



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.....	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
Abb. 3: Prozentualer Anteil der Pflegebedürftigen in Niedersachsen sowie den Landkreisen Emsland und Osnabrück, die zwischen 2007 und 2015 Pflegegeld erhielten.....	44
Abb. 4: Prozentualer Anteil der Pflegebedürftigen in Niedersachsen sowie den Landkreisen Emsland und Osnabrück, die zwischen 2007 und 2015 ambulante Unterstützung erhielten.....	44

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 pflegenahе 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: Voraussetzungen 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

Der demographische Wandel und der Anstieg chronischer Krankheiten in der Bevölkerung stellen ländliche Regionen vor multiple Herausforderungen in der Gesundheitsversorgung. Für die Zukunft der gesundheitlichen Versorgung wird kommunalen und lokalen Ansätzen eine hohe Bedeutung zugesprochen. Gesundheit, Krankheit und Pflege sollen vor dem Hintergrund bestehender lokaler Verhältnisse und Gegebenheiten sowie angesichts verfügbarer professioneller, familialer und anderer Akteure gestaltet und bewältigt werden. Für die Konzeption, Entwicklung und Einführung lokaler Problemlösungsansätze sind drei Aspekte von besonderer Bedeutung:

- 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.

Kommunale Bedarfsplanungen stoßen jedoch an ihre Grenzen, weil kleinräumige Analysen der Versorgungssituation fehlen. Fragen hinsichtlich des Zugangs zur Gesundheitsversorgung oder der Entstehung von Versorgungsungleichheiten können daher nicht beantwortet werden. Jedoch stellen sie sich gerade auch für pflegebedürftige Menschen.

1.2 Ziel und Forschungsfragen

Das Projekt verfolgte das Ziel, notwendige Bedingungen zur Sicherstellung der Primär- und Langzeitversorgung bei bestehender Pflegebedürftigkeit im ländlichen Raum zu untersuchen. Die Ziele des Projekts wurden auf Grund des komplexen Untersuchungsgegenstandes auf mehrere Ebenen angesiedelt. Mit der Untersuchung sollen Erkenntnisse über die Bedingungen zur Sicherstellung der Primär- und Langzeitversorgung bei bestehender Pflegebedürftigkeit in der Region Osnabrück-Emsland gewonnen werden. Die Entwicklung eines Verfahrens zur fortwährenden Analyse der lokalen Infrastruktur in Bezug auf die Versorgungssicherheit bei Pflegebedürftigkeit ist ein weiteres Ziel, das auch dem Transfer und der Verstetigung sowohl fachlicher als auch wissenschaftlicher Erkenntnisse in die Versorgungspraxis dienen soll. Das Forschungsprojekt soll Hinweise zum Aufbau tragfähiger Netzwerke und Unterstützungsstrukturen erkennen.

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.

Grundlage und Einstieg in das Thema Community Health Assessment war eine initiale systematisierte Literatursuche, die im Laufe des Projektes z. B. wenn auf Grund der Datensammlung neue Hintergründe oder Zusammenhänge deutlich wurden, die initial nicht im Fokus standen, fortlaufend händisch ergänzt wurde. Die initiale Literatursuche fand wie geplant zwischen 10/2016 und 01/2017 in den wissenschaftlichen Datenbanken PubMed, MedLine, CINAHL, Cochrane, Springer und MedPilot statt. Außerdem wurde über freie Suchmaschinen wie Google und Google Scholar Projektberichte, lokal verfügbare Informationen und Informationen von Internetseiten einbezogen. Aus als relevant identifizierter Literatur wurde über eine Hand-suche des Literaturverzeichnisses weitere Primärliteratur gesucht. Die verwendeten Keywords waren "need of care", 'elderly', 'rural community/communities', "Delivery of health Care, Integrated", 'Community Health needs assessment/community health needs assessment', 'process'/tools or instruments', 'chronic illness', 'access', 'Versorgungsgestaltung' und 'Daseinsvorsorge'. Als Bool'sche Operatoren wurden "AND"; „OR“ verwendet und die Suche bei Bedarf auf einen aktuellen Zeitraum von max. 10 Jahren reduziert. Einschlusskriterien waren der Bezug zum ländlichen Raum oder zur Versorgungsgestaltung Pflegebedürftiger im häuslichen, ambulanten Bereich. Ausgeschlossen wurden Studien zu Kindern oder Personen mit spezifizierten gesundheitlichen Problemen wie z. B. nach Herzinfarkt. Obwohl Verbindungen zu den Themen Pflegebedürftigkeit und ländlicher Raum auch bei diesen Gruppen vorkommen, sind die Spezifika der Problematik und die angebotenen Lösungen nicht ohne weiteres auf andere Gruppen übertragbar.

Zur Erreichung der genannten Ziele und des Beitrags zur Gesundheitsversorgung in der Region wurden in diesem Projekt drei zentrale Maßnahmen durchgeführt: In der Stadt Melle des Landkreises Osnabrück und der Samtgemeinde Freren des Emslands wurde eine umfangreiche Bestandsaufnahme zu vorhandenen Versorgungsangeboten und darauf aufbauend eine Bedarfsanalyse durchgeführt. Diese Bestandsaufnahme orientierte sich an internationalen Ansätzen des Community Health Assessment. Das Community Health Assessment wurde aufgebaut auf den zwölf Schritten von Harkness und DeMarco (2016) sowie auf den relevanten Kategorien von Cassells (2015) und umfasste die Methoden eines Windshield Survey, eine auf relevante Indikatoren aufbauende Sammlung sekundärer Daten sowie Experteninterviews und Interviews mit betroffenen Familien. Eine tabellarische Beschreibung der detaillierten Vorgehensweise findet sich in Anhang 1. Auf Basis der Literatur wurden die Instrumente zur Durchführung des Community Health Assessment (Modellwahl, Indikatoren zur Datensammlung) erstellt (siehe Tabelle 1).

Ziele waren die umfassende, kleinräumige und zielgruppenorientierte Erhebung und Analyse gesundheitsrelevanter Daten der Primär- und Langzeitversorgung bei bestehender Pflegebedürftigkeit zur Sicherstellung der Versorgung.

Parameter	Faktor	Quelle
Geografie	Geografische Lage	Landkreisebene <ul style="list-style-type: none"> • Raumnutzungsdaten der Mitgliedsgemeinden Internationale und Nationale Ebene <ul style="list-style-type: none"> • Bundesinstituts für Bau-, Stadt- und Raumforschung • OECD z.B. Definition des ländlichen Raumes
Population	Zusammensetzung der Bevölkerung	Gemeindeebene <ul style="list-style-type: none"> • Bevölkerungsanzahl • Wanderungszahlen • Altersverteilungen • Geschlechterverteilungen • Nationalität • Familienstand • Wohnart/-form Landkreisebene <ul style="list-style-type: none"> • Bevölkerungsdichte der Mitgliedsgemeinden • Pflegebedürftige z.B. Anzahl je Versorgungsform
Umwelt	Luftqualität Meteorologische Besonderheiten und Klima Mögliche Umweltgefahren auf Grund der Lage	Landesebene <ul style="list-style-type: none"> • Luftqualitätsüberwachung in Niedersachsen National und Internationale Ebene <ul style="list-style-type: none"> • Deutscher Wetterdienst z.B. Klimakarten Deutschland • Studien zu umweltbedingten Auswirkungen auf die Gesundheit z.B. Todesfälle durch Hitzeperioden Gemeindeebene <ul style="list-style-type: none"> • Windshield Survey • Wassermesswerte Stadtwerke Lingen und Homepage des Kernkraftwerkes Lingen • Ein-/Auspendler
Wirtschaft	Sozialleistungen (Hilfe zur Pflege, Grundsicherung) Beschäftigungsquote Einkommen	Landkreisebene <ul style="list-style-type: none"> • Empfänger Hilfe zur Pflege und Grundsicherung Gemeindeebene <ul style="list-style-type: none"> • Kaufkraft pro Kopf • Beschäftigungsquote Frauen
Freizeit	Verfügbare Angebote	Gemeindeebene <ul style="list-style-type: none"> • Windshield Survey z. B. Parks, Vereinsangebote, Sportmöglichkeiten für Senioren, kirchliche Besuchsdienste
Religion	Religionszugehörigkeit	Gemeindeebene <ul style="list-style-type: none"> • Anzahl in der Bevölkerung
Transport	Verfügbare Transportmöglichkeiten	Gemeindeebene <ul style="list-style-type: none"> • Windshield Survey (öffentlicher Verkehr) Landkreisebene <ul style="list-style-type: none"> • Standorte Rettungswachen- und fahrzeuge
Politik und Verwaltung	Kulturelle und politische Faktoren	Gemeindeebene <ul style="list-style-type: none"> • Parteienlandschaft • Kulturelle Angebote z. B. Vereine, Organisationen, Kirchen • Bedeutung von Versorgungssicherheit Landesebene <ul style="list-style-type: none"> • Mitgliederstärkste Krankenkassen der Regionen
Gesundheitstrends	Gesundheitszustand der Bevölkerung	Gemeindeebene <ul style="list-style-type: none"> • Pflegebegründende Diagnosen und Abklärungen durch den MDK • Subjektive Gesundheitseinschätzung Landkreisebene <ul style="list-style-type: none"> • Mortalität • Morbidität • Unfallstatistik Landesebene <ul style="list-style-type: none"> • Gesundheitsrelevantes Verhalten z. B. Tabakkonsum, Adipositas
Versorgungssystem	Einrichtungen Personalkapazitäten Angebote der Gesundheitsversorgung Versorgungslücken	Gemeindeebene <ul style="list-style-type: none"> • Windshield Survey z.B. Anzahl Hausärzte, Pflegedienste • Anzahl Pflegefachpersonen in den Versorgungseinrichtungen der Gemeinden • Verfügbare Plätze der pflegerischen Versorgungseinrichtungen • Krankenhausbetten • Bedarfsplanung Haus- und Fachärzte • Kosten für pflegerische Versorgungseinrichtungen • Subjektive Versorgungslücken und gewünschte Versorgung • Art und Umfang der Hilfe- und Unterstützungsleistungen bei Pflegebedürftigkeit • Schwierigkeiten im Management der Pflegebedürftigkeit • Rolle und Aufgaben der Versorgungsdienstleister Landkreisebene <ul style="list-style-type: none"> • Auslastung der pflegerischen Versorgungseinrichtungen • Selbsthilfegruppen z. B. für pflegende Angehörige • Ehrenamtliches Angebot

Tab. 1: Übersicht der Daten und ihre Quellen

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%)).

Begleitend zu dieser Bestandsaufnahme wurden Experteninterviews (n=22) mit den relevanten Akteuren der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung durchgeführt. Dazu zählten niedergelassene Hausärztinnen und Hausärzte, Pflegeleitungen der ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen sowie der Krankenhäuser, Fachpersonen der Gesundheits- und Sozialämter. Die Ebene der gemeindebasierten Versorgungsgestaltung und die Besonderheiten der Gemeinden wurden dabei besonders berücksichtigt; daher wurden neben den gesundheitsbezogenen Akteuren Vertreter der beiden großen Kirchen sowie der islamischen Glaubensgemeinschaft ebenso wie die politischen Entscheidungsträger der Gemeinden einbezogen. Überregional organisierte Dienstleister wurden ebenfalls interviewt (Mitarbeitende der Pflegestützpunkte, die Ressortleiter Pflege zweier Pflegekassen sowie die Teamleitung Pflege des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen).

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 Versorgungsgestaltung.

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.

Auf Grund der meist kumuliert vorliegenden Sekundärdaten wurde die Analyse mehrheitlich auf deskriptive statistische Methoden begrenzt. Die Analyse der gesammelten Daten aus dem Windshield Survey sowie aus dem Hauptdatensatz der Experteninterviews wurde mittels inhaltsanalytischer Methoden nach Mayring (2010) sowie Steigleder (2008) analysiert (siehe Tabelle 2).

Schritt 1		Schritt 2		Schritt 3		Schritt 4	
Kategorienbildung		Deduktive Analyse (Ankerbeispiele)		Induktive Analyse: Bildung von Subcodes		Modellgemeinde Freieren	
		Modellgemeinde Melle		Modellgemeinde Melle		Modellgemeinde Freieren	
	Pflegebedürftigkeit	"Ja, man lebt mit dieser Einschränkung und das ganze Leben, ja, ist darauf ausgerichtet. Total. Und man wird so ein bisschen weifremd. Der wird so ganz klein."	<ul style="list-style-type: none"> • Respekt vor der Autonomie • Erreichbarkeit der Zielgruppe • Selbst- und Altersbilder • Scham • Angst • Verlauf • Bedarfshebung • Bedarfsbeurteilung 	<ul style="list-style-type: none"> • Effizienz • Auswirkungen • Vorgehen • Diskrepanz in der Begutachtung • Verschönerung/Erweiterung des Bedarfs • Ökonomische Auswirkungen für Betroffene 	<ul style="list-style-type: none"> • Pflegebedürftigkeit im Verlauf • ... ist mit Scham behaftet und beeinflusst das Selbstbild • Pflegebedürftigkeit betrifft die ganze Familie • Persönliche Auseinandersetzung • Subjektive und objektive Bedarfe • Bedarfshebung • Ablauf • Qualitätsmanagement • Effizienzgedanke 	<ul style="list-style-type: none"> • Auswirkungen • Fristen • Ökonomische Auswirkungen für Betroffene • Veränderte/erweiterte Bedarfe 	
	Versorgungssicherheit	"Aber man hätte diese Sicherheit. Man ist da umorgt. Und nicht allein."	<ul style="list-style-type: none"> • Soziale Teilhabe • Einen Fuss in der Tür haben • Verlässlichkeit • Glück gehabt • Ambulant vor stationär • Beratung • Ärztliche Versorgung • Kultursensible Versorgung • Finanzielle Anreize • Professionelle Versorgung • Mobilität im Alter • Eingeschränktes Angebot • Zusammenhalt 	<ul style="list-style-type: none"> • Akteure • Rollen • Abgrenzung • Ehrenamt/nachbarschaft • Formales, organisiertes Netzwerk • Informelles Netzwerkmanagement • Subsidiaritätsprinzip • Positive Zusammenarbeit • Abläufe und Prozesse • Überschneidbare Anzahl an Akteuren • Anonymität 	<ul style="list-style-type: none"> • Selbstbestimmung/Selbstbestimmtheit • Versorgungssicherheit ist vorhanden • Mensch-Technik-Interaktion • Erfüllung individueller Bedarfe • Sicherheitsgefühl • vielfältige Angebote • Soziale Teilhabe • Realitätsfremder Begriff • Beratung • Ambulant vor stationär • Professionelle Versorgung • Verantwortungsbereich der Dienstleister • Eingeschränktes Versorgungsangebot • Vorteile kleiner Einheiten • Niederschwellige Informationen • Anonymität 	<ul style="list-style-type: none"> • Transport • Konflikte • Haltung/Rollenidentität • Rollenwahrnehmung • Aufgaben • Auswirkungen und Limitationen • Bekannte Netzwerkpartner • Ehrenamt • Ökumene • Abläufe und Prozesse • Intersektorales Kommunikationsmanagement • Hemmende Faktoren • Fördernde Faktoren • Vertrauen 	
	Versorgungslücken	"Und da sind wirklich sehr vieles im Argen, (...) Präventive mobile, ambulante und stationäre Angebote müssen für alle erreichbar sein oder für alle gelten auch in guter Qualität. Da mangelt's ja auch anhalten."	<ul style="list-style-type: none"> • Überforderung • Pflegeplatzmangel • Verwaltungsaufwand • Inklusion • Zeitmangel • Fachkräftemangel • Versorgungslücke • Inanspruchnahme von Leistungen • Wahrnehmung der Pflegestützpunkte • Soziodemografische Faktoren • Alternative Konzepte • Alternative Wohnformen • Gemeindeförderung 	<ul style="list-style-type: none"> • Fehlende Entlastung für pflegende Angehörige • Fehlende oder erschwerte Rahmenbedingungen • Kommunikation und Information • Wachsender Bedarf nach professioneller Versorgung • Gewünschte Versorgung 	<ul style="list-style-type: none"> • Wartelisten • Nacht- und Tagespflege • Krisenintervention • Kurzzeitpflege • Verwaltungsaufwand • Intersektorale Versorgung • Zeitmangel • Fachkräftemangel • Schwierigkeiten in der häuslichen Versorgung • Tagespflege an sieben Tagen • Bedarf nach professioneller Versorgung • Soziodemografische Veränderungen • Gemeindeförderung • Strukturen erhalten können 	<ul style="list-style-type: none"> • Infrastruktural • Cooperative Identity • Wohnen und Bauen • Verantwortung wahrnehmen • Koordination und Steuerung • Kommunikation, Information und Werbung • Finanzierung 	
	Handlungsmöglichkeiten der Gemeinden	"Und es gibt ja ein paar Sachen, die auch eine Gemeinde beeinflussen kann. Das wären zum Beispiel Wohnformen. Wenn ein Eintritt in eine Pflegebedürftigkeit Vereinsamung ist, kann man ja überlegen, kann man sich intelligentere Wohnformen für Menschen vorstellen. Mehrerzatzionenhäuser."	<ul style="list-style-type: none"> • Vernetzung • Individuelle Lösungen finden • nicht dauerhafte, aber niederschwellige Soforthilfe 				

Theoretischer Aufbau der Interviewleitfäden

Tab. 2: Ablaufschema und Kategorienbaum

Alle Interviews wurden audiodigital aufgezeichnet und transkribiert. Die Teilnahme erfolgte freiwillig nach Einholen des Informed Consent und die Ethikkommission der Hochschule Osnabrück hat im Vorfeld der Datensammlung ein ethisches Clearing erteilt. Dem Datenschutz während der Bearbeitung der digitalen Daten wurde durch eine zweifache Verschlüsselung inklusive Containerschutz Rechnung getragen.

