7,5
2022	18,4	57,7	23,9	7,8
2024	18,2	57,1	24,7	7,8
2026	18,1	56,3	25,7	7,6
2028	17,9	55,3	26,8	7,7
2030	17,8	54,1	28,1	7,9
Differenz zu 2019	-1,1	-4,1	+5,1	+0,6

Datengrundlage: Gertz Gutsche Rümenapp GbR (2017).

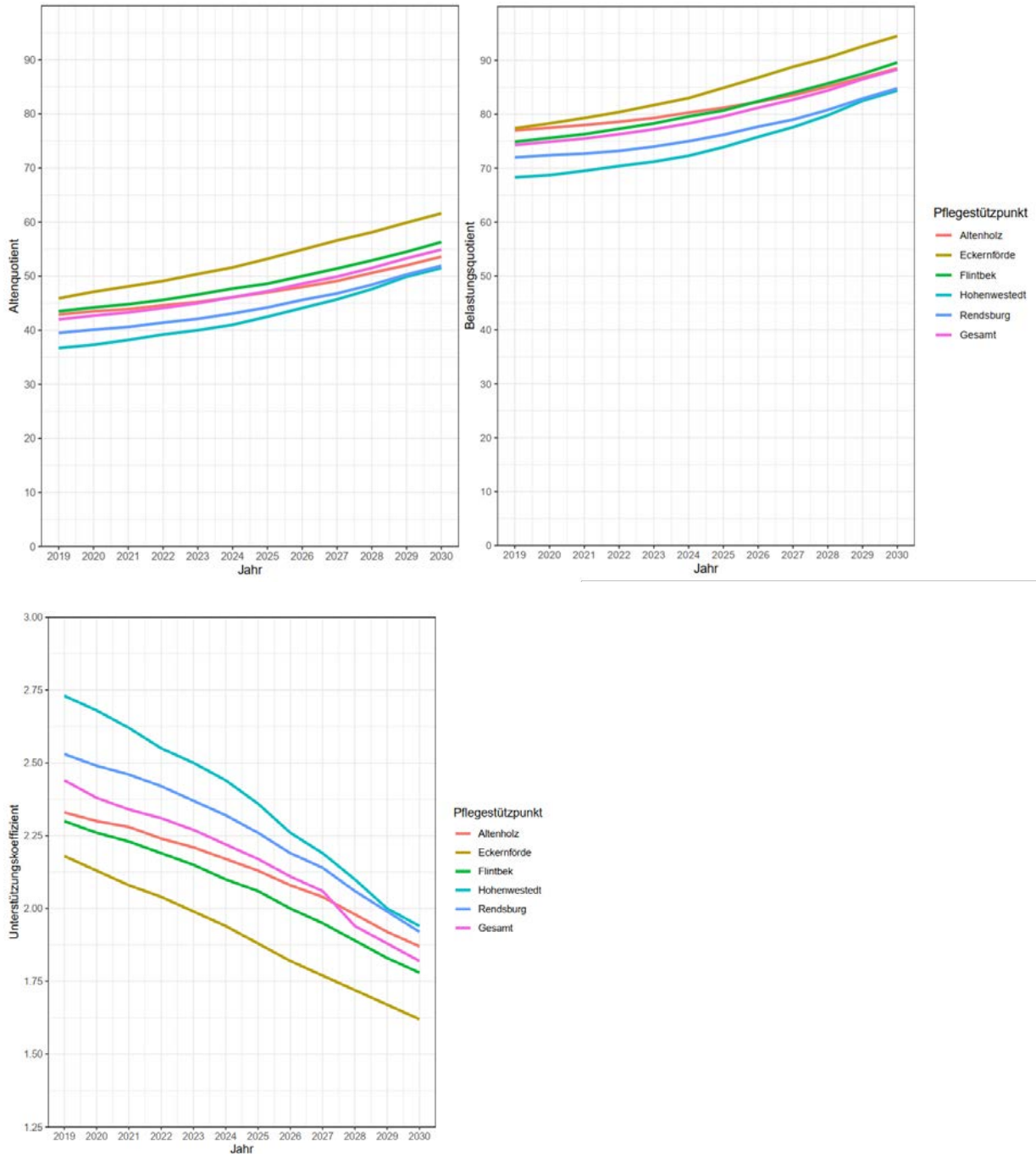


Abbildung 30: Alten- und Belastungsquotient sowie Unterstützungskoeffizient auf Ebene der Nebenstellen des Pflegestützpunkts.

Datengrundlage: Gertz Gutsche Rümenapp GbR (2017).



Sektion für Forschung und Lehre in der Pflege
 Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie
 Leitung: Prof. Dr. Katrin Balzer
 Universität zu Lübeck
 Ratzeburger Allee 160, 23566 Lübeck
 T: 0451 500-51262 F: 0451 500-51264 E: katrin.balzer@uksh.de

Tabelle 63: Anteile der Altersgruppen übertragen aus der Pflegestatistik Schleswig-Holstein 2019

	Anteil der Altersgruppen an Pflegegraden und Versorgungsarten (%)					
	unter 60	60 bis unter 70	70 bis unter 80	80 bis unter 90	90 und älter	
Ambulante Versorgung	9,1	8,0	20,6	44,7	17,7	100%
Stationäre Versorgung	6,4	8,1	18,5	42,4	24,7	100%
Pflegegeld	30,9	9,9	20,3	30,2	8,8	100%
Pflegegrad 1	15,0	10,5	22,4	41,4	10,7	100%
Pflegegrad 2	16,8	9,2	20,5	38,8	14,7	100%
Pflegegrad 3	19,8	8,7	19,6	36,1	15,7	100%
Pflegegrad 4	18,9	8,2	18,5	35,3	19,1	100%
Pflegegrad 5	26,5	8,7	17,8	31,6	15,3	100%

Datengrundlage: Pflegestatistik Schleswig-Holstein 2019



Tabelle 64: Verteilung der Leistungsempfänger*innen nach Pflegegraden, Versorgungsarten und Altersgruppen der Pflegestatistik Schleswig-Holstein 2019

