VERSORGUNGSSICHERHEIT BEI PFLEGEBEDÜRFTIGKEIT IM LÄNDLICHEN RAUM

Teilprojekt I.4 – Abschlussbericht im Projekt ROSE
Das lernende Gesundheitssystem in der Region Osnabrück-Emsland

Stand: Juli 2019 | Berichtsjahre 10/2016–07/2019
Versorgungssicherheit bei Pflegebedürftigkeit im ländlichen Raum
Teilprojekt I.4 – Abschlussbericht im Projekt ROSE - Das lernende Gesundheitssystem in der Region Osnabrück-Emsland

Stand: Juli 2019

Teilprojektleitung:
Prof. Dr. Andreas Büscher, Hochschule Osnabrück
Prof. Dr. Stefanie Seeling, Hochschule Osnabrück

Unter Mitarbeit von:
Bernadette Hof-Kleiner, MScN

Projektpartner:
Stadt Melle
Samtgemeinde Freren

Projektförderung:
Niedersächsisches Ministerium für Wissenschaft und Kultur
Förderlinie „Niedersächsisches Vorab“ der VolkswagenStiftung
Förderkennzeichen: VWZN3103

Umschlagfotos: © GB Kommunikation Hochschule Osnabrück
Inhaltsverzeichnis

Abbildungsverzeichnis .................................................................................................................... 3
Tabellenverzeichnis ........................................................................................................................ 3

1 Themenschwerpunkte und Forschungsfragen (inklusive Einordnung in den Gesamtkontext) ............................................................................................................................... 4
   1.1 Hintergrund .......................................................................................................................... 4
   1.2 Ziel und Forschungsfragen .................................................................................................. 4
   1.3 Design und Methode .......................................................................................................... 5

2 Organisatorisches (Personal, Zeitleisten etc.) .................................................................... 10

3 Forschungsergebnisse .......................................................................................................... 12
   3.1 Pflegebedürftigkeit ........................................................................................................... 12
      3.1.1 Pflegebedürftigkeit in der Wahrnehmung der lokalen Akteure........................... 13
   3.2 Versorgungssicherheit .................................................................................................... 14
      3.2.1 Verständnis von Versorgungssicherheit durch die lokalen Akteure................. 14
      3.2.2 Die Modellgemeinde Samtgemeinde Freren ......................................................... 15
      3.2.3 Die Modellgemeinde Stadt Melle ........................................................................ 19
      3.2.4 Versorgungsangebote ............................................................................................ 22
      3.2.5 Zusammenarbeit ..................................................................................................... 29
      3.2.6 Individuelle Versorgungsgestaltung .................................................................. 33
      3.2.7 Netzwerkmanagement ........................................................................................... 37
   3.3 Versorgungslücken ........................................................................................................... 42
   3.4 Handlungsmöglichkeiten der Gemeinden ...................................................................... 49

4 Probleme/Schwierigkeiten .................................................................................................... 54

5 Ausblick Geplantes ................................................................................................................ 55

6 Literaturverzeichnis .............................................................................................................. 56 Fehler! Textmarke nicht definiert.

7 Anhang ................................................................................................................................... 57
   7.1 Anhang 1: Methodische Vorgehensweise anhand der zwölf Schritte eines Community
                Health Assessment von Harkness und DeMarco (2016) ........................................ 57
   7.2 Anhang 2: Grafische Übersicht der Verteilung täglicher Todesfälle im August 2003 in
                Europa .......................................................................................................................... 60
   7.3 Anhang 3: Fragebogen zur Personal- und Versorgungssituation ..................................... 61
   7.4 Anhang 4: Tabellarische Darstellung des Prozessablaufes Entlassungsmanagement ...... 64
Abbildungsverzeichnis

Abb. 1: Räumliche Lage SG Freren ................................................................. 16
Abb. 2: Räumliche Lage der Stadt Melle ................................................................. 19

Tabellenverzeichnis

Tab. 1: Übersicht der Daten und ihre Quellen .................................................... 6
Tab. 2: Ablaufschema und Kategorienbaum ......................................................... 8
Tab. 3: Übersicht Projektplan ............................................................................. 10
Tab. 4: Anteil der Leistungsbezieher in Niedersachsen, den Landkreisen Osnabrück und Emsland sowie Melle und SG Freren .................................................................................. 13
Tab. 5: Überblick über die Bevölkerungsstruktur in der SG Freren ..................... 17
Tab. 6: Anteil der über 65- und über 80-Jährigen in den einzelnen Stadtteilen von Melle ................................................................. 20
Tab. 7: Anzahl der Betten der geriatrischen Fachversorgung in den Landkreisen Osnabrück und Emsland ................................................................................. 23
Tab. 8: Prozentuale Anteile der Versorgungsgrade durch niedergelassene Hausärzte ............ 24
Tab. 9: Vorhandene Kurzzeit- und Tagespflegeplätze sowie Auslastung der Pflegeheime .... 25
Tab. 10: Anzahl der Pflegefachpersonen und pro Kopf Verhältnis in der stationären Langzeitpflege .................................................................................................................. 25
Tab. 11: Anzahl der Pflegefachpersonen und pro Kopf Verhältnis in der ambulanten Versorgung .......................................................................................................................... 27
Tab. 12: Ehrenamtliche, kirchliche und pflegeära Angebote in Melle und der SG Freren ..... 28
Tab. 13: Zusammenfassung umgesetzter Empfehlungen gemäß Expertenstandard "Entlassungsmanagement in der Pflege" (DNQP 2019) in Melle und der SG Freren ............................ 32
Tab. 14: Gründe für Wiedereinweisungen ins Klinikum Osnabrück orientiert an den ICD-Codes, Stand 2017 .............................................................................................................................. 32
Tab. 15: Diagnosen nach ICD-Code als Ursache für Wiederaufnahmen ins Klinikum Osnabrück .............................................................................................................................. 33
Tab. 16: Anteil der Einwohner mit Migrationshintergrund in Melle .......................... 35
Tab. 17: Vergabe der PEA Stufen 1 und 2 in Folge der Pflegebegutachtungen in SG Freren und Melle ............................................................................................................................... 47
Tab. 18: Durch die Interviews identifizierte Stärken von Melle und SG Freren .......... 51
Tab. 19: Veraussetzungen für die Analyse auf Mirko- Meso- und Makroebene (Badura und von dem Knesebeck 2012) .................................................................................................................. 53
1 Themenschwerpunkte und Forschungsfragen (inklusive Einordnung in den Gesamtkontext)

1.1 Hintergrund


- die fortwährende Analyse der lokalen Infrastruktur hinsichtlich der gesundheitlichen und pflegerischen Problemlagen sowie der Versorgungsinfrastruktur,
- der Aufbau tragfähiger Netzwerke und Unterstützungsstrukturen,
- der Transfer und die Verstetigung relevanter (fachlicher und wissenschaftlicher) Erkenntnisse in die regionale Versorgungspraxis.


1.2 Ziel und Forschungsfragen


Von besonderem Interesse waren dabei die folgenden Forschungsfragen:

- Welche Rolle können die Kommunen bei der Planung und Koordination der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung übernehmen?
- Wie lässt sich die Zusammenarbeit der professionellen Akteure inhaltlich und strukturell gestalten?
- Welche Dienstleistungen sind auf lokaler Ebene verfügbar und welche sollten vorgehalten werden?
- Unter welchen Voraussetzungen kann eine lokal abgestimmte Versorgung bei Pflegebedürftigkeit gewährleistet werden?
- Welche Wünsche bestehen bei den tatsächlichen und potenziellen Nutzern?
1.3 Design und Methode

Das Projekt ist ein Teilprojekt des Forschungsverbundes „Das lernende Gesundheitssystem in der Region Osnabrück-Emsland – ROSE“.

Es wurde als explorative Mixed-Method Studie geplant und durchgeführt.


Ziele waren die umfassende, kleinräumige und zielgruppenorientierte Erhebung und Analyse gesundheitsrelevanter Daten der Primär- und Langzeitversorgung bei bestehender Pflegebedürftigkeit zur Sicherstellung der Versorgung.
Die Daten wurden über verschiedene Quellen wie die Gemeinden selbst, die statistischen Landes- und Bundesbehörden, Dienstleister sowie über Stiftungen, Homepages und Berichte von Verbänden gesammelt. Außerdem wurde an die Leistungserbringer der stationären und ambulanten Langzeitversorgung ein Fragebogen zur Personal- und Versorgungssituation versandt (n = total 15, siehe Anhang 3). Die Rücklaufquote betrug total 60 % (n = 9), wobei in der Samtgemeinde 100 % der angeschriebenen Leistungserbringer geantwortet haben und in
Melle 50\% (stationäre Anbieter: drei von sieben (43\%), ambulante Anbieter: drei von fünf (60\%).


Um die Erkenntnisse aus den Experteninterviews zu spezifizieren, zu ergänzen und ggf. anzupassen, wurden in beiden Gemeinden Fokusgruppen (n=2) mit den interviewten Experten sowie den Entscheidungsträgern auf Ebene der Gemeinden und Kommunen durchgeführt. Ziel der Fokusgruppen waren die Berücksichtigung unterschiedlicher Perspektiven bei der Entwicklung von Lösungsansätzen sowie die Sammlung von Ideen zur Versorgungs- und Pflegegestaltung.

Im letzten Schritt der Primärdatensammlung wurden Interviews mit Betroffenen und ihren pflegenden Angehörigen geführt (n=4), um die unterschiedlichen Perspektiven zu vervollständigen. Die angesprochenen Familien wurden über die interviewten Experten rekrutiert und zur Teilnahme am Interview eingeladen. Alles in allem dauerte die Datensammlung und ihr Analyseprozess in den verschiedenen Schritten von 05/2016 bis 02/2019.

**Tab. 2: Ablaufschema und Kategorienbaum**
2 Organisatorisches (Personal, Zeitleisten etc.)

Das Projekt startete am 01.10.2016 mit der Einstellung der wissenschaftlichen Mitarbeiterin (100%).

Alle Meilensteine wurden wie geplant erreicht. Die Planung für die Datensammlung aus Interviews hat sich um zwei Monate verlängert. Der Grund hierfür lag einerseits in organisatorischen Schwierigkeiten im Hinblick auf die Rekrutierung der betroffenen Familien über die Leistungserbringer, aber auch in einer deutlich längeren Analysezeit der Experteninterviews. Trotz dieser längeren Phasen konnten die Auswertungen in die Ergebnisse integriert werden. Für die Durchführung eines Community Health Assessment beschreiben die führenden Autoren zu dieser Thematik, dass eine Vertrautheit mit der Gemeinde von Vorteil ist. Obwohl durch das durchgeführte Windshield Survey ein guter Zugang zur Stadt gelegt wurde, zeigte sich, dass die Distanz zwischen der Modellstadt Melle und dem Arbeitsort der wissenschaftlichen Mitarbeiterin kombiniert mit der Größe der Modellstadt Melle eine Schwierigkeit darstellte. Eine Vertrautheit mit der Stadt Melle als Voraussetzung konnte so nur bedingt erreicht werden. In einem wiederholten und breit aufgestellten Community Health Assessment sollte dieser Faktor berücksichtigt werden und größere Gemeinden alleine untersucht werden.

Die einmal im Quartal stattfindenden Teamtreffen unterstützten den Arbeitsprozess und waren zweckmäßig organisiert. Eine ausgeprägte Form der Peerdiskussion über die Ergebnisse im Zuge der Analyse könnte strukturerter auch mit den Modellgemeinden angedacht werden.
Ein stärkerer Einbezug der Gemeinden bzw. mit einigen Vertretern könnte den partizipativ ausgelegten Prozess eines Community Health Assessment weiter unterstützen. Ressourcenfragen der gemeindebasierten Teilnehmer sollten hierfür im Vorfeld in Projektanträge integriert werden, um einen niederschwellig Zugang zu den Leistungserbringern sicherstellen zu können.

Das Projekt wurde während gesamten Laufzeit über Fachvorträge, Workshops und Posterbeiträge national und international in die öffentliche wissenschaftliche Diskussion eingebracht.

Der Abschlussbericht bis zum Zeitpunkt Anfang Juli 2019 liegt hiermit vor.
3 Forschungsergebnisse

Die Ergebnisse der Bestandsaufnahme können in vier Bereiche eingeteilt werden: Pflegebedürftigkeit, Versorgungssicherheit, Versorgungslücken und die Handlungsmöglichkeiten der Kommunen.

Anhand dieser vier Kategorien erfolgt die Darstellung der Ergebnisse sowie die integrierte Beantwortung der Forschungsfragen.

Auf Grund der komplexen Struktur der Datensammlung und der Vielfältigkeit der Ergebnisse, die in unterschiedlicher Tiefe und Breite vorliegen, wurde für jede der beiden Modellgemeinden ein eigenes Profil erstellt. In den Profilen findet sich der komplette Umfang der für die Gemeinden identifizierten Punkte. Im Abschlussbericht werden die Ergebnisse zusammengeführt und auf die Situation pflegebedürftiger Menschen in ländlichen Gemeinden übertragen. Besonders relevante Unterschiede zwischen den Gemeinden werden jedoch hervorgehoben.

3.1 Pflegebedürftigkeit


Für die Gemeinden selbst kann die Anzahl pflegebedürftiger Menschen nur geschätzt bzw. aus der Pflegequote des Landkreises errechnet werden. Der Grund hierfür liegt in den unterschiedlichen Berichtslogiken der Pflegekassen und der Leistungsanbieter an eine zentrale Landesbehörde.