2 Organisatorisches (Personal, Zeitleisten etc.)

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

Flowchart Projektplan												
	2016			2017				2018			2019	
IST-Analyse												
Literaturrecherche (Grundlagen und Begriffsdefinition)	█											
Fragestellungen	█	█										
Datenbankrecherche	█	█	█									
Literaturbeurteilung			█	█								
Veröffentlichung												
Ethikkommission												
Ethikantrag				█	█							
Sampling/Stichprobe												
Kontaktaufnahme zu Gemeinden	█	█										
Festlegung der Gemeinden				█								
Bestandsaufnahme / Identifikation von Akteuren, Diensten, Schlüsselpersonen				█	█	█	█	█	█			
Datenerhebung												
Kontakt zu TP1												
demograph. Daten												
Entwicklung Interviewleitfaden												
Expertierviews												
Zwischenfazit												
Veröffentlichung												
Abschluss												
Fokusgruppen												
Ableitung/Empfehlungen												
Veröffentlichung												
Administration												
Sitzung intern												
Sitzung TP 4												
Koordination ROSE												
Feiertage												

Tab. 3: Übersicht Projektplan

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 Mitarbeitenden 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 ausgeprägtere Form der Peerdiskussion über die Ergebnisse im Zuge der Analyse könnte strukturierter 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 niederschweligen 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

Die neue Definition von Pflegebedürftigkeit seit dem 01.01.2017 hat zu einem Anstieg der leistungsberechtigten, pflegebedürftigen Personen geführt. In Deutschland sind nach Angaben des Geschäftsberichts der Pflegekassen (Soziale Pflegeversicherung und privat Versicherte) knapp 3,5 Millionen pflegebedürftig; das entspricht einer Zunahme von über 20 % im Vergleich zum Vorjahr. Der stärkste Zuwachs erfolgte im Bereich der häuslichen Versorgung durch Angehörige mit oder ohne Pflegedienste.

Innerhalb der Regionen und Gemeinden zeigen sich Unterschiede in der Anzahl und der Versorgungsart pflegebedürftiger Menschen (siehe Tabelle 4). Im Landkreis Emsland und in der Samtgemeinde Freren sind weniger Menschen in der stationären Versorgung im Vergleich zum Landkreis Osnabrück und der Stadt Melle. In der Fokusgruppe wird deutlich, dass der Landkreis Osnabrück den hohen Anteil Pflegebedürftiger in der stationären Pflege auch auf die Grenznahe zu Nordrhein-Westfalen zurückführt. Durch günstigere Preise für Pflegeheimplätze in Niedersachsen sei ein Umzug für Pflegebedürftige aus Nordrhein-Westfalen attraktiv. Nach Angaben des Landkreises Osnabrück sind 25 % der stationären Langzeitbetten im Landkreis durch Personen aus Nordrhein-Westfalen (NRW) oder der Stadt Osnabrück fremdbelegt und fehlen somit für die Bevölkerung von Melle und dem restlichen Landkreis.

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 eigenen 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.

Region	Leistungsbezieher				
	N (total)	Pflege- quote ³⁾	Empfänger Pflegegeld (Anteil %)	Ambulant Versorgte (Anteil %)	Stationär Versorgte (Anteil %)
Deutschland ⁵⁾ (Mio.)	3,49 ¹⁾	4,2	47,6	23,9	27
Niedersachsen ²⁾	317 568	4,0	46,1	25,1	32,5
Landkreis Osnab- rück ²⁾	12 173	3,4	43,5	27,5	35,8
Melle ⁴⁾	1 629	3,4	35,7	33,2*	31,1*
Landkreis Ems- land ²⁾	13 370	4,2	53,1	30	22,9
Samtgemeinde Freren ⁴⁾	1 607	4,2	48,4	29,9*	30,4*
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)					

Tab. 4: Anteil der Leistungsbezieher in Niedersachsen, den Landkreisen Osnabrück und Emsland sowie Melle und SG Freren

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 zu-recht kommen, sondern Pflegebedürftigkeit betrifft auch immer die nächsten Angehörigen. Zur Bewältigung der veränderten Selbständigkeit, zur Annahme des Hilfe- und Unterstützungsbe-darfes 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 Leistungsange-bote 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 Leistungsange-bot, auf das Pflegebedürftige zugreifen sollen können, sollte nach Meinung der Experten viel-

fältig sein und pflegerische, medizinische, soziale und spirituelle Bedarfe abdecken. Die Ausrichtung an den objektiven Bedarfen ist für ihre Leistungserfüllung wichtig, führt jedoch auch zu schwierigen und langwierigen Beurteilungsprozessen, auf die unterschiedliche Blickwinkel unterschiedlicher Experten (Hausärzte, Pflegestützpunkte, Pflegekassen, etc.) Einfluss nehmen. Vor allem die Pflegekassen stellen fest, dass Informationen darüber fehlen, wann ein Antrag auf Pflegebedürftigkeit gestellt werden kann; subjektive Bedarfe würden falsch beurteilt und für die Pflegekassen zu einem hohen und vermeidbaren Verwaltungsaufwand führen. Durch die neue Definition von Pflegebedürftigkeit wurde nach Meinung der Experten erreicht, dass mehr Menschen Zugang zu finanzierter pflegerischer und pflegenaher Unterstützung erhalten können. Sie bewerten dies als besonders positiv, weil weniger Menschen durch das soziale Netz fallen könnten. Sie stellen vor allem im Bereich der Betreuung, Begleitung und Hauswirtschaft eine große Nachfrage für Menschen mit Demenz und mit psychiatrischen Erkrankungen fest.

3.2 Versorgungssicherheit

Forschungsfrage: Welche Dienstleistungen sind auf lokaler Ebene verfügbar?

Versorgungssicherheit ist ein Themenfeld, das 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 hohem Sicherheitsstandard herstellbar sein und die Selbstbestimmung der Betroffenen fördern.

Die lokalen Akteure haben entsprechend dieser hohen Anforderung heterogene Ansichten über das Vorhandensein von Versorgungssicherheit für Pflegebedürftige in ihren Gemeinden. Die Wahrnehmungen reichen von einigen wenigen Bereichen, die Verbesserungspotential aufweisen bis hin zu umfangreichen Lücken in der Versorgung, die vor allem den Maßstab der zeitlichen Verfügbarkeit von Versorgungssicherheit behindern. In beiden Gemeinden sind es die Akteure der professionellen Pflege, die Versorgungssicherheit entweder bereits als nicht vorhanden oder aber als gefährdet beurteilen. Für die lokalen Akteure in Melle stellt sich im Zusammenhang mit Versorgungssicherheit die Frage, ob und wie weit die einzelne Organisation, der einzelne Anbieter überhaupt positiv oder gestalterisch auf Versorgungssicherheit einwirken kann. Sie erleben ihre Handlungsmöglichkeiten aufgrund mangelnder personeller, struktureller und finanzieller Ressourcen als begrenzt an. In der Samtgemeinde Freren zeigt sich aktuell eine Wahrnehmung von einem dichten Netz an Versorgung bei den lokalen Akteuren mit dem Ziel, dieses Netz zu erhalten. Ein besonderer Fokus wird in der Samtgemeinde dabei auf den Aspekt der Menschlichkeit gelegt. Bei allen künftigen Herausforderungen und notwendi-

gen Änderungen erachten es die lokalen Akteure als zwingend notwendig, die Beziehungsgestaltung 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 ausgeprägtes Gefühl von „Glück gehabt“ im Aufbau eines Versorgungsnetzes, das 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 Bezugspersonen 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 Versorgungssicherheit zeigt sich eine große Differenz. Obwohl bei allen betroffenen Familien pflegerisches Fach- und Erfahrungswissen vorhanden war, zeigten sich kaum präventive Handlungsansätze in der individuellen Versorgungsgestaltung (wie z. B. vorhandene Pflegebetten vor einer 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 Gemeinden im ländlichen Raum, die Zusammenarbeit der Leistungserbringer untereinander und mit den Betroffenen sowie die Möglichkeiten zu einer individuell ausgerichteten Versorgungsgestaltung und die vorhandenen Netzwerkstrukturen als wichtige Faktoren, die die Versorgungssicherheit beeinflussen.

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

3.2.2 Die Modellgemeinde Samtgemeinde Freren

Geografie

Die Samtgemeinde Freren liegt an der südöstlichen Grenze des Landkreises Emsland in Niedersachsen, direkt an der Grenze zu Nordrhein-Westfalen.

Die Samtgemeinde Freren (SG Freren) ist ein politischer Zusammenschluss der Gemeinden Freren, Anderverne, 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.



Abb. 1: Räumliche Lage SG Freren

Population

Im Jahr 2016 leben 10 397 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.

Das Durchschnittsalter von Bewohnerinnen und Bewohnern der stationären Langzeitpflege liegt mittlerweile bei über 80 Jahren. Zweiter Faktor ist ein Mutterhaus des katholischen Ordens der Kongregation der Franziskanerinnen des heiligen Märtyrer Georg. Im Mutterhaus leben und arbeiten ca. 170 Ordensfrauen, wovon ca. 80 % über 65 Jahre alt sind. Beide Einrichtungen sind im Ortsteil Thuine, sodass diese Einzelgemeinde statistisch signifikant älter ist im Vergleich zu den anderen Einzelgemeinden mit einem Medianalter von 48 Jahren ($p = .000$, CI 99 % 2.13-8-61).

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 %).

	SG total	Freren	Messin- gen	Ortsteile		
				Thuine	Beesten	Ander- venne
Medianalter in Jahren	45	44	44	48	45	42
Einwohnerzahl	10397	5047	1075	1785	1601	889
Bevölkerung über 65 Jahre (%)	19,1	13,3	11,3	34,4	12,3	10,2
Bevölkerung über 80 Jahre (%)	6	5,4	4,6	9,4	5,3	5,7
Bevölkerung mit Migrationshintergrund (%)	6,6	8,8	4,7	6,3	3,4	2,7

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 pflegenaher 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.

Umwelt

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

Klimatische Veränderungen, beispielsweise langdauernde und ausgeprägte Hitzewellen, wie im Jahrhundertsommer 2003 sind für ältere und pflegebedürftige Menschen mit einer erhöhten Mortalitätsrate verbunden. Im Hitzesommer 2003 verstarben in Europa rund 70 000 Menschen mehr im Vergleich zu den Vorjahren 1998-2002. In der Altersgruppe der über 75-Jährigen verstarben 16,5 % mehr Menschen im Vergleich zu den Vorjahren und bei den über 95-Jährigen stieg der Anteil fast um die Hälfte (46 %) (siehe Anhang 2) (Robine et al. 2008). Auch der Landkreis Emsland lag noch im Randgebiet der Hitzewelle.

Verkehrsbedingte Schadstoffemissionen führen zu Luftverschmutzungen, die sich negativ auf den menschlichen Organismus auswirken können. Feinstaub, Kohlenmonoxid, Ozon sowie Benzol, Schwefeldioxid und Stickstoffoxide (NO_x und NO₂) werden besonders für gesundheitliche Schädigungen 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 Informationsseite 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 Wohnortwechsel im Berichtsjahr.

deutlich unterschritten. Die Wohnortnähe zu einem Kernkraftwerk wird vor allem mit der Entstehung von Krebserkrankungen in Verbindung gebracht. Der Landkreis Emsland verfügt über ein eigenes Katastrophenkonzept, wie im Falle eines ernststen Störfalles mit Auswirkungen für die Bevölkerung vorgegangen werden muss.

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.

Stadtteil	Alter Median	Anteile 65+ %	Anteile 80+
Bruchmühlen	46	19,9	5,3
Buer	46	21,1	7,4
Gesmold	45	18,4	5,2
Melle Mitte	45	20,6	6,3
Neuenkirchen	48	21,3	6,8
Oldendorf	45	17,7	5,0
Riemsloh	46,5	18,6	5,9
Wellingholzhausen	44	19,2	5,3
Melle (insgesamt)	46	20,1	6,2

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-jährigen 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 = 3643) 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 SGBXII 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 pflegenaher Leistungen in Anspruch genommen werden kann. Im Landkreis Osnabrück haben diese Unterstützung gleichviele 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

Aus der Lage der Stadt lassen sich unterschiedliche Risikofaktoren für pflegebedürftige Menschen ableiten. Klimatische Veränderungen wie langdauernde und ausgeprägte Hitzewellen wie im Jahrhundertsommer 2003 sind für ältere und pflegebedürftige Menschen mit einer erhöhten Mortalitätsrate verbunden. Im Hitzesommer 2003 verstarben in Europa rund 70 000 Menschen mehr im Vergleich zu den Vorjahren 1998-2002. In der Altersgruppe der über 75-Jährigen verstarben 16,5% mehr Menschen im Vergleich zu den Vorjahren und bei den über 95-Jährigen stieg der Anteil fast um die Hälfte (46%) (siehe Anhang 2). Auch der Landkreis Osnabrück lag noch im Randgebiet der Hitzewelle.

Verkehrsbedingte Schadstoffemissionen führen zu Luftverschmutzungen, die sich negativ auf den menschlichen Organismus auswirken können. Feinstaub, Kohlenmonoxid, Ozon sowie Benzol, Schwefeldioxid und Stickstoffoxide (NO_x und NO₂) werden besonders für gesundheitliche Schädigungen verantwortlich gemacht.

Die Schadstoffbelastung der Luft wird in Melle nicht eigenständig gemessen, sodass keine explizite Aussage über die Luftqualität getroffen werden kann. Das Verkehrsaufkommen durch berufliche Nutzung (Pendlerverkehr) ist jedoch in Melle gesamthaft ähnlich hoch wie in Osnabrück; es pendeln zwar deutlich mehr Beschäftigte nach Osnabrück (59,5%), allerdings ist die Zahl der Auspendler geringer als in Melle (38,4%). Außerdem liegt die Autobahn A30 in direkter Nähe zum Stadtgebiet. Sie ist eine wichtige Ost-West-Verbindung für den Warenverkehr. Gleichzeitig ist in den Stadtteilen fast überall Industrie und Handwerk mit entsprechendem Verkehrsaufkommen angesiedelt. Es kann also vermutet werden, dass der Verkehr zu einer Schadstoffbelastung der Luft beitragen könnte. Nur zwei Stadtteile (Melle Mitte und Bruchmühlen) können über den Schienenverkehr erreicht werden.

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 (NO_x) 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 schreiben dem ländlichen Raum außerdem einen anderen mitmenschlichen Zusammenhalt zu im Vergleich zu städtischen Räumen (z. B. Hannover oder Osnabrück). Im ländlichen Raum und durch dörfliche Strukturen, die teilweise wie im Emsland und der Samtgemeinde Freren auch noch sehr durch die Religion bestimmt werden, sehen sie einen engeren Zusammenhalt in den Familien und in den Nachbarschaften. Das Gefühl einer Verpflichtung füreinander zu sorgen, auch über Familiengrenzen hinweg, sei im ländlichen Raum ausgeprägter und auch in den Modellgemeinden ein wichtiger Faktor in der Versorgungsgestaltung. Die Kleinteiligkeit der Strukturen sei auch für die professionellen Dienstleister von Vorteil. Durch überschaubare Strukturen und Dienstleister kennen sich die Akteure untereinander und finden nach Meinung der lokalen Akteure dadurch einen direkteren Zugang zu einander, der sich positiv auf die Zusammenarbeit auswirkt.

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 pflegenahе Fachdienste, neue Versorgungsmodelle und Wohnformen 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 die 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 Arztauskunft² 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 (≤ 20 km) 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.

Region und Ort		Anzahl Betten in der geriatrischen Fachversorgung			
		Akutkrankenhaus		Rehabilitation	
		n	Je 1000 EW ab 65 Jahre	n	Je 1000 EW ab 65 Jahre
Landkreis	Stadt Osnabrück	64		32	
Osnabrück	Georgsmarienhütte	36	1,4		1,2
	Bad Iburg			30	
	Melle			25	
Landkreis	Lingen	41	0,7	32	
Emsland	Meppen			10	0,7

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 Überversorgung 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/>

		Nieder- sachsen	Landkreis Emsland	Lingen (Ems)*	Landkreis Osnabrück	Melle
Betreute Patienten je niedergelassenem Hausarzt	je 1000 EW	1,6	1,7	1,6	1,9	1,7
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

Für die vollstationäre Langzeitversorgung stehen in Melle 6 Pflegeheime mit insgesamt 461 Pflegeplätzen zur Verfügung. Außerdem gibt es eine Einrichtung der solitären Kurzzeitpflege mit 21 Plätzen sowie 3 Einrichtungen, die insgesamt 42 Tagespflegeplätze anbieten. Die Pflegeheime bieten zudem die Möglichkeit von eingestreuten Kurzzeitpflegeplätzen an. In der Samtgemeinde Freren gibt es 2 Pflegeheime, wovon eines eine Facheinrichtung zur geschützten Unterbringung bei Demenz ist. Im erweiterten Einzugsgebiet von Freren gibt es 10 Einrichtungen der stationären Langzeitpflege mit insgesamt 458 Dauerpflegeplätzen und eingestreuter Kurzzeitpflege sowie 66 Tagespflegeplätzen. In der Verfügbarkeit an vollstationären Betten fällt auf, dass im Landkreis Emsland deutlich weniger Plätze vorhanden sind je 100 EW ab 65 Jahren im Vergleich zu den anderen Regionen. Trotzdem kann von Ressourcen ausgegangen werden, da die Auslastung der Pflegeheime moderat ist und die Versorgung der pflegebedürftigen Personen mehrheitlich im ambulanten und häuslichen Bereich stattfindet.

Im Versorgungsbereich der Kurzzeitpflege werden durch die lokalen Akteure Schwierigkeiten und Lücken beschrieben, die sich in den Daten der Landkreise wiederfinden. 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 mitfinanziert 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.

Die eingestreute Kurzzeitpflege ist daher abhängig von der Auslastung der Pflegeheime. Die lokalen Akteure in Melle und im Landkreis Osnabrück bemängeln in den Interviews, dass Kurzzeitpflegeplätze nicht ausreichend vorhanden seien; die Leistungserbringer sind daher gezwungen, auf Plätze in weiter Entfernung vom Wohnort auszuweichen. Dieser beschriebene Mangel findet sich vor allem in Melle; die Auslastung ist so hoch, dass von einer Vollbelegung ausgegangen werden kann und auch im Landkreis Osnabrück zeigen sich kaum vorhandene Ressourcen der Pflegeheime. Erschwerend hinzu kommt, dass auch das Angebot an solitärer Kurzzeitpflege gering ist, beispielsweise im Vergleich zum Landkreis Emsland.

