

4 SOZIALE INFRASTRUKTUR IN DER ALTENHILFE

4.1 Offene Altenhilfe

Als offene Altenhilfe bezeichnet man die Einrichtungen, Maßnahmen, Angebote und Veranstaltungen, die sich nicht hauptsächlich auf die Erbringung professioneller Pflege beziehen, sondern eher den Bereichen allgemeine Beratung, Wohnen, Freizeitgestaltung und Beschäftigung und den damit verbundenen Problemen und Hilfebedarfen Älterer zuzurechnen sind.

§ 71 SGB XII Altenhilfe

(1) 1Alten Menschen soll außer den Leistungen nach den übrigen Bestimmungen dieses Buches Altenhilfe gewährt werden. 2Die Altenhilfe soll dazu beitragen, Schwierigkeiten, die durch das Alter entstehen, zu verhüten, zu überwinden oder zu mildern und alten Menschen die Möglichkeit zu erhalten, am Leben in der Gemeinschaft teilzunehmen.

(2) Als Leistungen der Altenhilfe kommen insbesondere in Betracht:

Leistungen zu einer Betätigung und zum gesellschaftlichen Engagement, wenn sie vom alten Menschen gewünscht wird,

Leistungen bei der Beschaffung und zur Erhaltung einer Wohnung, die den Bedürfnissen des alten Menschen entspricht,

Beratung und Unterstützung in allen Fragen der Aufnahme in eine Einrichtung, die der Betreuung alter Menschen dient, insbesondere bei der Beschaffung eines geeigneten Heimplatzes,

Beratung und Unterstützung in allen Fragen der Inanspruchnahme altersgerechter Dienste, Leistungen zum Besuch von Veranstaltungen oder Einrichtungen, die der Geselligkeit, der Unterhaltung, der Bildung oder den kulturellen Bedürfnissen alter Menschen dienen,

Leistungen, die alten Menschen die Verbindung mit nahe stehenden Personen ermöglichen.

(3) Leistungen nach Absatz 1 sollen auch erbracht werden, wenn sie der Vorbereitung auf das Alter dienen.

(4) Altenhilfe soll ohne Rücksicht auf vorhandenes Einkommen oder Vermögen geleistet werden, soweit im Einzelfall Beratung und Unterstützung erforderlich sind.

Die zivile und kulturelle Teilhabe ist häufig eine Frage der Mobilität. Insoweit sind Konzepte gefragt, die insbesondere auch älteren Menschen im ländlichen Raum Möglichkeiten bieten, sich aktiv am Leben der Gemeinschaft zu beteiligen.

In der Region Hannover werden vielfältige Angebote vorgehalten. Sie erstrecken sich von klassischen Altenbegegnungsstätten über spezifische Sportangebote und schließen auch ehrenamtliches Engagement mit ein. Trotzdem muss innerhalb der Kommunen überprüft und diskutiert werden, ob die Angebotsstruktur den Wünschen und Bedürfnissen der Nutzer entsprechen. Als Ausgangsthese kann formuliert werden, dass in der offenen Altenhilfe Weiterentwicklungsbedarf gegeben ist hinsichtlich:

- Differenzierung (neue Zielgruppen, neue Angebote, neue Vernetzungsoptionen)
- Flexibilisierung (dynamische Entwicklung in Abhängigkeit von Nutzerbedürfnissen)
- Qualifizierung (professionelle Flankierung von Selbsthilfe und Selbstorganisation, Integration von Bildungs-, Kultur- und Sozialarbeit)
- Partizipation (Beteiligung und Mitgestaltung durch Nutzer, ggf. Selbstverwaltung, Einbindung in die Ausgestaltung und Weiterentwicklung der Altenpolitik)
- Selbstorganisation und Selbstverantwortung sowie Intergenerativität“ (Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge, 1999).

Altenhilfe wird in allen Kommunen gemeinsam mit Wohlfahrtsverbänden erbracht. Um die von der Wohlfahrtspflege vorgehaltenen Angebote erfassen zu können, wurden die aus der

Arbeitsgemeinschaft freie Wohlfahrtspflege in die Pflegekonferenz entsandten Vertreter um entsprechende Mitteilung gebeten. Rückmeldung erfolgte von der Arbeiterwohlfahrt (AWO) und vom Deutschen Roten Kreuz (DRK).

Angebote der AWO

1. *AktiWO Mit Sicherheit und Service zu Hause bleiben*

AktiWO ist ein Servicepaket für Menschen ab 65, das Sicherheit und Service bietet. Es ermöglicht Menschen in der eigenen Wohnung und der gewohnten Umgebung zu leben, so selbst bestimmt wie möglich und mit so viel Unterstützung wie nötig. Das Angebot orientiert sich an den Bedürfnissen der Nutzer und es gilt, die Senioren in der eigenen Lebensführung zu unterstützen, Hilfsdienste aus einer Hand anzubieten und Einsamkeit und Isolation vorzubeugen. Das Rund-Um-Paket beinhaltet die Installation und den laufenden 24h-Betrieb eines Hausnotrufgerätes, die allgemeine mobile Beratung zu allen Themen rund ums Alter und die Inanspruchnahme der Leistungen und besonderen Service-Qualität unserer Kooperationspartner.

2. *Interkultureller Partnerbesuchsdienst (PBD)*

Der Partnerbesuchsdienst ist eine ehrenamtliche Dienstleistung für ältere (ab 60 J.) einsame Menschen in der Stadt Hannover.

Die Zielgruppen sind Senioren, einschließlich Migranten aller Ethnien in ihren Wohnungen, in Altenpflegeheimen oder in betreuten Wohnanlagen. Durch Kontakte und Gespräche soll der PBD der Einsamkeit älterer Menschen entgegenwirken.

Die Besuche erfolgen wöchentlich für 1 – 4 Stunden, sind kostenlos und beinhalten z.B. Gespräche, Vorlesezeiten, Spaziergänge, Begleitung zu Ämtern oder zum Arzt und ähnliches. Der Partnerbesuchsdienst beinhaltet keine pflegerischen oder hauswirtschaftlichen Dienste.

Die ehrenamtlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter werden auf ihre Eignung überprüft und ständig weitergebildet und von hauptamtlichen Mitarbeitern in ihrer Tätigkeit unterstützt.

3. *Clubs und Neigungsgruppen*

In zahlreichen Stadtteilen Hannovers und in der Region Hannover bieten wir Seniorenclubs und Neigungsgruppen an. In den Clubs werden wöchentlich neben geselligen Nachmittagen, Ausflüge, Vorträge und Feste veranstaltet. Das Angebot in den Neigungsgruppen erstreckt sich über Kreativgruppen, Tanzkreise, Gymnastik- und Bewegungsgruppen und vieles mehr. Diese Gruppen sind offen für alle interessierten Senioren, die kostenlos an den Angeboten teilnehmen können.

4. *Kurse und Vorträge*

Die Seniorenarbeit der Arbeiterwohlfahrt bietet ein umfangreiches Kursprogramm für Senioren an zu zahlreichen Themen in den Bereichen Sport und Bewegung; Gesundheit und Wellness; Medien und Kultur; Vorträge und Informationen rund ums Alter, Ausflüge und Besichtigungen. Das Kursprogramm kann bei der Seniorenarbeit angefordert werden.

Angebote des DRK

Hausnotruf, Partnerbesuchsdienst, Ehrenamtliche Soziale Hilfsdienste

z. B. zeitlich begrenzte kostenfreie Unterstützung, wenn kein Kostenträger vorhanden ist (Telefonkette, Haushaltsdienste)

Zur Erhebung der Angebote in der offenen Altenhilfe wurden die Sozialämter der Kommunen um Mitteilung gebeten. Die Angaben der Kommunen sind im zweiten Teil dieses Berichts aufgelistet.

4.2 Ambulante Pflege

Ambulante Pflegedienste sind Einrichtungen, die aufsuchende gesundheits- und sozialpflegerische Leistungen für die Bevölkerung eines bestimmten Versorgungsbereiches bieten. Ambulante Pflege ermöglicht hilfe- und pflegebedürftige Menschen auch dann den Verbleib in ihrer Wohnung und dem damit verbundenen sozialen Umfeld, wenn familiäre und nachbarschaftliche Unterstützung fehlt oder für die Versorgung nicht ausreicht. Angemessene ambulante Strukturen können Übersiedlungen ins Pflegeheim hinauszögern.

Ambulante Pflegedienste erbringen u. a. folgende Leistungen:

- Pflegerische Hilfen (Grund- und Behandlungspflege) in der Kranken-, Alten- und Familienpflege
- Hauswirtschaftliche Hilfen
- Mobilitätshilfen, Transport- und Begleitdienste
- Hilfen zur Kommunikation und Integration
- Mahlzeitendienste
- Beratung und Information
- Prävention und Rehabilitation

Um die Angebote der in der Region Hannover ansässigen ambulanten Pflegedienste darstellen zu können, wurde zum Stichtag 1. Januar 2007 eine schriftliche Befragung durchgeführt. In der Region Hannover sind 134 Pflegedienste registriert (s. Abb. 4.2-1), 96 (71,7%) haben sich an der Befragung beteiligt.

Abb. 4.2-1: Anzahl der Pflegedienste in den Kommunen der Region Hannover

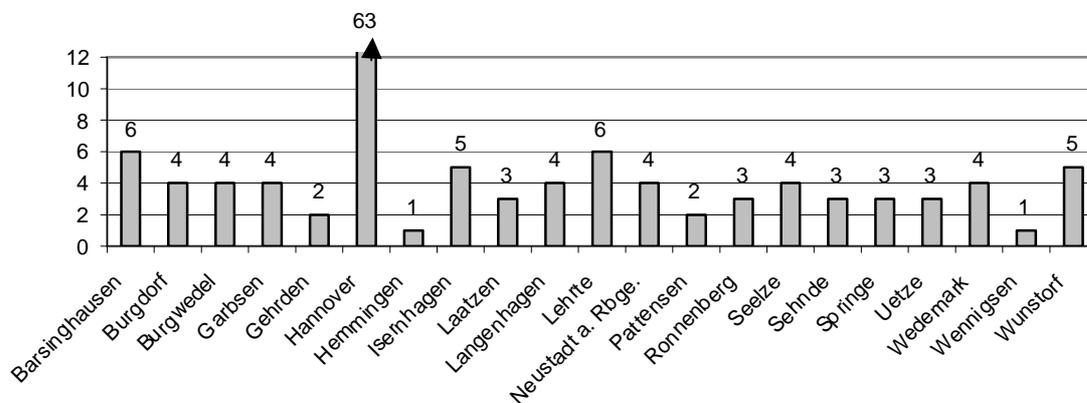
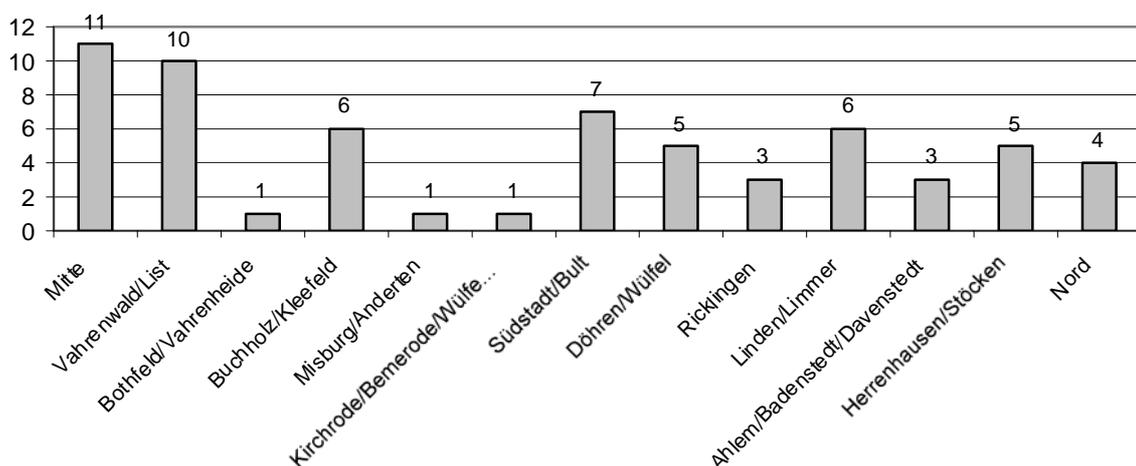


Abb. 4.2-2: Anzahl der Pflegedienste in den Stadtbezirken der Landeshauptstadt



Im Vergleich zur letzten Erhebung ist die Beteiligung an der Befragung geringfügig gestiegen (2,65 %).

Der Fragebogen wurde nur unwesentlich verändert. Erweitert wurde er um Fragestellungen rund um das Thema Migrantinnen und Migranten, Kurzzeitpflegeangebote, Alterstruktur der Patientinnen und Patienten sowie zur Differenzierung nach Geschlecht.

Sowohl die Angaben zu den Altersstufen in Fünfjahresschritten und die Angaben zum Thema Migrantinnen und Migranten als auch die Angaben zur Differenzierung nach Geschlecht sind teilweise lückenhaft oder fehlen ganz. Das Fehlen dieser Angaben wurde auf mündliche Rückfrage überwiegend mit fehlender Software zur Dokumentation oder nicht geführten Statistiken erklärt.

Insgesamt wurden 134 Dienste angeschrieben. 96 haben sich an der Erhebung beteiligt. Die Dienste, die einer Veröffentlichung ihrer Daten zugestimmt haben sind mit ihren Leistungsprofilen in Teil 2 aufgeführt. Bei allen anderen Anbietern beschränken sich die Angaben auf Adresse und Telefonnummer.

Die Verteilung der Dienste auf die Kommunen ist sehr ungleich. Unter den Aspekten der Größe des Einzugsgebietes und der Anzahl der jeweiligen Einwohner/innen der Altersgruppe 60 und mehr Jahre, wurde im Pflegebericht 2004 in den Kommunen Uetze, Springe und Wedemark eine geringe Versorgungsdichte bezüglich ambulanter Pflegedienste festgestellt. In der Landeshauptstadt traf dies auf die Bezirke 3, 5, 6 und 12 zu.

Mittlerweile hat sich sowohl in Springe als auch in der Wedemark die Anzahl der ortsansässigen Pflegedienste um jeweils einen bzw. zwei Anbieter erhöht hat. In der Gemeinde Uetze ist die Anzahl der Anbieter konstant geblieben. Hier steht die Größe des Einzugsgebietes und die Anzahl der Dienste immer noch in einem beobachtungswürdigen Verhältnis.

In Laatzen ist die Anzahl der Anbieter von fünf auf drei geschrumpft ist.