Im Zuge dieses Assessments wurde von drei großen Pflegekassen der Region Angaben zu Pflegebedürftigen in den Gemeinden erbeten; die Pflegekassen konnten nach eignen Aussagen keine Daten zur Verfügung stellen, da „eine Auswertung auf Ebene der Gemeinde im System nicht vorgesehen sei.“ Die Leistungserbringer sind verpflichtet regelmäßig Angaben über die Anzahl der zu Versorgenden Personen an die zentrale Landesbehörde weiterzuleiten. Entsprechend konnten in diesem Community Health Assessment regionale Daten zu ambulanten und stationären Pflegebedürftigen erfasst werden, nicht jedoch zu Pflegegeldempfängern.
<table>
<thead>
<tr>
<th>Region</th>
<th>N (total)</th>
<th>Pflegequote</th>
<th>Empfänger Pflegegeld (Anteil %)</th>
<th>Ambulant Versorgte (Anteil %)</th>
<th>Stationär Versorgte (Anteil %)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Deutschland 5) (Mio.)</td>
<td>3,49 1)</td>
<td>4,2</td>
<td>47,6</td>
<td>23,9</td>
<td>27</td>
</tr>
<tr>
<td>Niedersachsen 2)</td>
<td>317 568</td>
<td>4,0</td>
<td>46,1</td>
<td>25,1</td>
<td>32,5</td>
</tr>
<tr>
<td>Landkreis Osnabrück 2)</td>
<td>12 173</td>
<td>3,4</td>
<td>43,5</td>
<td>27,5</td>
<td>35,8</td>
</tr>
<tr>
<td>Melle 4)</td>
<td>1 629</td>
<td>3,4</td>
<td>35,7</td>
<td>33,2*</td>
<td>31,1*</td>
</tr>
<tr>
<td>Landkreis Emsland 2)</td>
<td>13 370</td>
<td>4,2</td>
<td>53,1</td>
<td>30</td>
<td>22,9</td>
</tr>
<tr>
<td>Samtgemeinde Freren 4)</td>
<td>1 607</td>
<td>4,2</td>
<td>48,4</td>
<td>29,9*</td>
<td>30,4*</td>
</tr>
</tbody>
</table>

1) Stand 31.12.2017, Geschäftsstatistik der Pflegekassen (private und soziale Pflegeversicherung)
2) Landesamt für Statistik Niedersachsen (Tabellen T0902805, M2801012/13, K2804012), Stand 31.12.2015
3) Eigene Berechnungen (Anzahl Pflegebedürftige/Anzahl Einwohner*100)
4) Eigene Berechnungen (EW*Pflegequote LK/100)
5) Pflegestatistik 2015
direkte Anfrage LSN
Eigene Berechnung (n total-ambulant Versorgte-stationär Versorgte)

Hinzu kommt, dass das Datenschutzgesetz eine alleinige Angabe der Samtgemeinde Freren nicht möglich macht; die Anzahl an Personen, die ambulante oder stationäre Pflege erhielten, ist zu gering; eine Nachverfolgbarkeit kann daher nicht ausgeschlossen werden. Als Lösung für dieses Assessment wurde die Samtgemeinde Freren auf das Einzugsgebiet des lokalen Pflegedienstes erweitert. Zusätzlich zur Samtgemeinde Freren liegen im Einzugsgebiet die Orte Samtgemeinde Spelle, Fürstenau Stadt, Bawinkel und Lengerich. Mit dieser Erweiterung konnte das Landesamt für Statistik entsprechende Angaben machen.

3.1.1 Pflegebedürftigkeit in der Wahrnehmung der lokalen Akteure

Nach Meinung der Experten ist Pflegebedürftigkeit ein individueller Zustand, der sich in zeitlich unterschiedlichen Verläufen etabliert und zu Unterstützungs- und Hilfebedarf führt. Nicht nur die Betroffenen selbst müssen daher mit den körperlichen und geistigen Veränderungen zurechtkommen, sondern Pflegebedürftigkeit betrifft auch immer die nächsten Angehörigen. Zur Bewältigung der veränderten Selbständigkeit, zur Annahme des Hilfe- und Unterstützungsbedarfes und zur Anpassung der familiären und sozialen Rollen gehört ein Anpassungsprozess, den die Betroffenen durchlaufen müssen; diese Anpassungsprozesse sind mit emotionalen Komponenten wie Scham oder Angst verbunden, die eine Inanspruchnahme von Leistungsangeboten beeinflussen kann. Dabei kommt es nach Meinung der Experten zu beiden Extremen: Leistungen werden aus Scham nicht in Anspruch genommen, obwohl ein Hilfebedarf besteht oder aber es werden zu viele oder nicht zielführende Leistungen verlangt. Das Leistungsangebot, auf das Pflegebedürftige zugreifen sollen können, sollte nach Meinung der Experten viel-

3.2 Versorgungssicherheit

Forschungsfrage: Welche Dienstleistungen sind auf lokaler Ebene verfügbar?

Versorgungssicherheit ist ein Themenfeld, dass heterogen wahrgenommen und durch unterschiedliche Faktoren beeinflusst wird. Im Folgenden wird die Wahrnehmung und Definition von Versorgungssicherheit durch die lokalen Akteure präsentiert. Da hierbei deutlich wird, dass neben dem Leistungsangebot auch systemische und organisatorische Faktoren die Versorgungssicherheit beeinflussen, werden beide Gemeinden kurz vorgestellt, geografische und umweltbezogene Faktoren kurz aufgeführt und das vorhandene Leistungsangebot für pflegebedürftige Menschen umrissen.

3.2.1 Verständnis von Versorgungssicherheit durch die lokalen Akteure

Versorgungssicherheit wird als subjektives Gefühl der Betroffenen verstanden; es entsteht, wenn Bedürfnisse erfüllt werden. Durch diese individuelle Ausprägung ist die Grundlage, um Versorgungssicherheit erreichen zu können, ein breit aufgestelltes und vielfältiges Leistungsangebot, das sowohl die professionellen Akteure als auch die Familien, die Nachbarschaft und die ehrenamtlichen Strukturen in den Gemeinden und in der Region einbezieht. Versorgungssicherheit soll jederzeit in allen Lebensbereichen ohne Qualitätsverluste und mit hohen Sicherheitsstandard herstellbar sein und die Selbstbestimmung der Betroffenen fördern.

gen Änderungen erachten es die lokalen Akteure als zwingend notwendig, die Beziehungsge- 
staltung in den Mittelpunkt zu stellen. Sie verbinden den Aspekt der Menschlichkeit sowohl mit 
der Versorgung von Betroffenen, aber auch mit dem interprofessionellen Umgang. Sie nutzen 
für die Beschreibung häufig Begriffe von Empathie, Fürsorge und die Orientierung an Werten.

In den Aussagen der Betroffenen zeigt sich, dass Versorgungssicherheit in erster Linie von 
zwei Faktoren abhängig ist: Glück und den Handlungsmöglichkeiten der Familien. Wenn eine 
gesundheitliche Veränderung zu Pflegebedürftigkeit führt, erleben die Betroffenen ein ausge- 
prägtes Gefühl von „Glück gehabt“ im Aufbau eines Versorgungsnetzes, dass ihnen Sicherheit 
bietet. Glück, einen Anbieter der häuslichen Pflege mit freien Kapazitäten gefunden zu haben; 
Glück, einen Platz im Pflegeheim in der Nähe erhalten zu haben; Glück, einen Arzt (Haus- oder 
Facharzt) zu haben, „der sich kümmert“. Ihre Einflussmöglichkeiten beschreiben sie als gering. 
Die gesundheitliche Veränderung der Pflegebedürftigen, der daraus entstehende Bedarf und 
die dann notwendige Versorgung wird als nicht planbare Unabwägbarkeit erlebt.

Die Handlungsmöglichkeiten der Familien hängen in allen Versorgungsbereichen stark mit 
dem Gefühl von Versorgungssicherheit zusammen. Regelmäßige Besuche der familiären Be- 
zugspersonen wurden durch die Betroffenen in der stationären Versorgung ebenso mit dem 
Gefühl von Sicherheit in Verbindung gebracht wie die Sicherheit der Versorgung an sich. Doch 
besonders in der häuslichen Versorgung ist das Gefühl von Versorgungssicherheit vorhanden: 
„solange meine Tochter das noch machen kann“. Fallen Kinder oder Partner in der Versorgung 
aus, ist das Gefühl von Versorgungssicherheit stark erschüttert.

In dem Wunsch der Experten einer frühzeitigen Auseinandersetzung mit Pflegebedürftigkeit 
und Versorgungsmöglichkeiten und der Wahrnehmung der Betroffenen im Hinblick auf Versor- 
gungssicherheit zeigt sich eine große Differenz. Obwohl bei allen betroffenen Familien pflege- 
risches Fach- und Erfahrungswissen vorhanden war, zeigten sich kaum präventive Handlungs- 
ansätze in der individuellen Versorgungsgestaltung (wie z. B. vorhandene Pflegebetten vor ei- 
er körperlichen Verschlechterung aufzubauen). Die erlebte Erfahrung von „Glück gehabt“ und 
geringen Einflussmöglichkeiten auf die Versorgung könnte hierfür grundlegend sein.

Neben der individuellen Wahrnehmung benennen die lokalen Akteure auch die Lage beider Ge- 
meinden im ländlichen Raum, die Zusammenarbeit der Leistungserbringer untereinander und 
mit den Betroffenen sowie die Möglichkeiten zu einer individuell ausgerichteten Versorgungs- 
gestaltung und die vorhandenen Netzwerkstrukturen als wichtige Faktoren, die die Versor- 
gungssicherheit beeinflussen.

Entsprechend dieser Einflussfaktoren erfolgt nun eine Kurzvorstellung der Modellgemeinden 
anhand relevanter Parameter eines Community Health Assessment mit dem Fokus der Pfle- 
gebedürftigen, eine Übersicht über das vorhandene Versorgungsangebot und eine Darstellung 
der Zusammenarbeit am Beispiel des Entlassungsmanagements, bevor der Bereich Versor- 
gungssicherheit mit relevanten Aspekten einer individuellen Versorgungsgestaltung und den 
Haltungen und Eindrücken zum lokalen Netzwerkmanagement durch die Experten abgeschlos- 
sen wird.

3.2.2 Die Modellgemeinde Samtgemeinde Freren

Geografie

Die Samtgemeinde Freren liegt an der südöstlichen Grenze des Landkreises Emsland in Nie- 
dersachsen, direkt an der Grenze zu Nordrhein-Westfalen.
Die Samtgemeinde Freren (SG Freren) ist ein politischer Zusammenschluss der Gemeinden Freren, Andervenne, Beesten, Thuine und Messingen. Sie ist geprägt von der landwirtschaftlichen Nutzung und präsentiert sich als Wohngemeinde mit einem Anteil an Auspendler (also Beschäftigte, die nicht im Wohnort ihrer Arbeit nachgehen) von 101,6% der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten und überwiegenden Wohnstruktur aus Ein- und Zweifamilienhäusern.

Population
Im Jahr 2016 leben 10397 Menschen in der Samtgemeinde; durch ihre geringe Einwohnerdichte von 78,8 Einwohnern/km² kann sie daher unschwer dem ländlichen Raum zugeordnet werden.

Das Medianalter der Bevölkerung liegt bei 45 Jahren und damit über dem Landkreis von 43,7 Jahren, aber unter dem Landesdurchschnitt von 46,2 Jahren.

Rund jeder Fünfte ist 65 Jahre und älter (19,1%), allerdings 6% der Bevölkerung 80 Jahre und älter und damit so viele wie im Landesdurchschnitt und deutlich mehr als im Landkreis Emsland mit 4,9%. Dieser hohe Anteil an Menschen über 80 Jahren wird durch zwei Faktoren hervorgerufen: in der Samtgemeinde gibt es zwei Einrichtungen der stationären Langzeitpflege.

Die Prognosen für die Samtgemeinde Freren zeigen einen rasanten Anstieg im Alter der Bevölkerung im Vergleich zum Emsland und dem Land Niedersachsen. Es wird vermutet, dass das Medianalter der Samtgemeinde bis 2030 auf 51,3 Jahre ansteigt mit einem Anteil der über 65-Jährigen auf 30 % (Bertelsmann Stiftung 2017a, 2017d). Damit wäre die Samtgemeinde deutlich älter als der Landkreis Emsland mit vermuteten 48,2 Jahren (Mean) und 26,5 % Menschen über 65 Jahren.

Der Anteil der Bevölkerung mit Migrationshintergrund liegt bei 6,6 %, wobei die meisten Menschen aus Syrien (17 %) stammen, gefolgt von Polen (15,5 %) und den Niederlanden (12 %).

<table>
<thead>
<tr>
<th>Ortsteile</th>
<th>SG total</th>
<th>Freren</th>
<th>Messingen</th>
<th>Thuine</th>
<th>Beesten</th>
<th>Andervenne</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Medianalter in Jahren</td>
<td>45</td>
<td>44</td>
<td>44</td>
<td>48</td>
<td>45</td>
<td>42</td>
</tr>
<tr>
<td>Einwohnerzahl</td>
<td>10397</td>
<td>5047</td>
<td>1075</td>
<td>1785</td>
<td>1601</td>
<td>889</td>
</tr>
<tr>
<td>Bevölkerung über 65 Jahre (%)</td>
<td>19,1</td>
<td>13,3</td>
<td>11,3</td>
<td>34,4</td>
<td>12,3</td>
<td>10,2</td>
</tr>
<tr>
<td>Bevölkerung über 80 Jahre (%)</td>
<td>6</td>
<td>5,4</td>
<td>4,6</td>
<td>9,4</td>
<td>5,3</td>
<td>5,7</td>
</tr>
<tr>
<td>Bevölkerung mit Migrationshintergrund (%)</td>
<td>6,6</td>
<td>8,8</td>
<td>4,7</td>
<td>6,3</td>
<td>3,4</td>
<td>2,7</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Tab. 5: Überblick über die Bevölkerungsstruktur in der SG Freren

Kultur, Wirtschaft und Politik

Die überwiegende Religionszugehörigkeit in der Samtgemeinde ist katholisch mit 72,3 %, gefolgt von der evangelischen mit 14,5 %. Diese Prägung spiegelt sich in der politischen Ausgestaltung wider, in der die CDU die Gemeinderegierung innehat und zum Teil die einzige politische Partei in den Einzelgemeinden darstellt. In den Ortsteilen sind Schulen, Kindergärten, Kirchen und Freizeiteinrichtungen wie Sportplätze vorhanden und ein reges Vereinsleben sowie ein eigenes Kulturzentrum prägen, neben kirchlich geprägten Traditionen, das kulturelle Leben der Gemeinde.

