



Mitteilungsvorlage	Vorlage-Nr: VO/2022/372	
- öffentlich -	Datum: 18.05.2022	
Fachdienst Soziale Sicherung	Ansprechpartner/in: Holm, Sigrid	
	Bearbeiter/in: Holm, Sigrid	
Pflegebedarfsplan für den Kreis Rendsburg-Eckernförde		
vorgesehene Beratungsfolge:		
Datum	Gremium	Zuständigkeit
16.06.2022	Sozial- und Gesundheitsausschuss	Beratung

1. Begründung der Nichtöffentlichkeit:

2. Sachverhalt:

Die Kreisverwaltung hat die Sektion für Forschung und Lehre in der Pflege an der Universität zu Lübeck im November 2020 mit der Erstellung eines Pflegebedarfsplans für den Kreis Rendsburg-Eckernförde beauftragt. Im Rahmen eines ersten Arbeitspaketes wurden eine Pflegebedarfsanalyse zur Ermittlung des aktuellen und künftigen Pflegebedarfs sowie eine breit angelegte Pflegekonferenz zur Einbindung der verschiedenen Pflegeakteure durchgeführt. Dabei hat sich herausgestellt, dass insbesondere im Bereich der Kurzzeitpflege Engpässe bestehen und dieses Themenfeld einer detaillierteren Betrachtung bedarf. Die Ergebnisse wurden dem Sozial- und Gesundheitsausschuss in der Sitzung am 05.08.2021 präsentiert.

Im November 2021 wurde die Sektion für Forschung und Lehre in der Pflege an der Universität zu Lübeck im Zuge eines zweiten Arbeitspaketes mit der dezidierten Analyse der Kurzzeitpflege und der Ableitung von Handlungsempfehlungen zur Weiterentwicklung der pflegerischen Versorgungsstruktur beauftragt. Die Handlungsempfehlungen adressieren verschiedene Akteursebenen und sind nach den Schwerpunktthemen Wohnen im Alter und wohnortnahe Versorgungsstrukturen, Ambulante Versorgung, Kurzzeitpflege und teilstationäre Angebote, Stationäre Langzeitpflege, Förderung des Arbeitsplatzes Pflege sowie Monitoring des Pflegebedarfs und Entwicklung von Versorgungsangeboten gruppiert. Die Rolle des Kreises liegt vor allem in der Bereitstellung von Informations-, Beratungs- und Vernetzungsangeboten.

Der Pflegebedarfsplan kann als Entscheidungsgrundlage für weitere Maßnahmen dienen.

Relevanz für den Klimaschutz: entfällt

Finanzielle Auswirkungen: nicht bezifferbar

Anlage/n:

Pflegebedarfsplan für den Kreis Rendsburg-Eckernförde



Kreis
Rendsburg-Eckernförde



Pflegebedarfsplan für den Kreis Rendsburg-Eckernförde

Endbericht

Rendsburg/Lübeck, 22.05.2022





Kreis
Rendsburg-Eckernförde



Auftraggeber

Kreis Rendsburg-Eckernförde
Der Landrat
Fachdienst Soziale Sicherung
Kaiserstraße 8
24768 Rendsburg

Prof. Dr. Stephan Ott
Sigrid Holm
Marvin Böttger
Volker Wenglowski



Kreis
Rendsburg-Eckernförde

Auftragnehmer

Sektion für Forschung und Lehre in der Pflege
Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie
Universität zu Lübeck
Ratzeburger Allee 160
23562 Lübeck

Studienleitung
Prof. Dr. Katrin Balzer

Studienmitarbeiter
Tilman Huckle
Anja Kühn





Inhaltsverzeichnis

TABELLENVERZEICHNIS	6
ABBILDUNGSVERZEICHNIS	9
ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS	10
VORWORT	11
1 HINTERGRUND	13
1.1 PRÄDIKTOREN VON PFLEGEBEDÜRFTIGKEIT	14
1.2 UNTERSTÜTZUNGSPRÄFERENZEN UND -BEDÜRFNISSE BEI PFLEGEBEDÜRFTIGKEIT	15
1.3 AUSWIRKUNGEN DER SARS-CoV-2-PANDEMIE	17
1.4 WEITERENTWICKLUNG UND PLANUNG PFLEGERISCHER VERSORGUNGSANGEBOTE	18
2 ZIEL UND FRAGESTELLUNGEN	22
2.1 PFLEGEBEDARFSANALYSE – ALLGEMEIN	22
2.2 PFLEGEBEDARFSANALYSE – KURZZEITPFLEGE	24
3 METHODIK	26
3.1 PFLEGEBEDARFSANALYSE – ALLGEMEIN	26
3.1.1 DATENBASIS	26
3.1.2 STATISTISCHE ANALYSEN UND BERECHNUNGEN	31
3.2 PFLEGEKONFERENZ	34
3.2.1 ZIELGRUPPEN DER PFLEGEKONFERENZ	35
3.2.2 ABLAUF DER PFLEGEKONFERENZ	35
3.2.3 ONLINE-BEFragung	37
3.2.4 AUSWERTUNG	37
3.3 PFLEGEBEDARFSANALYSE – KURZZEITPFLEGE	38
3.3.1 QUALITATIVE STUDIE	38
3.3.2 STATISTISCHE ANALYSEN UND BERECHNUNGEN	40
4 ERGEBNISSE: PFLEGEBEDARFSANALYSE – ALLGEMEIN	44
4.1 DEMOGRAFISCHE ENTWICKLUNG	44
4.1.1 BEVÖLKERUNGSENTWICKLUNG SCHLESWIG-HOLSTEIN	44
4.1.2 BEVÖLKERUNGSDICHTE IM KREIS RENDSBURG-ECKERNFÖRDE	45
4.1.3 PROJEKTION DER BEVÖLKERUNGSENTWICKLUNG IM KREIS NACH GESCHLECHT UND ALTER	46
4.1.4 BEVÖLKERUNGSDICHTE UND -ENTWICKLUNG AUF DER EBENE DER NEBENSTELLEN DES PFLEGESTÜTZPUNKTS	50



4.1.5.	ENTWICKLUNG DES ALTERSDURCHSCHNITTS IM LAND	54
4.1.6.	ENTWICKLUNG DES ALTERSDURCHSCHNITTS IM KREIS	55
4.1.7.	ENTWICKLUNG DES ALTERSDURCHSCHNITTS AUF EBENE DER NEBENSTELLEN DES PFLEGESTÜTZPUNKTS	56
4.1.8.	ALTEN- UND BELASTUNGSQUOTIENTEN SOWIE UNTERSTÜTZUNGSKOEFFIZIENT IM LAND	56
4.1.9.	ALTEN- UND BELASTUNGSQUOTIENTEN SOWIE UNTERSTÜTZUNGSKOEFFIZIENT IM KREIS	57
4.1.10.	ALTEN- UND BELASTUNGSQUOTIENTEN SOWIE UNTERSTÜTZUNGSKOEFFIZIENTEN AUF EBENE DER NEBENSTELLEN DES PFLEGESTÜTZPUNKTS	59
4.2	BEDARF AN PFLEGERISCHER VERSORGUNG IM JAHR 2019	61
4.2.1.	BEDARF IM LAND	61
4.2.2.	BEDARF IM KREIS RENDSBURG-ECKERNFÖRDE	62
4.2.3.	BEDARF AUF DER EBENE DER NEBENSTELLEN DES PFLEGESTÜTZPUNKTS	66
4.3	PFLEGERISCHES VERSORGUNGSANGEBOT DES LANDES IM JAHR 2019	71
4.4	PFLEGERISCHES VERSORGUNGSANGEBOT DES KREISES IM JAHR 2019	71
4.5	PROJEKTION DER ENTWICKLUNG DES PFLEGEBEDARFES	79
4.5.1.	ENTWICKLUNG DES PFLEGEBEDARFES IM LAND	79
4.5.2.	ENTWICKLUNG DES PFLEGEBEDARFES IM KREIS	81
4.5.3.	PROJIZIERTER PFLEGEBEDARF VERSUS VERSORGUNGSANGEBOT IM BUNDESLAND	91
4.5.4.	PROJIZIERTER PFLEGEBEDARF VERSUS VERSORGUNGSANGEBOT IM KREIS	92
4.5.5.	ENTWICKLUNG DES BEDARFES AUF DER EBENE DER NEBENSTELLEN DES PFLEGESTÜTZPUNKTS	94
4.5.6.	PROJIZIERTER PFLEGEBEDARF VERSUS VERSORGUNGSANGEBOT AUF DER EBENE DER NEBENSTELLEN DES PFLEGESTÜTZPUNKTS	97
4.6	ZUSAMMENFASSUNG	98
4.6.1	DEMOGRAFISCHE ENTWICKLUNG	98
4.6.2	DIE ÄLTERE BEVÖLKERUNG IM KREIS RENDSBURG-ECKERNFÖRDE IM VERGLEICH	101
4.6.3	VERGLEICH MIT DER PFLEGEBEDARFSENTWICKLUNG DES LANDES SCHLESWIG-HOLSTEIN	102
5	ERGEBNISSE: PFLEGEKONFERENZ	103
5.1	ONLINE-BEFragung	103
5.1.1	ZENTRALE HANDLUNGSFELDER	103
5.1.2	SPEZIELLE HANDLUNGSFELDER IN DER AMBULANTEN VERSORGUNG	107
5.1.3	SPEZIELLE HANDLUNGSFELDER IN DER STATIONÄREN VERSORGUNG	108
5.1.4	ALTERNATIVE VERSORGUNGSSTRUKTUREN	109
5.2	DISKUSSION DER THEMENRÄUME	112
5.2.1	WOHNEN IM ALTER UND WOHNORTNAHE VERSORGUNG	115
5.2.2	TRANSSEKTORALE VERSORGUNG UND ÜBERLEITUNGSPROZESSE	117
5.2.3	PERSONALGEWINNUNG	117
5.3	ZUSAMMENFASSUNG	118
6	ERGEBNISSE: PFLEGEBEDARFSANALYSE KURZZEITPFLEGE	122
6.1	KURZZEITPFLEGEINFRASTRUKTUR (QUALITATIVE STUDIE)	123
6.1.1	DERZEITIGE STRUKTUREN DER KURZZEITPFLEGE IM KREIS RENDSBURG-ECKERNFÖRDE	123
6.1.2	EINSCHÄTZUNG DES AKTUELLEN ANGEBOTS	124
6.1.3	WEITERENTWICKLUNGSBEDARF	125
6.1.4	PILOTPROJEKT „PFLEGEFACHLICHER SCHWERPUNKT KURZZEITPFLEGE“	126
6.1.5	KURZZEITPFLEGE BEI DEMENZ	126



6.1.6	AUSBAU VON ANGEBOTEN DER SOLITÄREN KURZZEITPFLEGE	127
6.1.7	EINFLUSS DURCH DIE COVID-19-PANDEMIE	128
6.2	SCHÄTZUNGEN AUF DER BASIS QUALITATIVER ERGEBNISSE	128
6.2.1	SCHÄTZUNGEN ZUM KURZZEITPFLEGEBEDARF INSGESAMT	128
6.2.2	SCHÄTZUNGEN ZUM KURZZEITPFLEGEBEDARF NACH INDIKATION (ANLASS)	131
6.2.3	SCHÄTZUNGEN ZUM KURZZEITPFLEGEBEDARF NACH REGION	133
6.2.4	ANFORDERUNGEN AN SOLITÄRE KURZZEITPFLEGEANGEBOTE	133
6.2.5	BEEINFLUSSENDE FAKTOREN	135
6.3	PROJEKTION DES BEDARFS AN KURZZEITPFLEGEPLÄTZEN IM KREIS RENDSBURG-ECKERNFÖRDE	137
6.3.1	PROJEKTION DES AKTUELLEN KURZZEITPFLEGEBEDARFS (JAHR 2019)	137
6.3.2	PROJEKTION DES KURZZEITPFLEGEBEDARFS BIS 2030	138
6.4	ZUSAMMENFASSUNG	141
7	HANDLUNGSEMPFEHLUNGEN	144
7.1	WOHNEN IM ALTER	145
7.2	AMBULANTE VERSORGUNG	146
7.3	KURZZEITPFLEGE UND TEILSTATIONÄRE ANGEBOTE	149
7.4	STATIONÄRE LANGZEITPFLEGE	151
7.5	FÖRDERUNG DES ARBEITSPLATZES PFLEGE	153
7.6	MONITORING DES PFLEGEBEDARFS UND ENTWICKLUNG VON VERSORGUNGSANGEBOTEN	155
8	LITERATURVERZEICHNIS	158
9	ANHANG	162
9.1	A1 LEITFRAGEN FÜR DIE THEMENRÄUME DER ONLINE-PFLEGEKONFERENZ VOM 17.06.2021	162
9.2	A2 FRAGEBOGEN DER ONLINE-BEFRAGUNG	165
9.3	A3 ERGÄNZENDE TABELLEN UND ABBILDUNGEN	171
9.4	A4 PRÄSENTATIONSFOLIEN DER PFLEGEKONFERENZ AM 17.06.2021	180



Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Fragestellungen für die allgemeine Pflegebedarfsanalyse für den Kreis Rendsburg-Eckernförde	23
Tabelle 2: Zuordnung der Ämter und amtsfreien Städte und Gemeinden des Kreises Rendsburg-Eckernförde zu den Nebenstellen des Pflegestützpunkts	27
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	29
Tabelle 4: Über das Forschungsdatenzentrum erhobene Daten der Pflegestatistik 2019 des Kreises Rendsburg-Eckernförde	31
Tabelle 5: Programm der Pflegekonferenz des Kreises Rendsburg-Eckernförde am 17.06.2021	36
Tabelle 6: Rotationsschema der Gruppen im Rahmen des World-Cafés	37
Tabelle 7: Bevölkerungsentwicklung in Schleswig-Holstein 2019 bis 2030	44
Tabelle 8: Bevölkerungsentwicklung in Schleswig-Holstein 2019 bis 2030 nach Altersgruppen und Geschlecht	44
Tabelle 9: Entwicklung der Altersgruppen im Kreis Rendsburg-Eckernförde 2019 bis 2030	47
Tabelle 10: Entwicklung der relativen Anzahl an Einwohnern 2019 bis 2030 (Angabe in %)	47
Tabelle 11: Vergleich der Entwicklung der Bevölkerung nach Altersgruppen im Kreis und im Land bis 2030	50
Tabelle 12: Entwicklung der Bevölkerungszahl der Nebenstellen des Pflegestützpunkts bis 2030	52
Tabelle 13: Entwicklung des Altersdurchschnitts in Schleswig-Holstein 2019 und 2030	55
Tabelle 14: Altersdurchschnitt im Kreis Rendsburg-Eckernförde gesamt und nach Geschlecht	55
Tabelle 15: Vergleich der Entwicklung des Altersdurchschnittes im Kreis und im Land bis 2030	56
Tabelle 16: Entwicklung des Altersdurchschnitts in den Nebenstellen des Pflegestützpunkts 2019 bis 2030	56
Tabelle 17: Alten-, Belastungsquotient und Unterstützungskoeffizient im Land 2019 und 2030	57
Tabelle 18: Relativer Anteil der Bevölkerung im Kreis Rendsburg-Eckernförde nach Altersgruppen bis 2030 (Angabe in %)	58
Tabelle 19: Entwicklung des Altenquotienten, Belastungsquotienten und Unterstützungskoeffizienten im Kreis bis 2030	59
Tabelle 20: Vergleich der Entwicklung des Alten- und Belastungsquotienten sowie des Unterstützungskoeffizienten im Kreis und im Land bis 2030	59
Tabelle 21: Alten- und Belastungsquotient sowie Unterstützungskoeffizient nach den Nebenstellen des Pflegestützpunkts bis 2030	60
Tabelle 22: Personen mit Pflegebedarf nach Art der Versorgung im Land Schleswig-Holstein 2019	62
Tabelle 23: Pflegequoten im Land Schleswig-Holstein	62
Tabelle 24: Daten der Pflegestatistik 2019 im Kreis Rendsburg-Eckernförde	64
Tabelle 25: Pflegequoten im Kreis	65
Tabelle 26: Vergleich der Verteilung der Leistungsempfänger*innen 2019 nach Geschlecht, Versorgungsart, Pflegegraden und Altersgruppen im Kreis und im Land	66
Tabelle 27: Anzahl der Leistungsempfänger*innen im Jahr 2019 nach den Nebenstellen des Pflegestützpunkts	68
Tabelle 28: Anteile der Leistungsempfänger*innen der Nebenstellen des Pflegestützpunkts 2019	69
Tabelle 29: Pflegequoten in den Nebenstellen des Pflegestützpunkts	69
Tabelle 30: Pflegerisches Versorgungsangebot im Land 2019	71
Tabelle 31: Übersicht über die Pflegedienste und stationäre Einrichtungen in Rendsburg-Eckernförde 2019	72
Tabelle 32: Beschäftigte in der pflegerischen Versorgung nach Beschäftigungsverhältnis im Kreis	73
Tabelle 33: Anzahl an Pflegediensten und stationären Einrichtungen nach den Nebenstellen des Pflegestützpunkts 2019	73
Tabelle 34: Entwicklung der Anzahl an Leistungsempfänger*innen nach Geschlecht im Land bis 2030	79
Tabelle 35: Entwicklung der Anzahl an Leistungsempfänger*innen nach Altersgruppen im Land bis 2030	79
Tabelle 36: Entwicklung der Anzahl an Leistungsempfänger*innen nach Versorgungsart im Bundesland bis 2030	80



Tabelle 37: Entwicklung der Anzahl an Leistungsempfänger*innen nach Pflegegrad im Bundesland bis 2030	80
Tabelle 38: Entwicklung der Anzahl an Leistungsempfänger*innen nach Versorgungsart und Grad der Pflegebedürftigkeit im Bundesland bis 2030	80
Tabelle 39: Entwicklung der Anzahl an Leistungsempfänger*innen nach SGB XI im Kreis nach Geschlecht	82
Tabelle 40: Entwicklung der Anzahl an Leistungsempfänger*innen im Kreis nach Altersgruppen und Geschlecht	82
Tabelle 41: Entwicklung der Anzahl an Leistungsempfänger*innen im Kreis nach Alter und Pflegegraden	84
Tabelle 42: Entwicklung der Anzahl an Leistungsempfänger*innen im Kreis nach Art der Versorgung	87
Tabelle 43: Vergleich der Entwicklung der Leistungsempfänger*innen im Kreis und im Bundesland bis 2030	89
Tabelle 44: Anzahl der Leistungsempfänger*innen nach Pflegegrad und Art der Versorgung im Kreis 2019 versus 2030	90
Tabelle 45: Differenz der projizierten Anzahl der Leistungsempfänger*innen nach Pflegegrad und Versorgungsart im Kreis 2019 bis 2030	91
Tabelle 46: Vergleich des aktuellen Versorgungsangebots und des projizierten Pflegebedarfs im Bundesland	91
Tabelle 47: Vergleich des aktuellen Versorgungsangebots und des projizierten Bedarfs im Kreis nach Versorgungsart	93
Tabelle 48: Vergleich des zusätzlichen Bedarfs an pflegerischen Versorgungsangeboten im Kreis und im Bundesland bis 2030	94
Tabelle 49: Entwicklung der Anzahl an Leistungsempfänger*innen auf Ebene der Nebenstellen des Pflegestützpunkts nach Geschlecht	94
Tabelle 50: Entwicklung der Anzahl der Leistungsempfänger*innen auf Ebene der Nebenstellen des Pflegestützpunkts nach Altersgruppen	95
Tabelle 51: Entwicklung der Anzahl an Leistungsempfänger*innen auf Ebene der Nebenstellen des Pflegestützpunkts nach Pflegegraden	96
Tabelle 52: Entwicklung der Anzahl an Leistungsempfänger*innen nach SGB XI auf Ebene der Pflegestützpunkte nach Versorgungsart	97
Tabelle 53: Vergleich des aktuellen Versorgungsangebots und des projizierten Bedarfs auf Ebene der Nebenstellen des Pflegestützpunkts nach Versorgungsart	98
Tabelle 54: Verteilung der Akteursgruppen	103
Tabelle 55: Nennung der drei wichtigsten Handlungsfelder für die pflegerische Versorgung	104
Tabelle 56: Bewertung von speziellen Handlungsfeldern in der ambulanten Versorgung	107
Tabelle 57: Bewertung von speziellen Handlungsfeldern in der stationären Versorgung	108
Tabelle 58: Bewertung alternativer Versorgungsstrukturen	110
Tabelle 59: Bewertung von Maßnahmen für die bedarfsgerechte Versorgung zukünftiger Generationen	111
Tabelle 60: Übersicht über die Themen, die in den Themenräumen als zentrale Handlungsfelder diskutiert wurden	112
Tabelle 61: Rekrutierungsstatistik	122
Tabelle 62: Schätzung der aktuellen Kurzzeitpflegekapazität (Stand 2019) im Kreis und auf Ebene der Nebenstellen des Pflegestützpunkts	131
Tabelle 63: Projektion Mehrbedarf an Kurzzeitpflegekapazitäten nach den Nebenstellen des Pflegestützpunkts 2019	138
Tabelle 64: Projektion der Entwicklung der Kurzzeitpflegekapazitäten bis 2030 nach Nebenstellen des Pflegestützpunkts	140
Tabelle 65: Entwicklung der Anzahl an Leistungsempfänger*innen Kurzzeitpflege bis 2030 nach den Nebenstellen des Pflegestützpunktes basierend auf den projizierten Szenarien 1 und 2	141
Tabelle 66: Handlungsempfehlungen zum Schwerpunkt Wohnen im Alter und wohnortnahe Versorgungsstrukturen	145
Tabelle 67: Handlungsempfehlungen zum Schwerpunkt ambulante Versorgung	147
Tabelle 68: Handlungsempfehlungen zum Schwerpunkt Kurzzeitpflege und teilstationäre Versorgung	150
Tabelle 69: Handlungsempfehlungen zum Schwerpunkt Langzeitpflege	152
Tabelle 70: Handlungsempfehlungen zum Schwerpunkt Förderung des Arbeitsplatzes Pflege	154



Tabelle 71: Handlungsempfehlungen zum Schwerpunkt Monitoring des Pflegebedarfs und Entwicklung pflegerischer Versorgungsstrukturen



Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Pflegebedürftige nach Versorgungsart in Deutschland (Destatis, 2020)	14
Abbildung 2: Todesfälle mit Coronavirus (Covid-19) in Deutschland nach Alter und Geschlecht (Statistisches Bundesamt, Stand 13.04.2021)	17
Abbildung 3: Ämter und amtsfreie Städte und Gemeinden innerhalb der Nebenstellen des Pflegestützpunkts	28
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	33
Abbildung 5: Szenarien für die Projektion des Kurzzeitpflegebedarfs 2019 im Kreis Rendsburg-Eckernförde	42
Abbildung 6: Bevölkerungspyramide nach Alter und Geschlecht 2019 und 2030 in Schleswig-Holstein	45
Abbildung 7: Bevölkerungsdichte im Kreis Rendsburg-Eckernförde,	46
Abbildung 8: Entwicklung der Bevölkerungsanzahl im Kreis Rendsburg-Eckernförde differenziert nach Altersgruppen	48
Abbildung 9: Altersentwicklung im Kreis Rendsburg-Eckernförde 2019-2030.	49
Abbildung 10: Bevölkerung nach Alter und Geschlecht 2019 und 2030 im Kreis Rendsburg-Eckernförde	50
Abbildung 11: Bevölkerungsdichte auf Ebene der Nebenstellen des Pflegestützpunkts 2019	51
Abbildung 12: Verteilung der Altersgruppen nach Nebenstellen des Pflegestützpunkts 2019 und 2030	53
Abbildung 13: Altersentwicklung nach Geschlecht auf Ebene der Nebenstellen des Pflegestützpunkts 2019 und 2030	54
Abbildung 14: Alten- und Belastungsquotient 2019 bis 2030	58
Abbildung 15: Personen mit Pflegebedarf nach Art der Versorgung im Land Schleswig-Holstein 2019	61
Abbildung 16: Personen mit Pflegebedarf nach Art der Versorgung im Kreis Rendsburg-Eckernförde 2019	63
Abbildung 17: Anteil der Personen mit Pflegebedarf nach Geschlecht im Kreis 2019	65
Abbildung 18: Anzahl der Leistungsempfänger*innen nach Pflegegraden mit Aufteilung nach den Nebenstellen des Pflegestützpunkts im Jahr 2019. Datengrundlage: Pflegestatistik Rendsburg-Eckernförde 2019.	70
Abbildung 19: Anzahl der Leistungsempfänger*innen nach Versorgungsart mit Aufteilung nach den Nebenstellen des Pflegestützpunkts im Jahr 2019. Datengrundlage: Pflegestatistik Rendsburg-Eckernförde 2019.	70
Abbildung 20: Bevölkerungsdaten und geografische Lage der Versorgungsangebote in der Nebenstelle Flintbek des Pflegestützpunkts	74
Abbildung 21: Bevölkerungsdaten und geografische Lage der Versorgungsangebote in der Nebenstelle Rendsburg des Pflegestützpunkts	75
Abbildung 22: Bevölkerungsdaten und geografische Lage der Versorgungsangebote in der Nebenstelle Eckernförde des Pflegestützpunkts	76
Abbildung 23: Bevölkerungsdaten und geografische Lage der Versorgungsangebote in der Nebenstelle Altenholz des Pflegestützpunkts	77
Abbildung 24: Bevölkerungsdaten und geografische Lage der Versorgungsangebote in den Nebenstelle Hohenwestedt des Pflegestützpunkts.	78
Abbildung 25: Entwicklung der Anzahl an Leistungsempfänger*innen nach Altersgruppen	83
Abbildung 26: Entwicklung der Anzahl an Leistungsempfänger*innen nach Pflegegrad	86
Abbildung 27: Entwicklung der Anzahl an Leistungsempfänger*innen nach Versorgungsart	88
Abbildung 28: Benannte Handlungsfelder differenziert nach Akteursgruppen	106



Abkürzungsverzeichnis

AgeCoDe	German Study on Ageing, Cognition and Dementia in Primary Care Patients
BIS	Berliner Initiative Studie
GWVG	Gesetz zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung
Covid-19 Erkrankung	Coronavirus Disease 2019
FDZ	Forschungsdatenzentrum
LPflegeG	Landespflegegesetz
PSG	Pflegestärkungsgesetz
SARS-CoV-2	Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus Type 2
SGB V	Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (Gesetzliche Krankenversicherung)
SGB XI	Sozialgesetzbuch Elftes Buch (Soziale Pflegeversicherung)
VDEK	Verband der Ersatzkassen e. V.



Vorwort

Die Alterszusammensetzung und damit der Pflegebedarf der Bevölkerung befinden sich in einem fortwährenden Wandel. Hierzu trägt die stetige Erhöhung der Lebenserwartung genauso bei wie die sich verändernden Lebens- und Arbeitsbedingungen und der wissenschaftlich-technische Fortschritt. Der Bedarf für die pflegerische Unterstützung wird jedoch nicht nur von Erkrankungen und Gesundheitsproblemen sowie deren Behandlungsmöglichkeiten geprägt, sondern auch von individuellen und gesellschaftlichen Werten, persönlichen Bedürfnissen, sozialen und familiären Netzen und sozioökonomischen Faktoren. Die Sicherstellung einer bedarfsgerechten, effektiven pflegerischen Versorgung erfordert daher vorausschauende Planungen und Strukturanpassungen auf allen Ebenen des gesellschaftlichen Gemeinwesens und des politischen Handelns, von der Bundesebene bis hin zur kleinräumigen Ebene der Kommunen und der Einrichtungsträger.

Den Kreisen und kreisfreien Städten kommt hierbei an der Schnittstelle zwischen Bundes- und Landesebene auf der einen und den kommunalen und einrichtungsbezogenen Ebenen auf der anderen Seite eine wichtige Planungs-, Steuerungs- und Monitoringfunktion zu. Laut Landespflegegesetz sind die Kreise und kreisfreien Städte verpflichtet, Pflegebedarfspläne zu erstellen und diese regelmäßig zu aktualisieren. Diese Pflegebedarfspläne sollen dazu dienen, vorausschauend die wahrscheinliche Entwicklung des Bedarfs an pflegerischen Unterstützungsangeboten gemäß der Sozialen Pflegeversicherung (SGB XI), also z. B. im Bereich der ambulanten Pflege oder der stationären Langzeitpflege, einzuschätzen und notwendige Anpassungen in der Pflege-Infrastruktur im Kreis gemeinsam mit den verantwortlichen Akteursebenen anzustoßen oder anzubahnen. Diesem Ziel ist auch der vorliegende Pflegebedarfsplan für den Kreis Rendsburg-Eckernförde verpflichtet.

Dieser Plan wurde von der Sektion für Forschung und Lehre in der Pflege an der Universität zu Lübeck im Auftrag des Kreises erstellt. Dies erfolgte in zwei gestaffelten Arbeitsaufträgen. Im ersten Arbeitspaket wurde 2021 auf der Basis der Pflegestatistik 2019 und einer aktuellen Bevölkerungsvorausberechnung für den Kreis Rendsburg-Eckernförde eine allgemeine Pflegebedarfsanalyse bis 2030 durchgeführt, ergänzt um eine anschließende Pflegekonferenz. In dieser Pflegekonferenz im Juni 2021 wurden die Ergebnisse der Analyse mit Vertreter*innen verschiedener regionaler Akteursgruppen, einschließlich der Menschen mit Pflegebedarf und deren An- und Zugehörigen, diskutiert. Da sich im Rahmen der allgemeinen Analyse gezeigt hatte, dass für die Beurteilung der Bedarfsentwicklung für Kurzzeitpflegeangebote vertiefte Recherchen und Analysen erforderlich sind, folgte ein zweites Arbeitspaket. Dieses beinhaltete eine Interviewstudie mit Expert*innen des Kreises zum



Kreis Rendsburg-Eckernförde



aktuellen Kurzzeitpflegebedarf und -angebot sowie darauf aufbauend eine Schätzung des aktuellen und künftigen Bedarfs basierend auf mehreren Szenarien.

Die Ergebnisse aller drei Hauptteile der Pflegebedarfsanalyse – allgemeine Analysen, Pflegekonferenz und vertiefte Analysen zum Kurzzeitpflegebedarf im Kreis Rendsburg-Eckernförde – mündeten schließlich in Handlungsempfehlungen für die künftige Gestaltung der Rahmenbedingungen und Strukturen der pflegerischen Versorgung im Kreis. Diese Empfehlungen berücksichtigen alle Akteursebenen von der Bundes- bis zur Einrichtungsträger- und kommunalen Ebene und haben einen Vorschlagscharakter. Die Entscheidung über die Umsetzung und deren Ausgestaltung obliegen den jeweiligen Akteuren. Nachfolgende regelmäßige Aktualisierungen des vorliegenden Pflegebedarfsplans, z. B. alle fünf Jahre, können dazu beitragen, die Umsetzung der Empfehlungen zu evaluieren und die Handlungsempfehlungen entsprechend der Bedarfsentwicklung anzupassen.



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).

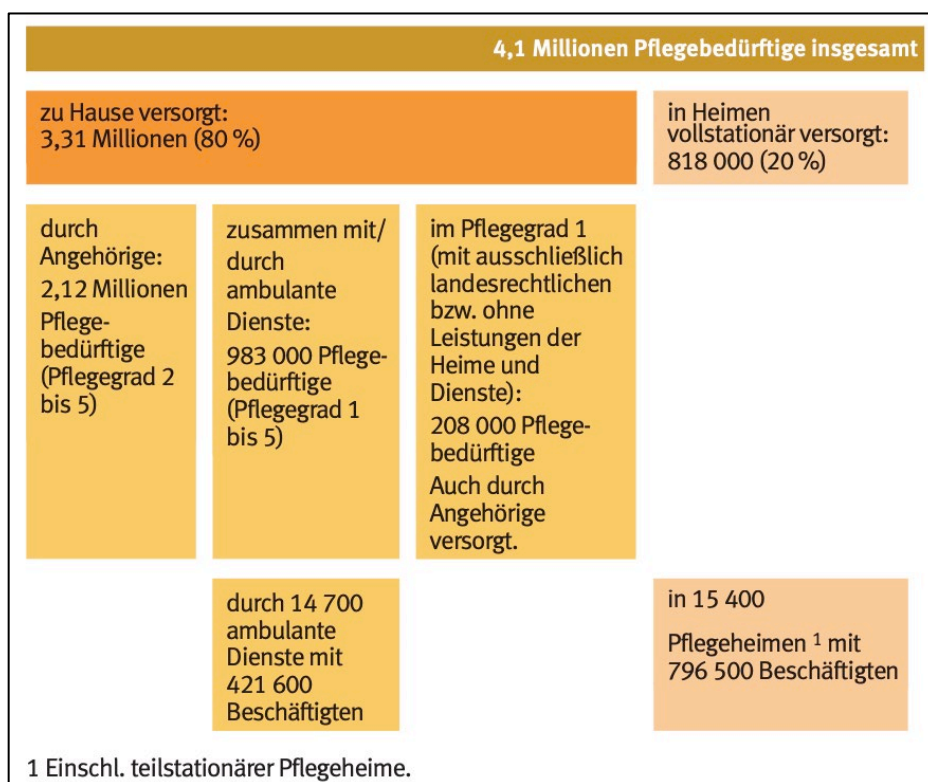


Abbildung 1: Pflegebedürftige nach Versorgungsart in Deutschland (Destatis, 2020)

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 et al., 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 Haushaltgröße (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 Teilnehmer*innen 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 bevorzugen (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).

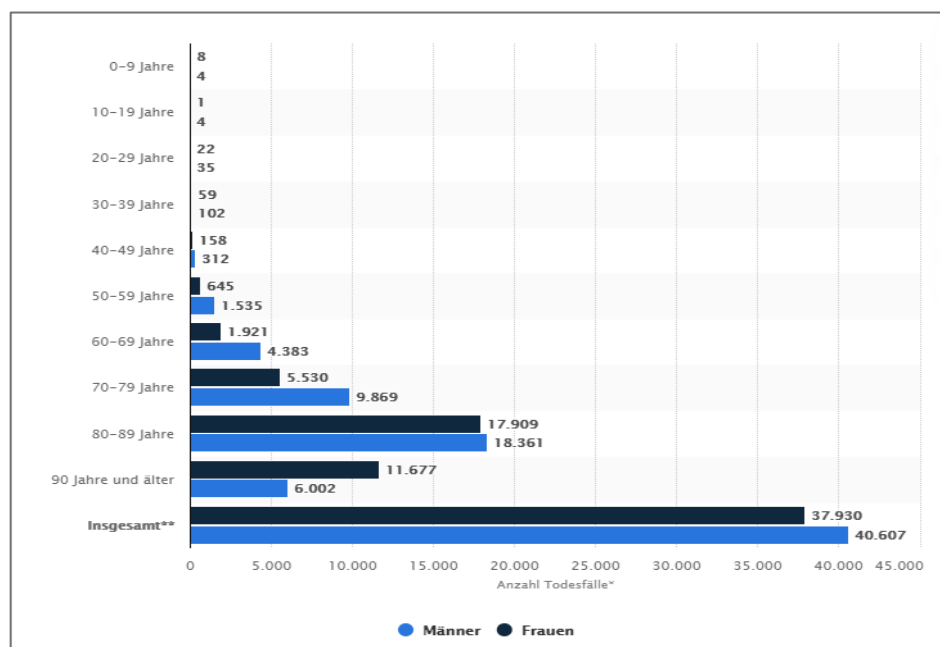


Abbildung 2: Todesfälle mit Coronavirus (Covid-19) in Deutschland nach Alter und Geschlecht (Statistisches Bundesamt, Stand 13.04.2021)

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 et al., 2020). Weiterhin wurde ein signifikanter Zusammenhang zwischen den allgemeinen und pandemiebezogenen Belastungen und dem Wunsch, den Beruf aufzugeben, festgestellt (Pfortner et al., 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 insbesondere 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 Sozialen Pflegeversicherung (SGB XI)



beschlossen (Gesetz zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung (GVWG)) (Bundesrat Drucksache 511/21). Unter anderem wird der Eigenanteil nach § 43c SGB XI, der für die Betreuung in stationären Einrichtungen gezahlt werden muss, durch zusätzliche Leistungen begrenzt. 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 wurden die Leistungen für die Versorgung zu Hause erhöht. Dies beinhaltet auch, dass zukünftig unter bestimmten Bedingungen „24-Stunden-Betreuungskräfte“ mit über 40% des Pflegesachleistungsbetrages refinanziert werden können. 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).

Die Kurzzeitpflege ist eine vorübergehende vollstationäre Leistung. Sie soll dazu beitragen, Menschen mit Pflegebedarf so lange wie möglich den Verbleib in der häuslichen Versorgung zu ermöglichen, auch bei einer Verschlechterung des Gesundheitszustands oder des Pflegebedarfes (s. Informationsbox nächste Seite). Sie wendet sich an Personen mit bestätigtem Pflegebedarf nach SGB XI (Pflegegrad 1 und höher), die Leistungen für die ambulante Pflege zu Hause (Pflegegeld und/oder Pflegesachleistung) beziehen. Daneben können aber auch Menschen, die aufgrund einer Erkrankung nur vorübergehend eine häusliche Krankenpflege benötigen, Kurzzeitpflegeleistungen in Anspruch nehmen, in diesem Fall refinanziert aus den Mitteln der Gesetzlichen Krankenversicherung (§ 37 Absatz 1a SGB V). Geeignete Einrichtungen für die Kurzzeitpflege sind Einrichtungen, die langzeitige vollstationäre Leistungen nach § 43 SGB XI anbieten, andere für die Kurzzeitpflege zugelassene vollstationäre Einrichtungen (sogenannte „solitäre Kurzzeitpflegeeinrichtungen“) oder in Ausnahmefällen auch Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen (§ 42 Absatz 3 SGB XI). Ebenfalls können Kurzzeitpflegeleistungen in stationären Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen erbracht werden, die nicht für die pflegerische Versorgung nach SGB XI zugelassen sind; Voraussetzung hierfür ist, dass die informelle Pflegeperson der Person mit Pflegebedarf in dieser Einrichtung oder in einer räumlich nahen Einrichtungen Vorsorge- oder Rehabilitationsleistungen nutzt ([https://www. bundesgesundheitsministerium.de/kurzzeitpflege.html](https://www.bundesgesundheitsministerium.de/kurzzeitpflege.html), Zugriff 26.03.2022). Aus mehreren Untersuchungen in Deutschland gibt es Hinweise, dass verfügbare Plätze für Kurzzeitpflege den tatsächlichen Bedarf nicht decken (Jacobs et al., 2016; BARMER Pflegereport, 2021). Das



Ministerium für Soziales, Gesundheit, Jugend, Familien und Senioren des Landes Schleswig-Holstein hat daher 2022 eine Förderrichtlinie zum Ausbau der solitären Kurzzeitpflege vorgelegt (Richtlinie über die Gewährung von Zuwendungen zur Förderung des Ausbaus solitärer Kurzzeitpflegeplätze, 2022). Diese verfolgt das Ziel, die pflegerische Infrastruktur weiter auszubauen und die Erhöhung der verfügbaren Anzahl an Kurzzeitpflegeplätzen zu erreichen. Voraussetzung für die Förderung ist eine vorhergehende Ermittlung des Bedarfs an solitären Kurzzeitpflegeplätzen.