		NDS	LK OS	Melle	LK EL	SG Freren
Vollstationäre inkl. Kurzzeitpflegeplätze	(je 100 EW ab 65 Jahren)	6	5,2	5,0	4,1	6,6
Solitäre Kurzzeitpflegeplätze		0,05	0,09	0,06	0,17	0
Auslastung der Pflegeheime	%	89,2	94,2	99,1	91,9	75,5
Tagespflegeplätze	(je 100 EW ab 65 Jahren)	0,4	0,9	0,83	0,88	1,0

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 erhoben³. 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 notwendige realistische Abbildung der momentanen Versorgungslage.

2015	Pflegebedürftige (n)	Personal			
		Fachpersonen		Übriges Personal	
		n	Pro Kopf Verhältnis	n	Pro Kopf Verhältnis
Niedersachsen	103 305	25 576	4,0	59 649	1,7
Landkreis Emsland	3 067	845	3,6	1 831	1,7
SG Freren	132	39	3,4	63	2,1
Landkreis Osnabrück	4 361	1 198	3,6	2 938	1,5
Melle	602	38	4,9	81	2,3

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

³ Zu den Fachpersonen zählen: Staatlich anerkannte/r Altenpfleger/in, Krankenschwester, Krankenpfleger, Heilerziehungspfleger/in, Heilerzieher/in, Kinderkrankenschwester, -pfleger, Abschluss einer pflege-wissenschaftlichen Ausbildung (FH/Uni); zum übrigen Personal zählen: Staatlich anerkannte/r Altenpflegehelfer/in, Krankenpflegehelfer/in, Heilerziehungspflegehelfer/in, Sonstiger pflegerischer Beruf, Sonstiger Abschluss im Bereich der nichtärztlichen Heilberufe, Familienpfleger/in mit staatlichem Abschluss, Dorf-helfer/in mit staatlichem Abschluss, Fachhauswirtschafter/in für ältere Menschen, Sonstiger, hauswirt-schaftlicher Berufsabschluss, Sonstiger Berufsabschluss, ohne Berufsabschluss/noch in Ausbildung, Heil-pädagogin, Heilpädagogin, Ergotherapeut/in (Beschäftigungs-,Arbeitstherapeut/in), Physiotherapeut/in (Krankengymnast/in), Sozialpädagogischer/-arbeiterischer Berufsabschluss

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

Die Versorgung mit ambulanten pflegerischen und pflegenahen Dienstleistungen leisten die ambulanten Pflege- und Sozialdienste der Freien Wohlfahrt bzw. privater Organisationen. In Melle gibt es fünf ambulante Pflegedienste, wovon zwei in privater Trägerschaft sind, zwei in kirchlicher und einer in öffentlich-rechtlicher Trägerschaft. Die Pflegedienste in Melle arbeiten versorgen auch Bewohnerinnen und Bewohner des Nachbarlandes NRW. Im Jahr 2015 erhalten in Melle 541 pflegebedürftige Menschen Hilfe und Pflege durch einen ambulanten Pflegedienst; das entspricht 33,2% der Pflegebedürftigen.

In der Samtgemeinde Freren selbst gibt es einen Pflegedienst in kirchlicher Trägerschaft. Obwohl nicht ausgeschlossen werden kann, dass Pflegedienste der Nachbargemeinden oder –städte einzelne Betroffene in der Samtgemeinde versorgen, scheint der Pflegedienst eine relative Monopolstellung aufzuweisen; in den Experteninterviews wird berichtet, dass andere Pflegedienste kaum vertreten sind und „in Freren nicht Fuß fassen können“. Der Pflegedienst der Samtgemeinde gibt in einer direkten Befragung 2017 an, ca. 300 Personen zu betreuen; im erweiterten Einzugsgebiet (SG Freren, SG Spelle, Bawinkel, Lengerich und Fürstenau/Stadt) erhalten nach Angaben des Landesamtes für Statistik im Jahr 2015 insgesamt 480 Personen ambulante Pflege.

Der Leistungsumfang der Pflegedienste beider Modellgemeinden unterscheidet sich nicht; sie erbringen alle Leistungen 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.

In der postalischen Befragung der Leistungserbringer der stationären und ambulanten Langzeitpflege zur Personal- und Versorgungssituation wurden Angaben zur Personalmenge erhoben⁴. Da die Anbieter nicht alle die Frage nach Vollzeitäquivalenten ihres Personals angegeben haben, wird in der folgenden Darstellung die Darstellung pro Kopf gewählt. Anzumerken ist hierbei, dass dadurch falsch positive Verzerrungen entstehen können. Hinzu kommt, dass in Melle nur drei der fünf Pflegedienste geantwortet haben. Daher müssen die Informationen als Hinweis gewertet werden und nicht als notwendig realistische Abbildung der momentanen Versorgungslage.

Nach der Pflegestatistik 2015 versorgen in den Regionen Niedersachsen und auf Ebene der Landkreise ungefähr gleichviele Fachpersonen 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

⁴ Zu den Fachpersonen zählen: Staatlich anerkannte/r Altenpfleger/in, Krankenschwester, Krankenpfleger, Heilerziehungspfleger/in, Heilerzieher/in, Kinderkrankenschwester, -pfleger, Abschluss einer pflegewissenschaftlichen Ausbildung (FH/Uni); zum übrigen Personal zählen: Staatlich anerkannte/r Altenpflegehelfer/in, Krankenpflegehelfer/in, Heilerziehungspflegehelfer/in, Sonstiger pflegerischer Beruf, Sonstiger Abschluss im Bereich der nichtärztlichen Heilberufe, Familienpfleger/in mit staatlichem Abschluss, Dorfhelfer/in mit staatlichem Abschluss, Fachhauswirtschaftler/in für ältere Menschen, Sonstiger, hauswirtschaftlicher Berufsabschluss, Sonstiger Berufsabschluss, ohne Berufsabschluss/noch in Ausbildung, Heilpädagogin, Heilpädagoge, Ergotherapeut/in (Beschäftigungs-, Arbeitstherapeut/in), Physiotherapeut/in (Krankengymnast/in), Sozialpädagogischer/-arbeiterischer Berufsabschluss

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

Auf Ebene der Gemeinden zeigt sich ein deutlich unterschiedliches Bild. Die Fachkräfte betreuen auf Ebene der Gemeinde fast doppelt so viele Pflegebedürftige im Vergleich zu den Landkreisen und dem Land. In der Samtgemeinde betreuen die Fachpersonen des Pflegedienstes 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.

2015	Pflegebedürftige (n)	Personal			
		Fachpersonen n	Pro Kopf Verhältnis	Übriges Personal n	Pro Kopf Verhältnis
Niedersachsen	79 651	16 013	5,0	19 681	4,0
Landkreis Emsland	4 013	788	5,1	996	4,0
SG Freren	300	35	8,6	15	20
Landkreis Osnabrück	3 351	743	4,5	769	4,4
Melle	602	61	10,1	45	13,4

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 betreute Wohnformen vorhanden. Es steht zu vermuten, dass dort auf Grund der kontinuierlichen Anwesenheit von Fachpersonen mehr Vollzeitpensen 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 Intensivpflege nicht in das Community Health Assessment aufgenommen wurde, könnten hier auf Ebene der Gemeinde Verzerrungen vorliegen. Auch Stadt-Land-Unterschiede könnten zum Tragen kommen. Städtische Pflegedienste könnten vor allem von jüngeren Fachpersonen profitieren, die Berufserfahrungen und Lebenserfahrung in einem städtischen Umfeld sammeln möchten.

Ehrenamtliche, kirchliche und pflegenahе Dienstleistungen

Ergänzt wird das professionelle Angebot durch viele ehrenamtliche Tätigkeiten, Vereine und kirchliche Angebote. Besuchsdienste, Mahlzeitservice und Freizeitbetreuung wird in beiden Regionen umfassend angeboten. Auch zahlreiche Selbsthilfegruppen stellen Gesprächs-, Entlastungs- und Freizeitangebote für verschiedene Gruppen zur Verfügung. Im Bereich pflegebedürftiger Menschen sind hier Selbsthilfegruppen für pflegende Angehörige zu nennen, aber auch für Betroffene und Angehörige von Menschen mit Demenz oder psychiatrischen Erkrankungen sowie für andere Erkrankungen.

Themenfeld	Stadt Melle	Samtgemeinde Freren
Beratung	<ul style="list-style-type: none"> - Seniorenservicebüro im Landkreis Osnabrück - Selbsthilfe aktiv - Gesundheitsregion von Landkreis und Stadt Osnabrück - Familienwegweiser Melle - Alt (er) leben Seniorenratgeber Melle 	<ul style="list-style-type: none"> - SKF e.v. - Caritas Gruppe Freren - Familienzentrum Freren - Deutsches Rotes Kreuz Thuine
Veranstaltungen, Kultur	<ul style="list-style-type: none"> - Meller Quartal. Politik, Gesellschaft, Kultur und LebensArt im Grönegau - Veranstaltungskalender der Stadt und der Einzelgemeinden 	<ul style="list-style-type: none"> - Gemeindebriefe der Kirchen - Webseite/App der Gemeinde
Projekte	<ul style="list-style-type: none"> - Jung für Alt – Lindenschüler helfen - Gemeinsam statt Einsam (Orsteilprojekt) 	<ul style="list-style-type: none"> - Gemeinsamer Mittagstisch der Kirchen und Gemeinden - Das interkulturelle Projekt „Lebenswege“ in Freren
Wohnen	<ul style="list-style-type: none"> - Komfortabel und barrierefrei wohnen. Informationen und Tipps für Haus- und Wohnungseigentümer, Bauherren und Mieter - Die Zukunft des Wohnens in Melle – Wohnen im Alter 	<ul style="list-style-type: none"> - Ehrenamtliche Wohnberatung Emsland e.V.
Unterstützung und Betreuung	<ul style="list-style-type: none"> - Wenn Mama fehlt... Ev. Dorfhelferinnen e.V. - Bundesweit Wer hilft wem - Die Meller Suppenküche - Wegweiser für Ehrenamtliche im Landkreis Osnabrück - Div. Selbsthilfegruppen 	<ul style="list-style-type: none"> - Senioren-Service-Büro - Div. Selbsthilfegruppen

Tab. 12: Ehrenamtliche, kirchliche und pflegenahе Angebote in Melle und der SG Freren

Im Zuge dieses Community Health Assessment wurden die Angebote, die während des Windshield Survey in Form von Flyern oder Broschüren bei den Gemeinden und im Internet gesammelt 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 Ansprechperson mehr vorhanden war (Wenn Mama fehlt...e.V.) oder die Angebote nicht mehr aktuell waren, sondern zeitlich veraltet (Alt(er)leben – Seniorenratgeber Melle).

Besonders im Hinblick auf die Beratung über Versorgungsmöglichkeiten sind die kommunalen Pflege- und Seniorenstützpunkte ein wichtiger Akteur. Beide Pflegestützpunkte haben im Rahmen des Community Health Assessment Angaben über den Umfang ihrer Tätigkeiten geben.

Der Pflegestützpunkt des Emslandes hat im Jahr 2016 in der Samtgemeinde Freren 86 Beratungen durchgeführt. Fast zwei Drittel der Beratungen (60,4%) wurden über das Telefon durchgeführt, gefolgt von schriftlichen Beratungen z. B. via Mail (19,8%). Nur etwa jede 6. Beratung (16,3%) erfolgte durch einen Hausbesuch. Der Pflege- und Seniorenstützpunkt des Landkreises Osnabrück hat im Zeitraum von 2008 bis 2015 nach eigenen Angaben 2226 Beratungen im Landkreis durchgeführt. In dieser Zeit wurden in Melle 175 (7,9%) Beratungen geleistet.

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.

In beiden Gemeinden wird eine Zusammenarbeit durch die Akteure als positiv bewertet, wenn sie auf Vertrauen und Wertschätzung der Kompetenz, der Erfahrung und des Wissens des jeweils anderen beruht. Die vertrauensvolle Arbeitsbeziehung wird gefördert durch kurze Wege, eine direkte persönliche Kommunikation, klare Ansprechpartner und Verantwortlichkeiten und eine strukturierte Vorgehens- oder Arbeitsweise. Ein gemeinsames Problembewusstsein und die Verfolgung gemeinsamer Ziele unterstützt dabei den Aufbau eines „Wir-Gefühls“.

Nach Meinung der lokalen Akteure können die Faktoren durch die Digitalisierung positiv beeinflusst werden; durch Schwierigkeiten in der praktischen Umsetzung nimmt der Aspekt der Digitalisierung jedoch eine Zwitterrolle ein und wird auch kritisch bewertet. Als positiv bewerten die Akteure gemeinsam genutzte Kommunikationstools innerhalb eines Sektors. Die gemeinsame Nutzung durch Medizin, Pflege und Sozialdienst im Krankenhaus hat die kommunikativen Prozesse zwischen den Berufsgruppen positiv gefördert und Informationslücken geschlossen. Negativ bewertet wird, dass eine Öffnung „nach außen“ oder auch die Verbindung mit weiteren Leistungserbringern auf Grund der unterschiedlichen technischen Voraussetzungen finanziell nicht umsetzbar sei. Gerade die Pflegekassen kritisieren in diesem Zusammenhang strenge Datenschutzvorgaben, die den weiteren Ausbau der Digitalisierung erschweren würden. Hinzu kommt, dass sowohl datenschutzrechtliche Vorgaben als auch Qualitätskriterien in der Leistungserbringung den Verwaltungsaufwand erhöht haben, was die lokalen Akteure ebenfalls als Hemmnis wahrnehmen. Durch die komplexen administrativen Abläufe kommt es zu einer Arbeitsverdichtung, die insbesondere den als förderlich betrachteten persönlichen Austausch verdrängt.

Als besondere Schwierigkeit in der Zusammenarbeit nehmen die lokalen Akteure Situationen wahr, in denen unterschiedliche Blickwinkel auf Bedarfslagen und deren Lösung 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 abschätzbar 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.

Intersektorale Übertritte und Versorgungssituationen stellen für die Zusammenarbeit der Leistungserbringer eine Schwierigkeit dar. Gerade bei pflegebedürftigen Menschen, die oftmals über einen komplexen Versorgungsbedarf verfügen, führen Übertritte immer wieder zu Versorgungsbrüchen und Informationsverlust. Expertenstandards können in solchen Situationen einen wichtigen Beitrag dazu leisten, trotz unterschiedlicher Personen, einen umfassenden Informationsfluss in allen Bereichen zu etablieren.

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
- Patienten mit dem Risiko eines Verlustes von Rehabilitations- und gesundheitlichen Potenzialen (DNQP 2019).

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.

Standardkriterium	Inhalte aus Berichten, Homepages, Flyern/Broschüren und den Interviews
Standardkriterium 1 empfiehlt die Anwendung einer schriftlichen Verfahrensregelung, die die Multidisziplinarität des Prozesses berücksichtigt. Außerdem beschreibt das Kriterium weiter, dass nach einem initialen Assessment zur Spezifizierung von Versorgungsbedarfen weitere Instrumente angewandt werden sollten.	In den verfügbaren Qualitätsberichten der Krankenhäuser ist die Umsetzung unter dem Punkt MP 15 festgehalten. Darin werden festgelegte Abläufe, geregelte Zuständigkeiten und Arbeitsgruppen mit umliegenden Anbietern aufgeführt. Assessmentinstrumente werden angewendet wie z. B. der Barthel-Index als geriatrisches multidimensionales Assessment, aber gleichzeitig wird der Intuition, Erfahrung und dem Gefühl der Pflegefachkräfte eine hohe Bedeutung beigegeben.
In Standardkriterium 2 werden die Kompetenzen der Pflegefachkraft im Hinblick auf die Planung und Steuerung des Entlassungsmanagements.	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

Standardkriterium	Inhalte aus Berichten, Homepages, Flyern/Broschüren und den Interviews
<p>Kenntnisse über regionale Versorgungsangebote gelten dabei als Voraussetzung.</p>	<p>wider. Er ist für das weitere Management des Prozesses verantwortlich.</p> <p>Kenntnisse über regionale Versorgungsangebote vor allem im Bereich des Ehrenamtes und der niederschweligen Hilfe und Unterstützung wird bei den Pflegenden eher nicht vermutet. Die Pflegedienstleitung geht nicht davon aus, dass die Pflegenden der Stationen über Wissen dieser Art verfügen oder es in die Austrittsplanung einfließen lassen. Im Qualitätsbericht werden einzelne Selbsthilfegruppen in einer vertieften Zusammenarbeit in speziellen Krankheitsbildern benannt.</p>
<p>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.</p>	<p>Eine gemeinsame Übergabe aller Beteiligten wird als Idealbild betrachtet, das auf Grund der aktuellen Arbeitsverdichtung mit hohem Zeitdruck kein Raum gegeben werden kann. Vor allem in letzten Jahren haben die vorab stattfindenden Besuche durch die nachversorgenden Leistungserbringer spürbar nachgelassen. Innerhalb der eigenen Organisation oder des eigenen Sektors hingegen werden gemeinsame Übergaben oder auch Fallbesprechungen als qualitativ besser und für die Leistungserbringung sinnvoll erachtet.</p>
<p>Standardkriterium 3 beschreibt die Beratungskompetenzen der Pflegefachkräfte im Hinblick auf poststationäre Versorgungsbedarfe. Von Bedeutung sind dabei nicht nur handlungsorientierte Fähigkeiten und Fertigkeiten der Betroffenen im Umgang mit ihren Symptomen; der Fokus sollte auch auf Selbstmanagementfähigkeiten im Hinblick auf die Integration der Pflegebedürftigkeit in den Alltag und Akzeptanzprozessen liegen.</p>	<p>Fachliche Beratungen finden jederzeit und ungeplant am Krankenbett statt. Der Fokus liegt auf Behandlungsbedarfen und Symptomkontrolle wie Umgang mit Hilfsmitteln, Bilanzierungen oder wann ein Arzt aufgesucht werden sollte. Akzeptanzprozesse dauern länger als die aktuellen Verweildauern in der Akutversorgung und können daher nur in geriatrischen Spezialabteilungen begonnen und begleitet werden.</p>
<p>In Standardkriterium 4 wird eine erste Evaluation der Entlassungsplanung vor dem Zeitpunkt der Entlassung angesprochen. Die Pflegefachkraft verfügt dabei über Fähigkeiten, die bisherige Planung mit den tatsächlichen Bedarfen abzugleichen.</p>	<p>In der praktischen Erfahrung der Betroffenen und ihrer Angehörigen sind unangemeldete und kurzfristige Entlassungen häufig. Dabei ist weniger der Bedarf der Patienten oder die Beurteilung der Pflegefachkraft der wahrgenommene ausschlaggebende Faktor für die Entlassung, sondern individuelle ärztliche Entscheidungen und Bedarfe der Organisation.</p>
<p>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,</p>	<p>Die Wahrnehmung über ein mögliches Feedback ist bei den Krankenhäusern und den nachversorgenden Leistungserbringern sehr heterogen. Die Krankenhäuser geben regelmäßig Feedbackvor-</p>

Standardkriterium	Inhalte aus Berichten, Homepages, Flyern/Broschüren und den Interviews
ihren Angehörigen oder den nachversorgenden Einheiten geführt werden soll.	lagen mit, erhalten jedoch kaum noch welche zurück. Die nachversorgenden Leistungserbringer hingegen bemängeln, dass ihr Feedback zu keiner wahrnehmbaren Veränderung führt und es von einzelnen Organisationen oder sogar Personen innerhalb der Organisationen abhängig ist, wie die Entlassung verläuft.
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.