Im Landkreis Emsland erhielten 2015 insgesamt 5959 Menschen Unterstützungsleistungen im Sinne des 12. Sozialgesetzbuches. Davon lebten 70,5 % in Einrichtungen. Im Vergleich zum Land Niedersachsen (67,4 %) mussten mehr Menschen unterstützt werden, um die Heimversorgung zu gewährleisten. Der Anteil an Menschen außerhalb von Einrichtungen des Landkreises Emsland, die Sozialhilfe nach SGB XII erhielten, lag bei 39,3 % und damit ebenfalls deutlich
über dem Landesdurchschnitt von 36,8 %\(^1\). Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung spielt eine wichtige Rolle im Hinblick auf Altersarmut in der Bevölkerung. Im Jahr 2015 erhielten im Landkreis Emsland 15,1 % der Sozialhilfeempfänger die Grundsicherung; das ist wenig mehr im Vergleich zum Land Niedersachsen mit 14,3 % und deutlich mehr als in der Samtgemeinde Freren mit 11, %.

Hilfe zur Pflege ist eine gesonderte finanzielle Hilfe für Menschen mit und ohne Pflegebedürftigkeit, die für pflegerische und pflegenahe Leistungen in Anspruch genommen werden kann. Im Landkreis Emsland haben diese Form der Unterstützung deutlich weniger Menschen in Anspruch genommen (18,3 %) im Vergleich zum Land Niedersachsen (26,8 %). Für die Samtgemeinde liegen keine weiteren Angaben vor.

Jede zweite Frau (50,6 %) in der Samtgemeinde ist in einem Beschäftigungsverhältnis. Dieser Faktor ist besonders relevant im Hinblick auf die hohe Anzahl an pflegebedürftigen Menschen, die in der häuslichen Versorgung leben, da familiäre Pflegearbeit mehrheitlich von Partnerinnen, Töchtern oder Schwiegertöchtern geleistet wird.

Umgebung

Aus der Lage der Gemeinde lassen sich unterschiedliche Risikofaktoren für pflegebedürftige Menschen ableiten.


Verkehrsbedingte Schadstoffemissionen führen zu Luftverschmutzungen, die sich negativ auf den menschlichen Organismus auswirken können. Feinstaub, Kohlenmonoxid, Ozon sowie Benzol, Schwefeldioxid und Stickstoffoxide (NOx und NO2) werden besonders für gesundheitliche Schä digungen verantwortlich gemacht. Durch ein hohes Pendleraufkommen in der Samtgemeinde könnten Schadstoffemissionen ein relevanter Faktor sein. Messstation der oben genannten Stoffe ist die benachbarte Stadt Lingen. Entsprechend dieser Messung zeigt sich, dass einzig die Tagesmittelwerte von Feinstaub mit 86 µg/m³ an drei Tagen höhere Werte aufwiesen (Jahresmittelwert 40 µg/m³) und Ozon an 17 Tagen mit max. 151 µg/m³ (Grenzwert 120 µg/m³) den Grenzwert überschritt. Insgesamt kann die Luftqualität als gut bezeichnet werden, da die Immissionsschutzgrenzen nur noch punktuell überschritten werden und viele Werte stabil sind oder sinken.

Als umweltrelevanter Faktor ist das Kernkraftwerk Emsland in ca. 20 km Entfernung zur Samtgemeinde Freren und ca. 100 km Entfernung zur Stadt Melle zu sehen. Kernkraftwerke geben für den menschlichen Organismus gefährliche Stoffe an die Luft oder das Abwasser ab. Dies geschieht sowohl im Normalbetrieb, aber besonders bei einem Störfall. Entsprechend der Informationssseite des Betreibers wurden weder in der Fortluft des Kraftwerks noch im Abwasser die Grenzwerte für radioaktive Gase, Jod-131, Radionuklide und Tritium im Berichtsjahr 2015

\(^1\) Das Landesamt für Statistik bereinigt in der Darstellung nicht nach Doppelzählungen z. B. durch Wohnortswechsel im Berichtsjahr.

3.2.3 Die Modellgemeinde Stadt Melle

Geografie

Melle ist eine kleine Mittelstadt und auf Grund ihrer weitläufigen Fläche die zweitgrößte Stadt Niedersachsens. Sie liegt im südöstlichen Landkreis Osnabrück direkt an der Grenze zu Nordrhein-Westfalen. Da mehr als 50% ihrer Bevölkerung nicht im Zentrum, sondern in den Einzelgemeinden wohnen, kann sie dem ländlichen Raum zugeordnet werden. Zum Stadtgebiet von Melle gehören die Stadtteile Melle Mitte, Riemsloh, Oldendorf, Neuenkirchen, Buer, Wellingholzhausen, Gesmold und Bruchmühlen. Die Stadtteile haben einen dörflich-autarken Charakter und stellen keine klassischen Vorortbezirke von Melle Mitte dar. In Melle leben und arbeiten die Menschen gleichermaßen, was sich einem ähnlichen Anteil an Auspendler (49,1%) und Einpendlern (44,3%) an sozialversicherungspflichtig Beschäftigten zeigt (Bertelsmann Stiftung 2017b, 2017c). Außer in Melle Mitte ist die Wohnstruktur der Ortsteile mehrheitlich von Ein- bis Zweifamilienhäusern geprägt, wobei auch Mehrparteienhäuser vorhanden sind.

Abb. 2: Räumliche Lage der Stadt Melle
Population

Zum Zeitpunkt des Assessment leben in Melle 46.452 Einwohner bei einer Einwohnerdichte von 181 Einwohner/km². Davon leben 41,2 % (n = 19.121) in Melle Mitte, 58,8 % in den umliegenden Stadtteilen. Auf Grund dieser Tatsache kann Melle dem ländlichen Raum zugeordnet werden. Das Medianalter von Melle liegt bei 46 Jahren und überschreitet damit das Medianalter des Landkreises Osnabrück mit 45,3 Jahren und ist nur weniger jünger als das Land Niedersachsen mit 46,2 Jahren. Der Anteil von Menschen über 65 Jahren an der Bevölkerung liegt in Melle bei 20,1 % und damit gleich hoch wie im Landkreis Osnabrück mit 20,2 % und unter dem Landesdurchschnitt von 21,6 %. Der Anteil über 80-Jähriger liegt in Melle bei 6,2 % nur wenig über dem Durchschnitt des Landkreises und des Landes mit je 6 %.

In den einzelnen Stadtteilen von Melle zeigt sich, dass Neuenkirchen mit einem Altersmittelwert von 44,5 Jahren (Mean 48) am ältesten und Wellingholzhausen mit einem Mittelwert von 42,2 Jahren (Mean 44) am jüngsten ist. Allerdings unterscheiden sich die Anteile der älteren Bevölkerung in den Stadtteilen sehr voneinander. Neuenkirchen hat gleichzeitig mit einem Anteil von 21,3 % mehr Menschen ab 65 Jahren den höchsten Anteil an Menschen am 65 Jahren in der Bevölkerung. In Buer ist ebenfalls mehr als jeder Fünfte (21,1 %) über 65 Jahren, aber der Anteil an Menschen über 80 Jahren ist mit 7,4 % deutlich höher im Vergleich zu den anderen Stadtteilen.

<table>
<thead>
<tr>
<th>Stadtteil</th>
<th>Median Alter</th>
<th>Anteile 65+</th>
<th>Anteile 80+</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Bruchmühlen</td>
<td>46</td>
<td>19,9</td>
<td>5,3</td>
</tr>
<tr>
<td>Buer</td>
<td>46</td>
<td>21,1</td>
<td>7,4</td>
</tr>
<tr>
<td>Gesmold</td>
<td>45</td>
<td>18,4</td>
<td>5,2</td>
</tr>
<tr>
<td>Melle Mitte</td>
<td>45</td>
<td>20,6</td>
<td>6,3</td>
</tr>
<tr>
<td>Neuenkirchen</td>
<td>48</td>
<td>21,3</td>
<td>6,8</td>
</tr>
<tr>
<td>Oldendorf</td>
<td>45</td>
<td>17,7</td>
<td>5,0</td>
</tr>
<tr>
<td>Riemsloh</td>
<td>46,5</td>
<td>18,6</td>
<td>5,9</td>
</tr>
<tr>
<td>Wellingholzhausen</td>
<td>44</td>
<td>19,2</td>
<td>5,3</td>
</tr>
<tr>
<td>Melle (insgesamt)</td>
<td>46</td>
<td>20,1</td>
<td>6,2</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Tab. 6: Anteil der über 65- und über 80-Jährigen in den einzelnen Stadtteilen von Melle

Für die Prognosen über die Bevölkerungsentwicklung im Hinblick auf die ältere Bevölkerung bis 2030 wird eine moderate Zunahme in der Anzahl über 65-jähriger Menschen in Melle vermutet. Ihr Anteil an der Bevölkerung wird in Melle auf 27,4 % steigen. Der Anteil über 80-Jähriger wird weniger stark ansteigen; er wird mit 7,1 % prognostiziert. Das Medianalter wird auf 49,2 Jahre ansteigen.

Der Migrationsanteil in der Bevölkerung liegt mit 7,8 % (n = 3.643) nur leicht über dem Durchschnitt des Landkreises Osnabrück 7 % (n = 24.667). Die Mehrzahl der emigrierten Menschen kommt aus den klassischen Arbeitsmigrationsländern Türkei (22,4 %), Polen (15 %) und Rumänien (6,2 %).

Kultur, Wirtschaft und Politik

Die Mehrheit der Bevölkerung ist evangelisch (42,8 %) oder katholisch (30,2 %), wobei Melle zusätzlich eine wachsende muslimische Gemeinde (2 %) aufweist.

Die stärkste politische Kraft in Melle ist die CDU und in den Stadtteilen findet sich ein reges Vereinsleben. In allen Stadtteilen sind kirchliche Organisationen, Vereine unterschiedlicher
Ausrichtung und der Sozialverband Deutschland prägend für Veranstaltungen und das kulturelle Leben.

Im Landkreis Osnabrück erhielten 2015 insgesamt 6312 Menschen Unterstützungsleistungen im Sinne des 12. Sozialgesetzbuches. Davon lebten 77,3 % in Einrichtungen. Im Vergleich zum Land Niedersachsen (67,4 %) mussten rund 10 % mehr Menschen unterstützt werden, um die Heimversorgung zu gewährleisten. Der Anteil an Menschen außerhalb von Einrichtungen des Landkreises Osnabrück, die Sozialhilfe nach SGB XII erhielten, lag bei 33 % und damit deutlich unter dem Landesdurchschnitt von 36,8 %. Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung spielt eine wichtige Rolle im Hinblick auf Altersarmut in der Bevölkerung. Im Jahr 2015 erhielten im Landkreis Osnabrück 18,8 % der Sozialhilfeempfänger Grundsicherung; das ist deutlich mehr im Vergleich zum Land Niedersachsen mit 14,3 % und etwa vergleichbar mit der Stadt Melle von 18,3 %.

Hilfe zur Pflege ist eine gesonderte finanzielle Hilfe für Menschen mit und ohne Pflegebedürftigkeit, die für pflegerische und pflegenahe Leistungen in Anspruch genommen werden kann. Im Landkreis Osnabrück haben diese Unterstützung gleich viele Menschen in Anspruch genommen (26 %) im Vergleich zum Land Niedersachsen (26,8 %).

Rund jede zweite Frau (54,2 %) in Melle ist in einem Beschäftigungsverhältnis. Dieser Faktor ist besonders relevant im Hinblick auf die hohe Anzahl an pflegebedürftigen Menschen, die in der häuslichen Versorgung leben, da familiäre Pflegearbeit mehrheitlich von Partnerinnen, Töchtern oder Schwiegertöchtern geleistet wird.

Umwelt


Am Ortsausgang der 30 km entfernten Stadt Osnabrück werden Schadstoffe der Luft gemessen. Durch die ähnlichen Gesamtaufkommen können die Messwerte des Pendleraufkommens von Osnabrück als Referenzwerte herangezogen werden (Stand 2016).

Deutlich überschritten wurde der Jahresmittelwert von Stickoxiden (NOx) mit 126 µg/mm³ (+96) und Stickstoffdioxid (NO²) mit 47 µg/mm³ (+7). Alle anderen Schadstoffmittelwerte lagen unter den angegebenen Grenzwerten, haben aber an einzelnen Tagen Spitzenwerte (Peaks) erreicht wie beispielsweise Feinstaub an 8 Tagen/Jahr (ZUS LLG 2017).

Grundsätzlich bewertet das Landesamt für Umwelt von NDS die Luftqualität im Land aber als gut. Die hohe Bewaldung des Meller Flächengebietes könnte sich positiv auf die Luftqualität auswirken.

Die Lage der Stadtteile im ländlichen Raum beeinflusst nach Meinung der lokalen Akteure die Versorgungssicherheit auf unterschiedlichen Ebenen. Sie benennen die „klassischen“ Faktoren wie z. B. lange und teure Transportwege als wichtigen Einflussfaktor, weil sowohl ältere Menschen die Wege nicht mehr selbst bewältigen können und auf Dritte angewiesen sind, aber auch, weil die Wirtschaftlichkeit für aufsuchende Dienste dadurch erschwert wird.


Sie vermuten außerdem, dass die Versorgungsangebote im ländlichen Raum nicht so umfangreich sind wie in Städten. Besonders im Hinblick auf die fachliche Versorgung durch Ärzte, aber auch pflegerische und pflegenahe Fachdienste, sehen sie den ländlichen Raum und damit die Modellgemeinden im Nachteil. Diese Wahrnehmung ist die Basis dafür, ihre Funktion und Rolle als professioneller Dienstleister im ländlichen Raum in einem umfassenden Blickwinkel zu betrachten. Gerade, weil wenige Fachdienste und -personen verfügbar sind, sei es umso wichtiger, dass das Hausärzte über mehr Wissen und Fertigkeiten verfügten als städtische Kollegen und dass Pflegedienste mehr Leistungen „aus einer Hand“ anbieten als städtische Pflegedienste.

