



Pflegesozialplanung der Hanse- und Universitätsstadt Rostock

Bericht im Auftrag der Hanse- und Universitätsstadt Rostock zum Stand
31.12.2018

erstellt von

Dr. Dietrich Engels, Ferzaneh Fakdani und Linda Froese

unter Mitwirkung der Hanse- und Universitätsstadt Rostock

Köln, den 12.08.2020

Grußwort

Eine Stadt für alle Rostockerinnen und Rostocker

Sehr geehrte Damen und Herren,
liebe Rostockerinnen und Rostocker,

nur wenige Tage nach meinem Amtsantritt im September 2019 durfte ich der ältesten Rostockerin zu ihrem 107. Geburtstag gratulieren. In ihrer Wohnung mit Blick auf die Ostsee haben wir auf ihr Jubiläum angestoßen und über Warnemünde, ihr Arbeitsleben und den Sport gefachsimpelt. Es war ein wunderbarer Termin und ein guter Einstieg in die Arbeit als Oberbürgermeister.

Denn die wohl wichtigste Aufgabe der Stadtverwaltung ist es, unsere Hanse- und Universitätsstadt für alle Rostockerinnen und Rostocker lebenswert zu gestalten und ein gemeinsames Miteinander für alle Menschen zu ermöglichen – und zwar ganz unabhängig davon, woher sie kommen, wie alt sie sind und was ihnen wichtig ist.

Doch fühlen sich auch alle Rostockerinnen und Rostocker wohl in unserer Stadt? Wie geht es den Menschen, die in ihrem Alltag auf Hilfen und Pflege angewiesen sind? Welche Möglichkeiten haben sie, in unserer Stadt ein Leben zu führen, das ihren Vorstellungen und Wünschen entspricht?

Auf diese und viele weitere Fragen soll dieser 2. Bericht zur Pflegesozialplanung Antworten geben. Im Mittelpunkt steht dabei eine Analyse des pflegerischen Versorgungssystems in unserer Stadt. Denn durch viele Faktoren bedingt leben wir immer länger. Der medizinische Fortschritt, eine auf Gesundheit und Wohlergehen orientierte Ernährungsweise und viele Sport- und Präventionsangebote sind Teil der Gründe des demografischen Wandels in unserer Gesellschaft.

Vermutlich wird nicht jede und nicht jeder von uns den eigenen 107. Geburtstag feiern können. Aber wir sollten alles dafür tun, so nah wie möglich an ein so großartiges Jubiläum heranzukommen!

Ihr



Claus Ruhe Madsen
Oberbürgermeister der Hanse- und Universitätsstadt Rostock

Rostock, im August 2020

Sinnvolle Wege zur Weiterentwicklung der Versorgung

Liebe Rostockerinnen und Rostocker,
sehr geehrte Damen und Herren,

wir schreiben nun das Jahr 2020, und die zweite Pflegesozialplanung der Hanse- und Universitätsstadt Rostock ist veröffentlicht.

In Gedanken um die immense Bedeutung des Themas für die Gesellschaft rufe ich mir in Erinnerung: Der Mensch blickt im Alter reflektierend auf das eigene Leben - er betrachtet dabei nicht allein, welche Glücksmomente die Jahre prägten, welche leidvolle Erfahrungen das Leben mit sich brachten. Das Leben bewerten wir ganz wesentlich anhand dessen, wie sinnvoll sich das eigene Leben und Handeln im Rückblick anfühlt.

Unabhängig davon, welches sinnerfüllte Sein ein Jeder seinem Leben zuspricht, steht außer Frage: Dieser Reflektionsprozess hat ganz selbstverständlich in einem würdevollen Lebensumfeld zu erfolgen. Nicht jeder benötigt dabei pflegerische Leistungen im Alter. Wenn doch, sind diese bei größtmöglicher Selbstbestimmung auf Basis der eigenen Wünsche und Bedürfnisse des pflegebedürftigen Menschen zu erbringen.

Der kommunale Wirkungskreis in der pflegerischen Versorgung wurde trotz umfassender Reformen in der Pflegeversicherung nur sehr bedingt erweitert. Der Einfluss auf den Markt ist begrenzt, die Anforderungen an die Versorgung steigen stetig. Die vorliegende Planung bietet Ihnen eine fundierte Analyse der pflegerischen Versorgung in der Hanse- und Universitätsstadt Rostock. Sie leitet neue und andere Wege in Form von Maßnahmen und Empfehlungen zur Entwicklung des Systems ab.

Wenn ich betone, dass es neue Wege braucht, so habe ich den Anspruch, Ihnen diese bereits im Rahmen dieses Grußwortes zu benennen. Brücken zwischen der Altenhilfe und der Versorgung im Einzelfall sind wirksam. Quartierspflege ist hier ein Instrument, welches Pflege in Zeiten des Personalmangels effektiver bei einer höheren Lebensqualität versorgen kann. Auch darf und kann es kein Tabu sein, auf kommunaler Ebene zu entscheiden, ob Flächen konzeptbezogen am Markt zu einem Festpreis veräußert werden. Einer etwaigen Unterversorgung ist entgegen zu wirken.

Der Altenhilfe wird dabei die wesentliche Steuerungskompetenz der Kommune zuteil. In den klassischen pflegerischen Leistungsbereichen ist der kommunale Einfluss auszureizen.

Ich hoffe, Sie mit diesem Blick in die Praxis neugierig gemacht zu haben. Weitere konkrete Handlungsempfehlungen bietet dieser Bericht. Mein Dank richtet sich an dieser Stelle an das Institut für Sozialforschung und Gesellschaftspolitik, welches diesen Bericht im Auftrag der Stadt verfasste.

Mit der Arbeit an diesen Themen haben wir die Chance, diesen Aspekt unseres Lebens als sehr sinnerfüllend zu kategorisieren.



Robert Pfeiffer
Leiter des Amtes für Jugend, Soziales und Asyl
Rostock, im August 2020

Zusammenfassung

Auftrag der Pflegesozialplanung im April 2019

Die Hanse- und Universitätsstadt Rostock (HRO) hat das ISG Institut für Sozialforschung und Gesellschaftspolitik GmbH im Jahr 2019 mit der Pflegesozialplanung beauftragt. Auf Basis des § 5 Abs. 2 LPflegeG M-V wird hiermit das Ziel verfolgt, eine grundlegende Analyse bedarfsgerechter Unterstützungsangebote in ambulanten, teil- und vollstationären sowie darüber hinausgehenden Versorgungsbereichen unter Berücksichtigung der individuellen Lebenssituation des Menschen und des fortlaufenden demografischen Wandels durchzuführen. Zusammenfassend folgen nun die zentralen Ergebnisse der Pflegesozialplanung in gekürzter Version sowie ein Überblick über die wichtigsten Handlungsempfehlungen.

Stand und Prognose der Pflegebedürftigkeit

Die Analyse der demografischen Entwicklung ergibt, dass ein weiterer Anstieg der Zahl der Menschen im Alter ab 75 Jahren zu erwarten ist. Zwar bleibt die Zahl dieser Altersgruppe bis 2030 in etwa gleich, bis zum Jahr 2040 wird allerdings ein Anstieg um 12% erwartet. Damit erhöht sich auch die Zahl der Menschen mit Pflegebedürftigkeit und Demenz, da beides stark mit höherem Alter zusammenhängt. Bis 2030 wird ein Anstieg der Menschen mit Pflegebedarf von 9.333 auf 9.585 (+3%) erwartet, bis 2040 sind es insgesamt 10.282 (+10%). Die Zahl der Menschen mit Demenz wächst bis 2030 von 5.323 auf 5.434 (+2%) an. Im Jahr 2040 wird mit 5.917 Menschen mit Demenz gerechnet (+11%).

Beschreibung und Bewertung der Angebotsstruktur mit zentralen Handlungsempfehlungen

Der zum Ende des Berichts gezogene Vergleich von ausgewählten Daten der pflegerischen und pflegeergänzenden Versorgung der HRO zum Stand 31.12.2018 mit überregionalen Daten auf Landes- und Bundesebene ergibt folgendes Bild¹:

- Mit 1.139 Mitarbeitenden in *ambulanten Diensten* liegt die HRO in ihrer Versorgungsdichte bei 3,9 Mitarbeitenden je 100 Älteren ab 75 Jahren. Empfohlen wird hier eine Orientierung an der Landeshauptstadt Schwerin mit 4,3 Mitarbeitenden ambulanter Dienste je 100 Ältere ab 75 Jahren. Demnach werden bis 2030 knapp 110 Mitarbeitende mehr allein in der ambulanten Pflege benötigt. Bis 2040 sind es rund 270 Mitarbeitende mehr im Vergleich zum Jahr 2018.
- Mit 369 *Tagespflegeplätzen* weist die HRO eine Versorgungsdichte von 1,3 Plätzen je 100 Ältere ab 75 Jahren auf, weitere 95 Plätze sind geplant. Optimiert man die Versorgung in Anlehnung an den Landesdurchschnitt von 1,7 Plätzen je 100 Ältere ab 75 Jahren, werden bis 2030 über die bekannten Planungen hinaus weitere 23 Tagespflegeplätze benötigt, bis 2040 erfordert diese Versorgungsdichte 87 Plätze mehr als im Jahr 2018.
- Bei den Angeboten der *Kurzzeitpflege* wird mit 59 Plätzen eine Versorgungsdichte von 0,2 Plätzen je 100 Ältere ab 75 Jahren genau im Landesdurchschnitt erreicht, allerdings liegt der Wert unter dem Schweriner Durchschnitt von 0,4 Plätzen als auch unter dem Bundesdurchschnitt von 0,5 Plätzen je 100 Ältere ab 75 Jahren. Bis 2030 werden

1 Die Berechnung des Bedarfs erfolgt nach Variante b „Fortschreibung anhand von Zielwerten einer besseren Versorgungsdichte, vgl. Kapitel 5.2.“

hier 95, bis 2040 sogar 115 mehr Plätze im Vergleich zum Jahr 2018 benötigt. Insbesondere ist der Ausbau der eigenständigen bzw. solitären Kurzzeitpflege zu empfehlen.

- Das *stationäre Angebot* mit 2.575 Pflegeplätzen entspricht einer Versorgungsdichte von 8,9 Plätzen je 100 Personen ab 75 Jahren. Um den Landesdurchschnitt von 9,5 Plätzen je 100 Ältere ab 75 Jahren zu erreichen, bedarf es bis zum Jahr 2030 weiterer 159 Plätze, bis zum Jahr 2040 würden 519 weitere stationäre Pflegeplätze benötigt. Etwa drei Viertel der Bewohnerinnen und Bewohner haben eine Demenz. Eine integrierte Betreuung dieses Personenkreises praktizieren 42% der Einrichtungen, und 58% haben für sie gesonderte Wohnbereiche.
- Mit 1.313 *betreuten Wohnungen* weist die HRO eine Versorgungsdichte von 4,5 Wohnungen je 100 Ältere ab 75 Jahren auf. Hier kann die Versorgungsdichte der Landeshauptstadt Schwerin mit 6,0 Wohnungen je 100 Ältere ab 75 Jahren als Richtwert herangezogen werden. Demnach wird bis 2030 ein Ausbau von rund 409 Wohnungen empfohlen. 635 betreute Wohnungen würden demnach bis 2040 erforderlich sein.
- Bei den *ambulant betreuten Wohngemeinschaften* für pflege- und betreuungsbedürftige Menschen (nach § 2 Abs. 6 EQG M-V) liegt die HRO mit 0,6 Wohnungen in Wohngemeinschaften je 100 Ältere ab 75 Jahren hingegen über der Versorgungsdichte in Schwerin (0,5) und dem Landkreis Ludwigslust-Parchim (0,1 WG-Wohnungen je 100 Ältere ab 75 Jahren). Weitere Planungen sind zu dieser Angebotsform nicht bekannt.
- In der *Gesundheitsversorgung* liegt die HRO mit 169 Ärzten (niedergelassene Ärzte mit Hausarztfunktion) bzw. 0,6 Ärzten je 100 Ältere ab 75 Jahren über dem Landes- und Bundesdurchschnitt, und auch die Versorgung durch Kliniken fällt höher aus als im Landes- und Bundesdurchschnitt. Die Versorgung mit Apotheken in der HRO entspricht dem Versorgungsniveau des Landes und des Bundes, diese Verteilung wird durch einheitlich geltende Schlüssel reguliert.
- Der aufgezeigte Zusatzbedarf bedeutet, dass weiteres *Personal* erforderlich ist, um zusätzliche Kapazitäten betreiben zu können. Um die Zielsetzung einer guten Versorgungsdichte zu erreichen, sind in den beiden Bereichen der vollstationären Dauerpflege und Kurzzeitpflege bis zum Jahr 2030 weitere 159 Mitarbeitende erforderlich. Zusammen mit fehlenden Mitarbeitenden in der ambulanten Pflege und Tagespflege ergibt sich daraus für die pflegerische Versorgung ein zusätzlicher Personalbedarf von 298 Mitarbeitenden, wenn im Jahr 2030 die Zielwerte einer guten Versorgung erreicht werden sollen. Bis zum Jahr 2040 sind gegenüber dem Jahr 2018 weitere 398 Mitarbeitende in der vollstationären Dauerpflege und Kurzzeitpflege, 273 Mitarbeitende in der ambulanten Pflege und 47 Mitarbeitende in der Tagespflege erforderlich, daraus ergibt sich für die pflegerische Versorgung ein zusätzlicher Personalbedarf von 718 Mitarbeitenden bis zum Jahr 2040.

Diese Empfehlungen beziehen sich ausschließlich auf ausgewählte Versorgungsbereiche. Weitere Schlussfolgerungen wurden im Rahmen der Pflegesozialplanung unter anderem auch für Versorgungsformen wie das ambulant betreute Wohnen, für die Personalsituation und verschiedene Präventionsmöglichkeiten abgeleitet (Kapitel 5). Insgesamt ist im Hinblick auf die Zunahme der Zahl an älteren Menschen und damit auch der Pflegebedürftigen ein Ausbau der vorstationären und stationären Pflegeangebote in der HRO anzustreben.

Als weitere zentrale Punkte empfiehlt das ISG:

- Zur effektiven pflegerischen Versorgung sollte die Stadt Rostock in Versorgungsregionen aufgeteilt werden, um die Zuständigkeiten der Anbieter von Pflege eindeutig zuzuordnen. Dadurch eingesparte Fahrtwege können wiederum zeitliche und personelle Engpässe abmildern.
- Weiterhin ist ein regelmäßiger Austausch über die pflegerische Versorgungssituation in der HRO in Form eines „Pflegestammtischs“ zu empfehlen. Hier können sich die Anbieter von Pflegeleistungen in Hinblick auf den aktuellen Bedarf abstimmen.
- Innerhalb der Diskussion um den Personalmangel in der Pflege wurden in Abstimmung mit Vertretern von Pflegeeinrichtungen, Pflegekassen und weiteren zentralen Akteuren in der HRO Maßnahmen zur Rekrutierung und Umschulung von Fachkräften erörtert. Neben der Steigerung der Attraktivität der Pflegeberufe durch das Werben auf Ausbildungsmessen oder der Verbesserung der Arbeitsverhältnisse ist hier die Akkreditierung von Fachkräften aus dem Ausland oder aus pflegeähnlichen Berufen zu nennen, die mit Ausbildungsanpassungen und Coachings einhergehen sollten.

Inhalt

Grußwort	1
Zusammenfassung	3
1 EINLEITUNG	8
1.1 Demografische Entwicklung und Pflegebedarf	8
1.2 Ziele und Vorgehensweisen der Pflegesozialplanung	9
1.3 Fortlaufendes Monitoring der pflegerischen Angebotsstruktur	9
1.4 Gesetzliche Grundlagen	10
1.4.1 Landespflegegesetz (LPflegeG).....	10
1.4.2 Elftes Sozialgesetzbuch (SGB XI).....	10
2 BEVÖLKERUNGSSTRUKTUR UND BEVÖLKERUNGSENTWICKLUNG IN DER HRO	12
2.1 Demografische Lage	12
2.1.1 Bevölkerungsstruktur	13
2.1.2 Altersstruktur in den Stadtbereichen	15
2.1.3 Staatsangehörigkeit	18
2.1.4 Haushaltsformen	18
2.2 Zukünftige Entwicklung der Bevölkerung	19
2.2.1 Prognose der zukünftigen Bevölkerungsentwicklung	19
2.2.2 Voraussichtliche Bevölkerungsentwicklung in den Stadtbereichen	20
2.3 Zusammenfassung zur demografischen Lage	23
3 PFLEGEBEDÜRFTIGKEIT UND DEMENZ IM ALTER	24
3.1 Anzahl und Struktur der Pflegebedürftigen	24
3.1.1 Pflegebedürftigkeit in den Stadtbereichen.....	26
3.1.2 Entwicklung der Pflegebedürftigkeit bis zum Jahr 2040	27
3.1.3 Entwicklung der Pflegebedürftigkeit in den Stadtbereichen	29
3.1.4 Hilfe zur Pflege nach SGB XII	30
3.2 Ältere Menschen mit Demenz	31
3.2.1 Menschen mit Demenz in den Stadtbereichen.....	32
3.2.2 Voraussichtliche Entwicklung der Zahl der Menschen mit Demenz	33
3.2.3 Entwicklung von Demenz in den Stadtbereichen	34
3.3 Entwicklung von Pflegebedarf und Demenz in der Gesamtschau	35
4 ANGEBOTE DER PFLEGERISCHEN UND PFLEGEERGÄNZENDEN VERSORGUNG AM JAHRESENDE 2018	37
4.1 Pflegerische Angebote	37
4.1.1 Ambulante Dienste	38
4.1.2 Tagespflege	43
4.1.3 Kurzzeitpflege	46
4.1.4 Stationäre Pflege.....	47
4.2 Pflegeergänzende und präventive Angebote	53
4.2.1 Niedrigschwellige haushaltsnahe Dienstleistungen.....	53
4.2.2 Gesundheitsversorgung	54
4.2.3 Sterbebegleitung	56
4.2.4 Information und Beratung, Begegnung und Hilfen bei Demenz	56

4.3	Wohnen im Alter.....	58
4.3.1	Betreutes Wohnen	59
4.3.2	Ambulant betreute Wohngemeinschaften	60
5	VERSORGUNGSLAGE IM ÜBERREGIONALEN VERGLEICH UND SCHLUSSFOLGERUNGEN	63
5.1	Bewertung der Versorgung im überregionalen Vergleich	63
5.1.1	Vergleich mit der Versorgungslage im Landes- und Bundesdurchschnitt sowie in der Landeshauptstadt Schwerin	63
5.1.2	Versorgung in der HRO und im Landkreis Rostock.....	65
5.1.3	Versorgungslage in einer vergleichbaren Großstadt	67
5.2	Weiterentwicklung der Versorgungsstruktur.....	68
5.3	Personalmangel in der Pflege.....	72
5.4	Handlungsempfehlungen	75

1 Einleitung

Die Hanse- und Universitätsstadt Rostock (HRO) führt eine Planung für ambulante, teilstationäre und stationäre Pflegeeinrichtungen nach § 5 Abs. 2 Landespflegegesetz Mecklenburg-Vorpommern (LPflegeG M-V) durch. Im Jahr 2019 wurde das ISG Institut für Sozialforschung und Gesellschaftspolitik GmbH mit der Erstellung der Pflegesozialplanung in der HRO zum Stand 31.12.2018 beauftragt und legt hiermit seinen Bericht vor.

Ausgehend von einer Analyse demografischer Berechnungen des Unterstützungsbedarfs älterer Menschen in der HRO werden hierin die bestehenden und benötigten Versorgungsangebote dargestellt und in konkreten Handlungsempfehlungen praxisnah diskutiert. Diese Arbeitsschritte wurden durch eine schriftliche Befragung der in der Stadt bestehenden Pflegeangebote sowie durch Fachgespräche und Experteninterviews mit in der Pflege tätigen Akteuren und Verbänden ergänzt. Der vorliegende Bericht stellt die Kapazitäten pflegerischer und pflegeergänzender Angebote sowie der gesundheits- und wohnungsbezogenen Angebote für ältere Menschen in der HRO zum Jahresende 2018 dar und analysiert sie im Hinblick auf eine gute Versorgungslage.

Die gesamte Berichterstellung von der Datenrecherche über die fachliche Interpretation bis zu den Überlegungen, welche Handlungsempfehlungen sich daraus für die HRO ergeben, wurden in enger Abstimmung mit den städtischen Planungs- und Steuerungsstrukturen in diesem Bereich abgestimmt. Dazu gehören insbesondere:

- Sozialplanung der HRO
- Regionaler Pflegeausschuss
- AG Gerontopsychiatrie
- Psychosoziale AG.

Diese Gremien stehen in einem kontinuierlichen fachlichen Informationsaustausch und befassen sich darüber hinaus mit der Beratung zu einzelnen Themen, wissenschaftlichen Berichten und fachlicher Planung. Die Zielsetzung dieser Gremien richtet sich auf eine effiziente, bedarfsgerechte Versorgung und die Weiterentwicklung der Versorgungsstruktur.

1.1 Demografische Entwicklung und Pflegebedarf

Der demografische Wandel führt zu einer steigenden Zahl älterer Menschen, und deren Anteil an der Bevölkerung steigt stetig an. Zu dieser Entwicklung tragen mehrere Einflussfaktoren bei: Eine niedrige Geburtenrate führt schon seit mehreren Jahrzehnten dazu, dass weniger junge Menschen nachwachsen. Zugleich führt ein stetiger Anstieg der Lebenserwartung dazu, dass die Zahl älterer Menschen steigt.

Mit steigendem Alter gehen Beeinträchtigungen der Gesundheit sowie eine Zunahme von Hilfe- und Pflegebedürftigkeit einher, mit denen sich die älteren Menschen so gut es geht arrangieren müssen. Für diese Arrangements ist es von großer Bedeutung, inwieweit eine Unterstützung aus dem Kreis der Familie, der Freunde und Nachbarn als „Hilferessource“ genutzt werden kann und in welchem Maße professionelle Dienste in Anspruch genommen werden müssen. Die zentrale Frage ist, wie viele Menschen in Zukunft Pflegeleistungen benötigen und wer diese Pflegeleistungen erbringen kann.

1.2 Ziele und Vorgehensweisen der Pflegesozialplanung

Mit dem Ziel, in Zeiten eines begrenzten Angebots eine umfassende und zufriedenstellende Versorgung in der Pflege sicherzustellen und weiterzuentwickeln, richtet sich die Pflegesozialplanung am Wohl pflegebedürftiger Menschen und ihrer Angehörigen aus. In Orientierung an dem Grundsatz „ambulant vor stationär“ prüft sie unter Berücksichtigung der individuellen Lebenssituation des Pflege erhaltenden Menschen sowie dessen Wunsch und Willen, wie durch Verbesserung und Ausbau der ambulanten und teilstationären Versorgung ein Umzug in eine stationäre Pflegeeinrichtung vermieden werden kann. Der häuslichen Pflege inklusive der Unterstützung pflegender Angehöriger ist in diesem Rahmen ein besonderer Stellenwert beizumessen. Demnach sind leistungsfähige Angebote des betreuten Wohnens, ambulante Pflegewohngruppen und eine beratende Fallbegleitung Möglichkeiten, die zu einer Vermeidung stationärer Pflege beitragen können. Im Sozialgesetzbuch XI sind alle maßgeblichen Regelungen zur Pflege für Betroffene, Angehörige, Pflegedienste und -einrichtungen sowie entsprechende Vorschriften zur Bezuschussung der Pflege rechtlich festgelegt.

Die Pflegesozialplanung erfordert einerseits eine kontinuierliche Dokumentation der bestehenden Versorgungsangebote und andererseits eine aktuelle Erfassung des sich verändernden Bedarfs an Unterstützungs- und Pflegeangeboten. Der Bedarf an Angeboten wird auf der Grundlage der derzeit aktuellsten Pflegestatistik 2017 ermittelt, die im Jahr 2019 veröffentlicht wurde, sowie anhand der aktuellen kommunalen Bevölkerungsstatistik, die zurzeit für den 31.12.2018 vorliegt. Eine Fortschreibung der Analyse des Pflegebedarfs bis zum Jahr 2040 erfolgt auf Basis der aktuellen Bevölkerungsprognose des Statistischen Amtes Mecklenburg-Vorpommern, die im Oktober 2019 veröffentlicht wurde. Für die Dokumentation der Versorgungsangebote hat das ISG ein Instrument für ein fortlaufendes Monitoring der pflegerischen Angebotsstruktur entwickelt, das von der HRO für die Fortschreibung weiter genutzt werden kann.

1.3 Fortlaufendes Monitoring der pflegerischen Angebotsstruktur

Da sich die Angebotslage im Bereich der ambulanten, teilstationären, stationären sowie komplementär und präventiven Pflege laufend verändert, werden die vorhandenen Kapazitäten fortlaufend in einem Angebotsverzeichnis dokumentiert. Dieses Verzeichnis beinhaltet folgende Punkte:

- Pflegerische Angebote: Ambulante Pflegedienste, Tagespflege, stationäre Pflege, Kurzzeitpflege inklusive Urlaubs- und Verhinderungspflege
- Wohnangebote: Betreutes Wohnen und ambulant betreute Wohngemeinschaften
- Gesundheitsversorgung: Ärzte, Apotheken, Kliniken (mit und ohne geriatrische Abteilung) und Hospizversorgung
- Weitere Angebote für ältere Menschen: Beratung, Begegnung, Selbstorganisation und Hilfen bei Demenz sowie haushaltsnahe Dienstleistungen.

Das Verzeichnis enthält neben den jährlich zu aktualisierenden Bevölkerungszahlen auch Angaben zu den derzeitigen Kapazitäten der pflegerischen und pflegeergänzenden Angeboten (bei Pflege- und Wohnangeboten: Zahl der Plätze oder Wohnungen, bei ambulanten Diensten: Personalkapazität) sowie Daten zur weiteren Planung. Die Einordnung der Angebote erfolgt auf Ebene der 21 Stadtbereiche bzw. der vier Versorgungsbereiche in der HRO.

Das Angebotsverzeichnis verfolgt mehrere Ziele. Es

- dient der Pflegesozialplanung zum fortlaufenden Monitoring der Entwicklung der pflegerischen und pflegeergänzenden Angebote in der HRO,
- bildet die Grundlage, auf der jeweils zum Jahresende tabellarische Auswertungen zu Berichtszwecken durchgeführt werden und woraus daraufhin Empfehlungen abgeleitet werden,
- kann als Datengrundlage zur Steuerung der Angebotsentwicklung (z.B. für Stellungnahmen zu Angebotsplanungen) herangezogen werden und
- bildet für Anbieter eine Grundlage zur Weiterentwicklung ihrer Angebote (im Sinne einer „Marktanalyse“).

Das Angebotsverzeichnis ist keine starre Systematik, sondern wird bei der Nutzung in der Praxis daraufhin geprüft, ob strukturelle Änderungen notwendig sind. Erfahrungen, die durch die Handhabung mit dem Verzeichnis gemacht werden, werden laufend dokumentiert und analysiert. Ferner wird auch die Datenbasis stetig auf ihre Aktualität hin überprüft und bei Bedarf angepasst. Die Ergebnisse werden in Tabellenform ausgewertet und im Text kommentiert.

1.4 Gesetzliche Grundlagen

1.4.1 Landespflegegesetz (LPflegeG)

Nach dem Landespflegegesetz Mecklenburg-Vorpommern haben die Landkreise und kreisfreien Städte die Aufgabe, alle fünf Jahre Planungen für die Versorgungsstrukturen im Pflege-sektor zu erstellen (§ 5 Abs. 2 LPflegeG M-V). Im Wortlaut heißt es:

„Die Landkreise und kreisfreien Städte stellen unter Zugrundelegung der jeweils aktuellen Landesprognose zur Bevölkerungsentwicklung zum Stichtag 31. Dezember eines jeden fünften Jahres, beginnend mit dem Jahr 2018, Pflegepläne für ihr Gebiet auf und schreiben diese fort. Die Planungen enthalten eine Bestandsaufnahme über die regionale Versorgungsstruktur, zeigen etwaige Defizite auf und beschreiben die bedarfsgerechte Entwicklung von geeigneten Betreuungs- und Pflegeangeboten ...“

Als Grundlage dieser Planung sind die Ergebnisse der jeweils aktuellen Landesprognose zur Bevölkerungsentwicklung heranzuziehen. Laut Planungsaufgabe sind demnach neben ambulanten, teilstationären und stationären Angeboten auch komplementäre Angebote zur Pflege, insbesondere betreute Wohnformen, dabei zu berücksichtigen und zu einer bedarfsgerechten Entwicklung von Angeboten heranzuziehen.

1.4.2 Elftes Sozialgesetzbuch (SGB XI)

Die gesetzliche Grundlage für die Gestaltung pflegerischer Leistungen bilden auf Bundesebene das SGB XI – Soziale Pflegeversicherung und das Siebte Kapitel SGB XII – Sozialhilfe, soweit es sich um Hilfe zur Pflege seitens der Kommunen handelt. Durch mehrere Gesetzesnovellierungen wurden die Rahmenbedingungen für einzelne Versorgungselemente in den letzten Jahren verändert:

- Mit dem Pflege-Neuausrichtungsgesetz (2013) wurden unter anderem die Rahmenbedingungen zur Einrichtung ambulant betreuter Wohngruppen verbessert. Für Personen in Privathaushalten mit „erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz“ wurden neue Leistungen eingeführt (§ 123 SGB XI). Die nur anteilige Anrechnung des Pflegegeldes wurde auch auf die Kurzzeitpflege ausgedehnt.

- Seit Januar 2015 sind im Rahmen des „Pflegestärkungsgesetzes 1“ weitere Veränderungen in Kraft getreten, mit denen die Leistungen insgesamt erhöht und die Voraussetzungen der Inanspruchnahme von Verhinderungspflege, Kurzzeitpflege und Tagespflege sowie von ambulant betreuten Wohngruppen verbessert werden.
- Zum Januar 2016 trat das „Pflegestärkungsgesetz 2“ in Kraft, das mit der Umstellung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs die größte Reform seit Einführung der Pflegeversicherung mit sich bringt.
- Das „Pflegestärkungsgesetz 3“ trat zum 01. Januar 2017 in Kraft. Es enthält vornehmlich die regionalen und kommunalen Beschlüsse zur Umsetzung der Reformen des Pflegestärkungsgesetzes 2.

Im Sinne einer gemeinsamen Verantwortung wird die pflegerische Versorgung in § 8 SGB XI als partizipative Aufgabe von Ländern, Kommunen, Pflegeeinrichtungen und Pflegekassen bezeichnet. Zum Verantwortungsbereich der Länder zählt nach § 9 SGB XI die Vorhaltung einer ausreichenden Versorgungsstruktur für pflegebedürftige Menschen. § 12 SGB XI regelt darüber hinaus die Sicherstellung der Versorgung von Versicherten durch die Pflegekassen in Kooperation mit Pflegestützpunkten und Einrichtungsträgern.

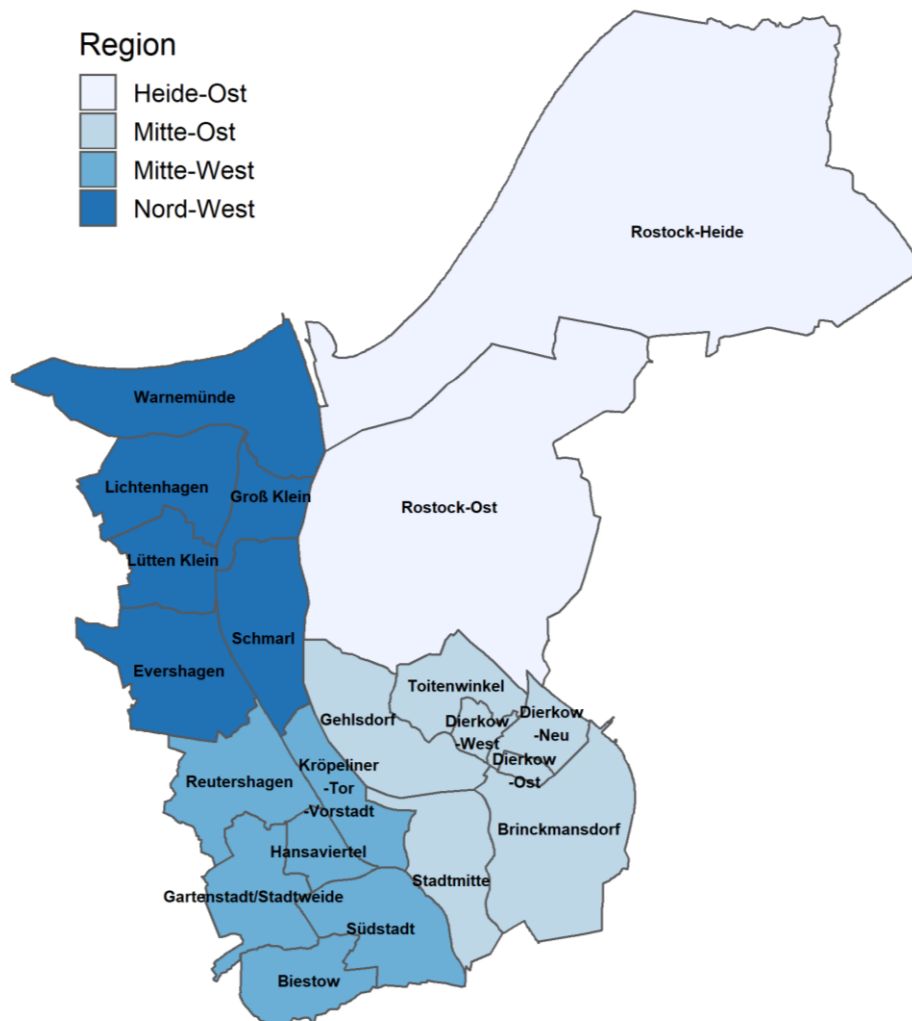
2 Bevölkerungsstruktur und Bevölkerungsentwicklung in der HRO

2.1 Demografische Lage

Die kreisfreie Universitäts- und Hansestadt Rostock liegt an der Ostsee im Norden des Landes Mecklenburg-Vorpommern. Sie ist mit 208.886 Einwohnerinnen und Einwohnern (Stand 31.12.2018) die bevölkerungsreichste Stadt Mecklenburg-Vorpommerns.

Eine differenzierte Darstellung der Ergebnisse der Pflegesozialplanung erfolgt nicht nur auf der Ebene der Gesamtstadt, sondern auch in Teilregionen. Da eine Planung auf der Ebene der 21 Stadtbereiche aber zu kleinteilig gewesen wäre, wurde das Stadtgebiet in einem partizipativen Entscheidungsprozess in die vier Versorgungsbereiche Mitte-West, Mitte-Ost, Nord-West und Heide-Ost aufgeteilt (Abb. 1). Zu beachten ist hierbei, dass der Bereich Heide-Ost die geringste Bevölkerungsdichte aufweist, weshalb sich hier auch weniger Angebote für pflegebedürftige Menschen finden als in den anderen Stadtbereichen.

Abb. 1 Vier Stadtregionen



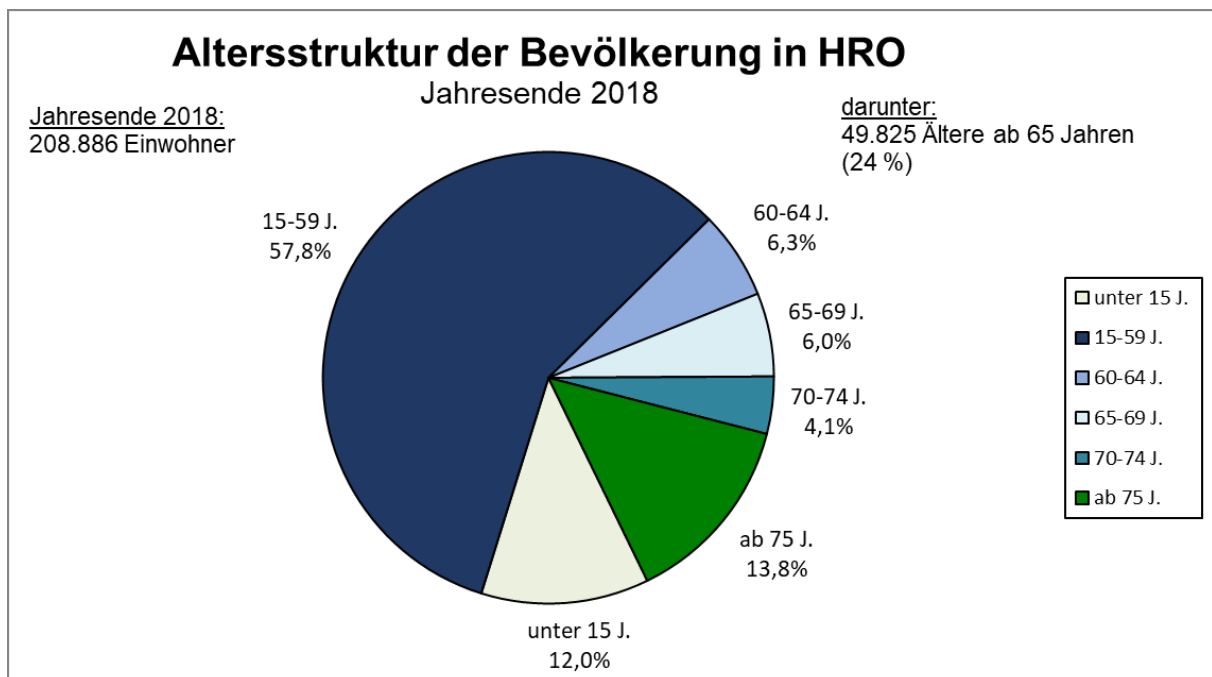
Quelle: HRO 2019, Erstellung durch das ISG 2019

2.1.1 Bevölkerungsstruktur

Der Bedarf an Unterstützung und Pflege steigt mit der Zahl der älteren Menschen. Eine zentrale Grundlage für die Pflegesozialplanung bildet daher eine Analyse der demografischen Struktur der Bevölkerung, um darauf aufbauend abzuschätzen, mit welchen Veränderungen in Zukunft zu rechnen ist. Dabei richtet sich der Fokus auf die Bevölkerung ab einem Alter von 60 Jahren. Zwar steigt der Anteil der Menschen mit Pflegebedarf erst im höheren Alter stark an, aber die Pflegeplanung nimmt nicht nur die (potenziell) Pflegebedürftigen in den Blick, sondern auch diejenigen, die im Vorfeld Hilfe und Unterstützung benötigen.

In der HRO lebten zum Jahresende 2018 insgesamt 208.886 Einwohnerinnen und Einwohner, wovon 12.491 Personen im Alter ab 65 Jahren (24%) und 28.776 Personen im Alter ab 75 Jahren (13,8%) sind (Abb. 2). Diese Anteile liegen bei beiden Altersgruppen ungefähr auf dem gleichen Niveau wie in Mecklenburg-Vorpommern. Im gesamten Bundesland sind 24% der Bevölkerung im Alter ab 65 Jahren und rund 13% im Alter ab 75 Jahren.