Tab. 13: Zusammenfassung umgesetzter Empfehlungen gemäß Expertenstandard "Entlassungsmanagement in der Pflege" (DNQP 2019) in Melle und der SG Freren

Grundsätzlichen 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 Verdauungsbeschwerden erstmalig aufgenommen und 10,4% wurden auf Grund einer bösartigen Tumorerkrankung behandelt. 8,9% der Behandlungsfälle wurden durch Patienten mit muskuloskeletalen Erkrankungen verursacht und lediglich in 0,5% war eine Diagnose aus dem Bereich psychischer und Verhaltensauffälligkeiten der Einweisungsgrund.

ICD-Code		Anzahl Fälle (n)	%
I00-I99	(Krankheiten des Kreislaufsystems)	6292	18,2
K00-K93	(Krankheiten des Verdauungssystems)	3870	11,2
C00-C97	(Bösartige Neubildungen)	3594	10,4
M00-M99	(Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes)	3100	8,9
G00-G99	(Krankheiten des Nervensystems)	2196	6,3
R00-R99	(Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die anderenorts nicht klassifiziert sind)	1983	5,7
J00-J99	(Krankheiten des Atmungssystems)	1332	3,8
E00-E90	(Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten)	684	2,0
F00-F09	(Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen)	176	0,5

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 dominieren 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.

ICD-Code	Wiederaufnahmen unabhängig von Hauptdiagnose (n total = 4778)			ICD-Code	Wiederaufnahmen bei gleicher Hauptdiagnose (n total = 2108)		
	n	%	Zeitraum (Tage)		n	%	Zeitraum (Tage)
C00-C97	1322	36,8	13	C00-C97	1140	31,7	14
J00-J99	174	13,1	11	G00-G99	137	6,2	15
F00-F09	20	11,4	12	K00-K93	222	5,7	12
E00-E09	77	11,3	11	I00-I99	352	5,6	12
R00-R99	225	11,3	11	J00-J99	69	5,2	13
K00-K93	431	11,1	12	M00-M99	118	3,8	13
G00-G99	229	10,4	13	R00-R99	53	2,7	10
I00-I99	618	9,8	12	E00-E90	16	2,3	9
M00-M99	191	6,2	14	F00-F09	1	0,6	1

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

Die Versorgungsgestaltung für Pflegebedürftige in den Gemeinden orientiert sich nicht nur an den individuellen Bedürfnissen der Betroffenen und ihrer Familien, sondern wird auch bestimmt durch die Rahmenbedingungen der professionellen Dienstleister, der Gemeinde sowie der Rollenidentifikation von Schlüsselpersonen.

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.

Der Wunsch der Betroffenen, trotz Einschränkungen und bei Pflegebedürftigkeit solange als möglich in der eigenen Häuslichkeit wohnen bleiben zu können, ist mittlerweile ein wenig hinterfragter Umstand, der unter anderem zum bekannten Leitsatz „Ambulant vor stationär“ geführt hat. Alle interviewten lokalen und überregionalen Akteure halten die Ausrichtung der Versorgung auf den ambulanten und häuslichen Bereich für richtig und handeln in ihrer Arbeit entsprechend einer Identifikation mit diesem Leitsatz. So ist es beispielsweise für die interviewten Hausärzte Teil ihrer Rollenidentifikation Hausbesuche zu machen, weil gerade auch soziale Aspekte der Hausbesuche neben dem medizinischen Leistungsauftrag für ihre Entscheidungsfindung über Versorgungsbedarfe von besonderer Bedeutung sind. Ärztliche Hausbesuche sind nach Bundesmantelvertrag – Ärzte (Stand Juli 2018) gemäß § 17, Absatz 6 durch jeden Hausarzt verpflichtend durchzuführen, sofern der Wohnort im „üblichen Praxisbereich“ des Hausarztes liegt.

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.

Wenn punktuelle und zeitliche begrenzte Besuche durch verschiedene Leistungserbringer nicht ausreichen, nutzen viele Betroffene die Leistungen einer 24-Stunden-Betreuungsperson. Hierbei spielen nicht ausschließlich Versorgungsbedarfe eine Rolle, sondern auch emotionale Faktoren wie Angst vor unerwarteten Ereignissen oder Hilfslosigkeit. Entsprechend ist auch in den beiden Modellgemeinden die „Care Migrantin“, eine meist aus osteuropäischen Ländern stammende Betreuungs- und Pflegeperson, die über einen bestimmten Zeitraum kontinuierlich bei den Betroffenen lebt und sie versorgt, ein bekanntes Versorgungsmodell. Die lokalen Akteure beschreiben, dass sie gute Erfahrungen mit den Pflegepersonen gemacht haben, weil Bedarfe auf allen Ebenen gedeckt und ein Verbleib in der Häuslichkeit dadurch ermöglicht wird. Technische Unterstützung wie Notrufsysteme oder Hausnotrufdienste sind zwar auch weit verbreitet, würden jedoch nicht im gleichen Ausmaß Sicherheit vermitteln wie eine Betreuungsperson. Vor allem die Leistungsträger sehen den Leitsatz „Ambulant vor Stationär“ in manchen Bedarfslagen kritisch. Die häusliche Intensivpflege ist ein Bereich, der hohes Fachwissen und hohe personelle Ressourcen benötigt. Im Zusammenhang mit Fachkräftemangel sehen sie die Versorgung von Pflegebedürftigen mit einem technisch intensiven Versorgungsbedarf in der häuslichen Versorgung als kaum noch machbar an.

Eine wachsende Gruppe mit individuellen Versorgungsbedarfen in der Stadt Melle sind die älteren Pflegebedürftigen mit muslimischem Hintergrund. Die Mehrheit der Meller Bevölkerung mit einem Migrationshintergrund kommt ursprünglich aus der Türkei (siehe Kapitel Population). Obwohl die meisten mit Migrationshintergrund noch im erwerbsfähigen Alter sind, betont der Vertreter der islamischen Gemeinde von Melle, dass im Hinblick auf die stationäre Langzeitversorgung von Musliminnen und Muslimen neue Strategien und Versorgungsmodelle geschaffen werden müssen.

Altersgruppen	Einwohner (n)		Häufigste Herkunftsländer (%)			
	total	mit Migrationshintergrund	Polen	Türkei	Rumänien	Naher Osten (Syrien)
0-20	10 125	724	2,7	3,5	1,5	1,9
21-65	27 740	2 618	13,1	17,2	5,6	1,7
davon 21-45	5 584	1 731	70,5	66,8	84,8	68,2
65+	8 834	403	0,2	3,1	0	0
davon ab 80	2 516	16	0,03	0,2	0	0

Tab. 16: Anteil der Einwohner mit Migrationshintergrund in Melle

Die Pflege und Betreuung älterer und hilfebedürftiger Familienmitglieder wird in der islamischen Religion als Pflicht aller Gläubigen verstanden. Entsprechend hoch ist die familiäre Pflege und zum Zeitpunkt des Assessments entsprechend gering die Anzahl an muslimischen Bewohner*innen in den Meller Pflegeheimen. Lediglich in einem der drei von den interviewten Akteuren geleiteten Alten- und Pflegeheimen lebte ein Bewohner oder eine Bewohnerin mit türkischem Migrationshintergrund; auch der Vertreter der Glaubensgemeinschaft bestätigt, dass ihm lediglich zwei Mitglieder bekannt seien, die in der stationären Langzeitversorgung leben.

Für die wachsenden Bedarfe in der stationären Langzeitpflege sieht er vor allem zwei Gründe: während bis vor wenigen Jahren noch viele türkisch stämmige Menschen mit Eintritt in das Rentenalter in ihre Heimat zurückgegangen sein, bleiben nun viele in Deutschland, weil ihre Kinder und engen Bezugspersonen ebenfalls hier leben. Gleichzeitig verändert die kulturelle Prägung der jüngeren Generation die Haltung gegenüber der religiösen Pflicht zur Versorgung und Unterstützung. Die Berufstätigkeit der jungen Generation wird als Lebensstandard immer wichtiger. Wie in Deutschland bereits heute wird sich der Bedarf nach professioneller Pflege vor allem durch das Wegbrechen dieser traditionellen Rollenverteilungen in der jüngeren Generation (den heute ab 20-Jährigen) bemerkbar machen, vermutet der verantwortliche der muslimischen Gemeinde. Obwohl er aktuell noch keinen Kontakt zu Kirchen und Wohlfahrtsverbänden aufgenommen hat, ist die Frage nach der kultursensiblen Pflege muslimischer älterer Menschen ein Thema, das diskutiert werden sollte. Fragen nach Sprachverständnis und Kommunikationsmöglichkeiten, Respekt vor religiös geprägten Verhaltens- und Lebensweisen, wenn Kooperationen mit kirchlichen, öffentlichen und privaten Anbietern geschlossen werden, sind ebenso unbeantwortet wie der Aspekt der Ghettoisierung, wenn muslimische Pflegeheime in Betrieb genommen würden.

Erste Strukturen in diesem Bereich hat der Landkreis Osnabrück mit dem Projekt der „Interkulturelle Lotsen“ geschaffen. Das Projekt soll Menschen mit Migrationshintergrund das Zurechtfinden im deutschen Gesundheitssystem durch Begleitung, Beratung und Information erleichtern. Es fokussiert dabei diejenigen, die in der eigenen Häuslichkeit leben.

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 Beratungssituationen geschaffen:

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

- Die Pflegekassen haben nach SGBXI die Pflicht zur Information und Aufklärung (§7 SGBXI)
- Sogenannte Pflegeberater unterstützen Betroffene durch eine individuelle Beratung im Hinblick auf Auswahl und Inanspruchnahme bundes- oder landesrechtlicher Sozialleistungen und anderer Hilfe- und Unterstützungsangeboten (Rechtsgrundlage §7a SGBXI). Pflegeberater können z. B. in den Pflegestützpunkten oder bei den Kranken- und Pflegekassen selbst angesiedelt sein, sie können aber auch als Einzelpersonen oder aus Pflegeeinrichtungen, aus dem Ehrenamt und der Selbsthilfe oder der Agentur für Arbeit herausarbeiten.
- Betroffene und ihre Familien haben außerdem Anspruch auf Pflegekurse zur Schulung in pflegerischen und betreuerischen Versorgungssituationen (Rechtsgrundlage §45 SGBXI). Anbieter der Schulungen sind stationäre Einrichtungen, aber auch Kranken- und Pflegekassen oder ambulante Pflegeanbieter.
- Pflegegeldempfänger sind nach §§37 und 45 SGBXI verpflichtet, Beratung zur Pflege in Anspruch zu nehmen. Die Leistung kann durch Pflegedienste, Pflegestützpunkte oder andere durch die Pflegekassen anerkannte Beratungsstellen mit pflegefachlicher Kompetenz erbracht werden.

Beratungsgespräche, die die lokalen Akteure erbringen, finden in unterschiedlichen Strukturen und mit unterschiedlichen Zielen statt. Sie reichen von „Zwischen-Tür-und-Angel-Gesprächen“ beim Hausarzt bis hin zur offiziellen Pflegeberatung durch Pflegestützpunkte oder Pflegeberater der Pflegekassen. Sie dienen entweder der Koordination und Vermittlung von Leistungen oder aber dem Wissensaufbau von Betroffenen und Angehörigen. Insbesondere die Pflegedienste stellen fest, dass Beratung „jeden Tag“ stattfindet, dass sie jedoch nur einen Teil dieser Leistungen abrechnen können. Der Auftraggeber für die unterschiedlichen Beratungsformen variiert bei den pflegerischen Dienstleistern ebenfalls. Während im Hinblick auf Koordination und Vermittlung von Leistungen meistens Betroffene oder Angehörige selbst die Beratung suchen, sind es im Hinblick auf Wissensaufbau z. B. im alltäglichen Bedarf zur Sturzprophylaxe meist die professionellen Dienstleister die den Bedarf erkennen und entsprechend beratend tätig werden.

Die Experten beschreiben Risiken und Grenzen der Leistung Beratung. Das Ziel der Beratung ist wie oben geschildert die Wissens- und Informationsvermittlung über Versorgungsangebote. Durch die zum Teil prekären Versorgungslagen und -lücken im Gesundheitswesen sehen die Leistungserbringer die Gefahr, dass zwar Beratungen durchgeführt werden, die jedoch in der praktischen Anwendung keinen Widerhall mehr finden. Eine solche Beratung wird als sinnlos erachtet und sichert nicht die Versorgung der Bedarfe, die zur Beratungssituation geführt haben. Das breite Beratungsangebot und die breite Beratungspflicht der ambulanten Pflegedienste werden auch kritisch gesehen. Durch wirtschaftliche Eigeninteressen als Betrieb kritisieren die Experten, dass die notwendige Neutralität und der Fokus auf die Selbständigkeit pflegebedürftiger Menschen nicht ausreichend berücksichtigt werde. Allerdings nehmen die Betroffenen die Pflegedienste als bekannte und verlässliche Institutionen wahr und suchen, wenn sie Beratung benötigen, „den Pflegedienst um die Ecke“ auf.

Die Aufgaben der Leistungserbringer und die Möglichkeiten zur individuellen Versorgungsgestaltung pflegebedürftiger Menschen sind im Gesundheits- und Sozialwesen eng miteinander verbunden. Überschneidungen der Handlungsfelder und unklare oder doppelt belegte Verantwortlichkeiten führen unweigerlich zu einer intensiven Zusammenarbeit zwischen den Leistungserbringern. Die Experten sehen daher ein großes Potential in der Ausbildung von Teams und Netzwerken innerhalb der gemeindenahen Versorgung.

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.

Die Zusammenarbeit im Netzwerk sollte nach Meinung der Experten geprägt sein von einer offenen Haltung der jeweiligen Akteure, weil die Zusammenarbeit sowohl strukturiert über Netzwerktreffen aber auch unstrukturiert und spontan bei Bedarfen erfolgt. Die Leistungserbringer berichten von spontanem Austausch der Verantwortlichen, wenn es Schwierigkeiten gibt oder Bedarfe erkannt werden. Ein gemeinsamer „Runder Tisch“ gab es bis vor einigen Jahren auf Ebene der Pflegedienstleitungen in Melle. Obwohl wenig „Konkretes erarbeitet wurde“, war der gegenseitige Austausch wichtig für das Vertrauensverhältnis zwischen den Akteuren. Ein solches Netzwerk halten die lokalen Akteure für sinnvoll und sehen dabei auch eine leitende Rolle für die politische Gemeinde, sofern „die Politik“ nicht im Mittelpunkt stehe. Auf kommunaler Ebene finden in beiden Regionen regelmäßige Pflege- oder Gesundheitskonferenzen statt, die die zentralen Partner der pflegerischen und/oder gesundheitlichen Versorgung über Neuerungen informieren und den gemeinsamen Austausch fördern sollen.

Ein besonderer Unterschied, der im Hinblick auf die lokal organisierte Versorgungsgestaltung relevant werden könnte, sind die unterschiedlichen zeitlichen Möglichkeiten der lokalen Akteure. Während die Verantwortlichen der politischen Gemeinden die Netzwerkarbeit z. B. mit den Kommunen oder den Seniorenbeiräten und –beauftragten als Teil ihrer Arbeitszeit erbringen, ist die Vernetzung medizinischer und pflegerischer Akteure nicht vergütet und daher außerhalb der Arbeitszeit. Zeitdruck, die Möglichkeiten zu Refinanzierung und wenig sichtbare Auswirkungen der Netzwerkarbeit erschweren dadurch die Vernetzung professioneller Dienstleister mit der Gemeinde.

Viele ehrenamtliche Strukturen entstehen auf Grund erkannter Bedarfe innerhalb der Bevölkerung und werden mit Unterstützung übergeordneter Organisationen, wie z. B. den Kommunen, aufgebaut (DUO-Begleiter⁵). Hierbei ist besonders im pflegerisch-sozialen Bereich die Qualifikation ehrenamtlicher Helfer ein Bereich, den die Gemeinden selbst nicht übernehmen können und der dann über Landkreise organisiert wird. Die ehrenamtlichen Helfer können dann formell über den Landkreis abgerufen werden z. B. durch Kontaktaufnahme zu den Pflegestützpunkten; viele Aktivitäten bleiben jedoch auch auf institutioneller oder Gemeindeebene und damit auch auf einer informellen Ebene.