Bezogen auf die genannten Stadtbezirke der Stadt Hannover sind in den Stadtbezirken 3 und 12 jeweils ein bzw. zwei Anbieter mehr am Markt, im Bezirk 5 sind es zwei Dienste weniger und im Bezirk 6 ist die Anzahl der Anbieter konstant geblieben.

Auffallend hoch ist der Zuwachs im Bezirk 1 der Landeshauptstadt. Hier sind zur Zeit 11 Anbieter angesiedelt. Zum Zeitpunkt der letzten Erhebung (2004) waren es vier Dienste.

Zu erwähnen bleibt, dass in Isernhagen zum Erhebungszeitpunkt fünf Dienste ansässig waren. Mittlerweile sind dort nur noch zwei Anbieter vor Ort.

Insgesamt ist die Zahl der Dienste in der Landeshauptstadt um sechs Anbieter und in den anderen Kommunen um acht Anbieter gestiegen.

Im Vergleich zum Pflegebericht 2004 sind insgesamt zwar 14 Dienste mehr am Markt.

Grundsätzlich bleibt jedoch zu beachten, dass diese Angaben aufgrund der hohen Fluktuation im ambulanten Pflegebereich sehr kurzlebig sind und sich mittlerweile bereits neue Dienste am Markt befinden bzw. andere schon wieder ausgeschieden sind.

Gründe für den Anstieg der Anzahl der Dienste können nicht benannt werden. Es bleibt jedoch zu vermuten, dass neben neuen Versorgungsverträgen auch Standortwechsel, Zusammenschlüsse mehrerer Dienste oder auch das Ausscheiden einiger Anbieter zu dem stetigen Wechsel auf dem Anbietermarkt für ambulante Pflegeleistungen beitragen.

4.2.1 Anzahl der versorgten Patientinnen und Patienten

Die an der Erhebung beteiligten Dienste (96) betreuen zum Stichtag ca. 10.000 Menschen (Tab. 4.2.1-1, Anhang). Das ergibt einen Durchschnitt von 104 Personen pro Dienst. Davon sind mehr als 58% Frauen. Im Landesdurchschnitt werden in Niedersachsen ca. 50 Personen je Pflegedienst versorgt (Landespflegebericht 2005).

Von den 10.000 erfassten Personen entfallen rund 5.000 auf die Landeshauptstadt. Mehr als 50% der an der Erhebung beteiligten Dienste teilen mit, dass sie über freie Kapazitäten verfügen. Die 54 Dienste von denen hierzu verwertbare Angaben vorliegen betreuen zum Erhebungszeitpunkt 4.865 Patientinnen und Patienten und gaben an, maximal 6.678 Personen versorgen zu können. Ausgehend von diesen Angaben ergibt sich ein Schnitt von 124 maximal zu versorgenden Personen pro Dienst. Legt man diesen Schnitt zugrunde und rechnet die Anzahl von 124 maximal zu Betreuenden auf 134 Dienste hoch ergibt sich eine Anzahl von 16.616 Patientinnen und Patienten die zum Erhebungszeitpunkt von den in der Region Hannover ansässigen Diensten hätten betreut werden können. Folglich verfügen die ambulanten Pflegedienste über gut 27% freie Kapazitäten in der Patientenversorgung.

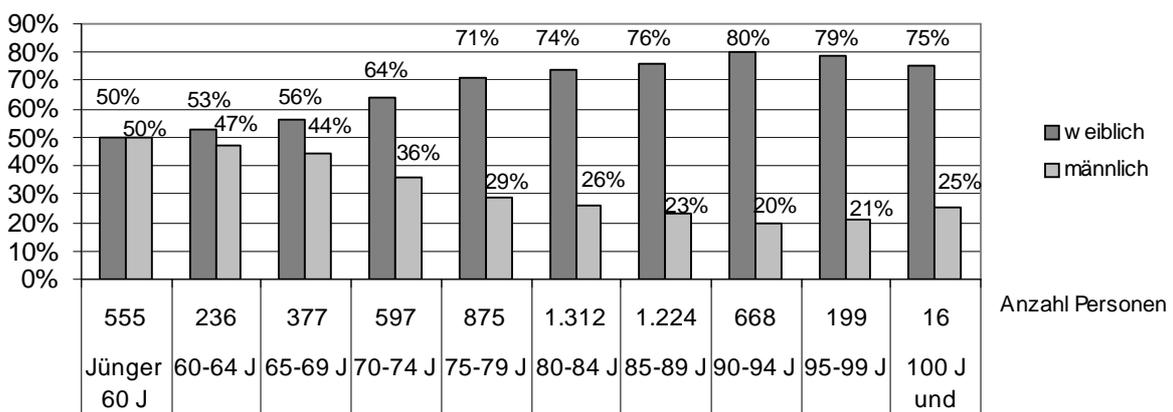
Aufgrund der sehr variablen Größen der Dienste kann nicht davon ausgegangen werden, dass alle Dienste diesen Schnitt gleichermaßen halten. Die zu erwartenden Abweichungen sind bei der Interpretation der vorliegenden Daten daher zwingend zu berücksichtigen.

Dennoch lässt sich ableiten, dass es in der ambulanten Versorgung durchaus freie Kapazitäten gibt (Tab. 4.2.1-2, Anhang).

4.2.2 Altersgruppen der erfassten Patientinnen und Patienten

Zu den Altersgruppen mit verwertbaren Angaben differenziert nach Geschlecht liegen Zahlen von 63 Diensten zu 6.059 Patientinnen und Patienten vor. 56% der Personen gehören der Altersgruppe der Hochaltrigen (80 Jahre und älter) an, 9% sind jünger als 60 Jahre. Mit ca. 22% ist die Altersgruppe der 80-84 jährigen am stärksten vertreten (Tab.: 4.2.2-, Anhang). Auffallend hoch ist der Frauenanteil in den Altersgruppen ab 70 Jahre (s. Abb. 4.2-3).

Abb.: 4.2.2-1: Altersgruppen nach Geschlecht



In der Landeshauptstadt liegt der Anteil der unter 60 jährigen um ca. 1% höher als in den anderen Kommunen (59 Personen). In der Gruppe der 100 jährigen und älter sind in den anderen Kommunen ca. doppelt so viele Personen (11) zu verzeichnen als in der Landeshauptstadt (5). In der Gruppe der 95-99 jährigen liegt die Anzahl in der Landeshauptstadt deutlich höher (120 zu 79).

4.2.3 Leistungsbezug im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung (SGB V), der sozialen Pflegeversicherung (SGB XI) und der Sozialhilfe (SGB XII)

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

Für die Gewährung von Leistungen nach diesem Gesetz sind pflegebedürftige Personen einer der drei Pflegestufen zuzuordnen:

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

Die Pflegekassen können in besonders gelagerten Einzelfällen zur Vermeidung von Härten Pflegebedürftigen der Pflegestufe III weitere Pflegeeinsätze gewähren, wenn ein außergewöhnlich hoher Pflegeaufwand vorliegt, der das übliche Maß der Pflegestufe III weit übersteigt, beispielsweise wenn im Endstadium von Krebserkrankungen regelmäßig mehrfach auch in der Nacht Hilfe geleistet werden muss (§ 36 Abs. 4 SGB XI).

Zu den Pflegestufen ihrer Patientinnen und Patienten haben sich 68 Dienste geäußert (Tab. 4.2.3-1, Anhang).

6147 der erfassten Personen (53% Frauen) erhalten Leistungen aus der Pflegeversicherung, davon 54% Pflegestufe I, 34% Pflegestufe II, 11% Pflegestufe III. 0,6% sind als Härtefälle eingestuft. Die Anzahl der Härtefälle liegt in der Landeshauptstadt mehr als doppelt so hoch als in den anderen Kommunen. Ca. 36 % sind keiner Pflegestufe zugeordnet (Tab. 4.2.3-2, Anhang). Davon entfallen gut 70% auf die Landeshauptstadt.

Die Verteilung der erfassten Patientinnen und Patienten mit und ohne Pflegestufe auf Landeshauptstadt und Umlandkommunen stellt sich wie folgt dar

Tab. 4.2.3-3: Pflegestufen der erfassten Patientinnen und Patienten

	Pflegestufe I	Pflegestufe II	Pflegestufe III	Härtefälle	Gesamt mit Pflegestufe	Ohne Pflegestufe
Kommunen	1.706	1.161	394	10	3.271	1.063
Stadt Hannover	1.591	934	327	24	2.876	2.539
Region gesamt	3.297	2.095	721	34	6.147	3.602

Hilfe zur Pflege im Sinne der Sozialhilfe (§§ 61 ff **SGB XII**) kann erhalten, wer pflegebedürftig ist, dessen Einkommen und Vermögen innerhalb bestimmter Grenzen liegt und Leistungen aus der Pflegeversicherung nicht oder nicht in ausreichender Höhe erhält.

Den vorliegenden Angaben zufolge entfallen von den Patientinnen und Patienten die Leistungen der Sozialhilfe erhalten 1.062 Personen auf die Landeshauptstadt Hannover, 32% davon sind Frauen. In den Kommunen wurden 1.026 Personen im Leistungsbezug des Sozialhilfeträgers angegeben. Der Frauenanteil liegt bei 47%.

Zur Anzahl der Patientinnen und Patienten im Sozialhilfebezug liegen Angaben von 75 Anbietern vor (Tab. 4.2.3-4, Anhang).

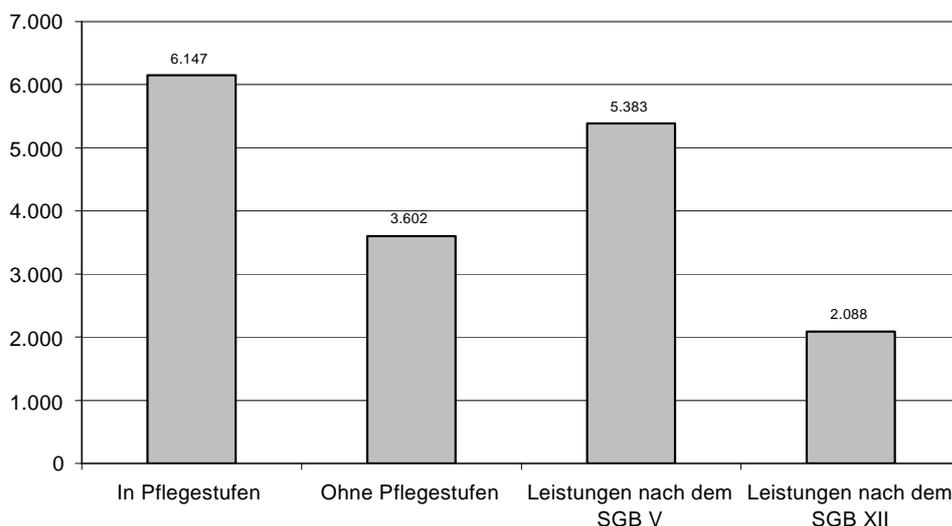
Versicherte erhalten in ihrem Haushalt, ihrer Familie oder sonst an einem geeigneten Ort neben der ärztlichen Behandlung **häusliche Krankenpflege** durch geeignete Pflegekräfte, wenn Krankenhausbehandlung geboten, aber nicht ausführbar ist, oder wenn sie durch die häusliche Krankenpflege vermieden oder verkürzt wird. Die häusliche Krankenpflege umfasst

die im Einzelfall erforderliche Grund- und Behandlungspflege sowie hauswirtschaftliche Versorgung. Der Anspruch besteht bis zu vier Wochen je Krankheitsfall (§ 37 Abs. 1 **SGB V**). Versicherte erhalten in ihrem Haushalt, ihrer Familie oder sonst an einem geeigneten Ort als häusliche Krankenpflege **Behandlungspflege**, wenn diese zur Sicherung des Ziels der ärztlichen Behandlung erforderlich ist; der Anspruch umfasst verrichtungsbezogene krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen auch in den Fällen, in denen dieser Hilfebedarf bei der Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach den §§ 14 und 15 des Elften Buches zu berücksichtigen ist (§ 37 Abs. 2 SGB V).

In der Landeshauptstadt wurden 2.938 SGB V Empfänger/innen erfasst. In den anderen Kommunen befinden sich 2.445 ambulant betreute Personen im Leistungsbezug der Gesetzlichen Krankenversicherung. Der Frauenanteil liegt bei 54% bzw. 49%.

Zur Anzahl der Patientinnen und Patienten im Leistungsbezug nach SGB V liegen Angaben von 89 Diensten vor (Tab. 4.2.3-5, Anhang).

Abb. 4.2.3-1: Personen ohne und mit Leistungsbezug nach SGB V, SGB XI und SGB XII



Die Tatsache, dass die Anzahl der angegebenen Personen über der Gesamtzahl der erfassten Patientinnen und Patienten liegt, ist darauf zurückzuführen, dass in der ambulanten Pflege häufig Leistungen verschiedener Kostenträger parallel bezogen werden.

4.2.4 Leistungen im Rahmen des SGB XI

Alle an der Befragung beteiligten Dienste bieten Pflegeleistungen gemäß SGB XI (Pflegeversicherung) an. Die für die Pflegedienste abrechenbaren Leistungspakete sind in den Leistungskatalogen der Pflegekassen festgelegt. Mehr als 60% der Anbieter erbringen Leistungen die über die Leistungskataloge hinausgehen. Überwiegend wurden hier erweiterte hauswirtschaftliche Leistungen, Begleitdienste und Individualbetreuung nach Wunsch angegeben.

Die vorgehaltenen Angebote sind in den Leistungsprofilen der Dienste in Teil 2 aufgeführt. Häusliche Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson als **Alternative zur Kurzzeitpflege** bieten rund 94% der Pflegedienste an. Welche Leistungen im Einzelnen erbracht werden (z.B. 24-Stunden-Pflege), wurde im Rahmen der Erhebung nicht erfasst. Von 90 Diensten, die sich zu dieser Frage geäußert haben, geben 40 an, dass das Angebot häufig nachgefragt wird.

Pflegebedürftige die Pflegegeld beziehen, sind verpflichtet bei Pflegestufe I und II einmal halbjährlich und bei Pflegestufe III einmal vierteljährlich eine Beratung in der eigenen Häuslichkeit durch eine zugelassene Pflegeeinrichtung abzurufen.