Abb. 2 **Altersstruktur**

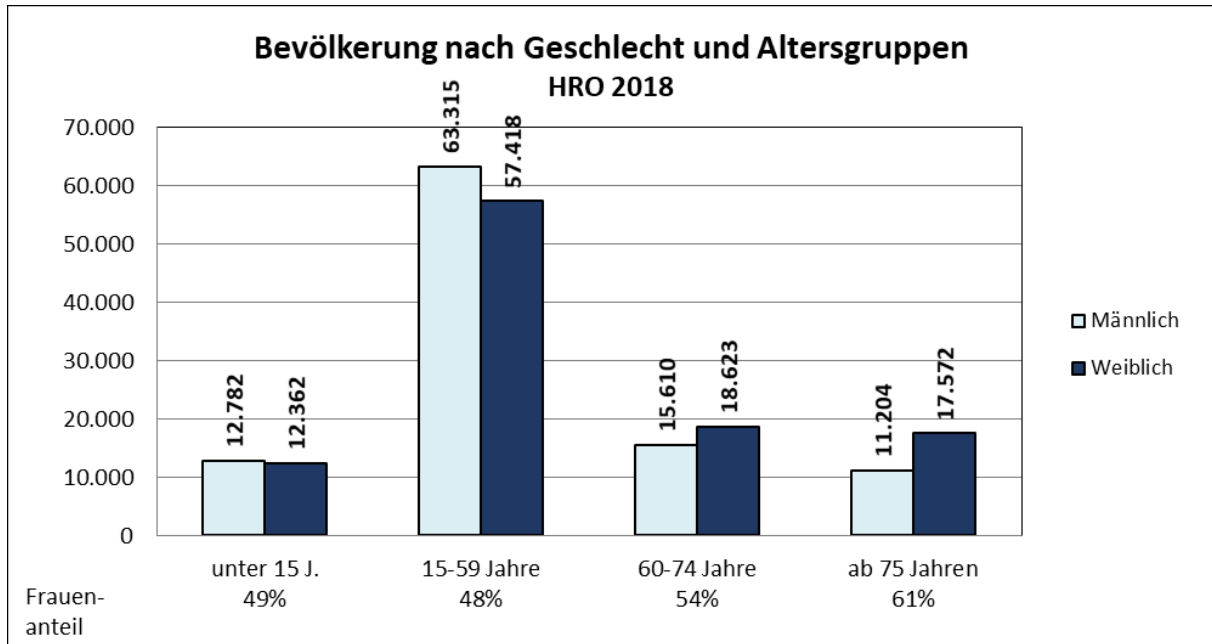


Quelle: Statistisches Amt Mecklenburg-Vorpommern: Bevölkerungsstatistik 2018, Berechnungen des ISG 2019

Differenziert man die Bevölkerung nach Alter und Geschlecht, so wird deutlich, dass in den jüngeren und mittleren Altersgruppen 2018 immer noch etwas mehr Männer als Frauen in der Hanse- und Universitätsstadt leben (Abb. 3). In der Altersgruppe der 15- bis 59-Jährigen liegt der Frauenanteil bei 48%. Im fortschreitenden Alter kehrt sich diese Relation um: Während von den Einwohnerinnen und Einwohnern im Alter von 60 bis 74 Jahren noch 54% Frauen und 46% Männer sind, liegt der Frauenanteil ab einem Alter von 75 Jahren bei 61%. Hier kommen zum einen die höhere Lebenserwartung von Frauen, unter den Hochaltrigen aber auch noch die Folgen des Zweiten Weltkriegs zum Ausdruck. In naher Zukunft ist damit zu rechnen, dass diese Auswirkungen sich immer weniger bemerkbar machen, und auch die Lebenserwartung von Frauen und Männern wird sich stärker aneinander angleichen.

Aus dieser Verteilung ergibt sich, dass unter den Älteren ab 75 Jahren 2018 immer noch ein hoher Anteil von älteren Frauen ist, die allein leben. Dies kann mit einem Risiko der Vereinsamung verbunden sein, und im Falle von Hilfebedürftigkeit bedeutet dies, dass auf Unterstützungsleistungen des Partners nicht zurückgegriffen werden kann.

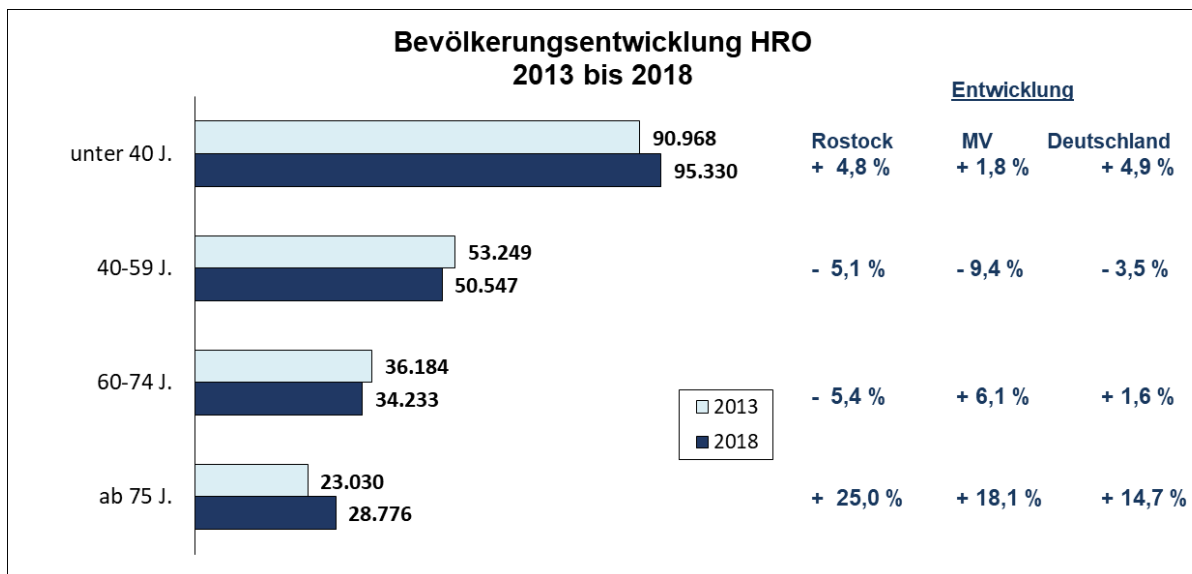
Abb. 3 Bevölkerung nach Alter und Geschlecht



Quelle: Statistisches Amt Mecklenburg-Vorpommern: Bevölkerungsstatistik 2018, Berechnungen des ISG 2019

Der demografische Wandel, der sich auf die Bevölkerungsstruktur Deutschlands und Mecklenburg-Vorpommern auswirkt, kann auch in der HRO beobachtet werden (Abb. 4).

Abb. 4 Demografischer Wandel



Quelle: Statistisches Amt Mecklenburg-Vorpommern: Bevölkerungsstatistik 2018, Berechnungen des ISG 2019

Seit dem Jahr 2013 konnte in der Bevölkerung unter 40 Jahren ein leichter Anstieg um +4,8% verzeichnet werden, was zum einen auf die steigende Zahl von Studierenden und zum anderen zum Teil auch auf den Zuzug von zum Großteil jungen, geflüchteten Personen in diesem

Zeitraum zurückzuführen ist. Demgegenüber ist die Bevölkerung im Alter von 40 bis unter 60 Jahren um -5,1% und die von 60 bis 74 Jahren um -5,4% zurückgegangen. Der stärkste Zuwachs ist bei der Bevölkerung ab 75 Jahren zu verzeichnen. Hier liegt die Steigerung in der HRO in den vergangenen fünf Jahren bei +25% und liegt damit über Mecklenburg-Vorpommern mit +18,1% und Deutschland mit +14,7% ein.

2.1.2 Altersstruktur in den Stadtbereichen

Die Bevölkerungszahlen und die Altersstruktur auf der Ebene der Stadtbereiche der HRO weisen Unterschiede auf (Tab. 1). Mit ca. 20.599 Einwohnerinnen und Einwohnern ist der Stadtbereich Stadtmitte am größten, hier wohnen 9,9% der Stadtbevölkerung. An zweiter Stelle folgen die Stadtbereiche Kröpeliner-Tor-Vorstadt mit rund 19.587 gemeldeten Personen (9,4%) und Reutershagen mit etwa 17.804 Einwohnerinnen und Einwohnern (8,5 % der Stadtbevölkerung).

Tab. 1

Altersstruktur der Bevölkerung nach Stadtbereichen								
HRO Jahresende 2018								
Stadtbereich	Insgesamt	unter 15 J.	15-59 J.	60-64 J.	65-69 J.	70-74 J.	ab 75 J.	Anteil ab 75
Warnemünde	8.249	649	3.611	681	800	709	1.799	22%
Rostock-Heide	1.564	141	764	162	180	101	215	14%
Lichtenhagen	14.103	1.758	7.397	927	1.152	912	1.956	14%
Groß Klein	13.539	1.865	7.217	1.136	1.235	700	1.386	10%
Lütten Klein	17.055	1.688	8.376	941	964	839	4.246	25%
Evershagen	16.969	2.057	9.454	1.042	1.007	789	2.622	15%
Schmarl	8.779	1.276	4.915	537	756	448	847	10%
Reutershagen	17.804	1.884	9.702	1.177	1.072	731	3.238	18%
Hansaviertel	8.385	1.002	5.040	427	402	298	1.217	15%
Gartenstadt/Stadtweide	3.296	500	1.875	231	180	116	394	12%
Kröpeliner-Tor-Vorstadt	19.587	2.137	14.444	642	545	408	1.411	7%
Südstadt	14.915	1.273	7.964	761	760	536	3.622	24%
Biestow	2.730	305	1.366	217	188	113	541	20%
Stadtmitte	20.599	2.972	13.611	902	822	559	1.733	8%
Brinckmansdorf	8.313	1.099	4.678	656	571	314	994	12%
Dierkow-Neu	10.922	1.415	6.842	1.033	684	300	647	6%
Dierkow-Ost	1.036	114	440	104	95	69	213	21%
Dierkow-West	1.204	128	613	98	91	60	213	18%
Toitenwinkel	14.008	2.015	8.908	1.038	653	347	1.047	7%
Gehlsdorf	4.613	701	2.807	352	242	170	342	7%
Rostock-Ost	1.216	165	709	121	92	38	91	7%
HRO	208.886	25.144	120.733	13.184	12.491	8.558	28.776	14%
Anteil in %	100%	12%	58%	6%	6%	4%	14%	

Quelle: Statistikstelle der HRO und Statistisches Amt Mecklenburg-Vorpommern: Bevölkerungsstatistik 2018, Berechnungen des ISG 2019

Innerhalb der Stadt weisen die Stadtbereiche eine unterschiedliche Altersstruktur auf. Die Anteile der Älteren ab 60 Jahren reichen von 15,3% in Kröpeliner-Tor-Vorstadt (darunter 7,2% ab 75 Jahren) oder 19,5% in Stadtmitte bis hin zu 48,4% der Bevölkerung ab 60 Jahren in Warnemünde. Mit 24,9% liegt in Lütten Klein der Anteil der Menschen ab 75 Jahren am höchsten. Zahlenmäßig wohnen ebenfalls in Lütten Klein mit 6.990 Personen ab 60 und 4.246 Personen ab 75 Jahren die meisten älteren Menschen.

Differenziert man nicht nach Stadtbereichen, sondern nach den vier Versorgungsbereichen Nord-West, Mitte-West, Mitte-Ost und Heide-Ost, so ergibt sich ein übersichtlicheres Bild (Tab. 2). Hier zeigt sich, dass in Nord-West die meisten Personen ab 75 Jahren leben (20%) und im

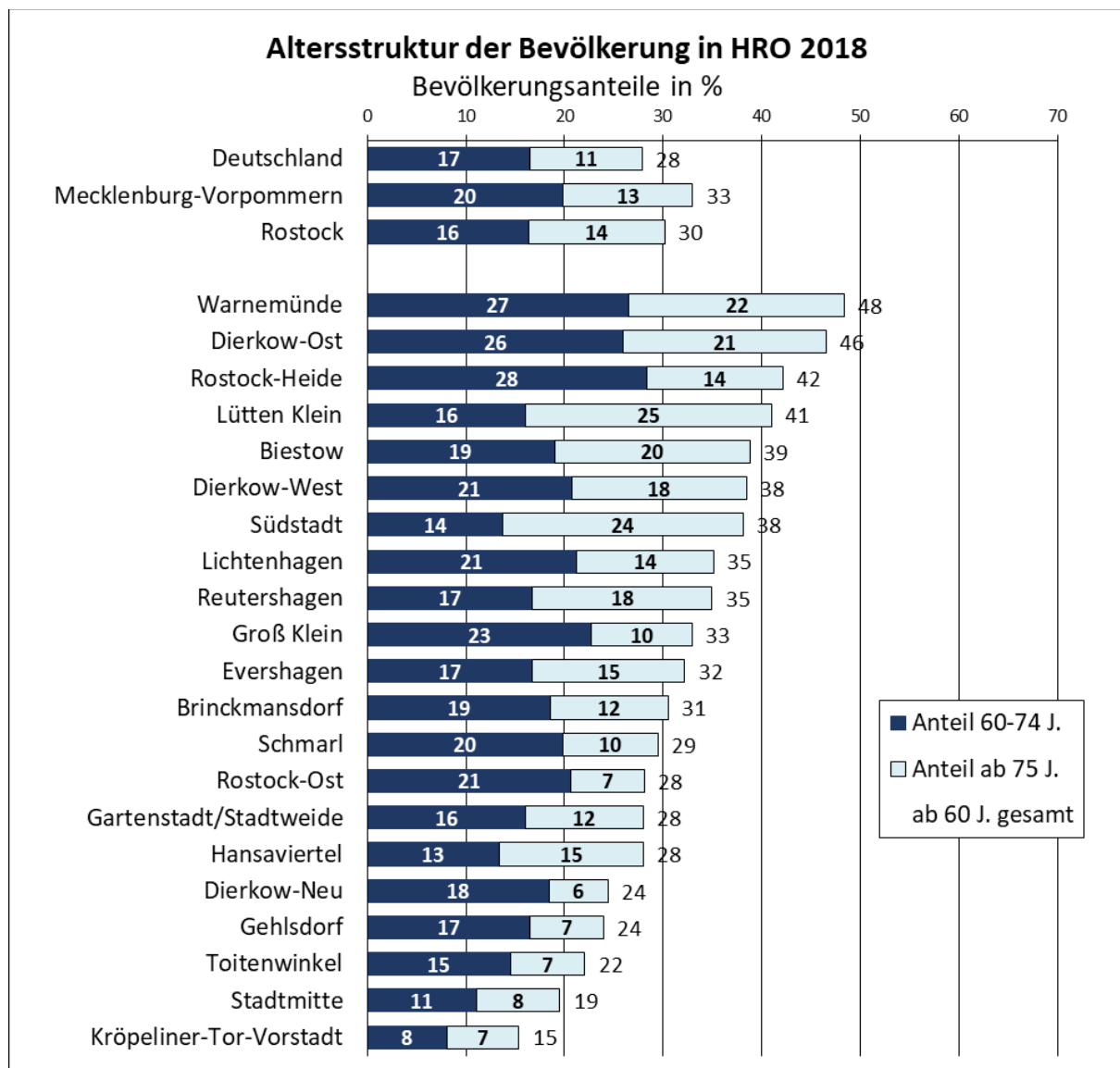
Bereich Mitte-Ost am wenigsten (9%). Gemessen an der Bevölkerung hat der Versorgungsbereich Nord-West den höchsten Anteil an Personen ab 60 Jahren (44%), gefolgt von Heide-Ost mit 36%.

Tab. 2

Versorgungsbereich	Insgesamt	unter 15 J.	15-59 J.	60-64 J.	65-69 J.	70-74 J.	ab 75 J.	Anteil ab 75
Nord-West	64.493	9.293	40.969	5.263	5.914	4.398	12.857	20%
Mitte-West	80.918	7.101	40.392	3.454	3.148	2.201	10.423	13%
Mitte-Ost	60.695	8.444	37.898	4.183	3.158	1.820	5.190	9%
Heide-Ost	2.780	306	1.473	283	272	139	306	11%
HRO	208.886	25.144	120.733	13.184	12.491	8.558	28.776	14%

Quelle: Statistikstelle der HRO und Statistisches Amt Mecklenburg-Vorpommern: Bevölkerungsstatistik 2018, Berechnungen des ISG 2019

Abb. 5 Altersstruktur nach Stadtbezirken



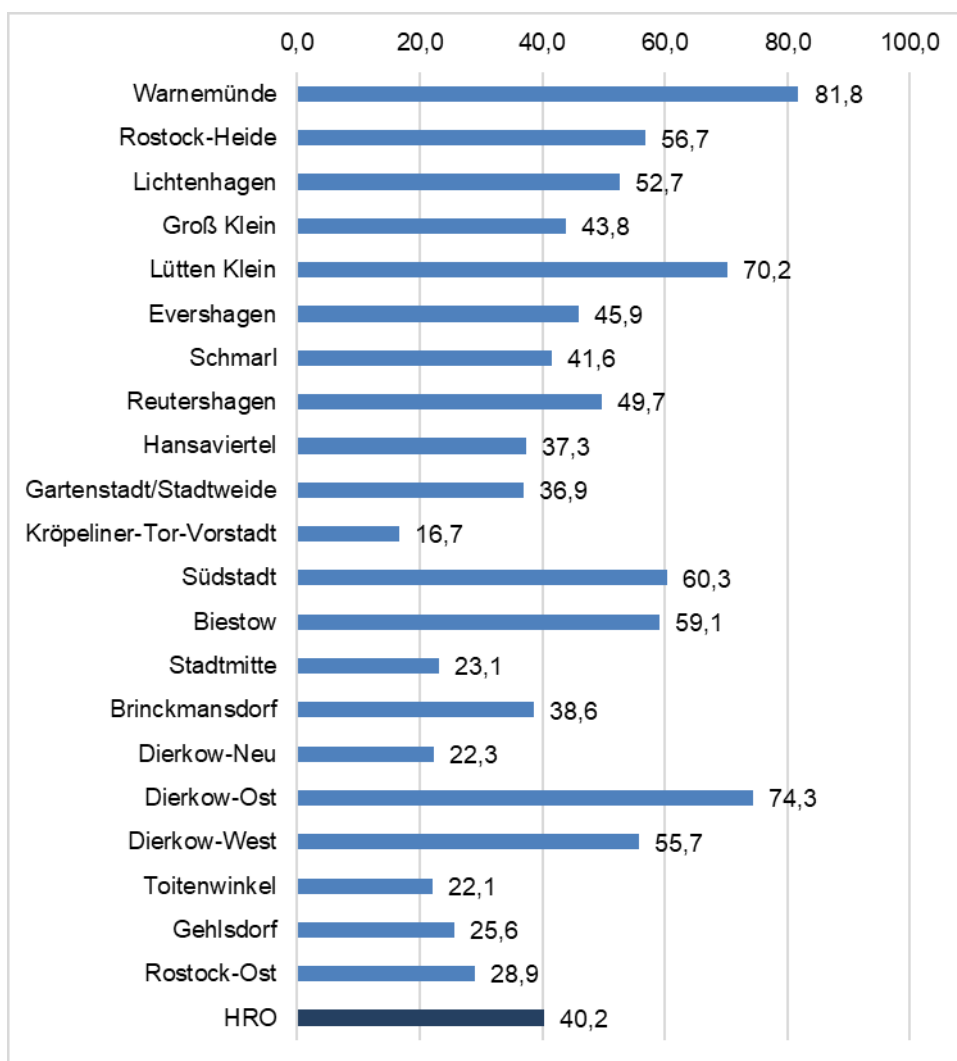
Quelle: Statistikstelle der HRO und Statistisches Amt Mecklenburg-Vorpommern: Bevölkerungsstatistik 2018, Statistik der HRO, Berechnungen des ISG 2019

Vergleicht man die Anteile der älteren Bevölkerung ab 60 Jahren mit dem Land Mecklenburg-Vorpommern, so lebt in der HRO mit 16% Bevölkerung zwischen 60 und 74 Jahren ein etwas

niedrigerer Anteil in dieser Altersgruppe als im Landesdurchschnitt (20%, Abb. 5). Bei Personen ab 75 Jahren gibt es kaum einen Unterschied zwischen der HRO (14%) und dem Land Mecklenburg-Vorpommern (13%). Im Vergleich zum gesamten Bundesgebiet sind in der HRO mit 16% anteilig fast gleich viele Menschen zwischen 60 und 74 Jahren (17% in Deutschland). Die Anteile der Personen ab 75 Jahren sind in der HRO wiederum mit 14% größer als auf Bundesebene (11%). Insgesamt liegt die HRO somit mit 30% Bevölkerung ab 60 Jahren unter dem Landesdurchschnitt mit 33%, aber über dem Bundesdurchschnitt mit 28%.

In diesem Zusammenhang gibt der Altersquotient Auskunft über die Zahl der älteren Menschen im Rentenalter im Verhältnis zur Zahl der Personen im erwerbsfähigen Alter. Als Altersquotient wird das Verhältnis von älteren Menschen ab 65 Jahren zur Bevölkerung im Alter von 20 bis 64 Jahren berechnet.

Abb. 6 Altersquotient nach Stadtbereichen



Quelle: Statistikstelle der HRO und Bevölkerungsstatistik HRO 2018, Berechnungen des ISG 2020

Legt man die Daten zur Altersstruktur auf der Ebene der Stadtbereiche zugrunde, so lag dieser Quotient am Jahresende 2018 im städtischen Durchschnitt bei 40,2 älteren Menschen ab 65 Jahren je 100 Personen im Erwerbsalter von 20 bis 64 Jahren. Dieser Quotient ist im Stadtbereich Kröpeliner Tor-Vorstadt sehr niedrig mit 16,7 Älteren je 100 Personen im Erwerbsalter und im Stadtbereich Toitenwinkel mit 22,1 Älteren je 100 Personen im Erwerbsalter. Er reicht

bis zu hohen Werten von 70,2 Älteren in Lütten Klein, 74,3 Älteren in Dierkow-Ost und 81,8 Älteren je 100 Personen im Erwerbsalter in Warnemünde.

2.1.3 Staatsangehörigkeit

Pflegebedürftige Menschen mit Migrationshintergrund können besondere Unterstützungsbedarfe aufweisen, wenn sie die deutsche Sprache nicht hinreichend beherrschen und sie mit den Angeboten des sozialen Versorgungssystems in Deutschland noch wenig vertraut sind. Von der Bevölkerung hatten am Jahresende 2018 insgesamt 13.895 Personen eine ausländische Staatsangehörigkeit, dies entspricht einem Anteil von 6,7% an der Gesamtbevölkerung (Landesdurchschnitt 4,8%, Bundesdurchschnitt 13,1%). Die ausländische Bevölkerung ist in der HRO (ebenso wie auf Landes- und Bundesebene) jünger als die Bevölkerung mit deutscher Staatsangehörigkeit: Der Anteil der Personen ab 65 Jahren macht in der ausländischen Bevölkerung lediglich 4,7% aus, während in der Gesamtbevölkerung und damit auch in der deutschen Bevölkerung der Anteil bei 24% liegt. Aufgrund der jüngeren Altersstruktur ist davon auszugehen, dass der Bedarf an Angeboten der pflegerischen Versorgung für Menschen mit Migrationshintergrund in der HRO geringer ist als in der Bevölkerung mit deutscher Staatsangehörigkeit. Eine Ausnahme bilden die sogenannten „Kontingentflüchtlinge“, also ältere Personen jüdischen Glaubens, die in den 1990er Jahren aus den Staaten der Russischen Föderation nach Deutschland zugewandert sind. Für diese Menschen gilt, dass sie in gleichem Maße hilfe- und pflegebedürftig sind wie einheimische ältere Menschen, sie aber nur zum Teil Deutsch sprechen und mit dem deutschen Hilfesystem vertraut sind.

2.1.4 Haushaltsformen

Ältere Menschen, die in Paarhaushalten wohnen, können sich gegenseitig unterstützen. Dagegen können ältere Alleinlebende nicht auf die Unterstützung durch eine/n Partner/in zurückgreifen, im höheren Alter haben sie auch ein höheres Vereinsamungsrisiko. Daten zur Haushaltssituation nach Alter werden jährlich im Mikrozensus erhoben, der aber in der Regel auf kommunaler Ebene nicht auswertbar ist. Auf dieser Ebene liegen Haushaltsdaten des Zensus vor, der im Abstand von zehn Jahren durchgeführt wird (zuletzt im Jahr 2011). Zu diesem Zeitpunkt waren von allen Haushalten in der HRO 48% Einpersonenhaushalte, 14% Paare mit Kindern, 27% Paare ohne Kinder, 8% Alleinerziehende und 3% sonstige Mehrpersonenhaushalte wie beispielsweise Wohngemeinschaften.

Für die Pflegesozialplanung ist von Interesse, dass der Anteil der Alleinlebenden im Seniorenalter in der HRO von 24,3% im Jahr 2011 auf 26,3% im Jahr 2017 gestiegen ist – diese Daten basieren auf einer Fortschreibung der Haushaltsstruktur, die die Kommunale Statistikstelle der HRO vornimmt. Am Jahresende 2018 wohnten demnach 31% der Rostocker Bevölkerung alleine, wobei der Anteil der Alleinlebenden mit dem Alter zunimmt: Von den unter 60-Jährigen waren 30% alleinlebend, in der Altersgruppe von 60 bis 74 Jahren waren es 32%, und im Alter ab 75 Jahren stieg der Anteil der Alleinlebenden auf 39% der Bevölkerung. Ältere Alleinlebende haben ein höheres Risiko, dass sie im Alltag und insbesondere bei einem Unfall nicht mit Unterstützung durch einen Partner rechnen können.

Die Zunahme der älteren Alleinlebenden im Zeitverlauf lässt sich mit dem generellen Anstieg der älteren Bevölkerung erklären. Sie sollte aber im Blick behalten und mit entsprechenden Angeboten aufgefangen werden. Eine geeignete Maßnahme stellt hier beispielsweise der Ausbau von kulturellen Veranstaltungen und Begegnungsmöglichkeiten dar (vgl. Kapitel 5.4).

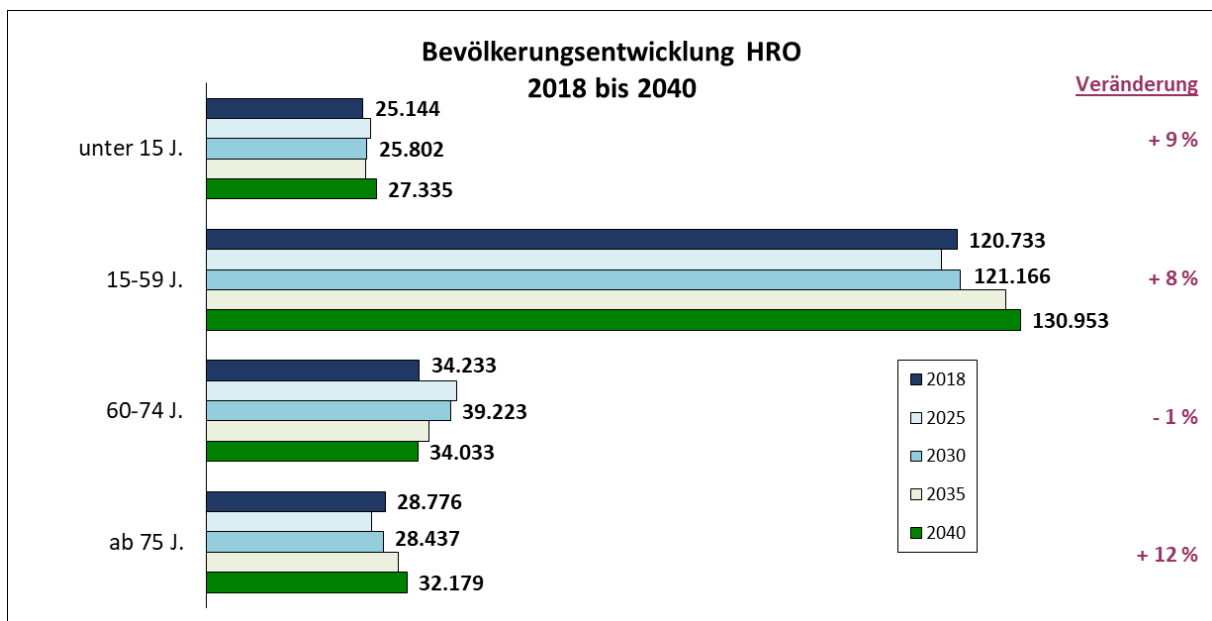
2.2 Zukünftige Entwicklung der Bevölkerung

2.2.1 Prognose der zukünftigen Bevölkerungsentwicklung

Daten zur Prognose auf der Ebene der kreisfreien Städte und Landkreise liegen vom Statistischen Amt in Form der 5. Landesprognose vor, die sich auf den Bevölkerungsstand zum Jahresende 2017 bezieht und im Jahr 2019 erschienen ist. Um die Prognose auf den Datenstand der Bevölkerung zum Jahresende 2018 abzustimmen, werden daraus nicht die vorausberechneten Bevölkerungsdaten herangezogen, sondern die Veränderungsdaten. Damit werden auch die für eine Prognose erforderlichen Annahmen des Statistischen Amtes zur zukünftigen Entwicklung von Lebenserwartung, Geburtenraten und Wanderungsbewegungen übernommen. Diese vom Statistischen Amt berechneten relativen Veränderungen werden hier auf die aktuellen Bevölkerungsdaten (fortgeschrieben zum 31.12.2018) bezogen.

Die Bevölkerungsprognose des Statistischen Amtes, die nach § 5 Abs. 2 LPflegeG M-V für diesen Bericht zu verwenden ist, ergibt, dass die Gesamtbevölkerung der HRO von 208.886 Einwohnern im Jahr 2018 auf 214.628 Einwohner im Jahr 2030 (+3%) und auf 224.500 Einwohnerinnen und Einwohner im Jahr 2040 anwachsen wird, dies sind 7% mehr als im Jahr 2018. Hinsichtlich der Entwicklung nach Altersgruppen sind jedoch unterschiedliche Trends zu erkennen (Abb. 7):

Abb. 7 **Bevölkerungsprognose**



Quelle: Statistisches Amt Mecklenburg-Vorpommern: Bevölkerungsstatistik 2018, 5. Bevölkerungsvorausberechnung 2019, Berechnungen des ISG 2019

Die Bevölkerung unter 60 Jahren wird bis zum Jahr 2040 um 9% zunehmen. Dabei wird sich die Zahl der 15- bis 59-Jährigen zwischenzeitlich verringern, allerdings ab dem Jahr 2030 wieder deutlich zunehmen und auf insgesamt 130.953 Personen ansteigen.

Die Zahl der „jungen Seniorinnen und Senioren“ im Alter von 60 bis 74 Jahren wird dagegen von 34.233 Personen im Jahr 2018 zunächst auf rund 39.223 Personen im Jahr 2030 steigen und danach wieder zurückgehen auf etwa 34.033 Personen im Jahr 2040. Insgesamt kann zwischen 2018 und 2040 ein Rückgang um -1% erwartet werden.

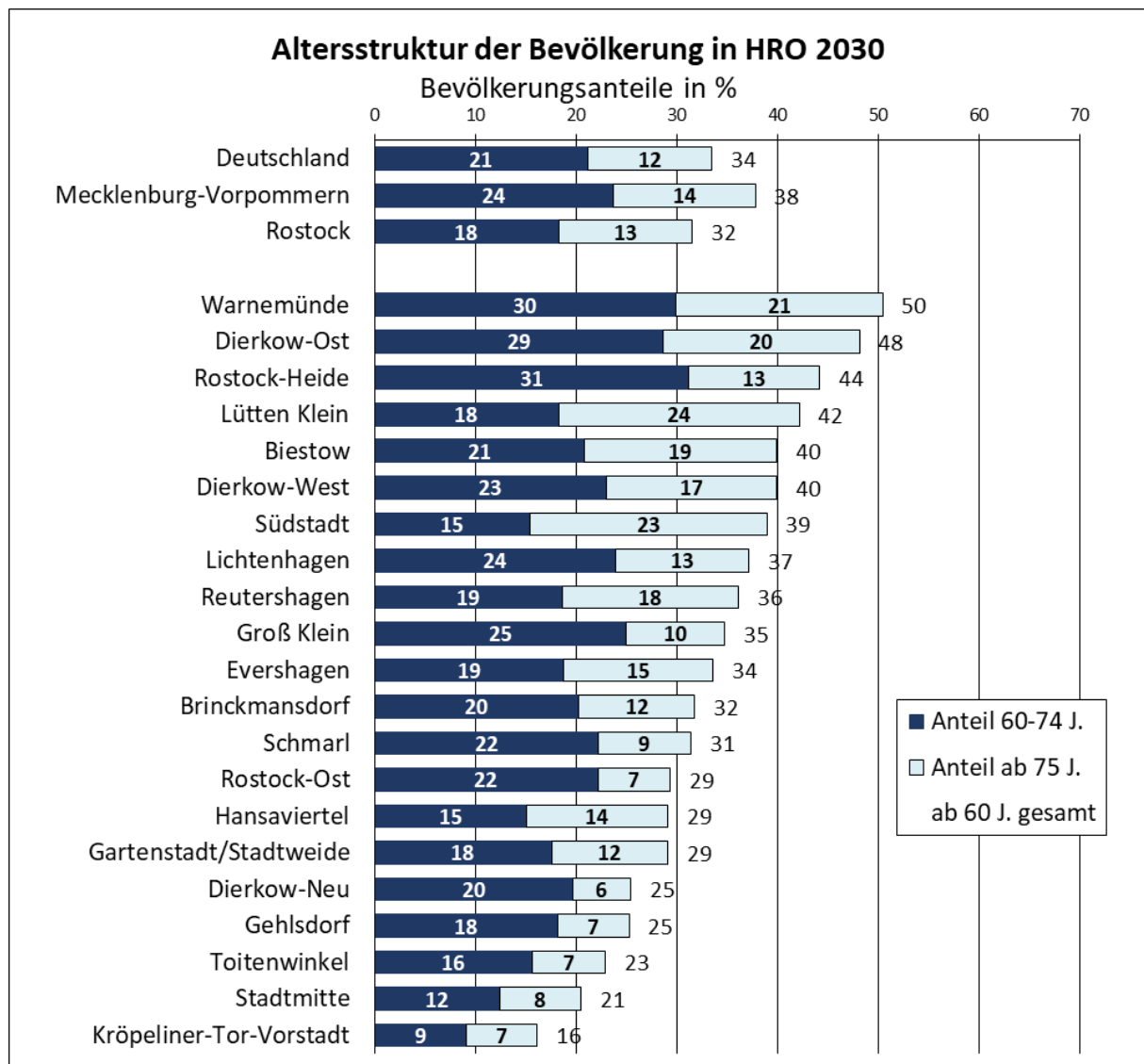
Bei der Bevölkerung im hohen Alter ab 75 Jahren kann ein Anstieg um +12% verzeichnet werden. Hier steigt die Bevölkerungszahl von 28.776 Personen im Jahr 2018 auf etwa 32.179 Personen im Jahr 2040.

Dieser Anstieg ist im Hinblick auf die Entwicklung der Pflegebedürftigkeit von besonderer Relevanz, da in dieser Altersgruppe die Bevölkerungsanteile mit Pflegebedürftigkeit und Demenz stark ansteigen.

2.2.2 Voraussichtliche Bevölkerungsentwicklung in den Stadtbereichen

Bevölkerungsvorausberechnungen liegen für die einzelnen Stadtbereiche in Rostock nur bis zum Jahr 2025 vor. Da die Pflegesozialplanung aber auch die Situation auf dieser Ebene bis 2030 und 2040 in den Blick nehmen will, wird mangels einer exakten Prognose für die einzelnen Stadtbereiche der HRO in Abb. 8 und Abb. 9 (Anteile in %) und Tab. 3 (absolute Zahlen) die Landesprognose des statistischen Landesamts auf die Stadtbereiche übertragen.

Abb. 8 Altersstruktur 2030 nach Stadtbereichen

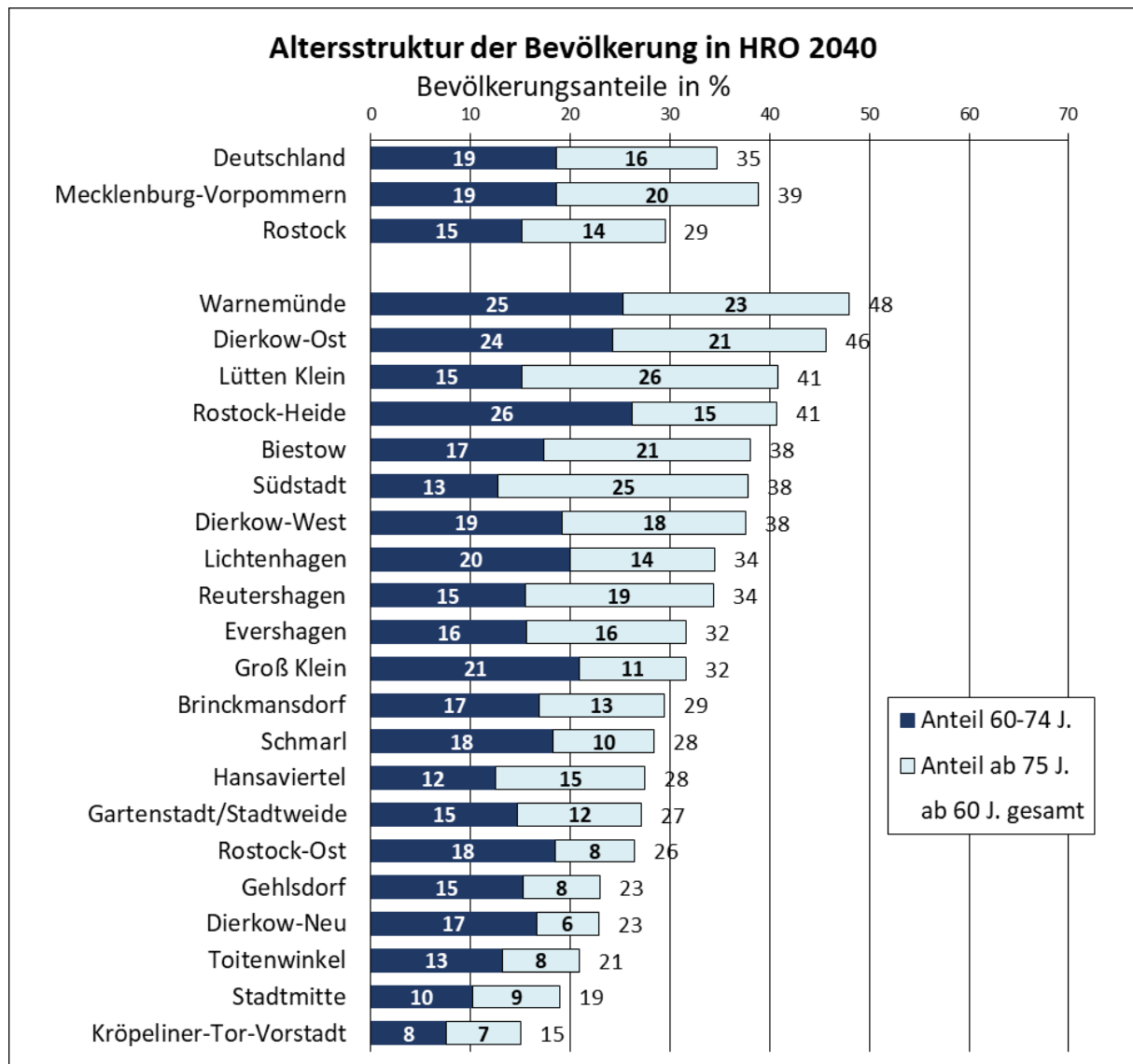


Quelle: Statistisches Amt Mecklenburg-Vorpommern: Bevölkerungsstatistik 2018, Statistik der HRO, 5. Bevölkerungsvorausberechnung 2019, Berechnungen des ISG 2019

Die Altersstruktur im Jahr 2030 zeigt, dass in Warnemünde der größte Anteil der Menschen ab 60 Jahren wohnen wird (50%). Die meisten Menschen ab einem Alter von 75 Jahren leben in Lütten-Klein (24%), dicht gefolgt von der Südstadt (23%). Am niedrigsten ist der Anteil älterer Menschen ab 60 Jahren im Stadtbereich Kröpeliner-Tor-Vorstadt (16%).

