kreis pinneberg

UNIVERSITÄT ZU LÜBECK
INSTITUT FÜR SOZIALMEDIZIN
UND EPIDEMIOLOGIE

Pflegebedarfsplan für den Kreis Pinneberg







Elmshorn/Lübeck, 30.09.2026

Auftraggeber

Kreis Pinneberg
Fachdienst Soziales
Kurt-Wagener-Straße 11
25337 Elmshorn

Maike Bredehorn (Fachdienstleitung)
Emrah Haldiz (Teamleiter Pflege)

Auftragnehmer

Sektion für Forschung und Lehre in der Pflege
Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie
Universität zu Lübeck
Ratzeburger Allee 160
23562 Lübeck

Studienleitung:

Prof. Dr. Katrin Balzer

Tel.: 0451 500-51262

E-Mail: katrin.balzer@uksh.de

Studienmitarbeitende

Maria Lindner, Wissenschaftliche Mitarbeiterin, M.Sc.

Tel.: 0451 500-51253

E-Mail: maria.lindner@uksh.de

Anja Kühn, Wissenschaftliche Mitarbeiterin, M. Sc.

Tel.: 0451 500-51271

E-Mail: anja.kuehn@uksh.de

Unterstützende studentische Hilfskräfte

Lea Sophie Kulisch, B.Sc., studentische Hilfskraft

Emily Gröne, studentische Hilfskraft

Inhaltsverzeichnis

Abbildungsverzeichnis **5**

Kernergebnisseverzeichnis **9**

Anhangsverzeichnis **10**

Abkürzungsverzeichnis **11**

1. Einleitung **12**

2. Hintergrund **13**

2.1. Prädiktoren der Pflegebedürftigkeit 14

2.2. Unterstützungspräferenzen und -bedürfnisse von Menschen mit Pflegebedarf 16

2.3. Best-Practice-Modelle 18

3. Ziel und Fragestellung **23**

4. Methodik **25**

4.1. Projektion des Pflegebedarfs 25

4.1.1. Datenbasis 26

4.1.2. Statistische Analysen 27

4.2. Bestandsaufnahme 28

4.2.1. Online-Befragung 28

4.2.2. Standardisierte Interviews 32

4.2.3. Pflegekonferenz 35

5. Ergebnisse **38**

5.1. Demografische Entwicklung 38

5.1.1. Bevölkerungsentwicklung in Schleswig-Holstein 38

5.1.2. Bevölkerungsentwicklung im Kreis Pinneberg 39

5.2. Leistungsempfänger*innen der sozialen Pflegeversicherung im Jahr 2023 46

5.2.1. Leistungsempfänger*innen in Schleswig-Holstein 46

5.2.2. Leistungsempfänger*innen im Kreis Pinneberg 47

5.3. Pflegerisches Versorgungsangebot in Schleswig-Holstein 49

5.4. Pflegerisches Versorgungsangebot im Kreis 50
5.5. Projektion der Entwicklung des Pflegebedarfs 51
5.6. Ergebnisse der Bestandsaufnahme 59
5.6.1. Online-Befragung 59
5.6.2. Standardisierte Interviews 84
5.6.3. Ergebnisse der Pflegekonferenz 89
6. Diskussion aktueller Themenbereiche 99
6.1. Zusammenfassung der Kernergebnisse 99
6.2. Reform der Sozialen Pflegeversicherung: Pflegeneuordnungsgesetz (PNOG) 103
6.3. Handlungsempfehlungen 107
6.3.1. Förderung der Resilienz des Pflegesystems als Kernaufgabe 107
6.3.2. Handlungsfeld Personalmangel 109
6.3.3. Handlungsfeld Digitalisierung und Implementierung technischer Systeme 112
6.3.4. Handlungsfeld Zusammenarbeit der Akteure im Pflege- und Gesundheitswesen 114
6.3.5. Handlungsfeld innovative Versorgungsmodelle 115
6.3.6. Handlungsfeld Entbürokratisierung und Zugänglichkeit 118
7. Literaturverzeichnis 120
8. Anhang 126

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Berechnungsweg der Entwicklung der Anzahl der Leistungsempfänger*innen im Kreis Pinneberg nach Pflegegrad und Art der Versorgungsform anhand der Pflegestatistik Schleswig-Holstein 28

Abbildung 2: Bevölkerungsdichte im Kreis Pinneberg 40

Abbildung 3: Entwicklung der Bevölkerungsanzahl im Kreis Pinneberg nach Altersgruppen 41

Abbildung 4: Bevölkerung nach Alter und Geschlecht 2024 und 2040 im Kreis Pinneberg 42

Abbildung 5: Alten- und Belastungsquotient im Kreis 2024 bis 2040 (Die grünen Linien entsprechen den Quotienten in Schleswig-Holstein) 44

Abbildung 6: Personen mit Pflegebedarf nach Art der Versorgung in Schleswig-Holstein 2023 46

Abbildung 7: Personen mit Pflegebedarf nach Art der Versorgung im Kreis Pinneberg 2023 47

Abbildung 8: Projektion des Pflegebedarfs bis zum Jahr 2040 nach Altersgruppen im **Kreis** 53

Abbildung 9: Verteilung der im Rahmen der Online-Befragung erfassten Versorgungsangebote nach Betrachtungsräumen im Kreis Pinneberg* 62

Abbildung 10: Einzugsbereich ambulanter Pflegedienste im Kreis Pinneberg (n=54, für 2 Dienste Angaben fehlend) 67

Abbildung 11: Einzugsbereich der Alltags- und Seniorenbetreuung (in Kilometer) (n=25) 75

Abbildung 12: Herausforderungen nach Versorgungsform 83

Abbildung 13: Bedarf an besonderen Versorgungskonzepten (n=8) 85

Abbildung 14: Handlungsfelder Fachkräfte- und Personalmangel Kreis Pinneberg (Ergebnisse Pflegekonferenz) 94

Abbildung 15: Handlungsfelder Digitalisierung und Implementierung technischer Systeme Kreis Pinneberg (Ergebnisse Pflegekonferenz) 98

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Fragestellungen Pflegebedarfsplanung Kreis Pinneberg 24

Tabelle 2: Übersicht Domänen in den Fragebögen 29

Tabelle 3: Themen der standardisierten Interviewleitfäden für die Pflegebedarfsplanung Kreis Pinneberg 33

Tabelle 4: Ablauf der Pflegekonferenz am 28.05.2026 36

Tabelle 5: Bevölkerungsentwicklung in Schleswig-Holstein 2023 bis 2040 (Szenario W1 „geringe Zuwanderung“) 38

Tabelle 6: Bevölkerungsentwicklung in Schleswig-Holstein 2023 bis 2040 nach Altersgruppen und Geschlecht 39

Tabelle 7: Entwicklung der Altersgruppen im Kreis Pinneberg 2023 bis 2040 40

Tabelle 8: Alten-, Belastungsquotient und Unterstützungskoeffizient in **Schleswig-Holstein** 2024 und 2040 43

Tabelle 9: Relativer Anteil (%) der Bevölkerung im Kreis nach Altersgruppen bis 2040 44

Tabelle 10: Vergleich der Entwicklung des Alten- und Belastungsquotienten sowie des Unterstützungskoeffizienten im Kreis und Land bis 2040 45

Tabelle 11: Pflegequoten in Schleswig-Holstein 2023 (Angabe in %) 46

Tabelle 12: Daten der Pflegestatistik 2024 im Kreis Pinneberg 48

Tabelle 13: Pflegequoten im Kreis Pinneberg 2023 (Angabe in %) 49

Tabelle 14: Pflegerisches Versorgungsangebot im Land 2023 49

Tabelle 15: Pflegerisches Versorgungsangebot im Kreis 2023 50

Tabelle 16: Entwicklung der Anzahl der Leistungsempfänger*innen nach Altersgruppen in **Schleswig-Holstein** 52

Tabelle 17: Entwicklung der Anzahl der Leistungsempfänger*innen nach Altersgruppen im **Kreis** 52

Tabelle 18: Entwicklung der Anzahl der **Pflegegeldempfänger*innen** nach Altersgruppen im **Kreis** 54

Tabelle 19: Entwicklung der Anzahl der **Leistungsempfänger*innen ambulant** nach Altersgruppen im **Kreis** 55

Tabelle 20: Entwicklung der Anzahl der **stationären Leistungsempfänger*innen (exkl. KZP)** nach Altersgruppen im **Kreis** 57

Tabelle 21: Entwicklung der Anzahl der Leistungsempfänger*innen in der **Kurzzeitpflege** im **Kreis** 58

Tabelle 22: Rücklauf der Akteure in der Online-Befragung 60

Tabelle 23: Anzahl Bewohnende nach Pflegegrad stationäre Pflege (n=19 Pflegeeinrichtungen) 64

Tabelle 24: Anzahl ambulant versorgter Personen differenziert nach Pflegegrad (n=31 Pflegedienste) 68

Tabelle 25: Anzahl ambulant versorgter Personen differenziert nach Art der in Anspruch genommenen Leistungen (n=29 Pflegedienste) 69

Tabelle 26: Anzahl der Personen mit Pflegebedarf auf Wartelisten ambulanter Pflegedienste (n=5 Pflegedienste) 70

Tabelle 27: Anzahl betreuter Personen in den Tagespflegeeinrichtungen (9 Einrichtungen) 73

Tabelle 28: Auslastung der Leistungsangebote im Bereich Alltags- und Seniorenbetreuung (n=19 Anbieter) 76

Tabelle 29: Einschätzung zum Bedarf an Leistungen im Bereich Alltags- und Seniorenbetreuung (n=19 Anbieter) 77

Tabelle 30: Anzahl betreuter Personen in den Einrichtungen mit besonderen Wohnformen (3 Einrichtungen) 80

Tabelle 31: Gründe für die fehlenden Angebote für Nachtpflege 86

Tabelle 32: Einschätzung zukünftiger Versorgungsbedarf (n=9 Expert*innen) 86

Tabelle 33: Erklärungen zum zukünftigen Versorgungsbedarf (n=9 Expert*innen) 87

Tabelle 34: Erreichbarkeit und infrastrukturelle Besonderheiten im Kreis Pinneberg (n=9 Expert*innen) 88

Tabelle 35: Ergebnisse Befragung Themenpräferenzen für die Pflegekonferenz 90

Tabelle 36: Teilnehmende Pflegekonferenz 91

Tabelle 37: Handlungsempfehlungen zum Schwerpunkt Personalmangel 110

Tabelle 38: Handlungsempfehlungen zum Schwerpunkt Digitalisierung und Implementierung technischer Systeme 112

Tabelle 39: Handlungsempfehlungen zum Schwerpunkt Zusammenarbeit der Akteure im Pflege- und Gesundheitswesen 114

Tabelle 40: Handlungsempfehlungen zum Schwerpunkt Innovative Versorgungsmodelle 116

Tabelle 41: Handlungsempfehlungen zum Schwerpunkt Entbürokratisierung und Verbesserung der Zugänglichkeit von Informationen 118

Tabelle 42: Best-Practice-Modelle Deutschland 126

Tabelle 43: Verwendete Daten der Pflegestatistik auf Ebene des Kreises Pinneberg und der Ebene des Bundeslandes 135

Kernergebnisseverzeichnis

Kernergebnisse 1: Zusammenfassung Best-Practice-Modellprojekte 22

Kernergebnisse 2: Bevölkerungsentwicklung 42

Kernergebnisse 3: Alten- und Belastungsquotient sowie Unterstützungskoeffizient 45

Kernergebnisse 4: Leistungsempfänger*innen 51

Kernergebnisse 5: Entwicklung der Anzahl der Leistungsempfänger*innen 59

Kernergebnisse 6: Online-Befragung Versorgungsangebote 62

Kernergebnisse 7: Online-Befragung der Einrichtungen stationärer Langzeitpflege 66

Kernergebnisse 8: Online-Befragung ambulanter Pflegedienste 72

Kernergebnisse 9: Online-Befragung der Tagespflegeeinrichtungen 74

Kernergebnisse 10: Online-Befragung der Anbieter von Alltags- und Seniorenbetreuung nach § 45a SGB XI 78

Kernergebnisse 11: Online-Befragung der Einrichtungen mit besonderen Wohnformen oder Wohnen mit Service 81

Kernergebnisse 12: Aktuelle Herausforderungen für die pflegerische Versorgung im Kreis (alle Versorgungsformen) 84

Kernergebnisse 13: Standardisierte Interviews mit Expert*innen 88

Anhangsverzeichnis

Anhang 1: Best-Practice-Modelle Deutschland.....126

Anhang 2: Verwendete Daten der Pflegestatistik auf Ebene des Kreises Pinneberg und der Ebene des Bundeslandes.....135

Anhang 3: Begleitschreiben des Kreises.....137

Anhang 4: Leitfragen Themenräume Pflegekonferenz Kreis Pinneberg 28.05.2026.....138

Abkürzungsverzeichnis

BMG	Bundesministerium für Gesundheit
DSGVO	Datenschutz-Grundverordnung
GKV-Spitzenverband	Spitzenverband Bund der gesetzlichen Krankenkassen
IQR	Interquartilsabstand – beschreibt die Streuung der mittleren 50% der Werte. Ein großer IQR weist auf große Unterschiede zwischen den Einrichtungen hin.
LPflegeG	Landespflegegesetz
Min	Minimum
Max	Maximum
Median	Der mittlere Wert: 50% der Einrichtungen liegen darunter, 50% darüber.
SGB V	Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (Gesetzliche Krankenversicherung)
SGB XI	Sozialgesetzbuch Elftes Buch (Gesetzliche Pflegeversicherung)
SHIBB	Schleswig-Holsteinisches Institut für Berufliche Bildung
TI	Telematikinfrastruktur
PNOG	Pflegeneuordnungsgesetz
WIdO	Wissenschaftliches Institut der AOK

1. Einleitung

Infolge des demografischen Wandels werden der Anteil der älteren Menschen und damit einhergehend die Anzahl der Personen mit langzeitig bestehendem Unterstützungsbedarf zunehmen. Für den Kreis Pinneberg soll eine Pflegebedarfsanalyse erstellt werden, die eine fundierte Grundlage zur Ermittlung und Prognose des zukünftigen Pflegebedarfs bietet, um geeignete Maßnahmen für eine bedarfsgerechte pflegerische Versorgung im Kreis Pinneberg zu entwickeln. Mit aktuell rund 326.000 Einwohnerinnen und Einwohnern (Stand 31.03.2026) ist der Kreis der bevölkerungsreichste Kreis in Schleswig-Holstein; zudem weist er im Vergleich zu den anderen Kreisen (exkl. kreisfreier Städte) die höchste Bevölkerungsdichte in dem Bundesland auf (Kreis Pinneberg, 2026a). Die Spannweite der Gemeindegrößen im Kreis reicht dabei von weniger als 400 bis zu über 51.000 Einwohnerinnen und Einwohnern (Elmshorn). Der Kreis gehört zur Metropolregion Hamburg, zugleich ist die Nordseeinsel Helgoland mit rund 1.300 Einwohnerinnen und Einwohner Teil des Kreises. Stand 2023 waren rund 133.000 Personen im Kreis erwerbstätig, das Bruttoinlandsprodukt betrug rund 11,2 Milliarden Euro. Beide Kennzahlen sind zuletzt stärker als im Bundesland insgesamt gewachsen. Neben den kreisfreien Städten Kiel und Lübeck zählt der Kreis damit zu den Regionen mit der höchsten Wirtschaftskraft in Schleswig-Holstein (Stastikamt Nord, 2025).

Der demografische Wandel sowie regionale Unterschiede innerhalb des Kreises hinsichtlich Besiedlungsdichte, Alterszusammensetzung und Erreichbarkeit von Strukturen der gesundheitlichen, sozialen und pflegerischen Versorgung stellt die kommunale Daseinsvorsorge im Kreis vor komplexe Herausforderungen. Dies betrifft insbesondere die kommunale Aufgabe, den zukünftigen Pflegebedarf sowohl hinsichtlich der Anzahl der Menschen mit Pflegebedarf als auch bezüglich differenzierter Unterstützungsformen abzuschätzen. Ziel der vorliegenden Pflegebedarfsanalyse ist es, auf Grundlage aktueller demografischer Entwicklungen, epidemiologischer Erkenntnisse und regionaler Versorgungsstrukturen den gegenwärtigen und zukünftigen Pflegebedarf im Kreis Pinneberg zu analysieren und eine evidenzbasierte Grundlage für strategische Entscheidungen der kommunalen Pflegeplanung zu schaffen. Die Ergebnisse sollen dazu beitragen, bedarfsgerechte Maßnahmen zur Weiterentwicklung ambulanter, teilstationärer und stationärer Versorgungsangebote sowie zur Unterstützung pflegender Angehöriger und zur Sicherung der pflegerischen Infrastruktur abzuleiten.

2. Hintergrund

Die Sicherstellung einer bedarfsgerechten pflegerischen Versorgung zählt zu den zentralen sozial- und gesundheitspolitischen Herausforderungen der kommenden Jahrzehnte. Ursächlich hierfür sind insbesondere die demografischen Veränderungen in Deutschland, die durch eine steigende Lebenserwartung, den Eintritt der geburtenstarken Jahrgänge in das höhere Lebensalter sowie eine zunehmende Anzahl hochaltriger Menschen geprägt sind. Mit dieser Entwicklung steigt die Zahl der Menschen, die aufgrund chronischer Erkrankungen, funktioneller Einschränkungen oder kognitiver Beeinträchtigungen dauerhaft auf pflegerische Unterstützung angewiesen sind (Rothgang, Burfeindt, Czwikla, & Müller, 2025; Schwinger, et al., 2024).

Aktuelle Analysen zeigen jedoch, dass sich die Zahl der Menschen mit bestätigter Pflegebedürftigkeit nach den Kriterien der sozialen Pflegeversicherung (Sozialgesetzbuch XI, SGB XI) (im Folgenden: Menschen mit Pflegebedarf) in Deutschland deutlich dynamischer entwickelt hat, als allein durch den demografischen Wandel zu erwarten gewesen wäre (Rothgang, Burfeindt, Czwikla, & Müller, 2025). Als wesentliche Ursachen für diese Entwicklung nennt der BARMER-Pflegereport insbesondere die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs im Jahr 2017. Durch die Umstellung von Pflegestufen auf Pflegegrade und die stärkere Berücksichtigung kognitiver sowie psychischer Einschränkungen erhalten seitdem deutlich mehr Menschen Zugang zu Leistungen der sozialen Pflegeversicherung. Gleichzeitig zeigen die Analysen, dass Menschen mit Pflegebedarf heute länger in der Pflege verbleiben und häufiger zunächst im häuslichen Umfeld versorgt werden. Der Anteil der Menschen mit Pflegebedarf, die ihre Versorgung zunächst ausschließlich über Pflegegeld erhalten, ist zwischen 2017 und 2022 von 38 % auf 45 % gestiegen. Parallel dazu nahm die Bedeutung des Pflegegrades 1 zu, während die Inanspruchnahme vollstationärer Pflege vergleichsweise zurückging. Insgesamt verlängern sich die Pflegeverläufe, wodurch sowohl der personelle als auch der finanzielle Versorgungsbedarf kontinuierlich zunimmt (Rothgang, Burfeindt, Czwikla, & Müller, 2025).

Parallel zum Anstieg der Anzahl von Menschen mit Pflegebedarf verringern sich verfügbare Kapazitäten für die pflegerische Versorgung. Zwischen 2017 und 2023 nahm die Zahl der Menschen mit Pflegebedarf um 66 % zu, während die Zahl der Beschäftigten in ambulanten Pflegediensten, gemessen in Vollzeitäquivalenten, lediglich um 17 % stieg. Die Zahl der Plätze in der vollstationären Dauerpflege erhöhte sich im gleichen Zeitraum lediglich um 0,7 %. Bereits im Jahr 2024 berichteten 71 % der befragten Pflegeeinrichtungen, Leistungen aufgrund fehlenden Personals einschränken oder Anfragen von Menschen mit Pflegebedarf ablehnen zu müssen. Diese Entwicklung verdeutlicht die zunehmende Diskrepanz zwischen dem steigenden Pflegebedarf in der Bevölkerung und den

verfügbaren Versorgungskapazitäten und unterstreicht die Notwendigkeit einer vorausschauenden kommunalen Pflegeplanung (Rothgang, Burfeindt, Czwikla, & Müller, 2025).

Neben der quantitativen Zunahme der Menschen mit Pflegebedarf bestehen erhebliche regionale Unterschiede hinsichtlich der Pflegeprävalenz, der Versorgungsstrukturen sowie der Inanspruchnahme pflegerischer Leistungen. Kommunale Pflegeplanung ist daher zunehmend auf kleinräumige, datenbasierte Analysen angewiesen. Eine systematische kommunale Pflegebedarfsplanung bildet die Grundlage, um regionale Besonderheiten zu identifizieren, bestehende Versorgungsangebote zu bewerten und zukünftige Infrastrukturbedarfe frühzeitig abzuleiten. Routinedaten der Pflege- und Krankenkassen sowie amtliche Statistiken stellen hierfür eine wichtige empirische Basis dar (Rothgang, Burfeindt, Czwikla, & Müller, 2025; Schwinger, et al., 2024), die aber um systematische Daten aus der Perspektive der Leistungserbringer und der Personen mit Pflegebedarf und informellen Pflegepersonen zu ergänzen sind, um den Kontext für beobachtbare Entwicklungen zu verstehen und bei Bedarf Lösungsansätze für die Steuerung von Unterstützungs- und Versorgungsstrukturen zu identifizieren.

2.1. Prädiktoren der Pflegebedürftigkeit

Die Entstehung von Pflegebedürftigkeit wird durch ein komplexes Zusammenspiel demografischer, gesundheitlicher und sozialer Faktoren beeinflusst. Das Lebensalter stellt den stärksten Prädiktor dar, wobei das Risiko einer Pflegebedürftigkeit im Sinne des SGB XI insbesondere ab dem 80. Lebensjahr deutlich zunimmt. Gleichzeitig weisen chronische Erkrankungen, Multimorbidität, Demenz, neurologische Erkrankungen, Schlaganfälle sowie funktionelle Einschränkungen der Mobilität und Selbstversorgung eine hohe Bedeutung für den Eintritt in eine Pflegesituation auf. Der BARMER-Pflegereport 2025 zeigt darüber hinaus, dass sich Pflegeverläufe je nach zugrunde liegender Erkrankung erheblich unterscheiden und insbesondere neurodegenerative Erkrankungen mit langen Pflegeverläufen verbunden sind. Gleichzeitig können die Alterung der Gesellschaft und einzelne Erkrankungen den Gesamtanstieg der Pflegebedürftigkeit nicht allein erklären (Rothgang, Burfeindt, Czwikla, & Müller, 2025).

Neben medizinischen Faktoren beeinflussen soziale Determinanten wie Einpersonenhaushalte, fehlende familiäre Unterstützungsnetzwerke, sozioökonomische Rahmenbedingungen sowie regionale Unterschiede der Versorgungsinfrastruktur die Wahrscheinlichkeit einer professionellen Leistungsinanspruchnahme. Diese Faktoren gewinnen insbesondere auf kommunaler Ebene an Bedeutung und sollten daher integraler Bestandteil einer regionalen Pflegebedarfsplanung sein

(Rothgang, Burfeindt, Czwikla, & Müller, 2025; Schwinger, et al., 2024). Die wichtigsten Einflussfaktoren für die Entstehung von lassen sich laut BARMER Pflegereport 2025 wie folgt zusammenfassen:

- **Hohes Alter** ist einer der wichtigsten Prädiktoren für den Eintritt einer Pflegebedürftigkeit. Allerdings erklärt die demografische Alterung den starken Anstieg der Pflegebedürftigkeit nur teilweise. Nach dem BARMER-Pflegereport 2025 ist die Zahl der Menschen mit Pflegebedarf zwischen 2015 und 2023 von rund 3,0 Millionen auf 5,7 Millionen Menschen angestiegen. Damit war im Jahr 2023 bereits nahezu jeder 15. Einwohner Deutschlands pflegebedürftig. Die Pflegeprävalenz erhöhte sich im gleichen Zeitraum von 3,2 % auf 6,2 % und hat sich damit nahezu verdoppelt. Von diesem Anstieg um knapp 3 % lassen sich jedoch lediglich 0,4 % auf die demografische Alterung der Bevölkerung zurückführen (Rothgang, Burfeindt, Czwikla, & Müller, 2025).
- **Akute Erkrankungen** erhöhen das Risiko eines raschen Pflegeeintritts. Besonders nach einer Hirnblutung werden innerhalb von zwölf Monaten 21 % der Betroffenen pflegebedürftig, nach einer Krebserkrankung 7,9 %. Der Pflegeeintritt erfolgt hierbei häufig bereits in den ersten Monaten nach der Diagnose (Rothgang, Burfeindt, Czwikla, & Müller, 2025).
- **Chronisch fortschreitende Erkrankungen** sind ebenfalls bedeutende Prädiktoren. Vor allem Demenz weist mit 22 % die höchste Wahrscheinlichkeit auf, innerhalb eines Jahres nach Erstdiagnose zu Pflegebedürftigkeit zu führen. Auch die Parkinson-Krankheit, Herzinsuffizienz, Gebrechlichkeit, Stuhlinkontinenz und Entwicklungsstörungen erhöhen das Risiko langfristig (Rothgang, Burfeindt, Czwikla, & Müller, 2025).
- Die **Art der Erkrankung** beeinflusst den Pflegeverlauf. Akute Ereignisse führen häufiger zu einem schnellen Pflegebeginn und oftmals direkt in eine stationäre Versorgung, während chronisch fortschreitende Erkrankungen häufiger mit einem schleichenden Übergang in die Pflegebedürftigkeit verbunden sind (Rothgang, Burfeindt, Czwikla, & Müller, 2025).
- Der neue **Pflegebedürftigkeitsbegriff** (seit 2017) stellt einen **wichtigen strukturellen Prädiktor** für den Anstieg der Pflegebedürftigkeit dar. Durch die Einführung der Pflegegrade und die stärkere Berücksichtigung kognitiver Einschränkungen erhalten mehr Menschen Zugang zu Leistungen der Pflegeversicherung. Dadurch stiegen sowohl Pflegeinzidenz als auch Pflegeprävalenz deutlich an (Rothgang, Burfeindt, Czwikla, & Müller, 2025).

2.2. Unterstützungspräferenzen und -bedürfnisse von Menschen mit Pflegebedarf

Untersuchungen zeigen übereinstimmend, dass die überwiegende Mehrheit der Menschen mit Pflegebedarf möglichst lange in der eigenen Häuslichkeit verbleiben möchte (Raiber, Fischer, Boscher, Steinle, & Winter, 2022). Entsprechend erfolgt der größte Teil der pflegerischen Versorgung in Deutschland im häuslichen Umfeld durch Angehörige, ergänzt durch ambulante Pflegedienste und weitere Unterstützungsangebote. Mit zunehmender Pflegeintensität steigen jedoch die Anforderungen an pflegende Angehörige erheblich, sodass Entlastungsangebote, Beratung, Kurzzeitpflege, Tagespflege sowie niedrigschwellige Unterstützungsstrukturen zunehmend an Bedeutung gewinnen. Gleichzeitig wächst der Bedarf an sektorenübergreifend koordinierten Versorgungsformen, die medizinische, pflegerische und soziale Leistungen miteinander verbinden (Kuhlmey & Budnick, 2023).

Für eine zukunftsfähige kommunale Pflegeplanung bedeutet dies, dass neben dem quantitativen Ausbau professioneller Pflegeangebote insbesondere wohnortnahe, präventive und quartiersbezogene Unterstützungsstrukturen entwickelt werden müssen, welche die Selbstständigkeit älterer Menschen möglichst lange erhalten und informelle Pflegearrangements stärken (Rothgang, Burfeindt, Czwikla, & Müller, 2025; Schwinger, et al., 2024). Zudem werden laut der Literatur u. a. nachfolgend beschriebene Unterstützungspräferenzen und gesellschaftliche Entwicklungen für die Planung zielgruppengerechter Angebote relevant.

Wunsch nach Verbleib in der Häuslichkeit und alternativen Wohnformen)

Der Grundsatz „ambulant vor stationär" prägt seit über einem Jahrzehnt die deutsche Pflegepolitik und entspricht dem Wunsch der meisten Menschen mit Pflegebedarf, möglichst lange in ihrer vertrauten häuslichen Umgebung zu verbleiben. Nach der Pflegestatistik wurden 2023 etwa 86 % der rund 5,7 Millionen Menschen mit Pflegebedarf in Deutschland zu Hause versorgt, entweder ausschließlich durch Angehörige oder mit Unterstützung ambulanter Pflegedienste. Neben der häuslichen Pflege gewinnen alternative Wohnformen, wie ambulant betreute Wohngemeinschaften oder gemeinschaftliche Wohnprojekte, zunehmend an Bedeutung (Bundesministerium für Gesundheit, 2024; Schwinger, et al., 2024).

Angehörigenpflege (Belastungen von Angehörigen)

Pflegende Angehörige übernehmen den größten Anteil der pflegerischen Versorgung in Deutschland. Von den 5,7 Millionen Menschen mit Pflegebedarf werden 9 von 10 (86% bzw. 4,9 Millionen) zu Hause versorgt. Davon erhalten 3,1 Millionen Menschen mit Pflegebedarf ausschließlich Pflegegeld und werden überwiegend durch Angehörige gepflegt (Statistisches Bundesamt (DESTATIS),

2024). Die häufig langjährige Übernahme körperlicher, psychischer und organisatorischer Pflegeaufgaben führt oftmals zu einer erheblichen Belastung (Schwinger & Zok, 2024; Marinho, et al., 2022). Studien zeigen ein erhöhtes Risiko für Stress, Erschöpfung, depressive Symptome sowie Einschränkungen der eigenen Gesundheit. Gleichzeitig wird mit einer weiter wachsenden Zahl der Menschen mit Pflegebedarf die Bedeutung informeller Pflege zunehmen (Pinquart & Sörensen, 2003; Schwinger & Zok, 2024)

Entlastungsangebote

Zur Unterstützung pflegender Angehöriger stehen verschiedene Leistungen des SGB XI zur Verfügung. Hierzu zählen insbesondere die Tages- und Nachtpflege, Kurzzeitpflege, Verhinderungspflege, Pflegeberatung sowie der Entlastungsbetrag nach § 45b SGB XI. Ziel dieser Angebote ist es, die häusliche Versorgung langfristig sicherzustellen, Überlastungen vorzubeugen und die Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf zu fördern. Dennoch zeigen aktuelle Pflegeberichte, dass bestehende Unterstützungsangebote häufig nicht vollständig ausgeschöpft werden, unter anderem aufgrund mangelnder Information oder regional unterschiedlicher Versorgungsstrukturen (Bundesministerium für Gesundheit, 2024; Schwinger & Zok, 2024).

Digitalisierung

Die Digitalisierung gilt als eine wichtige Komponente für die zukünftige Sicherung der pflegerischen Versorgung. Es wird angenommen, dass digitale Pflegedokumentation, Telepflege, digitale Assistenzsysteme, Sensorik sowie Anwendungen künstlicher Intelligenz Pflegefachpersonen entlasten, die Dokumentationsqualität verbessern und die Patientensicherheit erhöhen können. Gleichzeitig bestehen weiterhin Herausforderungen hinsichtlich der technischen Infrastruktur, des Datenschutzes, der Finanzierung sowie der digitalen Kompetenzen der Beschäftigten (Bundesministerium für Gesundheit, 2024; Schwinger, et al., 2024). Darüber hinaus sind die intendierten und nicht-intendierten gesundheits- bzw. pflegebedarfsbezogenen Effekte technologischer Anwendungen in der Versorgung nach einschlägigen Standards zu evaluieren.

