



24/SVV/1106

Mitteilungsvorlage
öffentlich

Pflegebedarfsplan für die Landeshauptstadt Potsdam bezüglich DS Nr. 21/SVV/0501

<i>Geschäftsbereich:</i> Oberbürgermeister, Fachbereich Soziales und Inklusion		<i>Datum</i> 17.10.2024
<i>geplante Sitzungstermine</i> 06.11.2024	<i>Gremium</i> Stadtverordnetenversammlung der Landeshauptstadt Potsdam	<i>Zuständigkeit</i> zur Kenntnis

Die Stadtverordnetenversammlung nimmt zur Kenntnis:

den „Pflegebedarfsplan für die Landeshauptstadt Potsdam“ gemäß Anlage.

Auf Grundlage des Beschlusses 21/SVV/0501 „Pflege vor Ort gestalten“, hat die Verwaltung die Leistung zur Erstellung des Potsdamer Pflegebedarfsplans ausgeschrieben. Den Zuschlag erhielt das unabhängiges wirtschafts- und sozialwissenschaftliches Forschungs- und Beratungsinstitut Empirica. Empirica hat in der Folge den Pflegebedarfsplan für die Landeshauptstadt Potsdam 2023 erarbeitet.

Der Pflegebedarfsplan umfasst eine Übersicht über alle vorhandenen Statistiken, um eine verlässliche Datenlage über die Pflege in der Landeshauptstadt Potsdam zu erhalten. In Folge dessen sind spezifische Bedarfe klarer zu erkennen und Hilfen wirksamer. Ausgangspunkt ist die demografische Entwicklung, die von einer alternden Bevölkerung und einem damit einhergehenden erhöhten Pflegebedarf ausgeht.

Der Pflegebedarfsplan zielt darauf ab, eine bedarfsgerechte und qualitativ hochwertige Versorgung älterer Menschen sicherzustellen. Dies umfasst die Entwicklung und Förderung alternativer Wohnformen, präventive Maßnahmen zur Vermeidung oder Verzögerung von Pflegebedürftigkeit, und die Verbesserung der Pflegequalität durch bessere Koordination und Standards. Insgesamt strebt der Plan eine ganzheitliche und nachhaltige Pflegeinfrastruktur an, die die Lebensqualität der älteren Bevölkerung verbessert und die Ressourcen der gesamten Gesellschaft nutzt.

Der Pflegebedarfsplan richtet sich insbesondere an die Mitarbeitenden und Führungskräfte der Stadtverwaltung, an die Stadtverordneten, an die Mitglieder des Ausschusses für Gesundheit, Soziales, Wohnen und Inklusion, an die in der Landeshauptstadt Potsdam aktiven Träger der Freien Wohlfahrtspflege sowie an interessierte Bürgerinnen und Bürger der Landeshauptstadt Potsdam.

Zukünftiges Ziel ist es, die identifizierten Bedarfe zeitnah und effizient zu adressieren und die Pflegeversorgung in der Landeshauptstadt Potsdam unter Vorbehalt der Haushaltsplanung nachhaltig zu verbessern.

Anlagen:

- 1 Pflichtige Zusatzinformationen zur Vorlage
- 2 Pflegebedarfsplan

öffentlich
öffentlich

Pflichtige Zusatzinformationen zur Vorlage

Betreff:

Pflegebedarfsplan für die Landeshauptstadt Potsdam

öffentlich nicht öffentlich

► **Berücksichtigung Gesamtstädtischer Ziele** ja nein

<input type="checkbox"/> Digitales Potsdam	<input type="checkbox"/> Wachstum mit Klimaschutz und hoher Lebensqualität	<input type="checkbox"/> Vorausschauendes Flächenmanagement
<input type="checkbox"/> Bedarfsorientierte und zukunftsfähige Bildungsinfrastruktur	<input type="checkbox"/> Umweltgerechte Mobilität	<input checked="" type="checkbox"/> Bürgerschaftliches Engagement
<input type="checkbox"/> Investitionsorientierter Haushalt	<input type="checkbox"/> Vielseitiges Unternehmertum	<input checked="" type="checkbox"/> Bezahlbares Wohnen und nachhaltige Quartiersentwicklung

Bezug zum Strategischen Projekt (falls möglich):

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

► **Finanzielle Auswirkungen** ja nein

Das Formular „Darstellung der finanziellen Auswirkungen“ ist als Pflichtanlage beizufügen!

Fazit der finanziellen Auswirkungen:

Kurze Zusammenfassung der Pflichtanlage (keine Wiederholung)

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

► **Berechnungstabelle Demografieprüfung**

Wirtschaftswachstum fördern, Arbeitsplatzangebot erhalten bzw. ausbauen Gewichtung: 30	Ein Klima von Toleranz und Offenheit in der Stadt fördern Gewichtung: 10	Gute Wohnbedingungen für junge Menschen und Familien ermöglichen Gewichtung: 20	Bedarfsgerechtes und qualitativ hochwertiges Betreuungs- und Bildungsangebot für Kinder u. Jugendl. anbieten Gewichtung: 20	Selbstbestimmtes Wohnen und Leben bis ins hohe Alter ermöglichen Gewichtung: 20	Wirkungsindex Demografie	Bewertung Demografie-relevanz
0	0	0	0	3	60	mittlere

► **Klimaauswirkungen**

positiv

negativ

keine

Fazit der Klimaauswirkungen:

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.



Landeshauptstadt
Potsdam



**Pflegebedarfsplan für die
Landeshauptstadt Potsdam.
Eine Analyse von Bedarfen bis 2040**



**Pflegebedarfsplan für die
Landeshauptstadt Potsdam.
Eine Analyse von Bedarfen bis 2040**

Impressum

Herausgeber:

Landeshauptstadt Potsdam
Der Oberbürgermeister

Geschäftsbereich Ordnung, Sicherheit, Soziales und Gesundheit
Fachbereich Soziales und Inklusion
Pflegestrukturplan
Maxi Becker

Friedrich-Ebert-Straße 79/81
14469 Potsdam
www.potsdam.de

Gefördert

durch das Ministerium für Soziales, Gesundheit, Integration und Verbraucherschutz des Landes Brandenburg (MSGIV)

**Text und Bearbeitung:**

Annamaria Deiters-Schwedt, Meike Heckenroth,
Markus Schmidt, Juli Bortel
empirica AG, Berlin

Fotos:

LHP/Julian Busch

Stand: März 2024

Nachdruck, auch auszugsweise, nur mit Quellenangabe gestattet.

Grußwort

Liebe Potsdamerinnen und Potsdamer,
liebe Leserinnen und Leser,



es ist mir eine Freude, Ihnen den ersten Potsdamer Pflegebedarfsplan vorzustellen.

Die umfassenden Analysen, die im Rahmen dieses Plans durchgeführt wurden, verdeutlichen die Komplexität und Dringlichkeit der Aufgaben, die in den kommenden Jahren auf die Unterstützungs- und Versorgungslandschaft in der Landeshauptstadt Potsdam zukommen werden. Es geht dabei nicht nur darum, genügend Pflegeangebote bereitzustellen, sondern insbesondere auch um die Stärkung der Potsdamer Stadtteile und jedes einzelne Quartier, um den Hilfebedürftigen einen längeren Verbleib in der vertrauten Umgebung zu ermöglichen. Das ist ein zentrales Element zur Bewältigung der anstehenden demografischen Herausforderungen.

Die Tatsache, dass bereits die Hälfte der Bevölkerung in der Landeshauptstadt Potsdam über 42 Jahre alt ist und dieser Anteil stetig steigt, unterstreicht die Dringlichkeit der Pflegeproblematik. Der steigende Bedarf an Pflegeleistungen und Alltagsunterstützung im Alter stellt nicht nur eine Herausforderung für die individuelle Lebensqualität dar, sondern betrifft die gesamte Gesellschaft. Es ist daher entscheidend, dass die Pflegebedarfsplanung nicht nur eine Momentaufnahme ist, sondern einen mittel- bis langfristigen Zeitraum bis zum Jahr 2040 umfasst. Nur so können wir fundierte Lösungsansätze entwickeln und umsetzen, um die Lebensqualität älterer Menschen nachhaltig zu verbessern.

Die Alterszusammensetzung und der damit verbundene Pflegebedarf der Bevölkerung unterliegen einem kontinuierlichen Wandel. Der vorliegende Pflegebedarfsplan soll daher dazu dienen, die voraussichtliche Entwicklung des Pflegebedarfs einzuschätzen und notwendige Anpassungen in der Pflegeinfrastruktur anzustoßen. Die Pflegebedarfsplanung ist nicht nur eine Orientierung für zukünftige Maßnahmen, sondern auch eine Grundlage, um die Versorgungs- und Unterstützungsmöglichkeiten kontinuierlich zu optimieren.

Eine bedarfsgerechte und effektive pflegerische Versorgung erfordert vorausschauende Planung und entsprechende Strukturanpassungen. Dies kann nur durch Zusammenarbeit mit Politik, sozialen Trägern und der Zivilgesellschaft gelingen.

Ich möchte mich bei allen Akteuren bedanken, die an der Potsdamer Pflegebedarfsplanung mitgewirkt haben, insbesondere beim wirtschafts- und sozialwissenschaftlichen Forschungs- und Beratungsinstitut Empirica, beim Amt für Statistik und Wahlen, dem Pflegestützpunkt sowie bei den freien Trägern für ihre Zu- und Mitarbeit.

Ihr



Mike Schubert
Oberbürgermeister

Inhalt

Grußwort	i
Abbildungen und Tabellen	iv
Abkürzungsverzeichnis	vii
Glossar/Definitionen	viii
1. Hintergrund und Vorgehen	1
1.1 Anlass und Ziel des Pflegebedarfsplans	1
1.2 Methodisches Vorgehen	3
2. Demografische Rahmenbedingungen in der LHP	5
2.1 Gesamtstädtische Entwicklung	5
2.1 Situation in den Sozialräumen	10
2.2 Zwischenfazit	12
3. Pflegebedürftigkeit heute und 2040 in der LHP	14
3.1 Aktuelle Situation	14
3.2 Projektion der Zahl der Pflegebedürftigen in der LHP bis 2040	19
3.3 Gesamtstädtische Entwicklung	19
3.4 Pflegebedürftige in den Sozialräumen	23
3.5 Zwischenfazit	24
4. Aktuelle Versorgungssituation und zukünftige Bedarfe in der LHP	25
4.1 Vorbemerkung	25
4.2 Wohnen im Alter	25
4.2.1 Altersgerechte (barrierefreie) Wohnungen	25
4.2.2 Betreutes Wohnen/Service-Wohnen	32
4.3 Pflege und Pflegeangebote	36
4.3.1 Pflege zu Hause	36
4.3.1.1 Pflege durch Angehörigen (Pflegegeld)	36
4.3.1.2 Ambulante Pflegedienste (Pflegesachleistungen)	37
4.3.1.3 Teilstationäre Pflege: Tages- und Nachtpflege	42
4.3.2 Vollstationäre Pflege	45
4.3.2.1 Dauerpflege	45
4.3.2.2 Kurzzeitpflege	51
4.3.3 Ambulant betreute Wohngemeinschaften	52
4.3.4 Hospize	54
4.4 Personen mit besonderen Bedarfen	56
4.4.1 Junge Pflegebedürftige	57
4.4.2 Personen mit Migrationshintergrund und Pflegebedarfen	61
5. Flankierende Unterstützungsangebote in der LHP	63
5.1 Information, Beratung und Vernetzung	63
5.2 Angebote zur Unterstützung im Alltag	64
5.3 Hilfe zur Pflege	68

6.	Pflegekräfte und Pflegekräftebedarf in der LHP	71
7.	Handlungsbedarf und strategische Handlungsfelder	74
7.1	Handlungsbedarf: Bedarfsgerechte Versorgungsangebote	77
7.2	Handlungsbedarf: Ermöglichen der eigenständigen Lebensführung	81
7.3	Handlungsbedarf: Prävention	86
8.	Anhang	91
	Methodische Erläuterungen	91
	Ergänzende Abbildungen	94
	Ergänzende Ausführungen	99

Abbildungen und Tabellen

Abbildung 1: Methodisches Vorgehen	3
Abbildung 2: Bevölkerungsentwicklung insgesamt und ausgewählte Altersklassen und Altersindex in der LHP (2012 bis 2021)	5
Abbildung 3: Wanderungssaldo und natürlicher Saldo in der LHP (2012 bis 2021)	6
Abbildung 4: Wanderungssalden nach Altersklassen in der LHP (2012 bis 2021)	6
Abbildung 5: Wanderungssaldo der 65 und älteren nach Herkunft-/ Zielgebiet in der LHP (2017 bis 2021)	7
Abbildung 6: Mittlerer Zuzugsüberschuss je 1.000 Einwohner nach Altersklassen in der LHP und im Land Brandenburg (2012 bis 2021)	7
Abbildung 7: Altenquotienten in der LHP (2012 und 2021)	8
Abbildung 8: Bevölkerungszahl nach Alter in der LHP (2021 und Prognose 2040)	9
Abbildung 9: Bevölkerungszahl der Personen in der 3. Lebensphase in der LHP (2021 und Prognose 2040)	9
Abbildung 10: Veränderung der Bevölkerungszahl nach Altersgruppen in der LHP zwischen 2021 und 2040 (Prognose)	10
Abbildung 11: Bevölkerung nach Alter in den Sozialräumen der LHP (2021)	11
Abbildung 12: Bevölkerung nach Alter in den Sozialräumen der LHP (2040)	12
Abbildung 13: Pflegebedürftige in der LHP (2019, 2021)	14
Abbildung 14: Anteil pflegebedürftiger Personen (Pflegeprävalenz) an allen Personen der jeweiligen Altersgruppen in der LHP (2021)	15
Abbildung 15: Pflegebedürftige nach Pflegegrade in der der LHP und im Land Brandenburg (2021)	16
Abbildung 16: Personen nach Schwere der Pflegebedürftigkeit (Pflegegrad) nach Alter in der LHP (2021)	17
Abbildung 17: Veränderung der Zahl Pflegebedürftigen nach Art der Versorgung in der LHP (2021, 2040)	20
Abbildung 18: Pflegebedürftige nach Art der Versorgung in der LHP (2021, 2040)	21
Abbildung 19: Demenziell Erkrankte in der LHP (2022, 2040)	22
Abbildung 20: Projektion der Zahl der demenziell Erkrankten nach Altersklassen in der LHP (2022, 2040)	22
Abbildung 21: Einrichtungen des Betreuten Wohnens/Service-Wohnens in der LHP (2023)	34
Abbildung 22: Pflegedienste, ambulant versorgte Pflegebedürftigen und Beschäftigte in der LHP (2011, 2021)	38
Abbildung 23: Ambulante Pflegedienste in den Sozialräumen in der LHP (2023)	39
Abbildung 24: Tagepflegeplätze und Einrichtungen mit Tagespflege in der LHP (2011, 2021)	43
Abbildung 25: Tagespflegeeinrichtungen in den Sozialräumen in der LHP (2023)	44
Abbildung 26: Pflegeprävalenzen in der voll stationären Dauerpflege ab 60 Jahren in der LHP und im Land Brandenburg (2021)	47
Abbildung 27: Pflegeheime, Pflegebedürftige in Dauerpflege und verfügbare Dauerpflegeplätze in der LHP (vollstationär; 2011, 2021)	48
Abbildung 28: Pflegeheime für ältere Pflegebedürftige in den Sozialräumen in der LHP (2023)	49

Abbildung 29: Wohngemeinschaften in der LHP (2023)	54
Abbildung 30: Stationäres Hospiz und ambulante Hospizdienste in der LHP (2023)	55
Abbildung 31: Junge Pflegebedürftige im Alter von 15- bis unter 65-Jahren in der LHP (2021, 2040)	58
Abbildung 32: Unterstützungsangebote für Pflegebedürftige Kinder und Jugendliche und deren Angehörige in der LHP (2023)	60
Abbildung 33: Beratung, Information und Vernetzung in der LHP (2023)	64
Abbildung 34: Unterstützung im Alltag in der LHP (2023)	66
Abbildung 35: Entwicklung für Hilfe zur Pflege (nach SGB XII) in der LHP (2017 bis 2021, 2040)	70
Abbildung 36: Personal in Pflegeeinrichtungen nach Geschlecht und Altersgruppen in der LHP (2021)	71
Abbildung 37: Projektion: Personal in ambulanten und vollstationären Pflegeeinrichtungen in der LHP (2021, 2040)	72
Abbildung 38: Einrichtungen der Pflege - Gesamt in der LHP (2023)	75
Abbildung 39: Wesentliche Schritte des Prognosemodells	92
Abbildung 40: Sozialräume der LHP	95
Tabelle 1: Pflegebedürftige nach Versorgungsform und Altersklassen in der LHP (2021)	18
Tabelle 2: Pflegebedürftige in den Sozialräumen der LHP (2021, 2040)	23
Tabelle 3: Abschätzung des Wohnungsbestandes mit Barrierereduktion in der LHP (2022).	27
Tabelle 4: Abschätzung des Bedarfs an barriere reduzierten Wohnungen in der LHP	30
Tabelle 5: Versorgungsgrad/Bedarf an Wohnungen im Betreuten Wohnen/Service-Wohnen in der LHP (2021, 2040)	35
Tabelle 6: Versorgungsgebiete der Pflegedienste in der LHP (2023)	40
Tabelle 7: Bedarf durch ambulante versorgte Pflegebedürftige in den Sozialräumen in der LHP (bis 2040)	41
Tabelle 8: Nachfrage nach Tagespflegeplätze durch Pflegebedürftige in den Sozialräumen in der LHP (bis 2040)	45
Tabelle 9: Nachfrage nach vollstationärer Pflege und vollstationärer Dauerpflege durch Pflegebedürftige in den Sozialräumen in der LHP (bis 2040)	50
Tabelle 10: Nachfrage nach Kurzzeitpflege durch Pflegebedürftige in den Sozialräumen in der LHP (bis 2040)	52
Tabelle 11: Nachfrage nach Hospizbetten in den Sozialräumen in der LHP (bis 2040)	56
Tabelle 12: Angebote zur Unterstützung im Alltag (§ 45a SGB XI) in der LHP und im Land Brandenburg (2021)	67
Tabelle 13: Entwicklung für Hilfe zur Pflege (nach SGB XII in der LHP (2017, 2019, 2021 und Szenario 2040)	69
Tabelle 14: Bedarfsgerechte Versorgungsangebote: Quantitäten und Angebote	74
Tabelle 15: Zusätzlicher Bedarf von Versorgungsangeboten in den Sozialräumen der LHP (bis 2040)	76

Tabelle 16:	SGB XI und LPflegeG (Auswahl)	94
Tabelle 17:	Entwicklung der Bevölkerungszahl in den Sozialräumen der LHP (2021 und Prognose bis 2040)	96
Tabelle 18:	Einrichtungen mit vollstationärer Pflege in Potsdam*	97
Tabelle 19:	Einrichtungen mit Wohnungen im Betreutem Wohnen/Service-Wohnen in Potsdam	98
Tabelle 20:	Übersicht über Leistungen der Pflegeversicherung (Auswahl) – Stand Januar 2023	100

Abkürzungsverzeichnis

AG	Arbeitsgruppe
AK	Arbeitskreis
BB	Land Brandenburg
BbgPBWoG	Brandenburgisches Pflege- und Betreuungswohngesetz
BRD	Bundesrepublik Deutschland
ca.	circa
D	Deutschland
DGP	Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin
EAPC	European Association for Palliative Care
etc.	et cetera
FB	Fachbereich
GB	Geschäftsbereich
ggf.	gegebenenfalls
GIS	Geoinformationssystem
HH	Haushalte
Mio.	Million
OSM	OpenStreetMap
LK	Landkreis
LHP	Landeshauptstadt Potsdam
PG	Pflegegrad
P	Potsdam
u.a.	unter anderem
Vgl.	Vergleich
z. B.	zum Beispiel
VHS	Volkshochschule

Glossar/Definitionen

Ambulant gepflegte Pflegebedürftige	Pflegebedürftige, die durch ambulante Betreuungsdienste und/oder ambulante Pflegedienste versorgt werden. Sofern pflegebedürftige Leistungen eines ambulanten Pflegedienstes und z. B. parallel eines ambulanten Betreuungsdienstes erhalten, kann es in der amtlichen Statistik zu Doppelzählungen kommen.
Ambulante Betreuungsdienste	Pflegedienste, deren Leistungsspektrum auf pflegerische Betreuungsmaßnahmen und Hilfen bei der Haushaltsführung beschränkt ist.
Ambulante Pflegedienste	Pflegedienste, die das gesamte Leistungsspektrum der häuslichen Pflegehilfe einschließlich der körperbezogenen Pflegemaßnahmen erbringen.
Angehörige	Angehörige Person, die dem engsten Kreis der (Wahl-)Familie angehört; z. B. nächste Verwandte, in Partnerschaft lebende Personen aber auch Personen mit engen sozialen Beziehungen.
Kombinationsleistungen	Kombination aus Pflegegeld und Pflegesachleistungen
LPflegeG	Gesetz über die pflegerische Versorgung im Land Brandenburg (Landespflegegesetz – LPflegeG) ¹
Pflegebedürftige	Personen, die laut Pflegeversicherungsgesetz (SGB XI) nach bestimmten Kriterien in ihrer Selbstständigkeit eingeschränkt sind und für voraussichtlich mindestens sechs Monate pflegerische und betruerische Hilfen benötigen. Die Pflegekasse entscheidet, ob die versicherte Person im Sinne der sozialen Pflegeversicherung pflegebedürftig ist. Dabei wird nach Pflegegraden (von Pflegegrad 1 bis 5) unterschieden.
Pflegegeld/Leistungsbeziehende	Werden betroffene Personen statt von einem ambulanten Pflegedienst von Angehörigen (oder anderen Privatpersonen) versorgt, erhalten sie von der Pflegeversicherung Pflegegeld. Pflegegeld erhalten alle Pflegebedürftigen ab einem Pflegegrad 2. Die Gesetzgeberin nennt diese Leistung mit vollem Titel „Pflegegeld für selbst beschaffte Pflegehilfen“. In der amtlichen Statistik sind dies Personen, die Pflegegeld erhalten, ohne Personen, die zusätzlich auch ambulante Pflege erhalten.

¹ vom 29. Juni 2004 (GVBl.I/04, [Nr. 15], S.339); zuletzt geändert durch Artikel 3 des Gesetzes vom 18. Dezember 2020 (GVBl.I/20, [Nr. 41], S.3)

Diese werden bei der ambulanten Pflege berücksichtigt. Ausgenommen sind auch Personen in der Kurzzeit- bzw. Verhinderungspflege. Diese werden bei der vollstationären bzw. ambulanten Pflege erfasst.

Hochaltrig	Ist eine Person im Alter von 80 Jahren und älter.
3. Lebensphase	Die 3. Lebensphase bezeichnet den Lebensabschnitt, bei dem Personen aus Altersgründen aus dem Erwerbsleben ausgeschieden sind. Im vorliegenden Pflegebedarfsplan befinden sich Personen im 65 Jahren und älter in dieser Lebensphase.
Pflegeprävalenz	Anteil der pflegebedürftigen Personen einer Altersgruppe an allen Personen der entsprechenden Altersgruppe
SGB XI	Das elfte Sozialgesetzbuch (SGB XI) befasst sich mit der sozialen Pflegeversicherung. Es legt die Bedingungen fest, unter denen Personen Anspruch auf Leistungen aus der Pflegeversicherung haben, wie z. B. Pflegegeld, Sachleistungen, teilstationäre Pflege und vollstationäre Pflege. Es definiert zudem den Begriff der Pflegebedürftigkeit und legt die Kriterien fest, nach denen Pflegebedürftigkeit festgestellt wird.
SR	Sozialraum: Gliederung des Stadtgebiets in der LHP in sechs Sozialräume (vgl. Abbildung 40 im Anhang): <ul style="list-style-type: none">→ I Nördliche Ortsteile, Sacrow→ II Potsdam Nord→ III Potsdam West, Innenstadt, Nördliche Vorstädte→ IV Babelsberg, Zentrum Ost→ V Stern, Drewitz, Kirchsteigfeld→ VI Schlaatz, Waldstadt I und II, Potsdam Süd
VHP	Verhinderungspflege: Wenn eine Person zuhause gepflegt wird und die pflegende Person zeitweise verhindert ist, hat die pflegebedürftige Person (u. U.) Anspruch auf Verhinderungspflege. Sie ist eine Vertretung der Hauptpflegeperson. In der Pflege ist sie daher auch geläufig unter den Begriffen Ersatzpflege oder Pflege-, Urlaubs- oder Krankheitsvertretung.

1. Hintergrund und Vorgehen

1.1 Anlass und Ziel des Pflegebedarfsplans

Jede zweite Person in der Landeshauptstadt Potsdam (LHP) ist mittlerweile älter als 42 Jahre, etwa 20% der Bevölkerung war Ende 2022 65 Jahre oder älter, 7% waren 80 Jahre oder älter.² Im weiteren Zeitverlauf wird der Anteil älterer Personen weiter ansteigen. 2040 werden fast 22% der in Potsdam lebenden Personen das 65. Lebensjahr erreicht oder überschritten haben.³ Mit zunehmendem Alter steigt das Risiko für altersbedingte Einschränkungen in der Lebensführung. Dazu zählen Einschränkungen in der Mobilität ebenso wie kognitive und andere körperliche beziehungsweise mentale Defizite. Ob es sich hierbei um eine eigenständige Haushaltsführung, die Bewältigung von bürokratischen Aufgaben oder die langfristige Versorgung im Krankheitsfall handelt, mit zunehmendem Alter wächst der Bedarf nach Alltagsunterstützung bis hin zur Pflegebedürftigkeit.

So fühlen sich zum Beispiel schon gut 9% der Personen im Alter von 65 bis unter 80 Jahren bei gelegentlicher schwerer Hausarbeit eingeschränkt. Mit 80 Jahren und älter ist dieser Anteil bereits mehr als dreimal so hoch (28,2%). Ähnlich steigert sich der Unterstützungsbedarf von Hochaltrigen auch bei anderen alltäglichen Anliegen wie Einkäufen.⁴ Bei instrumentellen Aktivitäten insgesamt⁵ erhält bereits die weit überwiegende Mehrheit (87,1%) der 80-Jährigen und Älteren Hilfe von Personen im Umfeld. Diese Hilfestellung reicht jedoch oftmals nicht aus. Etwa jede dritte Person dieser Altersgruppe wünscht sich mehr Unterstützung.⁶ Mit der steigenden Zahl an Kinderlosen und Single-Haushalten nimmt zudem das familiäre Unterstützungspotenzial ab.

Analog steigt das Risiko pflegebedürftig zu werden im Alter stetig an. Bei den 65- bis unter 70-Jährigen betrifft dies in der LHP 4,1 von 100 Personen. Bei den 85- bis unter 90-Jährigen ist jede zweite Person pflegebedürftig (46,2%).⁷ Hinzu kommen nicht selten Einsamkeit und fehlende soziale Netzwerke.⁸

² Quelle: Statistische Ämter des Bundes und der Länder, Deutschland, 2022.

³ Kleinräumige Bevölkerungsprognose der LHP 2020 bis 2040, LHP.

⁴ Vgl. Journal of Health Monitoring | 1/2022 | Gesundheit von Menschen mit Behinderungen, Robert Koch-Institut, Berlin

⁵ z. B. Telefonieren, Einkäufen, Erledigen von Bankgeschäften, Haushaltsführung, Medikamenteneinnahme, und Nutzung von Transportmitteln.

⁶ Vgl. Journal of Health Monitoring | 1/2022 | Gesundheit von Menschen mit Behinderungen, Robert Koch-Institut, Berlin

⁷ Vgl. Pflegestatistik - Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung - 2019, Amt für Statistik Berlin-Brandenburg, Potsdam, 2022

⁸ Vgl. auch Heckenroth, M., Heyn, T. und Schmandt, M.: Soziale Isolation in der Sozialen Stadt – kann Digitalisierung eine Brücke schlagen? Kurzexpertise der Bundestransferstelle Sozialer Zusammenhalt. empirica-Expertise im Auftrag des Bundesinstituts für Bau-, Stadt- und Raumforschung, Bonn (2020)

Die meisten Personen möchten auch im Alter möglichst selbstständig wohnen. In der Regel bevorzugen sie ihren angestammten Wohnstandort.⁹ Manchmal zieht es sie zum Beispiel in die Nähe ihrer Kinder und Enkelkinder oder im Falle der LHP, in eine Stadt mit entsprechender Infrastruktur. Dort, wo viele ältere Personen leben, steigt der Bedarf an Wohn-, Unterstützungs- und Hilfsangeboten für ein möglichst selbstbestimmtes Leben (auch) im Vorfeld und bei Pflegebedürftigkeit. Potsdam stellt dies vor Herausforderungen. Dabei ist es Ziel, das Wohnen im eigenen Zuhause so lange wie möglich zu gewährleisten und ambulante Strukturen zu stärken. Das gilt nicht zuletzt, weil stationäre Wohnangebote für die meisten Personen, wenn überhaupt, erst bei einem hohen Pflegegrad in Betracht kommen und sie für die Kommune mit hohen Kosten verbunden ist (z. B. die Hilfe zur Pflege gemäß §§ 61 bis 66a SGB XII). Leistungsberechtigte und Bedarf gibt es nicht nur bei älteren Personen. Auch jüngere Personen leben mit einer erworbenen oder angeborenen Behinderung und einer Pflegebedürftigkeit. Diese Gruppe erhält neben Leistungen der Pflegeversicherung auch Eingliederungshilfe (für Personen mit Behinderungen). Die Eingliederungshilfe hat Selbstbestimmung und Teilhabe zum Ziel, während Pflege (Leistungen der Pflegekasse) die gesundheitlichen bedingten Beeinträchtigungen kompensieren soll. Neben Gemeinsamkeiten gibt es erhebliche Unterschiede bei den Anforderungen an die Versorgung.

Der Pflegebedarfsplan möchte einen Beitrag zur Weiterentwicklung der Versorgung in der LHP leisten. Ziel ist es, die zentralen Bedarfe, Entwicklungserfordernisse und mögliche Gestaltungswege in Bezug auf die Pflege und dessen Umfeld aufzuzeigen. Bewusst wählt der Pflegebedarfsplan analog zur Bevölkerungsprognose der LHP einen mittel- bis längerfristigen Betrachtungszeitraum bis zum Jahr 2040. Er kann als Grundlage dienen, konkrete Lösungsmaßnahmen abzuwägen, zu erarbeiten und in die Praxis umzusetzen.

Der Pflegebedarfsplan umfasst eine große Bandbreite an Themen. Sie sind jeweils für sich komplex und vielschichtig und können im Pflegebedarfsplan nicht abschließend behandelt werden. Der Fokus liegt auf den zentralen Informationen als Instrument der Steuerung und Planung. Er kann damit eine rahmengebende Funktion übernehmen und sich in die weiteren vorhandenen konzeptionellen und analytischen Grundlagen der LHP im Hinblick auf die Lebenssituation Älterer einbetten. Diese reichen von übergeordneten Zielsetzungen wie im Leitbild der LHP über Erhebungen, wie im Rahmen der kommunalen Bürgerumfragen, bis zu thematischen und teilträumlichen Grundlagen wie beispielsweise dem Gesamtkonzept zur Stadtteilarbeit der LHP (2018), dem Psychatriekonzept der LHP (2018) oder dem Seniorenplan (2018). Aber auch zu Grundlagen wie zum Beispiel dem Wohnungspolitischen Konzept für die LHP (2024) und dem Integrierten Stadtentwicklungskonzept Potsdam 2035 (2022) gibt es Schnittstellen. Gleichzeitig gibt es in Potsdam, wie im Land Brandenburg ein umfangreiches Engagement von Akteuren. Zahlreiche Träger, Netzwerke, Beratungsstellen und Freiwillige sind in verschiedenen Themen rund ums Alter und/oder der Pflege tätig.¹⁰

⁹ Reissmann, M, Wagner M, „Werthaltungen hochaltriger Menschen und ihre Wünsche für die eigene Lebenssituation und das gesellschaftliche Zusammenleben“, ceres – D80+ Kurzbericht 9 – Juli 2022 (Fördernde Institution: BMFSFJ).

¹⁰ Hierzu zählen beispielsweise das Netzwerk Älter werden in der LHP, der Seniorenbeirat oder die Fachstelle Altern und Pflege im Quartier im Land Brandenburg (FAPIG)

1.2 Methodisches Vorgehen

Die Kapitel des Pflegebedarfsplans bauen aufeinander auf. Dabei werden zunächst die demografischen Rahmenbedingungen in der LHP dargestellt (Abschnitt 2). Anschließend analysiert Kapitel 3 die zentralen Parameter der Pflegebedürftigkeit in Potsdam auf der Bedarfsseite, sowohl heute als auch in der Projektion bis 2040. Um die Bedarfe den Angeboten gegenüberzustellen, beleuchtet Kapitel 4 die Versorgungssituation in der LHP (heute und in Zukunft). Dies umfasst sowohl Pflege- und Betreuungsangebote gemäß Pflegeversicherung als auch Wohnangebote im Alter und in Kapitel 5 weitere Unterstützungsangebote. Die hieraus entstehenden Bedarfe im Hinblick auf Pflegekräfte werden in Kapitel 6 erörtert. Abschließend werden in Kapitel 7 Handlungsbedarfe beziehungsweise die strategische Handlungsfelder skizziert.

Den zentralen Baustein bildet die Analyse mit allen dazugehörigen Ebenen (vgl. Abbildung 1). Um die (Zwischen) Ergebnisse gemeinsam mit den handelnden Personen vor Ort zu reflektieren, fanden zwei Workshops vor Ort mit Personen der Träger (18. Oktober 2023) sowie mit Personen aus der Politik, der Verwaltung und Beiräten (22. November 2023) statt. Die Ergebnisse flossen in die Erstellung des Pflegebedarfsplans mit ein. Über den gesamten Zeitraum der Bearbeitung fand eine enge Abstimmung mit den verantwortlichen Personen im Fachbereich Soziales und Inklusion statt.

Abbildung 1: Methodisches Vorgehen



Der Pflegebedarfsplan enthält sozialräumlich differenzierte Aussagen. Basis sind die sechs Sozialräume in der LHP.

Folgende Datengrundlagen werden verwendet:

- Vorliegende Grundlagendaten und Informationen bei der LHP
- Fachveröffentlichungen zum Thema Pflege und Altern
- Amt für Statistik Berlin-Brandenburg, Statistische Bundesamt (Destatis), LHP, Bereich Statistik und Wahlen, Bundesministerium für Gesundheit
- Nicht-amtliche Daten (empirica-regio www.empirica-regio.de)

- Sarah Datenbank¹¹
- Experteninterviews mit Trägern, Einrichtungen und weiteren Akteuren in Potsdam sowie dort vorliegende Informationen (z. B. Pflegestützpunkt)
- Schriftliche Befragung aller stationären Pflegeeinrichtungen sowie aller ambulanten Pflegedienste in Potsdam.

Bei den amtlichen Statistiken wurde in Abstimmung mit dem Fachbereich Soziales und Inklusion als Datenstand 2021 gewählt. Auf diese Weise ist der Datenstand mit dem der amtlichen Pflegestatistik¹² konform. Wenn verfügbar, werden aktuelle Daten im Text genannt.

¹¹ Das Projekt „SAHRA – Smart Analysis – Health Research Access“ ermöglicht es, Abrechnungsdaten, Behandlungsdaten sowie Studien- und Registerdaten rechtssicher kombinierbar und für die Versorgungsforschung und die dazu ermächtigten Leistungserbringer zugänglich zu machen. Dazu wird eine repräsentative Stichprobe umfangreicher Leistungsdaten aus der Versorgungspraxis über eine webbasierte Analyseplattform mit weiteren Datenquellen des Gesundheitswesens verbunden. Mit wissenschaftlichen Methoden wird sie unter Nutzung modernster Memory-Technologie analysierbar und (unter Berücksichtigung des Datenschutzes) zugänglich gemacht.

¹² Daten der Pflegestatistik werden alle zwei Jahre (zuletzt für das Jahr 2021) erhoben.

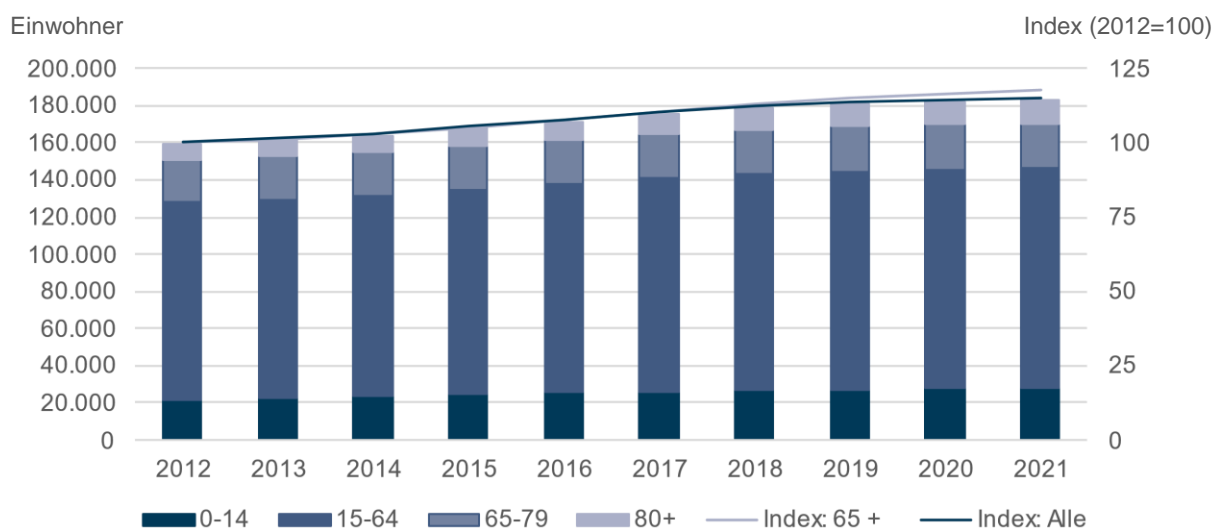
2. Demografische Rahmenbedingungen in der LHP

2.1 Gesamtstädtische Entwicklung

Potsdam wächst, Altersklassen 65+ wachsen überdurchschnittlich

Ende 2021 lebten in der LHP rund 183.400 Personen. Das waren etwa 24.300 mehr (+15%) als noch 2012 (knapp 159.100). Die Zahl der Älteren (65 Jahre und älter) stieg im selben Zeitraum um knapp 18% (bzw. um knapp 5.500 Personen, vgl. Abbildung 2) auf gut 36.800 Personen. Damit waren 2021 (wie auch 2022) rund 20% der Potsdamer 65 Jahre oder älter. Der Anstieg ist vor allem durch den Anstieg bei den Hochaltrigen ab 80 Jahren verursacht (+67%, von knapp 7.900 auf knapp 13.100). Ihr Anteil an der Gesamtbevölkerung lag 2021 bei 20% (ebenso 2022). Demgegenüber ist die Gruppe der 65- bis 79-Jährigen nur rund 1% gewachsen auf knapp 23.700 Personen (2021 gegenüber 23.500 Personen 2012).

Abbildung 2: Bevölkerungsentwicklung insgesamt und ausgewählte Altersklassen und Altersindex in der LHP (2012 bis 2021)

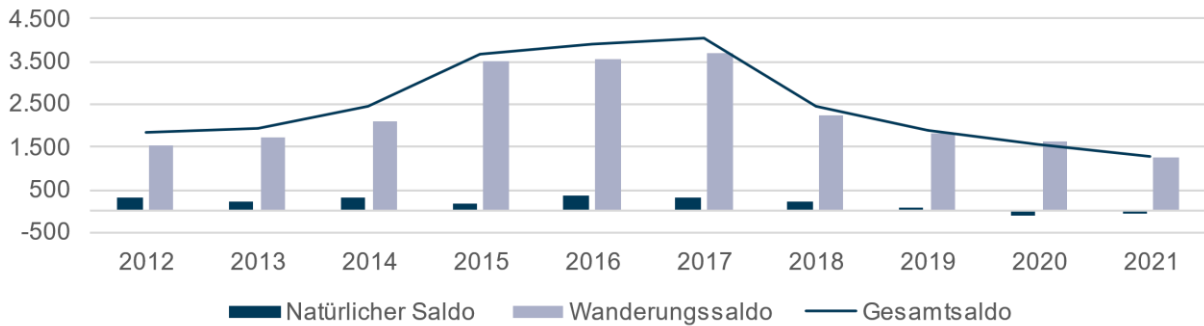


Quelle: LHP, Bereich Statistik und Wahlen, eigene Berechnungen empirica

Wachstum in Potsdam durch positiven Wanderungssaldo verursacht

Wie auch in anderen Städten resultiert das Wachstum der Bevölkerung der LHP insgesamt (mittlerweile) ausschließlich aus einem positiven Wanderungssaldo in Potsdam. So gewann Potsdam durch Wanderung im Saldo der letzten zehn Jahre (2012 bis 2021) insgesamt knapp 23.100 Personen hinzu. Nach den Jahren starker internationaler Zuwanderung ist der Wanderungssaldo zwar rückläufig, lag aber 2021 immer noch bei einem Plus von knapp 1.300 Personen. 2022 ist er durch die Flucht aus der Ukraine wieder auf knapp plus 2.900 gestiegen. Demgegenüber war der natürliche Saldo aus Geburten und Sterbefällen zuletzt negativ (vgl. Abbildung 3).

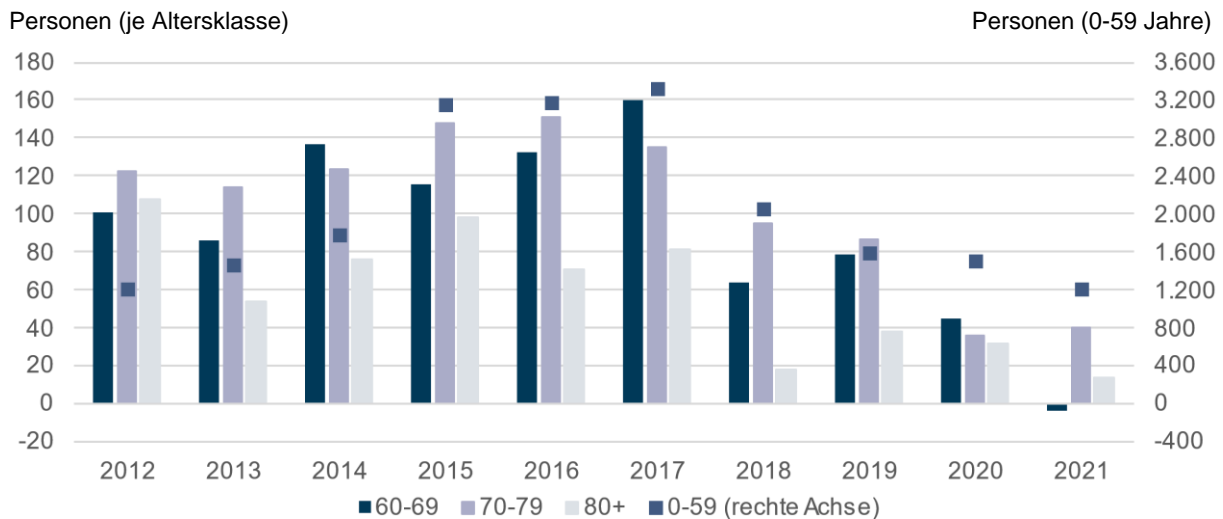
Abbildung 3: Wanderungssaldo und natürlicher Saldo in der LHP (2012 bis 2021)



Quelle: LHP, Bereich Statistik und Wahlen, eigene Berechnungen empirica

Es wandern vor allem mobilere jüngere Personen zu. Lediglich 9% des positiven Wanderungssaldos der letzten zehn Jahre entfallen auf Personen im Alter von 65 Jahren und älter (vgl. Abbildung 4).

Abbildung 4: Wanderungssalden nach Altersklassen in der LHP (2012 bis 2021)



Quelle: LHP, Bereich Statistik und Wahlen, eigene Berechnungen empirica

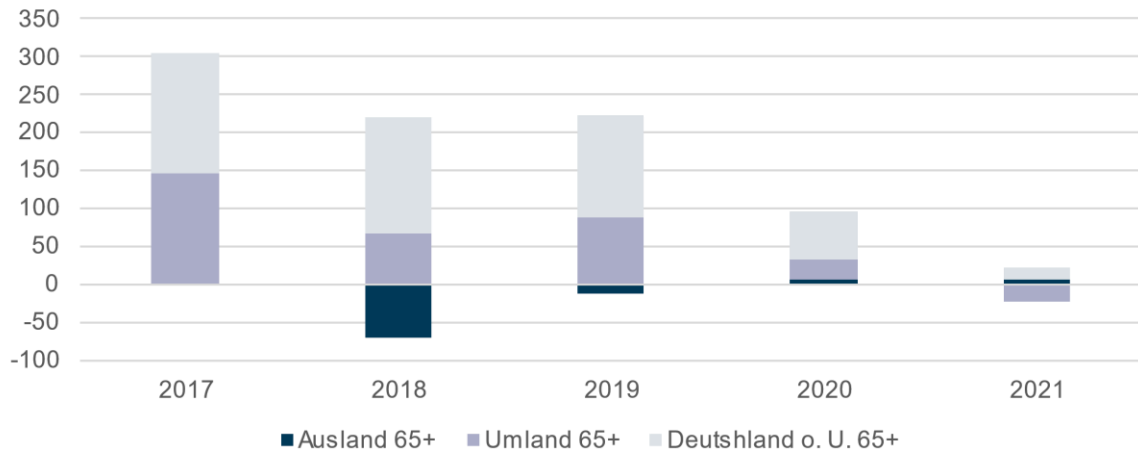
Bei den Altersgruppen 65+ hat Potsdam im Mittel der letzten fünf Jahre (2017-2021)¹³ jährlich 152 Personen durch Wanderungen im Saldo hinzugewonnen. Während der Wanderungssaldo der Älteren mit dem Ausland in den meisten Jahren nahezu ausgeglichen ist,¹⁴ gewinnt Potsdam im Saldo Ältere aus dem gesamten Bundesgebiet und aus seinem Umland¹⁵. Nur an den Landkreis Potsdam-Mittelmark verliert die LHP im Saldo fast 100 Personen dieser Altersgruppe jährlich (vgl. Abbildung 5).