Informationsbox: Zielgruppen und Anlässe für Kurzzeitpflege

Personen mit Pflegegrad 2 und höher

Anspruch auf Kurzzeitpflege haben nach § 42 SGB XI häuslich oder teilstationär versorgte Personen mit einem Pflegegrad 2 oder höher. Der Anspruch umfasst acht Wochen pro Jahr und dient der Überbrückung von vorübergehenden Phasen einer erhöhten Pflegebedürftigkeit, beispielsweise nach einer akutstationären Behandlung oder in einer sonstigen Krisensituation. Aus den Mitteln der Sozialen Pflegeversicherung (SGB XI) werden ausschließlich Leistungen der pflegerischen Versorgung inklusive der medizinischen Behandlungspflege refinanziert; der Anspruch pro Person mit Pflegebedarf beziffert sich auf 1.774 Euro pro Kalenderjahr und kann durch nicht in Anspruch genommene Mittel in Höhe von 1.612 Euro pro Jahr für die Verhinderungspflege nach § 39 Absatz 1 Satz 3 SGB XI auf insgesamt 3.386 Euro erhöht werden.

Personen mit Pflegegrad 1

Personen mit einem Pflegegrad 1 können ebenfalls Leistungen der Kurzzeitpflege in Anspruch nehmen, sie können hierfür den Entlastungsbetrag nach § 45b SGB XI in Höhe von maximal 1.500 Euro einsetzen.

Nutzung von Leistungen der Verhinderungspflege

Leistungen der Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson (kurz: Verhinderungspflege) können, wie oben beschrieben, auch in Form von Kurzzeitpflege in Anspruch genommen werden, allerdings begrenzt auf sechs Wochen pro Kalenderjahr (§ 39 Absatz 1 SGB XI).

Personen mit Verordnung für häusliche Krankenpflege (Personen ohne Pflegegrad)

Seit einigen Jahren besteht für Personen ohne anerkannte Pflegebedürftigkeit (Pflegegrad) nach SGB XI Anspruch auf Kurzzeitpflege, refinanziert aus Mitteln der Gesetzlichen Krankenversicherung (Sozialgesetzbuch V, SGB V). Diese Leistungen richten sich an Personen mit Anspruch auf häusliche Krankenpflege nach § 37 Absatz 1a SGB V, bei denen diese häuslichen Leistungen zur pflegerischen Unterstützung nicht ausreichen, z. B. bei schwerer Krankheit oder akuter Verschlimmerung einer Krankheit sowie insbesondere nach einem Krankenhausaufenthalt (§ 39c SGB V). Für die Leistungen der Kurzzeitpflege gelten in diesem Fall die gleichen Bestimmungen wie nach § 42 SGB XI.

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



Kreis Rendsburg-Eckernförde



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

2.1 Pflegebedarfsanalyse – allgemein

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 für die allgemeine Pflegebedarfsanalyse für den Kreis Rendsburg-Eckernförde

Kategorie	Fragestellungen
<p>Soziodemografische Entwicklung Bevölkerungsentwicklung Altersstrukturentwicklung</p>	<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?
<p>Entwicklung der Pflegekennzahlen (Bedarf): Grad der Pflegebedürftigkeit, Altersgruppen, Geschlecht Pflegequoten, Art der Versorgung</p>	<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?
<p>Anzahl der Beschäftigten in der ambulanten Pflege im Kreis (Angebot)</p> <p>Differenz zwischen Angebot und projizierter Bedarfsentwicklung in der ambulanten Pflege</p>	<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?
<p>Anzahl der Plätze für Kurzzeitpflege im Kreis (Angebot)</p> <p>Differenz zwischen Angebot und projizierter Bedarfsentwicklung in der Kurzzeitpflege</p>	<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?
<p>Anzahl der Einrichtungen und Plätze für vollstationäre Pflege im Kreis (Angebot)</p> <p>Differenz zwischen Angebot und projizierter Bedarfsentwicklung in der vollstationären Pflege</p>	<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 Rendsburg-Eckernförde und differenziert nach den Nebenstellen des Pflegestützpunkts?



Kategorie	Fragestellungen
	<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?

2.2 Pflegebedarfsanalyse – Kurzzeitpflege

Für die Ermittlung des aktuellen und voraussichtlich zukünftigen (bis 2030) Bedarfs an Kurzzeitpflegeplätzen im Kreis Rendsburg-Eckernförde war es erforderlich, die allgemeine Pflegebedarfsanalyse um eine zusätzliche vertiefende Analyse und eine darauf aufbauende Bedarfsprojektion zu ergänzen, da sich die in der allgemeinen Analyse verwendeten Daten der Pflegestatistik hierfür als unzureichend erwiesen.

Hierfür wurde im ersten Schritt eine qualitative Studie mittels Experteninterviews durchgeführt, um die derzeitige Kurzzeitpflegeinfrastruktur und Handlungsoptionen zur Weiterentwicklung der kurzzeitpflegerischen Versorgung im Kreis Rendsburg-Eckernförde zu erfassen. Folgende Fragestellungen wurden im Rahmen der qualitativen Studie untersucht:

- Wie wird der aktuelle Bedarf an (solitären) Kurzzeitpflegeplätzen im Kreis Rendsburg-Eckernförde aus Expertensicht eingeschätzt und inwieweit wird er durch vorhandene Angebote gedeckt?
- Welcher Weiterentwicklungsbedarf im Angebot von Kurzzeitpflegeplätzen besteht aus Expertensicht?
- Welche Herausforderungen werden in Bezug auf den Ausbau von Angeboten der solitären Kurzzeitpflege wahrgenommen?

Die Ergebnisse dienen als Grundlage für eine Szenarien-basierte Schätzung des aktuellen Bedarfs an Kurzzeitpflegeplätzen und einer Projektion der zusätzlichen Kurzzeitpflegeplätzen bis 2030. Folgende Kennzahlen sollten in diesem zweiten Schritt ermittelt bzw. für das Jahr 2030 projiziert werden:



Kreis Rendsburg-Eckernförde



- Anzahl der erforderlichen Kurzzeitpflegeplätze insgesamt im Kreis Rendsburg-Eckernförde auf Kreisebene und differenziert nach Einzugsgebieten der Nebenstellen des Pflegestützpunktes
- Anzahl der erforderlichen solitären Kurzzeitpflegeplätze im Kreis Rendsburg-Eckernförde auf Kreisebene und differenziert nach Einzugsgebieten der Nebenstellen des Pflegestützpunktes

Des Weiteren sollten bevorzugte Orte für die Etablierung solitärer Kurzzeitpflegeplätze und Vorschläge für eine geeignete Platzverteilung (räumlich, solitär versus eingestreute Plätze) identifiziert und Perspektiven für die Weiterentwicklung der Kurzzeitpflegeinfrastruktur im Kreis Rendsburg-Eckernförde aufgezeigt werden.



3 Methodik

3.1 Pflegebedarfsanalyse – allgemein

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 projektierter 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 et al., 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 Basis für die Berechnungen bildeten Daten über die künftige Alters- und Geschlechtsstruktur der Bevölkerung (Bevölkerungsprognose) sowie die derzeitige Inanspruchnahme der Leistungen in der ambulanten und stationären Pflege.

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).

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 Rügenapp 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.

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 Statistikamt 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 Jevestedt
	Amt Eiderkanal
	Stadt Rendsburg
	Stadt Büdelsdorf



Nebenstellen des Pflegestützpunkts	Ämter und amtsfreie Städte und Gemeinden
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.

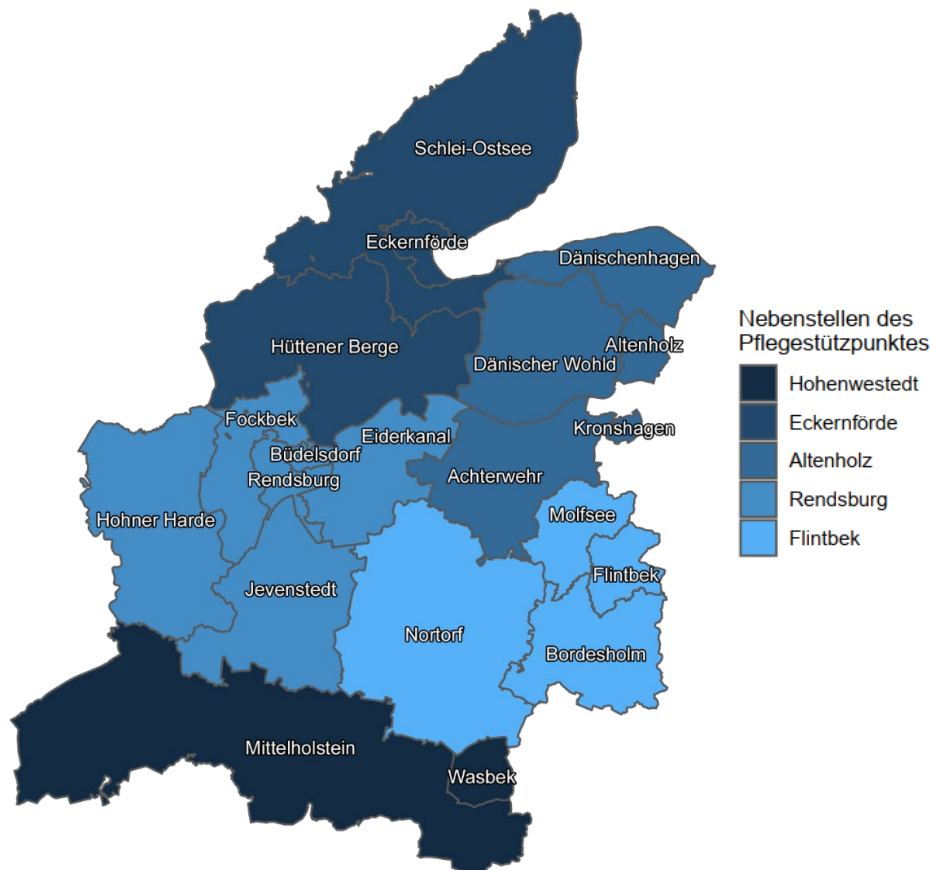


Abbildung 3: Ämter und amtsfreie Städte und Gemeinden innerhalb der Nebenstellen des Pflegestützpunkts



Die für den Kreis Rendsburg-Eckernförde sowie für die darin liegenden Nebenstellen des Pflegestützpunkts 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 Pflegestützpunkts 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 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	



**Ebene der verwendeten Daten
der Pflegestatistik 2019**

	Nebenstellen des Pflegestützpunkts	Kreis Rends- burg- Eckernförde	Schleswig- Holstein
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	
Teilstationäre Pflege			
Anzahl der verfügbaren Plätze	x	x	
Kurzzeitpflege			
Anzahl der Leistungsempfänger*innen	x	x	
Anteil der Leistungsempfänger*innen differenziert 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 differenziert 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

Quelle: DOI: [10.21242/22411.2019.00.00.1.1.0]

Geographische Daten und Karten

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). Für die Darstellung der Lage der ambulanten Pflegedienste und stationären Einrichtungen der Langzeitpflege (Abbildung 19 bis Abbildung 23) wurde eine Adressenliste des Pflegestützpunktes Rendsburg-Eckernförde verwendet. Es ist zu beachten, dass die Anzahl der Pflegedienste und Einrichtungen von den angegebenen Werten der Pflegestatistik Rendsburg-Eckernförde 2019 abweicht.

3.1.2 Statistische Analysen und Berechnungen

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 Pflegestützpunktes wurden die Bevölkerungs- und Haushaltsdaten der Ämter



und amtsfreien Städten und Gemeinden je nach Zugehörigkeit zu den Nebenstellen des Pflegestützpunkts addiert.

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. Die Projektion der Anzahl der Leistungsempfänger*innen für die stationäre Pflege erfolgte hierbei einschließlich potenzieller Kurzzeitpflegeleistungen (basierend auf der der Pflegestatistik Schleswig-Holstein), ohne diese jedoch separat auszuweisen. Aufgrund von Unsicherheiten in den Daten der Pflegestatistik bezüglich der tatsächlich für die Kurzzeitpflege vorgehaltenen Kapazitäten in den vollstationären Einrichtungen wurde diese



Projektion anhand verschiedener Szenarien in einer separaten Analyse vorgenommen (s. Kapitel 6.2 und 6.3).

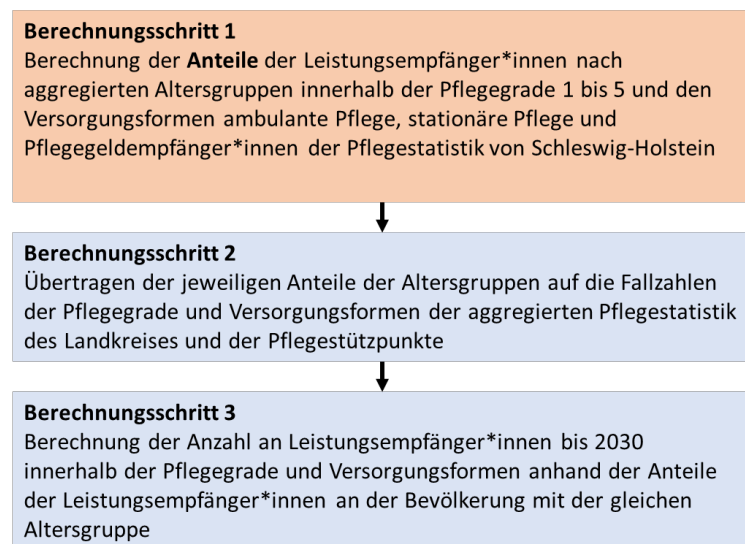


Abbildung 4: Berechnungsweg der Entwicklung der Anzahl an Leistungsempfänger*innen in Rendsburg-Eckernförde und den Nebenstellen des Pflegestützpunkts nach Pflegegrad und Art der Versorgung anhand der Pflegestatistik Schleswig-Holstein

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 44, Tabelle 45).

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 63) und lassen sich darauf zurückzuführen, dass die



Bevölkerungszahlen der Bevölkerungsprognose (Gertz Gutschke Rügenapp 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 Rügenapp 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 Rügenapp 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.

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 der 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 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	↔	Gemeindegeschwester-/pfleger
Transsektorale 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.

3.3 Pflegebedarfsanalyse – Kurzzeitpflege

Die Bearbeitung der Ziele des zweiten Arbeitspakets erfolgte in zwei Stufen:

- (1) **Qualitative Studie:** Zunächst wurde eine qualitative Studie bestehend aus Interviews mit Expert*innen durchgeführt, deren methodisches Vorgehen in diesem Kapitel beschrieben wird.
- (2) **Bedarfsprojektion:** Basierend auf den Ergebnissen der qualitativen Studie und publizierten Analysen zum Kurzzeitpflegebedarf in anderen Regionen Deutschlands wurden Bedarfsszenarien identifiziert. Auf der Grundlage für eine Projektion des Kurzzeitpflegebedarfs für den Kreis Rendsburg-Eckernförde unter Anwendung der im Kapitel 3.2.2 beschriebenen Projektionsmethoden bildeten.

3.3.1 Qualitative Studie

Studienpopulation

Es wurden leitfadengestützte Einzelinterviews mit Expert*innen der Gesundheitsversorgung im Kreis Rendsburg-Eckernförde durchgeführt. Folgende Bereiche wurden hierbei adressiert:

- Pflegestützpunkt des Kreis Rendsburg-Eckernförde inkl. Nebenstellen
- Sozialdienst/Entlassungsmanagement der umliegenden Krankenhäuser sowie Rehabilitationseinrichtungen (Kreis Rendsburg-Eckernförde und angrenzende Kreise)
- Einrichtungs- und Pflegedienstleitungen sowie weitere Management- und Planungsverantwortliche bei Trägern von ambulanten und stationären Pflegeleistungen nach SGB XI im Kreis Rendsburg-Eckernförde
- Kostenträger von Kurzzeitpflegeleistungen nach SGB V (Gesetzliche Krankenversicherung) oder SGB XI (Soziale Pflegeversicherung) im Einzugsgebiet des Kreises Rendsburg-Eckernförde
- Selbsthilfeorganisationen für Menschen mit Pflegebedarf und pflegende Angehörige
- Kommunale Verwaltung mit Schwerpunkt Pflege, Gesundheit und Soziales

Als Expertin bzw. Experte wurden Personen angenommen, die aufgrund mehrjähriger Tätigkeit in leitenden oder anderen Schlüsselstellen in obengenannten Bereichen über Erfahrungen in der



Planung, Bereitstellung und/oder (potenziellen) Nutzung von Kurzzeitpflegeplätzen im Kreis Rendsburg-Eckernförde verfügen und sich selbst als auskunftsfähig in Bezug auf das Untersuchungsthema einschätzen.

Gewinnung der Teilnehmenden

Die Gewinnung der Teilnehmenden erfolgte über bereits bestehende Kontakte mit Vertreter*innen avisierter Institutionen und Organisationen aus anderen Arbeitskontexten der Sektion für Forschung und Lehre in der Pflege (Teilnehmende oder Fachbeiratsmitglieder in anderen Forschungsprojekten, Praxispartner im Studiengang Pflege). Daneben wurden potenziell geeignete Expert*innen der Versorgungsbereiche kontaktiert. Für die ambulanten Pflegedienste und Einrichtungen der stationären Langzeitpflege wurde eine zufällige Stichprobe stratifiziert nach Region gezogen. Ebenso wurde der Auftraggeber gebeten, weitere potenziell geeignete Expertinnen und Experten zu nennen. Ein Minimum von 15 Expert*innen wurden als minimal erforderliche Stichprobengröße erachtet.

Verfahren zur Aufklärung und Einholung der Einwilligung

Potenziell geeignete Vertreterinnen und Vertreter avisierter Institutionen und Organisationen wurden per E-Mail durch eine Mitarbeiterin der Sektion für Forschung und Lehre in der Pflege über das Projekt informiert und zur Teilnahme eingeladen. Bei Interesse erhielten sie eine schriftliche Studieninformation und wurden um ihre schriftliche Einwilligung in die Teilnahme und die Speicherung sowie Transkription der digitalen Tonaufzeichnungen gebeten. Bei Bedarf standen die Studienleitung oder eine Studienmitarbeiterin für einen mündlichen Austausch über das Ziel und den Ablauf der Interviews zur Verfügung. Vor dem Interview erfolgte nochmals eine mündliche Information über die Ziele des Projektes, den Ablauf, die Freiwilligkeit der Teilnahme, die Speicherung und Verwendung der Daten und den Datenschutz. Die Teilnehmenden hatten die Möglichkeit, Nachfragen zu den Informationen zu stellen. Voraussetzung für die Teilnahme war die schriftliche informierte Einwilligung. Die Teilnahme war freiwillig und konnte bis zum Abschluss der Transkription (5 Werktage nach dem Interview) widerrufen werden.

Datenerhebung

Grundlage der Interviews war ein selbst entwickelter semistrukturierter Leitfaden zur Exploration des Expertenwissens der Teilnehmer*innen zum Themenbereich. Der Interviewleitfaden enthielt erzählstimulierende Fragen und potenzielle Nachfragen zu folgenden Themenbereiche: (a) Bedarf an Kurzzeitpflegeangeboten im Kreis Rendsburg-Eckernförde allgemein, (b) Bedarf spezifisch an solitären, eingestreuten und ggf. weiteren Kurzzeitpflegeplätzen, (c) Vorteile und Herausforderungen



von/bei solitären versus eingestreuten Kurzzeitpflegeplätzen, (d) Einflüsse der COVID-19-Pandemie auf den Kurzzeitpflegebedarf („lessons learned“), (e) Weiterentwicklungsbedarf (soweit noch nicht thematisiert). Die Fragen wurden je nach Erfahrungskontext der Expertin/des Experten angepasst. Die Interviews wurden durch wissenschaftliche Mitarbeiter*innen der Sektion für Forschung und Lehre in der Pflege durchgeführt, die bereits über Erfahrungen in der Durchführung von Interviews verfügte. Die Interviews wurden telefonisch oder per Videokonferenz via Webex (Lizenz der Universität zu Lübeck) durchgeführt. Die Interviews sollten maximal 60 Minuten dauern und wurden digital akustisch aufgezeichnet sowie anschließend verschriftlicht. Ergänzend zu den Interviewdaten wurde das aktuelle Tätigkeitsfeld (Art der Institution/Organisation, ohne Nennung von Namen und Ort) erfasst. Hierbei werden folgende Tätigkeitsfelder unterschieden: Pflegestützpunkt (inkl. Nebenstellen), Sozialdienst/Entlassungsmanagement Akutkrankenhaus, Sozialdienst/Entlassungsmanagement Rehabilitationskrankenhaus, Einrichtungsträger (Anbieter) von Kurzzeitpflegeplätzen, Kostenträger, Selbsthilfeorganisationen für Menschen mit Pflegebedarf und pflegende Angehörige, kommunale Verwaltung mit Schwerpunkt Pflege, Gesundheit und Soziales.

Datenanalyse

Die aufgezeichneten Interviews wurden für die Auswertung verschriftlicht (transkribiert) und anonymisiert. Die Daten wurden mithilfe einer qualitativen Inhaltsanalyse ausgewertet. Mittels der Software MaxQDA (VERBI GmbH, Berlin) wurden die qualitativen Daten kodiert, d.h., aus dem vorliegenden Textmaterial wurden inhaltlich zentrale Kategorien abgeleitet. Die Analyse erfolgte mittels „thematic framework analysis“ (Gale et al., 2013). Die Ergebnisse wurden in Textform zusammengefasst.

Ethische Erwägungen

Das Studienprotokoll wurde der Ethikkommission der Universität zu Lübeck vor Beginn der Datenerhebung zur Prüfung vorgelegt und von dieser positiv begutachtet (Aktenzeichen 22-031).

Die Teilnahme war freiwillig und setzte die informierte schriftliche Einwilligung voraus. Allen potenziellen Teilnehmenden wurde zugesichert, dass eine Ablehnung der Teilnahme keine negativen Konsequenzen für sie haben wird und dass die erhobenen Daten keinen Rückschluss auf ihre Identität zulassen. Die Teilnahme an der Studie war mit keinen Risiken für die Teilnehmenden verbunden.

3.3.2 Statistische Analysen und Berechnungen

Nach den Angaben in der Pflegestatistik des Kreises Rendsburg-Eckernförde entspricht die Anzahl von 87 Personen mit Pflegegrad, die im Jahr 2019 Leistungen der Kurzzeitpflege in Anspruch



genommen haben (Tabelle 24), 1% aller Bürger*innen mit pflegerischer häuslicher Versorgung (Pflegegeld oder ambulante Versorgung) in dem Kreis. Dies stimmt mit entsprechenden Daten auf Bundesebene (BARMER Pflegereport, 2018) und auf der Ebene des Landes Schleswig-Holstein (selbst ermittelt basierend auf den Daten des Statistischen Bundesamtes (Destatis, 2022) überein. Unklar ist, inwieweit diese Daten der Pflegestatistik auch die Inanspruchnahme von Kurzzeitpflege in Verbindung mit Leistungen der Verhinderungspflege einschließen. In einem jüngeren Pflegereport wird auf der Basis mehrerer Versichertenbefragungen berichtet, dass 12% bis 17% der Hauptpflegepersonen von Menschen mit Pflegebedarf jährlich Verhinderungs- bzw. Kurzzeitpflege nutzen und weitere 18% einen entsprechenden Bedarf haben, jedoch aufgrund der limitierten Angebotsstruktur und des Aufwands keine entsprechenden Leistungen in Anspruch nehmen (BARMER Pflegereport, 2021). Dies unterstreicht, dass die Daten in der Pflegestatistik nur einen geringen Teil des tatsächlichen Inanspruchnahmegeschehens abbilden.

Für die Projektion des Bedarfs an Kurzzeitpflegeplätzen bis 2030 im Kreis Rendsburg-Eckernförde musste daher zunächst der aktuelle Bedarf, d. h. der Bedarf für 2019, schätzungsweise näher bestimmt werden. Hierfür wurden basierend auf den gesichteten Studien anderer Autor*innen zum Kurzzeitpflegebedarf (insbesondere BARMER Pflegereport, 2021) mehrere Szenarien definiert (Abbildung 5). Als **Szenario 1 bzw. Basisszenario** wurde basierend auf den Daten im BARMER-Pflegereport (BARMER Pflegereport, 2021) ein Anteil von 17% der ambulant versorgten Leistungsempfänger*innen (Sachleistung und/oder Pflegegeld) im Kreis Rendsburg-Eckernförde angenommen, die binnen zwölf Monaten Kurzzeitpflege in Anspruch nehmen. Diese Daten sind im Gegensatz zu den Angaben von Jacobs et al. (2016), die einen Anteil von 35% angeben, konservativer, jedoch aktueller und werden aufgrund der Repräsentativität der Stichprobenziehung als zuverlässig eingestuft. Um die Effekte einer doppelt so hohen Häufigkeit der Inanspruchnahme von Kurzzeitpflege (35%) zu beziffern, wie sie die Daten von Jacobs et al. (2016) sowie der im BARMER Pflegereport zusätzlich ermittelte ungedeckte Bedarf an Kurzzeitpflege (18%; insgesamt 35%) nahelegen, wurde zusätzlich ein **Szenario 2** konstruiert. In diesem Szenario wird davon ausgegangen, dass 35% der ambulant versorgten Empfänger*innen von Leistungen der sozialen Pflegeversicherung im Kreis Rendsburg-Eckernförde einen Bedarf für Kurzzeitpflege haben und bereit sind, Kurzzeitpflege in Anspruch zu nehmen.

Für beide Szenarien wurden jeweils zwei Analysen durchgeführt, um die maximal mögliche Anzahl an Kurzzeitpflegegästen pro Jahr zu bestimmen. In der Hauptanalyse wurde davon ausgegangen, dass jeder Platz im Mittel mit einer Verweildauer drei Wochen in Anspruch genommen wird und die Auslastungsquote des Platzes pro Jahr maximal 85% beträgt. In einer Sensitivitätsanalyse wurden



diese Annahmen dahingehend variiert, dass die maximal erreichbare Auslastungsquote 90% beträgt. Die Annahmen zur mittleren Verweildauer und Auslastungsquote stützen sich auf Analysen von Braeseke et al. (2017). Die Auslastungsquoten von weniger als 100% stellen vorübergehend nicht verfügbare Kapazitäten in Rechnung, z. B. infolge von Leerläufen zwischen Gästewechseln oder einen ungeplanten Ausfall von Belegungen aufgrund von Rückverlegungen in ein Krankenhaus oder Versterben des Gastes. Eine maximale Auslastung von 85% ist nach verfügbaren Daten realistischer (Braeseke et al., 2017).

Ergänzend zu dem Basisszenario und dem Szenario 2 wurden drei weitere Szenarien (**Szenarien 3 bis 5**) bestimmt, basierend auf den Schätzungen der interviewten Expert*innen aus dem Kreis. In diesen Szenarien wurde die aktuelle Anzahl gemeldeter Kurzzeitpflegeplätze im Kreis gemäß Pflegestatistik mit den Faktoren 2, 4 bzw. 6 multipliziert, die sich aus den Ergebnissen der Interviewstudie ergaben. Die Ergebnisse dieser Bedarfsprojektion sollten als Vergleich für die Einordnung der Projektion basierend auf den Szenarien 1 und 2 dienen und helfen, deren Validität zu bewerten.

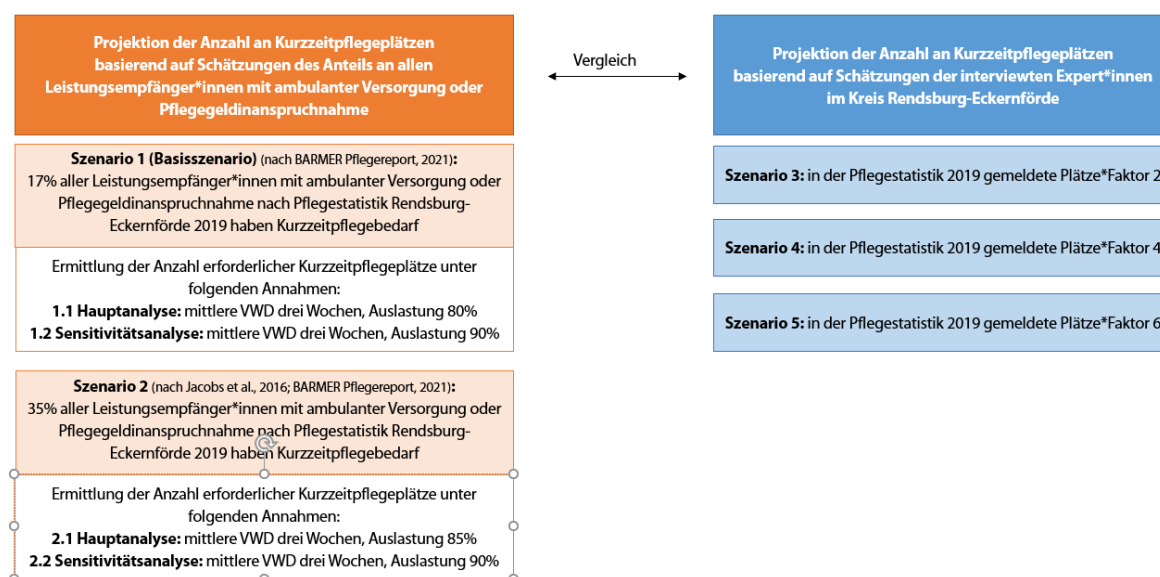


Abbildung 5: Szenarien für die Projektion des Kurzzeitpflegebedarfs 2019 im Kreis Rendsburg-Eckernförde

Aufgrund fehlender Daten berücksichtigen alle fünf Szenarien nicht den Bedarf an Kurzzeitpflege nach § 39c SGB V, sondern ausschließlich den Kurzzeitpflegebedarf nach SGB XI, unabhängig von der Indikation. Angesichts des relativ geringen Anteils des Kurzzeitpflegebedarfs nach § 39c SGB V am Gesamtbedarf (ca. 10%) kann jedoch davon ausgegangen werden, dass die projizierten Mehrbedarfe ausreichende Kapazitäten umfassen werden, um diesen Bedarf ebenfalls abzudecken. Eine Differenzierung der Projektionen nach allgemeinem Kurzzeitpflegeplatzbedarf und Bedarf an solitären



Kreis Rendsburg-Eckernförde



Kurzzeitpflegeplätzen konnte in diesen Szenarien aufgrund fehlender empirischer Anhaltspunkte für bevorzugte Indikationen für die Inanspruchnahme solitärer Plätze nicht vorgenommen werden. Vielmehr ist davon auszugehen, dass der projizierte Bedarf von einem beliebigen Mix aus festen Kurzzeitpflegeplätzen in der stationären Langzeitpflege und solitären Angeboten adressiert werden kann, abhängig von der Berücksichtigung weiterer Anforderungen (Zugänglichkeit, Wirtschaftlichkeit) und den Gegebenheiten der lokalen Pflege- und Gesundheitsversorgungsstruktur.

Die Projektion des Kurzzeitpflegebedarfs bis zum Jahr 2030 erfolgte basierend auf den projizierten Bedarfen nach dem Basisszenario und dem Szenario 2. Für diese Projektion der Bedarfsentwicklung wurden die gleichen Methoden angewandt wie im Kapitel 3.1.2 für die allgemeine Pflegebedarfsanalyse beschrieben.



4 Ergebnisse: Pflegebedarfsanalyse – allgemein

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)

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



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

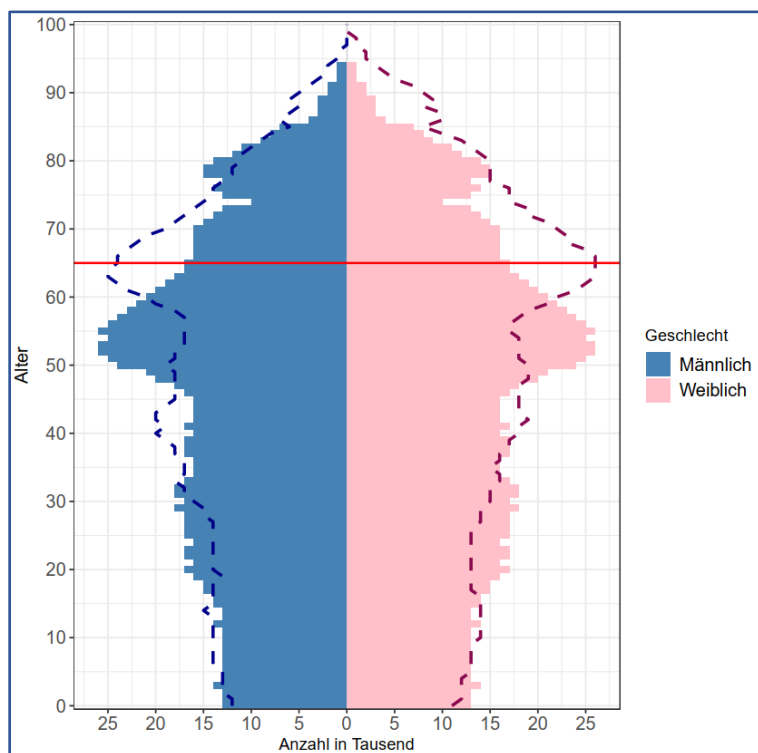


Abbildung 6: Bevölkerungspyramide nach Alter und Geschlecht 2019 und 2030 in Schleswig-Holstein

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 war der Kreis Rendsburg-Eckernförde im Jahr 2019 mit 125 Personen pro Quadratkilometer ein dünn besiedelter Kreis in Schleswig-Holstein (GeoBasis-DE/BKG, 2019).

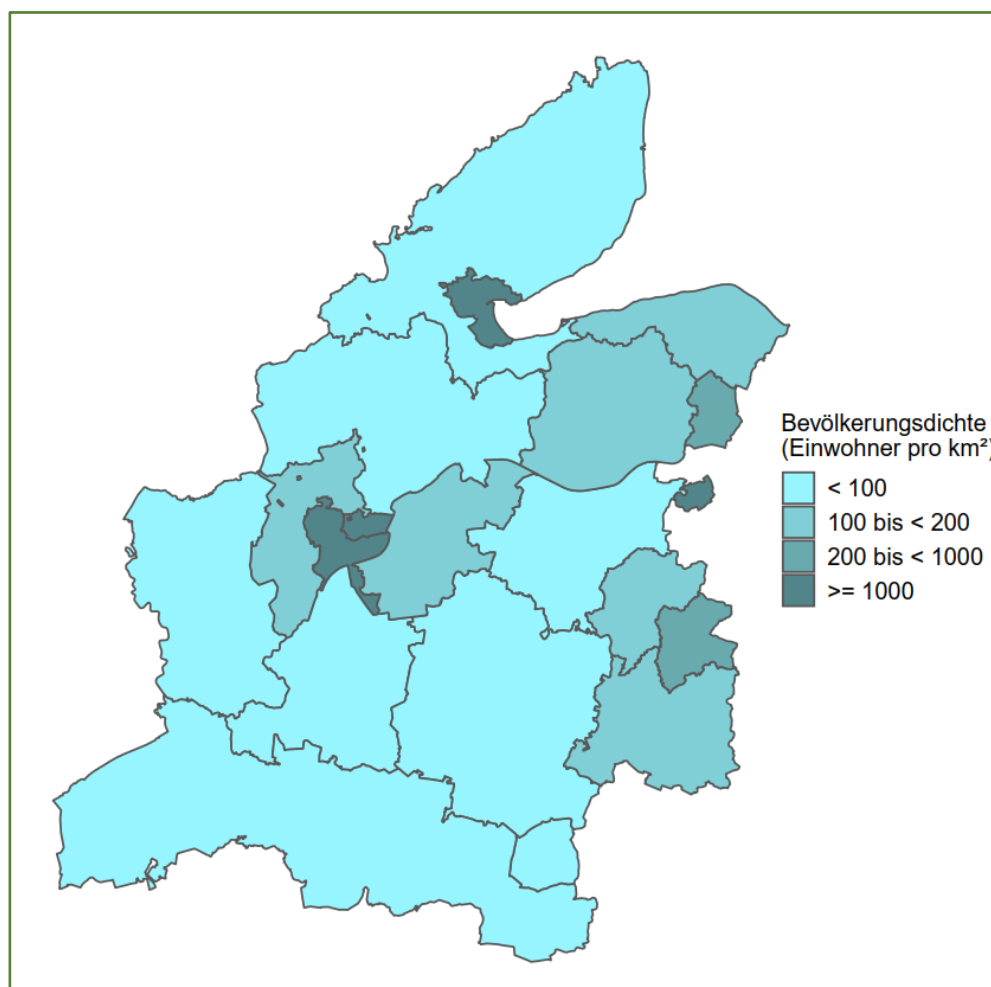


Abbildung 7: Bevölkerungsdichte im Kreis Rendsburg-Eckernförde,

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 8).

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

Jahr	Altersgruppen in Jahren				Bevölkerung gesamt
	Unter 20	20 bis unter 65	65 bis unter 80	ab 80	
2019	50.323	155.780	45.910	19.477	271.491
davon weiblich (%)	48,6	50,2	52,2	60,5	51,0
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
davon weiblich (%)	48,6	50,0	52,7	59,7	51,2

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

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

Jahr	Veränderung der relativen Anzahl an Einwohnern im Vergleich zu 2019 (%)				Bevölkerung gesamt
	Unter 20	20 bis unter 65	65 bis unter 80	ab 80	
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).



Kreis Rendsburg-Eckernförde

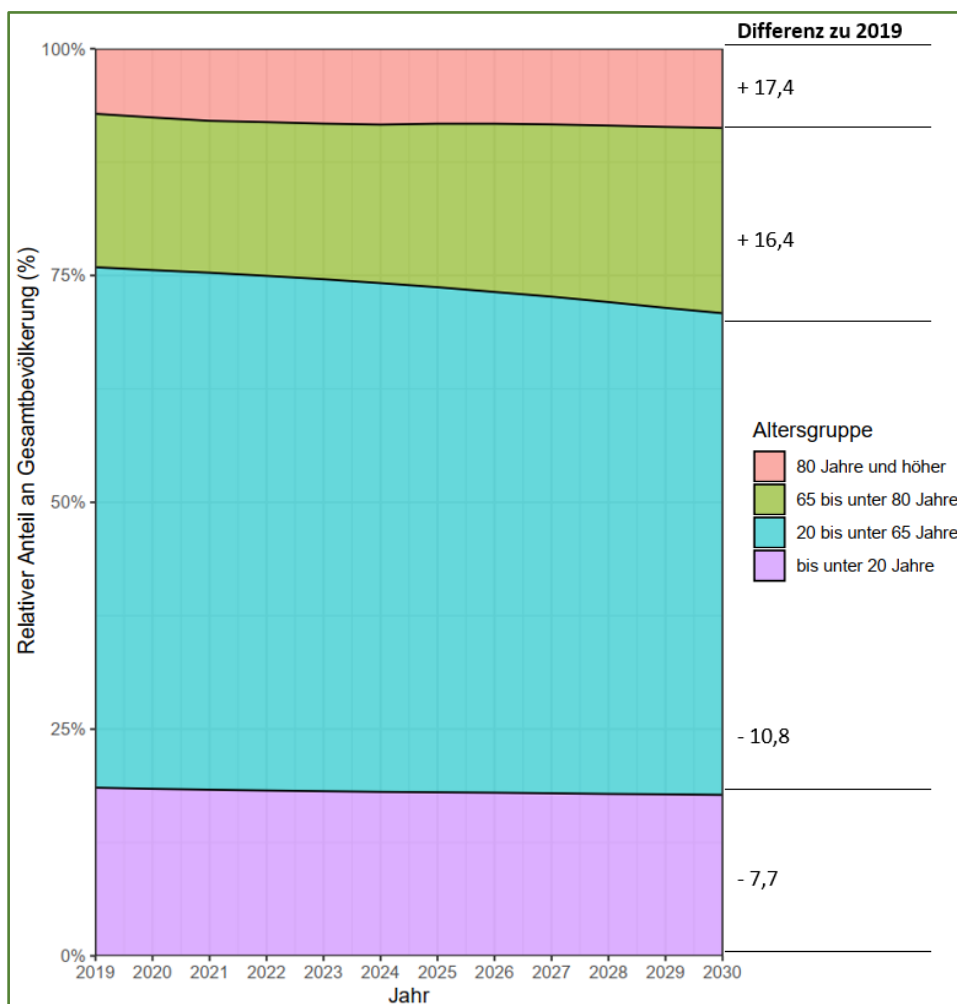


Abbildung 8: Entwicklung der Bevölkerungsanzahl im Kreis Rendsburg-Eckernförde differenziert nach Altersgruppen
Datengrundlage: Bevölkerungsprognose 2018 bis 2030 nach Gertz Gutsche Rümenapp GbR (2017).