Prävention

Prävention verfolgt das Ziel, Pflegebedürftigkeit möglichst zu vermeiden, hinauszuzögern oder ihre Folgen zu vermindern. Angesichts der demografischen Entwicklung und der steigenden Zahl von Menschen mit Pflegebedarf kommt präventiven Maßnahmen eine wachsende Bedeutung für die langfristige Sicherung der pflegerischen Versorgung zu. Häufig genannte Maßnahmen umfassen unter anderem Bewegungsförderung, Sturzprävention, ausgewogene Ernährung, Gesundheitsförderung sowie die frühzeitige Erkennung gesundheitlicher Risiken (Bundesministerium für Gesundheit,

2024; Schwinger, et al., 2024). Bisher liegen jedoch keine robusten Forschungsergebnisse dazu vor, welche bevölkerungsbezogenen und individuellen Präventionsansätze in bestimmten Altersgruppen dazu geeignet sind, langfristig das Risiko von Pflegebedürftigkeit zu verringern.

2.3. Best-Practice-Modelle

Vor dem Hintergrund steigender Pflegebedarfe gewinnen innovative kommunale Versorgungsmodelle an Bedeutung. Der WIdO-Pflege-Report 2024 hebt hervor, dass integrierte kommunale Pflegeplanung, sektorenübergreifende Kooperationen sowie datenbasierte Steuerungsinstrumente wesentliche Voraussetzungen für eine bedarfsgerechte Versorgungsentwicklung darstellen. Erfolgreiche Modelle zeichnen sich insbesondere durch eine enge Zusammenarbeit zwischen Kommunen, Pflegekassen, Leistungserbringern, Gesundheitswesen und zivilgesellschaftlichen Akteuren aus. Dabei stehen wohnortnahe Beratungsangebote, Case Management, quartiersbezogene Versorgungskonzepte, digitale Unterstützungsangebote sowie die systematische Einbindung informeller Unterstützungsnetzwerke im Mittelpunkt (Schwinger, et al., 2024).

Für den Kreis Pinneberg können solche evidenzbasierten Best-Practice-Ansätze wichtige Orientierungspunkte für die Weiterentwicklung der regionalen Pflegeinfrastruktur bieten. Eine vorausschauende Pflegebedarfsplanung sollte daher nicht ausschließlich zukünftige Fallzahlen prognostizieren, sondern gleichermaßen qualitative Anforderungen an Versorgung, Prävention, Teilhabe und kommunale Steuerung berücksichtigen, um eine nachhaltige und bedarfsgerechte pflegerische Versorgung sicherzustellen (Rothgang, Burfeindt, Czwikla, & Müller, 2025; Schwinger, et al., 2024).

In Vorbereitung der Pflegebedarfsanalyse des Kreises Pinnebergs wurden aktuelle und bereits abgeschlossene Forschungs- und Modellvorhaben der Pflegeversicherung nach SGB XI des GKV-Spitzenverbandes und des IGES-Instituts recherchiert. Dazu wurden alle laufenden und bereits abgeschlossenen Projekte, die sich primär mit kommunalen Strukturen der sozialen Pflegeversicherung beschäftigen und/oder Fragen/Themen aus dem Angebot zur Pflegebedarfsplanung des Kreises Pinneberg adressieren gescreent. Anschließend wurden die Projekte im Projektteam besprochen und anhand von Relevanz und den zentralen Ergebnissen, die für die Pflegebedarfsplanung des Kreises Pinneberg von Bedeutung sind, ausgewählt. Zusätzlich wurde nach Modellprojekten im Internet recherchiert.

Ein Ausschnitt der final eingeschlossenen Projekte wird im Nachfolgenden kurz vorgestellt (siehe Anhang 1).

SEBKam – Betreuungskräfte zwischen Krankenhaus und ambulanter Versorgung

Das Modellprojekt SEBKam („Sektorenübergreifender Einsatz von Betreuungskräften an der Schnittstelle von Krankenhaus und ambulanter Versorgung") lief von April 2017 bis April 2020 und wurde im Rahmen des Modellprogramms zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung nach § 8 Abs. 3 SGB XI des GKV-Spitzenverbandes gefördert. Das Projekt wurde im Saarland, insbesondere in den Regionen Saarlouis und Neunkirchen, umgesetzt (Kirchen-Peters, Krupp, & Rößler, 2020).

Ziel des Projekts war es, die Versorgung von Menschen mit Demenz während eines Krankenhausaufenthalts zu verbessern und gleichzeitig ihre Rückkehr in die häusliche Versorgung zu unterstützen. Dazu wurden vertraute Betreuungskräfte eingesetzt, die die betroffenen Menschen während des Krankenhausaufenthalts begleiteten und die Betreuung nach der Entlassung möglichst nahtlos fortsetzten. Auf diese Weise sollte eine Verbindung zwischen stationärer und ambulanter Versorgung geschaffen werden. Als erwarteter Nutzen wurden insbesondere weniger Stürze und Verwechslungen, eine höhere Lebensqualität der Patient*innen sowie eine Entlastung des Krankenhauspersonals genannt. Zudem sollte durch die Vermeidung von Komplikationen ein wirtschaftlicher Nutzen entstehen (Kirchen-Peters, Krupp, & Rößler, 2020).

Die Umsetzung wurde allerdings durch verschiedene strukturelle und personelle Herausforderungen erschwert. Insbesondere Personalengpässe, Umstrukturierungen sowie Wechsel bei Mitarbeitenden und Leitungen führten dazu, dass das Modell nicht kontinuierlich umgesetzt werden konnte und Wissen über das Konzept teilweise verloren ging. Zudem eignete sich nicht jede Betreuungskraft gleichermaßen für die Aufgabe, sodass die Auswahl geeigneter Personen und persönlicher Kompetenzen eine wichtige Voraussetzung darstellte. Die gewünschte Kontinuität der Betreuung war außerdem dadurch eingeschränkt, dass Patient*innen teilweise in andere Kliniken verlegt wurden. Dadurch konnte die „gewohnte Betreuung" nur in wenigen Fällen tatsächlich über den gesamten Versorgungsverlauf gewährleistet werden (Kirchen-Peters, Krupp, & Rößler, 2020).

Auch die Kostenersparnis konnte nicht eindeutig nachgewiesen werden. Darüber hinaus zeigte sich, dass eine sektorenübergreifende Zusammenarbeit zunächst mit Skepsis und Konflikten verbunden sein kann und Zeit für den Aufbau entsprechender Kooperationsstrukturen benötigt. Nach Projektende entwickelte sich die Nachhaltigkeit in den beiden Modellregionen unterschiedlich: Während in Saarlouis eine Betreuungskraft vom Krankenhaus übernommen wurde, wurde das Betreuungskonzept in Neunkirchen nicht fortgeführt. Insgesamt konnten die angestrebten Ziele daher nur teilweise im erwarteten Umfang erreicht werden (Kirchen-Peters, Krupp, & Rößler, 2020).

PfADe – Präventive Unterstützung für pflegende Angehörige

Das Projekt PfADe („Präventive Versorgungsstrukturen für versorgende Angehörige von Menschen mit Demenz") wurde von April 2018 bis März 2019 durchgeführt und ebenfalls im Rahmen des Modellprogramms zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung nach § 8 Abs. 3 SGB XI des GKV-Spitzenverbandes gefördert. Es war in die Tandemstudie „DemenzNetz StädteRegion Aachen" eingebunden (Wolf-Ostermann, et al., 2020).

Im Mittelpunkt stand die Frage, wie die häusliche Pflege stabilisiert und einer Überlastung pflegender Angehöriger frühzeitig vorgebeugt werden kann. Grundlage des Projekts war eine systematische Betrachtung unterschiedlicher Pflegekonstellationen. Darauf aufbauend sollten individuelle und partizipative Beratungs- und Unterstützungsangebote entwickelt werden, die stärker an den jeweiligen Lebenssituationen und Bedürfnissen der Angehörigen ansetzen (Wolf-Ostermann, et al., 2020).

Als zentraler Nutzen wurde die Erkenntnis herausgestellt, dass frühzeitige und bedarfsgerechte Unterstützung dazu beitragen kann, Überlastung zu verhindern. Gleichzeitig zeigte sich, dass individuelle Unterstützungsangebote grundsätzlich geeigneter sein können als standardisierte Maßnahmen, da sich pflegende Angehörige hinsichtlich ihrer Belastung, ihrer Ressourcen und ihres Unterstützungsbedarfs erheblich unterscheiden (Wolf-Ostermann, et al., 2020).

Die Untersuchung machte jedoch auch deutlich, dass die Wirksamkeit entsprechender Interventionen nicht uneingeschränkt nachgewiesen werden konnte. Viele der untersuchten Interventionen zeigten keine signifikanten Effekte. Zudem nutzten Angehörige bestehende Unterstützungsangebote teilweise nur in geringem Umfang, obwohl gleichzeitig eine hohe Belastung vorlag. Dies verweist auf die Herausforderung, Unterstützungsangebote nicht nur bedarfsgerecht zu entwickeln, sondern auch so zu gestalten, dass sie von den Betroffenen tatsächlich angenommen und genutzt werden (Wolf-Ostermann, et al., 2020).

Bei der Interpretation der Ergebnisse ist außerdem die methodische Grundlage zu berücksichtigen: PfADe stützte sich auf Quer- und Sekundärdaten und nicht auf eine Zufallsstichprobe. Die Ergebnisse sollten daher entsprechend vorsichtig interpretiert werden (Wolf-Ostermann, et al., 2020).

Gemeinschaftliches Wohnen – Innovative Quartierskonzepte Stuttgart

Das Projekt „Gemeinschaftliches Wohnen – Innovative Quartierskonzepte Stuttgart" befasst sich mit gemeinschaftlichen Wohnformen im Quartier und verfolgt das Ziel, Menschen mit Demenz ein möglichst langes selbstständiges Wohnen in ihrem vertrauten Umfeld zu ermöglichen. Eine konkrete

Laufzeit ist in den vorliegenden Angaben nicht ausgewiesen (KONZEPT-e für Bildung und Soziales GmbH, 2017).

Die Wohnprojekte sind genossenschaftlich organisiert. Das Finanzierungskonzept basiert auf mehreren Säulen: den Mitgliedern der Konzepte für Lebensräume eG, externen Finanzierungspartnern, öffentlichen Fördermitteln, dem Verkauf eines Teils der Wohnungen an zukünftige Bewohnerinnen und Bewohner sowie den laufenden Mieteinnahmen (KONZEPT-e für Bildung und Soziales GmbH, 2017).

Im Zentrum der Umsetzung stehen gemeinschaftliche Wohnformen, in denen gemeinsame Aktivitäten und eine Zusammenarbeit von Nachbarschaft und professionellen Fachkräften im Quartier ermöglicht werden. Dadurch sollen soziale Kontakte und gegenseitige Unterstützung gefördert und gleichzeitig professionelle Unterstützungsstrukturen in das Wohnumfeld eingebunden werden. Als angestrebter Nutzen werden insbesondere die Förderung sozialer Teilhabe, der Erhalt von Selbstständigkeit und die Integration der Bewohner*innen in das Wohnviertel genannt. Damit verbindet das Konzept wohnbezogene, soziale und pflegerische Aspekte. Für dieses Projekt liegen in den vorliegenden Unterlagen keine belastbaren Evaluationsergebnisse vor. Entsprechend sollten die genannten Wirkungen als Zielsetzungen bzw. erwartete Nutzen des Konzeptes und nicht als empirisch nachgewiesene Projektergebnisse dargestellt werden (KONZEPT-e für Bildung und Soziales GmbH, 2017).

Quartierskonzepte Hamburg nach § SGB XI

Die Quartierskonzepte nach § 123 SGB XI laufen von Mai 2026 bis April 2029 und werden auf Grundlage des § 123 SGB XI umgesetzt. In Hamburg wurden hierfür sechs Modellprojekte in unterschiedlichen Bezirken gestartet (Freie und Hansestadt Hamburg, 2026):

- Hamburg-Mitte: „Wohnen bleiben im Quartier Mümmelmannsberg“ der AWO Hamburg Seniorenwohnen & Pflege gGmbH
- Eimsbüttel: „Quartiersanker Albertinen-Haus“ der Immanuel Albertinen Diakonie / des Albertinen-Hauses
- Hamburg-Nord: „Netzwerkquartier Langenhorn“ der ASB Sozialeinrichtungen (Hamburg) GmbH
- Wandsbek: „ZUSAMMEN.ALTERN.HOHENHORST“ der Gesundheit für Billstedt/Horn Gemeinsam Gesund gUG
- Bergedorf: „Gesund im Quartier: Mobile Community Health Nurses“ der alsterdorf assistenz ost gGmbH

- Harburg: „Wohnen bleiben im Quartier Neuwiedenthal“ der DRK Hamburg Soziale Dienste GmbH

Ziel ist es, ältere Menschen und Menschen mit Pflegebedarf durch wohnortnahe und quartiersbezogene Versorgungsstrukturen zu unterstützen. Dabei sollen Gesundheits-, Pflege- und Unterstützungsangebote stärker miteinander vernetzt und im unmittelbaren Lebensumfeld der Menschen verankert werden (Freie und Hansestadt Hamburg, 2026).

Die Umsetzung erfolgt über unterschiedliche quartiersbezogene Ansätze. Dazu gehören beispielsweise Community Health Nurses, Quartiersanker und Konzepte zum Wohnen im Quartier. Gemeinsam ist den Projekten der Aufbau bzw. die Stärkung regionaler Netzwerke, durch die gesundheitliche, pflegerische und soziale Angebote besser aufeinander abgestimmt werden sollen. Angestrebt werden eine Verbesserung der wohnortnahen Versorgung, der Erhalt bzw. die Stärkung der Selbstständigkeit älterer Menschen sowie eine bessere Vernetzung der vorhandenen Gesundheits- und Pflegeangebote. Gleichzeitig sollen die Quartiere so weiterentwickelt werden, dass ältere Menschen möglichst lange in ihrem vertrauten Umfeld leben können (Freie und Hansestadt Hamburg, 2026).

Da die Modellprojekte erst im Mai 2026 gestartet sind und bis April 2029 laufen, liegen derzeit noch keine belastbaren Evaluationsergebnisse oder unerwarteten Ergebnisse vor. Die genannten Wirkungen sind daher als Ziele bzw. erwartete Nutzen der Modellprojekte zu verstehen (Freie und Hansestadt Hamburg, 2026).

Kernergebnisse 1: Zusammenfassung Best-Practice-Modellprojekte



Kernergebnisse Best-Practice-Modelle Deutschland

Die vier Modellprojekte verfolgen unterschiedliche Ansätze, um die Versorgung, Selbstständigkeit und Teilhabe älterer Menschen und von Menschen mit Demenz im häuslichen und quartiersbezogenen Umfeld zu stärken. Im Mittelpunkt stehen dabei die bessere Verzahnung von stationärer und ambulanter Versorgung, die Unterstützung pflegender Angehöriger, gemeinschaftliche Wohnformen sowie der Aufbau wohnortnaher Versorgungs- und Unterstützungsstrukturen. Die Projekte zeigen zugleich, dass nachhaltige Versorgungskonzepte von geeigneten personellen Ressourcen, funktionierenden sektorenübergreifenden Kooperationen und einer bedarfsgerechten Ausgestaltung der Angebote abhängig sind. Während bei den älteren Projekten bereits Erfahrungen und Herausforderungen sichtbar wurden, befinden sich die Hamburger Quartiersprojekte derzeit noch in der Umsetzungsphase.

3. Ziel und Fragestellung

Nach § 3 des Landespflegegesetzes (LPflegeG, 1996) sollen Kreise und kreisfreie Städte in Schleswig-Holstein Bedarfspläne aufstellen, die die Empfehlungen des Landespflegeausschusses im Sinne des § 92 Abs 1 SGB XI[1] sowie die Zielsetzungen des Landes für eine bedarfsgerechte, leistungsfähige und wirtschaftliche pflegerische Versorgung der Bevölkerung im Kreis (Bundesamt für Justiz, 1994).

Um diesem Auftrag zu entsprechen, hat der Kreis Pinneberg die vorliegende Pflegebedarfsplanung in Auftrag gegeben, die eine fundierte Grundlage zur Ermittlung und Prognose des Pflegebedarfs bietet, um geeignete Maßnahmen für eine bedarfsgerechte pflegerische Versorgung zu entwickeln.

Die Pflegebedarfsplanung beschreibt die geschätzte Entwicklung des Pflegebedarfs im Kreis Pinneberg bis zum Jahr 2040 nach Art der pflegerischen Versorgung und den Pflegegraden. Der Begriff „Pflegebedarf" entspricht der Anzahl an Personen, die Voraussetzungen für die Zuordnung zu einem Pflegegrad nach §§ 14-15 SGB XI erfüllen, also pflegebedürftig im Sinne des Sozialrechts gelten, und damit Anspruch auf bestimmte Leistungen nach SGB XI haben.

[1] Die Leistungen des Elften Buches Sozialgesetzbuch (SGB XI) umfassen sämtliche Leistungen der sozialen Pflegeversicherung, die der Unterstützung von Menschen mit Pflegebedarf sowie ihrer pflegenden Angehörigen dienen. Ziel der Pflegeversicherung ist es, die Selbstständigkeit und Selbstbestimmung pflegebedürftiger Menschen möglichst lange zu erhalten oder wiederherzustellen sowie eine bedarfsgerechte pflegerische Versorgung sicherzustellen. Die Pflegeversicherung ist dabei als Teilleistungsversicherung ausgestaltet. Das bedeutet, dass sie die pflegebedingten Aufwendungen nur bis zu gesetzlich festgelegten Höchstbeträgen übernimmt; darüberhinausgehende Kosten müssen von den Menschen mit Pflegebedarf selbst oder gegebenenfalls von anderen Sozialleistungsträgern getragen werden. (Bundesamt für Justiz, 1994)

Die im Einzelnen untersuchten Fragestellungen sind in Tabelle 1 zusammengefasst.

Tabelle 1: Fragestellungen Pflegebedarfsplanung Kreis Pinneberg

Kategorie	Fragestellungen
Soziodemografische Entwicklung Bevölkerungsentwicklung Altersstrukturentwicklung	• Wie entwickelt sich die Anzahl der Einwohner*innen im Kreis Pinneberg insgesamt bis zum Jahr 2040? • Wie entwickeln sich die altersbezogenen Anteile innerhalb der Bevölkerung des Kreises bis 2040? • Wie entwickeln sich die Anteile an älteren Menschen bezogen auf den Anteil erwerbsfähiger Menschen innerhalb der Bevölkerung des Kreises bis 2040?
Entwicklung der Pflegekennzahlen (Bedarf): Grad der Pflegebedürftigkeit, Altersgruppen, Geschlecht Pflegequoten, Art der Versorgung	• Wie entwickelt sich die Anzahl der Menschen mit Pflegebedarf nach Pflegegrad im Kreis Pinneberg bis 2040? • Wie entwickelt sich die Anzahl der Menschen mit Pflegebedarf nach Versorgungsform im Kreis Pinneberg bis 2040 bezogen auf folgende Versorgungsarrangements: - Inanspruchnahme von Pflegegeld - Inanspruchnahme von ambulanter Pflege - Inanspruchnahme von Kurzzeitpflege - Inanspruchnahme von stationärer Pflege • Wie entwickelt sich die Anzahl der Menschen mit Pflegebedarf nach Pflegegrad innerhalb der verschiedenen Versorgungsformen im Kreis Pinneberg bis 2040?
Anzahl der Beschäftigten in der ambulanten Pflege im Kreis (Angebot)	• Wie hoch ist die aktuelle Anzahl der Beschäftigten in der ambulanten Pflege?
Anzahl der Plätze für Kurzzeitpflege im Kreis (Angebot) Differenz zwischen Angebot und projizierter Bedarfsentwicklung in der Kurzzeitpflege	• Wie viele Plätze für die Kurzzeitpflege stehen aktuell theoretisch im Kreis Pinneberg zur Verfügung? • Welche Differenz besteht zwischen der erwarteten Anzahl der potenziellen Leistungsempfänger*innen bis 2040 und der aktuellen Anzahl an verfügbaren Plätzen für die Kurzzeitpflege im Kreis Pinneberg?
Anzahl der Einrichtungen und Plätze für vollstationäre Pflege im Kreis (Angebot) Differenz zwischen Angebot und projizierter Bedarfsentwicklung in der vollstationären Pflege	• Wie viele Einrichtungen und Plätze für die vollstationäre Pflege stehen aktuell im Kreis insgesamt zur Verfügung? • Wie hoch ist die aktuelle Anzahl der Beschäftigten in den Pflegeeinrichtungen? • Welche Differenz besteht zwischen der erwarteten Anzahl der potenziellen Leistungsempfänger*innen bis 2040 und der aktuellen Anzahl an verfügbaren Plätzen für die vollstationäre Pflege im Kreis Pinneberg? • Welche Differenz besteht zwischen der aktuellen und laut der Projektion des Pflegebedarfs im Jahr 2040 erforderliche Personalkapazität in der vollstationären Pflege im Kreis Pinneberg?

4. Methodik

Für die Erstellung der Pflegebedarfsplanung wurden mehrere empirische Zugänge miteinander verknüpft: Zum einen erfolgte, basierend auf amtlichen Statistiken, eine Projektion des Pflegebedarfs im Kreis bis zum Jahr 2040, zum anderen wurden eine standardisierte Online-Befragung und standardisierte Interviews mit Vertretenden zentraler Akteure in der pflegerischen Versorgung im Kreis durchgeführt. Die Ergebnisse der Projektion sowie der Befragung und der Interviews wurden schließlich in einer Pflegekonferenz am 28. Mai in Elmshorn mit der lokalen Fachöffentlichkeit und weiteren Interessensvertretenden diskutiert.

4.1. Projektion des Pflegebedarfs

Die Pflegebedarfsanalyse sollte die geschätzte Entwicklung des Pflegebedarfs im Kreis Pinneberg bis zum Jahr 2040 nach Art der pflegerischen Versorgung abbilden. Die Schätzung des Pflegebedarfs erfolgte mittels Projektion von Kennzahlen der aktuellen Pflegestatistik auf der Basis einer Prognose der demografischen Entwicklung des Kreises bis 2040. Der Pflegebedarf entsprach hierbei jeweils der Anzahl der Personen, die nachweislich die Voraussetzungen für die Zuordnung zu einem Pflegegrad nach §§ 14–15 SGB XI erfüllen und somit als pflegebedürftig im Sinne des Sozialrechts gelten sowie Anspruch auf Leistungen nach SGB XI haben. Die Analyse erfolgte auf der räumlichen Ebene des Kreises Pinneberg.

Für die Projektion der zukünftigen Inanspruchnahme von Leistungen aus der Pflegeversicherung wurde von einem Status-quo-Szenario ausgegangen. Bei dem Szenario werden die aktuellen altersspezifischen Pflegequoten und die Verteilung der Versorgungsformen (ambulant/stationär) auf der Basis der Bevölkerungsentwicklung bis zu einem Zieljahr fortgeschrieben. Es wird angenommen, dass sich die alters- und geschlechtsspezifischen Pflegequoten, d.h. der prozentuale Anteil der Personen mit Pflegebedarf an der Gesamtbevölkerung oder in einer bestimmten Bevölkerungsgruppe zu einem bestimmten Zeitpunkt, über den Prognosezeitraum nicht verändern. Das heißt, bei der Anwendung dieses Szenarios wurde der Anteil der Leistungsempfänger*innen (Menschen mit Pflegebedarf nach SGB XI bzw. mit Inanspruchnahme bestimmter Leistungen des SGB XI) an der Gesamtbevölkerung im gleichen Alter als projektierter Indikator konstant gehalten und auf die prognostizierte Entwicklung der Alterszusammensetzung der Bevölkerung im Kreis Pinneberg übertragen. Somit wurde nur das Alter als einzige veränderliche Variable in den Berechnungen berücksichtigt. Grundlage für dieses Vorgehen sind empirische Befunde, die aufzeigen, dass das Alter einer der stärksten Einflussfaktoren für die Entstehung von Pflegebedürftigkeit ist (Rothgang, Burfeindt, Czwikla, & Müller, 2025).

4.1.1. Datenbasis

Die Grundlage für die Projektion waren Daten über die zukünftige Alters- und Geschlechtsstruktur der Bevölkerung (Rümenapp & Albrecht, 2026) und die derzeitige Inanspruchnahme von Leistungen in der ambulanten und stationären Pflege (Statistikamt Nord, 2025). Die Analyse erfolgte auf der Ebene des Kreis Pinneberg.

Bevölkerungsprognose

Grundlage für die Pflegebedarfsprojektion war die kleinräumige Bevölkerungs- und Haushaltsprognose für den Kreis Pinneberg 2024 bis 2040, die im Auftrag des Kreises durch die „Gertz Gutsche Rümenapp GbR" berechnet wurde (Rümenapp & Albrecht, 2026). Die Prognose wurde unter der Annahme erstellt, dass die kreisspezifischen Geburtenziffern sich für die Jahre 2024 bis 2028 niedriger, ab dem Jahr 2029 wieder wie vorher und bis 2040 konstant entwickeln. Zusätzlich wird von einer weiter ansteigenden Lebenserwartung und einem niedrigen Wanderungssaldo ausgegangen. Für die Berechnungen der vorliegenden Pflegebedarfsanalyse wurde das Szenario 1 mit dem geringsten natürlichen Saldo (-25.490) und Wanderungssaldo (+30.070) angenommen.

Pflegestatistik 2023

Die Projektion der Anzahl der Leistungsempfänger*innen nach dem SGB XI bis 2040 basiert auf den Daten der Pflegestatistik 2023 (Statistikamt Nord, herausgegeben am 27.02.2025) (Statistikamt Nord, 2026). Die vom Statistikamt Nord für diese Projektion bereitgestellten Daten enthalten Angaben zur Anzahl von Leistungsempfänger*innen im Kreis Pinneberg in den Jahren 2023, differenziert nach Geschlecht, Pflegegrad und Versorgungsform. Soweit Daten wegen geringer Fallzahl die Voraussetzungen für Geheimhaltungsfälle erfüllten, wurden diese in 5er-Abständen gerundet. Als Vergleich wurden punktuell die bundeslandweiten Daten der Pflegestatistik 2023 für Schleswig-Holstein herangezogen (Statistikamt Nord, 2025) (herausgegeben am 27.02.2025) (siehe Anhang 2).

Geografische Daten

Für die Darstellung der Landkarten des Kreises Pinneberg wurde auf die Webseite der integrierten Sozialplanung im Kreis Pinneberg „fokus pi" (Kreis Pinneberg, 2026c) zurückgegriffen.

4.1.2. Statistische Analysen

Berechnung der demografischen Entwicklung bis 2040

Die demografische Entwicklung der Bevölkerung wurde getrennt (stratifiziert) für fünf verschiedene Altersgruppen dargestellt: (1) bis unter 20 Jahre, (2) 20 bis unter 60 Jahre, (3) 60 bis unter 70 Jahre und (4) 70 bis unter 80 Jahre und (5) 80 Jahre und älter.

Des Weiteren wurde die Entwicklung der absoluten (n) und relativen (%) Häufigkeiten der Anzahl der Einwohner*innen nach Altersgruppen und Geschlecht der vorliegenden Bevölkerungsprognose entnommen. Mit den Häufigkeiten konnten die Differenzen zu dem Ursprungsjahr 2024 bestimmt werden.

Berechnung der Pflegebedarfsprojektion bis 2040

Für die Berechnung der Entwicklung der Anzahl an Leistungsempfänger*innen bis zum Jahr 2040 wurden die Daten der Bevölkerungsprognose des Landes und des Kreises sowie die Daten der Pflegestatistik innerhalb der Altersgruppen „unter 60 Jahre“, „60 bis unter 70 Jahre“, „70 bis unter 80 Jahre“ und „älter als 80 Jahre“ aggregiert. Unter der Annahme, dass der Anteil der Leistungsempfänger*innen innerhalb der Alters- und Geschlechtergruppen in der Bevölkerung konstant bleibt, wurden die Pflegequoten auf die prognostizierte Bevölkerungsanzahl bis zum Jahr 2040 übertragen. Die Pflegequote beschreibt den Anteil der Menschen mit Pflegebedarf in einer Alters- bzw. Geschlechtsgruppe bezogen auf die Bevölkerung der jeweiligen Gruppe. Somit konnte die Entwicklung der Anzahl der Leistungsempfänger*innen nach Altersgruppen und Geschlecht bis zum Jahr 2040 berechnet werden (Abbildung 1).

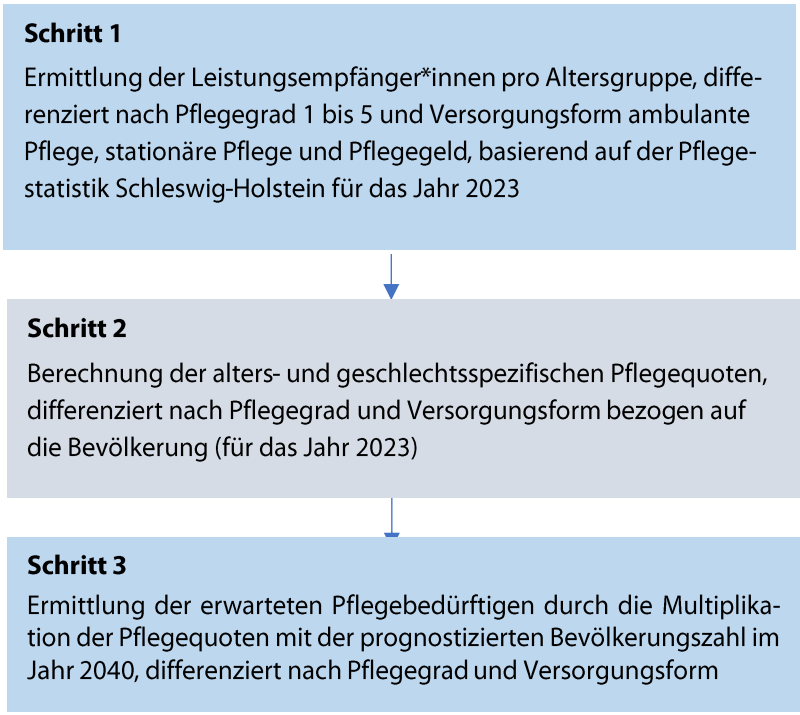


*Abbildung 1: Berechnungsweg der Entwicklung der Anzahl der Leistungsempfänger*innen im Kreis Pinneberg nach Pflegegrad und Art der Versorgungsform anhand der Pflegestatistik Schleswig-Holstein*

Analyse-Software

Alle Daten wurden mittels der Statistik-Software SPSS (Version IBM SPSS Statistics 22) und Excel (Microsoft Office Professional Plus 2019) ausgewertet.

4.2. Bestandsaufnahme

Für die Bestandsaufnahme wurden eine standardisierte Online-Befragung sowie standardisierte telefonische Interviews durchgeführt.

4.2.1. Online-Befragung

Es wurde eine standardisierte Befragung von Akteuren der Pflegewirtschaft im Kreis Pinneberg durchgeführt. Im Rahmen der Befragung wurden die derzeitig vorliegenden Versorgungsstrukturen, inkl. der Kurzzeitpflege und Angebote landesrechtlich geregelter Leistungen nach § 45 a SGB XI und weiterer Leistungen des SGB XI, und relevante Themen für die zukünftige pflegerische Versorgung im Kreis Pinneberg erhoben.

Entwicklung des Fragebogens

Der Fragebogen für die Bestandsaufnahme der Strukturen adressierte die in der Tabelle 2 dargestellten Themen und baut auf ähnlichen Instrumenten auf, die die Sektion für Forschung und Lehre in der Pflege in anderen vergleichbaren Projekten eingesetzt hat. Zusätzlich zu den in der Tabelle 2 aufgelisteten Kennzahlen und Themen wurden alle adressierten Personen um Angaben zu den aktuell wichtigsten Herausforderungen und präferierten Themen für die Pflegekonferenz gebeten (jeweils standardisierte Antwortkategorien mit der Option von Freitextergänzungen).