3.2.4 Versorgungsangebote

*Akutstationäre und geriatrische Versorgung*

Das gesundheitliche Leistungsangebot ist in beiden Modellgemeinden vielfältig. Beide verfügen über ein Krankenhaus der Grund- und Regelversorgung mit 182 Planbetten in Melle und 126 Planbetten in der Samtgemeinde Freren. Beide Krankenhäuser stellen eine stationäre Palliativstation zur Verfügung und sind als Standort für Rettungsfahrzeuge ausgelegt. Zum Kran-
kenhaus in Freren gehört neben der Palliativstation auch noch ein Hospiz, das die länger andauernde stationäre Versorgung von Menschen mit einem palliativen Versorgungsbedarf sicherstellt.

Im Hinblick auf die demografische Entwicklung und die Zunahme einer älteren Bevölkerung ist der frühzeitige Einbezug geriatrischer Primär- und Fachversorgung sinnvoll. Anhand der Daten der Artzauskunft² sind für Melle 5 und für die Samtgemeinde Freren 11 geriatrisch weitergebildete Fach- und Hausärzte niedergelassen, allerdings lediglich in einem Umkreis von 50 km; in einem kleineren Radius (<20km) ist für die Samtgemeinde Freren kein niedergelassener Arzt registriert und für Melle 2. In beiden Landkreisen gibt es im Fachbereich Geriatrie akutstationäre und rehabilitative Planbetten. Im Landkreis Osnabrück sind akutstationäre Betten der geriatrischen Versorgung in Osnabrück (n = 64) und in Georgsmarienhütte (n = 36) vorhanden. Bezogen auf die ältere Bevölkerung ab 65 Jahren entspricht dies 1,4 Betten je 1000 EW ab 65 Jahren. Im Landkreis Emsland sind in der Stadt Lingen 41 Betten der akutstationären Geriatrie verfügbar, was 0,7 Betten je 1000 EW ab 65 Jahren entspricht.

<table>
<thead>
<tr>
<th>Region und Ort</th>
<th>Anzahl Betten in der geriatrischen Fachversorgung</th>
<th></th>
<th></th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>Akutkrankenhaus</td>
<td>Rehabilitation</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Landkreis</td>
<td></td>
<td>n</td>
<td>Je 1000 EW ab 65 Jahre</td>
</tr>
<tr>
<td>Osnabrück</td>
<td>Stadt Osnabrück</td>
<td>64</td>
<td>32</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Georgsmarienhütte</td>
<td>36</td>
<td>1,4</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Bad Iburg</td>
<td>30</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Melle</td>
<td>25</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Landkreis</td>
<td>Lingen</td>
<td>41</td>
<td>0,7</td>
</tr>
<tr>
<td>Emsland</td>
<td>Meppen</td>
<td>10</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

Tab. 7: Anzahl der Betten der geriatrischen Fachversorgung in den Landkreisen Osnabrück und Emsland

In der geriatrischen Rehabilitation sind im Landkreis Osnabrück insgesamt 87 Betten verfügbar und somit 1,2 Betten je 1000 EW ab 65 Jahren. Da in der Stadt Melle selbst eine Einrichtung mit 25 Betten ist, macht dies für ältere Bevölkerung ein Bettenangebot von 2,7 Betten je 1000 Einwohner ab 65 Jahren in Melle. Im Landkreis Emsland sind insgesamt 42 Betten in der geriatrischen Rehabilitation vorhanden und damit ebenfalls 0,7 Betten je 1000 Einwohner ab 65 Jahren (siehe Tabelle 7).

**Hausärztliche Versorgung**

Die hausärztliche Versorgung weist in beiden Landkreisen und Modellgemeinden keine Unterversorgung auf; nach Angaben der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen (KVN) ist im Landkreis Emsland ein Versorgungsgrad von 98,8% erreicht und auch für den Bezirk Lingen, zu dem die Samtgemeinde Freren gerechnet wird, wird keine Unterversorgung ausgewiesen. Wendet man die Berechnungsgrundlage der KVN auf die Samtgemeinde alleine an, zeigt sich sogar eine deutliche Übersorgung im hausärztlichen Bereich mit einem Versorgungsgrad von 131,9%. Melle weist hingegen nur einen Versorgungsgrad von 88,2% auf, was zwar auch keiner Unterversorgung entspricht, aber deutlich unterhalb des Versorgungsgrades des Landkreises mit 111,7% liegt.

---

2 Eine Initiative der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen (KVN) und der Ärztekammer Niedersachsen, online unter: https://www.arztauskunft-niedersachsen.de/ases-kvn/
<table>
<thead>
<tr>
<th>Betreute Patienten je niedergelassenem Hausarzt</th>
<th>Nieder-</th>
<th>Landkreis Emsland</th>
<th>Lingen (Ems)*</th>
<th>Landkreis Osnabrück</th>
<th>Melle</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>1000 EW</td>
<td>1,6</td>
<td>1,7</td>
<td>1,6</td>
<td>1,9</td>
<td>1,7</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Versorgungsgrade % 103,4 98,8 111,7 93,3 101,0

* Lingen ist ein eigenständiger Planungsbezirk; die SG Freren zählt dazu. Melle ist ebenfalls ein eigenständiger Planungsbezirk.

Tab. 8: Prozentuale Anteile der Versorgungsgrade durch niedergelassene Hausärzte

Stationäre Langzeitpflege


Im Versorgungsbereich der Kurzzeitpflege werden durch die lokalen Akteure Schwierigkeiten und Lücken beschrieben, die sich in den Daten der Landkreise widerspiegeln. Kurzzeitpflege steht auf zwei Arten zur Verfügung: als eingestreute Kurzzeitpflege und als solitäre Kurzzeitpflege. Eingestreute Kurzzeitpflege sind freie Kapazitäten der Pflegeheime, die für max. vier Wochen an Kurzzeitpflegegäste abgegeben werden können; wenn ein Bett frei ist, ist auch ein Kurzzeitpflegeplatz vorhanden. Solitäre Kurzzeitpflege bezeichnet eigenständige Einrichtungen, die ausschließlich für Kurzzeitpflegegäste zur Verfügung stehen. Beide Arten unterliegen unterschiedlichen Finanzierungsmodellen; die eingestreuten Kurzzeitpflegeplätze können über die vollstationäre Versorgung miteinbezogen werden, sodass die Heimbetreiber keine Defizite verbuchen; die solitäre Kurzzeitpflege wird weniger umfassend finanziert im Vergleich zur vollstationären Versorgung, sodass die lokalen Akteure von einem Minus-Geschäft in der solitären Kurzzeitpflege berichten.

Tab. 9: Vorhandene Kurzzeit- und Tagespflegeplätze sowie Auslastung der Pflegeheime

In der postalischen Befragung der Leistungserbringer der stationären und ambulanten Langzeitpflege zur Personal- und Versorgungssituation wurden Angaben zur Personalmenge erhoben. Da die Anbieter nicht alle die Frage nach Vollzeitäquivalenten ihres Personals angegeben haben, wird in der folgenden Darstellung die Angabe pro Kopf gewählt. Anzumerken ist hierbei, dass dadurch falsch positive Verzerrungen entstehen können. Hinzu kommt, dass in Melle nur drei der sieben Pflegeheime geantwortet haben und darunter eine Tagespflegeeinrichtung ist. Daher müssen die Informationen als Hinweis gewertet werden und nicht als notwendig realistische Abbildung der momentanen Versorgungslage.

Tab. 10: Anzahl der Pflegefachpersonen und pro Kopf Verhältnis in der stationären Langzeitpflege

In den Angaben zur Personalsituation zeigen sich große Ähnlichkeiten zwischen den Regionen. In Niedersachsen betreut eine Fachperson durchschnittlich 4 Bewohnerinnen und Bewohner. In beiden Landkreisen sind es mit 3,6 Bewohner*innen je Fachperson etwas weniger und in der Samtgemeinde nimmt das Verhältnis nochmals ab mit 3,4 Bewohner*innen. Das kann durch die besseren Personalschlüssel in der Einrichtung zur geschützten Unterbringung bei Demenz verursacht werden. Bezieht man sie nicht in die Berechnung ein, erhöht sich das Verhältnis auf

---


---

In den Angaben zur Personalsituation zeigen sich große Ähnlichkeiten zwischen den Regionen. In Niedersachsen betreut eine Fachperson durchschnittlich 4 Bewohnerinnen und Bewohner. In beiden Landkreisen sind es mit 3,6 Bewohner*innen je Fachperson etwas weniger und in der Samtgemeinde nimmt das Verhältnis nochmals ab mit 3,4 Bewohner*innen. Das kann durch die besseren Personalschlüssel in der Einrichtung zur geschützten Unterbringung bei Demenz verursacht werden. Bezieht man sie nicht in die Berechnung ein, erhöht sich das Verhältnis auf
5,1 Bewohner*innen je Fachperson. In Melle liegt das Verhältnis ähnlich; hier betreut eine Fachperson 4,9 Bewohner*innen. Bei dem übrigen Personal zeigt sich ein vergleichsweise homogenes Bild in der stationären Langzeitpflege.

**Ambulante Pflege**


Der Leistungsumfang der Pflegedienste beider Modellgemeinden unterscheidet sich nicht; sie erbringen alle Leistungen aus aus SGB XI und V sowie Haushaltshilfe und –führung, Palliativversorgung, Essen auf Rädern, Betreuung von Menschen mit AIDS, Beratung zu AAL, Hausnotrufdienst und private Leistungen aller Art.


Nach der Pflegestatistik 2015 versorgen in den Regionen Niedersachsen und auf Ebene der Landkreise ungefähr gleich viele Fachpersonal pflegebedürftige Menschen. In Niedersachsen und dem Landkreis Emsland betreut eine Fachperson ca. 5 Pflegebedürftige, im Landkreis Osnabrück sind es etwas weniger Pflegebedürftige mit 4,5 Personen je Fachperson. Auch beim übrigen Personal sind die Verhältnisse ähnlich, wobei im Landkreis Osnabrück tendenziell

---

mehr Pflegebedürftige durch Hilfs- und Betreuungspersonal versorgt wird im Vergleich zu Nieder- 
sachsen und dem Emsland.

Auf Ebene der Gemeinden zeigt sich ein deutlich unterschiedliches Bild. Die Fachkräfte be-
treu auf Ebene der Gemeinde fast doppelt so viele Pflegebedürftige im Vergleich zu den 
Landkreisen und dem Land. In der Samtgemeinde betreuen die Fachpersonen des Pflege-
dienstes 8,6 Personen, in Melle sind es 10,1 Pflegebedürftige je Fachperson. Auch das übrige 
Personal betreut deutlich mehr pflegebedürftige Personen in Gemeinde und Stadt im Vergleich 
zu den Landkreisen und dem Land.

<table>
<thead>
<tr>
<th>2015</th>
<th>Pflegebedürftige (n)</th>
<th>Fachpersonen</th>
<th>Übriges Personal</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>n</td>
<td>Pro Kopf Verhältnis</td>
<td>n</td>
</tr>
<tr>
<td>Niedersachsen</td>
<td>79 651</td>
<td>16 013</td>
<td>5,0</td>
</tr>
<tr>
<td>Landkreis Ems-</td>
<td>4 013</td>
<td>788</td>
<td>5,1</td>
</tr>
<tr>
<td>land</td>
<td></td>
<td></td>
<td>8,6</td>
</tr>
<tr>
<td>SG Freren</td>
<td>300</td>
<td>35</td>
<td>8,6</td>
</tr>
<tr>
<td>Landkreis Osn-</td>
<td>3 351</td>
<td>743</td>
<td>4,5</td>
</tr>
<tr>
<td>abrück</td>
<td>Melle</td>
<td>602</td>
<td>61</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Tab. 11: Anzahl der Pflegefachpersonen und pro Kopf Verhältnis in der ambulanten Versorgung

In der kritischen Betrachtung der Ergebnisse können die großen Unterschiede zwischen den 
Gemeinden und Landkreisen bzw. dem Land durch unterschiedliche Faktoren hervorgerufen 
werden. Auf Ebene der Landkreise sind – im Gegensatz zu beiden Gemeinden – ambulant be-
treute Wohnformen vorhanden. Es steht zu vermuten, dass dort auf Grund der kontinuierlichen 
Anwesenheit von Fachpersonen mehr Vollzeitpersonen möglich sind. Diese Vermutung wird 
durch die Aussage der lokalen Akteure erhärtet, dass ein Vollzeitpensum in der häuslichen 
Pflege „betriebswirtschaftlich ungünstig und (...) kräftemäßig gar nicht möglich“ ist. Auf Ebene 
der Landkreise kommen außerdem ambulante Dienste zum Tragen, die einen spezialisierten 
Auftrag, wie beispielsweise die häusliche Intensivpflege, sicherstellen. Da die häusliche Inten-
sivpflege nicht in das Community Health Assessment aufgenommen wurde, könnten hier auf 
Ebene der Gemeinde Verzerrungen vorliegen. Auch Stadt-Land-Unterschiede könnten zum Tra-
gen kommen. Städtische Pflegedienste könnten vor allem von jüngeren Fachpersonen profi-
tieren, die Berufserfahrungen und Lebenserfahrung in einem städtischen Umfeld sammeln 
möchten.

**Ehrenamtliche, kirchliche und pflegenahe Dienstleistungen**

Ergänzt wird das professionelle Angebot durch viele ehrenamtliche Tätigkeiten, Vereine und 
kirchliche Angebote. Besuchdienste, Mahlzeitenservice und Freizeitbetreuung wird in beiden 
Regionen umfassend angeboten. Auch zahlreiche Selbshilfegruppen stellen Gesprächs-, Ent-
lastungs- und Freizeitangebote für verschiedene Gruppen zur Verfügung. Im Bereich pflegebe-
dürtiger Menschen sind hier Selbshilfegruppen für pflegende Angehörige zu nennen, aber 
außerdem Betroffene und Angehörige von Menschen mit Demenz oder psychiatrischen Erkran-
kungen sowie für andere Erkrankungen.
Tab. 12: Ehrenamtliche, kirchliche und pflegenahe Angebote in Melle und der SG Freren

Im Zuge des Community Health Assessment wurden die Angebote, die während des Winds- hield Survey in Form von Flyern oder Broschüren bei den Gemeinden und im Internet gesam- melt wurden, systematisch überprüft. Die Autorin hat telefonisch oder via Mail nachgefragt, ob das Angebot noch vorhanden ist oder sich Änderungen ergeben haben. Dabei wurde deutlich, dass Angebote teilweise nicht mehr existieren (Jung für Alt – Lindenschüler helfen), keine An- sprechperson mehr vorhanden war (Wenn Mama fehlt…e. V.) oder die Angebote nicht mehr aktuell waren, sondern zeitlich veraltet (Alt(er)leben – Seniorenratgeber Melle).