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. Zeitliche 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_pflegestuetzpunkte_niedersachsen/beratungsstrukturen-fur-seniorinnen-und-senioren-sowie-fur-pflegebeduerftige-14162.html

Die informellen Strukturen sollten durch eine zentrale Stelle „verwaltet“ werden. Damit ist gemeint, dass die zentrale Stelle die Angebote im Überblick hat, ihre Outcomes erhebt, die Angebote vermitteln kann und für die generelle Strukturierung der Angebote verantwortlich ist. Nicht nur die Leistungserbringer, auch die Betroffenen und ihre pflegenden Angehörigen sehen hierin einen Bedarf. Sie kennen oftmals die Angebote, die vor Ort vorhanden sind, nicht. Eine zentrale Anlaufstelle, die diese Informationen bündelt und anhand der individuellen Bedarfe eine Unterstützung organisieren würde, bedeutet für sie eine Entlastung im alltäglichen Leben. Allerdings sehen sie auch noch einen weiteren Aspekt. Der Einbezug von Dritten in die Betreuung, bietet beiden Partnern – den Betroffenen sowie den Angehörigen – die Möglichkeit, ihre auf die Versorgungssituation begrenzte Lebenswelt zu erweitern. Eine dritte Person in der Betreuung kann so als psychische Entlastung dienen, weil Betroffene und/oder Angehörige einen weiteren Gesprächspartner haben; Kinder, andere Familienangehörige oder andere professionelle Dienstleister werden mit einem anderen Auftrag verbunden als ehrenamtlich Mitarbeitende.

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

Die Zusammenarbeit der lokalen Akteure ist von vielfältigen Faktoren abhängig wie in den vorherigen Kapiteln beschrieben wurde. Aus den Interviews heraus wurde fördernde und hemmende Faktoren der Zusammenarbeit deutlich, die auf eine inhaltliche und strukturelle Förderung der Zusammenarbeit übertragen werden können. Die Analyse dieser Faktoren enthält ebenfalls einige Handlungsempfehlungen für eine potentielle Gestaltung vor Ort.

Inhaltliche Gestaltung

Durch die komplexen Versorgungsstrukturen, die sowohl durch gesundheitlichen Veränderungen als auch durch die gesetzliche Grundlage getriggert werden, sind viele verschiedene Akteure in zum Teil überlappenden Aufgabenbereichen tätig. Rollen und Aufgaben sind dabei oftmals nicht klar getrennt (wo möglich) oder beschrieben. Unklare oder multiple Rollen erschweren jedoch die Zusammenarbeit, weil Zuständigkeit, Verantwortung und Aufgaben nicht klar geregelt sind und sich alle Leistungserbringer dafür als verantwortlich beschreiben. Ein Beispiel aus den Interviews zeigt sich im Bereich des Medikamentenmanagements. Pflegende in allen Versorgungsbereichen sind am Medikamentenmanagement beteiligt; gerade bei älteren oder pflegebedürftigen Menschen sehen sie sich in der Rolle derjenigen, die für die Beschaffung, die Zubereitung im Sinne des Richtens und der Einnahme verantwortlich sind, „weil es sonst gar nicht funktionieren würde“. Diese Rolle können sie im Zusammenhang mit dem Entlassungsmanagement nur erschwert wahrnehmen, weil die Information über im Krankenhaus eingenommene und verordnete Medikamente von Arzt zu Arzt fließt, jedoch nicht von Arzt zu Pflege oder von Pflege zu Pflege.

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-

sen die Ziele der Betroffenen, diejenigen der medizinischen Leistungserbringer, der Leistungsträger und diejenigen der pflegerischen Leistungserbringer nicht notwendigerweise miteinander übereinstimmen. Physiotherapeutische Unterstützung in der Langzeitversorgung wurde dabei von mehreren lokalen Akteuren unabhängig voneinander als Beispiel bemüht. Für die pflegerischen Akteure ist der Einsatz einer regelmäßigen physiotherapeutischen Anleitung ein wichtiger Faktor im Hinblick auf die körperlichen Fähigkeiten der Bewohnerinnen und Bewohner. Sie sehen zum Beispiel im Hinblick auf die Sturzprophylaxe mehr physiotherapeutische Begleitung als zielführend an. Obwohl die Sinnhaftigkeit von Physiotherapie auch bei älteren Menschen als medizinisch sinnvoll angesehen wird, orientieren sich die Ziele der verordnenden Hausärzte einerseits an einer Unterstützung des Selbstmanagements der Betroffenen und möchten auch die Selbstverantwortung stärken sowie an Richtlinien und Budgetvorgaben. Die Ausrichtung auf gemeinsame Ziele ist in komplexen Versorgungssituationen ein kommunikativer Aushandlungsprozess aller Beteiligten. Insbesondere die Ziele der Betroffenen sollten dabei im Mittelpunkt stehen und als gemeinsame Arbeitsbasis die Versorgungsgestaltung leiten. Im Zusammenhang mit Pflegebedürftigkeit bedeutet dies, auch die Bezugspersonen der Betroffenen und das erweiterte Helfernetz einzubeziehen.

Insbesondere die Betroffenen wünschen sich nicht nur professionelle Unterstützung, sondern auch ehrenamtliche Begleitung für sich und ihre pflegenden Angehörigen. Kirchen, Vereine und andere lokale Gruppen können im Hinblick auf emotionale Begleitung und Entlastung einen wichtigen Beitrag leisten. In den Interviews wurde jedoch deutlich, dass insbesondere auf die Kirchen und ihre seelsorgerischen Kompetenzen durch die professionellen Dienste kaum systematisch zugegriffen wird, dass sich jedoch gleichzeitig auch die Kirchen als Institution einem erweiterten Auftrag innerhalb der Versorgungsgestaltung noch nicht bewusst sind. Projekte wie „dabei und mittendrin. Demenzsensible Kirchengemeinde“⁶ könnten insbesondere in der ambulanten Versorgung einen wichtigen Beitrag leisten und das Netzwerk aus professioneller, kirchlicher und ehrenamtlicher Sorgearbeit lokal festigen.

Die größte Herausforderung in einer inhaltlichen Gestaltung der Zusammenarbeit liegt in der Überwindung von Sektorengrenzen. Obwohl die professionellen Dienstleister das Wohl der Betroffenen in Leitlinien, Leitbildern und Beschreibungen auf Webseiten in den Mittelpunkt ihrer Arbeit stellen, endet die Verantwortung der jeweiligen Dienstleister an der Grenze ihres Sektors. Besonders deutlich wurde dies in der Beschreibung der Wahrnehmung des Austrittsprozesses durch Betroffene. Obwohl alle Beteiligten ihre auf die Bedarfe und Bedürfnisse der Betroffenen ausgerichteten pflegerischen Unterlagen untereinander weiterleiten, stellen die Betroffenen fest, dass sie in der jeweiligen nachsorgenden Organisation für die pflegerische Betreuung kaum mehr Relevanz aufweisen und zum Teil nicht beachtet werden. Sie bemängeln, dass dadurch Interventionen und Maßnahmen, die als gut und wirksam beurteilt wurden, in der nachsorgenden Einheit nicht mehr weitergeführt werden. Handlungsprozesse über die Sektorengrenzen hinweg zu beschreiben und dabei Aufgaben, Verantwortungen, Delegationen und zuständige Personen zu beschreiben, kann insbesondere in komplexen pflegerischen Abläufen Doppelspurigkeiten, Fehl- und Unterversorgungen sowie Überlastungssituationen vermeiden. Durch die Fokussierung auf sektorenübergreifende Prozesse könnten Ressourcen identifiziert werden, die sonst unerkannt bleiben.

⁶ <http://www.demenszsensible-kirchengemeinde.de>

Strukturelle Gestaltung

Auch auf struktureller Ebene wurden in den Interviews verschiedene fördernde Faktoren für die Zusammenarbeit professioneller Dienstleister beschrieben. „Kurze Wege“ in der direkten Kommunikation unter den Leistungserbringern wird dabei als förderndes Element beschrieben. Damit ist zwar auch der telefonische Austausch gemeint, als Besonderheit wurde jedoch gerade der persönliche direkte Austausch für die Zusammenarbeit hervorgehoben. „Kurze Wege“ mit den an der Versorgungsgestaltung Beteiligten können zum Beispiel unterstützt werden durch eine Konzentration von Aufgaben und Verantwortung auf bestimmte Personen. Gerade bei pflegerischen Anbietern zeigt sich die Tendenz von „alle machen alles“; die Idee dabei ist, die Arbeitslast zum Beispiel im Hinblick auf die Beratungsleistungen auf viele Schultern zu verteilen. Dies reduziert allerdings die Möglichkeiten der Betroffenen und anderer Leistungserbringer klare Ansprechpersonen schnell zu identifizieren. Durch eine wie oben benannte inhaltliche Prozessgestaltung mit Aufgaben, Verantwortungen, Delegationsmöglichkeiten und zuständigen Personen werden Möglichkeiten für „kurze Wege“ zwischen den Dienstleistern geschaffen, weil nicht mehr alle Personen zusätzliche Wege zurücklegen müssen, sondern gezielte Personen als Ansprechpartner fungieren.

Die Pflegeheime orientieren sich in ihrer Versorgung auf eine gemeindenahere Dienstleistung; d. h. sie sehen sich in erster Linie als Langzeitversorgung für die Bevölkerung des Orts- oder Stadtteils, ohne sich Anfragen von Betroffenen anderer Gemeinden zu verschließen. Für die Bevölkerung der Gemeinden stellen sie dadurch „kurze Wege“ sowohl in der Versorgung als auch in der schnellen Identifikation von Ansprechpartner für pflegende Angehörige dar. In der häuslichen Versorgung durch ambulante Pflegedienste nehmen Gemeinden wie die Samtgemeinde Freren, in denen mehrheitlich nur ein Pflegedienst tätig ist, eine Sonderrolle ein. Üblich sind mehrere Pflegedienste unterschiedlicher Träger innerhalb der politischen Gemeinde und darüber hinaus tätig. Eines ihrer Tätigkeitsfelder, die Hausnotrufdienste, scheint in größeren Einheiten wie Melle bereits dem Duktus der „kurzen Wege“ unterworfen: Nachfragen von Betroffenen für die Leistung Hausnotrufdienst leiten die Pflegedienste untereinander an denjenigen Dienst weiter, der den kürzesten physischen Weg zurücklegen kann, um im Bedarfsfall schnell vor Ort zu sein. In größeren Gemeinde könnte im ambulanten Bereich eine bezirksorientierte pflegerische Ausrichtung sinnvoll sein, um Wegzeiten, Ansprechpartner und Kommunikationswege „kurz“ zu halten. Dabei würde die Gemeinde unter Berücksichtigung populationspezifischer Faktoren in Versorgungsbezirke eingeteilt, die durch die Pflegedienste autonom versorgt werden. Vorteile einer solchen Verschlinkung von Einzugs- und Versorgungsgebieten liegen in der höheren Bindung des Bezirks an „seine Versorger“ sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich, einer eindeutigeren Identifikation von Zuständigkeiten für übergeordnete Versorger wie Krankenhäuser, in einem effektiven Einsatz personeller und zeitlicher Ressourcen sowie einem ökonomischen Umgang mit Sachmitteln, wie z. B. Fahrzeugen für die einzelnen Pflegedienste. Als nachteilig könnte ein mangelnder Wettbewerb der Anbieter untereinander angeführt werden. Der Hauptantrieb für eine wettbewerbsorientierte Ausrichtung liegt in der Wahlfreiheit der Verbraucher über das für sie beste Angebot. In einer bezirksorientierten Versorgung würde derjenige Pflegedienst tätig werden, der den Wohnort des oder der Betroffenen bedient; die Wahlfreiheit würde dadurch konsequenterweise reduziert werden. Allerdings besteht sie in der aktuellen Versorgungslage für die Betroffenen oftmals ebenfalls nicht. Die Ressourcen in der häuslichen Versorgung sind lokal zum Teil so knapp, dass es lediglich darum geht, dass versorgt wird und nicht mehr von welchem Anbieter. Hinzu kommt, dass der Wunsch nach einer gemeindebasierten Versorgung bei der stationären Langzeitpflege als wichtiges Kriterium derjenigen Personen genannt werden, die tatsächlich eine selbstbestimmte Entscheidung über den Eintritt in ein Pflegeheim treffen. Denn dort bleiben

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.

Die direkte und persönliche interprofessionelle Kommunikation und der Austausch in Fallbesprechungen über Versorgungssituationen wird durch die lokalen Akteure beispielsweise in der palliativen Versorgung als effektiv, umfassend und notwendig beschrieben, um die Komplexität der Versorgung zu erfassen. Die Übertragung dieser Vorteile auf komplexe Versorgungssituationen außerhalb der palliativen Versorgung könnte ein wichtiges Hilfsmittel in der Zusammenarbeit der lokalen Akteure darstellen. Notwendige inhaltliche Voraussetzungen sind einerseits Definitionsklärungen wie zum Beispiel welche Versorgungssituation als komplex einzustufen ist, welche Akteure immer und welche Akteure in Abhängigkeit der individuellen Bedarfslage einzuladen sind. Die strukturellen Voraussetzungen liegen vor allem im Bereich der Finanzierung, die aktuell außerhalb von Modellprojekten seitens der Leistungsträger nicht gegeben ist. Während gemeinsame ärztliche und ambulant pflegerische Visiten vor Ort zum Beispiel im Bereich des Wundmanagements durchaus schon in der Praxis gelebt werden, könnte auch im Hinblick auf die pflegerische Fallbesprechung zum Beispiel zur Vorbereitung und Organisation von Entlassungssituationen die Frage sinnvoll sein, ob alle Dienste diese Leistung erbringen müssen. Eine Form der Personalunion im Sinne einer gemeinsam getragenen „Brückenstelle“ bedeutet zwar im ersten Moment eine zusätzliche Schnittstelle; mit klar umrissenen Aufgaben, wie z. B. die Begleitung der Fallbesprechungen vor Ort im Krankenhaus, die Aufbereitung und Weiterleitung der Informationen an die übernehmenden Pflegedienste und Unterstützung im organisatorischen Management, könnten jedoch die zeitintensiven und oftmals auf Grund von fehlenden Informationen ungenügend vorbereiteten Entlassungssituationen an einer wichtigen Stellschraube begleitet werden.

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)?

Ein Trend, der die allgemeine Studienlage bestätigt, ist, dass sich die Mehrheit der interviewten Betroffenen gut versorgt fühlt und keine weiteren Wünsche für ihre Versorgung benennen konnte. Den lokalen Akteuren fällt es deutlich leichter, Lücken und notwendige Angebote zu identifizieren.

- 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

Die Experten stellen in beiden Gemeinden mehrere Versorgungslücken in unterschiedlichen Bereichen fest. Diese Bereiche können grob in strukturelle und organisatorische Schwierigkeiten unterteilt werden, wobei sich die Bereiche inhaltlich durchaus vermischen. Strukturelle Schwierigkeiten sehen die lokalen Akteure beispielsweise im Bereich der (1) erschwerenden Rahmenbedingungen zur Leistungserbringung oder auch im (2) wachsenden Bedarf nach professioneller Versorgung. Obwohl in der durch die lokalen Akteure wahrgenommenen (3) fehlenden Entlastung für pflegende Angehörige auch strukturelle Herausforderungen verankert sind, können organisatorisch bedingte Abläufe ebenfalls als Lücken identifiziert werden. Auch im Bereich des (4) Informationsmanagements über Versorgungsmöglichkeiten sind Lücken vorhanden, die durch organisatorische Veränderungen beeinflussbar scheinen.

(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 1990er 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.

Die Sektorengrenzen stellen sich als übergroße Hürden in der Versorgung pflegebedürftiger Menschen dar. Schwierigkeiten im Entlassungsmanagement, hoher Verwaltungsaufwand, Doppelspurigkeiten in der Leistungserbringung, „praxisblinde“, hierarchisch geprägte Zuständigkeiten in Versorgungsbereichen und wettbewerbsorientierte Versorgungsgrundlage bei gleichzeitig geringer Einflussmöglichkeiten durch die lokalen verwaltungspolitischen Einheiten, z. B. im sozialen Wohnungsbau, erschweren die Versorgungssicherheit bei Pflegebedürftigkeit. Eine große Ressource in der Versorgung ist in den Gemeinden das Ehrenamt, dass viele Versorgungsbereiche in Pflege, Betreuung und Begleitung unterstützt. Die lokalen Akteure sehen allerdings das Risiko einer Überforderung ehrenamtlicher Mitarbeitenden. Durch die immer umfangreichere Übernahme pflegerischer und pflegenaher Tätigkeiten besteht die Gefahr eines Qualitätsverlusts. Diese Herausforderungen wurden in den vorherigen Kapiteln ausführlich beschrieben.

Eine aktuell sehr häufig diskutierte Schwierigkeit in der gesundheitlichen Versorgung ist der Fachkräftemangel. Während der Ärztemangel bereits seit einiger Zeit in unterschiedlichen Projekten bearbeitet wird (Telemedizin, „Rollende Praxis“ oder im Emsland die Gewinnung junger Hausärzte für den ländlichen Bereich, aber Delegation und Arbeitsteilung im Sinne neuer Fortbildungen für MTA's zu „MONI“ (Modell Niedersachsen) oder „VERAH®“ (Versorgungsassistentin in der Hausarztpraxis)). Wie sich im Kapitel „Versorgungssicherheit“ für die Ebene der Gemeinden gezeigt hat, ist die aktuelle Versorgungsdichte mit Hausärzten nach den Berechnungen der KVN in keinem Bereich von Unterversorgung betroffen. Grundsätzlich müssen jedoch im Hinblick auf die künftigen Herausforderungen alle bekannten Diskussionspunkte wie z. B. das Durchschnittsalter der Hausärzte, die Veränderungen in der Präferenz der Arbeitsverhältnisse, die Größe und Bevölkerungsverteilungen in den Berechnungsbezirken etc. auch auf Ebene der beiden Modellgemeinden bedacht werden.

Der pflegerische Fachkräftemangel ist zwar mittlerweile auch eine anerkannte Tatsache, scheint jedoch ungleich schwerer fassbar; so reichen die Prognosen über den Bedarf an Pflegefachkräften (VZÄ) bis 2030 von 500 000 bis über 1 Million. Der Fachkräftemangel in der Pflege wird in lokaler Versorgung der Modellgemeinden von mehreren Fachbereichen sektorübergreifend 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.