In der Abbildung 9 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 10).

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.

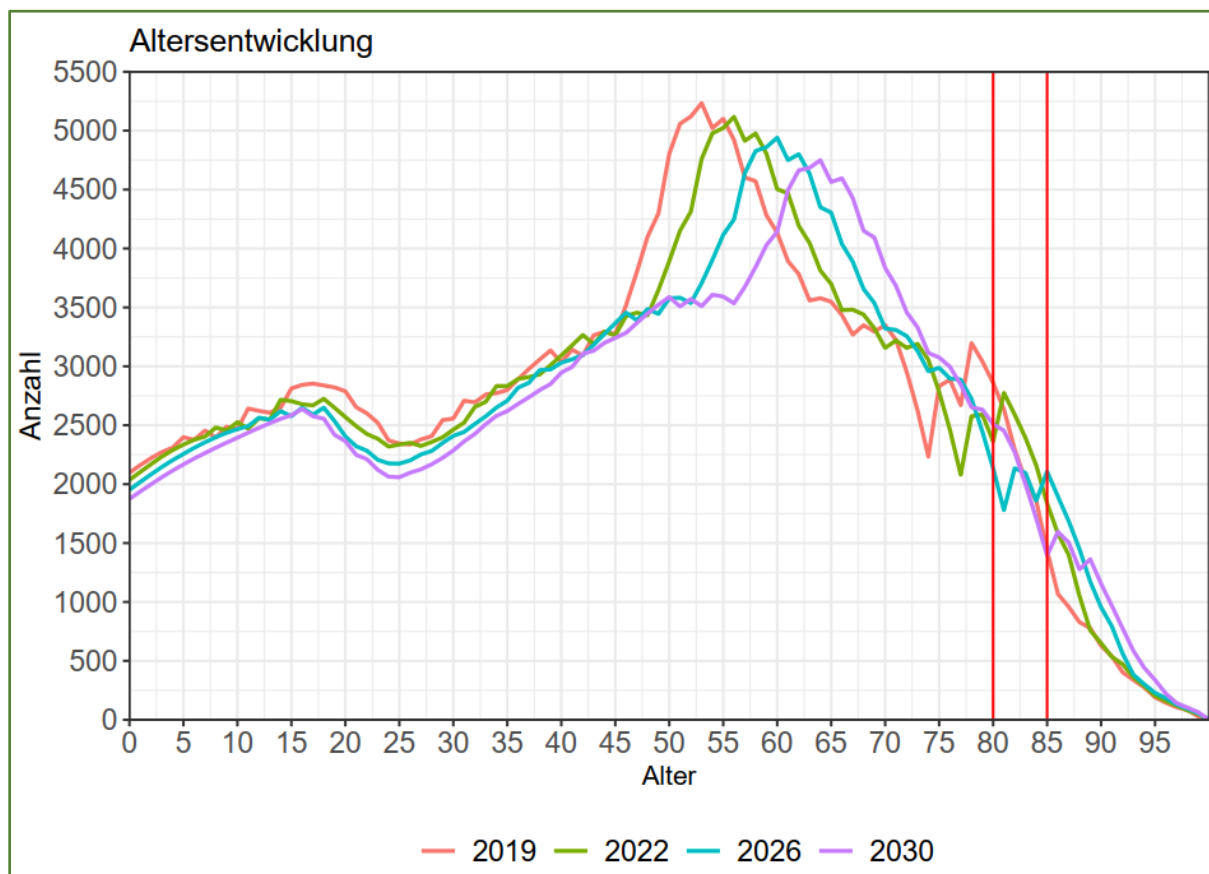


Abbildung 9: Altersentwicklung im Kreis Rendsburg-Eckernförde 2019-2030.

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.

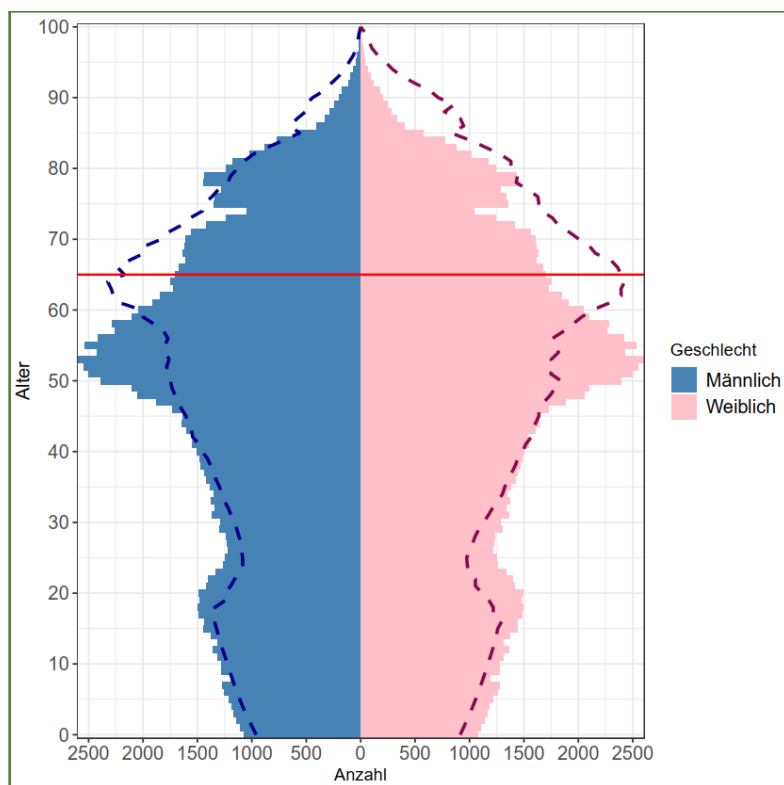


Abbildung 10: Bevölkerung nach Alter und Geschlecht 2019 und 2030 im Kreis Rendsburg-Eckernförde

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

Datengrundlage der Werte für Schleswig-Holstein: Statistisches Bundesamt (Destatis) (2019) 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



Kreis Rendsburg-Eckernförde



Mittelholstein und die amtsfreien Gemeinde Wasbek zugeordnet sind, hat eine deutlich geringere Bevölkerungsanzahl als die übrigen Nebenstellen des Pflegestützpunkts (Abbildung 11).

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.

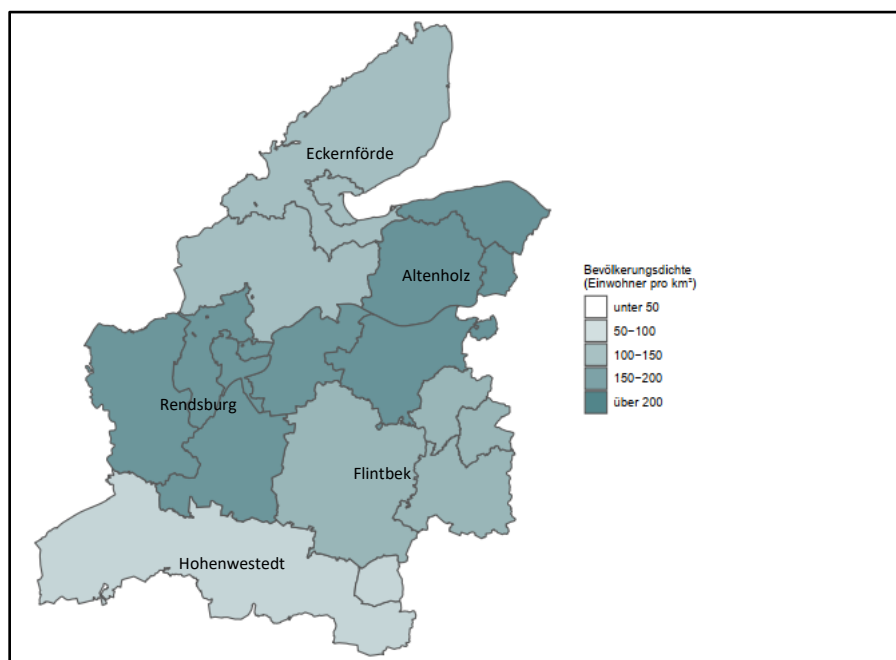


Abbildung 11: Bevölkerungsdichte auf Ebene der Nebenstellen des Pflegestützpunkts 2019

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
davon weiblich (%)	51,3	51,5	50,9	50,5	50,6
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
davon weiblich (%)	51,5	51,9	51,2	50,6	50,6
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 12): 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 12). 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 A 3.4 im Anhang enthält die Entwicklung der Anteile der Altersgruppen auf Ebene der Nebenstellen des Pflegestützpunkts. In der Abbildung 13 ist die projizierte Entwicklung der Bevölkerungspyramide pro Nebenstelle dargestellt.

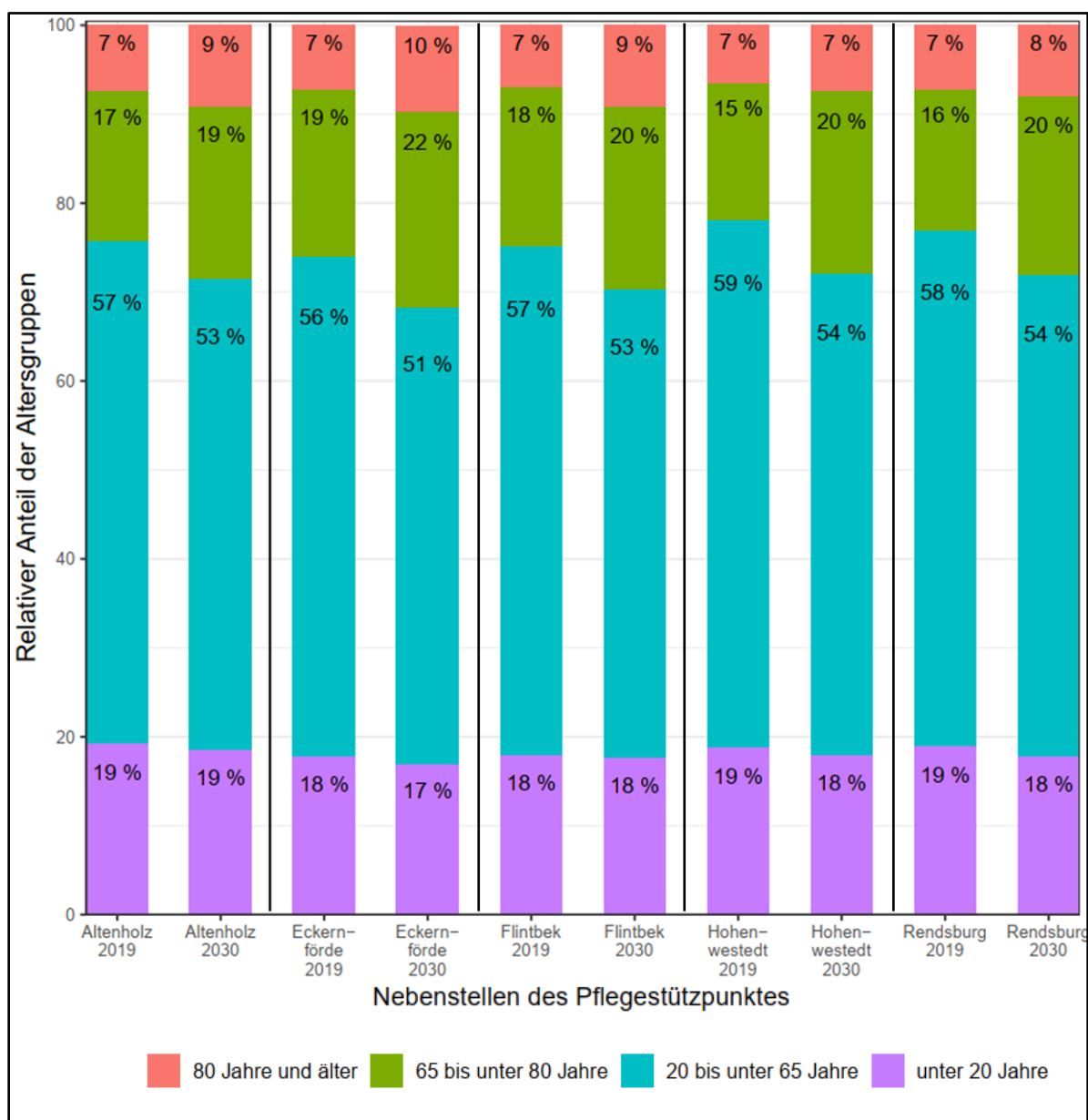


Abbildung 12: Verteilung der Altersgruppen nach Nebenstellen des Pflegestützpunkts 2019 und 2030

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

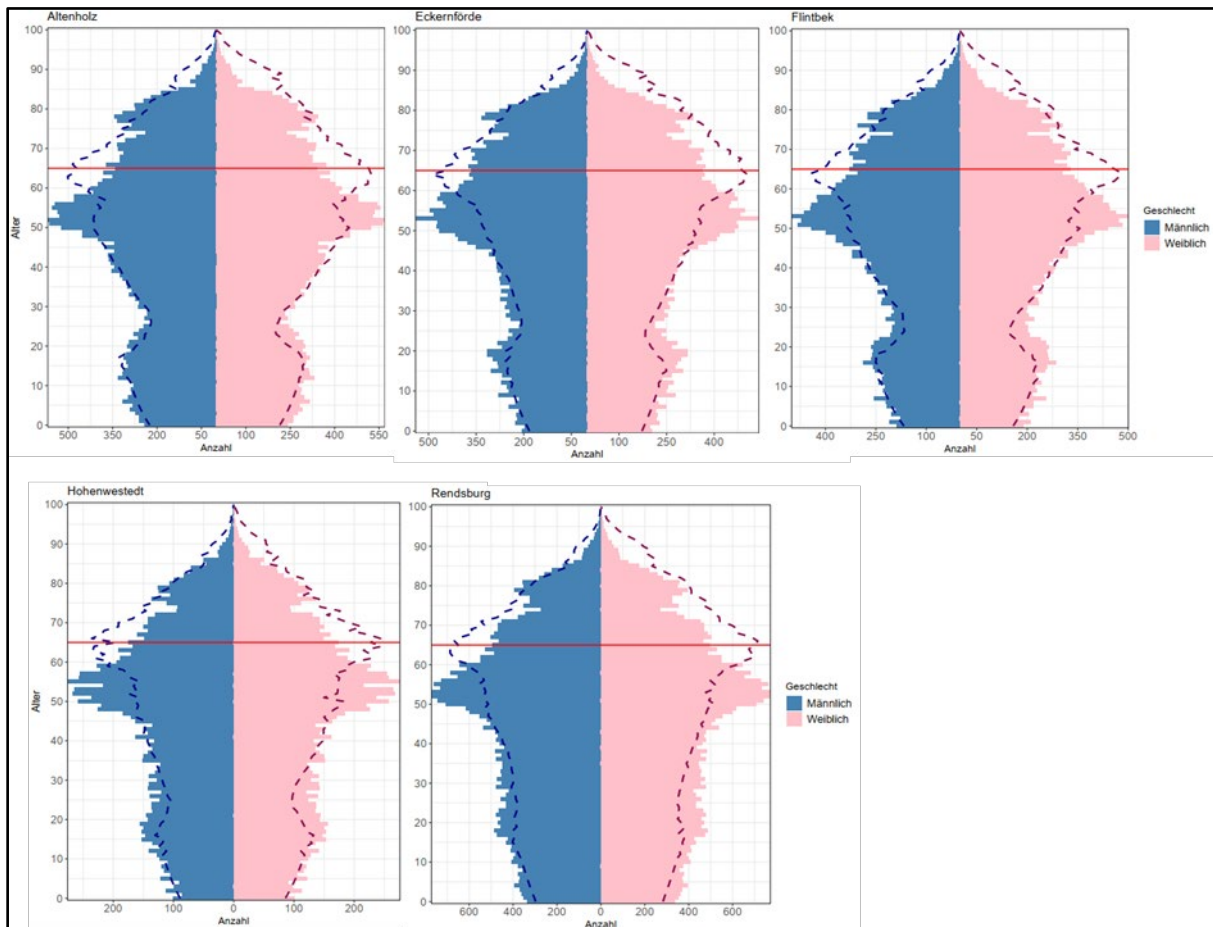


Abbildung 13: Altersentwicklung nach Geschlecht auf Ebene der Nebenstellen des Pflegestützpunkts 2019 und 2030

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)

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 A3.2 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 Rümenapp 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 14 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).

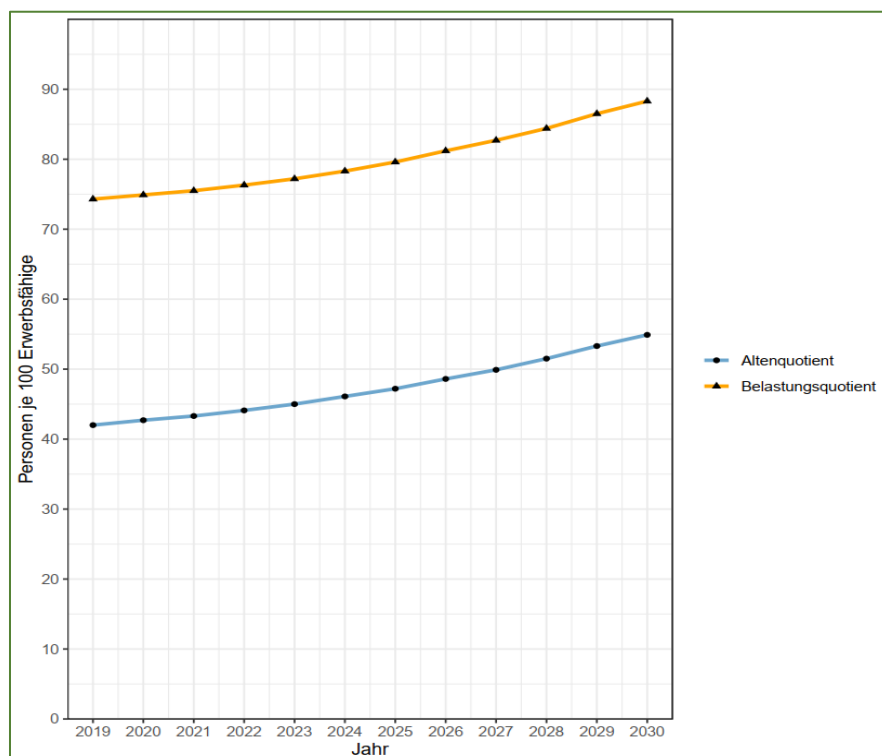


Abbildung 14: Alten- und Belastungsquotient 2019 bis 2030

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 (A3.3).

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

Jahr	Altenquotient				
	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

Jahr	Belastungsquotient				
	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

Jahr	Unterstützungskoeffizient				
	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 Rümenapp 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 4,5% 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 15).

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 15: 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 4,2% 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 16).



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%)
Durch 33 Pflegedienste mit 878 Beschäftigten*	In 65 Pflegeeinrichtungen mit 2.814 Beschäftigten*

Abbildung 16: 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 17).

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

		Anzahl der Leistungsempfänger*innen im Kreis im Jahr 2019	
Variable		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 17: 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
Pflegeldempfänger*innen	49,9	43,2
Pflegegrad 1 und ausschließlich landesrechtliche Leistungen 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).



Kreis Rendsburg-Eckernförde



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 18 und Abbildung 19 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 bei den 80- bis unter 90-Jährigen am niedrigsten ist (21,2%) und in Flintbek bei der Altersgruppe 90 Jahre und älter (56,7%). Das heißt, die Pflegequoten schwanken regional in den einzelnen Altersgruppen um mehr als 10%.



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

	Eckernförde	Rendsburg	Hohenwestedt	Altenholz	Flintbek
			n (%)		
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	2,2	3,8	8,5	23,0	58,2	
Weiblich	1,7	4,2	11,9	34,2	77,9	
Altenholz						
Gesamt	0,9	2,2	6,8	21,2	61,8	3,6
Männlich	1,0	2,3	6,6	17,4	50,2	
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	1,3	2,1	6,9	20,6	46,7	
Weiblich	0,8	2,7	7,4	29,5	66,7	

Datengrundlage: Pflegestatistik Rendsburg-Eckernförde 2019.



Kreis Rendsburg-Eckernförde

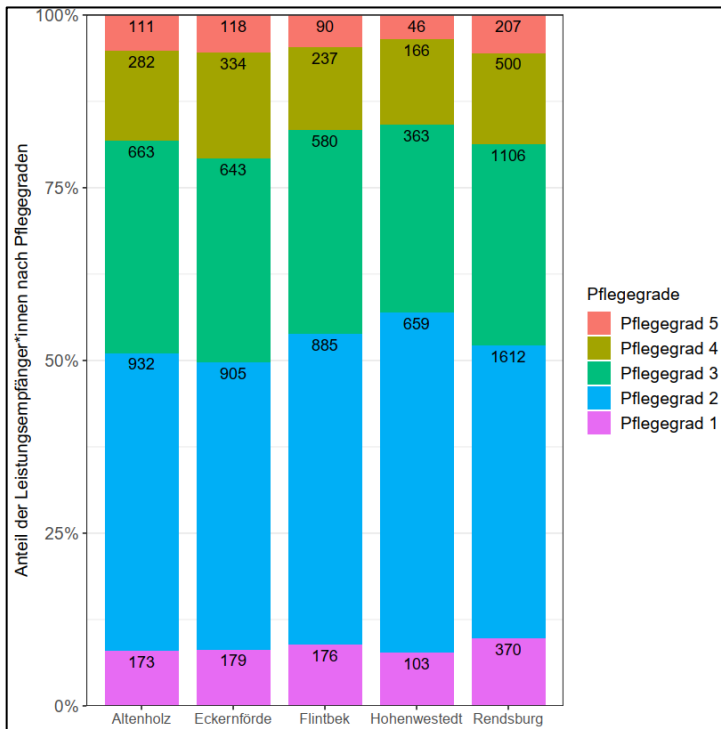


Abbildung 18: Anzahl der Leistungsempfänger*innen nach Pflegegraden mit Aufteilung nach den Nebenstellen des Pflegestützpunkts im Jahr 2019. Datengrundlage: Pflegestatistik Rendsburg-Eckernförde 2019.

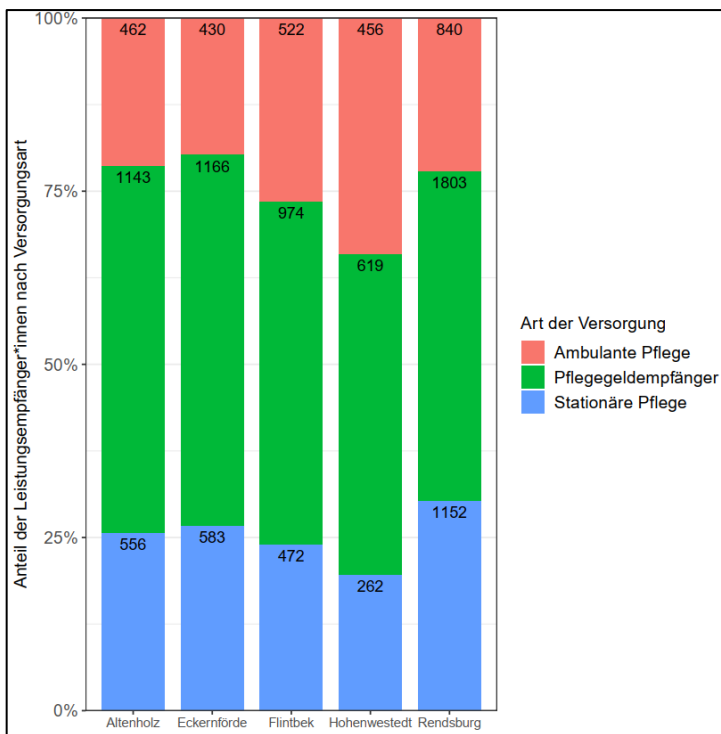


Abbildung 19: Anzahl der Leistungsempfänger*innen nach Versorgungsart mit Aufteilung nach den Nebenstellen des Pflegestützpunkts im Jahr 2019. Datengrundlage: Pflegestatistik Rendsburg-Eckernförde 2019.



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 20 bis Abbildung 24 zeigen die Einzugsbereiche der Nebenstellen des Pflegestützpunkts mit der Gesamtbevölkerung, der Anzahl der Leistungsempfänger*innen nach SGB XI und der geografischen Lage der in der Pflegestatistik 2019 angegebenen ambulanten Pflegedienste und stationäre Pflegeeinrichtungen. Für die Darstellung der geografischen Lage der Einrichtungen und Pflegedienste wurde auf die vom Pflegestützpunkt bereitgestellten Adressen zurückgegriffen. Die Anzahl der Einrichtungen und Pflegedienste in den bereitgestellten Adressenlisten weicht von der in der Pflegestatistik 2019 angegebenen Anzahl ab.

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, DOI: [10.21242/22411.2019.00.00.1.1.0, eigene Berechnungen].



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: DOI: [10.21242/22411.2019.00.00.1.1.0, eigene Berechnungen].

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.

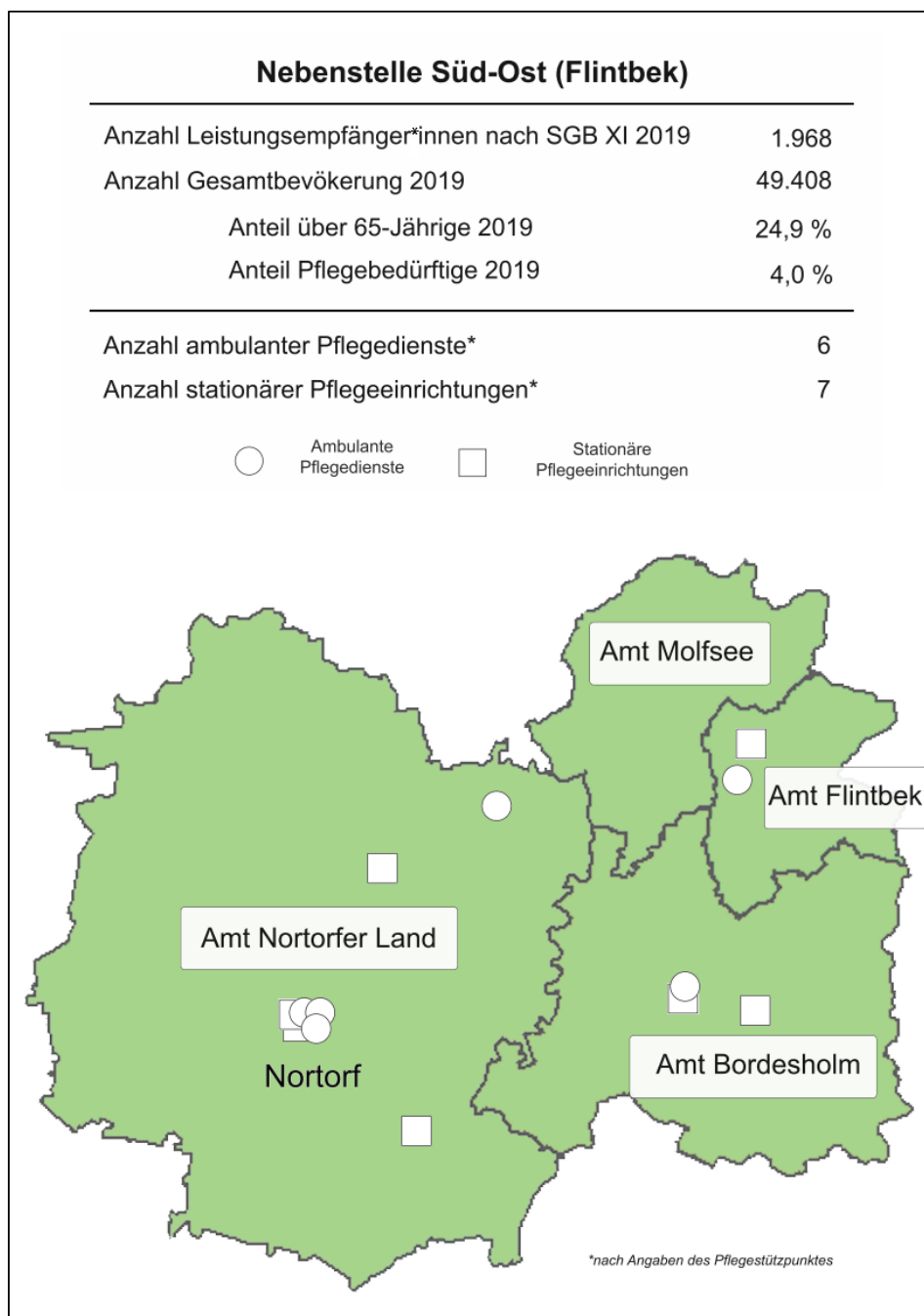


Abbildung 20: Bevölkerungsdaten und geografische Lage der Versorgungsangebote in der Nebenstelle Flintbek des Pflegestützpunktes

Datengrundlagen: Pflegestatistik Rendsburg-Eckernförde 2019, Bevölkerungsprognose der Gertz Gutsche Rümenapp GbR (2017), Einrichtungslisten des Pflegestützpunktes Rendsburg-Eckernförde (Stand: April 2021). Die Anzahl der Einrichtungen und Pflegedienste in den bereitgestellten Adressenlisten weicht von der in der Pflegestatistik 2019 angegebenen Anzahl ab.

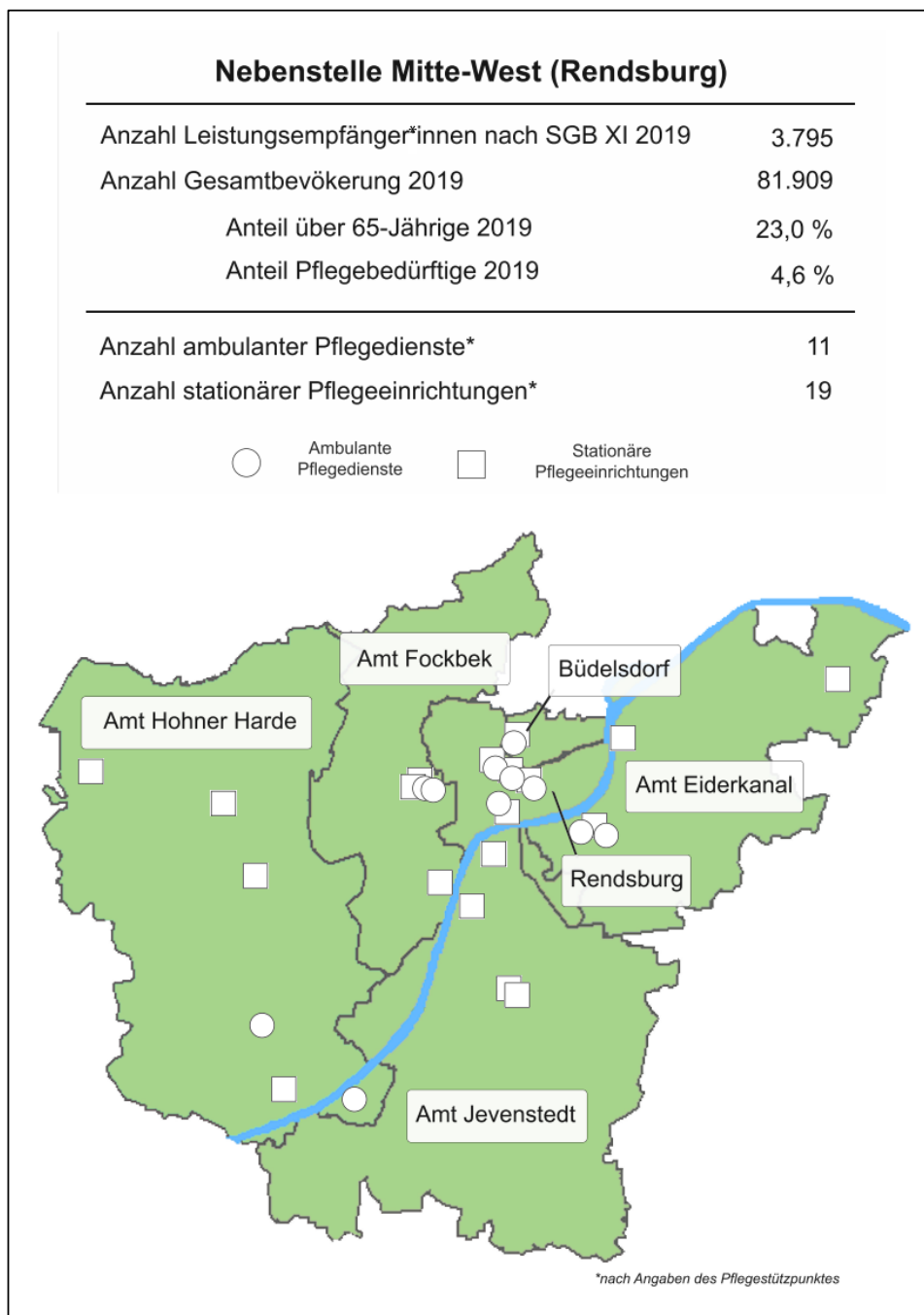


Abbildung 21: Bevölkerungsdaten und geografische Lage der Versorgungsangebote in der Nebenstelle Rendsburg des Pflegestützpunktes

Datengrundlagen: Pflegestatistik Rendsburg-Eckernförde 2019, Bevölkerungsprognose der Gertz Gutsche Rümenapp GbR (2017), Einrichtungslisten des Pflegestützpunktes Rendsburg-Eckernförde (Stand: April 2021). Die Anzahl der Einrichtungen und Pflegedienste in den bereitgestellten Adressenlisten weicht von der in der Pflegestatistik 2019 angegebenen Anzahl ab.

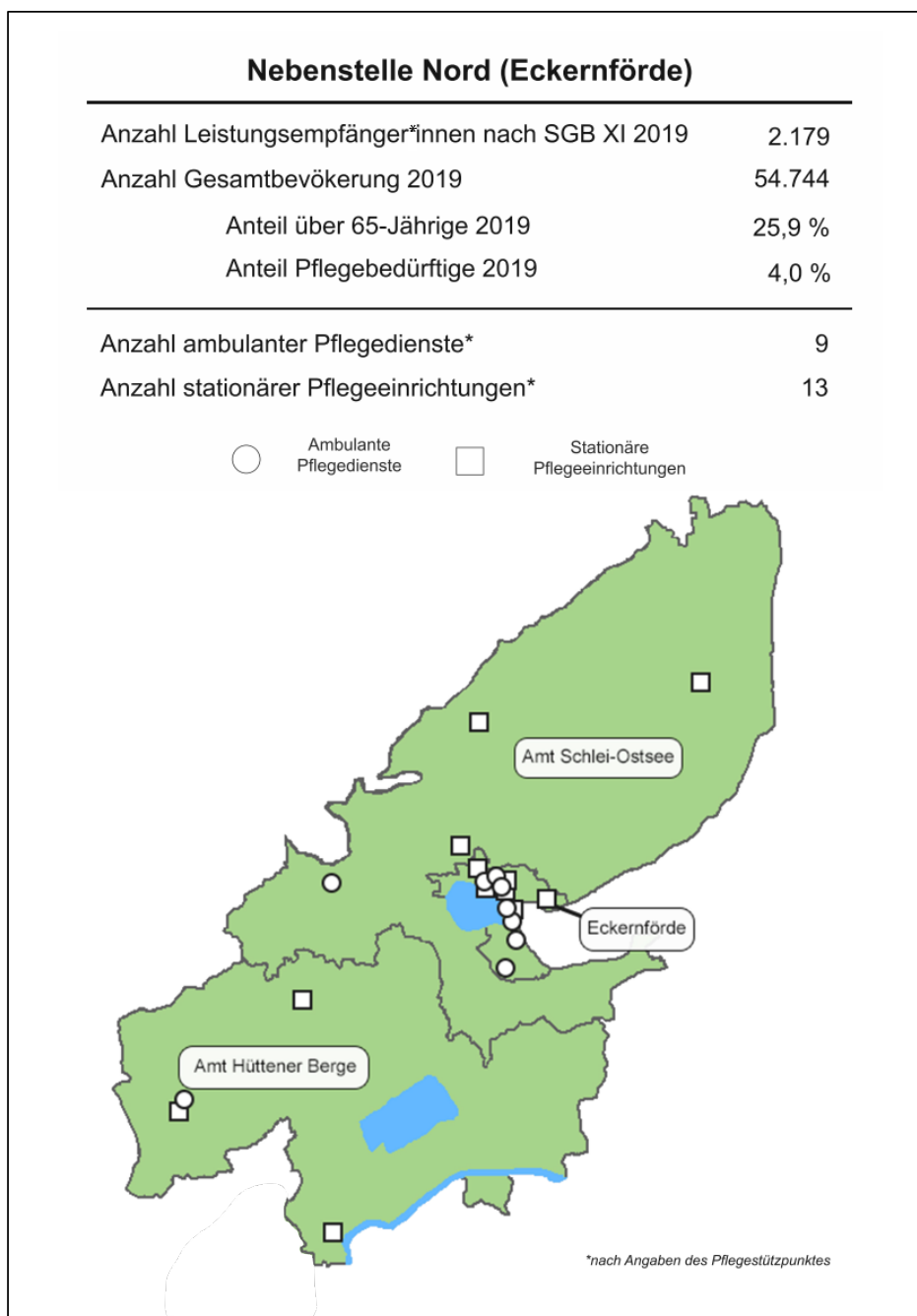


Abbildung 22: Bevölkerungsdaten und geografische Lage der Versorgungsangebote in der Nebenstelle Eckernförde des Pflegestützpunktes

Datengrundlagen: Pflegestatistik Rendsburg-Eckernförde 2019, Bevölkerungsprognose der Gertz Gutsche Rümenapp GbR (2017), Einrichtungslisten des Pflegestützpunktes Rendsburg-Eckernförde (Stand: April 2021). Die Anzahl der Einrichtungen und Pflegedienste in den bereitgestellten Adressenlisten weicht von der in der Pflegestatistik 2019 angegebenen Anzahl ab.