3.2.5 Zusammenarbeit

Der Zusammenarbeit der lokalen Akteure wird in der Versorgung pflegebedürftiger Menschen eine hohe Bedeutung beigemessen. Sie beschreiben fördernde und hemmende Faktoren auf die Zusammenarbeit.


Als besondere Schwierigkeit in der Zusammenarbeit nehmen die lokalen Akteure Situationen wahr, in denen unterschiedliche Blickwinkel auf Bedarfslagen und deren Lösungen zu Spannungen zwischen den Akteuren oder mit den Betroffenen führen. Nahezu alle Leistungserbringer beschreiben, dass die Entscheidungsfindung in solchen Situationen erschwert ist, weil viele verschiedene Erwartungshaltungen vorliegen, ressourcenorientierte Lösungen gefunden werden müssen und wenig Austausch über gemeinsame Ziele geführt werden kann; Konflikte und Spannungen sind das Resultat, die sich schlussendlich negativ auf die Versorgungsgestaltung auswirken, weil oftmals dann Hierarchiestrukturen greifen.

Die lokalen Akteure beschreiben im Zuge des Community Health Assessment eine für sie neue Situation, die ebenfalls die Zusammenarbeit unter den Dienstleistern beeinflusst und deren Auswirkungen auf Ebene der Gemeinden aktuell noch nicht abschätzen sind. Während die Dienstleister früher in Konkurrenz um die zu pflegenden Menschen gestanden haben, sehen sich nun in der Konkurrenz um Personal. Durch den demografischen Wandel und die Veränderungen in der Gesetzgebung sind die Bedarfe gestiegen; die professionellen Akteure sind „die Made im Speck“, die sich die „Kunden aussuchen“ können. Der Fachkräftemangel führt zur Konkurrenzsituationen der Leistungserbringer als Arbeitgeber untereinander; Themen wie Personalgewinnung und -bindung werden wichtiger denn je. Während Patienten, Kunden oder Bewohner*innen in einem gewissen „Abhängigkeitsverhältnis“ stehen, sucht das Personal heute den attraktivsten Arbeitgeber, was die professionellen Dienstleister vor viele Herausforderungen stellt.
Um die Bedarfe zukünftig decken zu können, ist es nach Meinung der Experten notwendig, Sektorengrenzen zu überwinden, die intersektorale Koordination zu stärken und Verwaltungsaufwand zu reduzieren.


In komplexen Versorgungssituationen gibt der Expertenstandard „Entlassungsmanagement in der Pflege“ (DNQP 2019) Empfehlungen, wie die Versorgungsgestaltung intersektoral gestaltet werden könnte. Der Expertenstandard empfiehlt die Umsetzung bei:

- Patienten mit verkürzten Liegezeiten
- Multimorbiden und pflegebedürftigen Menschen mit erwarteter Dauerbetreuung

Der Expertenstandard wird nach Angaben der beiden interviewten Pflegedienstleitungen in beiden Einrichtungen angewendet. Die internen Prozesse im Hinblick auf die Dokumentation, die Beteiligung aller Berufsgruppen am Prozess und die Funktion der Sozialdienste sind auf die Schnittstelle Entlassung ausgerichtet.

In der Analyse der vom Expertenstandard empfohlenen Standardkriterien (S1-5) finden sich Hinweise auf Verbesserungspotential in der Umsetzung. In Anhang 4 findet sich eine ausführliche Übersicht über die Prozessgestaltung in beiden Gemeinden, ausgerichtet an den Standardkriterien des Expertenstandards. In der folgenden Übersicht wird eine verdichtete Zusammenfassung über beide Gemeinden dargestellt.

<table>
<thead>
<tr>
<th>Standardkriterium</th>
<th>Inhalte aus Berichten, Homepages, Flyern/Broschüren und den Interviews</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>In Standardkriterium 2 werden die Kompetenzen der Pflegefachkraft im Hinblick auf die Planung und Steuerung des Entlassungsmanagements.</td>
<td>Sobald die Pflegenden einen Bedarf bei einem Patienten erkennen, nehmen sie Kontakt zum hauseigenen Sozialdienst auf. In den Qualitätsberichten findet sich als Punkt MP 63 der Aufgaben- und Leistungsumfang des Sozialdienstes...</td>
</tr>
<tr>
<td>Standardkriterium</td>
<td>Inhalte aus Berichten, Homepages, Flyern/Broschüren und den Interviews</td>
</tr>
<tr>
<td>-------------------</td>
<td>-------------------------------------------------------------------------</td>
</tr>
<tr>
<td>Auch nach der Entlassung soll nach der Empfehlung aus Standardkriterium 5 eine Evaluation stattfinden. Im Expertenstandard ist hierfür ein Telefonat vorgesehen, dass innerhalb von 48 Std. nach der Entlassung mit den Betroffenen,</td>
<td>Die Wahrnehmung über ein mögliches Feedback ist bei den Krankenhäusern und den nachversorgenden Leistungserbringern sehr heterogen. Die Krankenhäuser geben regelmäßig Feedbackvor-</td>
</tr>
</tbody>
</table>
In einer Phase der Entlassung wird Ihre Entlassungsgeschichte in der Regel in einem Entlassungsplan dokumentiert. Der Plan sollte umfassend und in einer leicht verständlichen Form sein. Er soll Ihnen helfen, sich über Ihre Behandlung in der Klinik und die daraus resultierenden Veränderungen in Ihrem Leben zu informieren.

Um einen reibungslosen Ablauf zu gewährleisten, empfiehlt der Standard außerdem, dass alle Berufsgruppen, die an der Entlassung beteiligt sind, Zugriff auf die Dokumentation der Entlassungsplanung haben sollten.

Beide Krankenhäuser bestätigen, dass ihre Dokumentationsunterlagen auf die Entlassung ausgerichtet und allen Beteiligten zugänglich sind. Elektronische Dokumentationssysteme erleichtern dabei die intrasektorale Kommunikation.

Grundsätzlich zeigen sich in der intersektoralen Zusammenarbeit bei Entlassungssituationen zahlreiche Schwierigkeiten, die bei Betroffenen und ihren Familien zu Überforderungen führen und für Wiedereinweisungen verantwortlich sind. Nach Meinung der lokalen Akteure ist die unvorbereitete und mangelhafte Entlassung ein Hauptgrund für Wiedereinweisungen.

Zum Zeitpunkt des Assessment liegen aus den Krankenhäuser beider Gemeinden keine Angaben über die Anzahl der Wiedereinweisungen vor und über die medizinischen, pflegerischen oder sozialen Hintergründe.

Durch die im ROSE-Verbund vorhandenen Daten aus dem Klinikum Osnabrück können jedoch Tendenzen über Wiedereinweisungen aufgezeigt werden. 2017 wurden im Klinikum Osnabrück 34647 Patienten behandelt. Ausgehend von den ersten pflegebegründenden Diagnosegruppen des MDK zur Beurteilung der Pflegebedürftigkeit wurden 18,2 % davon auf Grund von Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems behandelt, 11,2 % wurden auf Grund von Verdauungsbefindlichkeitsbeschwerden erstmalig aufgenommen und 10,4 % wurden auf Grund einer bösartigen Tumor- oder Tumorerkrankung behandelt. 8,9 % der Behandlungsfälle wurden durch Patienten mit muskuloskeletalen Verletzungen verursacht und lediglich in 0,5 % war eine Diagnose aus dem Bereich psychischer und Verhaltensauffälligkeiten der Einweisungsgrund.

<table>
<thead>
<tr>
<th>ICD-Code</th>
<th>Anzahl Fälle (n)</th>
<th>%</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>I00-I99</td>
<td>6292</td>
<td>18,2</td>
</tr>
<tr>
<td>K00-K93</td>
<td>3870</td>
<td>11,2</td>
</tr>
<tr>
<td>C00-C97</td>
<td>3594</td>
<td>10,4</td>
</tr>
<tr>
<td>M00-M99</td>
<td>3100</td>
<td>8,9</td>
</tr>
<tr>
<td>G00-G99</td>
<td>2196</td>
<td>6,3</td>
</tr>
<tr>
<td>R00-R99</td>
<td>1983</td>
<td>5,7</td>
</tr>
<tr>
<td>J00-J99</td>
<td>1332</td>
<td>3,8</td>
</tr>
<tr>
<td>E00-E90</td>
<td>684</td>
<td>2,0</td>
</tr>
<tr>
<td>F00-F09</td>
<td>176</td>
<td>0,5</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Tab. 14: Gründe für Wiedereinweisungen ins Klinikum Osnabrück orientiert an den ICD-Codes, Stand 2017
4778 (13,8%) der Patienten wurden im Durchschnitt innerhalb von 13 Tagen mit einer neuen Diagnose und 2108 (6,1%) mit der gleichen Diagnose wiedereingewiesen. Bei beiden Aufnahmegründen dominierten die bösartigen Tumorerkrankungen die Wiederaufnahme ins Krankenhaus innerhalb von durchschnittlich 2 Wochen. Jede dritte Wiederaufnahme ins Klinikum Osnabrück erfolgte durch Patienten aus dieser Diagnosegruppe, wobei neue Hauptdiagnosen etwas häufiger sind als eine Wiederaufnahme mit der gleichen Diagnose. Vor allem bei Wiederaufnahmen mit einer neuen Hauptdiagnose fällt auf, dass es besonders die Diagnosegruppen, die in der Erstbehandlung eine geringere Zahl an Behandlungsfällen generiert haben wie Atemwegserkrankungen (J00-99), psychische und Verhaltensauffälligkeiten (F00-09) und Stoffwechselerkrankungen (E00-09), betrifft.

<table>
<thead>
<tr>
<th>ICD-Code</th>
<th>Wiederaufnahmen unabhängig von Hauptdiagnose (n total = 4778)</th>
<th>ICD-Code</th>
<th>Wiederaufnahmen bei gleicher Hauptdiagnose (n total = 2108)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>n</td>
<td>%</td>
<td>Zeitraum (Tage)</td>
</tr>
<tr>
<td>C00-C97</td>
<td>1322</td>
<td>36,8</td>
<td>13</td>
</tr>
<tr>
<td>J00-J99</td>
<td>174</td>
<td>13,1</td>
<td>11</td>
</tr>
<tr>
<td>F00-F09</td>
<td>20</td>
<td>11,4</td>
<td>12</td>
</tr>
<tr>
<td>E00-E09</td>
<td>77</td>
<td>11,3</td>
<td>11</td>
</tr>
<tr>
<td>R00-R99</td>
<td>225</td>
<td>11,3</td>
<td>11</td>
</tr>
<tr>
<td>K00-K93</td>
<td>431</td>
<td>11,1</td>
<td>12</td>
</tr>
<tr>
<td>G00-G99</td>
<td>229</td>
<td>10,4</td>
<td>13</td>
</tr>
<tr>
<td>I00-I99</td>
<td>618</td>
<td>9,8</td>
<td>12</td>
</tr>
<tr>
<td>M00-M99</td>
<td>191</td>
<td>6,2</td>
<td>14</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Tab. 15: Diagnosen nach ICD-Code als Ursache für Wiederaufnahmen ins Klinikum Osnabrück

Auch für das Krankenhaus in der Samtgemeinde werden im Interview Hinweise deutlich, die auf kurze Zeiträume bei Wiedereinweisungen hindeuten und mehrheitlich Menschen mit komplexen Versorgungsbedarfen wie Demenz, Herzerkrankungen oder andere Symptome betreffen. Unsicherheiten der Angehörigen spielen bei Wiedereinweisungen eine ebensolche Rolle wie subjektiv wahrgenommene medizinische Mangelversorgung z. B. vor Wochenenden durch Pflegedienste. Sie raten dann oft eher zu einer Einweisung ins Krankenhaus, weil bei verschlechterten Symptomen am Wochenende nur schwer oder gar kein Arzt erreichbar sein könnte.

3.2.6 Individuelle Versorgungsgestaltung


So wurde beispielsweise die umfassende palliative Versorgung in der Samtgemeinde Freren maßgeblich getriggert durch die Schließung der Abteilung Geburtshilfe des örtlichen Krankenhauses. Entsprechend dem Kloster, dass zum damaligen Zeitpunkt noch Träger des Krankenhauses war, wurde aktiv nach einer anderen Verwendungsmöglichkeit gesucht. Da Bedarfe im Bereich palliativer Versorgung vorlagen, entschied sich der Träger für den Aufbau der vorhandenen Strukturen zu palliativer Station, stationärem Hospiz und der Gründung des Vereins für SAPV.

Die Hausbesuche unterliegen dem Dilemma, dass sie zwar reichhaltige Informationen für die Beurteilung der Gesamtsituation bieten, jedoch finanziell nicht ausreichend abgegolten werden. Daher bieten nicht alle Hausärzte Hausbesuche für ihre Patienten an. Von diesem Umstand sind auch Patienten betroffen, die in die stationäre Langzeitversorgung umziehen. Wenn sie ihren Hausarzt nicht „mitnehmen“ können, erhalten sie im Heim einen neuen Hausarzt.