¹³ 2017 bis 2021 (aktueller Daten lagen zum Zeitpunkt der Berichtslegung nicht vor).

¹⁴ Der negative Saldo mit dem Ausland in Höhe von 69 65-Jährigen und Älteren ist vermutlich Folge eines statistischen Artefaktes (z. B. Registerbereinigung).

¹⁵ Zum Umland gehören die angrenzenden Landkreise inklusive Berlin.

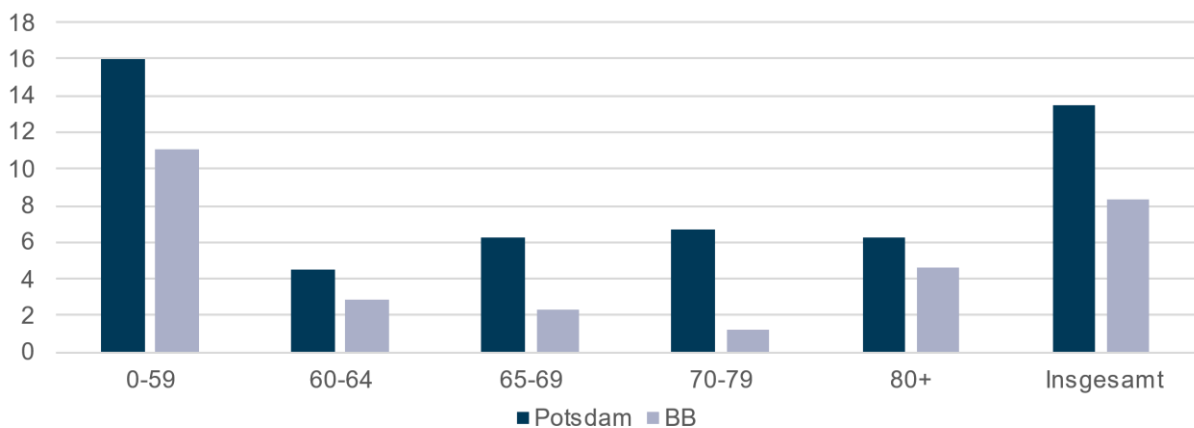
Abbildung 5: Wanderungssaldo der 65 und älteren nach Herkunft-/Zielgebiet in der LHP (2017 bis 2021)



Quelle: empirica regio (Statistische Ämter des Bundes und der Länder, Deutschland, 2018-2023, dl-de/by-2-0, <https://www.govdata.de/dl-de/by-2-0>)

Im Vergleich mit dem Land Brandenburg erzielt Potsdam einen insgesamt höheren Zuzugsüberschuss. Das gilt aber nicht nur für jüngere Altersklassen, sondern auch für Personen im Alter von 65 Jahren und älter (vgl. Abbildung 6). Die Gründe sind nicht genauer bekannt. Aus über 30-jähriger Erfahrung bei der Untersuchung von Standortentscheidungen älterer Menschen geht empirica davon aus, dass vor allem die Nähe zu den Kindern, soziale Netzwerke, eine hohe Attraktivität der LHP sowie die Nähe zu kulturellen, gastronomischen, aber auch medizinischen und pflegerischer Infrastruktur eine entscheidende Rolle spielen.

Abbildung 6: Mittlerer Zuzugsüberschuss je 1.000 Einwohner nach Altersklassen in der LHP und im Land Brandenburg (2012 bis 2021)



Anmerkung: Mittelwert des Zuzugs- beziehungsweise Fortzugsüberschuss je 1.000 Einwohner des jeweiligen Jahres, der jeweiligen Region und der jeweiligen Altersklasse

Quelle: Statistische Ämter des Bundes und der Länder, Deutschland (2022), Amt für Statistik Berlin-Brandenburg (2022). LHP, Bereich Statistik und Wahlen, eigene Berechnungen empirica

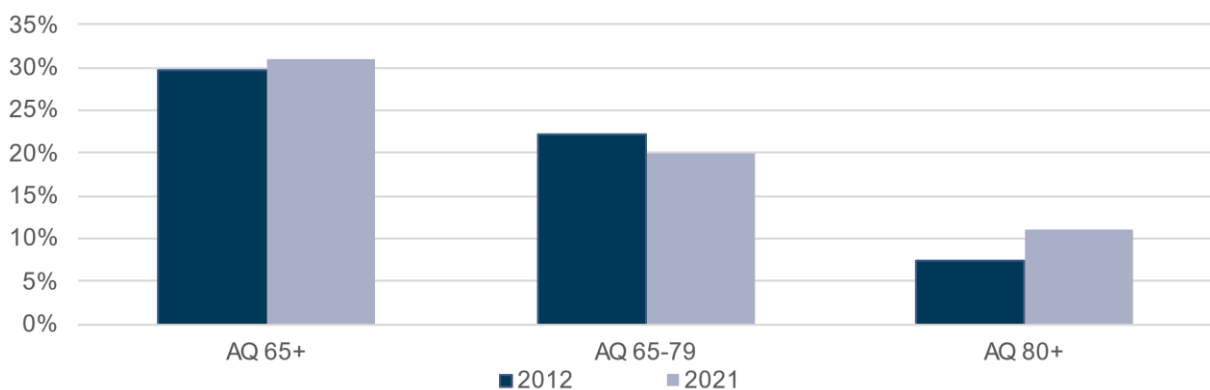
Altenquotient ist gestiegen, aber fast nur durch den Anstieg der Hochaltrigen

Der Altenquotient zeigt, wie viele Personen im potenziellen Erwerbsalter der Gruppe älterer Personen gegenüberstehen. Steigt die Zahl der Älteren, während die Zahl der jüngeren kleiner

wird, steigt der Altenquotient. Dies schränkt indirekt das Versorgungspotenzial für ältere Personen ein.

Jede zweite Person in Potsdam ist mittlerweile älter als 42 Jahre (Medianalter). Im Jahr 2021 beträgt der Altenquotient 31. Auf 100 Personen im Alter von 15 bis 65 Jahren im Jahr 2021 kamen etwa 31 Personen ab 65 Jahren. In den letzten zehn Jahren ist der Altenquotient nur geringfügig gestiegen (2012: knapp 30). Und dies trotz der Zunahme der Zahl der Hochaltrigen. Der Grund ist die Zuwanderung junger Personen (s. o.) sowie der nur moderate Anstieg bei der Zahl der 65- bis unter 80-Jährigen (s. o.; vgl. Abbildung 7).

Abbildung 7: Altenquotienten in der LHP (2012 und 2021)



Anmerkung: Altenquotienten aus der Zahl von Personen im Alter ab 65 Jahren (AQ 65+), im Alter zwischen 65 bis 79 Jahren (AQ 60-79) bzw. im Alter ab 80 Jahren (AQ 80+) bezogen auf die Zahl der 15- bis 65-Jährigen.

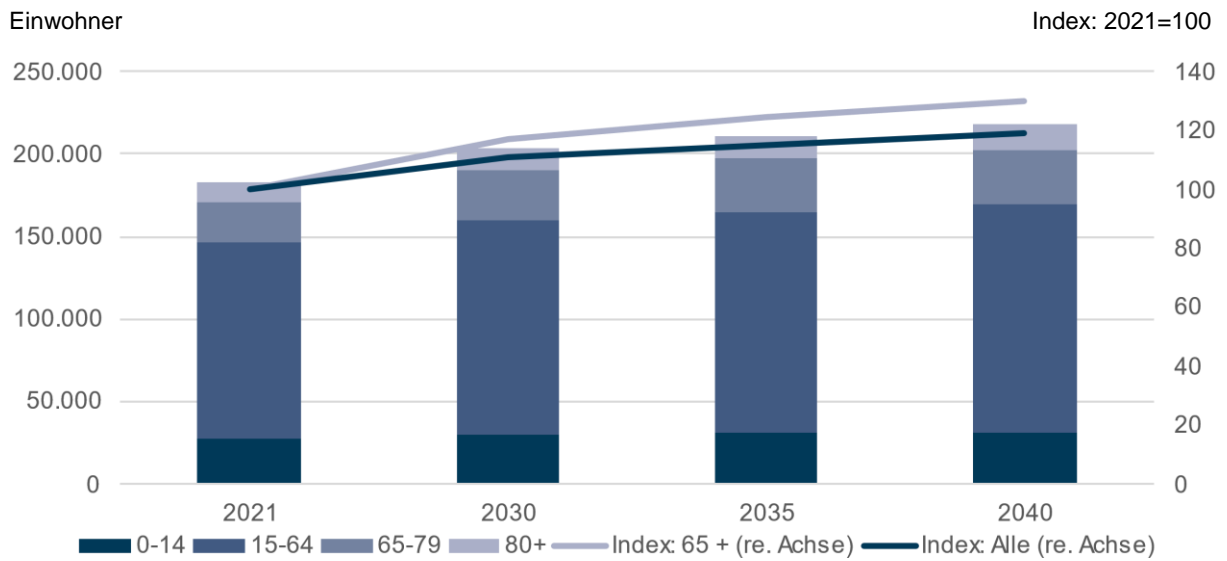
Quelle: LHP, Bereich Statistik und Wahlen, eigene Berechnungen empirica

Bevölkerung in Potsdam auch zukünftig stark wachsend

Potsdam wird nach der Prognose der LHP zukünftig weiterwachsen. Im Jahr 2040 werden knapp 217.900 Personen in Potsdam erwartet. Das sind knapp 34.500 (+19%) mehr als 2021¹⁶. Dabei steigt die Zahl der Personen ab 65 Jahren mit 30% anteilig stärker als die Gesamtbevölkerung (vgl. Abbildung 8).

¹⁶ Zwar liegen für das Jahr 2022 bereits aktuelle Bevölkerungszahlen vor, dennoch wurde der Zeitraum 2021 bis 2040 gewählt. Hintergrund ist die Vergleichbarkeit mit der Zahl der pflegebedürftigen Personen. Für dieses Personengruppe liegen zum Zeitpunkt der Berichtslegung lediglich Angaben für das Jahre 2021 vor.

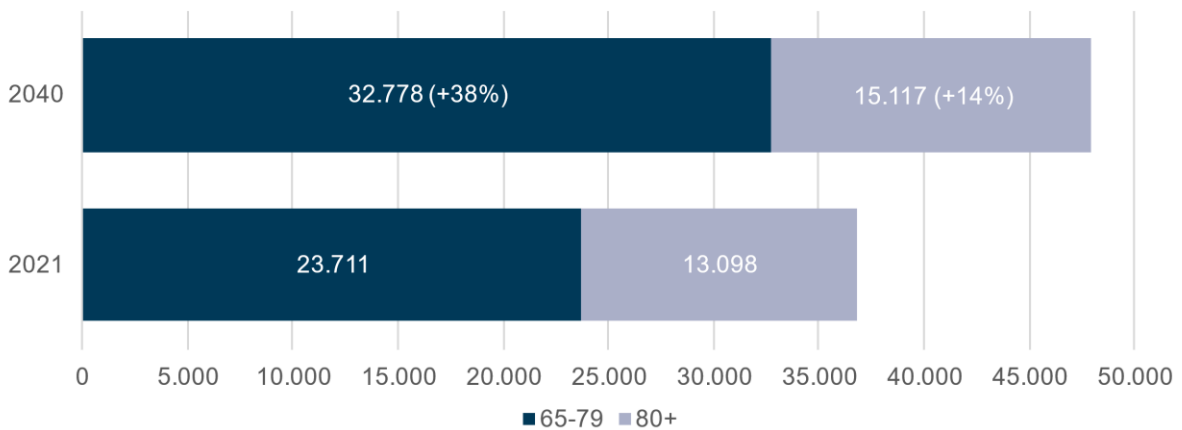
Abbildung 8: Bevölkerungszahl nach Alter in der LHP (2021 und Prognose 2040)



Quelle: LHP , Bereich Statistik und Wahlen, eigene Berechnungen empirica

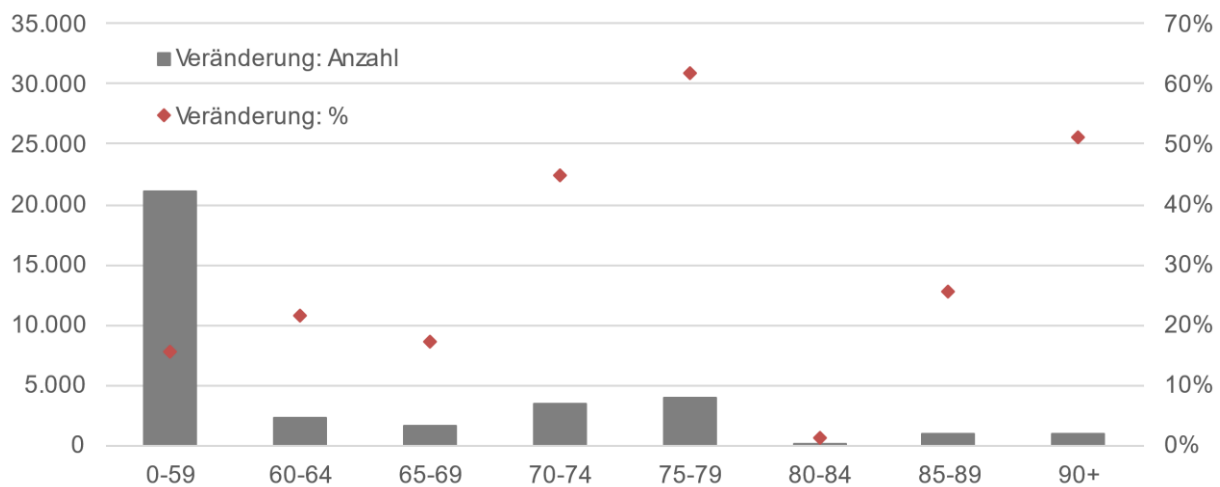
Insgesamt werden in Potsdam im Jahr 2040 rund 47.900 Personen ab 65 Jahren erwartet, gegenüber gut 36.800 Personen im Jahr 2021. Dieser Anstieg liegt mit 30% deutlich über dem der Gesamtbevölkerung. 2040 werden knapp 9.100 mehr Personen im Alter zwischen 65 und unter 80 in Potsdam leben (+38%) und gut 2.000 mehr 80-Jährige und Ältere (+15%; vgl. Abbildung 9 und Abbildung 10).

Abbildung 9: Bevölkerungszahl der Personen in der 3. Lebensphase in der LHP (2021 und Prognose 2040)



Quelle: LHP, Bereich Statistik und Wahlen

Abbildung 10: Veränderung der Bevölkerungszahl nach Altersgruppen in der LHP zwischen 2021 und 2040 (Prognose)



Quelle: LHP, Bereich Statistik und Wahlen, eigene Berechnungen empirica

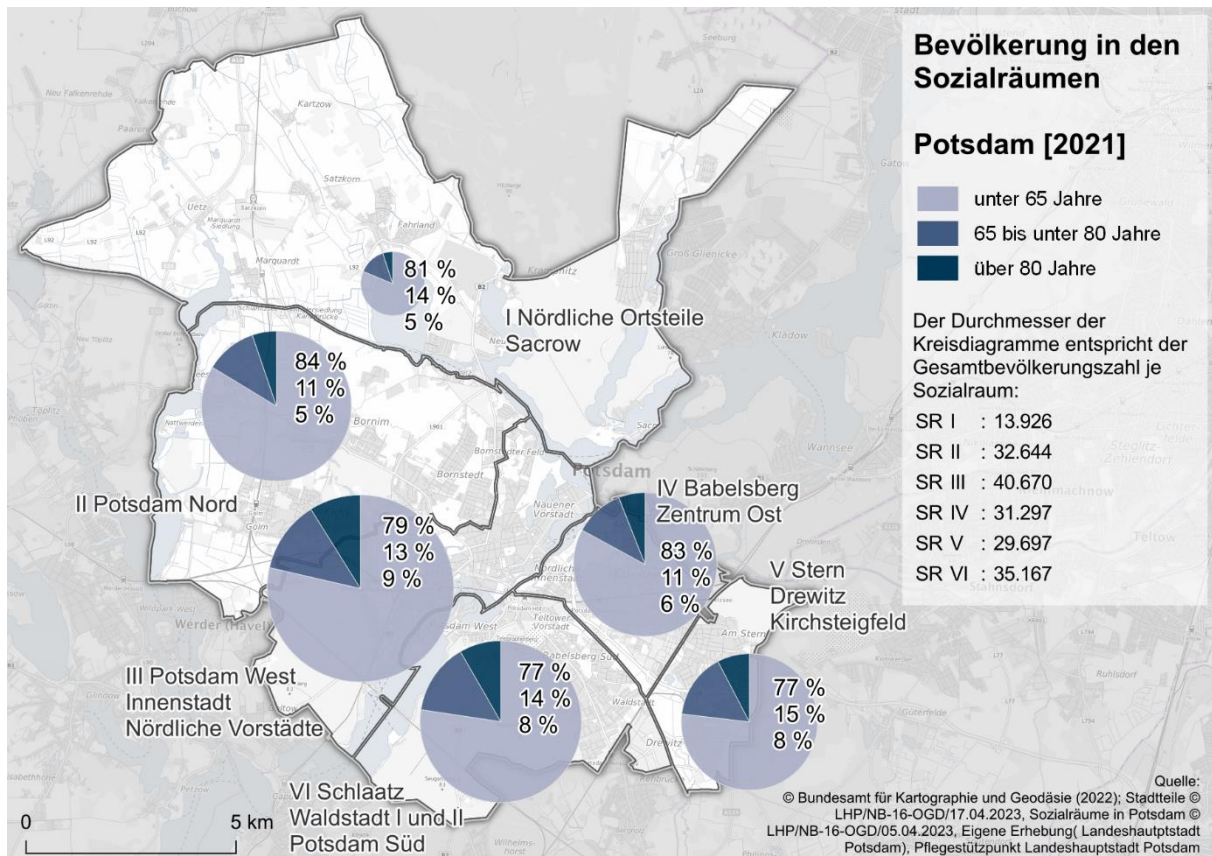
2.1 Situation in den Sozialräumen

Sozialräumlich sehr unterschiedliche Rahmenbedingungen

Der bevölkerungsstärkste Sozialraum in Potsdam ist der Sozialraum III (Potsdam West, Innenstadt, Nördliche Vorstädte), in dem sich auch die zentralen Stadtgebiete befinden. Dort lebten 2021 knapp 46.700 Personen und damit rund 22% der Gesamtbevölkerung. Mit gut 13.900 Personen (rd. 8%) leben die wenigsten Personen im nördlichen und dünner besiedelten Sozialraum I (Nördliche Ortsteile, Sacrow). Dabei hat das gesamtstädtische Bevölkerungswachstum der letzten zehn Jahre in allen Sozialräumen zu einem Anstieg der Bevölkerungszahl geführt. Dort wo viele Wohnungen neu gebaut wurden, war es besonders hoch (z. B. Sozialräumen II Potsdam-Nord + 47%, um 10.490 Pers.). Am niedrigsten war das Wachstum in den ohnehin dicht besiedelten zentralen Lagen (vgl. Abbildung 11 und Tabelle 17 im Anhang).

Gemessen an der jeweiligen Bevölkerung im Sozialraum leben anteilig die meisten Personen im Alter von 65 Jahren und älter in den südlichen Sozialräumen V (23%), III und VI (jeweils (22%). Nur Babelsberg/Zentrum Ost (SR IV), ebenfalls in der südlichen Stadthälfte, bildet eine Ausnahme und ist mit Potsdam-Nord (SR II) im Vergleich am jüngsten (vgl. Abbildung 11).

Abbildung 11: Bevölkerung nach Alter in den Sozialräumen der LHP (2021)



Quelle: LHP, Bereich Statistik und Wahlen, eigene Berechnungen empirica

empirica

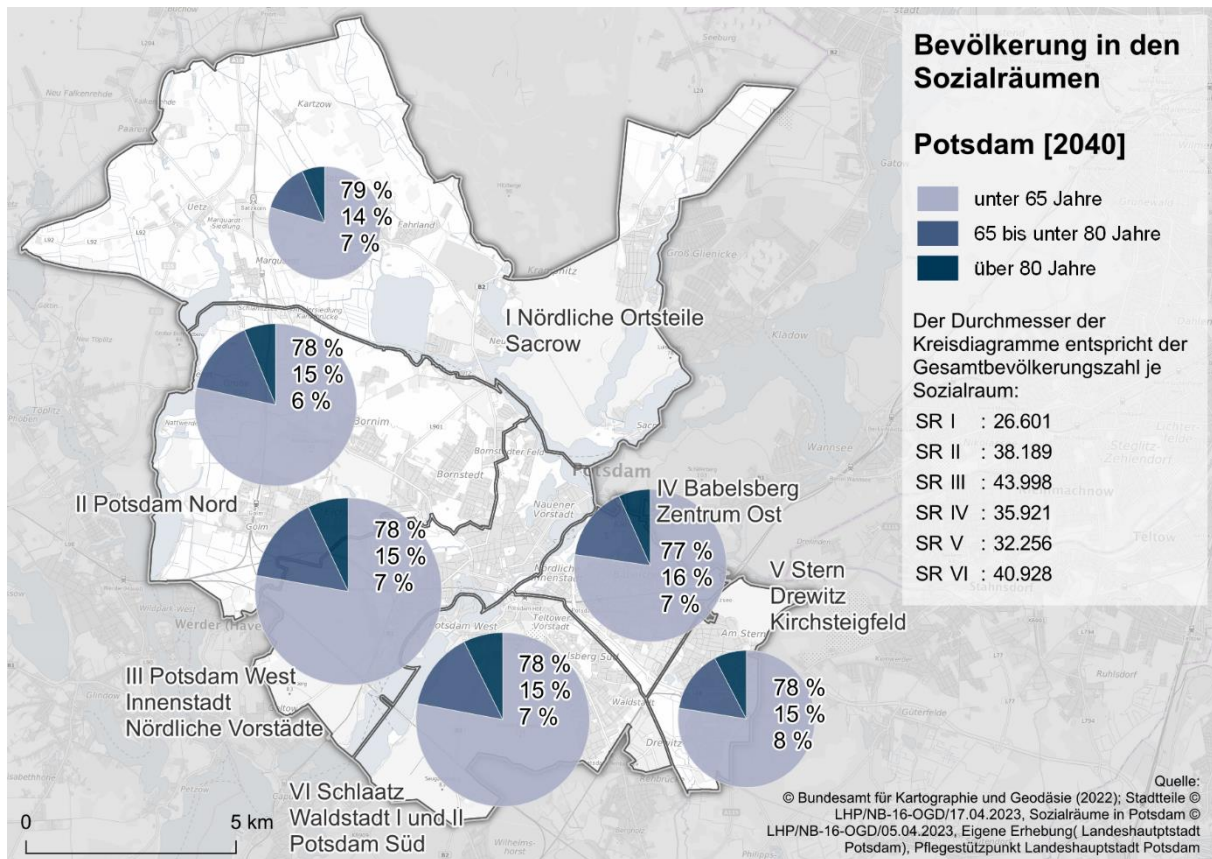
Entwicklung bis 2040

Auch in der Zukunft wird sich das erwartete Bevölkerungswachstum auf alle Sozialräume verteilen. Bei den Älteren gestaltet sich die Situation jedoch differenzierter (vgl. Abbildung 12 und Tabelle 17 im Anhang):

- 2040 wird der Anteil älterer Personen (65+) in allen Sozialräumen zwischen 21% (SR I und II) und 23% (SR IV und V) liegen.
- Dieses (dann) ähnliche Niveau bedeutet im Einzelnen jedoch einen unterschiedlichen relativen Anstieg. So werden in den Nördlichen Ortseilen/Sacrow (SR I) mehr als doppelt so viele Ältere ab 65 Jahren wohnen als 2021 (+109%). Auch in Potsdam Nord (SR II) und in Babelsberg/Zentrum Ost (SR IV) kommen jeweils mehr als die Hälfte dieser Altersgruppe hinzu (54 bzw. 53%). Demgegenüber wird die Veränderung zum Beispiel in Stern/Drewitz/Kirchsteigfeld (SR V) mit +6% nur geringfügig auffallen und absolut gesehen (+rd. 380 Personen) den Bedarf nach entsprechenden Angeboten nur minimal erhöhen.

→ Bei den Hochaltrigen ist das Bild uneinheitlich. Während sich die Zahl der 80-Jährigen und Älteren den Nördlichen Ortsteilen/Sacrow (SR I) mit 146% nochmals deutlich stärker steigt als die der Älteren insgesamt, werden in den zentralen Lagen Potsdam West/Innenstadt/Nördliche Vorstädte (SR III) sogar gut 500 Personen dieser Altersgruppe weniger erwartet als 2021 dort leben (-14%).

Abbildung 12: Bevölkerung nach Alter in den Sozialräumen der LHP (2040)



Quelle: LHP, Bereich Statistik und Wahlen, eigene Berechnungen empirica

2.2 Zwischenfazit

Potsdam hat in den letzten zehn Jahren (2012 bis 2021) rund 15% Einwohnerinnen und Einwohner hinzugewonnen. Mit plus 18% lag der Anstieg bei den 65-Jährigen und Älteren nochmal höher. Alle Themen rund um das Alter haben somit schon in der Vergangenheit überproportional an Bedeutung gewonnen. Im Gegensatz zu der jüngeren Bevölkerung, die vor allem durch Zuwanderung gewachsen ist, handelt es sich bei den Älteren sowohl um die demografische Alterung als auch um Wanderungsgewinne.¹⁷ Potsdam übt auf ältere Personen eine hohe Anziehungskraft aus und gewinnt in dieser Altersgruppe im Saldo sogar bundesweit hinzu.

¹⁷ Von den 5.500 Personen, die Potsdam im Zeitraum 2021 bis 2021 im Alter 65+ hinzugewonnen hat, entfallen 2.123 Personen (39%) auf einen positiven Wanderungssaldo.

Das zukünftige weitere Wachstum der LHP wird auch mit einem Wachstum der Gruppe der Älteren einhergehen. Mit 30% wird ihr Anstieg das der Gesamtbevölkerung (19%) übersteigen. Der demografische Wandel wird also nochmals kräftig an Fahrt aufnehmen und Ältere werden zu einer noch relevanteren Zielgruppe kommunaler Politik als dies heute schon der Fall ist. Konkret bedeutet das, dass sich Potsdam auf die Bedarfe von weiteren gut 11.000 Älteren (65+) einstellen muss. Mit rund 2.000 Personen ist das Plus bei den Hochaltrigen (80+), die besonders oft auf Hilfe und Pflege angewiesen sind, beachtlich.

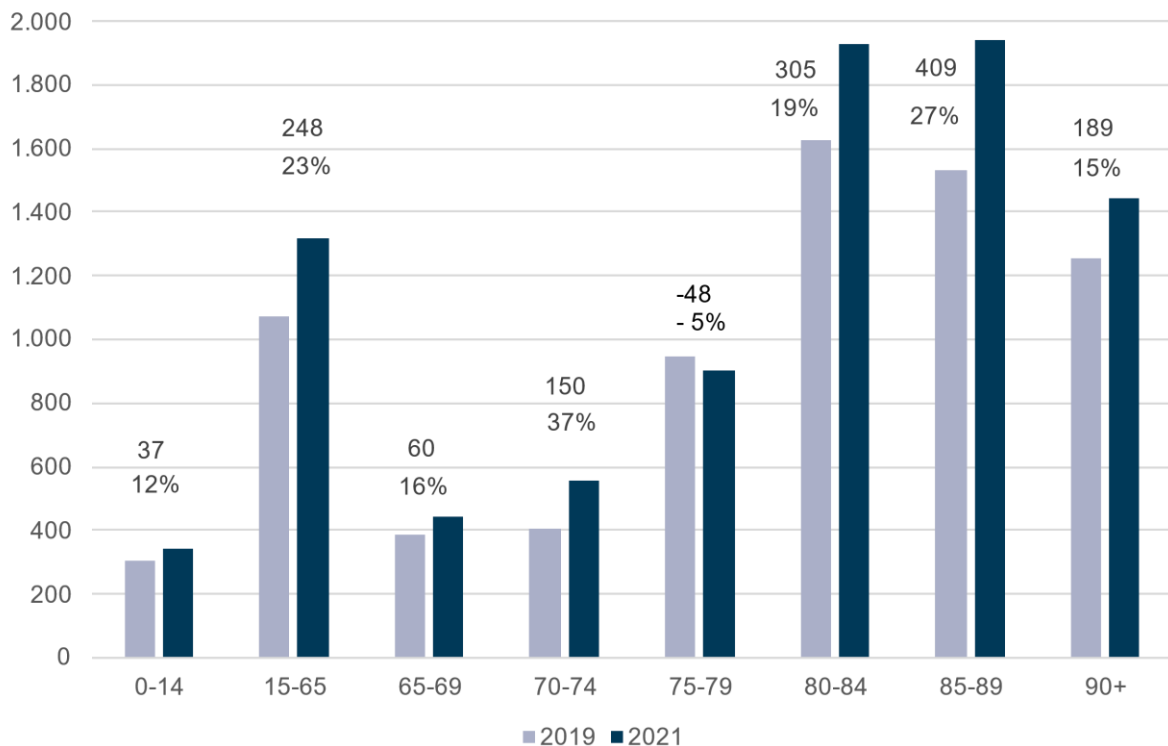
3. Pflegebedürftigkeit heute und 2040 in der LHP

3.1 Aktuelle Situation

Pflegebedürftige in der Landeshauptstadt Potsdam: Tendenz steigend

In Potsdam waren im Jahr 2021 8.875 Personen pflegebedürftig, darunter sind 5.492 (62%) Frauen und 3.383 Männer (38%). Unter der Annahme, dass sich die altersspezifische Pflegeprävalenz von deutschen und nicht deutschen nicht unterscheidet, besaßen rund 8.590 pflegebedürftige Personen die deutsche Staatsangehörigkeit und rund 285 pflegebedürftige Personen eine andere Staatsangehörigkeit.

Abbildung 13: Pflegebedürftige in der LHP (2019, 2021)



Anmerkung: Werte an den Balken = Veränderung

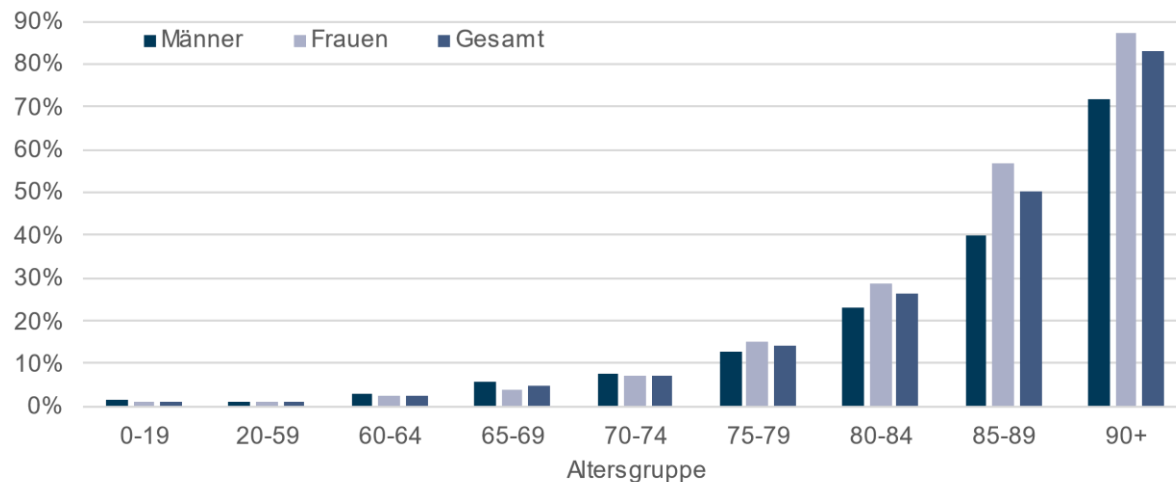
Quelle: Amt für Statistik Berlin-Brandenburg, Potsdam 2022

Im Vergleich zur Pflegestatistik 2019 ist die Zahl der pflegebedürftigen Personen in Potsdam um beinahe 18% beziehungsweise 1.350 Personen angestiegen (2019: 7.525). Absolut stieg besonders die Zahl der 80-Jährigen und Älteren in der LHP (vgl. Abbildung 13)

Trotz dieses Zuwachses in der LHP war der relative Anstieg niedriger als im Land Brandenburg (+20% bzw. um 30.675 auf 184.646 Pflegebedürftige).¹⁸

Das Risiko pflegebedürftig zu werden, steigt mit dem Alter stetig an. Unter 65 Jahren ist nur gut 1% der in Potsdam lebenden Personen pflegebedürftig. Bei den 80- bis unter 85-Jährigen ist es bereits etwa ein Drittel dieser Altersgruppe, bis das Risiko einer Pflegebedürftigkeit ab 90 Jahren auf 88% steigt (vgl. Abbildung 14).

Abbildung 14: Anteil pflegebedürftiger Personen (Pflegeprävalenz) an allen Personen der jeweiligen Altersgruppen in der LHP (2021)



Quelle: Amt für Statistik Berlin-Brandenburg, Potsdam 2022

Exkurs: Genderspezifische Unterschiede bei der Pflegebedürftigkeit

Auffällig ist, dass die Pflegeprävalenz bei Frauen ab dem 75. Lebensjahr höher ist als bei Männern.¹⁹ Das Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung erklärt dies mit der niedrigeren Lebenserwartung von Männern: „Es ist zu erwarten, dass vor allem gesundheitlich besonders widerstandsfähige Männer bis in die Hochaltrigkeit überleben. Diese sind dann in den höchsten Altersgruppen seltener pflegebedürftig als gleichaltrige Frauen.“ Weil Männer im Mittel früher sterben und Frauen häufiger ältere Partner haben, leben demnach ältere Frauen auch häufiger allein. „Bei Pflegebedarf kann daher schneller die Notwendigkeit bestehen, einen Antrag auf Pflegeleistungen zu stellen, während pflegebedürftige Männer häufig zuerst von ihren

¹⁸ Aufgrund veränderter gesetzlicher Rahmenbedingungen ist die Zahl der Pflegebedürftigen nur bedingt mit Werten von vor 2019 vergleichbar. So konnten zum Beispiel die Pflegebedürftigen mit Pflegegrad 1 ohne Leistungen ambulanter oder stationärer Einrichtungen oder mit ausschließlich landesrechtlichen Entlastungsleistungen in der Erhebung 2021 erstmals seit Einführung des neuen Pflegebegriffs 2017 umfassend durch die Meldungen der Kassen abgebildet werden. Die bisher bestehende Untererfassung wurde damit behoben (vgl. https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2022/12/PD22_554_224.html, abgerufen am 31. Juli 2023).

¹⁹ Das ist auch im Land Brandenburg und Bundesgebiet der Fall.

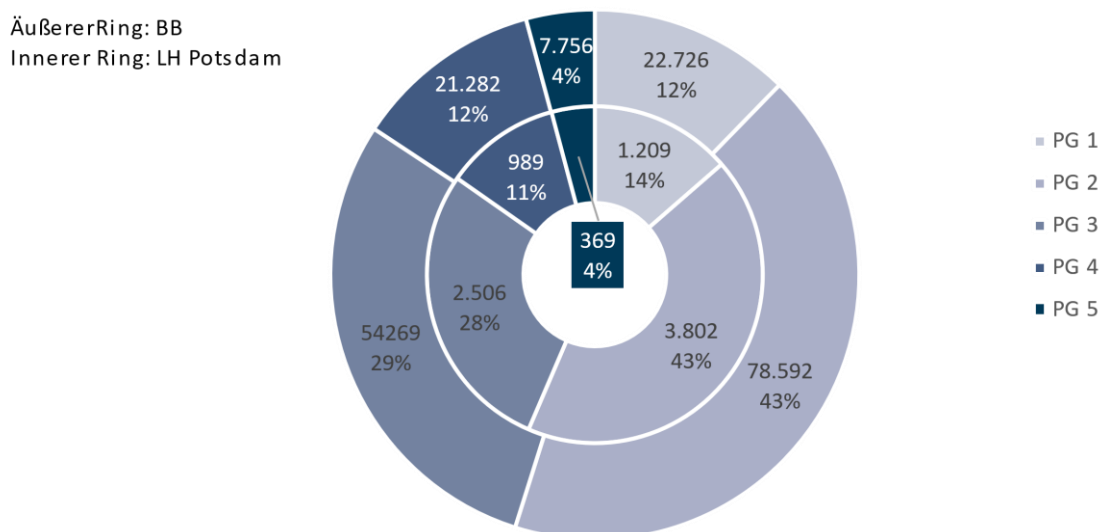
Partnerinnen versorgt werden. Entsprechend wird bei pflegebedürftigen Männern zunächst auf eine Antragstellung verzichtet, so dass sie seltener in der Pflegestatistik enthalten sind.²⁰ Diese Vermutung bestätigt sich bei einem Blick auf die nach Gender und Alter differenzierten Pflegeprävalenzen nach Art der Versorgung. So werden pflegebedürftige Männer im Vergleich zu pflegebedürftigen Frauen häufiger zu Hause durch angehörige Personen versorgt, während Frauen häufiger in Heimen gepflegt werden.

Die meisten Pflegebedürftigen mit Pflegegraden 2 und 3

Bei der Schwere der Pflegebedürftigkeit unterscheidet die Pflegeversicherung fünf Pflegegrade (siehe hierzu Seite 100 im Anhang). Sie sind abgestuft von geringen Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten (Pflegegrad 1) bis hin zu schwersten Beeinträchtigungen, die mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung einhergehen (Pflegegrad 5).

Mehr als sieben von zehn pflegebedürftigen Personen in Potsdam haben einen Pflegegrad 2 (43%) oder 3 (28%). Hierbei handelt es sich um Personen, die in der Regel noch zuhause leben können, wenn die dortigen Voraussetzungen gegeben sind. Bei den insgesamt 15% Schwerstpflegebedürftigen (Pflegegrade 4 und 5) steigt das Risiko, dass ein Umzug in eine stationäre Einrichtung erforderlich wird. Damit weicht die Verteilung nur marginal von der im Land Brandenburg ab (vgl. Abbildung 15).

Abbildung 15: Pflegebedürftige nach Pflegegrade in der der LHP und im Land Brandenburg (2021)



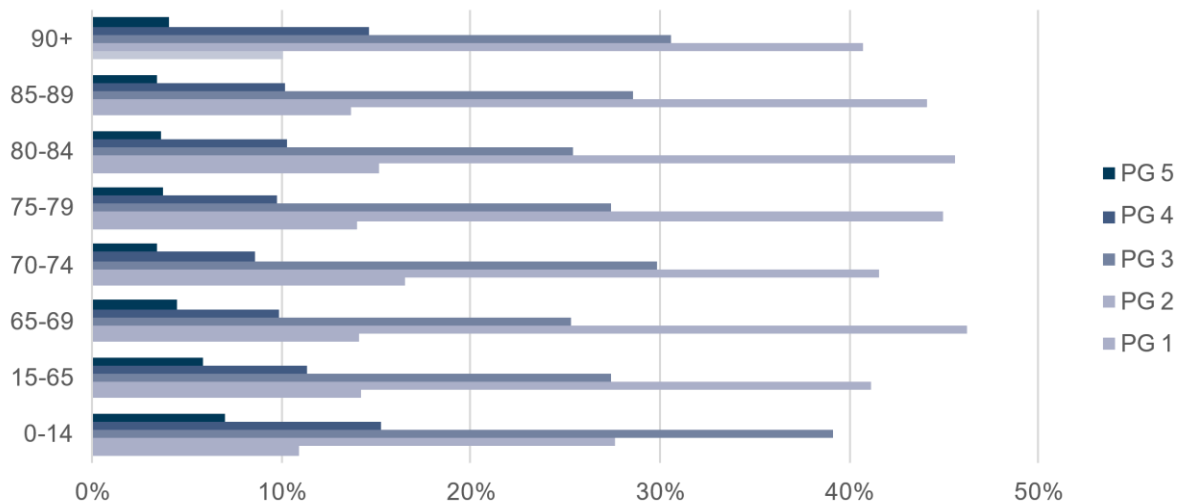
Quelle: Amt für Statistik Berlin-Brandenburg, Potsdam 2022

²⁰ Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung: „Altersspezifische Pflegequoten“ unter <https://www.demografie-portal.de/DE/Fakten/pflegequote-alter.html> (abgerufen am 22. November 2022).

Auch nach Alter differenziert zeigt sich, dass die Personen in der 3. Lebensphase zu ihren Lebzeiten nicht über den Pflegegrad 3 hinaus pflegebedürftig werden. Das gilt auch für Personen ab 90 Jahren, wenngleich sie etwas häufiger schwerstpflegebedürftig sind als andere Personen in der 3. Lebensphase.

Bei den Kindern und den jüngeren Altersgruppen sind ebenfalls die Pflegegrade 2 und 3 am häufigsten. Die Schwerstpflege (PG 5) ist aber bei den unter 15-Jährigen und selbst bei den 15 bis unter 65-Jährigen öfters erforderlich als bei den 65-Jährigen und Älteren (vgl. Abbildung 16).

Abbildung 16: Personen nach Schwere der Pflegebedürftigkeit (Pflegegrad) nach Alter in der LHP (2021)



Quelle: Amt für Statistik Berlin-Brandenburg, Potsdam 2022

Die Leistungen aus der Pflegeversicherung umfassen eine Vielzahl von Hilfestellungen für pflegebedürftige Personen und deren Angehörige beziehungsweise andere Pflegepersonen:

- Zur finanziellen Unterstützung für eine selbst beschaffte Pflegekraft steht das Pflegegeld zur Verfügung.²¹ Pflegebedürftige Personen erhalten (nach den Pflegegraden gestaffelt) einen monatlichen Geldbetrag und stellen die Versorgung selbst sicher. In der Regel bedeutet dies, dass pflegebedürftige Personen durch Angehörige oder andere (Privat-)Personen versorgt werden. Häufig wird in dieser Konstellation von einem informellen Pflegearrangement gesprochen, da (in der Regel) kein professioneller Pflegedienst, in die Pflege eingebunden ist.

²¹ Pflegebedürftige können selbst darüber entscheiden, wie und von wem sie gepflegt werden. Betroffene können sich dafür entscheiden, statt von einem ambulanten Pflegedienst von Angehörigen, Freunden oder anderen ehrenamtlich Tätigen versorgt zu werden. Hierfür zahlt die Pflegeversicherung das Pflegegeld. Voraussetzung für den Bezug von Pflegegeld ist, dass die häusliche Pflege selbst sichergestellt ist und mindestens Pflegegrad 2 vorliegt. Das Pflegegeld wird der pflegebedürftigen Person von der Pflegekasse überwiesen. Diese kann über die Verwendung des Pflegegeldes frei verfügen und gibt das Pflegegeld in der Regel an die sie versorgenden und betreuenden Personen als Anerkennung weiter. Das Pflegegeld kann auch mit ambulanten Pflegesachleistungen kombiniert werden.

- Pflegebedürftige Personen können auch wählen, gleichzeitig oder ausschließlich Hilfestellungen durch (ambulante) Pflegedienste (Pflegesachleistungen) in Anspruch zu nehmen. Dafür kann die gesamte Leistung beansprucht werden oder das Pflegegeld mit den Pflegesachleistungen kombiniert werden. Für Pflegesachleistung werden höhere Leistungspauschalen gewährt.
- Zudem können pflegebedürftige Personen niedrigschwellig Betreuungsangebote nutzen. Dies sind zum Beispiel kommunal und ehrenamtlich eingebundene Angebote. Auch besteht die Möglichkeit, die Pflegegeld- und Pflegesachleistungen mit einer Tages-, Nach- oder Verhinderungspflege zu ergänzen. In häuslicher Pflege besteht zudem ein Anspruch auf einen Entlastungsbetrag, der spezielle Angebote finanzieren und Pflegenden entlasten soll und kann.
- Für entgangenes Arbeitsentgelt während einer Pflegezeit wird zudem (für bis zu zehn Tagen) ein Pflegeunterstützungsgeld gewährt. Für Wohnraumanpassungen oder Wohngruppen werden weitere Leistungen gewährt.
- Ist die ambulante Pflege zu Hause (nicht mehr) möglich, so finanziert die Pflegeversicherung bis zu den entsprechenden Pflegesätzen Aufwendungen für die stationäre (Grund-) Pflege, medizinische Behandlungspflege und soziale Betreuung.

Die meisten Pflegebedürftigen werden zuhause versorgt

Die mit Abstand größte Gruppe der pflegebedürftigen Personen (2021) in der LHP (7.233 Pflegebedürftige), wie auch bundesweit, lebt zuhause. Fast die Hälfte (47%) wird in der LHP (nur) von Angehörigen gepflegt. Sie erhalten ausschließlich Pflegegeld. Etwa halb so viele (23%) werden ebenfalls zuhause versorgt, jedoch (auch) durch ambulante Pflegedienste (Pflegesachleistung). Zusammen beträgt der Anteil der pflegebedürftigen Personen, die in einer eigenen Wohnung leben, 82% (inkl. Sonstige, vgl. Tabelle 1).