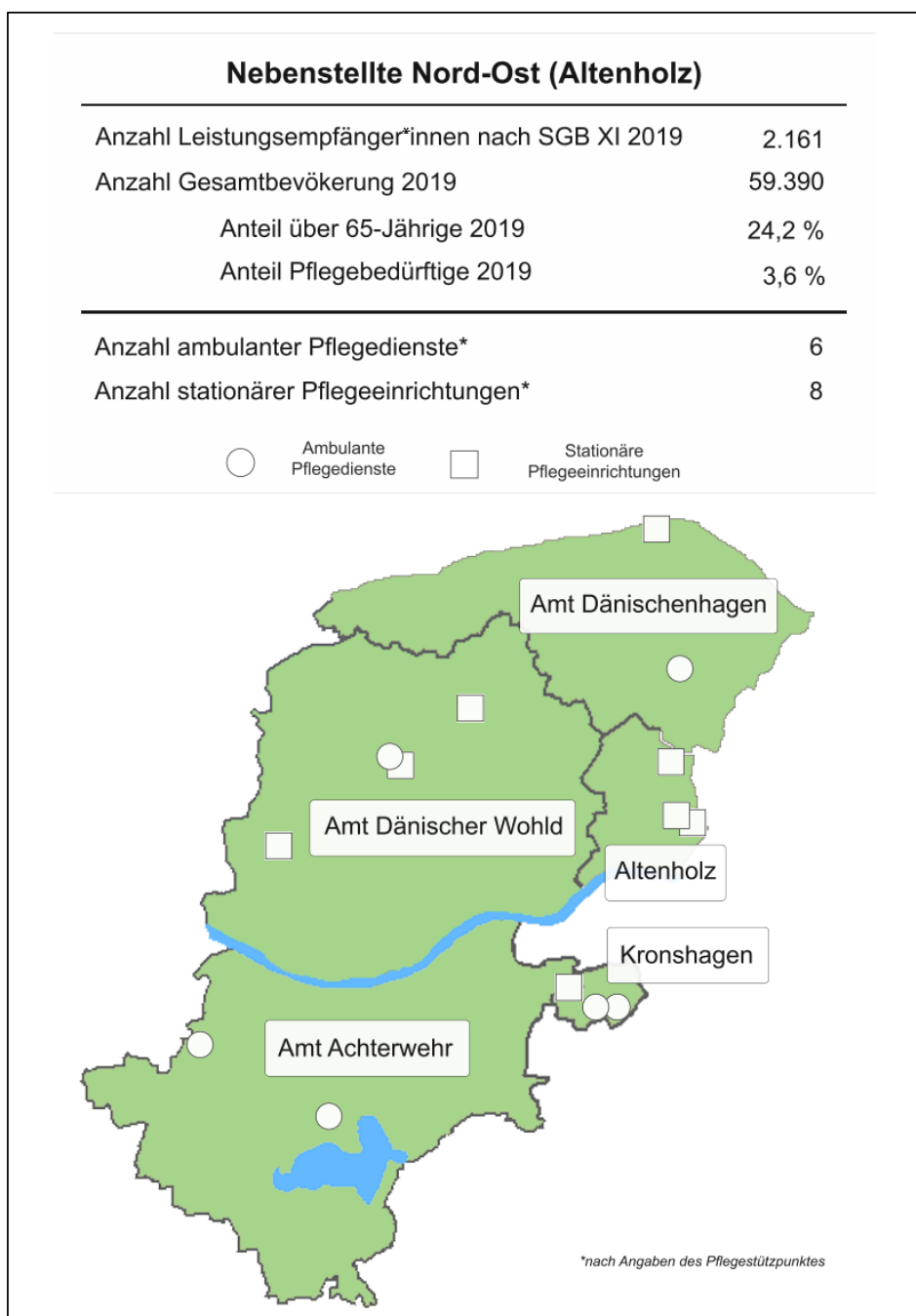


Abbildung 23: Bevölkerungsdaten und geografische Lage der Versorgungsangebote in der Nebenstelle Altenholz des Pflegestützpunktes

Datengrundlagen: Pflegestatistik Rendsburg-Eckernförde 2019, Bevölkerungsprognose der Gertz Gutsche Rümenapp GbR (2017), Einrichtungslisten des Pflegestützpunktes Rendsburg-Eckernförde (Stand: April 2021). Die Anzahl der Einrichtungen und Pflegedienste in den bereitgestellten Adressenlisten weicht von der in der Pflegestatistik 2019 angegebenen Anzahl ab.



Nebestelle Süd (Hohenwestedt)

Anzahl Leistungsempfänger*innen nach SGB XI 2019	1.337
Anzahl Gesamtbevölkerung 2019	26.040
Anteil über 65-Jährige 2019	21,8 %
Anteil Pflegebedürftige 2019	5,1 %

Anzahl ambulanter Pflegedienste*	4
Anzahl stationärer Pflegeeinrichtungen*	5

○ Ambulante Pflegedienste □ Stationäre Pflegeeinrichtungen



*nach Angaben des Pflegestützpunktes

Abbildung 24: 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). Die Anzahl der Einrichtungen und Pflegedienste in den bereitgestellten Adressenlisten weicht von der in der Pflegestatistik 2019 angegebenen Anzahl ab.



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%) beziehungsweise 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, 20,4%) (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	Ambulante Pflege	Pflegegeld
2019	35.117	31.689	56.348
2030	44.188	38.152	62.755
Differenz zu 2019, absolut und relativ (%)			
	9.071 (+25,8)	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).

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 25).

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
davon weiblich	42,8	51,7	55,9	66,3	76,7	
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
davon weiblich	42,7	52,1	56,4	65,7	70,7	
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.

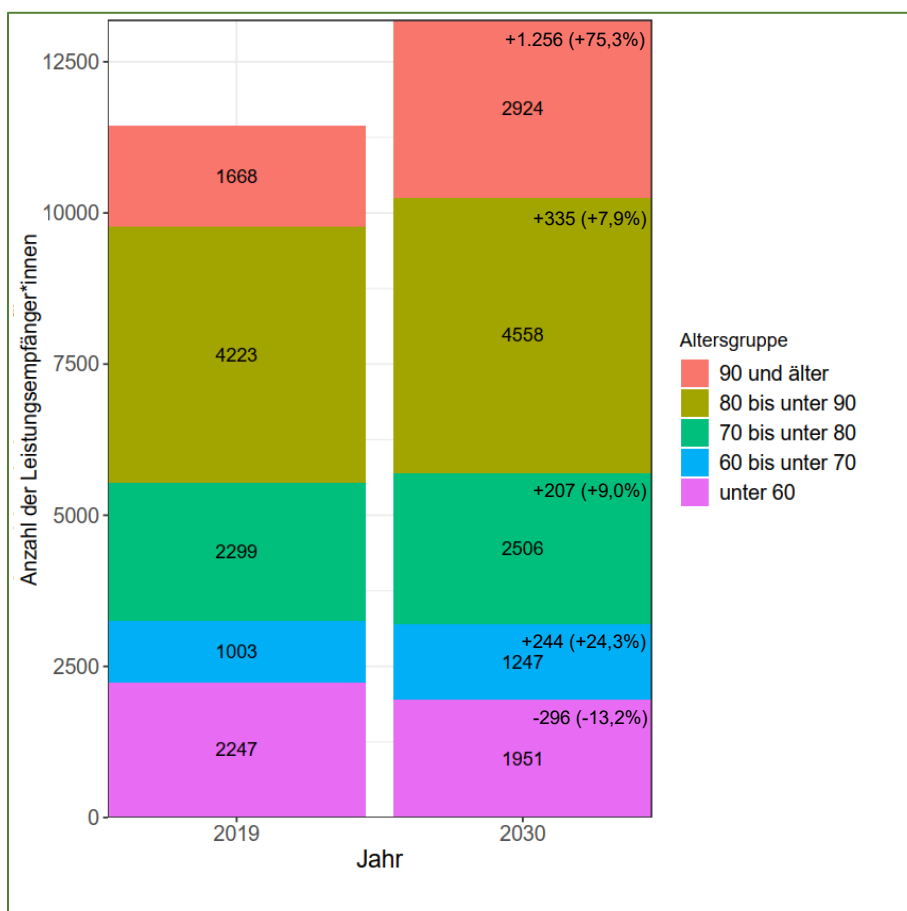


Abbildung 25: Entwicklung der Anzahl an Leistungsempfänger*innen nach Altersgruppen

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).

Entwicklung der Anzahl an Leistungsempfänger*innen nach Pflegegraden

Die Anzahl an Leistungsempfänger*innen wird in allen Pflegegraden zunehmen (Tabelle 41, Abbildung 26). 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.

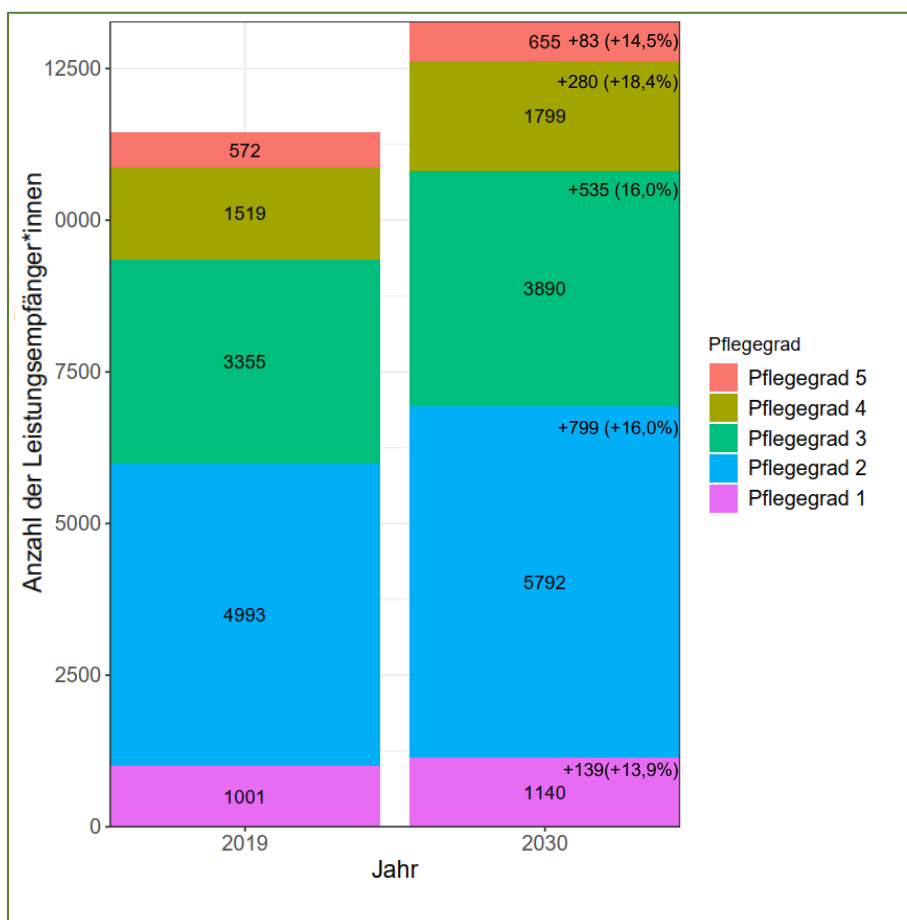


Abbildung 26: Entwicklung der Anzahl an Leistungsempfänger*innen nach Pflegegrad

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).

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 27).

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	1.721	503	5.705
2020	1.743	577	1.138	1.818	522	5.798
2022	1.702	607	1.126	1.942	536	5.913
2024	1.656	643	1.141	1.981	577	5.998
2026	1.610	677	1.191	1.882	677	6.038
2028	1.565	702	1.219	1.861	782	6.130
2030	1.530	704	1.259	1.857	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 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.

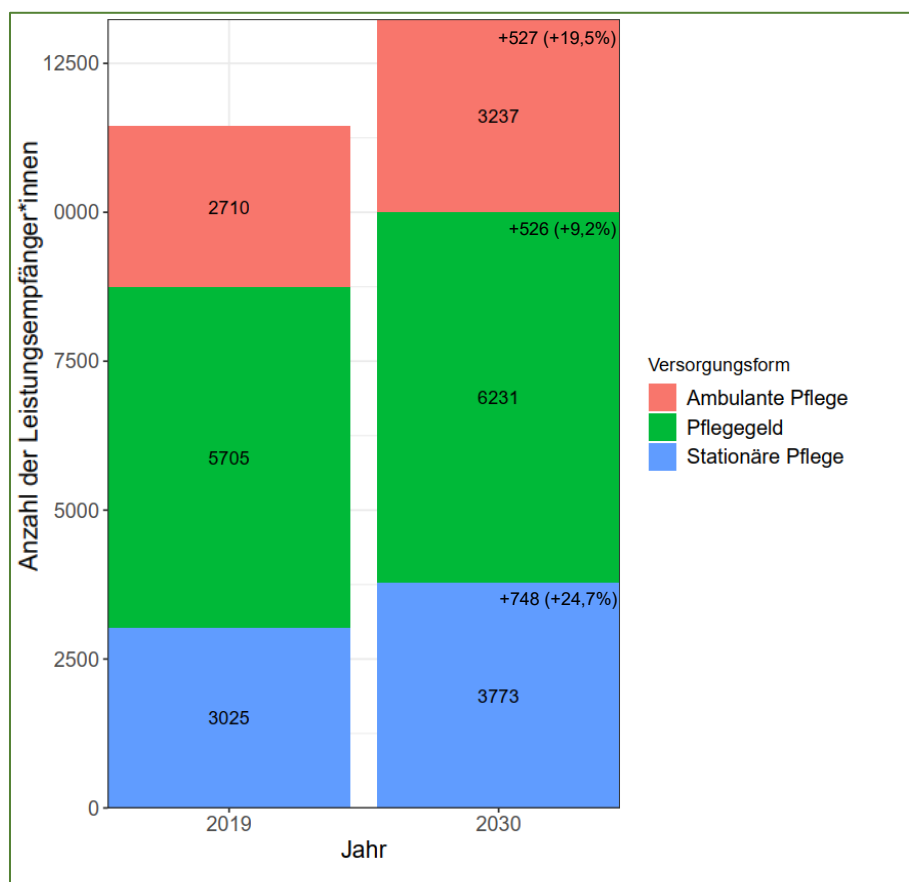


Abbildung 27: Entwicklung der Anzahl an Leistungsempfänger*innen nach Versorgungsart

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).

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



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 (inklusive Kurzzeitpflege)	Pflegegeld
Insgesamt	11.440 (100%)	2.710 (100%)	3.025 (100%)	5.705 (100%)
Pflegegrad 1	333 (2,9%)	299 (11,0%)	34 (1,1%)	-
Nur landesrechtliche Leistungen bzw. ohne Leistungen	668 (5,9%)	-	-	-
Pflegegrad 2	5.404 (47,2%)	1.366 (50,4%)	773 (25,6%)	3.265 (57,2%)
Pflegegrad 3	3.480 (30,4%)	713 (26,3%)	1.045 (34,5%)	1.722 (30,2%)
Pflegegrad 4	1.600 (14,0%)	256 (9,5%)	793 (26,2%)	551 (9,7%)
Pflegegrad 5	610 (5,3%)	75 (2,8%)	370 (12,2%)	165 (2,9%)
Pflegegrad	Anzahl der Leistungsempfänger*innen 2030			
	insgesamt	ambulante Pflege	vollstationäre Pflege (inklusive Kurzzeitpflege)	Pflegegeld
Insgesamt	13.186 (100%)	3.237 (100%)	3.773 (100%)	6.231 (100%)
Pflegegrad 1	499 (3,8%)	357 (11,0%)	42 (1,1%)	-
nur landesrechtliche Leistungen bzw. ohne Leistungen	641 (4,9%)	-	-	-
Pflegegrad 2	6.162 (46,7%)	1.632 (50,4%)	964 (25,6%)	3.566 (57,2%)
Pflegegrad 3	4.036 (30,6%)	852 (26,3%)	1.303 (34,5%)	1.881 (30,2%)
Pflegegrad 4	1.897 (14,4%)	306 (9,5%)	989 (26,2%)	602 (9,7%)
Pflegegrad 5	733 (5,6%)	90 (2,8%)	462 (12,2%)	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 (inklusive Kurzzeitpflege)	Pflegegeld
Insgesamt	+1.764 (+15,4%)	+527 (+19,4%)	+748 (+24,7%)	+526 (+9,2%)
Pflegegrad 1	+166 (+49,8%)	+58 (+19,4%)	+8 (+23,5%)	-
nur landesrechtliche Leistungen bzw. ohne Leistungen	-27 (-4,0%)	-	-	-
Pflegegrad 2	+758 (+14,0%)	+266 (+19,5%)	+191 (+24,7%)	+301 (+9,2%)
Pflegegrad 3	+556 (+16,0%)	+139 (+19,5%)	+258 (+24,7%)	+159 (+9,2%)
Pflegegrad 4	+297 (+18,6%)	+50 (+19,5%)	+196 (+24,7%)	+51 (+9,3%)
Pflegegrad 5	+123 (+20,2%)	+15 (+20,0%)	+92 (+24,9%)	+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 der Beschäftigten*	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 – Gesamtes Pflegepersonal

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%)

Vollzeitkräfte in der stationären Pflege im Kreis

2019	
Anzahl der Beschäftigten**	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%)

*Alten- und Krankenpflegefachpersonen (entspricht 40% des Pflegepersonals in ambulanten Pflegediensten im Kreis über alle Beschäftigungsverhältnisse).

**Gesamtanzahl der Beschäftigten über alle Qualifikationen und Beschäftigungsverhältnisse hinweg.



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	12.024
2024	2.407	2.393	2.177	1.391	3.920	12.288
2026	2.485	2.447	2.206	1.402	3.941	12.481
2028	2.575	2.540	2.268	1.427	4.015	12.825
2030	2.651	2.630	2.341	1.464	4.101	13.187
davon weiblich (%)	61	62	60	59	59	
Differenz zu 2019, absolut und relativ (%)	+490 (+24)	+451 (+21)	+373 (+19)	+127 (+10)	+306 (+8)	+1.747 (+15)

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).



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

	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
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).

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

	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).

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 ein höherer relativer und absoluter Zuwachs an Leistungsempfänger*innen erwartet (Tabelle 52).



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

	Altenholz	Eckernförde	Flintbek	Hohenwestedt	Rendsburg
2019					
Ambulante Pflege	462	430	522	456	840
Stationäre Pflege (inklusive Kurzzeitpflege)	556	583	472	262	1.152
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 (inklusive Kurzzeitpflege)	733	757	609	315	1.327
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 (inklusive Kurzzeitpflege)	+178 (+32)	+174 (+30)	+137 (+29)	+53 (+20)	+175 (+15)
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 Versorgungsbereich fällt der Mehrbedarf in der Nebenstelle des Pflegestützpunkts in Rendsburg am geringsten aus (+0,3% Versorgungsplätze).



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

	Eckernförde	Rendsburg	Hohenwestedt	Altenholz	Flintbek
Ambulante Versorgung auf Ebene der Nebenstellen des Pflegestützpunkts					
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%)

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.

4.6 Zusammenfassung

4.6.1 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, 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.

Zusammenfassung: Die weitere demografische Entwicklung ist mit einem verhältnismäßig starken Anstieg des Anteils der Menschen im nicht mehr erwerbsfähigen Alter (65 Jahre und älter) bei einer Abnahme des Anteils der jüngeren, erwerbstätigen Menschen verbunden. Dies führt einerseits zu einem potenziell erhöhten Unterstützungsbedarf, andererseits zu einem geringeren Anteil an Menschen, die beruflich für Pflege- und andere Unterstützungsleistungen zur Verfügung stehen. Um eine Reduktion des Unterstützungskoeffizienten auf 1,8 bis 2030 – d.h. auf eine Anzahl von weniger als zwei unterstützungsfähigen Personen im Alter unter 65 Jahren pro eine potenziell unterstützungsbedürftige Person im Alter 65+ – zu vermeiden bzw. zu kompensieren, empfiehlt sich die Schaffung von Strukturen, die die ehrenamtliche Einbindung unterstützungsbereiter und -fähiger Menschen im Alter 65+ sowie jüngerer Familienmitglieder in die informelle Pflege erleichtern und fördern. Dies ist eine gesundheits- und sozialpolitische Aufgabe auf allen Ebenen.



4.6.2 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 Unterstützungskoeffizient 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.

Zusammenfassung: Der Altenquotient im Kreis Rendsburg-Eckernförde weicht nicht von dem in anderen Kreisen mit ähnlicher Bevölkerungsstruktur ab, liegt aber höher als im Durchschnitt des Bundeslandes Schleswig-Holstein. Darüber hinaus ist von einem Stadt-Land-Gefälle auszugehen. Dies bedeutet, dass die stärksten Bedarfe für den Ausbau vor allem ambulanter



Versorgungsstrukturen insbesondere in den Einzugsgebieten der Nebenstellen des Pflegestützpunktes mit relativ geringer Bevölkerungsdichte bestehen.

4.6.3 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 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.

Bezogen auf die einzelnen Versorgungsarten innerhalb des Kreises ist der größte Zuwachs an Leistungsempfänger*innen im Bereich der stationären Versorgung zu erwarten. 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. Am stärksten ist der Bedarfsanstieg in diesem Versorgungsbereich in den Einzugsgebieten der Nebenstellen Flintbek (+21%) und Eckernförde (+16%). Demgegenüber ist im Bereich der ambulanten Pflege mit einem Anstieg der Leistungsempfänger*innen um 19,4% zu erwarten, am stärksten im Einzugsgebiet Altenholz (+20%), gefolgt von Flintbek und Eckernförde (jeweils 19%).

Zusammenfassung: Im Vergleich zum Land Schleswig-Holstein ist vor allem mit einem deutlich stärkeren Anstieg der Pflegegeldempfänger*innen im Kreis Rendsburg-Eckernförde als im Landesdurchschnitt zu rechnen. Innerhalb des Kreises erhöht sich jedoch voraussichtlich die Anzahl der Leistungsempfänger*innen im Bereich der stationären Pflege am stärksten, gefolgt von der ambulanten Pflege. In beiden Versorgungsbereichen sind die größten relativen Zuwächse des Pflegebedarfs in den Einzugsgebieten der Nebenstellen Altenholz, Eckernförde, Flintbek und (mit etwas Abstand) Hohenwestedt zu erwarten.



5 Ergebnisse: Pflegekonferenz

Nach dem ersten Informationsschreiben des Kreises haben sich 95 Personen verschiedene 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 Kleinteams)	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 28). 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 bedarfsgerechter Technologien. Die Akteure im Bereich Pflegestützpunkt/Beratung benannten neben der Nachwuchsgewinnung vor allem die Erweiterung der Aufgaben von ambulanten Pflegediensten sowie



Kreis Rendsburg-Eckernförde



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.

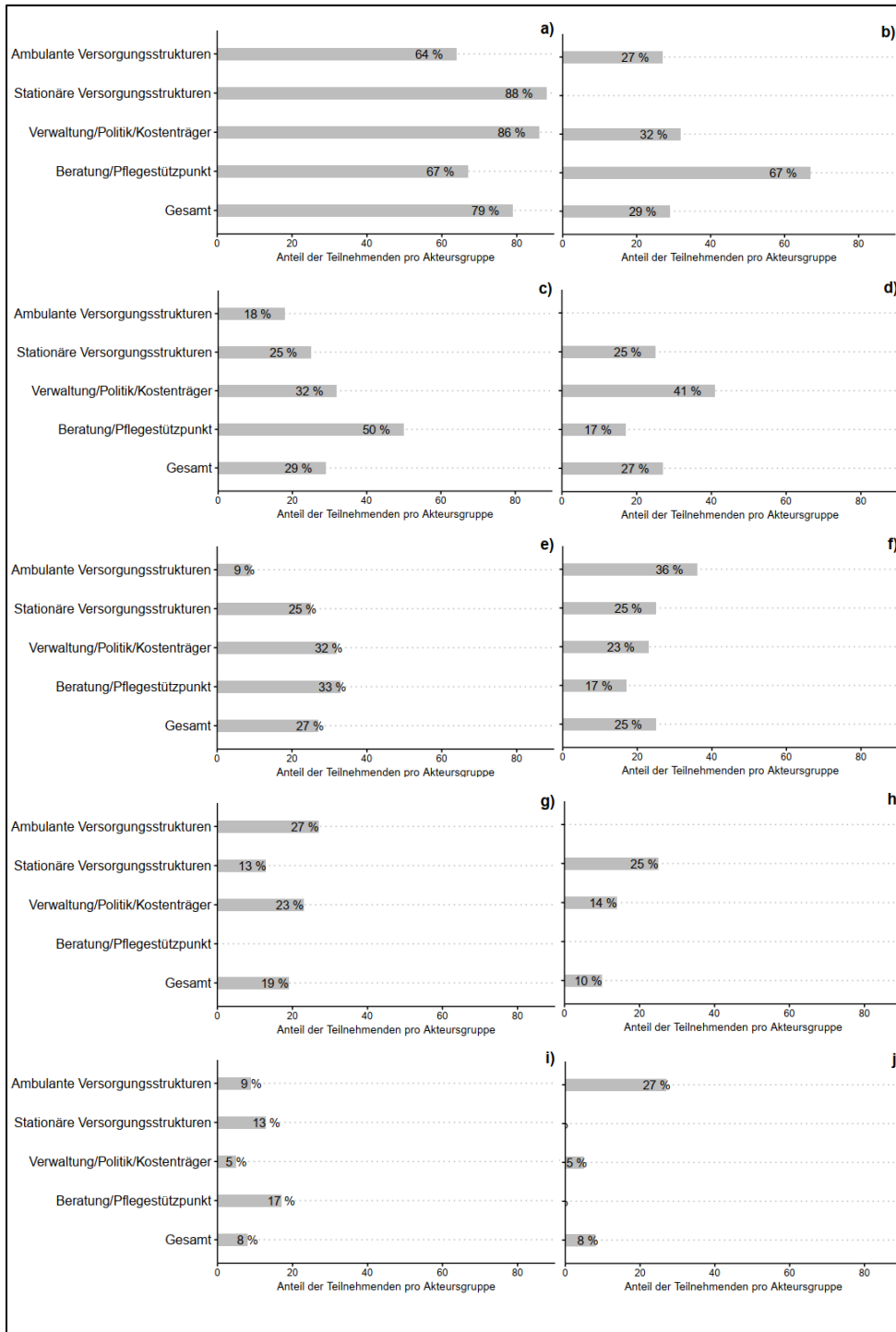


Abbildung 28: Benannte Handlungsfelder differenziert nach Akteursgruppen

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 Gemeindepflegefachperson („Gemein-deschwester“) (n = 12, 34%) (Tabelle 56).

Tabelle 56: Bewertung von speziellen Handlungsfeldern in der ambulanten Versorgung

	Fragenkomplex: ambulante Versorgung (n=43)				Anzahl
	n (%)*				
	Trifft voll zu	Trifft eher zu	Trifft eher nicht zu	Trifft gar nicht zu	Kann ich nicht einschätzen
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 anderen 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 Betreuungsbedarf, 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 Gemeindegewerkschaft 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 (Pflegewohngemeinschaften, Mehrgenerationenhäuser) und die Förderung des betreuten Wohnens (Tabelle 59).

Tabelle 58: Bewertung alternativer Versorgungsstrukturen

	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 Pflege-wohngemeinschaften oder Mehrgenerationshäuser, 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 (Pfle- gewohngemeinschaften, Mehrgeneratio- nenhäuser)	24 (57)	15 (36)	3 (7)	0	42
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 neurodegenera- tiven Erkrankungen	14 (34)	22 (54)	5 (12)	0	41
Förderung mobiler Technologien mit Mo- nitoring 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 (Pfle- geroboter etc.), welche die Pflege entlas- ten	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 der Themenräume

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 niedrighschwellige 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• Tradiertere 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○ Berater*innengruppe 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 Krankenhausaufenthalten 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 h/7Woche 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
Wohnen im Alter	<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
Alternative Modelle	<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
Zukunftslabor	<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 Pflegender, 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 (siehe zur Bedarfsanalyse Kurzzeitpflege auch Kapitel 6).

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 wurden 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 können mehr Synergien genutzt werden, beispielweise durch ein gemeinsames Portal im Kreis.



5.3 Zusammenfassung

Übergreifend verweisen die Befragungs- und Diskussionsergebnisse der Pflegekonferenz auf zwei zentrale Herausforderungen für die Aufrechterhaltung und Weiterentwicklung des bedarfsgerechten pflegerischen Versorgungsangebots im Kreis Rendsburg-Eckernförde: zum einen den Bedarf an alternativen Wohnformen und ambulanten oder vernetzt ambulant-stationären Pflegeangeboten, zum anderen den Mangel an Fachpersonal im Pflegeberuf.

Wohnen im Alter und Stärkung der ambulanten Pflege und transsektoraler Versorgungsnetze

Laut der Projektion wird die stationäre Versorgung den größten Zuwachs an Leistungsempfänger*innen erhalten (siehe Kapitel 4.5). 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



Kreis Rendsburg-Eckernförde



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 et al., 2016).

Im Kreis Rendsburg-Eckernförde wurden im Jahr 2019 über 80% der Leistungsempfänger*innen des SGB XI zu Hause versorgt, davon nicht einmal 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).

Zusammenfassung: Auch im hohen Alter und bei Pflegebedürftigkeit möchten die Menschen in ihrer eigenen Häuslichkeit wohnen bleiben. Um dies zu ermöglichen, sind alternative gemeindebasierte altersgerechte Wohnformen sowie Versorgungsnetze notwendig, die professionelle, familiäre und ehrenamtliche Pflege- und Betreuungsangebote sowie Behandlungseinrichtungen anderer Berufsgruppen (z. B. Arztpraxen) vernetzen. Ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen bzw. -dienstleistungen sollten hierbei stärker kooperieren, um individuelle Bedarfe, z. B. eine vorübergehende Erhöhung von Pflegebedarf oder spezielle Pflegeleistungen in der häuslichen Pflege, besser abzubilden, ohne dass Umzüge aus vertrauter Umgebung erforderlich sind.



Personalmangel

Dem sinkenden Unterstützungskoeffizienten steht auch ein Personalmangel im Bereich der formellen 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 Krankenpflege ($n = 2.393$, 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 PflBG 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).

Zusammenfassung: Für die Gewinnung und vor allem auch das Halten von Pflegefachpersonen und weiterem Pflegepersonal ist vermutlich eine Kombination von Maßnahmen erforderlich, 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 Ergebnisse: Pflegebedarfsanalyse Kurzzeitpflege

Insgesamt wurden 72 potenziell geeignete Institutionen oder Organisationen per E-Mail angeschrieben (Tabelle 61). Knapp ein Drittel dieser Anfragen (n=22) mündete in eine Rückantwort. In vier Fällen sahen sich die Adressaten als nicht auskunftsfähig zu dem Thema an, eine weitere angeschriebene Institution/Organisation sagte aufgrund knapper zeitlicher Ressourcen ab, in einem weiteren Fall konnte ein geplantes Interview aus persönlichen Gründen der Interviewpartnerin/des Interviewpartners nicht stattfinden.

Tabelle 61: Rekrutierungsstatistik

Institution/Organisation	Anzahl der angeschriebenen potenziellen Teilnehmer*innen	Anzahl der Rückantworten
Pflegestützpunkt inklusive Nebenstellen	8	7
Akutkrankenhäuser/Rehabilitationseinrichtungen	7	3
Selbsthilfegruppen	4	3
Ambulante Pflegedienste	9	1
Einrichtungen der stationären Langzeitpflege mit Kurzzeitpflegeplätzen	22	3
Übergeordnete Träger von ambulanten und stationären Pflegeleistungen	12	1
Hausärztliche Versorgung	7	1
Sonstige*	3	3
Gesamt	72	22

*Interessenvertretung der Kostenträger, Pflegeinitiative, Aufsichtsbehörde nach dem Selbstbestimmungsrecht.

Insgesamt konnten somit 18 Expert*innen in 16 Interviews interviewt werden:

- (1) Pflegestützpunkt und deren Nebenstellen (n=7)
- (2) Interessenvertretung der Kostenträger (n=1)
- (3) Sozialdienst und Pflegedienstleitung von Akutkrankenhäusern (n=2, davon ein Interview mit zwei Teilnehmer*innen)
- (4) Einrichtungsleitung und Planungsverantwortliche bei Trägern ambulanter und stationärer Pflegeleistungen (n=3)
- (5) Selbsthilfeorganisationen (n=2, davon ein Interview mit zwei Teilnehmer*innen)
- (6) Sonstige (Interessenvertretung Einrichtungsträger, n=1)

Die Interviews wurden im Februar und März 2022 geführt. Im Folgenden werden zentrale Themen beschrieben, die in den Interviews identifiziert wurden.



6.1 Kurzzeitpflegeinfrastruktur (qualitative Studie)

6.1.1 Derzeitige Strukturen der Kurzzeitpflege im Kreis Rendsburg-Eckernförde

Im Kreis Rendsburg-Eckernförde gibt es derzeit ausschließlich eingestreute Kurzzeitpflegeplätze in Einrichtungen der stationären Langzeitpflege.

Eine zentrale Herausforderung liegt aus Sicht der interviewten Akteure in einem lediglich „*theoretisch*“ (Interview 2, Absatz 5) vorhandenen Angebot von etwa 177 Kurzzeitpflegeplätzen in Schleswig-Holstein. Insgesamt wird kritisch angemerkt, dass es keine tagesaktuelle Übersicht über die verfügbaren Kurzzeitpflegeplätze gibt. Über Informationsportale wie beispielsweise die Plattform „Pflegeplatzmanager.de“ können zwar Einrichtungen gesucht werden, die Kurzzeitpflege anbieten, allerdings gibt es kein Portal, das täglich aktualisiert verfügbare Plätze anzeigt.

Häufig gehen Personen mit Pflegebedarf von einem Kurzzeitpflegeplatz direkt in die Inanspruchnahme von stationärer Langzeitpflege über. Schätzungen der Interviewpartner*innen zufolge betrifft dies ca. 50% der Kurzzeitpflegegästen. Der Platz wird dann erst wieder für die Kurzzeitpflege frei, wenn eine Person mit Pflegebedarf auszieht. Derzeit besteht keine Verpflichtung, Kurzzeitpflegeplätze freizuhalten. Von einem Teilnehmer wird geschätzt, dass 60 bis 80% des Angebots aus diesem Grund nicht abgerufen werden kann.

Für das Angebot von Kurzzeitpflegeplätzen bestehen für Anbieter der stationären Langzeitpflege zu wenige Anreize. Kurzzeitpflege unterscheidet sich von der stationären Langzeitpflege, da die Gäste häufig aufgrund einer Krisensituation und mit einem entsprechend hohen Bedarf an behandlungspflegerischen und therapeutischen Maßnahmen kommen.

„Kurzzeitpflege hat eher einen rehabilitativen Ansatz [...]. Also diese intensive, auch therapeutische Betreuung, die in der Kurzzeitpflege ist, die haben wir in dem Maß / können wir in der Langzeitpflege so gar nicht sicherstellen (aus Interview 12 Absatz 13).“

Durch die zeitliche Begrenzung des Aufenthalts und damit einhergehend einen häufigen Wechsel der Gäste ist die Kurzzeitpflege mit einem hohen bürokratischen Aufwand und höherem Bedarf an personellen Ressourcen verbunden. Hinzukommt, dass unbesetzte Plätze nicht refinanziert werden, sodass die wirtschaftlichen Anreize, Kurzzeitpflegeplätze anzubieten, als unzureichend beschrieben werden. Dies hat zur Folge, dass eher Kurzzeitpflegegäste aufgenommen werden, von denen anzunehmen ist, dass sie anschließend direkt in die stationäre Langzeitpflege übergehen, und planbare Kapazitäten für die Kurzzeitpflege zur Überbrückung eines vorübergehend erhöhten Pflegebedarfs oder für die Verhinderungspflege nicht zur Verfügung stehen.



6.1.2 Einschätzung des aktuellen Angebots

Übereinstimmend wurde das Angebot für den Kreis Rendsburg-Eckernförde als nicht ausreichend beurteilt. Sowohl eine kurzfristige Aufnahme zur Überbrückung einer Krisensituation oder zur vorübergehenden pflegerischen Unterstützung nach einem Krankenhausaufenthalt als auch eine längerfristig geplante Verhinderungspflege wurden als schwer umsetzbar beurteilt. Die Anzahl der Bedarfsfälle nach einem Krankenhausaufenthalt wurde als etwas höher eingeschätzt im Vergleich zum Bedarf für Verhinderungspflege. Ein Anbieter stationärer Langzeitpflege gab für das Jahr 2021 an, 456 Anfragen für einen Kurzzeitpflegeplatz in dieser Einrichtung erhalten zu haben. Über die Hälfte der Anfragen bezog sich auf die Kurzzeitpflege im Sinne einer vorübergehenden Betreuung, mit dem Ziel, in die eigene Häuslichkeit zurückzukehren. Die Einrichtung bietet acht Kurzzeitpflegeplätze an, von denen durchschnittlich fünf belegt sind. Da die Plätze eingestreut sind, werden die anderen alternativ mit Langzeitpflegebewohner*innen belegt.

Aus Sicht der Pflegestützpunkte wird die Anzahl der Anfragen für die Kurzzeitpflege im Sinne des SGB XI im Durchschnitt zwischen 10 bis 20 pro Jahr pro Nebenstelle geschätzt (soweit vorliegend: Altenholz 10 Anfragen, Eckernförde und Flintbek: jeweils 10 bis 20 Anfragen), für alle Einzugsbereiche des Pflegestützpunktes wurde für den Zeitraum 2017 bis 2021 eine Anzahl zwischen 168 (2019) und 283 (2021) angegeben, mit einem Median von 213 Anfragen³. Zum Anlass der Anfragen konnten keine Angaben gemacht werden. Die Akutkrankenhäuser schätzten den Bedarf an Kurzzeitpflegeplätzen auf 10 bis 60 Patient*innen pro Woche, wobei sich der Bedarf aus Sicht des unmittelbar im Kreis befindlichen Krankenhauses auf 10 bis 15 Patient*innen pro Woche beläuft. Inwieweit für die Patient*innen auch Plätze gefunden werden können, hängt von verschiedenen Faktoren ab. Für folgende Personengruppen wurde die Überleitung in die Kurzzeitpflege als besonders schwierig eingeschätzt:

- Personen ohne bereits bestehenden Pflegegrad (Kurzzeitpflege nach § 39c SGB V)
- Übergewichtige Patient*innen
- Patient*innen mit spezieller Wundversorgung
- Patient*innen mit Tracheostoma

Der Bedarf für übergewichtige Patient*innen wird für Schleswig-Holstein insgesamt auf 10 Kurzzeitpflegeplätze pro Jahr geschätzt.

³ Die Angaben für den gesamten Kreis und die einzelnen Einzugsgebiete der Nebenstellen basieren auf jeweils eigenen Statistiken des Pflegestützpunktes bzw. der Nebenstellen; die Angabe des Pflegestützpunktes für den gesamten Kreis (168 bis 283 Anfragen) ist daher nicht äquivalent zur Summe der Angaben der einzelnen Nebenstellen.



Insgesamt ist es nach Einschätzung der Interviewpartner*innen kaum möglich, auf der Basis verfügbarer Daten in der Routineversorgung den Bedarf für Kurzzeitpflegeplätze verlässlich näher zu bestimmen.