Pflegegrad	Anteile der Leistungsempfänger*innen 2019					
	Alter von ... bis unter... Jahren	insgesamt	ambulante Pflege	vollstationäre Pflege		Pflegegeld
				zusammen	Darunter KZP	
Insgesamt		100%	100%	100%	100%	100%
0-60		18,31	9,12	6,37	2,22	30,85
60-70		9,03	7,95	8,10	6,65	9,92
70-80		19,99	20,57	18,50	23,21	20,25
80-90		37,4	44,67	42,35	46,3	30,16
90		15,26	17,69	24,66	21,41	8,81
Pflegegrad 1		100%	31,5%	3,53%	0,2%	.
0-60		15,04	8,12	8,18	0	.
60-70		10,49	8,63	11,25	20,83	.
70-80		22,42	22,09	20,46	29,17	.
80-90		41,37	48,3	41,69	37,5	.
90		10,67	12,86	18,41	12,5	.
Pflegegrad 2		100%	27,9%	15,7%	0,8%	56,4%
0-60		16,81	7,42	5,67	3,31	24,56
60-70		9,24	7,77	7,5	5,08	10,46
70-80		20,5	20,11	17,54	23,18	21,51
80-90		38,79	45,79	43,43	46,14	34,02
90		14,66	18,9	25,87	22,3	9,45
Pflegegrad 3		100%	22,3%	32,4%	0,9%	45,4%
0-60		19,83	9,59	5,13	2,33	35,35
60-70		8,72	7,55	8,18	7,58	9,69
70-80		19,58	20,47	18,51	23,03	19,9
80-90		36,14	44,14	43,26	46,06	27,15
90		15,71	18,25	24,93	20,99	7,89
Pflegegrad 4		100%	17,0%	52,2%	0,6%	30,9%
0-60		18,87	13,68	5,8	3,06	43,83
60-70		8,2	8,28	7,95	4,08	8,58
70-80		18,52	21,76	18,38	20,41	16,95
80-90		35,33	39,27	41,89	48,97	22,06
90		19,08	17,02	25,97	23,47	8,57
Pflegegrad 5		100%	12,9%	62,9%	0,3%	24,3%
0-60		26,51	23,89	12,47	0	64,26
60-70		8,72	11,38	9,17	5,26	6,15
70-80		17,81	19,68	20,38	26,32	10,13
80-90		31,64	32,99	38,62	57,9	12,83
90		15,33	12,06	19,36	10,53	6,63

Pflegegrad	Anteile der Leistungsempfänger*innen 2019				
	insgesamt	ambulante Pflege	vollstationäre Pflege		Pflegegeld
			zusammen	Darunter KZP	
Insgesamt		100%	100%	100%	100%
Pflegegrad 1		11,04%	1,11%	.	.
Pflegegrad 2		50,42%	25,55%		57,23%
Pflegegrad 3		26,31%	34,54%		30,18%
Pflegegrad 4		9,46%	26,22%		9,66%
Pflegegrad 5		2,77%	12,24%		2,9%

Datengrundlage: Pflegestatistik Schleswig-Holstein 2019



Tabelle 65: Vergleich des Alten- und Belastungsquotienten sowie des Unterstützungskoeffizienten des Kreises mit Schleswig-Holstein und der Bundesrepublik

Altenquotient			
Jahr	Rendsburg-Eckernförde	Schleswig-Holstein	Bundesrepublik
2019	42,0	39,6	33,9
2030	54,9	50,8	47,5
Differenz zu 2019	+12,9	+11,2	+13,6

Belastungsquotient			
Jahr	Rendsburg-Eckernförde	Schleswig-Holstein	Bundesrepublik
2020	74,9	70,2	67,5
2030	88,3	84,6	81,4
Differenz zu 2020	+13,4	+14,4	+13,9

Unterstützungskoeffizient			
Jahr	Rendsburg-Eckernförde	Schleswig-Holstein	Bundesrepublik
2020	2,3	2,5	2,7
2030	1,8	2,0	2,1
Differenz zu 2020	-0,5	-0,5	-0,6

Datengrundlage: Gertz Gutsche Rümenapp GbR (2017), Statistisches Bundesamt (Destatis) (2019)



Sektion für Forschung und Lehre in der Pflege
Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie

Leitung: Prof. Dr. Katrin Balzer

Universität zu Lübeck

Ratzeburger Allee 160, 23566 Lübeck

T: 0451 500-51262 F: 0451 500-51264 E: katrin.balzer@uksh.de

A4 Präsentationsfolien der Pflegekonferenz am 17.06.2021



Kreis
Rendsburg-Eckernförde

Online-Pflegekonferenz im Kreis Rendsburg-Eckernförde
17.06.2021 von 17:00-20:00 Uhr



UNIVERSITÄT ZU LÜBECK



Willkommen zur Online-Pflegekonferenz



Kreis
Rendsburg-Eckernförde

Online-Pflegekonferenz im Kreis Rendsburg-Eckernförde
17.06.2021 von 17:00-20:00 Uhr



UNIVERSITÄT ZU LÜBECK

Programm

- 17:00 Uhr** Beginn und technische Einführung
Prof. Dr. Anne Rahn (Universität zu Lübeck)
- 17:05 Uhr** Begrüßung
Prof. Dr. Stephan Ott (Fachbereichsleitung „Soziales, Arbeit und Gesundheit“)
- 17:10 Uhr** Fragebogen zur Pflegesituation
- 17:20 Uhr** Einführung in die Pflegebedarfsplanung
Uwe Radant und Marvin Böttger (Regionalentwicklung Rendsburg-Eckernförde)
- 17:30 Uhr** Präsentation der Pflegebedarfsanalyse
Prof. Dr. Katrin Balzer (Universität zu Lübeck)
- 18:00 Uhr** Pause



Programm

- 18:10 Uhr** Diskussion aktueller Themenfelder in moderierten Kleingruppen
- 19:20 Uhr** Vorstellung der Ergebnisse aus den Kleingruppen
- 19:45 Uhr** Zusammenfassung der zentralen Handlungsfelder
Prof. Dr. Katrin Balzer (Universität zu Lübeck)
- 19:55 Uhr** Ausblick und Verabschiedung
Uwe Radant und Marvin Böttger (Regionalentwicklung Rendsburg-Eckernförde)
- 20:00 Uhr** Ende der Pflegekonferenz

3



Einführung in die Pflegebedarfsplanung


*Uwe Radant und Marvin Böttger
Kreis Rendsburg-Eckernförde*

4

Kreis Rendsburg-Eckernförde

Online-Pflegekonferenz im Kreis Rendsburg-Eckernförde
17.06.2021 von 17:00-20:00 Uhr

UNIVERSITÄT ZU LÜBECK



Ergebnisse der Pflegebedarfsanalyse des Kreises Rendsburg-Eckernförde

Prof. Dr. Katrin Balzer, Anja Kühn, Tilman Huckle
Sektion für Forschung und Lehre in der Pflege