Die zunehmend komplexer werdende Versorgungsstruktur insbesondere für pflegebedürftige Menschen erhöht den Bedarf nach Beratung über Versorgungsmöglichkeiten. Beratung ist daher eine Tätigkeit, die alle interviewten lokalen und überregionalen Akteure als wichtigen Teil ihrer Arbeit betrachten und den auch alle ausführen. Für den Bereich der Pflegeversicherung wurden verschiedene gesetzlich definierte Beratungssituation geschaffen:

- Die Pflegestützpunkte beraten alle Menschen zu Fragen der Pflege (Grundlage ist § 7c SGB XI)


3.2.7 Netzwerkmanagement

Durch die zunehmende Komplexität der Versorgung erachten die lokalen und überregionalen Akteure die Arbeit in Netzwerken als notwendig, weil „es sonst gar nicht mehr funktioniert.”. Netzwerkmanagement im Verständnis der Experten ist eine interprofessionelle, interdisziplinäre und interstrukturelle Form von Zusammenarbeit. Sie unterscheiden dabei zwischen Netzwerken, in denen professionelle Dienstleister gezielt zusammenarbeiten und informellen Netzwerken wie ehrenamtliche Strukturen innerhalb der Gemeinden.


Ehrenamtliche Helfer gibt es sowohl für den stationären als auch für den ambulanten Bereich. Die Unterstützung, die durch ehrenamtliche Helfer geleistet wird, ist in vielen Bereichen, wie z. B. Essen auf Rädern, ein unverzichtbarer Bestandteil. Doch auch hier sehen die Experten das Risiko, dass zu viele Tätigkeiten, die eine professionelle Begleitung benötigen, auf das Ehrenamt übertragen werden; sie geben zu bedenken, dass manche gesundheitlichen Beeinträchtigungen viel Fachwissen voraussetzen, um eine optimale Versorgung zu gewährleisten. Zeitleiche Einschränkungen durch ehrenamtliche Helfer und die Basis der Freiwilligkeit stehen nach Meinung der Experten in Kontrast zu kontinuierlichen Versorgungsbedarfen, sodass das Ehrenamt immer nur als Ergänzung verstanden werden darf.

5 https://www.ms.niedersachsen.de/startseite/jugend_familie/senioren_generationen/senioren_und_pflegestutzpunkte_niedersachsen/beratungsstrukturen-fur-seniorinnen-und-senioren-sowie-fur-pflegebedurftige-14162.html

Forschungsfrage: Wie lässt sich die Zusammenarbeit der professionellen Akteure inhaltlich und strukturell gestalten?


**Inhaltliche Gestaltung**


Rollen sind kein statisches Element, das einmalig festgeschrieben, unveränderbar bestehen bleibt. Sie verändern sich sowohl durch intrapersonelle als auch durch interpersonelle oder strukturelle Anpassungen oder Prozesse.

Ausgerichtet an den Bedarfen einer gemeinsamen Zielgruppe wie zum Beispiel den Pflegebedürftigen ist es für die Zusammenarbeit der lokalen Akteure sinnvoll, Rollen und damit verbundene Erwartungen und Aufgaben untereinander zu klären.

Das erleichtert auch die Ausrichtung auf ein gemeinsames Ziel. Die gemeinsame Bearbeitung gleicher Ziele wird als fördernder Faktor in der Zusammenarbeit wahrgenommen. Aktuell müs-


6 http://www.demenzsensible-kirchengemeinde.de
Strukturelle Gestaltung


zu können, wo man im eigenen zu Hause gelebt hat, ermöglicht eine soziale Teilhabe an vertrauten Strukturen wie Familien, Freunden und lokalen Besonderheiten. Die interviewten lokalen Akteure beschreiben jedoch, dass es max. ein Drittel der eintretenden Bewohner*innen sind, die eine bewusste Entscheidung für den Heimeintritt treffen; die meisten treten auf Grund einer Notsituation in die stationäre Langzeitversorgung ein, was nach Meinung der Experten „nichts mehr mit autonomer Entscheidung zu tun hat“. Der Wunsch, trotz Einschränkung zu Hause wohnen bleiben zu können, ist ebenfalls sehr ausgeprägt. Eine ambulante Versorgung, die dies sicherstellen kann, weil ihre Ressourcen räumlich strukturiert zur Verfügung stehen, unterstützt diesen Wunsch.


Neben „kurzen Wegen“ in der interprofessionellen Kommunikation als wichtiger Faktor in der Zusammenarbeit der Leistungserbringer ist es auch wichtig, die Leitungsebene der professionellen Dienstleister miteinander in einen aktiven und vertrauensvollen Austausch zu bringen. Die Leitungspersonen sind für die strukturelle und organisatorische Gestaltung ihrer Versorgungsabläufe mitverantwortlich; eine ausschließliche Fokussierung auf ihre eigenen Organisationen und Sektoren kann gerade in der Versorgung pflegebedürftiger Menschen nicht funktionieren, weil die Bedarfe dieser Gruppe nicht an den Sektorengrenzen enden. Der gemeinsame Austausch im Sinne eines intersektoralen Qualitätsmanagements ist sowohl für den Vertrauensaufbau als auch für eine gemeinsame Strategieentwicklung notwendig.

Forschungsfragen: Welche Leistungsangebote sollten vorgehalten werden? Welche Wünsche bestehen bei den Nutzern (tatsächlichen und potentiellen)?

• Krisenintervention bei Menschen mit Demenz: In der häuslichen und stationären Versorgung fehlen Möglichkeiten, Krisen von Menschen mit Demenz außerhalb der akutstationären Versorgung zu begleiten (lokale „Kriseninterventionszimmer“ oder Fach- und/oder ehrenamtliches Personal, das in Krisen unterstützt und begleitet)
• Hausbesuche durch Hausarzt in allen Settings: Hausbesuche zu Hause und kontinuierliche Betreuung durch den bekannten Hausarzt, wenn der Wohnort in die stationäre Langzeitpflege verlegt wird, bedeutet für die Betroffenen und ihre Angehörige viel zusätzliche Sicherheit.
• Erweiterte Entlastungsangebote: Tagespflege sollte an sieben Tagen und bis in den späten Abend hinein verfügbar sein, um Personal mit Schichtdienst auch Entlastungsmöglichkeiten zu bieten; Nachtpflege sollte als individuelles Angebot verfügbar sein, weil es zur Entlastung beitragen kann; Kurzzeitpflege sollte auch für kürzere Zeiträume wie z. B. „nur“ für ein Wochenende möglich sein, um die soziale Teilhabe pflegender Angehöriger zu unterstützen.
• Ehrenamtliche Angebote sollten in Form eines Pflegestützpunkt light“ zentral koordiniert werden, damit die Vernetzung ehrenamtlicher und professioneller Pflege- und Betreuungsangebote verbessert wird.
• Die Gemeinden sollen Maßnahmen gegen Einsamkeit älterer Menschen und Menschen mit Demenz z. B. in Form einer aktiven und zentralen Umsetzung alternativer Wohnformen „Wohnparks“, mehr Betreutes Wohnen für Paare, finanzierbare Wohnangebote anbieten, umsetzen und initiieren.
• Case Management einführen: vor allem die Betroffenen wünschen sich bekannte und verfügbare Ansprechpersonen, die die Betreuung und Administration von Versorgungsprozessen übernehmen, wenn die familiäre Hauptpflegeperson dies nicht mehr oder nicht mehr alleine leisten kann.
• Besseres Informationsmanagement über pflegerische und soziale Unterstützungsmöglichkeiten auf Ebene der Gemeinden.

3.3 Versorgungslücken


(1) Erschwerende Rahmenbedingungen

In den ursprünglichen Herkunftsländern des Instruments Community Health Assessment sind die gesetzlichen Voraussetzung für die politischen Gemeinden als handlungs- und entscheidungsfähiger Akteur in der Gesundheitsversorgung der Bevölkerung andere im Vergleich zu Deutschland. Durch die gesetzlichen Änderungen in den 1990iger Jahren haben die Gemeinden und Kommunen in Deutschland deutlich weniger Entscheidungs- und Handlungsspielräume; daher können die identifizierten Lücken und Herausforderungen nicht notwendigerweise durch die Kommunen und Gemeinden direkt beeinflusst werden.


Der pflegerische Fachkräftemangel ist zwar mittlerweile auch eine anerkannte Tatsache, scheint jedoch ungleich schwerer fassbar; so reichen die Prognosen über den Bedarf an Plegefachkräften (VZA) bis 2030 von 500 000 bis über 1 Million. Der Fachkräftemangel in der Pflege wird in lokalen Versorgung der Modellgemeinden von mehreren Fachbereichen sektorenübergreifend als drängende Versorgungslücke beschrieben. Sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich wird der Fachkräftemangel festgestellt. Nach Angaben z. B. des Landkreises Osnabrück fehlen aktuell ca. 240 Pflegepersonen.


(2) Wachsender Bedarf an professioneller Versorgung

Einhergehend mit dem Fachkräftemangel wird auch in beiden Modellgemeinden von Lücken durch den wachsenden Bedarf nach professioneller Pflege berichtet. Durch die Veränderungen

Der wachsende Bedarf an professioneller Versorgung zeichnet sich als Trend vor allem in der ambulanten Pflege ab. In allen Regionen hat der Anteil Pflegebedürftiger, die mit der Unterstützung eines Pflegedienstes zu Hause versorgt werden in den letzten zehn Jahren zugenommen.

![Anteil Pflegegeldempfänger (%) an der Anzahl Pflegebedürftiger](chart1)

*Abb. 3: Prozentualer Anteil der Pflegebedürftigen in Niedersachsen sowie den Landkreisen Emsland und Osnabrück, die zwischen 2007 und 2015 Pflegegeld erhielten*

![Anteil Pflegebedürftiger mit ambulanten Diensten (%)](chart2)

*Abb. 4: Prozentualer Anteil der Pflegebedürftigen in Niedersachsen sowie den Landkreisen Emsland und Osnabrück, die zwischen 2007 und 2015 ambulante Unterstützung erhielten*
Die gesetzliche Anpassung seit 2017 hat diesen Trend nochmals deutlich gestärkt. So werden 2017 in Niedersachsen 61,2% (n = 236'907) und damit 16,8% mehr Menschen ausschließlich durch Angehörige gepflegt und 24,9% (n = 96'524) erhalten zusätzliche oder alleinige Hilfe durch einen Pflegedienst. Die neue gesetzliche Regelung hat vor allem bislang unsichtbare Bedarfe sichtbar gemacht, weshalb die Steigerung im ambulanten Versorgungsbereich mit +2,1% moderat im Vergleich zu ausschließlichen familiären Pflege wirken.

Auch im Emsland wurde der abnehmende Trend zu familiärer Pflege durchbrochen. 2017 wurden 68,6% (n = 11'181) ausschließlich durch ihre Familien gepflegt und somit +10,5% im Vergleich zu 2005. Auch die ambulante Versorgung durch Pflegedienste hat ihren Trend im Vergleich zu Niedersachsen und dem Landkreis Osnabrück am stärksten fortgesetzt. +3,9% mehr Pflegebedürftige (31,1% von n = 16'306) wurden durch einen Pflegedienst unterstützt. Den stärksten Zuwachs an Pflegegeldempfängern hat der Landkreis Osnabrück zu verzeichnen. 2017 wurden hier 61,8% Pflegebedürftige (n = 96'28) durch ihre Familien versorgt und +1,1% mehr erhielten zusätzlich oder alleinig Hilfe durch die Pflegedienste.


Ein weiterer Aspekt, der in der Samtgemeinde als auch durch die muslimische Gemeinde thematisiert wurde, ist eine formulierte Haltungsänderung der Generation, die aktuell bzw. künftig unter der Mehrfachbelastung Familienpflege und Beruf steht. Die Bevölkerung 50+ bis 60+, also diejenigen Personen, die aktuell häufig Eltern versorgt oder mitversorgt, eigene Kinder aufzieht und voll- oder teilerwerbstätig ist, betonen die Belastung, die durch diese Faktoren verursacht wird. Während es für sie auf Grund ihrer eigenen Erfahrungen, ihrer Moralvorstellungen und ihrer Erziehung selbstverständlich ist, die Eltern zu pflegen, sagen sie von sich, dass sie ihrerseits diese Verantwortung nicht bei ihren Kindern sehen und nicht durch ihre Kinder versorgt werden möchten.

(3) Entlastungsmöglichkeiten für pflegende Angehörige

gesesehen, ist aktuell jedoch nicht als Angebot vorhanden, da auch die Kurzzeitpflege hierfür nicht vorgesehen ist.


Durch einen Mangel an freien Ressourcen sehen die Experten keine Möglichkeit, freie Plätze auf der Online-Plattform anzugeben. Schlussendlich sind die Sozialarbeiter der Krankenhäuser oder auch die Angehörigen dann wiederum darauf angewiesen, die einzelnen Pflegeheime selbst anzurufen und nach freien Unterbringungsmöglichkeiten zu fragen.

Durch den Fokus der Samtgemeinde Freren auf die Versorgung von Menschen mit Demenz stellen sie in diesem Bereich ebenfalls Lücken fest. Die Krisenintervention für Menschen mit Demenz ist nach Meinung der lokalen Akteure sowohl im vollstationären als auch im ambulanten Bereich ungenügend gelöst.

In der stationären Versorgung in Niedersachsen sind 69,3 % (n = 69 570) von Demenz betroffen (LSN<sup>8</sup>, 2015). Im Landkreis Emsland sind es mit 71,3 % (n = 2150) und im Landkreis Osnabrück mit 72,3 % (n = 3117) nur wenig mehr. Die Anzahl von Demenz Betroffener in der stationären Versorgung in den Regionen hat zugenommen. Im Vergleich zu 2013 in Niedersachsen um

---

<sup>7</sup> https://www.pflege-os.de/<br><sup>8</sup> Landesamt für Statistik Niedersachsen
24,3 %, im Landkreis Emsland um 31 % und im Landkreis Osnabrück um 31,7 %. Die Zuwachsraten in der häuslichen Versorgung durch ambulante Pflegedienste von Menschen mit Demenz ist in den Regionen höher. In Niedersachsen weisen 31 % (n = 23 736) der Pflegebedürftigen eine eingeschränkte Alltagskompetenz auf und damit 36,5 % mehr im Vergleich zu 2013. Im Landkreis Emsland werden 36,2 % (n = 1397) Menschen mit Demenz zu Hause mit einem ambulanten Pflegedienst versorgt und im Landkreis Osnabrück sind 34,9 % (n = 1135). Das sind im Emsland 35,5 % und im Landkreis Osnabrück 39,4 % mehr als 2013.