„Also wir haben es verschiedentlich versucht zu quantifizieren, auch unter Einbeziehung der Krankenhausgesellschaft, der Pflegestützpunkte, es ist uns nicht gelungen, irgendwie wirklich zu quantifizieren, was ist der eigentliche Bedarf. [...] Wie gesagt, deswegen ja auch der Austausch auch mit Krankenhausgesellschaften, um da mal das Gefühl zu bekommen, wie viele haben sie in die Kurzzeitpflege gegeben. Pflegestützpunkte [...] Das ist eine gefühlvolle Einschätzung, wie viele Anrufe da dann auch waren, wie viele sie zum Teil vermitteln konnten, wie lange sie gebraucht haben, um eine Einrichtung zu finden. Aber das sind keine Statistikdaten, die man jetzt wirklich vernünftig verifizieren kann. Und ich glaube auch, wenn man jetzt 100 Kassen zusammenführen würde und die sind ja alle unterschiedlich aufgestellt, einige werden es dann wieder können, einige werden es nicht können, das gerade auf den Kreis Rendsburg-Eckernförde runterzubrechen, mit den Postleitzahlen, ist ja dann auch noch mal wieder eine Schwierigkeit. Also ich halte das nicht für umsetzbar.“ (aus Interview 2 Abschnitt 3, 33)

Hinsichtlich möglicher regionaler Spezifika waren die Interviewaussagen heterogen; es finden sich sowohl Aussagen, die eher Schwierigkeiten in der Bedarfsabdeckung im städtischen Raum beschreiben, als auch solche, die dieses eher für den ländlichen Raum angeben. Besondere Schwierigkeiten in der bedarfsgerechten Sicherstellung von Kurzzeitpflegeleistungen wurden für die Regionen im Grenzgebiet zu den angrenzenden Kreisen Dithmarschen und Schleswig-Flensburg berichtet.

6.1.3 Weiterentwicklungsbedarf

Als wichtigster Punkt wurde eine entsprechende Finanzierung von Kurzzeitpflegeplätzen benannt. Damit verbunden wurde als erster Lösungsschritt zur Bedarfsdeckung das Vorhalten einer bestimmten Anzahl von Plätzen für die Kurzzeitpflege in jeder Einrichtung vorgeschlagen, inklusive entsprechender Berücksichtigung im Gesamtfinanzierungsplan der Einrichtungen, um Zeitintervalle nicht belegter Plätze auszugleichen. Hierbei seien vor allem auch der höhere bürokratische Aufwand und die zusätzlichen personellen Ressourcen zu berücksichtigen. Zusätzliche finanzielle Mittel wären auch notwendig, um den therapeutisch rehabilitativen Ansatz der Kurzzeitpflege entsprechen zu können. Derzeit können die stationären Einrichtungen diesen Auftrag nicht erfüllen. Synergien im Sinne eines Quartierskonzept könnten möglicherweise genutzt werden.



6.1.4 Pilotprojekt „Pflegefachlicher Schwerpunkt Kurzzeitpflege“

Zur Sicherstellung der Kurzzeitpflege in Schleswig-Holstein wurde ein Pilotprojekt gestartet. Im Rahmen dieses Projektes sollen bis zu 60 vollstationäre Einrichtungen jeweils mindestens fünf ausschließlich für Kurzzeitpflege (zuzüglich Verhinderungspflege) nutzbare Plätze vorhalten. Durch attraktive Vertragsbedingungen (insbesondere feste Vergütung nach den Refinanzierungssätzen für Leistungsempfänger*innen mit einem Pflegegrad 4) soll erprobt werden, inwieweit mit diesem Konzept ein festes Kontingent an Kurzzeitpflegeplätzen etabliert werden kann. Vorgesehen für das Projekt ist eine Laufzeit vom 01.12.2021 bis 31.12.2024. Das Projekt wurde initiiert durch das Ministerium für Soziales, Gesundheit, Jugend, Familie und Senioren des Landes Schleswig-Holstein, den Schleswig-Holsteinischen Landkreistag, den Städteverband Schleswig-Holstein, den Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. und den Landesverbänden der Pflegekassen in Schleswig-Holstein.

6.1.5 Kurzzeitpflege bei Demenz

Eine besondere Bedarfslage wird für Menschen mit Demenz beschrieben. Häufige Ortswechsel und fremde Umgebungen können für Menschen mit Demenz problematisch sein.

„In erster Linie denke ich, weil die Bedarfe anders sind. Die müssen anders betreut werden. Die kann man nicht einfach ins Zimmer tun und sagen: ich komme in drei Stunden und dann wird gegessen. Die haben einen anderen Zuwendungsbedarf.“ (aus Interview 16, Absatz 7)

Der Bedarf für Kurzzeitpflege nach einem Krankenhausaufenthalt und im Sinne einer Verhinderungspflege wird als gleichermaßen hoch für diese Personengruppe eingeschätzt. Für die Betreuung von Menschen mit Demenz sind spezielle Anforderungen an die Kurzzeitpflege gestellt. Es wurden kleine spezialisierte Gruppen innerhalb einer Kurzzeitpflegeeinrichtung mit entsprechend ausgebildetem Personal vorgeschlagen. Als bauliche Voraussetzungen wurden folgende genannt: (1) ebenerdiger Zugang, (2) Möglichkeiten ins Freie zu gelangen (3) Umsetzung empfohlener farblicher Konzepte und (4) Angebot von gemeinschaftlich genutzten Bereichen. Ein weiterer Punkt ist das Angebot für Rooming-In-Konzepte.

„Ja oder vielleicht ist es sogar wichtig, dass ein, zwei Nächte der Angehörige erstmal mit kann, dass die beiden quasi erstmal in Urlaub fahren oder was auch immer. Sobald so ein bisschen eine Idee davon ist, dass es vertraut ist, kann die andere Person zur Kur oder was auch immer sie da vor hat [...]. (aus Interview 16, Absatz 54).



6.1.6 Ausbau von Angeboten der solitären Kurzzeitpflege

Solitäre Kurzzeitpflegeeinrichtungen sind selbständig wirtschaftende Einrichtungen, die ausschließlich Kurzzeitpflegegäste aufnehmen. Das Konzept einer solitären Kurzzeitpflege war bei den Interviewten nur teilweise bekannt. Bis vor einigen Jahren gab es bereits eine solitäre Kurzzeitpflegeeinrichtung im Kreis Rendsburg-Eckernförde, die aufgrund wirtschaftlicher Defizite geschlossen wurde. Eine Interviewpartnerin äußerte, dass der Wegfall der Kurzzeitpflegeplätze im Kreis deutlich spürbar war.

Als Bedarfssituation werden Verhinderungspflege und Kurzzeitpflege nach einem Krankenhausaufenthalt gleichermaßen gesehen. In Bezug auf die Verhinderungspflege könnte das Angebot erweitert werden, um mehr Angehörigen die Möglichkeit der Entlastung anzubieten. Andererseits werden vorrangig Patient*innen nach einem Krankenhausaufenthalt als Zielgruppe für die solitäre Kurzzeitpflege gesehen, da der rehabilitative Auftrag in Einrichtungen der stationären Langzeitpflege häufig nur schwer umzusetzen ist.

„Also für welche Gruppe, natürlich für die Menschen, die einen Bedarf aus der Klinik heraus haben, da der Umstand da jetzt sich noch verbessern muss. Das ist wichtig, aber genauso wichtig ist es, dass pflegende Angehörige Entlastung finden können. (aus Interview 15, Absatz 15)“

Als wichtig wird ein zentraler Standort mit infrastrukturellen Anbindungen und Nähe zu einem Akutkrankenhaus angesehen.

„Dann finde ich aber wichtig, dass man es zentral irgendwo hinsetzt, nicht irgendwo auf die grüne Wiese. Also dieser Begriff Rollatorentfernung, der ist mir hoch und heilig. Das bedeutet, ich muss nah am Bahnhof sein, ich muss Parkplätze drumherum haben. Also das spielt eine wichtige Rolle wohl. Die Zentralität, wo von vielen Seiten eben schnell gekommen werden, kann.“ (aus Interview 10, Absatz 91)

Hinsichtlich baulicher Voraussetzungen wird eine Größe von 40 Betten angedacht, die auf Ein- und Zweibettzimmer verteilt sind. Ein wichtiger Punkt wäre ein großer Gemeinschaftsbereich zur Förderung der Kommunikation und zur Gewährleistung von ausreichend viel Platz für Bewegungseinheiten.

Eine zentrale Herausforderung bei der Etablierung von solitären Kurzzeitpflegeplätzen ist die Finanzierung. Vor dem Hintergrund der aktuellen Rahmenbedingungen wird die Umsetzung von solitären Kurzzeitpflegeeinrichtungen als nicht ausreichend finanzierbar eingeschätzt. Als Anreiz werden entsprechende Kalkulationsgrundlagen verbunden mit höheren Pflegesätzen identifiziert.



Grundlage sollte eine Rahmenvereinbarung auf Landesebene sein, die strukturelle und organisatorische Bedingungen für die solitäre Kurzzeitpflege regelt. Zusätzlich könnte eine Anschubfinanzierung durch das Land für die ersten fünf Jahre diskutiert werden, um finanzielle Defizite auszugleichen.

6.1.7 Einfluss durch die Covid-19-Pandemie

Die Interviewteilnehmer*innen äußerten, dass am Anfang der Pandemie einen Rückgang der Anfragen für Verhinderungspflege gab, da die Menschen mit Pflegebedarf und deren Angehörige Sorge vor Infektionen hatten. Andererseits haben auch die Einrichtungen ihr Angebot an Kurzzeitpflegeplätzen reduziert, um weniger Wechsel in der Einrichtung zu haben. Aus Sicht der Akutkrankenhäuser war der Bedarf unverändert, allerdings wurde das Angebot auch für Patient*innen nach einem Krankenhausaufenthalt von Seiten der Einrichtungen reduziert. Im Verlauf der Pandemie hat sich die Situation dann wieder verändert.

„Also wenn Sie mich das vor einem halben Jahr gefragt hätten, hätte ich gesagt: Ja es hat sich etwas verändert. Aber das hat sich wieder verändert. Also ich glaube sozusagen, je normaler wir mit der oder je souveräner wir mit der Pandemie umgehen, umso weniger hat die Pandemie Einfluss auf die Belegung und auch das Leben in der Einrichtung.“ (aus Interview 12, Absatz 27)

6.2 Schätzungen auf der Basis qualitativer Ergebnisse

6.2.1 Schätzungen zum Kurzzeitpflegebedarf insgesamt

Die Ergebnisse der qualitativen Studie legen nahe, dass die aktuell im Kreis Rendsburg-Eckernförde verfügbaren Kapazitäten für Kurzzeitpflege (34 Plätze laut Pflegestatistik Rendsburg-Eckernförde im Jahr 2019) den Bedarf nicht abdecken. Ein Einrichtungsträger mit acht eingestreuten Plätzen berichtete von 456 Anfragen pro Jahr. Die durchschnittliche Verweildauer eines Kurzzeitpflegegastes beträgt laut Ergebnissen anderer Analysen drei Wochen (Braeseke et al., 2017). Das heißt, ein Kurzzeitpflegeplatz kann pro Jahr (52 Wochen pro Jahr) von maximal 17 Personen belegt werden. Übertragen auf eine Einrichtung mit acht Kurzzeitpflegeplätzen bedeutet dies, dass jährlich maximal 136 Kurzzeitpflegegäste (8 Plätze*17 Gäste pro Platz) aufgenommen werden können. Die berichtete Anzahl an Bedarfsanfragen (n=456) ist um mehr als das Dreifache höher. Wird von einer etwas längeren Verweildauer von 4 Wochen ausgegangen, könnten maximal 13 Gäste pro Platz aufgenommen



werden, also insgesamt 104 pro Jahr (8 Plätze*13 Gäste pro Platz). Unter dieser Annahme würde der Bedarf an Kurzzeitpflegeplätzen die vorhandene Platzkapazität um mehr als das Vierfache übersteigen. Hierbei sind allerdings noch nicht organisatorisch bedingten Leerlaufzeiten, z. B. bei Gästewechseln, berücksichtigt. Daten anderer Autor*innen legen allerdings nahe, dass mindestens 5%, eher noch höhere prozentuale Anteile der Gesamtkurzzeitpflegekapazität (Anzahl Plätze*Tage pro Jahr) für notwendige Nach- und Vorbereitungen nach der Entlassung bzw. vor der Aufnahme eines Gastes einzurechnen sind (Braeseke et al., 2017). Das heißt, dass ein Kurzzeitpflegeplatz vermutlich maximal 49 Wochen pro Jahr für Gäste zur Verfügung steht. Übertragen auf die oben beschriebenen Szenarien bedeutet dies, dass ein Platz pro Jahr maximal von 12 (vier Wochen Verweildauer) bis 16 (drei Wochen Verweildauer) Gästen belegt werden kann. Multipliziert mit einem Angebot von acht Plätzen ergibt dies eine maximal realisierbare Kapazität von 96 bis 128 Kurzzeitpflegegästen pro Jahr. Die angegebenen jährlichen 456 Bedarfsanfragen übersteigen diese Kapazität um bis zum Fünffachen.

Auch aus der Perspektive der stationären Akutversorgung (Krankenhäuser) liegt der tatsächliche Kurzzeitpflegebedarf deutlich über dem verfügbaren Angebot. Nach Schätzung des Sozialdienstes des lokalen Akutkrankenhauses im Kreis bedürfen ca. 10 bis 15 Patient*innen wöchentlich nach der Entlassung einer Kurzzeitpflege. Hochgerechnet auf 52 Kalenderwochen addiert sich dies auf 520 bis 780 Patient*innen pro Kalenderjahr. Eine Unterscheidung zwischen Personen mit bereits bestehendem Pflegegrad und Personen ohne Pflegegrad konnte von den Interviewpartner*innen nicht getroffen werden. Laut Pflegestatistik des Kreises Rendsburg-Eckernförde haben im Jahr 2019 87 Personen mit Pflegegrad Kurzzeitpflege in Anspruch genommen (Tabelle 27). Der Bedarf laut Einschätzung des Krankenhaus-Sozialdienstes liegt somit um den Faktor 6 bis 9 über der tatsächlichen Anzahl von Leistungsempfänger*innen mit Kurzzeitpflege. Allerdings ist hierbei zu berücksichtigen, dass die Daten der Pflegestatistik keine Auskunft über die Inanspruchnahme von Kurzzeitpflege nach § 39c SGB durch Personen ohne Pflegegrad geben. Ebenso stellt die Angabe des Sozialdienstes eine subjektive Schätzung dar und bezieht sich sehr wahrscheinlich auch auf Patient*innen in angrenzenden Kreisgebieten. Ein gewisses Risiko der Überschätzung des Mehrbedarfs ist daher nicht auszuschließen.

Den 87 Leistungsempfänger*innen mit Inanspruchnahme von Kurzzeitpflege im Kreis Rendsburg-Eckernförde standen im Jahr 2019 kreisweit gemeldete 34 Kurzzeitpflegeplätze gegenüber, was im Mittel knapp 3 Gästen pro Platz entspricht. Diese geringe Auslastung ist vermutlich Ausdruck der in den Interviews beschriebenen häufigen Nutzung von Kurzzeitpflegeplätzen für die langzeitstationäre Versorgung und nicht Hinweis auf eine gesättigte Bedarfsdeckung. Alle gemeldeten 34 Plätze



stellen sogenannte eingestreute Plätze dar. Nach Auskunft des teilnehmenden Vertreters einer Langzeitpflegeeinrichtung sind in der betreffenden Einrichtung nur 63% des gemeldeten Kurzzeitpflegeplatzangebots (5 von 8 Plätzen) regelmäßig mit Kurzzeitpflegeplätzen belegt. Übertragen auf die gemeldeten 34 Kurzzeitpflegeplätze im Kreis bedeutet dies, dass die effektiv verfügbare Platzkapazität vermutlich rund 22 Plätze umfasst. Tabelle 62 illustriert, wie sich dies auf die angenommene Versorgungskapazität gemessen an der Anzahl potenziell möglicher Kurzzeitpflegegäste pro Jahr auswirkt, jeweils unter der Annahme einer Verweildauer von durchschnittlich drei oder vier Wochen. Stünden alle gemeldeten Plätze effektiv für die Versorgung von Leistungsempfänger*innen mit Kurzzeitpflegebedarf zur Verfügung (Szenarien 1.1 und 1.2), läge dieses Platzangebot mit rund 400 bis 550 potenziell möglichen Kurzzeitpflegegästen um bis zu knapp die Hälfte unter dem vom Krankenhaus-Sozialdienst geschätzten Bedarf (417 maximal mögliche Gäste versus maximal 780 Personen mit Bedarf). Unter der Annahme, dass nur rund 63% der gemeldeten Plätze zur Verfügung stehen (Szenarien 2.1 und 2.2), ist die Deckungslücke deutlich größer und umfasst knapp zwei Drittel (65%) des geschätzten Bedarfs (270 maximal mögliche Gäste versus maximal 780 Personen mit Bedarf). Hierbei ist zu berücksichtigen, dass der geschätzte Bedarf nur die Perspektive der stationären Akutversorgung widerspiegelt und nicht mögliche Kurzzeitpflegebedarfe aufgrund von Verhinderungspflege. Realiter liegt der Bedarf und damit die Deckungslücke vermutlich höher. Das heißt, bei Übertragung der in den Interviews berichteten Bedarfs- und Angebotsschätzungen auf das kreisweite Angebot an Kurzzeitpflegeplätzen zeigen sich Hinweise auf einen Mehrbedarf um mindestens das Doppelte, tendenziell höher.

Zusammenfassung: Sowohl aus der Perspektive der Einrichtungsträger als auch nach Einschätzung des Krankenhaus-Sozialdienstes besteht im Kreis Rendsburg-Eckernförde ein Mehrbedarf an Kurzzeitpflegeplätzen. Dieser liegt je nach Betrachtungsrichtung der Schätzung (Langzeitpflegeeinrichtung oder stationäre Akutversorgung) um die Faktoren 2 bis 9 über der aktuellen Angebotskapazität. Der Faktor 9 stellt allerdings tendenziell eine Überschätzung dar.



Tabelle 62: Schätzung der aktuellen Kurzzeitpflegekapazität (Stand 2019) im Kreis und auf Ebene der Nebenstellen des Pflegestützpunkts

	Eckern- förde	Rends- burg	Hohen- westedt	Alten- holz	Flintbek	Gesamt RD- ECK
Szenario 1						
Anzahl gemeldeter Kurzzeitpflegeplätze*	5	14	5	4	6	34
Szenario 1.1: Maximal mögliche Anzahl Kurzzeitpflegegäste**	82	229	82	65	98	555
Szenario 1.2: Maximal mögliche Anzahl Kurzzeitpflegegäste***	61	172	61	49	74	417
Szenario 2						
63 % der Anzahl gemeldeter Kurzzeitpflegeplätze*	3	9	3	3	4	22
Szenario 2.1: Maximal mögliche Anzahl Kurzzeitpflegegäste**	49	147	49	49	65	359
Szenario 2.2: Maximal mögliche Anzahl Kurzzeitpflegegäste***	37	110	37	37	49	270

Differenzen in Summen sind rundungsbedingt.

*Datengrundlage: Pflegestatistik Rendsburg-Eckernförde 2019 (Tabellen 24, 27 und 33).

**Annahmen: 3 Wochen durchschnittliche Verweildauer pro Gast, 49 Wochen Belegungszeit pro Kalenderjahr (365 Tage pro Kalenderjahr - 5% Tage pro Kalenderjahr organisatorisch bedingter Leerstand infolge Gäste-Wechsel).

***Annahmen: 4 Wochen durchschnittliche Verweildauer pro Gast, 49 Wochen Belegungszeit pro Kalenderjahr (365 Tage pro Kalenderjahr - 5% Tage pro Kalenderjahr organisatorisch bedingter Leerstand infolge Gäste-Wechsel).

6.2.2 Schätzungen zum Kurzzeitpflegebedarf nach Indikation (Anlass)

Hinsichtlich der Bedarfsanlässe sind die Interviewergebnisse weitestgehend homogen: Die Anteile von Kurzzeitpflegebedarf nach Krankenhausaufhalten oder anderen gesundheitlichen Krisen wurde als vergleichbar zum Anteil der Bedarfsfälle aufgrund von Verhinderungspflege geschätzt. Die in der Literatur verfügbaren Daten sind uneinheitlich hinsichtlich der relativen Anteile der verschiedenen Bedarfsanlässe. Eine Analyse von Braeseke et al. (2017) legt folgende Anteile nahe (Schätzung basierend auf ausschließlich grafisch präsentierten Ergebnissen): ca. 67% nach Krankenhausaufenthalt oder infolge gesundheitlicher Krisen bei Personen mit vorbestehendem häuslichen Pflegebedarf, ca. 27% Verhinderungspflege bei Personen mit vorbestehendem häuslichen Pflegebedarf, und ca. 6% Kurzzeitpflege bei Personen ohne vorbestehendem Pflegebedarf (nach § 39c SGB V). Demgegenüber berichten Jacobs et al. (2016) basierend auf Daten der Allgemeinen Ortskrankenkassen (AOK), dass im Jahr 2014 knapp ein Viertel (24%) der Personen mit häuslichem Pflegebedarf (bzw. deren Pflegepersonen) Verhinderungspflege in Anspruch nahm, gefolgt von 12% mit Inanspruchnahme von Kurzzeitpflege (z. B. nach einem Krankenhausaufenthalt) und 5% mit Inanspruchnahme einer Kombination dieser Leistungen.



In der vorliegenden Interviewstudie mit Expert*innen aus dem Kreis Rendsburg-Eckernförde wurden sowohl die Kurzzeitpflege nach einem Krankenhausaufenthalt oder bei akuten gesundheitlichen Krisen als auch die Verhinderungspflege als wichtige und geeignete Indikationen für eine Versorgung in Einrichtungen der solitären Kurzzeitpflege gesehen. Dagegen gibt es aus empirischen Daten zur Inanspruchnahme dieser beiden verschiedenen Kurzzeitpflege-Angeboten Hinweise, dass der Anteil von Inanspruchnahme aufgrund von Verhinderungspflege in solitären Kurzzeitpflegeeinrichtungen größer (ca. 50%) ist als in Einrichtungen mit eingestreuten Plätzen (24%), wo eher die Überbrückung nach einem Krankenhausaufenthalt oder gesundheitlichen Krisen dominiert (IGES 2017). Ebenfalls ist diesen Daten zufolge der Anteil von Personen mit Kurzzeitpflege auf der Basis von § 39c SGB V (d. h. ohne vorbestehenden Pflegegrad) in den Einrichtungen der solitären Kurzzeitpflege um über das Doppelte (13%) höher als in Einrichtungen mit eingestreuten Plätzen (Braeseke et al., 2017).

In der Interviewstudie wurden daneben auch Menschen mit Pflegebedarf aufgrund von Demenz explizit als Zielgruppe für Kurzzeitpflege-Angebote genannt, ohne dass jedoch eine Präferenz für solitäre oder eingestreute Plätze zu erkennen ist. Innerhalb jeder Art von Kurzzeitpflegeangebot sollten die räumliche Infrastruktur und personelle Kapazitäten darauf ausgerichtet sein, eine personenzentrierte Versorgung und die Teilhabe von Menschen mit Demenz (ebenso wie von Menschen mit anderen Gründen für Pflegebedarf) zu fördern, zum Beispiel durch Ermöglichung körperlicher Aktivität in Innenräumen wie im Freien oder durch andere Angebote zur sinnstiftenden Betätigung (Livingston et al., 2014).

Zusammenfassung: Die Ergebnisse der Interviewstudie lassen zu in etwa gleichen Anteilen Bedarf nach Kurzzeitpflegeplätzen aufgrund akuter gesundheitlicher Krisen, insbesondere eines Krankenhausaufenthaltes, oder zur Entlastung von informellen Pflegepersonen (Verhinderungspflege) bei bereits bestehendem Pflegegrad erkennen. Kostenträgeranalysen aus anderen Bundesländern bestätigen diese beiden Hauptanlässe für die Inanspruchnahme von Kurzzeitpflege, wenngleich die Anteile je nach Studie schwanken. Personen ohne vorbestehenden Pflegebedarf machen eher einen geringen Anteil (je nach Studie 6 bis 13%) der Nachfrage nach Kurzzeitpflegeplätzen aus. Insgesamt enthalten die Ergebnisse der Interviewstudie und der Literatur keine Hinweise darauf, dass solitäre Kurzzeitpflegeeinrichtungen ganz spezifisch auf bestimmte Anlässe für Kurzzeitpflegebedarf ausgerichtet sein sollten (Verhinderungspflege oder Stabilisierung nach gesundheitlichen Krisen).



6.2.3 Schätzungen zum Kurzzeitpflegebedarf nach Region

Hinsichtlich der einzelnen Regionen im Kreis Rendsburg-Eckernförde haben die Ergebnisse der vorliegenden qualitativen Studie nur wenige Anhaltspunkte für mögliche Unterschiede in der Nachfrage von Kurzzeitpflegeplätzen gegeben. Soweit verfügbar, lag die berichtete Anzahl jährlicher Anfragen in etwa im Umfang der für die jeweilige Region berichteten Anzahl an Empfänger*innen von Leistungen der Kurzzeitpflege 2019 (Tabelle 62). Schwierigkeiten in der bedarfsgerechten Sicherstellung von Kurzzeitpflegeleistungen wurden für die Regionen im Grenzgebiet zu den angrenzenden Kreisen Dithmarschen und Schleswig-Flensburg berichtet, was vor allem die Einzugsbereiche der Nebenstellen Eckernförde, Hohenwestedt und Rendsburg betreffen würde. Für den Einzugsbereich der Nebenstelle Hohenwestedt korrespondiert dies mit einem vergleichsweise hohen Anteil von Menschen mit Pflegebedarf in ambulanter Versorgung (Tabelle 27), für die Einzugsbereiche der Nebenstellen Eckernförde und Rendsburg scheinen hierbei auch (ungedeckte) Bedarfe in angrenzenden Gebieten benachbarter Kreise eine Rolle zu spielen.

Für solitäre Kurzzeitpflegeangebote wurde in den Experteninterviews ein zentraler Standort im Kreis Rendsburg-Eckernförde empfohlen, möglichst mit einer Anbindung an ein Krankenhaus. Dies deckt sich mit den Anforderungen gemäß der Förderrichtlinie des Landes Schleswig-Holstein für den Ausbau solitärer Kurzzeitpflegeplätze; diese fordert einen zentralen Standort eines solchen Angebots und eine Kooperation mit räumlich nahen Krankenhäusern (Richtlinie über die Gewährung von Zuwendungen zur Förderung des Ausbaus solitärer Kurzzeitpflegeplätze 2022, Abschnitt 4 Zuwendungsvoraussetzungen).

Zusammenfassung: Die Einschätzungen der Expert*innen verweisen kaum auf regionale Unterschiede in der Bedarfslage für Kurzzeitpflege im Kreis Rendsburg-Eckernförde. Allenfalls finden sich gewisse Hinweise auf einen erhöhten Bedarf in den Einzugsbereichen der Nebenstellen Eckernförde, Hohenwestedt und Rendsburg. Solitäre Kurzzeitpflegeangebote sollten an einem zentralen Ort in lokaler Nähe und/oder zumindest durch Kooperation in enger Verbindung zu einem Krankenhaus etabliert werden.

6.2.4 Anforderungen an solitäre Kurzzeitpflegeangebote

Obwohl mögliche Anforderungen an solitäre Kurzzeitpflegeangebote einen Schwerpunkt der Interviews darstellten, wurden kaum Spezifika jenseits der bereits genannten Lokalisation an einem zentralen Ort im Kreis und einer Nähe zu einem Akutkrankenhaus genannt. Hervorgehoben wurde eine gute Anbindung an die Verkehrsinfrastruktur. Laut der Förderrichtlinie des Landes Schleswig-



Holstein für den Ausbau solitärer Kurzzeitpflegeplätze sollte eine Kooperation mit mindestens einem Krankenhaus bestehen (Richtlinie über die Gewährung von Zuwendungen zur Förderung des Ausbaus solitärer Kurzzeitpflegeplätze 2022, Abschnitt 4 Zuwendungsvoraussetzungen).

Die weiteren genannten Einrichtungsmerkmale lassen sich wie folgt zusammenfassen: Als mögliche Größe wurde eine Platzkapazität von 40 Betten diskutiert. In der Literatur werden solitäre Angebote mit nur 10 Betten als wirtschaftlich kaum betreibbar beschrieben (Braeseke et al., 2017). Dies deutet auf eine bevorzugte Platzkapazität von über 10 bis 40 Betten hin. In architektonischer Hinsicht sollten Ein- und Zweibettzimmer, ausreichend Platz für Gemeinschaftsaktivitäten und körperliche Aktivität in Innenräumen und im Freien sowie ggf. Raum für die vorübergehende Mitaufnahme informeller Pflegepersonen (vor allem bei Menschen mit Demenz) geplant werden. In personeller Hinsicht sind ausreichend Fachpersonen (Pflegeberufe und Therapieberufe) für eine personenzentrierte Förderung der Lebensqualität und Teilhabe, inkl. ggf. erforderlicher umfassender behandlungspflegerischer Interventionen wie z. B. Wundversorgung, zu planen.

Vor diesem Hintergrund wurde in den Interviews mehrfach die Notwendigkeit einer bedarfsgerechten Finanzierung dieser Plätze betont. Hierfür sind entsprechende Regelungen im Einvernehmen von politischen Entscheidungsträgern, Kostenträgern und Einrichtungsträgern zu treffen, mindestens zunächst auf Landesebene, z. B. in Form angemessen hoher fixierter Pflegesätze, kombiniert mit definierten Anforderungen an die räumliche und personelle Infrastruktur. Die oben erwähnte Förderrichtlinie des Landes Schleswig-Holstein für den Ausbau solitärer Kurzzeitpflegeplätze ist ausschließlich auf die Förderung der räumlichen Infrastruktur ausgerichtet, personelle Ausstattungsmerkmale sind ausgenommen (Richtlinie über die Gewährung von Zuwendungen zur Förderung des Ausbaus solitärer Kurzzeitpflegeplätze 2022, Abschnitt 4 Zuwendungsvoraussetzungen).

Zusammenfassung: Solitäre Kurzzeitpflegeangebote sollten eine Kapazität von >10 bis 40 Betten umfassen, zentral lokalisiert, gut an die Verkehrsinfrastruktur angebunden und mit mindestens einem Akutkrankenhaus kooperativ verbunden sein. In der weiteren räumlichen und personellen Ausstattung sind die besonderen Bedürfnisse von Menschen mit zumindest vorübergehend erhöhtem Pflegebedarf und die Ziele der Kurzzeitpflege, d.h. die Gesundheitsförderung und Förderung der Selbstpflegefähigkeiten, zu berücksichtigen, ebenso wie ggf. bestehende zusätzliche Anforderungen an die medizinische Behandlungspflege. Die Förderrichtlinie des Landes Schleswig-Holstein für den Ausbau solitärer Kurzzeitpflegeplätze adressiert nur den zusätzlichen Finanzierungsbedarf aufgrund baulicher Maßnahmen, nicht die erhöhten wirtschaftlich-finanziellen Anforderungen aufgrund der besonderen Pflegeziele und Bedarfslagen. Hierfür sind weitere Finanzierungsregeln, zumindest in einem Pilotprojekt, zwischen politischen Entscheidungs-, Kosten- und



Einrichtungsträgern zu treffen. Das Pilotprojekt des Landes für feste Kurzzeitpflegeplatzkontingente in der stationären Langzeitpflege könnte hierfür als Modell dienen.

6.2.5 Beeinflussende Faktoren

Als ein wesentlicher limitierender Grund für die aktuell sehr wahrscheinlich bestehende Unterdeckung des Bedarfs stellte sich in der vorliegenden Studie heraus, dass das aktuelle Kurzzeitpflegeangebot im Kreis ausschließlich eingestreute Plätze in der stationären Langzeitpflege umfasst, von denen bis zu rund 40% von Menschen mit stationärem Langzeitpflegebedarf in Anspruch genommen werden und somit nicht für die Kurzzeitpflege zur Verfügung stehen. Hauptgründe für die bevorzugte Belegung verfügbarer Plätze durch Menschen mit langfristigem stationärem Pflegebedarf sind laut Einschätzung der Interviewpartner*innen wirtschaftliche Erwägungen, da die verfügbare Refinanzierung der Kurzzeitpflegeleistungen die mit diesem Angebot verbundenen zusätzlichen Aufwände für pflegerischen und therapeutisches Fachpersonal und für Organisation und Administration nicht decken. Hinzu kommen eine schlechtere langfristige Planbarkeit und das Risiko wirtschaftlicher Verluste infolge zeitweise nicht belegter Plätze. Diese Barrieren wurden auch bereits in Analysen anderer Autor*innen aufgedeckt (Braeseke et al., 2017). Hierbei wurden die wirtschaftlichen Risiken für solitäre Kurzzeitpflegeangebote als höher eingeschätzt im Vergleich zu eingestreuten Kurzzeitpflegeplätzen in der stationären Langzeitpflege, da das Verhältnis von administrativem Aufwand und Gemeinkosten gegenüber den refinanzierten Leistungen für letztere günstiger ist. In einem aktuellen Pilotprojekt des Landes Schleswig-Holstein wird mit Unterstützung durch das Ministerium für Soziales, Gesundheit, Jugend, Familie und Senioren, den Schleswig-Holsteinischen Landkreistag, den Städteverband Schleswig-Holstein, den Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. und den Landesverbänden der Pflegekassen in Schleswig-Holstein genau diese wirtschaftliche Barriere adressiert, allerdings bezogen auf Kurzzeitpflegeplätze in stationären Langzeitpflegeeinrichtungen. Durch eine fest zugesicherte Refinanzierung in Höhe des Pflegesatzes für Leistungsempfänger*innen mit einem Pflegegrad 4 sollen bis zu 60 vollstationäre Einrichtungen des Landes dazu ermutigt werden, jeweils ein festes Kontingent von mindestens fünf ausschließlich für die Kurzzeitpflege (zuzüglich Verhinderungspflege) verfügbare Plätze vorzuhalten.

Aus einer Versichertenbefragung liegen Hinweise vor, dass bis zu 18% von Menschen mit Pflegebedarf (bzw. deren Hauptpflegepersonen) einen Bedarf für Kurzzeitpflege aufgrund von Verhinderungspflege wahrnehmen, diesem jedoch aufgrund der limitierten Angebotsstruktur und des Aufwands jedoch nicht nachgehen (BARMER Pflegereport, 2021). Das heißt, von potenziellen Leistungsempfänger*innen werden vorhandene Angebote teilweise als nicht bedarfs- und bedürfnisgerecht



eingeschätzt. Mögliche Gründe können eine unzureichende Niedrigschwelligkeit im Zugang, fehlende Informationen, mangelnde Planbarkeit oder individuelle Flexibilität und andere Missverhältnisse zwischen Bedürfnissen oder Erwartungen auf der einen und dem tatsächlichen Angebot auf der anderen Seite sein.

Die Analyse möglicher Barrieren für die Inanspruchnahme von Kurzzeitpflegeangeboten aus der Sicht von (potenziellen) Leistungsempfänger*innen war nicht Gegenstand der vorliegenden Studie. Nach Einschätzung der interviewten Krankenhaus-Vertreter*innen stellt es sich im Kreis Rendsburg-Eckernförde allerdings vor allem für Personen ohne bereits bestehenden Pflegegrad (Kurzzeitpflege nach 39c SGB V) sowie für pflegebedürftige Personen mit speziellem pflegerischen Versorgungsbedarf (chronische bzw. sekundär heilende Wunden, Tracheostoma, Adipositas) als schwierig dar, einen bedarfsgerechten Zugang zu Kurzzeitpflege-Plätzen zu finden. Vermutlich tragen insbesondere die oben beschriebenen wirtschaftlichen Risiken für Einrichtungen mit eingestreuten Plätzen, das Angebot an diesen Plätzen vollständig auszuschöpfen, gepaart mit den erhöhten Anforderungen an Anzahl und pflegfachliche Kompetenzen der Pflegenden und an die räumlich-technische Infrastruktur (Pflege von Menschen mit Adipositas) zu diesem erhöhten Risiko einer Unterversorgung im Bereich der Kurzzeitpflege bei.

Zusammenfassung: In der qualitativen Studie wurden mehrere hinderliche Faktoren in der Verwirklichung eines bedarfsgerechten Angebots von Kurzzeitpflegeplätzen identifiziert. Diese liegen demnach hauptsächlich in wirtschaftlichen Risiken für die Einrichtungsträger, da einem erhöhten administrativen und auch fachlich-personellem Aufwand eine geringere Vorhersehbarkeit der Planung und eine (im Verhältnis zum Aufwand) unzureichende Refinanzierung der Leistungen gegenüberstehen. Diese Barriere zu reduzieren, ist das Ziel eines aktuellen Pilotprojekts des Landes für die Förderung des Kurzzeitpflegeangebots in stationären Langzeitpflegeeinrichtungen. Die Ergebnisse und Erfahrungen dieses Projektes werden wichtige Hinweise darauf geben, wie künftig eine bedarfsgerechte Versorgung mit Kurzzeitpflegeplätzen sichergestellt werden kann. Hierbei ist insbesondere auch auf eine bedarfsgerechte Versorgung von Menschen mit Pflegebedarf aufgrund komplexer, meist chronischer gesundheitlicher Beeinträchtigungen zu achten.



6.3 Projektion des Bedarfs an Kurzzeitpflegeplätzen im Kreis Rendsburg-Eckernförde

6.3.1 Projektion des aktuellen Kurzzeitpflegebedarfs (Jahr 2019)

Tabelle 63 gibt einen Überblick über die projizierte aktuelle Anzahl von Leistungsempfänger*innen mit Kurzzeitpflegebedarf auf der Kreisebene und in den Einzugsgebieten der Nebenstellen des Pflegestützpunktes, differenziert nach den einzelnen Szenarien. Basierend auf den Szenarien 1 und 2 zeigt sich für den gesamten Kreis ein projizierter Bedarf an Kurzzeitpflegkapazitäten für rund 1.500 bis knapp 3.000 Leistungsempfänger*innen jährlich. Dies entspricht unter den getroffenen Annahmen einen Bedarf an Kurzzeitpflegeplätzen im Kreis von rund 90 (Szenario 1 bzw. Basisszenario) bis 200 Plätzen (Szenario 2). Gegenüber den laut Pflegestatistik 2019 aktuell verfügbaren Kurzzeitpflegeplätzen im Kreis bedeutet dies einen um den Faktor 3 bis 6 höheren Bedarf an Plätzen. Unterschiedliche Annahmen in der Auslastungsquote verändern den Mehrbedarf nur marginal. Die Ergebnisse der Szenarien 1 und 2 decken sich mit den Schätzungen der interviewten Expert*innen und untermauern, dass der tatsächliche Bedarf an Kurzzeitpflegeplätzen auf Kreisebene um mehr als das Doppelte über der Anzahl statistisch registrierter Plätze liegt. Dem Szenario 1 wurden auf der Basis verfügbarer Daten konservativere, aber empirisch robuster untermauerte Annahmen zugrunde gelegt als dem Szenario 2 (Kapitel 3.3.2), weshalb diese Bedarfsschätzung als die realistischere einzustufen ist.