Für das Jahr 2040 zeigen sich nur geringfügige Veränderungen (Abb. 9). Die meisten Menschen ab einem Alter von 75 Jahren werden auch zu diesem Zeitpunkt in Lütten Klein leben (26%). Im Stadtbereich Warnemünde werden 2.014 (23%) und in Reutershagen 3.619 (19%) Menschen ab einem Alter von 75 Jahren leben. Am geringsten wird der Anteil der Menschen ab 75 Jahren in Kröpeliner-Tor-Vorstadt sein (7%). Bezogen auf alle Personen ab 60 Jahren können die höchsten Anteile in Warnemünde (48%) und in Dierkow-Ost (46%) verzeichnet werden. Die geringsten Anteile älterer Menschen finden sich in Kröpeliner-Tor-Vorstadt (15%) und in Stadtmitte (19%).

Abb. 9 Altersstruktur 2040 nach Stadtbereichen



Quelle: Statistisches Amt Mecklenburg-Vorpommern: Bevölkerungsstatistik 2018, Statistik der HRO, 5. Bevölkerungsvorausberechnung 2019, Berechnungen des ISG 2019

Tab. 3

Entwicklung der Bevölkerung ab 75 Jahren HRO 2018 bis 2040					
Stadtbereich	2018	2025	2030	2035	2040
Warnemünde	1.799	1.656	1.778	1.924	2.014
Rostock-Heide	215	198	212	230	241
Lichtenhagen	1.956	1.800	1.934	2.093	2.192
Groß Klein	1.386	1.276	1.370	1.482	1.551
Lütten Klein	4.246	3.912	4.195	4.537	4.744
Evershagen	2.622	2.414	2.591	2.803	2.933
Schmarl	847	779	837	906	949
Reutershagen	3.238	2.982	3.199	3.460	3.619
Hansaviertel	1.217	1.121	1.203	1.301	1.361
Gartenstadt/Stadtweide	394	363	390	422	441
Kröpelinertor-Vorstadt	1.411	1.300	1.395	1.508	1.577
Südstadt	3.622	3.337	3.579	3.869	4.045
Biestow	541	498	535	578	605
Stadtmitte	1.733	1.597	1.713	1.852	1.937
Brinckmansdorf	994	915	983	1.064	1.115
Dierkow-Neu	647	596	640	691	723
Dierkow-Ost	213	196	211	228	239
Dierkow-West	213	196	211	228	239
Toitenwinkel	1.047	965	1.035	1.120	1.171
Gehlsdorf	342	314	338	366	383
Rostock-Ost	91	84	90	97	102
HRO	28.776	26.501	28.437	30.759	32.179

Quelle: Statistisches Amt Mecklenburg-Vorpommern: Bevölkerungsstatistik 2018, Statistik der HRO, 5. Bevölkerungsvorausberechnung 2019, Berechnungen des ISG 2019

Einer Zusammenfassung nach Stadtregionen lässt sich entnehmen, dass auch in den Jahren 2030 und 2040 jeweils die meisten älteren Menschen ab 75 Jahren in der Stadtregion Mitte-West leben, im Jahr 2040 werden es dort 13.679 Ältere sein. An zweiter Stelle steht die Stadtregion Nord-West mit 12.593 Älteren im Jahr 2040.

Tab. 4

Entwicklung der Bevölkerung ab 75 Jahren in den Stadtregionen HRO 2018 bis 2040					
Stadtregion	2018	2025	2030	2035	2040
Nord-West	11.264	10.374	11.131	12.038	12.593
Mitte-West	12.231	11.264	12.087	13.074	13.679
Mitte-Ost	2.807	2.585	2.773	2.999	3.137
Heide-Ost	2.475	2.278	2.446	2.647	2.771
HRO	28.776	26.501	28.437	30.759	32.179

Quelle: Statistisches Amt Mecklenburg-Vorpommern: Bevölkerungsstatistik 2018, Statistik der HRO, 5. Bevölkerungsvorausberechnung 2019, Berechnungen des ISG 2019

Auch landesweit wird der Anteil der Personen ab 60 Jahren bis zum Jahr 2040 von 33% (2018) auf 39% ansteigen. Dabei werden die ab 75-Jährigen 20% der Bevölkerung im Bundesland ausmachen. Bundesweit wird dieser Anstieg zwar geringer als in Mecklenburg-Vorpommern,

aber dennoch sehr deutlich sein. So werden im Jahr 2040 35% der Bürgerinnen und Bürger 60 Jahre oder älter sein und 16% 75 Jahre oder älter. Wird die HRO bezüglich dieser Zahlen mit dem Bund und dem Land verglichen, so fällt auf, dass dort der Anteil der Bevölkerung zwischen 60 und 74 Jahren sowie der Anteil der ab 75-jährigen ungefähr gleich bleiben wird (Abb. 7), obwohl die absolute Zahl der ab 75-jährigen um +3.403 Personen ansteigen wird (Tab. 3). Im Jahr 2040 werden demnach in der HRO rund 29% der Bevölkerung 60 Jahre und älter und 14% 75 Jahre und älter sein (Abb. 9).

2.3 Zusammenfassung zur demografischen Lage

Die Anteile älterer Menschen sind in der HRO niedriger als im Land Mecklenburg-Vorpommern, aber etwas höher als im Bundesdurchschnitt. 63.009 Einwohnerinnen und Einwohner sind im Alter ab 60 Jahren, dies entspricht 30,2% der Bevölkerung. 28.776 Einwohnerinnen und Einwohner sind im Alter ab 75 Jahren (13,8% der Bevölkerung; Land Mecklenburg-Vorpommern: 13,2%; Deutschland: 11,4% Ältere ab 75 Jahren).

13.895 Personen hatten am Jahresende 2018 eine ausländische Staatsangehörigkeit, dies entspricht einem Anteil von 6,7% der Bevölkerung (Landesdurchschnitt 4,8%, Bundesdurchschnitt 13,1%). Menschen mit ausländischer Staatsangehörigkeit sind im Durchschnitt jünger als die einheimische Bevölkerung. Es ist davon auszugehen, dass nur wenige von ihnen pflegebedürftig sind, dass diese aber mit dem Hilfesystem weniger vertraut sind als deutsche Pflegebedürftige.

Der demografische Wandel in der HRO befindet sich bereits in einem fortgeschrittenen Stadium, jedoch nicht in dem Ausmaß, wie auf Landes- und Bundesebene zu beobachten. Die Bevölkerung ab 75 Jahren wird demnach bis zum Jahr 2040 um weitere +12% ansteigen. Der Anteil der Älteren ab 75 Jahren an der Gesamtbevölkerung bleibt jedoch bei etwa 14%, da parallel zur älteren Bevölkerung auch die jüngere Bevölkerung unter 60 Jahren anwachsen wird. Da ein Großteil der Pflegebedürftigen zu der Gruppe der Älteren ab 75 Jahren gehört, kann angenommen werden, dass mit dem Zuwachs der Älteren auch die Zahl der Menschen mit Hilfe- und Pflegebedarf steigen wird.

Gleichzeitig wirkt sich der Anstieg der älteren Bevölkerung, der in der Bevölkerungsstatistik zu beobachten ist, direkt auf die Versorgungsdichte im Bereich der pflegerischen Angebote aus, da diese aus der Anzahl der älteren Menschen und der Anzahl der Angebote bzw. Kapazitäten, die diese haben, berechnet wird. Um die Versorgungsdichte zu verbessern, müsste die Versorgungskapazität einen stärkeren Zuwachs verzeichnen als die ältere Bevölkerung. Wenn der Anteil der Menschen im pflegebedürftigen Alter steigt, die Kapazitäten in der Versorgungslandschaft jedoch nicht aufgestockt werden, verschlechtert sich die Versorgungsdichte.

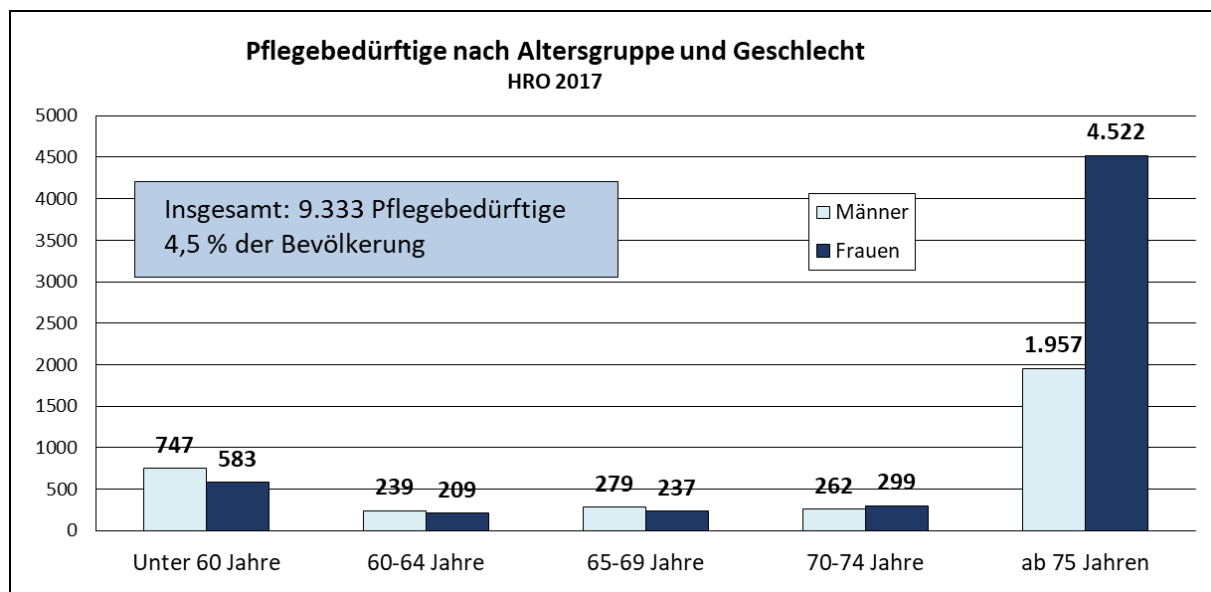
3 Pflegebedürftigkeit und Demenz im Alter

Pflegebedürftigkeit, Demenz und weitere Unterstützungsbedarfe nehmen mit zunehmendem Alter zu. Daher bilden die im zweiten Kapitel dargestellten Daten die Grundlage zur Ermittlung des Umfangs, in dem diese Problematik in der HRO derzeit und in Zukunft zu berücksichtigen ist. Die weiteren statistischen Grundlagen des folgenden Kapitels sind heterogen, sie reichen von amtlichen Statistiken wie der Pflegestatistik bis zu Studien zur Prävalenz von Demenz, da diese statistisch nicht erfasst wird.

3.1 Anzahl und Struktur der Pflegebedürftigen

Die Zahl und Struktur der Personen mit einem anerkannten Pflegebedarf, die Anspruch auf Leistungen der Pflegeversicherung haben, wird seit 1999 in zweijährlichen Abständen in der Pflegestatistik erfasst. Die folgenden Angaben stammen aus der statistischen Erhebung im Dezember 2017 (Abb. 10), die dann auf die Altersgruppen der Bevölkerung in der HRO umgerechnet wurde. Zu diesem Zeitpunkt waren 9.333 Personen pflegebedürftig, davon 3.484 Männer und 5.849 Frauen. 85,7% der Pflegebedürftigen waren im Alter ab 60 Jahren und 69,4% der Pflegebedürftigen im Alter ab 75 Jahren.

Abb. 10 Pflegebedürftige



Quelle: Statistisches Amt Mecklenburg-Vorpommern: Bevölkerungsstatistik 2018, Pflegestatistik 2017, Berechnungen des ISG 2019

Auf die Altersgruppe ab 75 Jahren entfallen 1.957 pflegebedürftige Männer, dies sind 56,2% aller Männer mit Pflegebedarf. Bei den Frauen sind es 4.522 Personen, die in dieser Altersgruppe einen Pflegebedarf aufweisen, dies entspricht 77,3% aller Frauen mit Pflegebedarf.

Mit dem „Pflegestärkungsgesetz 2“ aus dem Jahr 2016 wurde der Pflegebedürftigkeitsbegriff umgestellt. Seit Januar 2017 gelten fünf Pflegegrade, die die bisherigen drei Pflegestufen ersetzen. Der Begriff der Pflegebedürftigkeit (§ 14 SGB XI) wurde gesetzlich neu definiert und berücksichtigt neben körperlichen auch geistige und seelische Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder Funktionsstörungen.² Aufgrund dieser Erweiterung ist die Zahl der Pflegebe-

2 Diese Überleitung findet sich in § 140 Elftes Sozialgesetzbuch (SGB XI)

dürftigen im Jahr 2017 gegenüber den Vorjahren deutlich angestiegen. Die Intensität des Pflegebedarfs wird seither nicht mehr nach drei Pflegestufen, sondern nach fünf Pflegegraden klassifiziert.

Bezogen auf die Gesamtbevölkerung in der HRO sind 4,5% pflegebedürftig (Tab. 5). Betrachtet nach Geschlecht, haben 3,4% der männlichen und 5,5% der weiblichen Bevölkerung einen Pflegebedarf. Dieser Bevölkerungsanteil liegt leicht unter dem Durchschnitt des Landes Mecklenburg-Vorpommern mit 5,7% Pflegebedürftigen in der Bevölkerung, aber höher als bundesweit mit 4,1% Pflegebedürftigen. Die Pflegebedürftigkeit steigt mit zunehmendem Alter an: Während von der erwachsenen Bevölkerung unter 60 Jahren 0,9% pflegebedürftig sind, steigt dieser Anteil auf 3,4% der Bevölkerung im Alter von 60 bis 64 Jahren und 6,5% im Alter von 70 bis 74 Jahren sowie auf 22,5% im Alter ab 75 Jahren an. In dieser Altersgruppe sind 17,5% der männlichen und 25,7% der weiblichen Bevölkerung pflegebedürftig.

Tab. 5

Pflegebedürftige HRO 2017			
	Insgesamt	Männer	Frauen
unter 15 J.	249	157	92
15-59 J.	1.081	591	491
60-64 J.	448	239	209
65-69 J.	516	279	237
70-74 J.	561	262	299
ab 75 J.	6.479	1.957	4.522
Gesamt	9.333	3.484	5.849
Pflegequoten	Insgesamt	Männer	Frauen
unter 15 Jahre	1,0	1,2	0,7
15-59 Jahre	0,9	0,9	0,9
60-64 Jahre	3,4	3,8	3,0
65-69 Jahre	4,1	5,0	3,5
70-74 Jahre	6,5	7,0	6,2
ab 75 Jahre	22,5	17,5	25,7
Insgesamt	4,5	3,4	5,5

Quelle: Statistisches Amt Mecklenburg-Vorpommern: Bevölkerungsstatistik 2018, Pflegestatistik 2017, Berechnungen des ISG 2019

Die Pflegestatistik unterscheidet zudem nach der Art der in Anspruch genommenen Pflegeleistung, also ob ambulante oder stationäre Leistungen genutzt werden und ob die Pflegebedürftigen Pflegegeld erhalten. Von den 9.333 Pflegebedürftigen werden 2.364 in vollstationären Einrichtungen gepflegt (25,3%, sog. „Heimquote“; Tab. 6). Die Mehrheit der Pflegebedürftigen, 6.969 Personen bzw. 74,7%, werden zu Hause gepflegt, und zwar zum Teil durch ambulante Pflegedienste (2.129 Personen bzw. 22,8%), überwiegend aber durch Angehörige mit gleichzeitigem Bezug von Pflegegeld (4.840 Personen bzw. 51,9%).

Die Quote der ambulanten Pflege ist seit dem Jahr 2013 (mit 71,4%) gestiegen.³ Mit aktuell 74,7% liegt sie unter dem Bundesdurchschnitt von 76,0% und dem Landesdurchschnitt von 78,9%. In der Landeshauptstadt Schwerin ist die Quote der ambulanten Pflege mit 72,2% noch niedriger als in der HRO.

³ Vgl. Hansestadt Rostock (2015): Pflegesozialplanung für die Hansestadt Rostock S. 29.

Etwa die Hälfte der Pflegebedürftigen (49%) ist dem Pflegegrad 2 zugeordnet, 29% dem Pflegegrad 3, 15% dem Pflegegrad 4 und 6% dem Pflegegrad 5. Nur 1% der Pflegebedürftigen ist dem Pflegegrad 1 zugeordnet, was unter anderem durch die Neu- und dementsprechende Höherstufung der Pflegestufen in Pflegegrade bedingt sein kann. Die Eingruppierung der Pflegebedürftigen nach dem Pflegegrad weicht in der HRO nur geringfügig von derjenigen im Landesdurchschnitt ab (PG 1: 1,3%, PG 2: 51,1%, PG 3: 28,2%, PG 4: 13,9%, PG 5: 5,5%).⁴

Je nach der Intensität des Pflegebedarfs verändert sich auch die Form der in Anspruch genommenen Pflege. Von den Beziehern von Pflegegeld haben nur 9% einen höheren Pflegegrad 4 oder 5, während von den Klienten ambulanter Pflegedienste 16% und von den Bewohnern stationärer Einrichtungen 44% einen Pflegegrad 4 oder 5 aufweisen.

Tab. 6

Pflegebedürftige nach Art der Leistung				
HRO 15.12.2017				
Pflegegrad	Pflegebed. insgesamt	Stationäre Pflege	Ambulante Pflege	Pflegegeld (geschätzt)
Pflegegrad 1	1%	0%	3%	0%
Pflegegrad 2	49%	20%	53%	65%
Pflegegrad 3	29%	35%	28%	26%
Pflegegrad 4	15%	30%	12%	8%
Pflegegrad 5	6%	14%	4%	1%
Insgesamt	9.333	2.364	2.129	4.840
Anteil	100%	25%	23%	52%

Quelle: Statistisches Amt Mecklenburg-Vorpommern: Bevölkerungsstatistik 2018, Pflegestatistik 2017, Berechnungen des ISG 2019

3.1.1 Pflegebedürftigkeit in den Stadtbereichen

Daten aus der amtlichen Pflegestatistik liegen nur auf der Ebene der Kommune insgesamt vor, nicht aber auf Ebene der Stadtbereiche. Die Zahl der pflegebedürftigen Menschen in den einzelnen Stadtbereichen kann daher nur anhand der Altersstruktur geschätzt werden. Hierzu werden die altersbezogenen Pflegequoten auf der Ebene der HRO auf die Einwohnerzahlen der Stadtbereiche übertragen. Tab. 7 enthält das Ergebnis dieser Schätzung auf Basis der Einwohnerstatistik und der Pflegestatistik zum Jahresende 2017.

Demnach ist Lütten Klein mit einer Zahl von 1.183 Pflegebedürftigen der Stadtbereich mit den meisten pflegebedürftigen Menschen. Bezogen auf die Bevölkerung entspricht dies einer Quote von 6,9%. Darunter sind 966 Ältere ab 75 Jahren. Die niedrigsten Pflegequoten weisen dagegen die Stadtbereiche Dierkow-Neu und Kröpeliner-Tor-Vorstadt mit jeweils 2,8% sowie Totenwinkel und Gehlsdorf mit 3,0% auf. Im Stadtbereich Rostock-Ost leben (absolut betrachtet) die wenigsten pflegebedürftigen Menschen (39 Personen).

⁴ Statistisches Bundesamt (2018): Pflegestatistik 2017. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung – Ländervergleich, Wiesbaden.

Tab. 7

Pflegebedürftige in der HRO 2017							
Geschätzt auf Basis der städtischen Pflegequoten nach Altersgruppe und Geschlecht							
Stadtgebiete	unter 60 J.	60-64 Jahre	65-69 Jahre	70-74 Jahre	ab 75 Jahren	Insgesamt	Quote
Warnemünde	39	23	33	46	400	541	6,6%
Rostock-Heide	8	6	8	7	47	75	4,8%
Lichtenhagen	84	31	47	60	432	654	4,6%
Groß Klein	83	38	51	46	311	529	3,9%
Lütten Klein	92	32	39	54	966	1.183	6,9%
Evershagen	105	35	42	51	588	821	4,8%
Schmarl	56	18	31	30	186	321	3,7%
Reutershagen	105	40	44	48	733	970	5,5%
Hansaviertel	55	14	17	19	274	379	4,5%
Gartenstadt/Stadtweide	22	8	8	8	88	133	4,0%
Kröpeliner-Tor-Vorstadt	151	22	23	27	321	543	2,8%
Südstadt	84	25	31	35	827	1.003	6,7%
Biestow	15	7	8	7	121	159	5,8%
Stadtmitte	151	31	34	37	393	646	3,1%
Brinckmansdorf	52	22	24	21	218	337	4,1%
Dierkow-Neu	75	35	29	20	148	307	2,8%
Dierkow-Ost	5	4	4	5	47	64	6,2%
Dierkow-West	7	3	4	4	47	65	5,4%
Toitenwinkel	100	36	27	23	237	422	3,0%
Gehlsdorf	32	12	10	11	75	140	3,0%
Rostock-Ost	8	4	4	3	20	39	3,2%
HRO	1.330	448	516	561	6.479	9.333	4,5%
Anteil in %	14,3	4,8	5,5	6,0	69,4	100	

Quelle: Statistikstelle der HRO und Statistisches Amt Mecklenburg-Vorpommern: Bevölkerungsstatistik 2018, Pflegestatistik 2017, Berechnungen des ISG 2019

In den Stadtregionen unterscheiden sich die Anteile der Pflegebedürftigen deutlich. Am höchsten ist der pflegebedürftige Bevölkerungsanteil in Nord-West mit 6,3%, am niedrigsten ist dieser Anteil mit 3,3% in der Region Mitte-Ost.

Tab. 8

Pflegebedürftige in den Stadtregionen der HRO 2017							
Stadtregion	unter 60 J.	60-64 Jahre	65-69 Jahre	70-74 Jahre	ab 75 Jahren	Insgesamt	Quote
Nord-West	459	178	242	288	2.882	4.049	6,3%
Mitte-West	432	117	130	144	2.365	3.188	3,9%
Mitte-Ost	423	143	132	120	1.165	1.982	3,3%
Heide-Ost	16	10	12	9	67	114	4,1%
HRO	1.330	448	516	561	6.479	9.333	4,5%

Quelle: Statistikstelle der HRO und Statistisches Amt Mecklenburg-Vorpommern: Bevölkerungsstatistik 2018, Pflegestatistik 2017, Berechnungen des ISG 2019

3.1.2 Entwicklung der Pflegebedürftigkeit bis zum Jahr 2040

Für eine vorausschauende Pflegeplanung sind neben aktuellen Zahlen auch Prognosen zum zukünftigen Pflegebedarf von Bedeutung. Eine Schätzung der zukünftigen Entwicklung der Pflegebedürftigkeit wurde für den vorliegenden Bericht wie folgt vorgenommen: Der Bevölkerungsanteil der Personen mit Pflegebedarf aus der aktuellen Pflegestatistik wird nach Geschlecht und Altersgruppe differenziert auf die für zukünftige Jahre prognostizierten Bevölkerungszahlen übertragen. Dabei wird angenommen, dass die geschlechts- und altersspezifischen Pflegequoten langfristig in etwa unverändert bleiben werden („Status-quo-Variante“) – eine Veränderung der Zahl der Pflegebedürftigen ergibt sich dann in dem Maße, wie sich die

Altersstruktur der Bevölkerung verändert. Eine Auswertung der Entwicklung in den vergangenen Jahren bestätigt diese Annahme. So sind vor Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs die Pflegequoten stabil geblieben, seit die Pflegestatistik hierzu Vergleichswerte liefert.

Eine alternative Annahme ist, dass die Pflegequoten zukünftig leicht sinken könnten, weil infolge verbesserter Lebensbedingungen und des medizinischen Fortschritts mehr Lebensjahre in guter Gesundheit verbracht werden können. Der Eintritt von Pflegebedürftigkeit würde so in spätere Lebensjahre hinausgezögert.⁵ Allerdings beruht diese optimistische Annahme auf Vor-aussetzungen, die bisher noch nicht verlässlich belegt werden können und sich möglicherweise erst im Laufe mehrerer Jahrzehnte oder auch gar nicht bestätigen. Denn es gibt auch andere Entwicklungen wie die Zunahme von psychischen Krankheiten, Abhängigkeitserkrankungen und Behinderungen, die möglicherweise zu einem Anstieg der Pflegebedürftigkeit älterer Menschen führen können. Da die „Nettoeffekte“ dieser unterschiedlichen Einflussfaktoren auf die Quoten der Pflegebedürftigkeit nicht vorhersehbar sind, wird im Folgenden davon ausgegangen, dass die demografische Entwicklung der entscheidende Faktor der Veränderung ist, während die Pflegequoten unverändert bleiben. Die zukünftige Entwicklung des Pflegebedarfs wird daher im Folgenden anhand der „Status-quo-Variante“ abgeschätzt.

Bis zum Jahr 2030 wird sich die Zahl der pflegebedürftigen Menschen von 9.333 (2017) auf 9.585 Menschen mit Pflegebedarf erhöhen (Tab. 9). Dies entspricht einem Zuwachs von insgesamt 252 Pflegebedürftigen (+3%). Während in der Altersgruppe der 70- bis 74-Jährigen ein hoher Anstieg von 561 auf 826 pflegebedürftige Menschen (+47%) prognostiziert wird, wird bei den ab 75-Jährigen ein Rückgang von rund 80 Pflegebedürftigen bis 2030 erwartet (-1%).

Die Zahl der Pflegebedürftigen steigt bis zum Jahr 2040 weiter auf 10.282 Pflegebedürftige (+10%)(Tab. 9). Diese Zahl setzt sich ebenfalls aus zwei gegenläufigen Trends zusammen: Während die Bevölkerung und damit auch die Anzahl an pflegebedürftigen Personen bei den 60- bis 69-Jährigen im Zuge der Bevölkerungsalterung um 53 Personen sinkt, steigt parallel der Anteil bei den 70 bis 74-Jährigen um +37% und bei den ab 75-Jährigen um +12%. Insgesamt werden 949 weitere Pflegebedürftige bis zum Jahr 2040 erwartet. Vor allem in der Altersgruppe, der bereits jetzt der überwiegende Teil der Pflegebedürftigen angehört, ist eine weitere Zunahme zu erwarten.

Tab. 9

Pflegebedürftige bis 2040 in der HRO							
Jahr	unter 60 J.	60-64 J.	65-69 J.	70-74 J.	ab 75 J.	Insgesamt	Veränderung ggü. 2017
2017	1.330	448	516	561	6.479	9.333	
2025	1.319	497	547	817	5.973	9.154	- 179
2030	1.342	423	594	826	6.400	9.585	252
2035	1.407	346	508	895	6.917	10.072	739
2040	1.446	428	416	767	7.224	10.282	949
Veränderung	9%	-4%	-19%	37%	12%	10%	

Quelle: Statistisches Amt Mecklenburg-Vorpommern: Pflegestatistik 2017, Bevölkerungsstatistik 2018 und 5. Bevölkerungsvorausberechnung 2019, Berechnung des ISG 2019

5 Doblhammer, G.; Kreft, D.; Dethloff, A. (2012): Gewonnene Lebensjahre – Langfristige Trends der Sterblichkeit nach Todesursachen in Deutschland und im internationalen Vergleich. In: Bundesgesundheitsblatt, Berlin.

3.1.3 Entwicklung der Pflegebedürftigkeit in den Stadtbereichen

Da in den Stadtbereichen eine unterschiedliche Altersstruktur vorherrscht, unterscheidet sich entsprechend auch die zu erwartende Anzahl an Pflegebedürftigen. Generell zeichnet sich der Trend ab, dass sich die Anzahl der Pflegebedürftigen in den kommenden Jahrzehnten erhöht.

Bis zum Jahr 2030 wird mit 9.585 Menschen mit Pflegebedarf gerechnet (4,5% der Bevölkerung) (Tab. 10). Für die Stadtbereiche der HRO ergibt sich ein differenziertes Bild: Während Stadtbereiche wie Toitenwinkel oder Gehlsdorf eine Pflegequote von rund 3% erreichen, liegt diese in den Stadtbereichen Lütten Klein oder Südstadt bei etwa 7%.

Tab. 10

Pflegebedürftige in der Hanse- und Universitätsstadt Rostock 2030							
Geschätzt auf Basis der städtischen Pflegequoten nach Altersgruppe und Geschlecht							
Stadtbereiche	unter 60 J.	60-64 Jahre	65-69 Jahre	70-74 Jahre	ab 75 Jahren	Insgesamt	Quote
Warnemünde	39	22	38	68	395	562	6,5%
Rostock-Heide	8	5	9	10	46	79	4,8%
Lichtenhagen	84	30	54	88	427	683	4,7%
Groß Klein	84	36	59	68	307	554	3,9%
Lütten Klein	93	30	44	80	954	1.201	6,8%
Evershagen	106	33	48	75	580	843	4,8%
Schmarl	57	17	35	44	184	337	3,7%
Reutershagen	106	38	51	71	724	990	5,4%
Hansaviertel	55	14	19	29	271	387	4,5%
Gartenstadt/Stadtweide	22	7	9	11	87	136	4,0%
Kröpeliner-Tor-Vorstadt	152	21	26	39	318	555	2,8%
Südstadt	85	24	36	51	817	1.013	6,6%
Biestow	15	7	9	11	120	162	5,8%
Stadtmitte	153	29	39	54	389	664	3,2%
Brinckmansdorf	53	21	27	30	216	348	4,1%
Dierkow-Neu	76	33	34	29	146	318	2,9%
Dierkow-Ost	5	3	5	7	46	66	6,1%
Dierkow-West	7	3	4	6	47	67	5,4%
Toitenwinkel	101	34	32	34	234	434	3,0%
Gehlsdorf	32	11	12	17	74	146	3,1%
Rostock-Ost	8	4	5	4	20	40	3,2%
HRO	1.342	423	594	826	6.400	9.585	4,5%
Anteil in %	14,0	4,4	6,2	8,6	66,8	100	

Quelle: Statistikstelle der HRO und Statistisches Amt Mecklenburg-Vorpommern: Pflegestatistik 2017, Bevölkerungsstatistik 2018 und 5. Bevölkerungsvorausberechnung 2019, Berechnung des ISG 2019

Bis zum Jahr 2040 wird ein Zuwachs an Pflegebedürftigen von +10% erwartet. In den Stadtbereichen Warnemünde, Lichtenhagen, Lütten Klein, Südstadt sowie Dierkow-Ost wird mit einer Erhöhung von +11% gerechnet. Eine geringere Steigung von +8% bis +9% wird in den Stadtbereichen Rostock-Heide, Groß Klein, Dierkow-Neu, Toitenwinkel sowie Rostock-Ost erwartet.

Im Jahr 2040 wird der Bevölkerungsanteil der Pflegebedürftigen im städtischen Durchschnitt bei 4,6% der Bevölkerung liegen. Die Pflegequoten in den Stadtbereichen weisen dann eine erhebliche Spannweite auf, sie reichen von 2,8% in Kröpeliner-Tor-Vorstadt und Dierkow-Neu bis zu 7,1% der Bevölkerung in Lütten Klein. Der hohe Anteil der Pflegebedürftigen, die 75 Jahre oder älter sind, wird sich dann noch leicht erhöhen. Der Anteil der Pflegebedürftigen in dieser Altersgruppe lag im Jahr 2017 bei 69% (Tab. 7) und wird zukünftig zunächst auf 65% im Jahr 2025 sinken, dann aber bis zum Jahr 2040 auf über 70% steigen (Tab. 11).

Dies bedeutet, dass mit multiplen Belastungen der Lebenslage zu rechnen ist: Gesundheitliche Belastungen nehmen ebenso zu wie kognitive Einschränkungen. Da ein erheblicher Teil der

Älteren alleine wohnt, stellt sich insbesondere die Frage, inwieweit Angehörige und ggf. Nachbarn ein tragfähiges soziales Unterstützungsnetz garantieren können.

Tab. 11

Pflegebedürftige in den Stadtbereichen der HRO							
2040							
Geschätzt auf Basis der städtischen Pflegequoten nach Altersgruppe und Geschlecht							
Stadtbereiche	unter 60 J.	60-64 Jahre	65-69 Jahre	70-74 Jahre	ab 75 Jahren	Insgesamt	Quote
Warnemünde	42	22	26	63	447	601	6,8%
Rostock-Heide	9	5	6	9	53	82	4,9%
Lichtenhagen	91	30	38	82	482	723	4,8%
Groß Klein	90	36	42	64	346	578	4,0%
Lütten Klein	100	31	31	74	1.076	1.311	7,1%
Evershagen	114	34	33	69	655	906	5,0%
Schmarl	61	17	25	41	208	352	3,8%
Reutershagen	115	38	36	66	817	1.071	5,6%
Hansaviertel	60	14	14	26	306	419	4,6%
Gartenstadt/Stadtweide	24	8	6	11	98	146	4,1%
Kröpeliner-Tor-Vorstadt	164	21	18	36	358	598	2,8%
Südstadt	92	24	25	47	921	1.110	6,9%
Biestow	17	7	6	10	135	175	6,0%
Stadtmitte	164	29	28	50	438	710	3,2%
Brinckmansdorf	57	22	19	28	244	370	4,2%
Dierkow-Neu	82	34	24	27	165	331	2,8%
Dierkow-Ost	5	3	3	6	52	71	6,4%
Dierkow-West	7	3	3	5	53	72	5,6%
Toitenwinkel	108	35	22	32	264	461	3,1%
Gehlsdorf	35	12	8	15	83	153	3,1%
Rostock-Ost	9	4	3	4	22	42	3,2%
HRO	1.446	428	416	767	7.224	10.282	4,6%
Anteil in %	14,1	4,2	4,0	7,5	70,3	100	

Quelle: Statistikstelle der HRO und Statistisches Amt Mecklenburg-Vorpommern: Pflegestatistik 2017, Bevölkerungsstatistik 2018 und 5. Bevölkerungsvorausberechnung 2019, Berechnung des ISG 2019

Auf der zusammengefassten Ebene der Stadtregionen wird deutlich, dass auch im Jahr 2040 der höchste Bevölkerungsanteil mit Pflegebedürftigkeit in der Region Nord-West lebt (4.472 Personen bzw. 5,3%), am niedrigsten bleibt dieser Anteil in der Region Mitte-Ost mit 3,3% (2.168 Personen).

Tab. 12

Pflegebedürftige in den Stadtregionen der HRO							
2040							
Stadtregion	unter 60 J.	60-64 Jahre	65-69 Jahre	70-74 Jahre	ab 75 Jahren	Insgesamt	Quote
Nord-West	499	170	195	393	3.215	4.472	5,3%
Mitte-West	470	111	105	197	2.635	3.518	4,9%
Mitte-Ost	459	137	107	165	1.299	2.168	3,3%
Heide-Ost	18	9	10	13	75	124	4,2%
HRO	1.446	428	416	767	7.224	10.282	4,6%

Quelle: Statistikstelle der HRO und Statistisches Amt Mecklenburg-Vorpommern: Pflegestatistik 2017, Bevölkerungsstatistik 2018 und 5. Bevölkerungsvorausberechnung 2019, Berechnung des ISG 2019

3.1.4 Hilfe zur Pflege nach SGB XII

Einen Anspruch auf Hilfe zur Pflege nach dem Siebten Kapitel SGB XII haben Pflegebedürftige, denen (und deren Ehegatten oder Lebenspartnern) nicht zuzumuten ist, dass sie die für die Pflege benötigten Mittel aus ihrem eigenen Einkommen und Vermögen aufbringen (§ 61 SGB XII). Überwiegend betrifft dies diejenigen Pflegebedürftigen, deren Pflegebedarf durch die pauschalierten Leistungen der Pflegeversicherung nicht vollständig abgedeckt wird, die aber nicht über die erforderlichen Mittel verfügen, um den übersteigenden Betrag selbst zahlen

zu können. In wenigen Fällen kommt es auch vor, dass eine Person nicht pflegeversichert ist, dann trägt die Hilfe zur Pflege im Falle der Bedürftigkeit die gesamten Pflegekosten.

Am Jahresende 2018 bezogen in der HRO insgesamt 1.378 Personen Leistungen der Hilfe zur Pflege. Zwei Jahre zuvor, am Jahresende 2016, wurden 1.524 Leistungsbezieher registriert. Der Rückgang um 146 Leistungsbeziehende bzw. 10% ist auf die Erweiterung des Begriffs der Pflegebedürftigkeit im SGB XI zurückzuführen. Diese hat dazu geführt, dass vor allem zuvor als „leichter“ bewertete Fälle im häuslichen Bereich nun auch Leistungen der Pflegeversicherung erhalten, wodurch die Fallzahl der Hilfe zur Pflege reduziert und diese Form der Unterstützung entlastet wird. Im stationären Bereich hat sich der veränderte Pflegebedürftigkeitsbegriff nicht in gleicher Weise ausgewirkt, da in Pflegeeinrichtungen auch vorher schon fast nur Personen mit anerkannter Pflegebedürftigkeit und kaum Personen mit „leichterem“ Pflegebedarf wohnten. Weitere Angaben über Altersgruppen, Geschlecht, Pflegegrad und Art der Versorgung (ambulant, teilstationär, stationär) liegen auf der Ebene der Stadt nicht vor.

Im Jahr 2018 hat die HRO 7 Mio. EUR für die Hilfe zur Pflege ausgegeben (reine Ausgaben), davon 5,1 Mio. EUR für die in Einrichtungen geleistete Pflege und 1,9 Mio. EUR für Pflege außerhalb von Einrichtungen. Aufgrund der Entlastung durch die Pflegeversicherung sind die Ausgaben der Hilfe zur Pflege außerhalb von Einrichtungen gegenüber dem Jahr 2016 um 212.000 EUR bzw. 10% gesunken. Im stationären Bereich, der durch die Erweiterung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs nicht entlastet wurde, sind die Ausgaben dagegen um 135.000 EUR bzw. 3% gestiegen.