Tabelle 1: Pflegebedürftige nach Versorgungsform und Altersklassen in der LHP (2021)

	0-14	15-64	65-79	80+	Alle	Anteil
Ambulante Pflege	5	167	440	1.387	1.999	23%
Vollstationäre Pflege	1	89	267	1.285	1.642	19%
Pflegegeld	297	891	948	2.057	4.193	47%
Sonstige	37	174	247	583	1.041	12%
Alle	340	1.321	1.902	5.312	8.875	100%
	4%	15%	21%	60%	100%	

Quelle: Amt für Statistik Berlin-Brandenburg

Mit dem Alter nimmt die Versorgung zu Hause stetig ab und die Versorgung im Pflegeheim gewinnt an Bedeutung. Während Kinder und Jugendliche nur in Ausnahmefällen im Heim

leben (lediglich 7% der 15 bis unter 65-jährigen Pflegebedürftigen werden vollstationär versorgt) sind es bei den 65- unter 79-jährigen Pflegebedürftigen bereits rund 14% und bei den 80-Jährigen und Älteren ist es gut jede fünfte Person.

Obwohl die vollstationäre Pflege mit zunehmendem Alter an Bedeutung gewinnt, wird selbst die Mehrheit der hochaltrigen Pflegebedürftigen in der LHP zu Hause gepflegt.

3.2 Projektion der Zahl der Pflegebedürftigen in der LHP bis 2040

3.3 Gesamtstädtische Entwicklung

Methodisches Vorgehen bei der Projektion der Zahl der Pflegebedürftigen²²

Für die Projektion der Zahl der pflegebedürftigen Personen in der LHP bis zum Jahr 2040 wurden die Pflegeprävalenzen der LHP mit der Bevölkerungsprognose verknüpft. Es handelt sich um die Fortschreibung der aktuellen Pflegestrukturen. Die zentrale Annahme ist, dass die genderspezifische Pflegeprävalenz (nach 5er-Altersgruppen differenziert) in Zukunft so sein wird, wie im Jahr 2021. Diese Pflegeprävalenz wird auf die „Kleinräumige Bevölkerungsprognose der LHP 2020 bis 2040“ für die sechs Sozialräume umgerechnet. Im Einzelnen:

- Ermittlung der Zahl der pflegebedürftigen Personen auf Basis beziehungsweise der Kombination der gender- und altersspezifischen Prävalenzen und der kleinräumigen Bevölkerungsprognose der LHP bis 2040.
- Ermittlung der Zahl der pflegebedürftigen Personen nach Versorgungsart (ambulant, Pflege zu Hause, vollstationäre und Sonstige).
- Berechnung zweier Varianten zum Vergleich: Fortschreibung der Ist-Prävalenzen für die LHP (Planungsvariante) sowie Variante auf Basis der Ist-Prävalenzen im Land Brandenburg (nach Alter, Gender und Art der Versorgung).
- Modellierung des Personalbedarfs für ambulant versorgte Pflegebedürftige und für stationär versorgte Pflegebedürftige unter Berücksichtigung entsprechender Betreuungsschlüssel auf Basis der Planungsvariante.

Wurden beispielsweise im Jahr 2021 7,5% der 80- bis unter 84-jährigen Frauen in der LHP ambulant versorgt (Versorgung zu Hause mit/ durch ambulante Pflegedienste), wird bei der Projektion unterstellt, dass 2040 dieser Anteil konstant bleibt. Da die Inanspruchnahme der Art der Versorgung je 5er-Altersgruppen und Geschlecht der pflegebedürftigen Personen verschieden ist, verändert sich mit dem demografischen Wandel auch die quantitative Bedeutung der einzelnen Versorgungsarten.

²² Die Vergleichbarkeit mit der Prognose des Seniorenplans ist nur eingeschränkt möglich. Die Basis bilden Angaben aus der Pflegestatistik 2021. Zum Zeitpunkt der Erarbeitung des Potsdamer Seniorenplans 2018 lagen aus der Pflegestatistik lediglich Angaben für das Jahr 2017 vor. Die Pflegestatistik wird von den Statistischen Ämtern des Bundes und der Länder seit dem Dezember 1999 zweijährlich durchgeführt. Daten der Seniorenbefragung werden Januar 2024 vorliegen.

Da das genderspezifische Pflegerisiko in allen Altersgruppen in den letzten Jahren gestiegen ist, handelt es sich insgesamt um eine konservative Schätzung: Die Wahrscheinlichkeit, dass die kommende Entwicklung unterschätzt wird, ist höher als die Wahrscheinlichkeit, dass die kommenden Entwicklungen überschätzt wird.

Planungsvariante: Bis 2040 rund 2.400 Pflegebedürftige mehr in der LHP

Exkurs:

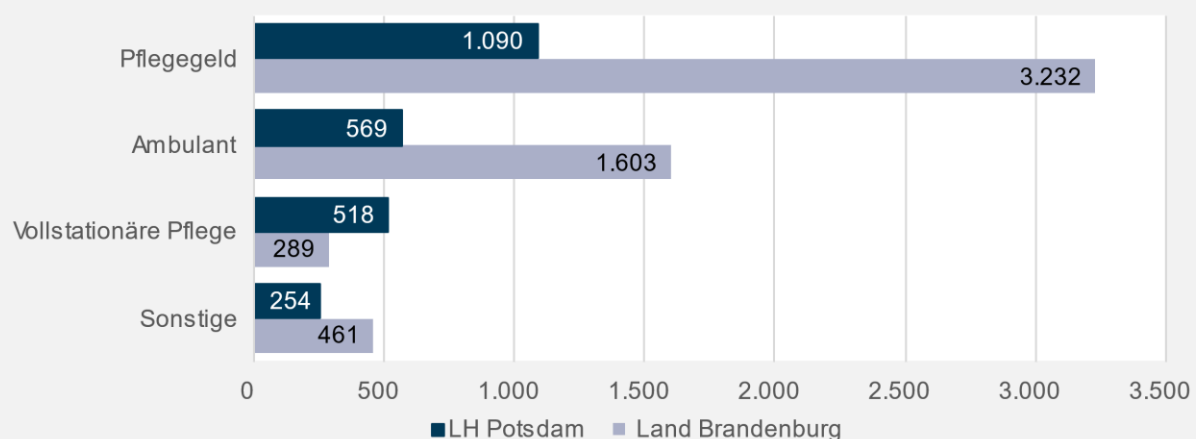
Unterschiede der Pflegeprävalenz zwischen der LHP und dem Land Brandenburg

Die Pflegeprävalenz im Land Brandenburg liegt über der in der LHP. Das liegt vor allem daran, dass im Land Brandenburg die Pflegeprävalenzen der zu Hause versorgten Pflegebedürftigen höher sind als die in der LHP. Bei Pflegeprävalenzen in Höhe des Landes Brandenburg stiege die Zahl der pflegebedürftigen Personen bis 2040 auf 14.460.

Eine Vermutung ist, dass in den ländlich geprägten Gebieten im Land Brandenburg verstärkt auf soziale Netzwerke bei Hilfsbedürftigkeit zurückgegriffen wird und der Hilfebedarf früher als in der LHP erkannt und akzeptiert wird. So spielen bei der Pflegebedürftigkeit auch soziale Zusammenhänge eine Rolle. „Pflegebedürftigkeit wird häufig zu spät beziehungsweise akzeptiert“²³. Sichtbar wird dies zum Beispiel bei den Pflegeprävalenzen nach Art der Versorgung und nach Altersgruppen. Während die Pflegeprävalenzen der zu Hause versorgten 75-Jährigen und Älteren (in 5er Altersklassen) im Land Brandenburg deutlich über den Pflegeprävalenzen in der LHP liegen, liegen die Pflegeprävalenzen der in Heimen versorgten in der LHP deutlich über denen in Brandenburg. Das ist kein Alleinstellungsmerkmal von der LHP und ist in vielen größeren Städten zu beobachten.

Vereinfacht gesagt, im Land Brandenburg wird früher ein Pflegegrad als in der LHP beantragt. Mit steigendem Pflegebedarf wird dann aber in der LHP eher ins Heim gezogen als im Land Brandenburg. Dieses Muster ist typisch für größere Städte.

Abbildung 17: Veränderung der Zahl Pflegebedürftigen nach Art der Versorgung in der LHP (2021, 2040)

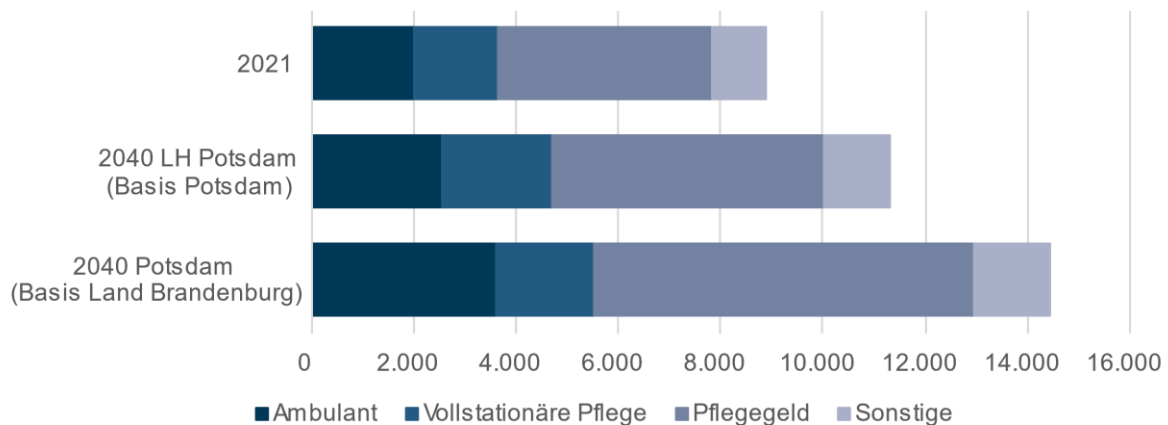


²³ VdK-Pflegeexperte Olaf Christen (vgl. „Plötzlich Pflegefall: zeitnahe Beratung ist wichtig“; <https://www.vdk.de/permalink/73157>, abgerufen am 19. April 2023)

Quelle: Amt für Statistik Berlin-Brandenburg, Potsdam 2022, LHP, Bereich Statistik und Wahlen, eigene Berechnungen empirica (Basis Potsdam = Planungsvariante)

Bei Fortschreibung der aktuellen Pflegeprävalenz in der LHP (Planungsvariante) wird die Zahl der pflegebedürftigen Personen in der LHB von 2021 bis 2040 von 8.875 auf rund 11.300 ansteigen. Das entspricht einem Plus von 2.425 Personen bzw. 27%. Dabei steigt die Zahl der vollstationär Versorgten um knapp 520 (+32%), die der ambulant Versorgten um knapp 570 (+29%) und die der Pflegegeldempfänger um 1.090 Personen (+26%). Die Sonstigen steigen um gut 250 (+24%) (vgl. Abbildung 18).

Abbildung 18: Pflegebedürftige nach Art der Versorgung in der LHP (2021, 2040)



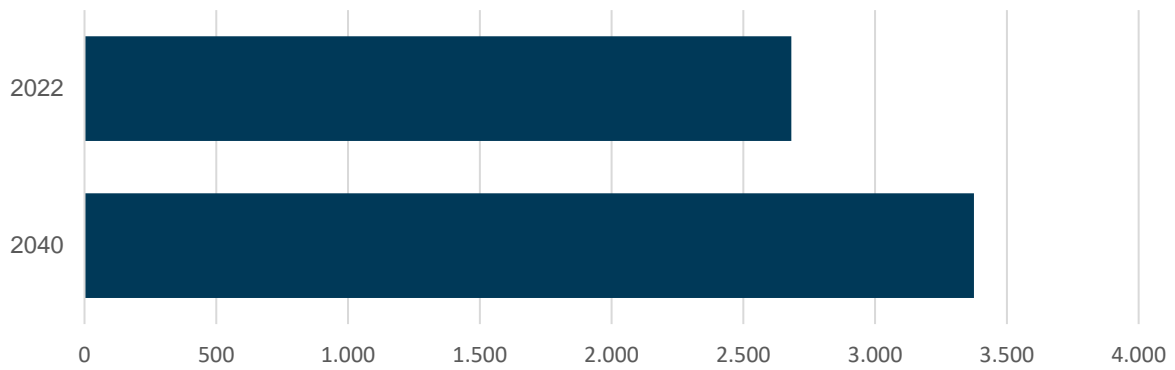
Quelle: Amt für Statistik Berlin-Brandenburg, Potsdam 2022, LHP, Bereich Statistik und Wahlen, eigene Berechnungen empirica (Basis Potsdam = Planungsvariante)

Werden die Pflegeprävalenzen des Landes Brandenburg zugrunde gelegt, steigt die Pflegebedürftigkeit (insgesamt) stärker (vgl. Abbildung 17 und folgender Exkurs).

2022 lebten nach der SARAHDatenbank rund 2.680 demenziell erkrankte Personen in der LHP. Werden die Prävalenzen²⁴ des Jahres 2022 zugrunde gelegt, steigt die Zahl der demenziell erkrankten Personen in der LHP bis 2040 um etwa 700 (+25%) auf knapp 3.380 Personen (vgl. Abbildung 19). Absolut und relativ ist der Anstieg in der Altersklasse der 75 bis unter 80-Jährigen Personen am höchsten (+ rd. 240 bzw. 70%, vgl. Abbildung 22).

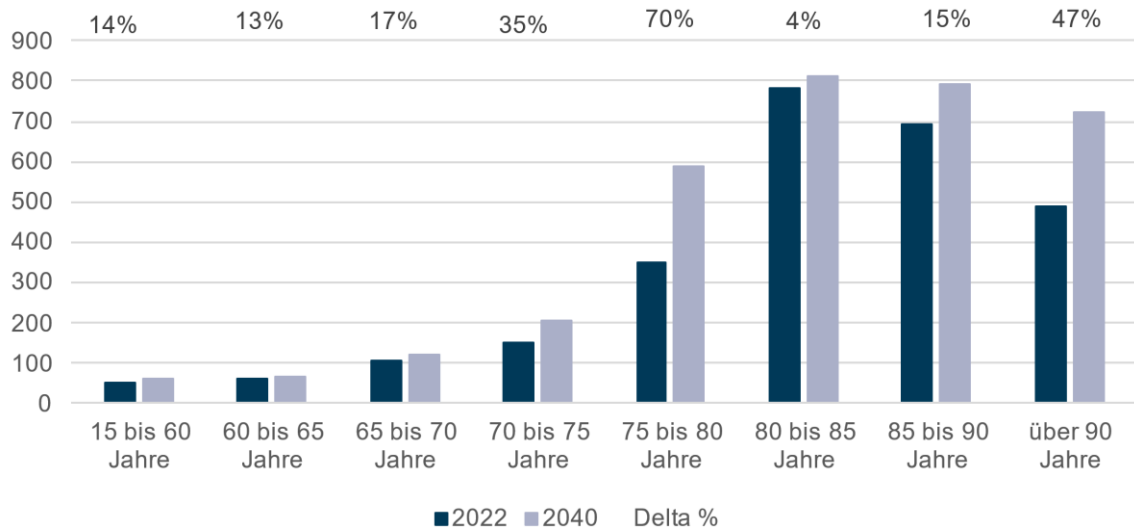
²⁴ Im Jahr 2022, unter Berücksichtigung des Alters und der genderspezifischen Unterschiede (Prävalenz und Bevölkerungsprognose der LHP).

Abbildung 19: Demenziell Erkrankte in der LHP (2022, 2040)



Quelle: Amt für Statistik Berlin-Brandenburg, Potsdam 2022, LHP, Bereich Statistik und Wahlen, SARAH-Datenbank, eigene Berechnungen empirica (Basis Potsdam = Planungsvariante)

Abbildung 20: Projektion der Zahl der demenziell Erkrankten nach Altersklassen in der LHP (2022, 2040)



Quelle: Amt für Statistik Berlin-Brandenburg, Potsdam 2022, LHP, Bereich Statistik und Wahlen, SARAH-Datenbank, eigene Berechnungen empirica (Basis Potsdam = Planungsvariante)

3.4 Pflegebedürftige in den Sozialräumen

Analog zu den unterschiedlichen demografischen Rahmenbedingungen in den Sozialräumen wird sich der Umfang der Pflegebedürftigkeit vor Ort in den Sozialräumen 2040 unterscheiden:²⁵

- 2040 wird die Anzahl pflegebedürftiger Personen in allen Sozialräumen ansteigen, ausgenommen auch hier (vgl. Abschnitt 2.1) der Bereich Potsdam West/Innenstadt/Nördliche Vorstädte (SR III). Dort bleibt die Anzahl in etwa konstant (vgl. Tabelle 2)
- Spitzenreiter ist der Bereich Nördliche Ortsteile/Sacrow (SR I). Dort steigt die Anzahl pflegebedürftiger Personen gegenüber 2021 um 134% auf dann rund 1.300. Aber auch in Potsdam Nord (SR II) und in Babelsberg/Zentrum Ost (SR IV) kommen jeweils 47 (bzw. 42%) hinzu.

Tabelle 2: Pflegebedürftige in den Sozialräumen der LHP (2021, 2040)

	I	II	III	IV	V	VI	Potsdam
Pflegebedürftige nach Art der Versorgung 2021							
Ambulante Pflege	118	272	535	288	347	439	1.999
Vollstationäre Pflege	91	218	456	235	280	363	1.642
Pflegegeld	280	629	1.043	639	725	878	4.193
Sonstige	68	149	264	154	182	224	1.041
Alle	557	1.267	2.297	1.317	1.533	1.904	8.875
Pflegebedürftige nach Art der Versorgung 2040							
Ambulante Pflege	293	417	532	424	406	495	2.568
Vollstationäre Pflege	247	344	452	358	343	416	2.160
Pflegegeld	614	885	1.080	873	821	1.011	5.283
Sonstige	149	216	265	214	202	250	1.295
Alle	1.303	1.863	2.329	1.869	1.771	2.172	11.306
Pflegebedürftige Delta abs. 2021-2040							
Ambulante Pflege	175	146	-3	136	59	56	569
Vollstationäre Pflege	156	126	-3	123	64	54	518
Pflegegeld	334	257	37	234	96	133	1.090
Sonstige	81	68	0	60	20	26	254
Alle	746	596	31	552	238	268	2.431
Pflegebedürftige Delta % 2021-2040							
Ambulante Pflege	148%	54%	-1%	47%	17%	13%	28%
Vollstationäre Pflege	170%	58%	-1%	52%	23%	15%	32%
Pflegegeld	119%	41%	4%	37%	13%	15%	26%
Sonstige	119%	45%	0%	39%	11%	11%	24%
Alle	134%	47%	1%	42%	16%	14%	27%

Anmerkung: Auf der Ebene der SR liegen keine Angaben zur Zahl der Pflegebedürftigen vor. Die Angaben wurden entsprechend der gender- und altersspezifischen Pflegeprävalenzen für die LHP für die SR gemäß der genderspezifischen Altersstruktur hochgerechnet.

Quelle: LHP, Bereich Statistik und Wahlen, eigene Berechnungen empirica

3.5 Zwischenfazit

Die Alterung stellt die Pflegelandschaft und alle ihr vorgelagerten und flankierenden Ressourcen vor große Herausforderungen. Nach dem Anstieg der vergangenen Jahre werden bis zum Jahr 2040 bei gleichbleibender Pflegeprävalenz noch einmal gut 2.400 mehr pflegebedürftige Personen erwartet als Ende 2021. Insgesamt werden dann rund 11.300 pflegebedürftige Personen in der LHP leben (+27%). Den mit Abstand größten Zuwachs gibt es bei den zuhause Versorgten. Hier sind es die Angehörigen, die den Hauptanteil der Pflege leisten. Bleibt die Versorgungsstruktur unverändert bestehen, so werden 2040 gut 1.000 pflegebedürftige Personen mehr von Angehörigen versorgt als heute. Auch bei ambulanten Diensten und der vollstationären Pflege bedeutet das Plus von jeweils mehr als 500 pflegebedürftigen Personen einen starken Anstieg auf der Bedarfsseite. Das gilt insbesondere in den Sozialräumen, in denen zukünftig besonders viele pflegebedürftige Personen hinzukommen: Nördliche Ortsteile/Sacrow (SR I), Potsdam Nord (SR II) und Babelsberg Zentrum Ost (IV). Dort entspräche der Anstieg der pflegebedürftigen Personen mit vollstationärer Versorgung jeweils in etwa einem neuen stationären Pflegeheim.

²⁵ Angaben zur aktuellen Zahl der pflegebedürftigen Personen liegen für die Sozialräume nicht vor. Die Angaben für die SR wurden entsprechend der gender- und altersspezifischen Pflegeprävalenzen in Potsdam für die SR entsprechend der der genderspezifischen Altersstruktur in den SR hochgerechnet.

4. Aktuelle Versorgungssituation und zukünftige Bedarfe in der LHP

4.1 Vorbemerkung

In Kapitel 2 und 3 sind die quantitativen Rahmenbedingungen zur Demografie und Pflegebedürftigkeit in der LHP dargestellt. Kapitel 4 untersucht nun, welche Angebote vor Ort zur Verfügung stehen und wie sich die Bedarfssituation in Zukunft gestalten wird. Es wird dabei zwischen verschiedenen Arten der Versorgung unterschieden, von altersgerechten Wohnangeboten über klassische Pflegeangebote bis hin zu Hospizen sowie weiteren Unterstützungsstrukturen.

Aussagen zur künftigen Bedarfssituation

*Die Aussagen zur künftigen Bedarfssituation sind grundsätzlich von drei Parametern bestimmt: **Demografie und Pflegeprävalenz:** Basis der ermittelten Bedarfszahlen für das Jahr 2040 sind die amtliche Bevölkerungsprognose sowie die Projektion der pflegebedürftigen Personen. Hierbei handelt es sich nicht nur um eine Fortschreibung der aktuellen Pflegeprävalenzen, sondern auch der aktuellen Versorgungssituation ((teil)stationär/ambulant/Kombination; vgl. Abschnitt 3.2). Die Projektion schreibt also den Status Quo der aktuellen Versorgungssituation fort.*

***Gleichgewicht Bedarf/Angebot:** Durch eine solche Fortschreibung werden aktuelle Defizite oder auch Überangebote ebenfalls fortgeschrieben. Entsprechende Hinweise werden mit dem Ziel einer bedarfsdeckenden Angebotslandschaft jeweils dargelegt.*

***Politische Zielrichtung möglicher struktureller Veränderungen:** Die politische Zielrichtung entscheidet, trägt mit dazu bei, die Pflegelandschaft in Zukunft mitzugestalten. Ist beispielsweise eine weitere Stärkung der Pflege zuhause das Ziel und werden hierfür erfolgreiche Lösungen gefunden, würden sich die Bedarfszahlen bei der vollstationären Pflege zugunsten ambulanter Formen verringern. Das Potenzial einer solchen strukturellen Verschiebung der Versorgungsart ist im Rahmen des Pflegebedarfsplans nicht genauer zu quantifizieren. Es werden aber mit Blick auf die Handlungsbedarfe und strategischen Handlungsempfehlungen (vgl. Abschnitt 7) entsprechende Überlegungen aufgeführt.*

4.2 Wohnen im Alter

4.2.1 Altersgerechte (barrierefreie) Wohnungen

Eine altersgerechte Wohnung mit möglichst wenig Barrieren ist in vielen Fällen für die Prävention (von Hilfs- und Pflegebedürftigkeit) und den Erhalt der Selbständigkeit notwendig. Die Bevölkerung wird immer älter, in Deutschland, in Brandenburg und auch in der LHP. Dabei leben die meisten Personen in ihren Wohnungen und erkennen erst mit fortschreitendem Alter und/oder Krankheit die Mobilitätseinschränkungen (in der Wohnung und im Umfeld). Daraus resultiert eine Versorgungslücke bei barrierereduzierten und altersgerechten Wohnungen.

Für den Begriff der Barrierereduzierung oder Barrierefreiheit gibt es keine einheitliche Definition. Begriffe wie altersgerecht, barrierefrei oder barrierearm/-reduziert, schwellenfrei, rollstuhlgerecht oder auch behindertengerecht werden vielfach mehr oder weniger synonyme verwendet. Den in der Fachwelt am weitesten verbreiteten Orientierungsrahmen für die barrierefreie Gestaltung von Wohnungen und Wohngebäuden, mit einer zudem recht anspruchsvollen Definition, liefert die DIN 18040-Teil 2.²⁶ Allerdings werden meist weder beim Neubau noch bei Bestandssanierungen alle Kriterien der DIN (18040-Teil 2) umgesetzt. Meist stehen technische und/oder Kostengründe dem entgegen, wenn zum Beispiel auf eine konsequente Umsetzung entsprechender Bewegungsradien oder breitere Türen verzichtet wird. Aber auch eine teilweise Umsetzung kann zahlreiche Erleichterungen bieten. Daher werden auch bei anerkanntem Pflegegrad pflegerelevante Umbaumaßnahmen (bis zu 4.000 Euro) von der Pflegekasse gefördert.

Für den Neubau gibt die Brandenburgische Bauordnung²⁷ vor, dass in Gebäuden mit mehr als zwei Wohnungen die Wohnungen eines Geschosses (im weiteren Sinne) barrierefrei erreichbar sein müssen.²⁸ Auch dann, wenn Wohnungen nicht vollständig barrierefrei, sondern zum Beispiel nur barrierearm sind, können sie aufgrund ihrer Lage und Ausstattung (z. B. treppenlose Erschließung mit Aufzug, Nachrüstungen) durchaus für Personen mit Einschränkungen geeignet sein. Solche Wohnungen sind teilweise auch für Personen im Rollstuhl interessant, wenn Diese nach Maßnahmen der Wohnungsanpassung weitgehend rollstuhlgerecht nutzbar sind.

²⁶ In der Fachwelt dient die DIN in der Regel als Orientierung für eine barrierefreie Gestaltung. Die DIN 18040-2 bestimmt die Grundlagen für die barrierefreie Ausstattung von Wohnungen. Sie enthält umfangreiche Mindeststandards für die äußere und innere Gebäudeerschließung, Systeme für die kognitive Wahrnehmung (warnen, informieren, orientieren, leiten), Bedien- und Kommunikationselemente, die Ausstattung in Wohnungen sowie Freisitze. In einem zweistufigen Raster wird dabei zwischen „barrierefrei nutzbaren Wohnungen“ und „barrierefrei und uneingeschränkt mit dem Rollstuhl nutzbaren Wohnungen“ (rollstuhlgerecht) unterschieden.

²⁷ Vgl. BbgBO in § 50 (1)

²⁸ In diesen Wohnungen müssen die Wohn- und Schlafräume, eine Toilette, ein Bad, der Raum mit den technischen Voraussetzungen für den Einbau einer Küche und, soweit vorhanden, ein Freisitz, wie eine Terrasse, eine Loggia oder ein Balkon, barrierefrei sein. Analog zur Musterbauordnung gelten lt. § 2 (9) bauliche Anlagen als barrierefrei, soweit sie für Personen mit Behinderung in der allgemein üblichen Weise, ohne besondere Erschwernis und grundsätzlich ohne fremde Hilfe zugänglich und nutzbar sind. Zudem müssen gemäß § 39 (4) Gebäude mit einer Höhe von mehr als 13 Metern mit Aufzügen ausgestattet werden. Für Bestandsimmobilien greifen Vorgaben nur im Falle spezifischer Fördermitteleinsätze (z. B. KfW-Programm altersgerecht Umbauen, vgl. Kreditanstalt für Wiederaufbau: Anlage zum Merkblatt Altersgerecht Umbauen. Kredit (159)). Technische Mindestanforderungen und förderfähige Maßnahmen.

Situation in der LHP

In der amtlichen Statistik werden mittlerweile beim Mikrozensus Fragen zur Barrierefreiheit von Gebäuden und Wohnungen gestellt. Bei den Gebäuden wird nach drei Merkmalen²⁹ der Barrierereduktion unterschieden und bei den Wohnungen nach acht Merkmalen³⁰. Werden die relativen Anteile³¹ des Landes Brandenburg für die LHP hochgerechnet gibt es in der LHP knapp 2.200 Wohnungen mit allen (acht) Merkmalen der Barrierereduktion. Rund 13.500 Wohnungen in der LHP verfügen über einen ebenerdigen Einstieg zur Dusche, gut 15.800 Wohnungen haben keine Schwellen oder Bodenunebenheiten und in fast einem Drittel aller Wohnungen (30% bzw. knapp 28.400) sind alle Räume stufenlos erreichbar. Gut 1.300 verfügen über schwellenarme Wohnungen, ebenerdigen Duscheinstieg und auch einen schwellenlosen Zugang (Gebäude) zur Wohnung (Tabelle 3).

Die LHP gibt die Zahl barrierefreier Wohnungen für das Jahr 2022 mit 671 an.³² Darunter sind Wohnungen der Wohnungsunternehmen und -genossenschaften ebenso wie von privaten Unternehmen.³³

Tabelle 3: Abschätzung des Wohnungsbestandes mit Barrierereduktion in der LHP (2022).

	Anteil Land Brandenburg ¹	Landeshauptstadt Potsdam ²
Wohnungen	100%	94.109
Wohnung ohne Barrierereduktion	20%	18.544
Wohnung mit weitgehender Barrierereduktion ³	2%	2.190
<i>Einstieg zur Dusche ebenerdig</i>	14%	13.529
<i>keine Schwellen / Bodenunebenheiten</i>	17%	15.809
<i>alle Räume stufenlos erreichbar</i>	30%	28.378
Schwellenlose Wohnung und Gebäude⁴	1%	1.318

¹ Mikrozensus 2018; ² Wohnungen 2021, Wohnungen mit Barrierereduktion für die LHP aus Mikrozensus für das Land Brandenburg hochgerechnet, ³ Wohnungen, die alle acht Merkmale der Barrierereduktion erfüllen, ⁴ Zugang zur Wohnung schwellenlos, Einstieg zur Dusche ebenerdig, alle Räume stufenlos erreichbar, Wohnung weitgehend schwellenfrei.

Quelle: Amt für Statistik Berlin-Brandenburg, LHP, Bereich Statistik und Wahlen, eigene Berechnungen empirica

Bedarf und künftiger Bedarf

Ebenso wenig wie es für den Begriff der Barrierereduzierung oder Barrierefreiheit eine einheitliche Definition gibt, existiert weder in der LHP noch bundesweit eine empirische (einheitliche)

²⁹ In „Zugang zur Wohnung schwellenlos“, „ausreichende Breite der Haustür“ und „ausreichende Breite der Flure“.

³⁰ In „keine Schwellen / Bodenunebenheiten“, „alle Räume stufenlos erreichbar“, „ausreichende Breite der Wohnungstür“, „ausreichende Breite der Raumentüren“, „ausreichende Breite der Flure“, „genügend Raum entlang der Küchenzeile“, „genügend Raum im Bad / Sanitärbereich“ und „Einstieg zur Dusche ebenerdig“.

³¹ vgl. "Ergebnisse des Mikrozensus im Land Brandenburg 2018", Amt für Statistik Berlin-Brandenburg.

³² Vgl. LHP Potsdam - Geschäftsbereich 4 Stadtentwicklung, Bauen, Wirtschaft und Umwelt (Hrsg.): Integriertes Stadtentwicklungskonzept 2035. Beschlussfassung. S. 241. Potsdam Mai 2022.

³³ Quelle: Pflegestützpunkt der LHP Potsdam, eigene Erhebungen.

Untersuchung (Datenbasis) zur Anzahl barrierefreier Wohnungen. Der Bedarf und der künftige Bedarf können daher nur grob Anhand von zwei Modellrechnungen abgeschätzt werden.

Ergebnis der Bürgerumfrage (2021), die auf subjektiven Einschätzungen der Befragten basiert, war, dass viele Haushalte davon ausgehen, auch im Alter und bei körperlichen Einschränkungen weiterhin in ihrer Wohnung/ihrem Haus leben zu können. So gab insgesamt etwa die Hälfte der Befragten an, dass ihre jetzige Wohnung/ihre Haus hierfür geeignet sei.³⁴ Je neuer ein Gebäude, umso positiver fällt die Einschätzung aus. So halten bei der Baualtersklasse ab Baujahr 2009 80% ihre Wohnung/ihre Haus für geeignet. Bei den 1991 bis 2008 errichteten Gebäuden ist es noch gut die Hälfte (rd. 53%). Der Anteil nimmt bei den älteren Baualtersklassen stetig ab. Aber selbst bei den Gebäuden aus der Zeit vor 1918 gehen noch rund 42% der Befragten davon aus, dass sie auch im Alter beziehungsweise mit körperlichen Einschränkungen dort leben können.³⁵

Wird die Quote von 80 % auf die Anzahl der neu gebauten Gebäude beziehungsweise Wohnungen der Jahre 2009 bis 2022 (im Mittel 315 WE p.a.)³⁶ übertragen könnten in diesem Segment pro Jahr gut 250 geeignete Wohnungen hinzugekommen sein.³⁷ Damit ist nicht gewährleistet, dass die neuen barrierearmen Wohnungen zur Verfügung stehen. Auch Haushalte ohne Bedarf belegen und fragen diese Wohnungen nach. Der quantitative Bedarf an altersgerechten barrierefreien Wohnungen wird vermutlich höher sein.

Der aktuelle und demografisch bedingte zusätzliche Bedarf wird für die LHP im Folgenden ebenfalls grob geschätzt und projiziert. Da zudem keine validen Angaben über die Belegung und den Bedarf vorliegen, wird eine Quantifizierung des Wohnungsbedarfs für die Zielgruppe(n) hergeleitet und geschätzt. Dies erfolgt mit zwei Modellrechnungen. Die Modellrechnung I stellt neben der eigenen Setzung auf die Ergebnisse der Bürgerumfrage (2021) Potsdam und der Bevölkerungsprognose für die LHP, also auf die Wohnstruktur (subjektive Einschätzung, altersgerechtes Wohnen) ab. In Modellrechnung II erfolgt die Operationalisierung auf Basis der Ergebnisse der Zusatzerhebung des Mikrozensus für das Land Brandenburg und der Bevölkerungsprognose für die LHP und stellt auf die Schwellenfreiheit der Wohnungen (ausgewählte Merkmale: schwellenfreies Wohnen) ab.

Die Modellierung basiert auf groben Annahmen und stellt eine Idealvorstellung dar: Demnach resultiert bereits bei einer leichten Einschränkung der Mobilität automatisch ein Bedarf. Aus der Praxis ist hingegen bekannt, dass viele ältere Personen den Bedarf an altersgerechtem Wohnen zum Teil falsch einschätzten oder zu spät erkennen. Ein frühzeitiges Erkennen der Notwendigkeit einer altersgerechten Wohnung senkt die Unfallgefahr und ermöglicht länger die eigenständige Lebensführung ohne fremde Hilfe. So kann zum Beispiel bei einem schwellenfreien Zugang zum Gebäude und zur Wohnung (statt Treppe, ebenerdig oder Aufzug) die Wohnung selbst mit Rollator zum Einkaufen verlassen werden. Auch die Körperhygiene kann

³⁴ Vgl. Leben in Potsdam - Bürgerumfrage 2021, Tabellenteil - Leben in Potsdam - Bürgerumfrage 2021, Seite 19. <https://www.potsdam.de/de/buergerumfrage-leben-potsdam-2023>, abgerufen am 17. August 2023

³⁵ Vgl. LHP Potsdam – Bereich Statistik und Wahlen (Hrsg.): Leben in Potsdam. Ergebnisse der Bürgerumfrage 2021. Statistischer Informationsdienst I/2022.

³⁶ Quelle: Bereich Statistik und Wahlen der LHP Potsdam, <https://www.potsdam.de/de/bauen-baufertigstellungen-der-landeshauptstadt-potsdam-seit-2005>, abgerufen am 16. August 08.2023

³⁷ Bei gleichem Anteil wie in den Baujahren ab 2009 in der Bürgerumfrage.

in einer ebenerdigen Dusche einfacher erledigt werden³⁸. Dies sind nur zwei Beispiele, die unterstreichen, wie Hilfsbedürftigkeit im Alter durch eine altersgerechte Wohnung verhindert, reduziert oder zumindest verzögert werden kann.

Modellrechnung I

Nach Ergebnissen der Bürgerumfrage (2021) sind etwa die Hälfte aller Wohnungen³⁹, also rund 44.000 Wohnungen geeignet, um auch im Alter beziehungsweise mit möglichen körperlichen Einschränkungen weiterhin dort zu leben. Unter der Annahme (Setzung), dass diese Wohnungen tatsächlich geeignet seien und die Hälfte (rd. 22.000) dieser Wohnungen von Älteren bewohnt würden, entspräche dies einer Versorgungsquote von etwa 83%.⁴⁰ Bei konstanter Versorgungsquote, konstanter Haushaltsgröße und unter Berücksichtigung der Bevölkerungsprognose, wird somit bis 2040 der Bedarf an altersgerechten Wohnungen auf rund 28.600 (+ rd. 6.400 WE) in der LHP geschätzt.

→ Dies trifft zu, wenn (heute) alle älteren Haushalte mit einer adäquaten Wohnung versorgt sind.

Das ist nicht der Fall. Nach der Bürgerbefragung (2021) gaben knapp 38% der Befragten 65-Jährigen an, dass die Wohnung nicht geeignet sei, um im Alter mit möglichen körperlichen Einschränkungen dort weiterhin zu wohnen. Umgerechnet auf die Zahl der Haushalte im Jahr 2022 würden derzeit also rund 10.100 ältere Haushalte nicht in altersgerechten Wohnungen leben. Wird weiter unterstellt, dass rund ein Drittel der Älteren künftig eine altersgerechte Wohnung benötigen und der demografische Effekt berücksichtigt wird, beliefe sich der zusätzliche Bedarf bis 2040 auf knapp 4.340 altersgerechte Wohnungen.

→ Insgesamt wird bis 2040 unter den getroffenen Annahmen die benötigte Zahl an altersgerechten Wohnungen auf rund 33.000 geschätzt, rd. 11.100 mehr als 2022.

³⁸ Der Ein- und Ausstieg aus der Wanne kann anstrengend oder nur mit Hilfe möglich sein und auch die Sturzgefahr ist höher als bei einer ebenerdigen Dusche

³⁹ 46,7% (mit der Bevölkerung nach Altersklassen gewichtete Ergebnisse der Bürgerumfrage 2021).

⁴⁰ Rund 22.000 altersgerechte Wohnungen für 26.600 ältere Haushalte entsprechen einer Versorgungsquote von 83%. Bei einer durchschnittlichen Haushaltsgröße von rund 1,38 Personen pro Haushalte mit einer Haushaltsbezugsperson von 65 Jahren und älter (rd. 26.600 Haushalte)

Modellrechnung II (Schätzung)

Eine andere Näherung basiert auf aktuellen Analysen des Instituts der deutschen Wirtschaft (auf Basis des Mikrozensus 2022). Demnach sind im Land Brandenburg 1% der Haushalte (mit einer Haushaltsbezugsperson unter 65 Jahre) und 21% der älteren Haushalte (65 Jahre und älter) aufgrund eines mobilitätseingeschränkten Mitglieds auf eine barrierearme (schwellenfreie) Wohnung angewiesen (vgl. Tabelle 4).⁴¹

Tabelle 4: Abschätzung des Bedarfs an barrieregeduzierten Wohnungen in der LHP

	Anteil Land Brandenburg ¹	Landeshauptstadt Potsdam ²
Wohnungen	100%	94.109
Wohnung ohne Barrieregeduzierung	20%	18.544
Wohnung mit weitgehender Barrieregeduzierung ³	2%	2.190
<i>Einstieg zur Dusche ebenerdig</i>	14%	13.529
<i>keine Schwellen / Bodenunebenheiten</i>	17%	15.809
<i>alle Räume stufenlos erreichbar</i>	30%	28.378
Schwellenlose Wohnung und Gebäude⁴	1%	1.318

Haushalte (Bedarf barrieregeduzierter Wohnungen ⁵)		
für mobilitätseingeschränkte HH		6.368
HH mit pflegebedürftiger P. (ohne HH 65+)	1%	829
HH 65+ mit mobilitätseingeschränkte P. (inkl. Pflegeb. P.)	21%	5.538

¹ Mikrozensus 2018; ²Wohnungen 2021, Wohnungen mit Barrieregeduzierung für die LHP aus Mikrozensus für das Land Brandenburg hochgerechnet, ³Wohnungen, die lt. Mikrozensus alle acht Merkmale der Barrieregeduzierung erfüllen, ⁴Zugang zur Wohnung schwellenlos, Einstieg zur Dusche ebenerdig, alle Räume stufenlos erreichbar, Wohnung weitgehen schwellenfrei, ⁵Haushalte in der LHP 2022 hochrechnet.

Quelle: Amt für Statistik Berlin-Brandenburg, LHP, Bereich Statistik und Wahlen, Institut der deutschen Wirtschaft, eigene Berechnungen empirica

Werden die Anteile des Landes Brandenburgs für die LHP zugrunde gelegt, sind rund 6.400 Haushalte (Schätzwert) auf eine schwellenfreie Wohnung angewiesen, darunter gut 5.500 ältere Haushalte (vgl. Tabelle 4). Unter den sehr groben Annahmen, also bei konstanter Haushaltsgröße, konstanten Anteilen der Haushalte mit mobilitätseingeschränkten Haushaltsmitgliedern und unter Berücksichtigung der Bevölkerungsprognose wird bis 2040 die Zahl der Haushalte, die eine schwellenfreie Wohnung angewiesen sind, auf knapp 8.200 Haushalte geschätzt. (+rd. 1.800 HH)

→ Dies trifft allerdings nur zu, wenn (heute) alle Haushalte mit mobilitätseingeschränkten Haushaltsmitgliedern mit einer schwellenfreien Wohnung versorgt sind. Das ist nicht der Fall. Nach der vorliegenden Hochrechnung gibt es in der LHP im Jahr 2022 nur 1.300 Wohnungen, bei denen die Wohnung und zugleich der Zugang zur Wohnung schwellenlos sind. Damit würden bereits heute rund 5.050 barrierefreie Wohnungen fehlen. Wird die

⁴¹ Deschermeier, P. 2023, Altersgerechter Wohnraum, in: IW-Trends, 50. Jg., Nr. 2, S. 115-134

demografisch bedingte Nachfrage berücksichtigt, würden bis 2040 rund 6.850 schwellenfreie Wohnungen für mobilitätseingeschränkte Haushalte benötigt (Schätzwert).

- Die Versorgungslücke ist vermutlich größer: Denn auch Familien oder Haushalte mit älteren (nicht mobilitätseingeschränkten) Haushaltsmitgliedern präferieren schwellenfreie Wohnungen (z. B. Aufzug, ebenerdige Dusche, etc). Außerdem spielen andere Gründe (z. B. Lage, Qualität) eine Rolle, welche den Wettbewerb um diese Wohnungen steigern. Wird angenommen, dass zwei Drittel der Wohnungen von mobilitätseingeschränkten Haushalten bewohnt werden, wird der Bedarf bis 2040 auf knapp 7.300 Wohnungen geschätzt. Werden die neu zu schaffenden (barrierefreie) Wohnungen wiederum von zwei Drittel der bedürftigen Haushalte bewohnt, wären bis 2040 rund 10.900 weitere schwellenfreie Wohnungen für mobilitätseingeschränkte Haushalte erforderlich.

Zwischenfazit

Je nach Modell wird der künftige Bedarf an barrierefreien (schwellenfreien) Wohnungen bis 2040 auf 10.900 schwellenfreie beziehungsweise auf 11.100 altersgerechte Wohnungen geschätzt.

Wird unterstellt, dass 10% der Wohnungen im (künftigen) Neubau schwellenfrei beziehungsweise barrierefrei sind und wird die Entwicklung der letzten zehn Jahre fortgeschrieben, würden zwischen 2022 bis 2040 jedes Jahr in der LHP rund 143 barrierefreie/schwellenfreie Wohnungen fertig gestellt (insgesamt bis 2040: 2.707 WE). Damit bliebe ein Defizit an schwellenfreien Wohnungen bestehen.

Ungeachtet der reinen Quantitäten ist es fraglich, ob sich die bedürftigen Haushalte eine barrierefreie Wohnung (Neubau) leisten können. Nach einer Auswertung der empirica-Preisdatenbank (VALUE Marktdaten)⁴² wurden im Jahresverlauf 2022 in der LHP 180 barrierefreie Wohnungen⁴³ zu einer Medianmiete von knapp 13,10 Euro/m² netto (bzw. brutto 16,61 Euro/m²) angeboten. Die Medianmiete für nicht-barrierefreie Wohnungen ist mit 11,- Euro/m² (netto bzw. brutto 14,30 Euro/m²) niedriger.

- Das Angebot an barrierefreien Wohnungen mit einer Fläche bis 50 m² beschränkt sich auf 23 Wohnungen bei einer Gesamtmedianmiete von 573 Euro (netto bzw. 716 Euro brutto). Ein Drittel dieser Wohnungen wird ab einer Gesamtmiete von 532 Euro (netto bzw. 686 Euro brutto) angeboten.
- Das Angebot an barrierefreien Wohnungen mit einer Fläche zwischen 50 m² bis 65 m² betrug 52 Wohnungen bei einer Gesamtmedianmiete von 758 Euro (netto bzw. auf 944 Euro brutto).