Überforderung, reduzierte Versorgungsqualität und Schwierigkeiten in der Versorgungsgestaltung, z. B. gemeinsam durchgeführte Visiten in der stationären Langzeitversorgung zwischen Pflegenden und Hausärzten, werden als Konsequenzen des Fachkräftemangels wahrgenommen. Während in der ambulanten häuslichen Versorgung in Melle bereits auch pflegerische Einsätze der Pflegedienste auf Grund von Personalmangel aktiv beendet oder Anfragen abgesagt werden mussten, stellt sich die Versorgungssituation mit pflegerischen Leistungen in der Samtgemeinde Freren noch als ausführbar dar. Allerdings sind nach Angaben der lokalen Akteure beider Gemeinden die Anfragen nach hauswirtschaftlicher Unterstützung im Rahmen des Entlastungsbetrages für Pflegebedürftige mit niedrigen Pflegegraden nicht bzw. nicht zeitnah zu decken. Die hauswirtschaftliche Unterstützung wird gleichzeitig als der Einstiegspunkt der Pflegebedürftigkeit betrachtet; gerade hier würden die Betroffenen frühzeitig Einschränkungen bemerken und sich entsprechende Hilfe holen wollen.

(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

in den Familienstrukturen mit einer Verringerung informeller bzw. familiärer Pflegeleistung gerechnet. Betrachtet man den Zeitraum der vergangenen zehn Jahre im Hinblick auf die Anzahl Pflegebedürftiger in den ambulanten und häuslichen Versorgungssettings zeigt sich, dass in Niedersachsen die Anzahl Pflegegeldempfänger – also diejenigen Betroffenen, die ausschließlich durch ihre Angehörigen gepflegt werden – zwar nur um 1,7% aber zugenommen hat; im Landkreis Osnabrück werden 2015 etwa gleichviele Betroffene ausschließlich durch Angehörige versorgt. Einzig im Landkreis Emsland hat die Anzahl Pflegebedürftiger, die als Pflegegeldempfänger versorgt werden um fast 5% abgenommen im Vergleich zu 2005.

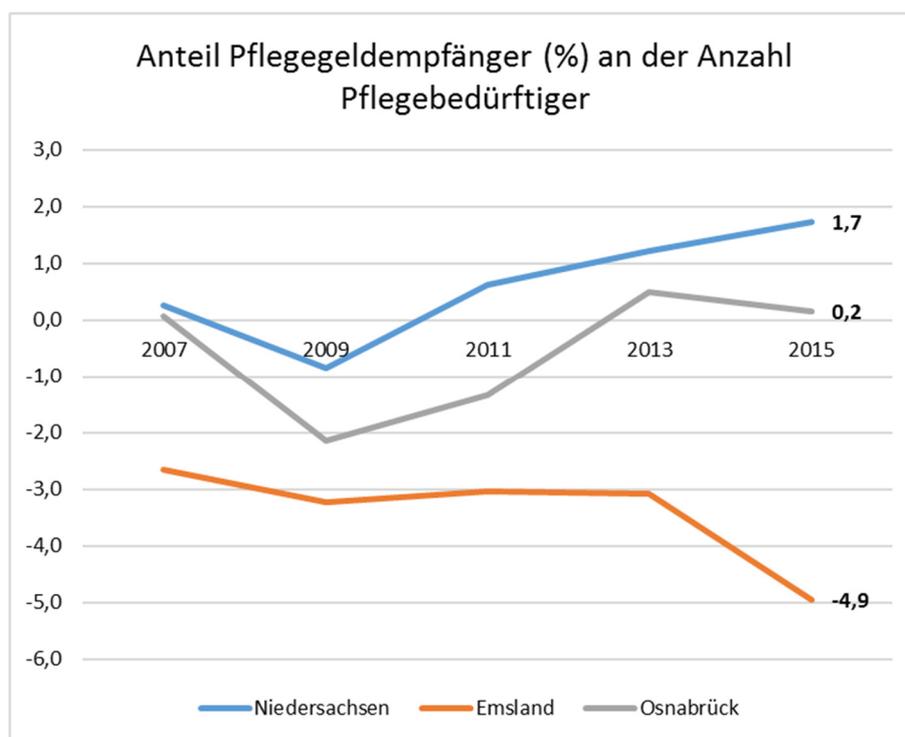


Abb. 3: Prozentualer Anteil der Pflegebedürftigen in Niedersachsen sowie den Landkreisen Emsland und Osnabrück, die zwischen 2007 und 2015 Pflegegeld erhielten

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.

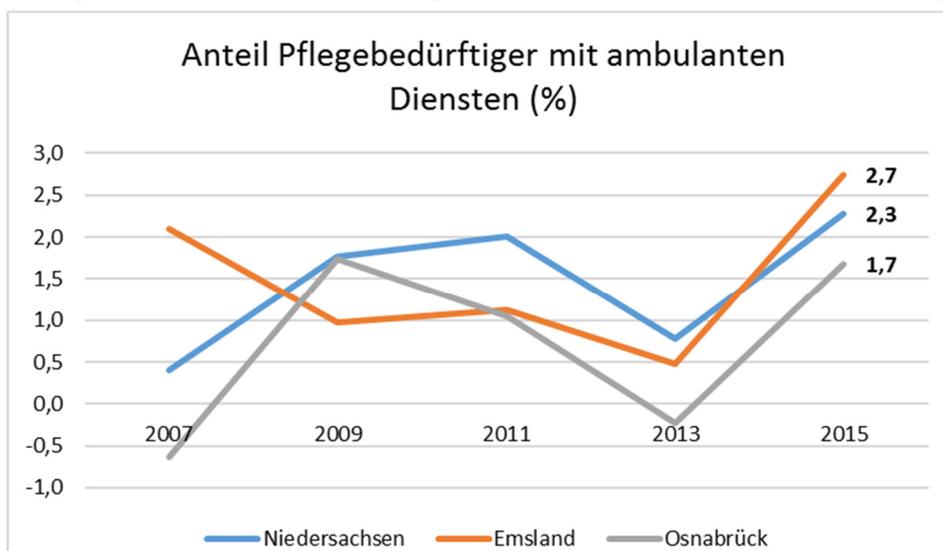


Abb. 4: Prozentualer Anteil der Pflegebedürftigen in Niedersachsen sowie den Landkreisen Emsland und Osnabrück, die zwischen 2007 und 2015 ambulante Unterstützung erhielten

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 werden 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=9 628) durch ihre Familien versorgt und +1,1% mehr erhielten zusätzlich oder alleinig Hilfe durch die Pflegedienste.

Einsamkeit, mehr professionelle Hilfe im Betreuungs- und administrativen Bereich sowie Inklusion sind Themen, die die lokalen Akteure in Zusammenhang mit demografischen Einflüssen bringen. Traditionelle, große Familienverbände aus mehreren Generationen lösen sich auf und die Unterstützung durch Kinder geschieht aus beruflichen Gründen auch über große Distanzen hinweg. Überlastungen pflegender Angehöriger könnten in Gewalt gegenüber Pflegebedürftigen münden, was die Experten als Tabu-Thema wahrnehmen, wovon sie jedoch auch aus eigener Erfahrung in den Interviews berichten können. Die Bewältigung von Mehrfachbelastungen pflegender Angehöriger nehmen die Experten immer wieder als Überforderung wahr. Oftmals wird zu Beginn einer Pflegebedürftigkeit die damit verbundene körperliche und psychische Anstrengung unterschätzt; das Gefühl der moralischen Verpflichtung zur Pflege und auch dem Wunsch, den Betroffenen ein Leben zu Hause zu ermöglichen, ist stärker. Die Notwendigkeit eigener Freiräume (in Kombination mit dem Dilemma eines Verantwortungsgefühls gegenüber Eltern oder Partner) wird wenig beachtet und führt auf Dauer zu Be- und Überlastungen. Dies führt unter anderem dazu, dass die Leistungsträger häufig innerhalb kurzer Zeiträume mit Leistungsänderungen konfrontiert werden.

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

Entlastungsmöglichkeiten für pflegende Angehörige sind sowohl auf struktureller als auch auf organisatorischer Ebene vorhanden. Tagespflege ist eine wichtige und vielgenutzte Entlastungsmöglichkeit. Die Möglichkeit für Betreuung, soziale Teilhabe und Pflege bietet Angehörigen berufliche Möglichkeiten sowie die Möglichkeit zur eigenen Erholung. Trotz eines starken Zuwachses des Angebots könnte es nach Meinung der Experten weiter ausgebaut werden. Aktuell fehlen Betreuungsmöglichkeiten für Angehörige im Schichtdienst sowie Betreuung am Wochenende. Ein Wochenende von der Pflege „freizumachen“ wird als wertvolle Ergänzung

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

Im Bereich der voll- und teilstationären Pflege als Entlastung für pflegende Angehörige zeigen sich vor allem in Melle ausgeprägte Lücken. Die hohe Auslastung der Pflegeheime mit vollstationärer Pflege führt zu einer geringen Kapazität an eingestreuter Kurzzeitpflege. Nach Angaben der lokalen Akteure dauert es zum Zeitpunkt des Assessment 2-3 Monate, bis eine stationäre Versorgung in Melle möglich ist. Gleichzeitig ist durch fehlende finanzielle Anreize die Kapazität der solitären Kurzzeitpflege im gesamten Landkreis gering (siehe Versorgungssicherheit) und die ambulanten Pflegedienste lehnen neue Kundinnen und Kunden teilweise ab. Dies führt sowohl bei professionellen Leistungserbringern als auch bei Angehörigen zu Frust, wenn ein Pflegeplatz (vollstationär oder Kurzzeitpflege) gesucht werden muss und ist mit viel Aufwand (Telefonate) verbunden. Digitale Lösungen wie die Internetseite des Landkreises Osnabrück zur übersichtlichen Information über freie Kapazitäten der vollstationären oder Kurzzeitpflege kann den Aufwand der Suchenden reduzieren und macht eine gezielte Anfrage möglich. Die Online-Plattform „Pflege OS“⁷ ist ein solches Tool. Die Webseite des Landkreises bietet eine Suchauswahl für Kurzzeitpflegeplätze mit Datumsangabe sowie freie Plätze für Langzeitpflege an. Angehörige und Sozialdienste können so über die Eingabe von Zeitraum und Art alle Pflegeheime angezeigt bekommen, die freie Kapazitäten in der Kurz- oder Langzeitpflege haben. Sie sollen dadurch in die Lage versetzt werden, gezielt Leistungserbringer zu kontaktieren.

Für den Erfolg dieser Maßnahme gibt es zwei Vorsetzungen. Die Suchenden müssen das Angebot entweder kennen oder sie müssen in der Lage sein, es im Internet zu finden. Gibt man in einer freien Suche über die Internet-Suchmaschine des Anbieters Google die Stichworte „Pflegeplatz Osnabrück“ ein, erscheint das Portal an vierter Stelle; ergänzt man das Stichwort „Frei“ rückt das Portal auf die erste Stelle hoch. Durch diese hohe Wertung ist sichergestellt, dass Suchende schnell einen Zugang zu der übersichtlich gestalteten Informationsseite erhalten und Anbieter finden können. Außerdem wird die Webseite im Hintergrund durch die Anbieter selbst befüllt. Das bedeutet, dass die Pflegeheime selbst ihre freien Kapazitäten auf der Plattform eintragen. Die Experten beurteilen die Nützlichkeit einer solchen Plattform vor allem für den Langzeitbereich kritisch.

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 (LSN⁸, 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 Betroffenen in der stationären Versorgung in den Regionen hat zugenommen. Im Vergleich zu 2013 in Niedersachsen um

⁷ <https://www.pflege-os.de/>

⁸ 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.

Die differenzierte Darstellung innerhalb der Gemeinden spiegelt die Wohn- und Versorgungssituation Pflegebedürftiger in den Gemeinden wider. Auch in der Versorgung von Menschen mit Demenz überwiegt in der Samtgemeinde Freren der Anteil, der zu Hause durch Angehörige und mit Unterstützung durch einen Pflegedienst werden sorgen im Vergleich zu Melle. Der deutlich höhere Anteil an Menschen mit PEA 2 in der stationären Versorgung in der Samtgemeinde kann auf die Einrichtung zur geschützten Unterbringung bei Demenz vermutet werden.

Leistung	Pflegegutachten (n total)*		PEA Stufe 1		PEA Stufe 2	
	SG Freren	Melle	SG Freren	Melle	SG Freren	Melle
			%	%	%	%
Geldleistung	105	330	14,3	18,8	8,6	14,2
Sachleistung	12	111	33,3	19,8	0	8,1
Kombinationsleistung	78	340	47,4	19,7	11,5	13,8
Vollstationäre Pflege	69	148	2,9	24,3	37,7	23,6

Tab. 17: Vergabe der PEA Stufen 1 und 2 in Folge der Pflegebegutachtungen in SG Freren und Melle

Krisensituationen von Menschen mit Demenz werden dabei häufig durch Ereignisse oder Erkrankungen ausgelöst; über kurze Zeiträume entsteht ein gravierender Mehrbedarf an Betreuung, weil z. B. Unruhe, Hinlauftendenzen und Tag-Nacht-Umkehr verstärkt werden. Ist die Krise vorüber, stabilisiert sich die Situation meist wieder. Für diese Krisen sei aktuell die Unterbringung im Krankenhaus häufig der einzige Weg, allerdings beurteilen die Experten ihn nicht als den richtigen. Sie würden eine kompetente und vor Ort verfügbare Betreuung und Begleitung bevorzugen. In der geschützten Einrichtung für Menschen mit Demenz sind sogenannte Kriseninterventionszimmer für solche Fälle vorgesehen. Die Räumlichkeiten sind in Form von zwei Einzelzimmer verfügbar, die von außen gut einsehbar sind und räumlich direkt an den gemeinsamen Küchenbereich angrenzen, sodass eine Betreuung kontinuierlich gewährleistet werden kann. Die Schwierigkeit der Kriseninterventionszimmer ist die Vorhaltung des Personals und die damit verbundenen Kosten für die Einrichtung. Da Krisen jederzeit und unerwartet eintreten können, sollte in der Theorie 24/7 Personal vorgehalten werden, um den Mehraufwand auffangen zu können. Da dies aus wirtschaftlichen Gründen nicht machbar ist, sind die zwei Einzelzimmer mit vollstationären Bewohner*innen belegt (zum Zeitpunkt des Assessment).

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 qualitätssichernden Konzeptes erbracht wird. Eine private Reinigungshilfe kann durch den Entlastungsbetrag nicht finanziert werden. Entsprechend §66 SGBXI 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 Pflegegestützpunkte 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 Angehöriger 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.

(4) Informationsmanagement über Versorgungsmöglichkeiten

Eine der wichtigsten Lücken in der Versorgungsgestaltung pflegebedürftiger Menschen sehen die lokalen Akteure in einer fehlenden Koordination und Verfügbarkeit von Informationen über Versorgungsmöglichkeiten. Durch die zunehmende Komplexität in der gesundheitlichen Versorgung ist ein klarer Ansprechpartner – wie es früher der z. B. der Hausarzt war – nicht mehr zu identifizieren. Die Betroffenen suchen daher im Bedarfsfall bekannte Organisationen auf, wie z. B. „den Pflegedienst um die Ecke“ oder das örtliche Pflegeheim, wenn pflegerische Bedarfe Fall auftauchen. Die Pflegestützpunkte, die auf kommunaler Ebene dafür eingerichtet wurden, sind nach Meinung der Akteure weitgehend unbekannt. In den Experteninterviews vor Ort wurde deutlich, dass auch einige professionellen Leistungserbringer in Melle die Pflegestützpunkte und ihre Arbeit nicht kannten oder zumindest keine Auswirkungen der beratenden Tätigkeit im Alltag wahrnehmen können. Damit bleibt ein wichtiges Versorgungsangebot unter seinen Nutzungs- und Einsatzmöglichkeiten und kann nicht wirksam werden.

Die Zusammenarbeit zwischen den Pflegediensten und den Pflegestützpunkten ist hingegen eng. Die Pflegedienste werden als Entlastung und Unterstützung wahrgenommen. Durch die knappen zeitlichen wie personellen Ressourcen sind die Pflegedienste nicht in der Lage, alle Anfragen nach Pflegeberatung aus der Bevölkerung ausführen zu können; sie leiten diese Anfragen dann an Pflegestützpunkte weiter. Diese wiederum suchen aktiv den Kontakt zu Pflegediensten, wenn ein Ergebnis der Beratung der Bedarf nach einer koordinierenden Funktion vor Ort in der Versorgungsgestaltung pflegebedürftiger ist.

Durch die Ansiedelung der Pflegestützpunkte an die Kommunalverwaltung werden sie als „weit weg“ erlebt, obwohl sie die Möglichkeit für Hausbesuche haben. Die Pflegestützpunkte sollen nicht nur zu fachlich-pflegerische Versorgungsangebote beraten, sondern auch sozial-betreuerische Angebote wie Ehrenamtsarbeit bekannt machen und koordinieren. Hier zeigen sich zwei besondere Schwierigkeiten. Einerseits ist das ehrenamtliche und nachbarschaftliche Angebot auf Ebenen der einzelnen Gemeinden zu vielfältig, als dass ein einzelner Pflegestützpunkt es überschauen könnte. Hier sind die einzelnen Gemeinden im Vorteil, weil sie ihre Angebote viel besser kennen. Andererseits scheint auch auf Ebene der Gemeinden selbst die Arbeit des Pflegestützpunktes unbekannt zu sein. Wird bei der Gemeinde ein fachlicher Bedarf bekannt, verweisen sie wiederum auch auf die örtlichen Pflegedienste. Das Expertenwissen der Pflegestützpunkte und ihr umfassender Blick auf Versorgungsbedarfe kommt so nicht ausreichend zum Tragen, Angebot und Bedarf werden in parallelen Bahnen – fachlich-pflegerisch und sozial-betreuerisch – durch unterschiedliche Ansprechpartner beraten und informiert.