Auf der Ebene der Einzugsgebiete der einzelnen Nebenstellen des Pflegestützpunktes stellt sich der Mehrbedarf an Plätzen für die Kurzzeitpflege heterogen dar. Am geringsten ist er in den Einzugsgebieten der Nebenstellen Rendsburg und Hohenwestedt, in diesen Einzugsgebieten ist er je nach Szenario um rund das Doppelte (Szenario 1 bzw. Basisszenario) bis knapp das Fünffache (Szenario 2) höher als die Anzahl der gemeldeten Fälle. Am höchsten ist der geschätzte Mehrbedarf im Einzugsbereich der Nebenstelle Altenholz, wo er im Szenario 1 bzw. Basisszenario bereits um das Vierfache erhöht ist, im Szenario 2 um knapp das Zehnfache. Diese Unterschiede resultieren aus Unterschieden im Verhältnis zwischen dem Anteil ambulant versorgter Menschen mit Pflegebedarf gegenüber der aktuell gemeldeten Anzahl an Kurzzeitpflegeplätzen. In der Region Altenholz stehen bisher vergleichsweise geringe Kapazitäten für die Kurzzeitpflege zur Verfügung; Ähnliches gilt für das Einzugsgebiet der Nebenstelle Eckernförde, für die je nach Szenario ein Mehrbedarf um das über Drei- bis Achtfache ermittelt wurde.



Tabelle 63: Projektion Mehrbedarf an Kurzzeitpflegekapazitäten nach den Nebenstellen des Pflegestützpunkts 2019

	Eckern- förde	Rends- burg	Hohen- westedt	Alten- holz	Flint- beck	Gesamt RD-ECK
Pflegestatistik 2019						
Anzahl Leistungsempfänger*innen ambulante Versorgung und Pflegegeld*	430+1.166 =1.596	840+1.803 =2.643	456+619 =1.075	462+1.143 =1.605	522+974 =1.496	2.710+5.705 =8.415
Anzahl Leistungsempfänger*innen Kurzzeitpflege* (% Anzahl ambulante Versorgung und Pflegegeld)	20 (1,3)	39 (1,5)	5 (0,5)	14 (0,9)	9 (0,6)	87 (1,0)
Anzahl Kurzzeitpflegeplätze*	5	14	5	4	6	34
Projektion der Anzahl an Leistungsempfänger*innen Kurzzeitpflege pro Jahr und an erforderlichen Plätzen basierend auf angenommenem %-Anteil Kurzzeitpflegebedarf an Gesamtzahl Leistungsempfänger*innen mit ambulanter Versorgung oder Pflegegeld						
Szenario 1 (Basisszenario): 17 %						
Leistungsempfänger*innen	271	449	183	273	254	1.431
Erforderliche Plätze (Faktor Mehrbedarf gegenüber gemeldeter Anzahl Plätze gemäß Pflegestatistik 2019)						
1.1 Hauptanalyse**	18 (3,6)	30 (2,1)	12 (2,4)	19 (4,8)	17 (2,8)	97 (2,9)
1.2 Sensitivitätsanalyse***	17 (3,4)	29 (2,0)	12 (2,4)	18 (4,5)	16 (2,7)	92 (2,7)
Szenario 2: 35%						
Leistungsempfänger*innen	559	925	376	562	524	2.946
Erforderliche Plätze (Faktor Mehrbedarf gegenüber gemeldeter Anzahl Plätze gemäß Pflegestatistik 2019)						
2.1 Hauptanalyse**	38 (7,6)	63 (4,5)	26 (5,2)	38 (9,5)	36 (6,0)	199 (5,9)
2.2 Sensitivitätsanalyse***	36 (7,2)	59 (4,2)	24 (4,8)	36 (9,0)	33 (5,5)	188 (5,5)
Projektion des Mehrbedarfs an Kurzzeitpflegeplätzen: Anzahl gemeldeter Kurzzeitpflegeplätze*Faktor Mehrbedarf gemäß Expert*innen im Kreis Rendsburg-Eckernförde						
Szenario 3: *Faktor 2	10	28	10	8	12	68
Szenario 4: *Faktor 4	20	56	20	16	24	136
Szenario 5: *Faktor 6	30	84	30	24	36	204

*Datengrundlage: Pflegestatistik Rendsburg-Eckernförde 2019 (Tabellen 24, 27 und 33). Daten für die Kurzzeitpflege aufgrund Unsicherheiten in der Pflegestatistik ausschließlich als Bezugsgröße für Darstellung des Mehrbedarfs in den Szenarien 1 und 2 dargestellt.

**Annahmen Hauptanalyse: mittlere Verweildauer pro Kurzzeitpflegegast 3 Wochen, Auslastung 85%.

***Annahmen Sensitivitätsanalyse: mittlere Verweildauer pro Kurzzeitpflegegast 3 Wochen, Auslastung 90%. Differenzen in Summen sind rundungsbedingt.

6.3.2 Projektion des Kurzzeitpflegebedarfs bis 2030

Basierend auf dem für 2019 projizierten Bedarf an Kurzzeitpflegeplätzen nach den Szenarien 1 und 2, wurde unter Anwendung derselben Projektionsmethoden wie für die Projektion der Entwicklung des Pflegebedarfs bis 2030 (Kapitel 3.1) die voraussichtliche Entwicklung des Bedarfs an Kurzzeitpflegeplätzen bis 2030 auf Kreisebene und in den Einzugsgebieten der Nebenstellen des Pflegestützpunktes geschätzt. Die Ergebnisse sind in Tabelle 64 und Tabelle 65 dargestellt. Zusammenfassend lässt sich festhalten: Der projizierte aktuelle Mehrbedarf an Kurzzeitpflegeplätzen auf Kreisebene



Kreis Rendsburg-Eckernförde



wird sich bis 2030 nochmals um 12 bis 13% erhöhen. Auf der Ebene der Nebenstellen wird diese weitere Bedarfssteigerung Szenarien-übergreifend am stärksten in den Einzugsgebieten Eckernförde (+16 bzw. +17 %), Flintbek (+14 bzw. +18%) und Altenholz (+11 bzw. +16%) und am niedrigsten im Einzugsgebiet Rendsburg (+6 bzw. +10%) ausfallen. Absolut die höchsten Bedarfszahlen sind weiterhin für die Einzugsgebiete Rendsburg (31 bis 33 Plätze im Szenario 1 bzw. Basisszenario) zu verzeichnen, gefolgt von Eckernförde, Altenholz und Flintbek mit jeweils ca. 20 Plätzen im Szenario 1 bzw. Basisszenario.



Tabelle 64: Projektion der Entwicklung der Kurzzeitpflegekapazitäten bis 2030 nach Nebenstellen des Pflegestützpunkts

	Eckern- förde	Rends- burg	Hohen- westedt	Altenholz	Flint- bek	Gesamt RD-ECK
Anzahl Leistungsempfänger*innen ambulante Versorgung und Pflegegeld im Jahr 2019*	1.596	2.643	1.075	1.605	1.496	8.415
Projizierte Anzahl der Leistungsempfänger*innen ambulante Versorgung und Pflegegeld* für das Jahr 2030**	534 + 1.299	936 + 1.889	529 + 667	575 + 1.286	645 + 1.087	3.237 + 6.231
	1.833	2.825	1.196	1.861	1.732	9.468
Projizierte Anzahl der Leistungsempfänger*innen Kurzzeitpflege für das Jahr 2030 (% Anzahl ambulante Versorgung und Pflegegeld)**	25 (1,4)	48 (1,7)	6 (0,5)	17 (0,9)	11 (0,6)	107 (1,1)
Projizierte Anzahl der benötigten Kurzzeitpflegeplätze für das Jahr 2030**	6	17	7	5	7	42
Projektion der Anzahl an Leistungsempfänger*innen Kurzzeitpflege pro Jahr und an erforderlichen Plätzen basierend auf angenommenem %-Anteil Kurzzeitpflegebedarf an Gesamtzahl Leistungsempfänger*innen mit ambulanter Versorgung oder Pflegegeld nach Projektion der Leistungsempfänger*innen für das Jahr 2030						
Szenario 1 (Basisszenario): 17 %						
Leistungsempfänger*innen	312	480	203	316	294	1.610
Erforderliche Plätze (Faktor Mehrbedarf gegenüber projizierter Entwicklung der Anzahl Plätze gemäß Pflegestatistik 2019)						
1.1 Hauptanalyse***	21 (3,5)	33 (1,9)	14 (2,0)	21 (4,2)	20 (2,9)	109 (2,6)
1.2 Sensitivitätsanalyse****	20 (3,3)	31 (1,8)	13 (1,9)	20 (4,0)	19 (2,7)	103 (2,5)
Differenz zur Bedarfsprojektion 2019 (Tabelle 63), absolut und relativ (%) – nur Hauptanalyse						
	+3 (+17)	+3 (+10)	+2 (+17)	+2 (+11)	+3 (+18)	+12 (+12)
Szenario 2: 35%						
Leistungsempfänger*innen	642	989	419	651	606	3.314
Erforderliche Plätze (Faktor Mehrbedarf gegenüber projizierter Entwicklung der Anzahl Plätze gemäß Pflegestatistik 2019)						
2.1 Hauptanalyse***	44 (7,3)	67 (3,9)	28 (4,0)	44 (8,8)	41 (5,9)	224 (5,3)
2.2 Sensitivitätsanalyse****	41 (6,8)	63 (3,7)	27 (3,9)	42 (8,4)	39 (5,6)	212 (5,0)
Differenz zur Bedarfsprojektion 2019 (Tabelle 63), absolut und relativ (%) – nur Hauptanalyse						
	+6 (+16)	+4 (+6)	+2 (+8)	+6 (+16)	+5 (+14)	+25 (+13)

*Datengrundlage Berechnungen in Tabelle 2.

**Datengrundlage Pflegebedarfsplanung Rendsburg-Eckernförde (Tabellen 42, 47, 52, 53); Projektion für die Kurzzeitpflege aufgrund Unsicherheiten in der Pflegestatistik ausschließlich als Bezugsgröße für Darstellung des Mehrbedarfs in den Szenarien 1 und 2 dargestellt.

***Annahmen Basisanalyse: mittlere Verweildauer pro Kurzzeitpflegegast 3 Wochen, Auslastung 85%.

****Annahmen Sensitivitätsanalyse: mittlere Verweildauer pro Kurzzeitpflegegast 3 Wochen, Auslastung 90%. Differenzen in Summen sind rundungsbedingt.



Tabelle 65: Entwicklung der Anzahl an Leistungsempfänger*innen Kurzzeitpflege bis 2030 nach den Nebenstellen des Pflegestützpunktes basierend auf den projizierten Szenarien 1 und 2

	Eckern- förde	Rendsburg	Hohen- weststedt	Altenholz	Flintbek	Gesamt RD-ECK
Projektion der Anzahl an Leistungsempfänger*innen Kurzzeitpflege basierend auf angenommenem %-Anteil Kurzzeitpflegebedarf an Gesamtzahl Leistungsempfänger*innen mit ambulanter Versorgung oder Pflegegeld nach Projektion der Leistungsempfänger*innen für das Jahr 2030						
2019						
Szenario 1 (Basisszenario) (17%)	271	449	183	273	254	1.431
Szenario 2 (35%)	559	925	376	562	524	2.946
2030						
Szenario 1 (Basisszenario) (17%)	312	480	203	316	294	1.610
Szenario 2 (35%)	642	989	419	651	606	3.314
Differenz zu 2019, absolut und relativ (%)						
Szenario 1 (17%)	+41 (+15)	+31 (+7)	+20 (+11)	+43 (+16)	+40 (+16)	+176 (+13)
Szenario 2 (35%)	+83 (+15)	+64 (+7)	+43 (+11)	+89 (+16)	+82 (+16)	+368 (+13)

6.4 Zusammenfassung

Die Ergebnisse der Bedarfsprojektion zeigen, dass die Daten der Pflegestatistik die tatsächliche Inanspruchnahme von Kurzzeitpflegeplätzen und den wahrscheinlich darüber hinaus bestehenden Bedarf nur sehr unzureichend abbilden. Ausgehend von Daten aus einer Versichertenbefragung (BARMER Pflegereport, 2021) wurde für den Kreis Rendsburg-Eckernförde ein aktuell um das knapp Drei- bis Sechsfache höherer Mehrbedarf an Kurzzeitpflegeplätzen ermittelt. Dies deckt sich mit den projizierten Bedarfen basierend auf den Schätzungen der interviewten Expert*innen im Kreis Rendsburg-Eckernförde. Die Ergebnisse der Projektion erwiesen sich hierbei als robust gegenüber unterschiedlichen Annahmen hinsichtlich der maximal erreichbaren Auslastungsquote. Bezogen auf die Einzugsgebiete der Nebenstellen ist dieser Mehrbedarf in den Regionen Altenholz und Eckernförde am höchsten und liegt dort um das Vier- bis über Neunfache über den aktuell gemeldeten Plätzen. Bis 2030 wird sich der Bedarf an Kurzzeitpflegeplätzen im Kreis um weitere knapp rund 12% erhöhen. Diese Steigerung betrifft alle Einzugsgebiete der einzelnen Nebenstellen, jedoch im unterschiedlichen Ausmaß. Auch weiterhin wird der höchste Mehrbedarf in den Einzugsgebieten der Nebenstellen Altenholz und Eckernförde bestehen, der geringste in den Regionen Rendsburg und Hohenwestedt.

Bei der Bewertung der Projektionsergebnisse ist zu berücksichtigen, dass den Projektionen mehrfache Annahmen zugrunde liegen, die jeweils mit gewissen Unsicherheiten verbunden sind. Die Daten



der Versichertenbefragung (BARMER Pflegereport, 2021) unterliegen gewissen Verzerrungsrisiken aufgrund der Begrenzung auf den Versichertenkreis eines Kostenträgers und möglichen Fehlern in den Angaben der Versicherten (fehlerhafte Erinnerung, soziale Erwünschtheit). Die dort ermittelten Bedarfsquoten für Kurzzeitpflege decken sich jedoch mit älteren Daten anderer Autor*innen (z. B. Braeske et al., 2017). Zudem korrespondierte die auf dieser Basis projizierten Bedarfe für den Kreis Rendsburg-Eckernförde mit den Ergebnissen basierend auf den Schätzungen der interviewten Expert*innen aus dem Kreis. Allerdings ist bei diesen zu berücksichtigen, dass sie vornehmlich subjektive Wahrnehmungen bzw. die Erfahrungen einzelner Einrichtungen abbilden. Insgesamt sind die Annahmen im Basisszenario als valider einzuschätzen, da sie sich auf die von Versicherten berichtete tatsächliche Inanspruchnahme stützen. Die Annahmen im Szenario 2 reflektieren einen zusätzlich potenziell bestehenden Bedarf: Neben der berichteten tatsächlichen Inanspruchnahme wurden in diesem Szenario auch Interessen zur Inanspruchnahme von Kurzzeitpflege berücksichtigt, die aufgrund wahrgenommener Barrieren nicht verwirklicht wurden. Das heißt, dieses Szenario hat stärker hypothetischen Charakter. Da kaum wissenschaftliche Erkenntnisse zu den Barrieren für die Inanspruchnahme von Kurzzeitpflege aus der Sicht der potenziellen Leistungsempfänger*innen vorliegen, bleiben größere Unsicherheiten darüber, inwieweit diesem Interesse an Inanspruchnahme ein tatsächlicher Bedarf im Sinne einer Nachfrage zugrunde liegt. Hierbei ist zu berücksichtigen, dass Aussagen zu einem Versorgungsbedarf stets relativ sind und Inanspruchnahmeverhalten auch durch Umfang und Art von Angeboten beeinflusst wird.

Unter Berücksichtigung dieser Limitationen ist davon auszugehen, dass der für 2019 (und für 2030 ebenso) projizierte Mehrbedarf von knapp dreimal mehr Kurzzeitpflegeplätzen als tatsächlich in der Pflegestatistik gemeldet das realistischste Szenario für den Kreis Rendsburg-Eckernförde darstellt. Dies entspricht einer erforderlichen Platzkapazität von 90 bis 100 Kurzzeitpflegeplätzen im Kreis. Diese verteilen sich anteilig relativ ähnlich auf die einzelnen Einzugsgebiete der Nebenstellen des Pflegestützpunktes, wobei die geringste Anzahl an Plätzen in Hohenwestedt (ca. 12 Plätze), die höchste Anzahl in Rendsburg (ca. 30 Plätze) erforderlich ist. In den anderen Einzugsgebieten liegt der Bedarf bei jeweils knapp 20 Plätzen.

Eindeutige Vor- oder Nachteile solitärer Angebote im Vergleich zu den eingestreuten Plätzen ließen sich den Interviewdaten und der Literatur nicht entnehmen, ebenso keine bevorzugten Aufnahmeanlässe. Dies spricht dafür, einen Mix an verschiedenen Kurzzeitpflege-Angeboten zu etablieren. Solitäre Angebote sollten möglichst zentral liegen und zumindest per Kooperationsvertrag, eher aber auch geografisch nah mit einem Krankenhaus verbunden sein (Richtlinie über die Gewährung von Zuwendungen zur Förderung des Ausbaus solitärer Kurzzeitpflegeplätze 2022). Um einen



wirtschaftlichen Betrieb zu sichern, sollten hierfür Einrichtungsgrößen von deutlich mehr als 10 Plätzen angestrebt werden (Braeske et al., 2017). Dies entspricht insgesamt am ehesten dem für das Einzugsgebiet Rendsburg ermittelten Bedarf, gegebenenfalls auch dem für die Einzugsgebiete Eckernförde und Altenholz festgestellten Bedarf. Das heißt, bevorzugter Standort für eine Einrichtung der solitären Kurzzeitpflege wäre die Stadt Rendsburg, da hier am wahrscheinlichsten von einer stabilen Nachfrage, also einer hohen Auslastungsquote von mindestens rund 85%, auszugehen ist. Abhängig von der lokalen Infrastruktur kämen als Standort auch Eckernförde oder ein zentral gelegener Ort mit Krankenhausnähe im Einzugsgebiet Altenholz infrage; hier sollten dann jedoch zunächst geringere Einrichtungsgrößen (maximal 20 Plätze) gewählt werden, um eine ausreichende Auslastungsquote und einen wirtschaftlichen Betrieb realistisch erreichen zu können.

Ergänzend dazu sollte im Sinne des aktuellen Pilotprojekts „Pflegefachlicher Schwerpunkt Kurzzeitpflege“ im Land Schleswig-Holstein (siehe Kapitel 6.1.4) das Angebot verbindlich vorgehaltener, angemessen refinanzierter eingestreuter Kurzzeitpflegeplätze in Einrichtungen der stationären Langzeitpflege ausgebaut werden. Die hierfür zu schaffenden Voraussetzungen liegen hauptsächlich im Einflussbereich der Kostenträger und Einrichtungsträger gemeinsam mit den politischen Entscheidungsträgern auf Landesebene. Auf Kreis- und kommunaler Ebene sind jedoch mit den Einrichtungsträgern geeignete Standorte zu identifizieren.

Der Ausbau des Kurzzeitpflegeangebotes sollte stufenweise, zunächst mit den Zielgrößen gemäß dem Basisszenario, erfolgen und fortlaufend hinsichtlich der Nachfrage (Anzahl und Aufnahm Anlass), Auslastung, Verweildauer, Ort der Entlassung, Verlauf der weiteren Pflegebedürftigkeit und Versorgung sowie organisationaler und anderer Umsetzungshindernisse und der tatsächlichen Kosten evaluiert werden. Bei stabiler hoher Auslastung und sich abzeichnender wachsender Nachfrage sollte der Ausbau in Richtung des Bedarfs gemäß dem Szenario 2 intensiviert werden.

Zusammenfassung: Gemäß einem konservativen Basisszenarios liegt der aktuelle Bedarf an Kurzzeitpflegeplätzen im Kreis Rendsburg-Eckernförde mit rund 100 Plätzen um knapp das Dreifache über der aktuellen Platzkapazität laut Pflegestatistik. Bis zum Jahr 2030 ist eine weitere Steigerung des Bedarfs im Kreis um rund 12% zu erwarten. Die höchsten Steigerungsraten sind hierbei voraussichtlich für die Einzugsgebiete der Nebenstellen Eckernförde (+16 bzw. +17 %), Flintbek (+14 bzw. +18%) und Altenholz (+11 bzw. +16%) zu verzeichnen. Nach absoluten Zahlen ist der Bedarf an Kurzzeitpflegekapazitäten mit ca. 30 Plätzen im Einzugsgebiet der Nebenstelle Rendsburg des Pflegestützpunktes am größten; dies wird auch im weiteren Verlauf bis 2030 so bleiben. Als Standort für eine solitäre Kurzzeitpflegeeinrichtung bietet sich daher bevorzugt die Stadt Rendsburg an.



7 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 (allgemein und Kurzzeitpflege) und dem interdisziplinären Austausch im Rahmen der Pflegekonferenz wurden verschiedene Handlungsempfehlungen abgeleitet. Diese wurden gruppiert nach folgenden Schwerpunktthemen:

- Wohnen im Alter und wohnortnahe Versorgungsstrukturen
- Ambulante Versorgung
- Kurzzeitpflege und teilstationäre Angebote
- Stationäre Langzeitpflege
- Förderung des Arbeitsplatzes Pflege
- Monitoring des Pflegebedarfs und Entwicklung von Versorgungsangeboten

Diese Handlungsempfehlungen sind nicht als eine feststehende Lösung zu verstehen, sondern sollten, soweit sie hauptsächlich die Ebenen des Kreises bzw. der Kreisverwaltung, der Kommunen und der Einrichtungs- und Kostenträger betreffen, gemeinschaftlich von den Akteuren der regionalen pflegerischen Versorgung lokal entwickelt oder angepasst und hinsichtlich ihrer Machbarkeit und Effekte evaluiert werden. Hierfür sollten bestehende Förderinstrumente auf Bundes- und Landesebene genutzt und die erzielten Ergebnisse und Erfahrungen im Sinne des Subsidiaritätsprinzips in die politischen Entscheidungsprozess auf Bundes- und Landesebene eingebracht werden. Dies ist als ein fortlaufender Prozess zu verstehen, der auch die regelmäßige Aktualisierung einer systematischen Pflegebedarfsanalyse auf der Kreisebene einschließt, vorzugsweise alle fünf Jahre. Ebenso sollte dieser Prozess der Umsetzung, Evaluation, Aktualisierung und Anpassung der Handlungsempfehlungen partizipativ erfolgen, d. h. unter Einbindung von Vertreter*innen aller an der Versorgung beteiligten Akteursgruppen, inklusive der von (drohendem) Pflegebedarf betroffenen Bürger*innen und deren informellen Pflegepersonen.

Die nachfolgend beschriebenen Handlungsempfehlungen stellen Vorschläge der Sektion für Forschung und Lehre in der Pflege der Universität zu Lübeck dar. Die Umsetzung obliegt den adressierten Akteursebenen auf freiwilliger Basis.



7.1 Wohnen im Alter

Eine der größten Herausforderungen für die kreisangehörigen Kommunen liegt in der Weiterentwicklung des Angebots an Wohnungen, die Menschen mit (drohendem) Pflegebedarf einen möglichst langen Verbleib in der vertrauten Wohnumgebung und Gemeinde ermöglichen. Dies ist auch eine wichtige Grundlage für die Etablierung alternativer Formen pflegerischer Unterstützung jenseits der stationären Langzeitpflege (Pflegeheime), wie es dem zentralen Anliegen der Teilnehmenden der Pflegekonferenz im Rahmen der vorliegenden Pflegebedarfsanalyse entspricht. Hierfür ist zum einen die bedarfsgerechte Weiterentwicklung der kommunalen Wohnungskapazitäten erforderlich, zum anderen aber auch die gezielte Weiterentwicklung des kommunalen Sozialraums inklusive der für Menschen mit (drohendem) Pflegebedarf wichtigen Versorgungsstrukturen und Dienstleistungen. Dazu zählt die Sicherstellung eines ausreichenden Zugangs zur ambulanten ärztlichen Versorgung genauso wie die Erleichterung der Etablierung alltagspraktischer Dienste wie Hol- und Bringdienste oder Mahlzeitendienste, auch unter Förderung entsprechenden ehrenamtlichen Engagements. Die Verfügbarkeit entsprechender Förderinstrumente ist zu prüfen. Tabelle 66 gibt einen Überblick über die detaillierten Handlungsempfehlungen.

Tabelle 66: Handlungsempfehlungen zum Schwerpunkt Wohnen im Alter und wohnortnahe Versorgungsstrukturen

Wohnen im Alter und wohnortnahe Versorgungsstrukturen

Bundes- ebene	<ul style="list-style-type: none">• Überprüfung der Bedarfsgerechtigkeit der Leistungen für Menschen, die Grundsicherung im Alter nach SGB XI beziehen (z. B. hinsichtlich des Anspruchs auf Wohngeld)• Überprüfung bestehender Instrumente für die Förderung altersgerechter, barrierefreier Wohnungen in bestehenden Gemeindestrukturen
Länder- ebene	<ul style="list-style-type: none">• Überprüfung bestehender Instrumente für die Förderung altersgerechter, barrierefreier Wohnungen in bestehenden Gemeindestrukturen• Intensivere Verbreitung des Informationsangebots der Koordinierungsstelle für innovative Wohn- und Pflegeformen im Alter (KIWA, https://kiwa-sh.de/)• Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung in Kooperation mit den Partnern der ärztlichen Selbstverwaltung (insbesondere der Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein)
Kreis- ebene	Überprüfung bestehender Instrumente für die Förderung altersgerechter, barrierefreier Wohnungen in bestehenden Gemeindestrukturen
Kommunale Ebene	<ul style="list-style-type: none">• Einrichtungen von Gemeinschaftseinrichtungen als soziale Treffpunkte in Quartieren• Erfassung von Gebäuden mit (drohendem) Leerstand für alternativen Umbau für altersgerechte Wohnungen• Förderung städtebaulicher Wohnprojekten durch aktive Investoren- und Trägerberatung



- Stimulierung der Etablierung von wohnortnahen Angeboten für Mahlzeitendienste, Fahrdienste, Hausnotrufe, Haushaltshilfen, Hol- und Bringdienst u. ä. (BARMER 2021) (s. auch Förderung ehrenamtlichen Engagements im Bereich der ambulanten Versorgung)
- Stärkere konzeptionelle und planerische Verknüpfung von kommunaler Pflege- und Altenhilfepolitik im Sinne des §71 SGB XII Abs. 5 zur Verzahnung der Leistungen der Altenhilfe mit kommunaler Infrastruktur zur Vermeidung sowie Verringerung von Pflegebedürftigkeit (Jacobs et al., 2020)

Einrichtungsträger	Nutzung von Fördermöglichkeiten nach §§ 45e–f SGB XI für die Erprobung alternativer ambulanter Wohnformen
Kosten-träger	Keine spezifischen Handlungsempfehlungen

7.2 Ambulante Versorgung

Eng verbunden mit der bedarfsgerechten Weiterentwicklung des Wohnraumangebots sind der Ausbau und die Anpassung der Versorgungsstrukturen im Bereich der ambulanten Pflege. Schwerpunkte dieser Weiterentwicklung sollten die stärkere Vernetzung von ambulanten und anderen Versorgungsangeboten, möglichst unter Einbezug ehrenamtlichen Engagements, die Erprobung alternativer Wohnformen sowie die Erweiterung des Aufgabenspektrums pflegeberuflicher ambulanter Dienstleistungen sein. Um diesem Weiterentwicklungsbedarf zu begegnen, sollten auf allen Akteursebenen bestehende Förderinstrumente für die Erprobung alternativer Versorgungsangebote genutzt und ergebnisabhängig bzw. bedarfsgerecht ausgebaut werden. Auf Bundes- und Landesebene betrifft dies insbesondere die Schaffung von Voraussetzungen für die Erprobung von Gemeindepflege-Modellen im Sinne von „Community Health Nursing“ (Burgi & Igel, 2021) in Ergänzung zu etablierten Pflegediensten oder auch als Erweiterung des Dienstleistungsangebots etablierter Pflegedienste. Eine Stärkung der ambulanten Versorgung durch diesen Ansatz ist bereits Ziel der aktuellen Bundesregierung (Sozialdemokratische Partei Deutschlands et al., 2021). Das Aufgabenspektrum entsprechend qualifizierter Pflegefachpersonen kann unter anderem Aufgaben in den Bereichen Case Management und Förderung des Selbstmanagements von chronisch und mehrfach erkrankten Menschen mit Pflegebedarf umfassen, inklusive der selbstständigen Ausübung heilkundlicher Tätigkeiten nach § 63 Absatz 3c bzw. § 64d SGB V. Eine Verbindung mit Projekten der integrierten Versorgung und/oder der Telepflege nach § 125a SGB XI ist denkbar. Für diese verschiedenen Ansätze, die sich nicht einander ausschließen, stehen vor allem im Bereich des SGB XI (Soziale Pflegeversicherung), teils auch innerhalb integrierter Versorgung, des SGB V (Gesetzliche Krankenversicherung) verschiedene Förderinstrumente zur Verfügung.



Auf Kreisebene wird neben der Unterstützung von Kommunen, Einrichtungs- und Kostenträger bei der Planung und Umsetzung von Modellprojekten unter Nutzung bestehender Förderinstrumente vor allem die Fortsetzung und die Evaluation des Modellprojekts „Präventive Hausbesuche“ (2022–2024) empfohlen. Dieses Projekt, das im Jahr 2022 in der Gemeinde Hohenwestedt sowie den Gemeinden Molfsee und Flintbek als Kooperationsverbund gestartet wird, ist Dienstleister-unabhängig ausgerichtet und richtet sich an Bürger*innen im Alter von 75 Jahren und höher, die noch keinen Pflegebedarf nach SGB XI haben. Ziel ist es, durch eine Sensibilisierung für die aktuelle Lebenssituation und Erleichterung des Zugangs zu Teilhabemöglichkeiten und die niedrigschwelligen Unterstützungsangeboten die Entstehung von Pflegebedarf zu vermeiden bzw. zu verzögern. Das Projekt sollte hinsichtlich seiner Auswirkungen auf diese Ergebnisparameter evaluiert und bei positiven Ergebnissen verstetigt werden.

Kommunen sind insbesondere in der Förderung des ehrenamtlichen Engagements gefordert. Die Erweiterung des Aufgabenprofils ambulanter Pflegedienste liegt primär in der Verantwortung von Einrichtungs- und Kostenträgern. Diese stehen auch vor der Aufgabe, die Kapazitäten für die ambulante Versorgung von Menschen mit Pflegebedarf entsprechend dem in diesem Bericht projizierten Bedarf auszubauen. In Tabelle 67 sind die detaillierten Handlungsempfehlungen zusammengefasst.

Tabelle 67: Handlungsempfehlungen zum Schwerpunkt ambulante Versorgung

Ambulante Versorgung

Bundes- ebene	<ul style="list-style-type: none">• Evaluation der Umsetzung von Modellvorhaben zur Förderung der Versorgungsstrukturen und des Ehrenamts nach § 45c SGB XI• Beseitigung fehlender Anreize zu aktorsübergreifenden Kooperationen durch die getrennte Finanzierung von Leistungen nach SGB V und SGB XI• Evaluation der Regelungen des Dritten Abschnitts SGB XI zur Vergütung ambulanter Pflegeleistungen und Anpassung entsprechend zeitlichem und fachlichem Aufwand• Förderung von Modellprojekten, z. B. für die Einrichtung und Erprobung eines niederschwelligen, nicht trägergebundenen Angebots einer Community Health Nurses (Gemeindepflege) mit kleinräumiger Zuständigkeit und folgendem Aufgabengebiet (Burgi & Igel, 2021, Sozialdemokratische Partei Deutschlands et al., 2021):<ul style="list-style-type: none">○ Primärversorgung und Sicherung von Versorgungskontinuität im ambulanten Bereich○ Versorgungskoordination und Navigation durch das Gesundheitssystem sowie integrierte Versorgung durch Kooperation im ambulanten und stationären Sektor○ Information, Beratung und Anleitung○ Planung von Gesundheitspräventionsprogrammen○ Monitoring und Management chronischer Krankheiten sowie die Beteiligung an strukturierten Behandlungsprogrammen
------------------	---



Eine Verbindung mit Telepflege-Angeboten, Modellprojekten nach § 63 Absatz 3c bzw. § 64d SGB V zur selbstständigen Ausübung von Heilkunde durch speziell qualifizierte Pflegefachpersonen oder Modellvorhaben zum Ausbau von Beratungsangeboten nach § 123 SGB XI ist je nach Schwerpunktsetzung denkbar. Je nachdem, inwieweit die betreffenden Pflegeexpert*innen selbstständig (also nicht auf Delegationsbasis) heilkundliche Aufgaben ausführen, die nicht von § 63 Absatz 3c bzw. § 64d SGB V abgedeckt sind, sind zunächst rechtliche Regelungen auf Bundesebene zu den Voraussetzungen für die Ausübung dieser Aufgaben zu treffen.

Länder-
ebene

- Anpassung der Rahmenbedingungen (Landesverordnungen und andere landesrechtliche Regelungen) hin zu mehr versorgungsbereichsübergreifenden Regelungen
- Förderung von Modellprojekten auf Kreis- oder kommunaler Ebene, z. B. mit Mitteln aus dem Versorgungssicherungsfonds Schleswig-Holstein (https://www.schleswig-holstein.de/DE/Fachinhalte/G/gesundheits_dienste/Versorgungssicherungsfonds.html), z. B. für die Einrichtung und Erprobung eines niederschweligen, nicht trägergebundenen Angebots einer Community Health Nurses (s. Bundesebene)

Kreis-
ebene

Unterstützung des Ausbaus wohnortnaher sozialer, pflegerischer und medizinischer Versorgungsstrukturen u.a. durch Nutzung von Fördermöglichkeiten

- nach § 45c SGB XI für regionale, trägerübergreifende Versorgungsnetzwerke auf kommunaler oder kommunenübergreifender Ebene (s. auch kommunale Ebene) oder
- nach §§ 45e–f SGB XI für die Erprobung alternativer Wohnformen
- nach § 63 Absatz 3c SGB V oder § 64d SGB V für die Etablierung von Pflegeexpert*innen (dienstleisterunabhängig oder bei ausgewählten Pflegediensten, in Kooperation mit Hausarztpraxen) mit Befähigung zur selbstständigen Ausübung heilkundlicher Tätigkeiten, beispielsweise im Bereich von Information und Beratung, Case Management und Umsetzung spezieller Pflege und Therapie für Menschen mit chronischen Erkrankungen wie chronische Wunden, Demenz, Diabetes mellitus oder Hypertonus
- Fortsetzung und Evaluation des Modellprojekts Präventive Hausbesuche des Kreises Rendsburg-Eckernförde (2022 bis 2024) in der Gemeinde Hohenwestedt und dem Kooperationsverbund der Gemeinden Molfsee und Flintbek:
 - Dienstleister-unabhängiges Beratungsangebot für ältere, in der eigenen Häuslichkeit lebende und noch nicht pflegebedürftige Menschen im Alter ≥ 75 Jahre
 - Ziele: Prävention von sozialer Isolation und Entstehung von Pflegebedürftigkeit, u.a. durch Vermittlung und neuer Einrichtung von wohnortnahen Beratungs- und Teilhabeangeboten
 - Beratungsschwerpunkte der Hausbesuche: soziale Situation, gesundheitliche und hauswirtschaftliche Versorgung, Wohnsituation, Mobilität oder Hobbys und Kontakte
 - Bei positiven Evaluationsergebnissen (z. B. in Bezug auf Verzögerung der Inanspruchnahme von Leistungen des SGB XI und die soziale Teilhabe) Umwandlung in ein Regelangebot

Kommunale
Ebene

- Ausbau quartiersnaher Beratungs- und Unterstützungsangebote
- Förderung ehrenamtlichen Engagements, z. B. Nachbarschaftshilfe, in der Gewährleistung niedrigschwelliger Angebote
 - Etablierung Ehrenamtsbörse
 - Schaffung finanzieller Anreize
 - Förderung der Verzahnung mit professionellen Angebotsstrukturen
 - Schaffung modellhafter Vernetzungen („Versorgungsnetzwerke“) nach § 45c SGB XI



Einrichtungsträger

- Ausbau und Sicherstellung des Angebots ambulanter Pflegekapazitäten gemäß der im vorliegenden Bericht ermittelten Bedarfsentwicklung
- Nutzung von Fördermöglichkeiten nach § 45c SGB XI für regionale, trägerübergreifende Versorgungsnetzwerke auf kommunaler oder kommunenübergreifender Ebene (s. auch kommunale Ebene)
- Erprobung von Telepflege nach dem Digitale-Versorgung-und-Pflege-Modernisierungsgesetz (DVPfMG) vom 09.06.2021 und dem darin verankerten Modellvorhaben nach § 125a SGB XI (es werden Mittel aus dem Ausgleichsfond der Pflegeversicherung im Zeitraum 2022 bis 2024 zur Verfügung gestellt)
- Weiterentwicklung des Aufgabenspektrums ambulanter Pflegedienste durch Veränderung der Arbeitsorganisation, Kooperation und Netzwerke, integrierte Versorgung und Case Management (ggf. unterstützt durch Förderung nach § 45c SGB XI oder durch Versorgungssicherungsfonds Schleswig-Holstein
 - Selbstverantwortete/-organisierende Teams
 - Kooperationen in multiprofessionellen Teams
 - Integrierte Versorgung, Case-Management und regionale Netzwerkbildung
 - Koordinierungszentren und Austauschplattformen
- Etablierung eines Modellprojekts zur Erprobung der selbstständigen pflegerischen Ausübung von Heilkunde nach § 63 Absatz 3c oder § 64d SGB V, z. B. für die Versorgung von Menschen mit Demenz, Diabetes mellitus oder chronischen Wunden
- Beteiligung an und Unterstützung von weiteren modellhaften Erprobungen alternativer ambulante Versorgungsformen, z. B. zu Community Health Nursing (s. Bundesebene, für eine weitere Übersicht s. auch Hahnel et al., 2021), unter Nutzung etablierter Förderinstrumente

Kostenträger

- Beteiligung an und Unterstützung von modellhaften Erprobungen z. B. zu Community Health Nursing oder Telepflege
- Schaffung der strukturellen Voraussetzungen für die eigenständige Abrechnung pflegerischer Leistungen nach § 63 Absatz 3c bzw. § 64d SGB V
- Vergütung ambulanter Pflegeleistungen entsprechend zeitlichem und fachlichem Aufwand (Rahmenverträge mit den Partnern nach § 78 Absatz 1 Satz SGB XI auf Landesebene)

7.3 Kurzzeitpflege und teilstationäre Angebote

Tabelle 68 gibt einen Überblick über die Handlungsempfehlungen zu diesem Schwerpunkt. Wie im Kapitel 6 des vorliegenden Berichtes dargestellt, übersteigt der Bedarf an Kurzzeitpflegeplätzen bereits aktuell die laut Pflegestatistik Schleswig-Holstein vorhandenen Versorgungskapazitäten. Dem entsprechend liegt eine unmittelbare Aufgabe aller Akteure auf Kreis-, kommunaler, Einrichtungsträger- und Kostenträgerebene im Ausbau der Kapazitäten für die Kurzzeitpflege im Kreis Rendsburg-Eckernförde (Details s. Kapitel 6.3. Dies sollte in Form eines Mix aus einer solitären Einrichtung für Kurzzeitpflege (ca. 20 bis 30 Plätze) an einem Standort im Kreis und weiteren, verbindlich in Einrichtungen der stationären Langzeitpflege verfügbaren Plätzen erfolgen. Mit der Richtlinie des



Landes Schleswig-Holstein über die Gewährung von Zuwendungen zur Förderung des Ausbaus solitärer Kurzzeitpflegeplätze steht auf Landesebene ein Förderinstrument für den Ausbau des solitären Kurzzeitpflegeangebots zur Verfügung (Richtlinie über die Gewährung von Zuwendungen zur Förderung des Ausbaus solitärer Kurzzeitpflegeplätze, 2022), daneben wird Einrichtungsträgern des Kreises die Teilnahme an dem Pilotprojekt „Pflegefachlicher Schwerpunkt Kurzzeitpflege“ des Landes Schleswig-Holstein für die verbindliche Bereitstellung von Kurzzeitpflegeplätzen in der stationären Langzeitpflege empfohlen. Der Ausbau des Kurzzeitpflegeangebots sollte fortlaufend hinsichtlich der Nachfrage und Inanspruchnahme und weiterer Parameter evaluiert werden. Die Ergebnisse und Erfahrungen sollten im politischen Austauschprozess über die Landes-, Einrichtungsträger- und Kostenträgerebene in die Anpassung der Vergütungsmaßstäbe für die Kurzzeitpflege nach § 88a SGB XI auf Bundesebene eingebracht werden.