Die Beratung dient der Sicherung der Qualität der häuslichen Pflege und der regelmäßigen Hilfestellung und praktischen pflegefachlichen Unterstützung der häuslich Pflegenden. 52 Dienste geben an, bei der Feststellung „nicht gesicherter Pflege“ im Rahmen der **Beratungseinsätze gemäß § 37 Abs. 3 SGB XI**, die zuständige Pflegekasse zu informieren. Als weitere Konsequenz wird die Beratung und Schulung der Angehörigen genannt, dicht gefolgt von der Rückmeldung an den medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK). In welcher Form die Pflegekassen und der MDK auf die Rückmeldungen der Pflegedienste reagieren und welche Maßnahmen bei nichtgesicherter Pflege eingeleitet werden wurde im Rahmen der Erhebung nicht erfasst.

4.2.5 Leistungen im Rahmen der Gesetzlichen Krankenversicherung (SGB V)

Nahezu 94% der beteiligten Dienste bieten Leistungen nach dem Leistungskatalog der Krankenkassen an, die Hälfte davon gibt besondere Pflegeschwerpunkte wie beispielsweise Wundversorgung, Palliativpflege oder Schmerztherapie an.

Häusliche Krankenpflege gemäß § 37 Abs. 1 SGB V wird von 45% der Pflegedienste jedoch erst dann durchgeführt, wenn die Kostenübernahmeerklärung der Krankenkasse vorliegt. Lediglich für 10% der an der Erhebung beteiligten Pflegedienste ist es wirtschaftlich tragbar, im Rahmen häuslicher Krankenpflege in Vorleistung zu treten.

Als Hauptargumente für die Ablehnung der Kostenübernahme für die ärztliche Verordnung über häusliche Krankenpflege werden seitens der Krankenkassen angeführt, dass bereits eine Pflegestufe vorliegt oder diese beantragt ist. Des Weiteren wird darauf hingewiesen, dass Angehörige vor Ort sind und sowohl die Grundpflege als auch Teile der Behandlungspflege übernehmen können. Auch, dass keine Verkürzung bzw. Vermeidung eines Krankenhausaufenthaltes vorliege wird als Begründung zur Ablehnung einer Kostenübernahme angegeben.

4.2.6 Beratungsangebote zu gesetzlichen Grundlagen

Neben den Leistungen im pflegerisch/medizinischen Bereich nimmt die Beratung in der Angebotspalette der ambulanten Pflegedienste einen nicht unerheblichen Raum ein.

Die häufigsten Beratungsanfragen erfolgen nach Angaben der befragten Dienste zu Leistungsansprüchen und Kostenklärung bei Pflegekassen und zur Unterstützung bei der Antragstellung bei Pflegekassen, Krankenkassen und Sozialämtern.

Die Häufigkeit der Beratungsanfragen zu Leistungsansprüchen und Kostenklärung bei Sozialämtern liegt in der Landeshauptstadt annähernd doppelt so hoch wie in den anderen Kommunen. Weitere häufig auftretende Fragestellungen betreffen Unklarheiten im Rahmen des Betreuungsrechts.

70 der befragten Dienste geben an, dass sie zu allen genannten Themen Beratung erbringen und 86 vermitteln neben der Beratung bei speziellen Fragen an andere Stellen weiter.

Am häufigsten wird an Sozialämtern vermittelt, weniger oft an Amtsgerichte und Wohnberatungsstellen. Als weitere Ansprechpartner/innen werden Selbsthilfegruppen, der sozialpsychiatrische Dienst, Ärzte, Rechtsanwälte sowie gesetzliche Betreuer u.a. genannt.

4.2.7 Ergänzenden Hilfen

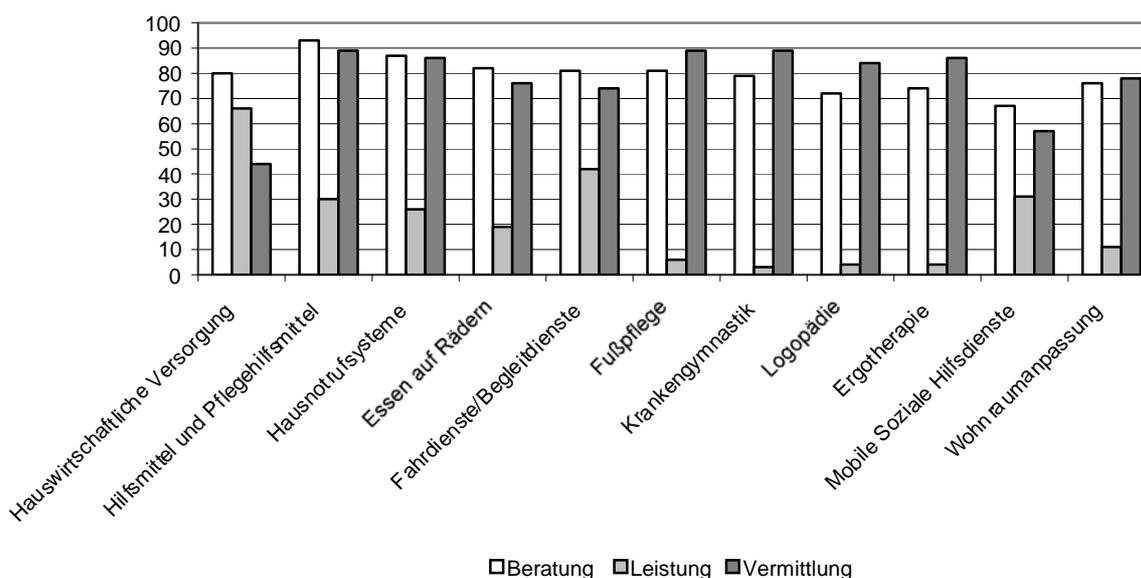
Pflegeergänzende Hilfen werden von vielen ambulanten Diensten angeboten oder können bei Bedarf vermittelt werden. Beratungen zu ergänzenden Hilfen wie beispielsweise hauswirtschaftliche Versorgung, Hausnotrufsysteme, Essen auf Rädern, Fahrdienste oder auch Mobile Soziale Hilfsdienste werden von nahezu allen beteiligten Diensten erbracht. Die Wei-

tervermittlung an geeignete Ansprechpartner erfolgt mit Ausnahme der hauswirtschaftlichen Versorgung, der Fahrdienste und der Mobilien Sozialen Hilfsdienste etwa ebenso häufig wie die Beratung.

Die konkrete Leistung wird in den Bereichen hauswirtschaftliche Versorgung (31), Fahrdienste/Begleitdienste (22) und Mobile Soziale Hilfsdienste (14) von den Diensten selbst erbracht. Weniger häufig werden Hausnotrufsysteme (7) oder Essen auf Rädern (5) direkt von den Pflegediensten angeboten.

Die Dienste, die sich an der Umfrage beteiligt und einer Veröffentlichung ihrer Daten zugestimmt haben, sind mit ihren Leistungsprofilen in Teil 2 aufgeführt.

Abb. 4.2.7-1: Angebote zu ergänzenden Hilfen in der Übersicht



4.2.8 Beratungs- und Leistungsangebot im Bereich der psychosozialen Betreuung

Knapp 90 % der Anbieter halten psychosoziale Beratung für pflegende Angehörige vor, wobei die Beratung in ca. 69% der Fälle als Serviceleistung erbracht wird. Gut die Hälfte (51%) vermittelt neben der Beratung auch an andere Stellen weiter.

Den vorliegenden Angaben zufolge beraten 93% der Anbieter zur Begleitung Sterbender. 78% geben an, diese Leistung als Serviceleistung zu erbringen.

81% der Befragten beraten zur Schulung pflegender Angehöriger, 54% vermitteln an andere Stellen weiter und zu 53% erfolgt dieses Angebot als Serviceleistung.

Bei drohender Verwahrlosung wird zu 80% an andere Stellen weitervermittelt. Über die Hälfte (52%) der Anbieter geben an, präventive Maßnahmen als Serviceleistung zu erbringen. Häufig laufen Beratung und Vermittlung parallel, daher liegen die Angaben über 100%.

4.2.9 Betreuung und Pflege von Menschen mit Demenzerkrankungen

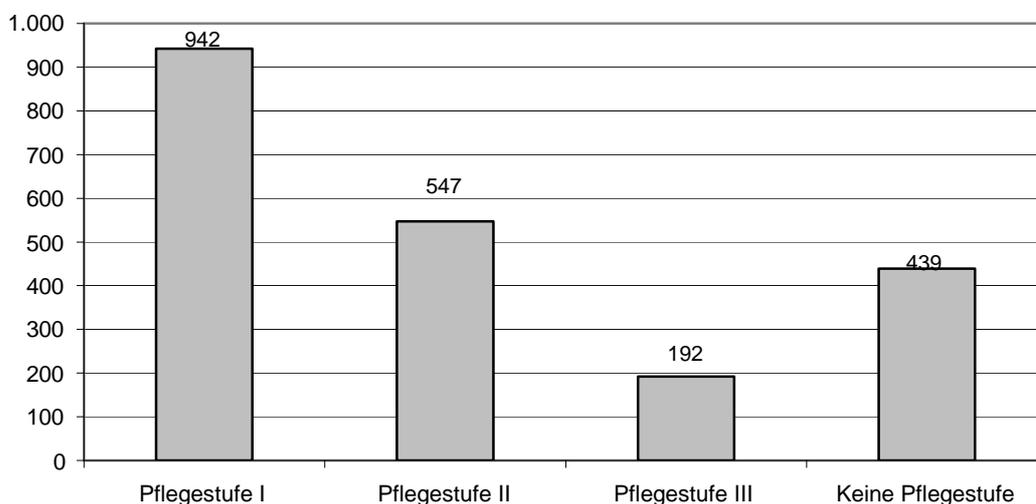
Von 84 Anbietern liegen Angaben zur **Anzahl** der von ihnen betreuten Menschen mit einer Demenzerkrankung vor. Insgesamt wurden hier 2.120 Personen erfasst. In Relation zur erho-benen Gesamtpatientenzahl der befragten Anbieter macht dies einen Anteil von 21% aus.

2005 lebten etwa 15.932 Demenzkranke in der Region Hannover (siehe Punkt 3, Demenz). Bezogen auf diese Gesamtzahl ergibt sich ein Anteil von 13% Demenzkranke, die sich in der Betreuung ambulanter Pflegedienste befinden. Im Pflegebericht 2004 lag dieser Anteil bei 9%.

Setzt man die Anzahl der erfassten Demenzkranke ins Verhältnis zu der im Rahmen der Erhebung ermittelten Gesamtzahl von ca. 10.000 Patientinnen und Patienten liegt der Anteil der Erkrankten bei gut 19%. Bei 846 Erkrankten wurde die Demenz **fachärztlich diagnostiziert**. Mehr als die Hälfte davon sind Frauen (54%). Die Anzahl der fachärztlichen Diagnosen liegt in der Landeshauptstadt mit 59% deutlich höher als in den anderen Kommunen mit 41%. Dieser Sachverhalt ist möglicherweise darauf zurück zu führen, dass in der Landeshauptstadt mehr Fachärzte angesiedelt und diese für die Betroffenen und ihre Angehörigen besser erreichbar sind.

Rund 79% (1.681 Personen) der Betroffenen haben eine **Pflegestufe** (Tab. 4.2.9-1 bis 3, Anhang). Von den Eingruppierten sind 56% der Pflegestufe I, 33% der Pflegestufe II und 11% der Pflegestufe III zugeordnet.

Abb. 4-2.9-1: Pflegestufen der Patientinnen und Patienten mit einer Demenzerkrankung



Von den 439 Patientinnen und Patienten ohne Pflegestufe sind ca. 70% Frauen (Tab. 4.2.9-4, Anhang).

Den vorliegenden Angaben zufolge beziehen insgesamt 94 Erkrankte Leistungen der Sozialhilfe (SGB XII) (TAB.4.2.9-5), davon sind fast alle (97%) in der Landeshauptstadt angesiedelt. 195 Personen wurden als Selbstzahler genannt, davon sind 72% Frauen (Tab. 4.2.9-6, Anhang).

Von den an der Erhebung beteiligten Diensten teilen insgesamt 26 mit, **Angebote für Menschen mit Demenzerkrankungen** vorzuhalten. Die vorgehaltenen Angebote sind jedoch nicht durchgängig als Pflegeschwerpunkt der Dienste zu verstehen.

Ambulante Dienste mit gerontopsychiatrischem Pflegeschwerpunkt sind in acht Kommunen der Region ansässig (Burgwedel, Garbsen, Hannover, Isernhagen, Laatzen, Langenhagen, Neustadt, Springe). 2004 konnten 17 Anbieter mit Angeboten für Menschen mit Demenzerkrankungen in der Region Hannover ermittelt werden.

Wo welche Angebote vorgehalten werden ist den Leistungsprofilen der Dienste in Teil 2 zu entnehmen.

59% der an der Erhebung beteiligten Anbieter gehen davon aus, dass im Rahmen der Betreuung demenzkranker Menschen Leistungen erforderlich sind, die nicht über einen der gesetzlichen Kostenträger refinanziert werden können. Genannt wurden Leistungen wie Begleitung, Anleitung, psychosoziale Betreuung, Entlastung pflegender Angehöriger, Hauswirtschaft und andere.

Viele der Anbieter erbringen diese Leistungen ohne Gegenfinanzierung. Allerdings geben 23 von 45 Diensten an, dass diese Leistungen ohne Kostenübernahme zukünftig für ihre Unternehmen nicht mehr tragbar sind.

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

Diese niedrigschwelligen Betreuungsangebote sind Betreuungsangebote, in denen Helferinnen und Helfer unter pflegefachlicher Anleitung die Betreuung von Pflegebedürftigen mit erheblichem Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung in Gruppen oder im häuslichen Bereich übernehmen sowie pflegende Angehörige entlasten und beratend unterstützen (§ 45b SGB XI).

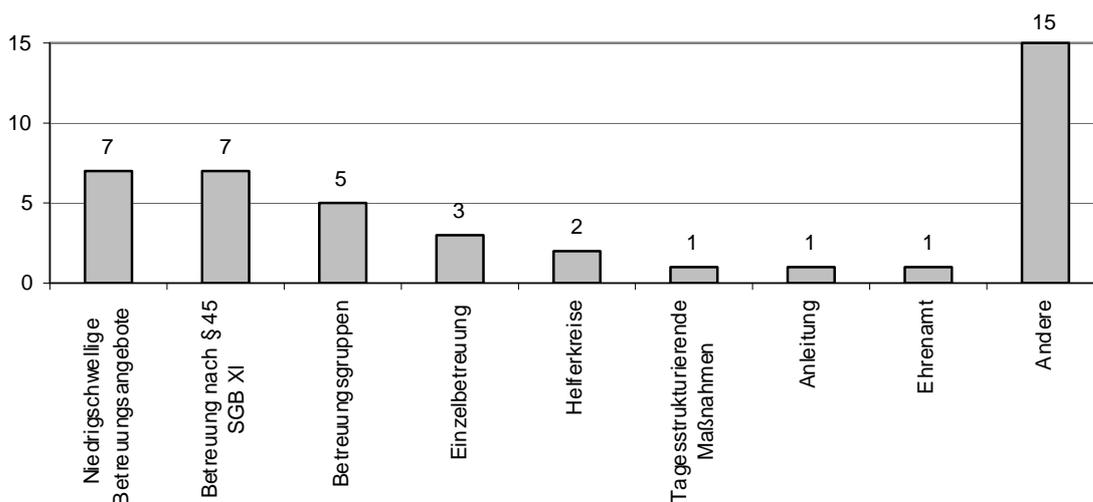
Ziel ist es, die immer noch defizitäre Versorgungssituation Pflegebedürftiger mit erheblichem allgemeinen Betreuungsbedarf durch einen zusätzlichen Leistungsanspruch zu verbessern.