Kreis Rendsburg-Eckernförde

Online-Pflegekonferenz im Kreis Rendsburg-Eckernförde
17.06.2021 von 17:00-20:00 Uhr

UNIVERSITÄT ZU LÜBECK

Ziel

Projektion der Entwicklung der Anzahl von Personen mit Pflegebedarf im Kreis Rendsburg-Eckernförde

- Differenziert nach Pflegegraden
- Differenziert nach Versorgungsform:
 - Pflegegeld
 - Ambulante Pflege
 - Stationäre Langzeitpflege
 - Kurzzeitpflege



6



Datenbasis

- **Bevölkerungsprognose 2018 bis 2030**
 - Kreisebene und jeweils für die 14 Ämter, drei amtsfreie Städte und drei amtsfreie Gemeinden
 - Quelle: 13. Koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung („Gertz Gutsche Rümenapp“ GbR)
 - Bevölkerungsanzahl nach Alter und Geschlecht
- **Pflegestatistik 2019**
 - Kreisebene und Ebene der fünf Nebenstellen des Pflegestützpunktes
 - Quelle: Statistikamt Nord
 - Anzahl der Leistungsempfänger des SGB XI jeweils nach
 - Versorgungsform (ambulant, stationär, Pflegegeldempfänger*innen)
 - Pflegegraden 1 bis 5
 - Altersgruppen
 - Geschlecht

7



Nebenstellen des Pflegestützpunktes Rendsburg-Eckernförde:

- **Pflegestützpunkt Eckernförde**
- **Pflegestützpunkt Rendsburg**
- **Pflegestützpunkt Hohenwestedt**
- **Pflegestützpunkt Altenholz & Kronshagen**
- **Pflegestützpunkt Flintbek, Bordesholm & Nortorf**



Kreis Rendsburg-Eckernförde

Die Pflegestützpunkte in Ihrer Region





Vom aktuellen Anteil der Leistungsempfängenden im gleichen Alter zum Anteil im Jahr 2030 (Status-quo-Szenario)

Bevölkerung in Altersgruppen im Jahr 2019			Davon mit Pflegebedarf im Jahr 2019
190.209	Unter 60-Jährige	←	1,3
35.940	60- bis 70-Jährige	←	3,4
28.783	70- bis 80-Jährige	←	8,8
16.788	80- bis 90-Jährige	←	21,3
2.595	90-Jährige und älter	←	38,5

Quelle: Bevölkerungszahlen errechnet aus der Pflegestatistik 2019 des Kreises Rendsburg-Eckernförde, Entwicklung der Bevölkerung nach Altersgruppen bis 2030 übertragen aus der Bevölkerungsprognose des Kreises (Gertz Gutsche Rümenapp GbR)

9



Vom aktuellen Anteil der Leistungsempfängenden im gleichen Alter zum Anteil im Jahr 2030 (Status-quo-Szenario)

Davon mit Pflegebedarf im Jahr 2019		Bevölkerung in Altersgruppen im Jahr 2030
1,3	→	165.339 Unter 60-Jährige
3,4	→	44.691 60- bis 70-Jährige
8,8	→	31.368 70- bis 80-Jährige
21,3	→	18.121 80- bis 90-Jährige
38,5	→	4.549 90-Jährige und älter

Quelle: Bevölkerungszahlen errechnet aus der Pflegestatistik 2019 des Kreises Rendsburg-Eckernförde, Entwicklung der Bevölkerung nach Altersgruppen bis 2030 übertragen aus der Bevölkerungsprognose des Kreises (Gertz Gutsche Rümenapp GbR)

10

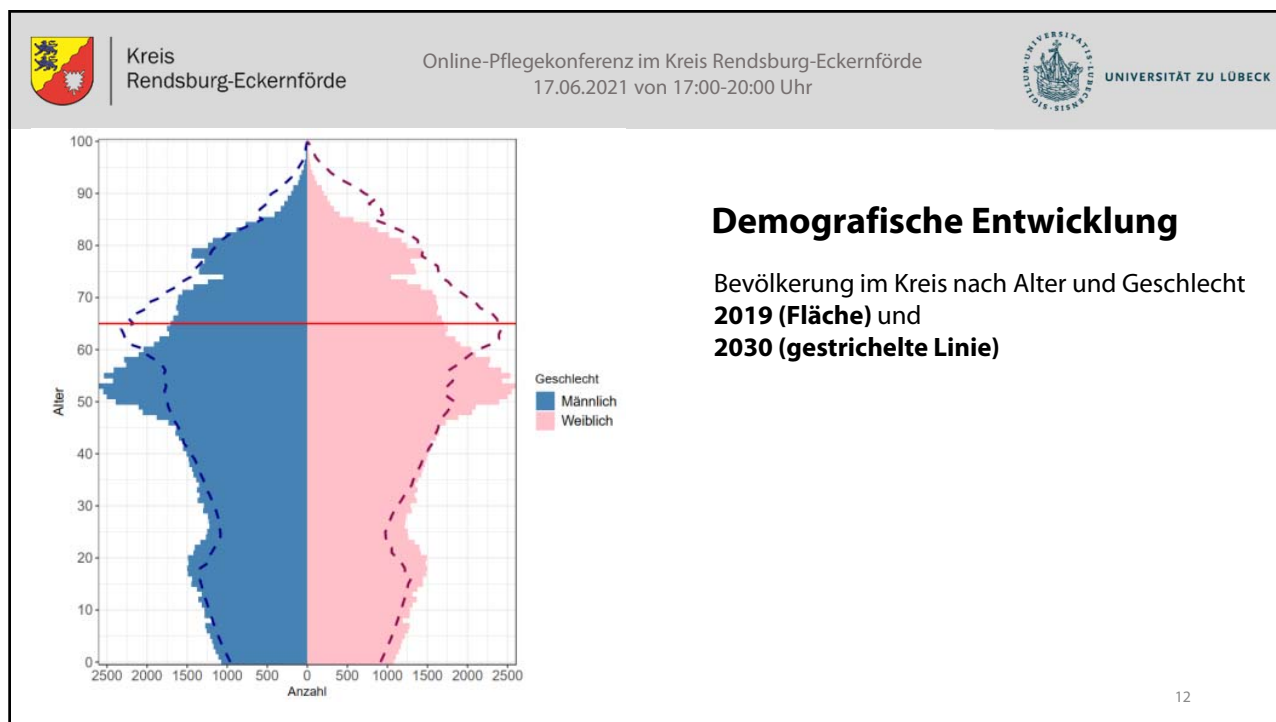
Kreis Rendsburg-Eckernförde

Online-Pflegekonferenz im Kreis Rendsburg-Eckernförde
17.06.2021 von 17:00-20:00 Uhr