Personen, die ihren Lebensunterhalt nicht aus eigenem Einkommen decken können, erhalten zum Beispiel Bürgergeld oder Grundsicherung im Alter. Bei beiden Leistungen werden die Kosten für Unterkunft in angemessener Höhe übernommen. In der LHP gilt für einen 1- oder

⁴² Diese Quelle bildet derzeit nur einen Ausschnitt des Wohnungsangebotes ab. Es ist davon auszugehen, dass besonders die günstigen Wohnungen nicht inseriert werden und direkt über Wartelisten oder auf Vorschlag des Vermieters vermittelt werden.

⁴³ Das bedeutet, das Objekt ist als barrierefrei, rollstuhlgerecht oder behindertengerecht beschrieben.

2-Personen-HH eine Bruttokaltmiete bis zu 550 Euro als angemessen.⁴⁴ Für finanziell schlechter gestellte Haushalte stellt der (Neu-)Bezug einer barrierefreien Wohnung eine zentrale Herausforderung dar.⁴⁵

Neben den Miethaushalten gibt es auch Hinweise, dass das unter den älteren Selbstnutzern vor allem die geringverdienenden Haushalte am wenigsten barrierefrei wohnen.⁴⁶ Die Vermutung liegt nahe, dass diese Haushalte trotz Einschränkungen in ihrem Wohneigentum verbleiben.

Abschließend ist zu beachten, dass der geschätzte Bedarf an altersgerechten beziehungsweise barrierearmen Wohnungen eine Idealvorstellung vorstellt und auf groben Annahmen und subjektiven Einschätzung basiert. Das kann bedeuten, dass bereits bei einer (ersten) leichten Einschränkungen der Mobilität ein Bedarf entsteht, dieser aber zuvor nicht erkannt wurde (obwohl die Wohnung als altersgerecht eingeschätzt wurde). Es wird nicht erkannt, dass ein Umzug oder frühzeitige bauliche Anpassungen der Wohnungen die selbständige Lebensführung schon bei geringen Einschränkungen deutlich erleichtern können. Zum einen steigt mit einer nicht altersgerechten Ausstattung das Unfallrisiko, was zu Hilf- und Pflegebedürftigkeit führen kann. Zum anderen nehmen die Anforderungen an eine altersgerechte Ausstattung der Wohnung mit steigender Hilfsbedürftigkeit zu. Wird nicht rechtzeitig vorgesorgt, ist unter Umständen der Umzug in ein Pflegeheim selbst bei niedrigen Pflegegraden die (Not-)Lösung. Um das zu verhindern, müssen qualitative und finanzierbare Wohnungen zur Verfügung stehen. Altersgerechte Wohnungen sind daher nicht nur für Schwerst(pflege)bedürftige zu schaffen.

4.2.2 Betreutes Wohnen/Service-Wohnen

Um auch bei zunehmenden Einschränkungen im Alter möglichst lange in einem eigenen Haushalt wohnen zu können, hat sich das Modell des „Betreuten Wohnen/Service-Wohnen“ bewährt. Auch dieser Begriff ist nicht einheitlich definiert.⁴⁷ Als Betreutes Wohnen/Service-Wohnen gelten im Folgenden Wohnangebote mit altersgerechten Wohnungen in Kombination mit örtlich angebotenen professionellen Dienstleistungen bis hin zur Pflege.

Beim Betreuten Wohnen/Service-Wohnen lebt jeder ältere Mensch in einer mehr oder weniger großen Wohnanlage in einer eigenen Wohnung - unabhängig davon, ob im Eigentum oder zur Miete. Der Bewohner organisiert den Alltag, zumindest bei Einzug, noch überwiegend allein. Durch eine entsprechende Gestaltung der Wohnung/des Wohnumfeldes (z. B. Barrierefreiheit/-armut) wird den möglichen Bewegungseinschränkungen älterer Personen Rechnung getragen. Als Ergänzung werden Dienstleistungen bis hin zur ambulanten Pflege angeboten.

⁴⁴ Vgl. <https://vv.potsdam.de/vv/produkte/173010100000022122.php>, abgerufen am 1. November 2023

⁴⁵ Angemessene Kosten für barrierefreies Wohnen können zwar ohne weitere Prüfung anerkannt werden, allerdings nur dann, wenn die leistungsberechtigte Person auf einen Rollstuhl angewiesen ist, ein Schwerbehindertenausweis mit dem Merkzeichen aG vorhanden ist oder ein Pflegegrad 4 festgestellt ist

⁴⁶ Braun, R. 2021, Barrierefreie Wohnungen von Senioren, Auswirkungen auf das Potenzial von Teilkaufl, Auftraggeberin PB3C/Deutsche Teilkaufl.

⁴⁷ Seit 2006 formuliert die DIN 77800 „Qualitätsanforderungen an Anbieter der Wohnform Betreutes Wohnen für ältere Menschen“ Anforderungen an Einrichtungen des Betreuten Wohnens/Service-Wohnens, darunter an Dienstleistungen, an die bauliche Gestaltung und an die Vertragsgestaltung.

Meist beinhaltet eine Grundpauschale (i.d.R. obligatorisch) das Vorhalten von Dienstleistungen (z. B. persönliche Präsenz, Beratung, Vermittlung weiterer Dienstleistungen). Weitere Zusatz-/Wahlleistungen (z. B. Einkaufshilfen, Wohnungsreinigung, bis ambulante Pflege) können dann bedarfsweise und je nach Angebot in den Einrichtungen hinzugewählt und vergütet werden.

Für die Organisation der Dienstleistungen gibt es verschiedene Varianten, die sich wie folgt zusammenfassen lassen:

- In die Wohnanlage integriert sind Räumlichkeiten für einen Dienstleister (z. B. ambulanten Pflegedienst) mit stundenweiser Anwesenheit, wobei eine Wahlfreiheit für Pflegeleistungen gewährt wird. Da die Sicherheit im Bedarfsfall nur bedingt gegeben ist (nur zeitweise Personalpräsenz vor Ort), sind diese Angebote in der Regel preislich im unteren Bereich des Betreuten Wohnens/Service-Wohnens angesiedelt.
- Eine höhere Sicherheit bieten Wohnanlagen, in denen ein Dienstleister vor Ort im Objekt integriert ist bis hin zu einer Tag- und Nacht-Präsenz von Personal. In der Regel handelt es sich bei dem Dienstleister um einen ambulanten Pflegedienst oder einen Betreiber. Auch hier gilt weiterhin die Wahlfreiheit beim Pflegeanbieter.
- Einrichtungen im Pflegeheimverbund bieten Betreutes Wohnen/Service-Wohnen integriert in oder angegliedert an stationäre Pflegeheime. Die konkrete Gestaltung der organisatorischen Anbindung an das Pflegeheim variiert (z. B. Notruf, Freizeitangebote, Physiotherapie, Mittagessen, bevorzugte Aufnahme in das Pflegeheim). Handelt es sich um eine enge Anbindung, so stellt dies die Wohnform mit dem höchsten Maß an Sicherheit dar, weil Ansprechpartner im Idealfall bei Bedarf rund um die Uhr in räumlicher Nähe erreichbar sind. Entsprechend hoch sind oft der Preis und die Nachfrage.
- Bei sog. Residenzen oder Wohnstiften handelt es sich in der Regel um Einrichtungen, in denen zumindest bestimmte Bereiche der Einrichtungen rund um die Uhr besetzt sind. Das kann eine Rezeption oder auch eine integrierte Pflegestation sein. Sicherheit und Kosten sind entsprechend im oberen Bereich angesiedelt.

Seit 2006 sind in der DIN 77800 „Qualitätsanforderungen an Anbieter der Wohnform Betreutes Wohnen für ältere Menschen“ Anforderungen an Einrichtungen des Betreuten Wohnens/Service-Wohnens formuliert, darunter an Dienstleistungen, die bauliche Gestaltung und die Vertragsgestaltung.

Situation in der LHP

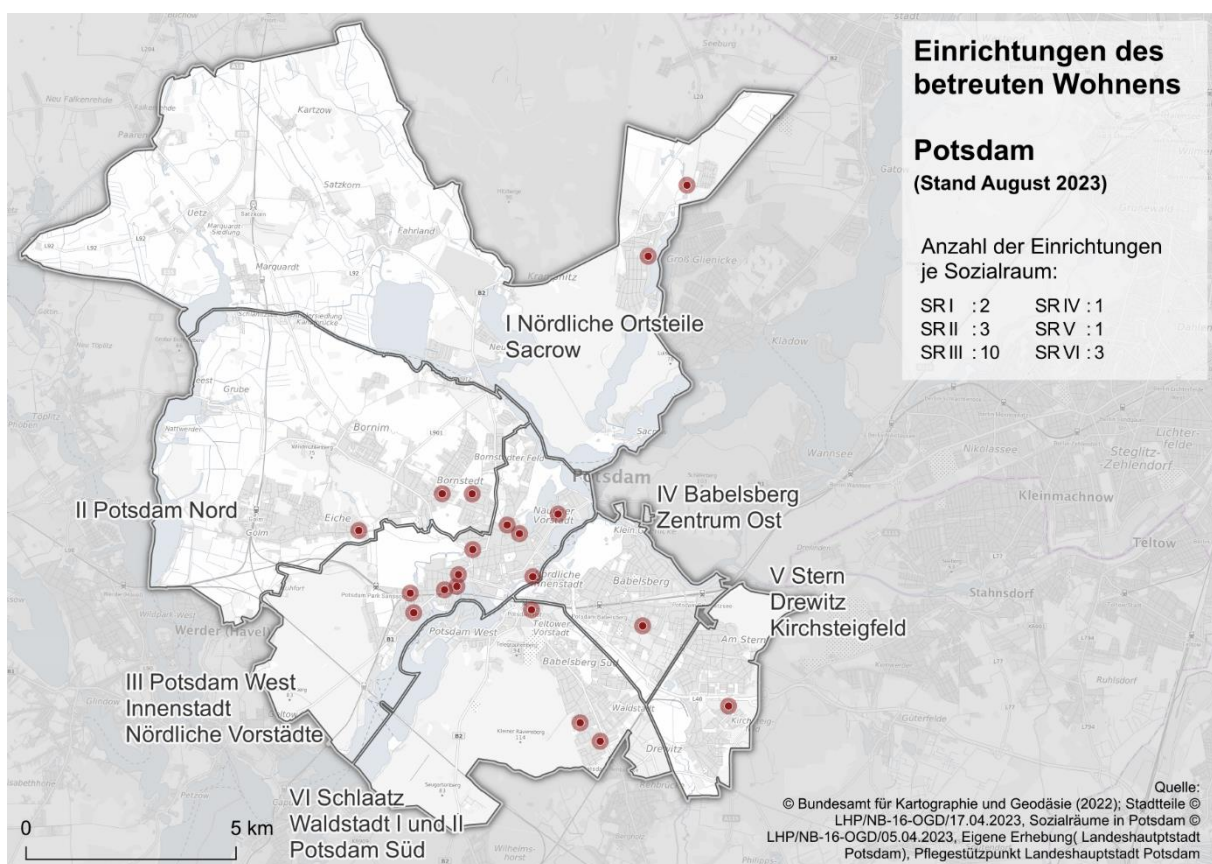
Der Großteil der Einrichtungen des Betreuten Wohnens/Service-Wohnens unterliegt nach dem Brandenburgischen Pflege- und Betreuungswohnengesetz (BbgPBWoG) keiner Anzeigepflicht. Das gilt zumindest so lange, wie die Überlassung von Wohnraum nicht automatisch an die Erbringung umfangreicher Pflege-/Betreuungsleistungen gekoppelt ist.⁴⁸ Entsprechend gibt es keine amtliche Statistik über entsprechende Wohnangebote. Es wurden eigene Recherchen durchgeführt und die beim Pflegestützpunkt vorliegende Übersicht ausgewertet. Die Analyse

⁴⁸ Siehe BbgPBWoG § 2 (1) Nummer 1 und 2, § 4 (2) und § 5 (1) BbgPBWoG.

ergibt einen aktuellen bekannten Bestand von 20 Einrichtungen mit insgesamt 1.005 Wohnungen.⁴⁹ Nicht dazu gezählt sind einzelne Objekte, in denen ein ambulanter Pflegedienst zwar möglicherweise Patienten versorgt, aber darüber hinaus keine eigenen Räumlichkeiten im Gebäude besetzt oder anderweitige Kooperations-/Vertragsbeziehungen bestehen.

Die Einrichtungen befinden sich überwiegend in der südlichen Stadthälfte (vgl. Abbildung 21). Konzeptionell decken sie die gesamte oben dargestellte Bandbreite der Varianten ab. Der größte Teil des Angebots umfasst 1- oder 2-Zimmer-Wohnungen zwischen etwa 35 bis über 80 m² Wohnfläche. Preislich unterscheiden sich die Einrichtungen in Abhängigkeit der Art der Wohnanlage und Vertragspartner. Im unteren und geförderten Preissegment gibt es nur vereinzelte Angebote. Die meisten Einrichtungen liegen bei Nettokaltmieten zwischen rund 9 und 18 Euro/m² Wohnfläche. Die Grundpauschalen beginnen bei 52 Euro (öffentlich geförderte Einrichtung), in freifinanzierten Angeboten bei ca. 80 Euro, und reichen bis zu mehreren hundert Euro. Teils kommt eine Aufnahmegebühr hinzu.

Abbildung 21: Einrichtungen des Betreuten Wohnens/Service-Wohnens in der LHP (2023)



Quelle: Eigene Recherchen, Pflegestützpunkt

empirica

Da sich die wenigen bundesweiten Vergleichszahlen auf die Gruppe der Senioren insgesamt beziehen, wird die Versorgung im Folgenden ebenfalls auf die Altersgruppen ab 65 Jahren

⁴⁹ Nach Einschätzung von empirica dürfte dieser Umfang weitgehend abschließend sein, so dass nicht davon auszugehen ist, dass es darüber hinaus weitere größere Einrichtungen in Potsdam gibt.

bezogen. Auch wenn das typische Einzugsalter eher zehn Jahre später liegt, ändert dies nichts an den Relationen der Versorgung. Die 1.005 Wohnungen im Betreuten Wohnen/Service-Wohnen in der LHP entsprechen 2,7 Wohnungen pro 100 65-Jährige und Ältere. Dieser Versorgungsgrad ist für eine hochattraktive Stadt wie die LHP sehr niedrig. Andere attraktive Großstädte oder stark touristisch geprägte Regionen (z. B. Nordsee, Ostsee, Voralpenland) liegen mit Werten über 4 (bis über 7) teils deutlich darüber. Entsprechend hoch ist der Nachfrageüberhang in der LHP. Nach den durchgeführten Recherchen sind alle Einrichtungen voll belegt und es gibt lange Wartelisten. Vor allem der Sozialraum (Babelsberg/Zentrum Ost) ist mit 0,7 weit unterdurchschnittlich ausgestattet. Demgegenüber erfüllt der Sozialraum III mit den zentralen Stadtgebieten und einem Versorgungsgrad von 4,4 auch Versorgungsfunktionen über seinen eigenen Einzugsbereich hinaus.

Zukünftiger Bedarf und Ausblick

Allein um den heutigen Versorgungsgrad auch in Zukunft zu halten, müssten aufgrund der Alterung bis zum Jahr 2040 weitere 303 Wohnungen in diesem Segment hinzukommen (vgl. Tabelle 5).

Tabelle 5: Versorgungsgrad/Bedarf an Wohnungen im Betreuten Wohnen/Service-Wohnen in der LHP (2021, 2040)

	I	II	III	IV	V	VI	Potsdam
Bevölkerung 65 Jahre und älter							
2021	2.608	5.332	8.709	5.338	6.866	7.955	36.808
2040	5.459	8.231	9.788	8.153	7.245	9.017	47.893
Diff. zu 2021	2.851	2.899	1.079	2.815	379	1.062	11.085
Anzahl Wohneinheiten im Betreuten Wohnen/Service-Wohnen							
2023	62	113	379	38	155	258	1.005
Versorgungsgrad Anzahl WE (2023)/100 65-Jährige und Ältere (2021)							
2023 (2021)	2,4	2,1	4,4	0,7	2,3	3,2	2,7
Zusätzlicher Bedarf gemäß Versorgungsgrad Status-Quo (Anzahl WE)							
2040	68	61	47	20	9	34	303
Bei Gleichverteilung 2,7 WE/100 65+ über alle Sozialräume							
2040	149	225	267	223	198	246	1.308
Diff. zu 2023	87	112	-112	185	43	-12	303

Quelle: Eigene Erhebungen und Berechnungen empirica

Dabei wäre, um eine möglichst wohnortnahe und zielgerichtete Versorgung zu erreichen, für die LHP ein Versorgungsgrad von rund vier bis fünf Wohneinheiten im Betreuten Wohnen/Service-Wohnen pro 100 65-Jährige und Ältere nachfragegerecht. Um heute vier Wohnungen je 100 65-Jährige und Ältere zu erreichen, bräuchte es weitere rund 470 Wohnungen in diesem Segment, bei einem Versorgungsgrad von fünf Wohnungen bräuchte es weitere 835. 2040 bräuchte es bei einem Versorgungsgrad von vier Wohnungen insgesamt rund 1.915 Wohnungen (+ 910), bei fünf Wohnungen je 100 65-Jährige und Ältere insgesamt knapp 2.400 (+1.389). Ziel sollte eine stärkere räumliche Verteilung sein, mit einem Nachholbedarf insbesondere in den Sozialräumen I, II und IV (nördliche Stadthälfte sowie Babelsberg/Zentrum Ost).

Mit Blick auf die hohe Attraktivität der LHP als Wohnstandort für alle Altersgruppen ist das Angebot an Wohnungen im Betreuten Wohnen/Service Wohnen in der LHP sehr gering. Selbst in Berlin gibt es – bezogen auf 100 65-Jährige und Ältere mehr Angebote in diesem Segment. Spitzenreiter sind andere Großstädte wie Stuttgart oder Hannover oder touristische Regionen mit Werten über 4 bis über 7. Ziel sollten in einer Stadt wie der LHP vier bis fünf Wohnungen je 100 65-Jährige und Ältere sein. Bei vier Wohnungen je 100 65-Jährige und Ältere entspräche dies im Jahr 2040 insgesamt rund 1.920 Wohnungen (+ rd. 910), bei fünf Wohnungen je 100 65-Jährige und Ältere knapp 2.400 (+1.087).

4.3 Pflege und Pflegeangebote

4.3.1 Pflege zu Hause

Das Ziel, so lange wie möglich in den eigenen Wänden wohnen zu können, ist mit zunehmenden Hilfs- und Pflegebedarf durch pflegende Angehörige (Pflegegeld, vgl. Abschnitt 4.3.1.1) oder ambulante Pflegeleistungen (Pflegesachleistungen, vgl.) zu erreichen. Pflegebedürftige Personen können dabei wählen, wie oder von wem sie gepflegt werden.

4.3.1.1 Pflege durch Angehörigen (Pflegegeld)

Wird die pflegebedürftige Person von Angehörigen oder anderen ehrenamtlichen Personen versorgt, zahlt die Pflegeversicherung ein Pflegegeld.⁵⁰ Das Pflegegeld wird an die pflegebedürftige Person (von der Pflegekasse) überwiesen. Sie kann über die Verwendung frei verfügen. Das Pflegegeld ist im Vergleich zu Pflegesachleistungen (siehe unten) eine geringere Geldleistung und kann mit Pflegesachleistungen kombiniert (=Kombinationsleistungen) werden.

Das Pflegegeld hat in der LHP (im Jahr 2021) sehr große Bedeutung. So greifen fast die Hälfte (47% alle Pflegebedürftigen; 2011: 41%) beziehungsweise 4.193 pflegebedürftige Personen in der LHP (ausschließlich) auf die Versorgung durch Angehörige zurück. Im Vergleich mit dem Land Brandenburg oder dem Bundesgebiet (jeweils 51%) ist die Versorgung der pflegebedürftigen Personen durch Angehörige in der LHP unterdurchschnittlich.

Neben der finanziellen Unterstützung im Alltag gibt es in der LHP verschiedene Anlaufstellen, wo (pflegende) Angehörig Rat und Hilfe erhalten können. Das sind zum Beispiel der Pflegestützpunkt, die Kontakt- und Beratungsstellen der Freien Wohlfahrtsverbände oder die Alltagsunterstützenden Angebote. Dort erhalten die Angehörigen unter anderem auch einen Über-

⁵⁰ Voraussetzung ist, dass die häusliche Pflege selbst sichergestellt ist, zum Beispiel durch Angehörige oder andere ehrenamtlich tätige Pflegepersonen, und mindestens Pflegegrad 2 vorliegt.

blick über Kurse für pflegende Angehörige (z. B. „Hilfe beim Helfen“ für Angehörige von Menschen mit Demenz)⁵¹. Zudem finden sie hier auch Kontakte zu Angehörigengruppen (Austausch mit anderen Angehörigen) und ehrenamtlichen Personen (die Angehörige stundenweise unterstützen können).

Darüber hinaus gibt es mit der „Pflege in Not“ (im Land Brandenburg) für alle an der Pflege älterer beteiligter Personen Beratung und Unterstützung für in schwierigen Pflegesituationen. Die Pflege in Not unterstützt Pflegende und pflegende Angehörige bei der Pflegeplanung, der Suche nach Entlastungsmöglichkeiten für den Pflegealltag sowie bei der Klärung von Konflikten in der Familie und mit anderen an der Pflege Beteiligten (z. B. Pflegekräfte) und bieten Vermittlungsgespräche an. Auf Wunsch werden auch Besuche zu Hause durchgeführt.

4.3.1.2 Ambulante Pflegedienste (Pfleagesachleistungen)

Der ambulante Pflegedienst unterstützt pflegebedürftige Personen und die Angehörigen bei der Pflege zu Hause. Ab dem PG 2 übernimmt die Pflegekasse zum Teil die Kosten (bis zu einem Höchstbetrag) in Abhängigkeit des PG⁵² für körperbezogene Pflegemaßnahmen, pflegerische Betreuungsmaßnahmen sowie Hilfen bei der Haushaltsführung.

Auch der Entlastungsbetrag in Höhe von bis zu 125 Euro im Monat kann dafür eingesetzt werden. In PG1 darf der Entlastungsbetrag auch für Leistungen im Bereich der Selbstversorgung (z. B. Waschen am Morgen) eingesetzt werden. In den Pflegegraden 2 bis 5 darf der Entlastungsbetrag nicht für Leistungen im Bereich der körperbezogenen Selbstversorgung genutzt werden.

Wird die pflegebedürftige Person von professionellen Pflegekräften unterstützt, kann sie Pfleagesachleistungen eines ambulanten Pflegedienstes beanspruchen.⁵³ Diese Leistungen werden nicht ausbezahlt und direkt zwischen Pflegekasse und dem ambulante Pflege- und Betreuungsdienst abgerechnet. Sind die entstandenen Kosten höher als der vom Pflegegrad abhängige Leistungsbetrag, müssen diese Kosten selbst bezahlt werden. Sind die entstandenen Kosten geringer, können sie anteilig in Pflegegeld umgewandelt werden (=Kombinationsleistungen). 2021 wurden 1.999 (2011: 1.583) pflegebedürftige Personen beziehungsweise 23% (2011: 35%) aller pflegebedürftigen Personen mit/durch ambulante Pflege- und Betreuungsdienste unterstützt.

⁵¹ Das Schulungsprogramm „Hilfe beim Helfen“ ist ein i Seminarprogramm und will sowohl dem hohen Informationsbedürfnis der pflegenden Angehörigen gerecht werden als auch Wege aufzeigen, wie pflegende Angehörige Entlastung finden können.

⁵² Euro im Monate bei PG 2: 724, P 3: 1.363 Euro, P 4: 1.693 Euro, PG 5: 2.095 Euro (Leistungsansprüche, Stand 2023)

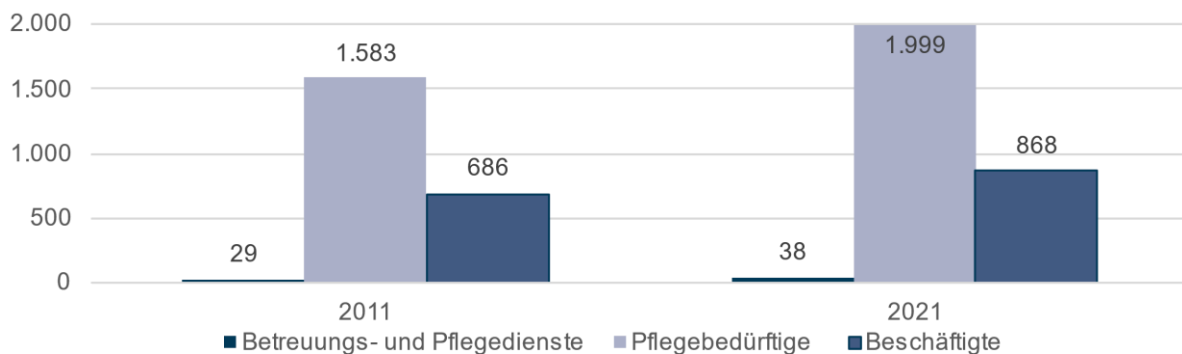
⁵³ Als Pfleagesachleistung (§ 36 SGB XI) gilt eine professionelle häusliche Pflegehilfe, die körperbezogene Pflege, Betreuung und Haushaltsdienste leistet. Anspruch darauf haben Personen mit Pflegegrad 2 bis 5, die in häuslicher Umgebung gepflegt werden. Zur Pfleagesachleistung gehört auch die pflegfachliche Anleitung von Pflegebedürftigen und Pflegenden. Die Pflegekassen übernehmen die entstehenden Kosten bis zur jeweiligen Höchstsumme des entsprechenden Pflegegrads. Pfleagesachleistungen können nur von Pflegediensten erbracht werden, die einen Versorgungsvertrag mit Ihrer Pflegekasse geschlossen haben.

Rund 23% der pflegebedürftigen Personen werden in der LHP (im Jahr 2021) mit/durch ambulante Pflege- und Betreuungsdienste unterstützt. Im Bundesgebiet ist dieser Anteil geringer (21%), im Land Brandenburg etwas höher (25%).

Situation in der LHP

Im Jahr 2021 gab es laut Pflegestatistik 38 ambulante Betreuungs- und Pflegedienste (2011: 29) mit 868 Beschäftigten (2011: 868), die 1.999 pflegebedürftige Personen betreuten (2011: 1.583; vgl. Abbildung 22). Im Durchschnitt versorgt 2021 – wie 2011 – eine Pflegekraft 2,30 Pflegebedürftige (2021:BB: 2,32, BRD: 2,36)

Abbildung 22: Pflegedienste, ambulant versorgte Pflegebedürftigen und Beschäftigte in der LHP (2011, 2021)



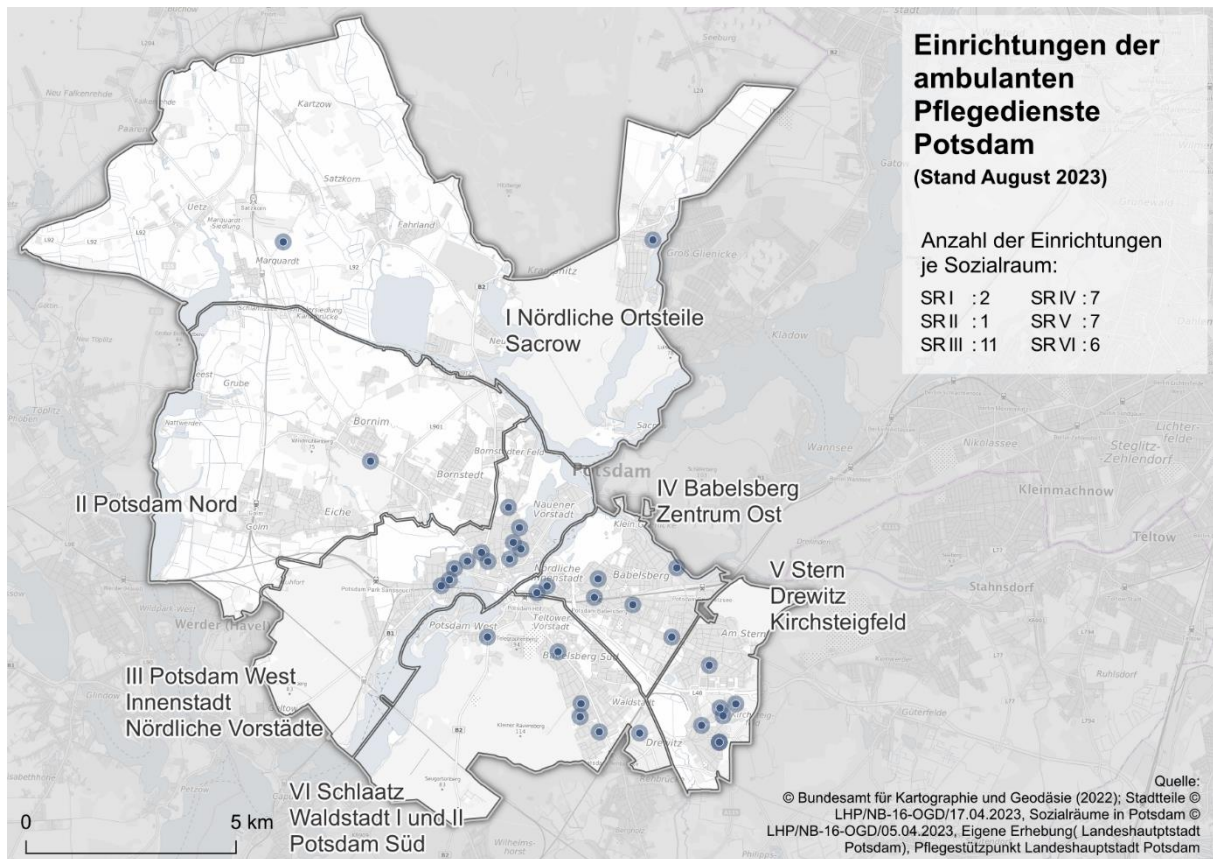
Quelle: Amt für Statistik Berlin-Brandenburg, Potsdam 2022

empirica

Zwischen 2021 (seit der Erhebung der Pflegestatistik) bis heute ist die Zahl der Pflegedienste in der LHP von 38 auf 34 gesunken.⁵⁴ Im Sozialraum I gibt es zwei Pflegedienste, im Sozialraum II einen, im Sozialraum III zwölf, sieben im Sozialraum IV und jeweils sechs im Sozialraum V und IV (vgl. Abbildung 23)

⁵⁴ Auf 34 ambulante Betreuungs- und Pflegedienste (Stand Juni 2023).

Abbildung 23: Ambulante Pflegedienste in den Sozialräumen in der LHP (2023)



Quelle: Pflegestützpunkt (Stand 6/2023), eigene Erhebungen empirica

empirica

Bezogen auf die Versorgungsgebiete⁵⁵ stellt sich die Situation am besten im Sozialraum IV (Babelsberg, Zentrum Ost) dar. Hier gibt es bezogen auf die Zahl der 80-Jährigen und Älteren die meisten Pflegedienste. Im Mittelfeld liegt der Sozialraum I (Nördliche Ortsteile) und unterdurchschnittlich versorgt ist der Sozialraum II (Potsdam Nord). Dabei gibt es in den Planungsräumen deutliche Unterschiede (vgl. Tabelle 6).

Tabelle 6: Versorgungsgebiete der Pflegedienste in der LHP (2023)

	Pflege- dienste	Versor- gung ¹	Versorgungsdichte (Proxy) ²	
			Basis Pflege- dienst	Basis: Versorgungsgebiet
I. Nördliche Ortsteile	2	6	+ / -	+ / -
101 Groß Glienicke, Krampnitz, Sacrow	1	4	+ / -	+
102 Neu Fahrland, Fahrland, Satzkorn, Marquardt, Uetz/Paaren	1	2	+ / -	-
103 Krampnitz	-	-		
II. Potsdam Nord	1	11	-	-
201 Bornim, Bornstedt, Nedlitz, Am Ruinenberg, Rote Kasernen	1	5	-	-
202 Eiche, Grube, Golm	-	6	-	+
III. Potsdam West	11	28	+ / -	-
301 Nauener und Berliner Vorstadt	1	5	-	+ / -
302 Innenstadt, Am Weinberg	6	11	+	+ / -
303 Brandenburger Vorstadt	4	5	+	-
304 Potsdam West		7	-	+ / -
IV. Babelsberg, Zentrum Ost	7	28	+	+
401 Zentrum Ost	2	7	+	+
402 Babelsberg Nord, Klein Glienicke	3	11	+	+
403 Babelsberg Süd	2	10	+ / -	+
V. Stern, Drewitz	7	18	+ / -	-
501 Stern	1	6	-	-
502 Drewitz	3	7	+	+
503 Alt Drewitz, Kirchsteigfeld	3	5	+	+
VI. Schlaatz, Waldstadt I+II, Potsdam Süd	6	39	-	+
601 Hbf, Brauhausberg, Templiner und Teltower Vorstadt	2	6	-	-
602 Schlaatz		9	-	+
603 Waldstadt I, Industriegelände	1	12	-	+
604 Waldstadt	3	12	+	+
Pflegediensstelle nicht in Potsdam	2			

Anmerkung: 1 = Versorgungsgebiete der Pflegedienste nach eigenen Angaben und eigenen Recherchen. 2 = Versorgungsproxy, abgeleitet aus den Pflegediensten in den Planungsräumen, dem Versorgungsgebiet und der Zahl der 80-Jährigen und Älteren im Planungsraum. +/- bedeutet, dass die Versorgung im Planungsraum dem Potsdamer Durchschnitt entspricht.

Beachte: Es handelt sich um eine Annäherung, da die Pflegedienste über eine unterschiedliche Personalstärke verfügen.

Quelle: Pflegestützpunkt (Stand 6/2023) und eigene Erhebung

Inanspruchnahme und Versorgungssituation

Die Auslastung schwankt bei den ambulanten Pflegediensten in der Regel⁵⁶ zwischen 90% und 100%. In Ausnahmefällen gibt es auch Einrichtungen, die lediglich zu 75% ausgelastet

sind. Die Mehrheit der Einrichtungen⁵⁷ kann zudem kurzfristig weitere pflegebedürftige Personen aufnehmen. Die Aufnahme neuer pflegebedürftiger Personen ist dabei nicht in allen Stadtteilen möglich, sondern abhängig vom Wohnort und von der Einsatzplanung (Routenführung). Das gilt auch für die Verhinderungspflege (siehe Kasten).

Verhinderungspflege: Sie greift, wenn pflegende Angehörige verhindert, sind. Dies ist beispielsweise der Fall, wenn sie in den Urlaub reisen oder wegen Krankheit verhindert sind. Für diese Verhinderung steht das Budget der Verhinderungspflege zur Verfügung. Insgesamt sind 42 Tage Verhinderungspflege p. a. möglich. Das Gesamtbudget für die Verhinderungspflege beträgt 1.612 Euro im Jahr. Ergänzend können bis zu 806 Euro p.a. des noch nicht in Anspruch genommenen Leistungsbetrags für die Kurzzeitpflege für die Verhinderungspflege genutzt werden. Auch der Entlastungsbetrag in Höhe von bis zu 125 Euro pro Monat kann zusätzlich für die Verhinderungspflege eingesetzt werden.⁵⁸

Zukünftiger Bedarf und Ausblick

Bis zum Jahr 2040 wird – bei unveränderten Rahmenbedingungen – die Zahl der ambulant versorgten pflegebedürftigen Personen um knapp 570 Personen steigen (vgl. Tabelle 7)⁵⁹. Gemessen an der mittleren Zahl von etwa 53 ambulant versorgten Personen pro Pflegedienst (2021: BB: 58., BRD: 68) bedeutet das, dass sich etwa zehn neue ambulante Pflegedienste in der LHP ansiedeln oder die bestehenden ambulanten Bergungsdienste ihre Kapazitäten um 28% erweitern.

Tabelle 7: Bedarf durch ambulante versorgte Pflegebedürftige in den Sozialräumen in der LHP (bis 2040)

	I	II	III	IV	V	VI	Potsdam
Durch ambulante Pflegedienste betreute Pflegebedürftige							
2021	118	272	535	288	347	439	1.999
2040	293	417	532	424	406	495	2.568
Delta Bedarf bis 2040 (Veränderung 2021 bis 2040)							
absolut	175	146	-3	136	59	56	569
relativ	148%	54%	-1%	47%	17%	13%	28%

Quelle: Amt für Statistik Berlin-Brandenburg, Potsdam 2022, LHP, Bereich Statistik und Wahlen, eigene Berechnungen empirica (Basis Potsdam = Planungsvariante)

⁵⁵ Die Versorgungsgebiete wurden aus den Angaben der Pflegedienste abgeleitet und beziehen sich lediglich auf das Versorgungsgebiet der Pflegedienste und beinhalten keine Aussage zur Personalstärke in den Gebieten.

⁵⁶ Expertengespräche, schriftliche Befragung.

⁵⁷ Die sich an der Befragung beteiligten

⁵⁸ Leistungsansprüche der versicherten Personen im Jahr 2023 (Quelle: Bundesministerium für Gesundheit; vgl. Bundeshttps://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Statistiken/Pflegeversicherung/Leistungen/UEbersicht_Leistungsbetraege_2023.pdf, abgerufen am 25. Oktober 2023), Leistungsansprüche der versicherten Personen im Jahr 2023.

⁵⁹ Hinweise zur Methodik siehe Methodische Erläuterungen auf Seite 90 im Anhang.

Gemessen am stadtweiten Wachstum wächst die relative – aber auch die absolute Zahl – der ambulant versorgen pflegebedürftigen Personen besonders im SR I (+148%), im SR II (+54%) und im SR IV (+57%; Tabelle 7).

Da der SR II bereits heute unterdurchschnittlich mit ambulanten Pflegediensten (vgl. Tabelle 6) ausgestattet ist, sollte hier künftig ein Schwerpunkt beim Ausbau ambulanter Pflegedienste liegen. Im SR I entspricht die Versorgungssituation aktuell dem Potsdamer Durchschnitt, da aber in diesem SR ein deutliches Wachstum der Nachfrage nach ambulanten Pflegedienstleistungen zu erwarten ist, sollte auch hier der Schwerpunkt auf dem Ausbau ambulanter Dienste liegen. Der SR IV ist heute noch gut mit Pflegediensten ausgestattet, damit dies so bleibt, müssen auch hier die ambulanten Versorgungskapazitäten wachsen.

4.3.1.3 Teilstationäre Pflege: Tages- und Nachtpflege

Die Tages- beziehungsweise Nachtpflege sind Formen der teilstationären Pflege und sollen vor allem die pflegenden Angehörigen entlasten.⁶⁰ In der Tagespflege werden pflegebedürftige Personen tagsüber betreut, während sie die Nacht zuhause verbringen. In der Nachtpflege werden pflegebedürftige Personen die Nacht über betreut und verbringen den Tag in der Regel zu Hause.

Der Anspruch auf Tagespflege oder Nachtpflege ist im SGB XI geregelt: „Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 haben Anspruch auf teilstationäre Pflege in Einrichtungen der Tages- oder Nachtpflege, wenn häusliche Pflege nicht in ausreichendem Umfang sichergestellt werden kann oder wenn dies zur Ergänzung oder Stärkung der häuslichen Pflege erforderlich ist.“⁶¹ Je nach Einrichtung fallen die Kosten für die Tages- oder Nachtpflege unterschiedlich aus und nicht alle Kosten werden von der Pflegekasse übernommen. Abhängig vom Pflegegrad übernimmt die Pflegekasse die Kosten für die pflegerische Grundversorgung und den Fahrdienst.⁶² Verpflegung, Unterkunft und Betreuung müssen von der pflegebedürftigen Person selbst getragen werden.

Die Kombination aus Tagespflege, Pflege durch angehörige Personen und ambulanter Pflegedienste ist für viele pflegebedürftige Personen eine Alternative zur dauerhaften vollstationären Pflege (im Heim). Damit ist die Tagespflege ein Baustein für die häusliche Pflege.

⁶⁰ Vgl. § 41 SGB XI

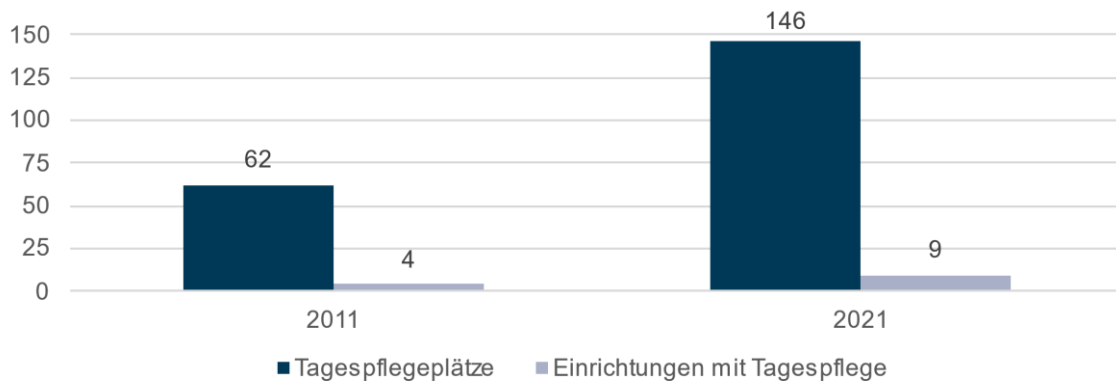
⁶¹ Vgl. § 4 Abs. 1 SGB XI

⁶² Maximale Leistung im Monat bei PG 2: 689 Euro, bei PG 3: 1.298 Euro, bei PG 4: 1.621 Euro, bei PG 5: 1.995 Euro. Personen des Pflegegrades 1 können den Entlastungsbetrag (125 Euro) einsetzen (vgl. <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/tagespflege-und-nachtpflege.html>; abgerufen am 9. August 2023)

Angebote in der LHP

Im Jahr 2021 gab es laut Pflegestatistik neun Einrichtungen (2011: 4, vgl. Abbildung 24) mit 146 Plätzen für die Tagespflege (2011: 62). Im Durchschnitt verfügen die Einrichtungen im Jahr 2021 über 16 Tagespflegeplätze (2011: 15).

Abbildung 24: Tagespflegeplätze und Einrichtungen mit Tagespflege in der LHP (2011, 2021)

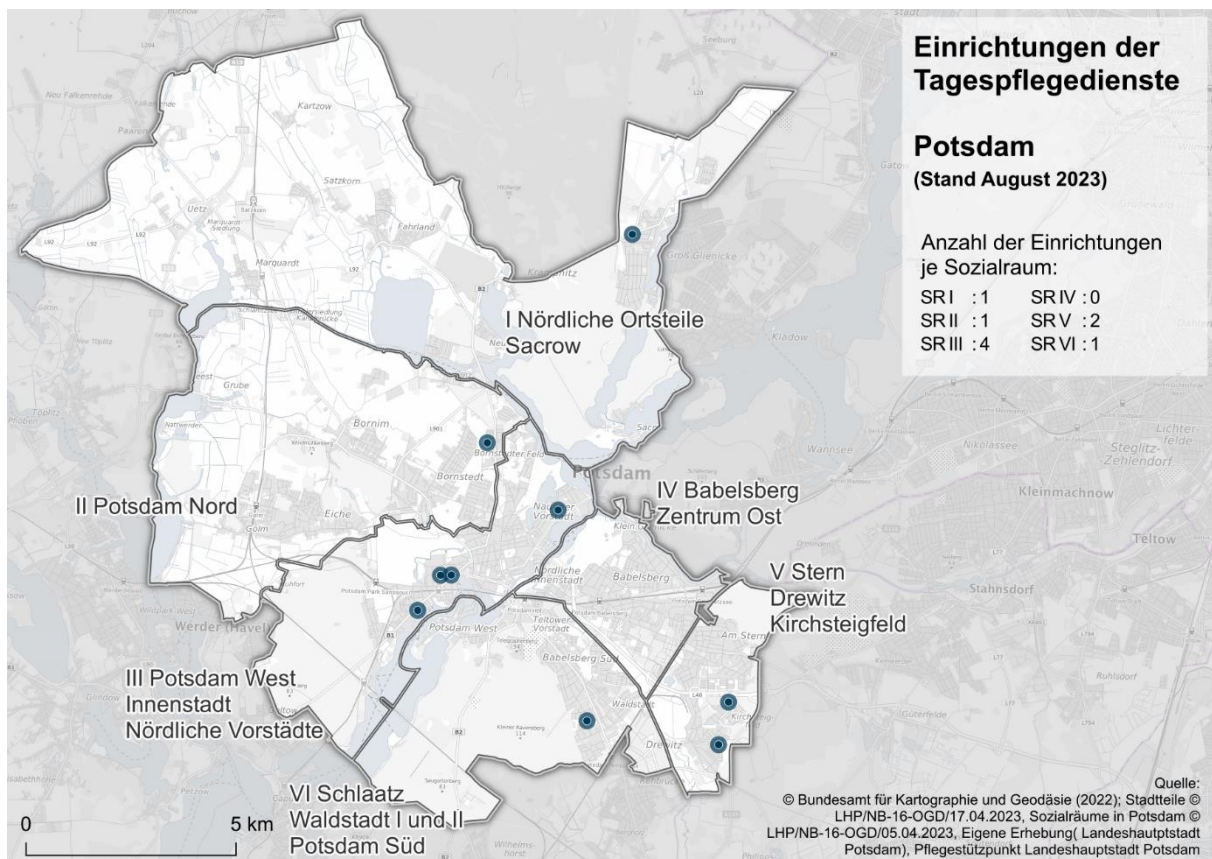


Quelle: Amt für Statistik Berlin-Brandenburg, Potsdam 2022, eigene Darstellung empirica

Angebote in den Sozialräumen

In der LHP gibt es neun Einrichtungen der Tagespflege, die sich wie folgt auf die Sozialräume verteilen: Jeweils eine Einrichtung der Tagespflege gibt es in den SR I, II und VI, zwei Einrichtungen in SR V und vier im SR III. Im SR IV gibt es keine Einrichtungen (vgl. Abbildung 25). Zudem gibt es in der LHP keine Einrichtung der Nachtpflege.