Zu Leistungen im Rahmen des PfLEG liegen Angaben von 31 Diensten vor.

In sieben Bezirken der Landeshauptstadt und in 12 weiteren Kommunen werden Angebote im Sinne des Pflegeleistungsergänzungsgesetzes vorgehalten. Die Angebotsdichte liegt in der Landeshauptstadt höher als in den anderen Kommunen.

Aus den Kommunen Barsinghausen, Gehrden, Garbsen, Neustadt, Pattensen, Ronnenberg und Wennigsen liegen keine Angaben zu Angeboten im Sinne des Pflegeleistungsergänzungsgesetzes vor. In der Landeshauptstadt trifft dies auf die Bezirke 1, 5, 8, 9 und 10 zu. Auffallend hoch ist die Dichte der Angebote im Stadtbezirk zwei der Landeshauptstadt. Hier werden von fünf Diensten Angebote im Rahmen des PfLEG vorgehalten.

Abb. 4.2.9-2: Angebote im Rahmen des PfLEG



Neben den genannten Angeboten wurden weitere Leistungen wie beispielsweise Beratung, Entlastung pflegender Angehöriger oder auch Tages- und Kurzzeitpflege vereinzelt genannt. 30 Dienste teilen mit, dass sie Angebote im Rahmen des PfLEG für die Zukunft planen.

Das Spektrum der in Planung befindlichen Angebote reicht von Tagesbetreuung über Betreuungsgruppen bis hin zu bedarfsorientierten Individualangeboten. Insgesamt ist das Angebot im Vergleich zur letzten Erhebung erheblich gestiegen. Die konkreten Angebote sind den Leistungsprofilen der Dienste in Teil 2 zu entnehmen.

Ein weiterer Faktor, der in der Betreuung und Pflege von Menschen mit Demenzerkrankungen eine nicht zu unterschätzende Rolle spielt, ist das **Wohnumfeld** in dem die Betroffenen leben.

Den vorliegenden Angaben zufolge leben 596 der Erkrankten in Einzelhaushalten, davon sind über 70% Frauen. 547 Betroffene sind in familiäre Zusammenhänge integriert wobei hier der Frauenanteil bei 40% liegt. In anderen Wohnformen leben 109 Personen, 88% davon sind Frauen.

Als Art der Wohnform wurden Seniorenwohnungen, betreutes Wohnen, Wohngemeinschaften und Pflegeheime genannt.

Von den in Einzelhaushalten Lebenden entfallen rund 74% auf die Landeshauptstadt wobei hier 35% der Betroffenen in familiären Zusammenhängen leben.

Auch wenn der Anteil der in Einzelhaushalten lebenden Personen in der Landeshauptstadt wesentlich höher liegt als in den anderen Kommunen, bleibt darauf hinzuweisen, dass auch in den anderen Kommunen rund die Hälfte (47%) der Betroffenen in Singlehaushalten lebt.

Die **Informationswege**, über die die Betroffenen an ambulante Dienste vermittelt werden, sind von Interesse, weil die Erkrankten kein Krankheitsgefühl haben und daher auch keine Notwendigkeit sehen zum Arzt zu gehen. Folglich sind sie auf Unterstützung aus ihrem näheren Umfeld angewiesen, wenn es darum geht professionelle Hilfe zu organisieren.

In erster Linie sind es Angehörige (33%), die sich an einen ambulanten Pflegedienst wenden, dicht gefolgt von Hausärzten (30%). Weniger häufig wurden Krankenhäuser (11%) oder Nachbarn (9%) als Vermittler genannt. Mit noch weiterem Abstand folgen dann Freunde und Bekannte (3%), Betreuer/innen (3%), Sozialarbeiter/innen (2%), Polizei und Kirche mit knapp 1% und andere mit 15% die die Betroffenen der professionellen Hilfe zuführen (Mehrfachnennungen möglich).

4.2.10 Spezialisierung auf besondere Pflegesituationen

53 Dienste haben sich zu dieser Teilfrage geäußert, 48 davon haben sich auf besondere Pflegesituationen spezialisiert.

Mit Abstand am häufigsten wurde gerontopsychiatrische Pflege genannt gefolgt von Palliativpflege und onkologischer Pflege.

Die Angaben zur Spezialisierung auf gerontopsychiatrische Pflege sind etwa hälftig auf Landeshauptstadt und die anderen Kommunen verteilt. Palliativpflege wird den Angaben zufolge überwiegend in den Kommunen vorgehalten.

Als weitere Spezialisierungen wurden beispielsweise Wundmanagement, Intensivpflege bei Kindern, Sterbebegleitung, Assistenz für Menschen mit Körperbehinderung oder auch die Betreuung und Pflege von Migrantinnen und Migranten genannt.

Je ein Dienst hat sich auf die Pflege von Wachkomapatienten bzw. die Pflege von Patienten mit neurologischen Erkrankungen spezialisiert.

Welche Angebote in welcher Kommune vorgehalten werden ist den Leistungsprofilen der Pflegedienste in Teil 2 zu entnehmen.

4.2.11 Migrantinnen und Migranten

Zu diesem Thema haben sich 29 Dienste geäußert. Verwertbare Angaben über die Zahl der Zuwanderer in der ambulanten Pflege liegen lediglich aus Hannover vor. Hier sind etwa 11% der Pflegekunden Migrantinnen und Migranten bzw. Spätaussiedlerinnen und Spätaussiedler. Davon sind etwa 35% Frauen.

Insgesamt wurden 582 Personen erfasst. Davon leben den vorliegenden Angaben zufolge 565 in der Landeshauptstadt und 17 in den anderen Kommunen. Von diesen 17 sind mehr als die Hälfte (10 Personen) in Isernhagen angesiedelt.

Die Tatsache, dass im Rahmen der Erhebung in den anderen Kommunen keine Migrantinnen und Migranten bzw. Spätaussiedler/innen erfasst wurden, lässt nicht darauf schließen, dass dort keine pflegebedürftigen Einwohner/innen mit Migrationshintergrund leben.

Aus den vorliegenden Angaben geht hervor, dass 104 Personen in eine Pflegestufe eingruppiert sind. Davon 76 in Pflegestufe I, 21 in Pflegestufe II und 7 in Pflegestufe III. Leistungen der Sozialhilfe beziehen laut Angaben der beteiligten Anbieter 362 Personen.

Insgesamt sind die Angaben zur Anzahl der betreuten Migrantinnen und Migranten, zu deren Pflegestufen und Leistungsbezug nach SGB XII sehr lückenhaft. Dieser Sachverhalt ist bei der Interpretation der vorliegenden Daten dringend zu beachten.

18 der befragten Anbieter halten spezielle Angebote für diese Bevölkerungsgruppe für erforderlich, und neun Dienste geben an solche Angebote vorzuhalten.

Am häufigsten wurden hier Dolmetscherdienste genannt, gefolgt von Begleitung, Anleitung, Seminare für pflegende Angehörige und muttersprachliche Betreuung und Beratung.

4.2.12 Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen

Die Vernetzung der am Prozess der ambulanten Pflege beteiligten Akteure ist Voraussetzung für eine qualitativ hochwertige Versorgung der Betroffenen.

76 Anbieter haben sich zu ihrer Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen geäußert. Das Spektrum reicht von Physiotherapeuten die am häufigsten genannt wurden, gefolgt von Hausärzten, Sanitätshäusern, Ergotherapeuten und Apotheken, weniger oft Menübringdienste und Fußpflege, bis hin zu Hospizeinrichtungen und psychiatrischen Beratungsstellen.

Die Anbieter teilen mit, dass sie überwiegend in Situationen der Vermittlung mit anderen Berufsgruppen zusammenarbeiten. Eher selten ist die Zusammenarbeit, wenn es um die direkte Versorgung der Patientinnen und Patienten geht. Einige Anbieter geben an, dass sie aus Angst vor Kundenabwerbung nicht mit anderen Pflegediensten kooperieren. Häufiger beklagt wird die problematische Zusammenarbeit mit Ärzten, wobei nicht klar wird, welcher Natur diese Probleme sind.

Beratung, Fortbildung und Gesprächskreise sind andere Zusammenhänge in denen Zusammenarbeit praktiziert wird. Vereinzelt wird die interdisziplinäre Zusammenarbeit als durchaus zufriedenstellend eingeschätzt. Aus Sicht einiger Pflegedienste werden Kooperation und Vernetzung der Berufsgruppen zunehmend wichtiger.

4.2.13 Zeitspanne zwischen Antragstellung und Bewilligung bzw.

Ablehnung eines Antrages auf Eingruppierung in eine Pflegestufe

Sowohl für die Leistungserbringer als auch für die, die der Pflege bedürfen ist die Frage nach der Finanzierung der Pflegeleistungen von wesentlichem Interesse. Bahnt sich eine Pflegesituation an, ist bei der zuständigen Pflegekasse ein Antrag auf Eingruppierung in eine Pflegestufe zu stellen. Die Zeitspanne zwischen der Antragstellung und der Bewilligung bzw. Ablehnung des Antrages liegt nach Aussage der befragten Dienste zwischen zwei bis vier Monaten, kann sich aber auch bis zu sechs Monaten hinziehen.

4.2.14 Krankenhausentlassung/Pflegeüberleitung

Die Einführung der Pflegeüberleitung in der Klinikum Region Hannover GmbH hat den Organisationsaufwand für ambulante Pflege nach Krankenhausaufenthalt für mehr als die Hälfte der Pflegedienste nicht spürbar verringert. Die Information über eine bevorstehende Entlassung aus dem Krankenhaus bekommen die ambulanten Dienste im Durchschnitt zwei Tage vorher. Als grundsätzlich positive Veränderung wird auf eine reibungslosere Hilfsmittelversorgung verwiesen. Viele Dienste beklagen, dass ihnen keine Patienten aus dem Klinikum Region Hannover übergeleitet werden oder auch, dass durch die Überleitung zu viele Personen in den Entlassungsprozess involviert sind und die Abläufe dadurch gestört werden.

Die Information über eine anstehende Krankenhausentlassung erhält mehr als die Hälfte der Dienste (67%) von den Angehörigen der Betroffenen. In gut 50% der Fälle wird die Information über die Pflegeüberleitung vermittelt, weniger häufig sind es die Krankenhaussozialdienste (28%)m Mehrfachnennungen möglich.

Als weitere Informationsquellen wurden u.a. Ärzte, Stationen der Krankenhäuser, Betroffene selbst oder Betreuer genannt. Einige Dienste teilen mit, dass sie nur auf eigene Nachfrage von der anstehenden Entlassung erfahren.

4.2.15 Patientenübernahme ohne vorherige Kostenklärung

79 Dienste geben an, dass bei Patientenübernahmen nach Krankenhausentlassung nicht geklärt ist, welcher Kostenträger für die zu erbringende Leistung aufkommt. Bei 81 Diensten traf dies auch zu, wenn die Betroffenen aus dem häuslichen Umfeld in die Pflege übernommen wurden. In diesen Fällen bleibt den Anbietern nur die Möglichkeit in Vorleistung zu treten oder mit den Betroffenen entsprechende Verträge zu vereinbaren, die im Ablehnungsfall die Kostenübernahme sichern.

4.2.16 Überleitung von der Kurzzeitpflege in die vollstationäre Dauerpflege

Aus persönlichen Gesprächen mit Pflegeanbietern geht hervor, dass zunehmend mehr ihrer Patientinnen und Patienten nach einem Krankenhausaufenthalt in die Kurzzeitpflege verlegt werden und von dort unmittelbar in die vollstationäre Dauerpflege übergeleitet werden. Die Pflegedienste gehen davon aus, dass die Betroffenen in den meisten Fällen wieder in ihr häusliches Umfeld zurückkehren könnten.

71 Dienste führen die Überleitung in die vollstationäre Pflege u.a. auf die verkürzten Krankenhausliegezeiten durch die Einführung des DRG-Systems zurück. 54 Anbieter sehen neben anderen Gründen die Ursache in fehlenden Versorgungsstrukturen im häuslichen Umfeld der Betroffenen.

Neben diesen Aspekten werden aber auch Argumente wie fehlende Informationen über ambulante Versorgungsmöglichkeiten, keine oder überforderte Angehörige, fehlende Kosten-

übernahme für die ambulante Versorgung aber auch zu wenig Mobilisation in der Kurzzeitpflege angeführt. Einige Anbieter führen diese Entwicklung auf das Belegungsmanagement der Heime zurück.

4.2.17 Einschätzung der Versorgungslage und Weiterbildungsmöglichkeiten aus Sicht der Leistungsanbieter

Um eine qualitativ hochwertige Versorgung der Patientinnen und Patienten in ihrem häuslichen Umfeld sicherstellen zu können ist geschultes Fachpersonal zwingend erforderlich. Zu diesem Sachverhalt haben sich 96 Dienste geäußert.

42 Anbieter geben an, dass ausreichend Pflegefachkräfte im ambulanten Bereich zur Verfügung stehen. Allerdings teilen auch rund 67% der Befragten mit, dass sie Probleme bei der Suche nach qualifizierten Fachkräften haben. Teilweise werden beide Aussagen parallel getroffen. Fünf Anbieter sehen zur Zeit keinen Mangel an qualifizierten Fachkräften.

Nennenswerte Unterschiede zwischen Landeshauptstadt und den anderen Kommunen sind hier nicht zu erkennen.

Etwa 90% der beteiligten Dienste halten Weiterbildungsmöglichkeiten im eigenen Unternehmen vor, in fast allen Fällen werden diese Angebote von den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Dienste auch wahrgenommen.