Die Gutachten des MDK im Jahr 2016 zeigen auf Ebene der Gemeinden ein ähnliches Verteilungsmuster. Von den insgesamt 1193 neu begutachteten Betroffenen (ohne Menschen mit Behinderung nach § 43a SGB XI) wurde bei 404 (33,6 %) eine eingeschränkte Alltagskompetenz festgestellt. Die meisten davon nahmen Leistungen in der häuslichen Umgebung in Anspruch, nämlich 305 (75,5 %); 99 Personen (24,5 %) lebten vollstationär.


Diesen Bedarf bemerken nicht nur pflegende Angehörige zu Hause, sondern er tritt auch bei Betroffenen auf, die bereits in einer stationären Langzeitversorgung leben. Dementielle Verhaltensänderungen, die mit einer potentiellen Fremd- oder Selbstgefährdung einhergehen, sind dabei besonders schwierig zu handhaben für die Leistungserbringer. Die Experten beschreiben, dass Pflegeplätze durch die Leistungserbringer aktiv gekündigt werden, wenn die Betroffenen diese Verhaltensmuster häufiger zeigen. Da Plätze in geschützten Einrichtungen sind jedoch meist auch nicht direkt, sondern über Wartezeiten verfügbar sind, entsteht durch Kündigungen ein starker emotionaler und administrativer Druck auf die Angehörigen.

In beiden Gemeinden ist eine Unterversorgung im Bereich der häuslichen Versorgung ein großes Sorgenthema der professionellen Pflegedienste. Sowohl in der Samtgemeinde Freren als auch in Melle können die Anfragen nach professioneller Haushaltsunterstützung im Rahmen der Entlastung nicht bedient werden; in Melle gibt es außerdem vereinzelte Phasen, in denen auch neue Klientinnen und Klienten der Behandlungspflege, z. B. zur Insulingabe, nicht versorgt werden können, weil nach Angaben der Leistungserbringer personelle Ressourcen fehlen. Für die Experten hängt dieser Umstand in erster Linie mit einer missverstandenen Gültigkeit der Leistungen der professionellen Dienste im Zusammenhang mit Entlastung bei niedrigen Pflegegraden zusammen.

Der Entlastungsbetrag ist zweckgebunden einzusetzen; das bedeutet, dass er nur ausgezahlt wird, wenn die Leistung durch einen anerkannten Anbieter und anhand eines qualitätssicheren Konzeptes erbracht wird. Eine private Reinigungshilfe kann durch den Entlastungsbetrag nicht finanziert werden. Entsprechend § 66 SGB XI darf der Entlastungsbetrag bei Pflegegrad 1 wie folgt genutzt werden:

„(…) Der Entlastungsbetrag ist zweckgebunden einzusetzen zur
1. Entlastung pflegender Angehöriger oder nahestehender Pflegepersonen,
2. Förderung der Selbständigkeit und Selbstbestimmung der Pflegebedürftigen bei der Gestaltung ihres Alltags,
3. Inanspruchnahme von
   a. Leistungen der häuslichen Pflegehilfe im Sinne des § 64b,
   b. Maßnahmen zur Verbesserung des Wohnumfeldes nach § 64e,
   c. anderen Leistungen nach § 64f,
   d. Leistungen zur teilstationären Pflege im Sinne des § 64g,
4. Inanspruchnahme von Unterstützungsangeboten im Sinne des § 45a des Elften Buches.“

Der Entlastungsbetrag wird durch pflegende Angehörige und Betroffene häufig im Bereich der Haushaltsreinigung angefragt. Da auch die Pflegekassen den Entlastungsbetrag gezielt für Haushaltsunterstützung angeben, verschärft sich für die Dienstleister aber auch für die Pflegestützpunkte die Situation. Sie versuchen durch Beratungsgespräche die Inanspruchnahme des Entlastungsbetrages so zu steuern, dass alle Beteiligten von dem Angebot profitieren.

Im Zusammenhang mit der notwendigen Entlastung pflegender Angehörige ist das Vorgehen kritisch zu betrachten, da pflegende Angehörige nicht frei entscheiden können, welche Art der Leistung ihnen die größtmögliche Entlastung bringt.

Wie Eggert et al. (2018) jedoch feststellten, nutzten 70 % der Betroffenen in Deutschland den Entlastungsbetrag 2017 nicht, weil sie über das Angebot keine Kenntnis hatten.
Informationsmanagement über Versorgungsmöglichkeiten


Handlungsmöglichkeiten der Gemeinden

Forschungsfrage: Welche Rolle können die Gemeinden/Kommunen bei der Planung und Koordination der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung übernehmen?

Die lokalen Akteure und die Betroffenen wünschen sich eine gemeindebasierte Versorgung. Sie sehen dabei auch eine erweiterte Rolle der politischen Gemeinden. Ihrer Meinung nach könnten die Gemeinden eine zentrale koordinative Funktion übernehmen und die sich verändernden Bedarfe mit dem örtlichen und regionalen professionellen, ehrenamtlichen und informellen Angebot vernetzen. Die Experten sehen in einer gemeindenahe Versorgung den Vorteil, dass die Entscheidungsträger vor Ort die eigenen Strukturen besser kennen und daher Versorgungsbedarfe besser einschätzen und beurteilen können. Das gemeinsame Erleben und Gestalten des Alters- und Unterstützungsprozesses könnte nach Meinung der Experten mit

Durch die Interviews dieses Community Health Assessment wurden verschiedene Stärken der Gemeinden deutlich sowie Handlungsmöglichkeiten, die sie bereits heute durchführen oder leben, jedoch noch nicht konkret für die gesundheitliche Versorgungsgestaltung nutzen. Obwohl die Versorgung mit medizinischen Leistungen Teil der Daseinsvorsorge und somit politischer Auftrag der Gemeinden ist, zeigt sich bei den Gemeinden eine große Unsicherheit im Hinblick auf ihre Rolle und die an sie gerichteten Erwartungen. Die politischen Gemeinden wirken zurückhaltend im Hinblick auf mehr Verantwortung in der gesundheitlichen Versorgung, weil sie nach eigenen Angaben „nicht die Kompetenz“ für die gesundheitliche Versorgungsgestaltung haben.

In der folgenden tabellarischen Übersicht (Tabelle 18) werden die aus den Interviews identifizierten Stärken der Gemeinden dargestellt und auf mögliche Handlungsfelder in der Gesundheitsversorgung übertragen, die als Herausforderung in den Gemeinden durch die lokalen Akteure benannt wurden.

<table>
<thead>
<tr>
<th>Stärke der Gemeinde</th>
<th>Aktuelle Anwendungsgebiete und Kompetenzen der Gemeinden</th>
<th>Übertragung auf die gesundheitliche Versorgung</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Wohnen und Bauen</td>
<td>• Akquise und Durchhaltevermögen (z. B. Beteiligung am Bau eines Ärztehauses in der SG Freren)</td>
<td>• Projekte zu neuen Wohn- und Betreuungsformen initieren, leiten und unterstützen</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>• Finanzielle Möglichkeiten</td>
<td>• Bedarfsgerechte Wohnformen für die Bevölkerung ermitteln</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>• Nähe zu den Bedarfen der Bevölkerung</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Infrastruktur</td>
<td>• Projekterfahrung</td>
<td>• Leitung, Koordination und Aufbau gemeinsamer Projekte mit professionellen Dienstleistern und anderen z. B. im Hinblick auf den Aufbau aufsuchender Dienste wie „Rollende Sparkasse“, „mobile Einkaufsmärkte“, Mobilität und Transport</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>• Wissen und Fähigkeiten zu Projektmanagement</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>• Zusammenarbeit in lokalen und regionalen Netzwerken z. B. mit den Kommunen</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>• Politische Einflussmöglichkeiten</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>• Nähe zu den Bedarfen der Bevölkerung</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Verantwortung wahrnehmen</td>
<td>• Klar identifizierbare Ansprechpersonen in den Gemeinden (Bürgermeister, Bürgerbüroleiter etc.)</td>
<td>• Aufbau einer strukturierten, kontinuierlichen Bedarfserhebung</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>• Nähe zu den Bedarfen der Bevölkerung („Mit dem Ohr am Bürger sein“)</td>
<td>• Projekte leiten und begleiten</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>• Aktive Vernetzung lokal und regional z. B. mit den Seniorenbeiräten</td>
<td>• Stellen in der Seniorenanarbeit schaffen z. B. als Ehrenamtskoordination, Community Health Nurse etc.</td>
</tr>
<tr>
<td>Cooperative Identity</td>
<td>• Motivation</td>
<td>• Koordinierte Vernetzung von professionellen und ehrenamtlichen Akteuren</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>• Hohe Identifikation mit der Gemeinde</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>• Bekannte Vor-Ort-Strukturen in vielen Bereichen</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>
Die Belange der Senioren und der pflegebedürftigen Bevölkerung einer Gemeinde verlangen eine klare politische Positionierung seitens der Gemeinden, da sie diejenigen sind, die die Herausforderungen des demografischen Wandels direkt spüren. Die Bildung einer eigenen Funktion auf Ebene der Gemeinde, die in der Lage ist, multiperspektivisch, koordinierend und moderierend Bedarfe zu erkennen, Lösungen im Team zu erarbeiten und zu evaluieren, ist als vorhandene Lücke in der Versorgungsgestaltung identifiziert.

Forschungsfrage: Unter welchen Voraussetzungen kann eine lokal abgestimmte Versorgung bei Pflegebedürftigkeit gewährleistet werden?

Die Voraussetzungen unter denen eine lokal abgestimmte Versorgung pflegebedürftiger Menschen stattfinden, sind nicht alle auf Ebene der Gemeinden unmittelbar veränderbar oder zu beeinflussen. Gesetzliche Vorgaben können durch die Gemeinden selbst kaum geändert, jedoch über politische Prozesse zur Diskussion und in Frage gestellt werden.

### Analyseebene

**Voraussetzung**


Pflegende Angehörige ebenso wie ehrenamtliche Strukturen sind unbedingt in Versorgungsarrangements einzubeziehen und koordiniert einzubinden; allerdings ist die professionelle Begleitung aller Beteiligten notwendig. Die professionellen Dienstleister benötigen hierfür Kompetenzen in den Bereichen Kommunikation, Leadership, aber auch Wissen über Stärkung von Selbstmanagementkompetenzen und Präventionsstrategien.

---

### Mesoebene

**Damit die Gemeinde selbst eine aktive Rolle in der Versorgungsgestaltung ihrer älteren pflegebedürftigen Bevölkerung übernehmen kann, ist es notwendig, die Basis an Wissen und Informationen über die Bedarfe der Bevölkerung zu erweitern. Gerade im Bereich populationsspezifischer Parameter wie Haushaltszusammensetzungen, Wohnarrangements, häusliche familiäre Versorgungsstrukturen, Gesundheitstrends und Gesundheitsverhalten etc. fehlen auf Ebene der Gemeinde Daten, um einerseits bedarfsorientierte Entscheidungen im Hinblick zum Beispiel auf alters- und pflegerechten Wohnungsbau zu treffen, aber auch, um präventive Strategien effektiv umzusetzen. Die lokalen Leistungserbringer müssen hierfür die Bereitschaft zu Transparenz über ihre Versorgungsstrukturen mitbringen. Die Einhaltung datenschutzrechtlicher Regelungen ist daher besonders prioritär zu behandeln.**


---

### Makroebene

**Die gesetzliche Anpassung über die Leistungsberechtigung bei Pflegebedürftigkeit ist insofern ein Erfolg, als dass die lokalen Experten bestätigen können, dass Menschen, die in der alten Regelung keinen Zugang zu Leistungen hatten, heute professionelle Unterstützung teilfinanziert aus der Pflegeversicherung in Anspruch nehmen können. Die gesetzliche Neuordnung hat damit in erster Linie Bedarfe sichtbar gemacht, die zuvor schon vorhanden waren. Die Schwierigkeit liegt dabei nicht so sehr darin, dass die vermehrten Bedarfe auf eine Angebotsstruktur treffen, die aktuell nicht ausreicht, um sie zu decken. Hinzu kommt, dass entlastende Angebote wie die Kurzzeitpflege nicht in ausreichendem Maße greifen.**

Der Grund hierfür ist nach Aussage der Experten vor allem in der ungenügenden Finanzierungsregelung für Anbieter zu suchen. Eingestreute Kurzzeitpflegeplätze

Tab. 19: Voraussetzungen für die Analyse auf Mikro- Meso- und Makroebene (Badura und von dem Knesebeck 2012)
4 Probleme/Schwierigkeiten

Die größten Schwierigkeiten im Rahmen des Projektes lagen im Bereich der Datensammlung und -analyse. Viele Daten liegen nicht auf Ebene der Gemeinden vor oder können nicht oder nur erschwert auf Ebene der Gemeinde ausgewertet werden.

Die Datensammlung sekundärer Daten auf Gemeindeebene ist erschwert. Datenschutzrechtliche Bestimmungen verhindern eine Auswertung z. B. der Anzahl Pflegebedürftiger in unterschiedlichen Settings auf Grund der Grösse der Samtgemeinde Freren (knapp 10.000).


Kranken- oder Pflegekassen zu Pflegebedürftigen in den Regionen haben trotz mehrfacher Nachfrage keine Daten zur Verfügung gestellt.

Konnten Daten zum Beispiel über das Landesamt für Statistik gesammelt werden, lagen sie meist in kumulierter Form vor; eine aussagekräftige und belastbare statistische Testung ist dadurch erschwert.

Durch diese Schwierigkeiten in der Form der zur Verfügung stehenden Daten ist die Aussagekraft und ihr Bezug zur Thematik oftmals nur schwer herzustellen (z. B. Wanderungsdaten der Regionen und Gemeinden).

5 Ausblick Geplantes

Durch den vorzeitigen Austritt der wissenschaftlichen Mitarbeitenden konnten noch keine Veröffentlichungen der Projektergebnisse geleistet werden. Mit einer Nachbesetzung der wissenschaftlichen Mitarbeitenden für sechs Monate in reduziertem Pensum werden Veröffentlichungen geplant.