Eine Prognose der längerfristigen Entwicklung der Hilfe zur Pflege ist auf dieser Grundlage mit hoher Unsicherheit behaftet; einerseits ist davon auszugehen, dass angesichts der steigenden Zahl der Pflegebedürftigen längerfristig auch wieder mit einem Anstieg der Zahl der Leistungsbezieher der Hilfe zur Pflege zu rechnen sein wird, und entsprechend ist auch ein Anstieg der Ausgaben zu erwarten. Angesichts der prognostizierten Entwicklung der Rentenhöhe wird auch damit zu rechnen sein, dass der Anteil der Pflegebedürftigen, die auf ergänzende Hilfe zur Pflege angewiesen sind, längerfristig steigen wird. Zum derzeitigen Zeitpunkt ist aber nicht verlässlich einzuschätzen, wie die Reform der Pflegeversicherung, die zunächst zu einer Entlastung der Hilfe zur Pflege geführt hat, sich längerfristig auswirken wird.

3.2 Ältere Menschen mit Demenz

Demenz bzw. das demenzielle Syndrom ist eine der am häufigsten auftretenden psychiatrischen Krankheiten im Alter. Hierbei handelt es sich um eine chronische und fortschreitende Erkrankung des Gehirns, die durch den Verlust kognitiver Funktionen und Gedächtnisleistungen zu erheblichen Beeinträchtigungen der selbstständigen Lebensführung führt. Die Krankheit ist somit häufig mit Pflegebedürftigkeit verbunden.⁶ Die amtliche Statistik erfasst keine Daten zu Menschen mit Demenz, daher können diese für die HRO nur auf Basis der Ergebnisse groß angelegter epidemiologischer Studien geschätzt werden. In diesem Bericht werden die auf internationaler Ebene veröffentlichten Quoten der Alzheimer-Gesellschaft genutzt, die nach Ländern differenziert sind und im Gegensatz zu anderen Studien auch frühe Formen der Demenz, bei denen zumeist noch keine professionellen Hilfen in Anspruch genommen werden, mitberücksichtigen.⁷ Nach dieser Berechnung gab es am Jahresende 2018 in Deutschland rund 1,9 Mio. Menschen mit Demenz, in Mecklenburg-Vorpommern waren es zu diesem

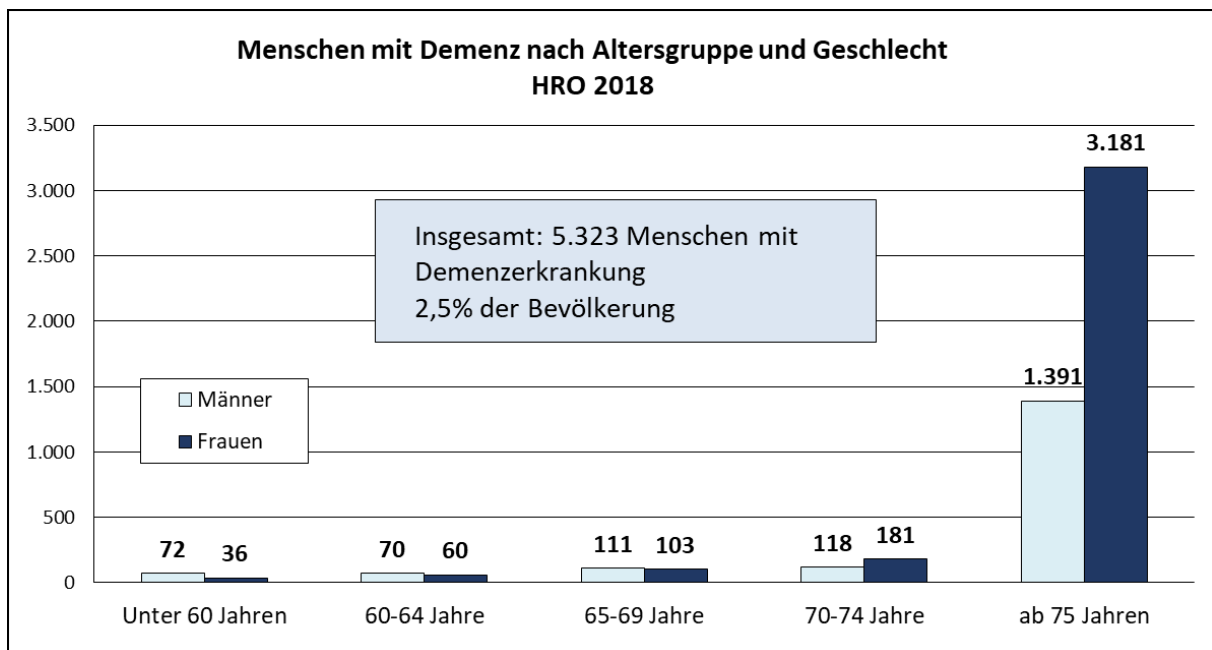
6 Weyerer, S. (2005): Altersdemenz. In: Robert-Koch-Institut (Hrsg.), Gesundheitsberichterstattung des Bundes Heft 28, Berlin: Robert-Koch-Institut

7 Deutsche Alzheimer Gesellschaft (2018): Die Häufigkeit von Demenzerkrankungen. Informationsblatt zusammengestellt von Horst Bickel.

Zeitpunkt rund 38.000. Von den 5.323 Personen, die nach dieser Berechnung am Jahresende 2018 in der HRO an einer leichteren oder schwereren Form von Demenz erkrankt waren, sind 1.762 Männer und 3.562 Frauen (Abb. 11). Der Anteil der Bevölkerung mit Demenz beträgt in der HRO insgesamt 2,5%, der Anteil der männlichen Bevölkerung mit Demenz beträgt 1,7% und der Anteil der weiblichen Bevölkerung mit Demenz 3,4%.

Demenz ist noch stärker als Pflegebedürftigkeit mit hohem Alter korreliert (Abb. 11): Fast alle Menschen mit Demenz sind im Alter ab 60 Jahren (98,0%), nur 2,0% sind jünger als 60 Jahre. Etwa 4.573 Menschen mit Demenz sind im Alter ab 75 Jahren, dies sind 85,9% aller Menschen mit Demenz.

Abb. 11 Menschen mit Demenz



Quelle: Statistisches Amt Mecklenburg-Vorpommern: Bevölkerungsstatistik 2018, Deutsche Alzheimer Gesellschaft 2018, Berechnung des ISG 2019

3.2.1 Menschen mit Demenz in den Stadtteilen

Eine Übertragung der hier herangezogenen Quoten des Demenzrisikos auf die Stadtteile der HRO führt aufgrund des engen Zusammenhangs zwischen Demenz und Hochaltrigkeit zu kleinen Zahlen unterhalb des Alters von 75 Jahren, erst oberhalb dieser Altersgrenze macht sich dieses Risiko auch quantitativ bemerkbar (Tab. 13).

Aus diesem Grund ergibt sich für die Stadtteile mit jüngerer Bevölkerung wie zum Beispiel Dierkow-Neu (1,3%) oder Kröpeliner-Tor-Vorstadt (1,4%) ein vergleichsweise niedriger Bevölkerungsanteil von Einwohnerinnen und Einwohnern mit Demenzerkrankung. Relativ hohe Demenzquoten weisen dagegen die Stadtteile Lütten Klein (4,4%), Südstadt (4,2%) und Warnemünde (4,0%) auf. Damit liegen diese deutlich über dem Stadtdurchschnitt von 2,5%.

Tab. 13

Menschen mit Demenz in der HRO 2018								
Deutsche Alzheimergesellschaft 2018								
Stadtgebiete	unter 60 J.	60-64 Jahre	65-69 Jahre	70-74 Jahre	ab 75 Jahren	Insgesamt	Quote	
Warnemünde	3	7	14	25	283	331	4,0%	
Rostock-Heide	1	2	3	4	33	42	2,7%	
Lichtenhagen	7	9	20	32	305	372	2,6%	
Groß Klein	7	11	21	24	219	283	2,1%	
Lütten Klein	7	9	16	30	681	744	4,4%	
Evershagen	9	10	17	28	415	479	2,8%	
Schmarl	5	5	13	16	132	170	1,9%	
Reutershagen	8	12	18	25	517	581	3,3%	
Hansaviertel	4	4	7	10	193	219	2,6%	
Gartenstadt/Stadtweide	2	2	3	4	62	73	2,2%	
Kröpeliner-Tor-Vorstadt	12	6	9	14	227	269	1,4%	
Südstadt	7	7	13	19	584	630	4,2%	
Biestow	1	2	3	4	85	96	3,5%	
Stadtmitte	12	9	14	19	278	332	1,6%	
Brinckmansdorf	4	7	10	11	154	186	2,2%	
Dierkow-Neu	6	10	12	10	104	143	1,3%	
Dierkow-Ost	0	1	2	2	33	39	3,7%	
Dierkow-West	1	1	2	2	33	38	3,2%	
Toitenwinkel	8	10	11	12	167	209	1,5%	
Gehlsdorf	3	4	4	6	53	69	1,5%	
Rostock-Ost	1	1	2	1	14	19	1,6%	
HRO	108	130	214	299	4.573	5.323	2,5%	

Quelle: Statistikstelle der HRO und Statistisches Amt Mecklenburg-Vorpommern, Bevölkerungsstatistik 2018, Deutsche Alzheimer Gesellschaft 2018, Berechnung des ISG 2019

Innerhalb der Stadtregionen zeigt sich, dass in der Region Nord-West die meisten Menschen mit Demenz leben, gefolgt von Mitte-West und Mitte-Ost (**Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.**).

Tab. 14

Menschen mit Demenz in den Stadtregionen der HRO 2018								
Stadtregion	unter 60 J.	60-64 Jahre	65-69 Jahre	70-74 Jahre	ab 75 Jahren	Insgesamt	Quote	
Nord-West	37	52	101	154	2.034	2.378	3,7%	
Mitte-West	35	34	54	77	1.669	1.868	2,3%	
Mitte-Ost	34	42	55	63	822	1.016	1,7%	
Heide-Ost	1	3	5	5	47	61	2,2%	
HRO	108	130	214	299	4.573	5.323	2,5%	

Quelle: Statistikstelle der HRO und Statistisches Amt Mecklenburg-Vorpommern, Bevölkerungsstatistik 2018, Deutsche Alzheimer Gesellschaft 2018, Berechnung des ISG 2019

3.2.2 Voraussichtliche Entwicklung der Zahl der Menschen mit Demenz

Bezieht man bei gleichbleibenden Demenzquoten die zu erwartenden Veränderungen in den Bevölkerungszahlen mit ein (konstante Demenzquoten, mittlere Variante der Bevölkerungsvorausberechnung), kann man für die zukünftigen Jahre die Anzahl der Menschen mit Demenz prognostizieren. Für die HRO kann somit bis zum Jahr 2030 mit 5.434 Menschen mit Demenzerkrankung gerechnet werden (+2%). Bis 2040 wird ein Anstieg auf rd. 5.920 Personen mit Demenz erwartet, was eine Zunahme von +11% ausmacht (Tab. 15). Die Zahl der Menschen mit Demenz ab 75 Jahren wird bis 2030 zwar von 4.573 auf 4.517 zurückgehen (-1%), dafür wird die Zahl der ab 75-Jährigen mit Demenz bis 2040 um +11% auf rund 5.100 steigen. Die Anzahl der Menschen mit Demenz im Alter von 60 bis 64 Jahren wird sich bis

2030 um -6% und bis 2040 um -4% -reduzieren. Der Anteil der Menschen mit Demenz an der Gesamtbevölkerung wird bis zum Jahr 2030 zunächst bei 2,5% bestehen bleiben, bis 2040 erhöht er sich leicht auf 2,6%.

Tab. 15

Menschen mit Demenz bis 2040 nach Altersgruppen							
Deutsche Alzheimergesellschaft 2018							
Jahr	unter 60 J.	60-64 J.	65-69 J.	70-74 J.	ab 75 J.	Insgesamt	Quote
2018	108	130	214	299	4.573	5.323	2,5%
2025	104	145	227	435	4.216	5.125	2,4%
2030	109	123	246	439	4.517	5.434	2,5%
2035	114	101	210	473	4.882	5.780	2,6%
2040	118	125	172	404	5.099	5.917	2,6%
Veränderung	9%	-4%	-20%	35%	12%	11%	

Quelle: Statistisches Amt Mecklenburg-Vorpommern: Bevölkerungsstatistik 2018, 5. Bevölkerungsvorausberechnung 2019, Deutsche Alzheimer Gesellschaft 2018, Berechnung des ISG 2019

3.2.3 Entwicklung von Demenz in den Stadtbereichen

Die unterschiedliche Altersstruktur in den Stadtbereichen der HRO spiegelt sich auch in der Entwicklung der Anzahl der Menschen mit Demenz wider. Die folgende Schätzung geht davon aus, dass die Quoten der Menschen mit Demenz nach Altersgruppe und Geschlecht in Zukunft konstant bleiben, während sich Unterschiede zwischen den Stadtbereichen aus der unterschiedlich prognostizierten demografischen Entwicklung ergeben. Im Jahr 2030 werden insgesamt 5.434 Menschen mit Demenzerkrankung leben (Tab. 16).

Tab. 16

Menschen mit Demenz in der HRO								
2030								
Deutsche Alzheimergesellschaft 2018								
Stadtbereiche	unter 60 J.	60-64 Jahre	65-69 Jahre	70-74 Jahre	ab 75 Jahren	Insgesamt	Quote	
Warnemünde	3	6	16	36	279	341	3,9%	
Rostock-Heide	1	2	4	5	33	44	2,7%	
Lichtenhagen	7	9	22	47	301	386	2,6%	
Groß Klein	7	10	24	36	217	294	2,1%	
Lütten Klein	8	9	18	43	673	751	4,3%	
Evershagen	9	10	20	41	410	489	2,8%	
Schmarl	5	5	15	23	130	177	1,9%	
Reutershagen	9	11	21	37	511	589	3,2%	
Hansaviertel	4	4	8	15	191	223	2,6%	
Gartenstadt/Stadtweide	2	2	4	6	61	75	2,2%	
Kröpeliner-Tor-Vorstadt	12	6	11	21	224	274	1,4%	
Südstadt	7	7	15	28	577	633	4,2%	
Biestow	1	2	4	6	84	97	3,5%	
Stadtmitte	12	8	16	29	274	340	1,6%	
Brinckmansdorf	4	6	11	16	152	190	2,2%	
Dierkow-Neu	6	10	14	15	103	148	1,3%	
Dierkow-Ost	0	1	2	4	33	40	3,7%	
Dierkow-West	1	1	2	3	33	39	3,2%	
Toitenwinkel	8	10	13	18	165	214	1,5%	
Gehlsdorf	3	3	5	9	52	71	1,5%	
Rostock-Ost	1	1	2	2	14	20	1,6%	
HRO	109	123	246	439	4.517	5.434	2,5%	

Quelle: Statistikstelle der HRO und Statistisches Amt Mecklenburg-Vorpommern, Bevölkerungsstatistik 2018, 5. Bevölkerungsvorausberechnung 2019, Deutsche Alzheimer Gesellschaft 2018, Berechnung des ISG 2019

Mit 751 Menschen werden die meisten von dieser Personengruppe in Lütten Klein erwartet, was einem Anteil an der Gesamtbevölkerung des Stadtbereichs von 4,3% entspricht. Am geringsten ist die Zahl der Menschen mit Demenzerkrankung mit einer Anzahl von 20 in Rostock-Ost (1,6%).

Bis zum Jahr 2040 steigt die Anzahl von Menschen mit Demenz in der HRO von 5.323 Personen im Jahr 2018 um +11% auf 5.917 an (Tab. 17). Davon leben mit 21 am wenigsten in Rostock-Ost und mit 700 am meisten in der Südstadt. Gemessen an den Einwohnerinnen und Einwohnern im jeweiligen Stadtbereich lebt mit 1,3% ein geringer Anteil in Dierkow-Neu und mit 4,5% ein hoher Anteil in Lütten Klein.

Tab. 17

Menschen mit Demenz in der HRO 2040							
Deutsche Alzheimergesellschaft 2018							
Stadtbereiche	unter 60 J.	60-64 Jahre	65-69 Jahre	70-74 Jahre	ab 75 Jahren	Insgesamt	Quote
Warnemünde	3	6	11	33	315	370	4,2%
Rostock-Heide	1	2	3	5	37	47	2,8%
Lichtenhagen	7	9	16	43	341	415	2,7%
Groß Klein	7	11	17	33	245	313	2,2%
Lütten Klein	8	9	13	40	759	829	4,5%
Evershagen	9	10	14	37	463	533	2,9%
Schmarl	5	5	10	21	147	188	2,0%
Reutershagen	9	11	15	35	577	646	3,4%
Hansaviertel	5	4	6	14	216	244	2,7%
Gartenstadt/Stadtweide	2	2	3	5	69	82	2,3%
Kröpeliner-Tor-Vorstadt	13	6	8	19	253	299	1,4%
Südstadt	7	7	10	25	650	700	4,3%
Biestow	1	2	3	5	95	107	3,6%
Stadtmitte	13	9	11	26	309	369	1,7%
Brinckmansdorf	5	6	8	15	172	206	2,3%
Dierkow-Neu	7	10	10	14	116	156	1,3%
Dierkow-Ost	0	1	1	3	37	43	3,9%
Dierkow-West	1	1	1	3	37	43	3,3%
Toitenwinkel	9	10	9	16	186	231	1,5%
Gehlsdorf	3	3	3	8	59	77	1,5%
Rostock-Ost	1	1	1	2	16	21	1,6%
HRO	118	125	172	404	5.099	5.917	2,6%

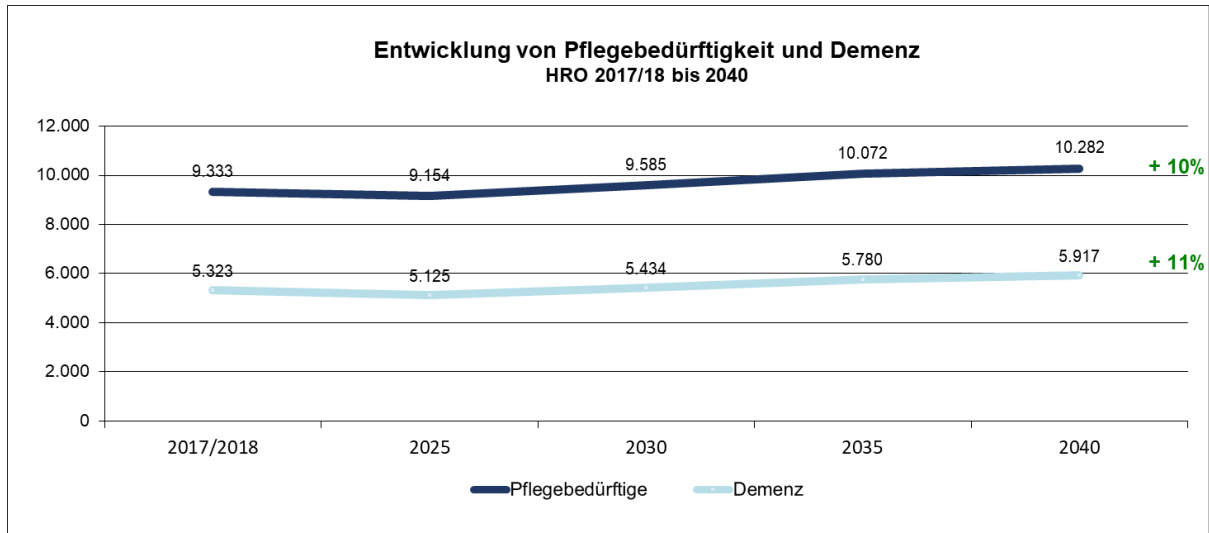
Quelle: Statistikstelle der HRO und Statistisches Amt Mecklenburg-Vorpommern, Bevölkerungsstatistik 2018, 5. Bevölkerungsvorausberechnung 2019, Deutsche Alzheimer Gesellschaft 2018, Berechnung des ISG 2019

3.3 Entwicklung von Pflegebedarf und Demenz in der Gesamtschau

Mit zunehmender Zahl der älteren Menschen steigt auch die Zahl der Personen, die Pflege- und Hilfeleistungen benötigen, jedoch aufgrund der unterschiedlichen Altersstruktur der betroffenen Gruppen nicht im gleichen Ausmaß. In der folgenden Abb. 12 wird der prognostizierte Verlauf dieser Entwicklung für Menschen mit Pflegebedarf und Demenz getrennt dargestellt. Nach dieser Berechnung, die auf den Ergebnissen der Pflegestatistik 2017, der aktuellen Bevölkerungsstatistik sowie der aktuellen Bevölkerungsvorausberechnung des Statistischen Amtes Mecklenburg-Vorpommern beruht, wird in der HRO im Zeitraum von 2017 bis 2030 die Zahl der Pflegebedürftigen von 9.333 auf 9.585 Personen steigen. Der gleiche Trend wird für Menschen mit Demenz prognostiziert, deren Anzahl von 5.323 im Jahr 2018 auf 5.434 bis 2030 steigen wird. Bis zum Jahr 2040 wird langfristig bei den Pflegebedürftigen ein Anstieg von +10% auf 10.282 Personen erwartet. Die Zahl der Menschen mit Demenz wird um +11%

auf insgesamt 5.917 Personen steigen. Dabei kann die Zahl der Menschen mit Demenz nicht zu den Pflegebedürftigen hinzugerechnet werden, da es sich bei dieser Personengruppe mit hoher Wahrscheinlichkeit um eine Teilgruppe der Pflegebedürftigen handelt.

Abb. 12 Entwicklung von Pflegebedürftigkeit und Demenz bis 2040



Quelle: Statistisches Amt Mecklenburg-Vorpommern: 5. Bevölkerungsvorausberechnung 2019, Alzheimer Gesellschaft 2018, Berechnung des ISG 2019

4 Angebote der pflegerischen und pflegeergänzenden Versorgung am Jahresende 2018

Der in Kapitel 3 dargestellte Bedarf an Pflege und weiterer Unterstützung erfordert ein leistungsfähiges Angebotssystem für die betroffenen Menschen. In der HRO besteht ein breit gefächertes Angebot von Diensten und Einrichtungen, die diese Unterstützung von Pflegebedürftigen und Menschen mit Demenz leisten. Entsprechend dem Grundsatz „ambulant vor stationär“ umfasst dieses Angebotssystem abgestufte Unterstützungsformen, die von präventiven Angeboten über ambulante und teilstationäre Hilfen bis zu betreuten Wohnformen reichen. Diese vielfältigen Unterstützungsformen sollten zunächst ausgeschöpft werden, bevor als letzte Möglichkeit eine vollstationäre Versorgung in Betracht gezogen wird. Wenn aber die Pflegebedürftigen selbst in hohem Maße unselbstständig und/oder dement sind und die Angehörigen mit der häuslichen Pflege überfordert wären, bleibt für die Pflegebedürftigen oft keine tragfähige Alternative mehr zum Umzug in eine Pflegeeinrichtung. Für diesen Personenkreis bildet die stationäre Pflege die passende Versorgungskomponente.

Auch in diesem Kapitel wird die Versorgungslage sowohl auf der Ebene der HRO als auch in den Stadtbereichen und Stadtregionen in den Blick genommen werden. Die kommunale Pflegesozialplanung beschränkt sich dabei nicht auf den Kernbereich der ambulanten, teil- und vollstationären Pflege, sondern umfasst auch Maßnahmen und Hilfen, die über die rein pflegerischen Versorgungsangebote hinausgehen. Nur durch die Einbeziehung eines breiten Spektrums von Unterstützungsmöglichkeiten kann das Ziel, dass ältere Menschen mit Hilfe- und Pflegebedarf möglichst lange im Privathaushalt wohnen bleiben können, erreicht werden. Die Darstellung und Analyse des Versorgungssystems werden anhand der verschiedenen Elemente gegliedert, die dazu beitragen.

Im Rahmen der Pflegesozialplanung wurden darüber hinaus die für die pflegerische Versorgung zentralen Dienste und Einrichtungen mit einem Fragebogen angeschrieben, um vertiefende Informationen über ihren Versorgungsbeitrag zu erhalten. Gegenstand der Befragung waren etwa Inanspruchnahme und Auslastung stationärer und teilstationärer Einrichtungen, das spezifische Leistungsangebot der Dienste und Einrichtungen sowie ihre Personalsituation und Erwartungen zur zukünftigen Entwicklung. Diese Befragung richtete sich an stationäre Pflegeeinrichtungen (mit Bezug auf ihr Angebot an vollstationärer Pflege und ggf. auch Kurzzeitpflege), an Einrichtungen der Tagespflege, Anbieter des betreuten Wohnens und an ambulante Pflegedienste. Die Befragung wurde in den Monaten Oktober und November 2019 durchgeführt. Die wichtigsten Ergebnisse dieser Befragung werden im jeweiligen Abschnitt im Überblick dargestellt.

4.1 Pflegerische Angebote

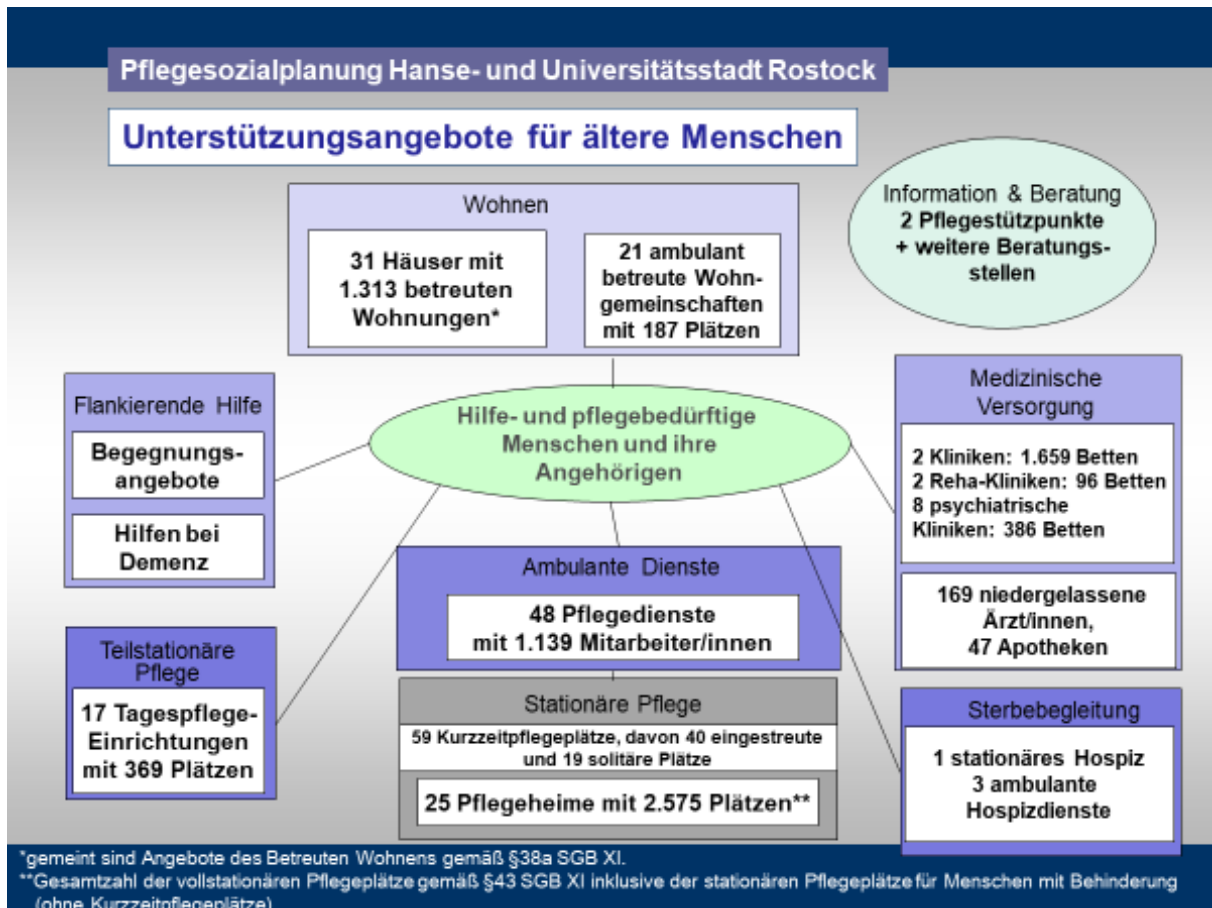
Unter pflegerischer Versorgung im engeren Sinne sind Angebote im ambulanten, teilstationären und stationären Bereich zu verstehen. Hierzu zählen ambulante Pflegedienste, Angebote der Tagespflege und der Kurzzeitpflege sowie die vollstationäre Pflege.

Anhand der Preisvergleichslisten der Pflegekassen wurden die Angebote nach der Art des Angebots und nach den verfügbaren Kapazitäten erfasst. Indem die Daten differenziert nach den einzelnen Stadtbereichen der HRO ausgewiesen werden, wird ein Vergleich verschiedener Regionen im Hinblick auf ihre Versorgungsdichte möglich. Hierzu werden Kennzahlen ausgewiesen, mit denen die bestehende Versorgungskapazität auf die Bevölkerung ab 75 Jahren und damit auf die Altersgruppe mit dem größten Hilfe- und Pflegebedarf bezogen wird.

Komponenten der pflegerischen Versorgungsstruktur

Unter Berücksichtigung eines breiten Spektrums von Versorgungsmöglichkeiten werden neben reinen Pflegeangeboten unter anderem auch Beratungs-, Begegnungs- und weitere Unterstützungsleistungen für ältere Menschen in der HRO abgebildet. Die folgende Abb. 13 zeigt das „bunte Spektrum“ der Versorgungsangebote im Überblick:

Abb. 13 Pflegerische Angebote im Überblick



Quelle: ISG Angebotsverzeichnis HRO 2019

4.1.1 Ambulante Dienste

Wenn Pflegebedürftigkeit vorliegt, leisten ambulante Pflegedienste pflegerische Hilfen nach § 36 SGB XI und bei Bedarf Verhinderungspflege nach § 39 SGB XI sowie ggf. zusätzliche Leistungen für Menschen mit Demenz nach § 45b SGB XI im Privathaushalt. Ergänzend oder unterhalb dieser Bedarfsschwelle können komplementäre Dienste mit haushaltsnahen Dienstleistungen und weitere Unterstützungsformen hilfreich sein. Die häusliche Pflege kann aber auch durch Angehörige allein, ohne professionelle Unterstützung, erbracht werden.

Beide Formen der Pflege im Privathaushalt werden durch Leistungen der Pflegeversicherung unterstützt – entweder als Pflegesachleistung durch ambulante Dienste (§36 SGB XI) oder als Pflegegeld für selbstbeschaffte Pflegepersonen (§ 37 SGB XI). Die maximalen Leistungsbeiträge pro Monat sind dabei nach Pflegegrad gestaffelt. Personen mit Pflegegrad 1 erhalten einen Entlastungsbetrag nach § 28a SGB XI.

Pflegegrad	Pflegesachleistung § 36 SGB XI	Pflegegeld § 37 SGB XI
Pflegegrad 1	125 EUR (§ 28a SGB XI)	125 EUR (§ 28a SGB XI)
Pflegegrad 2	689 EUR	316 EUR
Pflegegrad 3	1.298 EUR	545 EUR
Pflegegrad 4	1.612 EUR	728 EUR
Pflegegrad 5	1.995 EUR	901 EUR

Zum Jahresende 2018 gab es in der HRO 48 ambulante Pflegedienste (Tab.15).

Im Rahmen der Pflegesozialplanung wurden diese Pflegedienste entsprechend dem Sitz des Dienstes den Stadtbereichen zugeordnet (Tab. 18). Die stadtweite Versorgungsdichte beträgt 3,9 Mitarbeitende je 100 Ältere ab 75 Jahren. Im Hinblick auf die Verteilung der ambulanten Pflegedienste sind starke regionale Unterschiede zu verzeichnen. Im Stadtbereich Mitte-Ost ist die Versorgungsdichte am höchsten und liegt mit 6,5 Mitarbeitenden je 100 Älteren ab 75 Jahren deutlich über dem städtischen Durchschnitt. Die Versorgungsdichte in den Stadtbereichen Nord-West und Mitte-West ist mit jeweils 3,4 Mitarbeitenden pro 100 Ältere ab 75 Jahren auf dem gleichen Niveau. Im Stadtbereich Heide-Ost ist kein ambulanter Pflegedienst gemeldet. Hierbei ist allerdings zu bedenken, dass ambulante Pflegedienste mobil agieren und ggf. Orte mit niedriger Versorgungsdichte durch Orte mit hoher Versorgungsleistung mitversorgt werden.

Tab. 18

Versorgung durch ambulante Dienste			
HRO, Stand: Dezember 2018			
Stadtbereich	Anzahl	Personal	je 100 ab 75 J.
Nord-West	18	443	3,4
Mitte-West	17	354	3,4
Mitte-Ost	13	341	6,5
Heide-Ost	0	0	0,0
Stadt Rostock	48	1.139	3,9

Personal: Schätzung auf Basis von ISG-Befragung 2019 sowie Pflegestatistik 2017
Quelle: ISG Angebotsverzeichnis HRO 2019

Tab. 19

Ambulante Pflegedienste HRO, Stand: Dezember 2018		
Versorgungsgebiet	Stadtbereich	Pflegedienst
Nord-West	Warnemünde	Caritas-Sozialstation Rostock-Warnemünde
Nord-West	Lichtenhagen	Pflegeverbund Rostock
Nord-West	Lichtenhagen	Ambulante Kranken- und Altenpflege Schneider GmbH
Nord-West	Lichtenhagen	Hauskrankenpflege WoB
Nord-West	Lichtenhagen	Avicenna Nord Häusliche Krankenpflege
Nord-West	Lichtenhagen	Pflegeteam Luv & Lee
Nord-West	Evershagen	Caritas-Sozialstation Rostock-Evershagen
Nord-West	Evershagen	Ambulanter Pflegedienst Evershagen
Nord-West	Evershagen	Ambulante Hauskranken- und Altenpflege Eleonore Baade
Nord-West	Evershagen	Pflegedienst vor Ort GmbH
Nord-West	Evershagen	Sozialstation & Pflegedienst Krüger
Nord-West	Schmarl	Ambulanter Pflegedienst Schmarl
Nord-West	Schmarl	Ambulanter Pflegedienst "Mandala"
Nord-West	Lütten Klein	Ambulanter Pflege- und Betreuungsdienst der AWO
Nord-West	Lütten Klein	Krankenpflege Schwester Ines
Nord-West	Lütten Klein	Pflegedienst "Pflegen ohne Barrieren"
Nord-West	Lütten Klein	Rostocker Hauskrankenpflegedienst Marlis Bellin
Nord-West	Groß Klein	PDSO Silvio Dohmé
Anzahl Nord-West	18	
Mitte-West	Südstadt	KS Die Pflegespezialisten
Mitte-West	Südstadt	Ambulanter Pflegedienst Südstadt
Mitte-West	Südstadt	Pflegedienst mit Herz Kerstin Schmuck
Mitte-West	Südstadt	Ambulanter Pflegedienst Johanniter Sozialstation Rostock
Mitte-West	Südstadt	Häusliche Krankenpflege Stark
Mitte-West	Reutershagen	D&D Intensiv GbR
Mitte-West	Reutershagen	Häusliche Krankenpflege W. Radloff
Mitte-West	Reutershagen	Häuslicher Kranken- und Pflegedienst GmbH Barbara Joseph
Mitte-West	Reutershagen	Häusliche Allten- und Krankenpflege Marion Schulz
Mitte-West	Biestow	Pflegedienst der Volkssolidarität Rostock
Mitte-West	Hansaviertel	Ambulanter Pflegedienst Hansaviertel
Mitte-West	Hansaviertel	UNI MED GmbH Sanitätsfachhandel & Pflege
Mitte-West	Kröpeliner-Tor-Vorstadt	Diakonie Sozialstation Rostock
Mitte-West	Kröpeliner-Tor-Vorstadt	Hauskrankenpflege & Seniorenbetreuung Löhndorf
Mitte-West	Kröpeliner-Tor-Vorstadt	Hauskrankenpflege Schw. Katja & Partner
Mitte-West	Kröpeliner-Tor-Vorstadt	Pflegeversorgungszentrum Rostock
Mitte-West	Kröpeliner-Tor-Vorstadt	Hanse Pflegedienst
Anzahl Mitte-West	17	
Mitte-Ost	Stadtmitte	Krankenpflege Witte
Mitte-Ost	Stadtmitte	Lifetime-MV GmbH Häusliche Pflege
Mitte-Ost	Stadtmitte	Intensivpflegedienst Melita
Mitte-Ost	Stadtmitte	Häusliche Krankenpflege Comelia Fritze
Mitte-Ost	Stadtmitte	Pflegezentrum Nord GmbH
Mitte-Ost	Stadtmitte	Pflegezentrum Seemann
Mitte-Ost	Stadtmitte	IPN - Intensivpflege Nord GmbH
Mitte-Ost	Stadtmitte	Häusliche Krankenpflege Menne
Mitte-Ost	Gehlsdorf	Pflegedienst "Hand und Fuß"
Mitte-Ost	Gehlsdorf	Norddeutscher Pflegedienst
Mitte-Ost	Brinckmansdorf	D&G Herzliche Pflege GmbH
Mitte-Ost	Brinckmansdorf	Ambulanter Pflegedienst Nächstenliebe
Mitte-Ost	Dierkow	Ambulanter Pflegedienst Rostock "Pflege to Hus"
Anzahl Mitte-Ost	13	
Anzahl Heide-Ost	0	
Stadt Rostock	48	

Quelle: ISG Angebotsverzeichnis HRO 2019

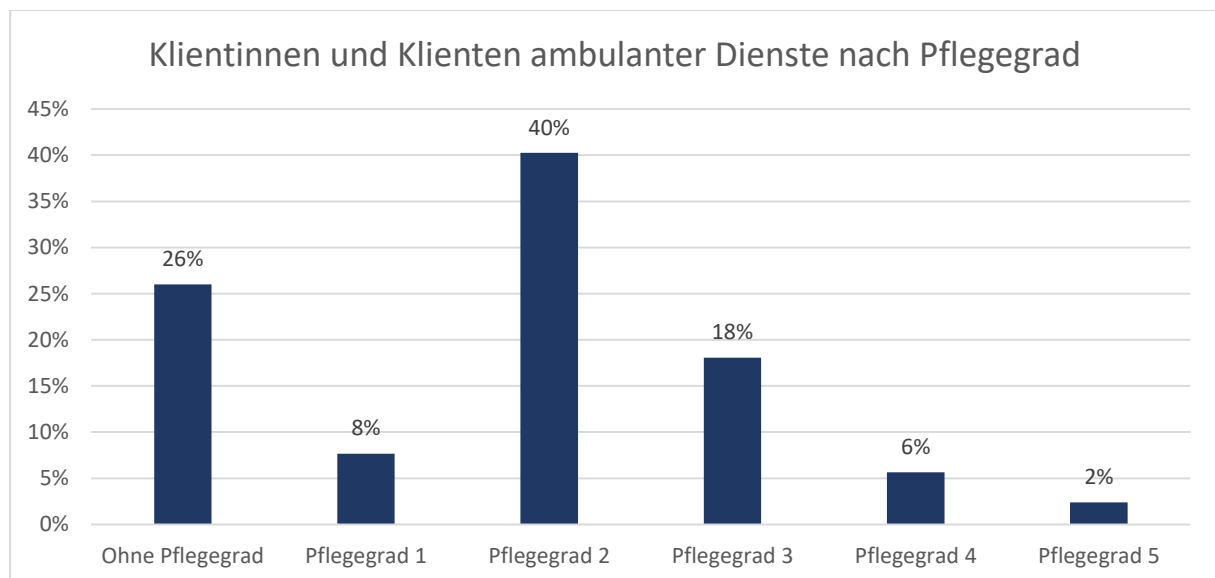
Ergebnisse der ISG-Befragung der ambulanten Dienste im Überblick

An der im Oktober 2019 durchgeführten Befragung von Pflegeanbietern haben sich 15 ambulante Dienste aus der HRO beteiligt. Bei insgesamt 48 ambulanten Pflegediensten entspricht dies einer Rücklaufquote von 31,3%.