3.4 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 gemeindenahen 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

den Entscheidungsträgern vor Ort dadurch besser gelingen. Auch für die Vermittlung von Versorgungsmöglichkeiten jeder Art beurteilen die Experten eine gemeindenahere Stelle für geeigneter. Die Betroffenen selbst wünschen sich einen klar identifizierbaren und erreichbaren Ansprechpartner, der auch im Sinne eines Case Managements Versorgungssituationen berät, begleitet und bei Veränderungen unkompliziert unterstützen kann.

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.

Stärke der Gemeinde	Aktuelle Anwendungsgebiete und Kompetenzen der Gemeinden	Übertragung auf die gesundheitliche Versorgung
Wohnen und Bauen	<ul style="list-style-type: none"> • Akquise und Durchhaltevermögen (z. B. Beteiligung am Bau eines Ärztehauses in der SG Freren) • Finanzielle Möglichkeiten • Nähe zu den Bedarfen der Bevölkerung 	<ul style="list-style-type: none"> • Projekte zu neuen Wohn- und Betreuungsformen initiieren, leiten und unterstützen • Bedarfsgerechte Wohnformen für die Bevölkerung ermitteln
Infrastruktur	<ul style="list-style-type: none"> • Projekterfahrung • Wissen und Fähigkeiten zu Projektmanagement • Zusammenarbeit in lokalen und regionalen Netzwerken z. B. mit den Kommunen • Politische Einflussmöglichkeiten • Nähe zu den Bedarfen der Bevölkerung 	<ul style="list-style-type: none"> • 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
Verantwortung wahrnehmen	<ul style="list-style-type: none"> • Klar identifizierbare Ansprechpersonen in den Gemeinden (Bürgermeister, Bürgerbüroleiter etc.) • Nähe zu den Bedarfen der Bevölkerung („Mit dem Ohr am Bürger sein“) • Aktive Vernetzung lokal und regional z. B. mit den Seniorenbeiräten 	<ul style="list-style-type: none"> • Aufbau einer strukturierten, kontinuierlichen Bedarfserhebung • Projekte leiten und begleiten • Stellen in der Seniorenarbeit schaffen z. B. als Ehrenamtskoordination, Community Health Nurse etc.
Cooperative Identity	<ul style="list-style-type: none"> • Motivation • Hohe Identifikation mit der Gemeinde • Bekannte Vor-Ort-Strukturen in vielen Bereichen 	<ul style="list-style-type: none"> • Koordinierte Vernetzung von professionellen und ehrenamtlichen Akteuren

Stärke der Gemeinde	Aktuelle Anwendungsgebiete und Kompetenzen der Gemeinden	Übertragung auf die gesundheitliche Versorgung
	<ul style="list-style-type: none"> Durchhaltevermögen für längerfristige Gestaltungsprozesse Vernetzung als integrierter Bestandteil von Berufsprofilen z. B. Seniorenbeauftragten 	<ul style="list-style-type: none"> Beteiligung am lokalen Qualitätsmanagement z. B. durch den Aufbau von Zirkeln, Runden Tischen mit den Gemeinden als Moderatoren
Kommunikation und Information	<ul style="list-style-type: none"> Kommunikationsinfrastruktur durch lokale Amtsblätter, Homepages etc. Finanzielle Möglichkeiten für Werbung Geschützte Kommunikationswege entsprechend Datenschutzverordnungen 	<ul style="list-style-type: none"> Zentrale Verwaltung von Anbietern aller Bereiche Zentral gesteuertes datenschutzkonformes Informationsmanagement über Versorgungsmöglichkeiten

Tab. 18: Durch die Interviews identifizierte Stärken von Melle und SG Freren

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 kann, 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.

Um die Voraussetzungen für eine lokal abgestimmte Versorgung darzustellen, werden die Analyseebenen Mikro-, Meso- und Makroebene nach der Definition von Badura und von dem Knesebeck (2012) genutzt. Die Mikroebene umfasst demnach die direkte Interaktion der Leistungserbringer mit den Betroffenen sowie untereinander, die Mesoebene ist auf der regionalen Struktur der Organisationen, Institutionen und Arbeitskonzepten verankert während die Makroebene das die nationale Gesundheitsversorgung inklusive Gesundheitswirtschaft, Gesundheitspolitik und Verwaltung darstellt.

Analyseebene	Voraussetzung
Mikroebene	Insbesondere Übergangsprozesse benötigen eine enge Begleitung. Übergangsprozesse im Hinblick auf Pflegebedürftigkeit sind Alterungsprozesse, aber auch gesundheitliche Einflussfaktoren und soziale Veränderungen. Eine frühzeitige Begleitung dieser Prozesse durch klar identifizierbare Ansprechpersonen auch im Sinne einer präventiven Strategie kann einen wichtigen Unterstützungsbeitrag leisten und das Wissen und die Informationen über Versorgungsmöglichkeiten früher vermitteln. Dadurch werden die Betroffenen und ihre Familien in die Lage versetzt, selbstbestimmte Entscheidungen im Hinblick auf ihre Versorgung zu treffen. Der Ausbau aufsuchender Angebote bzw. die Schaffung niederschwelliger Zugänge auf Ebene der Gemeinde ist gerade für den ländlichen Raum von großer Bedeutung, um Abhängigkeiten in der Mobilität älterer Menschen für die Inanspruchnahme von Leistungen zu vermeiden.

Analyseebene	Voraussetzung
	<p>Wie dargestellt betrifft Pflegebedürftigkeit die gesamte Familie. Obwohl die Familien „<i>der größte Pflegedienst Deutschlands</i>“ sind, ist eine wichtige Voraussetzung eine Haltungsänderung der professionelle Dienstleister: pflegende Angehörige sollten in erster Linie als Betroffene mit Ressourcen wahrgenommen werden, nicht als die Ressource an und für sich. Die pflegenden Angehörigen als Betroffene wahrzunehmen, kann emotionalen Druck in Versorgungssituationen reduzieren und Freiräume schaffen, die sowohl den Pflegebedürftigen selbst als auch den pflegenden Angehörigen zugutekommen.</p> <p>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.</p>
Mesoebene	<p>Damit die Gemeinde selbst eine aktivere 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.</p> <p>IT-technische Lösungen und Digitalisierung können die Zusammenarbeit und das Datenmanagement der Mesoebene unterstützen, wenn es gelingt, auf Ebene der Gemeinde und ihrer lokalen Akteure Schnittstellen zu harmonisieren. Eine wichtige Voraussetzung scheint auch in einer gemeinsamen lokalen wie kommunalen Debatte über die Konzepte von Daseinsvorsorge und Subsidiarität zu liegen. Dieses Assessment hat Hinweise geliefert, dass kommunale Tendenzen in der Versorgung sich innerhalb von Gemeinden zuspitzen können und zu lokalen Versorgungslücken führen. Die Verantwortung der politischen Gemeinden sowie der lokalen Akteure im Hinblick auf die Prinzipien von Subsidiarität und Daseinsvorsorge sollte vor diesem Hintergrund sowie dem demografischen Wandel diskutiert werden.</p>
Makroebene	<p>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 wie zuvor beschrieben 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.</p> <p>Der Grund hierfür ist nach Aussage der Experten vor allem in der ungenügenden Finanzierungsregelung für Anbieter zu suchen. Eingestreuete Kurzzeitpflegeplätze</p>

Analyseebene	Voraussetzung
	<p>wie sie die Mehrheit der Pflegeheime anbieten, sind auf freie Kapazitäten angewiesen. Da die Auslastung jedoch in einigen Regionen nahezu 100 % erreicht hat, stehen diese Kapazitäten kaum zur Verfügung. Solitäre Kurzzeitpflegeeinrichtungen bieten hingegen ausschließlich zeitlich begrenzte Versorgung an. Durch eine ungünstige Finanzierung ist sie jedoch nicht oder kaum kostendeckend anzubieten. Daher fehlen Betreiber solitärer Kurzzeitpflegeeinrichtungen und somit auch ausreichend Plätze zur Entlastung. Eine Änderung der Finanzierungsmodelle könnte einen wesentlichen Beitrag zur Festigung häuslicher Versorgungssituationen leisten, weil pflegende Angehörige einen leichteren Zugang zu kurzfristiger und Kurzzeitpflegeversorgung hätten. Die Engpässe in der Kurzzeitpflegeversorgung führen mittlerweile teilweise zu längeren Liegezeiten in den Krankenhäusern; der Handlungsbedarf in diesem Bereich kann daher nur als hoch bezeichnet werden.</p>

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).

Die Gemeinden können keine Aussagen zur Struktur ihrer Haushalte treffen (Ein-, Zwei- oder Familienhaushalte), sondern lediglich über die Anzahl der Briefkästen. Die Veränderung der Einpersonenhaushalte auf Gemeindeebene zu erfassen, ist aus diesem Grund nicht möglich. Auch Alters- oder Geschlechterverteilungen oder Prognosedaten liegen für kleinere Gemeinden wie die Samtgemeinde Freren nicht vor.

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).

Das durchgeführte Community Health Assessment kann als breit aufgestellte Bedarfsanalyse beschrieben werden. Der Vorteil breit aufgestellter Assessments liegt nach Meinung der Autorin vor allem darin, dass das Assessment auf einer Metaebene stattfindet. Diese Ausrichtung erlaubt es, auch komplexe Bedarfe von Bevölkerungsgruppen im Ganzen zu erfassen und darzustellen. Gleichzeitig bedingt dies jedoch, dass einzelne Aspekte weniger tief oder klar dargestellt werden können. Es ist vergleichbar mit einem impressionistischen Gemälde, das aus der Ferne betrachtet ein deutliches Bild ergibt, aber je näher der Betrachter tritt von Unschärfe unkenntlich gemacht wird. Durch die breite Aufstellung werden jedoch auch Aspekte und Zusammenhänge sichtbar, die bei einer fokussierten Darstellung möglicherweise nicht erfasst würden. Die Bedeutung sogenannter weicher Faktoren in der Zusammenarbeit und der Versorgungsgestaltung vor Ort könnte ein solcher Faktor sein und ist als wichtige Ressource für die weitere Interventionsplanung anzusehen.

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.

Mittels einer kostenneutralen Verlängerung endet das Projekt dann am 31.10.2020.

Literaturverzeichnis

- Badura, Klaus; von dem Knesebeck, Olaf (2012): Soziologische Grundlagen der Gesundheitswissenschaften. In: Klaus Hurrelmann und Oliver Razum (Hg.): Handbuch Gesundheitswissenschaften. 5., vollst. überarb. Aufl. Weinheim: Beltz Juventa, S. 187–220.
- Bertelsmann Stiftung (2017a): Demographiebericht - Freren (im Landkreis Emsland). Bertelsmann Stiftung. Gütersloh. Online verfügbar unter <https://www.wegweiser-kommune.de/kommunen/freren>.
- Bertelsmann Stiftung (2017b): Demographiebericht - Melle (im Landkreis Osnabrück). Bertelsmann Stiftung. Gütersloh. Online verfügbar unter <https://www.wegweiser-kommune.de/kommunen/melle>.
- Bertelsmann Stiftung (2017c): Sozialbericht - Freren (im Landkreis Emsland). Bertelsmann Stiftung. Gütersloh. Online verfügbar unter <https://www.wegweiser-kommune.de/kommunale-berichte/sozialbericht>.
- Bertelsmann Stiftung (2017d): Sozialbericht - Melle (im Landkreis Osnabrück). Bertelsmann Stiftung. Gütersloh. Online verfügbar unter <https://www.wegweiser-kommune.de/kommunale-berichte/sozialbericht>.
- Cassells, Holly B. (2015): The art and science of community health nursing. Community assessment. In: Mary Albrecht Nies und Melanie McEwen (Hg.): Community/public health nursing: promoting the health of populations. 6. Aufl. St. Louis, Miss: Elsevier, S. 92–105.
- Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) (Hg.) (2019): Expertenstandrd Entlassungsmanagement in der Pflege - 2. Aktualisierung 2019. Osnabrück: Schriftenreihe des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege.
- Eggert, Simon; Storch, Lisa; Sulmann, Daniela (2018): Perspektive informell Pflegender auf ihre Pflegesituation. Zentrum für Qualität in der Pflege. Berlin. Online verfügbar unter https://www.zqp.de/wp-content/uploads/ZQP_Analyse_Pflegereform.pdf.
- Harkness, Gail A.; DeMarco, Rosanna F. (2016): Community and public health nursing. Evidence for practice. 2. Auflage. Philadelphia: Wolters Kluwer.
- Klainberg, Marilyn; Holzemer, Stephan; Leonard, Margaret; Arnold, Joan (Hg.) (1997): Community health nursing: An alliance for health. New York, London: McGraw-Hill, Health Professions Division.
- Mayring, Philipp (2010): Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. 11., aktualisierte und überarb. Aufl. Weinheim: Beltz.
- Robine, Jean-Marie; Cheung, Siu Lan K.; Le Roy, Sophie; van Oyen, Herman; Griffiths, Clare; Michel, Jean-Pierre; Herrmann, François Richard (2008): Death toll exceeded 70,000 in Europe during the summer of 2003. In: *Comptes rendus biologies* 331 (2), S. 171–178. DOI: 10.1016/j.crv.2007.12.001.
- Steigleder, Sandra (2008): Die strukturierende qualitative Inhaltsanalyse im Praxistest: Eine konstruktiv kritische Studie zur Auswertungsmethodik von Philipp Mayring. Baden-Baden: Tectum Verlag.
- Zentrale Unterstützungsstelle Luftreinhaltung Lärm und Gefahrstoffe (ZUS LLG) (2017): Luftqualitätsüberwachung in Niedersachsen. Jahresbericht 2016. Hg. v. Staatliches Gewerbeaufsichtsamt Hildesheim Zentrale Unterstützungsstelle Luftreinhaltung, Lärm und Gefahrstoffe - ZUS LLG. Online verfügbar unter <http://www.umwelt.niedersachsen.de/themen/luft/LUEN/berichte/jahresberichte/bewertung-der-luftqualitaet-2016-9127.html>.

6 Anhang

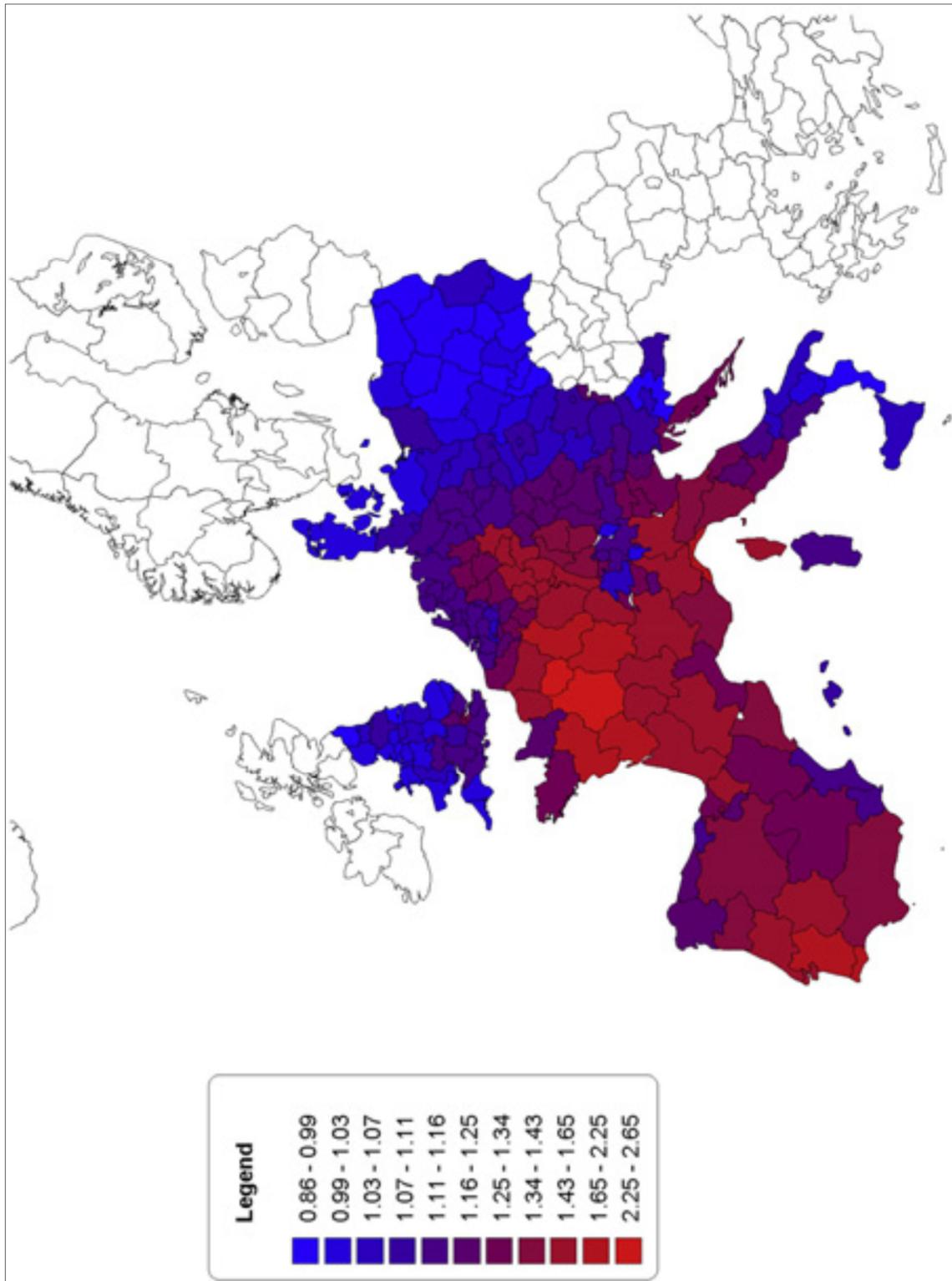
6.1 Anhang 1: Methodische Vorgehensweise anhand der zwölf Schritte eines Community Health Assessment von Harkness und DeMarco (2016)

Step	Detail	Beschreibung
1.	Bilde eine Arbeitsgruppe, die Mitglieder der Community einschließt.	Einbezug der politischen Gemeinden und der Leistungserbringer in die Datensammlung und Auswertung.
2.	Definiere die Zusammensetzung der Community.	Die zu untersuchende Community ergibt sich aus den Forschungsfragen. Sie umfasst die Pflegebedürftige nach SGB XI wohnhaft in den beiden Modellgemeinden und ihr Helfernetz (Angehörige, professionelle und informelle Leistungserbringer, Gemeindevverwaltung).
3.	Identifiziere die Informationen, die gesammelt werden müssen.	Orientiert an den Kategorien von Cassells (2015) werden Daten zu Geografie, Umwelt, Populationsparametern, Religion, Wirtschaftlicher Lage der Gemeinden, Freizeitmöglichkeiten, Transport, Politik und Verwaltung, Gesundheitstrends und dem lokalen Versorgungssystem gesucht (siehe Tabelle 1 im Text).
4.	Strukturiere die Datensammlung anhand eines Modells.	Die Strukturierung der Daten erfolgte anhand der in Punkt drei beschriebenen Kategorien. Als passendes Modell wird das „Alliance for Health Assessment“ Modell von Kleinberg et al. (1997) identifiziert, da es explizit die Zusammenarbeit und die Beurteilung der lokalen Experten einschließlich der Nutzer des Versorgungssystems einbezieht.
5.	Nutze bestehende Informationen um die Stärken, Schwächen, Belastungen und "Vermögen" der Community zu beschreiben. <ul style="list-style-type: none"> - Sammele demografische Daten aus nationalen, staatlichen und regionalen Quellen sowie von der Homepage der Gemeinde- oder Stadtverwaltung - Sammele lokale Daten von Büchereien, Dienstleistungsanbietern, öffentlichen Verwaltungsberichten, Zeitungen, Telefonbücher und andere örtliche Quellen. 	Die Datensammlung wurde über alle möglichen Zugänge zu Informationen sichergestellt. Ein Windshield Survey in beiden Modellgemeinden stellte den Zugang und das Kennenlernen der Gemeinden sicher; schriftlich verfügbare Informationen konnten so vor Ort gesammelt werden. Die sekundären Daten wurden über verschiedene lokale, regionale und nationale Datenbanken sowie über Homepages relevanter Akteure gesammelt (siehe Tabelle 1 im Text).