Abbildung 25: Tagespflegeeinrichtungen in den Sozialräumen in der LHP (2023)



Quelle: Pflegestützpunkt (Stand 6/2023)

empirica

Inanspruchnahme und Versorgungssituation

Für den kurzfristigen Bedarf stehen nach Aussagen verschiedener Expertinnen und Experten in den Tagespflegeeinrichtungen in der Regel keine Kapazitäten zur Verfügung. Lediglich für den mittleren Bedarf (geplant) sind Tagesplätze verfügbar. Des Weiteren sind in den Sommermonaten und um Weihnachten beziehungsweise um den Jahreswechsel (ferien- bzw. urlaubsbedingt) die Verfügbarkeiten eingeschränkt.

Im Vergleich mit dem Land Brandenburg oder dem Bundesgebiet ist die LHP mit Tagespflegeplätzen unterversorgt. Bezogen auf 1.000 pflegebedürftige Personen sind der LHP 17 Tagespflegeplätze (grundsätzlich) verfügbar bzw. belegbar (BB: 28, BRD: 19). Auch bezogen auf 1.000 65-Jährige und Ältere (LHP: 4, BB: 8, BRD: 5) oder 1.000 80-Jährige und Ältere (LHP: 1,1, BB: 2,4, BRD: 1,6) ist die Verfügbarkeit von Tagespflegeplätzen in der LHP unterdurchschnittlich

Künftige Nachfrage und Ausblick

Wird bei der Nachfrage nach Tagespflegeplätzen dasselbe Wachstum wie bei den pflegebedürftigen Personen unterstellt, bedarf es bis 2040 gut ein Viertel (+27%) mehr Plätze in der Kurzzeitpflege (Tagespflegeplätze).⁶³ Damit sind bis 2040 weiter 40 Plätze in der LHP zu schaffen (vgl. Tabelle 8). Allerdings ist die LHP im Vergleich zum Land Brandenburg und zum Bundesgebiet bereits heute unterversorgt.

Tabelle 8: Nachfrage nach Tagespflegeplätze durch Pflegebedürftige in den Sozialräumen in der LHP (bis 2040)

	I	II	III	IV	V	VI	Potsdam
Pflegebedürftige							
2021	557	1.267	2.297	1.317	1.533	1.904	8.875
2040	1.303	1.863	2.329	1.869	1.771	2.172	11.306
Anteil Tagespflege je 1.000 Pflegebedürftiger 2021							16,45
Bedarf an Tagespflegeplätzen*							
2021	10	21	38	22	26	32	149
2040	22	31	39	31	30	36	189
Delta Bedarf bis 2040 (Veränderung 2021 bis 2040)							
Δ	12	10	1	9	4	4	40

* = Anzahl der Tagespflegeplätze auf die Sozialräume hochgerechnet. Aufgrund der Hochrechnung (Nachkomma) wurde die Zahl der Plätze aufgerundet. Daher weicht die Zahl für Potsdam insgesamt von der Zahl in Abbildung 24 um zwei ab.

Quelle: Amt für Statistik Berlin-Brandenburg, Potsdam 2022, LHP, Bereich Statistik und Wahlen, eigene Berechnungen empirica (Basis Potsdam = Planungsvariante)

Wird eine vergleichbare Versorgungsquote – bezogen 1.000 65-Jährige – an verfügbaren Tagespflegeplätzen wie im Bundesgebiet angestrebt, sollten aktuell (2021) in der LHP 193 Tagespflegeplätze verfügbar sein und 2040 320.

4.3.2 Vollstationäre Pflege

4.3.2.1 Dauerpflege

Wenn die häusliche Pflege nicht mehr möglich ist, stehen Pflegeheime für die vollstationäre Pflege zur Verfügung. Die vollstationäre Pflege kann pflegende Angehörige (vollständig) entlasten. Häufig wird den pflegebedürftigen Personen die Entscheidung zwischen der ambulanten und stationären Pflege durch die äußeren Umstände abgenommen.

Die Unterkunft in einer Einrichtung zur vollstationären Dauerpflege (in einem Heim) ist zum Beispiel sinnvoll, wenn

⁶³ Hinweise zur Methodik siehe Methodische Erläuterungen auf Seite 90 im Anhang.

- die Angehörigen oder der ambulante Pflegedienst den Pflegebedarf nicht (mehr) decken kann.
- die pflegebedürftige Person alleinstehend ist, zunehmend vereinsamt und sich die Pflege nur sehr schwer organisiert lässt,
- die (bisherige) Wohnung nicht bedarfsgerecht angepasst ist.

Stationäre **Kurzzeitpflege** (in Heimen, vgl. Abschnitt 4.3.2.2) ist sinnvoll, wenn die Situation der pflegebedürftigen Person eine kurzfristige medizinische Intervention erfordern oder die pflegenden Angehörigen eine temporäre Lösung benötigen. Das reicht von der Umgestaltung der Wohnung (damit die Pflegesituation in der Häuslichkeit tragbar oder verbessert wird) bis hin zur Auszeit der Pflegenden (z. B. die Verhinderungspflege).

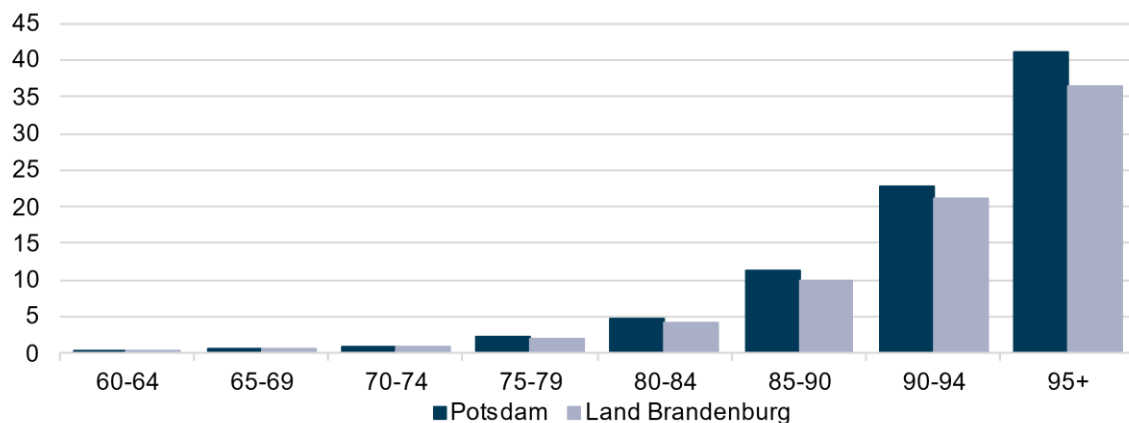
Die Kosten für einen Platz in einem Pflegeheim setzen sich auf mehreren Faktoren zusammen. Und zwar für

- 1 Kosten für Pflege- und Betreuungskosten,
- 2 Kosten für die Unterkunft und Essen sowie
- 3 Investitionskosten.

Die Kosten für die Unterkunft, der Verpflegung und Investitionskosten müssen selbst getragen werden. An den Kosten für Pflege- und Betreuungskosten müssen sich die pflegebedürftigen Personen beteiligen. Die Pflegeversicherung sichert das Pflegerisiko nicht vollständig ab. Reicht das Einkommen oder das Vermögen nicht aus, kann „Hilfe zur Pflege“ (eine Sozialleistung) beantragt werden.

Der vollstationären Dauerpflege in der LHP kommt im Vergleich mit dem Land Brandenburg eine übergeordnete Bedeutung zu (vgl. Abbildung 26). In der LHP nahmen 2021 rund 18% der pflegebedürftigen Personen stationäre (Dauerpflege-)Leistungen (nach SGB IX) in Anspruch, während es im Land Brandenburg lediglich 13% waren (BRD: 16%). Zum einen werden in der LHP ältere pflegebedürftige Personen häufiger in vollstationären Einrichtungen (dauerhaft) versorgt als im Land Brandenburg. Zum anderen wohnen in der LHP im Vergleich mit dem Land Brandenburg überdurchschnittliche viele pflegebedürftige Personen mit niedrigeren Pflegegraden (bis einschließlich Pflegegrad II) in vollstationären Einrichtungen zur Dauerpflege.

Abbildung 26: Pflegeprävalenzen in der voll stationären Dauerpflege ab 60 Jahren in der LHP und im Land Brandenburg (2021)



Quelle: Amt für Statistik Berlin-Brandenburg, Potsdam 2022, LHP , Bereich Statistik und Wahlen, eigene Berechnungen empirica

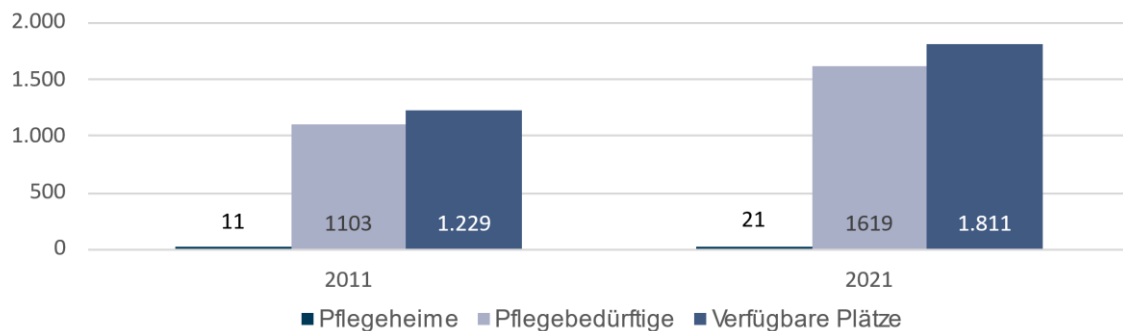
Angebote für vollstationäre Dauerpflege in der LHP

In der LHP gab es im Jahr 2021 insgesamt 21 vollstationäre Pflegeheime⁶⁴ für pflegebedürftige Personen im Alter sowie für Personen mit Behinderungen⁶⁵. 2021 verfügten diese Pflegeheime über 1.811 Pflegeplätze und betreuten 1.619 pflegebedürftige Personen in vollstationäre Dauerpflege (vgl. Abbildung 27).

⁶⁴ Statistisch erfasst werden die Pflegeheime, die durch Versorgungsvertrag nach § 72 SGB XI zur Pflege zugelassen sind oder Bestandsschutz nach § 73 Abs. 3 und 4 SGB XI genießen und danach als zugelassen gelten. Also auch Einrichtungen der Eingliederungshilfe.

⁶⁵ Lt. Pflegestatistik 2021

Abbildung 27: Pflegeheime, Pflegebedürftige in Dauerpflege und verfügbare Dauerpflegeplätze in der LHP (vollstationär; 2011, 2021)



Quelle: Amt für Statistik Berlin-Brandenburg, Potsdam 2022, eigene Berechnungen empirica

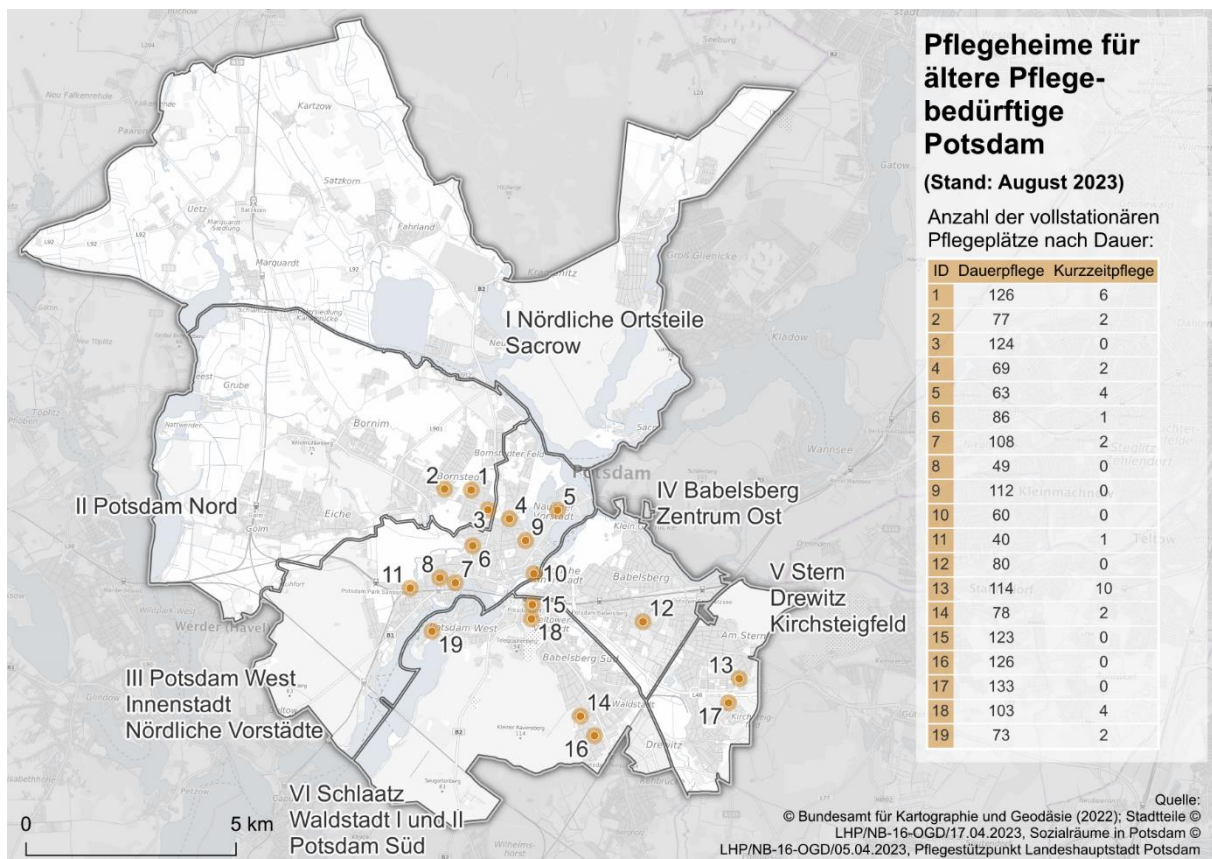
Angebote für ältere Pflegebedürftige in den Sozialräumen

In der LHP gab es im Jahr 2021 19 vollstationäre Pflegeheime für pflegebedürftige Personen im Alter.⁶⁶ Sie bieten insgesamt 1.744 Pflegeplätze für vollstationäre Dauerpflege. Die Einrichtungen werden von 13 Trägern betrieben.

Im Sozialraum II gibt es drei Einrichtungen, im Sozialraum III sind es acht, jeweils eine Einrichtung gibt es in den Sozialräumen IV und V, sechs Einrichtungen in Sozialraum VI. Im Sozialraum I gibt es keine stationäre Pflegeeinrichtung für ältere pflegebedürftige Personen (vgl. Abbildung 28).

⁶⁶ Einrichtungen, mit denen die Pflegekassen einen Versorgungsvertrag nach dem SGB XI haben. Hinzukommen zwei weitere Einrichtungen mit pflegfachlichem Versorgungsvertrag (nach § 72 SGB XI für Menschen mit Körper-/Mehrfachbehinderung sowie Hirnschädigungen).

Abbildung 28: Pflegeheime für ältere Pflegebedürftige in den Sozialräumen in der LHP (2023)



Quelle: Pflegestützpunkt (Stand 6/2023)

empirica

Inanspruchnahme und Versorgungssituation

Laut Pflegestatistik liegt die Auslastung der Einrichtungen bei etwa 90%. Allerdings sind nach Auswertung der schriftlichen Befragung bei stationären Pflegeeinrichtungen faktisch keine Plätze unmittelbar verfügbar (Auslastung zwischen 98% und 100%). Aus Gesprächen wird zudem deutlich, dass die Einrichtungen häufig nicht die volle Anzahl der Plätze belegen können. Neben temporären Gründen wie Sanierung/Modernisierung liegt der Hauptgrund in einem Personalmangel. Die tatsächlich verfügbaren und mit Personal hinterlegten Plätze sind voll belegt. Der Zeitraum, ab dem ein Pflegeplatz zu finden ist, variiert und reicht von wenigen Wochen bis hin zu zwölf Monaten und mehr.

Künftige Nachfrage und Ausblick

Bis zum Jahr 2040 wird – bei unveränderten Rahmenbedingungen – die Zahl der stationär in Heimen versorgten pflegebedürftigen Personen um etwa 520 Personen ansteigen, darunter 511 pflegebedürftige Personen in Dauerpflege. Gemessen an der mittleren Zahl von derzeit etwa 54 stationär dauerhaft versorgten pflegebedürftigen Personen pro Pflegeheim bedeutet das, dass bis 2040 zehn bis elf neue Pflegeheime entstehen müssten (vgl. Tabelle 9). Zu berücksichtigen ist dabei, dass der Betrieb von kleinen Pflegeheimen (kleiner 100 Plätze) selten wirtschaftlich darstellbar ist.⁶⁷

Unter den verschiedenen Bauvorhaben mit dem Fokus Pflege, ist derzeit kein Pflegeheim vorgesehen.

Tabelle 9: Nachfrage nach vollstationärer Pflege und vollstationärer Dauerpflege durch Pflegebedürftige in den Sozialräumen in der LHP (bis 2040)

	I	II	III	IV	V	VI	Potsdam
Pflegebedürftige in der vollstationären Dauerpflege							
2021	90	214	449	232	276	358	1.619
2040	243	339	446	353	338	411	2.130
Delta Bedarf bis 2040 (Veränderung 2021 bis 2040)							
absolut	153	125	-3	121	63	53	511
relativ	170%	58%	-1%	52%	23%	15%	32%

Quelle: Amt für Statistik Berlin-Brandenburg, Potsdam 2022, LHP, Bereich Statistik und Wahlen, eigene Berechnungen empirica (Basis Potsdam = Planungsvariante)

Im Vergleich mit dem Land Brandenburg oder dem Bundesgebiet sind die Pflegeheime – gemessen an der Zahl der vollstationär und dauerhaft Gepflegten relativ groß (LHP: 54 Gepflegte/Heim, BB: 38, BRD: 48). Im Durchschnitt werden 3,8 Gepflegte von einer Pflegekraft in Vollzeit betreut (BB: 3,9, BRD: 3,3).

Beim Heimschlüssel (Gepflegte/Heim) oder beim Betreuungsschlüssel sind die Potenziale – gemessen am landes- oder bundesweiten Vergleich – bereits ausgeschöpft. Der Bedarf an vollstationärer Versorgung kann allerdings reduziert werden, wenn es gelingt, die Pflege zu Hause zu stärken. Gemessen an allen pflegebedürftigen Personen werden in der LHP rund 18% der pflegebedürftigen Personen dauerhaft vollstationär in Heimen betreut, das sind mehr als im Bundesgebiet (16%) und im Land Brandenburg (16%). Der hohe Heim- beziehungsweise Betreuungsschlüssel in der LHP ist allerdings typisch für Städte. Durch den fehlenden räumlichen Bezug zu Familienangehörigen sind Unterstützungsmöglichkeiten durch Familienmitglieder häufig eingeschränkt.

⁶⁷ Hinweise zur Methodik siehe Methodische Erläuterungen auf Seite 90 im Anhang.

4.3.2.2 Kurzzeitpflege

Die Kurzzeitpflege ist für pflegebedürftige Personen, die nur eine begrenzte Zeit auf vollstationäre Pflege angewiesen sind. Das betrifft zum Beispiel Krisensituationen bei der häuslichen Pflege oder übergangsweise im Anschluss an einen Krankenhausaufenthalt. Personen ab PG 2 stehen bis zu 1.774 Euro für bis zu acht Wochen p.a. zu. Sofern Mittel der Verhinderungspflege nicht beansprucht werden, erhöht sich der Leistungsbetrag (um 1.612 Euro p.a.) auf insgesamt bis zu 3.386 Euro p.a.

Zusätzlich kann auch der Entlastungsbetrag (125 Euro pro Monat) verwendet werden. Personen mit PG 1 können den Entlastungsbetrag in Höhe von bis 1.500 Euro p.a. Kurzzeitpflege verwenden. ⁶⁸

Inanspruchnahme und Versorgungssituation

In der Kurzzeitpflege sind Plätze verfügbar. Diese gilt allerdings nicht für kurzfristige Bedarfe. Es gibt Wartezeiten. Für die kurzfristigen Bedarfe (beziehungsweise) Nachfrage besteht in der LHP eine große Angebotslücke.

Künftige Nachfrage und Ausblick

Die Nachfrage an Kurzzeitpflegeplätzen lässt sich ableiten aus den Wachstumsraten der pflegebedürftigen Personen in stationären Einrichtungen beziehungsweise dem Anteil der Kurzzeitpflege darunter.

Wird das Wachstum der Nachfrage nach vollstationären Pflegeplätzen beziehungsweise der Anteil auf die SR übertragen, sind bis 2040 weitere zwölf Kurzzeitpflegeplätze zu schaffen (vgl. Tabelle 10).⁶⁹

⁶⁸ Bundesministerium für Gesundheit: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/kurzzeitpflege.html>, abgerufen am 25. Oktober 2023, Stand: 19. September 2023

⁶⁹ Hinweise zur Methodik siehe Methodische Erläuterungen auf Seite 90 im Anhang.

Tabelle 10: Nachfrage nach Kurzzeitpflege durch Pflegebedürftige in den Sozialräumen in der LHP (bis 2040)

	I	II	III	IV	V	VI	Potsdam
Pflegebedürftige in der vollstationären Pflege							
2021	91	218	456	235	280	363	1.642
2040	247	344	452	358	343	416	2.160
Anteil Kurzzeitpflegeplätze je 1.000 Pflegebedürftiger der vollst. Pflege 2021							21,92
Bedarf an Kurzzeitpflegeplätzen*							
2021	2	5	10	6	7	8	38
2040	6	8	10	8	8	10	50
Delta Bedarf bis 2040 (Veränderung 2021 bis 2040)							
Δ	4	3	0	2	1	2	12

* = Anzahl der Kurzzeitpflegeplätze auf ganze Plätze (Zahlen) gerundet

Quelle: Amt für Statistik Berlin-Brandenburg, Potsdam 2022, LHP, Bereich Statistik und Wahlen, Pflegestützpunkt (Anzahl Kurzzeitpflegeplätze), eigene Berechnungen empirica (Basis Potsdam = Planungsvariante)

Im Vergleich mit dem Bundesgebiet wurden (zum Stichtag 15.12.2021) in der LHP bezogen auf alle Pflegebedürftigen selten Personen in Kurzzeitpflege betreut. Mitte Dezember 2021 wurden in der LHP 12 von 1.000 pflegebedürftigen Personen kurzzeitig vollstationär versorgt, im Bundesgebiet waren es fast doppelt so viele (21 von 1.000 Pflegebedürftige) und im Land Brandenburg (8 von 1.000 Pflegebedürftige). Es ist zu vermuten – zumindest lässt sich dies aus den Expertengesprächen ableiten – dass dies eine Folge des knappen beziehungsweise des nicht kurzfristig verfügbaren Angebots an Kurzzeitpflegeplätzen in der LHP ist.

4.3.3 Ambulant betreute Wohngemeinschaften

In Potsdam gibt es sowohl ambulant betreute Wohngemeinschaften, die anbieterverantwortet sind, wie auch in Einzelfällen selbstorganisierte Wohngemeinschaften. In ambulanten Wohngemeinschaften können Personen mit Unterstützungs- und Pflegebedarf in einer vertrauten häuslichen Atmosphäre leben. In einer großen Wohnung oder einem Haus leben in der Regel bis zu zwölf Personen zusammen und gestalten gemeinsam den Alltag. Die Personen haben ihren persönlichen Wohnbereich, der nach eigenen Wünschen eingerichtet werden kann. Die Gruppe teilt sich Gemeinschafts- und Wirtschaftsräume. Mahlzeiten werden in der Regel für die Wohngemeinschaft zubereitet und gemeinsam eingenommen. Das Interesse an gemeinschaftliche Wohnformen ist in der LHP hoch: vier von zehn Personen, die in der LHP leben, können sich gemeinschaftliches Wohnen für sich selbst vorstellen.⁷⁰ Sieben von zehn Personen wünschen zudem sich mehr Unterstützung für das gemeinschaftliche Wohnen durch die LHP.

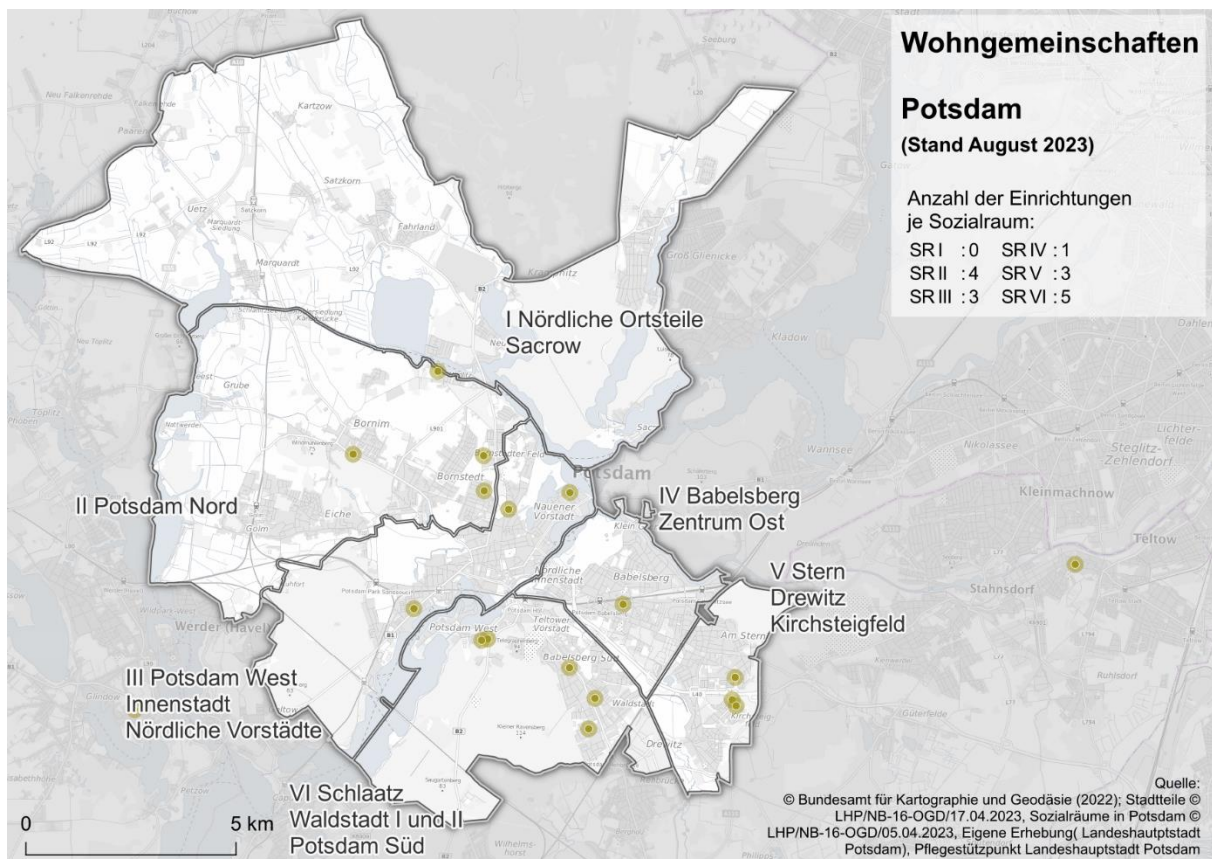
⁷⁰ Gemeinschaftlich Wohnen in Potsdam | Ergebnisse einer Bevölkerungsbefragung (durchgeführt: Das Projekt wird durchgeführt von: IZT – Institut für Zukunftsstudien und Technologiebewertung gGmbH, Difu – Deutsches Institut für Urbanistik gGmbH, Ingenieurbüro für Stadt- und Regionalplanung Plan und Praxis GbR in Kooperation mit der Stadt Potsdam, vgl. https://www.izt.de/media/2022/10/IZT_Broschuere_Gem_Wohnen_Potsdam_web_170619.pdf abgerufen am 12. Dezember 2023

Die Mitglieder der betreuten Wohngemeinschaft werden bei der Tages- und Freizeitgestaltung unterstützt. In der Regel gibt es eine Tag- und Nachbetreuung in der Wohnung. Bei einer Wohngemeinschaft, die anbieterverantwortet ist, übernimmt ein ambulanter Dienstleister die Gesamtorganisation. Im Unterschied zu einer anbieterverantworteten Wohngemeinschaft spielen bei einer selbstorganisierten Wohngemeinschaft mehr Eigeninitiative und selbstständige Entscheidungen (der Angehörigen) eine Rolle. Die dort lebenden Personen (oder Vertretungspersonen) einer selbstorganisierten Wohngemeinschaft entscheiden zum Beispiel, wer als neues Mitglied einziehen kann. Eine selbstorganisierte Wohngemeinschaft bietet in der Regel eine sehr hohe Qualität in der Alltagsgestaltung, ist jedoch auch mit einem enorm hohen organisatorischen Aufwand für die ehrenamtlich arbeitenden Angehörigen verbunden.

Generell ziehen in ambulant betreute Wohngemeinschaften Ältere mit einem hohen Pflegegrad und/oder einer demenziellen Erkrankung. Es sind Personen, die eine Tag- und Nachbetreuung benötigen. Dies betrifft nicht nur die Dienstleistungen, sondern auch eine Tag- und Nachtpräsenz im Sinne einer Gesamtorganisation und -aufsicht des Alltags. Bestehen bei Bewohnerinnen und Bewohnern Weglauftendenzen, müssen sie in der Regel die ambulant betreute Wohngemeinschaft verlassen.

Da ambulant betreute Wohngemeinschaften nicht meldepflichtig sind, gibt es für die LHP keine amtliche Übersicht vorhandener Angebote. Dem Pflegestützpunkt sind 19 Wohngemeinschaften bekannt, davon eine im Landkreis Teltow-Fläming und eine im LK Potsdam-Mittelmark (vgl. Abbildung 29). Bisher gibt es in der LHP keine gebündelten Informationen über die bestehenden Angebote und Kapazitäten. Es fehlen vor allem auch konzeptionelle Informationen, z. B. zu spezifischen Zielgruppen, spezifischen Betreuungskonzepten oder vertraglichen Modalitäten (z. B. Einbindung von Angehörigen oder eigenes Mobiliar).

Abbildung 29: Wohngemeinschaften in der LHP (2023)



Quelle: eigene Recherchen, Pflegestützpunkt

empirica

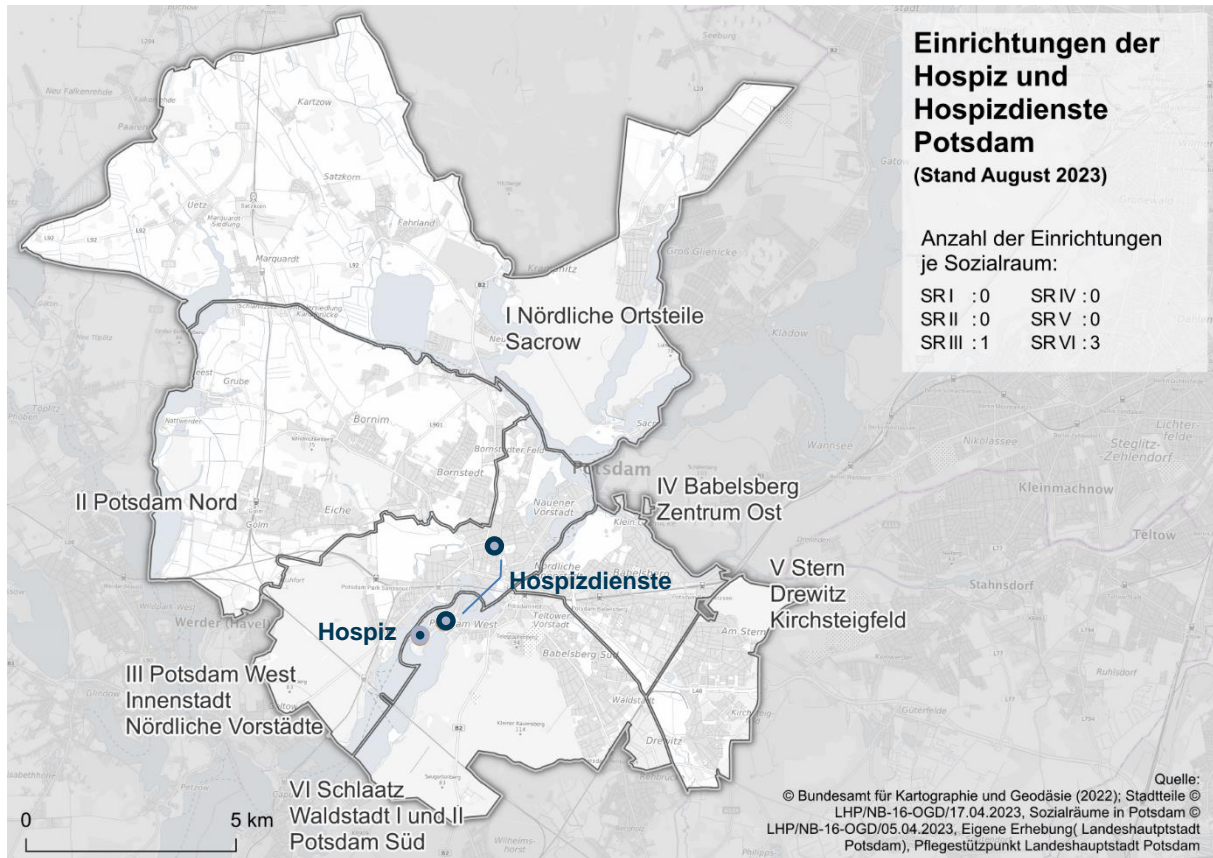
4.3.4 Hospize

Die LHP bietet Hospizleistungen als eine Form der palliativen Versorgung für schwerstkranke Personen an. Hospize sind Einrichtungen, die spezialisierte palliative Pflege und Betreuung für Personen mit fortgeschrittenen, nicht heilbaren Krankheiten anbieten, um ihnen ein würdevolles und möglichst schmerzfreies Leben bis zum Ende zu ermöglichen.

- In der LHP gibt es ein Hospiz. Es bietet in der Regel eine familiäre und angenehme Atmosphäre. Dabei wird in der Pflege und Betreuung auf die individuellen Bedürfnisse und Wünsche der schwerstkranken Personen und ihren Angehörigen eingegangen. Das Hospiz verfügt über acht (wohnlich) eingerichtete Zimmer.
- Neben dem Hospiz auf Hermannswerder (vgl. Abbildung 30) gibt es zwei Hospizdienste in der LHP. Diese bieten zum Beispiel telefonische und persönliche Beratung, Besuche für Schwerkranke und Sterbende sowie für deren Angehörige, Sitzwachen, etc. an.
- Hospize bieten umfassende palliative Versorgung, einschließlich Schmerz- und Symptomkontrolle, psychosoziale Unterstützung, spirituelle Begleitung und emotionale Betreuung für die betreuten Personen und ihre Angehörigen. Ziel ist es, die Lebensqualität der betreuten Personen in der letzten Lebensphase zu verbessern und ihnen ein würdevolles Sterben zu ermöglichen.

→ Die Finanzierung erfolgt in der Regel über eine Mischfinanzierung von Krankenkassen, Pflegeversicherung, Spenden oder Eigenmittel. Hospize müssen bestimmte gesetzliche Vorgaben erfüllen und zugelassen sein, um palliative Versorgung anbieten zu können.

Abbildung 30: Stationäres Hospiz und ambulante Hospizdienste in der LHP (2023)



Quelle: eigene Recherchen

empirica

In der LHP gibt es derzeit acht Betten in einem Hospiz. Damit ist die Ausstattung mit 4,4 Hospizbetten je 100.000 Einwohner in der LHP höher als im Bundesgebiet (vgl. Tabelle 11). Die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) empfiehlt bis zu 10 Hospiz- und Palliativbetten pro 100.000 EW.⁷¹

Wird unterstellt, dass sich die Hälfte der Betten in Hospizen und die andere Hälfte in Palliativstationen in Kliniken befindet; fehlen heute – bei fünf Hospizbetten je 100.000 EW – zwei weitere Hospizbetten. Mit insgesamt zehn Hospizbetten wäre damit der (Mindest-)Bedarf bis 2040 gedeckt.

Tabelle 11: Nachfrage nach Hospizbetten in den Sozialräumen in der LHP (bis 2040)

	I	II	III	IV	V	VI	Potsdam
Einwohner							
2021	13.926	32.644	40.670	31.297	29.697	35.167	183.401
2040	26.601	38.189	43.998	35.921	32.256	40.928	217.893
Hospizbetten in der Landeshauptstadt							8
Anteil Hospizbetten je 100.000 EW Potsam 2021							4,4
<i>nachrichtlich (Anteil Hospizbetten je 100.000 EW Deutschland)</i>							3,6
Bedarf an Hospizbetten (5 Betten je 100.000 EW)							
2021	1	2	3	2	2	2	10
2040	2	2	2	2	2	2	10
Delta Bedarf bis 2040 (Veränderung 2021 bis 2040)							
Δ							2

* = Anzahl der Hospizbetten auf ganze Plätze (Zahlen) gerundet, daher Abweichungen in der Summe
Quelle: Amt für Statistik Berlin-Brandenburg, Potsdam 2022, LHP, Bereich Statistik und Wahlen, Pflegestützpunkt (Kurzeitpflegeplätze), eigene Berechnungen empirica (Basis Potsdam = Planungsvariante), Deutscher Hospiz- und Palliativ Verband e.V. (Hospizbetten Deutschland 2.500; Stand 3.03.2023)

4.4 Personen mit besonderen Bedarfen

Personen mit besonderen Bedarfen sind zum Beispiel jüngere Pflegebedürftige (unter 65 Jahren), Pflegebedürftige mit Migrationshintergrund, aber auch Personen ohne eigene Wohnungen (Wohnungslose). Die Bedarfe der jüngeren Pflegebedürftigen werden in Abschnitt 4.4.1 behandelt und die Bedarfe der Personen mit Migrationshintergrund in Abschnitt 4.4.2.

Die Darstellung der Bedarfe für pflegebedürftige wohnungslose Personen ist nicht möglich. Pflegebedürftige Wohnungslose sind in der Regel jünger als der Durchschnitt der Pflegebedürftigen in der Bevölkerung und ihre Ausgangsvoraussetzungen sowie Bedürfnisse unterscheiden sich. Häufig passen sie weder in das Schema der Pflegegrade noch in das Bild der Heimpflege.⁷² Es ist daher eine Herausforderung, sie mit ambulanter oder stationärer Pflege

⁷¹ Vgl. Palliativversorgung, Strukturen und regionale Unterschiede in der Hospiz- und Palliativversorgung, Heiner Melching (Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin), Bertelsmann Stiftung, 2015

⁷² Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit (<https://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/service/meldungen/pflege-ohne-obdach-wer-pflegt-herrn-k/> | abgerufen 1. August 2024)

zu versorgen. Hinzu kommt: Es gibt keine valide Untersuchung zur Quantifizierung wohnungsloser Personen mit Pflegebedarf in der LHP.

In der LPH wird derzeit ein neues Konzept zur Wohnungsnotfallhilfe erarbeitet. In dem Konzept wird es um die Rahmenbedingungen für passgenaue Hilfen und Angebote für Wohnungslose und von Wohnungsnot bedrohte Personen in der LHP gehen. Gegebenenfalls werden in diesem Konzept die Pflegebedarfe dieser Gruppe herausgearbeitet.

4.4.1 Junge Pflegebedürftige

Auch junge Personen (unter 65 Jahren) werden oder sind pflegebedürftig. Sie werden zum Beispiel mit chronischen oder chronisch fortschreitenden Krankheiten geboren. Aber auch ein Unfall oder eine plötzlich auftretende Krankheit kann zu einer Hilfsbedürftigkeit und Pflegebedürftig führen. Wie die älteren pflegebedürftigen Personen werden sie häufig zu Hause (von den Angehörigen oder Pflegediensten) betreut oder leben in speziellen Wohngemeinschaften mit anderen pflegebedürftigen (jungen) Personen zusammen. Jungen pflegebedürftigen Personen wird in der Regel eine Behinderung anerkannt. Es geht daher nicht nur um die Kompensation von gesundheitlichen Beeinträchtigungen (Pflege)⁷³, sondern auch um die Förderung einer wirksamen Teilhabe am Leben in der Gesellschaft (Eingliederung⁷⁴). Damit hat diese Personengruppe andere Bedarfe, aber auch Ansprüche die weit über die (reine) Pflege hinausgehen. Klassische Pflegeheime (mit einem hohen Durchschnittsalter) sind nicht auf die Bedürfnisse und Ansprüche jüngerer Personen ausgelegt und stellen für diese Gruppen keine adäquate Versorgung sicher.

⁷³ Mit dem Ziel der Aufrechterhaltung oder Wiedergewinnung von verloren gegangenen Fähigkeiten und Selbstständigkeiten

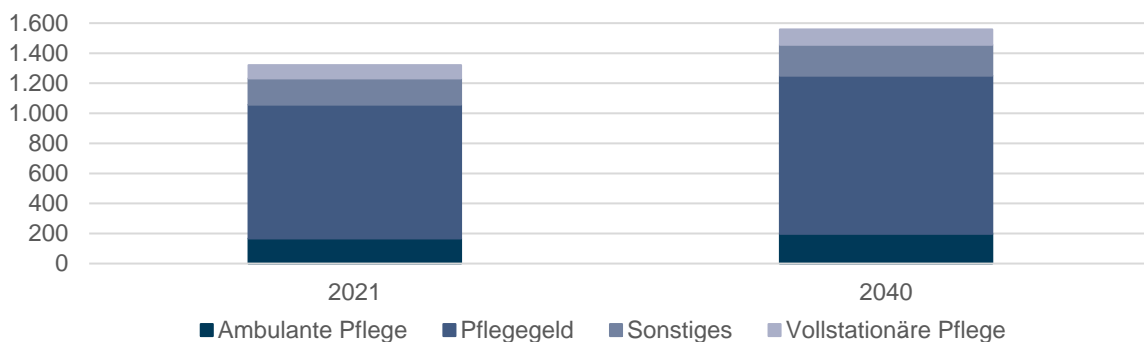
⁷⁴ Mit dem Ziel der Entwicklung, Gewinnung und Weiterentwicklung von (neuen) Fähigkeiten und (neuen) Kompetenzen.

Pflegebedürftige im Alter zwischen 15 bis unter 65 Jahren

Insgesamt gibt es im Jahr 2021 1.321 pflegebedürftige Personen im Alter zwischen 15 bis unter 65 Jahren. Ein Großteil der 15- bis unter 65-jährigen pflegebedürftigen Personen wird in der LHP im Jahr 2021 zu Hause versorgt (93%). 13% haben den Pflegegrad 1 und erhalten ausschließlich landesrechtliche Leistungen⁷⁵. Ebenfalls 13% werden durch (oder mit) ambulante Pflegedienste versorgt und 67% werden ausschließlich von Angehörigen versorgt. Lediglich 7% werden in vollstationäre Einrichtungen (in der Regel in Wohngruppen) betreut (vgl. Abbildung 31).

Projektiert auf das Jahr 2040 werden in der LHP 1.559 junge Personen im Alter zwischen 15 bis unter 65 pflegebedürftig sein. Die Anzahl der Personen, die auf eine vollstationäre Versorgung (in Einrichtungen der Eingliederungshilfe) angewiesen ist, steigt von knapp 89 auf 103.

Abbildung 31: Junge Pflegebedürftige im Alter von 15- bis unter 65-Jahren in der LHP (2021, 2040)



Quelle: Amt für Statistik Berlin-Brandenburg, Potsdam 2022, LHP, Bereich Statistik und Wahlen, eigene Berechnungen empirica (Basis Potsdam = Planungsvariante)

Nach Expertengespräche wird bei jüngeren pflegebedürftigen Personen zuerst der Grad der Behinderung anerkannt und in einem weiteren Schritt ein Pflegegrad. Personen mit Behinderung haben Ansprüche auf Pflegeleistungen⁷⁶ und Leistungen für Personen mit Behinderung⁷⁷. Diese Ansprüche sind gleichrangig.

Die wichtigste Unterstützung für Personen mit Behinderung ist die Eingliederungshilfe. Zu den Leistungen der Eingliederungshilfe gehören zum Beispiel die Unterstützung beim Wohnen, in der Freizeit und heilpädagogische Leistungen sowie Leistungen zur Mobilität. Eingliederungshilfe wird auch (zusätzlich) gewährt, wenn die Person in einem Pflegeheim lebt. Allerdings sind die klassischen (Alten-)Pflegeheime mit einem hohen Durchschnittsalter nicht auf die Bedürfnisse und Ansprüche jüngerer Personen ausgelegt und nicht zielgruppengerecht.