Vorrangig werden Weiterbildungen im Bereich Wundmanagement und innerbetriebliche Fortbildung genannt. Den vorliegenden Angaben zufolge ermöglichen 11 Dienste ihren Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern die Teilnahme an externen Qualifikations- und Weiterbildungsmaßnahmen. Als konkrete Fort- und Weiterbildungsinhalte wurden u.a. die Ausbildung zur Pflegedienstleitung, Qualitätsmanagement und die Weiterbildung zur Fachkraft für Gerontopsychiatrie genannt.

Themen wie Pflegeplanung und Pflegedokumentation sind für einigen Dienste wichtige Schulungsinhalte aber auch Seminare zur Gesunderhaltung der Pflegekräfte werden von den Anbietern mit aufgeführt.

Mehrfach wird auch auf die Mindestfortbildungsstunden entsprechend der gesetzlichen Regelung verwiesen.

4.2.18 Mögliche Ursachen für einen Mangel an Pflegefachkräften

78 Anbieter haben konkrete Gründe benannt, die zukünftig zu einem Mangel an Pflegefachkräften in der ambulanten Versorgung führen könnten.

Ungünstige Arbeitszeiten und geringe Vergütung werden von 32 bzw. 33 Anbietern als Hauptargumente genannt, die Pflegefachkräfte davon abhalten in der ambulanten Pflege zu arbeiten. Mit einigem Abstand werden die geringe gesellschaftliche Stellung, die starke psychische und physische Belastung sowie die hohe Eigenverantwortung als Hinderungsgründe angeführt.

Vereinzelt wird die Ursache auch in einer Fehleinschätzung der Anforderungen in der ambulanten Pflege gesehen. Einige Anbieter weisen darauf hin, dass nicht jede/r für diesen Pflegebereich geeignet ist.

Auch Argumente wie zu hohes Stresspotential durch Autofahren und Parkplatzsuche sind für Pflegekräfte Gründe dafür, nicht in die ambulante Pflege einzusteigen.

Neben den schon genannten ungünstigen Arbeitszeiten spielt der Sachverhalt zeitreduzierter Stellen eine nicht zu unterschätzende Rolle. Mehrere Anbieter weisen darauf hin, dass in der ambulanten Pflege zu wenig Vollzeitstellen zur Verfügung stehen und Teilzeitstellen für junge Arbeitnehmer/innen aus finanziellen Gründen häufig nicht in Frage kommen.

4.2.19 Handlungsbedarf aus Sicht der Pflegeanbieter

Unabhängig von den Angaben zu einem möglichen Mangel an Pflegefachkräften sehen die Pflegedienste auf unterschiedlichen Ebenen der ambulanten Versorgung Handlungsbedarf. Zu möglichen Engpässen haben sich 74 Pflegeanbieter geäußert.

In der Pflege und Betreuung der Patientinnen und Patienten steht die Verbesserung der Situation von Menschen mit Demenzerkrankungen im Vordergrund. Aber auch das Thema Sterbegleitung nimmt einen hohen Stellenwert ein. Neben dem Wunsch nach einer Reduzierung der Vorleistungen sprechen sich die Dienste für umfassendere Betreuungszeiten für ihre Kundinnen und Kunden sowie für mehr Transparenz bezüglich der Leistungen, die den Betroffenen zustehen aus.

Auf struktureller Ebene werden vornehmlich die Antrags- bzw. Bewilligungsverfahren zur Eingruppierung in eine Pflegestufe kritisiert, ebenso wie der Umgang der Krankenkassen mit Verordnungen über häusliche Krankenpflege nach § 37 Abs. 1 SGB V. Die Beschleunigung der Verfahren und positive Bescheide zur Krankenhausvermeidungspflege werden für notwendig gehalten. Eine Verringerung des bürokratischen Aufwandes (z.B. Dokumentation, Zeiterfassung u.ä.) erscheint ebenso wünschenswert wie eine Erweiterung des SGB XI Kataloges mit entsprechenden Finanzierungsmöglichkeiten.

Als verbesserungswürdig wird auch die Kommunikation zwischen den an der Pflege beteiligten Institutionen gesehen. Die Vernetzung der in den Prozess involvierten Akteure spielt aus Sicht der Anbieter eine herausragende Rolle die auf- bzw. ausgebaut werden muss.

4.2.20 Fazit

Die im Rahmen der Erhebung generierten Daten verschaffen trotz teilweise lückenhafter Angaben seitens der Pflegeanbieter einen Einblick in die zum Erhebungszeitpunkt aktuelle ambulante Versorgungssituation in der Region Hannover.

Zum 01.01.06 lebten in der Region Hannover 287.327 Personen im Alter von 60 und mehr Jahren. Bei 134 Pflegediensten die in der Region Hannover aktiv tätig sind, kommen somit 2.144 Seniorinnen und Senioren auf einen Dienst.

Zum 31.12.2005 bezogen in der Region Hannover 29.191 Pflegebedürftige Leistungen aus der Pflegeversicherung. 25.121 Personen davon waren 60 Jahre und älter. Von den Leistungsbeziehern insgesamt befanden sich 22,4% in der Versorgung ambulanter Pflegedienste. (Siehe Teil 1, Punkt 2.1.2).

Ausgehend von diesen 22,4% (6.543 Personen) entfallen bei einer Dichte von 134 Pflegediensten in der Region Hannover rund 49 im Leistungsbezug nach SGB XI befindliche Patientinnen und Patienten auf einen Dienst. Bezogen auf die im Rahmen der Erhebung erfasste Anzahl der Patientinnen und Patienten, die einer Pflegestufe zugeordnet sind (6.147) liegt der Durchschnitt mit 96 beteiligten Diensten bei 64 zu Pflegenden.

Die unter 4.2.1 angegebene durchschnittliche Anzahl von 104 Patientinnen und Patienten pro Dienst ist grundsätzlich unter dem Aspekt zu betrachten, dass hier sowohl Dienste erfasst wurden, die lediglich bis zu 10 Patientinnen und Patienten betreuen als auch solche, die über 200 Personen in der Versorgung haben.

Insgesamt ist davon auszugehen, dass die Versorgung mit ambulanten Pflegediensten in der Region Hannover flächendeckend ist. Allerdings gibt es Einzugsgebiete in denen im Verhältnis zu ihrer Größe und der Anzahl der Personen der Altersgruppe 60 und mehr Jahre eher wenig Pflegedienste angesiedelt sind.

Bezogen auf die in Teil 1 des Pflegeberichtes angegebenen Zahlen der Pflegebedürftigen pro Kommune, die in der ambulanten Versorgung Sachleistungen der Pflegeversicherung erhalten und dem hieraus resultierenden Schnitt von 49 Pflegebedürftigen pro Dienst, liegen die Dienste in den Kommunen Laatzen, Neustadt, Wedemark, Wennigsen und Gehrden weit über dem Durchschnitt der zu betreuenden Patientinnen und Patienten (Tab. 4.2.20, Anhang). Dieser Sachverhalt steht den Angaben der jeweils ortsansässigen Dienste entgegen. In allen genannten Kommunen mit Ausnahme der Stadt Wennigsen, geben die an der Erhebung beteiligten Pflegeanbieter an, dass sie über freie Kapazitäten in der Patientenversorgung verfügen.

Ebenfalls näher zu betrachten ist die Versorgungssituation im Bereich der Betreuung demenzkranker Menschen. Hier werden von den Pflegeanbietern nach wie vor häufig Leistungen erbracht, die nicht über die gesetzlichen Kostenträger refinanzierbar sind. Den Angaben der Anbieter zufolge sind diese „Serviceleistungen“ zukünftig nicht mehr tragbar. Die Bereitschaft Serviceleistungen zu erbringen weicht zunehmend der Notwendigkeit wirtschaftlichen Denkens und Handelns, wenn die Unternehmen überleben wollen. Was für die Betroffenen wiederum bedeutet, dass sie selbst für die Kosten aufkommen müssen. Im schlimmsten Fall wird aus Kostengründen dann auf notwendige Hilfe verzichtet oder eine Heimunterbringung ist nicht mehr abzuwenden.

In welchem Umfang in diesem Bereich auf die Sozialhilfe zurückgegriffen wird, lässt sich nicht explizit belegen. Da sich nur 31 Anbieter zu diesem Punkt geäußert haben, sind die vorliegenden Zahlen nicht belastbar.

Abzuwarten bleibt die geplante Änderung des Pflegeversicherungsgesetzes, die u.a. auch einen zusätzlichen Leistungsanspruch im Rahmen des Pflegeleistungsergänzungsgesetzes (PfLEG) vorsieht, der die defizitäre Versorgungslage von Menschen mit Demenzerkrankungen verbessern soll.

Auch wenn bezüglich der Angebote die im Rahmen des PfLEG in der Region Hannover vorgehalten werden, noch nicht von einer flächendeckenden Versorgung die Rede sein kann, so ist die Entwicklung doch positiv zu sehen. Waren 2004 noch kaum Angebote am Markt so sind es mittlerweile 12 Kommunen und sieben Bezirke der Landeshauptstadt in denen entsprechende Angebote abrufbar sind. Weitere Angebote sind in Planung.

Insgesamt hat die Anzahl der Angebote zur ambulanten Betreuung und Pflege von Menschen mit Demenzerkrankungen in der Region Hannover deutlich zugenommen, ist jedoch immer noch nicht als bedarfsdeckend zu betrachten.

Auch jenseits der Betreuung und Pflege demenzkranker Menschen wird die psychosoziale Betreuung noch von einigen Diensten als Serviceleistung erbracht. Allerdings sind diese Gratsdienste für die Anbieter auf Dauer nicht mehr leistbar. Hier muss über tragfähige Finanzierungskonzepte nachgedacht werden.

Ein weiterer Punkt der von den Anbietern unter der Rubrik „Handlungsbedarf“ aufgezeigt wurde und näher beleuchtet werden muss, ist der gesamte Komplex unklarer Kostenübernahmen und verzögerter Antragsverfahren.

Dienste die bei Verordnungen über häusliche Krankenpflege nach § 37 Abs. 1 SGB V immer noch in Vorleistung treten, gehen ein nicht unerhebliches finanzielles Risiko ein. Sollte die Verordnung mit zeitlicher Verzögerung nicht bewilligt oder in ihrem Leistungsumfang gekürzt werden, entstehen dem Leistungserbringer herbe Verluste oder dem Leistungsempfänger hohe Kosten, sofern er in der Lage ist diese zu begleichen. Für beide Seiten ergibt sich hier eine kaum haltbare Situation. Hinzu kommen für die Betroffenen nicht nachvollziehbare Unklarheiten bezüglich der Zuständigkeiten von Pflegeversicherung und Krankenversicherung.

Die aufgeführten Argumente der Krankenkassen zur Ablehnung der Kostenübernahme bei Verordnungen häuslicher Krankenpflege nach § 37 Abs. 1 SGB V lassen vermuten, dass mittelfristig eine Verschiebung der Leistungen ins SGB XI zu erwarten ist.

Ebenso bringt die enorme Zeitspanne zwischen der Antragstellung auf Eingruppierung in eine Pflegestufe und den Bewilligungs- bzw. Ablehnungsbescheiden (bis zu sechs Monaten und länger) der Pflegekassen Unsicherheiten für alle Beteiligten. Im Vergleich zur Erhebung von 2004 ist hier eine kaum nennenswerte Verbesserung zu verzeichnen. Die Angaben der Dienste lagen 2004 vereinzelt noch bei bis zu acht Monaten und länger.

Unabhängig davon ist ein halbes Jahr Unklarheit über die Finanzierung notwendiger Pflegeleistungen indiskutabel. Offenbar handelt es sich hier um ein regionsspezifisches Problem auf struktureller Ebene. Die Zeitspannen in anderen Landkreisen sind wesentlich kürzer.

Patientenübernahmen ohne vorherige Kostenklärung, stellen in jedem Fall für den Pflegedienst ein finanzielles Risiko und für die zu Pflegenden zusätzliche Unsicherheiten bezüglich der weiteren Versorgung dar. Der Sachverhalt, dass die Anbieter immer weniger bereit sind „Serviceleistungen“ und/oder „Vorleistungen“ zu erbringen könnte dazu führen, dass Pflegebedürftige, die nicht über die entsprechenden finanziellen Mittel verfügen, auf erforderliche Pflegeleistungen verzichten. Die Konsequenzen wären eine Verschlechterung der Pflegesituation, sofern keine Angehörigen vor Ort sind Vereinsamung und möglicherweise Verwahrlosung sowie schlussendlich die Heimunterbringung als letzter Ausweg.

Auch Heimunterbringungen aus anderen Gründen werden von Seiten der Pflegeanbieter kritisch beobachtet.

So wird die unmittelbare Überleitung von Patientinnen und Patienten aus der Kurzzeitpflege in die vollstationäre Dauerpflege von etlichen Pflegeanbietern mit Unbehagen wahrgenommen. Immer mehr der Betroffenen, die nach einem Krankenhausaufenthalt in die Kurzzeitpflege verlegt werden, kehren nicht mehr in ihr häusliches Umfeld zurück, sondern verbleiben in der vollstationären Dauerpflege. Allerdings gehen die Pflegedienste davon aus, dass die meisten der Betroffenen sehr wohl in ihrer gewohnten Umgebung weiterleben könnten. Woran es mangelt sind nach Aussage der Anbieter Informationen zur ambulanten Versorgung sowie der Austausch zwischen Krankenhaus, Kurzzeitpflege, stationärer Einrichtung und Pflegedienst. Aber auch das Belegungsmanagement der Heime wird von einigen Anbietern als Argument herangezogen.

Um dem Grundsatz „ambulant vor stationär“ in ausreichendem Maße Rechnung zu tragen, wäre zu diesem Punkt eine nähere Betrachtung im Rahmen einer gezielten Erhebung denkbar, um neben den Angaben und Mutmaßungen der befragten Dienste, weitere konkrete Ursachen benennen zu können, diese zu beheben und somit unnötige Heimunterbringungen zu verzögern bzw. zu vermeiden.

Die von einigen Anbietern betonte Notwendigkeit zur Vernetzung der am Prozess der ambulanten Versorgung beteiligten Akteure wird nicht nur im Fall der Überleitung von der Kurzzeitpflege in die vollstationäre Dauerpflege deutlich.

So wäre beispielsweise auch im Rahmen der Sicherung der Qualität der ambulanten Pflege durch die Beratungseinsätze nach § 37 Abs. 2 SGB XI mehr Transparenz und Austausch zwischen den Beteiligten wünschenswert. Hier sollte der Informationsfluss nicht nur einseitig von den Pflegediensten zu den Prüfinstanzen Pflegekasse und MDK laufen. Rückmeldungen über eingeleitete geeignete Maßnahmen zur Verbesserung der Pflegesituation vor Ort sollten ebenso von den Kassen und dem MDK an die Pflegeanbieter erfolgen. Nur so könnte engmaschig verfolgt werden, wie sich die Situation im häuslichen Umfeld der Betroffenen entwickelt.