Step	Detail	Beschreibung
6.	<p>Sammlen neue Daten sofern notwendig:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Foren - Fokusgruppen - Interviews mit Schlüsselpersonen (key informants) - Beobachtung - Umfragen 	<p>Die lokalen pflegerischen Leistungserbringer wurden in einem semi-strukturierten Fragebogen zu ihrer Personal – und Versorgungssituation postalisch befragt. Experteninterviews bildeten die Hauptgrundlage der primären Datensammlung. Fokusgruppen mit lokalen Entscheidungsträgern und Entscheidungsträger dienten der Erweiterung und Validierung der bis dato erhaltenen Erkenntnisse. Interviews mit Betroffenen vervollständigten die Datensammlung.</p>
7.	<p>Analysiere die Daten im Hinblick auf Ähnlichkeiten, Unterschiede und Ungleichheiten.</p>	<p>Die Analyse sekundärer wurde anhand deskriptiver Verfahren durchgeführt, da die Daten meist in kumulierter Form vorlagen. Die Experteninterviews, die Informationen des Windshield Survey und die Interviews mit Betroffenen wurden angelehnt an die strukturierende Inhaltsanalyse nach Mayring (2010) sowie an Steigleder (2008).</p>
8.	<p>Erstelle ein Profil der Community.</p>	<p>Für die Gemeinden wurde je ein Profil als Text mit Ergebnisse der sekundären Analyse und der primären Analysen erstellt.</p>
9.	<p>Identifiziere verletzte Gruppen, nicht gedeckte Bedarfe, Ressourcen und einmalige Charakteristika.</p>	<p>Pflegebedürftige Menschen können auf Basis ethischer Überlegungen grundsätzlich als vulnerable Gruppe betrachtet werden. Besondere Bedarflagen ergeben sich bei Betroffenen ohne direkte räumliche familiäre Unterstützung, Betroffenen in der häuslichen Versorgung sowie pflegende Angehörige. Eine Gruppe, der Bedarfe aktuell noch gedeckt ist, die jedoch zukünftig von größerer Bedeutung für die Versorgungsgestaltung werden, sind Pflegebedürftiger mit dem Bedarf einer kultursensiblen stationären Langzeitversorgung.</p>
10.	<p>Umreißt einen Plan mit Interventionen basierend auf den Ergebnissen.</p>	<p>Im Hinblick auf die lokale Versorgung zeigt sich, dass jede Gemeinde eigene, für sich zutreffende Lösungswege und Interventionen finden muss. Ein genauer Plan kann daher an dieser Stelle nicht aufgezeigt werden. Gemeinsamkeiten der Gemeinden liegen in den Herausforderungen, die sich auf Grund der Bevölkerungsgruppe pflegebedürftiger Menschen ergeben. Wichtige Faktoren, um die künftige Versorgung sicherstellen zu können, sind:</p>

Step	Detail	Beschreibung
		<p>Aktive Rollenänderungen: die Gemeinden selbst müssen eine aktive und verlässliche Rolle in der Versorgung übernehmen (Festschreibung der Seniorenarbeit). Die Leistungserbringer müssen vor Ort bei einer Überwindung von Sektorengrenzen unterstützt werden.</p> <p>Erweiterter Einbezug des Helfernetzes: obgleich die familiäre Pflege ein wichtiger und tragender Faktor ist und bleiben wird, gilt es, pflegende Angehörige weniger als „Dienstleister“, sondern mehr als Betroffene wahrzunehmen und sie entsprechend ihrer Ressourcen einzubeziehen. Der Ausbau der informellen Unterstützung muss umfassender und strukturierter erfolgen, um Überlastungssituationen zu vermeiden und die Unterstützung für die professionellen Dienstleister effektiv zu gestalten.</p> <p>Finanzierungsmodelle anpassen: die gesetzlichen Änderungen zur Finanzierung pflegerischer Leistungen gehen im Hinblick auf die Bedarfe innerhalb der Bevölkerung in die richtige Richtung. Unklare Vorgaben und hohe Hürden wie z. B. zeitliche Einschränkungen von sechs Monaten vor dem Leistungsbezug aus SGB XI schränken die individuellen Versorgungsmöglichkeiten ein.</p>
11.	Bereite einen Bericht vor und lasse ihn Dritten zukommen.	Der Abschlussbericht ist erstellt und wird dem Projektteam und dem Projektträger übermittelt. Die politischen Entscheidungsträger und Leistungserbringer werden über ihre individuellen Ergebnisse persönlich informiert.
12.	Plane ein Projekt, setze es um und evaluiere es auf Grund der Ergebnisse.	Ein direktes Folgeprojekt aus „ROSE“ wurde nicht geplant. Erkenntnisse des Teilprojektes wurden in einem Projektantrag („PAS – Prävention im Alter in der Samtgemeinde“) integriert und in einer Modellgemeinde zur gemeinsamen Umsetzung vorgestellt.

6.2 Anhang 2: Grafische Übersicht der Verteilung täglicher Todesfälle im August 2003 in Europa



Quelle: (Robine et al. 2008)

6.3 Anhang 3: Fragebogen zur Personal- und Versorgungssituation

Fragebogen zur Personalsituation

ID:

Pflege und Versorgung

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

→ Bitte weiter auf Seite 2

Wieviele Personen betreuen und pflegen Sie insgesamt?		
Anzahl:		
Wie hoch ist die Anzahl der betreuten und gepflegten Personen nach Leistungsart?		
Anzahl:		Personen mit Leistungen nach SGB XI
Anzahl:		Personen mit Leistungen nach SGB V
Anzahl:		Personen mit Leistungen nach Hilfe zur Pflege SGB XII
Anzahl:		Personen mit Leistungen der Betreuung und Entlastung nach § 45 SGB XI
Wie hoch ist die Anzahl der Personen nach Pflegegraden?		
Anzahl:		Grad 1
Anzahl:		Grad 2
Anzahl:		Grad 3
Anzahl:		Grad 4
Anzahl:		Grad 5
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?		
Anzahl %:		
Bei wieviel Prozent der Fälle, in denen Sie ein Beratungsbesuch nach § 37 Abs. 3 SGB XI durchführen, halten Sie die pflegerische Versorgung aus Ihrer pflegfachlichen Einschätzung heraus für nicht sichergestellt?		
Anzahl %:		
Wie groß ist das Einzugsgebiet Ihrer Institution? (Bitte geben Sie eine Schätzung der größten Distanz an und nennen Sie die zwei entferntesten Orte)		
		km Entfernung von der Institution
Ortsname:		Ortsname:

Finanzierung

Wie hoch ist der Preis Ihrer Leistungen?			
Ambulante Pflegedienste (in Punktwerten)		Pflege- und Altenheime	
	Euro/Punktwert SGB V		Euro/Pflegeleistungen (monatlich)
	Euro/Punktwert SGB XI		Euro/Hotelleistungen (monatlich) (inkl. Investitionskosten)

➔ Bitte weiter auf Seite 3

Personalbestand

Wieviele Beschäftigte der jeweiligen Berufsgruppen sind aktuell in Ihrer Institution angestellt?			
	Anzahl	Beschäftigungsgrad	Vollzeitäquivalente
Gesundheits- und Krankenpflegekräfte (3-jährig ausgebildet)			
Altenpflegekräfte (3-jährig ausgebildet)			
Gesundheits- und Krankenpflegekräfte (FH-/ oder Universitätsabsolventen BA)			
Gesundheits- und Krankenpflegekräfte (FH-/ oder Universitätsabsolventen MA)			
Altenpflegehelfer/-innen (1-jährig qualifiziert)			
Krankenpflegehelfer/-assistenten (1-jährig qualifiziert)			
Medizinische Fachangestellte/-r Arzthelfer/-innen			
Hauswirtschaftler/-innen (staatlich anerkannt)			
Angelernte Helfer/-innen im Pflegebereich (ggf. mit Schulungen/Kursen)			
Angelernte Helfer/-innen im Betreuungsbereich (z. B. für soziale Betreuung/§ 45b SGB XI)			
Ergotherapeuten (3-jährig ausgebildet oder FH-Absolventen)			
Sonstige, nämlich: _____			

Herzlichen Dank für Ihre Mitarbeit!

6.4 Anhang 4: Tabellarische Darstellung des Prozessablaufes Entlassungsmanagement

Inhalt des Standardkriteriums des Expertenstandard	Hinweise zum Prozessablauf aus den Interviews (Melle)	Hinweise zum Prozessablauf aus den Interviews (Samtgemeinde Freren)	Anmerkungen
<p>S1: Die Einrichtung verfügt über eine schriftliche Verfahrensregelung für ein multidisziplinäres Entlassungsmanagement</p>	<p>MP 15: Auf Grundlage festgelegter Abläufe und geregelter Zuständigkeiten erfolgt eine frühzeitige und abgestimmte Planung der Entlassung und Verlegung.</p>	<p>MP 15: Enge Zusammenarbeit mit umliegenden Pflegeheimen und ambulanten Pflegediensten auf Grundlage einer gemeinsamen Arbeitsgruppe.</p>	<p>Beide Krankenhäuser haben den Standard nach eigenen Angaben eingeführt und mit der Anpassung der Abläufe umgesetzt.</p>
<p>Zur Erfassung poststationärer Unterstützungsbefehle soll im pflegerischen Anamnesegespräch und unter Anwendung verschiedener Assessmentinstrumente eine strukturierte Erhebung durchgeführt werden.</p>	<p>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.</p>	<p>Die Mitarbeitenden des Thuiner Krankenhauses sind im Entlassungsmanagement geschult und beginnen bei Eintritt mit der Austrittsplanung.</p>	<p>In der praktischen Anwendung wird der beruflichen Erfahrung Pflegendender und ihrer Intuition jedoch auch eine hohe Bedeutung im Prozess beigemessen.</p>
<p>S2: Die Pflegefachkraft verfügt über Planungs- und Steuerungskompetenz zur Durchführung des Entlassungsmanagement.</p>	<p>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).</p>	<p>MP 63: Persönliche Beratung, Vermittlung von Hilfsangeboten und Unterstützung von Patienten und Angehörigen bei der Weiterversorgung nach stationärem Aufenthalt sowie eine Beratung und Hilfe zur Beantragung von finanziellen Ansprüchen und rechtlichen Angelegenheiten.</p>	<p>Sobald die Pflegenden beider Krankenhäuser einen Bedarf erkennen, nehmen sie Kontakt zum hauseigenen Sozialdienst auf, der das weitere Prozedere koordiniert.</p>
<p>In diesem Standardkriterium werden zunächst genaue Kenntnisse der regionalen Versorgungsangebote durch die Pflegefachkraft, die für das Entlassungsmanagement zuständig ist, erwartet.</p>	<p>MP 52: Kontakte (zu Selbsthilfegruppen) vermittelt in Sozialdienst, Pflege und Ärztliches Personal.</p>	<p>MP 52: Kooperation mit der Selbsthilfegruppe der Deutschen ILCO als Selbsthilfevereinigung für Stomaträger und Menschen mit Darmkrebs.</p>	<p>Der Kontakt zu regionalen Angeboten, die durch Vereine, Ehrenamt etc. gestellt werden, ist nach Meinung der Leistungserbringer weitgehend unbekannt.</p>

Inhalt des Standardkriteriums des Expertenstandard	Hinweise zum Prozessablauf aus den Interviews (Melle)	Hinweise zum Prozessablauf aus den Interviews (Samtgemeinde Freeren)	Anmerkungen
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.	Wichtige Informationen über die Versorgung der zu Betreuenden werden auf Pflegeüberleitungsbögen übermittelt; Fax und Telefon sind dabei die Kommunikationsmedien der Wahl.	Wichtige Informationen über die Versorgung der zu Betreuenden werden auf Pflegeüberleitungsbögen übermittelt. Die Akteure der akutenstationären wie der Langzeitversorgung arbeiten mit einer Hol-Struktur, wenn Informationen zur Übernahme der Versorgung fehlen: sie nehmen aktiv telefonisch mit dem Vorversorger auf.	Gemeinsame Übergabegespräche im Vorfeld mit allen Beteiligten werden auf Grund von Zeitmangel nicht aus geführt; 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.	Die Pflegefachkräfte beraten in allen Fragen des Symptommanagements.	Wiedereinweisungen von Patienten kommen auch vor, weil sich Symptome verschlimmern haben oder nicht verbessert haben oder wenn unerkannte und ungelöste Bedarfssituationen den Übertritt begleiten.

Inhalt des Standardkriteriums des Expertenstandard	Hinweise zum Prozessablauf aus den Interviews (Melle)	Hinweise zum Prozessablauf aus den Interviews (Samtgemeinde Freren)	Anmerkungen
Dabei geht es nicht um Wissen und technische Fähigkeiten sondern auch darum, die Veränderungen durch die Pflegebedürftigkeit in den eigenen Alltag integrieren zu können und die daraus resultierenden Belastungen sowohl körperlich als auch psychisch zu verkraften.	Kurze Verweildauern sind die Regel in der akuten medizinischen Versorgung. Das Krankenhaus arbeitet daher mit auf die Behandlungssituation fokussierten Informationen. In der Abteilung der geriatrischen Frührehabilitation wird auch der Akzeptanzprozess der Betroffenen und ihren Familien berücksichtigt.	Das Krankenhaus erfährt über Rückmeldungen von Angehörigen und Betroffenen, dass die Ein- und Umstellung der Alltagsgestaltung mit einer Pflegebedürftigkeit viel Zeit braucht.	Insbesondere die Betroffenen und die Angehörigen erleben hier viele Schwierigkeiten und fehlende Unterstützung seitens der professionellen Dienste.
S4: Die Pflegefachkraft verfügt über die Fähigkeiten, zu beurteilen, ob die Entlassungsplanung dem individuellen Bedarf des Patienten und seiner Angehörigen entspricht.	Sowohl Betroffene als auch nachversorgende Leistungserbringer erleben ungeplante und ungenügend vorbereitete Austrittssituationen.	Die nachversorgenden Leistungserbringer erleben eine ausgeprägte Heterogenität in der Umsetzung des Entlassungsmanagements, die nicht nur abhängig von der Organisation zu sein scheint, sondern auch von einzelnen Personen innerhalb der Organisation.	Die Entlassungsplanung wird nicht als strukturierter Prozess wahrgenommen, sondern als abhängig von individuellen Entscheidungen und Handlungsweisen.
S5: 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.	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.	Die nachversorgenden Einheiten erleben ein heterogenes Verhalten der Krankenhäuser im Hinblick auf das Einholen eines Feedback zur Entlassungsplanung.	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.

Inhalt des Standardkriteriums des Expertenstandard	Hinweise zum Prozessablauf aus den Interviews (Melle)	Hinweise zum Prozessablauf aus den Interviews (Samtgemeinde Freren)	Anmerkungen
Alle Berufsgruppen, die an der Entlassung beteiligt sind, müssen Zugriff auf die Dokumentation der Entlassungsplanung haben.	Das Krankenhaus nutzt ein elektronisches Dokumentationssystem. Unter der Leitung des Sozialdienstes ergänzen alle Berufsgruppen fortlaufend den Stand der Entlassungsplanung. Dadurch sind alle Beteiligten auf dem gleichen Wissenstand.	Die Dokumentationsunterlagen sind auf die Unterstützung in der Entlassungsplanung ausgerichtet; alle können darauf zugreifen.	Die organisationsspezifischen IT-Systeme erschweren die intersektorale Zusammenarbeit in der Entlassung, weil nur organisationseigene Dienstleister auf die Dokumentation zugreifen können. Pflegeüberleitungsbögen als kommunikatives Mittel mit nachversorgenden Einheiten sind abhängig von der Arbeitszeit der Sozialdienste, enthalten nicht notwendigerweise alle Informationen, die die nachversorgenden Einheiten benötigen.

Fakultät Wirtschafts- und Sozialwissenschaften

Caprivistraße 30A
49076 Osnabrück

Fakultät Management, Kultur und Technik

Kaiserstraße 10c
49809 Lingen

Gefördert durch:



**Niedersächsisches Ministerium
für Wissenschaft und Kultur**