⁷⁵ Ohne Leistungen der ambulanten Pflege- /Betreuungsdienste oder Pflegeheime.

⁷⁶ Pflegeleistungen sollen gesundheitliche bedingte Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder Fähigkeiten ausgleichen.

⁷⁷ Sie sollen die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft ermöglichen.

Kinder und Jugendliche mit Pflegebedarf(en)

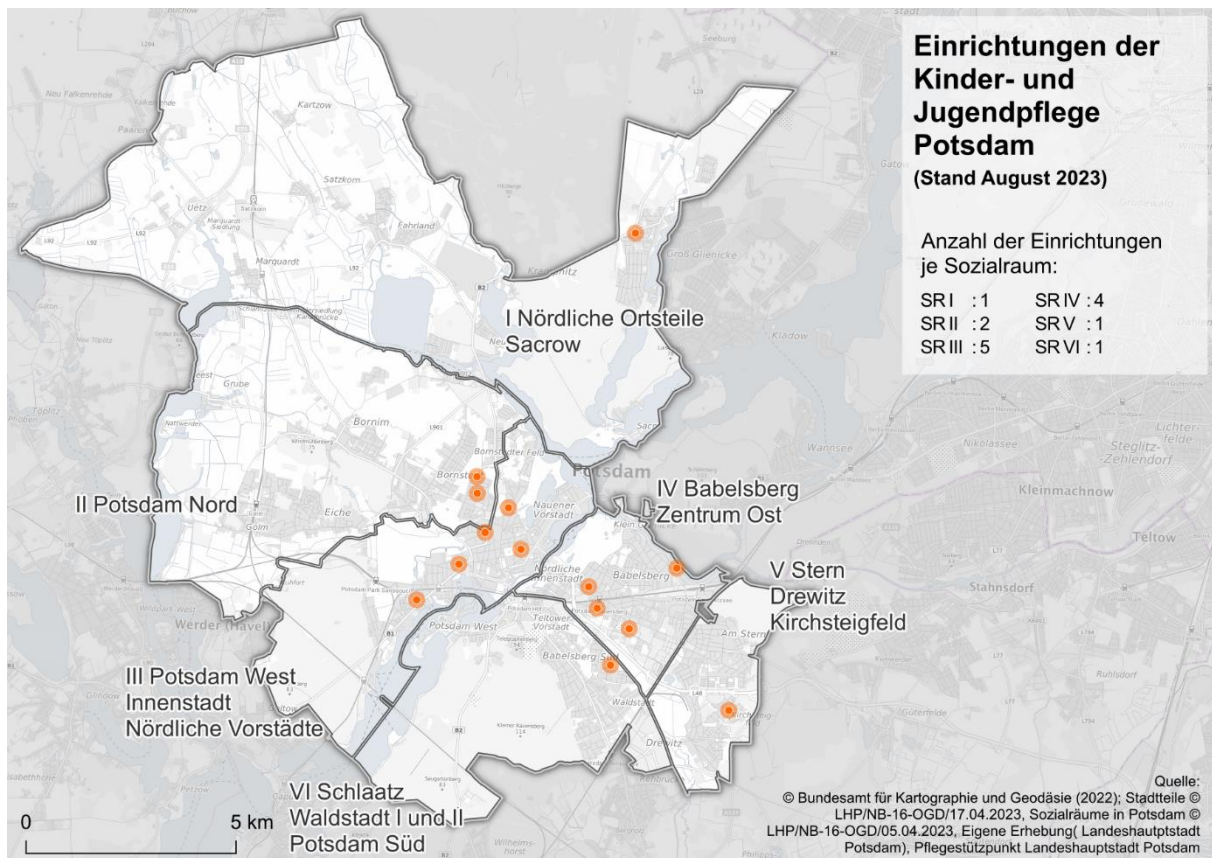
Insgesamt gibt es im Jahr 2021 340 pflegebedürftige Personen im Alter von unter 15 Jahren. Mit einer Ausnahme werden alle unter 15-jährigen pflegebedürftigen Personen zu Hause versorgt. 87% (297) werden ausschließlich von Angehörigen versorgt, 11% (37) haben den Pflegegrad 1 und erhalten ausschließliche landesrechtliche Leistungen⁷⁸. Knapp 2% (5) werden durch/ mit ambulanten Pflegediensten versorgt. Lediglich eine Person wird in einer vollstationären Einrichtung betreut. Bis 2040 wird die Zahl der pflegebedürftigen Personen im Alter unter 15 Jahren auf 389 steigen.

Leistungen der Eingliederungshilfe sind abhängig von Einkommen und Vermögen der betroffenen Person. Ist die leistungsberechtigte Person minderjährig, wird auf das Einkommen und Vermögen der Eltern beziehungsweise des Elternteils abgestellt. Diese müssen sich nicht an allen Leistungen der Eingliederungshilfe finanziell beteiligen. Bestimmte Leistungen⁷⁹ können ohne Kostenbeteiligung gewährt werden. Dieser Sachverhalt, aber auch die emotionale Bindung zum eigenen Kind führen dazu, dass Kinder mit Behinderung und Pflegebedarf in der Regel zu Hause versorgt werden. Vor diesem Hintergrund kommen Unterstützungsangeboten für Kinder- und Jugend(pflege) besondere Bedeutung zu. In Abbildung 32 sind die Unterstützungsangebote für Kinder und Jugendliche Pflegebedürftige und deren Angehörige in der LHP dargestellt. Das Angebot reicht von Assistenzen, Einzelfallhilfen- und Betreuung, Freizeitaktivitäten bis hin zu Hilfen für Krebs- und schwerkranke Kinder und ambulanten Hospizdiensten.

⁷⁸ Ohne Leistungen der ambulanten Pflege- /Betreuungsdienste oder Pflegeheime.

⁷⁹ Dazu zählen Heilpädagogische Leistungen für Kinder, die noch nicht eingeschult sind (z. B. Leistungen der Frühförderung), Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (WfbM, andere Leistungsanbieter, Budget für Arbeit, Budget für Ausbildung), Hilfen zur Schulbildung (z. B. Schulbegleitung), Leistungen zum Erwerb und Erhalt praktischer Kenntnisse und Fähigkeiten, wenn sie der Vorbereitung auf die Teilhabe am Arbeitsleben dienen.

Abbildung 32: Unterstützungsangebote für Pflegebedürftige Kinder und Jugendliche und deren Angehörige in der LHP (2023)



Anmerkung: Dargestellt sind Unterstützungsangebot unter anderem nach § 45 SGB (Kinder- und Jugendpflege)
Quelle: Pflegestützpunkt; LHP, eigene Erhebungen empirica (Stand 6/2023) **empirica**

Inanspruchnahme und Versorgungssituation

In der LHP gibt es zwei vollstationäre Einrichtungen mit pflegefachlichem Versorgungsvertrag für die Betreuung von jungen pflegebedürftigen Personen mit Behinderung. Die Versorgungssituation in diesen Einrichtungen ist für junge pflegebedürftige Personen noch gewährleistet. Allerdings zeichnen sich auch hier durch den Fachkräftemangel Engpässe ab.

Fazit

Die Versorgung junger pflegebedürftiger Personen (mit anerkannter Behinderung) ist in Einrichtungen der Eingliederungshilfe sicherzustellen und nicht in (Alten-)Pflegeheimen. Somit ist dies nicht Aufgabe der (vorliegenden) Pflegebedarfsplanung. Allerdings sei an dieser Stelle darauf hingewiesen, dass viele Angehörige, die derzeit ihre erwachsenen Kinder pflegen dies absehbar nicht mehr übernehmen können. Daher müssen die Einrichtungen der Eingliederungshilfe gestärkt werden. Nur so kann verhindert werden, dass jüngere pflegebedürftige Personen im (Alten-)Pflegeheim versorgt werden (müssen), weil es für sie keine Plätze in Einrichtungen der Eingliederungshilfe gibt. Dies entspricht auch einem Handlungsansatz des INSEK (2022), also der Förderung von Wohngemeinschaften für junge Personen mit Behinderung.

4.4.2 Personen mit Migrationshintergrund und Pflegebedarfen

Im Hinblick auf kulturspezifische Anforderungen an Einrichtungen der Altenhilfe gilt es, entsprechende Handlungsbedarfe frühzeitig zu erkennen. In der Pflegestatistik und in der SA-RAH-Datenbank werden pflegebedürftige Personen nicht nach ihrer Staatsangehörigkeit (oder z. B. Muttersprache) erfasst. Ebenso liegen aus anderen Quellen keine belastbaren Angaben für die LHP vor. Vor diesem Hintergrund kann die Zahl, der nicht deutschen pflegebedürftigen Personen nur grob abgeschätzt werden. Wird unterstellt, dass sich die gender- und altersspezifischen Pflegeprävalenzen zwischen deutschen und nicht deutschen Personen nicht unterscheiden, gibt es im Jahr 2021 in der LHP rund 285 nicht deutsche pflegebedürftige Personen. Das sind gut 3% aller Pflegebedürftigen in der LHP.

Projektion der nicht-deutschen Pflegebedürftigen bis 2040

Auf Basis der aktuellen Sterbetafeln kann die Zahl der heute in der LHP lebenden nicht Deutschen für das Jahr 2040 angenommen und mit den Pflegeprävalenzen die Zahl der 2040 in der LHP vermutlich lebenden nicht deutschen pflegebedürftigen Personen berechnet werden. Dies ist lediglich ein Näherungswert, der hilft, den Umfang möglicher Herausforderungen einzugrenzen. Grob geschätzt werden demnach 2040 rund 725 nicht deutsche pflegebedürftige Personen in der LHP leben. Das entspräche dann etwa 6,4% aller pflegebedürftigen Personen.

Bei dieser Schätzung wird die Zu- und Abwanderung von nicht deutschen Personen in den nächsten 20 Jahren nicht berücksichtigt.

- Die (künftige) Zuwanderung nicht deutscher Personen spielt für den Pflegebedarf bis 2040 nur eine untergeordnete Rolle. Die Zugewanderten sind jung, entsprechend gering ist das Risiko pflegebedürftig zu werden. 2021 waren 90% der nicht deutschen Zuwandernden 50 Jahre oder jünger. 2040 sind diese 70 Jahre und jünger. Dementsprechend ist Pflegerisiko dieser Personen gering.
- Die Abwanderung ist anders zu bewerten. Erfahrungsgemäß sind nicht-deutsche Personen, die aus ihrer Heimat abgewandert oder geflohen sind, mobiler als deutsche Personen. Handelt es sich bei den Abwandernden eher um Ältere, aus dem Erwerbsleben ausscheidende (nicht pflegebedürftige) Personen, wird die Zahl der nicht deutschen pflegebedürftigen Personen überschätzt. Es ist davon auszugehen, dass ein Teil der Älteren mit Austritt aus dem Erwerbsleben wieder abwandert.

In der Gesamtschau bleibt daher festzuhalten, dass die geschätzte Zahl der nicht-deutschen pflegebedürftigen Personen 2040 eher eine Obergrenze darstellt.

Inanspruchnahme und Versorgungssituation

Nach Erkenntnissen aus den Expertengesprächen gibt es bei der Versorgung von pflegebedürftigen Personen mit Migrationshintergrund derzeit keine besonderen Bedarfe.

Aus Gesprächen wird allerdings deutlich, dass die Anfragen – nach Einschätzung der Experten – derzeit zunehmen. Wenn Personen mit Migrationshintergrund nicht gut Deutsch verstehen, beziehungsweise sprechen und das Pflegepersonal wiederum nicht die Sprache dieser Personen spricht, kann es zu Problemen (auch im Hinblick auf die kulturellen Gepflogenheiten

und religiöse Traditionen) kommen, die die Qualität der Pflege beeinträchtigen.⁸⁰ Die Einstellung von Beratungs- und Pflegepersonal mit Migrationshintergrund und kultursensible Schulungen können wichtige Bausteine sein, um sich auf künftige Herausforderungen vorzubereiten.

Künftige Nachfrage und Ausblick

Bis zum Jahr 2040 wird die Zahl der nicht-deutschen pflegebedürftigen Personen auf rund 725 Personen geschätzt. Das sind rund 6% aller pflegebedürftigen Personen im Jahr 2040.

Pflege von Personen mit Migrationshintergrund spielt derzeit keine übergreifende Rolle. Das Thema wird mittelfristig an Bedeutung gewinnen. Allerdings fehlt es an einer validen Datenbasis (= Statistischer Erfassungsbedarf). Zukünftig ist zu beobachten (ggf. zu erfassen), ob durch Alterung und die aktuelle die Migration kultursensible Bedarfe weiter Bedarfe bestehen.

Unabhängig davon sollte die Informations- und Beratungslandschaft (nach Auswertung des Einwohnerregisters, Alter und Staatszugehörigkeit) um entsprechende (mehrsprachige) Angebote ergänzt werden.

⁸⁰ Kantar, Public Division Deutschland. „Wissenschaftliche Evaluation der Umstellung des Verfahrens zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit (§ 18c Abs. 2 SGB XI), Abschlussbericht: Allgemeine Befragungen (Los 2)“. 2019 im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG).

5. Flankierende Unterstützungsangebote in der LHP

Die geburtenstarken Jahrgänge, die Babyboomer⁸¹ gehen gerade in Rente. Im Jahr 2024 wurde der größte Babyboomer-Jahrgang (1964) sechzig Jahre alt, in zwanzig Jahren sind sie achtzig Jahre und stellen die Pflege vor eine quantitative Herausforderung. Die Babyboomer hinterlassen eine Lücke auf dem Arbeitsmarkt, während sie zugleich Gesundheits- und Pflegeleistungen nachfragen. Die bereits bestehenden Versorgungslücken der professionellen Pflege (ambulante Pflegedienste, Pflegeheime) werden sich verschärfen. Daher ist es wichtig, nicht nur die Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen in den Blick zu nehmen, sondern auch Wege zu finden, die Nachfrage nach Pflegeleistungen zu senken.

Es müssen Potenziale ausgeschöpft werden, um die Entstehung von Pflegebedürftigkeit zu vermeiden, zu verzögern oder abzumildern. Dementsprechend kommt der Prävention⁸² und dem Thema Wohnen im Alter mit und ohne Pflege(-bedürftigkeit) eine besondere Bedeutung zu.

Nachfolgend werden drei flankierenden Unterstützungsangebote(-leistungen) in der LHP in den Blick genommen. Dazu zählen:

- Information, Beratung und Vernetzung,
- Unterstützung und Angehörigenangebote und
- Hilfe zur Pflege.

5.1 Information, Beratung und Vernetzung

Information und Beratung sind zentrale Komponenten zur Weichenstellung, um das Wohnen zu Hause so lange wie möglich zu ermöglichen. Das betrifft sowohl (bauliche) Anpassungen zur Vermeidung der Hilfs- oder Pflegebedürftigkeit (Stichwort: Sturzvermeidung), die Reduzierung der Hilfs- und Pflegebedürftigkeit (Stichwort: barrierefreie Erreichbarkeit der Wohnung), und die Unterstützung der Pflegenden (Stichwort: geräumiges Bad, ebenerdige Dusche) sowie Entlastungsangebote für Angehörige, die pflegen.

Beratungs- und Informationsangebote sind wichtige Bestandteile zur Prävention von Pflege und bei Pflegebedarf. Dabei verfügt die LHP über ein gutes Informations- und Beratungsnetzwerk von zahlreichen Trägern an 26 Standorte (vgl. Abbildung 33).

Für die pflegebedürftigen Personen und deren Angehörigen steht der Pflegestützpunkt im Mittelpunkt. Er ist eine örtliche Auskunft- und Beratungsstelle für Personen mit Pflegebedarf, beziehungsweise deren Angehörige. Hier laufen pflegerische, medizinische und soziale Leistungen zusammen und es besteht ein Netzwerk zu lokalen Dienstleistern und ehrenamtlichen Strukturen. Die Beratung erfolgt kostenlos und umfasst zum Beispiel die Antragstellung (u.a.

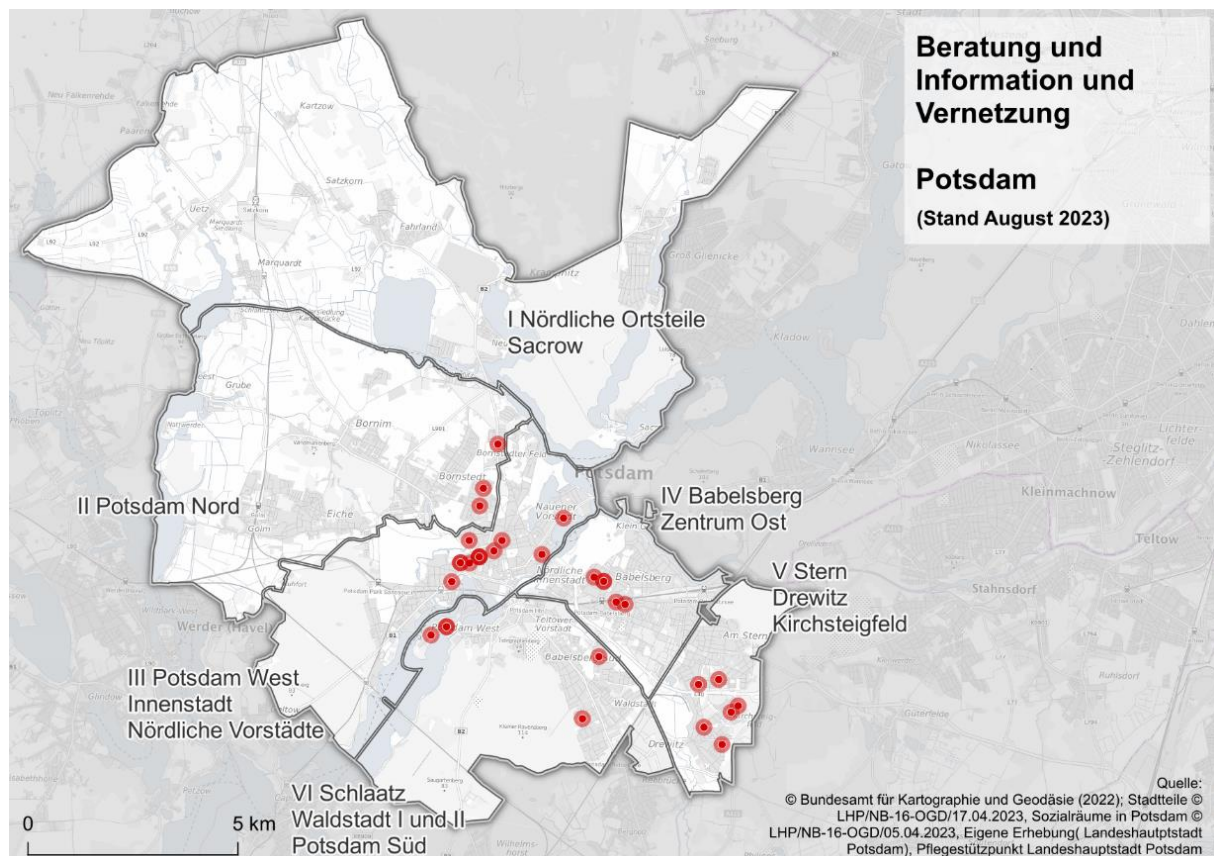
⁸¹ Geburtenjahrgänge 1955 bis 1965.

⁸² Primärprävention (vor Pflegebedürftigkeit), Sekundärprävention (unmittelbar vor bzw. kurz vor Hilfsbedürftigkeit) und Tertiärprävention (bei Pflegebedürftigkeit).

Pflegeantrag), Hilfsmittel und Pflegehilfsmittel, Entlastung von pflegenden Angehörigen, Finanzierungsmöglichkeiten, aber auch wohnungsverbessernde Maßnahmen.

Bei der Vernetzung ist das Netzwerk „Älter werden in Potsdam“ hervorzuheben. Es hat sich im Jahr 2006 mit dem Ziel gegründet, die Zusammenarbeit zwischen den Diensten und Einrichtungen zu verbessern. Mittlerweile arbeiten 44 Partner aus allen Bereichen⁸³, die mit den Belangen älterer Personen befasst sind, im Netzwerk zusammen.⁸⁴

Abbildung 33: Beratung, Information und Vernetzung in der LHP (2023)



Quelle: Pflegestützpunkt; LHP , eigene Erhebungen empirica (Stand 8/2023)

empirica

5.2 Angebote zur Unterstützung im Alltag

Angebote zur Unterstützung im Alltag tragen dazu bei, Pflegepersonen zu entlasten und helfen pflegebedürftigen Personen, möglichst lange zu Hause zu leben, ihre Netzwerke beizubehalten und auch (neue) aufzubauen.

⁸³ Zum Beispiel Seniorenbeirat, Bürger- und Mehrgenerationshäuser. Psychiatrien, Beratungsstellen, Angehörigenkreise, Ehrenamtliche, AUAs, etc.

⁸⁴ Vgl. <https://www.aelter-werden-in-potsdam.de/ueber-uns/>, abgerufen 7. November 2023.

Angebote zur Unterstützung im Alltag sollen ein möglichst langes Verbleiben zuhause ermöglichen. Jeder pflegebedürftigen Person, die zu Hause gepflegt wird, steht ein Entlastungsbetrag in Höhe von 125 Euro monatlich zur Verfügung.⁸⁵ Angebote zur Unterstützung im Alltag (§ 45a SGB IX) sind:⁸⁶

- **Betreuungsangebote:** Sie richten sich an Personen, die einen besonderen Betreuungsbedarf haben. Ehrenamtliche Helferinnen und Helfer übernehmen dabei – unter pflegfachlicher Anleitung die Betreuung von pflegebedürftigen Personen mit allgemeinem oder mit besonderem Betreuungsbedarf. Dies können Gruppen- oder Einzelbetreuungen sein. In Betracht kommen auch besondere Betreuungsgruppen, zum Beispiel für demenziell erkrankte Personen.
- **Angebote zur Entlastung der pflegebedürftigen Personen im Alltag:** Diese sind praktische Hilfen, zum Beispiel Unterstützung im Haushalt⁸⁷, Begleithilfen⁸⁸ und Hilfen zur Tagesstrukturierung oder Freizeitgestaltung⁸⁹.
- **Angebote zur Entlastung der Pflegenden im Alltag:** Der Entlastungsbetrag kann auch gezielt für die beratende Unterstützung von pflegenden Angehörigen, Pflegekurse oder Pflegebegleiter⁹⁰ in der LHP eingesetzt werden.

In der LHP werden diese (anerkannten) Angebote zur Unterstützung im Alltag an 23 Standorten⁹¹ angeboten. Das Angebotsspektrum reicht von Begleit- und Betreuungsdienste, über Unterstützung bei Einkäufen. Darüber hinaus gibt es 55 Helferkreise zur Betreuung in der Häuslichkeit.

⁸⁵ Vgl. § 45b SGB XI

⁸⁶ Die Angebote benötigen eine Anerkennung durch die zuständige Landesbehörde.

⁸⁷ Zum Beispiel, Hausreinigung, Fenster putzen, Geschirrspülmaschine ausräumen, Wäsche waschen, bügeln, leichte Gartenarbeiten, Versorgung der Haustiere, Kochen oder Müll entsorgen.

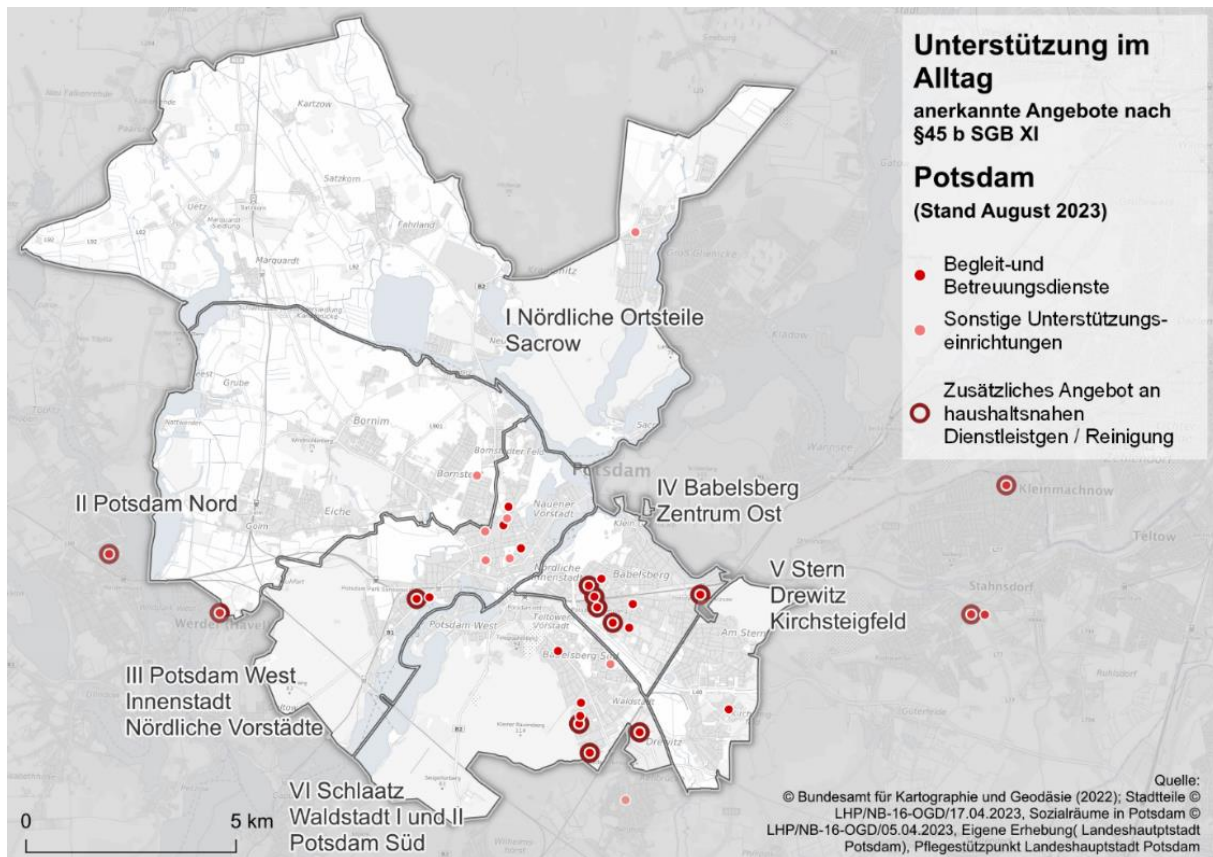
⁸⁸ Zum Beispiel zu medizinischen Praxen, Apotheke, Veranstaltungen und Ausflügen, auch um Spaziergehen oder zum Einkäufen, dem Haustierauslaut etc.

⁸⁹ Zum Beispiel Gesellschaft leisten, gemeinsam kochen, Spielen (Brett- oder Kartenspiele), Vorlesen

⁹⁰ Die Potsdamer Pflegebegleiter sind freiwillige Personen, die sich in Potsdam engagieren, zum Teil selbst Erfahrung mit pflegebedürftigen Angehörigen haben, sich in einer speziellen Fortbildung auf die Pflegebegleitung vorbereitet haben.

⁹¹ Die Standorte können über mehrere Einzelangebote verfügen, vgl. Daten und Fakten zur Pflege in Potsdam, Analyse der Pflegestatistik 2021, Ministerium für Soziales, Gesundheit, Integration und Verbraucherschutz.

Abbildung 34: Unterstützung im Alltag in der LHP (2023)



Quelle: Pflegestützpunkt; LHP , eigene Erhebungen, (Stand 8/2023)

empirica

Gemessen an den Standorten oder den Einzelangeboten ist die Zahl der Angebote zur Unterstützung im Alltag in der LHP im Vergleich zum Land Brandenburg überproportional (vgl. Tabelle 12):

- Je 1.000 Leistungsberechtigte gibt es in der LHP an 3,2 Standorten (BB: 2,3) entsprechende Angebote.
- Je 1.000 Leistungsberichtigte gibt es an diesen Standorten 7,6 Einzelangebote zur Betreuung in der Häuslichkeit (BB: 6,1).

Die Angebote werden in der LHP im Vergleich zum Land überdurchschnittlich oft genutzt (14,6% der Leistungsberechtigten in der LHP vs. 12,6% im Land Brandenburg). Dabei gab es in den letzten beiden Jahren in der LHP einen hohen Zuwachs bei der Nutzung (2019 vs. 2021: +46%; BB: +7%). Das ist ein Indiz, dass die Angebote die pflegebedürftigen Personen besser erreichen.

Tabelle 12: Angebote zur Unterstützung im Alltag (§ 45a SGB XI) in der LHP und im Land Brandenburg (2021)

	Leistungs- berechtigte (LB)	Nutzende		Standorte ¹		Einzelangebote ²		Ehrenamtl. Helfende	
		Anzahl	je 100 LB	Anzahl	je 1.000 LB	Anzahl	je 1.000 LB	Anzahl	je 100 LB
LH Potsdam	7.256	1.061	14,6	23	3,2	55	7,6	174	24,0
Land BB	160.843	20.227	12,6	374	2,3	733	4,6	2427	15,1

Anmerkung: Leistungsberechtigte = Personen die zu Hause versorgt werden

1 = Standorte können mehrere Einzelangebote verfügen, 2 = Einzelangebote von

Quelle: Ministerium für Soziales, Gesundheit, Integration und Verbraucherschutz⁹², eigene Berechnungen empirica

Nach der Bestandserhebung von Angeboten zur Unterstützung im Alltag der LHP im Jahr 2021 sind die Träger/Anbieter in allen Stadtteilen der LHP aktiv. Die Anbieter sind unterschiedlich groß und verfügen über sehr unterschiedliche Ressourcen für die Umsetzung. Vielen Anbieter fehlt allerdings auch Personal. Nur etwa ein Viertel der Anbieter greift auf das Potenzial von ehrenamtlichen aktiven Personen zurück.

Die Angebote konzentrieren sich auf Begleitung oder Unterstützung in der Häuslichkeit und sind sehr breit angelegt. Betreuungsgruppen (die nach Landesrecht als Angebote zur Unterstützung im Alltag anerkannt sind) sind selten und wenig verbreitet.

Die LHP verfügt über vielfältige Angebote zur Unterstützung im Alltag (AUA). Im Vergleich mit dem Land Brandenburg werden die Angebote in der LHP zudem überdurchschnittlich oft genutzt.

Dabei besteht schon bei geringen Beeinträchtigungen der Selbständigkeit (Pflegegrad 1) ein Leistungsanspruch auf AUA. Vor dem Hintergrund, dass (dennoch) nur 14,6% der Leistungsberechtigten diese Angebote nutzen, besteht in der LHP ein Ausbaupotenzial.

⁹² Daten und Fakten zur Pflege in Potsdam, Analyse der Pflegestatistik 2021

Die geringe Inanspruchnahme ist zum einen Folge des Informationsdefizits über die allgemeinen Leistungen der Pflegeversicherung (insbesondere über den Entlastungsbetrag ab PG 1). Zum anderen wird der (eigene) Hilfsbedarf unterschätzt oder abgewehrt. In beiden Fällen bedarf es stigmafreier Aufklärung und Information.

Auch bei der Koordination des ehrenamtlichen Engagements besteht (Aufhol-)Bedarf. Es gibt viele verschiedene Einzelinitiativen, diese sind nicht ausreichend kanalisiert. Für interessierte Personen ist das unübersichtlich und ein zentrales Hindernis für mehr ehrenamtliches Engagement in der Pflege.

5.3 Hilfe zur Pflege

Die Leistungen der Pflegeversicherung decken häufig nur einen Teil der Pflegeleistungen ab. Sind pflegebedürftige Personen nicht in der Lage die Pflegekosten finanziell zu tragen, fängt die „Hilfe zur Pflege“ als Teil der Sozialhilfe die Kosten ab. Voraussetzung sind:

- eine Pflegebedürftigkeit ab Pflegegrad 2⁹³ und
- das Fehlen ausreichender finanziellen Mittel zur Deckung des notwendigen Bedarfes.⁹⁴

Die Hilfe zur Pflege umfasst:

- ambulante Hilfen (häusliche Pflege, Entlastungsbetrag, Pflegehilfsmittel und Wohnumfeld verbessernde Maßnahmen, Pflegegeld),
- teilstationäre Hilfe (in Tagesstätten) und
- stationäre Hilfen (Kurzzeitpflege, Pflege im Hospiz und Heimpflege).

⁹³ Bei Pflegegrad 1 wird die Gewährung eines Entlastungsbetrags, von Pflegehilfsmitteln und Wohnumfeld verbessernden Maßnahmen geprüft.

⁹⁴ Nach Ausschöpfen aller vorrangigen sonstigen Hilfen wie zum Beispiel der Mittel der Pflegeversicherung

Aktuell liegen die Kosten für Hilfe zur Pflege pro pflegebedürftige Person in der LHP unter dem Bundesdurchschnitt, sowohl brutto (BRD: 1.704 Euro/pflegebedürftige P. bzw. LHP: 952) als auch netto (BRD: 955 Euro/pflegebedürftige P. bzw. LHP: 882). „Da die Kosten je Pflegebedürftiger im Bereich Hilfe zur Pflege von sozioökonomischen Rahmenbedingungen abhängen, [...] ist es nicht unwahrscheinlich, dass die Kosten der Hilfe zur Pflege mittelfristig auf den bundesdeutschen Durchschnitt ansteigen“⁹⁵ (vgl. Abbildung 13).

Tabelle 13: Entwicklung für Hilfe zur Pflege (nach SGB XII in der LHP (2017, 2019, 2021 und Szenario 2040))

	2017	2019	2021	2040
Kosten je Pflegebedürftige (Euro)				
Deutschland (brutto)	1.143	1.049	1.074	-
Deutschland (netto)	993	915	955	-
Potsdam (brutto)	710	888	952	1.190
Potsdam (netto)	639	824	882	1.100
Kosten der Hilfe zur Pflege (1.000 Euro)				
Potsdam (brutto)	4.662	6.681	8.447	13.500
Potsdam (netto)	4.198	6.204	7.824	12.500

Anmerkung: Szenario-Werte 2040

Quelle: Amt für Statistik Berlin-Brandenburg, Potsdam 2022, LHP, Bereich Statistik und Wahlen, eigene Berechnungen empirica (Basis Potsdam = Planungsvariante)

Entsprechend der projizierten Anzahl an pflegebedürftigen Personen, werden die Kosten der Hilfe zur Pflege bis 2040 in der LHP stetig steigen. 2040 dürften die Gesamtkosten bei rund 12,5 Mio. Euro netto und rund 13,5 Mio. brutto liegen, das ist drei Mal so hoch wie im Jahr 2017.

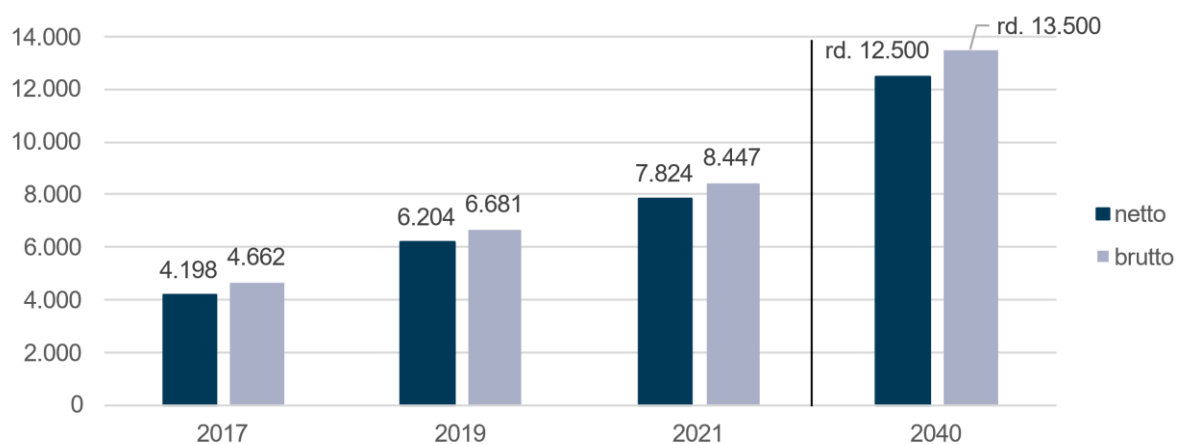
Exkurs: Szenario zur Entwicklung für Hilfe zur Pflege

Grundlage des Szenarios der Kosten für Hilfe zur Pflege ist die Annahme, dass die durchschnittlichen Kosten der Hilfe zur Pflege je pflegebedürftiger Person in der LHP in den nächsten Jahren mit derselben Dynamik wie im Bundesgebiet (brutto der Jahre 2019 bis 2021) entwickeln.

In einem ersten Schritt wurde ermittelt, wie hoch die Kosten der Hilfe zur Pflege je pflegebedürftiger Person in der LHP und im Bundesgebiet waren. Danach wurden die Wachstumsraten (2019 bis 2021) der Kosten der Hilfe zur Pflege je pflegebedürftige Person (brutto) für das Bundesgebiet und damit für die LHP die Kosten der Hilfe zur Pflege (netto und brutto) bis 2040 ermittelt. Beide Szenarien gehen von einem stetigen Kostenzuwachs bis 2040 aus.

⁹⁵ Vgl. Daten und Fakten zur Pflege in Potsdam, Analyse der Pflegestatistik 2021, Ministerium für Soziales, Gesundheit, Integration und Verbraucherschutz, S. 51.

Abbildung 35: Entwicklung für Hilfe zur Pflege (nach SGB XII) in der LHP (2017 bis 2021, 2040)



Quelle: Amt für Statistik Berlin-Brandenburg, Potsdam 2022, LHP, Bereich Statistik und Wahlen, eigene Berechnungen empirica (Basis Potsdam = Planungsvariante)

Die Kosten im Bereich Hilfe zur Pflege je pflegebedürftiger Person hängt einerseits von sozio-ökonomischen Rahmenbedingungen ab, die nur bedingt vor Ort beeinflussbar sind. Andererseits ist aber zu bedenken, dass im Jahr 2021 knapp 70% aller leistungsberechtigten Personen der Hilfe zur Pflege in vollstationären Pflegeheimen versorgt werden. Die Kosten für die vollstationäre Pflege sind im Vergleich zur Pflege zu Hause hoch und steigen (bedingt durch steigende Löhne und Gehälter) auch schneller. Dementsprechend steigen die (eigenen) Zahlungen für pflegebedürftige Personen (und ggf. ihre Familien) nochmals deutlich.⁹⁶ Haben weder die pflegebedürftige Person oder ihr Ehe- oder Lebenspartner ein ausreichendes Einkommen oder Vermögen, um die Kosten bezahlen zu können, greift die Hilfe zur Pflege.

Knapp 70% der leistungsberechtigten Personen mit Hilfe zur Pflege werden in Pflegeheimen betreut. Für diese Personengruppe reicht das Einkommen beziehungsweise die Ersparnisse häufig nicht aus, um die Kosten zu decken. Vor dem Hintergrund, dass die meisten Älteren zu Hause bleiben wollen und trotzdem der Weg ins Pflegeheim sich nicht immer vermeiden lässt, sollte der Auszug aus der eigenen Wohnung zumindest verzögert werden. Ist die Pflege zu Hause sichergestellt, profitiert die pflegebedürftige Person bei gleichzeitiger Entlastung des öffentlichen Haushalts. Oder anders formuliert: Die Pflege zu Hause entspricht in der Regel den Präferenzen der Pflegebedürftigen. Wird das Wohnen zu Hause gestärkt, sei es durch Prävention, Hilfs- oder Pflegeangebote, profitiert die pflegebedürftige Person, während zugleich die Ausgaben für die vollstationäre Pflege reduziert (Hilfe zur Pflege/Sozialhilfe) werden können.

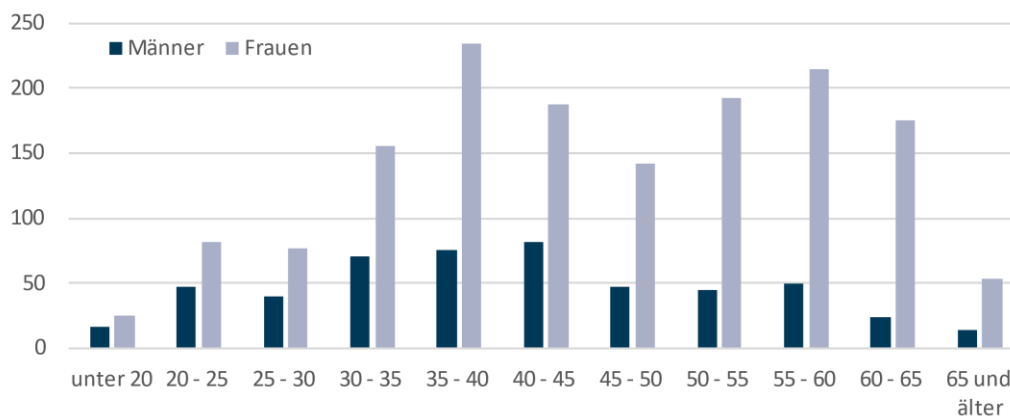
⁹⁶ „Bewohnerinnen und Bewohner in Pflegeheimen in Brandenburg sind die selbst zu zahlende Anteile weiter gestiegen. Zum 1. Juli waren im ersten Halbjahr im Heim durchschnittlich 2.256 Euro pro Monat fällig - fast 400 Euro mehr als Mitte 2022, wie die Auswertung [der Ersatzkassen] ergab“ vgl. <https://www.rbb24.de/panorama/beitrag/2023/07/berlin-brandenburg-pflege-heim-pflegeheim-zuzahlung-finanzen-belastung.html>, abgerufen am 12. November 2023

6. Pflegekräfte und Pflegekräftebedarf in der LHP

Pflegekräfte in Pflegeeinrichtungen

Im Jahr 2021⁹⁷ arbeiteten in der LHP 2.048 Personen in Pflegeeinrichtungen, ein Viertel davon waren Männer und drei Viertel Frauen (vgl. dazu auch Abbildung 36). Die Männer in Pflegeeinrichtungen sind etwas jünger: Etwa jeder zweite ist unter 44 Jahre oder jünger. Bei den Frauen ist jede zweite 45 Jahr und älter.

Abbildung 36: Personal in Pflegeeinrichtungen nach Geschlecht und Altersgruppen in der LHP (2021)



Anmerkung: Personen mit der Signierung des Geschlechts "divers" und "ohne Angabe (nach § 22 Abs. 3 PStG)" werden in Geheimhaltungsfällen per Zufallsprinzip dem männlichen oder weiblichen Geschlecht zugeordnet. Quelle: Amt für Statistik Berlin-Brandenburg, eigene Darstellung/Berechnungen empirica

Personal in Pflege- und Betreuungsdiensten (ambulanten Pflege)

In der LHP arbeiteten 2021⁹⁸ 868 Personen in der ambulanten Pflege. Die Mehrzahl waren Frauen (77%). Nur 44% des Personals war vollzeitbeschäftigt. Der Haupteinsatzbereich war körperbezogene Pflege. Hier hatten rund 70% der beschäftigten Personen ihren Einsatzbereich, im Bereich der Pflegedienstleistungen wurden 6% der Beschäftigten eingesetzt, 7% für Hilfen bei der Haushaltsführung, 5% für die Betreuung (§ 36 Abs. 2 Satz 3 SGB XI) und 4% für Verwaltung und Geschäftsführung. 58% des Personals hatte einen Abschluss in einem pflegerischen oder pflegenahen Beruf, 2% in einem sonstigen hauswirtschaftlichen Beruf, 27% verfügten über einen fachfremden Berufsabschluss, 12% über keinen Abschluss und 1% befand sich in der Ausbildung.

Personal in Pflegeheimen (stationäre Pflege)

In der stationären Pflege arbeiten in der LHP 2021⁹⁹ insgesamt 1.180 Personen. Die Mehrzahl waren Frauen (74%) und wie bei der ambulanten Pflege ist auch hier deutlich weniger als die

⁹⁷ Stichtag 15.12.2021

⁹⁸ Stichtag 15.12.2021

⁹⁹ Stichtag 15.12.2021

Hälfte vollzeitbeschäftigt (36%). Der Haupteinsatzbereich war körperbezogene Pflege. Hier hatten rund 66% der beschäftigten Personen ihren Einsatzbereich, 13% waren für die Betreuung (auch zusätzliche Betreuung) eingesetzt, 5% arbeiteten überwiegend im Hauswirtschaftsbereich und 2% im haustechnischen Bereich, 6% in sonstigen Bereichen und 8% in der Verwaltung und Geschäftsführung. 57% des Personals hatte einen Abschluss in einem pflegerischen oder pflegenahen Beruf, 2% in einem sonstigen hauswirtschaftlichen Beruf, 24% verfügten über einen fachfremden Berufsabschluss, 11% über keinen Abschluss und 6% befand sich in der Ausbildung.