Informationen, Austausch und wechselseitige Kontakte auf professioneller Ebene sind in der gesamten ambulanten Versorgung zwingend erforderlich. Die interdisziplinäre Zusammenar-

beit ist Voraussetzung dafür, Transparenz in die Vielzahl der vorhandenen Angebote zu bringen und sie denen die darauf angewiesen sind, verfügbar zu machen. Bestrebungen die Informationsaustausch und Kooperation unter den beteiligten Berufsgruppen begünstigen sollten dringend gefördert werden.

Handlungsbedarf gibt es auf den unterschiedlichsten Ebenen der ambulanten Versorgung. Aus Sicht der befragten Anbieter stehen jedoch die Verbesserung der Situation von Menschen mit Demenzerkrankungen und die oben beschriebenen strukturellen Problem im Vordergrund.

4.3 Teilstationäre Pflege und Kurzzeitpflege

Teilstationäre Einrichtungen der Tages- oder Nachtpflege dienen der Sicherstellung und Ergänzung der Betreuung und Versorgung pflegebedürftiger Menschen in der eigenen Häuslichkeit. Teilstationäre Pflege soll zur Vermeidung einer stationären Unterbringung und zur Wiederherstellung der selbständigen Lebensführung nach einem Krankenhausaufenthalt beitragen und zielt auf Aktivierung und Rehabilitation ab. Eine weitere Aufgabe ist die Entlastung pflegender Angehöriger und die Stabilisierung der häuslichen Pflegesituation.

Tagespflege und Nachtpflege § 41 SGB XI

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

(2) Die Pflegekasse übernimmt die pflegebedingten Aufwendungen der teilstationären Pflege, die Aufwendungen der sozialen Betreuung ... je Kalendermonat.

(3) Wird die Leistung nach Absatz 2 neben der Sachleistung nach § 36 in Anspruch genommen, dürfen die Aufwendungen insgesamt je Kalendermonat den in § 36 Abs. 3 und 4 für die jeweilige Pflegestufe vorgesehenen Höchstbetrag nicht übersteigen. Wird die Leistung nach Absatz 2 neben dem Pflegegeld nach § 37 in Anspruch genommen, gilt § 38 Satz 2 entsprechend.“

Tagespflegeangebote wenden sich an Senioren, die aufgrund von psychischen und physischen Einschränkungen zunehmend weniger Sozialkontakte haben und sich mehr Unterhaltung und Geselligkeit wünschen und an Menschen, deren Pflege und Betreuung tagsüber wegen der Abwesenheit der Pflegeperson nicht sichergestellt ist.

Nachtpflege wird für Menschen mit verändertem Tag-Nacht-Rhythmus angeboten.

Teilstationäre Pflegeeinrichtungen können sowohl an einen ambulanten Dienst oder an eine stationäre Einrichtung angebunden sein, aber auch als eigenständige Einrichtung existieren. In Tabelle 4.3-1 sind die Tagespflegeplätze aufgeführt, die an eine stationäre Pflegeeinrichtung angeschlossen sind und in der aktuellen Erhebung erfasst werden konnten.

Die relativ niedrige durchschnittliche Auslastung lässt keine Rückschlüsse auf den Bedarf zu. Erfahrungen zeigen, dass eine tägliche Nutzung des Angebots von den Betroffenen nicht finanziert werden kann.

Nachtpflegeplätze sind von den Einrichtungen, die sich an der Erhebung beteiligt haben, nicht mitgeteilt worden.

Kurzzeitpflege § 42 SGB XI

„(1) Kann die häusliche Pflege zeitweise nicht, noch nicht oder nicht im erforderlichen Umfang erbracht werden und reicht auch teilstationäre Pflege nicht aus, besteht Anspruch auf Pflege in einer vollstationären Einrichtung. Dies gilt:

1. für eine Übergangszeit im Anschluss an eine stationäre Behandlung des Pflegebedürftigen oder
2. in sonstigen Krisensituationen, in denen vorübergehend häusliche oder teilstationäre Pflege nicht möglich oder nicht ausreichend ist.

(2) Der Anspruch auf Kurzzeitpflege ist auf vier Wochen pro Kalenderjahr beschränkt.

Die Pflegekasse übernimmt die pflegebedingten Aufwendungen, die Aufwendungen der sozialen Betreuung ... bis zu dem Gesamtbetrag von 1.432 Euro im Kalenderjahr.“

Die Kurzzeitpflege, während der pflegebedürftige Menschen, die sonst zu Hause betreut werden, vorübergehend in einem Pflegeheim versorgt werden, ist ein wichtiges Angebot zur Entlastung pflegender Angehöriger und zur Überbrückung von Notsituationen. Sie kann z. B. in Anspruch genommen werden, wenn die Pflegeperson in Urlaub fährt, wenn sich der Gesundheitszustand der zu pflegenden Person kurzfristig verschlechtert oder wenn nach einem Krankenhausaufenthalt die Wohnung der oder des Pflegebedürftigen an die Pflegesituation angepasst werden muss. Kurzzeitpflege soll Krankenhausaufenthalte vermeiden bzw. verkürzen helfen und nach schwerer Krankheit die Nachsorge sicherstellen. Sie soll andere Pflegepersonen bei Krankheit und sonstigen Ausfällen vertreten.

In der Praxis wird die Kurzzeitpflege auch angewendet, um die stationäre Unterbringung vorzubereiten oder die Wartezeit bis zum Freiwerden eines Pflegeplatzes zu überbrücken.

Kurzzeitpflege wird in der Region Hannover von stationären Pflegeeinrichtungen als sog. eingestreute Kurzzeitpflege auf nicht belegten Plätzen der vollstationären Dauerpflege angeboten (s. Tab. 4.3-2). Solitäre Kurzzeitpflegeeinrichtungen gibt es zurzeit nicht. Für Kurzzeitpflege steht rund 1% der stationären Pflegeplätze zur Verfügung, min. 5% der Dauerpflegeplätze sind eingestreute Plätze.

Teilstationäre Angebote und Kurzzeitpflege speziell für Demenzkranke wurden von 14 der 92 Einrichtungen, die sich an der Erhebung beteiligt haben, benannt. 70 Einrichtungen halten keine entsprechenden Angebote vor, acht Einrichtungen haben die Frage nicht beantwortet. Niedrigschwellige Betreuungsleistungen nach § 45 a-c SGB XI bieten nur drei Einrichtungen an. Sieben Einrichtungen haben diese Frage nicht beantwortet. Die übrigen 82 Einrichtungen bieten keine niedrigschwelligen Betreuungsleistungen an.

4.4 Stationäre Pflege

Auch mit angemessenen ambulanten und teilstationären Hilfen treten Situationen auf, in denen die Versorgung Pflegebedürftiger nur noch in einer stationären Einrichtung möglich ist.

Vollstationäre Dauerpflege § 43 SGB XI

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

(2) Die Pflegekasse übernimmt die pflegebedingten Aufwendungen, die Aufwendungen der sozialen Betreuung sowie in der Zeit vom 1. Juli 1996 bis zum 31. Dezember 2004 die Aufwendungen für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege bis zu dem Gesamtbetrag von 1 432 Euro monatlich; dabei dürfen die jährlichen Ausgaben der einzelnen Pflegekasse

für die bei ihr versicherten stationär Pflegebedürftigen im Durchschnitt 15 339 Euro je Pflegebedürftigen nicht übersteigen. Die Pflegekasse hat jeweils zum 1. Januar und 1. Juli zu überprüfen, ob dieser Durchschnittsbetrag eingehalten ist.

(3) Die Pflegekassen können bei Pflegebedürftigen der Pflegestufe III über die Beträge nach Absatz 2 Satz 1 hinaus in besonderen Ausnahmefällen zur Vermeidung von Härten die pflegebedingten Aufwendungen, die Aufwendungen der sozialen Betreuung sowie in der Zeit vom 1. Juli 1996 bis zum 31. Dezember 2004 die Aufwendungen für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege bis zu dem Gesamtbetrag von 1 688 Euro monatlich übernehmen, wenn ein außergewöhnlich hoher und intensiver Pflegeaufwand erforderlich ist, der das übliche Maß der Pflegestufe III weit übersteigt, beispielsweise bei Apallikern, schwerer Demenz oder im Endstadium von Krebserkrankungen. Die Ausnahmeregelung des Satzes 1 darf bei der einzelnen Pflegekasse für nicht mehr als fünf vom Hundert der bei ihr versicherten Pflegebedürftigen der Pflegestufe III, die stationäre Pflegeleistungen erhalten, Anwendung finden [...]"

4.4.1 Datenerhebung

Zur Erhebung der in der Region vorgehaltenen Angebote vollstationärer Pflege wurde eine schriftliche Befragung (Stichtag 1.01.2007) aller den Heimaufsichten der Stadt Hannover und der Region Hannover bekannten und in der Heimstatistik aufgeführten Pflegeheime durchgeführt. Regionsweit haben sich fast 60% der Einrichtungen an der Erhebung beteiligt (s. Tab. 4.4.1-1). An der Befragung zur Erstellung des Pflegeberichts 2004 beteiligten sich 87 % der Einrichtungen.

Pflegeplätze und Auslastung

In der Region Hannover gab es zum Stichtag 154 Pflegeheime mit insgesamt 12.367 Pflegeplätzen, davon 11.952 Plätze für die vollstationäre Dauerpflege, 294 Kurzzeitpflegeplätze (incl. eingestreute Kurzzeitpflege) und 121 Tagespflegeplätze (s. Tab.4.4.1-2). 2004 gab es lt. Pflegebericht in der Region Hannover 147 stationäre Pflegeeinrichtungen mit insgesamt 11.044 Pflegeplätzen, davon 10.109 Plätze für die vollstationäre Dauerpflege.

Innerhalb von drei Jahren ist die Zahl der vollstationären Pflegeplätze in der Region Hannover um 1.843 Plätze (18,2%) gestiegen. Landesweit ist die Zahl der Pflegeplätze um 13,3% gestiegen, bundesweit um durchschnittlich 11% (Landespflegebericht 2005).

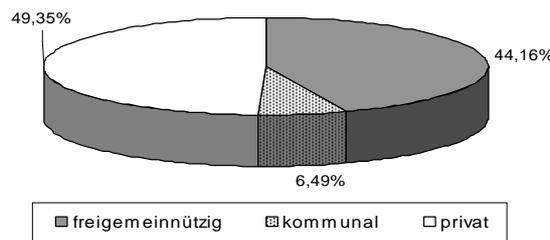
Im Durchschnitt verfügen die Heime über 77 Plätze für die vollstationäre Pflege. Aus der Entwicklung der letzten Jahre ist ein Trend zu größeren Einrichtungen erkennbar, der Pflegebericht 2004 weist noch eine durchschnittliche Zahl von 68 Plätzen pro Einrichtung aus.

39 der 92 Einrichtungen, die an der Befragung teilgenommen haben, wollen in den nächsten zwei Jahren Baumaßnahmen durchführen; neun Einrichtungen planen eine Erweiterung (s. Tab. 4.4.1-3)

Trägerschaft

Zum Stichtag der Erhebung waren 49,35% der Einrichtungen in privater, 44,16% in freigemeinnütziger und 6,49% in kommunaler Trägerschaft (s. Abb. 4.4-1). Im ersten Halbjahr 2007 wurden die Einrichtungen, die sich in Trägerschaft der Region Hannover befanden, an einen privaten Träger verkauft, sodass sich der Anteil der privaten Träger auf knapp 52% erhöht hat. In kommunaler Trägerschaft befinden sich seitdem nur noch die Heime der Stadt Hannover, sie entsprechen einem Anteil von 3,9%. Im Land Niedersachsen sind 57% der vollstationären Dauerpflegeeinrichtungen in privater, 39% in gemeinnütziger und 4% in öffentlicher Trägerschaft.

Abb. 4.4-1: Träger der stat. Pflegeeinrichtungen in der Region Hannover (1. Januar 2007)



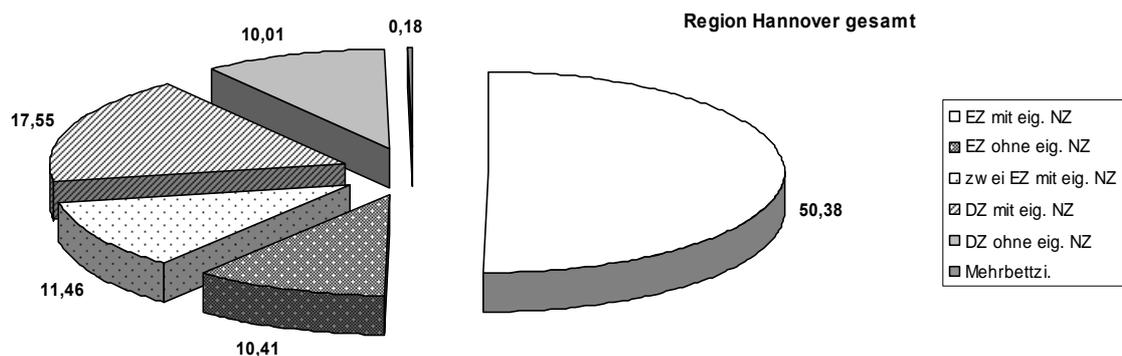
Räumlichkeiten und besondere Angebote

72,25% der vollstationären Pflegeplätze befinden sich in Einzelzimmern, 27,56% in Doppelzimmern (s. Abb. 4.4-2). Im Landesdurchschnitt waren 53,5% der Plätze in Einzelzimmern, 44,6% in Doppelzimmern und 1,9% in Mehrbettzimmern (Landespflegebericht 2005).

55% der Einrichtungen, die an der Befragung teilgenommen haben, verfügen über Hobbyräume oder Werkstätten, 75% der Einrichtungen bieten Fahr- bzw. Begleitdienste und Einkaufshilfen an, zusätzliche Therapieangebote, z. B. Kunst- oder Musiktherapie, werden von 51%, Physiotherapie und/oder Ergotherapie von 62% der beteiligten Einrichtungen bereit gehalten. 95% der Einrichtungen bieten ihren Bewohnern Kultur- und Unterhaltungsprogramme an (s. Tab. 4.4.1-5)

Kostenpflichtige Zusatzleistungen werden von freigemeinnützigen und privaten Trägern angeboten und beziehen sich häufig auf Begleitung, Einkaufshilfe, Zimmerservice, Kabel- und/oder Telefonanschluss. Die Angebote der Pflegeeinrichtungen sind in Teil 2 des Pflegeberichts den jeweiligen Kommunen zugeordnet.