UNIVERSITÄT ZU LÜBECK

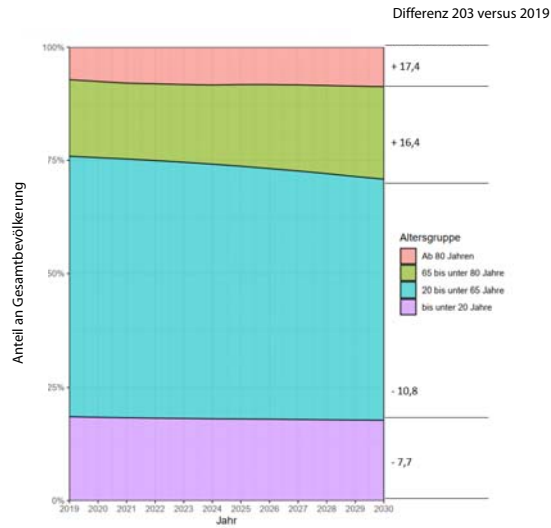
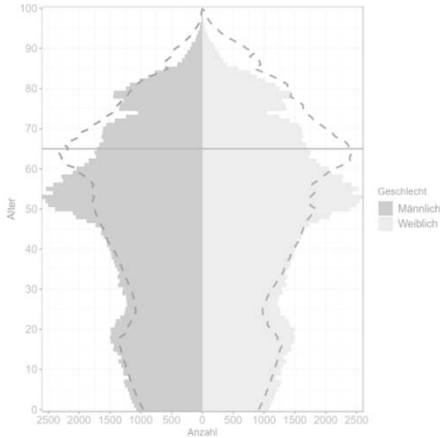
Ergebnisse

11





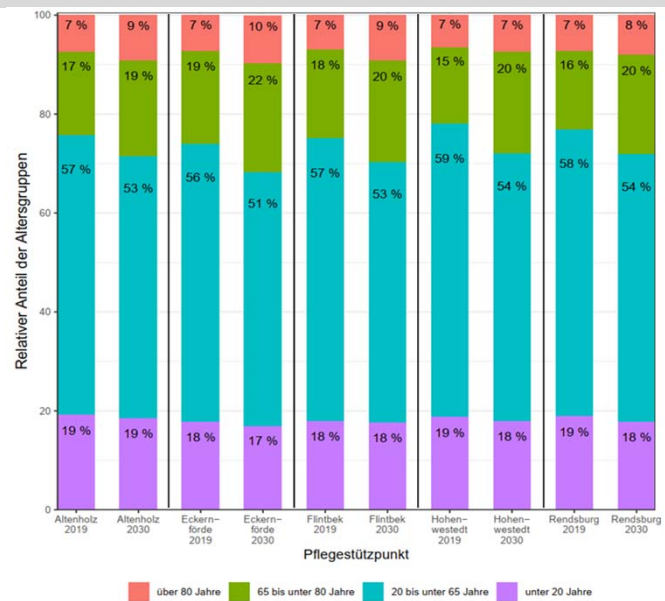
Demografische Entwicklung



13



Demografische Entwicklung in den Einzugsgebieten der Nebenstellen des Pflegestützpunktes





Demografische Entwicklung

Unterstützungskoeffizient:

Verhältnis der Anzahl der Personen im erwerbsfähigen Alter zur Anzahl der Personen ≥ 65 Jahre.

Regionale Entwicklung des Unterstützungskoeffizienten

Jahr	Altenholz	Eckernförde	Flintbek	Hohenwestedt	Rendsburg	Gesamt im Kreis
2019	2,3	2,2	2,3	2,7	2,5	2,4
2030	1,9	1,6	1,8	1,9	1,9	1,8
Differenz zu 2019	-0,4	-0,6	-0,5	-0,8	-0,6	-0,6

Quelle: Bevölkerungsprognose des Kreises Rendsburg-Eckernförde (Gertz Gutsche Rümenapp-GbR)

15



Demografische Entwicklung

Unterstützungskoeffizient:

Verhältnis der Anzahl der Personen im erwerbsfähigen Alter zur Anzahl der Personen ≥ 65 Jahre.

Regionale Entwicklung des Unterstützungskoeffizienten

Jahr	Schleswig-Holstein	Deutschland
2030	2,0	2,1

Jahr	Altenholz	Eckernförde	Flintbek	Hohenwestedt	Rendsburg	Gesamt im Kreis
2019	2,3	2,2	2,3	2,7	2,5	2,4
2030	1,9	1,6	1,8	1,9	1,9	1,8
Differenz zu 2019	-0,4	-0,6	-0,5	-0,8	-0,6	-0,6

Quelle: Bevölkerungsprognose des Kreises Rendsburg-Eckernförde (Gertz Gutsche Rümenapp-GbR)

16



Pflegebedarf und Angebot im Kreis Rendsburg-Eckernförde im Jahr 2019

11.440 Leistungsempfänger*innen insgesamt

Zu Hause versorgt:
8.415 (73,6%)

In Pflegeeinrichtungen vollstationär versorgt:
3.025 (26,4%)

Durch ambulante
Dienste versorgt:
2.710 (23,7%)

Ausschließlich
Empfänger*innen von
Pflegegeld:
5.705 (49,9%)

Darunter Leistungsempfänger*innen in
Kurzzeitpflege:
87 (2,9%)