Die Pflegekonferenz für die vorliegende Pflegebedarfsplanung gab darüber hinaus Hinweise darauf, dass ein Ausbau der Tagespflegeangebote im Kreis Rendsburg Eckernförde durch Akteure auf Einrichtungsträger- und Kostenträgerebene erforderlich ist. Die Nachfrage dieser Unterstützungsleistungen sollte durch den Pflegestützpunkt und die Einrichtungsträger engmaschig erfasst und das Angebot entsprechend angepasst werden. Im Zuge der demografisch bedingten Steigerung der Anzahl von Bürger*innen mit Pflegebedarf im Kreis Rendsburg-Eckernförde um 15% bis 2030 ist auch mit einem entsprechenden Anstieg des Bedarfs an Tagespflege zu rechnen.

Tabelle 68: Handlungsempfehlungen zum Schwerpunkt Kurzzeitpflege und teilstationäre Versorgung

Kurzzeitpflege und teilstationäre Angebote

Bundes- ebene	Überwachung der Umsetzung von § 88a SGB XI Anpassung der Vergütungsmaßstäbe für eine wirtschaftlich tragfähige Vergütung von Leistungen der Kurzzeitpflege
Länder- ebene	<ul style="list-style-type: none">• Fortsetzung der Förderung von Modellprojekten zur Schaffung solitärer Kurzzeitpflegeplätze und verbindlich verfügbarer eingestreuter Kurzzeitpflegeplätze in der stationären Langzeitpflege wie im Rahmen der aktuellen Richtlinie des Landes Schleswig-Holstein über die Gewährung von Zuwendungen zur Förderung des Ausbaus solitärer Kurzzeitpflegeplätze und des Pilotprojekts „Pflegefachlicher Schwerpunkt Kurzzeitpflege“ des Landes Schleswig-Holstein (s. Kapitel 6.1.4)• Aufbau einer träger- und kommunenübergreifenden Informationsbörse über aktuell verfügbare Kapazitäten in der Tages- und Kurzzeitpflege
Kreis- ebene	<ul style="list-style-type: none">• Beteiligung an einem Förderantrag für die Etablierung einer Modelleinrichtung für solitäre Kurzzeitpflegeplätze (inklusive begleitender Evaluation) unter Nutzung verfügbarer Förderinstrumente (Richtlinie über die Gewährung von Zuwendungen zur Förderung des Ausbaus solitärer Kurzzeitpflegeplätze 2022)• Unterstützung bei der Identifikation, baulichen und infrastrukturellen Ausstattung geeigneter Standorte



Kommunale Ebene	<ul style="list-style-type: none">• Unterstützung bei der Identifikation, baulichen und infrastrukturellen Ausstattung geeigneter Standorte für die solitäre Kurzzeitpflege• Unterstützung lokaler Einrichtungen der stationären Langzeitpflege bei der verbindlichen Bereithaltung definierter Kapazitäten für die Kurzzeitpflege (z. B. durch Integration in regionale Versorgungsnetzwerke)
Einrichtungsträger	<ul style="list-style-type: none">• Ausbau und Sicherstellung des Angebots von solitären Kurzzeitpflegeplätzen entsprechend der im vorliegenden Bericht ermittelten Bedarfsentwicklung<ul style="list-style-type: none">○ Eine Einrichtung im Kreis○ Vorzugsweise 20 bis 30 Plätze○ Bevorzugte Standorte gemäß Bedarfsanalyse: Rendsburg oder Eckernförde○ Sicherstellung einer Kooperation mit regionalem Akutkrankenhaus• Ergänzend Ausbau und Sicherstellung weiterer, verbindlich in Einrichtungen der stationären Langzeitpflege verfügbarer Plätze für die Kurzzeitpflege gemäß der im vorliegenden Bericht ermittelten Bedarfsentwicklung• Evaluation von Projekten zu Ausbau und Erhalt von Kurzzeitpflegeplätzen hinsichtlich folgender Zielgrößen: Nachfrage (Anzahl und Aufnahmeanlass), Auslastung, Verweildauer, Ort der Entlassung, Verlauf der weiteren Pflegebedürftigkeit und Versorgung, Umsetzungshindernisse, Kosten• Ausbau und Sicherstellung des Angebots von Tagespflegeplätzen nach § 42 SGB XI
Kostenträger	<ul style="list-style-type: none">• Beteiligung an Modellprojekten zur Schaffung solitärer Kurzzeitpflegeplätze und verbindlich verfügbarer eingestreuter Kurzzeitpflegeplätze in der stationären Langzeitpflege wie im Rahmen der aktuellen Richtlinie des Landes Schleswig-Holstein über die Gewährung von Zuwendungen zur Förderung des Ausbaus solitärer Kurzzeitpflegeplätze und des Pilotprojekts „Pflegefachlicher Schwerpunkt Kurzzeitpflege“ des Landes Schleswig-Holstein (s. Kapitel 6.1.4)• Aufwandsadäquate Vergütung von Leistungen der Kurzzeitpflege (solitäre Kurzzeitpflege und verbindlich verfügbare Kurzzeitpflegeplätze in Einrichtungen der stationären Langzeitpflege) (Rahmenverträge mit den Partnern nach § 78 Absatz 1 Satz SGB XI auf Landesebene)

7.4 Stationäre Langzeitpflege

Die wichtigste Aufgabe in diesem Bereich liegt in der Aufrechterhaltung und dem bedarfsgerechten Ausbau der bestehenden Kapazitäten für die stationäre Langzeitpflege (Tabelle 69). Laut Projekt des Pflegebedarfs in diesem Kreis ist für diese Versorgungsform bis 2030 mit einem Anstieg der Anzahl von Leistungsempfänger*innen um knapp 25% zu erwarten, ein höherer Anstieg als im Bereich der ambulanten Pflege (+19,5%). Die Gewährleistung eines bedarfsgerechten Angebots liegt hauptsächlich in der Verantwortung der Einrichtungsträger, erfordert jedoch auch entsprechende strukturelle Rahmenbedingungen (bedarfsgerechte Vergütung der Leistungen). Dieser Gestaltungsprozess erfordert das Monitoring von Nachfrage sowie Versorgungssicherheit und -qualität auf allen Ebenen. Einen Schwerpunkt werden hierbei die Erfahrungen aus der Umsetzung der neuen



Maßstäbe für die Personalbemessung nach § 113c SGB XI bilden. Diese Personalbemessungsmaßstäbe sollten künftig auch explizit erweiterte Aufgaben und Tätigkeitsprofile für Pflegefachpersonen mit einem Qualifikationsniveau 6 (Bachelor-Grad) oder höher gemäß Deutschem Qualifikationsrahmen definiert und in der Vergütung der stationären Langzeitpflegeleistungen berücksichtigen, wofür vor allem Anpassungen in den sozialrechtlichen Bestimmungen auf Bundesebene und deren nachfolgender Umsetzung auf Kostenträgerebene erforderlich sind.

Ebenfalls sollten stationäre Pflegeeinrichtungen noch stärker als bisher auf kommunaler Ebene in Versorgungsnetzwerke integriert und eng mit ambulanten oder teilstationären Angeboten verbunden sein. Auch alternative Wohnangebote innerhalb stationärer Langzeitpflegeeinrichtungen sollten durch Einrichtungsträger mit Unterstützung durch die Kostenträger entwickelt und erprobt werden, unter Nutzung bestehender Förderinstrumente innerhalb des SGB XI. Diese Anpassungen tragen dazu bei, dem Bedürfnis von Menschen mit Pflegebedarf nach Teilhabe und vertrauter, persönlicher Wohnumgebung zu entsprechen.

Tabelle 69: Handlungsempfehlungen zum Schwerpunkt Langzeitpflege

Stationäre Langzeitpflege

Bundes- ebene	<ul style="list-style-type: none">• Fortlaufende Evaluation der Regelungen des SGB XI zur vollstationären Pflege, insbesondere der Vergütung stationärer Pflegeleistungen nach Zweitem Abschnitt SGB XI sowie der Umsetzung und der Effekte der Personalbemessung nach § 113c SGB XI sowie Anpassung entsprechend zeitlichem und fachlichem Aufwand• Berücksichtigung von Pflegefachpersonen mit Qualifikationsniveau 6 oder höher gemäß Deutschem Qualifikationsrahmen in der Personalbemessung nach § 113c SGB XI
Länder- ebene	Keine spezifischen Empfehlungen
Kreis- ebene	<p>Unterstützung von Modellprojekten zu Ausbau, Anpassung und Aufrechterhaltung der Pflegekapazitäten im Kreis Rendsburg-Eckernförde, insbesondere durch</p> <ul style="list-style-type: none">• Verbreitung von Informationen über Förderinstrumente auf kommunaler Ebene, Förderung des Austauschs und der Vernetzung der Akteure auf kommunaler, Einrichtungsträger- und Kostenträgerebene (s. auch Tabelle 71)• Berücksichtigung von Einrichtungen der stationären Langzeitpflege bei der Überprüfung bestehender Instrumente für die Förderung altersgerechter, barrierefreier Wohnungen in bestehenden Gemeindestrukturen, z. B. Ermöglichung oder Förderung von Wohnangeboten mit Service (in Nachbarschaft/Kooperation mit Einrichtungen der stationären Langzeitpflege) (s. auch Tabelle 66)
Kommunale Ebene	<ul style="list-style-type: none">• Berücksichtigung von Einrichtungen der stationären Pflege in der Entwicklung und Beantragung von Modellprojekten zu Ausbau, Anpassung und Aufrechterhaltung der Pflegekapazitäten im Kreis Rendsburg-Eckernförde• Integration von Einrichtungen der stationären Pflege in lokale Versorgungsnetzwerke und Strukturen für den sozialen Austausch, insbesondere ggf. infrastrukturelle



Erleichterung der stärkeren Vernetzung stationärer, teilstationärer und ambulanter Leistungen und alternativer Wohnformen

Einrichtungsträger

- Ausbau und Sicherstellung des Angebots vollstationärer Pflegekapazitäten gemäß der im vorliegenden Bericht ermittelten Bedarfsentwicklung
- Nutzung von Fördermöglichkeiten nach § 45c SGB XI für regionale, trägerübergreifende Versorgungsnetzwerke auf kommunaler oder kommunenübergreifender Ebene (s. auch kommunale Ebene), insbesondere im Hinblick stärkerer Vernetzung stationärer, teilstationärer und ambulanter Leistungen und alternativer Wohnformen

Kostenträger

Vergütung ambulanter Pflegeleistungen entsprechend zeitlichem und fachlichem Aufwand (Rahmenverträge mit den Partnern nach § 78 Absatz 1 Satz SGB XI auf Landesebene)

7.5 Förderung des Arbeitsplatzes Pflege

Die Sicherstellung eines in Anzahl und Qualifikation angemessenen Personalbestands in den pflegeberuflichen Arbeitsfeldern ist eine aktuelle zentrale Zukunftsaufgabe der Gesellschaft. Bezogen auf den Kreis Rendsburg-Eckernförde, liegen mögliche Aufgaben hierfür vor allem auf den Ebenen der politischen Entscheidungsträger auf Bundes-, Kreis- und kommunaler Ebene sowie auf der Ebene der Einrichtungsträger (Tabelle 70). Es wird empfohlen, in einem abgestimmten Vorgehen auf Trägerebene regelmäßig Anzahl und Gründe des Ausscheidens aus Arbeitsverhältnissen oder dem Pflegeberuf zu erfassen und im strukturierten Austausch dieser Ebenen (z. B. im Rahmen einer regelmäßigen Pflegekonferenz) gezielte Maßnahmen zu entwickeln, umzusetzen und zu evaluieren. Es wird davon ausgegangen, dass mögliche Gründe sowohl im Einflussbereich von Kreis und Kommunen (z. B. Infrastruktur für arbeitsplatznahen Wohnraum und Vereinbarkeit von Beruf und Familie) als auch im Einflussbereich der Einrichtungsträger (z. B. Laufbahnperspektiven, Arbeitszeitmodelle, Vergütung (mit Unterstützung durch Kostenträger)) und des Bundes (z. B. Refinanzierung der beruflichen und hochschulischen Ausbildung, Förderung der Akademisierung der Pflegeberufe, Mindestlohn-Regelungen) liegen. Daneben sind Einrichtungsträger gefordert, Ausbildungskapazitäten für die Pflegeberufe aufrechtzuerhalten und bei gesicherter Nachfrage auszubauen.



Tabelle 70: Handlungsempfehlungen zum Schwerpunkt Förderung des Arbeitsplatzes Pflege

Förderung des Arbeitsplatzes Pflege

Bundes- ebene	<p>Steigerung der Attraktivität der Ausbildung und des Berufsfeldes in den Pflegeberufen, z. B.</p> <ul style="list-style-type: none">• Evaluation und Anpassung des Pflegeberufegesetzes• Minimierung von Barrieren in der Umsetzung der beruflichen Ausbildung (z. B. Refinanzierung von Praxisanleitung, Förderung der Aus- und Weiterbildung von Lehrenden für die berufliche Pflegeausbildung)• Erleichterung der Umsetzungsbedingungen für die hochschulische Pflegeausbildung (z. B. Refinanzierung von Leistungen der Praxisanleitung)• Förderung der Akademisierung des Pflegeberufes (z. B. Programme zur Förderung des pflegewissenschaftlichen Nachwuchses)• Förderung von Modellprojekten zur Erweiterung der Rollen und Aufgaben der Pflegeberufe, z. B. im Bereich Community Health Nursing• Überprüfung und Anpassungen der gesetzlichen Regelungen zum Mindestlohn in den Pflegeberufen
Länder- ebene	<ul style="list-style-type: none">• Nachfolgende Umsetzung von Regelungsanpassungen durch die Bundesebene• Bereitstellung einer trägerübergreifenden Informationsbörse über offene Stellenangebote in pflegerischen Aufgabenfelder
Kreis- ebene	<ul style="list-style-type: none">• Identifikation von auf die jeweiligen Probleme angepassten Maßnahmenpakete (z. B. Verbesserung der Infrastruktur für die Erreichbarkeit der pflegerischen Arbeitsplätze über öffentlichen Nahverkehr zu allen relevanten Arbeitszeiten)• Unterstützung des strukturierten Austausches der Einrichtungsträger über Gewinnung und Verbleib von Auszubildenden/Studierenden sowie Beschäftigten in den Pflegeberufen, z. B. im Rahmen jährlicher Pflegekonferenzen (s. Tabelle 71)
Kommunale Ebene	<ul style="list-style-type: none">• Erfassung und Analyse von Fluktuationsdaten hinsichtlich möglicher Gründe für die vorzeitige Beendigung eines Arbeitsverhältnisses, die durch die Kommune beeinflusst werden können (Befragungen, Gespräche mit Ausscheidenden, regelmäßiger Austausch mit den Akteuren der Praxis; jeweils in Zusammenarbeit mit den Einrichtungsträgern)• Identifikation von auf die jeweiligen Probleme angepassten Maßnahmenpakete (z. B. Verbesserung der Infrastruktur für die Vereinbarkeit von Beruf und Familie oder für die Erreichbarkeit der pflegerischen Arbeitsplätze über öffentlichen Nahverkehr zu allen relevanten Arbeitszeiten)• Mitwirkung bei der Erprobung von Mitarbeiterbindungs- und Anwerbeprogrammen
Einrichtungs- träger	<ul style="list-style-type: none">• Erfassung und Analyse von Fluktuationsdaten hinsichtlich möglicher Gründe für die vorzeitige Beendigung eines Arbeitsverhältnisses, die durch den Einrichtungsträger beeinflusst werden können (Befragungen, Gespräche mit Ausscheidenden, regelmäßiger Austausch mit den Akteuren der Praxis; trägerübergreifend in Zusammenarbeit mit Kreis- und kommunaler Verwaltung)• Identifikation von auf die jeweiligen Probleme angepassten Maßnahmenpakete (z. B. monetäre oder nicht-monetäre Anreize, subventionierte Bildungsmaßnahmen, lebenslaufbezogene Karriereoptionen, Unterstützung flexiblen Arbeitens/alternativer Arbeitszeitmodelle, bedarfsgerechte Anpassung des Personalmix (Anzahl und Qualifikation) zur Vermeidung von Belastungsspitzen)• Erprobung von Mitarbeiterbindungs- und Anwerbeprogrammen



- Aufrechterhaltung und Ausbau des Angebots von Ausbildungsplätzen in den Pflegeberufen
- Jährliche Ausbildungs- und Jobmesse für Berufe in der Pflege und anderen Gesundheitsberufen auf Kreisebene (in Zusammenarbeit mit Schulen der Sekundarstufen I und II sowie der Ausbildungsstätten (Theorie und Praxis) für den Pflegeberuf)

Kosten-
träger

Beteiligung an angemessener Refinanzierung von Ausbildungsleistungen inklusive Praxisanleitung

7.6 Monitoring des Pflegebedarfs und Entwicklung von Versorgungsangeboten

Die Empfehlungen zu diesem Schwerpunkt zielen vor allem auf den Ausbau von Methoden und Instrumenten für die regelmäßige Erfassung der Entwicklung des Pflegebedarfs und die Identifikation und Entwicklung von Ansätzen für die Anpassung des Versorgungsangebots (Tabelle 71). Aufgaben hierfür liegen vor allem auf der Bundes- und der Kreisebene. Wie die Analysen des Pflegebedarfs für den vorliegenden Bericht gezeigt haben, bilden die Daten der Pflegestatistik die Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen der Sozialen Pflegeversicherung unvollständig ab, insbesondere im Bereich der Kurzzeitpflege. Auch sollten primär pflegerisch erbrachte Leistungen auf der Basis von Verordnungen nach SGB V (Gesetzliche Krankenversicherung) ebenfalls in der Pflegestatistik berücksichtigt werden, damit diese eine valide Grundlage für Bedarfsprojektionen und die Weiterentwicklung der pflegerischen Versorgungskapazität bietet. Auf der Kreisebene wird vor allem die Etablierung eines systematischen Prozesses für die regelmäßige Aktualisierung der Pflegebedarfsplanung, wenigstens alle fünf Jahre, empfohlen. Diese sollte neben den jeweils aktuellen Daten der Pflegestatistik die Ergebnisse regionaler Modellprojekte und Initiativen sowie die Erfahrungen und Erwartungen der wesentlichen beteiligten Personengruppen, inklusive der Bürger*innen mit (drohendem) Pflegebedarf und deren informellen Pflegepersonen berücksichtigen. Das heißt, die regelmäßige Pflegebedarfsplanung sollte in einem partizipativen Prozess erfolgen. Die Etablierung einer jährlichen Pflegekonferenz auf Kreisebene, ähnlich wie für die vorliegende Planung durchgeführt, und ggf. ergänzender Arbeitsgruppen in Verbindung mit der Konferenz wird als Grundlage für die partizipative Pflegebedarfsplanung empfohlen.



Tabelle 71: Handlungsempfehlungen zum Schwerpunkt Monitoring des Pflegebedarfs und Entwicklung pflegerischer Versorgungsstrukturen

Monitoring des Pflegebedarfs

Bundes- ebene	Anpassung und Erweiterung der zweijährlichen Pflegestatistik um Daten <ul style="list-style-type: none">• zur Inanspruchnahme von Kurzzeitpflege-Leistungen nach § 39 Absatz 1 <u>und</u> § 42 SGB XI• zur Inanspruchnahme von Kurzzeitpflege-Leistungen nach § 39c SGB V• zur Inanspruchnahme von häuslicher Krankenpflege nach § 37 SGB• zur Verfügbarkeit und Inanspruchnahme digitaler Pflegeanwendungen nach § 40 SGB XI• zur Inanspruchnahme von Leistungen für Pflegepersonen nach §§ 44–45b SGB XI• zur Inanspruchnahme von Angeboten zur Unterstützung im Alltag nach § 45a SGB XI• zur Inanspruchnahme der Anschubfinanzierung zur Gründung ambulant betreuter Wohngruppen• zum Anteil von Pflegefachpersonen mit einer Qualifikation auf Niveau 6 (Bachelor) oder höher nach Deutschem Qualifikationsrahmen im Rahmen der Daten zu den in der ambulanten und stationären Pflege tätigen Personen nach § 109 Absatz 1 Nummer 3 SGB XI
Länder- ebene	Übernahme der Anpassungen der Pflegestatistik auf Bundesebene in die Pflegestatistik auf Landeseben
Kreis- ebene	Regelmäßige Aktualisierung und Fortschreibung des Pflegebedarfsplans <ul style="list-style-type: none">• Mindestens im Abstand von fünf Jahren• Unter systematischer Beteiligung von Vertreter*innen aller relevanter Akteursgruppen (Menschen mit Pflegebedarf, informelle Pflegepersonen, Einrichtungsträger, Leitende und Pflegefachpersonen der pflegerischen Leistungsanbieter, Fachpersonen weiterer relevanter Leistungsanbieter in der ambulanten Versorgung wie z. B. Hausarzt*innen und Vertreter*innen der Therapieberufe, Krankenhäuser, Rehabilitationseinrichtungen, Kostenträger, Kommunen)
Kommunale Ebene	Keine spezifischen Handlungsempfehlungen
Einrichtungs- träger	Keine spezifischen Handlungsempfehlungen
Kostenträger	Keine spezifischen Handlungsempfehlungen

Informations-, Beratungs- und Vernetzungsangebote/Entwicklung pflegerischer Versorgungsstrukturen im Kreis

Bundes- ebene	Keine spezifischen Empfehlungen
Länder- ebene	Intensivere Verbreitung des Informationsangebots der Koordinierungsstelle für innovative Wohn- und Pflegeformen im Alter (KIWA, https://kiwa-sh.de/) und des digitalen Wegweiser Demenz (https://demenzwegweiser-sh.de/)
Kreis- ebene	<ul style="list-style-type: none">• Förderung des regelmäßigen Austausches aller an der Sicherstellung der Versorgung von Bürger*innen mit (drohendem) Pflegebedarf beteiligten Personengruppen und Akteure, insbesondere mittels regelmäßiger Pflegekonferenzen auf Kreisebene:<ul style="list-style-type: none">○ Ziele:



- Monitoring und Reflexion der Entwicklung der Passung von pflegerischem Versorgungsbedarf und der Angebotskapazitäten (quantitativ und qualitativ) auf der Kreisebene
- Initiierung und Evaluation von Modellvorhaben auf Kreisebene zur Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen
- Fachliche Begleitung der regelmäßigen Aktualisierung des Pflegebedarfsplans (s. Monitoring des Pflegebedarfs und der Entwicklung pflegerischer Versorgungsstrukturen)
- Mit Vertreter*innen folgender Personengruppen und Akteure:
 - Bürger*innen mit bestehendem Pflegebedarf oder erhöhtem Risiko für Pflegebedarf (z. B. Selbsthilfegruppen für bestimmte chronische Erkrankungen)
 - Informelle Pflegepersonen
 - Leitende Pflegefachpersonen von Anbietern/Einrichtungen der ambulanten, langzeitstationären und teilstationären Pflege (inkl. Kurzzeitpflege)
 - Pflegerische Leitung und Sozialdienst von Krankenhäusern der Akut- und rehabilitativen Versorgung
 - Fachpersonen anderer Leistungserbringer im Gesundheitswesen (insbesondere ärztliche Versorgung und ärztliche Selbstverwaltung, Therapiebeurte/Heilmittelerbringer, Rettungsdienst)
 - Verantwortliche von Ausbildungsstätten für den Pflegeberuf
 - Verantwortliche von Einrichtungs- und Kostenträgern
 - Relevante Arbeitsbereiche der Kreisverwaltung (z. B. in den Bereichen Soziales, Gesundheit und Senior*innen)
 - Politische Entscheidungsträger auf Kreis- und Kommunalebene
- Mindestens einmal jährlich strukturierter Austausch unter allen genannten Adressaten
- Zusätzlich Bildung von Arbeitsgruppen insbesondere zu den Themen
 - Wohnen im Alter und wohnortnahe Versorgungsstrukturen
 - Ambulante Versorgung
 - Kurzzeitpflege, teilstationäre und transsektorale Versorgung
 - Förderung des Arbeitsplatzes Pflege (Ausbildung und Laufbahntwicklung in der Pflege, Förderung des Verbleibs im Pflegeberuf)
- Ggf. Ausbau der Beratungsangebote des Pflegestützpunktes und dessen Nebenstellen auf der Basis von § 123 SGB XI zur Durchführung von Modellvorhaben zur kommunalen Beratung Pflegebedürftiger und ihrer Angehörigen

Kommunale Ebene

- Mitwirkung in den Aktivitäten der Pflegekonferenz auf Kreisebene

Einrichtungsträger

- Mitwirkung in den Aktivitäten der Pflegekonferenz auf Kreisebene

Kostenträger

- Mitwirkung in den Aktivitäten der Pflegekonferenz auf Kreisebene



8 Literaturverzeichnis

BARMER Pflgereport. (2020). <https://www.barmer.de/blob/270028/6b0313d72f48b2bf136d92113ee56374/data/barmer-pflgereport-2020-komplett.pdf>, Zugriff am 31.05.2021.

BARMER Pflgereport. (2018). <https://www.barmer.de/blob/170372/9186b971babc3f80267fc329d65f8e5e/data/dl-pflgereport-komplett.pdf>, Zugriff am 31.05.2021.

BARMER Pflgereport (2021). Wirkungen der Pflegereformen und Zukunftstrends. Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse. band 32. Barmer. Berlin. <https://www.barmer.de/blob/361516/2ad4e5f56c47cb7b7e914190f9fae62f/data/barmer-pflgereport-2021-band-32-bifg.pdf>. Zugriff am 27.03.2022.

Benzinger P, Kuru S, Keilhauer A, Hoch J, Pressten P, Bauer JM, Wahl HW (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.

Braeseke G, Nauen K, Pflug C, Meyer-Rötz S, Pisarev P (2017). Wissenschaftliche Studie zum Stand und zu den Bedarfen der Kurzzeitpflege in NRW. Abschlussbericht für das Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen. https://www.iges.com/e6/e1621/e10211/e22175/e22735/e22740/e22742/attr_objs22744/IGES_Kurzzeitpflege_in_NRW_122017_ger.pdf. Zugriff am 31.01.2022.

Braeseke G, Nägele G, Engelmann F, Lingott N, Inkrot S (2019). Handlungsempfehlungen zur Altenhilfeplanung. IGES Institut. Berlin

Burgi M & Igel G (2021). Community Health Nursing - Wegweiser für die Etablierung in Deutschland. Robert-Bosch-Stiftung. https://www.bosch-stiftung.de/sites/default/files/publications/pdf/2021-04/Wegweiser_Community_Health_Nursing_1.pdf. Zugriff am 20.04.2022.

Bundesamt für Kartographie und Geodäsie. (2019). Verwaltungsgebiete 1:250 000 mit Einwohnerzahlen (kompakt), Stand 31.12.2019. <https://gdz.bkg.bund.de/index.php/default/verwaltungsgebiete-1-250-000-mit-einwohnerzahlen-ebenen-stand-31-12-vg250-ew-ebenen-31-12.html>, Zugriff am 10.04.2021.

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?sessionid=A1123A26422C6F4539452B7ABDD4A26C.1_cid349?nn=4732016#top-24, Zugriff 09.07.2021.

Buurtzorg Deutschland. <https://www.buurtzorg-deutschland.de/teamwork/>. Zugriff am 05.07.2021.

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, eigene Berechnungen].
- Gale NK, Heath G, Cameron E, Rashid S, Redwood S (2013). Using the framework method for the analysis of qualitative data in multi-disciplinary health research. *BMC Medical Research Methodology*. 13, 117.
- Gertz Gutsche Rümenapp GbR. (2017). *Kleinräumige Bevölkerungs- und Haushaltsprognose Kreis Rendsburg-Eckernförde bis zum Jahr 2030*.
- Haehnel E, Pörschmann-Schreiber U, Braeseke G, Lingott N, Oehse I (2021). Studie zu den Effizienzpotentialen einer verbesserten Koordinierung in der ambulanten Pflege. IGES Institut. Berlin, <https://www.iges.com/kunden/gesundheit/forschungsergebnisse/2022/effiziente-ambulante-pflege/index GER.html?msclkid=27d23a5bc46711eca626b7d562d46e62>. Zugriff am 20.04.2022.
- Hajek A, Brettschneider Ch, Ernst A, Mallon T (2017). Einflussfaktoren auf die Pflegebedürftigkeit im Längsschnitt. *Das Gesundheitswesen*. 79(02): 73–79.
- Hajek A, Lehnert T, Wegener A, Riedel-Heller SG, König HH (2018). Langzeitpflegepräferenzen der Älteren in Deutschland – Ergebnisse einer bevölkerungsrepräsentativen Umfrage. *Gesundheitswesen*. 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 (2017) Predicting discharge to institutional long-term care following acute hospitalisation: a systematic review and meta-analysis. *Age Ageing*; 46(4):547-558. doi: 10.1093/ageing/afx047.
- Haumann W (2020). Versorgungspräferenzen der deutschen Bevölkerung: die Option der betreuten Wohngruppe. *Z Gerontol Geriatr*. 53(6):522-530.
- Hower KI, Pfortner TK, Pfaff H (2020). *Pflegerische Versorgung in Zeiten von Corona – Drohender Systemkollaps oder normaler Wahnsinn? Wissenschaftliche Studie zu Herausforderungen und Belastungen aus der Sichtweise von Führungskräften*. Project Report. <https://kups.ub.uni-koeln.de/11201/>.
- Jacobs K, Kuhlmeier A, Greß S, Klauber J, Schwinger A (2016). *Pflege-Report 2016. Schwerpunkt: Die Pflegenden im Fokus*. Schattauer. Stuttgart. https://www.wido.de/fileadmin/Dateien/Dokumente/Publikationen/Produkte/Buchreihen/Pflegereport/2016/Kapitel%20mit%20Deckblatt/wido_pr2016_gesamt.pdf, Zugriff am 27.03.2022.
- Jacobs K, Kuhlmeier A, Greß S, Klauber J, Schwinger A (2020). *Pflege-Report 2020*. <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007%2F978-3-662-61362-7.pdf>, Zugriff am 31.05.2021.
- Kasper JD, Wolff JL, Skehan M (2019). Care Arrangements of Older Adults: What They Prefer, What They Have, and Implications for Quality of Life. *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, Ogunsola 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.



- Livingston G, Kelly L, Lewis-Holmes E, Baio G, Morris S, Patel N, Omar RZ, Katona C, Cooper C. (2014). A systematic review of the clinical effectiveness and cost-effectiveness of sensory, psychological and behavioural interventions for managing agitation in older adults with dementia. *Health Technol Assess.* 18(39):1-226, v-vi. doi: 10.3310/hta18390.
- Mahne K, Wolff JK, 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*.
- Richtlinie über die Gewährung von Zuwendungen zur Förderung des Ausbaus solitärer Kurzzeitpflegeplätze. Ministerium für Soziales, Gesundheit, Jugend, Familie und Senioren, Kiel, 2022, <https://transparenz.schleswig-holstein.de/dataset/richtlinie-uber-die-gewahrung-von-zuwendungen-zur-forderung-des-ausbaus-solitaerer-kurzzeitpflege>, Zugriff am 11.05.2022 .
- 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? https://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/BSt/Publikationen/GrauePublikationen/GP_Themenreport_Pflege_2030.pdf, Zugriff am 31.05.2021.
- RStudio Team. (2020). *RStudio: Integrated Development for R*. RStudio, PBC, Boston, MA URL <http://www.rstudio.com/>.
- Senek M, Robertson S, Ryan T, King R, Wood E, Taylor B, Tod A (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/flaechen-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 (2017). Determinants of first-time utilization of long-term care services in the Netherlands: an observational record linkage study. *BMC Health Serv Res.* 17(1):626. doi: 10.1186/s12913-017-2570-z.
- Sozialdemokratische Partei Deutschlands (SPD), BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN, Freie Demokratische Partei (FDP). *Mehr Fortschritt wagen. Bündnis für Freiheit, Gerechtigkeit und Nachhaltigkeit. Koalitionsvertrag 2021—2025 zwischen der Sozialdemokratischen Partei Deutschlands (SPD), BÜNDNIS 90 / DIE GRÜNEN und den Freien Demokraten (FDP). Koalitionsvertrag der 20. Legislaturperiode vom 07.12.2021*, Berlin, <https://www.bundesregierung.de/breg-de/service/gesetzesvorhaben/koalitionsvertrag-2021-1990800> (05.04.2022).
- Statistisches Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein. (2019). *Jugendquotient, Altenquotient in Schleswig-Holstein am 31.12.* <https://opendata.schleswig-holstein.de/dataset/jugendquotient-altenquotient-in-schleswig-holstein-am-31-12>, Zugriff am 31.05.2021,



Kreis Rendsburg-Eckernförde



- Statistisches Bundesamt (Destatis) (2021). Sonderauswertung zu Sterbefallzahlen der Jahre 2020/2021. <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Sterbefaelle-Lebenserwartung/sterbefallzahlen.html>, Zugriff am 08.07.2021.
- 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). 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, Zugriff am 31.05.2021.
- Wolf-Ostermann K & Rothgang H (2018). Ambulantisierung stationärer Einrichtungen im Pflegebereich und innovative ambulante Wohnformen. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Daten/5_Publikationen/Pflege/Berichte/Abschlussbericht_InaWo_final_UNI_BREMEN.pdf, Zugriff am 07.07.2021.
- 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.



9 Anhang

9.1 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 sollten 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:

- Wo sehen Sie die zentralen Handlungsfelder?
- Wie kann der wachsende Bedarf an altersgerechten Wohnmöglichkeiten gedeckt werden?

Nebenfragen:

- 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:

- 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:

- 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?



9.2 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 Kleinteams)
- 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 Gemeindegeschwester 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 Pflegewohngemeinschaften 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.					
Mobile Geräte(s.o.), welche eine überwachende und gesundheitsfördernde Funktion					



	Trifft voll zu	Trifft eher zu	Trifft eher nicht zu	Trifft gar nicht zu	Kann ich nicht einschätzen
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				



9.3 A3 Ergänzende Tabellen und Abbildungen

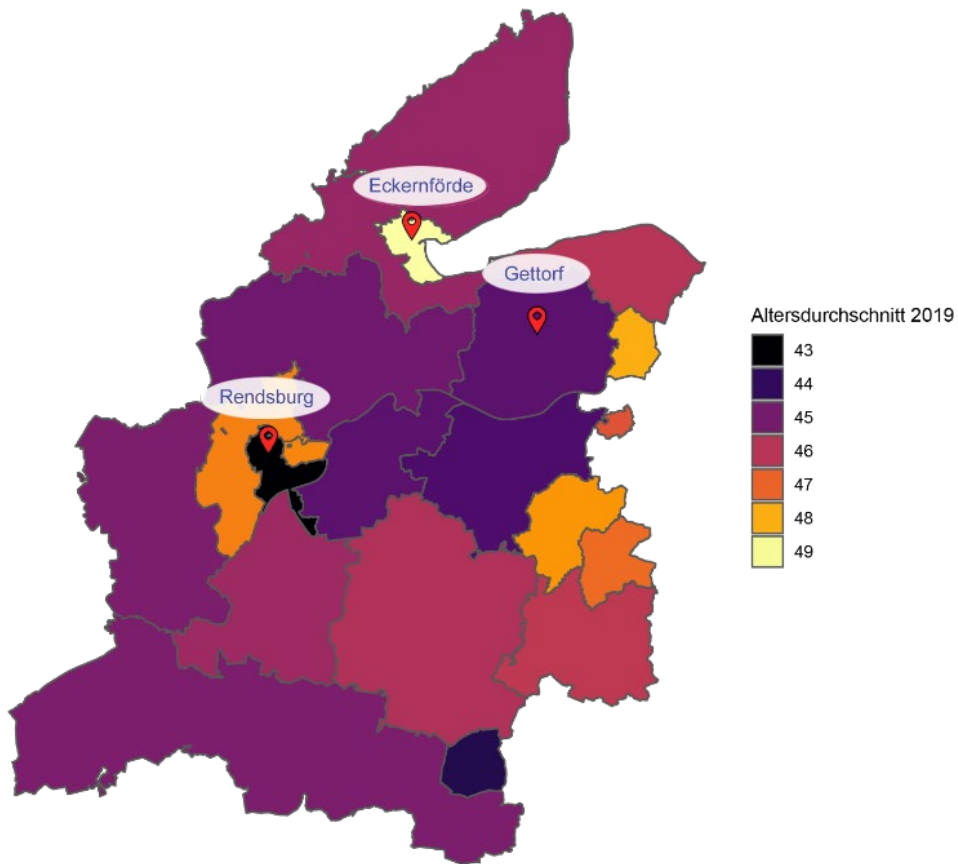
A3.1 Differenz der Bevölkerungszahlen in der Bevölkerungsprognose und der Pflegestatistik für das Jahr 2019

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).



Kreis Rendsburg-Eckernförde

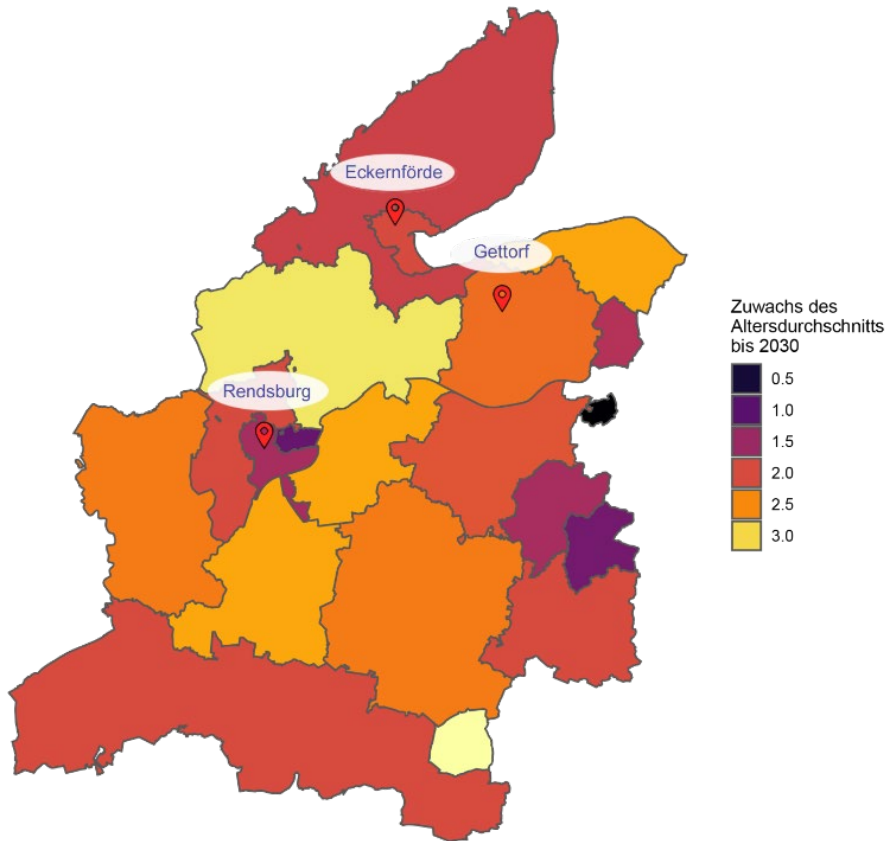


A3.2 Entwicklung des Altersdurchschnitts auf Ebene der Ämter und amtsfreien Städte und Gemeinden.