Abb. 4.4-2: Betten je Zimmer mit/ohne Nasszelle in Prozent



Kosten

Die Kosten für die Unterbringung im Pflegeheim gliedern sich in die Vergütung für die allgemeinen Pflegeleistungen (Pflegevergütung), ein Entgelt für Unterkunft und Verpflegung (sog. Hotelkosten) und Investitionskosten.

Die Hotelkosten umfassen neben anteiligen Personalkosten für den technischen Dienst, Wirtschaftsdienst, Qualitätsmanagement, Leitung und Verwaltung nur Sachkostenbestandteile und betragen zurzeit im Durchschnitt 16,91 € pro Tag. Der Landesdurchschnitt liegt lt. Landespflegebericht 2005 bei 16 €/Tag.

Für die Investitionskosten sind die Herstellungskosten eines Gebäudes, die Kosten des Grundstücks und die Kosten des beweglichen Anlagevermögens relevant. Bei der Kalkulation werden Zinskosten, Instandhaltungspauschale und Abschreibungskosten berücksichtigt. Grundsätzlich ist die Instandhaltungspauschale bei Neubaueinrichtungen geringer als bei Altbaueinrichtungen. Die Betreuung einer bestimmten Bewohnergruppe, die möglicherweise weniger sorgfältig mit dem Gebäude und der Ausstattung umgeht, kann ebenfalls ein Grund für eine höhere Instandhaltungspauschale sein. Das führt dazu, dass die Investitionskosten der einzelnen Heime unterschiedlich hoch sind. In der Region Hannover betragen sie zurzeit zwischen 4,66 € und 26,20 € pro Tag. Grundsätzlich kann eine Pflegeeinrichtung die Höhe der Investitionskosten selbst bestimmen. Sie hat diese lediglich dem Sozialhilfeträger anzuzeigen. Der Sozialhilfeträger ist zur Übernahme der Investitionskosten jedoch nur verpflichtet, wenn er mit dem Träger der Einrichtung eine Vereinbarung über die Qualität der Leistung, die Prüfung der Wirtschaftlichkeit und Qualität der Leistung sowie die Höhe der Vergütung getroffen hat. Im Durchschnitt betragen die Investitionskosten 16,63 € pro Tag. Im Landespflegebericht wird die durchschnittliche Höhe der Investitionskosten mit 15 € pro Tag angegeben.

Für Pflegeleistungen berechneten die Träger im Durchschnitt 43,33 € pro Tag in Pflegestufe 1, 56,50 € pro Tag in Pflegestufe 2 und 69,89 € pro Tag in Pflegestufe 3. Im Landesdurchschnitt werden Pflegeleistungen je Tag und Platz in Pflegestufe 1 mit durchschnittlich 40 €, in Pflegestufe 2 mit durchschnittlich 52 € und in Pflegestufe 3 mit durchschnittlich 65 € vergütet.

Die durchschnittlichen monatlichen Kosten incl. Hotel- und Investitionskosten entnehmen Sie bitte Tabelle 4.4.1-6 und 4.4.1-7.

Spezialisierungen in der somatischen Pflege

Für den vorliegenden Pflegebericht wurden die Einrichtungen auch danach gefragt, ob sie über besondere Pflegeangebote für Bewohner mit speziellen Erkrankungen (z. B. Multiple Sklerose (MS), apallisches Syndrom (Wachkoma)...) verfügen. Von den 92 Einrichtungen, die sich an der Erhebung beteiligten, haben zwei Einrichtungen die Frage gar nicht beantwortet, 72 gaben an über keine speziellen Angebote zu verfügen. Von den 18 Einrichtungen, die weitergehende Angaben machten, verfügen vier über besondere Konzepte bei der Versorgung von Bewohnern mit MS und zwei bei der Pflege von Patienten im Wachkoma. Eine Einrichtung ist auf die Versorgung von Blinden und Sehbehinderten spezialisiert, eine Einrichtung verweist auf ein besonderes Palliativkonzept, eine Einrichtung verfügt über einen Bereich für Pflegebedürftige, die jünger sind als 60 Jahre und eine Einrichtung ist spezialisiert auf psychiatrische Pflege und die Pflege von Behinderten. Alle übrigen Einrichtungen machten eher unspezifische Angaben und verwiesen z. B. auf Sprach- und Beschäftigungstherapie in Zusammenarbeit mit externen Therapeuten.

Demenzkranke

86 Einrichtungen teilten die Anzahl der dort lebenden Demenzkranken mit. In der Region Hannover sind mehr als 53% der Pflegeheimbewohner demenzkrank. Von den pflegebedürftigen Frauen sind nahezu 55% betroffen, bei den pflegebedürftigen Männern liegt der Anteil bei 47% (s. Tab. 4.4.1-8)

Gerontopsychiatrische Betreuungskonzepte

Die Frage nach anerkannten gerontopsychiatrischen Betreuungskonzepten beantworteten drei Einrichtungen gar nicht, 28 Einrichtungen gaben an, nicht nach einem speziellen Konzept zu arbeiten. Von den 61 Einrichtungen, die die Frage beantwortet haben, haben 22 Einrichtungen ein eigenes Konzept erarbeitet, in dem Anteile aus unterschiedlichen wissenschaftli-

chen Pflegekonzepten kombiniert werden. Drei Einrichtungen gaben als gerontopsychiatrisches Betreuungskonzept das Pflegemodell nach Krohwinkel, eine Einrichtung gab die holistische Pflege an. Sechs Einrichtungen stellen die Biografiearbeit, zehn Einrichtungen die Validation nach Feil oder Richard, neun Einrichtungen die Milieuthherapie und vier Einrichtungen die Mäeutik in den Mittelpunkt. Je eine Einrichtung arbeitet nach einem integrativen bzw. segregativen Konzept und vier Einrichtungen beziehen sich auf das Pflegemodell nach Peplau. Lediglich 17 der sich beteiligenden Einrichtungen setzen in der Betreuung von Demenzkranken Alltagsbegleiter ein.

Architektonisch-bauliche Anpassungen für gerontopsychiatrische Pflege

Auf die Frage nach besonderen architektonisch-baulichen Voraussetzungen für die gerontopsychiatrische Pflege haben zehn Einrichtungen gar nicht und 46 mit „nein“ bzw. „keine“ geantwortet. Der größte Teil der 36 Einrichtungen, die auf die Frage geantwortet haben, verweist auf spezielle Beleuchtungs- und/oder Farbkonzepte, spiegelungsfreie Fußböden, die Einrichtung von Snoezelenräumen, Sinnesgärten und Wohnküchen. Außerdem wurden Wohngruppen eingerichtet.

Geschlossene Unterbringung

Eine gerichtlich angeordnete geschlossene Unterbringung von gerontopsychiatrisch Erkrankten ist in 86 von 92 Heimen, die sich an der Umfrage beteiligt haben, *nicht* möglich. Lediglich die nachfolgend aufgeführten Heime verfügen über geschlossene Plätze:

Ort	Bezirk	Einrichtung
Hannover	Vahrenwald/List	Am Listholze
Hannover	Kirchrode/Bemerode/Wülferode	Heinemanhof
Hannover	Kirchrode/Bemerode/Wülferode	Birkenhof Anna-Meyberg-Haus
Hannover	Döhren/Wülfel	Sozialkonzept Katharinenhof
Laatzen		Haus Grasdorf
Langenhagen		Eichenpark

Palliative und hospizliche Strukturen in Pflegeeinrichtungen

Der Bitte, die palliativen und hospizlichen Strukturen zu schildern, kamen 15 Einrichtungen nicht nach, 23 gaben an, nicht über entsprechende Strukturen zu verfügen. Von den 54 Einrichtungen, die Angaben machten (Mehrfachnennungen waren möglich), kooperieren 23 mit ambulanten Hospizdiensten, 17 haben seelsorgerischen Beistand, elf Einrichtungen bieten ihren Beschäftigten spezielle Fortbildungen an. Je neun Einrichtungen bekommen palliativmedizinische Unterstützung bzw. ermöglichen Sterbebegleitung durch Pflegekräfte und/oder Ordensschwestern, fünf Einrichtungen bieten Sterbebegleitung durch ehrenamtliche Kräfte. Zwei Einrichtungen stellen Übernachtungsmöglichkeiten für Angehörige zur Verfügung, eine Einrichtung betreibt ein Trauercafe, eine Einrichtung nimmt am Arbeitskreis Palliativ- und Hospizarbeit in der Region Hannover teil und sechs Einrichtungen beschreiben ihre palliativen und hospizlichen Strukturen damit, dass sie mit Ärzten kooperieren.

Pflegestufen

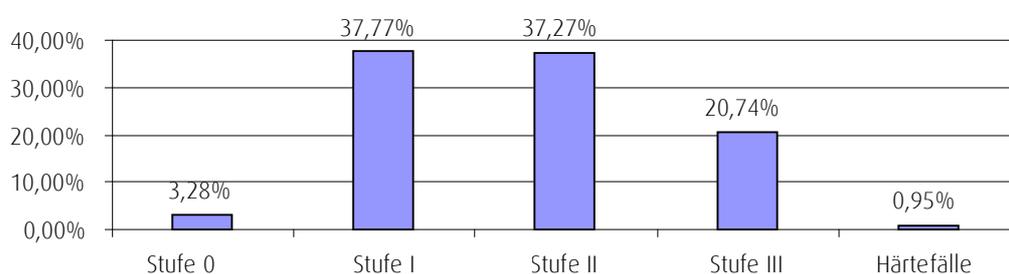
Für die Gewährung von Leistungen nach dem SGB XI sind pflegebedürftige Personen (§ 14) einer der folgenden drei Pflegestufen zuzuordnen:

1. Pflegebedürftige der Pflegestufe I (erheblich Pflegebedürftige) sind Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität für wenigstens zwei Verrichtungen aus einem oder mehreren Bereichen mindestens einmal täglich der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen.

2. Pflegebedürftige der Pflegestufe II (Schwerpflegebedürftige) sind Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität mindestens dreimal täglich zu verschiedenen Tageszeiten der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen.

3. Pflegebedürftige der Pflegestufe III (Schwerstpflegebedürftige) sind Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität täglich rund um die Uhr, auch nachts, der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen. Personen, die lediglich Unterstützung im hauswirtschaftlichen Bereich benötigen und/oder deren Pflegebedarf weniger als 45 Minuten täglich beträgt, sind der Pflegestufe 0/G zuzurechnen.

Abb. 4.4-3: Pflegestufen der Bewohnerinnen und Bewohner in Pflegeheimen, Region Hannover

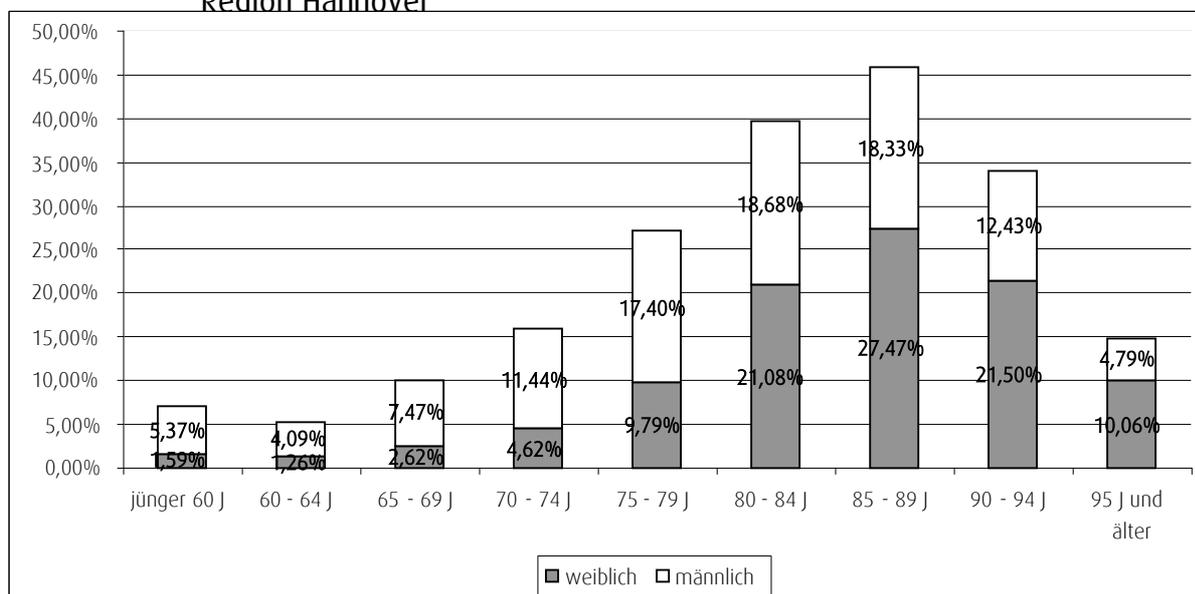


In der Pflegestufe 0 konnten die Angaben von acht Einrichtungen nicht berücksichtigt werden, in Pflegestufen 1 - 3 fehlen entsprechende Angaben von je vier Einrichtungen und zu Pflegestufe 3+ (Härtefälle) machten 12 Einrichtungen keine Angaben.

Altersstruktur

Um die Altersstruktur der Heimbewohnerinnen und -bewohner zu erheben, wurden Daten von 6.861 dort lebenden Personen ausgewertet, Angaben wurden von 92 Einrichtungen gemacht. Über 70% der Bewohnerinnen und Bewohner in Pflegeheimen sind 80 Jahre alt oder älter. Die prozentuale Verteilung der Altersgruppen ist Abb. 4.4-4 zu entnehmen.