Durch 33 Pflegedienste mit
878 Beschäftigten

In 65 Pflegeeinrichtungen mit
2.814 Beschäftigten

Quelle: Pflegestatistik 2019 des Kreises Rendsburg-Eckernförde

17



Pflegebedarf im Jahr 2019 – nach Nebenstellen des Pflegestützpunktes

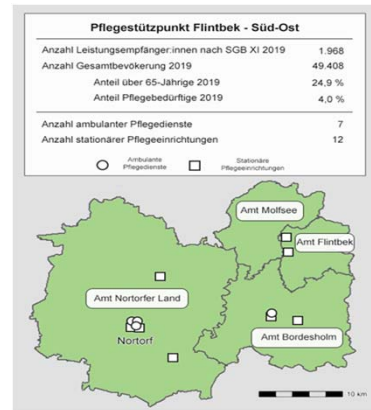
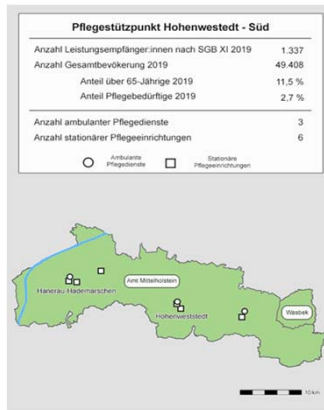
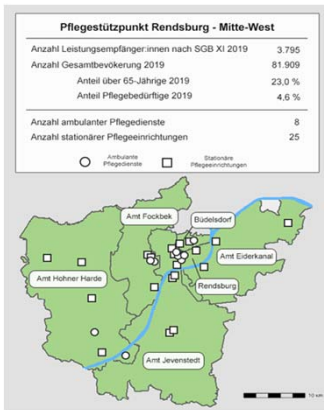
	Eckernförde	Rendsburg	Hohenwestedt n (%)	Altenholz	Flintbek
Art der Versorgung					
Ambulante Versorgung	430 (20)	840 (22)	456 (34)	462 (21)	522 (27)
Stationäre Versorgung	583 (27)	1.152 (30)	262 (20)	556 (26)	472 (24)
Darunter Kurzzeitpflege	20 (0,9)	39 (1,1)	5 (0,4)	14 (0,7)	9 (0,5)
Pflegegeldempfänger*innen	1.166 (54)	1.803 (48)	619 (46)	1.143 (53)	974 (49)
Gesamtanzahl	2.179 (100)	3.795 (100)	1.337 (100)	2.161 (100)	1.968 (100)
Anteil Personen mit Pflegebedarf an Gesamtbevölkerung in Prozent (%)	4,0	4,6	5,1	3,6	4,0

Quelle: Pflegestatistik 2019 des Kreises Rendsburg-Eckernförde

18



Pflegebedarf und Pflege-Angebot im Jahr 2019 – nach Nebenstellen des Pflegestützpunktes (Beispiele)

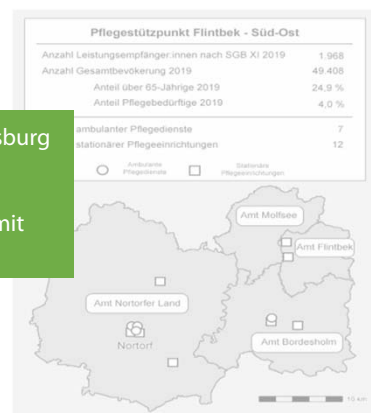
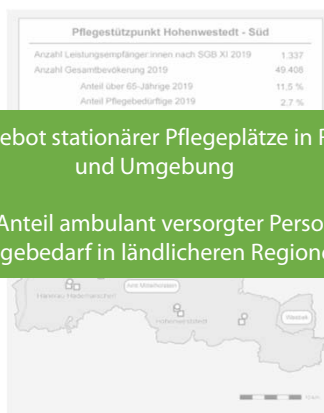


Quelle: Pflegestatistik 2019 des Kreises Rendsburg-Eckernförde

19



Pflegebedarf und Pflege-Angebot im Jahr 2019 – nach Nebenstellen des Pflegestützpunktes (Beispiele)



Großes Angebot stationärer Pflegeplätze in Rendsburg und Umgebung

Höherer Anteil ambulant versorgter Personen mit Pflegebedarf in ländlicheren Regionen

Quelle: Pflegestatistik 2019 des Kreises Rendsburg-Eckernförde

20



Projektion des Pflegebedarfs bis zum Jahr 2030

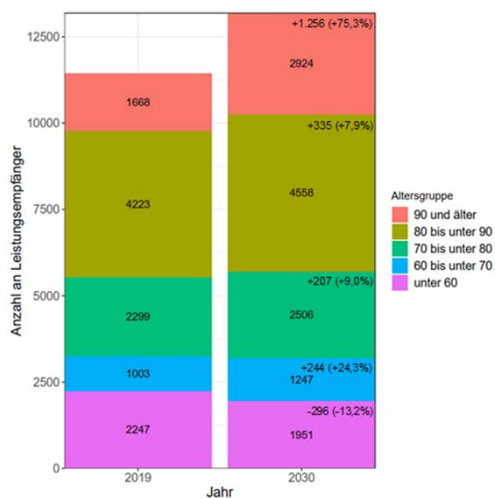
Entwicklung der Anzahl an Leistungsempfänger nach Altersgruppen im Kreis

Jahr	unter 60	60 bis unter 70	70 bis unter 80	80 bis unter 90	90 und älter
2019	2.247	1.003	2.299	4.223	1.668
2030	1.951	1.247	2.506	4.558	2.924
Differenz zu 2019, absolut und relativ (%)					
	-296 (-13)	+244 (+24)	+207 (+9)	+335 (+8)	+1.256 (+75)