Versorgungsgebiete: Die 15 ambulanten Dienste, die sich an der ISG-Befragung beteiligten, sind über den gesamten Stadtbezirk verteilt und zählen alle Stadtbereiche zu ihrem Versorgungsgebiet. Durchschnittlich nannten die ambulanten Dienste fünf Stadtbereiche als zugehörig zu ihrem Versorgungsbereich. Dabei wurden die Stadtbereiche Nord-West, insbesondere Lütten-Klein, Schmarl und Evershagen, und Süd-Ost mit Toitenwinkel, Dierkow-Ost, -West und -Neu am häufigsten genannt. Am wenigsten werden Versorgungszuständigkeiten der ambulanten Dienste in Randgebieten wie Biestow oder Lichtenhagen genannt.

Leistungsangebot: Neben der klassischen Kranken- und Altenpflege bieten 67% der befragten Dienste haushaltsnahe Dienstleistungen an. Jeweils rund 7% zählen Intensivpflege sowie Intensivpflege-Wohngemeinschaften und Pflege in Abendstunden zu ihren Leistungen. Palliativversorgung, gerontopsychiatrische Fachpflege sowie Spezialisierungen für Menschen mit Demenz bietet keiner der teilnehmenden ambulanten Dienste an.

Klientinnen und Klienten: Die ambulanten Dienste versorgen zum Zeitpunkt der Befragung 1.970 Klientinnen und Klienten, davon haben 26% keinen Pflegegrad und 8% Pflegegrad 1. Mit 40% sind dem Pflegegrad 2 anteilig die meisten Menschen zugeordnet. Pflegegrad 3 haben 18% der Klientinnen und Klienten, die Anteile der Pflegegrade 4 und 5 sind mit 6% und 2% eher niedrig. Demnach werden in den ambulanten Diensten der HRO vorwiegend Personen mit einem niedrigen bis mittleren Pflegebedarf betreut.



Quelle: ISG-Befragung ambulanter Dienste, 2019 (N = 15 Pflegedienste mit 1.970 Klientinnen und Klienten)

Rund zwei Drittel der befragten ambulanten Dienste konnten Klientinnen und Klienten mit spezifischem Versorgungsbedarf nicht aufnehmen, weil sie nicht darauf eingestellt waren. Dazu zählten die Versorgung von Kindern, eine zu intensive Pflege von mehreren (bis zu 24) Stunden am Tag sowie Anfragen zur Kurzzeitpflege.

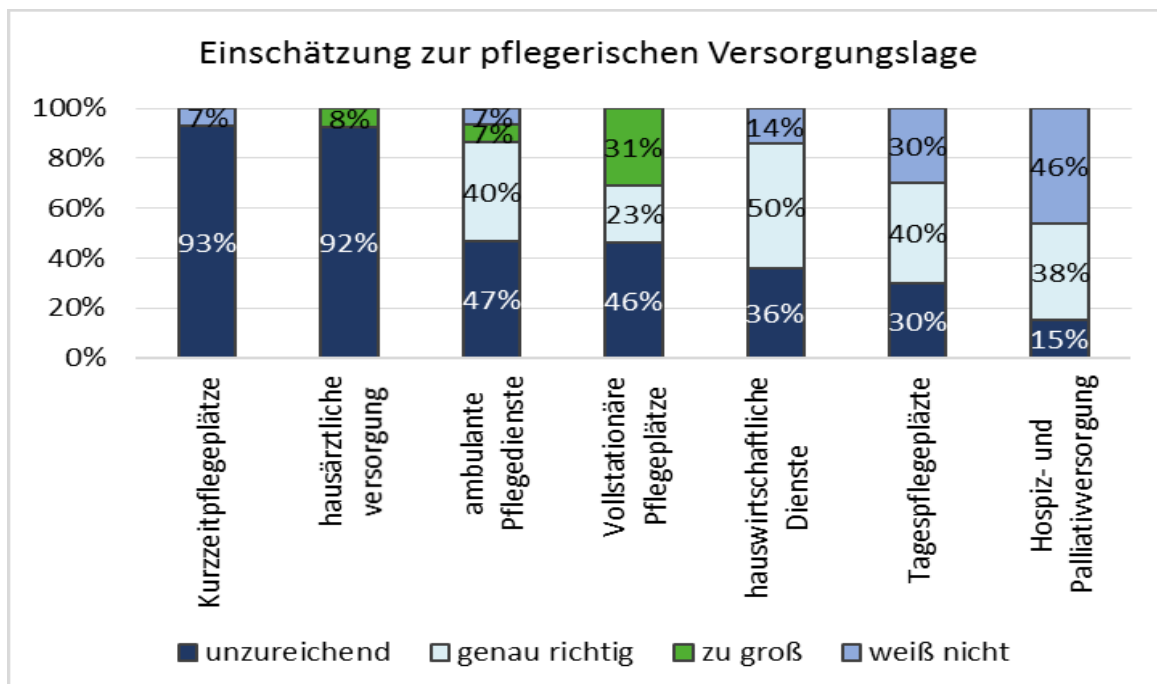
Personaleinsatz: Die Dienste beschäftigen durchschnittlich 35 Mitarbeitende in 19 Vollzeitstellen (insgesamt 487 Mitarbeitende). Knapp 10% der Mitarbeiter sind zwischen 55 und 64 Jahre alt, was bedeutet, dass diese im Laufe der nächsten zehn Jahre durch den Eintritt in die Rente

wegfallen. Mit 44% aller bei ambulanten Diensten Beschäftigten sind weniger als die Hälfte der Mitarbeitenden in der Pflege tätig. Nur 3% der Mitarbeitenden in den befragten ambulanten Diensten haben eine Zusatzqualifikation. Die häufigsten Zusatzqualifikationen von Mitarbeitenden ambulanter Dienste sind Weiterbildungen zum Praxisanleiter/in, Intensivpfleger/in und Expert/in bei der Wundversorgung. Personal mit gerontopsychiatrischer Zusatzqualifikation oder Qualifikation in der Palliativpflege kann kein Betrieb nachweisen. In Anbetracht des Standards einer qualifizierten Betreuung von Patienten ist eine höhere Quote von Mitarbeitenden mit Zusatzqualifikation anzustreben.

Personalbedarf: Fast alle befragten ambulanten Dienste gaben an, Schwierigkeiten bei der Suche nach qualifiziertem Pflegepersonal zu haben. Als Gründe hierfür wurden der Mangel an Fachkräften bzw. Bewerbungen sowie die fehlende Eignung der Bewerber und Bewerberinnen aufgrund von Unzuverlässigkeit oder mangelnder Belastbarkeit genannt.

Kooperation: Alle befragten ambulanten Dienste kooperieren regelmäßig mit niedergelassenen Ärzten sowie mit Apotheken, dicht gefolgt von regelmäßigen Kooperationen mit Krankenhäusern bzw. Sozialdiensten (93%). Eine Kooperation mit Tagespflegeeinrichtungen erfolgt nach den Aussagen von mehr als 80% der Dienste zumindest gelegentlich, bei den Kurzzeitpflegeeinrichtungen beschränkt sich die gelegentliche und regelmäßige Kooperation auf rund 64%. Anders sieht dies bei den Kooperationsbeziehungen mit Beratungseinrichtungen aus. So gaben nur 8% der ambulanten Dienste an, regelmäßig mit kommunalen Beratungsstellen oder Pflegestützpunkten zu kooperieren. Die Kooperation findet hier eher gelegentlich oder selten statt.

Versorgungslage: Die pflegerischen Angebote in der HRO werden von den ambulanten Diensten insgesamt als eher unzureichend beschrieben. Insbesondere das Angebot an Kurzzeitpflegeplätzen (93%) sowie die hausärztliche Versorgung (92%) schätzen fast alle ambulanten Dienste als unzureichend ein.



Quelle: ISG-Befragung ambulanter Dienste, 2019 (N = 13-15 Pflegedienste)

Ambulante Dienste und Angebote im vollstationären Bereich werden von rund 47% der Dienste als nicht ausreichend eingeschätzt, wohingegen 31% die vollstationäre Versorgung

als zu groß dimensioniert bewerten. Die Hälfte der befragten Dienste empfindet das Angebot an hauswirtschaftlichen Dienstleistungen als genau richtig, bei den Tagespflegeplätzen sowie der Hospiz- und Palliativversorgung treffen rund 40% der Dienste diese Einschätzung.

4.1.2 Tagespflege

Im Rahmen der Tagespflege erhalten pflegebedürftige Menschen, die von Angehörigen zu Hause gepflegt werden, tageszeitlich begrenzte Unterstützung und Pflege. Die Tagespflege kann an fünf Tagen pro Woche in Anspruch genommen werden, wird oft aber nur an einigen Wochentagen genutzt. Diese Form der teilstationären Pflege dient den Tagespflegegästen zur Tagesstrukturierung und kann zudem zur Stabilisierung häuslicher Pflegearrangements beitragen, indem sie pflegende Angehörige zu bestimmten Tageszeiten entlasten. Insbesondere Personen, die aufgrund von Demenz oder Orientierungsschwierigkeiten auf eine ständige Betreuung angewiesen sind, gehören zur Zielgruppe von Tagespflegeeinrichtungen. Tagespflegegäste werden morgens durch einen Fahrdienst abgeholt und nachmittags wieder nach Hause gebracht. Daher sollte dieses Angebot wohnortnah verfügbar sein.

Neben der Tagespflege ist in § 41 SGB XI auch die Nachtpflege als weiteres teilstationäres Angebot vorgesehen, um beispielsweise Angehörige von nachtaktiven Pflegebedürftigen zu entlasten. Diese Pflegeform wird in der HRO aber nicht angeboten. Eine Aussage zum Bedarf dieses Pflegeangebots kann zu diesem Zeitpunkt nicht getroffen werden.

Nach § 41 SGB XI werden die Leistungen der teilstationären Tagespflege von den Pflegekassen bezuschusst. Die Ansprüche der Pflegegrade 2 bis 5 umfassen je nach Kalendermonat folgende Beträge:

Pflegegrad	Teilstationäre Pflege § 41 SGB XI
Pflegegrad 1	-
Pflegegrad 2	689 EUR
Pflegegrad 3	1.298 EUR
Pflegegrad 4	1.612 EUR
Pflegegrad 5	1.995 EUR

In der HRO gab es zum 31.12.2018 17 Einrichtungen der Tagespflege mit insgesamt 369 Plätzen (Tab. 20). Dies bedeutet, dass 1,3 Plätze je 100 Ältere ab 75 Jahren zur Verfügung stehen. Im Stadtbereich Heide-Ost gibt es kein Tagespflegeangebot, was insbesondere hinsichtlich der notwendigen Wohnortnähe bei der Tagespflege kritisch zu betrachten ist.

Tab. 20

Angebote der Tagespflege				
HRO, Stand: Dezember 2018				
Versorgungsgebiet	Stadtbereich	Einrichtung	Plätze	je 100 ab 75 J.
Nord-West	Warnemünde	Tagespflege & Servicewohnen Marion Menne	28	0,2
Nord-West	Warnemünde	Warnemünder Tagespflege	30	0,2
Nord-West	Lütten Klein	Tagespflegeeinrichtung der Rostocker Stadtmission e.V.	15	0,1
Nord-West	Lütten Klein	Tagespflege im PflegeWohnPark „Lütten Klein“	22	0,2
Nord-West	Lütten Klein	Tagespflege NOB "Neue ohne Barrieren"	20	0,2
Gesamt			115	0,9
Mitte-West	Reutershagen	Tagespflege "Anna & Fritz" Reutershagen	12	0,1
Mitte-West	Reutershagen	Tagespflege Hofgarten	18	0,2
Mitte-West	Reutershagen	Reutershäger Tagespflege	20	0,2
Mitte-West	Hansaviertel	Hanseatisches Pflegezentrum Tagespflege Doris Krenz	18	0,2
Mitte-West	Kröpeliner-Tor-Vorstadt	PVZ Tagespflege "Heimathafen"	25	0,2
Gesamt			93	0,9
Mitte-Ost	Toitenwinkel	Tagespflege „Am Schäferteich“	20	0,4
Mitte-Ost	Toitenwinkel	Tagespflege "Daddeldu"	23	0,4
Mitte-Ost	Stadtmitte	Tagespflege Maria-Martha-Haus	18	0,3
Mitte-Ost	Stadtmitte	Lifetime-MV GmbH Tagespflege	20	0,4
Mitte-Ost	Gehlsdorf	PVZ Tagespflege Gehlsdorf	20	0,4
Mitte-Ost	Südstadt	Tagespflege "Zum Glück"	28	0,5
Mitte-Ost	Südstadt	Tagespflege in der Seniorenwohnanlage Südstadt	32	0,6
Gesamt			161	3,1
Heide-Ost			0	0,0
Stadt Rostock			369	1,3

Quelle: ISG Angebotsverzeichnis HRO 2019

Im Bereich der Tagespflege wurden auch Kapazitätserweiterungen erfasst, die im Laufe des Jahres 2019 umgesetzt wurden oder sich noch in Planung befinden. Danach sind nach dem Jahresende 2018 95 weitere Tagespflegeplätze in der HRO geplant bzw. im Laufe des Berichtsjahres bereits in Betrieb genommen worden. Davon sind 21 Plätze auf die Eröffnung einer neuen Tagesresidenz im Versorgungsbereich Mitte-Ost zurückzuführen, weitere 42 Plätze sind für zwei neue Einrichtungen in Nord-West geplant. Bei den restlichen 32 Plätzen handelt es sich um Kapazitätserweiterungen in bereits bestehenden Einrichtungen. Bezieht man diese Plätze in die Berechnung der Versorgungsdichte mit ein, so steigt diese demnächst auf 1,6 Plätze je 100 Ältere ab 75 Jahren.

Ergebnisse der Experteninterviews: Tagespflege

Zur Diskussion der Tagespflege bewerteten die Vertreter und Vertreterinnen der internen Begleitgruppe ebenso wie die Mitglieder des Pflegestützpunkts diese als gut ausgebautes und voll ausgelastetes Angebot. Die interne Begleitgruppe äußerte die Sorge, dass dem Angebot der Tagespflege auf Kosten anderer Pflegeangebote womöglich zu viel Personal zur Verfügung gestellt werde. Kritisch wurde seitens des Pflegestützpunkts auch die Inanspruchnahme der Tagespflege gesehen, deren Zugang sich durch verschiedene Rahmenbedingungen erschwerte. Dazu zählten unter anderem die hohen Finanzierungskosten als auch die mangelnde Bereitschaft der Anbieter, Pflegebedürftige entsprechend ihres Bedarfs zu betreuen (z.B. an nur zwei statt an fünf Tagen pro Woche).

Ergebnisse der ISG-Befragung zur Tagespflege im Überblick

Versorgungsgebiete: Die neun Tagespflege-Einrichtungen, die sich an der ISG-Befragung beteiligten, versorgen über die Stadtgrenzen Rostocks hinaus auch Orte wie Kritzmow, Brodersdorf, Mönchhagen oder Rövershagen. Demnach kann von einer ausreichenden räumlichen Versorgung der Tagespflege in und um Rostock ausgegangen werden.

Konzeption und Auslastung: Keine der teilnehmenden Tagespflegeeinrichtungen nannte einen konzeptionellen Schwerpunkt wie z.B. die Spezialisierung auf die Versorgung von Menschen mit Demenz. Dennoch verfügt rund die Hälfte der Einrichtungen über ein spezielles Konzept der Demenzbetreuung. Fast alle Einrichtungen arbeiten nach dem Prinzip der Bezugspflegerperson, wonach im Durchschnitt drei Bezugspflegerpersonen auf 14 Menschen mit Demenz kommen. Damit liegt die Versorgungsdichte des Personals von 1 : 4,6 zwischen dem unteren (1 : 4) und oberen Korridorwert (1 : 6) des Landesrahmenvertrags zur Sicherstellung der teilstationären Tages- und Nachtpflege Mecklenburg-Vorpommerns.⁸

Die jahresdurchschnittliche Auslastung der angebotenen Tagespflegeplätze ist von 2017 auf 2018 um zwei Prozentpunkte gestiegen und betrug im Jahr 2018 jahresdurchschnittlich 88%. Eine der befragten Tagespflegeeinrichtungen plant eine Erhöhung der Kapazitäten um 18 Plätze.

Klientinnen und Klienten: Eine Einrichtung der Tagespflege in der HRO hat durchschnittlich 31 Tagespflegegäste, von denen rund 61% Frauen sind. Etwa 29% der Gäste besuchen die Tagespflegeeinrichtung an ein oder zwei Tagen in der Woche, 28% an drei Tagen, 16% an vier Tagen und 28% an fünf Tagen. Die meisten Klientinnen bzw. Klienten stammen aus der HRO, rund 8% hatten ihren bisherigen Wohnsitz außerhalb der HRO. Die Kosten für die Tagespflege werden in der Regel von der Pflegekasse und nur zu einem kleinen Anteil vom Sozialamt oder von Selbstzahlern übernommen. Eine Tagespflegeeinrichtung berichtete, dass einem Klienten aufgrund eines bestimmten Sozialverhaltens gekündigt werden musste.

Kooperation: Die Kooperationen der befragten Tagespflegeanbieter fallen insgesamt sehr gering aus. Die Zusammenarbeit mit Beratungsstellen oder Hospizdiensten stellt sich bei allen befragten Einrichtungen als selten bis gar nicht vorhanden heraus. Mit dem Krankenhaus oder geriatrischen Einrichtungen kooperieren lediglich 11% wöchentlich oder monatlich. Etwas mehr als die Hälfte der Tagespflegeanbieter haben zumindest monatlichen Kontakt zu Ärzten, wohingegen nur seltene oder gar keine Kooperationen mit Apotheken (67%), Altenpflegeschulen (78%) und dem Sozialamt (78%) stattfinden.

Versorgungslage: Die Versorgung durch pflegerische Angebote in der HRO wird von den Anbietern der Tagespflege sehr unterschiedlich bewertet. Alle Tagespflegeeinrichtungen sehen allerdings die Versorgung in der Kurzzeitpflege als unzureichend an. Drei Viertel der Anbieter bewerten das Informations- und Beratungsangebot in der HRO als unzureichend, dicht gefolgt von Angeboten für Menschen mit Demenz (63%) und Pflegeangeboten für ältere Menschen mit Behinderung (63%). Das Angebot an Tagespflegeeinrichtungen wird von 38% der befragten Tagespflegeeinrichtungen als genau richtig eingeschätzt, 13% empfinden es als zu groß. Ein Viertel der Befragten bewertet ambulante Pflegedienste, hauswirtschaftliche Dienstleistungen, Intensivpflegeleistungen und Angebote für Menschen mit Demenz als genau richtig.

Personalbedarf: Die befragten Tagespflegeeinrichtungen beschäftigen durchschnittlich 7 Mitarbeitende auf 5 Vollzeitstellen. Zwei Drittel der Anbieter der Tagespflege haben teilweise Schwierigkeiten, passende Mitarbeiter/innen zu finden. Das andere Drittel gab an, keine Schwierigkeiten bei der Personalbeschaffung zu haben. Keine der befragten Einrichtungen nannte einen Grund für die Schwierigkeiten in der Personalbeschaffung. Aus Mitarbeitersicht ist die Beschäftigung in einer Tagespflegeeinrichtung insofern attraktiv, als keine Spät- und Nachtschichten oder Wochenenddienste anfallen.

8 Abschnitt III, § 20, Abs. 5, Rahmenvertrag zur Sicherstellung einer wirksamen und wirtschaftlichen pflegerischen Versorgung der Versicherten in teilstationären Einrichtungen der Tages- und Nachtpflege.

4.1.3 Kurzzeitpflege

Nach dem Elften Sozialgesetzbuch (§ 42 SGB XI) ist die Kurzzeitpflege für pflegebedürftige Personen eingerichtet worden, bei denen die häusliche Pflege zeitweise nicht, noch nicht oder nicht im erforderlichen Umfang geleistet werden kann. In diesen Fällen besteht Anspruch auf Pflege in einer stationären Einrichtung im Umfang von maximal acht Wochen pro Kalenderjahr, die von den Pflegekassen bis zu dem Gesamtbetrag von 1.612 Euro bezuschusst werden. Dazu gehören Übergangszeiten nach einem stationären Krankenhausaufenthalt des Pflegebedürftigen oder andere (Krisen-)Situationen, wie zum Beispiel Urlaubsreisen oder Erkrankung von pflegenden Angehörigen, bei denen eine häusliche Pflege nicht ausreichend ist. Bei der Nachsorge nach einem Krankenhausaufenthalt kann die Kurzzeitpflege eine wichtige Zwischenphase darstellen, in der z.B. Rehabilitationsmaßnahmen organisiert werden können.⁹ Seit dem Jahr 2016 kann Kurzzeitpflege auch von Personen ohne anerkannte Pflegebedürftigkeit als Krankenkassenleistung in Anspruch genommen werden (§ 39c SGB V). Ferner wird die Verhinderungspflege nach § 39 SGB XI für bis zu sechs Wochen finanziert, wenn pflegende Angehörige wegen Krankheit, Urlaub oder aus anderen Gründen die Pflege vorübergehend nicht leisten können. Seit dem 1. Pflegestärkungsgesetzes im Januar 2015 können beide Formen der Ersatzpflege für einen Zeitraum von bis zu acht Wochen kombiniert genutzt werden; in diesem Falle steigt der Zuschuss der Pflegekasse auf bis zu 3.224 EUR pro Jahr.

Im Bereich der Kurzzeitpflege kann zwischen „eingestreuten“ und eigenständigen bzw. „solitären“ Kurzzeitpflegeplätzen unterschieden werden. Zu den eingestreuten Plätzen zählen Kapazitäten innerhalb von Pflegeeinrichtungen, die nur phasenweise für die Kurzzeitpflege genutzt werden, da sie häufig durch Anwärter auf einen vollstationären Pflegeplatz besetzt sind. Diese Art der Kurzzeitpflege erschwert eine Planung und findet in der Regel im Rahmen einer „Mitversorgung“ der Kurzzeitpflegegäste im Heimalltag statt. Im Vergleich dazu stehen eigenständige (oder „solitäre“) Plätze in Kurzzeitpflegeeinrichtungen oder Kurzzeitpflegeabteilungen dauerhaft für die Kurzzeitpflege zur Verfügung und können damit von den Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen verlässlich eingeplant werden. Konzeptionell bereitet diese Form stärker auf eine Rückkehr in den Privathaushalt vor und weist von der Atmosphäre her bestenfalls keinen „Heimcharakter“, sondern eher einen „Urlaubscharakter“ auf. Auch die Möglichkeit, die Zeit in der Kurzzeitpflege für rehabilitative Maßnahmen zu nutzen und damit die Rückkehr in den Privathaushalt zu erleichtern, ist in eigenständigen Kurzzeitpflegeeinrichtungen in der Regel eher gegeben als bei eingestreuten Kurzzeitpflegeplätzen. Im Rahmen der Pflegesozialplanung wird daher ein Ausbau eines eigenständigen Kurzzeitpflegeangebots empfohlen.

Zum Jahresende 2018 konnten in der HRO insgesamt 59 Kurzzeitpflegeplätze ermittelt werden (Tab. 21). Dies entspricht 0,2 Plätzen je 100 Personen ab 75 Jahren. Im Stadtbereich Heide-Ost gibt es kein Kurzzeitpflegeangebot. Weiterhin ist zu beachten, dass nur 19 der insgesamt 59 Plätze als solitäre Kurzzeitpflegeplätze bestehen, davon eine Kurzzeitpflegeeinrichtung mit 10 Plätzen sowie eine Urlaubs- und Verhinderungspflegeeinrichtung mit 9 Plätzen. Dies bedeutet, dass nur 32% der Plätze dauerhaft für die Kurzzeitpflege zur Verfügung stehen. Die restlichen 40 Plätze entsprechen somit eingestreuten Kurzzeitpflegeplätzen in stationären Pflegeeinrichtungen. Insgesamt wird empfohlen, die Versorgung im Bereich der Kurzzeitpflege zu erweitern (vgl. hierzu Kapitel 5.2). Aus den oben genannten Gründen sollte sich der Ausbau

⁹ ISG Institut für Sozialforschung und Gesellschaftspolitik (2015): Umsetzung des Grundsatzes „ambulant vor stationär“ unter besonderer Berücksichtigung des pflegerischen Entlassungsmanagements aus der Klinik. Gutachten im Auftrag der Landeshauptstadt Schwerin, S. 27 f.

auf eigenständige Kurzzeitpflegeeinrichtungen konzentrieren. Im Rahmen der Arbeits- und Sozialminister*innenkonferenz (ASMK) am 27. und 28. November 2019 wurden entsprechende Forderungen beschlossen. Demnach sollen unter anderem nicht vollständig ausgelastete Krankenhauskapazitäten für die Kurzzeitpflege genutzt werden.¹⁰ Der regionale Pflegeausschuss beschloss hierzu mehrheitlich eine Empfehlung zum schnellstmöglichen Ausbau im Bereich der solitären Kurzzeitpflege bei dem Abschluss der Versorgungs- und Rahmenverträge. Auf Grundlage der 1. Pflegesozialplanung der HRO aus dem Jahr 2015 initiierte und koordinierte die Verwaltung mehrere Gespräche mit Leistungserbringern, den Landesverbänden der Pflegekassen sowie dem Land M-V, um einen Ausbau der solitären Kurzzeitpflege zu erreichen. Im Ergebnis wurden konkrete Konzepte entwickelt, die aber bisher noch nicht umgesetzt werden konnten.

Tab. 21

Angebote der Kurzzeit- sowie Urlaubs- und Verhinderungspflege					
HRO, Stand: Dezember 2018					
Versorgungsgebiet	Stadtbereich	Einrichtung	Form des Angebots	Plätze	je 100 Ältere ab 75 J.
Nord-West	Groß Klein	PflegeWohnPark Groß Klein	eingestreut	1	0,0
Nord-West	Lütten Klein	PflegeWohnPark Lütten Klein	eingestreut	2	0,0
Nord-West	Lütten Klein	AlexA Seniorenresidenz Lütten Klein	eingestreut	3	0,0
Nord-West	Lütten Klein	KerVita Senioren-Zentrum "An der Warnow"	eingestreut	5	0,0
Nord-West	Evershagen	DRK Seniorenwohnanlage Evershagen	eingestreut	3	0,0
Nord-West	Lichtenhagen	Pflegewohnstift Lichtenhagen	eingestreut	10	0,1
Gesamt				24	0,2
Mitte-West	Reutershagen	KerVita Senioren-Zentrum "Am Botanischen Garten"	eingestreut	5	0,0
Mitte-West	Südstadt	DRK Pflegeheim Südstadt	eingestreut	2	0,0
Mitte-West	Gartenstadt	Seniorenzentrum Stadtweide	eingestreut	2	0,0
Mitte-West	Reutershagen	Kurzzeitpflegeeinrichtung im "Wohnpark Krischanweg"	solitär	10	0,1
Mitte-West	Südstadt	Urlaubs und Verhinderungspflege Pflegedienst Stark	solitär	9	0,1
Gesamt				28	0,3
Mitte-Ost	Toitenwinkel	Pflegeheim Toitenwinkel I	eingestreut	1	0,0
Mitte-Ost	Toitenwinkel	Pflegeheim Toitenwinkel II	eingestreut	1	0,0
Mitte-Ost	Stadtmitte	ServiceLeben Holzhalbinsel	eingestreut	5	0,1
Gesamt				7	0,1
Heide-Ost				0	0,0
Stadt Rostock				59	0,2
darunter:			solitär	19	0,1
			eingestreut	40	0,1

Quelle: ISG Angebotsverzeichnis HRO 2019

Geplante Kapazitätserweiterungen im Bereich der Kurzzeit- sowie Urlaubs- und Verhinderungspflege in der HRO sind nicht bekannt.

4.1.4 Stationäre Pflege

Wenn der Pflegebedarf oder die Demenz so fortschreiten, dass diese häuslichen Pflegearrangements nicht länger tragfähig sind und auch ein eigenständiges betreutes Wohnen oder eine ambulante Betreuung nicht mehr ausreichen, kommt eine stationäre Versorgung in einer Pflegeeinrichtung oder einer stationären Hausgemeinschaft in Betracht. Da es sich in der Regel um eine kostenintensive Form der Pflege handelt und die meisten Menschen auch im Alter weiter in ihrem eigenen Haushalt leben möchten, wird das Ziel verfolgt, Menschen mit Pflegebedarf gemäß dem Motto „ambulant vor stationär“ so lange wie möglich und soweit es geht zu Hause zu versorgen.

10 Pressemitteilung vom 04.12.2019: Drese: Arbeits- und Sozialminister*innen der Länder fordern weitere Maßnahmen der Bundesregierung für die Pflege. Ministerium für Soziales, Integration und Gleichstellung (<https://www.regierung-mv.de/Landesregierung/sm/Service/Presse?id=155794&processor=processor.sa.pressemitteilung&sa.pressemitteilung.sperrfrist=alle>).

Nach § 43 SGB XI werden Leistungen der stationären Pflege von der Pflegekasse bis zu einer bestimmten Höhe pauschal übernommen. Pflegebedürftige des Pflegegrades 1 erhalten bei Inanspruchnahme von vollstationärer Pflege einen Zuschuss in Höhe von 125 Euro. Seit Januar 2017 wird der Anspruch der Pflegebedürftigen wie folgt geregelt:

Pflegegrad	Stationäre Pflegeleistung § 43 SGB XI
Pflegegrad 1	125 EUR
Pflegegrad 2	770 EUR
Pflegegrad 3	1.262 EUR
Pflegegrad 4	1.775 EUR
Pflegegrad 5	2.005 EUR

Seit dem 01. Januar 2017 wurde mit dem zweiten Pflegestärkungsgesetz ein einrichtungseinheitlicher Eigenanteil (EEE) verordnet. Damit wird der Eigenanteil für Pflegebedürftige des Pflegegrads 2 bis 5 innerhalb einer Einrichtung einheitlich festgelegt. Berechnungen des Instituts der deutschen Wirtschaft (IW) zeigen allerdings eine Erhöhung des Eigenanteils für Pflegebedürftige in den vergangenen Jahren. Der damit einhergehenden Belastung Pflegebedürftiger und ihrer Angehörigen soll mithilfe einer Neugestaltung der Pflegeversicherung entgegengewirkt werden, dies wird auch durch das Ministerium für Soziales, Integration und Gleichstellung des Landes Mecklenburg-Vorpommern unterstützt.¹¹

Im Jahr 2018 gab es in der HRO 25 stationäre Pflegeeinrichtungen mit 2.575 Pflegeplätzen, wovon 246 Plätze für Menschen mit Behinderung vorgehalten werden (Tab. 22). Die höchste Versorgungsdichte an stationärer Pflege weist der Stadtbereich Mitte-Ost mit 17,8 Plätzen je 100 Ältere ab 75 Jahren auf, gefolgt von Nord-West mit 8,1 Plätzen je 100 Personen ab 75 Jahren. Der Stadtbereich Heide-Ost verfügt über kein stationäres Pflegeangebot.

11 Pressemitteilung vom 25.11.2019: Drese will Eigenanteile für Pflegebedürftige in stationären Einrichtungen begrenzen. Ministerium für Soziales, Integration und Gleichstellung. (Vgl. <https://www.regierung-mv.de/Landesregierung/sm/Service/Presse?id=155472&processor=processor.sa.pressemitteilung&sa.pressemitteilung.sperrfrist=alle>).

Tab. 22

Angebote der vollstationären Pflege					
HRO, Stand: Dezember 2018					
Versorgungsgebiet	Stadtbereich	Einrichtung	Plätze vollstat.	Plätze für MmB	je 100 Ältere ab 75 J.
Nord-West	Waremünde	Pflegeheim Rolf Grund	70		0,5
Nord-West	Groß Klein	PflegeWohnPark Groß Klein	294	61	2,3
Nord-West	Groß Klein	Psychiatrische Fachpflegeeinrichtung GGP Gruppe	24	24	0,2
Nord-West	Lütten Klein	PflegeWohnPark Lütten Klein	98		0,8
Nord-West	Lütten Klein	AlexA Seniorenresidenz Lütten Klein	130		1,0
Nord-West	Lütten Klein	KerVita Senioren-Zentrum "An der Warnow"	115		0,9
Nord-West	Lütten Klein	Pflegeheim Alternative WohnOase	46	46	0,4
Nord-West	Evershagen	DRK Seniorenwohnanlage Evershagen	180		1,4
Nord-West	Lichtenhagen	Pflegewohnstift Lichtenhagen DSG	93		0,7
Gesamt			1.050	131	8,1
Mitte-West	Reutershagen	Pflegeheim Reutershagen	108		1,0
Mitte-West	Reutershagen	KerVita Senioren-Zentrum "Am Botanischen Garten"	134		1,3
Mitte-West	Südstadt	DRK Pflegeheim Südstadt	142		1,4
Mitte-West	Südstadt	Pflegeheim Südhus	30		0,3
Mitte-West	Gartenstadt	Seniorenzentrum Stadtweide	102		1,0
Mitte-West	Kröpeliner-Tor-Vorstadt	Jakobi-Stift	77		0,7
Gesamt			593	0	5,6
Mitte-Ost	Toitenwinkel	Pflegeheim Toitenwinkel I	106		2,0
Mitte-Ost	Toitenwinkel	Pflegeheim Toitenwinkel II	106		2,0
Mitte-Ost	Toitenwinkel	Pflegeheim Südhus Nord	70		1,3
Mitte-Ost	Stadtmitte	Pflegeheim "Am Wasserturm"	110		2,1
Mitte-Ost	Stadtmitte	Betreutes Wohnen im Maria- Martha- Haus	39		0,7
Mitte-Ost	Stadtmitte	Seniorenresidenz "Am Warnow Schlösschen"	135		2,6
Mitte-Ost	Stadtmitte	Pflegeresidenz Rose	46		0,9
Mitte-Ost	Stadtmitte	ServiceLeben Holzhalbinsel	125		2,4
Mitte-Ost	Brinckmansdorf	Caritas Alten- und Pflegeheim "St. Franziskus"	80		1,5
Mitte-Ost	Gehlsdorf	Pflegeheim Michaelhof	115	115	2,2
Gesamt			932	115	17,8
Heide-Ost			0		0,0
Stadt Rostock			2.575	246	8,9

Quelle: ISG Angebotsverzeichnis HRO 2019

Von den 246 Plätzen, die zur Pflege von Menschen mit Behinderungen vorgehalten werden, wurden auf 216 Plätzen ergänzende Leistungen der Eingliederungshilfe bezogen. Davon wird auf 18 Plätzen eine besondere Betreuung von (geronto-) psychiatrisch erkrankten älteren Menschen angeboten. Bringt man diese für spezielle Personengruppen vorgesehenen Plätze von der Gesamtzahl in Abzug, so bleiben für ältere Menschen mit Pflegebedarf 2.329 stationäre Pflegeplätze, dies entspricht 8,0 Plätzen je 100 Ältere ab 75 Jahren (Tab. 23).

Im Hinblick auf die Versorgungsleistungen der stationären Pflege ist weiterhin zu berücksichtigen, dass die Angebote der ambulant betreuten Wohngemeinschaften sich ebenfalls an Personen richten, die zu einer selbstständigen Lebensführung im Privathaushalt nicht mehr in der Lage sind und die ohne dieses Angebot ebenfalls auf stationäre Pflege angewiesen wären (vgl. Abschnitt 4.3.2). Die in diesem Rahmen zur Verfügung stehende Platzzahl ist zwar deutlich niedriger als das Angebot an stationären Pflegeplätzen; rechnet man aber diese für eine vergleichbare Zielgruppe verfügbaren Kapazitäten hinzu, so stehen für ältere pflegebedürftige Menschen insgesamt 2.516 Plätze zu Verfügung, dies entspricht einer Versorgungsdichte von 8,7 Plätzen je 100 Ältere ab 75 Jahren.

Tab. 23

Angebote der vollstationären Pflege nach Versorgungsbereichen			
HRO, Stand: Dezember 2018			
Stadtbereich	Einrichtung	Plätze	je 100 ab 75 J.
Nord-West	9	1.050	8,1
Mitte-West	6	593	5,6
Mitte-Ost	10	932	17,8
Heide-Ost	0	0	0,0
Stadt Rostock	25	2.575	8,9
darunter für Menschen mit Behinderung	4	246	
darunter ergänzende Eingliederungshilfe	4	216	
dar. besondere Betreuung (z.B. gerontopsychiatrisch)	2	18	
Stationäre Pflegeplätze (ohne Plätze für MmB)	22	2.329	8,0
Versorgungsangebot stationär und ergänzend			
Ambulant betreute Wohngemeinschaften	21	187	0,6
Vollstationär und ambulante WG zusammen		2.516	8,7

Quelle: ISG Angebotsverzeichnis HRO 2019

Im Bereich der stationären Dauerpflege wurden auch Kapazitätserweiterungen erfasst, die im Laufe des Jahres 2019 in Betrieb genommen wurden oder sich noch in Planung befinden. Demnach sind nach dem Jahresende 2018 22 weitere stationäre Pflegeplätze in der HRO geplant bzw. im Laufe des Jahres 2019 bereits in Betrieb gegangen. Dabei handelt es sich um Kapazitätserweiterungen in den zwei bereits bestehenden Einrichtungen im Versorgungsbe- reich Mitte-West „Pflegeheim Südhus“ (18 Plätze) und „Seniorenzentrum Stadtweide“ (4 Plätze). Mit den zukünftig dann insgesamt 2.597 stationären Pflegeplätzen steigt die Versor- gungsdichte auf 8,9 Plätze je 100 Ältere ab 75 Jahren.

Ergebnisse der Experteninterviews: Stationäre Pflege

Das Expertengespräch mit Vertretern und Vertreterinnen des Pflegestützpunkts der HRO ergab eine kritische Bewertung des derzeitigen stationären Angebots. Diese kam nicht aus- schließlich durch die Einschätzung zustande, die stationären Platzkapazitäten seien zu gering ausgebaut. Auch die Besetzung der Kurzzeitpflegeplätze durch Dauerbewohner der stationä- ren Pflege wurde als Problematik genannt, die dazu führe, dass sich der Zugang zu Angeboten der Kurzzeitpflege schwierig gestalte. Insgesamt gebe es laut Pflegestützpunkt immer wieder Einzelfälle, bei denen Pflegebedürftige aufgrund von stark eingeschränktem Gesundheitszu- stand oder diverser Verhaltensauffälligkeiten nicht in die stationäre Pflege aufgenommen wür- den.