Tabelle 2: Übersicht Domänen in den Fragebögen

Domänen	Kennzahlen und Themen
Leistungen der ambulanten Pflege	Einzugsbereich (Betrachtungsraum, Umkreis, Betreuung außerhalb des Kreises Pinnebergs)
	Anzahl betreuter Klienten insgesamt nach Pflegegraden
	Anzahl Klienten für Pflegeberatung nach § 37 Abs. 3 SGB XI (ausschließlich)
	Anzahl Klienten Pflegesachleistungen nach § 36 SGB XI*
	Anzahl Klienten Kombinationsleistungen nach § 38 SGB XI*
	Anzahl Klienten mit Verhinderungspflege nach § 39 SGB XI (durchschnittliche Anzahl in den letzten 6 Monaten)
	Anzahl und Gründe der Klienten auf der Warteliste (zum aktuellen Zeitpunkt) - Für Inanspruchnahme von Pflegesachleistungen nach § 36 SGB XI - Für Pflegeberatung nach § 37 SGB XI - Für Verhinderungspflege nach § 39 SGB XI - Sonstige Leistungen
	Spezialisierung Versorgungsbereiche (z.B. Intensivpflegerische Versorgung)
	Spezialisierung Versorgungskonzepte (z. B. Versorgung von Menschen mit Demenz, Menschen mit besonderen sprachlichen oder kulturellen Hintergründen)
	Bedarf für heilkundliche Themenbereiche nach § 63 Abs. 3c SGB V
	Bedarf für bestimmte Qualifikationen, Tätigkeiten oder Weiterbildungen
	Bedarf Angebote für pflegende Angehörige
	Bedarf und Angebotslage Nachtpflege im Kreis
	Angebot, Bedarf und Auslastung Leistungen nach § 45a SGB XI und § 38 SGB V, ebenso wie Warteliste und Gründe
	Anzahl offener Stellen Pflegefachpersonen und geringer qualifizierte Pflegepersonen
Tagespflege nach § 41 SGB XI	Betrachtungsraum, in dem die Tagespflegeeinrichtung liegt
	Anzahl betreuter Klienten nach Pflegegraden
	Anzahl und Gründe der Klienten auf der Warteliste (zum aktuellen Zeitpunkt)

Domänen	Kennzahlen und Themen
	Spezialisierung Versorgungskonzepte (z. B. Versorgung von Menschen mit Demenz, Menschen mit besonderen sprachlichen oder kulturellen Hintergründen)
	Anzahl offener Stellen Pflegefachpersonen und geringer qualifizierte Pflegepersonen
	Bedarf für heilkundliche Themenbereiche nach § 63 Abs. 3c SGB V
	Bedarf für bestimmte Qualifikationen, Tätigkeiten oder Weiterbildungen
	Bedarf Angebote für pflegende Angehörige
	Bedarf und Angebotslage Nachtpflege im Kreis
Vollstationäre Pflege nach § 43 SGB XI	Betrachtungsraum, in dem die stationäre Einrichtung liegt
	Anzahl der Bewohner*innen nach Pflegegrad*
	Anzahl betreuter Personen aus anderen Kreisen
	Anzahl und Gründe der Bewohner*innen auf der Warteliste (zum aktuellen Zeitpunkt)
	Spezialisierung Versorgungsbereiche (z.B. Palliativ- und Hospizversorgung)
	Kurzzeitpflege • Anzahl Plätze • Anzahl Gäste (Durchschnitt letzte 6 Monate) • Anlässe für Kurzzeitpflege (u.a. Verhinderungspflege, vorübergehende Pflegebedürftigkeit) • Verlegungsart (u.a. Rückkehr in eigene Häuslichkeit, andere Wohnform, stationäre Langzeitpflege) • Auslastung der Kurzzeitpflegeplätze in den letzten 12 Monaten (in Prozent)
	Anzahl offener Stellen Pflegefachpersonen und geringer qualifizierte Pflegepersonen
	Bedarf für heilkundliche Themenbereiche nach § 63 Abs. 3c SGB V
	Bedarf für bestimmte Qualifikationen, Tätigkeiten oder Weiterbildungen
	Bedarf Angebote für pflegende Angehörige
	Bedarf und Angebotslage Nachtpflege im Kreis
Wohnen mit Service	Betrachtungsraum, in dem die Wohnungen mit Service liegen
	Anzahl betreuter Personen aus anderen Kreisen
	Anteil von Menschen mit Pflegebedarf in den Wohnanlagen nach Pflegegraden
	Anzahl von Pflegediensten die in der Wohnanlage tätig sind
	Angaben zur Wohnungsanlage • Nachfrage Wohnungstypen (z.B. Ein-Zimmer-Wohnungen) • Anzahl Wohnungsanlagen • Anzahl Wohnungseinheiten nach Größe (z.B. Ein-Zimmer-Wohnungen)

Domänen	Kennzahlen und Themen
	• Anteil öffentlich geförderter Wohneinheiten • Höhe der Kaltmiete pro Quadratmeter (durchschnittlich) • Durchschnittliche Wartezeit auf eine Wohnung • Angebot Gemeinschaftsräume und Außenanlagen (z.B. Begegnungsräume, Gartenanlagen zum Aufhalten)
	Leistungsangebot Wohnen mit Service • Grundleistungen (z.B. Freizeitangebote, Notrufanlagen) • Nachfrage optionale Pflegeleistungen (z.B. Rufbereitschaft, häusliche Pflegeleistungen) • Nachfrage optionale Service- und Betreuungsleistungen (z.B. Einkaufsservice, Fahr- und Begleitdienste)
	Einschätzung der aktuellen Angebotslage für Wohnen mit Service
	Zukünftige Entwicklung der Zielgruppencharakteristika für Wohnen mit Service (z.B. Angebote für Alleinlebende oder Menschen mit besonderem Unterstützungsbedarf)
Alternative Wohnformen wie z.B. ambulant betreute Wohngemeinschaften, barrierearme Wohnungen	Betrachtungsraum, in dem die alternative Wohnform liegt
	Art der besonderen Wohnform
	Anzahl der betreuten Personen nach Pflegegraden
	Anzahl und Gründe der Bewohner*innen auf der Warteliste (zum aktuellen Zeitpunkt)
	Angebot Leistungen für Kurzzeitpflege

Zielgruppe

Zielgruppen der Befragung waren Anbietende der stationären Langzeitpflege und der ambulanten Akut- und Langzeitpflege sowie Kurzzeitpflege nach SGB XI und SGB V und Tagespflege. Zusätzlich wurden Anbietende landesrechtlich geregelter Leistungen nach § 45 a SGB XI sowie seniorengerechtes Wohnen adressiert. Die Adressen und E-Mail-Adressen wurden durch Internetrecherche und mit Unterstützung des Kreises zusammengestellt. Geplant war eine Vollerhebung.

Ablauf der Befragung

Die Online-Befragung erfolgte mittels der Software „LimeSurvey" (LimeSurvey GmbH, Hamburg, Lizenz des Instituts für Sozialmedizin und Epidemiologie, Universität zu Lübeck). Alle identifizierten Einrichtungen erhielten eine E-Mail mit einem Informationsanschreiben vom Kreis (siehe Anhang 3) sowie einen Link, über den sie an der Online-Befragung teilnehmen konnten.
Die schriftliche informierte Einwilligung zur Studienteilnahme wurde bei der Teilnahme an der Online-Befragung durch die initiale aktive Bestätigung der Teilnahmebereitschaft auf der ersten Befragungsseite („Landing Page", Seite mit den Studieninformationen) gegeben. Die Antworten konnten

jederzeit zwischengespeichert und zu einem späteren Zeitpunkt fortgeführt werden. Dafür mussten die Teilnehmenden in LimeSurvey einen Namen und ein Passwort (mind. 5 Zeichen) anlegen. Damit die Teilnehmenden anonym weiter an der Befragung teilnehmen konnten, wurden sie aufgefordert, ein Pseudonym als Benutzernamen anzugeben, die E-Mail-Adresse war keine Pflichtangabe. Die Befragung konnte dann unter dem angegebenen Pseudonym und dem dazugehörigen Passwort gespeichert und zu einem späteren Zeitpunkt fortgeführt und abgeschlossen werden. Nach Bestätigung des Felds „Umfrage beenden" konnten keine Änderungen mehr vorgenommen werden.
Die Befragung erfolgte anonymisiert, d. h., ein Rückschluss der eingegebenen Daten auf die angeschriebene Einrichtung war nicht möglich. Eine elektronische Erinnerung wurde zweimal im Abstand von jeweils 14 Tagen an alle potenziellen Teilnehmenden verschickt.
Alternativ bestand die Möglichkeit, den Fragebogen papiergestützt zu beantworten. Dafür konnten die potenziellen Teilnehmenden die Ansprechpartnerinnen des Projektes kontaktieren, woraufhin sie einen Fragebogen als Papierversion sowie einen frankierten Rückumschlag erhielten. Bei der Befragung mittels Papierfragebogen erfolgte die Datenerhebung pseudonymisiert, d.h., es wurde eine Liste geführt, in welcher der Name der Einrichtung einer Identifikationsnummer (ID) zugeordnet wurde. Mithilfe der ID konnte nachvollzogen werden, ob die Einrichtung bereits an der Befragung teilgenommen hat, bei Bedarf wurde nach 14 Tagen eine Erinnerung verschickt. Nach Abschluss der Befragung und Prüfung der Vollständigkeit der Daten wurde die Liste mit den ID-Angaben gelöscht. Die Daten wurden somit für die Analyse anonymisiert. Die schriftliche informierte Einwilligung erfolgte bei der papiergestützten Teilnahme mittels Versand des ausgefüllten Fragebogens.

Auswertung

Die Daten wurden mittels deskriptiver Methoden mit der Software SPSS (IBM Deutschland GmbH) ausgewertet. Es wurden der Mittelwert (MW) oder der Median und der Interquartilsabstand (IQR) oder die Spannweite (Min-Max) der erhaltenen Antworten und bei kategorialen Variablen absolute sowie relative Häufigkeiten berechnet. Freitextantworten wurden thematisch gruppiert und ebenfalls deskriptiv ausgewertet.

4.2.2. Standardisierte Interviews

Für die standardisierten telefonischen Interviews wurden Expert*innen der pflegerischen Versorgung im Kreis Pinneberg befragt. Als Expert*innen wurden als hauptverantwortliche Schlüsselpersonen angesehen, die den Versorgungsbedarf für ihr jeweiliges Angebot einschätzen können. Dazu zählen u.a. der Pflegestützpunkt des Kreises, Vertreter*innen der im Kreis zuständigen Pflegekasse

AOK-NordWest, die regionale Alzheimergesellschaft, Akteure der palliativmedizinischen Versorgung, der Sozialdienst der akutstationären Versorgung, Vertreter*innen des Kreisseniorenbeirats sowie von Menschen mit Behinderung.

Inhalt der standardisierten Interviews

Der standardisierte Interviewleitfaden adressierte die in der Tabelle 3 dargestellten Themen, jeweils abhängig von der Domäne der pflegerischen Versorgung, welche die Expertin oder der Experte vertrat.

Tabelle 3: Themen der standardisierten Interviewleitfäden für die Pflegebedarfsplanung Kreis Pinneberg

Domänen	Themen
Pflegestützpunkt	• Hauptaufgaben • Primäre Zielgruppen der Beratung • Anzahl Beratungen durchschnittlich im Monat • wichtigste Beratungsanlässe • Einschätzung aktuelle Versorgungssituation und zukünftige Bedarfsentwicklung nach Sektoren (u.a. ambulante, stationäre Versorgung, Kurzzeitpflege, alternative Wohnformen) ○ Erreichbarkeit und infrastrukturelle Besonderheiten ○ Koordination und Zusammenarbeit im Kreis • Angebotslage pflegende Angehörige • Angebotslage Nachtpflege • Bedarf für besondere Versorgungskonzepte • Angaben zu offenen Stellen (nach Qualifikation) in der eigenen Institution
Alzheimergesellschaft	• Geschätzter Anteil von Menschen mit Pflegebedarf (in Prozent) mit der Diagnose Demenz im Kreis Pinneberg • Einschätzung der aktuellen Versorgungssituation und -bedarfsentwicklung im Kreis Pinneberg • Erreichbarkeit und infrastrukturelle Besonderheiten • Koordination und Zusammenarbeit im Kreis • Angebotslage pflegende Angehörige • Angebotslage Nachtpflege • Bedarf für besondere Versorgungskonzepte
Palliativmedizinische Versorgung (ambulant und stationär)	• geschätzter Anteil (in Prozent) an palliativ zu versorgenden Personen im Kreis Pinneberg • Einschätzung der aktuellen Versorgungssituation und -bedarfsentwicklung im Kreis Pinneberg • Erreichbarkeit und infrastrukturelle Besonderheiten • Koordination und Zusammenarbeit im Kreis • Angebotslage pflegende Angehörige • Angebotslage Nachtpflege

Domänen	Themen
	• Bedarf für besondere Versorgungskonzepte • Angaben zu offenen Stellen (nach Qualifikation) in der eigenen Institution
Pflegekasse AOK-NordWest Verhandlung und Pflegeberatung	• Hauptaufgaben • Primäre Zielgruppen der Beratung • Anzahl Beratungen durchschnittlich im Monat • wichtigste Beratungsanlässe • Einschätzung der aktuellen Versorgungssituation und -bedarfsentwicklung im Kreis Pinneberg • Angebotslage Kurzzeitpflege • Wichtigste Abrechnungsrelevante Inhalte und gesetzliche Rahmenbedingungen • Erreichbarkeit und infrastrukturelle Besonderheiten • Koordination und Zusammenarbeit im Kreis • Angebotslage pflegende Angehörige • Angebotslage Nachtpflege • Bedarf für besondere Versorgungskonzepte
Vetreter*innen Seniorenbeirat	• Hauptaufgaben • Angebote des Seniorenbeirats und Inhalte der Fragen/Sprechstunden • Einschätzung der aktuellen Versorgungssituation und -bedarfsentwicklung im Kreis Pinneberg • Erreichbarkeit und infrastrukturelle Besonderheiten • Koordination und Zusammenarbeit im Kreis • Angebotslage pflegende Angehörige • Angebotslage Nachtpflege • Bedarf für besondere Versorgungskonzepte
Beauftragte Menschen für Behinderung	• Anteil von Menschen mit Behinderung (in Prozent) im Kreis • Einschätzung der aktuellen Versorgungssituation und -bedarfsentwicklung im Kreis Pinneberg • Erreichbarkeit und infrastrukturelle Besonderheiten • Koordination und Zusammenarbeit im Kreis • Angebotslage pflegende Angehörige • Angebotslage Nachtpflege • Bedarf für besondere Versorgungskonzepte
Sozialdienst Regio Klinik (somatisch und gerontopsychiatrisch)	• Anzahl durchschnittliche Vermittlung von Menschen mit Pflegebedarf in andere Versorgungssettings (ambulant, stationär und Kurzzeitpflege) • Einschätzung aktuelle Versorgungssituation und zukünftige Bedarfsentwicklung nach Sektoren (u.a. ambulante, stationäre Versorgung, Kurzzeitpflege) • Erreichbarkeit und infrastrukturelle Besonderheiten • Koordination und Zusammenarbeit im Kreis • Angebotslage pflegende Angehörige • Bedarf für besondere Versorgungskonzepte

Domänen	Themen
Alle Anbieter*innen	Wichtigste aktuelle Herausforderungen
	Inhaltliche und organisatorische Präferenzen für Pflegekonferenz

Gewinnung der Teilnehmenden

Die Gewinnung der Teilnehmenden erfolgte über Kontakte des Kreises sowie zusätzlich über eine Recherche in öffentlich zugänglichen Registern und Webseiten. Alle Akteure der Pflegewirtschaft wurden vorab durch eine Pressemitteilung des Kreises auf die geplante Befragung und Interviews sowie die Pflegekonferenz für die Pflegebedarfsplanung aufmerksam gemacht (Kreis Pinneberg, 2026e)

Empfohlene Interviewteilnehmende wurden telefonisch oder per E-Mail von einer Mitarbeiterin der Sektion für Forschung und Lehre in der Pflege kontaktiert und um Teilnahme gebeten. Bei Interesse an einer Teilnahme erhielten sie eine schriftliche Studieninformation und wurden um eine schriftliche Einwilligung zur Dokumentation der Daten gebeten. Die Teilnahme war freiwillig und konnte bis zum Ende des Interviews widerrufen werden. Anschließend war kein Widerruf der Daten mehr möglich, da die Dokumentation anonymisiert erfolgte.

Durchführung der Interviews

Die Interviews wurden von wissenschaftlichen Mitarbeiterinnen telefonisch durchgeführt. Die Interviewaussagen wurden während des Gesprächs jeweils dokumentiert, aber nicht digital aufgezeichnet. Zur Strukturierung des Ablaufs wurde ein selbst entwickelter standardisierter Leitfaden genutzt.

Auswertung

Die Daten wurden inhaltlich kategorisiert und deskriptiv nach den gleichen Methoden wie die Daten der Online-Befragung ausgewertet.

4.2.3. Pflegekonferenz

Die Ergebnisse der Pflegebedarfsanalyse sowie der Online-Befragung und der Interviews wurden am 28.05.2026 im Rahmen einer Pflegekonferenz den Akteuren der Gesundheitsversorgung im Kreis vorgestellt und diskutiert. Die Pflegekonferenz fand in den Räumlichkeiten des Kreises Pinneberg in Elmshorn statt.

Zielgruppen der Pflegekonferenz

Die Pflegekonferenz adressierte Expert*innen sowie Interessenvertretende der Leistungserbringer und Einrichtungsträger in den verschiedenen pflegerischeren und gesundheitlichen Versorgungsbereichen, Seniorenbeiräte und Vertretende von Angehörigen, der Kostenträger sowie der Verwaltung und Politik der Kreisebene. Die Einladung und Registrierung der Teilnehmenden erfolgten durch den Kreis mittels einer schriftlichen Erstinformation mit Mitteilung des Termins, gefolgt von einer späteren schriftlichen Einladung mit Detailinformationen.

Ablauf der Pflegekonferenz

Vorwiegend sollten die Projektions-, Befragungs- und Interviewergebnisse vorgestellt und daraus resultierende Herausforderungen und Lösungsansätze für den Kreis diskutiert werden (Tabelle 4).

Tabelle 4: Ablauf der Pflegekonferenz am 28.05.2026

Uhrzeit	Thema
16:00	Begrüßung und Einführung in das Programm
16:10	Vorstellung der Ergebnisse der Online-Befragung und der Interviews
	Vorstellung der Ergebnisse der Pflegebedarfsanalyse
	Fragen und Anmerkungen zu den vorgestellten Ergebnissen
16:45	Pause (Vorbereitung der Workshops)
17:00	Diskussion der Themen in Kleingruppen
18:25	Pause (Auswertung der Gruppendiskussionen)
18:35	Präsentation und Diskussion der zentralen Ergebnisse der Kleingruppen im Plenum
19:05	Verabschiedung und Ausblick

Die Diskussionsrunden erfolgten mittels eines World Cafés, d.h., die Teilnehmenden haben in wechselnden Kleingruppen Leitfragen zu verschiedenen Themenbereichen diskutiert. Geplant waren zwei Rotationen, sodass jede/jeder Teilnehmende sich in die Diskussion von zwei Themenbereichen einbringen konnte. Die Teilnehmenden konnten sich bei der Anmeldung vor Ort für zwei Themenbereiche (Themenräume) eintragen.

Folgende Themenräume wurden aus den Ergebnissen der Online-Befragung und der Interviews gebildet:

- Fachkräfte- und Personalmangel
- Entbürokratisierung und Dokumentationsentlastung
- Digitalisierung und Implementierung technischer Systeme
- Zusammenarbeit mit den Akteuren im Pflege- und Gesundheitswesen
- Umsetzung innovativer Versorgungsmodelle, insb. für Menschen mit komplexen Bedarfslagen (u.a. Menschen mit Demenz)

Pro Themenraum standen 40 Minuten zur Verfügung. Die Themenräume wurden von Mitarbeiterinnen der Gesundheitsplanung des Kreises Pinneberg und der Sektion für Forschung und Lehre in der Pflege der Universität zu Lübeck moderiert. Zur Strukturierung der Diskussion wurden folgende Leitfragen gestellt:

(1) Wo sehen Sie zentrale Handlungsfelder für dieses Themengebiet?
(2) Welche Ideen zur Verbesserung der pflegerischen Situation im Kreis Pinneberg haben Sie?
(3) Welche Herausforderungen / Schwierigkeiten / Risiken sehen Sie bezüglich der Umsetzung?

Für den Themenraum „Umsetzung innovativer Versorgungsmodelle, insb. für komplexe Bedarfslagen“ wurden folgende Leitfragen gestellt:

(1) Welche Impulse nehmen Sie aus den vorgestellten Modellprojekten mit?
(2) Was halten Sie für den Kreis für umsetzbar?
(3) Welche Herausforderungen / Schwierigkeiten / Risiken sehen Sie bezüglich der Umsetzung?

Die Moderatorin stellte zunächst die Leitfragen vor und eröffnete dann die Diskussion. Während der Diskussion protokollierte sie auf Moderationskarten und pinnte diese für alle Teilnehmenden des Themenraums sichtbar an eine Moderationstafel. Nach dem Wechsel der Gruppen fasste sie für die zweite Gruppe die bisherigen Ergebnisse aus der ersten Gruppe kurz zusammen und eröffnete mit den Leitfragen die nächste Diskussionsrunde.

Eine detaillierte Übersicht der Leitfragen und den möglichen Nachfragen für die einzelnen Themen befindet sich im Anhang 4.

5. Ergebnisse

5.1. Demografische Entwicklung

5.1.1. Bevölkerungsentwicklung in Schleswig-Holstein

Laut dem Statistischen Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein lebten im Jahr 2023 in Schleswig-Holstein 2.953.202 Menschen (siehe

Tabelle 5). Im Vergleich zu 2022 ist das ein Zuwachs von 12.421 Menschen. Laut einer Bevölkerungsvorausberechnung des Statistikamtes Nord (Ministerium für Inneres, Kommunales, Wohnen und Sport des Landes Schleswig-Holstein, 2025) wird sich die Zunahme der Bevölkerungszahl noch fortsetzen, bis die Einwohnerzahl ab 2033 leicht zurückgehen wird. Diese Entwicklung entstand bislang durch deutliche Wanderungsgewinne, die über den natürlichen Bevölkerungsverlusten lagen.

Mit einer Bevölkerungsdichte von 188 Personen pro Quadratkilometer liegt das Bundesland unter dem Bundesdurchschnitt (237 Personen pro Quadratkilometer (Statista Research Department, 2025; Stastikamt Nord, 2024). Laut der Bevölkerungsprognose für Schleswig-Holstein wird davon ausgegangen, dass bei einer moderaten Zuwanderung die Einwohnerzahl im Bundesland bis 2040 auf rund 2,9 Millionen Menschen sinken wird, bei einer angenommenen geringen Zuwanderung auf 2,8 Millionen. Als Ursache für den Rückgang wird eine negative Bilanz zwischen Geburten und Sterbefällen angenommen.

Tabelle 5: Bevölkerungsentwicklung in Schleswig-Holstein 2023 bis 2040 (Szenario W1 „geringe Zuwanderung“)

Jahr		Bevölkerung gesamt
2023		2.965.691
	Davon weiblich (%)	51,1%
2040		2.810.000
	Davon weiblich (%)	50,9%
Differenz zu 2023 absolut und relativ (%)		**-155.691 (-5,2%)**

Datengrundlage: (Statistikamt Nord, 2024; Statistisches Amt f.-H. , 2019)

Zudem wird sich die Altersstruktur im Bundesland verändern, die Anzahl der unter 20-Jährigen wird sich reduzieren und die Anzahl der 65-Jährgen und Älteren wird zunehmen (Statistisches Amt f. H.-H., 2019) (Tabelle 6).

Tabelle 6: Bevölkerungsentwicklung in Schleswig-Holstein 2023 bis 2040 nach Altersgruppen und Geschlecht

		Altersgruppen		
Jahr	**Unter 20 Jahre**	**20 bis unter 65**	**65 bis unter 80**	**80 und älter**
2023	540.770	1.712.725	466.436	233.271
davon weiblich (%)	*48,6*	*50,0*	*53,3*	*60,4*
2040	498.000	1.625.000	591.000	280.000
davon weiblich (%)	*48,8*	*44,9*	*52,9*	*58,6*
Differenz zu 2023, absolut und relativ (%)				
	-42.770 (-7,9%)	***-87.725 (-5,1%)***	***+124.564 (+26,7%)***	***+46.729 (+20,0%)***

Datengrundlage: (Statistisches Amt f. H.-H., 2019)

5.1.2. Bevölkerungsentwicklung im Kreis Pinneberg

Im Kreis Pinneberg lebten im Jahr 2023 324.018 Personen, davon waren 165.052 weiblich und 158.966 männlich. Bei einer Fläche von 664.25 km^2 entspricht dies einer Bevölkerungsdichte von 505 Einwohner*innen pro km^2. Damit liegt die Bevölkerungsdichte deutlich über der im gesamten Bundesland. Am dichtesten besiedelt sind die Betrachtungsräume Tornesch-Uetersen (557 Einwohner*innen pro km^2) und Raum Pinneberg (895 Einwohner*innen pro km^2). Am geringsten ist die Bevölkerungsdichte im Raum Barmstedt mit 198 Einwohner*innen pro km^2. Die einwohnerstärkste Stadt im Kreis ist Elmshorn mit 51.342 Einwohner*innen (Abbildung 2, Stand 31.12.2025).

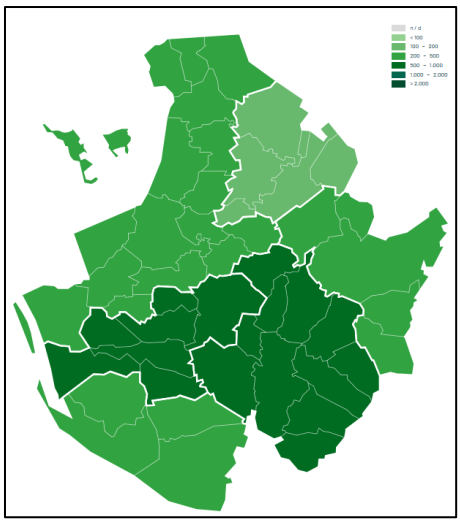


Abbildung 2: Bevölkerungsdichte im Kreis Pinneberg

Quelle: (Kreis Pinneberg, 2026c)

Bevölkerungsentwicklung im Kreis nach Alter

Laut der Bevölkerungsprognose für den Kreis Pinneberg (Rümenapp & Albrecht, 2026) wird die Bevölkerungszahl unter der Annahme des Szenario 1 („geringe Zuwanderung“) im Jahr 2040 329.802 Einwohner*innen umfassen, im Vergleich zum Jahr 2024 entspricht dies einer Zunahme von +1,4% (n=5.783) (Tabelle 7).

Im Vergleich zum Jahr 2023 ist bei den Altersgruppen 0 bis unter 60 Jahre (-1,6%) und 60 bis unter 70 Jahre (-6,9%) ist ein Rückgang der Personen zu erwarten, wohingegen in den Altersgruppen ab 70 Jahre eine Zunahme erfolgt. Insbesondere die Anzahl der 70- bis unter 80-Jährigen wird voraussichtlich um rund 42% zunehmen.

Tabelle 7: Entwicklung der Altersgruppen im Kreis Pinneberg 2023 bis 2040

	Anzahl an Einwohner*innen 2023 bis 2040 im Kreis Pinneberg				
	Altersgruppen in Jahren				
Jahr	**0 bis unter 60**	**60 bis unter 70**	**70 bis unter 80**	**Über 80 Jahre**	**Bevölkerung gesamt**
2023	226.784	43.048	28.867	25.319	324.018
2024	231.075	43.004	28.382	22.762	325.223
2040	222.356	40.477	41.392	25.576	329.802
Differenz 2040 zu 2023, absolut und relativ (%)					
	-3.642	**-3.012**	**+12.263**	**+430**	**+6.040**

	(-1,6%)	**(-6,9%)**	**(+42,1%)**	**(+1,7%)**	**(+1,9%)**

Datengrundlage: (Rümenapp & Albrecht, 2026)

In der Abbildung 3 wird die altersbezogene Entwicklung von 2024 bis 2040 im Kreis Pinneberg grafisch dargestellt. Die Altersgruppe der 70- bis unter 80-Jährigen wird deutlich zunehmen, für die Gruppe der über 80-Jährigen wird eine moderate Zunahme erwartet. Gleichzeitig ist zu erkennen, dass die Anzahl in der Altersgruppe bis 60 Jahre sinken wird.

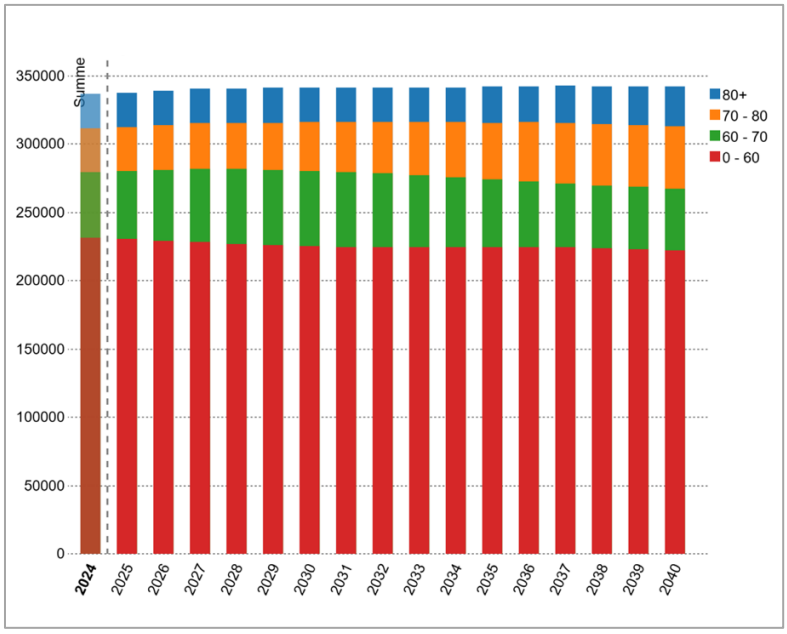


Abbildung 3: Entwicklung der Bevölkerungsanzahl im Kreis Pinneberg nach Altersgruppen

Quelle: (Rümenapp & Albrecht, 2026)

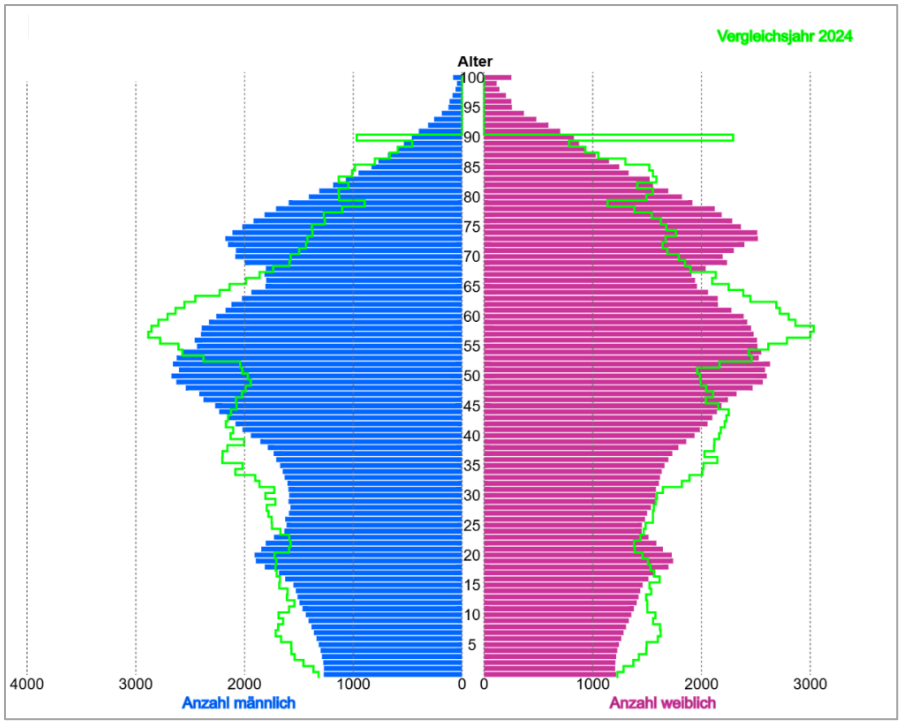


Abbildung 4: Bevölkerung nach Alter und Geschlecht 2024 und 2040 im Kreis Pinneberg

Die grüne Linie repräsentiert die Zahlen im Jahr 2024. Die Daten für das Jahr 2024 wurden für alle Personen älter als 90 Jahre aggregiert dargestellt.