21



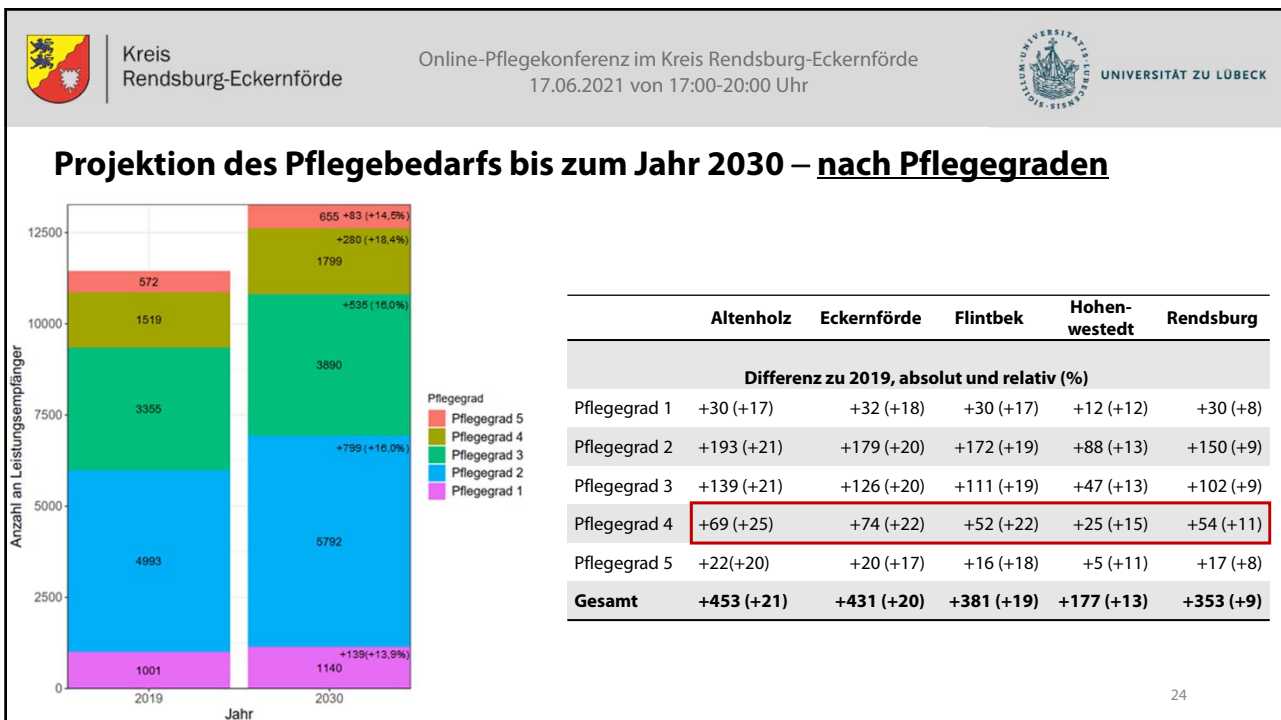
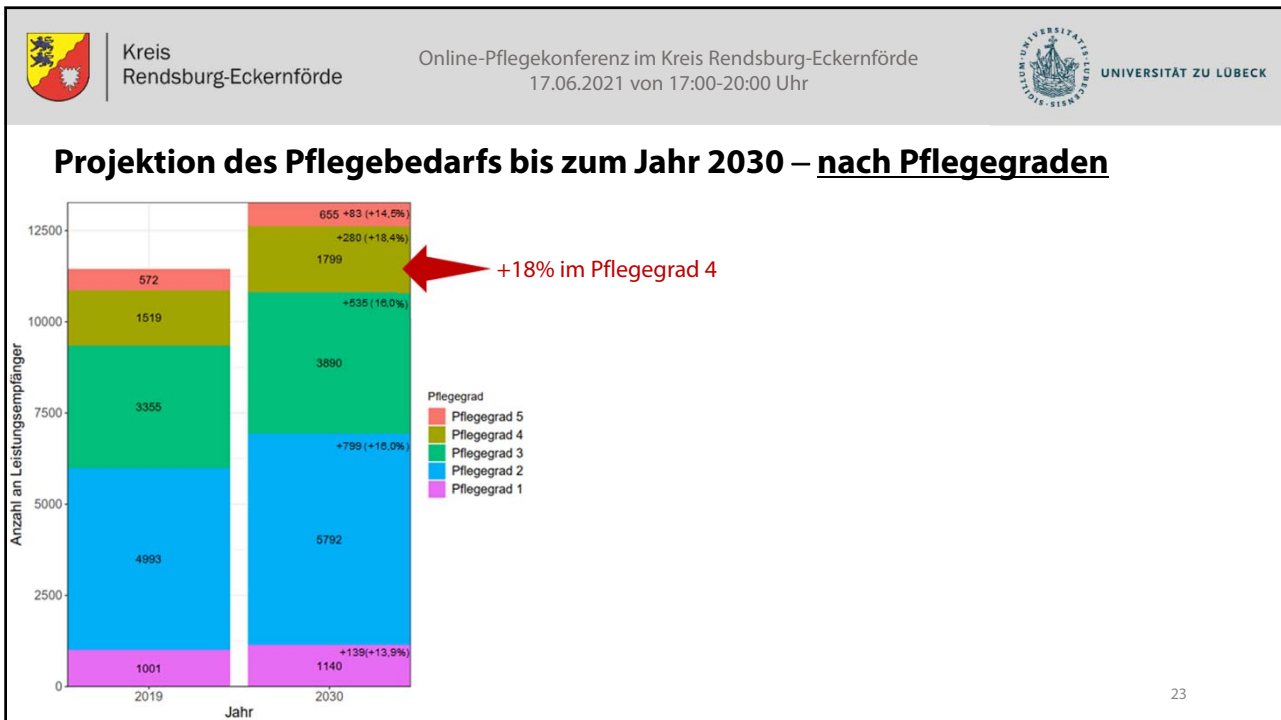
Projektion des Pflegebedarfs bis zum Jahr 2030 – nach Altersgruppen