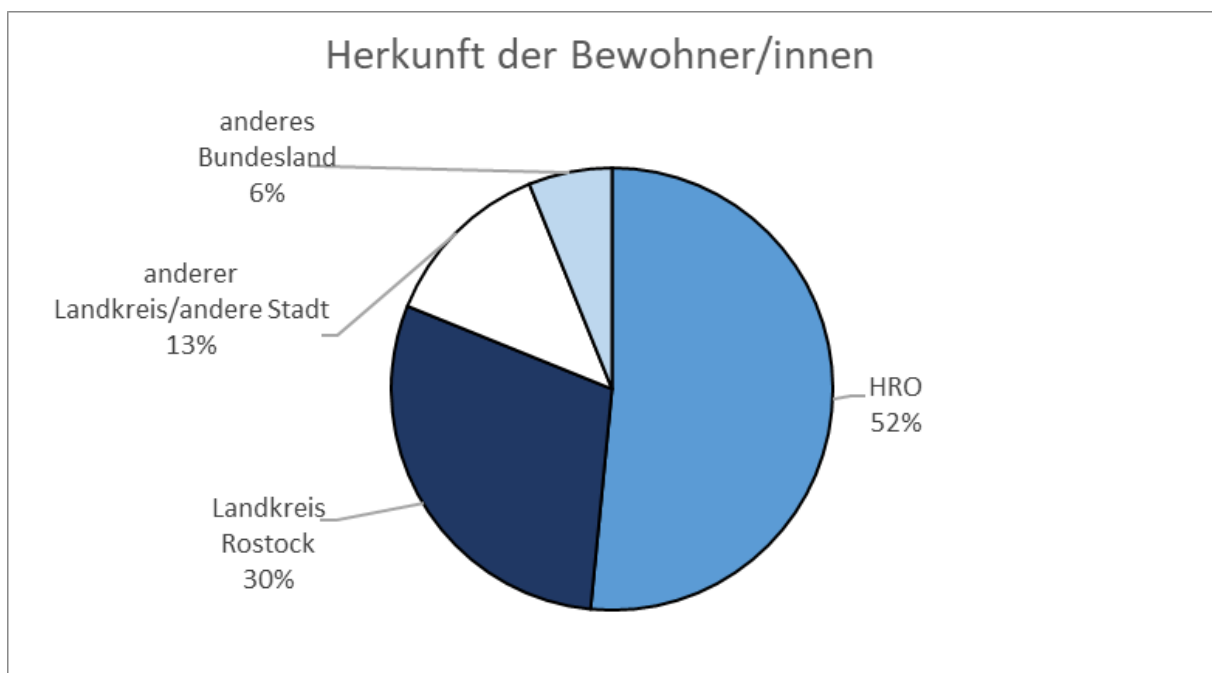
Mitglieder des Seniorenbeirats bewerteten die Lage der stationären Angebote in einem weite- ren Expertengespräch als verbesserungsbedürftig. Als Hauptgrund wurden die hohen Kosten für stationäre Pflegeplätze genannt, die sich laut Seniorenbeirat insbesondere durch Erneue- rungen und Baumaßnahmen der Einrichtungen ergeben.

Ergebnisse der ISG-Befragung von stationären Pflegeeinrichtungen im Überblick

Von den 25 stationären Pflegeeinrichtungen haben sich zwölf an der Befragung des ISG beteiligt. Dies entspricht einem Rücklauf von 48%.

Bewohnerinnen und Bewohner sowie Interessenten: Die stationären Pflegeeinrichtungen in der HRO beherbergen zum Stichtag 31.08.2019 im Durchschnitt 99 Bewohnerinnen und Bewohner, davon sind 74% Frauen. Fast die Hälfte der Bewohnerinnen und Bewohner in stationären Einrichtungen sind zwischen 80 und 89 Jahren alt (46%), 23% sind über 90 Jahre alt und rund 17% zwischen 70 und 79 Jahre. 18% der Bewohnerinnen und Bewohner weisen den Pflegegrad 2 auf, 30% den Pflegegrad 3, jeder Vierte den Pflegegrad 4 (25%) und 12% den höchsten Pflegegrad 5. Der Pflegegrad 1 ist in der stationären Pflege nicht besetzt. Somit haben Pflegebedürftige in stationären Einrichtungen einen höheren Pflegegrad als Pflegebedürftige in häuslicher Pflege.

Nach Angabe der befragten Einrichtungen stammen 52% der Bewohnerinnen und Bewohner aus der Stadt Rostock, 30% aus dem Landkreis Rostock. Die restlichen 19% stammen aus anderen Regionen.¹² Die durchschnittliche Auslastung der stationären Dauerplätze beträgt 98%.



Quelle: ISG-Befragung von Anbietern der stationären Pflege, 2019 (N=12 stationäre Einrichtungen)

Im Durchschnitt haben die befragten stationären Einrichtungen 32 Interessenten, die einen zeitnahen Einzugswunsch haben. 41% der Einrichtungen mussten Interessenten ablehnen, da kein geeignetes Betreuungskonzept vorlag. 28 Mal wurden Personen mit herausforderndem Sozialverhalten bzw. wegen Eigen- oder Fremdgefährdung abgelehnt, 17 Mal Menschen mit Demenz und neun Mal Menschen mit Unterbringungsbeschluss. Drei Einrichtungen berichteten, dass bestehenden Klienten aufgrund ihres Sozialverhaltens gekündigt werden musste.

¹² Abweichungen aufgrund von Rundungsfehlern möglich. - Eine vergleichbare Anbieterbefragung im Landkreis Ludwigslust-Parchim hat ergeben, dass dort 68% der Bewohnerinnen und Bewohner aus dem Landkreis und 32% von außerhalb des Landkreises kommen

Kurzzeitpflege: Ein Drittel der befragten Einrichtungen bietet Kurzzeitpflegeplätze an. 67% der Einrichtungen berichten, dass nicht alle Anfragen nach Kurzzeitpflegeplätzen erfüllt werden können. Als Hauptgrund für die Inanspruchnahme von Kurzzeitpflege nennen die stationären Einrichtungen die Urlaubspflege (73% aller Gäste). Durchschnittlich 39% der Gäste nutzen die Kurzzeitpflege aufgrund von Krankenhausnachsorge. Weitere Anlässe sind das Warten auf eine vollstationäre Dauerunterbringung (25%) sowie Krankheit oder sonstige Verhinderung der Pflegeperson (21%). Im Schnitt sind 18% der Interessenten in der vollstationären Dauerpflege über einen Kurzzeitpflegeplatz aufgenommen worden. Dies bestätigt die in den Experteninterviews genannte Kritik, dass ein Teil der eingestreuten Kurzzeitpflegeplätze durch die stationäre Dauerpflege belegt wird.

Personal: In den stationären Pflegeeinrichtungen werden zum Stichtag 31.12.2018 durchschnittlich 71 Mitarbeitende in 53 Vollzeitstellen beschäftigt. 13% der Mitarbeitenden sind zwischen 55 und 64 Jahre alt. Diese werden somit im Laufe der nächsten zehn Jahre in die Rente eintreten und damit als Personal wegfallen. Dabei sind die Auswirkungen des Fachkräftemangels jetzt schon spürbar: Alle stationären Einrichtungen gaben an, dass es zumindest teilweise schwierig sei, aktuell oder in Zukunft fachlich qualifiziertes Personal zu finden, obwohl fast alle Einrichtungen sogar selber ausbilden. Als Gründe werden neben dem allgemeinen Fachkräftemangel auch der hohe Konkurrenzdruck in dem Beruf, mangelndes Interesse an der Branche, eine schlechte Bezahlung, unattraktive Arbeitszeiten (Wochenend- und Schichtarbeit) sowie die hohe Arbeitsbelastung genannt. Alle Einrichtungen beschäftigen Personal mit Zusatzqualifikation, viele davon als Wohnbereichsleitung oder mit Mentorenqualifikation. Fast alle Einrichtungen arbeiten mit ehrenamtlichen Mitarbeitenden zusammen.

Ausstattung: Alle befragten stationären Einrichtungen sind barrierefrei nach der DIN-Norm 18040.

Betreuungskonzepte: Die Bewohner und Bewohnerinnen werden in allen stationären Pflegeeinrichtungen in Form von Bezugspflege betreut. Rund 42% der Einrichtungen arbeiten nach dem Konzept der integrierten Betreuung von Menschen mit Demenz.¹³ Das Hausgemeinschaftsmodell¹⁴ wenden 33% der befragten Einrichtungen an. Als weiteres Betreuungskonzept wurde unter anderem das ganzheitliche integrative Therapiekonzept genannt. Die Hälfte der Einrichtungen nutzt Konzepte zur Betreuung und Pflege von Menschen mit Demenz. Lediglich zwei stationäre Einrichtungen der HRO weisen einen besonderen Schwerpunkt in ihrer Konzeption oder ihrer Zielgruppe auf.

Kooperation: Alle befragten Einrichtungen der stationären Pflege arbeiten mit Apotheken zusammen, 91% mit Ärzten. Eine Kooperation mit Krankenhäusern bzw. ihren Sozialdiensten findet nur bei gut der Hälfte der Anbieter statt. Die Zusammenarbeit mit Altenpflegeschulen erfolgt gelegentlich, seltener wird dagegen mit geriatrischen und gerontopsychiatrischen Einrichtungen, Pflegestützpunkten oder anderen Beratungsstellen kooperiert.

13 Die integrierte Versorgung Demenz ist laut der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) ein Konzept der sektorübergreifenden Leistungs-, Diagnose- und Therapievernetzung zur Verbesserung der Versorgungssituation von Demenzpatienten (vgl. „Integrierte Versorgung Demenz – DGPPN Rahmenkonzept“).

14 Hausgemeinschaften im stationären Pflegebereich folgen dem Konzept der Nähe zu Alltag und Normalität in Gruppen von bis zu 14 Bewohnern mit dem Ziel, eine familienähnliche Atmosphäre zu schaffen (vgl. Winter et al., Kuratorium Deutsche Altershilfe 2001).

Angebotslage für Personen mit besonderem Betreuungsbedarf

Schon in den Expertengesprächen wurde auf das Problem hingewiesen, dass manche Personen mit stationärem Pflegebedarf von den Pflegeeinrichtungen nicht aufgenommen werden, weil sie wegen stark eingeschränkter Gesundheit oder Verhaltensauffälligkeiten nicht angemessen versorgt werden können. Dies wurde im Rahmen der Anbieterbefragung bestätigt, in der 41% der teilnehmenden Einrichtungen angeben, dass sie Interessenten ablehnen mussten, zu deren Betreuung sie sich nicht in der Lage sahen. Als Gründe wurden herausforderndes Sozialverhalten, Eigen- oder Fremdgefährdung, eine stark ausgeprägte Demenz und das Vorliegen eines Unterbringungsbeschlusses genannt. Für diese Personengruppen steht in der HRO keine ausreichende Zahl von Plätzen zur Verfügung. Entsprechende Maßnahmen zur Unterstützung dieser Personengruppen werden in Kapitel 5.4 diskutiert.

4.2 Pflegeergänzende und präventive Angebote

Im Rahmen der Pflegesozialplanung werden auch Maßnahmen und Hilfen einbezogen, die über die üblichen pflegerischen Versorgungsangebote hinausgehen, die aber erforderlich sind, damit älteren Menschen mit Hilfe- und Pflegebedarf möglichst lange in ihren privaten Wohnungen leben können.

4.2.1 Niedrigschwellige haushaltsnahe Dienstleistungen

Niedrigschwellige haushaltsnahe Dienstleistungen ermöglichen, dass ältere Menschen für einen längeren Zeitraum in ihrem eigenen Haushalt leben können. Gleichzeitig tragen sie zur Entlastung der Betroffenen und ihrer Familien bei.

Zum Jahresende 2018 gab es in der HRO 58 Angebote für Hilfen im Haushalt (Tab. 24). Die Angebote dieser Dienstleister sind vielfältig und umfassen Hilfen wie Reinigung der Wohnung oder kleinere Reparaturen. Hinzu kommen mobile Mahlzeitenanbieter („Essen auf Rädern“), die sowohl spezielle Ernährungsgewohnheiten als auch gesundheitliche Diäten ihrer Kundschaft mitberücksichtigen. Zum Jahresende 2018 sind in der HRO fünf solcher Anbieter zu finden.

Tab. 24

Niedrigschwellige haushaltsnahe Dienstleistungen				
HRO, Stand: Dezember 2018				
Stadtbereich	Hilfe im Haushalt	Mahlzeiten	Hausnotruf	Fahrdienste
Nord-West	23	2	0	2
Mitte-West	19	2	2	2
Mitte-Ost	16	1	2	0
Heide-Ost	0	0	0	0
Stadt Rostock	58	5	4	4

Quelle: ISG Angebotsverzeichnis HRO 2019

Mit dem Alter steigt auch das Risiko eines Unfalls zu Hause. Hausnotrufe gewähren bei diesen Notfällen schnelle Hilfe, was insbesondere bei alleinlebenden älteren Menschen wichtig ist. In der HRO gibt es im Jahr 2018 vier solcher Dienste.

Mobilität ist ein Bestandteil der Teilhabe an der Gesellschaft. Dies gilt insbesondere für ältere Menschen, die nicht mehr selbstständig zur Ärztin/zum Arzt, zur Apotheke oder zum Einkaufen in den Supermarkt fahren können, sei es aufgrund zu weiter Strecken, die nicht mehr zu Fuß

zu bewältigen sind, oder nicht-barrierefreier öffentlicher Verkehrsmittel. Fahrdienste, die Personen zum Zielort ihrer Wahl fahren, ermöglichen den Betroffenen somit mehr Mobilität und Freiheit bei der Bewältigung ihres Alltages. Derzeit sind vier solcher Fahrdienste in der HRO ansässig.

Niedrigschwellige Hilfeangebote sollen zukünftig auch im Rahmen des seniorenpolitischen Gesamtkonzepts der Landesregierung gefördert werden. Diese Initiative soll insbesondere das Potenzial nachbarschaftlicher Hilfebereitschaft erschließen, indem auch finanzielle Anreize in Form eines Anerkennungs Betrags gewährt werden. In Mecklenburg-Vorpommern kann der Entlastungsbetrag nach § 45 SGB XI für die Nachbarschaftshilfe eingesetzt werden, wenn er der gezielten Entlastung und Unterstützung von pflegenden Angehörigen oder vergleichbar nachstehenden Pflegepersonen dient (vgl. 2. Landesverordnung zur Änderung der Betreuungsangebotlandesverordnung vom 03.09.2019). Jede volljährige Person kann sich nachbarschaftlich engagieren. Voraussetzung für die Abrechnung von nachbarschaftlichem Engagement ist, dass die Person

- ihren Wohnsitz in Mecklenburg-Vorpommern hat,
- in enger Nachbarschaft zum Pflegebedürftigen wohnt,
- nicht mit der pflegebedürftigen Person in einem Haushalt lebt oder mit ihr verwandt oder verschwägert ist oder
- sie nicht als Pflegeperson für die pflegebedürftige Person tätig ist und einen Kurs (6 Stunden, alle zwei Jahre) absolviert hat.

Je HelferIn oder Helfer können bis zu zwei Personen regelmäßig unterstützt werden. Dafür können pro Monat bis zu 25 Stunden à 8 Euro abgerechnet werden. Die Pflegestützpunkte in Mecklenburg-Vorpommern informieren über die Nachbarschaftshilfe.

4.2.2 Gesundheitsversorgung

Ein guter Zugang zu niedergelassenen Ärzten und Apotheken ist für ältere Menschen in Privathaushalten ebenfalls wichtig. Hausärzte erfüllen für ältere Menschen die Funktion eines Ansprechpartners und Beraters zu vielen Fragen der Gesundheit und Pflege. Auch die klinische Gesundheitsversorgung und die dort angesiedelten Schnittstellen zur Überleitung vom Krankenhaus in die Privatwohnung können zum Gelingen eines längeren Verbleibs in der eigenen Wohnung beitragen. Die Gesundheitsversorgung dient dazu, Erkrankungen so früh wie möglich zu erkennen, Beschwerden adäquat zu behandeln und so ein möglichst langes Leben in guter Gesundheit zu ermöglichen.

Die Zahlen zu den niedergelassenen Ärzten in der HRO zeigen, dass zum Teil Nachholbedarf besteht (Tab. 25). Zum Jahresende 2018 lag die Zahl der Hausärzte bei 169 im gesamten Stadtgebiet, wobei die Versorgungskennziffer bei 0,6 Ärzten je 100 Ältere ab 75 Jahren liegt. Nur einer der niedergelassenen Ärzte ist auf Geriatrie spezialisiert, seine Praxis liegt im Stadtgebiet Mitte-West.

Die Versorgung mit Medikamenten leisten zum Ende des Jahres 2018 insgesamt 47 Apotheken, dies entspricht 0,2 Apotheken je 100 Ältere ab 75 Jahren. Zu beachten ist, dass im Stadtgebiet Heide-Ost keine Ärzte oder Apotheken vorhanden sind.

Tab. 25

Gesundheitsversorgung: Niedergelassene Ärzte und Apotheken				
HRO, Stand: Dezember 2018				
Stadtbereich	Ärzte		Apotheken	je 100 ab 75 J.
		je 100 ab 75 J.		
Nord-West	56	0,4	18	0,1
Mitte-West	61	0,6	14	0,1
Mitte-Ost	52	1,0	15	0,3
Heide-Ost	0	0,0	0	0,0
Stadt Rostock	169	0,6	47	0,2

Quelle: ISG Angebotsverzeichnis HRO 2019

Im höheren Lebensalter steigt das Erkrankungsrisiko für einige schwerwiegende Erkrankungen, deren Behandlung mitunter einen Krankenhausaufenthalt erfordert. Der Anteil der Älteren ab 65 Jahren unter den Krankenhauspatienten ist mehr als doppelt so hoch wie in der Bevölkerung insgesamt.¹⁵

In der HRO befindet sich ein Universitätsklinikum mit Hauptsitz in Mitte-West mit insgesamt sieben Zentren, die sich auf die Diagnostik und Therapie verschiedener Erkrankungen spezialisiert haben, aber über keine geriatrische Abteilung verfügen. Weiterhin gibt es eine Klinik in der Südstadt, die über eine geriatrische Abteilung mit 15 Betten verfügt (Tab. 26). Außerdem gibt es jeweils eine Rehabilitationsklinik in den Stadtbereichen Mitte-West und Nord-West. Insgesamt stehen in der HRO damit 1.659 Betten in Kliniken zur Verfügung. Bezogen auf die Versorgungsdichte sind 5,7 Betten je 100 Ältere ab 75 Jahren vorhanden.

Ferner sind acht psychiatrische Kliniken in den Stadtbereichen Nord-West, Mitte-West und Mitte-Ost angesiedelt, darunter eine Tagesklinik für Gerontopsychiatrie in Reutershagen mit 20 Plätzen. Die psychiatrischen Kliniken in der HRO umfassen insgesamt 386 Plätze mit einer Versorgungskennziffer von 1,3 Plätzen je 100 Ältere ab 75 Jahren. Seit dem 31.12.2018 befinden sich 18 gerontopsychiatrische Plätze in der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Universitätsklinikums Rostock in der Gehlsheimer Straße sowie weitere vier tagesklinische Plätze mit Spezialisierung auf Demenzerkrankung in der Tagesklinik am Hannes-Meyer-Platz im Stadtbereich Mitte-Ost in Planung bzw. wurden bereits umgesetzt.

Tab. 26

Gesundheitsversorgung: Kliniken						
HRO, Stand: Dezember 2018						
Stadtbereich	Klinik/ Reha	Betten	je 100 ab 75 J.	Psych.Klinik	Plätze	je 100 ab 75 J.
Nord-West	1	20	0,2	2	120	0,9
Mitte-West	3	1.639	15,6	3	80	0,8
Mitte-Ost	0	0	0,0	3	186	3,6
Heide-Ost	0	0	0,0	0	0	0,0
Stadt Rostock	4	1.659	5,7	8	386	1,3

Quelle: ISG Angebotsverzeichnis HRO 2019

15 Statistisches Bundesamt (2017): Statistisches Jahrbuch, Wiesbaden, S. 126.

4.2.3 Sterbebegleitung

Die palliativmedizinische und psychosoziale Betreuung älterer Menschen und ihrer Angehörigen im Prozess des Sterbens dient der Verbesserung der Lebensqualität bei tödlich verlaufenden Erkrankungen in späten Krankheitsstadien. Sie ist nicht mehr auf Heilung ausgerichtet, sondern auf Vorbeugung und Linderung von Schmerzen.¹⁶ Zur Sterbebegleitung gehören Palliativpflege, Palliativmedizin sowie die Begleitung durch Hospizdienste. Zur psychosozialen Begleitung können intensive Gespräche, psychologische Betreuung, biografische Aufarbeitung oder andere Hilfen gehören. Für diesen zeitlich umfangreichen Betreuungsbedarf gibt es Hospizangebote in ambulanter und stationärer Form.

In der HRO gibt es ein stationäres Hospizangebot am Klinikum Südstadt mit zehn Plätzen. Das Team mit Zusatzausbildung in der Palliativpflege ist rund um die Uhr einsatzbereit. Die medizinische Betreuung übernehmen erfahrene Ärztinnen und Ärzte in der Schmerztherapie und Linderung von Nebenwirkungen. Bezogen auf die Rostocker Bevölkerung stehen hier 0,5 Hospizplätze je 10.000 Einwohner zur Verfügung und damit weniger als in Schwerin (1,3) und im Landkreis Nordwestmecklenburg (1,0 Hospizplätze je 10.000 Einwohner).

Außerdem wird eine ambulante Hospizbetreuung mit ehrenamtlichen Mitarbeitenden angeboten. Die Ehrenamtlichen werden sorgfältig auf die anspruchsvolle und belastende Aufgabe einer häuslichen Betreuung von Sterbenden geschult und während ihrer Arbeit mit Supervisionsangeboten begleitet. Neben dem ambulanten Hospizdienst am Klinikum Südstadt gibt es noch drei weitere ambulante Hospizdienste in der HRO: Der ökumenische Hospizdienst der Diakonie und der Caritas, der ökumenische Kinderhospiz- und Familienbegleitdienst und ein weiterer Hospizdienst, der im Versorgungsbereich Mitte-Ost angesiedelt ist.

Auch durch eine palliative Pflege kann die Situation von sterbenden Menschen erleichtert werden. Hierzu gibt es in der HRO einen interdisziplinären Bereich für Palliativmedizin am Universitätsklinikum sowie am Klinikum Südstadt. Die Angebote in der Universitätsklinik werden durch das Palliativmedizinische Netz Rostock, das seit 2009 die Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung (SAPV) im Stadtgebiet der Hansestadt Rostock übernimmt, ergänzt. Zudem gibt es in der HRO eine spezialisierte Ambulante Palliativversorgung für Kinder.

Weiterhin stellt die Seelsorge und die offene Trauerberatung ein wichtiges Angebot im Rahmen der Sterbebegleitung dar. Diese wird in der HRO zum Beispiel von dem Universitätsklinikum oder den Kirchen organisiert.

4.2.4 Information und Beratung, Begegnung und Hilfen bei Demenz

Pflegebedürftige Menschen und ihre Angehörigen benötigen eine fachkundige Information und Beratung darüber, welche Versorgungsangebote vor Ort zur Verfügung stehen und welche davon, ggf. auch in Kombination, dem Bedarf des Ratsuchenden am besten entsprechen. Insbesondere dann, wenn ein Bedarf akut auftritt, ist eine unmittelbar zur Verfügung stehende Beratung und Vermittlung ambulanter Pflegedienste und ehrenamtlicher Hilfen wichtig. Trägerübergreifende Informations- und Beratungsstellen wie Pflegestützpunkte, die gemeinsam von den Kommunen und den Pflegekassen getragen werden, bieten einen Überblick über die Angebotslage und beraten mit dem Ziel eines bedarfsgerechten Hilfearrangements. In die Aufzählung mit aufgenommen wurden auch die „KISS“ Kontakt- und Informationsstelle für Selbsthilfegruppen, Angebote des Demenzkompasses der Deutschen Alzheimer Gesellschaft des

16 Nauck, F.; Sitte, T. (2012): Ambulante Palliativversorgung – ein Ratgeber, Deutscher Palliativ Verlag, Fulda.

Landes Mecklenburg-Vorpommerns e.V. (DAIzGMV) und weitere trägerübergreifende Beratungsstellen für ältere Personen.

In der HRO konnten zum Jahresende 2018 neun trägerübergreifende Informations- und Beratungsstellen verzeichnet werden, davon befinden sich fünf Beratungsangebote im Stadtbereich Mitte-Ost, drei in Mitte-West und eine in Nord-West (Tab. 27). Für Ältere, die im Stadtbereich Heide-Ost wohnen, sind die Beratungsangebote nicht gut erreichbar.

Tab. 27

Beratung, Begegnung, Selbstorganisation, Hilfe bei Demenz				
HRO, Stand: Dezember 2018				
Stadtbereich	Beratung	Begegnung	Selbstorganisation	Hilfe bei Demenz
Nord-West	1	7	0	6
Mitte-West	3	7	0	4
Mitte-Ost	5	3	1	8
Heide-Ost	0	1	0	0
Stadt Rostock	9	18	1	18

Quelle: ISG Angebotsverzeichnis HRO 2019

Zu dem unterstützenden Angebotsspektrum gehören auch Begegnungsangebote, selbstorganisierte Seniorengruppen, Besuchsdienste und niedrighschwellige Hilfen, die im Hinblick auf spätere Hilfe- und Pflegebedürftigkeit einen präventiven Charakter haben können.

Einen Beitrag zur sozialen Teilhabe und Einbindung von Seniorinnen und Senioren leisten Begegnungsangebote, in denen sich ältere Personen austauschen und Freizeitaktivitäten nachgehen können. Im Jahr 2018 wurden 18 solcher Angebote recherchiert, wovon sich jeweils sieben im Stadtbereich Nord-West und Mitte-West befinden. Das Spektrum dieser Begegnungsangebote umfasst Begegnungsstätten, Seniorenclubs, Seniorentreffs, Mehrgenerationenhäuser sowie ein Seniorensportangebot. Eine präventive Funktion kann diesen Begegnungsangeboten auch dadurch zukommen, dass Ältere, die hierüber sozial eingebunden sind, im Falle eines Unterstützungsbedarfs von hier aus an eine Beratungsstelle vermittelt werden können.

In dem Modellprojekt „Menschen mit komplexem Hilfebedarf außerhalb der Hilfestrukturen“ (MekHaH) wurde im Stadtbereich Lütten Klein der Ansatz erprobt, ältere Menschen besser anzusprechen und in kulturelle Angebote einzubinden, damit bei weitergehendem Beratungsbedarf ein Kontakt zu professionellen Hilfestrukturen (ambulanten Diensten) und Beratungsstrukturen (Pflegestützpunkt) leichter hergestellt werden kann. Weiterhin sollen Einrichtungen im Quartier so vernetzt werden, dass Auffälligkeiten wie die plötzliche Nichtinanspruchnahme von Angeboten, die sonst regelmäßig genutzt werden (z.B. Termine bei Frisör, Sparkasse, Fußpflegerin), zum Anlass einer aufsuchenden Beratung werden. Dazu wurde die Struktur eines Quartiersmanagements aufgebaut, das mit qualifizierten ehrenamtlichen Helfern kooperiert. Das Projekt wird in Verantwortung von IN VIA Rostock e.V. durchgeführt und durch das Gesundheitswissenschaftliche Institut Nordost (GeWINO) der AOK Nordost sowie die HRO gefördert. Eine wissenschaftliche Begleitung und Evaluation leistete das Institut für Sozialpsychiatrie Mecklenburg-Vorpommern e.V.

Ein Teilprojekt „AngebotslotsInnen“ wurde in den Stadtbereichen Südstadt/Biestow durch den Förderverein Gemeindepsychiatrie e.V. umgesetzt. Dessen Zielstellung ist es, AngebotslotsInnen als verbindende Instanzen im Sozialraum einzurichten, die zwischen der Lebenswelt des älteren Menschen und den Angeboten im der Altenarbeit und Altenhilfe vermitteln.

Ferner wurde im Bereich der Selbstorganisation ein Angebot erfasst, das im Stadtbereich Mitte-Ost angesiedelt ist. Dabei handelt sich um eine Interessenvertretung im Seniorenbeirat der HRO.

Darüber hinaus gibt es 18 Angebote für Menschen mit Demenz und ihre Angehörigen. Dazu zählen Betreuungs-, Selbsthilfe- und Angehörigengruppen sowie Angehörigenschulungen. Einzelbetreuungen gibt es in den Stadtbereichen Nord-West, Mitte-Ost und Mitte-West.

Ergebnisse der Experteninterviews: Pflegeergänzende Angebote

Seitens des Pflegestützpunkts wird ein Ausbau des pflegeergänzenden Angebots sowie weiterer Präventions- und Aufklärungsmaßnahmen befürwortet. Beispielsweise könne mit Informations- und Vernetzungsangeboten für mehr Aufklärung und Entstigmatisierung im Bereich der Demenz gesorgt werden.

Die Vertreter und Vertreterinnen des Seniorenbeirats und des Quartiersmanagements sprachen sich für einen Ausbau von kulturellen Veranstaltungen und Kantinen bzw. Cafés aus. Der Seniorenbeirat kritisierte, dass diese Art pflegeergänzender Angebote noch nicht in allen Stadtbereichen Rostocks vorhanden sei. Seitens der Fahrdienste würden die Wege für die Beförderung zu solchen Angeboten als zu weit angesehen. Eine Angliederung dieser Angebote an stationäre Pflegeeinrichtungen böte sich daher in besonderem Maße an. Dies wirke auch Vereinsamungstendenzen von alleinstehenden älteren Menschen entgegen.

4.3 Wohnen im Alter

Im Hinblick auf die Wohnsituation älterer Menschen mit Pflegebedarf umfasst das Angebotspektrum barrierefreie Wohnungen, weitere Service-Angebote und ambulant betreute Wohngemeinschaften.

Je weniger Barrieren eine Wohnung hat, desto länger können ältere Menschen darin wohnen bleiben. Bauliche Gegebenheiten, die die Mobilität einschränken, wie Stufen, Treppen oder zu schmale Türrahmen, stellen für ältere Menschen ein Problem dar und schränken ihre Selbstständigkeit ein. Doch nicht nur innerhalb der Wohnung besteht ein Bedarf an Barrierefreiheit, auch außerhalb der eigenen vier Wände können Straßenbeläge und Bordsteinkanten Hindernisse darstellen. Soziale Dienste, Einrichtungen, Einkaufsgelegenheiten, Behörden und andere Orte, die Seniorinnen und Senioren besuchen, sollten für diese im Wohnumfeld gut erreichbar und barrierefrei zugänglich sein. Dies gilt auch für die Anbindung an den öffentlichen Personennahverkehr.

Für die HRO liegen zur Anzahl barrierefreier Wohnungen Befragungsergebnisse der Rostocker Wohnungsbaugenossenschaften und des kommunalen Wohnungsunternehmens vor. Demnach waren etwa 1,5% des von diesen verwalteten Wohnungsbestands barrierefrei und weitere 5% eingeschränkt barrierefrei nutzbar. Insgesamt handelt es sich um 4.120 Wohnungen.¹⁷ Nach dieser Prognose wird weiterhin eine Zunahme der alleinstehenden Seniorenhaushalte bis zum Jahr 2035 erwartet. Die angenommene Präferenz der alleinwohnenden Senioren für Wohnungen in der Größe von 60 bis 90 m² lässt einen Anstieg des Wohnflächenkonsums vermuten. Der aktuelle Wohnungsbestand, so die Studie, werde diesen Präferenzen nicht gerecht und erfordere daher einen bedarfsorientierten Ausbau von Wohnmöglichkeiten. In Hin-

17 Empirica (2018): Haushalts- und Wohnungsnachfrageprognose bis 2035 für die Hanse- und Universitätsstadt Rostock, Berlin, S. 12 f.

blick auf die eingeschränkte Mobilität älterer Menschen und die Prävention möglicher Vereinigungstendenzen sollte hier ein zentraler Standort mit breiter Infrastruktur vorgesehen werden.¹⁸

4.3.1 Betreutes Wohnen

Bei betreuten Wohnangeboten haben Seniorinnen und Senioren die Möglichkeit, ein selbstständiges, aber gleichzeitig sicheres und unterstütztes Leben zu führen, ohne dabei einen Pflegegrad aufweisen zu müssen.¹⁹ Die Wohnungen sind barrierefrei gestaltet und in ein Wohnumfeld eingebunden, das zusätzliche Serviceangebote wie Hilfen im Haushalt, Gemeinschafts- und Begegnungsräume, Fahrdienste oder Beratungsangebote zur Verfügung stellen kann. Diese Leistungen können sowohl nach Umfang und Qualität als auch preislich stark variieren.²⁰

Zum Jahresende 2018 konnten 31 Angebote des Betreuten Wohnens mit 1.182 Wohnungen verzeichnet werden, wodurch die Versorgungsdichte bei 4,1 Wohneinheiten pro 100 Ältere ab 75 Jahren läge. Da jedoch bei drei Häusern die Kapazitäten nicht bekannt sind, wurde in diesen Fällen die durchschnittliche Platzzahl geschätzt. Danach gibt es zum Jahresende 2018 etwa 1.313 Betreute Wohnungen (Tab. 28). Die Versorgungsdichte in der HRO liegt danach bei etwa 4,5 Wohnungen je 100 Ältere ab 75 Jahren.

Tab. 28

Betreutes Wohnen			
HRO, Stand: Dezember 2018			
Stadtbereich	Häuser	Wohnungen	je 100 ab 75 J.
Nord-West	12	527	4,1
Mitte-West	15	578	5,5
Mitte-Ost	4	209	4,0
Heide-Ost	0	0	0,0
Stadt Rostock	31	1.313	4,5

Quelle: ISG Angebotsverzeichnis HRO 2019

Im Stadtbereich Evershagen entsteht ein neues Wohnangebot der Volkssolidarität des Kreisverband Rostock-Stadt e.V. mit 43 Wohneinheiten für ältere Menschen. Voraussichtlich im Sommer 2020 werden die Wohnungen fertiggestellt. Mit den dann 1.356 Wohnungen steigt die Versorgungsdichte auf 4,7 Wohnungen je 100 Ältere ab 75 Jahren.

18 Empirica (2018), S. 39.

19 Das Betreute Wohnen wird im Rahmen der Pflegesozialplanung als Servicewohnen verstanden, das für ältere Menschen gedacht ist. Es handelt sich nicht um Wohnangebote oder Wohngemeinschaften für Menschen mit Behinderungen.

20 Die DIN 77800 enthält Anforderungen an die Transparenz des Leistungsangebotes, die zu erbringenden Dienstleistungen (Grundleistungen/ allgemeine Betreuungsleistungen und Wahlleistungen/ weitergehende Leistungen), das Wohnangebot, die Vertragsgestaltung und qualitätssichernde Maßnahmen (www.din.de).

Ergebnisse der ISG-Befragung zum betreuten Wohnen im Überblick

Vier Anbieter des Betreuten Wohnens nahmen an der Umfrage teil. Bei insgesamt 31 Anbietern in der HRO entspricht dies einem Anteil von 13%.

Wohneinrichtungen: Von den Anbietern des betreuten Wohnens, die an der Befragung teilnahmen, betreut die Hälfte Wohnungen in eigenständigen Wohnanlagen. Die Anbieter des betreuten Wohnens bieten durchschnittlich 26 Ein-Person-Wohnungen und 18 Zwei-Personen-Wohnungen an. Eine Ein-Person-Wohnung ist im Durchschnitt rund 60 qm und eine Zwei-Personen-Wohnung ca. 69 qm groß. Die Kosten für die Grundleistungen betragen für Ein-Person-Wohnungen durchschnittlich 89,00 €, für Zwei-Personen-Wohnungen mit 182,00 € in etwa das Doppelte.

Leistungsangebot: Die Leistungsangebote der Einrichtungen unterscheiden sich danach, ob sie in den Grundleistungen enthalten sind, als Wahlleistung angeboten oder vermittelt werden. Ggf. gibt es für Leistungen auch gar kein Angebot. In den Grundleistungen sind bei allen Anbietern des betreuten Wohnens die regelmäßige Beratung durch eine Betreuungskraft sowie die Gestaltung der Hausgemeinschaft und Veranstaltungen bzw. Kulturangebote enthalten. Hausmeisterdienste und Notrufanlagen stellt nur jeder dritte Anbieter des betreuten Wohnens als Grundleistung zur Verfügung. Kleine handwerkliche Dienste, Wohnungsreinigungen und Versorgungsdienstleistungen wie Fahr- oder Mahlzeitendienste werden bei zwei Dritteln der Einrichtungen als bei Bedarf vermittelbare Leistungen angeboten.

Gründe für einen Einzug: Die von allen Einrichtungen genannten Gründe für einen Umzug in das betreute Wohnen sind Wünsche nach Versorgungssicherheit sowie der Auszug aus einer nicht altersgemäßen Wohnung. Mit jeweils 66% ist teilweise auch die Notwendigkeit einer pflegerischen Unterstützung oder die Suche nach sozialen Kontakten bzw. die Vermeidung von Einsamkeit Anlass für einen Umzug. Eher selten liegt der Grund in der Unfähigkeit, den Partner oder die Partnerin zu versorgen (33%).

Mieterinnen und Mieter: 71% der Mieterinnen und Mieter im betreuten Wohnen sind Frauen. Ein hoher Anteil hat keinen Pflegegrad (41%). Pflegegrad 2 haben 4% der Mieterinnen und Mieter. Aus der HRO stammen 78% der Bezieher des betreuten Wohnens, 9% stammen aus dem Landkreis Rostock, die restlichen 13% aus anderen Regionen.

Kooperation: Alle befragten Anbieter des betreuten Wohnens geben an, selten oder gar nicht mit anderen Diensten oder Trägern zusammenzuarbeiten. Dies trifft sowohl für Krankenhäuser, Ärzte und Apotheken, als auch auf andere Pflegedienste, Beratungsstellen oder Ämter zu. Zwei Einrichtungen wünschten sich dagegen eine bessere Kooperation mit Hausärzten.

4.3.2 Ambulant betreute Wohngemeinschaften

Wenn eine eigenständige Haushaltsführung nicht mehr möglich ist, eine stationäre Einrichtung jedoch nicht gewünscht wird, bietet sich eine ambulant betreute Wohngemeinschaft²¹ an. Dort leben in der Regel acht bis 12 Personen, die z.B. eine Demenzerkrankung aufweisen und daher einen Hilfe- und Pflegebedarf aufweisen. Jedes Mitglied der Wohngemeinschaft hat seinen eigenen privaten Rückzugsbereich mit einem eigenen Bad. Neben den privaten Räumlichkeiten gibt es Bereiche, die gemeinschaftlich genutzt werden wie Wohnzimmer, Speiseräume und Küche. Für die tägliche Unterstützung ist eine Präsenzkraft vor Ort, die tagsüber oder auch nachts je nach Bedarf durch weiteres Personal ergänzt wird. Falls nötig, können

21 Gemäß Einrichtungenqualitätsgesetz (EQG M-V) § 2 Abs. 6.

weitere Service- und Pflegeleistungen durch externe Anbieter in Anspruch genommen werden. Pflegebedürftige, die in einer ambulant betreuten Wohngemeinschaft mit maximal 11 Bewohnern leben, haben nach § 38a SGB XI Anspruch auf einen pauschalen Zuschlag in Höhe von 214 Euro monatlich.