Quelle: (Rümenapp & Albrecht, 2026)

Kernergebnisse 2: Bevölkerungsentwicklung

Kernergebnisse Bevölkerungsentwicklung

In Schleswig-Holstein wird die Anzahl der Einwohner*innen bis zum Jahr 2040 um 5,2% (n=155.691) zurückgehen. Im Gegensatz zum Bundesland wird die Anzahl der Einwohner*innen voraussichtlich um +1,4% (n=5.783) im Kreis Pinneberg zunehmen. Die Zunahme der Bevölkerung ist moderat und insbesondere auf die Zuwanderung aus Hamburg und internationaler Zuwanderung zurückzuführen (https://www.kreis-pinneberg.de/Veröffentlichungen/Pressemitteilungen/Bevölkerungsentwicklung+im+Kreis+Pinneberg.html). Insbesondere die Altersgruppe der unter 20-Jährigen wird abnehmen (-9%, n=-5.396) und die über 65-Jährigen wird zunehmen (+22%, n=16.514), vor allem die Altersgruppe der 70- bis 80-Jährigen.

Alten- und Belastungsquotient sowie Unterstützungskoeffizient im Land

Um die Altersstruktur der Bevölkerung und die Auswirkungen des demografischen Wandels weiter zu beschreiben, können demografische Indikatoren wie der Alten- und Belastungsquotient berechnet werden.

Der Altenquotient errechnet sich aus allen Personen ≥65 Jahre je 100 Erwerbsfähige, stellt also das relative Verhältnis der älteren Bevölkerung zur erwerbsfähigen Bevölkerung dar. Ein hoher Altenquotient zeigt an, dass der Anteil älterer Menschen in der Bevölkerung zunimmt (siehe Tabelle 8).

Der Belastungsquotient beschreibt das Verhältnis der nicht erwerbsfähigen Personen (Kinder und ältere Menschen) zur Bevölkerung im erwerbsfähigen Alter. Er errechnet sich aus allen Personen im nichterwerbsfähigen Alter je 100 Personen im erwerbsfähigen Alter. Hierbei wird im Vergleich zum Altenquotient auch die jüngere Bevölkerung eingeschlossen. Der Quotient zeigt an, wie viele nicht erwerbsfähige Personen 100 Erwerbsfähigen gegenüberstehen. Je höher der Wert, desto geringer demografisch verfügbare Versorgungskapazitäten durch Erwerbstätige pro nichterwerbsfähige Person.

In Schleswig-Holstein werden sowohl der Alten- als auch der Belastungsquotient ansteigen. Im Jahr 2024 lag der Altenquotient bei 41 und laut Vorausberechnungen wird dieser auf 55 im Jahr 2040 ansteigen. Im Jahr 2040 wird es dementsprechend 55 Personen im Alter von über 65 Jahren auf 100 erwerbsfähige Personen geben. Zusammen mit den jüngeren, nicht erwerbsfähigen Personen sind es 86 pro 100 Personen.

Ein weiterer demografischer Wert stellt der Unterstützungskoeffizient dar. Dieser verdeutlicht wie viele erwerbsfähige Menschen theoretisch für die Unterstützung einer älteren Person aufkommen können, und ergibt sich aus dem Verhältnis der Personen im erwerbsfähigen Alter zu den älteren, nicht erwerbsfähigen Personen. Der Unterstützungskoeffizient lag im Jahr 2024 im Bundesland bei zwei und bleibt bis zum Jahr 2040 voraussichtlich gleich.

*Tabelle 8: Alten-, Belastungsquotient und Unterstützungskoeffizient in **Schleswig-Holstein** 2024 und 2040*

Jahr	Altenquotient	Belastungsquotient	Unterstützungskoeffizient
2024	41	73	2
2040	55	86	2
Differenz zu 2024			
	+14	+13	0

Datengrundlage: (Statistisches Amt f.-H. , 2019; Statistikamt Nord, 2025)

Alten- und Belastungsquotient sowie Unterstützungskoeffizient im Kreis

Die Alten- und Belastungsquotienten spiegeln die Entwicklung der Anteile der Altersgruppen im Kreis bis zum Jahr 2040 wider (Abbildung 5 und Tabelle 9). Der wesentliche Anteil des erwarteten

Anstiegs bis 2040 scheint ein dem Zeitraum 2024 bis 2036 zu erfolgen, danach ist basierend auf den Daten der Bevölkerungsprognose ein leichter Rückgang zu erwarten. Im Vergleich zum Land Schleswig-Holstein ist der Netto-Anstieg dieser Koeffizienten im Kreis etwas geringer (Abbildung 5 und Tabelle 10), wohingegen der Unterstützungsquotient im Kreis vom aktuellen Wert 3 bis 2040 auf das Niveau des Landes (Unterstützungskoeffizient 2) sinken wird. Das heißt, auch im Kreis werden dann nur noch zwei Personen im erwerbsfähigen Alter einer älteren Person gegenüberstehen.

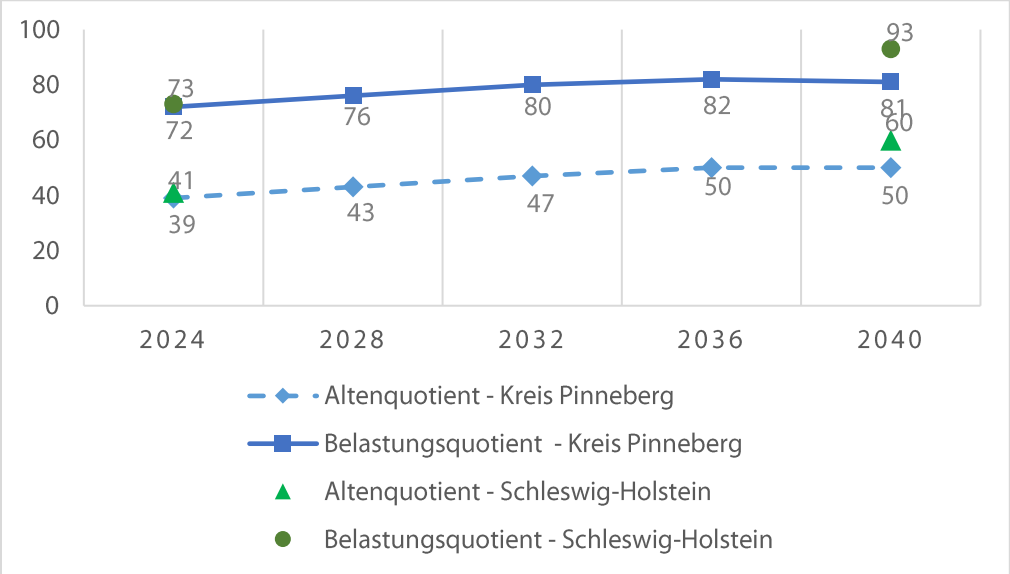


Abbildung 5: Alten- und Belastungsquotient im Kreis 2024 bis 2040 (Die grünen Linien entsprechen den Quotienten in Schleswig-Holstein)

Datengrundlage: (Rümenapp & Albrecht, 2026)

**Altenquotient: Personen 65 Jahre und älter je 100 Personen im erwerbsfähigen Alter,*

**Belastungsquotient: Personen im nicht-erwerbsfähigen Alter je 100 im erwerbsfähigen Alter*

Tabelle 9: Relativer Anteil (%) der Bevölkerung im Kreis nach Altersgruppen bis 2040

Jahr	Jüngere, nicht Erwerbsfähige *(bis unter 20 Jahre)*	Erwerbsfähige *(20 bis unter 65 Jahre)*	Alle Älteren *(65 Jahre und älter)*	Hochbetagte *(85 Jahre und älter)*
2024	18%	54%	21%	7%
2028	17%	53%	23%	7%
2030	17%	52%	25%	7%

Jahr	Jüngere, nicht Erwerbsfähige *(bis unter 20 Jahre)*	Erwerbsfähige *(20 bis unter 65 Jahre)*	Alle Älteren *(65 Jahre und älter)*	Hochbetagte *(85 Jahre und älter)*
2035	17%	51%	25%	7%
2040	16%	51%	25%	8%

Datengrundlage: (Rümenapp & Albrecht, 2026)

Tabelle 10: Vergleich der Entwicklung des Alten- und Belastungsquotienten sowie des Unterstützungskoeffizienten im Kreis und Land bis 2040

	Kreis Pinneberg	Schleswig-Holstein
	2024	**2024**
Altenquotient	39	41
Belastungsquotient	72	73
Unterstützungskoeffizient	3	2
	Differenz 2024 zu 2040	***Differenz 2024 bis 2040***
Altenquotient	+11	+14
Belastungsquotient	+9	+13
Unterstützungskoeffizient	-1	0

Kernergebnisse 3: Alten- und Belastungsquotient sowie Unterstützungskoeffizient

Kernergebnisse Alten- und Belastungsquotient sowie Unterstützungskoeffizient

Hinsichtlich der demografischen Kennzahlen werden der Altenquotient um 11 Punkte und der Belastungsquotient um 9 Punkte im Kreis bis zum Jahr 2040 zunehmen. Der Unterstützungskoeffizient wird sich im Kreis um einen Punkt von 3 auf 2 verringern und damit auf dem Niveau des gesamten Bundeslandes liegen (aktuell um 1 Punkt höher). Diese Reduktion bedeutet, dass weniger jüngere Personen im Verhältnis zu älteren Personen, epidemiologisch eher von Pflegebedürftigkeit betroffenen Personen gegenüberstehen.

5.2. Leistungsempfänger*innen der sozialen Pflegeversicherung im Jahr 2023

5.2.1. Leistungsempfänger*innen in Schleswig-Holstein

In Schleswig-Holstein waren im Jahr 2023 175.325 Personen pflegebedürftig im Sinne des SGB XI, davon wurden 68% (n=118.480) zu Hause und 19% (n=33.955) in einer stationären Langzeitpflegeeinrichtung versorgt. 81.150 Personen (46% aller Leistungsempfänger*innen) haben ausschließlich Pflegegeld bezogen (Abbildung 6).

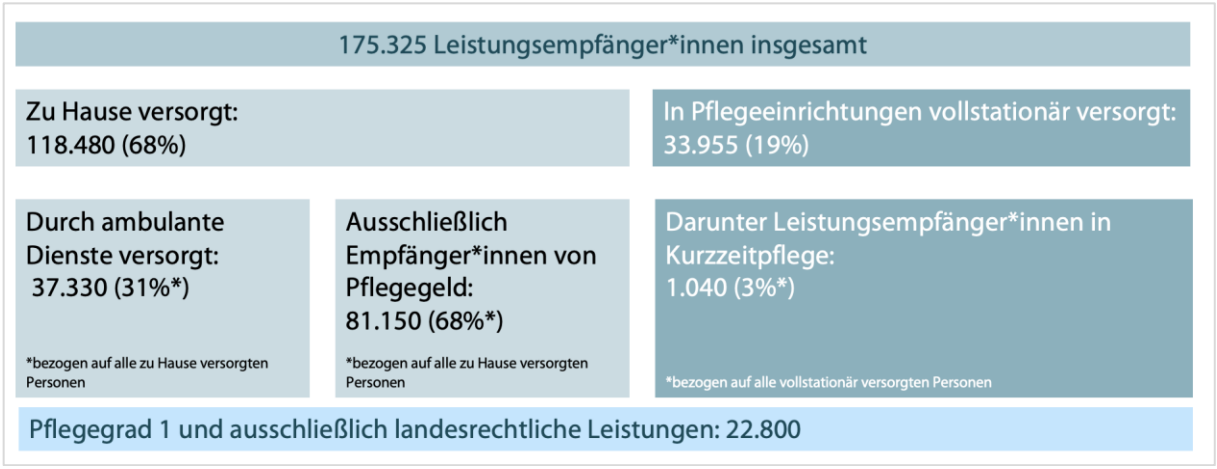


Abbildung 6: Personen mit Pflegebedarf nach Art der Versorgung in Schleswig-Holstein 2023

Datengrundlage: (Statistikamt Nord, 2026)

Es gab mehr weibliche Leistungsempfängerinnen (n=104.826, 60%) als männliche Leistungsempfänger (70.497, 40%). Die meisten Leistungsempfänger*innen gab es bei beiden Geschlechtern in der Altersgruppe der über 80-Jährigen (n=91.980, 52%). Die Pflegequote stellt den Anteil der Leistungsempfänger*innen nach dem SGB XI innerhalb einer Altersgruppe (differenziert nach Geschlecht) dar. In der Altersgruppe der unter 60-jährigen waren 2% der Männer und 1% der Frauen im Jahr 2023 pflegebedürftig. Mit zunehmendem Alter steigt der Anteil, in der Altersgruppe der über 80-Jährigen sind 31% der männlichen und 44% der weiblichen Bevölkerung pflegebedürftig (Tabelle 11).

Tabelle 11: Pflegequoten in Schleswig-Holstein 2023 (Angabe in %)

	Unter 60 Jahre	60 bis unter 70 Jahre	70 bis unter 80 Jahre	Älter als 80 Jahre
Gesamt	2%	4%	11%	39%
Weiblich	7%	1%	11%	44%

Männlich	5%	2%	4%	31%

5.2.2. Leistungsempfänger*innen im Kreis Pinneberg

Laut der Pflegstatistik 2023 waren in dem Jahr 17.129 Leistungsempfänger*innen nach SGB XI im Kreis Pinneberg, dies entspricht 5% der in 325.223 im Kreis lebenden Personen (siehe Abbildung 7). Von den 17.129 wurden 11.624 (68%) zu Hause versorgt, davon 3.278 (28%) mit Unterstützung durch ambulante Pflegedienste. 8.346 (72%) haben ausschließlich Pflegegeld erhalten.

In stationären Pflegeeinrichtungen wurden 3.271 (19%) versorgt, davon waren 120 Personen (4%) zur Kurzzeitpflege in stationärer Betreuung.

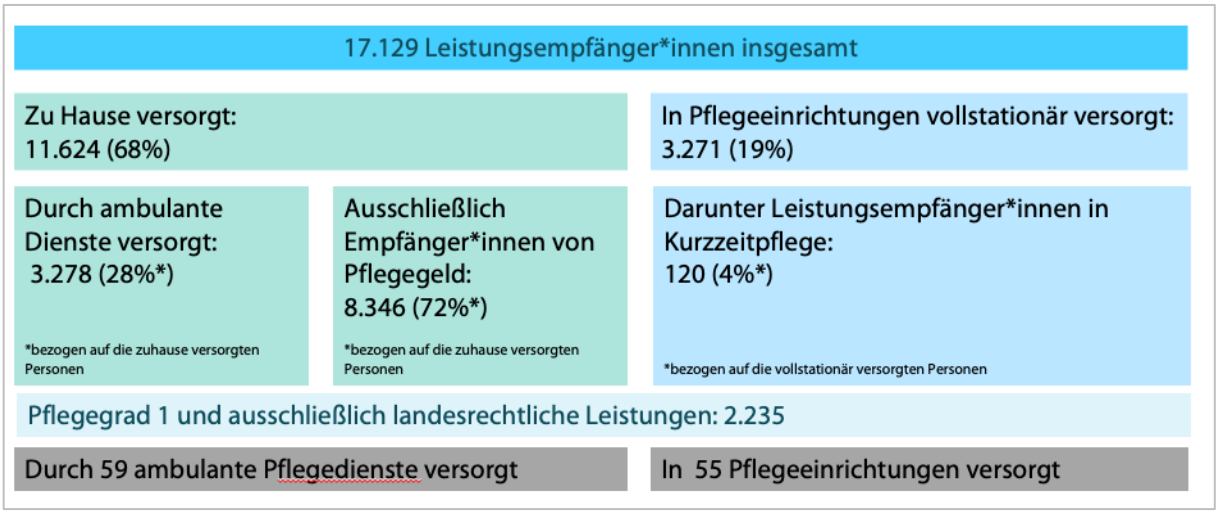


Abbildung 7: Personen mit Pflegebedarf nach Art der Versorgung im Kreis Pinneberg 2023

Datengrundlage: (Statistikamt Nord, 2026)

Mit 41% (n=7.000) und 29% (n=4.973) hatten die meisten Leistungsempfänger*innen den Pflegegrad 2 bzw. Pflegegrad 3. Einen Pflegegrad 5 hatten 4% der Leistungsempfänger*innen. Weitere 2.234 (13%) hatten einen Pflegegrad 1 und nahmen ausschließlich landesrechtliche Leistungen in Anspruch. Über die Hälfte, 60% der 17.230 Leistungsempfänger*innen waren weiblich. Bei beiden Geschlechtern lag der größte Anteil der Leistungsempfänger*innen in der Altersgruppe der über 80-Jährigen (Tabelle 12). Bezogen auf die Gesamtbevölkerung betrugen die Pflegequoten 37% unter allen über 80-Jährigen: 30% bei den Männern und 42% bei den Frauen dieser Altersgruppe (Tabelle 13).

Tabelle 12: Daten der Pflegestatistik 2024 im Kreis Pinneberg

Variable	Domäne	Kreis Pinneberg	Schleswig-Holstein
		n (%)	n (%)
Art der Versorgung	Ambulante Versorgung	3.278 (19)	37.328 (21)
	Stationäre Versorgung	3.271 (19)	33.955 (19)
	Darunter Kurzzeitpflege	120 (<1)	1.040 (<1)
	Leistungsempfänger*innen Pflegegeld	8.346 (48)	81.148 (46)
	Pflegegrad ausschl. landesrechtliche Leistungen	2.235 (13)	22.800 (13)
Grad der Pflegebedürftigkeit	**Gesamtanzahl**	**17.130 (100)**	**175.325 (100)**
	Pflegegrad 1	2.590 (15)	27.836 (16)
	Pflegegrad 2	7.000 (41)	73.807 (42)
	Pflegegrad 3	4.975 (29)	48.736 (28)
	Pflegegrad 4	1.935 (11)	18.428 (10)
	Pflegegrad 5	630 (4)	6.450 (4)
Alter und Geschlecht Weiblich	Unter 60 Jahre	1.333 (13)	14.895 (14)
	60 bis unter 70 Jahre	818 (8)	9.322 (9)
	70 bis unter 80 Jahre	1.676 (16)	17.616 (17)
	80 Jahre und älter	6.519 (63)	62.993 (60)
	Gesamt	**10.346 (100)**	**104.826 (100)**
Alter und Geschlecht Männlich	Unter 60 Jahre	1.892 (28)	20.146 (28)
	60 bis unter 70 Jahre	766 (11)	8.320 (12)
	70 bis unter 80 Jahre	1.183 (18)	13.044 (19)
	Älter als 80 Jahre		28.987 (41)
	Gesamt	**6.783 (100)**	**70.497 (100)**
Insgesamt	Unter 60 Jahre	3.225 (19)	35.041 (20)
	60 bis unter 70 Jahre	1.584 (9)	17.642 (10)
	70 bis unter 80 Jahre	2.859 (17)	30.660 (17)
	80 Jahre und älter	9.461 (55)	91.880 (53)
Anteil Leistungsempfänger*innen an Gesamtbevölkerung		**5%**	**6%**

Datengrundlage: (Statistikamt Nord, 2026)

Tabelle 13: Pflegequoten im Kreis Pinneberg 2023 (Angabe in %)

	Unter 60 Jahre	60 bis unter 70 Jahre	70 bis unter 80 Jahre	Älter als 80 Jahre
Gesamt	1%	4%	10%	37%
Weiblich	1%	4%	11%	43%
Männlich	2%	4%	9%	29%

Datengrundlage: (Statistikamt Nord, 2026)

5.3. Pflegerisches Versorgungsangebot in Schleswig-Holstein

In Schleswig-Holstein gab es im Jahr 2023 573 ambulante Pflegedienste und 693 stationäre Langzeitpflegeeinrichtungen. Von den ambulanten Pflegediensten wurden 37.330 Personen mit Pflegebedarf zu Hause versorgt. Im Mittel versorgt ein Pflegedienst rund 65 Personen mit Pflegebedarf. Der Anteil der staatlich anerkannten Altenpfleger*innen liegt bei den ambulanten Pflegediensten bei 22% und bei den stationären Langzeitpflegeeinrichtungen bei rund 20%. Der Anteil der Gesundheits- und Krankenpfleger*innen ist bei den ambulanten Diensten mit 14% deutlich höher als in den stationären Einrichtungen (rund 6%) (Tabelle 14).

Tabelle 14: Pflegerisches Versorgungsangebot im Land 2023[2]

Ambulante Pflegedienste	**573**
Gesamtanzahl der Beschäftigten*	16.145
darunter Altenpfleger*innen	3.579
darunter Gesundheits- und Krankenpflegerinnen	2.443
Stationäre Einrichtungen	**693**
Gesamtanzahl der Beschäftigen*	31.445
darunter Altenpfleger*innen	6.428
darunter Gesundheits- und Krankenpflegerinnen	1.862
Verfügbare langzeitstationäre Plätze	
Gesamtplätze	**40.802**
Vollstationäre Plätze	37.712
Plätze für Kurzzeitpflege/Plätze für teilstationäre Pflege	3.090

*Gesamtanzahl der Beschäftigten über alle Qualifikationen und Beschäftigungsverhältnisse

Datengrundlage: (Statistikamt Nord, 2026)

[2] Die Angaben beziehen sich auf die Daten aus der Pflegestatistik für Schleswig-Holstein 2023.

5.4. Pflegerisches Versorgungsangebot im Kreis

Im Jahr 2023 standen dem Kreis Pinneberg insgesamt 59 ambulante Pflegedienste zur Verfügung, aktuell sind es 93 Dienste (Stand Juli 2026). Im Mittel wurden im Jahr 2023 von einem Pflegedienst rund 55 Personen mit Pflegebedarf versorgt. Stationäre Einrichtungen gab es im Jahr 2023 55 und aktuell 47 (Stand Juli 2026). Als zusätzliches Angebot sind 13 Tagespflegeeinrichtungen gelistet, davon ist eine an eine stationäre Langzeitpflegeeinrichtung angebunden. Für die vollstationäre Pflege standen im Jahr 2023 3.636 Plätze zur Verfügung. Für die teilstationäre Pflege werden 201 Plätze 2023 angegeben, bis 2026 stieg die Zahl der Tagespflegeplätze auf 247. Aktuell gibt es 3.729 vollstationäre Plätze, davon sind 162 Plätze als eingestreute Kurzzeitpflegeplätze ausgewiesen (Stand Juli 2026). 19 ambulant betreute Wohngruppen werden überwiegend (n=11) in der Trägerschaft ambulanter Pflegedienste angeboten.

Insgesamt gibt es 4.161 Beschäftigte, davon 1.516 bei ambulanten Pflegediensten und 2.645 in stationären Einrichtungen (Tabelle 15). 59% (n=2.455) aller Beschäftigten in der pflegerischen Versorgung sind in Teilzeitbeschäftigung. Von den Beschäftigten sind 60% (n=2.519) zwischen 25 und 55 Jahre alt, 32% sind über 55 Jahre.

Tabelle 15: Pflegerisches Versorgungsangebot im Kreis 2023[3]

Ambulante Pflegedienste	**59**
Gesamtanzahl der Beschäftigten*	1.516
darunter Altenpfleger*innen	k. A.
darunter Gesundheits- und Krankenpflegerinnen	k. A.
Stationäre Einrichtungen	**55**
Gesamtanzahl der Beschäftigen*	2.645
darunter Altenpfleger*innen	k. A.
darunter Gesundheits- und Krankenpflegerinnen	k. A.
Verfügbare langzeitstationäre Plätze	
Gesamtplätze	**3.837**
Vollstationäre Plätze	3.636
Plätze für teilstationäre Pflege	201
Kurzzeitpflegeplätze	162

*Gesamtanzahl der Beschäftigten über alle Qualifikationen und Beschäftigungsverhältnisse

Datengrundlage: (Statistikamt Nord, 2026)

[3] Die Angaben beziehen sich auf die Pflegestatistik für Schleswig-Holstein 2023.

*Kernergebnisse 4: Leistungsempfänger*innen*

Kernergebnisse Leistungsempfänger*innen

In Schleswig-Holstein gab es im Jahr 2023 175.325 Leistungsempfängerinnen und Leistungsempfänger nach dem SGB XI, davon lebten 17.129 im Kreis Pinneberg. Die Pflegequoten sind im Kreis etwas niedriger als im gesamten Bundesland, wobei die höchsten Pflegequoten jeweils bei den über 80-Jährigen liegen.

In Schleswig-Holstein werden 118.480 Personen mit Pflegebedarf zu Hause (68%) versorgt, davon 37.330 mit Unterstützung eines Pflegedienstes (n=573, Stand 2023). Das entspricht der Versorgung von im Mittel rund 65 Personen mit Pflegebedarf durch einen Pflegedienst. Im Kreis Pinneberg wurden im Jahr 2023 11.624 Personen mit Pflegebedarf zu Hause versorgt (68%), davon 3.278 mit Unterstützung eines Pflegedienstes (n=59, Stand 2023). Das bedeutet, dass ein Pflegedienst im Mittel rund 55 Personen mit Pflegebedarf versorgt.

5.5. Projektion der Entwicklung des Pflegebedarfs

Entwicklung des Pflegebedarfs im Kreis

Im Jahr 2023 gab es 17.129 Personen mit Pflegebedarf, die Leistungen nach dem SGB XI erhalten haben. Dies entspricht einer Pflegequote von 5%. In Schleswig-Holstein lag die Pflegequote im Jahr 2023 bei 6% und 175.257 Leistungsempfänger*innen. Für die Berechnung der Anzahl der Leistungsempfänger*innen im Jahr 2040 wird der Anteil der Leistungsempfänger*innen im Jahr 2023 auf die Bevölkerungsprognose übertragen. Die Anzahl der Leistungsempfänger*innen wird um 2.319 (+14%) auf 19.448 zunehmen. Insbesondere in der Gruppe der 70 bis 80-Jährigen ist mit einer Zunahme von 1.308 (+46%) zu rechnen, bei den über 80-Jährigen wird es voraussichtlich 1.274 (+13%) mehr Leistungsempfänger*innen geben. Dagegen wird die Anzahl der Leistungsempfänger*innen bei den unter 70-Jährigen zurückgehen (siehe Tabelle 16 und Tabelle 17und Abbildung 8).

*Tabelle 16: Entwicklung der Anzahl der Leistungsempfänger*innen nach Altersgruppen in **Schleswig-Holstein***

Jahr	Unter 60 Jahre	60 bis unter 70 Jahre	70 bis unter 80 Jahre	80 Jahre und älter
2023	35.041	17.642	30.660	91.980
weiblich	14.895	9.322	17.616	62.993
männlich	20.146	8.320	13.044	28.987
2040	30.538	14.783	45.320	110.405
weiblich	12.871	7.519	25.647	72.846
männlich	17.816	6.773	19.300	36.073
Differenz zu 2023, absolut und relativ (%)				
gesamt	**-4.503 (-12,8%)**	**-2.859 (-16,2%)**	**+14.660 (+47,8%)**	**+18.425 (+20,0%)**
weiblich	-2.024 (-5,8%)	-1,803 (-19%)	+8.031 (+45,6%)	+9.853 (+15,6%)
männlich	-2.330 (-11,6%)	-1.547 (-18,6%)	+6.256 (+47,9%)	+7.086 (+24,4%)

*Tabelle 17: Entwicklung der Anzahl der Leistungsempfänger*innen nach Altersgruppen im **Kreis***

Jahr	Unter 60 Jahre	60 bis unter 70 Jahre	70 bis unter 80 Jahre	80 Jahre und älter
2023	3.225	1.584	2.859	9.461
weiblich	1.333	818	1.676	6.519
männlich	1.892	766	1.183	2.942
2040	3.113	1.433	4.167	10.735
weiblich	1.285	742	2.400	7.307
männlich	1.828	691	1.760	3.402
Differenz zu 2023, absolut und relativ (%)				
gesamt	**-112 (-3,5%)**	**-151 (-9,5%)**	**+1.308 (+45,7%)**	**+1.274 (+13,5%)**
weiblich	-48 (-3,6%)	-76 (-9,3%)	+724 (+43,2%)	+788 (+12,1%)
männlich	-64 (-3,4%)	-75 (-9,8%)	+577 (+48,8%)	+460 (+15,6%)

Datengrundlage: (Statistikamt Nord, 2026)

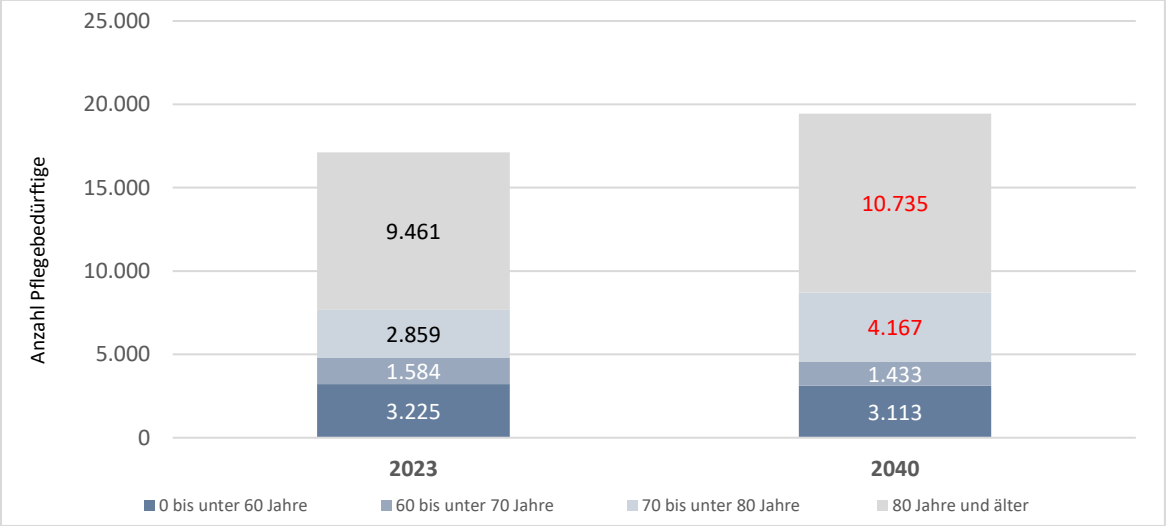


Abbildung 8: Projektion des Pflegebedarfs bis zum Jahr 2040 nach Altersgruppen im ***Kreis***
Datengrundlage: (Statistikamt Nord, 2026)

Die Projektion zeigt, dass die Zahl der Pflegegeldempfänger*innen bis 2040 in den Altersgruppen unter 70 Jahren leicht zurückgehen wird. Demgegenüber wird die Anzahl der Pflegegeldempfänger*innen im Alter von 70 bis unter 80 Jahren deutlich um rund 45 % steigen. Auch bei den 80-Jährigen und Älteren wird ein Anstieg um rund 14 % erwartet. Insgesamt verlagert sich der Bezug von Pflegegeld zunehmend auf höhere Altersgruppen, was die demografische Alterung der Bevölkerung widerspiegelt (siehe Tabelle 18).