Abb. 4.4-4: Altersstruktur der Bewohnerinnen und Bewohner in Pflegeheimen, Region Hannover



Kultursensible Altenhilfe

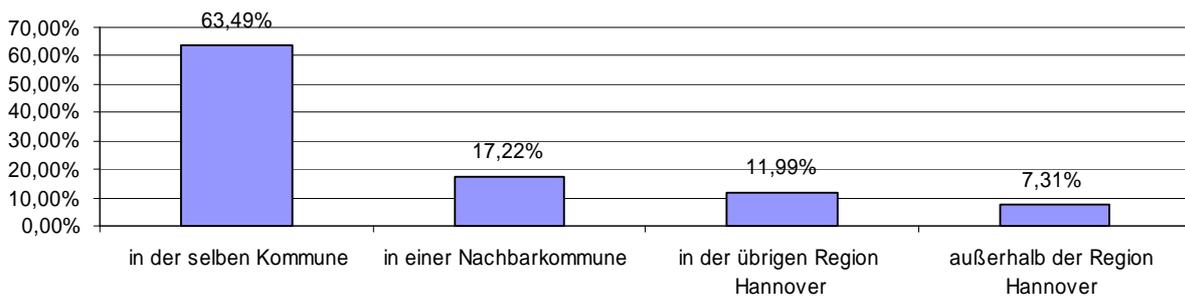
Da auch die Zahl der Migrantinnen und Migranten in der Bevölkerungsgruppe der Seniorinnen und Senioren beständig zunehmen wird, hat die Region Hannover im Jahr 2002 das vom Arbeitskreis Charta für eine kultursensible Altenpflege in Kooperation mit dem Kuratorium Deutsche Altershilfe herausgegebene „Memorandum für eine kultursensible Altenhilfe“ unterzeichnet, das eine interkulturelle Öffnung der Institutionen der Altenhilfe ermöglichen soll. In der stationären Pflege liegt die Zahl der Migrantinnen und Migranten und der Spätaussiedlerinnen und Spätaussiedler bei rund einem Prozent (Tab. 4.4.1-9).

Wohn- und Aufenthaltsort vor Heimübersiedlung

Mehr als 63% der Menschen sind in eine Pflegeeinrichtung in ihrer Heimatkommune übergesiedelt. Der Anteil der Frauen liegt hier um knapp sechs Prozent über dem Anteil der Männer. Insgesamt 17% zogen in eine Nachbarkommune, 12% wechselten in ein Heim in der übrigen Region Hannover. Hier liegt der Anteil der Männer um bis zu zwei Prozent über dem der Frauen. Vor ihrer Heimaufnahme lebten etwas mehr als 7% nicht in der Region Hannover (Abb. 4-5).

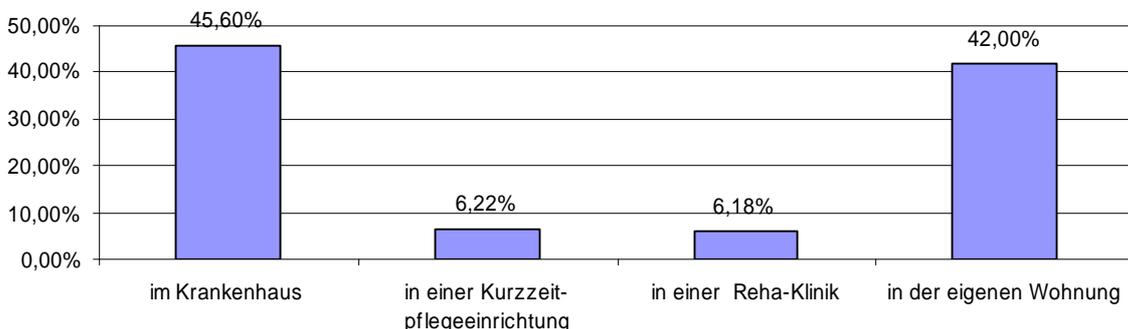
Entsprechende Daten konnten nur von 79 der sich an der Befragung beteiligenden Einrichtungen zur Verfügung gestellt werden.

Abb. 4-5: Wohnort vor Heimaufnahme



58% der Heimbewohnerinnen und -bewohner siedelten unmittelbar im Anschluss an eine stationäre Therapie in eine Pflegeeinrichtung über (Abb. 4-6).

Abb. 4-6: Aufenthaltsort vor Heimaufnahme



Gründe für Heimübersiedlung

Im Rahmen der Datenerhebung wurden die Einrichtungen gebeten vorgegebene Items, mit denen Übersiedlungen ins Pflegeheim von Betroffenen begründet werden, entsprechend ihrer Häufigkeit zu bewerten.

Ein Umzug in eine stationäre Pflegeeinrichtung erfolgt demnach, weil

1. Betreuung rund um die Uhr benötigt wird,
2. es wegen Überlastung der Pflegeperson im häuslichen Bereich zu Spannungen kam,

3. der Umzug ärztlicherseits empfohlen wurde,
4. kein individuelles soziales Netz aus Angehörigen und Freunden zur Kompensation des Unterstützungs-/Pflegebedarfs zur Verfügung steht,
5. die Wohnung nicht für die Pflegesituation geeignet ist,
6. die Pflegebedürftigen Familie und Freunden nicht zur Last fallen wollen, oder weil
7. die soziale Infrastruktur fehlt.

4.4.2 Zusammenfassung

Die Versorgung der Bevölkerung mit vollstationären Dauerpflegeplätzen liegt in der Region Hannover mit 106,5 Plätzen pro 10.000 Einwohner über dem im niedersächsischen Landespflegebericht 2005 angegebenen Landesdurchschnitt (99 Plätze je 10.000 EW) und deutlich über dem Bundesdurchschnitt (86,4 Plätze pro 10.000 EW). Die Dauerpflegeplätze sind zu 94,3% ausgelastet. Im Pflegebericht 2004 der Region Hannover wird die Auslastung noch mit über 97% angegeben.

Die durchschnittlichen Kosten für die Unterbringung im Pflegeheim liegen in der Region Hannover über dem Landesdurchschnitt.

Knapp neun Prozent der Einrichtungen verfügen über erkrankungsspezifische Pflegekonzepte, z. B. für Bewohnerinnen und Bewohner mit Multiple Sklerose, Wachkoma o. ä.

Obwohl mehr als die Hälfte der in Pflegeeinrichtungen lebenden Personen an Demenz erkrankt sind, verfügen 30 % der Einrichtungen nicht über gerontopsychiatrische Betreuungskonzepte. Ein Viertel der Einrichtungen pflegt Demenzkranke nach selbst erarbeiteten Konzepten, in denen unterschiedliche pflegewissenschaftliche Ansätze kombiniert wurden. In 20 % der Pflegeheime wird ein pflegewissenschaftlichen Erkenntnissen entsprechendes gerontopsychiatrisches Pflegekonzept zugrunde gelegt.

Auch im architektonischen Bereich werden Erkenntnisse, die sich auf das Verhalten und Befinden gerontopsychiatrisch erkrankter Menschen positiv auswirken, nur unzureichend umgesetzt.

In der Stadt Hannover ist die Unterbringung von demenzkranken Pflegebedürftigen mit richterlichem Beschluss in vier Einrichtungen möglich, in Laatzen und Langenhagen hält je eine Einrichtung geschlossene Plätze vor. Eine wohnortnahe Versorgung ist nicht möglich.

In der Region Hannover sind mehr als 40% der Bewohnerinnen und Bewohner von Pflegeheimen den Pflegestufen 0/G bzw. der Pflegestufe 1 zugeordnet, ihr Hilfe- und Pflegebedarf beträgt weniger als drei Stunden täglich. Es darf bezweifelt werden, dass alle diese Menschen Betreuung rund um die Uhr – die am häufigsten genutzt Begründung für die Heimunterbringung – benötigen. Da außerdem 58 % der in Heimen Lebenden direkt im Anschluss an eine stationäre Therapie in ein Pflegeheim übersiedeln, muss untersucht werden, ob Ärzten, Pflegekräften und Sozialarbeiterinnen in Krankenhäusern und Reha-Einrichtungen die bestehenden ambulanten Strukturen hinlänglich bekannt sind.

4.5 Palliativ und Hospiz

Der Runde Tisch Palliativ- und Hospizarbeit in der Region Hannover

Dr. theol. Ralph Charbonnier

Wie reagiert ein Hospiz, das alle Zimmer belegt hat, wenn an dieses Hospiz ein Aufnahmewunsch herangetragen wird? Wie geht ein Hausarzt mit der Frage um, an welchen Palliativmedizinisch erfahrenen Arzt oder an welchen Pflegedienst er einen Patienten verweisen kann, der spezielle palliativmedizinische und palliativpflegerische Behandlung benötigt? Wie können Überleitungen von Palliativpatienten zwischen dem stationären und dem ambulanten Bereich verbessert werden?

Die Initiative:

Solche und ähnliche Fragen haben Mitarbeitende des Friederikenstifts Hannover im Jahr 2003 veranlasst, einen „Runden Tisch Palliativ- und Hospizarbeit in der Region Hannover“ zu gründen, zu dem alle im Bereich Palliativ- und Hospizarbeit Tätigen eingeladen wurden. In Hannover waren zu diesem Zeitpunkt an vielen Stellen erste Schritte getan worden: Es existierten schon drei Hospize, drei ambulante Palliativ- und Hospizdienste, eine Palliativstation in einem Krankenhaus (inzwischen wurde eine zweite eröffnet, eine dritte Station ist in Planung). Viele Seelsorger/innen, Psychotherapeuten/innen und Mitarbeitende von Krebsberatungsstellen beteiligten sich an der Begleitung und Versorgung schwer kranker und sterbender Menschen. Es gab jedoch keinen Ort der Kommunikation und des Erfahrungsaustauschs zwischen den Leistungsanbietern, keinen Ort, an dem Möglichkeiten der Koordination von Angeboten besprochen werden konnten und keinen Ort, an dem Angebote geplant werden konnten, die nur in Kooperation vieler engagierter Kräfte durchgeführt werden können.

Ziele für den Runden Tisch:

Aus dieser Defizitbeschreibung heraus wurden Ziele für einen Runden Tisch entwickelt:

- Die Patientenorientierung soll verbessert werden – dies setzt nicht nur eine patientenorientierte Arbeit der ambulanten Dienste und stationären Einrichtungen der Palliativ- und Hospizarbeit voraus, sondern auch eine gelingende Zusammenarbeit dieser Anbieter untereinander und mit niedergelassenen Ärzten, Seelsorgern und Beratungsstellen.
- Die Palliativversorgung der Menschen in der Region Hannover (ca. 1 Mio. Einwohner) soll verbessert und nachhaltig gesichert werden.

Aus diesen Zielsetzungen ergaben sich folgende **Arbeitsschwerpunkte**:

Stichwort Kommunikation:

- Kennenlernen und Erfahrungsaustausch der im Bereich der Palliativ- und Hospizarbeit Tätigen. Diese vertrauensbildenden Begegnungen sind die Basis für alle weitergehenden Aktivitäten des Runden Tisches wie auch für eine gute Zusammenarbeit in der Alltagspraxis. Eine solche Kommunikation soll erhalten bleiben auch unter den Bedingungen eines zunehmenden ökonomischen Wettbewerbs.

Stichwort Koordination:

- Gründung zweier Qualitätszirkel „Palliativmedizin“, zu denen neben Ärzten auch Pfleger, Seelsorger und Psychotherapeuten eingeladen sind.
- Verbesserung der Zusammenarbeit zwischen Alten- und Pflegeheimen mit ambulant tätigen Palliativdiensten und Hospizdiensten.

- Verbesserung bei der Überleitung zwischen Krankenhäusern und ambulanten Palliativdiensten durch Aufnahme von palliativmedizinisch und -pflegerisch wichtigen Informationen in den standardisierten Überleitungsbogen der Krankenhäuser.

Stichwort Kooperation:

- Beantragung der finanziellen Förderung von zwei Palliativstützpunkten durch das Land Niedersachsen. Die Stützpunkte wurden in den Jahren 2006 und 2007 eingerichtet. Vereinbarung der kontinuierlichen Zusammenarbeit der Kooperationspartner.
- Einrichtung eines Informationstelefons (0511/260 36 36) und einer homepage (www.palliativ-hospiz-hannover.info) zu Angeboten und Anbietern der Palliativ- und Hospizarbeit. Dieses Informationstelefon richtet sich sowohl an Patienten/innen und ihre Angehörigen als auch an professionelle Anbieter, die Informationen über andere Fachgebiete der Palliativversorgung und deren regionale Anbieter suchen.
- Verteilung eines Flyers zu Angeboten der Palliativ- und Hospizarbeit in der Region Hannover an alle Arztpraxen, Apotheken und Kirchengemeinden.
- Öffentlichkeitsarbeit durch gemeinsames Engagement bei öffentlichen Veranstaltungen wie z.B. dem Krebsinformationstag oder dem Hospiztag.
- Einrichtung eines Hilfsfonds für finanzielle Notlagen von Patienten/innen, die durch andere Hilfsangebote nicht abgedeckt werden.

Teilnehmende:

Teilnehmende am Runden Tisch (ca. 100 Personen) sind – entsprechend der Interprofessionalität der Palliativ- und Hospizarbeit – Ärztinnen und Ärzte, Pflegende, Seelsorgende, Sozialarbeiter/innen, Psychotherapeuten/innen, Patientenvertreter/innen u.a.m.

Es sind alle Hospize, ambulanten Palliativ- und Hospizdienste, Palliativstationen und fast alle Krankenhäuser vertreten, darüber hinaus niedergelassene Ärzte/innen, Pflegedienste, Krankenhaus- und Gemeindeseelsorger/innen, die Ärztekammer Niedersachsen, die Kassenärztliche Vereinigung, der Medizinische Dienst der Krankenkassen sowie die Psychotherapeutenkammer Niedersachsen.

Arbeitsformen:

Der Runde Tisch trifft sich drei bis viermal im Jahr rotierend in einer Einrichtung der Palliativ- und Hospizarbeit. Die Arbeitsschwerpunkte werden in zeitlich befristeten Projektgruppen erarbeitet und die Ergebnisse dem Plenum zur Diskussion und ggf. zur Beschlussfassung vorgestellt. Um die Öffentlichkeitsarbeit zu finanzieren, wurde ein gemeinnütziger Verein gegründet, der befugt ist, Spendenquittungen auszustellen.

Überregionale Vernetzung:

Durch die Teilnehmenden des Runden Tisches ist ein enger Informationsaustausch zur Palliativ-Arbeitsgemeinschaft Niedersachsen (www.palliativ-nds.de), zur Landesarbeitsgemeinschaft Hospiz (www.hospiz-nds.de), zur Akademie für Palliativ- und Hospizarbeit der Ärztekammer Niedersachsen (www.palliativakademie-nds.de) sowie zu den Fachgesellschaften der beteiligten Berufsgruppen hergestellt. Diese Vernetzung dient dem Anschluss an überregionale Entwicklungen im Bereich der Palliativ- und Hospizarbeit wie auch dem Interesse, Erfahrungen aus der spezialisierten Palliativ- und Hospizarbeit in die Bereiche der konventionellen Medizin, der Pflege, der Seelsorge und Psychotherapie zu vermitteln.

Entwicklung in Niedersachsen:

Die Idee, Runde Tische Palliativ- und Hospizarbeit zu gründen, die im „Celler Netz“ und im „Runden Tisch Stade“ ihre Vorläufer hat, wurde in einer zwischen der Evangelisch-lutherischen Landeskirche Hannovers und der Ärztekammer Niedersachsen abgestimmten