In der HRO gibt es derzeit 21 solcher Wohngemeinschaften mit insgesamt 187 Plätzen (Tab. 29). Die Versorgungskennziffer liegt bei 0,6 Wohngelegenheiten je 100 Personen ab 75 Jahren. Die meisten dieser Wohngelegenheiten sind im Stadtbereich Mitte-West (71 Plätze), gefolgt von Nord-West (63 Plätze) und Mitte-Ost (53 Plätze). Im Stadtbereich Heide-Ost gibt es keine ambulant betreuten Wohngemeinschaften.

Tab. 29

Ambulant betreute Wohngemeinschaften HRO, Stand: Dezember 2018				
Versorgungsgebiet	Stadtbereich	Einrichtung	Plätze	je 100 Ältere ab 75 J.
Nord-West	Warnemünde	Wohngruppe Warnemünde	7	0,1
Nord-West	Lichtenhagen	Intensivpflege Norddeutschland GmbH	3	0,0
Nord-West	Lichtenhagen	Wohngruppe „Am Brink“	11	0,1
Nord-West	Groß Klein	Intensivpflege Pflegeverbund Rostock	8	0,1
Nord-West	Groß Klein	Wohngruppe „Sonnengarten“ im PflegeWohnPark Groß Klein	10	0,1
Nord-West	Lütten Klein	Wohngruppe „Riga-Hotel“ im PflegeWohnPark Lütten Klein	8	0,1
Nord-West	Lütten Klein	Wohngruppe „Helsinki- Hotel“	8	0,1
Nord-West	Evershagen	Intensivpflege Lebensqualität Pflegegesellschaft mbH	3	0,0
Nord-West	Schmarl	Wohngruppe für demenziell Erkrankte	8	0,1
Gesamt			63	0,5
Mitte-West	Reutershagen	Betreute Wohngemeinschaft für demenziell Erkrankte	24	0,2
Mitte-West	Reutershagen	D6D GbR Dierberg und Dietmann Intensivpflege	6	0,1
Mitte-West	Kröpeliner-Tor-Vorstadt	Intensivpflege Norddeutschland GmbH	3	0,0
Mitte-West	Südstadt	Wohngruppen für Menschen mit Demenz im "Tychsenpark"	20	0,2
Mitte-West	Südstadt	Betreute Wohngemeinschaft für demenziell Erkrankte	8	0,1
Mitte-West	Südstadt	KS Die Pflegespezialisten	5	0,0
Mitte-West	Südstadt	KS Die Pflegespezialisten	5	0,0
Gesamt			71	0,7
Mitte-Ost	Stadtmitte	Wohngemeinschaft 100 Prozent Mensch	9	0,2
Mitte-Ost	Stadtmitte	Wohngemeinschaft 100 Prozent Mensch	6	0,1
Mitte-Ost	Stadtmitte	Betreute Wohngemeinschaft Intensiv Renafan	9	0,2
Mitte-Ost	Stadtmitte	Häusliche Krankenpflege Menne	7	0,1
Mitte-Ost	Gehlsdorf	Ambulant betreute Wohngemeinschaft für Demenzkranke „Ginger & Fred“	22	0,4
Gesamt			53	1,0
Heide-Ost			0	0,0
Gesamt			0	0,0
Stadt Rostock			187	0,6

Quelle: ISG Angebotsverzeichnis HRO 2019

Erweiterungen des Angebots ambulant betreuter Wohngemeinschaften seit Ende 2018 sind im Stadtbereich Nord-West und Mitte-Ost mit insgesamt 45 weiteren Plätzen geplant. Dadurch erhöht sich die Versorgungsdichte von 0,6 auf 0,8 Wohngelegenheiten je 100 Personen ab 75 Jahren.

Bewertung der pflegerischen Angebote in der Bürger- und Bürgerinnenumfrage

Die jüngste Bürger- und Bürgerinnenumfrage vom 30.10.2019 bildet die Zufriedenheit der Bewohner und Bewohnerinnen Rostocks mit verschiedenen Angeboten der Hanse- und Universitätsstadt ab. So ist ein Großteil der Bürger und Bürgerinnen Rostocks mit der Versorgung durch Pflegeeinrichtungen unzufrieden (57%). Auch die Seniorenbetreuung wurde von knapp der Hälfte der Befragten mit Unzufriedenheit bewertet (48%). Dabei hat die Zufriedenheit im Vergleich zur vorherigen Jahresumfrage aus dem Jahr 2016 in diesen Bereichen stark abgenommen: Der Anteil der Zufriedenen und sehr Zufriedenen sank sowohl bei der Bewertung der Seniorenbetreuung als auch bei der Einschätzung der Versorgung mit Pflegeeinrichtungen um ca. 17%. Auch die Befragung zur Barrierefreiheit in der HRO ergab, dass insbesondere

der öffentliche Raum (Wege, Straßen, Plätze, Gebäude) und die Wohnsituation der Befragten von rund 30 bis 35% als schlecht oder sehr schlecht eingeordnet wurden. Die Bürger- und Bürgerinnenumfrage kam darüber hinaus zu dem Ergebnis, dass nur 19% der Bewohner Rostocks Kenntnis von dem Pflegestützpunkt haben.²²

22 Vgl. Hanse- und Universitätsstadt Rostock: Statistische Nachrichten. Umfrage zu den Themen Jugend, Soziales, Sport, Gesundheit und Bildung 2019. 30.10.2019.

5 Versorgungslage im überregionalen Vergleich und Schlussfolgerungen

In diesem Berichtskapitel sind nun die Analysen von Bevölkerungsstruktur und Pflegebedarf (Kapitel 3) und die Bestandsaufnahme der zur Unterstützung bereitstehenden Angebote (Kapitel 4) so zusammenzuführen, dass geprüft werden kann, inwieweit dieses Angebot bedarfsgerecht ist. Da es keinen objektiven Maßstab für eine bedarfsgerechte Versorgung gibt, wird zum einen ein regionaler Vergleich mit der Versorgungsstruktur im Landes- und Bundesdurchschnitt sowie in anderen Kommunen vorgenommen. Zum anderen wurde mit dem regionalen Pflegeausschuss der HRO gemeinsam erörtert, welche Versorgungsangebote nach Experteneinschätzung ausreichend und welche weiterzuentwickeln sind. Diese Bedarfsbewertung wurde zunächst als Analyse und Bewertung des Ist-Standes umgesetzt, auf der eine Prognose des zukünftigen Bedarfs aufbaut.

5.1 Bewertung der Versorgung im überregionalen Vergleich

5.1.1 Vergleich mit der Versorgungslage im Landes- und Bundesdurchschnitt sowie in der Landeshauptstadt Schwerin

Werden ausgewählte Daten der pflegerischen und pflegeergänzenden Versorgung der HRO mit überregionalen Daten verglichen (Versorgungssituation im Landes- und Bundesdurchschnitt sowie in der Landeshauptstadt Schwerin), so zeigt sich ein differenziertes Bild (Tab. 30). Während in einigen Bereichen eine überdurchschnittliche Versorgungsdichte gegeben ist, liegen die Versorgungskennziffern anderer Angebote im Durchschnitt oder unterschreiten die Vergleichswerte auf Landes- oder Bundesebene.

Tab. 30

Übersicht zur pflegerischen Angebotsstruktur im Vergleich					
HRO, Stand: Dezember 2018					
Bereich	Anzahl, Plätze, Personal	Kennziffer je 100 Ältere	Regionaler Vergleich		
			Schwerin	Land MV	Deutschland
Gesundheit					
Ärzte	169	0,6	0,4	0,3	0,3
Apotheken	47	0,2	0,2	0,2	0,2
4 Kliniken	1.659	5,7	8,2	4,9	5,3
Wohnen im Alter				<i>LK LUP</i>	<i>LK NWM</i>
Betreutes Wohnen	1.313	4,5	6,0	6,5	5,3
Ambulant betreute WG	187	0,6	0,5	0,1	0,8
Ambulante Dienste					
48 Pflegedienste	1.139	3,9	4,3	5,3	4,2
Tages- und Kurzzeitpflege					
19 Tagespflegeeinrichtungen	369	1,3	1,3	1,7	0,7
14 Kurzzeitpflegeangebote	59	0,2	0,4	0,2	0,5
Stationäre Pflege					
25 Pflegeeinrichtungen	2.575	8,9	10,2	9,5	9,3

Quelle: ISG Angebotsverzeichnis HRO 2018, Pflegestatistik 2017, Gesundheitsberichterstattung 2017

Im Einzelnen ergibt dieser Vergleich:

In der Versorgungsstruktur der Hausärzte liegt die HRO mit 169 Ärzten bzw. 0,6 Ärzten je 100 Ältere ab 75 Jahren über der Versorgungsdichte von Schwerin, Mecklenburg-Vorpommern

und Deutschland. Die Versorgungsdichte der Klinikplätze fällt höher aus als im Land Mecklenburg-Vorpommern und dem Bund, liegt allerdings deutlich unter der Versorgungsdichte von Schwerin. Die Versorgung mit Apotheken in der HRO entspricht dem Versorgungsniveau der Stadt Schwerin, des Landes und des Bundes, diese Verteilung wird durch einheitlich geltende Schlüssel reguliert.

Zum Bereich Wohnen im Alter liegen keine Vergleichszahlen auf Landes- und Bundesebene vor, daher werden hier, neben dem Vergleich mit der Landeshauptstadt Schwerin, Vergleichswerte aus weiteren Kommunen herangezogen. Mit 1.313 betreuten Wohnungen weist die HRO eine Versorgungsdichte von 4,5 Wohnungen je 100 Ältere ab 75 Jahren auf, dieser Wert liegt unter der Versorgung in der Landeshauptstadt Schwerin (6,0) sowie unter den Versorgungsdichten der Landkreise Ludwigslust-Parchim (6,5) und Nordwestmecklenburg (5,3 Wohnungen je 100 Ältere ab 75 Jahren). Bezieht man weiterhin geplante Wohnungen mit Betreuung in die Berechnung mit ein, so steigt die Versorgungsdichte auf 4,7 Wohnungen je 100 Ältere ab 75 Jahren, was an dieser Bewertung nichts ändert.

Bei den ambulant betreuten Wohngemeinschaften liegt die HRO mit 0,6 Wohnungen in Wohngemeinschaften je 100 Ältere ab 75 Jahren hingegen leicht über der Versorgungsdichte in Schwerin (0,5) und deutlich über der im Landkreis Ludwigslust-Parchim (0,1), allerdings unter der Versorgung Nordwestmecklenburgs (0,8 WG-Wohnungen je 100 Ältere ab 75 Jahren). Mit Einbezug der 45 weiteren geplanten Wohngemeinschaftsplätze seit dem 31.12.2018 wird die Versorgungsdichte des Landkreises Nordwestmecklenburgs von 0,8 ambulant betreuten Wohngemeinschaftsplätzen je 100 Ältere ab 75 Jahren erreicht.

Im Vergleich zu dem Landesdurchschnitt mit 5,3 Mitarbeitenden ambulanter Dienste je 100 Ältere ab 75 Jahren und 4,2 Mitarbeitende je 100 Ältere ab 75 Jahren im Bundesdurchschnitt liegt die Versorgungsdichte der ambulanten Pflegedienste in der HRO mit 1.139 Personen bzw. 3,9 Mitarbeitenden je 100 Ältere ab 75 Jahren unter dem Bundes- und Landeswert sowie unter der Versorgungsdichte der Landeshauptstadt Schwerin (4,3 Mitarbeitende je 100 Ältere ab 75 Jahren). Auch wenn ambulante Dienste in der HRO kürzere Fahrwege haben als in den Flächenlandkreisen, erscheint diese Versorgungsdichte als zu gering.

Mit 369 Tagespflegeplätzen weist die HRO eine Versorgungsdichte von 1,3 Plätzen je 100 Ältere ab 75 Jahren auf. Dieser Wert liegt über dem Bundesdurchschnitt von 0,7 Plätzen, jedoch unter dem Landesdurchschnitt von 1,7 Plätzen je 100 Ältere ab 75 Jahren. Bezieht man weitere Plätze mit ein, die im Laufe des Jahres 2019 in Betrieb gegangen oder derzeit konkret geplant sind, steigt die Versorgungsdichte auf 1,6 Plätze je 100 Ältere ab 75 Jahren. An der Bewertung dieses Angebots ändert sich dadurch nichts: Es ist in der HRO gut ausgebaut, und die bestehenden Einrichtungen sind gut ausgelastet. Dass der Bedarf noch etwas höher liegt, erscheint daher möglich.

Bei den Angeboten der Kurzzeitpflege ergibt sich ein anderes Bild. Hier wird mit 0,2 Plätzen genau der Landesdurchschnitt erreicht, allerdings liegt der Wert unter dem Bundesdurchschnitt von 0,5 Plätzen und dem Schweriner Durchschnitt von 0,4 Plätzen je 100 Ältere ab 75 Jahren. Hinzu kommt, dass von den 59 registrierten Kurzzeitpflegeplätzen nur ein Drittel (19 Plätze) solitäre Kurzzeitpflege sind, die nur für diese Aufgabe zur Verfügung stehen, während es sich bei den übrigen um eingestreute Plätze handelt, die in der Regel durch Anwärter auf einen stationären Pflegeplatz besetzt sind. Ebenso wie in anderen Kommunen des Landes, so wird auch in der HRO berichtet, dass dieses Angebot deutlich zu gering ist.

Das stationäre Angebot mit 2.575 Pflegeplätzen ist in der HRO mit einer Versorgungsdichte von 8,9 Plätzen je 100 Personen ab 75 Jahren niedriger als in Schwerin (10,2) sowie auf der

Landesebene (9,5) und Bundesebene (9,3 Plätze je 100 Ältere ab 75 Jahren). Auch bei Einbezug der weiteren 22 Plätze, die am Jahresende 2018 noch in Planung waren, bleibt diese Versorgungsdichte bestehen. Etwa drei Viertel der Bewohnerinnen und Bewohner haben eine Demenz. Eine integrierte Betreuung dieses Personenkreises praktizieren 42% der Einrichtungen, und 58% haben für sie gesonderte Wohnbereiche.

Zu beachten ist ebenfalls, dass 246 der 2.575 stationären Versorgungsplätze für Menschen mit Behinderung vorgehalten werden. Somit ist, auch bei weiterer Verfolgung des Grundsatzes „ambulant vor stationär“, zukünftig auch eine Erhöhung des stationären Angebots zu empfehlen. Dies soll aber nicht zu Lasten einer weiteren Stärkung vorstationärer Angebote erfolgen.

5.1.2 Versorgung in der HRO und im Landkreis Rostock

Zum Auftrag der Pflegesozialplanung gehört auch, einen Blick auf die Versorgungslage im umgebenden Landkreis Rostock zu werfen. Pflegerische Angebote können über kommunale Grenzen hinweg in Anspruch genommen werden, und es kommt vor, dass ein gut ausgebautes Angebot in einem bestimmten Teilbereich, das in einer angrenzenden Kommune nicht so gut ausgebaut ist, von deren Einwohnern mitgenutzt wird. Die Befragung der Pflegeanbieter hat ergeben, dass in der HRO 30% der vollstationären Pflegeplätze und 8% der Tagespflegeplätze von Pflegebedürftigen aus dem Landkreis Rostock genutzt werden (vgl. Abschnitte 4.1.2 und 4.1.4). Daraus ergibt sich die Frage, wie die Angebotsstruktur im angrenzenden Landkreis Rostock ausgebaut ist und ob umgekehrt auch dort Pflegebedürftige aus der HRO versorgt werden.

Zur Beantwortung dieser Frage kann der Bericht „Fortschreibung der Pflegesozialplanung für den Landkreis Rostock“ (LK Rostock und con_sens, Februar 2020) herangezogen werden. Dabei sind der Landkreis Rostock insgesamt und die unmittelbar an die HRO angrenzenden Kommunen zu unterscheiden. Der Fortschreibungsbericht unterscheidet innerhalb des Landkreises vier Planungsregionen (PLR), von denen PLR 1 Nord-West und PLR 3 Nord-Ost unmittelbar an die HRO angrenzen (LK Rostock 2020, S. 142). Diese Planungsregionen sind aber so weitgestreckt, dass zur Beantwortung der hier behandelten Frage eine Konzentration auf die unmittelbar angrenzenden Ämter und Gemeinden zu empfehlen ist. Dies sind von westlicher nach östlicher Lage: Amt Bad Doberan-Land, Amt Warnow-West, Gemeinde Dummerstorf, Amt Carbäk, Amt Rostocker Heide und das Seebad Graal-Müritz.

Betrachtet man zunächst die Altersstruktur, so erweist sich der Landkreis Rostock mit einem Anteil der ab 75-Jährigen von 12,2% als etwas jünger als die HRO mit 13,9% (Tab. 31).²³ Erhebliche Unterschiede bestehen aber hinsichtlich der Altersstruktur der HRO und der unmittelbar angrenzenden Ämter und Gemeinden. Deren Anteile älterer Menschen liegen überwiegend zwischen 7,2% (Carbäk) und 9,3% (Warnow-West), nur das Seebad Graal-Müritz bildet mit 23,2% Älteren ab 75 Jahren eine Ausnahme, was auch durch die dort ansässigen stationären Pflegeeinrichtungen bedingt ist (vgl. auch LK Rostock 2020, S. 16 f). Da die Zahl der Pflegebedürftigen eng mit dem Bevölkerungsanteil der älteren Einwohner zusammenhängt, ist somit in den meisten angrenzenden Ämtern nicht von einer hohen Dichte an Pflegebedürftigen auszugehen.

²³ Die Daten zur Bevölkerung ab 75 Jahren sind in dieser Gliederung im Fortschreibungsbericht des LK Rostock nicht enthalten, so dass hier nicht auf die eigenen Daten des Landkreises, sondern auf die Daten des Statistischen Amtes zurückgegriffen wurde. Der Unterschied ist aber nur geringfügig: Der Bevölkerungsanteil der Älteren ab 75 Jahren beträgt nach Statistischem Amt 12,2% und nach Daten des Landkreises 12,1%. Auf die Berechnung der Versorgungsdichte wirkt sich ein solch geringer Unterschied nicht aus.

Tab. 31

Ältere Bevölkerung in der HRO und im LK Rostock			
Stand: Dezember 2018			
Kommune	Einwohner	dar. ab 75 J.	Anteil ab 75 J.
HRO	209.085	29.039	13,9%
LK Rostock insgesamt	215.113	26.259	12,2%
darunter:			
Bad Doberan-Land	11.940	1.077	9,0%
Warnow-West	17.181	1.591	9,3%
Dummerstorf	7.459	595	8,0%
Carbäk	7.895	569	7,2%
Rostocker Heide	9.759	761	7,8%
Graal-Müritz	4.079	945	23,2%
angrenzende Kommunen	58.313	5.538	9,5%

Quelle: Statistisches Amt Mecklenburg-Vorpommern 2020, Berechnung des ISG

Zur Versorgung mit pflegerischen Angeboten im gesamten Landkreis Rostock und speziell in den angrenzenden Ämtern und Gemeinden lassen sich der Fortschreibung der Pflegesozialplanung des Landkreises Rostock Angaben zur Zahl der ambulanten Pflegedienste, zu den Plätzen der Tagespflege und zu den stationären Pflegeplätzen entnehmen (LK Rostock 2020, S. 74, 76 und 77). Um diese Angebotskapazitäten vergleichbar zu machen, setzt das ISG sie in Relation zur Bevölkerung ab 75 Jahren (s.o. Abschnitt 4.1). Diese Relation wurde auch für den folgenden Vergleich vom ISG berechnet (Tab. 32).

Tab. 32

Pflegerisches Angebot in der HRO und im Landkreis Rostock						
Stand: Dezember 2018						
Kommune	Pflegedienste	je 100 ab 75	TAPF	je 100 ab 75	HEIM	je 100 ab 75
HRO	48	0,2	369	1,3	2.575	8,9
LK Rostock insgesamt	66	0,3	666	2,5	2.555	9,7
darunter:						
Bad Doberan-Land	0	0,0	23	2,1	0	0,0
Warnow-West	2	0,1	53	3,3	0	0,0
Dummerstorf	0	0,0	14	2,4	0	0,0
Carbäk	1	0,2	25	4,4	42	7,4
Rostocker Heide	3	0,4	0	0,0	209	27,5
Graal-Müritz	1	0,1	0	0,0	246	26,0
angrenzende Kommunen	7	0,1	115	2,1	497	9,0

Quelle: ISG Angebotsverzeichnis HRO 2018, Fortschreibung der Pflegesozialplanung für den Landkreis Rostock 2020; Berechnung des ISG

Zur Versorgung mit ambulanten Diensten weist die Fortschreibung der Pflegesozialplanung des Landkreises lediglich die Anzahl der Pflegedienste aus, hat aber keine Erhebung der Mitarbeiterzahlen vorgenommen. Soweit sich damit ein Vergleich vornehmen lässt (die unterschiedliche Größe der Dienste wird dabei vernachlässigt), sind keine gravierenden Unterschiede zwischen der Versorgung in der HRO (0,2 ambulante Dienste je 100 Ältere ab 75 Jahren) und im Landkreis Rostock zu erkennen (0,3 ambulante Dienste je 100 Ältere ab 75 Jahren; keine Dienste in Bad Doberan-Land und Dummerstorf).

Deutlich besser als die HRO ist der Landkreis Rostock mit Angeboten der Tagespflege ausgestattet. Mit 666 Plätzen wird eine kreisweite Versorgungsdichte von 2,5 Plätzen je 100 Ältere ab 75 Jahren erreicht, während die Versorgungsdichte der HRO bei 1,3 Plätzen je 100 Ältere ab 75 Jahren liegt. Auch vier der sechs angrenzenden Kommunen weisen eine zum Teil deutlich höhere Versorgungsdichte auf als die HRO, nur das Amt Rostocker Heide und das Seebad Graal-Müritz weisen kein solches Angebot auf. Die 8% der Tagespflegegäste, die Einrichtungen der HRO besuchen und von außerhalb der Stadt kommen, dürften vermutlich aus diesen beiden Kommunen stammen.

Die Versorgungsdichte mit stationären Pflegeplätzen ist im Landkreis Rostock mit 9,7 Plätzen je 100 Ältere ab 75 Jahren etwas höher als in der HRO mit 8,9 Plätzen je 100 Ältere ab 75 Jahren. Diesbezüglich ist ein starkes regionales Ungleichgewicht erkennbar: Während in Bad Doberan-Land, Warnow-West und der Gemeinde Dummerstorf keine stationären Pflegeplätze und im Amt Carbak 42 Plätze zur Verfügung stehen, gibt es im Amt Rostocker Heide 209 Pflegeplätze und im Seebad Graal-Müritz 246 Pflegeplätze. Die dort erreichte Versorgungsdichte von 27,5 bzw. 26,0 Plätzen je 100 Ältere ab 75 Jahren lässt auf den ersten Blick erkennen, dass diese Kapazitäten nicht durch die ortsansässigen älteren Menschen allein, sondern auch durch Pflegebedürftige aus anderen Kommunen ausgelastet werden. Dadurch gleicht sich die Versorgungsdichte im unmittelbaren Umkreis der HRO im Durchschnitt so aus, dass sie mit 9,0 Plätzen je 100 Ältere ab 75 Jahren etwa der Versorgungsdichte in der HRO entspricht. Somit ist das Befragungsergebnis, dass 30% der Heimbewohner der HRO aus dem Landkreis Rostock stammen, nicht mit einer unzureichenden Versorgungsdichte im Landkreis bzw. in den unmittelbar angrenzenden Ämtern und Gemeinden zu erklären.

Möglicherweise ist die Nutzung der Angebotskapazitäten über die Stadtgrenze hinweg ausgeglichen. Die Frage nach der Herkunft der Bewohner wurde den Pflegeeinrichtungen in der Anbieterbefragung des Landkreises aber offensichtlich nicht gestellt, denn hierzu finden sich im Fortschreibungsbericht keine Angaben.

Weiterhin werden im Fortschreibungsbericht des Landkreises Rostock auch keine Kapazitäten der Kurzzeitpflege, des Service-Wohnens und der ambulant betreuten Wohngemeinschaften ausgewiesen.²⁴

Ein Vergleich der Versorgungsstruktur der HRO und des Landkreises Rostock ist somit nur in den drei Kernbereichen der ambulanten Pflege, Tagespflege und vollstationären Pflege möglich. Dieser Vergleich führt zu dem Ergebnis, dass es kein Angebotsgefälle zwischen Stadt und Landkreis gibt, sondern dass die Versorgungsdichte im Landkreis eher etwas besser als in der HRO ist. Dies gilt auch für die unmittelbar an die HRO angrenzenden Kommunen. Somit ist davon auszugehen, dass die Inanspruchnahme von pflegerischen Kapazitäten der Stadt durch Pflegebedürftige aus dem Landkreis, die sich in den Anbieterbefragungen des ISG gezeigt hatte, nicht auf einer Unterversorgung im Landkreis beruht, sondern vermutlich auch in umgekehrter Richtung besteht.

5.1.3 Versorgungslage in einer vergleichbaren Großstadt

Auch ein Vergleich mit einer ähnlichen Großstadt kann zur Bewertung der pflegerischen Versorgung vorgenommen werden. Als Referenzkommune wird hier beispielhaft Erfurt, die Landeshauptstadt Thüringens verwendet. Mit rund 213.700 Einwohnern leben in Erfurt zum 31.12.2018 nur ca. 4.800 mehr Einwohner als in der HRO. Der Anteil der ab 75-Jährigen liegt

²⁴ Die Kapazitäten dieser Angebotsformen werden in dem Angebotsverzeichnis in regionalisierter Zuordnung erfasst, auf dessen Grundlage das ISG die Pflegesozialplanung für die HRO erstellt hat; vgl. Kapitel 4.

zu diesem Zeitpunkt mit 24.963 Menschen bei 11,7% der Gesamtbevölkerung (Rostock: 28.776 Menschen ab 75 Jahre bzw. 13,8% der Gesamtbevölkerung).²⁵ Der Anteil der Pflegebedürftigen liegt mit 9.998 Menschen mit Pflegebedarf (4,7% der Gesamtbevölkerung) im Jahr 2017 ähnlich hoch wie in der HRO mit 9.333 Pflegebedürftigen, das entspricht 4,5% der Gesamtbevölkerung.²⁶ Die folgenden Daten zur pflegerischen Angebotsstruktur Erfurts wurden zu einem Teil der Pflegestatistik des Thüringer Landesamts sowie zum einem anderen Teil dem Seniorenbericht 2018 entnommen und dienen nachfolgend der vergleichenden Bewertung der Angebotslage in der HRO.²⁷

Tab. 33

Übersicht zur pflegerischen Angebotsstruktur im Vergleich HRO und Erfurt, Stand: Dezember 2018					
Bereich	HRO		Erfurt		
	Plätze/ Personal	Kennziffer je 100 Ältere	Plätze/ Personal	Kennziffer je 100 Ältere	
Ambulante Dienste	1.139	3,9	1.133	4,5	
Tagespflege	369	1,3	225	0,9	
Stationäre Pflege	2.575	8,9	2.736	11,0	

Quelle: ISG Angebotsverzeichnis HRO 2018, Thüringer Landesamt für Statistik, Seniorenbericht der Landeshauptstadt Erfurt 2018

Der Vergleich mit der Stadt Erfurt zeigt, dass die HRO in der Versorgung mit Tagespflegeplätzen mit einer Versorgungskennziffer von 1,3 im Vergleich zu Erfurt mit 0,9 Tagespflegeplätzen je 100 Ältere ab 75 Jahren vergleichsweise gut aufgestellt ist, während die stationären Pflegeplätze und das Personal ambulanter Dienste unter dem Versorgungsniveau Erfurts liegen (Tab. 33). Insbesondere im Vergleich des stationären Angebots liegt die HRO mit 8,9 Plätzen deutlich unter der Versorgungsdichte von Erfurt mit 11,0 Plätzen je 100 Ältere ab 75 Jahren. Dem Seniorenbericht der Landeshauptstadt Erfurt ist weiterhin zu entnehmen, dass den Bewohnern Erfurts im Jahr 2018 ausschließlich eingestreute Kurzzeitpflegeplätze zur Verfügung standen, wohingegen die HRO mit 19 solitären und 40 eingestreuten Kurzzeitplätzen eine umfangreichere Versorgung anbietet. Der Vergleich mit der Referenzkommune Erfurt weist insgesamt auf einen bestehenden Bedarf des Ausbaus vorstationärer und stationärer Pflegeangebote der HRO hin mit Ausnahme der Tagespflege, die in der HRO besser ausgebaut ist als in Erfurt.

5.2 Weiterentwicklung der Versorgungsstruktur

Im Folgenden ist zu untersuchen, wie sich der Versorgungsbedarf angesichts der zukünftig zu erwartenden Bevölkerungsentwicklung verändern wird. Die Bevölkerungsvorausberechnung hat ergeben, dass die Zahl der Älteren ab 75 Jahren in der HRO bis zum Jahr 2030 etwa gleich

²⁵ Thüringer Landesamt für Statistik: Bevölkerungsstand zum 31.12.2018.

²⁶ Thüringer Landesamt für Statistik: Ambulante Pflegedienste und stationäre Pflegeeinrichtungen am 15.12.2017.

²⁷ Landeshauptstadt Erfurt: Seniorenbericht 2018. Amt für Soziales und Gesundheit. Stabstelle Integrierte Planung.

bleiben, bis zum Jahr 2040 aber auf rd. 32.200 Personen steigen wird. Angesichts der ebenfalls steigenden Zahl der Pflegebedürftigen kann der zukünftige Bedarf nach zwei Varianten berechnet werden:

Variante (a): Wie müssen die Kapazitäten der vorhandenen Versorgungsstrukturen in den stationären, teilstationären und ambulanten Angebotsbereichen weiterentwickelt werden, um angesichts der demografischen Entwicklung in den kommenden Jahren eine vergleichbare Versorgungsdichte wie zurzeit zu gewährleisten? Dies würde den Status quo der heutigen Versorgungsdichte auch in Zukunft erhalten.

Variante (b): Weiterhin kann ermittelt werden, wie die Kapazitäten der vorhandenen Versorgungsstrukturen weiterentwickelt werden müssten, um eine verbesserte Versorgungsdichte zu gewährleisten. Für solche Zielwerte liegen keine objektiven Standards vor, sie können aber auf Basis der Analyse der spezifischen Strukturen der pflegerischen Versorgungslandschaft in der HRO und im Vergleich zu anderen Gebietskörperschaften abgestimmt werden. Bei der Fortführung der Pflegesozialplanung müssen diese Zielwerte unter Berücksichtigung einer sich verändernden Bevölkerungs- und Versorgungsstruktur kontinuierlich überprüft und unter Umständen angepasst werden. Im Rahmen der vorliegenden Pflegesozialplanung beruhen diese Zielwerte auf einem Vorschlag des ISG.

(a) Fortschreibung der derzeitigen Versorgungsdichte

Will man die derzeitige Versorgungsdichte auch in Zukunft beibehalten, so ergibt sich aufgrund der demografischen Entwicklung die folgende Bedarfsabschätzung (Tab. 34):

- Im Bereich des betreuten Wohnens (BTW) reicht bei Fortschreibung der derzeitigen Versorgungsdichte der Bestand bis zum Jahr 2030 aus, bis zum Jahr 2040 werden allerdings 155 Wohnungen mehr als derzeit erforderlich sein, um die gleiche Versorgungsdichte beizubehalten.

Tab. 34

Zukünftiger Entwicklungsbedarf in ausgewählten Bereichen					
Variante (a): Aufrechterhaltung der derzeitigen Versorgungsdichte					
Jahr	BTW	Personal aD	TAPF	KUPF	HEIM
Versorgungsstand 2018					
2018	1.313	1.139	369	59	2.575
Rechnerischer Bedarf bei gleicher Versorgungsdichte					
je 100 ab 75 J.	4,5	3,9	1,3	0,2	8,9
2025	1.209	1.049	340	54	2.371
2030	1.298	1.126	365	58	2.545
2040	1.469	1.274	413	66	2.880
Differenz gegenüber Versorgung 2018					
2025	104	90	29	5	204
2030	15	13	4	1	30
2040	-155	-135	-44	-7	-305

Quelle: ISG Angebotsverzeichnis HRO 2018, Bevölkerungsprognose des Statistischen Amtes 2019

- Die Personalkapazitäten ambulanter Dienste müssten bei Weiterführen der aktuellen Struktur bis einschließlich 2030 nicht erweitert werden. Erst bis zum Jahr 2040 müsste das Personal ambulanter Dienste um 135 Mitarbeiter aufgestockt werden, um die derzeitige Versorgungsdichte weiterhin zu gewährleisten.

- In der Tagespflege (TAPF) müssten bis zum Jahr 2040 weitere 44 Plätze geschaffen werden, um den derzeitigen Versorgungsstand beizubehalten. Die aktuell bekannten Planungen von weiteren 95 Plätzen wären demnach ausreichend.
- Im Bereich der Kurzzeitpflege (KUPF) wären 7 Plätze bis zum Jahr 2040 erforderlich, um die derzeitige Versorgungsdichte aufrecht zu erhalten. Gerade hier ist aber offensichtlich, dass angesichts des festgestellten Mangels eine Fortschreibung des Status quo nicht zu empfehlen ist.
- Die Versorgungsdichte in der stationären Pflege stellt sich bei Aufrechterhaltung der derzeitigen Struktur bis 2030 als ausreichend heraus. Bis zum Jahr 2040 würden allerdings 305 Plätze mehr als im Jahr 2018 benötigt.

In der vollstationären Pflege (Dauerpflege und Kurzzeitpflege) waren am Jahresende 2017 laut Pflegestatistik 1.654 Personen beschäftigt. Bezieht man die erforderlichen Platzkapazitäten in diesen beiden Bereichen mit ein, wäre das Personal bis 2030 zunächst ausreichend. Der zusätzliche Bedarf an Platzkapazitäten würde bis zum Jahr 2040 allerdings zusätzliches Personal von 196 Mitarbeitern erfordern. Zusammen mit den 135 fehlenden Mitarbeitern in der ambulanten Pflege und 11 Mitarbeitern in der Tagespflege ergibt sich daraus für die pflegerische Versorgung ein zusätzlicher Personalbedarf von 342 Mitarbeitern.

Die Bewertung der derzeitigen Versorgungsdichte in der HRO hat allerdings ergeben, dass eine Erweiterung der Kapazitäten vor allem in den Bereichen der ambulanten Pflege, der Kurzzeitpflege und des betreuten Wohnens, aber mittelfristig auch in der stationären Pflege erforderlich erscheint. Daher ist eine bloße Fortschreibung des derzeitigen Versorgungsstandes nicht zu empfehlen.

(b) Fortschreibung anhand von Zielwerten einer optimierten Versorgungsdichte

In einer alternativen Berechnung ist nicht nur die Bevölkerungsentwicklung zu berücksichtigen, sondern darüber hinaus sind Zielwerte für eine angestrebte Versorgungsdichte in die Berechnungen einzubeziehen. Für diese Zielwerte einer „guten Versorgungsdichte“ gibt es keine verbindlichen Standards, sondern sie sind auf der Grundlage der Fachdiskussion, des überregionalen Vergleichs (Daten auf Bundes- und Landesebene sowie aus anderen Kommunen) sowie unter Berücksichtigung der Situation vor Ort festzulegen. Das ISG schlägt vor,

- eine bessere Versorgung im Bereich des betreuten Wohnens anzustreben und statt der derzeitigen Versorgungsdichte von 4,5 Wohnungen eine Erhöhung auf den in Schwerin erreichten Stand von 6,0 Wohnungen je 100 Ältere ab 75 Jahren anzustreben.
- Auch die Versorgungsdichte in der ambulanten Pflege von 3,9 Mitarbeitern je 100 Ältere ab 75 Jahren erscheint unzureichend und sollte mindestens auf den derzeitigen Durchschnitt der Landeshauptstadt Schwerin von 4,3 Mitarbeitern je 100 Ältere angehoben werden.
- Die Versorgung mit Tagespflegeplätzen erscheint nicht unmittelbar problematisch, zumal mit weiterhin geplanten Plätzen eine Versorgungsdichte von 1,6 Plätzen je 100 Ältere ab 75 Jahren erreicht wird. Längerfristig sollte aber in diesem Bereich eine Versorgungsdichte wie im Landesdurchschnitt von derzeit 1,7 Plätzen je 100 Ältere ab 75 Jahren angestrebt werden.
- Das Angebot an Kurzzeitpflegeplätzen ist nach dem Vergleich mit der Bundesebene und nach Auswertung von Einschätzungen erfahrener Akteure völlig unzureichend. Um

dies zu verbessern, sollte mindestens die bundesdurchschnittliche Versorgungsdichte von 0,5 Plätzen je 100 Ältere ab 75 Jahren erreicht werden, wobei dringend zu empfehlen ist, mehr solitäre Kurzzeitpflege aufzubauen, die auch verlässlich für den Zweck der Kurzzeitpflege zur Verfügung stehen.

- Auch in der stationären Pflege erscheint mittel- und langfristig eine Erweiterung der Platzkapazitäten erforderlich. Zur Orientierung kann hier der derzeitige Landesdurchschnitt von 9,5 Plätzen je 100 Ältere ab 75 Jahren herangezogen werden.

Diese vom ISG für einige zentrale Bereiche empfohlenen Zielwerte lassen sich der folgenden Aufstellung entnehmen.

Zielwerte einer guten Versorgungsdichte:			
IST	SOLL	je 100 Ältere ab 75 Jahren	Begründung
4,5	6,0	betreute Wohnungen	LH Schwerin
3,9	4,3	Personal ambulanter Dienste	LH Schwerin
1,3	1,7	Tagespflegeplätze	Landesdurchschnitt
0,2	0,5	Kurzzeitpflegeplätze (solitär)	Bundesdurchschnitt
8,9	9,5	stationäre Pflegeplätze	Landesdurchschnitt

Quelle: ISG-Einschätzung auf Basis des Angebotsverzeichnisses HRO 2018

Eine Anwendung dieser Zielwerte auf die Bedarfsprognose für die genannten Angebotsformen führt zu dem folgenden Ergebnis (Tab. 35):

- Im Bereich des betreuten Wohnens ergibt sich bis zum Jahr 2030 ein Bedarf an weiteren 409 Wohnungen, um einen Versorgungsgrad von 6,0 Wohnungen je 100 Ältere ab 75 Jahre zu erreichen. Bis zum Jahr 2040 müssten 635 Wohnungen mehr als im Jahr 2018 entstehen, um dieses Ziel zu erreichen.
- In ambulanten Diensten müssten bis 2030 weitere 109 Mitarbeiter und bis zum Jahr 2040 insgesamt 273 Mitarbeiter mehr als im Jahr 2018 zur Verfügung stehen, um die derzeitige landesdurchschnittliche Versorgung zu gewährleisten.