Datengrundlage: Gertz Gutsche Rümenapp GbR (2017).



Kreis Rendsburg-Eckernförde



A3.3 Zuwachs des Altersdurchschnitts bis zum Jahr 2030 auf Ebene der Ämter und amtsfreien Städte und Gemeinden

Datengrundlage: Gertz Gutsche Rümenapp GbR (2017).



A3.4 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)
------	--	------------------------------------	-------------------------	------------------------



Kreis Rendsburg-Eckernförde



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

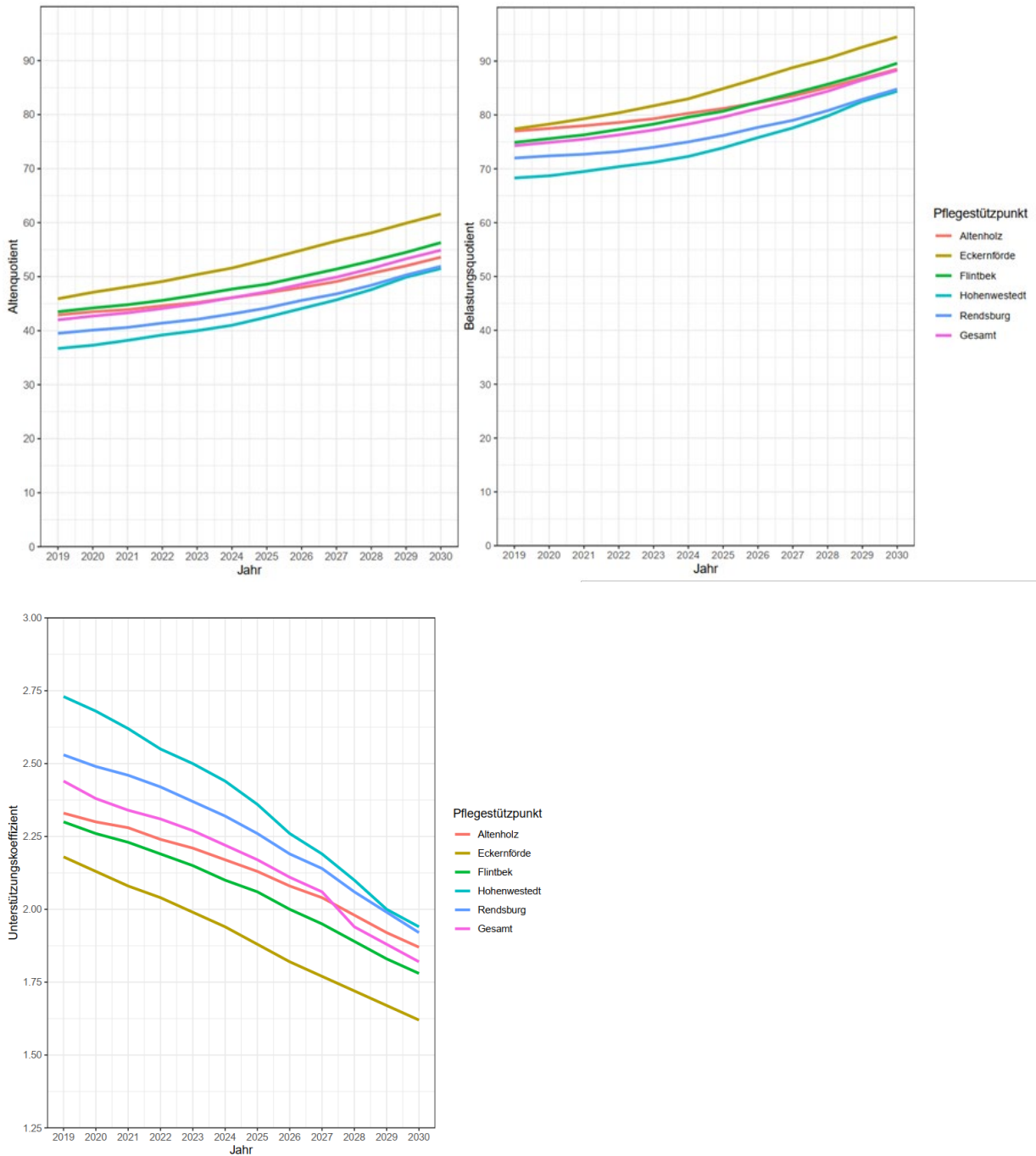
Rendsburg

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).



A3.5 Alten- und Belastungsquotient sowie Unterstützungskoeffizient auf Ebene der Nebenstellen des Pflegestützpunkts.



Datengrundlage: Gertz Gutsche Rümenapp GbR (2017).



A3.6 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.



A3.7 Verteilung der Leistungsempfänger*innen nach Pflegegraden, Versorgungsarten und Altersgruppen der Pflegestatistik Schleswig-Holstein 2019

Pflegegrad Alter von ... bis unter... Jahren	Anteile der Leistungsempfänger*innen 2019				
	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%
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.



Kreis Rendsburg-Eckernförde



A3.8 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).



9.4 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

1

1

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



2

2



Kreis Rendsburg-Eckernförde



 Kreis Rendsburg-Eckernförde  UNIVERSITÄT ZU LÜBECK

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

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

3

 Kreis Rendsburg-Eckernförde  UNIVERSITÄT ZU LÜBECK

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

Technischer Support während dieser Veranstaltung:

Tilman Huckle
0151 65157148
Tilman.Huckle@uksh.de

4

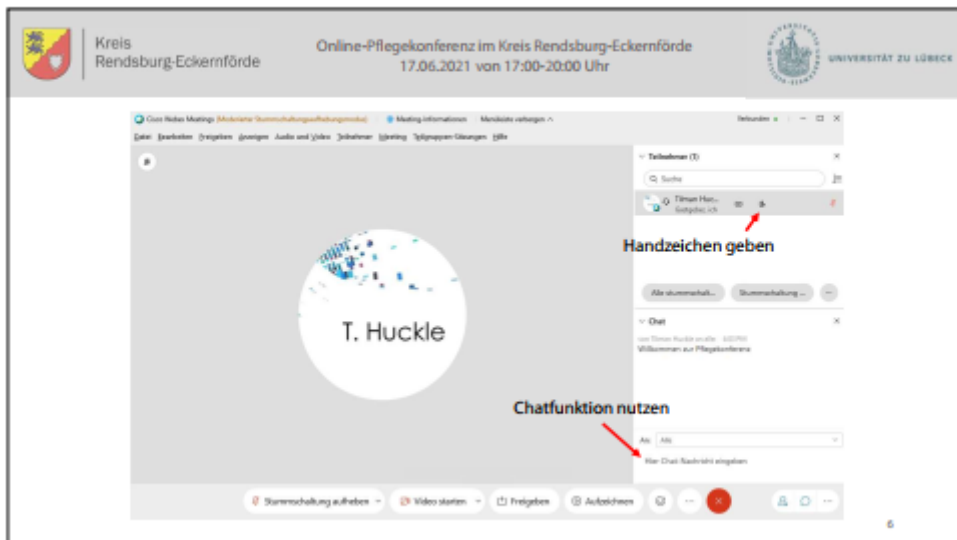
4



Kreis Rendsburg-Eckernförde



5



6



Kreis Rendsburg-Eckernförde



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

Netiquette:

- Stellen Sie sich auf „stumm“, während andere Personen sprechen.
- Schalten Sie das Video während der Hauptkonferenz aus, um Ihre Internet-Leitung nicht zu überlasten.
- Nutzen Sie das Handzeichen oder den Chat, wenn Sie etwas beitragen möchten, Sie werden dann von der moderierenden Person aufgerufen.
- Sollten Sie technische Probleme haben, kontaktieren Sie den technischen Support.

7

7

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

Ab 18:10 werden alle Teilnehmenden in Kleingruppen eingeteilt!
Bitte treten Sie, sobald aufgefordert, in die Ihnen zugewiesene Teilgruppe ein.

Teilgruppen-Sitzungen wurden gestartet

Sie wurden der Sitzung **Teilgruppen-Sitzung 1** zugewiesen. Sie können jetzt beitreten, oder Sie können später über die Teilnehmerliste beitreten.

[Jetzt beitreten](#) [Später beitreten](#)

8

8



Kreis Rendsburg-Eckernförde



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

Zoom Meeting: [Ständige Ausschuss/Arbeitskreis](#) Meeting Informationen Teilgruppen Sitzung 1 Mitglieder verwalten

Name der Teilgruppe

T. Huckle

Chat nur noch innerhalb der Teilgruppe möglich

Teilgruppe verlassen

9

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


Die Teilgruppen laufen bis 19:20
Sollten Sie aus der Teilgruppe herausfallen, kontaktieren Sie den technischen Support per Chatfunktion, Telefon oder E-Mail.

Tilman Huckle
0151 65157148
Tilman.Huckle@uksh.de

10



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



Prof. Dr. Stephan Ott

*Leitung des Fachbereiches „Soziales, Arbeit und Gesundheit“
Kreis Rendsburg-Eckernförde*

11

11

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



Ein kurzer Fragebogen




12

12



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




Einführung in die Pflegebedarfsplanung
Uwe Radant und Marvin Böttger
Kreis Rendsburg-Eckernförde

13

13

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

14



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



15

15

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

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)
 - Bevölkerungszahl 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

16

16



Kreis Rendsburg-Eckernförde



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

Kreis Rendsburg-Eckernförde
Die Pflegestützpunkte in Ihrer Region

Nebenstellen des Pflegestützpunktes Rendsburg-Eckernförde:

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

17

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

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

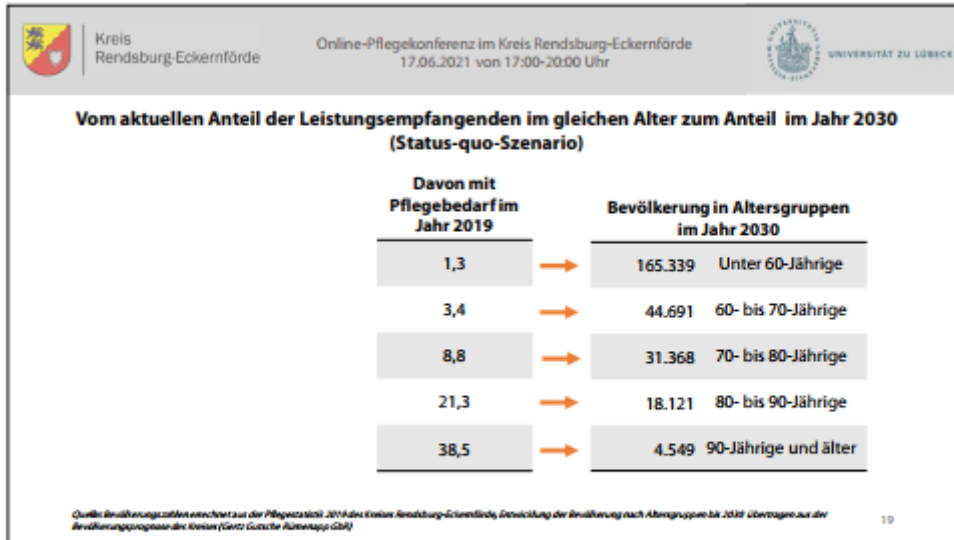
Bevölkerung in Altersgruppen im Jahr 2019	Davon mit Pflegebedarf im Jahr 2019
190.209 Unter 60-Jährige	1,3
35.940 60- bis 70-Jährige	3,4
28.783 70- bis 80-Jährige	8,8
16.788 80- bis 90-Jährige	21,3
2.595 90-Jährige und älter	38,5

Quelle: Bevölkerungszahlen errechnet aus der Pflegestützstelle 2019 des Kreises Rendsburg-Eckernförde, Entwicklung der Bevölkerung nach Altersgruppen bis 2030 übertragen aus der Bevölkerungspogress der Kreise (Gertr. Gutsche, Altkennzahl GdB)

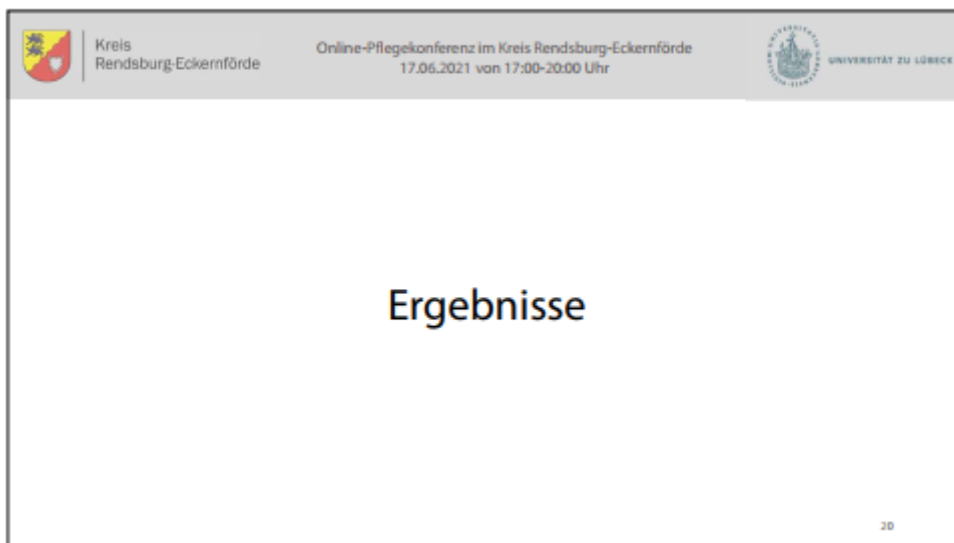
18



Kreis Rendsburg-Eckernförde



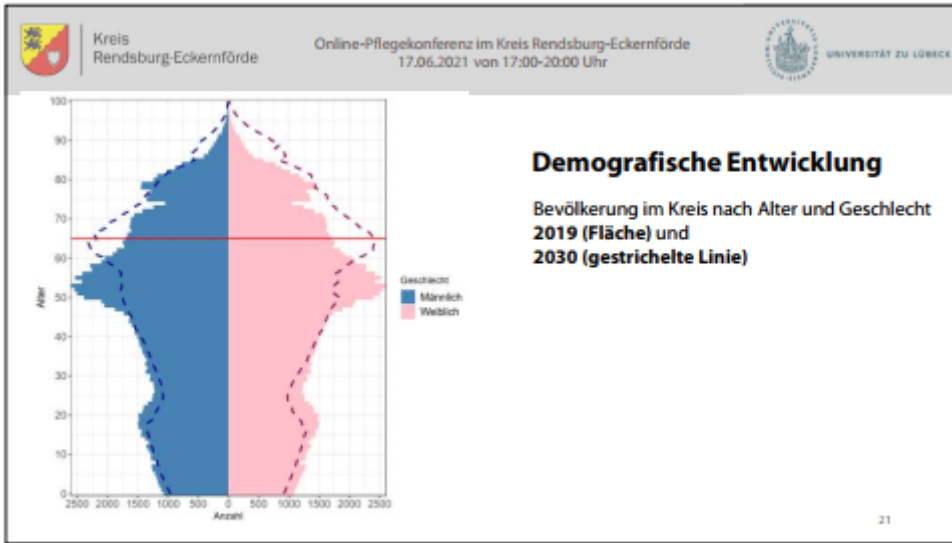
19



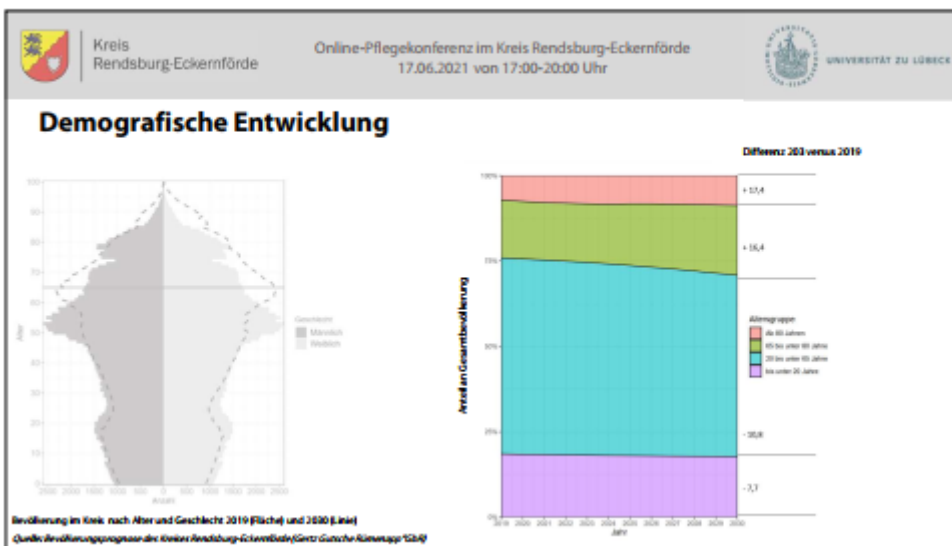
20



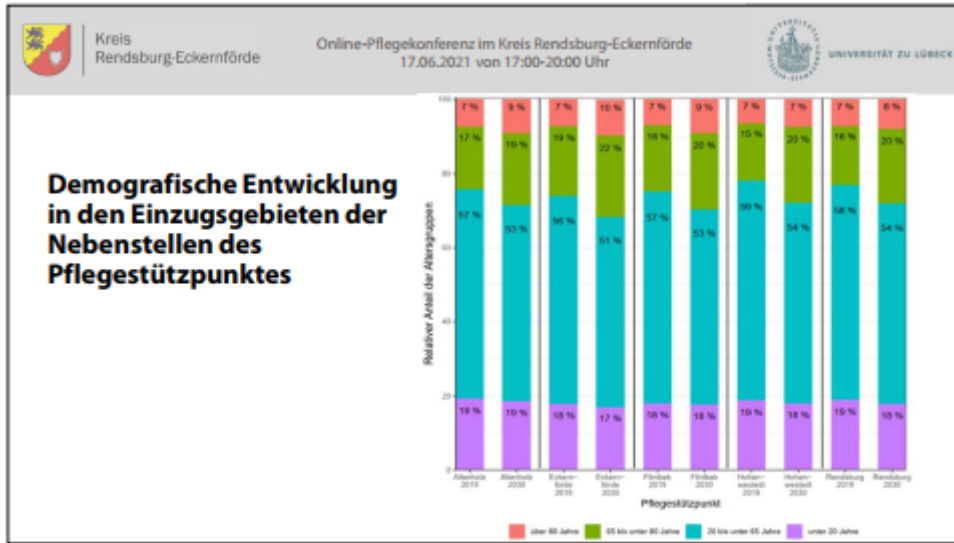
Kreis Rendsburg-Eckernförde



21



22



23

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

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: Bevölkerungsprgnose des Kreises Rendsburg-Eckernförde (Getz-Gutsche-Rümenapp-GdR)

24



Kreis Rendsburg-Eckernförde



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

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: Bevölkerungprognose der Kreise Rendsburg-Eckernförde (Gutachten Räumwapp 2018)

25

25

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

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

26

26



Kreis Rendsburg-Eckernförde



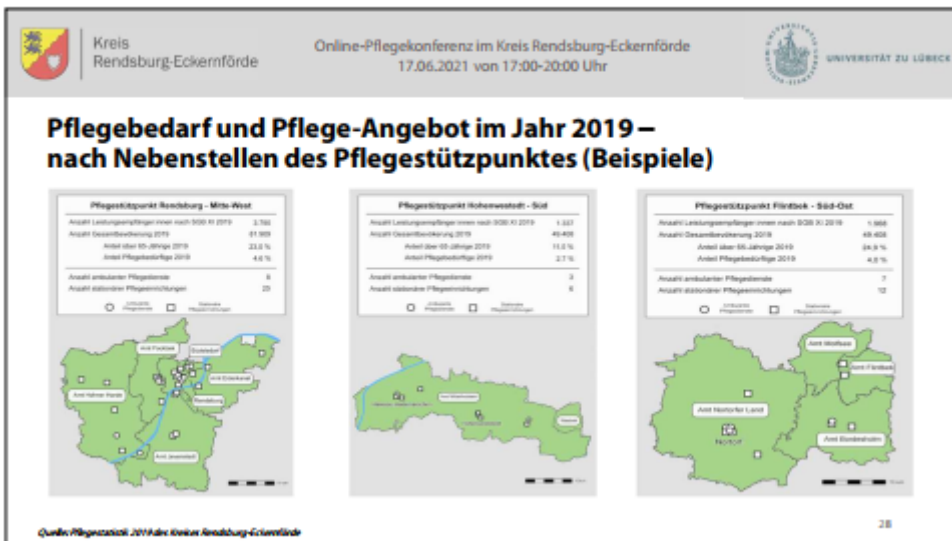
Kreis Rendsburg-Eckernförde Online-Pflegekonferenz im Kreis Rendsburg-Eckernförde 17.06.2021 von 17:00-20:00 Uhr UNIVERSITÄT ZU LÜBECK

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: Pflegekataster 2019 des Kreises Rendsburg-Eckernförde 27

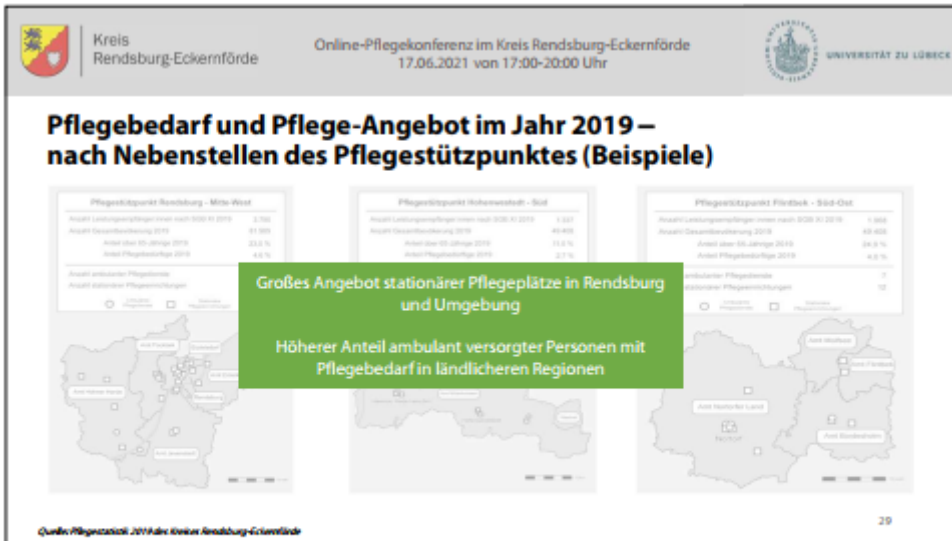
27



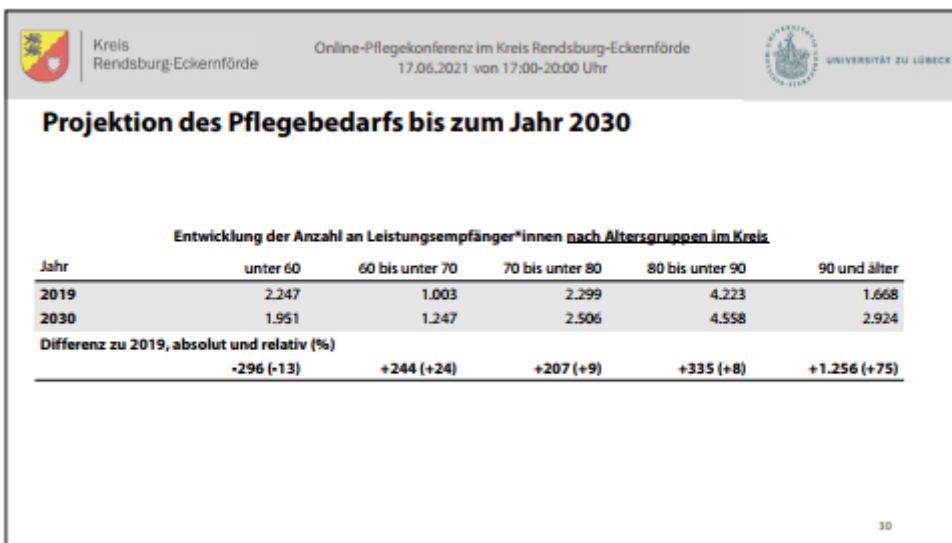
28



Kreis Rendsburg-Eckernförde



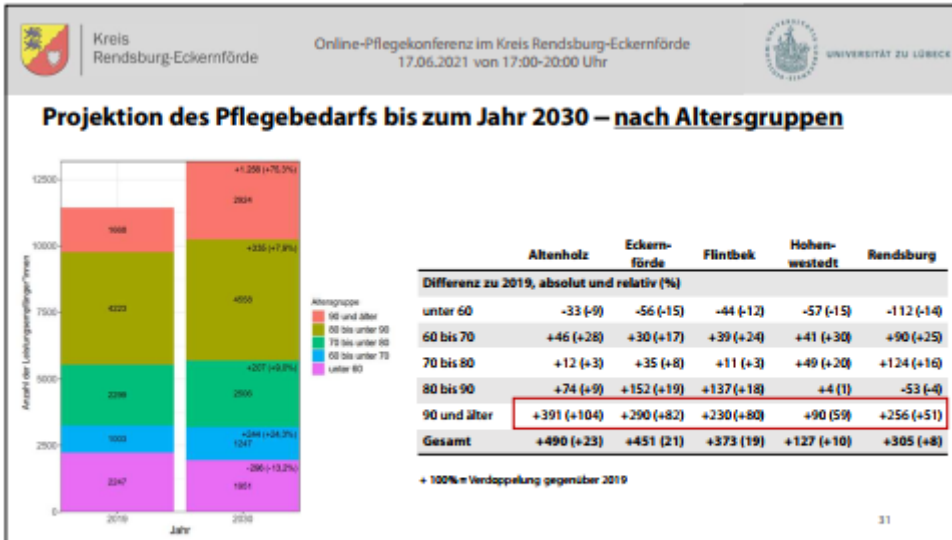
29



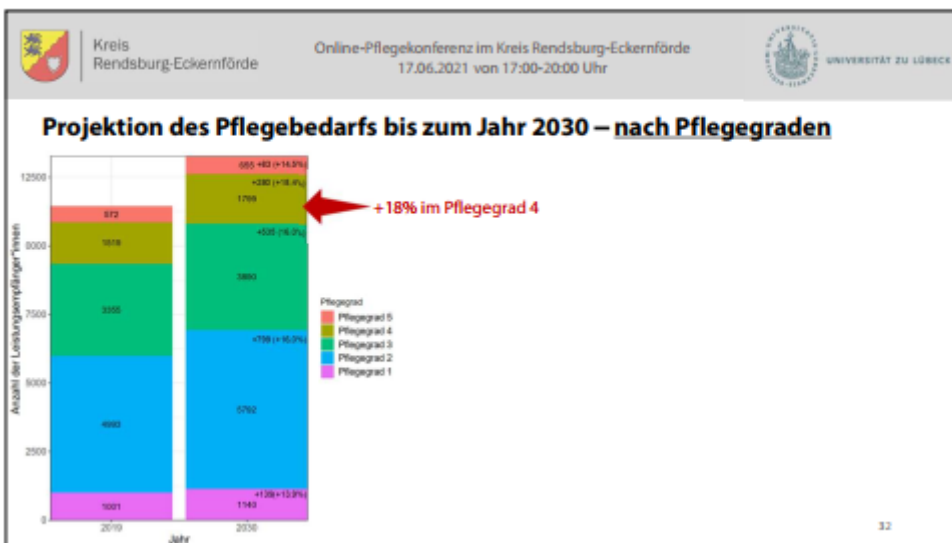
30



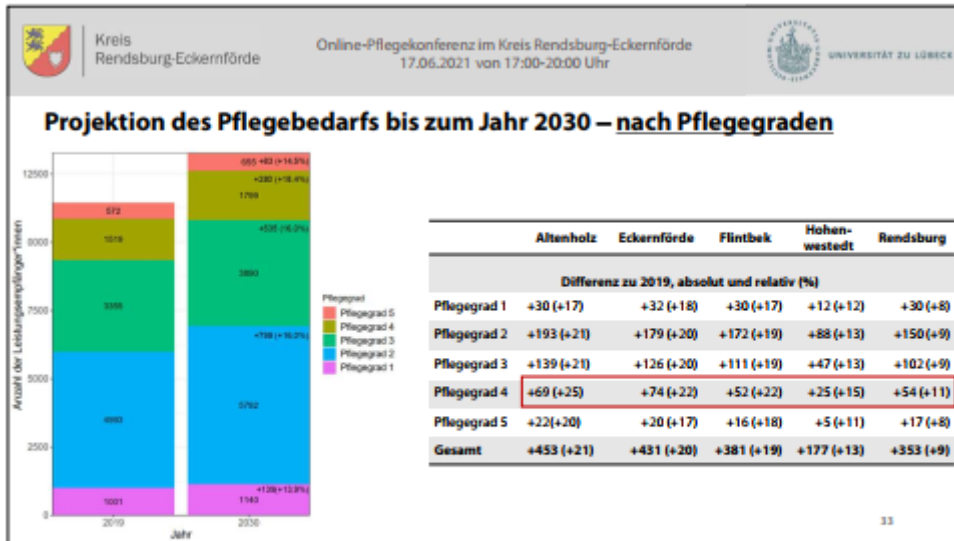
Kreis Rendsburg-Eckernförde



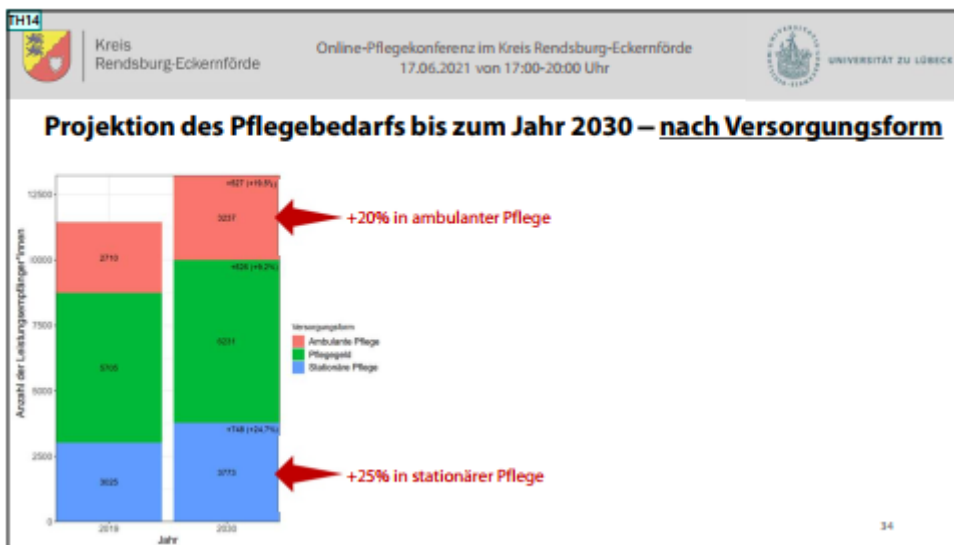
31



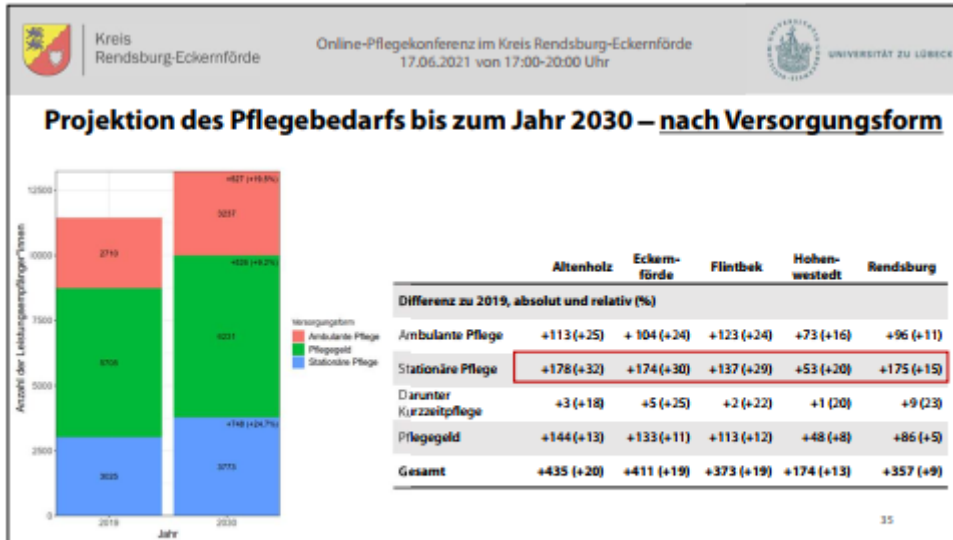
32



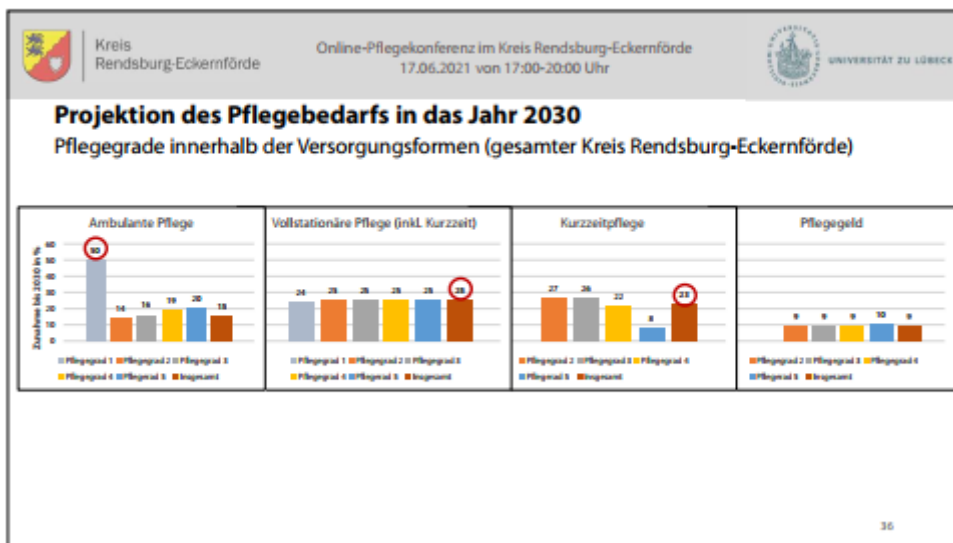
33



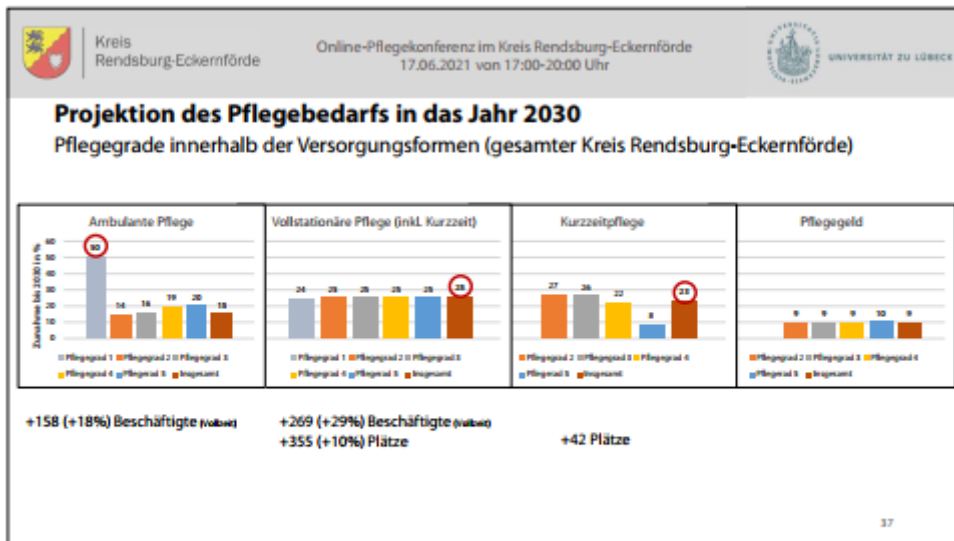
34



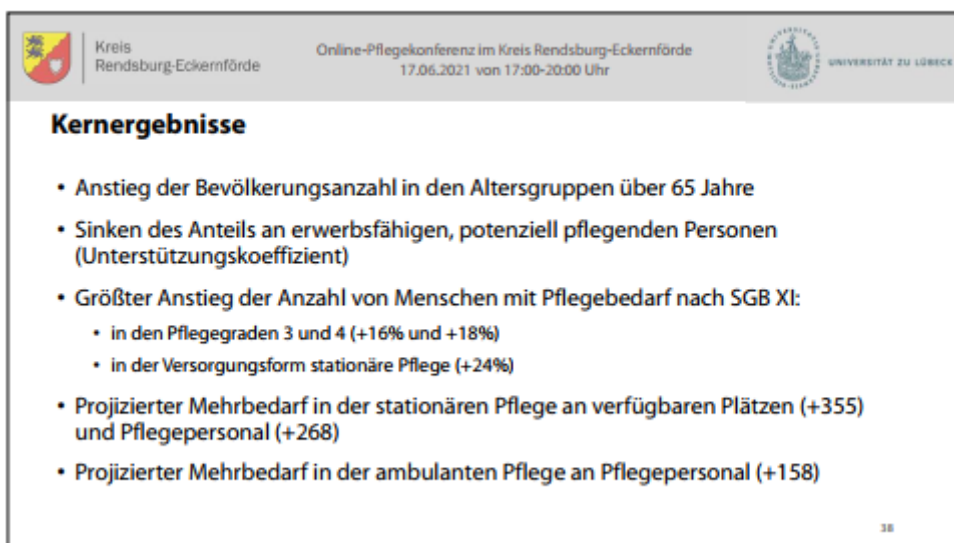
35



36



37



38



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

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

39

39

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

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 Handlungsfelder bestehen für die beteiligten Akteure?

40

40



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

Vielen Dank für die Aufmerksamkeit
und einen guten Austausch in
den Diskussionsgruppen

41

41

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

Pause!

42

42



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




Einstieg in die Teilgruppen 

43

43

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



Vorstellung der Ergebnisse aus den Kleingruppen

44

44



Kreis Rendsburg-Eckernförde



Themen	Moderator*in
Ambulante Pflege	Uwe Radant
Gemeindeschwester/pfleger	Karin Schmidt-Rahlf
Transsektorale Versorgung	Linda Gärtner
Kurzzeitpflege	Anja Kühn
Stationäre Pflege	Katrin Balzer
Wohnen im Alter	Marvin Böttger
Alternative Modelle	Volker Wenglowski
Zukunftslabor	Timo Schulz

45

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




Zusammenfassung der zentralen Handlungsfelder
Prof. Dr. Katrin Balzer

46



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



Ausblick und Verabschiedung
Uwe Radant und Marvin Böttger

47

47

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

Vielen Dank für die Teilnahme



48

48