*Tabelle 18: Entwicklung der Anzahl der **Pflegegeldempfänger*innen** nach Altersgruppen im **Kreis***

Jahr	Unter 60 Jahre	60 bis unter 70 Jahre	70 bis unter 80 Jahre	80 Jahre und älter
Weiblich				
2023	985	450	765	2.285
Pflegegrad 1	0	0	0	0
Pflegegrad 2	450	275	500	1.497
Pflegegrad 3	350	140	205	635
Pflegegrad 4	125	25	55	135
Pflegegrad 5	35	5	10	25
2040	918	423	1.110	2.609
Pflegegrad 1	0	0	0	0
Pflegegrad 2	430	261	721	1.704
Pflegegrad 3	335	133	296	723
Pflegegrad 4	120	24	79	154
Pflegegrad 5	33	5	14	28
Männlich				
2023	1.470	390	620	1.380
Pflegegrad 1	0	0	0	0
Pflegegrad 2	655	220	345	795
Pflegegrad 3	560	115	210	460
Pflegegrad 4	205	40	60	115
Pflegegrad 5	60	10	10	10
2040	1.427	364	940	1.569
Pflegegrad 1	0	0	0	0
Pflegegrad 2	631	208	519	904
Pflegegrad 3	540	109	316	523
Pflegegrad 4	198	38	90	131
Pflegegrad 5	58	9	15	11
Gesamt				
2023	2.460	840	1.385	3.670
2040	2.345	787	2.050	4.178

Jahr	Unter 60 Jahre	60 bis unter 70 Jahre	70 bis unter 80 Jahre	80 Jahre und älter
Differenz zu 2023, absolut und relativ (%)				
Gesamt	**-115 (-4,7%)**	**-53 (-6,3%)**	**+665 (+48%)**	**+508 (+13,8%)**
Weiblich	-67 (-6,8%)	-27 (-6,0%)	+345 (+45,1%)	+324 (+14,2%)
Männlich	-43 (-2,9%)	-26 (-6,7%)	+320 (+51,6%)	+189 (+13,7%)

Auch bei den ambulanten Pflegeleistungen ist bis 2040 ein leichter Rückgang der Leistungsempfänger*innen unter 70 Jahren zu erwarten. Gleichzeitig steigt die Zahl der ambulant versorgten Personen ab 70 Jahren deutlich an. Relativ betrachtet wächst die Altersgruppe der 70- bis unter 80-Jährigen Leistungsempfänger*innen mit einem moderaten Zuwachs von +229 Personen (+45%) am stärksten. Dies verdeutlicht die zunehmende Bedeutung ambulanter Versorgungsangebote für ältere Menschen (siehe Tabelle 19).

*Tabelle 19: Entwicklung der Anzahl der **Leistungsempfänger*innen ambulant** nach Altersgruppen im **Kreis***

Jahr	Unter 60 Jahre	60 bis unter 70 Jahre	70 bis unter 80 Jahre	80 Jahre und älter
Weiblich				
2023	100	125	335	1.600
Pflegegrad 1	10	15	40	185
Pflegegrad 2	45	45	140	795
Pflegegrad 3	20	40	105	465
Pflegegrad 4	15	15	35	130
Pflegegrad 5	0	15	15	35
2040	86	123	474	1.793
Pflegegrad 1	10	14	57	211
Pflegegrad 2	43	43	202	905
Pflegegrad 3	19	38	151	529
Pflegegrad 4	14	14	50	148

Jahr	Unter 60 Jahre	60 bis unter 70 Jahre	70 bis unter 80 Jahre	80 Jahre und älter
Pflegegrad 5	0	14	22	40
Männlich				
2023	120	105	175	720
Pflegegrad 1	10	10	15	60
Pflegegrad 2	55	40	75	320
Pflegegrad 3	35	25	55	225
Pflegegrad 4	5	25	25	80
Pflegegrad 5	15	5	5	35
2040	116	100	265	819
Pflegegrad 1	10	9	23	68
Pflegegrad 2	53	38	113	364
Pflegegrad 3	34	24	83	256
Pflegegrad 4	5	24	38	91
Pflegegrad 5	14	5	8	40
Gesamt				
2023	220	230	510	2.320
2040	202	223	739	2.612
Differenz zu 2023, absolut und relativ (%)				
Gesamt	**-8 (-3,6%)**	**-7 (-3,0%)**	**+229 (+44,9%)**	**+292 (+12,6%)**
Weiblich	-1(-14%)	-2 (-1,6%)	+139(+41,5%)	+193 (+12,1%)
Männlich	-4 (-3,6%)	-5 (-4,8%)	+90 (+51,4%)	+99 (+13,7%)

Für die Anzahl der stationären Leistungsempfänger*innen ist für die jüngeren Altersgruppen ebenfalls ein leichter Rückgang zu erwarten. Demgegenüber zeigt die Projektion für die Altersgruppe der 70- bis unter 80-Jährigen einen deutlichen Anstieg um fast die Hälfte (47 %) an. Auch unter den Hochaltrigen (80 Jahre und älter) wird die Zahl der stationär versorgten Personen wahrscheinlich um

knapp 14 % ansteigen. Die Ergebnisse weisen auf einen wachsenden Bedarf an stationären Pflegeplätzen infolge der alternden Bevölkerung hin (siehe Tabelle 20).

*Tabelle 20: Entwicklung der Anzahl der **stationären Leistungsempfänger*innen (exkl. KZP)** nach Altersgruppen im **Kreis***

Jahr	Unter 60 Jahre	60 bis unter 70 Jahre	70 bis unter 80 Jahre	80 Jahre und älter
Weiblich				
2023	40	100	290	1.770
Pflegegrad 1	0	0	0	0
Pflegegrad 2	5	20	50	410
Pflegegrad 3	10	35	120	775
Pflegegrad 4	15	25	90	445
Pflegegrad 5	0	20	35	145
2040	38	95	418	2.015
Pflegegrad 1	0	0	0	0
Pflegegrad 2	5	19	72	467
Pflegegrad 3	10	33	173	878
Pflegegrad 4	14	24	130	506
Pflegegrad 5	0	19	50	165
Männlich				
2023	75	150	210	500
Pflegegrad 1	0	0	5	0
Pflegegrad 2	10	25	50	110
Pflegegrad 3	15	45	80	205
Pflegegrad 4	15	55	50	130
Pflegegrad 5	25	20	20	40
2040	72	142	316	568

Jahr	Unter 60 Jahre	60 bis unter 70 Jahre	70 bis unter 80 Jahre	80 Jahre und älter
Pflegegrad 1	0	0	8	0
Pflegegrad 2	10	24	75	125
Pflegegrad 3	14	43	120	233
Pflegegrad 4	14	52	75	148
Pflegegrad 5	24	19	30	45
Gesamt				
2023	115	250	500	2.270
2040	110	237	734	2.583
Differenz zu 2023, absolut und relativ (%)				
	-5 (-4,3%)	**-13 (-5,4%)**	**+234 (+47%)**	**+313 (+13,8%)**
Weiblich	-2 (-5%)	-5 (-5%)	+128 (+44,1%)	+245 (+13,8%)
Männlich	-3 (-7,5%)	-8 (5,3%)	+106 (50,4%)	+68 (+13,6%)

Für die Kurzzeitpflege werden ausschließlich in den höheren Altersgruppen steigende Fallzahlen projiziert. Während sich die Zahl der Leistungsempfänger*innen unter 70 Jahren voraussichtlich kaum verändern wird, wird sie bei den 70- bis unter 80-Jährigen nach den Maßstäben des verwendeten Szenarios wahrscheinlich um rund 47 % und bei den 80-Jährigen und Älteren um 13 % steigen. Dies verdeutlicht die zunehmende Bedeutung der Kurzzeitpflege als ergänzende Unterstützungsleistung für ältere Menschen mit Pflegebedarf und ihre Angehörigen (siehe Tabelle 21).

*Tabelle 21: Entwicklung der Anzahl der Leistungsempfänger*innen in der **Kurzzeitpflege** im **Kreis***

Jahr	Unter 60 Jahre	60 bis unter 70 Jahre	70 bis unter 80 Jahre	80 Jahre und älter
2023	0	5	15	90
2040	0	5	22	102
Differenz zu 2023, absolut und relativ (%)				
	-	-	+7	+12

*Kernergebnisse 5: Entwicklung der Anzahl der Leistungsempfänger*innen*

Kernergebnisse Entwicklung der Anzahl der Leistungsempfänger*innen

Im Kreis Pinneberg wird die Anzahl der Leistungsempfänger*in, die Leistungen des SGB XI in Anspruch nehmen, in den Altersgruppen ab 70 Jahren ansteigen. Die Anzahl der Leistungsempfänger*innen unter 70 Jahre werden voraussichtlich bis zum Jahr 2040 sinken. Relativ betrachtet wird die Gruppe der 70 bis unter 80-Jährigen am stärksten zunehmen (+45,7%, n=+1.308). In Schleswig-Holstein entwickeln sich die Zahlen in den Altersgruppen ähnlich. Absolut betrachtet wird die Zahl der Leistungsempfänger*innen in der Altersgruppe ab 80 Jahre am stärksten zunehmen (n=+18.425), relativ betrachtet ergibt sich eine Steigerung von rund 20%. Die Gruppe der 70 bis unter 80-Jährigen wird voraussichtlich um rund 48% steigen (n=+14.660). Davon gibt es eine Steigerung bei den Frauen von 8.031 Personen (+45,6%) und bei den Männern von 6.256 Personen (+47,9%). Innerhalb der Versorgungsbereiche wird die Anzahl der Pflegegeldempfänger*innen bei den über 70-Jährigen am stärksten zunehmen (70 bis unter 80: +651 (+47%); 80 Jahre und älter: +505 (+13,8%)). In den Altersgruppen unter 70 Jahre wird in allen Versorgungsbereichen ein Rückgang der Leistungsempfänger*innen erwartet.

5.6. Ergebnisse der Bestandsaufnahme

5.6.1. Online-Befragung

Insgesamt wurden 47 stationäre Langzeitpflegeeinrichtungen, 19 besondere Wohnformen, 22 Wohnen mit Service, 87 ambulante Pflegedienste und 13 Tagespflegeeinrichtungen sowie 76 Senioren- und Alltagsbetreuende per E-Mail angeschrieben und um Teilnahme gebeten. Durchschnittlich erhielt die Online-Befragung einen Rücklauf von 32 % (Tabelle 22). Damit lag die Rücklaufquote leicht über Quoten, die aus anderen Online-Befragungen von ambulanten, stationären und teilstationären Einrichtungen und Diensten in der Pflege berichtet sind (Spannweite <10–30% (an der Heiden, Bernhard, & Grundmann, 2026; Wolf-Ostermann , et al., 2020).

Am niedrigsten war der Rücklauf mit 16% unter den angeschriebenen Akteuren für besondere Wohnformen, am höchsten unter den Einrichtungen der Tagespflege (62%). Auf Aspekte der Repräsentativität der ermittelten Ergebnisse wird in den nachfolgenden Abschnitten pro Versorgungsbereich und der anschließenden Zusammenfassung eingegangen.

Tabelle 22: Rücklauf der Akteure in der Online-Befragung

Akteure in der Pflege	Stationäre Einrichtungen	Ambulante Pflegedienste	Tagespflege	Besondere Wohnformen	Alltags- und Seniorenbetreuung nach § 45a SGB XI	Wohnen mit Service
angeschrieben	47	87	13	19	76	22
erreicht	41	84	13	19	63	21
Teilnahme begonnen	25	56	9	4	25	6
Vollständig ausgefüllt	18 44%*	26 31%*	8 62%*	3 16%*	17 22%*	4 19%*

*bezogen auf die erreichten Einrichtungen (exklusive Anbieter mit z. B. ungültigen Kontaktadressen)

Verteilung der Angebotsstrukturen je nach Betrachtungsraum

Abbildung 9 stellt die räumliche Verteilung der im Rahmen der Online-Befragung erfassten Versorgungsangebote in den sieben Betrachtungsräumen des Kreises Pinneberg dar. Berücksichtigt wurden die Versorgungsformen ambulante Pflege, stationäre Pflege, Tagespflege, besondere Wohnformen, Wohnen mit Service sowie Alltags- und Seniorenbetreuung nach § 45a SGB XI. Insgesamt flossen 117 Angaben in die Auswertung ein. Da Mehrfachantworten möglich waren, konnten einzelne Einrichtungen mehreren Versorgungsformen und Betrachtungsräumen[4] zugeordnet werden. Die dargestellten Ergebnisse basieren ausschließlich auf den Angaben der an der Online-Befragung teilnehmenden Einrichtungen und bilden somit nicht die vollständige Versorgungslandschaft im Kreis Pinneberg ab.

[4] Demografiedaten Stand 2023 Einwohner*innen pro Quadratkilometer nach Betrachtungsraum im Kreis Pinneberg (505) in Schleswig Holstein (187): Elmshorn (401); Barmstedt (198); Quickborn (381); Pinneberg (895); Tornesch-Uetersen (557); Wedel (454); Helgoland (309) (Kreis Pinneberg, 2026c)

Die ambulante Pflege stellt mit 56 Angaben die am häufigsten vertretene Versorgungsform dar. Für den Betrachtungsraum Pinneberg (n=28) waren die meisten ambulanten Pflegedienste zu verzeichnen, gefolgt von Elmshorn (n=17) und Wedel (n=16). Die Betrachtungsräume Quickborn (n=6) und Helgoland (n=2) wurden von den wenigsten ambulanten Pflegediensten als Einzugsgebiet genannt.

Insgesamt konnten von 20 stationären Pflegeeinrichtungen Angaben zu ihrem Standort erfasst werden. Die meisten Einrichtungen entfallen auf den Betrachtungsraum Pinneberg (n=11), gefolgt von Elmshorn (n=5) und Barmstedt (n=3). Für die Betrachtungsräume Wedel, Tornesch-Uetersen und Helgoland nahm keine stationäre Einrichtung an der Befragung teil.

Es konnten insgesamt acht Angaben aus der Online-Befragung zum Standort der Tagespflege erfasst werden. Davon entfallen vier Einrichtungen auf den Betrachtungsraum Pinneberg, drei auf Tornesch-Uetersen und eine auf Barmstedt. Für die anderen Betrachtungsräume liegen keine Angaben von bzw. zu Tagespflegeeinrichtungen vor.

Zu besonderen Wohnformen wurden ausschließlich Angaben von Anbietern im Betrachtungsraum Pinneberg (n=3) gemacht. Die fünf Anbieter im Bereich Wohnen mit Service, die an der Online-Befragung teilgenommen haben, verteilen sich auf Elmshorn (n=2) sowie jeweils ein Angebot in Pinneberg, Barmstedt und Tornesch-Uetersen.

Im Bereich der Alltags- und Seniorenbetreuung nach § 45a SGB XI wurden 25 Angebote in der Online-Befragung erfasst. Auch hier zeigt sich eine deutliche Konzentration auf den Betrachtungsraum Pinneberg (n=14), gefolgt von Wedel (n=9) und Elmshorn (n=8). Für Barmstedt und Helgoland wurde ein bzw. kein Angebot erfasst.

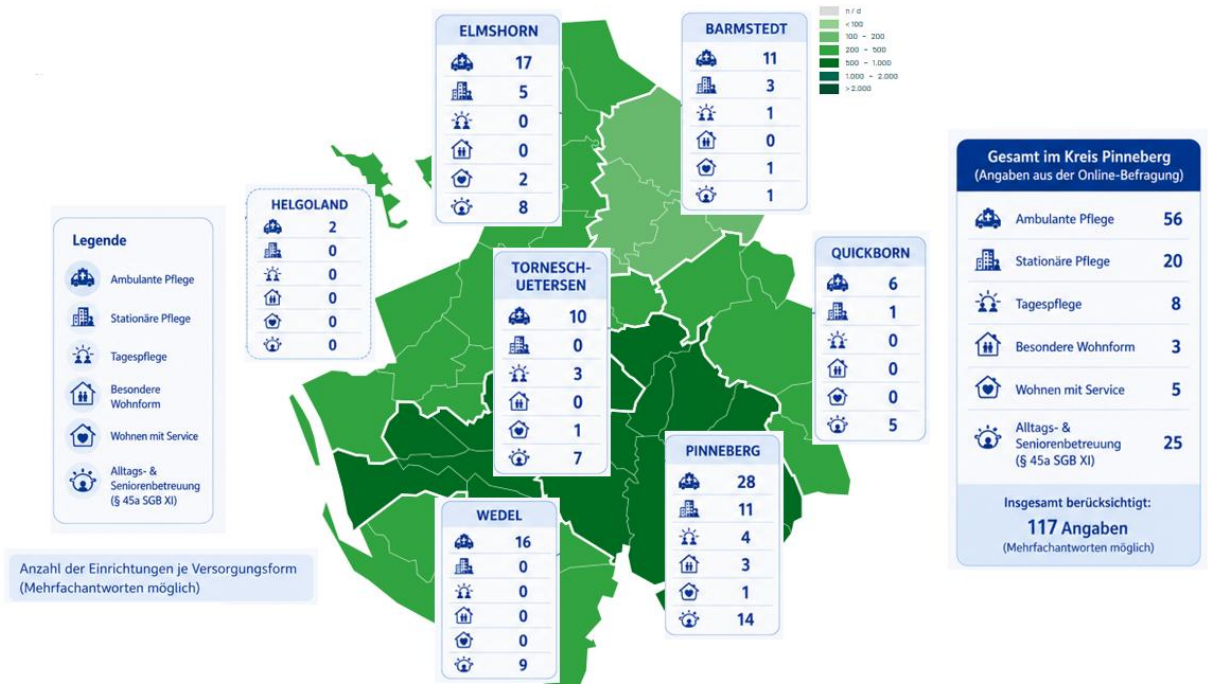


*Abbildung 9: Verteilung der im Rahmen der Online-Befragung erfassten Versorgungsangebote nach Betrachtungsräumen im Kreis Pinneberg**

*Demografiedaten, Einwohner*innen pro Quadratkilometer 2023 nach Betrachtungsraum; Quelle: (Kreis Pinneberg, 2026c)

Kernergebnisse 6: Online-Befragung Versorgungsangebote

Kernergebnisse Verteilung der im Rahmen der Online-Befragung erfassten Versorgungsangebote nach Betrachtungsräumen im Kreis Pinneberg

Die im Rahmen der Online-Befragung erfassten Versorgungsangebote konzentrieren sich in allen Formen pflegerischer Unterstützung mit Ausnahme von Wohnen mit Service auf den Betrachtungsraum Pinneberg. Ebenfalls bei mehreren Versorgungsformen relativ häufig vertretene Betrachtungsräume sind Elmshorn (ambulante Pflege, stationäre Pflegeeinrichtungen, Wohnen mit Service und Alltags- und Seniorenbetreuung nach § 45a SGB XI), Wedel (ambulante Pflege und Alltags- und Seniorenbetreuung nach § 45a SGB XI) und Barmstedt (stationäre Pflegeeinrichtungen, Tagespflege, Wohnen mit Service).

Angaben zur ambulanten Pflege ist die einzige Versorgungsform, für die Angaben von Akteuren in allen sieben Betrachtungsräumen vorliegen, wobei neben Pinneberg insbesondere Elmshorn und Wedel häufig als Einzugsgebiet der teilnehmenden Akteure genannt wurden. Andere Angebotsformen sind räumlich deutlich stärker konzentriert: Angaben zu besonderen Wohnformen wurden ausschließlich in Pinneberg

erfasst, während Wohnen mit Service nur in vier Betrachtungsräumen genannt wurde. In Helgoland agieren zwei ambulante Pflegedienste.

Insgesamt zeigt sich damit eine räumlich ungleiche Verteilung der erfassten pflegerischen und unterstützenden Angebote, wobei die Ergebnisse eine gewisse Konzentration in den Betrachtungsräumen Pinneberg, Elmshorn, Wedel und Barmstedt. Diese Angebotsvielfalt und -dichte scheint nur begrenzt mit der Bevölkerungsdichte im Zusammenhang zu stehen, teils korrespondiert sie jedoch mit Altenquotienten der Betrachtungsräume (am höchsten in Betrachtungsräumen Barmstedt und Wedel. Zu berücksichtigen ist, dass die Ergebnisse ausschließlich auf den Angaben der Online-Befragung beruhen und daher keine vollständige Bestandsaufnahme der Versorgungsstruktur im Kreis Pinneberg darstellen.

Stationäre Einrichtungen

Insgesamt haben initial 20 der 41 erreichten Einrichtungen an der Befragung teilgenommen. Die Einrichtungen lagen in den Betrachtungsräumen Pinneberg (n=11), Elmshorn (n=5), Barmstedt (n=3) und Quickborn (n=1). Ein Fragebogen wurde für zwei stationäre Pflegeeinrichtungen zusammen ausgefüllt. Von einer Einrichtung wurde die Befragung nicht abgeschlossen, die gültige Stichprobe umfasste demzufolge 19 Pflegeeinrichtungen.

Anzahl Bewohnende

Im Median betreuen die 19 Einrichtungen 95 Bewohnende (Min;Max 12;136) und sind daher etwas größer als es basierend auf der Pflegestatistik des Kreises (mittlere Anzahl von Bewohnenden pro Einrichtung n=70) zu erwarten wäre. Das heißt, tendenziell haben eher größere Einrichtungen an der Befragung teilgenommen.

Den größten Anteil der Bewohnenden stellen Personen mit Pflegegrad 3 (Median: 31), gefolgt von Pflegegrad 2 (Median: 25) und Pflegegrad 4 (Median: 22). Bewohnende mit Pflegegrad 1 (Median: 2) und Pflegegrad 5 (Median: 4) sind deutlich seltener vertreten. Diese Verteilung entspricht der Verteilung der Pflegegrade unter Bewohnenden in stationären Pflegeeinrichtungen im Kreis Pinneberg/Land Schleswig-Holstein gemäß Pflegestatistik. Die Spannweiten und Interquartilsabstände zeigen erhebliche Unterschiede zwischen den Einrichtungen hinsichtlich ihrer Größe sowie der Verteilung der Pflegegrade (Tabelle 23). Im Median 7 Bewohnende aus Hamburg wohnen derzeit in den Einrichtungen (Min; Max: 0; 41); d. h, weniger als 10 % aller Bewohnenden der Einrichtungen.

Tabelle 23: Anzahl Bewohnende nach Pflegegrad stationäre Pflege (n=19 Pflegeeinrichtungen)

	Bewohnende gesamt	Pflegegrad 1	Pflegegrad 2	Pflegegrad 3	Pflegegrad 4	Pflegegrad 5	Bewohnende aus anderen Kreisen/ Bundesländern
Median	95	0	29	34	22	4	7
Min;Max	12;136	0;34	2;59	2;62	5;47	0;31	0;41
IQR	63;109	0;1	11;34	18;39	9;34	3;8	3;20

IQR = Interquartilsabstand; Maß für die Streuung, gibt den Wertebereich an, auf den sich die mittleren 50 % der Stichprobe verteilen.

Warteliste

Elf der 19 Einrichtungen gaben an, derzeit eine Warteliste für die Neuaufnahme pflegebedürftiger Menschen zu führen: fünf Einrichtungen im Betrachtungsraum Pinneberg, drei Einrichtungen im Betrachtungsraum Elmshorn, zwei Einrichtungen im Betrachtungsraum Barmstedt und eine Einrichtung im Betrachtungsraum Quickborn. Auf der Warteliste wurden im Median 20 Bewohnende

(Min;Max: 0;96) gelistet. Als häufigste Gründe für die Warteliste wurden strukturelle bzw. systembedingte Gründe (z. B. Personalmangel), hohe Nachfrage oder strategische Gründe (Personen lassen sich z. B. vorsorglich eintragen.) genannt.

Kurzzeitpflege

Von den 19 teilnehmenden Einrichtungen bieten 17 Einrichtungen insgesamt 41 Kurzzeitpflegeplätze an, im Median 4 je Einrichtung. Die Einrichtungen haben sich auf folgende Betrachtungsräume verteilt: (1) Pinneberg n=4, (2) Elmshorn n=4, (3) Barmstedt n=2 und (4) Quickborn n=1. Die maximale Anzahl an Kurzzeitpflegeplätzen pro Einrichtung wurde mit 16 Plätzen angegeben, die geringste Zahl beträgt 1 Platz (IQR: 1;5).

Laut selbstberichteten Angaben der Einrichtungen wurde die Kurzzeitpflege in den letzten zwölf Monaten am häufigsten nach einem Krankenhausaufenthalt (n=17) oder aufgrund des Ausfalls der pflegenden Personen im häuslichen Umfeld (n=12) in Anspruch genommen. Zehn Einrichtungen gaben an, dass die Kurzzeitpflege im Vorfeld zum Übergang in die stationäre Langzeitpflege genutzt wurde. In sechs Einrichtungen wurden über 80% der Kurzzeitpflegegäste in die stationäre Langzeitpflege übernommen.

Sieben Einrichtungen gaben an, dass lediglich ein bis zehn Prozent der Kurzzeitpflegegäste in die eigene Häuslichkeit zurückkehren. Die Kurzzeitpflegekapazitäten waren laut eigener Angabe der Einrichtungen im Median zu 96% (IQR: 80;100) in den letzten 12 Monaten ausgelastet. Für die Kurzzeitpflege wurde von fünf Einrichtungen zum Befragungszeitpunkt eine Warteliste mit im Median 10 Personen (Min; Max: 4; 20) geführt.

Spezialisierte Versorgungsbereiche

Eine Einrichtung bietet spezialisierte Versorgung für Kurzzeitpflege, eine für jüngere Schwerstpflegebedürftige, eine für Menschen mit neurologischen Erkrankungen und drei der teilnehmenden Einrichtungen bieten spezielle Versorgungskonzepte für Menschen mit Demenz an. Zusätzlich wurde von zwei weiteren Einrichtungen angegeben, dass sie nicht nur spezielle Angebote für Menschen mit Demenz anbieten, jedoch einen hohen Anteil von Menschen mit Demenz und kognitiven Einschränkungen betreuen.

Beschäftigte und offene Stellen

Elf der 19 Einrichtungen, also mehr als jede zweite Einrichtung, gaben an, offene Stellen für Pflegefachpersonen zu haben: sechs Einrichtungen im Betrachtungsraum Pinneberg, drei Einrichtungen

im Betrachtungsraum Elmshorn und zwei Einrichtungen im Betrachtungsraum Barmstedt. Zehn Einrichtungen haben im Median rund vier offene Stellen für Pflegefachpersonen (IQR 2;5, eine Einrichtung mit fehlenden Angaben). Das heißt, mehr als jede zweite Einrichtung, die an der Befragung teilnahm, hatte zum Befragungszeitpunkt vier unbesetzte Stellen im Bereich Pflegefachpersonal.

Fünf von 11 Einrichtungen gaben zudem an, im Median zwei offene Stellen für weitere Qualifikationen für Pflege, Betreuung und Haushalt (IQR: 1;4) zu haben.

Bedarf für Qualifikationen und Weiterbildungen

Sieben Einrichtungen schätzen einen Bedarf für bestimmte Qualifikationen oder Weiterbildungen ein. Am häufigsten (n=5) waren es pflegefachliche Qualifikationen wie z. B. Notfallmanagement oder Praxisanleitung. In Bezug auf heilkundliche Tätigkeiten nach § 63 Abs. 3c SGB V wurde am häufigsten das Thema Demenz (n=6) angegeben. Als weitere Themen wurden Schmerzmanagement (n=3) und Chronischen Wunden (n=3) genannt.

Kernergebnisse 7: Online-Befragung der Einrichtungen stationärer Langzeitpflege

Kernergebnisse Online-Befragung: stationäre Langzeitpflege

Die 19 von der Befragung erfassten Einrichtungen mit gültigen Antworten betreuen im Median 95 Bewohnende. Damit sind die Einrichtungen in der Stichprobe etwas größer als erwartet. Die Verteilung des Pflegegrads entspricht jedoch der Pflegestatistik (Dominanz von Pflegegrad 3, gefolgt von Pflegraden 2 und 4 mit etwa identischen Anteilen) und lässt auf eine in dieser Hinsicht repräsentative Stichprobe schließen.

In 11 von 19 Einrichtungen besteht derzeit eine Warteliste für Neuaufnahmen, auf der im Median 20 Personen stehen. 17 Einrichtungen bieten insgesamt 41 Kurzzeitpflegeplätze an. Die Kurzzeitpflege wird insbesondere nach Krankenhausaufenthalten oder bei Ausfall pflegender Angehöriger genutzt; zugleich zeigt sich eine hohe Auslastung von im Median 96 % der Plätze, wobei die Mehrheit berichtet, dass auf die Kurzzeitpflege überwiegend der ständige Einzug in die Langzeitpflegeeinrichtung erfolgt. Dies legt nahe, dass die Kurzzeitpflegeangebote eher als Brücke in die stationäre Pflege genutzt werden, weniger als Angebot zur Vermeidung eines solchen Übergangs.

Ein weiteres zentrales Ergebnis ist der bestehende Fachkräftebedarf: Über die Hälfte der Einrichtungen (11 von 19) hatten zum Befragungszeitpunkt offene Stellen für im Median vier Pflegefachpersonen. Sowohl die Wartelisten als auch der ungedeckte Bedarf an Pflegefachpersonen betreffen vor allem Einrichtungen in den Betrachtungsräumen Pinneberg, Elmshorn und Barmstedt, darunter mit Pinneberg und Barmstedt zwei Betrachtungsräume mit einem zugleich relativ hohen Altenquotienten.

Kernergebnisse Online-Befragung: stationäre Langzeitpflege

Einzelne Einrichtungen bieten spezialisierte Versorgungen an, insbesondere für Menschen mit Demenz. Teilweise wurde zusätzlicher Qualifikationsbedarf für die Pflegefachpersonen angegeben, insbesondere im Bereich Demenz sowie bei Themen wie Notfallmanagement, Praxisanleitung, Schmerzmanagement und chronischen Wunden.

Insgesamt verdeutlichen die Ergebnisse eine hohe Auslastung und Nachfrage nach stationären und kurzzeitpflegerischen Angeboten. Zugleich bestand bei über 50 % der teilnehmenden Einrichtungen zum Befragungszeitraum ungedeckter Personalbedarf, vor allem im Bereich Pflegefachpersonal.

Ambulante Pflege

Die 56 Pflegedienste, die an der Befragung anfänglich teilgenommen haben, agieren primär in den Betrachtungsräumen (Mehrfachantworten möglich) Pinneberg (n=28), Elmshorn (n=17) und Wedel (n=16). Weniger dieser Pflegedienste sind in den Betrachtungsräumen Barmstedt (n=11), Tornesch-Uetersen (n=10), Quickborn (n=6) und Helgoland (n=2) aktiv.

Von 54 Pflegediensten, die entsprechende Angaben gemacht haben, arbeiten rund 75% in einem Einzugsbereich von maximal 20 km (Abbildung 10). Zudem gaben 19 der 54 Pflegedienste (35%) an, dass sie auch Personen außerhalb des Kreises Pinneberg versorgen. Im Median werden 16 (IQR 16;54) Klienten aus anderen Kreisen oder Bundesländern betreut.

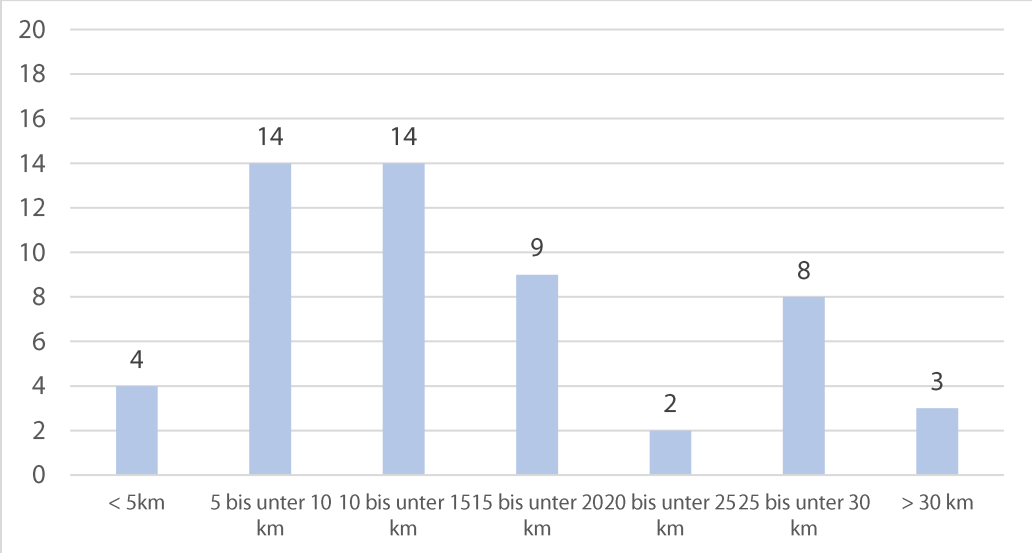


Abbildung 10: Einzugsbereich ambulanter Pflegedienste im Kreis Pinneberg (n=54, für 2 Dienste Angaben fehlend)

Anzahl Menschen mit Pflegebedarf

Insgesamt konnten zu diesem Aspekt Daten von 30 bzw. 31 ambulanten Pflegediensten ausgewertet werden. Diese Pflegedienste versorgten zum Befragungszeitpunkt im Median 46 (IQR 16;73) mit Leistungen des SGB XI (Soziale Pflegeversicherung) sowie 18 (IQR 4;55) Personen ausschließlich mit Leistungen nach SGB V (Gesetzliche Krankenversicherung). Die mediane Anzahl der versorgten Personen mit SGB XI-Leistungen liegt etwas unterhalb des laut Pflegestatistik zu erwartenden Mittelwerts von 56 versorgten Personen pro Pflegedienst. Der breite IQR und die großen Spannweiten (5–271) von versorgten Personen verdeutlichen erhebliche Unterschiede zwischen den ambulanten Pflegediensten (Tabelle 24).