Tab. 35

Zukünftiger Entwicklungsbedarf in ausgewählten Bereichen					
Variante (b): Orientierung an Zielwerten guter Versorgungsdichte					
Jahr	BTW	Personal aD	TAPF	KUPF	HEIM
Versorgungsstand 2018					
2018	1.313	1.139	369	59	2.575
Rechnerischer Bedarf bei optimierter Versorgungsdichte					
je 100 ab 75 J.	6,0	4,3	1,7	0,5	9,5
2025	1.605	1.163	454	143	2.548
2030	1.722	1.248	487	154	2.734
2040	1.948	1.412	551	174	3.094
Differenz gegenüber Versorgung 2018					
2025	-291	-24	-85	-84	27
2030	-409	-109	-118	-95	-159
2040	-635	-273	-182	-115	-519

Quelle: ISG Angebotsverzeichnis HRO 2018, Bevölkerungsprognose des Statistischen Amtes 2019

- Um in der Tagespflege eine Versorgungsdichte wie im Landesdurchschnitt von 1,7 Plätzen je 100 Ältere ab 75 Jahren zu erreichen, sind bis zum Jahr 2030 zusätzlich 118 Plätze und bis zum Jahr 2040 182 Plätze mehr als im Jahr 2018 erforderlich. Berücksichtigt man die bekannten Planungen von 95 Plätzen, so werden bis 2030 darüber hinaus weitere 23 Tagespflegeplätze benötigt, bis 2040 erfordert diese Versorgungsdichte 87 Plätze mehr als derzeit vorhanden. Legt man den derzeitigen Personalschlüssel zugrunde, würden im Jahr 2040 gegenüber dem Stand im Dezember 2018 47 mehr Mitarbeiter benötigt.
- Eine Versorgungsdichte von 0,5 Kurzzeitpflegeplätzen je 100 Ältere ab 75 Jahren wird erreicht, wenn bis zum Jahr 2030 weitere 95 Plätze und bis zum Jahr 2040 insgesamt 115 Plätze mehr als heute zur Verfügung gestellt werden. Damit sich die Kurzzeitpflegesituation tatsächlich verbessert, müsste es sich dabei um solitäre Kurzzeitpflegeplätze handeln.
- In der stationären Pflege beläuft sich der Zusatzbedarf gegenüber 2018 bis zum Jahr 2030 auf 159 und bis zum Jahr 2040 auf 519 Plätze mehr, um den derzeitigen Landesdurchschnitt zu erreichen.

Bei dieser Zielsetzung würde der zusätzliche Bedarf an Platzkapazitäten in den beiden Bereichen der vollstationären Dauerpflege und Kurzzeitpflege bis zum Jahr 2030 zusätzliches Personal von 159 Mitarbeitern erfordern, und bis zum Jahr 2040 wären 398 Mitarbeiter mehr als im Jahr 2018 erforderlich.

Zusammen mit den 109 fehlenden Mitarbeitern in der ambulanten Pflege und 30 fehlenden Mitarbeitern in der Tagespflege ergibt sich daraus für die pflegerische Versorgung ein zusätzlicher Personalbedarf von 298 Mitarbeitern, wenn im Jahr 2030 die Zielwerte der Versorgung erreicht werden sollen. Im Jahr 2040 würden unter dieser Voraussetzung 718 Mitarbeiter mehr als im Jahr 2018 benötigt – neben den 398 Mitarbeitern in der stationären Pflege fehlen dann 273 Mitarbeiter in der ambulanten Pflege und 47 Mitarbeiter in der Tagespflege.

Ergänzend kann darauf hingewiesen werden, dass zum Bedarf an ambulant betreuten Wohngemeinschaften noch kaum Erfahrungswerte vorliegen. Da sich dieses Angebot an die Zielgruppe richtet, die ansonsten einen Bedarf an vollstationärer Pflege hätte, ist sie eine empfehlenswerte Form, die in Zukunft noch weiter ausgebaut werden sollte.

Zum Bedarf an stationären Hospizplätzen gibt es ebenfalls keine Standardempfehlung. Ein Blick auf Kommunen in der Umgebung der HRO zeigt, dass Schwerin über 1,3 stationäre Hospizplätze je 10.000 Einwohner und der Landkreis Nordwestmecklenburg über 1,0 stationäre Hospizplätze je 10.000 Einwohner verfügt. Legt man den letztgenannten Wert für die HRO zugrunde, so entspricht dies einem Bedarf von derzeit 21 Plätzen und somit doppelt so vielen Plätzen, wie derzeit vorhanden sind.

5.3 Personalmangel in der Pflege

Schon die Fortschreibung des derzeitigen Versorgungsstandes, erst recht aber die Orientierung an Zielwerten einer verbesserten Versorgung erfordern in den kommenden Jahren Erweiterungen der pflegerischen und wohnungsbezogenen Kapazitäten. Diese Erweiterungen sind ohne eine Aufstockung des Personals, und zwar sowohl der Fachkräfte als auch der Pflegehilfskräfte, nicht möglich. Eine Abschätzung der Auswirkungen der Bedarfsbewertung auf den zukünftigen Personalbedarf hat ergeben, dass bis zum Jahr 2040 weitere 342 Mitarbeiter

(bei Fortschreibung der derzeitigen Versorgungsdichte, Variante a) bzw. weitere 718 Mitarbeiter (bei Umsetzung der Zielwerte einer besseren Versorgungsdichte, Variante b) erforderlich wären (vgl. Abschnitt 5.2). Die Untersuchung der derzeitigen Pflegesituation in der HRO durch die Befragung der Anbieter, Experteninterviews und Fachgespräche mit Vertretern von Pflegekassen, kommunalen Verbänden und Anbietern vor Ort hat aber ergeben, dass bereits jetzt in mehreren Bereichen hinsichtlich der Personalausstattung ernsthafte Engpässe festzustellen sind. Dies erfordert gezielte Strategien zur Verbesserung der Personalsituation in der Pflege. Konkret wurden in den Fachgesprächen und Interviews folgende Maßnahmen diskutiert:

- Die *Ausbildungsformen* in den pflegerischen Berufen sollten ausgeweitet und flexibler gestaltet werden. Dabei ist zu berücksichtigen, dass die Ausbildungsordnung sich derzeit im Umbruch befindet, indem bundesweit eine generalistische Ausbildung für kranken- und altenpflegerische Berufe eingeführt wird. So könnten beispielsweise mehr Pflegehilfskräfte mit einer berufsbegleitenden, zweijährigen Ausbildung zu Fachkräften ausgebildet werden. Einzelne Tätigkeitsbereiche in Form von Ausbildungsmodulen sollten separat erworben werden können und entsprechend der Qualifizierung der Kräfte in den Einrichtungen abgestimmt aufgeteilt werden. Innerhalb der Hilfskraftkontingente in den Einrichtungen sollte es ein ausgewogenes Verhältnis zwischen Personen mit Hilfskraftausbildung und angelernten Hilfskräften geben, um die Qualität der pflegerischen Versorgung zu wahren.
- Insgesamt werden pflegerische Berufe von Auszubildenden durch die Sorge um niedriges *Vergütungsniveau* oder um Schichtarbeit als weniger attraktiv empfunden. Angesichts der aus demografischen Gründen abnehmenden Zahl von Ausbildungssuchenden wird die Pflege in eine sich verschärfende Konkurrenz mit anderen Berufen gedrängt. Hinzu kommt die regionale Nähe zu den Arbeitsmärkten in Hamburg und Niedersachsen, in denen ebenfalls Pflegekräfte gesucht werden, die Vergütungen aber teilweise höher sind. Trotz bisheriger Anpassungen der Vergütung in der HRO erscheint eine Anhebung des Vergütungsniveaus unvermeidlich. Zur Steigerung der Attraktivität der Pflegeberufe kann auch eine stärkere Präsenz von Pflegeanbietern auf Informationsveranstaltungen und Ausbildungsmessen beitragen, um für diesen Berufszweig zu werben.
- Die hohe psychische und physische *Belastung* in pflegerischen Berufen hat zur Folge, dass nicht nur monetäre Anreize, sondern auch nicht-monetäre Entlastungen zu einer Verbesserung der Personalsituation beitragen können. Aus modellhaften Erprobungen sind Maßnahmen²⁸ bekannt, die dazu beitragen können, die Berufszufriedenheit von Pflegekräften zu erhöhen. Dies können beispielhaft Maßnahmen zur Rückenschonung, Freikarten für ein Fitnesscenter, Mitsprache der Mitarbeiter bei der Arbeitsplanung u.a.m. sein.
- Um die Abwanderung ausgebildeter Pflegekräfte zu vermeiden, gibt es auch die Strategie, einen regional stärker verwurzelten Personenkreis für die Pflege zu gewinnen. Dies erfolgt etwa durch *Umschulungsangebote* für arbeitslose SGB II-Bezieher oder Berufsrückkehrerinnen, die aus familialen Gründen weniger mobil sind als junge Auszubildende.²⁹ Ein Coaching oder eine fachliche Begleitung kann in diesem Rahmen hilfreich sein, um Anerkennungs- und Umschulungsangebote zu unterstützen. Innerhalb des Fachgesprächs wurde aber darauf hingewiesen, dass die Zahl der SGB II-

²⁸ Z.B. Das Projekt „CareWell – starke Mitarbeiter für eine starke Pflege“ des Caritsverbandes Köln, ISG 2013.
²⁹ Vgl. Dokumentation des Workshops in Parchim „Fachkräfte in der Pflege“, ISG Köln 2014.

Bezieher in den letzten Jahren stark zurückgegangen sei und dass Pflegeberufe nur für einen Teil dieses Klientels eine geeignete Option darstellen.

- Als weitere Strategie kann ergänzend eine Gewinnung *ausländischer Pflegekräfte* angestrebt werden. Die Rekrutierung ausländischer Fachkräfte sollte anhand der Migrationsgruppen, die in der HRO bereits vertreten sind, ausgerichtet werden, um die Integration in eine soziale Gemeinschaft zu gewährleisten. Entsprechende Schulungen im Sprachbereich und zur Nachqualifizierung sollten zeitnah und bedarfsgerecht zur Verfügung gestellt werden. Bei der Diskussion dieser Maßnahme wird allerdings zu bedenken gegeben, dass es ethisch fragwürdig sei, Pflegekräfte aus den Herkunftsländern abzuwerben, wo sie eine Versorgungslücke hinterließen. Dieses Argument setzt allerdings voraus, dass in den Herkunftsländern Pflegekräfte ebenso knapp sind wie in Deutschland. Dies wäre dann nicht der Fall, wenn aufgrund des Vergütungsgefälles eine pflegerische Ausbildung in den Herkunftsländern mit der Perspektive eines Wechsels nach Deutschland dazu führt, dass dort für größere Personenkreise eine solche Ausbildung attraktiv wird.
- Darüber hinaus wurde in mehreren Expertengesprächen darauf hingewiesen, dass aus dem Personenkreis der Pflegehilfskräfte durch *Anerkennungsverfahren* weitere Pflegefachkräfte hinzugewonnen werden könnten. So wurde vorgeschlagen, Pflegehilfskräfte mit langjähriger Berufserfahrung als Pflegefachkräfte anzuerkennen bzw. ihnen eine verkürzte Ausbildung zu ermöglichen. Ein weiterer Vorschlag bezieht sich darauf, dass Fachkräfte aus angrenzenden Berufen wie z.B. Krankenpflegehelfer ebenfalls nach einer gewissen Zeit der Berufspraxis über eine solche Anerkennung gewonnen werden könnten. Schließlich könnte auch die Anerkennung von im Ausland erworbenen Qualifikationen, ggf. in Kombination mit einer gewissen Zeit der Berufspraxis, erleichtert werden. Die Anerkennung ausländischer Qualifikationen seitens des Landesamts für Gesundheit und Soziales (LAGuS) sollte maximal 3 bis 6 Monate andauern, um langwährende Prozesse und mögliche Abbrüche zu vermeiden.
- Schließlich wurde in letzter Zeit eine Veränderung der *Fachkraftquote* in die Diskussion gebracht, um zumindest den Fachkräftemangel etwas zu mildern. Diese Kontroverse wurde durch einen Beschluss im Schiedsstellenverfahren vom 09.10.2019 zunächst entschieden.³⁰ Die Festlegung auf einen engeren Versorgungsschlüssel kann demnach zu weiteren Reduzierungen in den Personalkapazitäten führen, es dürften sich hieran aber noch weitere Diskussionen anschließen.³¹ Es sollte darüber hinaus geprüft werden, ob eine Ausrichtung der Zahl der Fachkräfte an dem aktuellen Bedarf anstelle von einer festgelegten Quote für die Praxis sinnvoller wäre, wie es beispielsweise in Brandenburg seit 2010 praktiziert wird. Dies erfordert allerdings eine regelmäßige Qualitätskontrolle durch die Heimaufsicht.

Diese Aufzählung möglicher Strategien gegen den Mangel an Pflegekräften ist vermutlich nicht abschließend, sondern kann durch weitere Strategien fortgeführt werden. Wichtig ist, dass

³⁰ Geschäftsstelle der Schiedsstelle § 76 SGB XI beim Landesamt für Gesundheit und Soziales Mecklenburg-Vorpommern: Beschluss im Schiedsstellenverfahren 06a/18 SGB XI SchSt vom 09.10.2019.

³¹ Geht man allerdings davon aus, dass angesichts knapper Personalressourcen der Mindestbedarf (unterer Korridorwert) zum Regelfall werden dürfte, ergeben sich zwischen den zu entscheidenden Varianten des KSV einerseits und der Pflegekassen und Leistungserbringer andererseits keine Unterschiede. Legt man die Besetzung stationärer Einrichtungen laut Pflegestatistik 2017 zugrunde, ergibt sich für die HRO ein Mindestpersonalbedarf von 878 (KSV) bzw. 879 (PK+LE) Mitarbeitern.

weitere Überlegungen zu dieser Problematik angestellt und entsprechende Maßnahmen initiiert werden.

5.4 Handlungsempfehlungen

Der vorliegende Pflegesozialplan umfasst eine demografische Analyse des aktuellen und zukünftigen Pflegebedarfs, eine Bestandsaufnahme der regionalen Versorgungsstruktur und eine Bedarfsanalyse vor dem Hintergrund der Entwicklung der Pflegebedürftigkeit. Die Analysen und die daraus abgeleiteten Handlungsempfehlungen beziehen sich auf die demografische und gesellschaftliche Entwicklung ebenso wie auf einzelne pflegerische, pflegeergänzende und wohnungsbezogene Angebotsformen.

(1) Gesellschaftliche Entwicklung und Kommunalpolitik

Die pflegerische Versorgung muss in der Kommunalpolitik angesichts der demografischen Veränderungen (Zunahme der Zahl älterer Menschen) und weiterer gesellschaftlicher Entwicklungen (wie z.B. Nachwuchsmangel, Veränderung familialer Strukturen und der Pflegebereitschaft von Angehörigen) weiterhin einen hohen Stellenwert erhalten. Gemäß § 8 SGB XI sollten die Probleme, die der zunehmende Pflegebedarf mit sich bringt, auf kommunaler Ebene in enger Kooperation von Pflegesozialplanung, Pflegeberatung, Pflegekassen und Anbietern erörtert werden. Der in der HRO gebildete regionale Pflegeausschuss gemäß § 8a SGB XI bildet hierzu einen geeigneten Rahmen. Darüber hinaus ist der Verantwortung zur Sicherstellung einer ausreichenden pflegerischen Versorgung gemäß § 9 SGB XI dem Land Mecklenburg-Vorpommern zugewiesen.

Ziel: Der regionale Pflegeausschuss nach § 8a SGB XI berät über Umsetzungsfragen zur bedarfsgerechten Entwicklung des Pflegesystems unter Mitwirkung der Anbieter von Pflegeleistungen sowie der politischen Gremien der HRO.

Maßnahmen:

- Unter Beteiligung aller Leistungserbringer des Pflegesystems sollen lokale Pflegekonferenzen veranstaltet werden. Gegebenenfalls kann ein/e Pflegebeauftragte/r die entsprechenden Zuständigkeiten übernehmen bzw. als Ansprechpartner dienen.
- Darüber hinaus sind fachliche Empfehlungen in Form von Beschlussfassungen zu formulieren, die an den Ausschuss für Soziales, Migration und Gesundheit sowie an die Bürgerschaft weitergeleitet werden sollten.

Akteure: Land Mecklenburg-Vorpommern, Landesverbände der Pflegekassen, HRO sowie sämtliche an der Versorgung beteiligten Akteure

(2) Entwicklung der ambulanten Versorgung

Die Personalkapazitäten der ambulanten Pflegedienste sollten erhöht werden, um die durchschnittliche Versorgungsdichte der Landeshauptstadt Schwerin zu erreichen. Dazu sind bis zum Jahr 2040 rd. 270 Pflegekräfte mehr erforderlich als im Jahr 2018 vorhanden. Da die Umsetzung dieser Empfehlung aufgrund des bereits bestehenden Mangels an Nachwuchskräften sowie weiterer, im vorherigen Kapitel skizzierter Ursachen eine Herausforderung darstellt, sollten auch alternative Handlungsansätze in Betracht gezogen werden. So ist beispielsweise ein kooperativer Austausch von Anbietern ambulanter Dienste zu empfehlen, um mithilfe von verkürzten Fahrtwegen und organisierten Absprachen die Versorgung der Pflegebedürftigen innerhalb von festgelegten Versorgungsregionen sicherzustellen.

Maßnahmen:

- Zunächst sind für den Bereich der ambulanten Versorgung, wie auch für weitere Pflegeangebote, die unter Kap. 5.3 genannten Maßnahmen zur Personalgewinnung zu berücksichtigen.
- Empfohlen wird die Bildung effizienter ambulanter Versorgungsformen.
- In Kooperation mit ambulanten Pflegediensten sollten ambulante Versorgungsregionen so gestaltet werden, dass verschiedene pflegerische Angebote ineinandergreifen und quartiersbezogene kooperative Pflegearrangements entstehen.
- Es sollten abgestimmte Versorgungsketten im Zusammenspiel der ambulanten Pflege mit Nachbarschaftshelfern, sozialen Initiativen, Quartiers- bzw. Stadtteilmanagern etc. angestrebt werden.
- Die Pflegeberatung sollte in Hinblick auf die Prävention und den Umgang mit Situationen von plötzlich eintretendem Pflegebedarf qualifiziert werden.
- Die Mitarbeiter/innen ambulanter Dienste sollten im Hinblick auf die spezifischen Versorgungsbedarfe von Menschen mit Demenz qualifiziert werden.

Akteure: Land Mecklenburg-Vorpommern, Landesverbände der Pflegekassen, HRO, Pflegeanbieter, soziale Initiativen und Interessenvertretungen, Anbieter von Pflegeberatung, Quartiers- bzw. Stadtteilmanager

(3) Tagespflege

Das Angebot der Tagespflege ist bereits gut ausgebaut. Ein weiterer Ausbau um rd. 120 Plätze bis zum Jahr 2040 ist dennoch zu empfehlen, da diese Angebotsform zu einer Entlastung pflegender Angehöriger beiträgt. Die Abstimmung der Bedarfslagen durch Informationsaustausch und Kooperationen der Anbieter ist eine notwendige Bedingung, um eine beständige und moderate Auslastung zu erwirken.

Maßnahmen:

- Die Pflegeanbieter sollen fachlich so beraten werden, dass ein wohnortnahes und vom Platzangebot her bedarfsgerechtes Angebot gesichert wird, um eine Unter- ebenso wie eine Überversorgung zu vermeiden.
- Weiterhin kann die Bereitstellung von Flächen für Neubauten zur Verbesserung der tagespflegerischen Strukturen beitragen (Kommunales Flächenmanagement).
- Interessierte Investoren sollten im Hinblick auf bestehende Bedarfe und geeignete Standorte beraten werden.
- Der Bedarf an einem teilstationären Nachtpflegeangebot sollte geprüft werden.

Akteure: Land Mecklenburg-Vorpommern, HRO, Pflegeanbieter

(4) Kurzzeitpflege

Es wird dringend empfohlen, das Angebot der Kurzzeitpflege auszubauen. Dies sollte vor allem in Form von eigenständigen Kurzzeitpflegeplätzen erfolgen. Da seitens der Anbieter Bedenken in der Umsetzung dieser Maßnahme geäußert wurden, wird Folgendes empfohlen.

Maßnahmen:

- Hinsichtlich der Wirtschaftlichkeit des Betriebs von Kurzzeitpflege sollten systematisch Unterstützungsmöglichkeiten, wie z.B. eine sachgerechte Kalkulation der Auslastung in den Pflegesatzverhandlungen, und eine vorläufige Einstufung von Neufällen in Pflegegrad 4 geprüft werden.
- Die Kurzzeitpflege ist eng mit dem Entlassmanagement der Krankenhäuser abzustimmen, um Engpässe zu vermeiden und Pflegebedürftige bedarfsgerecht zu vermitteln.
- Pflegenden Angehörige sollen darüber informiert werden, wann und wo ein Kurzzeitpflegeplatz verfügbar ist, um beispielsweise die Urlaubsplanung darauf abzustimmen.
- Erfolgreiche Anbieter der Kurzzeitpflege sollten zu Fachgesprächen eingeladen werden, um ihre Erfahrungen mit einer wirtschaftlichen Umsetzung auszutauschen.³²
- Weiterhin kann die Bereitstellung von Flächen für Neubauten zur Verbesserung des Kurzzeitpflegeangebots beitragen (Kommunales Flächenmanagement).
- Interessierte Investoren sollten im Hinblick auf bestehende Bedarfe und geeignete Standorte beraten werden.

Akteure: Land Mecklenburg-Vorpommern, Landesverbände der Pflegekassen, HRO, Pflegeanbieter, Kliniken und Krankenhäuser

(5) Stationäre Pflege

Obwohl die Pflegesozialplanung nach der Leitlinie „ambulant vor stationär“ ihren Schwerpunkt darauf legt, vorstationäre Angebote auszubauen, ist langfristig auch von einem weiteren Bedarf an stationären Pflegeplätzen auszugehen. Daher sollte einerseits auch weiterhin das vorstationäre Angebot ausgebaut werden, andererseits aber auch ein Ausbau des vollstationären Angebots in Betracht gezogen werden. Weitere etwa 520 Plätze werden bis zum Jahr 2040 für erforderlich gehalten. Da auch dies angesichts des dafür erforderlichen Personals als Herausforderung zu sehen ist, sollten parallel zur Schaffung neuer Plätze alternative Versorgungsmaßnahmen ausgebaut werden.

Maßnahmen:

- Um eine organisierte Vermittlung von Pflegebedürftigen in stationäre Angebote zu gewährleisten, ist beispielsweise der Ausbau von beratenden Angeboten wie dem Pflegestützpunkt und weiteren Seniorenhilfen zu empfehlen. Diese bieten Unterstützung in Antragsverfahren und sollten in Kooperation mit Anbietern stationärer Einrichtungen einen Überblick über Aufnahmemöglichkeiten bereitstellen.
- Für Menschen, die aufgrund ihres spezifischen Versorgungsbedarfs in „klassischen“ Angeboten abgelehnt werden bzw. in diesen kein Umfeld entsprechend ihrer Bedürfnisse und Interessen finden, sollten spezifische Versorgungsarrangements bereitgestellt werden. Dies betrifft z.B. junge pflegebedürftige Menschen, abhängigkeitskranke Pflegebedürftige, Pflegebedürftige mit Hinlauftendenz und mit herausforderndem Sozialverhalten u.a.m.
- Grundsätzlich sollten stationäre Pflegeeinrichtungen auf Pflegebedürftige mit spezifischen Bedürfnissen oder Erkrankungsformen, wie zum Beispiel Demenz, ausgerichtet

³² Siehe hierzu ISG (2018): Dokumentation des Workshops „Eigenständige Kurzzeitpflege: Bedarf, wirtschaftliche Herausforderungen, erfolgreiche Lösungen“ am 08.11.2017 in Grevesmühlen.

sein bzw. über spezifisch auf sie ausgerichtete Angebote verfügen. Es gilt zu prüfen, inwieweit stationäre Einrichtungen und andere Versorgungsarrangements auf die Bedürfnisse von Menschen, die keine „klassischen Pflegeangebote“ in Anspruch nehmen, abgestimmt sind.

- Stationäre Pflege kann darüber hinaus durch den Ausbau ambulant betreuter Wohngemeinschaften ergänzt werden, die sich, ebenso wie die stationäre Pflege, an Personen richten, die zu einer selbstständigen Haushaltsführung nicht mehr in der Lage sind.
- Auch der Ausbau aller weiteren vorstationären Angebote wie der ambulanten Pflege, des Servicewohnens und einer effektiven Wohnberatung für Ältere in Privathaushalten kann dazu beitragen, dass der rechnerisch ermittelte Bedarf an stationären Pflegeplätzen durch diese Angebote zumindest teilweise abgeschwächt werden kann.
- Das Ergebnis der ISG-Befragung, dass nur 52% der Bewohnerinnen und Bewohner der Pflegeeinrichtungen aus der HRO selbst kommen, sollte als Anlass dazu dienen, an die angrenzenden Landkreise und die dortigen Pflegeanbieter zu appellieren, ihrer Versorgungsverpflichtung gegenüber ihren Bürgerinnen und Bürgern besser nachzukommen.

Akteure: Land Mecklenburg-Vorpommern, HRO, Pflegeanbieter der HRO und angrenzender Kommunen

(6) Betreutes Wohnen / Servicewohnen

Geeignete Wohnverhältnisse können dazu beitragen, den Bedarf an stationärer Pflege zu reduzieren. Es wird daher empfohlen, die Zahl der betreuten Wohnungen zu erhöhen und ein wohnortnahes Angebot sicherzustellen. Die Orientierung an anderen Kommunen begründet die Empfehlung, bis zum Jahr 2040 weitere rd. 630 betreute Wohnungen anzustreben.

Maßnahmen:

- Die Stadtverwaltung sollte die Möglichkeit prüfen, interessierten Anbietern geeignete Grundstücke für Neubauten kostengünstig zur Verfügung stellen (kommunales Flächenmanagement). Auch hier können Maßnahmen wie der Ausbau komplementärer Pflege- und Beratungsangebote ergänzend hinzugezogen werden.
- Auf der Stadtteilebene sollten kooperative Pflegearrangements entwickelt werden, die zu einem effektiveren Einsatz pflegerischer Ressourcen führen. Quartiersbezogene Wohn- und Pflegemodelle wie das „Bielefelder Modell“ können zur Orientierung herangezogen werden.

Akteure: Wohnungswirtschaft, HRO, Pflegeanbieter, Pflegestützpunkte und Anbieter von Wohnberatung

(7) Ambulant betreute Wohngemeinschaften

Das Angebot an ambulant betreuten Wohngemeinschaften ist bereits vergleichsweise gut ausgebaut. Diese positive Entwicklung sollte in Zukunft fortgeführt werden, da diese Angebotsform auch dazu beiträgt, den Bedarf an stationärer Pflege zu begrenzen.

Maßnahmen:

- Auf der Ebene des kommunalen Flächenmanagements sind Neubauten und Umbauten zur Nutzung dieses Pflegeangebots anzustreben.

- Ambulante Pflegedienste und Fachkräfte, die hierfür Pflegeleistungen anbieten, sollten unterstützt werden.

Akteure: Wohnungswirtschaft, HRO, Pflegeanbieter

(8) Sterbebegleitung

Stationäre Hospize ermöglichen ein würdevolles Sterben mit fachkundiger Begleitung. Das in der HRO bestehende Angebot mit 10 stationären Hospizplätzen ist einerseits gegenüber Kommunen ohne ein solches Angebot positiv hervorzuheben, erscheint andererseits aber für eine Stadt dieser Größe unzureichend. Auf Grund von Erfahrungswerten aus anderen Kommunen wird eine Kapazität von etwa 20 Plätzen empfohlen (1 Platz je 10.000 Einwohner). Im Hinblick auf Fördermöglichkeiten des Hospizangebots sollte auch das Land angesprochen werden.

Maßnahmen:

- Zur Entlastung von ambulanten Hospizdiensten kann beispielsweise eine Erweiterung der Kapazitäten des stationären Hospizes bzw. der Ausbau um weitere Plätze wirksam sein.
- Eine Abstimmung der Hospizarbeit mit der klinischen Palliativversorgung ist zu empfehlen.
- Die Informations- und Öffentlichkeitsarbeit über die Angebote der Sterbebegleitung und Hospizarbeit sollte ausgeweitet und verbessert werden.

Akteure: Land Mecklenburg-Vorpommern, HRO, Anbieter von Sterbebegleitung und Hospizarbeit, Kliniken, Krankenkassen

(9) Personalsituation

Um die Zielsetzung einer guten Versorgungsdichte zu erreichen, würde der zusätzliche Bedarf an Platzkapazitäten in den beiden Bereichen der vollstationären Dauerpflege und Kurzzeitpflege bis zum Jahr 2030 zusätzliches Personal von 159 Mitarbeitern erfordern, und bis zum Jahr 2040 wären 398 Mitarbeiter mehr als im Jahr 2018 erforderlich. Zusammen mit den 109 fehlenden Mitarbeitern in der ambulanten Pflege und 30 fehlenden Mitarbeitern in der Tagespflege ergibt sich daraus für die pflegerische Versorgung ein zusätzlicher Personalbedarf von 298 Mitarbeitern, wenn im Jahr 2030 die Zielwerte der Versorgung erreicht werden sollen. Im Jahr 2040 würden unter dieser Voraussetzung 718 Mitarbeiter mehr als im Jahr 2018 benötigt – neben den 398 Mitarbeitern in der stationären Pflege fehlen dann 273 Mitarbeiter in der ambulanten Pflege und 47 Mitarbeiter in der Tagespflege. Der von allen Anbietern bereits jetzt berichtete Mangel an Pflegekräften erfordert daher eine Analyse der Ursachen und die Entwicklung von Handlungsansätzen. Um diese Situation zu verbessern, werden mehrere Maßnahmen empfohlen:

- Verstärkung der Ausbildung
- Erweiterung von Umschulungen
- Erhöhung der Vergütung
- Verminderung der psychischen und physischen Belastungen
- Gewinnung und Einarbeitung ausländischer Pflegekräfte

- Anerkennung von Berufspraxis, Ausbildungen in angrenzenden Berufen und im Ausland erworbenen Qualifikationen
- ggf. Veränderung der Fachkraftquote bzw. Nutzung von Ausnahmeregelungen.

Eine zeitnahe Bearbeitung dieser Problematik auf allen Ebenen erscheint äußerst dringlich, da aufgrund des Personalmangels bereits jetzt nicht mehr alle benötigten pflegerischen Kapazitäten betrieben werden können. Die empfohlene Weiterentwicklung des pflegerischen Angebots erfordert, dass dafür hinreichend Personal zur Verfügung steht.

Akteure: Land Mecklenburg-Vorpommern, Pflegekassen, HRO, Pflegeanbieter, Jobcenter, Arbeitsagentur, Pflegefachschulen / Weiterbildungsträger

(10) *Versorgungsnetzwerk*

Ein Netzwerk der Pflegeanbieter, beispielhaft in Form eines „Pflegestammtischs“, sollte zur Gewährleistung eines regelmäßigen Austauschs über die pflegerische Versorgungssituation der HRO geschaffen werden. Eine bedarfsgerechte Abstimmung im Sinne eines Gesamtversorgungsvertrags wird insbesondere durch Absprachen innerhalb von vorher festgelegten Versorgungsregionen als sinnvoll erachtet. Es werden dazu die vier Versorgungsbereiche empfohlen, die innerhalb dieser Pflegesozialplanung in einem gemeinsamen Prozess erarbeitet wurden.

Maßnahmen:

- Im Rahmen der Schließung eines Versorgungsnetzwerks ist eine kooperative Bildung von Versorgungsregionen sowie Versorgungsangeboten zu empfehlen. Es ist zu prüfen, inwieweit auch eine modellhafte Erprobung ganzheitlicher Versorgungs- und Vertragsformen weiterführend sein könnte.
- Die Pflegeberatung mit Anbietern wie dem Pflegestützpunkt sind in Vorbereitung auf ein umfassendes Netzwerk zu informieren und zu qualifizieren.

Akteure: HRO, Pflegeanbieter, Regionaler Pflegeausschuss, Pflegeanbieter, Pflegekassen, Pflegestützpunkt und -Beratung

(11) *Zukünftige Bedarfsentwicklung*

Die zukunftsorientierte Planung der pflegerischen und pflegeergänzenden Angebote sollte nicht nur den derzeitigen Versorgungsstand fortschreiben, sondern sich an Zielwerten einer guten Versorgungsdichte orientieren. Diese Zielwerte müssen im Rahmen der Pflegesozialplanung in Kooperation mit der Pflegeberatung und den Anbietern (Regionaler Pflegeausschuss) regelmäßig überprüft werden.

Akteure: Stadt Rostock, Regionaler Pflegeausschuss, Pflegeanbieter, Pflegestützpunkt und -Beratung

(12) *Prävention und Quartiersarbeit*

Aktivitäten der sozialen Arbeit dienen der Gesunderhaltung und Teilhabe älterer Menschen (Salutogenese). Der Verbleib in der eigenen Häuslichkeit bei entsprechender gesundheitlicher Verfassung wird dadurch unterstützt. Diese Maßnahmen der kommunalen Altenhilfe zielen auch darauf, den Bedarf an pflegerischen Leistungen zu verzögern.

Maßnahmen:

- Zu diesen Maßnahmen gehören eine Gesundheitsprävention schon im mittleren Lebensalter und Anreize zu kulturellen, sozialen und sportlichen Aktivitäten im Seniorenalter.
- Auf der Stadtteilebene ist eine bürgernahe Quartiersarbeit zu empfehlen, die Beratung vor Ort leistet und bei Bedarf an pflegerische Beratungs- und Versorgungsangebote vermittelt.
- Ehrenamtliche Unterstützungsstrukturen z.B. in Form von „Helferkreisen“ und Nachbarschaftshilfe, wie sie im Rahmen des seniorenpolitischen Gesamtkonzepts gefördert wird, sollten ausgebaut und mit professionellen Unterstützungsformen abgestimmt werden.
- Aufsuchende gesundheitsfördernde Altenhilfestrukturen und -projekte sollten weiterentwickelt werden.
- Für generationenübergreifende Formen der Unterstützung wie z.B. das Modell „Wohnen für Hilfe“, in dem niedrighschwellige Hilfeleistungen mit einem vergünstigten Wohnangebot honoriert werden, sollte geworben werden.

Akteure: Land Mecklenburg-Vorpommern, HRO, Regionaler Pflegeausschuss, Pflegeanbieter, Pflegestützpunkt und -Beratung, Quartiersmanagement, soziale Initiativen und Interessenvertretungen

(13) Ausbau des Angebots an kulturellen Veranstaltungen und Begegnungsmöglichkeiten

Wie in der Bürger- und Bürgerinnenumfrage Rostocks im Jahr 2019 festgehalten wurde, sind rund 10% der Haushaltstypen der HRO alleinstehende Rentner. Ein Anstieg dieser Haushaltsformen bis 2035 ist nach Haushalts- und Wohnungsnachfrageprognose ebenfalls wahrscheinlich. Um Vereinsamungstendenzen im Alter entgegenzuwirken, ist daher eine Vergrößerung des kulturellen Angebots in Form von Veranstaltungen, Begegnungsstätten oder Treffpunkten, z.B. Cafés, anzustreben. Die Anbindung dieser Angebote an stationäre Einrichtungen bietet sich in besonderem Maße an, um auch den Bewohnern und Bewohnerinnen dieses Pflegeangebots eine soziale Einbindung zu ermöglichen.

Maßnahmen:

- Kulturelle Angebote und Begegnungsangebote, die auf die Interessen älterer Menschen zugeschnitten sind, sollten entwickelt und wirksam beworben werden.
- Die Inanspruchnahme von Angeboten sowie die Weitergabe von Informationen für ältere Menschen sollte bedarfsgerecht organisiert und unterstützt werden.

Akteure: Stadt Rostock, Pflegestützpunkt und -Beratung, Quartiersmanagement, soziale Initiativen und Interessenvertretungen

(14) Angebote zur Unterstützung im Alltag, Selbsthilfe und Nachbarschaftshilfe – insbesondere für Menschen mit Demenz

Mit der Landesverordnung über Angebote zur Unterstützung im Alltag, ehrenamtlicher Strukturen und Selbsthilfe sowie Modellvorhaben zur Erprobung neuer Versorgungskonzepte und Versorgungsstrukturen liegt eine rechtliche Grundlage zum Ausbau von Unterstützungsstrukturen vor (Unterstützungsangebote-Landesverordnung – UntAngLVO M-V). Diese Angebote sind spezifisch auf die Belange von Menschen mit und ohne Demenz auszurichten.

Maßnahmen:

- Um die Nachbarschaftshilfe zugänglicher und niedrigschwelliger zu gestalten, sollten entsprechende Servicestellen im Rahmen der Pflegestützpunkte aufgebaut werden.
- Generell ist ein umfassendes Angebot an Leistungen zur Entlastung von Pflegeangehörigen sowie zur Unterstützung aller Beteiligten im Alltag anzustreben.
- Im Zuge dessen können modellhaft innovative Versorgungskonzepte erprobt und verfestigt werden.

Akteure: Land Mecklenburg-Vorpommern, HRO, Pflegekassen, Pflegestützpunkt und Pflegeberatung, Quartiersmanagement, Interessenvertretungen (z.B. Deutsche Alzheimergesellschaft LV MV e.V.)

(15) Ausbau der Angebote und Leistungen zur Unterstützung pflegender Angehöriger

Ein Großteil der Pflege wird im häuslichen Bereich durch Angehörige erbracht. Pflegende Angehörige sind hierbei nicht selten erheblichen physischen und psychischen Belastungen ausgesetzt. Dem sollte mit einem umfangreichen Unterstützungsangebot Rechnung getragen werden.

Maßnahmen:

- Die Pflegeberatung sollte in Hinblick auf die Prävention und den Umgang mit Situationen von plötzlich eintretendem Pflegebedarf qualifiziert werden.
- Weiterhin können gemeinsame Projekte, beispielsweise zur Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf, von sozialen Initiativen oder anderen Interessenvertretungen ins Leben gerufen werden.
- Zur Unterstützung von Angehörigen, Freunden und Nachbarn von Pflegebedürftigen sind entsprechende Angebote auszubauen und weiterzuentwickeln.

Akteure: Land Mecklenburg-Vorpommern, HRO, Pflegeanbieter, Pflegestützpunkt und Pflegeberatung, Quartiersmanagement, Interessenvertretungen

Die Versorgungsqualität in der HRO mit pflegerischen, pflegeergänzenden, wohnungsbezogenen und medizinischen Angeboten ist im Zuge der Fortführung der Pflegesozialplanung weiterhin zu beobachten. Dazu sind sowohl quantitative Kennzahlen zur Versorgungsdichte als auch qualitative Einschätzungen ortskundiger Pflegeexperten einzubeziehen.

Mithilfe von Kooperationen entscheidender Akteure in der Pflege wie dem regionalen Pflegeausschuss und Versorgungsnetzwerken von Pflegeanbietern sowie weiteren Maßnahmen, die in diesem Bericht empfohlen werden, sind in regelmäßigen Abständen Problemanalysen vorzunehmen und Verbesserungsmöglichkeiten zu diskutieren und zeitnah umzusetzen. Eine Fortführung der Pflegesozialplanung ist eine geeignete Möglichkeit, die pflegerische Angebotsstruktur kontinuierlich weiterzuentwickeln und dem demografischen Wandel so zukunftsorientiert zu begegnen.