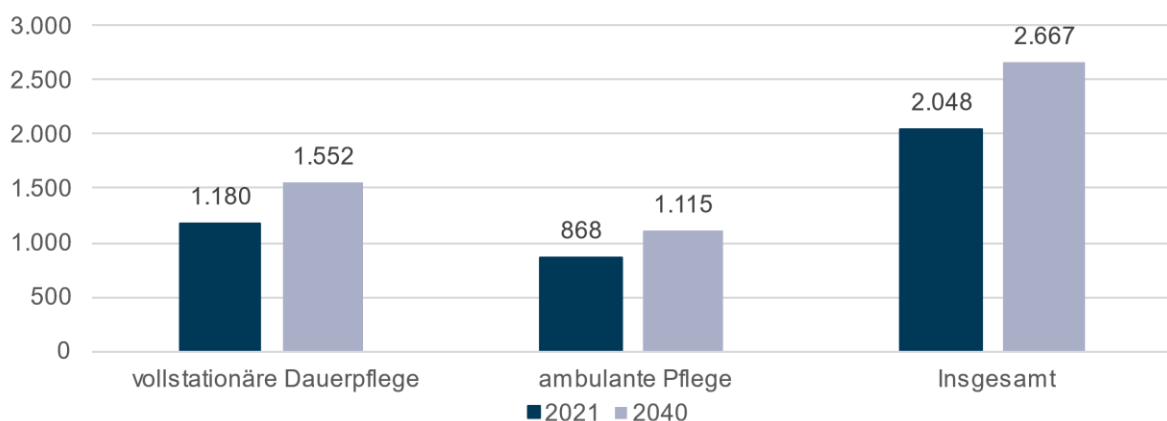
Projektion des zusätzlichen Bedarfs an Pflegekräften

Gemessen am Personal wurden im Jahr 2021 etwa 2,3 ambulante versorgte pflegebedürftige Personen von einer Person in Pflege- und Betreuungsdiensten betreut. In Pflegeheimen muss deutlich mehr Personal eingesetzt werden. Hier wurden 1,3 vollstationär betreuten pflegebedürftige Personen von einer im Pflegeheim beschäftigten Person versorgt.

Unter der Annahme, dass sich an der Personalstruktur (eingesetzte Bereiche) in den nächsten Jahren nichts ändert und damit der Betreuungsschlüssel konstant bleibt, ergibt sich aus der Kombination der zusätzlichen ambulanten und stationär versorgten pflegebedürftigen Personen bis 2040 ein Personalbedarf (bei Pflege- und Betreuungsdiensten und in Pflegeheimen) von knapp 2.670 Personen. Das sind etwa 620 beziehungsweise 30% mehr als im Jahr 2021.

In der ambulanten Pflege, also bei den Pflege- und Betreuungsdiensten, steigt der Personalbedarf von 868 um 247 (bzw. um 28%, vgl. Abbildung 37) auf 1.115 und in Pflegeheimen von 1.180 um 372 (bzw. um 32%) auf 1.552 Personen.

Abbildung 37: Projektion: Personal in ambulanten und vollstationären Pflegeeinrichtungen in der LHP (2021, 2040)



Quelle: Amt für Statistik Berlin-Brandenburg, LHP, eigene Berechnungen empirica

Wird berücksichtigt, dass in der stationären Pflege (also in Pflegeheimen) im Jahr 2021 rund 36% der beschäftigten Personen 50 Jahre und älter sind und somit etwa 425 in den nächsten Jahren aus dem Erwerbsleben ausscheiden, droht bei der zunehmenden Überalterung eine Versorgungslücke. Hier scheiden in den nächsten Jahren gut 340 Personen aus dem Erwerbsleben aus. Es zeichnet sich ab, dass sich die drohende Versorgungslücke durch professionelle

Pflege allein nicht schließen lässt. Nur ein konsequenter Vorrang der ambulanten Pflege und die Integration von mehr ehrenamtlichem Engagement kann diese Lücken entschärfen.

7. Handlungsbedarf und strategische Handlungsfelder

Die Auswertung des aktuellen Versorgungsangebotes, ergänzt um die Informationen aus den Expertinnen- und Expertengesprächen sowie zwei durchgeführten Workshops, macht deutlich, dass es große Handlungsbedarfe in der LHP bis zum Jahr 2040 gibt.

Insbesondere im Bereich der vollstationären Pflege inklusive Kurzzeitpflege, aber auch in Bezug auf altersgerechte, bezahlbare Wohnungen ist der Handlungsdruck sehr hoch.

Hoher Handlungsdruck besteht daneben weiterhin in den Segmenten Betreutes Wohnen und Wohngemeinschaften sowie in der Tages- und Nachtpflege (vgl. Tabelle 14).

Tabelle 14: Bedarfsgerechte Versorgungsangebote: Quantitäten und Angebote

	Aktuell	Versorgung im Vergleich	Bewertung aktuell	2040	Handlungsbedarf
barrierearme Wohnungen (leistbare)	Eingeschränktes Angebot	n.n.	Defizit	Steigender Bedarf, plus aktuelles Defizit (rund 11.000 WE) ³	++
Betreuten Wohnen/ Service-Wohnen (WE)	1.005 WE	unterdurchschnittlich ¹	Defizit ca. 470 WE	Steigender Bedarf (+300 WE), plus aktuelles Defizit	+
Ambulante Pflege (Pflegebedürftige)	1.999 Pflegebedürftige	unterdurchschnittlich (BB) überdurchschnittlich (D)	Teilräumliches Defizit	Steigender Bedarf (+569 Pflegebedürftige), plus a.D.)	+
Tagespflege (Plätze)	146 Plätze	unterdurchschnittlich ²	Defizit	Steigender Bedarf (+40 Plätze), plus aktuelles Defizit	+
Nachtpflege (Plätze)	0 Plätze	n.n.	Defizit	These:1 Einrichtung	+
Vollstationäre Dauerpflege (Plätze)	1.619 Plätze	überdurchschnittlich (durchschnittlich für Städte)	Defizit	Steigender Bedarf (511 Plätze), plus aktuelles Defizit	++
Kurzzeitpflege (Plätze)	38 Plätze (teils dauerhaft belegt)	unterdurchschnittlich ²	Defizit	Steigender Bedarf (+12 Plätze), plus aktuelles Defizit	++
Wohngemeinschaften (WG); nicht abschl.	ca. 19 WGs	n.n.	Keine genaue Angabe	Steigender Bedarf	+
Hospize (Plätze)	8	überdurchschnittlich	Defizit	Steigender Bedarf (2) +	0 bis +

1 = im Vergleich mit den Städten Berlin, Hannover Leipzig, Stuttgart; 2 = im bundesweiten; 3 = Abschätzung: 10.900 schwelfreie beziehungsweise 11.100 altersgerechte Wohnungen

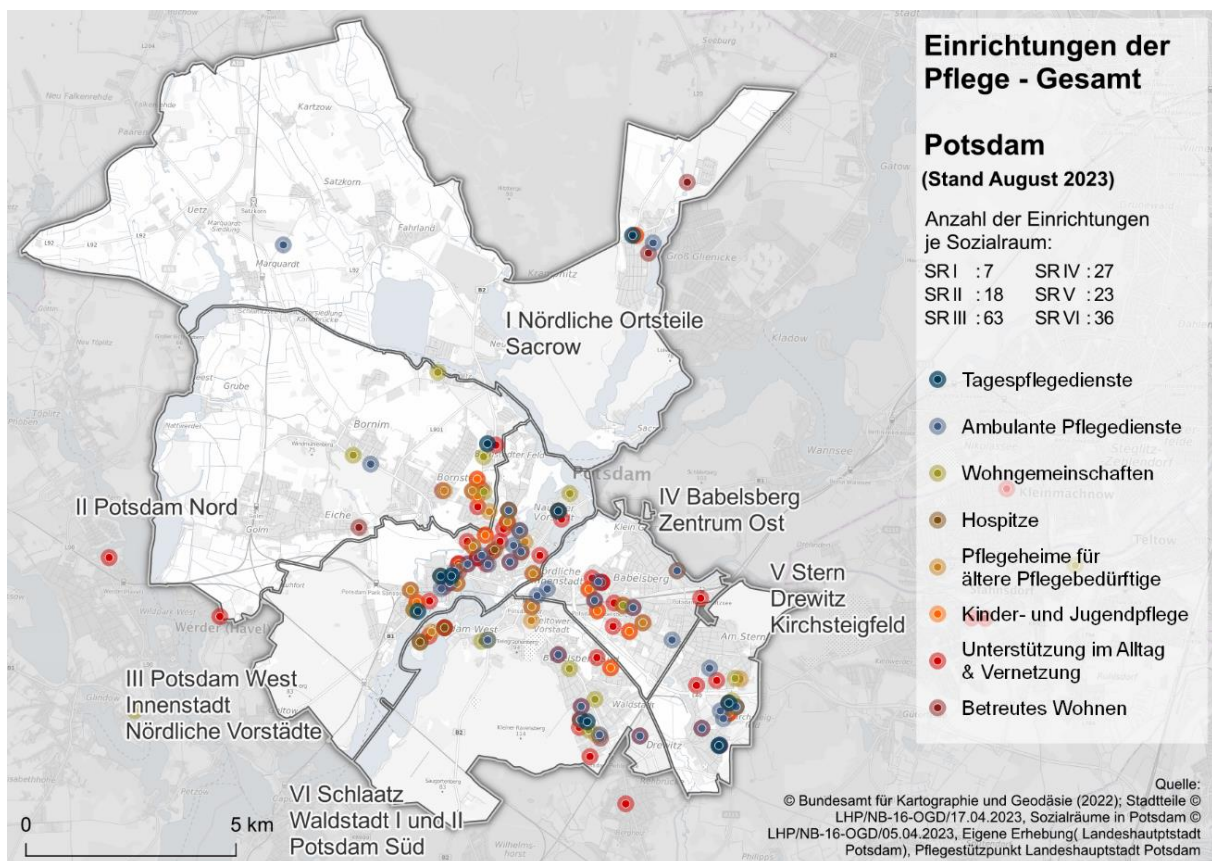
Quelle: Amt für Statistik Berlin-Brandenburg, LHP, Bereich Statistik und Wahlen, Pflegestützpunkt, Mikrozensus, Bürgerumfrage, Pflegestatistik, Destatis, Deutscher Hospiz- und Palliativ Verband e.V. eigene Berechnungen, eigene Erhebungen und Berechnungen empirica

Als sinnvoll erachtete Angebote gelten darüber hinaus laut Einschätzung der Expertinnen und Experten ein teilstationäres Tageshospiz, eine Nachtpflege, eine Notpflege und eine gerontopsychiatrische Dauereinrichtung.

Die Gegenüberstellung der Angebote sowie der zusätzliche Bedarf, der durch den demographischen Wandel und eine positive Wanderungsbilanz in den Altersgruppen der über 64-jährigen besteht, zeigt, dass sich das in vielen Versorgungsbereichen bereits bestehende Delta bis 2040 weiter vergrößern wird.

Neben dem quantitativen Bedarf zeigt Abbildung 38, dass sich die räumliche Lage der Einrichtungen der Pflege aktuell stark auf den innenstädtischen und südlichen Bereich der LHP konzentrieren. Auch wenn die aktuellen Einwohnerzahlen in den Sozialräumen III und VI am höchsten sind und zwei Drittel der Bewohnerinnen und Bewohner der LHP in den Sozialräumen III bis VI leben, führt diese Konzentration bereits jetzt zu Versorgungsungleichheiten, die bei den zukünftigen Bevölkerungsentwicklungen noch verstärkt werden. Laut Prognose wächst die Bevölkerung in allen Sozialräumen, jedoch mit Abstand am stärksten in den nördlichen Ortsteilen. Laut Vorausberechnungen wird sich der Anteil der 65-jährigen und Älteren im Sozialraum I mehr als verdoppeln und steigt im Sozialraum II um über 50%.¹⁰⁰

Abbildung 38: Einrichtungen der Pflege - Gesamt in der LHP (2023)



Quelle: Pflegestützpunkt; LHP , eigene Erhebungen, (Stand 8/2023)

empirica

¹⁰⁰ Die Berechnungen berücksichtigen die Entwicklungen in den beiden Sozialräumen. Vor allem in Krampnitz entsteht ein komplett neues Quartier, was zu den hohen Wachstumsraten führt.

Tabelle 15 führt den zusätzlichen Bedarf nach Sozialräumen bis 2040 auf. Hierbei wird ersichtlich, dass insbesondere die Sozialräume I, II und IV einer besonderen Aufmerksamkeit bei der zukünftigen Stärkung eines nachfragegerechten Angebots bedürfen.

Tabelle 15: Zusätzlicher Bedarf von Versorgungsangeboten in den Sozialräumen der LHP (bis 2040)

	SR I	SR II	SR III	SR IV	SR V	SR VI
Barrierearme Wohnungen (leistbare, Abschätzung)	ca. 2.800	ca. 2.900	ca. 1.100	ca. 2.800	400	ca. 1.000
Betreuten Wohnen/ Service-Wohnen Wohnungen	87	112	(-)	185	43	(-)
Ambulante Pflege Pflegebedürftige (Pflegedienste bei 50 P/P. Dienst)	175 (3-4)	146 (3)	(-)	136 (3)	59 (2-3)	56 (2-3)
Tagespflege Plätze	12	10	1	9	4	4
Nachtpflege	<i>Aufbau eines zentralen Standorts (in Kombination mit Notpflege)</i>					
Vollstationäre Dauerpflege: Plätze Pflegeheime bei 50 P/P.Heim)	153 (3)	125 (2-3)	(-)	121 (2-3)	63 (1)	53 (1)
Kurzzeitpflege Plätze	4	3	(0)	2	1	2
Hospize Plätze	<i>Erweiterung bestehender Standort um 1 bis 2 Plätze</i>					

Proxy/Abschätzung anhand des Gesamtbedarfs (Neubau oder altersgerechter Umbau/Anpassungsmaßnahmen) der Stadt Potsdam in Relation zum Wachstum der 65-Jährige und Älteren bis 2040 in den Sozialräumen
Quelle: eigene Erhebungen und Berechnungen empirica

Um dem aktuellen Versorgungsbedarf und zukünftigen Entwicklungen mit positiven Gestaltungsansätzen zu begegnen, bedarf es übergeordneten Zielen für das strategische Vorgehen. Hierbei wurden im Schwerpunkt drei Stränge ausgemacht, die es im Kommenden zu stärken gilt:

1. Bedarfsgerechte und ausreichende Versorgungsangebote für die verschiedenen Phasen des Alterns in allen Sozialräumen der LHP:
Um die Versorgungsangebote für alle Lebenslagen rund um die Pflege quantitativ und qualitativ von niedrighschwellig bis professionell anzupassen, besteht in allen Segmenten ein Bedarf an Nachjustierung (siehe Abschnitt 7.1).
2. Eigenständige Lebensführung bei Hilfe- und Pflegebedürftigkeit – Niedrighschwellige Unterstützung:
Zudem gilt der Grundsatz „ambulant vor stationär“ und damit die Schaffung von Rahmenbedingungen für eine möglichst eigenständige Lebensführung im Alter, auch bei Hilfe- und Pflegebedürftigkeit. Dies bedeutet einen Ausbau von wohnortnahen und niedrighschwelligen Unterstützungsangeboten im Hilfe- und Pflegebedarf im angestammten Wohnumfeld (siehe Abschnitt 7.2).

3. Primärprävention - Erreichen möglichst breiter Bevölkerungsgruppen mit Blick auf das Altern.
Zusätzlich muss es übergeordnetes Ziel für das strategische Vorgehen sein, eine bestmögliche Vermeidung von Hilfe- und Pflegebedarf zu unterstützen, mit einer vorsorgenden und begleitenden Pflegeprävention (siehe Abschnitt 7.3.)

Als Querschnittsziel zu allen drei Handlungssträngen muss eine nachfragegerechte räumliche Verteilung der Versorgungsangebote gestärkt werden sowie der Ausbau von Synergien und das Nutzen von bestehenden Ressourcen.

Viele der im folgenden beschriebenen Handlungsempfehlungen wurden bereits im Seniorenplan 2019 beschrieben. Beide Pläne (Seniorenplan und der Pflegebedarfsplan) sollen im Sinne einer integrierten Sozialplanung als einheitliche Handlungsstrategie verstanden werden und weisen daher einige Schnittstelle auf. Querbezüge sind auch zum aktuell fortgeschriebenen Wohnungspolitischen Konzept vorhanden. Die hier formulierten Handlungsbedarfe sollen als weitere Aufforderung verstanden werden, sich mit dem Thema sowohl auf politischer als auch auf der Verwaltungsebene intensiv auseinanderzusetzen.

7.1 Handlungsbedarf: Bedarfsgerechte Versorgungsangebote

Pflegebedürftige Personen sind keine homogene Gruppe. Zwischen jungen „Alten“ und Hochaltrigen liegt beispielsweise schon in der eigenen Sozialisation eine ganze Generation. Mentalitäten und Präferenzen unterscheiden sich. Auch das Risiko hilfs- oder pflegebedürftig zu werden, variiert erheblich. Altern ist immer ein individueller Prozess. Gleiches gilt für den Erwerb einer Pflegebedürftigkeit. Bei manchen Personen verläuft der Prozess kontinuierlich, wenn auch auf unterschiedlichem gesundheitlichem Niveau. Bei anderen kommt es zum Beispiel in Folge von plötzlichen Erkrankungen von heute auf morgen zu tiefen Einschnitten in der Selbständigkeit.

Um ein bedarfsgerechtes Versorgungsangebot bieten zu können, muss ein ausreichendes Angebot für die verschiedenen Phasen des Alterns in allen Sozialräumen der LHP angestrebt werden. Dabei spielen die Verwaltung der LHP (als übergeordneter Akteur) gemeinsam mit den Pflegekassen eine zentrale Rolle.

Koordinierende und initiiierende Rolle der LHP

Um ein bedarfsgerechtes Versorgungsangebot bieten zu können, sollte die LHP eine koordinierende und initiiierende Rolle einnehmen, in der sie zur Schaffung neuer Versorgungsstrukturen beiträgt und die Bedarfe fortlaufend prüft.¹⁰¹ Dabei ist die bestehende und gut vernetzte Träger- und Akteurslandschaft einzubeziehen. Zur Stärkung der Netzwerkstrukturen und des Zusammenhalts aller beteiligten Akteure und Träger sollte die Stadt den „Runden Tisch“, den es zur Pflege in der LHP bereits gab, wieder in den Prozess integrieren. Der „Runde Tisch“ zur Pflege, sollte dabei beim (bestehenden) Netzwerk „Älter werden in Potsdam“ angesiedelt

¹⁰¹ Sofern es sich um gewerbliche Versorgungsangebote handelt, die im Dienstleistungssektor angesiedelt sind, sollte zudem die Wirtschaftsförderung eingebunden werden.

werden. Die Diskurse haben aufgezeigt, dass die verschiedenen Defizite in der Versorgung nur durch ein Ineinandergreifen von unterschiedlichen Akteuren verbessert werden können. Ein runder Tisch kann dabei als Steuerungsinstrument dienen. Durch erhöhte Partizipation und einen regelmäßigen Austausch finden die verschiedenen notwendigen Ansätze eine breitere Akzeptanz und können zu einer (gemeinsamen) Verantwortungsübernahme bei den verschiedenen Akteuren führen.

Gleichzeitig sollte der interne Austausch der verschiedenen Fachbereiche weiter gestärkt werden. Bestehende Ansätze, zum Beispiel der Austausch zwischen den Fachbereichen Stadtplanung, Soziales und Inklusion und Öffentlicher Gesundheitsdienst, sind wichtige Voraussetzungen, um dem Versorgungsengpass entgegenzusteuern. Dies geschieht, indem beispielsweise geplante An- und Verkäufe von Grundstücken der LHP mit den städtischen Bedarfen abgeglichen werden. Im Rahmen dieser Transaktionsabsichten sollten potenzielle gemeinnützige Träger darauf aufmerksam gemacht und Kontakt zwischen Verkäufern, Käufern und Bauherren sowie geeigneten Betreibern hergestellt werden. Zudem kann die LHP für die Grundstücke eine Zweckfestsetzung und Konzeptvergabe aufstellen. Durch ein aktives und gezieltes Flächenmanagement können Flächen für die Daseinsvorsorge (Pflege) vorgehalten beziehungsweise bereitgestellt werden.¹⁰² Um dies zu gewährleisten, können Flächenbedarfe im Rahmen der Pflegebedarfsplanung in der zukünftigen übergreifenden Arbeitsgruppe „strategisches Flächenmanagement der LHP“ eingebracht werden¹⁰³.

Platzierung von Ansätzen in Neubauprojekten

Bei städtischen Neubauprojekten gibt es verschiedene Faktoren, welche die Stadt als Akteurin für die Pflege positiv beeinflussen kann und sollte.

- Wichtig ist die Schaffung von bauplanungsrechtlichen Voraussetzungen für Quartierslösungen in Bezug auf die Infrastruktur für Ältere und andere Bedarfsgruppen. Hierzu zählen Wohnangebote und Versorgungsangebote (z. B. barrierefreies Wohnen, Pflegeheim, Wohngemeinschaften), soziale Infrastruktur (z. B. Gemeinschaftsflächen für Nachbartschaftstreffs/-cafés), gewerbliche Flächen (für ambulante Dienste, Ärzte, Gesundheitskiosk etc.) und die Wohnumfeldgestaltung (mit dem Vorhalten von beispielsweise Stellplätzen für Rollatoren, Parkzonen für Pflegedienste etc.).
- Besonders bei geplanten Neubauten sollte es durch die LHP als Koordinator einen frühzeitigen Austausch mit potenziellen Bauherren/Investoren geben, sodass zum Beispiel eine Kooperation der Ämter oder mit Wohnungsbaugesellschaften entstehen kann. Die entspricht auch den Handlungsempfehlungen des aktuellen Wohnungspolitischen Kon-

¹⁰² Vgl. hierzu auch aktuelles wohnungspolitischen Konzepts der Landeshauptstadt Potsdam, Handlungsempfehlungen: Meilenstein M 5|3 Gezieltes Flächenmanagement als Voraussetzung für Wohnungsneubau.

¹⁰³ In dieser Arbeitsgruppe sollen die einzelnen Flächenbedarfe diskutiert und priorisiert werden. Des Weiteren können konkurrierende Bedarfe abgewogen werden. In einer nachgelagerten Steuerungsgruppe wird anschließend über die Vorschläge aus dieser Arbeitsgruppe entschieden.

zepts, nachdem künftig eine zentrale Stabsstelle zur effektiven und übergreifenden Koordination in den gesamten Planungsprozesse integriert werden soll. Bei der Die entspricht auch den Handlungsempfehlungen des aktuellen Wohnungspolitischen Konzepts, nachdem künftig eine zentrale Stabsstelle zur effektiven und übergreifenden Koordination in den gesamten Planungsprozesse integriert werden soll.

- Insbesondere bei größeren Neubaugebieten, wie zum Beispiel die Entwicklungen im Sozialraum I (Krampnitz) ist es wichtig, dass bauplanungsrechtliche Voraussetzungen für Quartierslösungen geschaffen werden. Die verschiedenen Pflegeangebote können hier bereits im Planungsstadium stärker auf Quartiersebene gedacht und möglichst an Nachbarschafts- und Begegnungszentren angedockt werden. Dies gilt im „räumlichen Sinn“, aber auch in der Personalplanung. Für eine stärkere quartiersbezogene Ausrichtung sind von Community Nurse bis Quartiers-Kümmerer mit zugehenden Aufgaben Ansätze auf lokaler/sozialräumlicher Ebene denkbar.
- Gleichzeitig ist es sinnvoll, mit zukünftigen Anbietern von Wohnraum über flexible Ausgestaltungen zu diskutieren. So können beispielsweise Clusterwohnungen als Standard in Neubauten Fläche mit flexibler Nutzungsgestaltung bieten, die auch als Wohngemeinschaft für Ältere oder spezielle Zielgruppen im Quartier genutzt werden können.
- Der frühzeitige Austausch mit potenziellen Bauherren und Investoren kann sich zudem auf die wohnungsnahen Außenflächen und den öffentlichen Raum beziehen. Hier sind neben der möglichst barrierefreien Gestaltung im Sinne eines „Universal Designs für alle“ auch Themen wie Parkmöglichkeiten für ambulante Gesundheitsdienste oder andere zugehende Gesundheitsdienstleister denkbar.

Bestandsquartiere qualitativ aufwerten

Zu der Bestandsentwicklung im Sinne der bedarfsgerechten Versorgung sollte die LHP sukzessive Flächen für Angebote zur Versorgungsinfrastruktur suchen und ausbauen, städtebauliche Voraussetzungen für ergänzende Angebote schaffen und Finanzierungen ausloten.

- Hierzu bedarf es – vergleichbar zur Entwicklung von Neubaugebieten – einen aktiven Zugang und frühzeitigen Austausch mit potenziellen Bauherren, Investoren und Trägern.
- Zudem sollen altersgerechte Bestandsanpassungen von Wohngebäuden und Wohnumfeld in den Blick genommen werden, beispielsweise durch das Hinwirken auf die Förderung von Aufzugsanbauten (ehemaliges Landesprogramm). Der Austausch, die unabhängige Beratung und die Information über Finanzierungsmöglichkeiten sind hier wichtig, auch im Einzelfall. So können auch individuelle Wohnungsanpassungen gestärkt werden.
- Innovative Ansätze wie die Umwidmung von Wohnraum zu Wohngemeinschaften oder Clusterwohnungen (s.o.) sollten erprobt werden. Gleichzeitig wäre es hilfreich, für Wohngemeinschaften (bzw. diese Angebote) eine Qualitätssicherung zum Beispiel über ein Qualitätssiegel oder -zirkel zu initiieren. Hier fehlen aktuell Informationen zu Konzepten, Zielgruppen etc. sodass keine Transparenz über das Angebot an Wohngemeinschaften besteht. Diese grundlegenden Informationen müssten zusammengetragen und beispielsweise beim Pflegestützpunkt gesammelt und abrufbar zur Verfügung gestellt werden.

- Die Netzwerkarbeit der Träger und Akteure in der LHP ist bereits intensiv. Um sich den zukünftigen Handlungsbedarfen gemeinsam zu stellen, sollte ein festes trägerübergreifendes Netzwerk unterstützt werden, in dem es Übersichten über Betreuungskonzepte aber beispielsweise auch Meldungen zu freien Kapazitäten gibt. Das Netzwerk kann (noch) über den „Pakt für die Pflege“ finanziert und in das bestehende Netzwerk „Älter werden in Potsdam“ integriert werden. Hier bedarf es allerdings einer Institutionalisierung der Förderung über den „Pakt für die Pflege“ hinaus.
- Wie im Neubau ist auch in der Bestandsentwicklung die Ausweisung von Parkzonen für Pflege- und Gesundheitsdienste ein wichtiger Punkt, durch den die Arbeit der ambulanten Dienste erleichtert werden kann und sollte.
- Zudem sollten Möglichkeiten geprüft werden, die zur Poolbildung von Kurzzeitpflegeplätzen für pflegerische Notfälle dienen können (z. B. abwechselndes Vorhalten eines Platzes durch unterschiedliche Träger, gegebenenfalls digitales Meldesystem, Pflegewohnungen in Quartierskonzepten analog Bielefelder Modell¹⁰⁴).

Halten und Gewinnen von Fachkräften

Die Situation in Bezug auf Pflegekräfte wurde in Kapitel 6 dargelegt. Vor diesem Hintergrund sollten Maßnahmen zum Halten und Gewinnen von Fachkräften getroffen werden, zum Beispiel durch gemeinsame Initiativen und Kampagnen von Anbietern/Trägern und der LHP zur Werbung, Imagebildung sowie Aufklärung über Gehalt und Entwicklungs- und Aufstiegschancen innerhalb der Pflege, aber auch mit dem Fokus auf Zuwanderung von Fachkräften für die Pflege.

- Durch die Imagekampagne und die frühzeitige Thematisierung von Prävention und Pflege (u.a. auch durch Projekte in Schulen und Vereinen) kann Interesse geweckt und zukünftige Fachkräfte (und auch Hilfskräfte) angeworben werden.
- Fachkräfte aus dem Ausland sollten durch eine stadtweite, gemeinsame und internationale Anwerbung gewonnen werden, um die Kosten und den Aufwand für die einzelnen Dienste zu optimieren.
- Auch die Wohnungswirtschaft könnte mit ins Boot geholt werden, wenn es um das Thema der Anwerbung geht. Insbesondere bei angespannten Wohnungsmärkten ist die Bereitstellung von Wohnraum ein sehr attraktives Modell bei der Arbeitsplatz- bzw. Standortwahl.

¹⁰⁴ Das Bielefelder Modells verfolgt einen quartiersbezogenen Ansatz des Wohnens mit Versorgungssicherheit ohne Servicepauschale. In der Grundvariante dient ein Stadtteilzentrum als lokaler Treffpunkt, ggf. mit von Freiwilligen organisiertem Mittagstisch, Räumen für Begegnung, Beratung und Veranstaltungen und mit einem Wohn-Pflege-Angebot. Ein sozialer Dienstleister betreibt dort einen Service-Stützpunkt. Im Quartier erhält er von einem Wohnungsunternehmen die Belegungsrechte für eine ausreichende Anzahl von barrierearmen Wohneinheiten. Diese werden an pflegebedürftige Personen vermietet. Die Einnahmen aus der pflegerischen Versorgung bilden die betriebswirtschaftliche Basis für sein weiteres Engagement vor Ort. Dieses besteht in einem Rund-um-die-Uhr-Notfallangebot für das gesamte Quartier, das auf freiwilliger Basis in Anspruch genommen werden kann. Niemand im Quartier muss eine Betreuungspauschale dafür entrichten (vgl. <https://win.fgw-ev.de/lernbereich/orientieren/neue-wohnformen-im-alter/bielefelder-modell/>) (abgerufen 18 März 2024).

In Kooperation mit den Wohnungsbaugesellschaften und Genossenschaften können Modelle erprobt werden, wie für angeworbene Fachkräfte Wohnraum zur Verfügung gestellt beispielsweise geschaffen werden könnte. Ein erster Ansatz ist zum Beispiel der ProPotsdam-Bonus (Pilotphase). Mit dem ProPotsdam-Bonus soll Personen, die einen Bezug zu Potsdam durch ihre Arbeitsstelle, Ausbildung oder Studium haben, nach verschiedenen Kriterien bevorzugt eine Wohnung durch die ProPotsdam zur Verfügung gestellt werden.

7.2 Handlungsbedarf: Ermöglichen der eigenständigen Lebensführung

In der Regel ist es Wunsch jedes Einzelnen, möglichst lange in der angestammten Wohnung und im angestammten Quartier – auch bei Hilfe- und Pflegebedürftigkeit – zu bleiben. Für jeden Einzelnen ist es vor allem eine Frage der Lebensqualität. Das übergeordnete Ziel sollte es deshalb sein, eine eigenständige Lebensführung im Alter bei Hilfe- und Pflegebedürftigkeit zu ermöglichen und die damit erforderlichen Rahmenbedingungen zu realisieren. Dabei liegt ein besonderer Schwerpunkt in der wohnortnahen und vor allem niedrigschwelligen Unterstützung im Hilfe- und Pflegebedarfsfall sowie der (aufsuchenden) Beratung.

Wohnortnahe Treff- und Kommunikationsorte sensibilisieren und ausbauen

Treff- und Kommunikationsorte sind für alle Nachbarschaften und Quartiere wichtige Orte. Dies können Nachbarschafts- oder Gemeinschaftseinrichtungen, Mehrgenerationenhäuser oder Quartierstreffe sein. Eine zentrale Lage im Quartier, die bauliche Öffnung der Einrichtung sowie die Ansprache unterschiedlicher Zielgruppen durch entsprechende Angebote bilden oft die Grundlage für lebendige und gut angenommene Orte. Die bestehenden Angebote der Nachbarschaft- und Begegnungsarbeit sowie der Konzepte zur Weiterentwicklung sollten daher ausgebaut werden.

Wichtig bei der Qualifizierung von Gemeinschaftseinrichtungen mit Blick auf Ältere ist, dass die Zielgruppe einen niedrigschwelligen Zugang findet. Dabei geht es vor allem um möglichst niedrige soziale Barrieren und bedarfsgerechte Angebote, aber auch um bauliche Voraussetzungen (Offenheit, Schwellenfreiheit). Die Besuchenden unterschiedlicher kultureller und sozialer Herkunft müssen sich „wohl fühlen“ und die Angebote als Bereicherung für ihren Alltag und in ihrer Lebenswelt wahrnehmen.

Treff- und Kommunikationsorte und speziell die Angebote für die Älteren sollten durch ein „Quartiersmanagement“ an eine Vertrauensperson/ein Team, angebunden sein. So können neben speziellen Angeboten auch Beratungsangebote und Hilfeangebote für Ältere angedockt werden. Gute Beispiele hierfür bilden die Aktivitäten in Mehrgenerationenhäusern (MGH), die im Rahmen des Bundesprogramms „Mehrgenerationenhaus. Miteinander – Füreinander“ entwickelt wurden. Viele Themenschwerpunkte bieten Anregungen, zum Beispiel „Vereinbarkeit von Familie und Pflege“, „Selbstbestimmtes Leben im Alter“ sowie der Schwerpunkt „Digitale

Bildung“.¹⁰⁵ Auch in Potsdam gibt es zwei Mehrgenerationenhäuser und 21 Nachbarschaftshäuser. Dabei wurde in der Seniorenbefragung deutlich, dass die Generation über 65+ sich mehr hier mehr Angebote wünscht.

Auch in Städtebauförderungskulissen – insbesondere des sozialen Zusammenhalts – existieren bundesweit viele Quartierstreffe, die durch ein Quartiersmanagement organisiert werden. Um möglichst ein engmaschiges Netz über alle Quartiere und Stadtteile Potsdams zu spannen, sind diese vorhandenen Ansätze zu identifizieren und einzubinden, und für die Thematik der Älteren zu sensibilisieren. Bei der Auswahl der zu qualifizierenden Einrichtungen auf Quartiersebene sollte die Kommune die Steuerung übernehmen und eine Berücksichtigung der bestehenden Quartierskonzepte stattfinden. Neben Quartierstreffe/Mehrgenerationenhäusern etc. könnten auch andere kommunale Einrichtungen, wie zum Beispiel bestehende Seniorencafés oder Bibliotheken als „Dritte Orte“ qualifiziert werden, auch mit einem Blick auf die Herausforderungen männlicher Senioren.

Was zunächst einen präventiven Charakter hat, nämlich ältere Personen frühzeitig als Teilnehmende oder Ehrenamtliche für die Quartiersarbeit zu gewinnen und einzubinden (soziale Teilhabe) – wirkt im Fall der Hilfe- und Pflegebedürftigkeit als Unterstützungsnetzwerk:

- Teilnehmende regelmäßiger Freizeitangebote mit Treff- und Austauschcharakter (Café, Spieleabende, Gärtnern, Filmabende, Gymnastik-/Sportangebote, Mittagstisch, Männerfrühstück, Kochevents, Chor, Wandern etc.) merken, wenn ein Mitglied Unterstützung bedarf.
- Vorträge, Workshops etc. zu spezifischen Themen (z. B. zu Themen wie Pflege, Demenz, Hilfeangeboten etc.) helfen, sich selbst zu informieren und mit anderen auszutauschen.
- Das Quartiersmanagement ist sensibilisiert für Ältere in der Einrichtung und kann als „Kümmerer/Lotse“¹⁰⁶ aktiv werden (Verweisstruktur – entweder durch unterschiedliche Angebote unter einem Dach oder im Netzwerk).

Insgesamt bedarf es der Unterstützung durch die Verwaltung, damit Quartiersmanagements für die Thematik sensibilisiert sind, aber auch, um im Rahmen ihrer Arbeit eine Verweisstruktur aufbauen zu können (Wo erhält man Unterstützung? Wer kann beraten? etc.). Es sollte eine Liste mit Ansprechpersonen und Kontaktadressen (auf Quartiersebene und gesamtstädtischer Ebene) vorhanden sein, wenn die Angebote nicht unter dem Dach eines Treffs stattfinden.

In diesem Zusammenhang sollte stärker, auch in der Arbeitsgruppe „Sozialkulturelle Stadtteilarbeit“ darüber nachgedacht werden, wie bestehende Seniorenbegegnungsstätten noch stärker in die Quartiersarbeit eingebunden werden können und ob gegebenenfalls neue Ansätze,

¹⁰⁵ Insgesamt 530 Häuser in Deutschland erproben Ansätze, die auf der Seite zum Programm dokumentiert sind: <https://www.mehrgenerationenhaeuser.de/mehrgenerationenhaeuser/beispiele-guter-praxis> .

¹⁰⁶ In Erfurt wurde im Rahmen eines Modellprojektes ein Quartiersmanagement durch die AWO AJS gGmbH in Form eines Quartierslotsen installiert, um vorhandene Versorgungslücken im Quartier zu schließen. Aufgaben des Quartiersmanagement waren die Vermittlung und Bekanntmachung von Wohn-, Hilfs- und Betreuungsangeboten. Darüber hinaus hat der Quartierslotse bestehende Kooperationen ausgebaut und Netzwerke erweitert (<https://www.serviceportal-zuhause-im-alter.de/praxisbeispiele/anlaufstellen-fuer-aeltere-menschen/umsetzungsprojekte/anlaufstellen-durch-bedarfsgerechte-anschaffungen-unterstuetzen/quartierslotse-als-anlaufstelle-fuer-aeltere-menschen.html>).

welche die Vernetzung ins Quartier und den zugehenden Ansatz stärker in den Mittelpunkt stellen, erprobt werden können. Hierbei kann die Bündelung von Angeboten ebenfalls eine unterstützende Rolle spielen, um Synergien zu schaffen (zum Beispiel Tafelangebot bei Volkssolidarität in der Zeppelinstraße).

Aufsuchende und zugehende Arbeit mit Älteren

Um ältere Personen, die keinen Zugang zu Trefforten haben, die zurückgezogener leben oder aufgrund von Einschränkungen immobiler sind, ebenfalls im Alter niedrigschwellig zu begleiten, ist der Einsatz von „Kümmerern“ im Quartier sinnvoll. Die zugehende und aufsuchende Arbeit soll dabei nicht den ambulanten Dienst ersetzen, vielmehr geht es darum, Einsamkeit, Isolation und damit im Zusammenhang stehende Krankheiten zu verhindern.

Ein Gespräch, eine gemeinsame Kaffeepause oder vielleicht auch ein gemeinsamer Spaziergang können entsprechende Ansätze sein. Wichtig ist die Regelmäßigkeit, mit der die Älteren aufgesucht, begleitet und gegebenenfalls auch beraten werden. Durch die aufsuchende Arbeit kann eruiert werden, ob Personen Informationen für das eigenständige Leben in der angestammten Wohnung fehlen oder Hilfsangebote notwendig sind.

Die zugehende Arbeit kann an Treff- und Kommunikationsorte im Quartier angebunden sein, so dass bereits Vertrauen aufgebaut werden kann, bevor erste Hilfe- und Pflegeunterstützung notwendig wird.

Gleichzeitig können mobile Beratungs- und Informationsangebote in Einrichtungen, auf dem Marktplatz, vor dem Supermarkt o.Ä. Türöffner für eine aufsuchende Arbeit sein. Hier können erste Gespräche geführt, die Ernsthaftigkeit festgestellt und ebenfalls Vertrauen aufgebaut werden, bevor Besuche bei zunehmender Hilfebedürftigkeit oder Krankheit zu Hause stattfinden.

Stärkung sozialer Teilhabe bei Erkrankung/Pflege

(Alters-)Depressionen oder Demenz für Ältere sind oft Gründe, sich aus bestehenden Netzwerken, Vereinsarbeit oder anderen Strukturen zurückzuziehen. Die eigene Krankheit oder erste Einschränkungen sollen möglichst nicht bemerkt werden und es folgen Zurückgezogenheit und Einsamkeit. Es ist eine gesellschaftliche Aufgabe, auf kranke Personen Rücksicht zu nehmen und sensibel zu reagieren. Aber auch durch aufsuchende Arbeit können Anzeichen von zum Beispiel Depressionen oder Demenz mit den jeweiligen Älteren besprochen werden. Es ist wichtig, diese zu ermutigen, dennoch weiterhin soziale Teilhabe zu pflegen und möglichst offen mit Einschränkungen umzugehen.

Im Rahmen der Pflege vor Ort wurden hierfür schon zahlreiche Projekte initiiert. Diese sollten weiter ausgebaut werden.

Stärkung pflegender Angehöriger

Ein wesentliches Thema zur Stärkung des Ansatzes im Falle der Hilfe- und Pflegebedürftigkeit möglichst lange in der angestammten Wohnung bleiben zu können, ist die Stärkung von pfle-

genden Angehörigen. Für das Pflegewissen haben pflegende Angehöriger verschiedene Möglichkeiten, sich praktisches Wissen anzueignen oder sich über Unterstützungsangebote beraten zu lassen. Das geht beispielsweise in Pflegekursen¹⁰⁷, einer Pflegeberatung¹⁰⁸ oder einem Beratungseinsatz¹⁰⁹. Dafür gibt es zwar auch hier erste Ansätze wie zum Beispiel die PFIFF Kurse (AOK) oder die Hilfe zum Helfen. Diese Angebote sind aber nicht immer bekannt.

Pflegende Angehörige engagieren sich oft so intensiv, dass sie ihre eigenen Bedürfnisse übersehen werden. Hierzu sollten nicht nur Netzwerke aufgebaut werden, die regelmäßige Entlastungen schaffen (z. B. über den Einsatz des Entlastungsbetrags), sondern ebenfalls Gruppenschulungen von Angehörigen in Präsenz, um einen möglichst intensiven Austausch auch mit anderen pflegenden Angehörigen zu erzielen (ggf. auch als Onlineveranstaltung; ressourcensparend). In diesem Zusammenhang sollte auch der Ausbau der Angebote zur Unterstützung im Alltag (AUA) außerhalb des Zentrums vorangetrieben werden. Das betrifft auch Informationen über entsprechende Angebote zur Unterstützung im Alltag.

Einbindung der Ressourcen aus der Zivilgesellschaft

Dass es zusätzlicher Ressourcen bedarf, um zukünftig Unterstützungs- und Pflegeleistungen decken zu können, ist unumstritten. Es stellt sich jedoch die Frage, wie weitere Ressourcen eingebunden werden können, um das Netz an Unterstützung funktionsfähiger zu machen. In der Expertendiskussion wurden hier verschiedene Ansätze benannt, die seitens der LHP geprüft und weitergedacht werden können:

- Kooperationen zwischen Schulen und Seniorentreffs oder Pflegeheimen im Quartier¹¹⁰
- Kooperationen mit Gewerbetreibenden im Quartier, die in engem Austausch mit Älteren stehen und Informationen weitergeben können (z. B. Schulung von ApothekerInnen, FriseurInnen etc.)
- Kooperationen mit Ehrenamtlichen in Quartierstreffs unter Anleitung des Quartiersmanagements
- Kooperationen mit weiteren Bewohnenden zum Beispiel einer Genossenschaft, eines Blocks etc. unter Anleitung von Vermietenden
- Aufbau eines unterstützenden Nachbarschaftsnetzwerkes

¹⁰⁷ Pflegekurse vermitteln Wissen über Positionierungstechniken sowie Mobilisierungsmethoden, mögliche Hilfsmittel, rechtliche Aspekte der Pflege sowie Informationen zur Pflegeversicherung etc. Die Pflegekassen bieten kostenfreie Pflegekurse für pflegende Angehörige an.

¹⁰⁸ Von verschiedenen Trägern werden Pflegeberatungen angeboten. Die Kosten dafür übernehmen die Pflegekassen.

¹⁰⁹ Der Beratungseinsatz dient dazu, das Wohlergehen der pflegebedürftigen Person sicherzustellen. Wird ausschließlich Pflegegeld bezogen der Beratungseinsatz Pflicht.

¹¹⁰ z. B. <https://www.ganztaegig-lernen.de/wie-jung-und-alt-voneinander-lernen>

Digitalen Wandel aktiv gestalten

Es gibt mittlerweile viele Angebote, um ältere Personen an den digitalen Wandel heranzuführen. Der Umgang mit digitalen Geräten unterstützt auf zwei Ebenen eine längere Selbstständigkeit und die Möglichkeit in den eigenen vier Wänden im Falle der Hilfe- und Pflegebedürftigkeit zu bleiben:

- Der Umgang mit digitalen Geräten ermöglicht digitale Teilhabe und schützt vor Einsamkeit und Isolation. Über Videotelefonie mit den Enkeln und Kindern telefonieren oder via Webkonferenzen und Videokonferenzen den Austausch im Freundeskreis oder Interessengruppen zu suchen, ermöglicht bei eingeschränkter Mobilität, Teilhabe und Kontakte¹¹¹.
- Der Umgang mit digitalen Geräten und Techniken kann gleichzeitig Erleichterungen im Alltag bringen (Onlinetermine mit Ärztinnen, Bestellungen über das Internet, Gesundheitsscheck via Smartwatch etc.).
- Stärkung der digitalen Kompetenz, zum Beispiel durch Fortbildungen für ältere Personen, um selbst mit der Technik besser umzugehen aber auch dazu, wo Technik im Alltag Erleichterungen bringen kann (u.a. technische Ausstattung, die längeres zu Hause bleiben ermöglichen können).

Informationen gut zugänglich gestalten und Lücken identifizieren

In der LHP gibt es viele Versorgungsangebote/Einrichtungen, Netzwerke und Beratungsstellen. Hierzu gibt es bereits heute auf der Plattform Mittendrin (<https://mittendrin.in//de>) eine Übersicht, die fortgeschrieben werden kann und auch weiterhin gepflegt werden sollte. Durch diese Plattform besteht eine gute Informationsgrundlage sowohl für die Bürgerinnen und Bürger der LHP als auch für alle Akteure, die eine intensivere Vernetzung anstreben. Neben Kontaktdaten, Ansprechpersonen und Öffnungszeiten der Angebote bieten jeweils kurze Beschreibungen der zu erwartenden Leistungen gute Orientierungshilfen. Für die LHP wäre zudem eine ähnliche Informationsbroschüre als Print hilfreich. Sie könnte (als Printprodukt) ausgelegt werden (in der Verwaltung, bei Beratungsangeboten, Ärzten, Apotheken, Treffs, Friseuren etc.) und in einem „Willkommenspaket“ an ältere Personen (z. B. ab 65 Jahre) verschickt werden.