Die meisten der ambulant versorgten Personen mit Pflegebedarf hatten zum Befragungszeitpunkt den Pflegegrad 2 (Median 21), gefolgt von im Median 10 Personen mit Pflegegrad 3. Personen mit Pflegegrad 1 (Median 4, ca. oder Pflegegrad 4 oder 5 machen den Angaben der Pflegedienste zufolge im Median einen deutlich geringeren Teil der ambulant versorgten Personengruppen aus. Die Verteilung korrespondiert mit der Verteilung der Pflegegrade unter den Personen mit Inanspruchnahme von Sachleistungen des SGB XI in Schleswig-Holstein (Statistikamt Nord, Pflegestatistik Schleswig-Holstein 2023 Kreis Pinneberg, 2026), was für die Repräsentativität der Stichprobe spricht.

Tabelle 24: Anzahl ambulant versorgter Personen differenziert nach Pflegegrad (n=31 Pflegedienste)

	Gesamt (private und soziale Pflegeversicherung)*	**Pflegegrad 1**	**Pflegegrad 2**	**Pflegegrad 3**	**Pflegegrad 4**	**Pflegegrad 5***	**Ausschließlich SGB V Leistungen***
Median	46	4	21	10	4	1	18
Min;Max	5;271	0;50	0;156	0;73	0;22	0;11	0;105
IQR	16;73	0;11	8;31	5;27	1;6	0;3	4;55

IQR = Interquartilsabstand; Maß für die Streuung, gibt den Wertebereich an, auf den sich die mittleren 50 % der Stichprobe verteilen.

**fehlende Angaben für n=1 Pflegedienst.*

Inanspruchnahme ambulanter Leistungen (exklusive Leistungen zur Unterstützung im Alltag nach § 45a SGB XI)

Insgesamt 29 ambulante Pflegedienste machten Angaben zur Art der in Anspruch genommenen Leistungen. Am häufigsten genannt wurden Pflegeberatungen nach § 37 SGB XI (Median: Inanspruchnahme von 35 Personen), gefolgt von häuslicher Krankenpflege nach § 37 SGB V (Median: Inanspruchnahme von 20 Personen) und Pflegesachleistungen nach § 36 SGB XI (Median: Inanspruchnahme von 13 Personen). Kombinationsleistungen nach § 38 SGB XI (Median: Inanspruchnahme von 4 Personen) sowie Verhinderungspflege nach § 39 SGB XI (Median: Inanspruchnahme von 3 Personen) werden demnach deutlich seltener erbracht. Große IQR und Spannweiten, insbesondere bei den Pflegeberatungen und den Pflegesachleistungen nach § 36 bzw. 38 SGB XI, weisen auf erhebliche Unterschiede im Leistungsumfang der ambulanten Pflegedienste hin (Tabelle 25).

Tabelle 25: Anzahl ambulant versorgter Personen differenziert nach Art der in Anspruch genommenen Leistungen (n=29 Pflegedienste)

	Pflegeberatung nach § 37 SGB XI (n=29)	Pflegesachleistungen nach § 36 SGB XI (n=29)	Kombinationsleistungen nach § 38 SGB XI (n=29)	häusliche Krankenpflege nach § 37 SGB V (n=29)	Verhinderungspflege nach § 39 SGB XI (n=29)
Median	35	13	4	20	3
Min;Max	0;200	0;238	0;67	0;130	0;101
IQR	5;71	4;51	0;20	1;5	1;5

IQR = Interquartilsabstand; Maß für die Streuung, gibt den Wertebereich an, auf den sich die mittleren 50 % der Stichprobe verteilen.

Warteliste

Ebenfalls 29 Pflegediensten machten Angaben zu vorhanden Wartelisten. Fünf, d. h. knapp ein Sechstel, gaben an, aktuell eine Warteliste für die Neuaufnahme pflegebedürftiger Menschen zu führen. Die Pflegedienste mit Warteliste sind in den Betrachtungsräumen Pinneberg und Elmshorn (jeweils 3 Pflegedienste) sowie Wedel und Tornesch-Uetersen (jeweils 1 Pflegedienst) aktiv (Mehrfachantworten möglich). Die größten Wartelisten bestehen für sonstige Leistungen (Median: 5 Personen) sowie für Pflegesachleistungen nach § 36 SGB XI (Median: 3 Personen). Für die Verhinderungspflege nach § 39 SGB XI befinden sich im Median 2 Personen auf der Warteliste (Tabelle 26). Als Gründe für

die Aufnahme von Personen in eine Warteliste wurden angegeben: Kapazitätsprobleme und Personalengpässe (4 Pflegedienste), die hohe Nachfrage bzw. der regionale Versorgungsdruck (2 Pflegedienste) und geografische und logistische Gründe (2 Pflegedienste).

Tabelle 26: Anzahl der Personen mit Pflegebedarf auf Wartelisten ambulanter Pflegedienste (n=5 Pflegedienste)

	Pflegeberatung nach § 37 SGB XI	Pflegesachleistungen nach § 36 SGB XI	Verhinderungspflege nach § 39 SGB XI	Sonstige Leistungen
Median	0	3	2	5
Min;Max	0;6	0;5	0;4	0;10
IQR	0;4	0;4	0;4	2;8

IQR = Interquartilsabstand; Maß für die Streuung, gibt den Wertebereich an, auf den sich die mittleren 50 % der Stichprobe verteilen.

Leistungsangebot nach § 45a SGB XI

Insgesamt 18 von 28 Pflegedienste mit Angaben zu dieser Frage bestätigten, unterstützende Leistungen nach § 45a SGB XI anzubieten. Im Median werden diese Leistungen für 16 Personen (IQR: 7;54) pro Pflegedienst erbracht. Nachgefragt werden v.a. Leistungen für Alltags- und Pflegebegleitung sowie Serviceangebote für haushaltsnahe Dienstleistungen. Die 18 ambulanten Pflegedienste gaben vor allem einen mittleren bis sehr hohen Bedarf für Begleit- und Fahrdienste (n=13 Pflegedienste), Einkaufs- und Besorgungsdienste (n=12 Pflegedienste), Entlastungsangeboten für pflegende Angehörige (n=9 Pflegedienste), persönliche Begleitung und soziale Unterstützung (n=9 Pflegedienste) sowie Service- und Zusatzangebote (n=8 Pflegedienste) an (Mehrfachantworten möglich).

Spezialisierte Versorgungsbereiche und -konzepte

Von 27 ambulanten Pflegediensten mit Angaben hierzu berichteten vier Dienste (Pinneberg n=4, Wedel n=2, Tornesch-Uetersen n=2 und Elmshorn n=1), spezialisierte Versorgung für Menschen mit Demenz anzubieten, und drei Dienste (Pinneberg n=3, Wedel n=3, Barmstedt n=1 und Tornesch-Uetersen n=1) verwiesen auf eigene spezielle Angebote für Menschen mit Diabetes mellitus. Jeweils ein Pflegedienst (Pinneberg n=1, Wedel n=1 und Tornesch-Uetersen n=1) hält spezialisierte Versorgungsangebote für die Kinder- und Jugendkrankenpflege bzw. für die Pflege bei seltenen oder komplexen Erkrankungen vor, drei Dienste bieten ambulante Palliativversorgung nach § 132d SGB V an und zwei Dienste spezielle Leistungen der Wundversorgung.

Entlastungsangebote für pflegende Angehörige und Versorgungskonzepte (Pinneberg n=3, Elmshorn n=2, Tornesch-Uetersen n=2, Quickborn n=1 und Wedel n=1) für die Pflege von Menschen mit besonderen sprachlichen und/oder kulturellen Hintergründen (Pinneberg n=4, Tornesch-Uetersen n=3, Wedel n=2, Elmshorn n=1 und Quickborn n=1) wurden jeweils von vier Pflegediensten genannt. Jeweils ein Pflegedienst gab an, tiergestützte Begleitung für Menschen mit Demenz, Case Management/Versorgungskoordination, präventive Hausbesuche, gesundheitsfördernde Angebote oder Pflegekurse für pflegende Angehörige nach § 45 SGB XI anzubieten.

Angebote für pflegende Angehörige

Von 27 Pflegediensten mit Angaben zu diesem Thema bestätigten vier Dienste einen Bedarf für spezielle Angebote für pflegende Angehörige (Wedel n=3, Pinneberg n=2, Elmshorn n=2, Quickborn n=1 und Tornesch-Uetersen n=1). Als inhaltliche Schwerpunkte wurden unter anderem genannt: Assistenzpflege im Kontext des SGB IX (Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Behinderungen), Kurzzeitpflege und Tagespflege, psychosoziale Unterstützung, Transfer und rückenschonendes Arbeiten, Hilfen im Umgang mit Pflege-/Krankenkassen, Hilfsmittelberatung, Stammtische/Gesprächskreise sowie Abendangebote mit paralleler Betreuung der Pflegebedürftigen.

Bedarf Nachtpflege

Lediglich drei Pflegedienste (Elmshorn n=2, Pinneberg n=2, Barmstedt n=1, Wedel n=1 und Tornesch-Uetersen n=1) bestätigten einen Bedarf für Nachtpflege im Kreis an, während 14 Dienste angaben, diese Frage nicht beurteilen können, und drei Dienste keinen Bedarf angaben. Die weiteren 36 Dienste machten keine Angaben hierzu.

Beschäftigte und offene Stellen

Von 26 Pflegediensten mit Angaben hierzu verfügten 11 Dienste zum Befragungszeitpunkt über offene Stellen; jeweils im Median eine Vollzeitstelle für Pflegefachpersonen (Min;Max 0;4) und eine Vollzeitstelle für weitere Qualifikationen in den Bereichen Pflege, Betreuung und Haushalt. Die offenen Stellen im Bereich des Pflegefachpersonals wurden von Pflegediensten mit Einzugsgebieten in den Betrachtungsräumen Pinneberg (9 Pflegedienste) sowie Wedel und Tornesch-Uetersen (jeweils vier Pflegedienste (mehre Betrachtungsräume pro Pflegedienst möglich) berichtet.

Bedarf für Qualifikationen und Weiterbildungen

Von 17 ambulanten Pflegediensten mit Angaben hierzu bestätigten jeweils 10 Dienste einen Bedarf für die Erbringung erweiterter pflegerischer Leistungen nach § 15a i. V, m. 73d SGB V und für weitere

bestimmte Qualifikationen und Weiterbildungen. Genannt wurden insbesondere zusätzlicher Qualifizierungsbedarf für chronische Wunden (n=9 Pflegedienste), Demenz (n=5 Pflegedienste), Schmerzmanagement (n=5 Pflegedienste) und Diabetes mellitus Typ 2 (n=4 Pflegedienste) sowie Digitalisierung (z. B. Datenschutz und Telepflege) (n=5 Pflegedienste) und die Ausbildungs- und Personalentwicklung (z.B. Anleitung internationaler Pflegekräfte und Praxisanleitung) (n=4).

Kernergebnisse 8: Online-Befragung ambulanter Pflegedienste

Kernergebnisse Online-Befragung: ambulanter Pflegedienste

Die an der Online-Befragung teilgenommenen ambulanten Pflegedienste sind überwiegend in den Räumen Pinneberg, Elmshorn und Wedel tätig und versorgen hauptsächlich Menschen mit Pflegegrad 2 und 3. Von den 54 teilnehmenden Pflegediensten arbeiten rund 75% in einem Einzugsbereich bis maximal 20 Kilometer Umkreis.

Als zentrale Herausforderungen zeigen sich begrenzte Kapazitäten und Personalengpässe. Ein zusätzlicher Bedarf besteht insbesondere bei Unterstützungs- und Entlastungsangeboten für pflegende Angehörige sowie bei Begleit-, Fahr- und haushaltsnahen Dienstleistungen.

Weiterbildungsbedarfe bestehen laut Aussage der Beteiligten vor allem in den Bereichen chronische Wunden, Demenz, Schmerzmanagement, Diabetes und Digitalisierung. Zudem haben 11 der befragten Pflegedienste aktuell offene Stellen. Insgesamt verdeutlichen die Ergebnisse einen hohen und vielfältigen Unterstützungsbedarf bei gleichzeitig bestehenden personellen und strukturellen Herausforderungen in der ambulanten Pflege.

Tagespflege

Von den 13 effektiv erreichbaren Tagespflegeanbietern im Kreis nahmen initial neun Anbieter teil, acht schlossen die Befragung vollständig ab. Dies entspricht einer Rücklaufquote von 62%, die höchste im Vergleich zu den anderen Versorgungsformen. Die Einrichtungen sind in den Betrachtungsräumen Pinneberg (n=4), Tornesch-Uetersen (n=3) und Barmstedt (n=1) tätig. Von einer Tagespflegeeinrichtung wurde keine Angabe zum Betrachtungsraum gemacht.

Anzahl Menschen mit Pflegebedarf

Im Median betreuten die neun Einrichtungen zum Befragungszeitpunkt 38 (IQR: 26;45) Personen, die Zahl variierte zwischen 25 und 72 Personen. Damit lag die mediane Anzahl betreuter Personen leicht über der medianen Betreuungskapazität von 36 Personen (Tabelle 27). Insgesamt lassen die Angaben auf eine hohe Auslastung vorhandener Kapazitäten schließen.

Die Mehrheit der in den Tagespflegeeinrichtungen betreuten Personen wies zum Befragungszeitpunkt den Pflegegrad 3 auf (Median n=15), gefolgt von den Pflegegraden 2 (Median n=10) und 3 (Median n=7) (Tabelle 27). Personen mit Pflegegrad 1 haben keinen Anspruch auf Leistungen der Tagespflege. Von acht Einrichtungen mit Angaben hierzu berichteten fünf Einrichtungen, dass sie Leistungen für Menschen mit besonderem Pflegebedarf, wie z. B. aufgrund von Demenz, anbieten.

Tabelle 27: Anzahl betreuter Personen in den Tagespflegeeinrichtungen (9 Einrichtungen)

	Gesamt	Pflege-grad 1	Pflege-grad 2	Pflege-grad 3	Pflege-grad 4	Pflege-grad 5	Betreu-ungska-pazität*
Median	38	0	10	15	7	1	36
Min;Max	25;72	0;3	1;17	8;28	5;11	0;5	16;80
IQR	26;45	0;0	6;14	10;21	6;10	0;2	18;47

IQR = Interquartilsabstand; Maß für die Streuung, gibt den Wertebereich an, auf den sich die mittleren 50 % der Stichprobe verteilen.

**Angabe für n=1 Tagespflegeeinrichtung fehlend.*

Warteliste

Vier von acht Tagespflegeeinrichtungen gaben an, eine Warteliste zu führen, auf der im Median 12 Personen stehen (IQR: 7;22, Min;Max 6;24). Die Streuungswerte legen nahe, dass in zwei der vier Tagespflegeeinrichtungen die Warteliste jeweils mehr als 20 Personen umfasste. Die Einrichtungen mit Warteliste betrafen die Betrachtungsräume Pinneberg (n=3 Einrichtungen) und Tornesch-Uetersen (n=1 Einrichtung).

Als Gründe für die Warteliste wurden Kapazitäts- und Strukturprobleme (z. B. Mangel an Pflegefachpersonen) (n=3 Einrichtungen), eine hohe Nachfrage bzw. regionaler Versorgungsdruck (n=1 Einrichtungen) sowie geografische und logistische Gründe (n=1 Einrichtungen) und wirtschaftliche und finanzielle Gründe (n=1 Einrichtungen) genannt.

Bedarf für Angebote für pflegende Angehörige und Nachtpflege

Keine Tagespflegeeinrichtung bestätigte in der Befragung einen speziellen Bedarf für Angebote für pflegende Angehörige (n=3) oder für Nachtpflege (n=2). Vier Einrichtungen gaben an, dies nicht beurteilen zu können.

Beschäftigte und offene Stellen

Keine der acht befragten Tagespflegeeinrichtungen mit Angaben hierzu gab offene Stellen zum Befragungszeitpunkt an.

Bedarf für Qualifikationen und Weiterbildungen

Die Hälfte der acht Tagespflegeeinrichtungen mit Angaben hierzu bestätigte Bedarf für bestimmte Qualifikationen und Weiterbildungen, insbesondere in den Bereichen Demenz (n=2 Einrichtungen), Schmerzmanagement (n=2 Einrichtungen), Diabetes mellitus Typ 1 (n=2 Einrichtungen) und Typ 2 (n=1 Einrichtung) und das Strukturmodell[5] (n=2 Einrichtungen) (Mehrfachantworten möglich). Ergänzend gaben die befragten Einrichtungen an, dass sie Bedarf für die Kompetenzentwicklung der Mitarbeitenden zu den Themen Digitalisierung, z. B. hinsichtlich Datenschutz oder Systeme basierend auf Künstlicher Intelligenz (KI) (n=3 Einrichtungen), und Beratung- und Kommunikation, z. B. zu Prävention und Minimierung von psychischen und Verhaltensauffälligkeiten bei Menschen mit Demenz (n=2), sehen.

Kernergebnisse 9: Online-Befragung der Tagespflegeeinrichtungen

Kernergebnisse Online-Befragung: Tagespflegeeinrichtungen

Insgesamt nahmen knapp 70 % der erreichbaren Tagespflegeeinrichtungen im Kreis Pinneberg an der Befragung teil. Diese Einrichtungen sind in den Betrachtungsräumen Pinneberg (n=4), Tornesch-Uetersen (n=3) und Barmstedt (n=1) lokalisiert und betreuten zum Befragungszeitpunkt im Median 38 Personen, überwiegend mit den Pflegegraden 2 bis 4.

Die Angaben der Tagespflegeeinrichtungen lassen auf eine hohe Auslastung der Tagespflegekapazitäten im Kreis schließen, was sich auch an den Wartelisten zeigt, die die Hälfte der teilnehmenden Einrichtungen führt. Diese Wartelisten umfassten zum Befragungszeitpunkt in mindestens zwei Einrichtungen mehr als 20 Personen und betrafen die Betrachtungsräume Pinneberg und Tornesch-Uetersen. Hauptgrund für die Wartelisten sind begrenzte Kapazitäten und personelle Engpässe sowie eine hohe Nachfrage. Keine der teilnehmenden Einrichtungen berichtete von offenen Stellen, was auf eine gewisse Attraktivität dieses Versorgungssektors im Vergleich zur Tätigkeit in ambulanten Pflegediensten oder der stationären Langzeitpflege hinweist.

Fünf Einrichtungen bieten Leistungen für Menschen mit besonderem Pflegebedarf an, beispielsweise im Zusammenhang mit Demenz. Nach Einschätzung der Tagespflegeeinrichtungen besteht vor allem in den Bereichen Demenz, Schmerzmanagement, Diabetes mellitus, Digitalisierung sowie Beratung und Kommunikation Weiterbildungsbedarf innerhalb des Personals.

[5] (Braeseke, 2016)

Kernergebnisse Online-Befragung: Tagespflegeeinrichtungen

Da die Pflegestatistik für Schleswig-Holstein keine Daten zur Inanspruchnahme von Tagespflege-Leistungen enthält, ist ein Vergleich der Ergebnisse mit landesweiten Kennzahlen zu Angebot und Nachfrage nicht möglich. Insgesamt deuten die Befragungsergebnisse auf eine hohe Nachfrage von Tagespflegeangeboten, örtlich (vor allem in Pinneberg und Tornesch-Uetersen) über die aktuellen Kapazitätsgrenzen hinaus. Vorhandene Tagespflegeangebote scheinen zudem ungleich im Kreis verteilt zu sein, für die Betrachtungsräume Elmshorn, Wedel und Quickborn sind keine diesbezüglichen Angebote in den Ergebnissen der Befragung zu verzeichnen.

Alltags- und Seniorenbetreuung nach § 45a SGB XI

Von den 63 erreichten Anbietern von Alltags- und Seniorenbetreuung nach § 45a SGB XI haben 25 die Beantwortung des Fragebogens angefangen und 17 beendet. Die Alltags- und Seniorenbetreuenden sind überwiegend in den Betrachtungsräumen Pinneberg (n=14), Wedel (n=9), Elmshorn (n=8), Tornesch-Uetersen (n=7) und Quickborn (n=5) tätig, während nur eine Alltags- und Seniorenbetreuung in Barmstedt tätig ist und auf Helgoland gar nicht (Mehrfachantworten möglich). Der Umkreis, in dem die Anbieter primär tätig sind, liegt mehrheitlich (n=22 bzw. 88 %) zwischen 5-20 Kilometer (Abbildung 11).

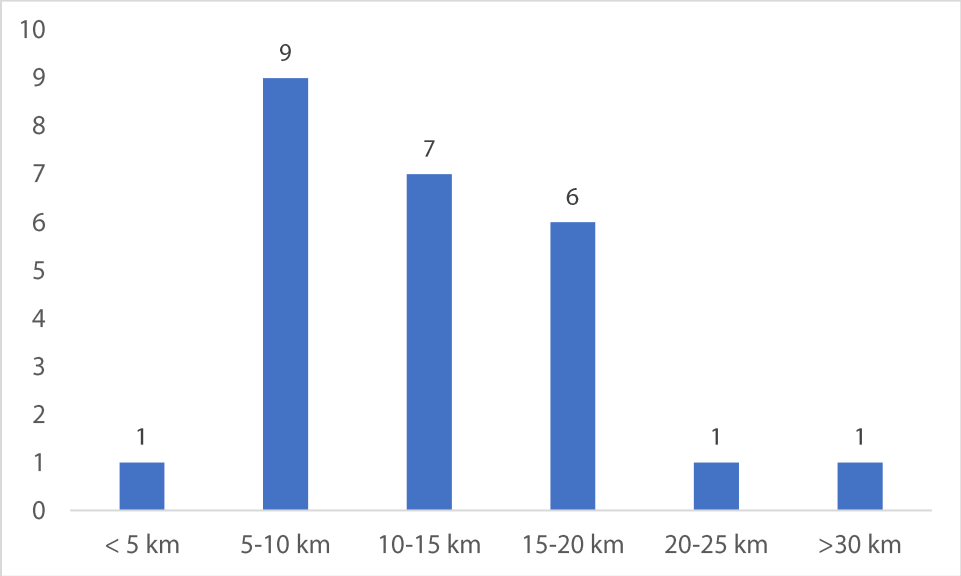


Abbildung 11: Einzugsbereich der Alltags- und Seniorenbetreuung (in Kilometer) (n=25)

Anzahl betreuter Personen

Insgesamt machten 19 Anbieter für Alltags- und Seniorenbetreuung Angaben zur Anzahl betreuter Personen. Demnach betreuten sie zum Befragungszeitpunkt im Median 6 Personen, jedoch mit einer erheblichen Varianz zwischen den Anbietern (IQR: 3:30, Min;Max: 1;120). Zwölf Anbieter gaben an, dass sie auch Personen aus anderen Kreisen und Bundesländern versorgen. Im Median werden zwei Personen aus anderen Kreisen und Bundesländern betreut (IQR: 1;31, Min;Max: 1;52).

Angebot und Inanspruchnahme von Leistungen

Von 19 Anbietern gaben vier an, auch Leistungen nach § 38 SGB V anzubieten; im Median nahmen in den letzten sechs Monaten drei Personen pro Anbieter diese Leistungen in Anspruch (IQR: 1;5, Min;Max: 0;5).

Tabelle 28 gibt eine Übersicht über das Spektrum angebotener Leistungen und deren Auslastung. Die drei Leistungsangebote mit der höchsten selbstberichteten Auslastung sind demnach Alltagsbetreuung (n=17), Helferkreise für pflegende Angehörige (n=8) und familienentlastende Dienste (n=7). Eine überwiegend geringe Auslastung, sofern angeboten, wurde für Tagesbetreuung in Kleingruppen (n=7), Serviceangebote für haushaltsnahe Dienstleistungen (n=7) und Betreuungsgruppen für Menschen mit Demenz (n=9) berichtet.

Tabelle 28: Auslastung der Leistungsangebote im Bereich Alltags- und Seniorenbetreuung (n=19 Anbieter)

	Keine Angabe / wird nicht angeboten (n)	**Niedrige Auslastung (≤30 %) (n)**	**Mittlere Auslastung (31-69%) (n)**	**Hohe Auslastung (≤70%) (n)**
Alltagsbegleitung	0	5% (1)	5% (1)	90% (17)
Helferkreise für pflegende Angehörige	21% (4)	26% (5)	11% (2)	42% (8)
Familienentlastende Dienste	26% (5)	26% (5)	11% (2)	37% (7)
Tagesbetreuung in Kleingruppen	42% (8)	37% (7)	5% (1)	16% (3)
Serviceangebote für haushaltsnahe Dienstleistungen	42% (8)	37% (7)	5% (1)	16% (3)
Betreuungsgruppen für Menschen mit Demenz	26% (5)	47% (9)	16% (3)	11% (2)
Pflegebegleitung	44% (8)	44% (8)	6% (1)	6% (1)

	Keine Angabe / wird nicht angeboten (n)	Niedrige Auslastung (≤30 %) (n)	Mittlere Auslastung (31-69%) (n)	Hohe Auslastung (≤70%) (n)
Agenturen zur Vermittlung von Betreuungs- und Entlastungsangeboten	58% (11)	42% (8)	0	0
Sonstiges	47% (9)	42% (8)	11% (2)	0

Gefragt nach dem Bedarf an einzelnen Leistungen, wurde jeweils von der Mehrheit der teilnehmenden Anbieter mit Angaben hierzu ein sehr hoher Bedarf an Leistungen in den Bereichen persönliche Begleitung und Unterstützung (n=14), Entlastungsangebote für pflegende Angehörige (n=12), Einkauf- und Besorgungsdienste (n=11) und Begleit- und Fahrdiensten (n=10) gesehen (Tabelle 29).

Tabelle 29: Einschätzung zum Bedarf an Leistungen im Bereich Alltags- und Seniorenbetreuung (n=19 Anbieter)

	Sehr geringer Bedarf	Geringer Bedarf	Mittlerer Bedarf	Hoher Bedarf	Sehr hoher Bedarf
Persönliche Begleitung und Unterstützung	0	0	10% (2)	16% (3)	74% (14)
Entlastungsangebote für pflegende Angehörige	0	0	16% (3)	21% (4)	63% (12)
Einkauf- und Besorgungsdienste	5% (1)	0	11% (2)	26% (5)	58% (11)
Begleit- und Fahrdienste	5% (1)	0	10% (2)	32% (6)	53% (10)
Haushaltsnahe Zusatzleistungen	26% (5)	11% (2)	0	16% (3)	47% (9)
Unterstützung bei organ-i-satorischen Aufgaben	5% (1)	5% (1)	11% (2)	37% (7)	42% (8)
Service- und Zusatzangebote	16% (3)	16% (3)	16% (3)	16% (3)	36% (7)
Digitale Unterstützung	16% (3)	16% (3)	21% (4)	16% (3)	31% (6)
Sonstiges	48% (9)	5% (1)	26% (5)	5% (1)	16% (3)

Warteliste

Fünf von 18 Anbietern mit Angaben hierzu gaben an, eine Warteliste zu führen, auf der im Median 6 Personen (IQR: 3;1, Min;Max 1;11) stehen. Die fünf Anbieter waren in den Betrachtungsräumen Quickborn (n=3), Pinneberg (n=3), Wedel (n=2), Tornesch-Uetersen (n=2 und Elmshorn (n=1) tätig. Als hauptsächliche Gründe für die Wartelisten wurden vor allem Kapazitäts- und Strukturprobleme (n=4), die hohe Nachfrage (n=3) und die geografische und regionale Lage (z. B. lange Anfahrtswege) (n=2) genannt.

Beschäftigte und offene Stellen

Überwiegend sind die Anbieter Ein-Personen-Unternehmen. Sieben Anbieter haben mehr als einen Beschäftigten; von diesen gaben zwei an, aktuell offene Stellen zu haben, jeweils für eine Haushaltshilfe in Vollzeit. Ein Anbieter berichtete darüber hinaus Bedarf für eine Alltagshilfe in Vollzeit und ein Unternehmen für zwei Alltagshilfen in Vollzeit

Zwei Anbieter bestätigten Bedarf für bestimmte Qualifikationen und Weiterbildungen, insbesondere zu den Themen Beratung und Kommunikation, z. B. in Bezug auf die Vermeidung und Minimierung von psychischen und Verhaltensauffälligkeiten der Personen mit Pflege- bzw. Unterstützungsbedarf (n=2).

Kernergebnisse 10: Online-Befragung der Anbieter von Alltags- und Seniorenbetreuung nach § 45a SGB XI



Kernergebnisse Online-Befragung: Anbieter von Alltags- und Seniorenbetreuung nach § 45a SGB XI

Die Anbieter von Leistungen der Alltags- und Seniorenbetreuung sind überwiegend Ein-Personen-Unternehmen und meist mit einem Radius von bis zu 20 km tätig, vor allem in den Betrachtungsräumen Pinneberg, Wedel, Elmshorn, Tornesch-Uetersen und Quickborn. Für den Betrachtungsraum Barmstedt, der einen sehr hohen Altenquotienten von 40 (Kreis Pinneberg 39) im Jahr 2024 aufweist, wurde mit der Befragung nur ein Anbieter von Alltags- und Seniorenbetreuungsleistungen erfasst. Im Median betreuen die Anbieter 6 Personen, wobei diese Anzahl stark von Anbieter zu Anbieter schwankt: 75 % der Anbietenden liegen im Bereich von 1 bis zu 30 betreuten Personen, weitere 25 % betreuen über 30 bis zu 120 Personen.

Hauptsächlich nachgefragt werden nach Angaben der Anbieter Leistungen der Alltagsbetreuung, Helferkreise für pflegende Angehörige und familienentlastende Dienste. Zu den weniger stark nachgefragten Angeboten gehören andere Gruppenangebote (unter anderem für Menschen mit Demenz) und Serviceangebote für haushaltsnahe Dienstleistungen. Gleichzeitig äußerten die Anbieter einen hohen zusätzlichen Bedarf an Leistungen in den Bereichen persönliche Begleitung und Unterstützung, Entlastungsangebote für pflegende Angehörige sowie Einkaufs-, Besorgungs-, Begleit- und Fahrdienste. Fünf von 18 Anbietenden mit Angaben hierzu

Kernergebnisse Online-Befragung: Anbieter von Alltags- und Seniorenbetreuung nach § 45a SGB XI

führten zum Befragungszeitpunkt eine Warteliste für Menschen mit Bedarf an Leistungen nach § 45a SGB XI, entweder aufgrund begrenzter Kapazitäten, hoher Nachfrage und/oder wegen weiter Anfahrtswege.