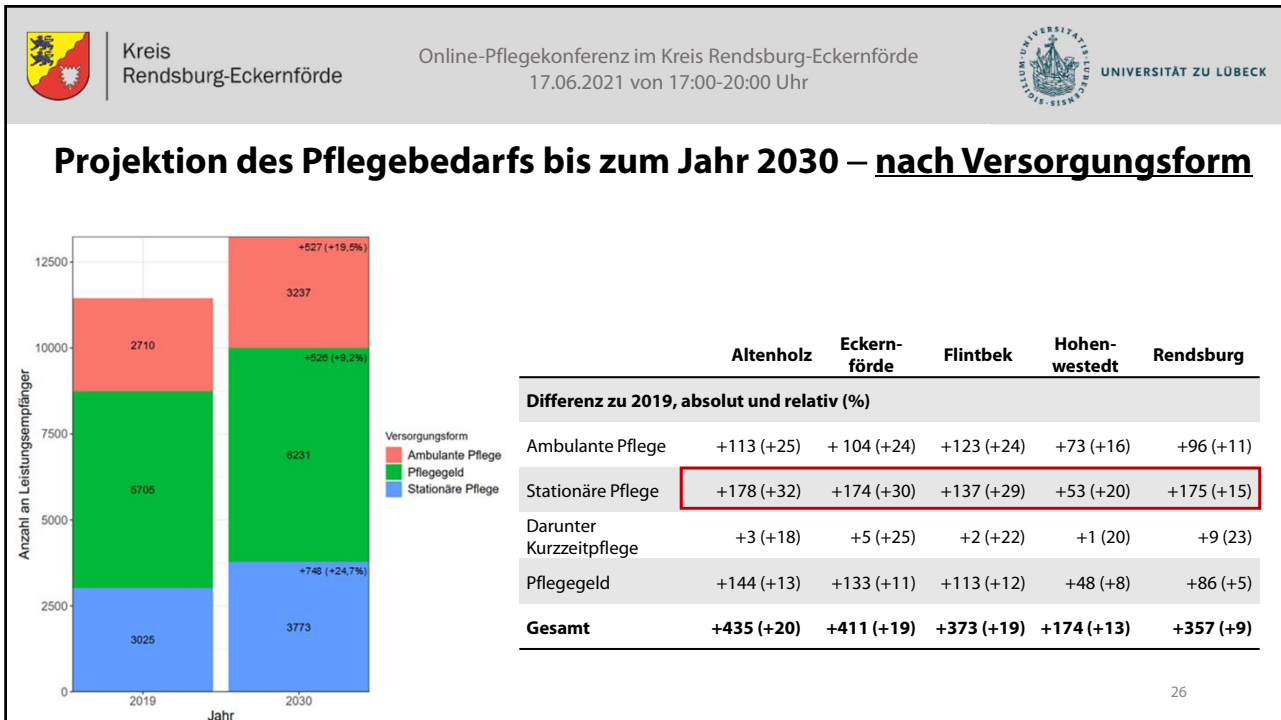
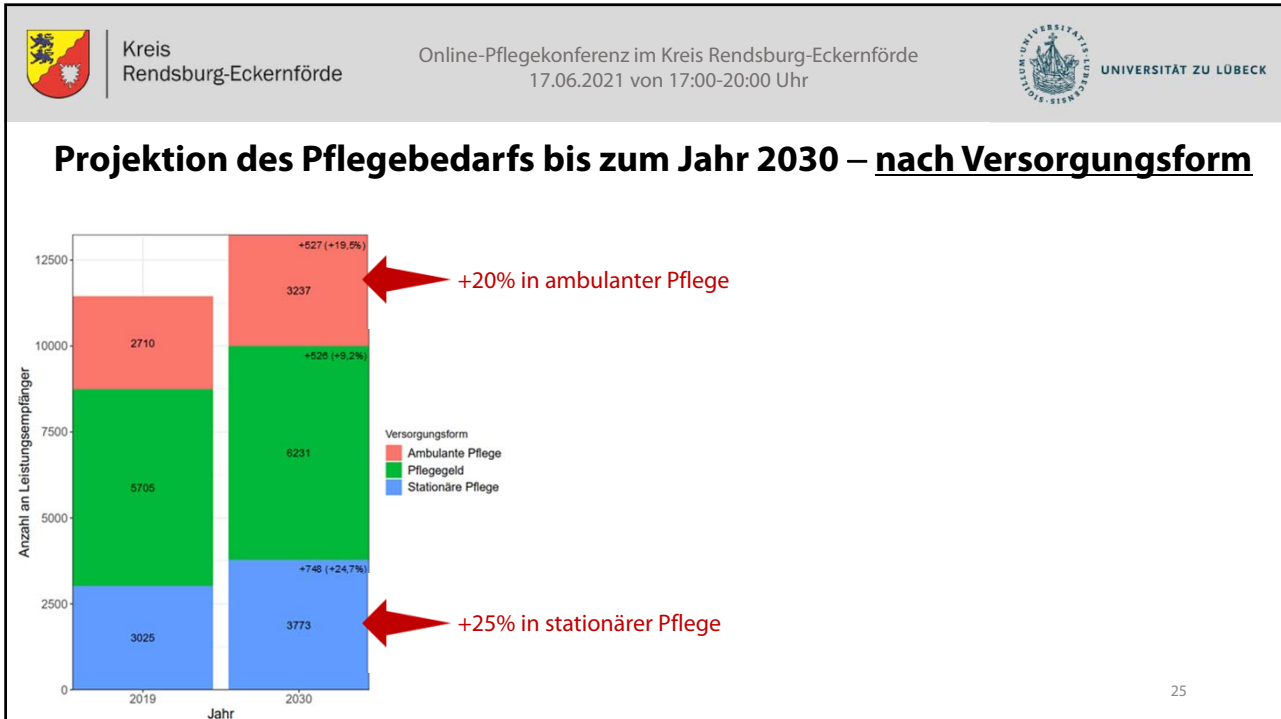