Unterstützung bei der Entwicklung „innovativer und Wohn- und Versorgungsformen“

Innovative Wohnformen sind mögliche Lösungsansätze für den Umgang mit Pflege- und Hilfebedürftigkeit im Alter bei gleichzeitigem Wunsch nach eigenständiger Lebensführung. Lohnenswert ist hier eine Good-Practice-Sammlung mit innovativen Lösungen und Leitfäden für Interessierte. Im Workshop wurde zum Beispiel auch das Konzept „Betreutes Wohnen zu Hause“ vorgeschlagen. Der Zusammenschluss von mehreren älteren Personen in einem Quartier (z. B. im Bestand eines Wohnungsunternehmens oder einer Genossenschaft), die mit

¹¹¹ Modellprojekt während der Coronapandemie – Digitale Nachbarn – siehe <https://ea-rlp.de/digitale-nachbarn-senioren-wollen-ihre-alexa-nicht-mehr-missen/>

einem monatlichen Beitrag (z. B. 50 Euro/Monat), den Einsatz einer gemeinsamen Kümmererin/eines Kümmerers finanzieren. Aufgabe der zugehenden Arbeitenden wäre es, die Teilnehmenden regelmäßig in ihrer angestammten Wohnung zu besuchen und „nach dem Rechten“ zu schauen. Die Organisation über diesen Zusammenschluss, welches zum Beispiel durch ein Wohnungsunternehmen oder eine Genossenschaft geregelt wird, könnte modelhaft erprobt werden. Zudem können privat organisierte Hilfestellungen ein Nachbarschaftsnetzwerk oder örtlichen Quartierstreff organisiert werden.

Übergeordnetes Casemanagement

Um eine bedarfsgerechte Begleitung von pflegebedürftigen Personen zu stärken, kann ein übergeordnetes Casemanagement für den einzelnen Patienten sinnvoll sein, damit alle Unterstützungsleistungen und medizinischen Verordnungen Hand in Hand greifen. Ein Beispiel für ein übergeordnetes Fallmanagement hat das Klinikum Darmstadt – hier sind mehrere klinisch tätige Fallmanager*innen eingesetzt, die die patientenzentrierte Versorgung bei besonders hohen und komplexen Behandlungsverläufen und hohem pflegerischen Aufwand in den verschiedenen Abteilungen des Krankenhauses als qualifizierte Patientenlotsen unterstützen. Um den Krankenhausaufenthalt so kurz wie notwendig für diese Patienten zu halten, koordinieren die Fallmanager*innen in enger Abstimmung mit dem ärztlichen Dienst, mit dem Pflege- und Sozialdienst und weiteren therapeutischen Berufsgruppen ihre Untersuchungs- und Behandlungstermine. Das ermöglicht Terminalsicherheit, reduziert Wartezeiten und unterstützt Patienten und ihre Angehörigen bei der Vernetzung in die Häuslichkeit.¹¹²

Seitens der ExpertInnen wird ein übergeordnetes Casemanagement sehr begrüßt. Gegebenenfalls kann die LHP in Kooperation mit den örtlichen Krankenhäusern ein System für alle Krankenhäuser und Akteure in der Pflege und im sozialen Bereich entwickeln (inkl. Datenschutzlösungen). Hierzu wären Gespräche mit den Krankenhausbetreibern notwendig.

Neben dem Casemanagement als patientenzentrierte Versorgung besteht seitens der Akteure ebenfalls der Wunsch sich untereinander intensiver auszutauschen. Hier wurden Pflegestammtische auf Ebene von Sozialräumen oder Quartieren angeregt.

7.3 Handlungsbedarf: Prävention

Prävention bedeutet, die Krankheitslast und damit auch die Hilfs- und Pflegebedürftigkeit durch gezielte Maßnahmen zu verringern. Dabei umfasst Prävention alle Aktivitäten, die mit dem Ziel durchgeführt werden, Erkrankungen oder Pflegebedürftigkeit weniger wahrscheinlich zu machen, zu vermeiden oder zu verzögern (Primär- und Sekundärprävention¹¹³) Prävention bein-

¹¹² Fallmanagement am Klinikum Darmstadt - <https://klinikum-darmstadt.de/medizin-pflege/fallmanagement>, letzter Aufruf 22.10.2023

¹¹³ Die primäre Prävention zielt darauf ab, die Entstehung von Krankheiten und Pflegebedürftigkeit zu verhindern. Die sekundäre Prävention ist auf die Früherkennung gerichtet. Dabei soll zu einem möglichst frühen Zeitpunkt ein sich abzeichnender Hilfs- oder Pflegebedarf erkannt werden, um frühzeitig Optionen wahrzunehmen und

haltet aber auch die Erhaltung von Fähigkeiten bei vorliegender Diagnose (Tertiäre Prävention¹¹⁴). Damit fallen zum Beispiel bei dementiellen Erkrankungen auch Gedächtnis-, Psychomotorik- und Kompetenztraining unter den Begriff der Prävention, da damit der Krankheitsverlauf verzögert werden kann. Auch ein funktionierendes soziales Netzwerk wirkt sich positiv auf die Gesundheit aus, ebenso wie regelmäßige körperliche (sportliche) Aktivitäten, die ein gesundes Altern stärken (z. B. Bluthochdruck oder Sturzgefahr). Vor diesem Hintergrund ist die Prävention eine wesentliche Säule

Erreichen möglichst breiter Bevölkerungsgruppen

- Prävention sollte nicht erst im Alter eine Bedeutung erhalten, sondern ein lebenslanges Thema in der Gesellschaft sein. So kann sich der Einsatz von sogenannten Schulgesundheitsfachkräften bereits auf die Gesundheit und Gesundheitskompetenz von Schülern und Schülerinnen auswirken, Gesundheits- und Präventionsansätze von Arbeitgebenden im Rahmen der Fürsorgepflicht das Berufsleben begleiten und Angebote von Krankenkassen, Vereinen und Trägern Präventionskurse im Alter anbieten.
- Auch wenn die Einflussmöglichkeiten der LHP vermutlich begrenzt sind, sollten Beratungsstellen, Berufsgenossenschaften, hausärztliche Praxen, Krankenkassen, Pensionskassen, Rentenversicherung, Vereine und die Volkshochschule (VHS) für das Thema Prävention beziehungsweise Leben im Alter sensibilisiert werden und Informationsmaterial zu Verfügung stellen. Bei hausärztlichen Praxen sollte zudem die Zusammenarbeit mit Beratungsstellen und pflegerischen Einrichtungen gestärkt werden. Auch sollten Flyerboards in medizinischen Praxen, Praxen der Physiotherapie oder Apotheken in den Wartebereichen thematisch, regelmäßig und aktuell mit Informationsmaterial bestückt werden.
- Vor dem Ausscheiden aus dem Erwerbsleben (z. B. verminderter Erwerbsfähigkeit, Altersrente) sollten zudem Personen bereits vor Eintritt in den Ruhestand Beratungs- und Informationsangebote unterbreitet werden, um sie für die Herausforderungen der nächsten Lebensphase zu sensibilisieren (z. B. Ausstiegsberatung, Gewinnung von Ehrenamtlichen). Hierbei sollte es voranging um Prävention – aber auch um Anpassung im Wohnungsbereich – gehen.
- Neben der Information soll dabei Empowerment im Fokus stehen, also die Befähigung der (älteren) Personen, sich mittels Nutzung der eigenen und sozialen Ressourcen ihre (soziale) künftige Lebenswelt und ihr Leben selbst zu gestalten. Das bedeutet auch, die Eigenverantwortung zu stärken. Dementsprechend gilt es auch Beratungs- und Informationsangebote für ältere Personen in der LHP vorzuhalten. Das Angebotsspektrum beginnt dabei mit Ernährungsberatung, Wohnberatung oder Umzugshilfen über die Vorsorgeberatung (Versorgungsvollmacht) bis hin zu Suizidprävention. Eventuell kann für dieses Thema aktiv

Maßnahmen ergreifen zu können. Eine eindeutige Abgrenzung von primärer und sekundärer Prävention ist nicht immer möglich.

¹¹⁴ Tertiäre Prävention hat das Ziel, Krankheitsfolgen zu mildern, einen Rückfall bei schon entstandenen Krankheiten zu vermeiden und die Verschlimmerung der Erkrankung zu verhindern und so Hilfe- und Pflegebedürftigkeit zu senken.

Altern schon ab 50 Jahren – analog zur Renteninformation – in Form von Informationsflyern sensibilisiert werden, wodurch die Autonomie und Handlungsspielräume im Alter gestärkt werden können.

→ Später, nach Ausscheiden aus dem Erwerbsleben, kann auch zum Beispiel bei Jubiläen – sei es im Rahmen von Besuchen oder Grußkarten – auf entsprechende Beratungs- und Informationsangebote hingewiesen werden.

Kommunikationsorte und Teilhabe im Quartier gestalten¹¹⁵

Da sich ein funktionierendes soziales Netzwerk positiv auf die Gesundheit beziehungsweise auf das Wissen über Herausforderungen, Möglichkeiten und Unterstützungsangebote auswirkt, bedarf es Angebote im Quartier. Darunter sind vor allem Maßnahmen zu verstehen, die Personen nicht selbst beeinflussen können (Verhältnisprävention). Es bedarf somit einem möglichst aufenthaltsfreundlichem und barrierearmen (Wohn-)Umfeld, das die Auswirkungen des Klimawandels berücksichtigt (Verschattung, Wasserspender). Das reicht von Sitzbänken vor dem Haus beziehungsweise auf dem Weg zum Supermarkt (Ausruhen, Tasche abstellen und kommunizieren „Klönbänke“), über barrierearme Wegeführung, ÖPNV (Rollator geeignet, abgesenkte Bordsteine), (saubere) öffentliche Toiletten für alle bis hin zu Plauder-Kassen.¹¹⁶

Auch Angebote wie zum Beispiel das Nachbarschaftscafé, der Aufbau oder die Stärkung von Begegnungszentren in den Stadtteilen, Mittagstische und ergänzende Gesundheitsangebote^{117, 118} können die Teilhabe und Vernetzung stärken. Daneben können aber auch (Sport-)Vereine, Literatur- und Kulturkreise oder die VHS mit ihrem breiten Angebot eine wichtige Funktion übernehmen. Wichtig sind „regelmäßige“ Angebote, die den Aufbau von Bekannten-/Freundeskreisen und Netzwerken ermöglichen, die auf der einen Seite die älteren Personen mit ihren Interessen einbinden, auf der anderen Seite aber auch vorhandenes Engagement und Ehrenamt fördern und fördern.

¹¹⁵ Bereits im Seniorenplan für Potsdam sind unter anderem Ziele und Maßnahmen im Hinblick auf das Zusammenleben sowie zu Kommunikation, Bildung, Begegnung und Arbeit im Ruhestand definiert und die darin geschilderten baulichen Maßnahmen zum Teil umgesetzt.

¹¹⁶ In den Niederlanden gibt es bei Jumbo (Lebensmittelkette) neben den normalen Kassen in 125 der rund 700 Jumbo-Läden auch eine „Kletschkasse“, eine „Chat-Kasse“, also Plauder- oder Snack-Kasse. Sie ist gedacht für Kunden, die auch mal in aller Ruhe an der Kasse(-schlange) unterhalten möchten (vgl. <https://www.nordkurier.de/panorama/eine-supermarkt-kasse-gegen-die-einsamkeit-1395777>, abgerufen am 18. Oktober 2023)

¹¹⁷ Dazu gehören zum Beispiel Beratungsangebote zur Gesundheit, die deutschlandweit aufgebaut werden sollen (langfristig bundesweit sogenannten rd. 1.000 Gesundheitskioske). Initiiert werden sollen die Anlaufstellen von den Kommunen. Finanziert mehrheitlich von den gesetzlichen und privaten Krankenversicherungen und durch Beteiligung der Kommunen. Hauptaufgabe der Kioske ist es, den Zugang zur Versorgung zu verbessern und die Versorgung zu koordinieren (vgl. <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/g/gesundheitskiosk>, abgerufen am 18. Oktober 2023)

¹¹⁸ empirica: Gesundheitsvorsorge in belasteten Stadtquartieren – der Ansatz der Gesundheitskioske, internes Papier für BMWSB, September 2022

Frühzeitige Aufklärung über Wohnalternativen beziehungsweise Anpassungen Unterstützung und Untersetzung in der Häuslichkeit

An erste Stelle steht hier die Sensibilisierung in der frühen Lebensphase (ab etwa 50 Jahre) für die „Altenfähigkeit“ der Wohnung.

Mit zunehmendem Alter nimmt die Umzugsbereitschaft – unabhängig von bestehenden Barrieren in der Wohnung ab. Hier können Tauschbörsen oder auch die Vermittlung von Umzugsbegleithilfen (u.a. Organisation auch im Ehrenamt) eine Hilfe sein. Auch durch die Beratung unabhängiger Dritter¹¹⁹ könnten hier Möglichkeiten erörtert werden, die eher auf Akzeptanz stoßen (z. B. schwenkbare Wasserhähne in der Küche, Duschsitze, aber auch digitale Lösungen wie z. B. Wassermelder). Hier sollten die Vorteile der (künftigen) eigenständigen Lebensführung herausgearbeitet werden sowie die Defizite im Zuge der Hilfsbedürftigkeit.

Da diese Sensibilisierung oder ein Umzug aus der bestehen Wohnung nicht immer möglich oder nicht gewünscht ist, kommt dem Ehrenamt für die Unterstützung besonderer Bedeutung zu. An erste Stelle sollte dabei der Peer-Ansatz stehen, sei es Beratung oder Unterstützung. Das sensibilisiert auch die ehrenamtlichen Personen für ihr eigene spätere Lebensphase. Die ehrenamtlichen Personen müssen entsprechend geschult (finanzielle Mittel) sein und auch das für sie passende Engagement finden. Eine Plattform-Lösung (Web-Seite) zur digitalen Vernetzung der Ehrenamtsstrukturen für Senioren könnte dabei helfen, das passende Engagement zu finden.

Wording und Darstellung von Alten und Pflegebedürftigkeit

Bei der Prävention sollte es auch darum gehen das Positive herauszuarbeiten. Das kann eine Imagekampagne im Sinne „Potsdam die Stadt für Ältere“ sein. Wobei es um das Altern mit Herausforderungen gehen soll. Der Begriff Ruhestand ist aktuell positiv belegt und wird mit Botschaften wie „Die Alten sind die neuen Jungen“ (Positivszenario) eher verklärt als aufgeklärt. Drohbotschaften wie, „wer regelmäßig auf Sport verzichtet, riskiert ...“ sind ebenfalls nicht zielführend (Negativszenario). Vielmehr sollte es darum gehen, das Altern als aktiven Prozess darzustellen¹²⁰ und diese Lebensphase auch mit körperlichen oder geistigen Einschränkungen das Leben aktiv gestaltet werden kann (Tertiäre Prävention). Die Phase kann selbst gestaltet werden, dementsprechend kommt bei der Prävention dem Empowerment besondere Bedeutung zu, da dies entscheidenden Einfluss auf das Selbst hat. Aufklärung kann hier über Reels (kleine Videos) auch in der Straßenbahn stattfinden oder eingebettet in Videos auf Informationsseiten der LHP.

Abschließend sollte überlegt werden, ob eventuell nicht über Anreizsysteme (kostenfreier Eintritt in Kopplung mit Beratungsveranstaltungen) mehr Akzeptanz und Erfolg für eine (frühzeitige) Beratung Erfolge erzielt werden könnte.

¹¹⁹ Die Pflegestützpunkte sind zwar neutrale und unabhängige Beratungsstellen, werden aber häufig nicht als externe Beratungsstellen wahrgenommen.

¹²⁰ vgl. Kampagne des Bayerischen Staatsministeriums für Gesundheit, <https://www.brandarena.de/arbeiten/aufklarungskampagne-fur-senioren/mein-freiraum-meine-gesundheit-in-jedem-alter> - Aufklärungskampagne des bayerischen Staatsministeriums für Gesundheit und Pflege

Insgesamt zeigen die im Rahmen des vorliegenden Pflegebedarfsplans für die LHP erstellten Analysen von Bedarfen, welche Aufgaben die Unterstützungs- und Versorgungslandschaft in der LHP in den kommenden Jahren bewältigen muss, um den aufgezeigten Entwicklungen angemessen zu begegnen. Hierbei wird ersichtlich, dass es nicht nur um die reinen Quantitäten, also die Bereitstellung unterschiedlicher Pflegeangebote, geht. Es geht auch um andere Aspekte, wie zum Beispiel die Stärkung von Quartieren, um einen längeren Verbleib in der angestammten Wohnung beziehungsweise im angestammten Wohnumfeld zu ermöglichen. Aber auch um Themen der Anwerbung von Arbeitskräften, der Kooperation von Akteurinnen und Akteuren in der Pflegelandschaft bis hin zur Verbesserung des Images „Leben im Alter“ und „Leben mit Einschränkungen“ in der LHP.

8. Anhang

Methodische Erläuterungen

Projektionen

Auf Basis der altersspezifischen Pflegewahrscheinlichkeiten und Versorgungsquoten sowie der kleinräumigen Bevölkerungsprognose der Landeshauptstadt Potsdam wird die Zahl der Pflegebedürftigen in Potsdam 2035/2040 projiziert. Die Projektion berücksichtigt ausschließlich demografische und keine gesellschaftlichen Veränderungen (wie z.°B. Veränderung der Haushaltsstrukturen, Abnahmen der Sorgemöglichkeiten (im familiären Kontext durch Zersiedelung der Angehörigen)).

Pflegebedürftige (nach Art der Versorgung):

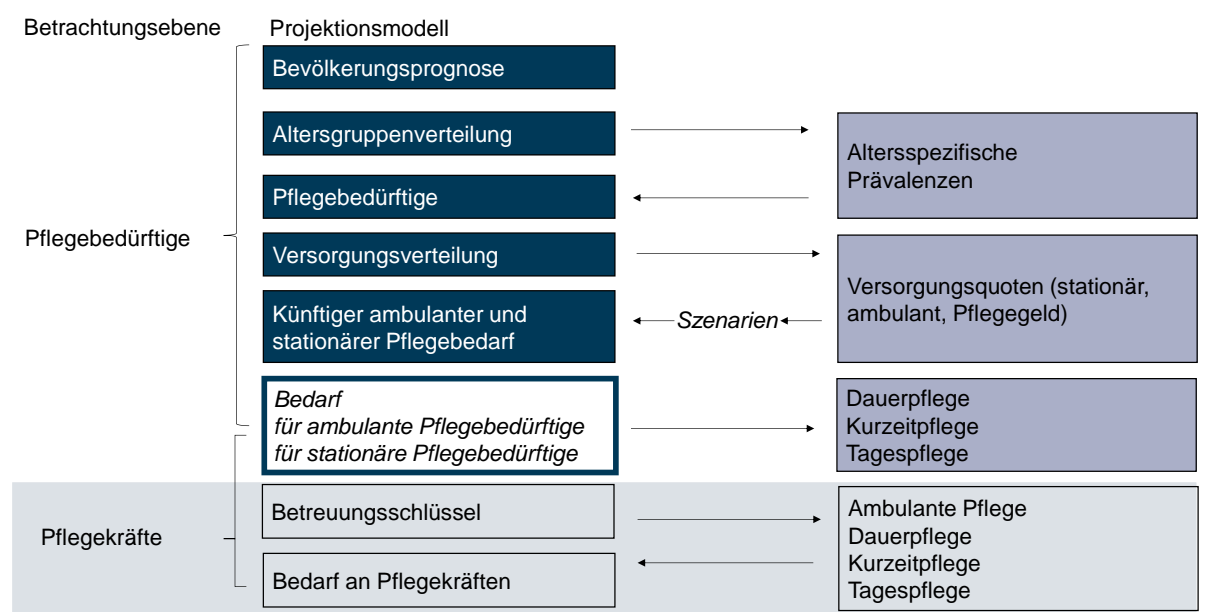
- Ermittlung der Zahl der Pflegebedürftigen auf Basis beziehungsweise der Kombination der alters- und genderspezifischen spezifischen Prävalenzen (Pflegerwahrscheinlichkeiten)¹²¹ aus der Pflegestatistik (2021) und der kleinräumigen Bevölkerungsprognose der Landeshauptstadt Potsdam (= Pflegebedürftige in den Potsdamer Sozialräumen im Jahr 2035/2040; vgl. Abbildung 39).
- Ermittlung der Pflegebedürftigen nach Art der Versorgung (ambulant, stationär und durch Angehörige).
- Berechnung Szenarien
 - Basis der Ist-Prävalenzen in der LHP (nach Alter und Art der Versorgung)
 - Ergänzendes Szenario: Basis der Ist-Prävalenzen im Land Brandenburg (nach Alter und Art der Versorgung)

Pflegekräfte:

Abschließend erfolgt auf Basis des Bedarfs für ambulante und für stationäre Pflegebedürftige unter Berücksichtigung entsprechender Betreuungsschlüssel eine Abschätzung des Bedarfs an Pflegekräften.

¹²¹ Zwar nimmt die Prävalenz mit dem Alter zu, eine Prognose ausgehend von der Alterskohorte der über 65-jährigen Menschen (kurz: 65-Jährige) reicht allerdings nicht aus, um den Bedarf durch Pflegebedürftige zu ermitteln. Daher werden auch jüngere Menschen bzw. die Pflegeprävalenzen jüngerer Menschen berücksichtigt. Diese liegen für Deutschland, das Land Brandenburg und Potsdam für das Jahr 2020 (auf der Ebene der Leistungsarten) vor.

Abbildung 39: Wesentliche Schritte des Prognosemodells



Quelle: eigene Darstellung

empirica

Dementiell Erkrankte:

Wie bei der Projektion der Anzahl der Pflegebedürftigen handelt es sich um die Fortschreibung der jeweiligen Demenz-Strukturen (sogenannte Status-quo-Annahme). Die zentrale Annahme ist, dass das Risiko, dementiell zu erkranken, von Männern und Frauen in den verschiedenen Altersgruppen in Zukunft so ausfallen wird wie im Jahr 2022. Dieses Risiko wird dann auf die Bevölkerungsprognose der Landeshauptstadt Potsdam angewandt.

Die dargestellten Daten stützen sich auf Auswertungen der SAHRA-Pflegeplattform (Smart Analysis Health Research Access) (SAHRA-Plattform: 2022).

Kurzzeitpflege und Tagespflege

Basis der Projektionen bildet die Anzahl der Pflegebedürftigen nach Art der Versorgung in der LHP.

Der Bedarf an Kurzzeitpflegeplätzen wird aus den Wachstumsraten der pflegebedürftigen Personen in vollstationären Einrichtungen abgeleitet und die aktuellen Anteile für die SR konstant bis 2040 fortgeschrieben.

Bei der Tagespflege wird die Nachfrage beziehungsweise der Bedarf aus den Wachstumsraten aller pflegebedürftigen Personen abgeleitet und bis 2040 mit diesen fortgeschrieben.

Kosten zur Hilfe zur Pflege:

Grundlage des Szenarios der Kosten für Hilfe zur Pflege ist die Annahme, dass sich die durchschnittlichen Kosten der Hilfe zur Pflege je pflegebedürftiger Person in der LHP in den nächsten Jahren mit derselben Dynamik wie im Bundesgebiet (brutto der Jahre 2019 bis 2021) entwickeln. In einem ersten Schritt wurde ermittelt, wie hoch die Kosten der Hilfe zur Pflege je pflegebedürftiger Person in der LHP und im Bundesgebiet waren. Danach wurden die Wachstumsraten (2019 bis 2021) der Kosten der Hilfe zur Pflege je pflegebedürftiger Person (brutto)

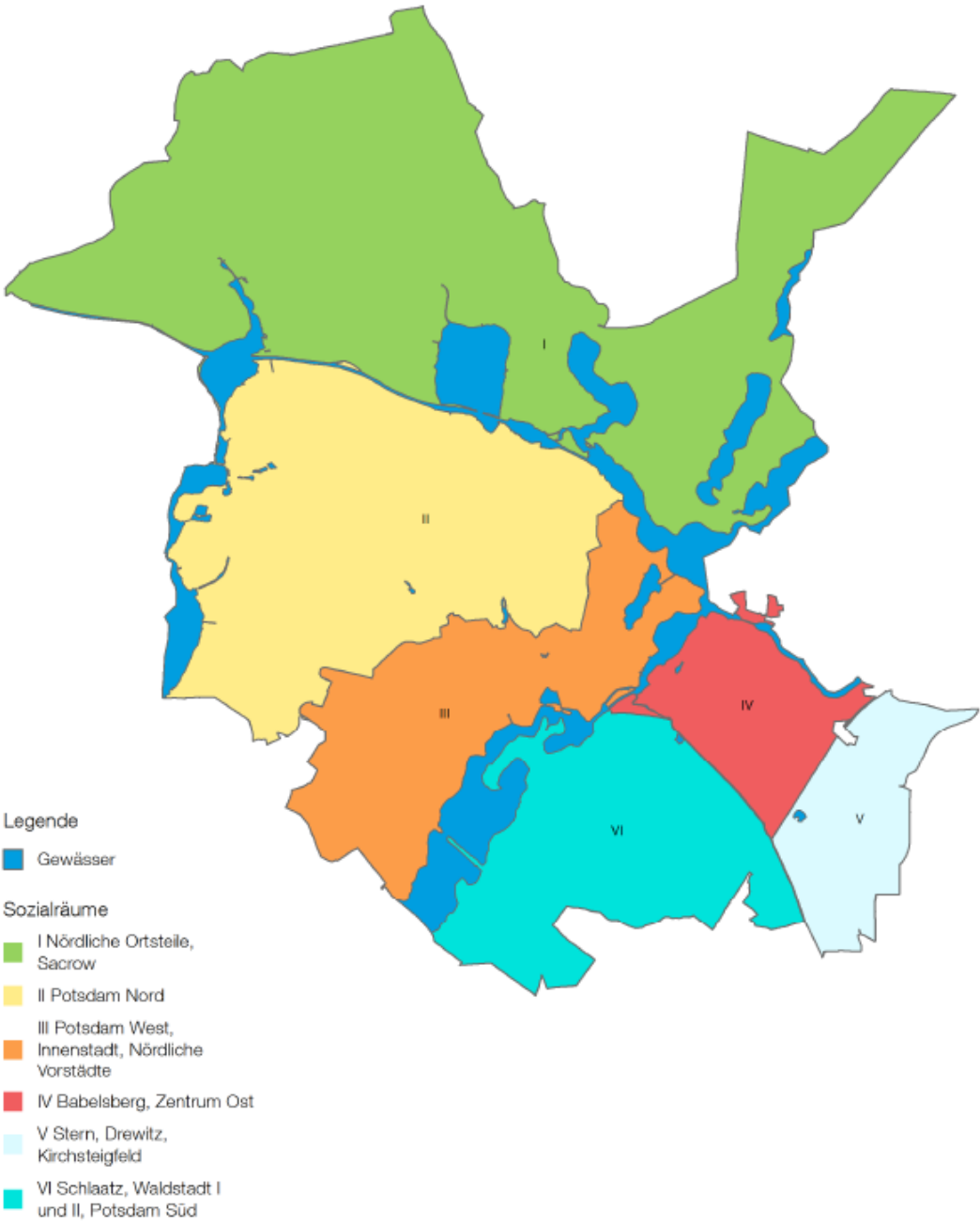
für das Bundesgebiet und damit für die LHP die Kosten der Hilfe zur Pflege (netto und brutto) bis 2040 ermittelt. Beide Szenarien gehen von einem stetigen Kostenzuwachs bis 2040 aus.

Ergänzende Abbildungen

Tabelle 16: SGB XI und LPflegeG (Auswahl)

Gesetzlichen Grundlagen	Erläuterung
Gemeinsame Verantwortung (§ 8 SGB XI)	Die pflegerische Versorgung der Bevölkerung ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe der Länder, der Kommunen, der Pflegeeinrichtungen und der Pflegekassen sowie des Medizinischen Dienstes, um eine leistungsfähige, regional gegliederte, ortsnahe und aufeinander abgestimmte ambulante und stationäre pflegerische Versorgung der Bevölkerung sicher zu stellen.
Aufgaben der Länder (§ 9 SGB XI)	Die Länder sind verantwortlich für die Vorhaltung einer leistungsfähigen, zahlenmäßig ausreichenden und wirtschaftlichen pflegerischen Versorgungsstruktur. Das Nähere zur Planung und zur Förderung der Pflegeeinrichtungen wird durch Landesrecht bestimmt (LPflegeG)
Zielsetzung (§ 2 LPflegeG)	<p>Ziel ist es, eine leistungsfähige, wirtschaftliche und zahlenmäßig ausreichende pflegerische Versorgungsstruktur sicherzustellen. Die Versorgungsstruktur soll sich an den Bedürfnissen der Pflegebedürftigen und der sie Pflegenden orientieren.</p> <p>Hilfen im Vor- und Umfeld der Pflege sind zu berücksichtigen, um eine bedarfsgerechte Leistungserbringung sowie eine pflegevermeidende Angebotsstruktur zu fördern.</p> <p>Das bürgerschaftliche Engagement, das Ehrenamt, familiäre, soziale und regionale Netzwerke sowie nachbarschaftliche Hilfestrukturen sind in der häuslichen und in der stationären Pflege zu stärken.</p>

Abbildung 40: Sozialräume der LHP



Quelle: LHP

empirica

Tabelle 17: Entwicklung der Bevölkerungszahl in den Sozialräumen der LHP (2021 und Prognose bis 2040)

	I	II	III	IV	V	VI	Potsdam
Bevölkerung 2021 im Alter von							
0-14	2.264	5.620	5.908	4.671	4.269	4.941	27.673
15-64	9.054	21.692	26.053	21.288	18.562	22.270	118.919
65-79	1.905	3.630	5.088	3.464	4.595	5.029	23.711
80+	703	1.702	3.621	1.874	2.271	2.926	13.097
Alle	13.926	32.644	40.670	31.297	29.697	35.166	183.400
65+	2.608	5.332	8.709	5.338	6.866	7.955	36.808
Bevölkerung 2040 im Alter von							
0-14	4.273	5.665	6.135	5.212	4.479	5.821	31.585
15-64	16.869	24.293	28.076	22.557	20.532	26.089	138.415
65-79	3.730	5.837	6.684	5.740	4.776	6.012	32.778
80+	1.730	2.394	3.104	2.414	2.470	3.006	15.117
Alle	26.601	38.189	43.998	35.921	32.256	40.928	217.894
65+	5.459	8.231	9.788	8.153	7.245	9.017	47.894
Bevölkerung Delta abs. 2021-2040 im Alter von							
0-14	2.009	45	227	541	210	880	3.912
15-64	7.815	2.601	2.023	1.269	1.970	3.819	19.496
65-79	1.825	2.207	1.596	2.276	181	983	9.067
80+	1.027	692	-517	540	199	80	2.020
Alle	12.675	5.545	3.328	4.624	2.559	5.762	34.494
65+	2.851	2.899	1.079	2.815	379	1.062	11.086
Bevölkerung Delta % 2021-2040 im Alter von							
0-14	89%	1%	4%	12%	5%	18%	14%
15-64	86%	12%	8%	6%	11%	17%	16%
65-79	96%	61%	31%	66%	4%	20%	38%
80+	146%	41%	-14%	29%	9%	3%	15%
Alle	91%	17%	8%	15%	9%	16%	19%
65+	109%	54%	12%	53%	6%	13%	30%
AQ 65+							
2021	29%	25%	33%	25%	37%	36%	31%
2024	32%	34%	35%	36%	35%	35%	35%

Quelle: Stadt Potsdam, Bereich Statistik und Wahlen, eigene Berechnungen empirica

Tabelle 18: Einrichtungen mit vollstationärer Pflege in Potsdam*

Nr.	Sozial- raum	Einrichtung	Heim- plätze	Kurzzeit- pflege
1	II	Seniorenpflegeheim St.Franziskus Kiepenheuerallee 21, 14469 Potsdam	126	6
2	II	LAFIM Evangelisches Seniorenzentrum Luisengarten Alexander-Klein-Straße 4, 14469 Potsdam	77	2
3	II	Vitanas Senioren Centrum Am Volkspark Johannes-Lepsius-Straße 31, 14469 Potsdam	124	-
4	III	LAFIM Evangelisches Seniorenzentrum "Emmaus-Haus" Eisenhartstraße 14-17, 14469 Potsdam	69	2
5	III	Bürgerstift am Heiligen See Ludwig Richter Straße 6-7, 14467 Potsdam	63	4
6	III	ProCurand Seniorenresidenz Park Sanssouci Hegelallee 22, 14467 Potsdam	86	1
7	III	ProCurand Seniorenresidenz Havelpalais Auf dem Kiewitt 39, 14471 Potsdam	108	2
8	III	LAFIM Evangelisches Seniorenzentrum "Hasenheyer-Stift" Meistersingerstraße 20, 14471 Potsdam	49	-
9	III	FONTIVA Haus Katharina Leiblstraße 17, 14467 Potsdam	112	-
10	III	Residenz Heilig Geist Park Burgstraße 31, 14467 Potsdam	60	-
11	III	Seniorenpflege am Charlottenhof Geschwister-Scholl-Straße 60, 14471 Potsdam	40	1
12	IV	DSG Pflegewohnstift Babelsberg Paul-Neumann-Straße 59, 14482 Potsdam	80	-
13	V	AZURIT Seniorenzentrum Sternenblick Otto-Haseloff-Straße 13, 14480 Potsdam	114	10
14	VI	AWO-Seniorenzentrum "Käthe-Kollwitz-Haus" Zum Kahleberg 23A, 14478 Potsdam	78	2
15	VI	DSG Pflegewohnstift City Quartier Friedrich-Engels-Str. 92, 14473 Potsdam	123	-
16	VI	DSG Pflegewohnstift Waldstadt Am Moosfenn 3, 14478 Potsdam	126	-
17	VI	Katharinenhof - Wohnpark am Stern Haus Abendstern Hans-Albert-Straße 3, 14480 Potsdam	133	-
18	VI	Kursana Domizil Potsdam Haus Gabriel Heinrich-Mann-Allee 21-22, 14473 Potsdam	103	4
19	VI	Seniorenpflege auf Hermannswerder Hermannswerder 8, 14473 Potsdam	73	2
Summe:			1.744	36

Ausgenommen zwei spezialisierte Einrichtungen für Personen mit Körper- und Mehrfachbehinderung sowie Hirn-
schädigungen/

Quelle: Pflegestützpunkt der LHP

empirica

Tabelle 19: Einrichtungen mit Wohnungen im Betreutem Wohnen/Service-Wohnen in Potsdam

Nr.	Sozial- raum	Einrichtung	Fertig- stellung	Anzahl Wohnungen
1	I	Seniorenresidenz Seepromenade Groß Glienicke Seepromenade 8, 14476 Potsdam (OT Groß Glienicke)		32
2	I	Waldhaus - Betreutes Wohnen Seeburger Chaussee 2, 14467 Potsdam (OT Groß Glienicke)		30
3	II	DSG Am Schlosspark Carl-Dähne-Str.3, 14469 Potsdam Nord	2016	86
4	II	Servicewohnen Luisengarten David Gilly Straße 4, 14469 Potsdam		18
5	II	Seniorenpflegeheim St. Franziskus Kiepenheuer Allee 21, 14469 Potsdam		9
6	III	Service-Wohnen Emmaus-Haus Eisenhartstr. 14-17, 14469 Potsdam	1926 (2000 saniert)	32
7	III	Bürgerstift am Heiligen See Ludwig-Richter-Str. 6-7, 14467 Potsdam	1877 (saniert)	23
8	III	ProCurand Seniorenresidenz Park Sanssouci Hegelallee 22, 14467 Potsdam	Altbau + Neubau	40
9	III	ProCurand Seniorenresidenz Havelpalais Auf dem Kiewitt 39, 14471 Potsdam	2011	38
10	III	Johanniter Quartier Kastanienallee 22B, 14471 Potsdam	2011	60
11	III	Betreutes Wohnen in Potsdam - Kurfürstenstift Behlerstraße 29, 14469 Potsdam		63
12	III	Betreutes Wohnen in Potsdam - Haus Lenné Zeppelinstraße 12A, 14471 Potsdam		26
13	III	Seniorenresidenz Heilig-Geist-Park Burgstraße 31, 14467 Potsdam	1996/2001	60
14	III	Seniorenpflege Charlottenhof Geschwister-Scholl-Str. 60, 14471 Potsdam	2001	18
15	III	Service Wohnen Stiftstraße Stiftstr. 7, 7a, 14471 Potsdam		19
16	IV	DSG Service-Wohnen Babelsberg Paul-Neumann-Str. 59, 14482 Potsdam	2008	38
17	V	KATHARINENHOF Wohnpark am Stern Service-Wohnen Hans-Albers-Str. 3, 14480 Potsdam	1996	155
18	VI	AWO-Seniorenzentrum "Käthe-Kollwitz-Haus" Zum Kahleberg 23 A, 14478 Potsdam	1983	45
19	VI	DSG Service-Wohnen City Quartier Friedrich-Engels-Str. 92/Altes Bahnwerk 8, 14473 Potsdam	2010	48
20	VI	DSG Service Wohnen Waldstadt Saarmunder Straße 62, 64 - Am Moosfenn 5, 14478 Potsdam-Waldstadt	2014	165
Summe Wohneinheiten				1005

Quelle: Eigene Erhebungen, Pflegestützpunkt der LHP

empirica

Ergänzende Ausführungen

Pflegegrade¹²²

Fünf Pflegegrade ermöglichen es, Art und Schwere der jeweiligen Beeinträchtigungen unabhängig davon zu erfassen, ob diese körperlich, geistig oder psychisch bedingt sind. Die Pflegegrade und damit auch der Umfang der Leistungen der Pflegeversicherung orientieren sich an der Schwere der Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten der pflegebedürftigen Person. Der Pflegegrad wird mithilfe eines pflegefachlich begründeten Begutachtungsinstruments ermittelt. Die Zuordnung zu einem Pflegegrad erfolgt anhand eines Punktesystems. Dazu werden in den sechs Bereichen

- Mobilität (1),
- kognitive und kommunikative Fähigkeiten (2),
- Verhaltensweisen und psychische Problemlagen (3),
- Selbstversorgung (4),
- Bewältigung von und selbstständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen oder Belastungen (5) und
- Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte (6),

die jeweils mehrere Einzelkriterien enthalten (zum Beispiel: Essen oder Trinken), für jedes erhobene Kriterium Punkte vergeben. Die Höhe der Punkte orientiert sich daran, wie sehr die Selbstständigkeit eingeschränkt ist oder die Fähigkeiten nicht mehr vorhanden sind. Grundsätzlich gilt: Je höher die Punktzahl, desto schwerwiegender die Beeinträchtigung.

Die fünf Pflegegrade sind abgestuft: von geringen Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten (Pflegegrad 1) bis zu schwersten Beeinträchtigungen, die mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung einhergehen (Pflegegrad 5). Pflegebedürftige mit besonderen Bedarfskonstellationen, die einen spezifischen, außergewöhnlich hohen Hilfebedarf mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung aufweisen, können aus pflegefachlichen Gründen dem Pflegegrad 5 zugeordnet werden, auch wenn die erforderliche Gesamtpunktzahl nicht erreicht wird.

Der Grad der Pflegebedürftigkeit bestimmt sich wie folgt¹²³:

Pflegegrad 1: geringe Beeinträchtigung der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten (12,5 bis unter 27 Gesamtpunkte)

Pflegegrad 2: erhebliche Beeinträchtigung der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten (27 bis unter 47,5 Gesamtpunkte)

Pflegegrad 3: schwere Beeinträchtigung der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten (47,5 bis unter 70 Gesamtpunkte)

Pflegegrad 4: schwerste Beeinträchtigung der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten (70 bis unter 90 Gesamtpunkte)

¹²² Vgl. <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/pflegegrade.html> (abgerufen am 28. Dezember 2022) und <https://md-bund.de/themen/pflegebeduerftigkeit-und-pflegebegutachtung/fragen-und-antworten.html#c1878> (abgerufen am 30. Dezember 2022).

¹²³ Dabei liegt Pflegebedürftigkeit vor, wenn der Gesamtpunktwert mindestens 12,5 Punkte beträgt.

Pflegegrad 5: schwerste Beeinträchtigung der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung (90 bis 100 Gesamtpunkte)

Leistungen der Pflegeversicherung

Tabelle 20: Übersicht über Leistungen der Pflegeversicherung (Auswahl) – Stand Januar 2023¹²⁴

Leistungen	Erläuterung	Leistungshöhen
Pflegegeld (§ 37 SGB XI)	Pflege durch angehörige Personen (z. B. Nachbarschaft, angehörige Personen, informellen Pflegearrangement)	PG 1: - PG 2: 316 Euro/ mtl. PG 3: 545 Euro/ mtl. PG 4: 728 Euro/ mtl. PG 5: 901 Euro/ mtl.
Pflegesachleistung (§ 36 SGB XI)	Professionelle pflegerische Hilfen bei der Körperpflege, Ernährung und Bewegung	PG 1: - PG 2: 724 Euro/ mtl. PG 3: 1.363 Euro/ mtl. PG 4: 1.693 Euro/ mtl. PG 5: 2.095 Euro/ mtl.
Tages- und Nachtpflege (§ 41 SGB XI)	Anspruch auf teilstationäre Pflege in Einrichtungen der Tages- oder Nachtpflege, wenn häusliche Pflege nicht sichergestellt werden kann oder wenn dies zur Ergänzung oder Stärkung der häuslichen Pflege erforderlich i	PG 1: - PG 2: 689Euro/ mtl. PG 3: 1.298 Euro/ mtl. PG 4: 1.612 Euro/ mtl. PG 5: 2.005 Euro/ mtl.
Entlastungsbetrag (§ 45b SGB XI)	In häuslicher Pflege besteht Anspruch auf einen Entlastungsbetrag.	PG 1 bis PG 5: 125 Euro/ mtl.
Vollstationäre Pflege (§ 43 SGB XI)	Die Pflegeversicherung zahlt bei vollstationärer Pflege pauschale Leistungen für pflegebedingte Aufwendungen einschließlich der Aufwendungen für Betreuung ...	PG 1: - PG 2: 770Euro/ mtl. PG 3: 1.262 Euro/ mtl. PG 4: 1.775 Euro/ mtl. PG 5: 2.005 Euro/ mtl.
Kurzzeitpflege (§ 42 SGB XI)	Für Pflegebedürftige, die für eine begrenzte Zeit auf vollstationäre Pflege angewiesen sind	ab PG 2: 1.774 Euro p.a. plus bis zu 1.612 Euro des nicht genutzten Budgets der Verhinderungspflege (= max. 3.386 Euro p.a.)
Verhinderungspflege (§ 39 SGB XI)	Eine zeitweise Vertretung der Hauptpflegeperson.	

¹²⁴ Siehe hierzu u.a. https://www.malteser.de/fileadmin/Files_sites/malteser_de_Relaunch/Angebote_und_Leistungen/Ambulante_Dienste/Leistungen-der-Pflegekasse-ab-2022.pdf (abgerufen am 30 Dezember 2022) bzw. <https://www.pflegehelden.de/pflegekasse-pflegefinanzierung/pflege-pflegeversicherung-2023/> (abgerufen am 30. Dezember 2022).

Wohnraumanpassung (§ 40 SGB XI)	Finanzierung von Umbaumaßnahmen, damit Pflegebedürftige möglichst lange in Ihrem gewohnten häuslichen Umfeld verbleiben können.
Wohngruppenzuschlag (§ 38 a SGB XI)	Zuschlag für Pflegebedürftige die in Wohngruppen leben.
Beratung zu Hause (§ 37 Absatz 3 SGB XI)	Pflegebedürftige und deren Angehörige Personen haben Anspruch auf kostenlose Pflegeberatung. Pflegebedürftige, die zuhause ohne Hilfe eines Pflegedienstes gepflegt werden und Pflegegeld erhalten, müssen in regelmäßigen Abständen eine Beratung zur Pflege durchführen lassen.
Zum Verbrauch bestimmte Pflegemittel (§ 40 SGB XI)	Pflegehilfsmittel sind Fingerlinge, Einmalhandschuhe, Mundschutz, Schutzschürzen, Desinfektionsmittel etc.
Digitale Pflegeanwendungen (§ 40 b SGB XI)	Das sind „digitale Helfer“, die von Pflegebedürftigen oder in der Interaktion von Pflegebedürftigen mit Angehörigen, sonstigen ehrenamtlich Pflegenden oder ambulanten Pflegeeinrichtungen genutzt werden können
Wohngruppenförderung (§ 45 e SGB XI)	Anschubfinanzierung zur Gründung von ambulant betreuten Wohngruppen
Pflegeunterstützungsgeld (§ 44 a SGB XI)	Eine Lohnersatzleistung der Pflegeversicherung für entgangenes Arbeitsentgelt während einer Pflegezeit von bis zu zehn Tagen.

Quelle: SGB XII, BMI, Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe, eigene Recherchen , Stand März 2023 Wie kann mehr stationäre Pflege erreicht werden? S. auch Maßnahme 9 im Sachstandsbericht zur Umsetzung des Seniorenplans (hohe Priorität: Enge Zusammenarbeit und Austausch mit den Pflegekassen und der LHP Potsdam. Entwicklung eines gemeinsamen Konzeptes zum Ausbau der Tagespflegeplätze, der stationären Dauerpflegeplätze und der Gewinnung von Beschäftigten in der Pflege.)

empirica