Insgesamt zeigen die Ergebnisse einen hohen Bedarf an niedrigschwelligen Unterstützungs- und Entlastungsangeboten, dem jedoch regional heterogen verteilte und wegen des überwiegenden Anteils von Ein-Personen-Unternehmen personell begrenzt flexible Angebotsstrukturen gegenüberstehen. Für Gruppenangebote (außer Helferkreisen für pflegende Angehörige) scheinen Inanspruchnahmebarrieren zu bestehen, die mit der vorliegenden Befragung nicht näher aufgeklärt werden konnten. Wegen fehlender Daten zu Angeboten der Alltags- und Seniorenbetreuung in der Pflegestatistik ist kein Vergleich mit landesweiten Angebotsstrukturen möglich.

Besondere Wohnformen und Wohnen mit Service

Insgesamt haben vier Einrichtungen mit besonderen Wohnformen und fünf Wohnen-mit-Service-Einrichtungen den Fragebogen angefangen; drei Einrichtungen mit besonderen Wohnformen und vier Wohnen-mit-Service-Einrichtungen haben die Befragung beendet. Alle drei Einrichtungen mit besonderen Wohnformen liegen im Betrachtungsraum Pinneberg, während von den fünf Wohnen-mit-Service-Einrichtungen zwei in Elmshorn sowie jeweils eine in Barmstedt, Tornesch-Uetersen und Pinneberg liegen. Zwei der besonderen Wohnformen sind Intensivpflegewohngemeinschaften und eine ist eine ambulant betreute Wohngemeinschaft (Pflege-WG). Keine der drei Einrichtungen mit besonderen Wohnformen bietet Kurzzeitpflege an.

Anzahl von Menschen mit Pflegebedarf in den besonderen Wohnformen

Die mediane Gesamtzahl der betreuten Personen lag zum Befragungszeitpunkt bei 8 und variierte zwischen 8 und 12 Personen. Die mediane Betreuungskapazität betrug ebenfalls 8 Plätze und war nach vorliegenden Angaben zum Befragungszeitpunkt ausgeschöpft (Tabelle 30). Der überwiegende Teil der betreuten Personen weist einen Pflegegrad 5 (Median n=4 betreute Personen), gefolgt von Pflegegrad 2 (Median n=2 betreute Personen) auf. Dies illustriert, dass sich die von der Befragung erfassten besonderen Wohnformen vor allem an Personen mit sehr hohem Pflegebedarf richten.

Tabelle 30: Anzahl betreuter Personen in den Einrichtungen mit besonderen Wohnformen (3 Einrichtungen)

	Gesamt	Pflege-grad 1	Pflege-grad 2	Pflege-grad 3	Pflege-grad 4	Pflege-grad 5	Kapazitäten der Betreuung
Median	8	0	0	1	2	4	8
Min;Max	8;12	0	0;7	1;3	1;2	0;6	8;12
IQR	8;8	0;0	0;0	1;1	1;2	0;4	8;8

IQR = Interquartilsabstand; Maß für die Streuung, gibt den Wertebereich an, auf den sich die mittleren 50 % der Stichprobe verteilen.

Nachfrage von Leistungen im Bereich Wohnen mit Service

Am häufigsten wurden Leistungen für 1- und 2-Zimmer-Wohnungen (n=5 Einrichtungen) angegeben, für die eine Kaltmiete von durchschnittlich 10 bis unter 15 Euro pro m^2 angegeben wurde. Von den fünf Einrichtungen bieten jeweils vier Beratung zu pflegerischen Leistungen an und stellen eine Notrufanlage. Hilfe im Alltag wird von drei der fünf Einrichtungen angeboten, und zwei Einrichtungen gaben auch Freizeitangebote an. Zur Ausstattung aller fünf Einrichtungen gehören Begegnungsräume und Gartenanlagen zum Aufhalten. Jeweils eine Einrichtung verfügt zudem über ein Café/Restaurant bzw. einen Fitnessraum.

Nach Angaben der fünf Einrichtungen werden Rufbereitschaft, häusliche Pflege und 24-Stunden-Betreuung als optionale Pflegeleistungen am häufigsten nachgefragt, während zu den sonstigen häufig nachgefragten Service- und Betreuungsangeboten Leistungen z. B. Reinigung und hauswirtschaftliche Hilfen, soziale Betreuung und technische Hilfen gehören. In den Wohnanlagen sind i.d.R. ein bis drei Pflegedienste tätig (Angaben von vier Einrichtungen).

Das aktuelle Angebot an Wohnraum mit Service im Kreis wurde von drei Einrichtungen mit Angaben hierzu als befriedigend (n=1 Einrichtung), ungenügend (n=1 Einrichtung) oder mangelhaft (n=1 Einrichtung) eingeschätzt. Weiterhin rechnen die Einrichtungen mit einer Zunahme der Zahl an alleinlebenden (n=4 Einrichtungen), demenziell erkrankten (n=3 Einrichtungen), hochaltrigen (n=4 Einrichtungen) Bewohnenden sowie mit Bewohnenden, die über kein oder ein nur geringes soziales Unterstützungsnetz verfügen (n=4 Einrichtungen).

Warteliste

Lediglich eine der drei teilnehmenden Einrichtungen mit besonderer Wohnform führte zum Befragungszeitpunkt eine Warteliste, auf der jedoch 25 Personen stehen. Als Gründe wurden Kapazitäts- und Strukturproblemen (insbesondere Mangel an Pflegefachpersonen) genannt.

Die Wartezeit auf eine Wohnung mit Service variierte zum Befragungszeitpunkt zwischen 3 bis mehr als 24 Monate.

Kernergebnisse 11: Online-Befragung der Einrichtungen mit besonderen Wohnformen oder Wohnen mit Service

Kernergebnisse Online-Befragung: Besondere Wohnformen und Wohnen mit Service

An der Befragung beteiligten sich drei besondere Wohnformen und vier Anbieter von Wohnen mit Service. Die Einrichtungen mit besonderer Wohnform – alle lokalisiert im Betrachtungsraum Pinneberg umfassen – zwei Intensivpflegewohngemeinschaften und eine Pflege-WG und wenden sich überwiegend an Menschen mit sehr hohem Pflegebedarf (Pflegegrade 4 und 5). Eine Einrichtung führt aufgrund begrenzter Kapazitäten und fehlender Pflegefachkräfte eine Warteliste mit bis zu 25 Personen.

Die mit der Befragung erfassten Angebote für Wohnen mit Service bieten neben Wohnraum (Ein- oder Zwei-Zimmer-Wohnungen, Kaltmiete durchschnittlich 10 bis unter 15 Euro pro m^2) insbesondere Beratung, Notrufsysteme und Unterstützung im Alltag. Es wurden mit der Befragung keine Angebote für Wohnen mit Service in den Betrachtungsräumen Helgoland, Quickborn und Wedel erfasst, bei einer relativen Häufung der Angebote im Betrachtungsraum Elmshorn, der allerdings kreisweit den geringsten Altenquotienten aufweist. Für die Zukunft wird selbstberichtet eine zunehmende Nachfrage insbesondere von Wohnen mit Service durch hochaltrige, alleinlebende oder an Demenz erkrankten Personen oder Personen mit geringem sozialen Unterstützungsnetz erwartet. Die Wartezeiten für Wohnungen mit Service liegen bei den befragten Anbietern zwischen 3 und mehr als 24 Monaten.

Aktuelle Herausforderungen für die Sicherstellung der pflegerischen Versorgung im Kreis

Alle mit der Befragung adressierten Akteure wurden gebeten, aus einer Liste vorgegebener potenzieller Herausforderungen die wichtigsten Herausforderungen anzugeben. Die Abbildung 12 zeigt zum einen Unterschiede in der Wahrnehmung zentraler Herausforderungen zwischen den verschiedenen Versorgungsformen, zum anderen werden einige Themen versorgungformübergreifend relevante Herausforderungen sichtbar. Die Prozentangaben beziehen sich jeweils auf die Anzahl der an der Befragung teilgenommenen Einrichtungen, die die betreffende Herausforderung bestätigt haben. Bei der Interpretation der Ergebnisse ist zu berücksichtigen, dass sich die Angaben für die

Versorgungsformen Tagespflege, besondere Wohnformen und Wohnen mit Service jeweils auf weniger als zehn Einrichtungen stützen. Die Ergebnisse haben daher eher orientierenden Charakter. Im Mittelpunkt der nachfolgenden Zusammenfassung stehen Herausforderungen, die von mehreren Versorgungsformen überwiegend bestätigt wurden, weniger die versorgungsformenspezifischen Herausforderungen.

Über alle Versorgungsformen wurde ein **hoher Organisations- und Bürokratieaufwand** am häufigsten als Herausforderung genannt. Besonders häufig wurde diese Herausforderung von Einrichtungen der stationären Langzeitpflege (76,5%) und der ambulanten Pflege (73,1%) bestätigt. Auch aus Sicht der Einrichtungen mit besonderen Wohnformen (66,7%) sowie der Alltags- und Seniorenbetreuung (58,8%) ist diese Herausforderung besonders relevant.

Eine weitere übergreifend häufig genannte Herausforderung betrifft den **Personalmangel**. Der allgemeine Personalmangel wurde insbesondere von den Einrichtungen der ambulanten Pflege (50,0%), im Bereich Wohnen mit Service (40,0%) sowie der Alltags- und Seniorenbetreuung (35,3%) genannt. Speziell ein Mangel an Pflegefachpersonal wurde vor allem von den Einrichtungen mit besonderen Wohnformen (66,7 %) und der stationären Langzeitpflege (52,9%) genannt, gefolgt von Einrichtungen der ambulanten Pflege (46,2%).

Ebenfalls von mehr als der Hälfte von Einrichtungen verschiedener Versorgungsformen wurden Herausforderungen im Zusammenhang mit der **Digitalisierung und technischen Systemen** bestätigt, vor allem von Einrichtungen der Tagespflege (62,5%) sowie der stationären Langzeitpflege (52,9 %), in den übrigen Versorgungsformen stimmte jeweils rund ein Drittel der Einrichtungen dieser Herausforderung zu

Für einzelne Versorgungsformen liegt den Angaben zufolge, eine zentrale Herausforderung in der **Pflege von Menschen mit Demenz**. Diese Herausforderung wurde besonders häufig von Einrichtungen der Tagespflege (62,5%) und im Bereich Wohnen mit Service (60,0%) bestätigt, gefolgt von Anbietern in den Bereichen Alltags- und Seniorenbetreuung (41,2%) und besondere Wohnformen (33,3%).

Daneben stellt eine unzureichende **Vergütung bzw. Refinanzierung** von Leistungen insbesondere für die Einrichtungen der Alltags- und Seniorenbetreuung (58,8%) sowie der ambulanten Pflege (50,0%) eine bedeutende Herausforderung dar, zum Teil auch für die Einrichtungen der Tagespflege (37,5%) und der besonderen Wohnformen (33,3%).

Für einzelne Versorgungsformen, vor allem für die Einrichtungen im Bereich Wohnen mit Service (60,0%), in der Alltags- und Seniorenbetreuung (41,2%) und teils auch der ambulanten Pflege (34,6%), birgt zudem die **Zusammenarbeit im Gesundheitswesen** besondere Herausforderungen.

Übergreifend über die verschiedenen Versorgungsformen hinweg wurden Herausforderungen in der Sicherstellung der Pflegequalität und im Zusammenhang mit kultursensibler Pflege jeweils von weniger als der Hälfte der teilnehmenden Einrichtungen, meist weniger als ein Drittel als Herausforderungen benannt. Eine Ausnahme stellt lediglich die **Sicherstellung der Pflegequalität** dar, die von jeweils über 40% der Einrichtungen der stationären Langzeitpflege bzw. mit Wohnen mit Service als relevante Herausforderung eingestuft wurden.

Herausforderung	Ambulante Pflege (n = 26)	Stationäre Pflege (n = 17)	Tagespflege (n = 8)	Besondere Wohnform (n = 3)	Alltags- & Seniorenbetreuung (n = 17)	Wohnen mit Service (n = 5)
Personalmangel allgemein	50,0 %	29,4 %	12,5 %	33,3 %	35,3 %	40,0 %
Mangel an Pflegefachpersonal	46,2 %	52,9 %	25,0 %	66,7 %	23,5 %	–
Hoher Organisations- und Bürokratieaufwand	73,1 %	76,5 %	25,0 %	66,7 %	58,8 %	0 %
Unzureichende Vergütung / Refinanzierung	50,0 %	11,8 %	37,5 %	33,3 %	58,8 %	–*
Sicherstellung der Pflegequalität	19,2 %	41,2 %	0 %	0 %	23,5 %	40,0 %
Digitalisierung / technische Systeme	30,8 %	52,9 %	62,5 %	33,3 %	35,5 %	–
Zusammenarbeit im Gesundheitswesen	34,6 %	17,6 %	25,0 %	33,3 %	41,2 %	60,0 %
Kultursensible Pflege	3,8 %	0 %	0 %	0 %	17,6 %	–
Pflege von Menschen mit Demenz	11,5 %	17,6 %	62,5 %	33,3 %	41,2 %	60,0 %

– = keine Angabe
–*= keine auswertbaren Angaben

Häufigkeit der Nennung
0 % 20 % 40 % 60 % 80 %

*Bei Wohnen mit Service wurde nicht nach "Vergütung/Refinanzierung" gefragt, sondern nach "Kostenentwicklung" (4 von 5 Einrichtungen = 80,0 %).

Abbildung 12: Herausforderungen nach Versorgungsform

Kernergebnisse 12: Aktuelle Herausforderungen für die pflegerische Versorgung im Kreis (alle Versorgungsformen)

Kernergebnisse Online-Befragung: Aktuelle Herausforderungen für die pflegerische Versorgung im Kreis (alle Versorgungsformen)

Über alle Versorgungsformen hinweg zählen insbesondere der hohe Organisations- und Bürokratieaufwand sowie personelle Engpässe zu den zentralen Herausforderungen. Je nach Versorgungsform sind zudem Fragen der Refinanzierung, Digitalisierung, Zusammenarbeit im Gesundheitswesen und der Versorgung von Menschen mit Demenz dominierende Herausforderungen.

Einrichtungen der ambulanten Pflege und der stationären Langzeitpflege sehen sich vor allem mit Herausforderungen im Zusammenhang mit Organisationsaufwand/Bürokratie und Personalmangel sowie teils auch mit der Refinanzierung (ambulante Pflege) und Digitalisierung (stationäre Langzeitpflege) konfrontiert. Für Einrichtungen der Alltags- und Seniorenbetreuung bergen ebenfalls der Organisationsaufwand bzw. Bürokratie sowie Finanzierungsfragen Herausforderungen, daneben aber auch die Zusammenarbeit im Gesundheitswesen und die Pflege von Menschen mit Demenz. Die anderen Versorgungsformen reihen sich in die genannten Herausforderungen ein; aufgrund einer geringen Anzahl (weniger als zehn) teilnehmender Einrichtungen werden diese Ergebnisse aber nicht differenzierter hervorgehoben.

Die versorgungsformenübergreifend überwiegend genannten Herausforderungen bildeten einen wesentlichen inhaltlichen Rahmen für die anschließende Pflegekonferenz.

5.6.2. Standardisierte Interviews

An den standardisierten Interviews nahmen insgesamt 10 Expert*innen des Kreises Pinneberg teil: Vertretende des Pflegestützpunkts (n=1), der Alzheimergesellschaft (n=1), der palliativmedizinischen Versorgung (SAPV (n=1) und stationär (n=1)), des akutstationären Sozialdiensts (Fachbereiche Somatik (n=1) und Gerontopsychiatrie (n=1)), der Pflegekasse AOK-NordWest (Fachbereiche Verhandlung (n=1) und Pflegeberatung (n=1)) und des Seniorenbeirats (n=1) sowie die Beauftragte für Menschen mit Behinderungen (n=1).

Einschätzung der aktuellen Versorgungssituation

Die Expert*innen (n=10) bewerteten die aktuellen Versorgungssituation im Kreis Pinneberg im Median mit der Schulnote 3 (befriedigend). Die Gründe für die positive Einschätzung umfassen unter anderem Vorteile durch die Nähe zu Hamburg (n=7), die gute städtische Versorgungssituation (n=7) und die gute regionale Zusammenarbeit (n=3) im Kreis. Als Gründe für eine weniger gute Einschätzung wurden vor allem die unzureichende Versorgung im ländlichen Raum (n=8), Mangel an

(Fach-)Personal (n=5) und das unzureichende Angebot an alternativen Wohnformen (n=3) im Kreis genannt.

Bedarfe an besonderen Versorgungskonzepten

Sieben von acht Expert*innen, die zu standardisierten Mehrfachantwortmöglichkeiten zu Bedarfen an besonderen Versorgungskonzepten gefragt wurden, verwiesen auf Bedarf für weitere Unterstützung für pflegende Angehörige im Kreis. Sie nannten hierbei vor allem mehr Entlastungsangebote (n=7) und Pflegekurse nach § 45a SGB XI (n=7). Weiterhin gaben sie Bedarf für eine Versorgungskoordination bzw. ein übergreifendes Case Management im Kreis an (n=5). In dem Zusammenhang wurden auch das Konzept der präventiven Hausbesuche[6] (n=5) und zusätzliche Konzepte zur Förderung der Telepflege vor allem im ländlichen Raum (n=5) genannt. Mehrfach wurde zudem Bedarf an Versorgungskonzepten für Menschen mit besonderen sprachlichen und kulturellen Hintergründen (n=5) und an gesundheitsförderlichen Angeboten (n=4) zur Verhinderung von Pflegebedürftigkeit bestätigt. Zudem gaben zwei befragte Expert*innen unter „Sonstiges" jeweils noch an, das es Bedarf für Nachtpflege-Angebote (n=1) sowie die Erweiterung der pflegefachlichen Kompetenzen im Sinne von § 15a i.V.m. 73d SGB V („heilkundliche Kompetenzen") (n=1) gibt (Abbildung 13).

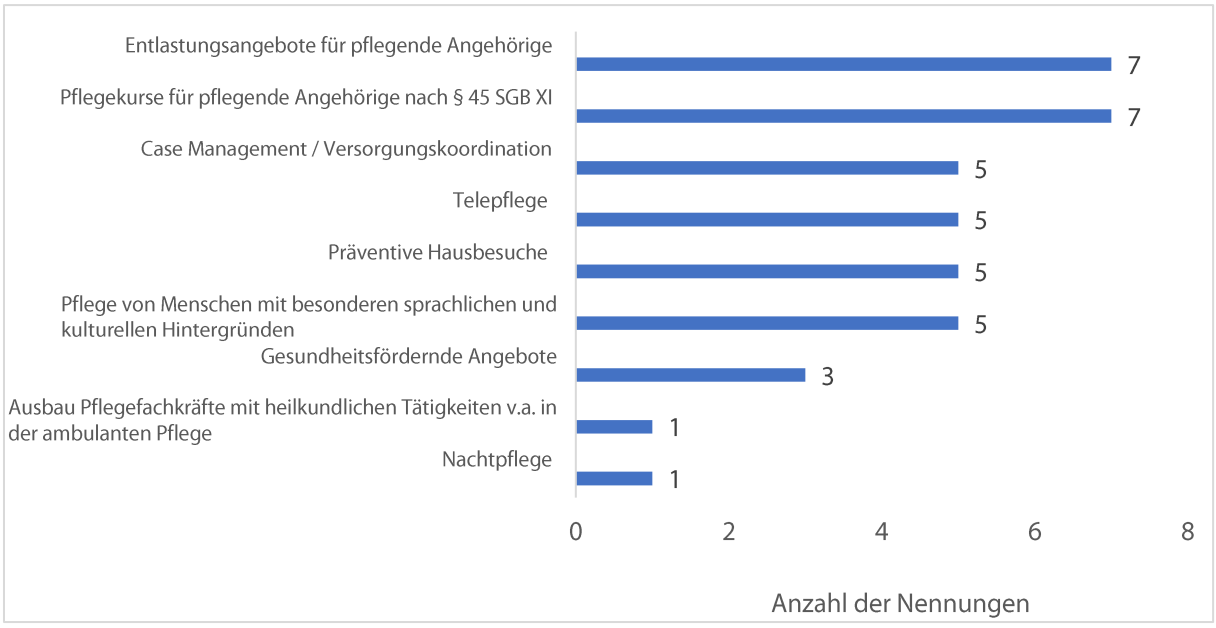


Abbildung 13: Bedarf an besonderen Versorgungskonzepten (n=8)

Zudem gaben alle Expert*innen (n=7) an, die explizit zu den Bedarfen an Nachtpflege im Kreis befragt wurden, dass es Angebote für Nachtpflege im Kreis bedarf. Als Grund dafür, dass aktuell im Kreis keine Nachtpflege-Angebote verfügbar sind, wurden hauptsächlich wirtschaftliche Gründe

[6] (SPD-Kreisverband Pinneberg, 2025)

(n=6) (unter anderem unzureichende Refinanzierung) und personelle Gründe (n=4) (unter anderem fehlendes Pflegefachpersonal, das nachts arbeiten möchte) genannt (Tabelle 31).

Tabelle 31: Gründe für die fehlenden Angebote für Nachtpflege

Gründe Versorgungslücken Nachtpflege	Anzahl (n=7)
Wirtschaftliche Gründe	6
Personelle Gründe	4
Rechtliche und formale Gründe	2
Regionale Faktoren	1
Strukturelle und organisatorische Gründe	0
Sonstiges	1

Einschätzung zum zukünftigen Versorgungsbedarf

Neun der zehn Expert*innen wurden um Einschätzungen zur erwarteten Entwicklung des Pflegebedarfs im Kreis und zur Passung der Angebotsstrukturen im Hinblick auf diese Entwicklung gebeten. Die Befragten stimmten überwiegend der Aussage (eher) zu, dass der Bedarf an Pflegeleistungen in den nächsten Jahren deutlich steigen wird, schätzte es aber im Median als eher unzutreffend ein, dass die Strukturen im Kreis ausreichend darauf vorbereitet sind. Dementsprechend erachteten die Befragten es im Median auch eher als zutreffend, dass Ausbaubedarf besteht (siehe Tabelle 32).

Tabelle 13 gibt einen Überblick über die näheren Erklärungen der Befragten zu ihren Einschätzungen. Dominierend sind hierbei Verweise auf den demografischen Wandel, gepaart mit Bedenken bezüglich der künftigen Finanzierung der Leistungen, sowie der bereits an anderer Stelle von den Befragten angemerkte Bedarf an besonderen Versorgungsangeboten, hier vor allem eine (zeitliche) Flexibilisierung der Tagespflege, Kurzzeitpflege und alternative Wohnformen.

*Tabelle 32: Einschätzung zukünftiger Versorgungsbedarf (n=9 Expert*innen)*

	Median	IQR	Min;Max
Der Bedarf an Pflegeleistungen wird in den nächsten Jahren deutlich steigen. *	5	4,6;5	4;5
Die bestehende Angebotsstruktur ist auf zukünftige Bedarfe ausreichend vorbereitet im Kreis.*	2	2;2,4	2;4
Es besteht ein Ausbaubedarf bei den Unterstützungsangeboten. *	4	4;4,9	3,5;5

IQR = Interquartilsabstand; Maß für die Streuung, gibt den Wertebereich an, auf den sich die mittleren 50 % der Stichprobe verteilen.

**Likert-Skala von 1 = trifft überhaupt nicht zu, 2 = trifft eher nicht zu, 3 = teils / teils, 4 = trifft eher zu, bis 5 = trifft vollständig zu*

*Tabelle 33: Erklärungen zum zukünftigen Versorgungsbedarf (n=9 Expert*innen)*

Erklärung und Einschätzung zukünftiger Versorgungsbedarf	Anzahl der Nennungen*
Anstieg an Pflegebedürftigen (u.a. demografischer Wandel mit immer älter werdenden Personen und Zuzug an älteren Personen mit Pflegebedarf)	9
Finanzielle Gründe (z. B. zu teure Pflegeleistungen, durch z. B. zu wenig staatliche Förderung)	8
Fehlende flexible Tagespflege, Kurzzeitpflege und alternative Wohnformen	6
Komplexere Pflegebedarfe	3
Fehlende Nachtpflege	3
Fehlendes (Pflege-)Fachpersonal	3
Bedarf an Modernisierung und Aufstocken der Ressourcen in den Einrichtungen	3
Überforderung der pflegenden Angehörigen	1
Ehrenamtliche Leistungen fehlen	1
Bisheriges System funktioniert grundsätzlich	2

*Mehrfachantworten möglich

Herausforderungen für die Sicherstellung der pflegerischen Versorgung im Kreis

Auch in den Interviews wurden aktuelle Herausforderungen thematisiert. Besonders häufig genannt wurden regionale Versorgungslücken (n=14), insbesondere in ländlichen Bereichen und auf Helgoland, begrenzte Versorgungskapazitäten (n=11), vor allem auch durch Inanspruchnahme von Leistungsangeboten durch Personen aus anderen Kreisen oder Bundesländern, sowie der Fachkräftemangel (n=9). Als weitere zentrale Problembereiche wurden Barrieren in der Erreichbarkeit von Angeboten (n=7) benannt. Insgesamt zeigt sich aus Expertensicht ein Bedarf an eine stärker regional angepasste Entwicklung der Versorgungsstrukturen, einer Flexibilisierung von Angeboten und infrastrukturellen Maßnahmen zur Förderung der Zugänglichkeit von Versorgungsangeboten und zur Personalgewinnung und -bindung, z. B. durch Schaffung von bezahlbarem Wohnraum (siehe Tabelle 33).

*Tabelle 34: Erreichbarkeit und infrastrukturelle Besonderheiten im Kreis Pinneberg (n=9 Expert*innen)*

Kategorie	Zentrale Inhalte aus den Interviews
Regionale Versorgungsunterschiede und ländliche Versorgungslücken (n=14)*	Schlechtere Versorgung in ländlichen Regionen; besondere infrastrukturelle Herausforderungen auf Helgoland; enge Besiedlung im Kreis Pinneberg; Versorgung über Kreisgrenzen hinweg (z. B. Steinburg, Segeberg)
Begrenzte Versorgungskapazitäten und Platzmangel (n=11)*	Begrenzte Kapazitäten im Kreis Pinneberg; externe Inanspruchnahme von Pflegeangeboten durch Personen aus anderen Kreisen/Bundesländern; fehlende Kurzzeitpflegeplätze und unflexible Angebote
Personelle Engpässe und Fachkräftesicherung (n=9)*	Mangel an Fachpersonal in allen Versorgungsbereichen; fehlender Wohnraum und dadurch erschwerte erschwert Gewinnung und Bindung von Pflegefachkräften
Mobilität und Erreichbarkeit von Pflegeangeboten (n=7)*	Eingeschränkter ÖPNV; fehlende Fahrdienste; erschwerte Erreichbarkeit von Angeboten insbesondere in ländlichen Regionen
Strukturelle und rechtliche Rahmenbedingungen (n=3)*	Unterschiedliche rechtliche Rahmenbedingungen zwischen Schleswig-Holstein und Hamburg (z. B. Anforderungen an die Nachbarschaftshilfe oder Tarife); fehlende Poliklinik im Kreis Pinneberg
Selbstbestimmung und Wohnortwahl Menschen mit Pflegebedarf (n=1)	Eingeschränkte Möglichkeit für Menschen mit Behinderung/Pflegebedarf, den Wohnort bzw. die Pflegeeinrichtung frei zu wählen

(n = Anzahl der Nennungen)

**Mehrfachantworten möglich.*

*Kernergebnisse 13: Standardisierte Interviews mit Expert*innen*



Kernergebnisse Standardisierte Interviews

Insgesamt wurden zehn Expert*innen befragt, die unter anderem die Perspektiven der Personen mit (potenziellem) Pflegebedarf und der pflegenden Angehörigen, der Versorgungskoordination und Pflegeberatung sowie der Kostenträger im SGB XI repräsentieren. Diese bewerteten die pflegerische Versorgung im Kreis Pinneberg im Median als befriedigend bewertet. Als positiv bzw. vorteilhaft wurden insbesondere die Nähe zu Hamburg, die städtische Versorgungsstruktur und die regionale Zusammenarbeit hervorgehoben. Gleichzeitig wurden Versorgungslücken im ländlichen Raum, (Fach-)Personalmangel und teilweise ein Mangel an alternativen Wohnformen angemerkt. Für die kommenden Jahre erwarten die Expert*innen mehrheitlich eine Zunahme des Bedarfs an Pflegeleistungen, auf den sie die bestehende Angebotsstruktur im Kreis in der zentralen Tendenz eher noch nicht ausreichend vorbereitet sehen.

Kernergebnisse Standardisierte Interviews

Für die Weiterentwicklung der pflegerischen Angebotsstruktur im Kreis wurden mehrere aktuelle Herausforderungen und Handlungsfelder benannt. Diese betreffen vor allem den Bedarf an einem stärker regionalspezifischen Ausbau von Versorgungsangeboten, um regionale Ungleichheiten in der Angebotsstruktur zu minimieren, sowie Maßnahmen zur Förderung der Gewinnung und Bindung von Personal, auch durch Bereitstellung bezahlbaren Wohnraums, und die Flexibilisierung von Angeboten, z. B. in der Tages- und ggf. auch Nachtpflege und durch mehr alternative Wohnformen. Auch die Zugänglichkeit von Angeboten, z. B. mittels ÖPNV, wurde als Herausforderung erwähnt. Darüber hinaus attestierte jeweils mindestens die Hälfte der Expert*innen in den Interviews einen Bedarf an zusätzlichen Entlastungsangeboten und Pflegekursen für pflegende Angehörige, Case Management für den gesamten Kreis, präventiven Hausbesuchen, Telepflege und Nachtpflege sowie an Angeboten für Personen mit anderen sprachlichen oder kulturellen Hintergründen.

Insgesamt decken sich die Einschätzungen der Expert*innen mit den Ergebnissen der Projektion des Pflegebedarfs und der Online-Befragung. Dem auch laut Projektion zu erwartenden Anstieg der Zahl von Menschen mit Pflegebedarf im Sinne des SGB XI steht eine regional heterogene, nicht immer an die demografischen Bedingungen vor Ort angepasste Pflegeinfrastruktur gegenüber, die bereits aktuell in einigen Versorgungsbereichen stark durch (Fach-)Personalengpässe und/oder ausgeschöpfte Kapazitäten (z. B. der Tagespflege, der Alltags- und Seniorenbetreuung oder bei besonderen Wohnformen) herausgefordert ist.

5.6.3. Ergebnisse der Pflegekonferenz

Sowohl die Expert*innen (n=10) in den standardisierten Interviews als auch alle Teilnehmenden der Online-Befragung (n=76) wurden nach ihren Themenpräferenzen für die Pflegekonferenz am 28.05.2026 gefragt (siehe Tabelle 35). Am häufigsten wurden der Bürokratieabbau und die Dokumentationsentlastung genannt (n = 57%), gefolgt von der Fachkräftesicherung und dem Personalmangel (n = 44; 51,2%). Weitere häufig genannte Themen waren die Zusammenarbeit mit anderen Akteuren im Gesundheitswesen (n = 32; 37,2%), die Unterstützung pflegender Angehöriger (n = 30; 34,9%) und Best Practice-Beispiele für innovative Versorgungsmodelle aus der Region (v. a. Demenz) (n =26; 30,2%).