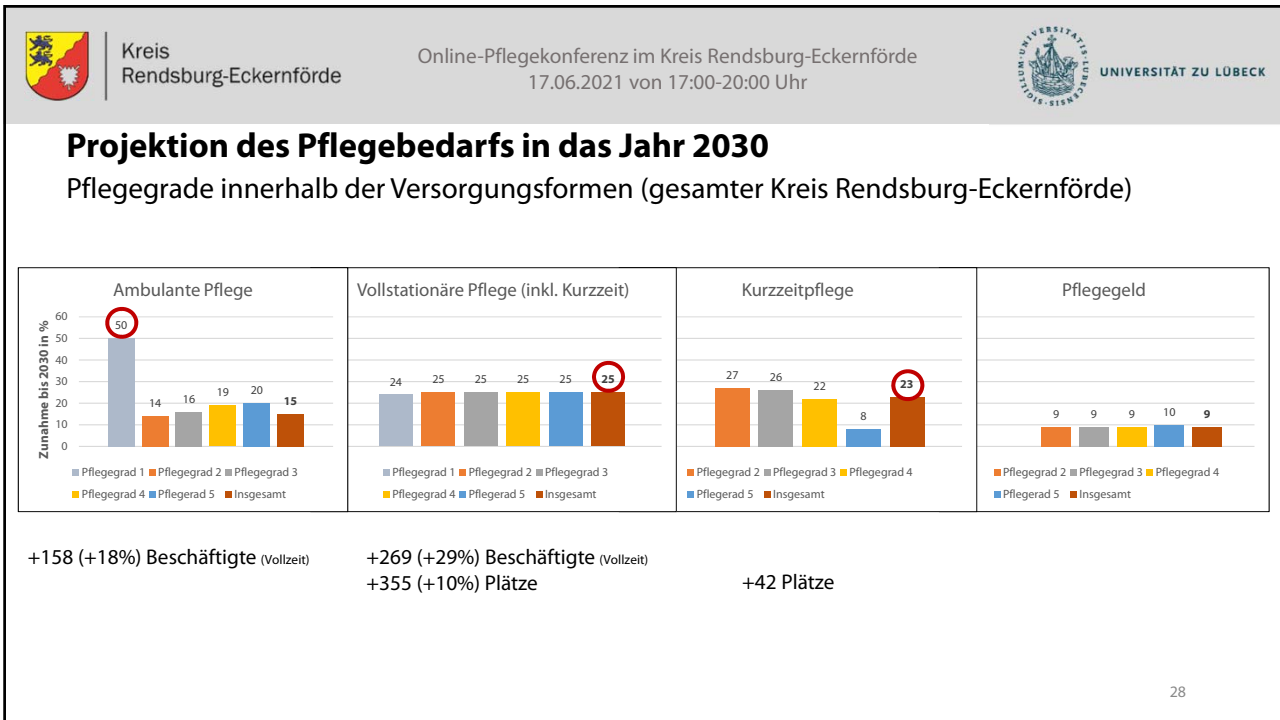
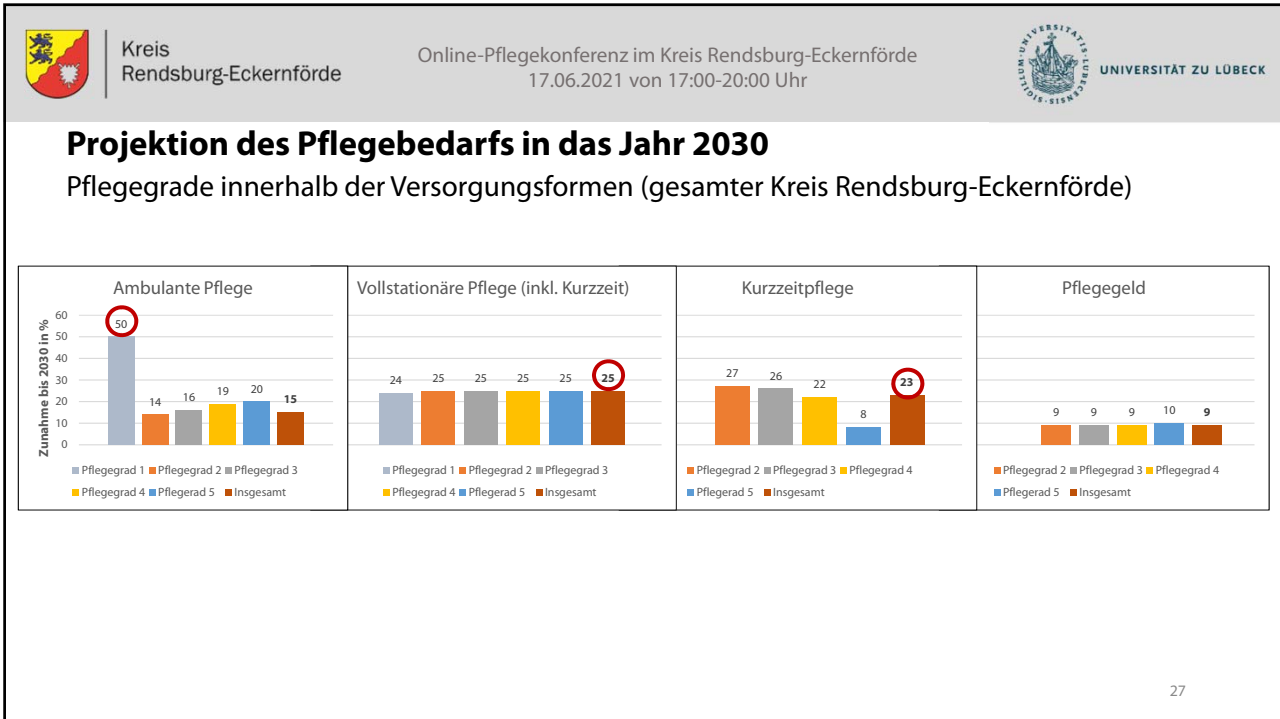
	Altenholz	Eckernförde	Flintbek	Hohenwestedt	Rendsburg
Differenz zu 2019, absolut und relativ (%)					
unter 60	-33 (-9)	-56 (-15)	-44 (-12)	-57 (-15)	-112 (-14)
60 bis 70	+46 (+28)	+30 (+17)	+39 (+24)	+41 (+30)	+90 (+25)
70 bis 80	+12 (+3)	+35 (+8)	+11 (+3)	+49 (+20)	+124 (+16)
80 bis 90	+74 (+9)	+152 (+19)	+137 (+18)	+4 (1)	-53 (-4)
90 und älter	+391 (+104)	+290 (+82)	+230 (+80)	+90 (59)	+256 (+51)
Gesamt	+490 (+23)	+451 (21)	+373 (19)	+127 (+10)	+305 (+8)

+ 100% = Verdoppelung gegenüber 2019

22









Kernergebnisse

- Anstieg der Bevölkerungsanzahl in den Altersgruppen über 65 Jahre
- Sinken des Anteils an erwerbsfähigen, potenziell pflegenden Personen (Unterstützungskoeffizient)
- Größter Anstieg der Anzahl von Menschen mit Pflegebedarf nach SGB XI:
 - in den Pflegegraden 3 und 4 (+16% und +18%)
 - in der Versorgungsform stationäre Pflege (+24%)
- Projizierter Mehrbedarf in der stationären Pflege an verfügbaren Plätzen (+355) und Pflegepersonal (+268)
- Projizierter Mehrbedarf in der ambulanten Pflege an Pflegepersonal (+158)

29



Limitationen

- Projektion auf der Basis der Bevölkerungsprognose (Alterszusammensetzung)
 - Keine Berücksichtigung möglicher Veränderungen im Krankheitsspektrum und in der Krankheitslast
- Fehlende Daten auf Ebene der Ämter bzw. der Nebenstellen des Pflegestützpunktes
- Keine Berücksichtigung von Leistungen der kurzfristigen häuslichen Krankenpflege nach § 37 SGB V bei der Entwicklung des ambulanten Pflegebedarfs
- Verwendung der Altersverteilung der Pflegestatistik Schleswig-Holstein

30



Offene Fragen für die weitere Diskussion:

- Wie kann dem wachsenden Bedarf begegnet werden?
- Wie können Menschen für den Pflegeberuf im Kreis Rendsburg-Eckernförde gewonnen und im Beruf gehalten werden?
- Wo liegen Effektivitäts- und Effizienzpotenziale?
- Welche alternativen Angebote für Wohnen und Pflege im Alter sind erforderlich?
- Welche besonderen Bedarfe bestehen für Menschen mit Demenz?

Welche
zentralen
Handlungs-
felder
bestehen für
die beteiligten
Akteure?

31



Vielen Dank für die Teilnahme



32