Literaturverzeichnis


### 6 Anhang

#### 6.1 Anhang 1: Methodische Vorgehensweise anhand der zwölf Schritte eines Community Health Assessment von Harkness und DeMarco (2016)

<table>
<thead>
<tr>
<th>Step</th>
<th>Detail</th>
<th>Beschreibung</th>
</tr>
</thead>
</table>

- Sammlung demografischer Daten aus nationalen, staatlichen und regionalen Quellen sowie von der Homepage der Gemeinde- oder Stadtverwaltung
- Sammlung lokaler Daten von Büchereien, Dienstleistungsanbietern, öffentlichen Verwaltungsberichten, Zeitungen, Telefonbücher und andere örtliche Quellen.
<table>
<thead>
<tr>
<th>Step</th>
<th>Detail</th>
<th>Beschreibung</th>
</tr>
</thead>
</table>
| 6.   | Sammle neue Daten sofern notwendig:  
- Foren  
- Fokusgruppen  
- Interviews mit Schlüsselpersonen (key informants)  
- Beobachtung  
<table>
<thead>
<tr>
<th>Step</th>
<th>Detail</th>
<th>Beschreibung</th>
</tr>
</thead>
</table>
6.2  Anhang 2: Grafische Übersicht der Verteilung täglicher Todesfälle im August 2003 in Europa

Quelle: (Robine et al. 2008)
### Welche Leistungsarten bieten Sie an? (Mehrfachnennungen möglich)

<table>
<thead>
<tr>
<th>Option</th>
<th>Option</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Ausschließlich SGB XI</td>
<td>Kombinationen aus (bitte ergänzen): SGB _______ und SGB _______</td>
</tr>
<tr>
<td>Häusliche Krankenpflege</td>
<td>Beratungsbesuche nach §37 SGB XI</td>
</tr>
<tr>
<td>Hilfe zur Pflege</td>
<td>Leistungen zur Haushaltsführung (Wäscheversorgung, Heizen, Einkaufen, Raumpflege)</td>
</tr>
<tr>
<td>Haushaltshilfe nach §38 SGBV</td>
<td>Allgemeine Palliativversorgung mit gesondertem Versorgungsvertrag</td>
</tr>
<tr>
<td>Kooperative Hospizdienstleistungen (Trauerbegleitung)</td>
<td>Allgemeine Palliativversorgung ohne gesonderten Versorgungsvertrag</td>
</tr>
<tr>
<td>Allgemeine Palliativversorgung ohne gesonderten Versorgungsvertrag</td>
<td>Betreuung AIDS-erkrankter Menschen und anderer Erkrankungen</td>
</tr>
<tr>
<td>Familienunterstützende Dienste Art: _________________________________</td>
<td>Essen auf Rädern (Mobiler Mahlzeitendienst)</td>
</tr>
<tr>
<td>24-Stunden-Betreuung</td>
<td>Spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) [§132d SGB V]</td>
</tr>
<tr>
<td>Spezialisierte psychiatrische Krankenpflege</td>
<td>Gesonderte gerontopsychiatrische Betreuung</td>
</tr>
<tr>
<td>Hausnotrufdienst</td>
<td>Leistungen in einer ambulant betreuten Demenz-WG/ Wohngemeinschaft</td>
</tr>
<tr>
<td>Zusatzleistungen, die privat bezahlt werden (bspw. Freizeitbegleitung/ Urlaubsbegleitung etc.)</td>
<td>Spezielle Leistungsangebote in Familien mit nicht-deutschsprachigen pflegebedürftigen Personen</td>
</tr>
<tr>
<td>Vermittlung osteuropäischer Haushaltshilfen</td>
<td>Beratungen zu technischen Assistenzsystemen im Haushalt Betreuungsleistungen/ Entlastungsleistungen gemäß §45b SGB XI</td>
</tr>
<tr>
<td>Kurse für Pflegende Angehörige (§45 SGB XI)</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Sonstiges:</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

➔ Bitte weiter auf Seite 2
**Wieviele Personen betreuen und pflegen Sie insgesamt?**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Anzahl:</th>
<th>Personen mit Leistungen nach SGB XI</th>
</tr>
</thead>
</table>

**Wie hoch ist die Anzahl der betreuten und gepflegten Personen nach Leistungsart?**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Anzahl:</th>
<th>Personen mit Leistungen nach SGB V</th>
</tr>
</thead>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Anzahl:</th>
<th>Personen mit Leistungen nach Hilfe zur Pflege SGB XII</th>
</tr>
</thead>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Anzahl:</th>
<th>Personen mit Leistungen der Betreuung und Entlastung nach § 45 SGB XI</th>
</tr>
</thead>
</table>

**Wie hoch ist die Anzahl der Personen nach Pflegegraden?**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Anzahl:</th>
<th>Grad 1</th>
</tr>
</thead>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Anzahl:</th>
<th>Grad 2</th>
</tr>
</thead>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Anzahl:</th>
<th>Grad 3</th>
</tr>
</thead>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Anzahl:</th>
<th>Grad 4</th>
</tr>
</thead>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Anzahl:</th>
<th>Grad 5</th>
</tr>
</thead>
</table>

**Wieviele Beratungsbesuche nach § 37 Abs. 3 SGB XI delegieren Sie z. B. an Pflegestützpunkte oder sagen Sie auf Grund eines personellen oder zeitlichen Engpasses ab?**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Anzahl %:</th>
</tr>
</thead>
</table>

**Bei wieviel Prozent der Fälle, in denen Sie ein Beratungsbesuch nach § 37 Abs. 3 SGB XI durchführen, halten Sie die pflegerische Versorgung aus Ihrer pflegefachlichen Einschätzung heraus für nicht sichergestellt?**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Anzahl %:</th>
</tr>
</thead>
</table>

**Wie groß ist das Einzugsgebiet Ihrer Institution? (Bitte geben Sie eine Schätzung der größten Distanz an und nennen Sie die zwei entferntesten Orte)**

<table>
<thead>
<tr>
<th>km Entfernung von der Institution</th>
</tr>
</thead>
</table>

**Finanzierung**

**Wie hoch ist der Preis Ihrer Leistungen?**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Ambulante Pflegedienste (in Punktwerten)</th>
<th>Pflege- und Altenheime</th>
</tr>
</thead>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Euro/Punktwert SGB V</th>
<th>Euro/Pflegeleistungen (monatlich)</th>
</tr>
</thead>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Euro/Punktwert SGB XI</th>
<th>Euro/Hotelleistungen (monatlich) (inkl. Investitionskosten)</th>
</tr>
</thead>
</table>

Bitte weiter auf Seite 3
**Personalbestand**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Berufsgruppe</th>
<th>Anzahl</th>
<th>Beschäftigungsgrad</th>
<th>Vollzeitäquivalente</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Gesundheits- und Krankenpflegekräfte (3-jährig ausgebildet)</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Altenpflegekräfte (3-jährig ausgebildet)</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Gesundheits- und Krankenpflegekräfte (FH/- oder Universitätsabsolventen BA)</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Gesundheits- und Krankenpflegekräfte (FH/- oder Universitätsabsolventen MA)</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Altenpflegehelfer/-innen (1-jährig qualifiziert)</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Krankenpflegehelfer/-assistenten (1-jährig qualifiziert)</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Medizinische Fachangestellte/r</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Arzthelfer/-innen</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Hauswirtschaftler/-innen (staatlich anerkannt)</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Angelernte Helfer/-innen im Pflegebereich (ggf. mit Schulungen/Kursen)</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Angelernte Helfer/-innen im Betreuungsbereich (z.B. für soziale Betreuung/§45b SGB XI)</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Ergotherapeuten (3-jährig ausgebildet oder FH-Absolventen)</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Sonstige, nämlich:</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

Herzlichen Dank für Ihre Mitarbeit!
### 6.4 Anhang 4: Tabellarische Darstellung des Prozessablaufs Entlassungsmanagement

<table>
<thead>
<tr>
<th>Inhalt des Standardkriteriums des Expertenstandard</th>
<th>Hinweise zum Prozessablauf aus den Interviews (Melle)</th>
<th>Hinweise zum Prozessablauf aus den Interviews (Samtgemeinde Freren)</th>
<th>Anmerkungen</th>
</tr>
</thead>
</table>

**Zur Erfassung poststationärer Unterstützungsbedarfe soll im pflegerischen Anamnesegespräch und unter Anwendung verschiedener Assessmentinstrumente eine strukturierte Erhebung durchgeführt werden.**

Das Meller Krankenhaus nutzt bei älteren Menschen zum Assessment der geriatrischen Rehabilitationsfähigkeit das Assessmentinstrument Barthel-Index und prüft anhand eines ausführlichen Assessment nach einem initialen Screening den genauen Bedarf.

Die Mitarbeitenden des Thouiner Krankenhauses sind im Entlassungsmanagement geschult und beginnen bei Eintritt mit der Austrittsplanung.

In der praktischen Anwendung wird der beruflichen Erfahrung Pflegender und ihrer Intuition jedoch auch eine hohe Bedeutung im Prozess beigemessen.

**S2: Die Pflegefachkraft verfügt über Planungs- und Steuerungskompetenz zur Durchführung des Entlassungsmanagement.**

MP 63: Der Sozialdienst bietet Beratung und Unterstützung bei Fragen im persönlichen, familiären, beruflichen oder wirtschaftlichen Bereich (z.B. Fragen der Anschlussheilbehandlung, bei körperlichen Behinderungen und Pflegebedürftigkeit sowie bei seelischen Belastungen).


Sobald die Pflegenden beider Krankenhäuser einen Bedarf erkennen, nehmen sie Kontakt zum hauseigenen Sozialdienst auf, der das weitere Prozedere koordiniert.

**In diesem Standardkriterium werden zunächst genaue Kenntnisse der regionalen Versorgungsangebote durch die Pflegefachkraft, die für das Entlassungsmanagement zuständig ist, erwartet.**

MP 52: Kontakte (zu Selbsthilfegruppen) vermitteln Sozialdienst, Pflege und Ärztliches Personal.

MP 52: Kooperation mit der Selbsthilfegruppe der Deutschen ILCO als Selbsthilfevereinigung für Stomaträger und Menschen mit Darmkrebs.

Der Kontakt zu regionalen Angeboten, die durch Vereine, Ehrenamt etc. gestellt werden, ist nach Meinung der Leistungs-erbringer weitgehend unbekannt.
### Inhalt des Standardkriteriums des Expertenstandard

Für die Entlassungsplanung sind entsprechend dem Expertenstandard die Terminplanung mit allen Beteiligten, Aufstellen eines Aktionsplanes mit Aufgabenverteilung, Feststellen der erforderlichen Maßnahmen, Kontaktaufnahme zum Nachversorger und die Vereinbarung für ein pflegerisches Übergabegespräch sinnvoll.

### Hinweise zum Prozessablauf aus den Interviews (Melle)

Wichtige Informationen über die Versorgung der zu Betreuenden werden auf Pflegeüberleitungsbögen übermittelt; Fax und Telefon sind dabei die Kommunikationsmedien der Wahl.

### Hinweise zum Prozessablauf aus den Interviews (Samtgemeinde Freren)


### Anmerkungen

Gemeinsame Übergabegespräche im Vorfeld mit allen Beteiligten werden auf Grund von Zeitmangel nicht ausgeführt; sie werden zwar als Mittel der unmittelbaren und interdisziplinären Informationsweitergabe in palliativen Situationen, aber immer ausschließlich innerhalb eines Sektors und eines Teams genutzt, nicht jedoch sektorenübergreifend im Sinne des Expertenstandards.

### S3

Die Pflegefachkraft verfügt über die Kompetenz, den Patienten und seine Angehörigen sowohl über poststationäre Versorgungsrisiken als auch über erwartbare Versorgungs- und Pflegeerfordernisse zu informieren, zu beraten und entsprechende Schulungen anzubieten bzw. zu veranlassen sowie die Koordination der weiteren daran beteiligten Berufsgruppen vorzunehmen.

In den Beratungssituationen dominieren Themen wie Pflegehilfsmittel, ambulante oder stationäre Nachversorgung. Angaben zu symptombezogenen Beratungen und Schulungen wurden nicht gemacht.

<table>
<thead>
<tr>
<th>Inhalt des Standardkriteriums des Expertenstandard</th>
<th>Hinweise zum Prozessablauf aus den Interviews (Melle)</th>
<th>Hinweise zum Prozessablauf aus den Interviews (Samtgemeinde Freren)</th>
<th>Anmerkungen</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><strong>S5</strong>: Die Pflegefachkraft ist befähigt und autorisiert, eine abschließende Evaluation der Entlassung durchzuführen. Im Expertenstandard ist hierfür ein Telefonat vorgesehen, dass innerhalb von 48 Std. nach der Entlassung mit den Betroffenen, ihren Angehörigen oder den nachversorgenden Einheiten geführt werden soll.</td>
<td>Das Krankenhaus verfügt über eine Faxvorlage zur Rückmeldung über die Entlassungsplanung, die den Betroffenen bei jedem Austritt mitgegeben wird; die Anzahl an Rückmeldungen wird als rückläufig beschrieben.</td>
<td>Die nachversorgenden Einheiten erleben ein heterogeneres Verhalten der Krankenhäuser im Hinblick auf das Einholen eines Feedback zur Entlassungsplanung.</td>
<td>Die Entlassungsplanung wird durch die nachversorgenden Einheiten als nicht relevant für ihre eigene Organisation oder als ungenügend wahrgenommen. Rückmeldungen über die Entlassungsplanung führen zu keiner Änderung der Abläufe.</td>
</tr>
<tr>
<td>Inhalt des Standardkriteriums des Expertenstandard</td>
<td>Hinweise zum Prozessablauf aus den Interviews (Melle)</td>
<td>Hinweise zum Prozessablauf aus den Interviews (Samtgemeinde Freren)</td>
<td>Anmerkungen</td>
</tr>
<tr>
<td>------------------------------------------------</td>
<td>-------------------------------------------------</td>
<td>-------------------------------------------------</td>
<td>-------------</td>
</tr>
</tbody>
</table>
Fakultät Wirtschafts- und Sozialwissenschaften
Caprivistraße 30A
49076 Osnabrück

Fakultät Management, Kultur und Technik
Kaiserstraße 10c
49809 Lingen