Tabelle 35: Ergebnisse Befragung Themenpräferenzen für die Pflegekonferenz

Rang	Themenbereich	Häufigkeit der Angaben	Anteil der Befragten (n=86)*
1	Bürokratieabbau und Dokumentationsentlastung	**57**	**66,3%**
2	Fachkräftesicherung und Personalmangel	**44**	**51,2%**
3	Zusammenarbeit mit anderen Akteuren im Gesundheitswesen	**32**	**37,2%**
4	Unterstützung pflegender Angehöriger	**30**	**34,9%**
5	Best Practice-Beispiele für innovative Versorgungsmodelle aus der Region (v. a. Demenz)	**26**	**30,2%**
6	Angebote für Menschen mit besonderem Pflegebedarf (z. B. aufgrund von Kommunikationsbarrieren oder Demenz)	**23**	**26,7%**
7	Mobilität im ländlichen Raum / Erreichbarkeit von Versorgungsangeboten	**1**	**1,2%**
8	Nachnutzung bestehender Krankenhausgebäude für besondere Versorgungsangebote	**1**	**1,2%**
9	Besondere bzw. alternative Wohnformen	**1**	**1,2%**
10	Netzwerkkoordination in der palliativen Versorgung	**1**	**1,2%**

**Diese Frage beantwortet haben 76 Online-Befragte (ambulante Pflegedienste n = 26; stationäre Pflegeeinrichtungen n = 17; Tagespflegeeinrichtungen n = 8; besondere Wohnformen n = 3; Alltags- und Seniorenbetreuuende n = 17; Wohnen mit Service n = 5) und 10 Expert*innen aus den standardisierten Interviews (Pflegestützpunkts (n=1), der Alzheimergesellschaft (n=1), der palliativmedizinischen Versorgung (SAPV (n=1) und stationär (n=1)), des akutstationären Sozialdiensts (Fachbereiche Somatik (n=1) und Gerontopsychiatrie (n=1)), der Pflegekasse AOK-NordWest (Fachbereiche Verhandlung (n=1) und Pflegeberatung (n=1)) und des Seniorenbeirats (n=1) sowie die Beauftragte für Menschen mit Behinderungen (n=1).*

Basierend auf diesen und den weiteren Ergebnissen der Bestandsaufnahme wurde sich zusammen mit den Auftraggebenden der Pflegebedarfsplanung im Kreis Pinneberg für die Themenräume *Entbürokratisierung und Dokumentationsentlastung, Fachkräfte- und Personalmangel, Digitalisierung und Implementierung technischer Systeme, Zusammenarbeit mit den Akteuren im Pflege- und Gesundheitswesen* sowie *Umsetzung möglicher innovativer Versorgungsmodelle insbesondere für Menschen mit komplexen Bedarfslagen (u.a. Menschen mit Demenz)* entschieden. Es wurde sich dazu entschieden, den Themenbereich *Unterstützung pflegender Angehöriger* nicht in der Pflegekonferenz explizit aufzunehmen, da der Kreis Pinneberg im November 2026 eine kommunale Gesundheitskonferenz zum Thema „Pflegende Angehörige“ (Kreis Pinneberg, 2026d) durchführt.

Insgesamt haben 61 Akteure der Pflegepraxis, Politik, Kreisverwaltung, weitere Expert*innen der Pflegelandschaft und Forschung an der Pflegekonferenz im Kreis Pinneberg teilgenommen. Aus den Bereichen Tagespflege sowie Alltags- und Seniorenbetreuung nach § 45a SGB XI waren keine Personen vertreten (siehe Tabelle 36).

Tabelle 36: Teilnehmende Pflegekonferenz

	Anzahl Personen
Stationäre Pflege	10
Ambulante Pflege	4
Alternative Wohnformen und Wohnen mit Service	1
Politik	12
Kreisverwaltung	16
Senior*innenbeirat	6
Weitere Expert*innen *	7
Universität zu Lübeck	5

**Hierzu zählen u.a. Pflegekasse, Pflegeberatung, Pflegestützpunkt, Sozialdienst.*

Ergebnisse zu den Themenräumen

Die Teilnehmenden der Pflegekonferenz konnten jeweils an zwei hintereinander stattfindenden Workshops teilnehmen. Hierfür konnten sie sich bei der Registrierung zur Pflegekonferenz in zwei Workshops eintragen. Das größte Interesse der Teilnehmenden bestand an den Themen „Zusammenarbeit mit den Akteuren im Pflege- und Gesundheitswesen" (n=27) und „Umsetzung innovativer Versorgungsmodelle, insbesondere für Menschen mit komplexen Bedarfslagen (unter anderem Menschen mit Demenz)" (n=20).

Zusammenarbeit mit den Akteuren im Pflege- und Gesundheitswesen

Zentrale Handlungsfelder

Die Schnittstellenproblematik zwischen verschiedenen Akteuren des Pflege- und Gesundheitswesens kristallisierte sich als zentrales Handlungsfeld heraus. Die Kommunikation zwischen Krankenhaus, Einrichtungen der stationären Langzeitpflege und Ärzten/Ärztinnen wurde als unzureichend beschrieben, insbesondere aufgrund von Mängeln in der Umsetzung der Telematikinfrastruktur

(siehe auch Themenraum Digitalisierung und Implementierung technischer Systeme). Zum Teil wurden Defizite in der Hausarztversorgung für Menschen in der stationären Langzeitpflege beschrieben. Hinzu kommen unklare Zuständigkeiten an den Schnittstellen zwischen Eingliederungshilfe, Pflege, Pflegekassen und Ehrenamt sowie komplexe Finanzierungsverhältnisse.

Ideen zur Verbesserung

Um die Kommunikation zwischen den Akteuren zu verbessern, wurden einheitliche Kommunikationswege sowie digitale Vernetzungen, gemeinschaftliche Datenschutzerklärungen sowie die Umsetzung und Vereinfachung der Telematik und einer einheitlichen elektronischen Datenverarbeitung für alle Akteure (siehe auch Themenraum Digitalisierung und Implementierung technischer Systeme) vorgeschlagen. Zusätzlich wurde die Öffnung eines elektronischen Behördenpostfachs für externe Akteure angeregt. Die Notwendigkeit eines regelmäßigen Austauschs durch einen „runden Tisch" mit Möglichkeit zur hybriden Teilnahme wurde betont, um nachhaltigen Wissenstransfer zu gewährleisten. Zudem wurden von den Teilnehmenden Wünsche nach übersichtlicheren Informationen über Beratungsmöglichkeiten im Pflege- und Sozialbereich im Kreis Pinneberg geäußert.

Die Workshop-Teilnehmenden empfehlen die Einrichtung zentraler Anlaufstellen in jeder Kommune, die Personen an die entsprechenden Instanzen weiterleiten können[7].

Herausforderungen bei der Umsetzung:

Als Kernproblem stellte sich für die die Beteiligten die Frage nach den Zuständigkeiten für die obengenannten Vorschläge, da Rollen und Verantwortung in der Zusammenarbeit teilweise als unklar erlebt werden. Weitere Herausforderungen wurden in der Finanzierung der vorgeschlagenen Anpassungen sowie gegebenenfalls gesetzliche Hindernisse bei der Umsetzung (nicht näher spezifiziert) gesehen.

Umsetzung innovativer Versorgungsmodelle, insbesondere für Menschen mit komplexen Bedarfslagen (u.a. Menschen mit Demenz)

Impulse aus vorgestellten Modellprojekten

Die Teilnehmenden erkannten in den Modellprojekten SEBKam (Kirchen-Peters, Krupp, & Rößler, 2020) und PfADE (Wolf-Ostermann, et al., 2020) grundsätzlich gute und umsetzbare Konzepte. Die bevorzugte Devise unter den Teilnehmenden lautete jedoch, vorhandene Konzepte auszubauen statt neue zu suchen, und mit einfachen Mitteln Lösungen zu finden. Als orientierende Best Practice-

[7] Siehe auch Informationen zu Community Health Nurse (Zarges, Kauthe, & Stange, 2016; Petersen-Ewert, Iversen, Nock, & Waidhaus, 2024)

Beispiele wurden das Quartierskonzept in Stuttgart, Demenzdörfer und Pflegehöfe diskutiert. Weitere diskutierte Impulse bezogen sich auf die Schulung von Angehörigen, niedrigschwellige Angebote, Sensibilisierung der Bevölkerung für Demenz sowie Schulungskurse für Kleinunternehmen.

Umsetzbarkeit im Kreis Pinneberg

Die Notwendigkeit der Bedarfsermittlung wurde als Voraussetzung für alle weiteren Schritte betont. Es wurde Bedarf für die Etablierung von Einrichtungen für junge Menschen mit Pflegebedarf gesehen. Interprofessionelle Kommunikation, in Form von Runden Tischen und Förderung der Netzwerkbildung wurden als unverzichtbare Grundlage für die Umsetzung hervorgehoben.

Herausforderungen bei der Umsetzung

Organisatorische Rahmenbedingungen, Finanzierung und vor allem der Personalmangel, insbesondere im Bereich von Fachpersonal mit spezialisierten Kompetenzen in der Pflege und Versorgung von Menschen mit Demenz, wurden als zentrale Hindernisse benannt. Ebenso wurde die klare Zuweisung bzw. Transparenz von Zuständigkeiten als eine wichtige Umsetzungsvoraussetzung benannt. Zudem wurde die Notwendigkeit betont, bei Anpassungen in den Versorgungsformen darauf zu achten, die Exklusion von bestimmten vulnerablen Gruppen wie z. B. Menschen mit Demenz zu vermeiden bzw. deren Inklusion zu fördern.

Mangel an (Fach-)Personal

Zentrale Handlungsfelder

Die Workshop-Teilnehmenden identifizierten ein breites Ursachenspektrum, das weit über die reine Personalknappheit hinausgeht. Neben hoher Arbeitsbelastung wurden strukturelle Rahmenbedingungen im Kreis Pinneberg (v.a. im ländlichen Raum) wie mangelnde Kinderbetreuung, unzureichende ÖPNV-Verbindungen und fehlender bezahlbarer Wohnraum als Herausforderungen benannt. Besonders hervorgehoben wurde die Konkurrenz durch Zeitarbeitsfirmen, die aufgrund höherer Gehälter und flexiblerer Arbeitsbedingungen (z. B. Wünsche für besonderes Schichtmodell, usw.) der langzeitstationären und ambulanten Pflege Pflegefachpersonen entziehen. Aus dem Bereich der stationären Langzeitpflege wurde berichtet, dass die Anerkennung von ausländischen Fachkräften über die Pflegesatzverhandlungen refinanziert wird und nach einem standardisierten Verfahren erfolgt (siehe auch Abbildung 14). Zusätzlich wurde die Eigenverantwortung der Arbeitgeber betont[8], um eine erfolgreiche Integration zu erreichen. In der ambulanten Versorgung wurde

8 Siehe auch „Voraussetzungen, Ablauf und Unterstützung im Anerkennungsverfahren“ vom Schleswig-Holsteinischen Institut für Berufliche Bildung (Datenbankmanagement Kursportal Schleswig-Holstein, o.D.)

die Integration ausländischer Pflege(fach)personen als schwieriger eingeschätzt, da die Anerkennung bzw. Schaffung der notwendigen Voraussetzungen (z. B. Vorhandensein eines Führerscheins) für den eigenverantwortlichen Einsatz in der ambulanten Versorgung häufig zeitaufwändiger und kostenintensiver sei. Es wurden Anerkennungsphasen von bis zu 36 Monaten beschrieben.



Abbildung 14: Handlungsfelder Fachkräfte- und Personalmangel Kreis Pinneberg (Ergebnisse Pflegekonferenz)

Ideen zur Verbesserung

Als zentrale Strategien zur Verbesserung der Situation des Personalmangels wurde insbesondere die Stärkung regionaler Netzwerke, die durch die Koordinierungsstelle Fachkräftegewinnung Pflege aufgebaut wurden, genannt. Dafür wurden vom Kreis organisierte Treffen, unter Einbindung von Pflegeschulen und eine enge Kooperation mit der Bundesagentur für Arbeit angeregt. Hierbei ist zu betonen, dass es bereits seit 2019 die Fokusgruppe „Altenhilfe und Pflege“ im Kreis Pinneberg gibt, die sich drei- bis viermal im Jahr online trifft, um zentrale Themen rund um die Versorgung und Unterstützung älterer sowie pflegebedürftiger Menschen im Kreis Pinneberg zu besprechen. Die Mitglieder verschiedener Institutionen (unter anderem Pflegekasse, Kreisseniorenbeirat, Pflegestützpunkt, Kreisverwaltung Pinneberg, Wohnpflegeaufsicht, etc.) erörtern in dieser Gruppe Ideen zur Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen im Kreis und ermöglichen die Vernetzung der Akteure in den Bereichen Altenhilfe und Pflege. Zudem werden von der Fokusgruppe aktuelle Handlungsempfehlungen entworfen und über die Webseite fokus pi des Kreises veröffentlicht (Kreis Pinneberg, 2026b). Als Ergänzung zu der Fokusgruppe wurde ein regionaler „runder Tisch“ der Pflegedienste vorgeschlagen, um die regionalen Strukturen der ambulanten Versorgung regelmäßig zu

diskutieren und Potenziale dafür zu identifizieren, wie die vorhandenen Ressourcen optimal genutzt werden können.

Herausforderungen bei der Umsetzung

Als eine Umsetzungsbarriere wurde beschrieben, dass die Koordinierungsstelle für Fachkräftegewinnung Pflege als Projekt ausgelaufen ist und die als Folgelösung etablierte Fachkräfte-Allianz nicht die erwartete nachhaltige Wirkung entfaltet hat.

Die Integration ausländischer Fachkräfte erfordert eine hohe Eigenverantwortung der Arbeitgeber. Insbesondere im ländlichen Bereich ist die Integration aufgrund fehlender sprachlicher Gemeinschaft herausfordernd. Für den ambulanten Bereich wurden die nicht gedeckten, vom Arbeitgeber zu leistenden Kosten für das Anerkennungs- und Qualifizierungsverfahren als Herausforderung gesehen. Die Finanzierung von Qualifizierungsmaßnahmen für ausländische Pflegefachkräfte erfolgt in Deutschland nicht einheitlich. Je nach individueller Situation können die Kosten vom Arbeitgeber, von der Bundesagentur für Arbeit beziehungsweise dem Jobcenter oder im Rahmen von Förderprogrammen übernommen werden (Bundesinstitut für Berufsbildung (BIBB), o.D.). Das Landesprogramm Arbeit 2021-2027 Schleswig-Holstein unterstützt Betriebe und Beschäftigte sowie Maßnahmen zur Beschäftigungs- und Fachkräftesicherung mit Mitteln des Europäischen Sozialfonds, um Beschäftigte, Auszubildende, Schüler*innen, Geflüchtete sowie Arbeitslose und Nichterwerbstätige (wieder) in den ersten Arbeitsmarkt zu integrieren (Investitionsbank Schleswig-Holstein (IB.SH), o.D.). Hinzukommen unklare Verbleibsperspektiven aufgrund politischer Entscheidungen und Zurückführungen.

Digitalisierung und Implementierung technischer Systeme

Zentrale Handlungsfelder

Die Teilnehmenden stellten grundsätzlich einen großen Bedarf und Willen aller beteiligten Akteure zur effizienten Nutzung technischer Systeme in der Pflege gesehen wird. Die Ergebnisse verdeutlichen allerdings in Teilbereichen eine noch ausbaubedürftige Interoperabilität technischer Systeme sowie Weiterentwicklungsbedarf bei den digitalen Kompetenzen sowohl auf Personalseite als auch bei Menschen mit Pflegebedarf und ihrer Angehörigen. Es wurde angemerkt, dass Datenformate zum Teil zu groß für die Übermittlung an den Kreis (z. B. Hygienestandards der stationären Einrichtungen zur Übermittlung an die Wohnpflegeaufsicht) sind, die mehrfache Gegenzeichnung von Leistungen im ambulanten Bereich auf Smartphones erfolgt, die von den Menschen mit Pflegebedarf teils nicht gut bedient werden können (siehe Abbildung 15).

Herausfordernd für die Pflegeakteure sei zudem, dass nicht alle Akteure des Pflege- und Gesundheitssystems gleichermaßen an die Telematikinfrastruktur angebunden seien bzw. diese bereits nutzten, sodass Dokumente teilweise per Fax oder Post versendet werden müssen, was laut den Beteiligten mögliche Datenverluste und zusätzliche Aufwände mit sich bringt. Für den langzeitstationären Bereich wurden zudem fehlende mobile Kartenlesegeräte beschrieben, sodass Gesundheitskarten der Bewohnenden einzeln zu Hausärzten oder Hausärztinnen (quartalsweise für z. B. Medikamente) gebracht werden müssten.

Ideen zur Verbesserung

Die Beteiligten des Workshops erläuterten vielfältige bereits genutzte oder gewünschte technische Systeme zur Unterstützung der pflegerischen Versorgung. Unter anderem beschrieben sie KI-unterstützte Spracherkennungssoftware zur Pflegedokumentation für ausländische Beschäftigte als hilfreich, betonten jedoch, dass deren Beschaffung kostenintensiv sei. Ebenso wurden – gestützt auf Erfahrungen Einzelner – Assistenztechnologien in Wohnungen für Menschen mit Demenz bzw. in der Häuslichkeit von Menschen mit Pflegebedarf[9] (die möglichst bereits bei Neubauten zu berücksichtigen sind) bis hin zu Pflegerobotern in der stationären Pflege und Überwachungssysteme bzw. Erinnerungssysteme mit Sensoren (z.B. automatische Herdabschaltung, Trinkbecher mit Sensoren[10]) als mögliche hilfreiche Ansätze zur Unterstützung des Pflegealltag genannt. Von den Teilnehmenden wurden sich (weitere) finanzielle Fördermöglichkeiten und Vereinfachung gewünscht; überwiegend hatten die Teilnehmenden bereits aktuelle Fördermöglichkeiten genutzt oder zumindest Kenntnis davon. Dabei wurden unter anderem folgende Fördermöglichkeiten diskutiert:

- Förderung nach § 8 Abs. 8 SGB XI – Digitalisierung in der Pflege: einmaliger Zuschuss in Höhe von bis zu 40% der von der Pflegeversicherung verausgabten Mittel bis maximal 12.000 Euro je ambulanter oder stationärer Pflegeeinrichtungen bis 2030 (u.a. für digitale oder technische Ausrüstung, IT- und Cybersicherheit, Schulungen im Zusammenhang mit der Einführung der Technik, etc.)
- Weiterbildungsbonus SH des Landesprogramms Arbeit 2021-2027 zur Qualifizierung der Beschäftigten z. B. zu Digitalkompetenz, IT-Sicherheit, Datenschutz, digitale Dokumentation, etc. mit einer aktuellen Förderung von 60% der förderfähigen Weiterbildungskosten bis maximal 5.000 Euro pro Weiterbildung (Landesportal Schleswig-Holstein, 2026)

[9] siehe auch Assistenzsysteme als Entlastung für die Pflege (Krüger-Brand, 2014)
[10] siehe auch Funktionen und Effekte der technischen Systeme (Lücke, 2016)

Die Teilnehmenden plädierten außerdem für mögliche Cloud-Lösungen mit verschlüsselter Datenübermittlung beispielsweise über SharePoint-Systeme im Kreis sowie die Förderung von Start-Ups im Pflegebereich, um regionale Infrastrukturen und DSGVO-konforme Gesetzgebungen in Deutschland zu fördern. Ein Modellprojekt der Allgemeinen Ortskrankenkassen (AOK) für digitale Unterschriften bei Verträgen[11] wurde als Best-Practice-Beispiel hervorgehoben.

Möglichkeiten zum Anbieten von überregionalen Schulungen für Pflege(fach)personal und Bürger*innen zur Förderung digitaler Kompetenzen werden vorgeschlagen. Durch den Seniorenbeirat werden bereits für Senior*innen (auch im ländlichen Raum) Schulungen zur Förderung der digitalen Kompetenz durchgeführt. Ebenso erstellt und verteilt der Seniorenbeirat im Kreis Pinneberg Informationsflyer mit Kontaktstellen zur Pflege für weniger digital affine Personen[12].

Herausforderungen bei der Umsetzung

Die Teilnehmenden des Themenraumes sehen den Aspekt des Datenschutzes als eine potenzielle Herausforderung bei möglichen Cloudlösungen oder KI- bzw. digitalgestützten Dokumentationssystemen. Ebenso wurde zum Teil eine Diskrepanz zwischen der Motivation und Bereitschaft der Leistungsanbieter und den aktuellen technischen Möglichkeiten der Hard- und Softwareanbietenden. Aktuelle Abonnement-Modelle der Softwareanbietenden werden von den Teilnehmenden als hinderlich bewertet, da einmalige Käufe für die Leistungsanbietenden einfacher in der Praxis zu verwalten sind. Ein wesentlicher Gesprächspunkt im Themenraum war die teils fehlende Akzeptanz von digitalen Systemen der Nutzenden, häufig bedingt durch geringe technische Affinität. Diskutiert wurde in diesem Zusammenhang generationsabhängige Unterschiede in den digitalen Kompetenzen der Pflege(fach)personen, aber auch generell der Bevölkerung.

[11] Siehe auch (AOK - Die Gesundheitskasse für Niedersachsen, 2026)
[12] Siehe auch Wegweiser für Senior*innen „Gut leben im Alter“ (Kreis Pinneberg, 2026f)

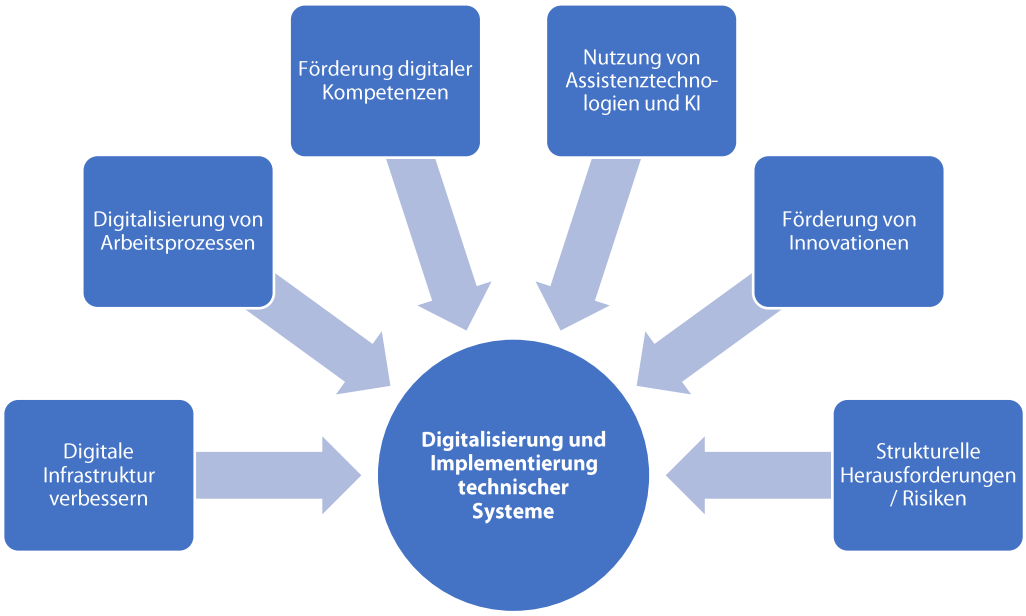


Abbildung 15: Handlungsfelder Digitalisierung und Implementierung technischer Systeme Kreis Pinneberg (Ergebnisse Pflegekonferenz)

Entbürokratisierung und Dokumentationsentlastung

Zentrale Handlungsfelder

Von den Teilnehmenden wurde die Wichtigkeit des Themas Entbürokratisierung betont. Als Belastungsfaktoren wurden unter anderem Redundanzen in der Qualitätssicherungsdokumentation in der langzeitstationären Pflege im Kontext der Qualitätskontrollen durch den Medizinischen Dienst und die Wohnpflegeaufsicht des Kreises beschrieben sowie die als unzureichend wahrgenommene Transparenz bzw. Zugänglichkeit von Informationen für Menschen mit (drohendem) Pflegebedarf und pflegenden Angehörigen über verfügbare Leistungen und Versorgungskapazitäten sowie notwendige Beantragungen. Letztere Barriere wurde vor allem bezogen auf spezielle Bedarfsgruppen diskutiert, wie z. B. jüngere Menschen mit Pflegebedarf, Menschen mit Unterstützungsbedarf aufgrund psychischer Erkrankungen sowie Menschen mit Pflegebedarf in ländlichen Regionen bzw. auf Helgoland. Als weitere Barriere für die Sicherstellung einer zeitnahen pflegerischen Versorgung in akuten Bedarfssituationen wurde eine fehlende Vergütungsvereinbarung zwischen den gesetzlichen Krankenkassen und den ambulanten Pflegediensten für häusliche Pflege zur Krankenhausvermeidung nach § 37 Absatz 1 SGB V als strukturelles Defizit benannt.

Ideen zur Verbesserung:

Die Teilnehmenden befürworteten eine bessere Vernetzung, Klarheit und Transparenz von Zuständigkeiten und die Kooperation zwischen den Akteuren. Zusätzlich wurde die Erstellung eines kreisweiten Portals mit Informationen und Checklisten für Personen mit (drohendem) Pflegebedarf und deren Angehörigen in einfacher Sprache vorgeschlagen. Hierbei wurde das bereits vom Kreis betriebene HIP-Portal (HIP – Das Hilfeportal für den Kreis Pinneberg[13]) beispielhaft benannt, das jedoch noch nicht ausreichend bekannt sei. Ergänzend wurden eine fachliche Begleitung für betroffene Menschen bzw. Familien in speziellen Bedarfssituationen, beispielweise durch den sozialpsychiatrischen Dienst, sowie die bedarfsspezifisch gezielte Schulung von Angehörigen diskutiert. Zur Entlastung des Personals sollten Dokumentationspflichten geprüft und Doppeldokumentationen vermieden werden. Beispielhaft wurden technische Anwendungen zur Vereinfachung der Wunddokumentation genannt.

Herausforderungen bei der Umsetzung:

Die Abgrenzung der Zuständigkeiten, personelle Engpässe, unzureichende Akzeptanz von technischen Lösungen sowie (nicht näher spezifizierte) Datenschutzanforderungen wurden als (potenzielle) Umsetzungsbarrieren beschrieben. Am Beispiel des vom Kreis betriebenen, unter den Teilnehmenden wenig bekannten HIP-Portals wurde deutlich, dass eine zentrale Herausforderung in der effektiven zielgruppenspezifischen und barrierearmen Verbreitung von Informationen über Unterstützungsmöglichkeiten liegt.

6. Diskussion aktueller Themenbereiche

6.1. Zusammenfassung der Kernergebnisse

Die Projektion des Pflegebedarfs zeigt, dass im Kreis Pinneberg in den nächsten knapp 15 Jahren die Zahl der Personen mit Pflegebedarf im Sinne des SGB XI relativ um knapp 14% (absolut um rund 2.300 Personen) steigen wird. Dieser Anstieg liegt leicht unterhalb des Niveaus des zu erwartenden Anstiegs für Schleswig-Holstein insgesamt und betrifft vor allem die Altersgruppe der 70- bis 80-Jährigen (relativer Anstieg um 46%), gefolgt von den über 80-Jährigen (relativer Anstieg um knapp 14%). Zu erwarten ist laut dieser Projektion zudem ein tendenziell leicht höherer Anstieg unter Männern als Frauen in diesen Altersgruppen. Die beschriebenen Steigerungsraten in den beiden Altersgruppen betreffen gleichermaßen den Bezug von Pflegegeld als auch die Inanspruchnahme von

[13] https://hilfeportal.kreis-pinneberg.de/de/

Leistungen der ambulanten Pflege oder stationären Langzeitpflege. Absolut betrachtet, fällt der zu erwartende Anstieg im Bereich des Pflegegelds mit ca. 1.000 zu erwartenden zusätzlichen Leistungsempfänger*innen am höchsten aus. In der ambulanten und in der stationären Pflege ist laut der Projektion jeweils mit einem Bedarf von ca. 500 zusätzlich zu versorgenden Personen zu rechnen. Bei der Annahme einer durchschnittlichen Kapazität von ca. 50 versorgten Personen pro Pflegedienst bzw. Pflegeeinrichtung laut aktueller Pflegestatik entsprechen diese Zuwachsraten einem Bedarf von weiteren 8 bis 10 Pflegediensten bzw. Pflegeeinrichtungen.

Aktuelle Strukturdaten weisen allerdings bereits gegenwärtig eine deutlich höhere Anzahl von Pflegediensten (+34 Pflegedienste) und geringere Anzahl an Pflegeeinrichtungen (-8 stationäre Langzeitpflegeeinrichtungen) im Kreis Pinneberg aus als sie der aktuell verfügbaren Pflegestatistik zugrunde liegen. Dies deutet auf eine höhere Dynamik im Bedarfs- und Leistungsgeschehen, als sie mit der Fortschreibung der Pflegequoten von 2023 für diese Projektion abgebildet werden konnte. Weitere Unsicherheiten ergeben sich daraus, dass für die Projektion als einziger Varianzfaktor die Verschiebung der demografischen Zusammensetzung der Bevölkerung im Kreis, d.h. altersbedingte Veränderungen, zugrunde gelegt wurde. Veränderungen in der Morbidität, die ebenfalls die Entwicklung des bevölkerungsweiten Risikos von Pflegebedürftigkeit beeinflussen (Rothgang, Burfeindt, Czwikla, & Müller, 2025) , konnten aufgrund fehlender Daten auf Kreisebene nicht berücksichtigt werden. Für Demenzerkrankungen, die zu den wesentlichen Pflegebedarf begründenden Erkrankungen gehören, legen jüngere Schätzungen einen Anstieg der Prävalenz im Kreis Pinneberg um den Faktor 1,8 bis 2060 nahe: Standen 2020 2,6 Personen mit Demenz 100 Personen im erwerbsfähigen Alter gegenüber, erhöht sich dieses Verhältnis bis 2060 auf 4,6 pro 100 erwerbsfähige Personen. Dieser geschätzte Anstieg ist geringer als in anderen Kreisen Schleswig-Holsteins (exklusive kreisfreier Städte) und im Bundesland insgesamt (projizierter Anstieg um den Faktor 2,1) (AOK NordWest, 2026).Damit deckt sich diese Projektion mit dem Muster der altersabhängigen Projektion des Pflegebedarfs im Kreis Pinneberg für die vorliegende Pflegebedarfsanalyse.

Zu berücksichtigen ist jedoch, dass die Inanspruchnahme von Pflegeleistungen nicht nur von alters- und krankheitsbedingten Faktoren beeinflusst wird, sondern auch von verfügbaren Strukturen und Kapazitäten der pflegerischen und gesundheitlichen Versorgung. Diese hängen zum einen von den Rahmenbedingungen der Refinanzierung von Pflegebedarf, zum anderen von der verfügbaren personellen Kapazität für Unterstützungsleistungen ab. Für die Refinanzierung von Versorgungsleistungen sind insbesondere im Zusammenhang mit anstehenden Reformen der sozialen Pflegeversicherung deutliche Veränderungen zu erwarten, deren Auswirkungen auf die Entwicklung des Pflegebe-

darfs bei noch laufendem Gesetzgebungsverfahren nur sehr eingeschränkt bewertet werden können (siehe Abschnitt 6.2). Hinsichtlich der Personalkapazität sind deuten die die Ergebnisse der Bestandsaufnahme auf bereits aktuell hohe Herausforderungen der Anbieter von Pflegeleistungen bei der Deckung des Personalbedarfs, vor allem im Bereich der Pflegefachpersonen, hin, die perspektivisch eher weiter zunehmen werden. Dies unterstreicht die demografisch zu erwartende Reduktion des Unterstützungskoeffizienten im Kreis Pinneberg von 3 auf 2 erwerbsfähigen Personen pro Person mit Unterstützungsbedarf. Nicht zuletzt ist bei der Interpretation der Projektionsergebnisse zu berücksichtigen, dass

Die Ergebnisse der Bestandsaufnahme mittels standardisierter Online-Befragung und Interviews relevanter Akteure haben versorgungsformenübergreifend mehrere zentrale Ergebnisse erbracht:

- **Regionale Unterschiede in der Versorgung:** Die Angebote und Versorgungsstrukturen sind innerhalb des Kreises unterschiedlich verteilt. Während bestimmte Räume über ein breiteres Angebot verfügen, sind andere Betrachtungsräume insbesondere bei spezialisierten oder ergänzenden Angeboten schwächer vertreten. Diese Unterschiede korrespondieren nur teilweise mit der Bevölkerungsdichte und dem Altenquotienten der Betrachtungsräume. Auffällig ist eine gewisse Konzentration der verschiedenen Versorgungsformen im Betrachtungsraum Pinneberg, einem Betrachtungsraum mit vergleichsweise hoher Bevölkerungsdichte bei zugleich hohem, aber nicht höchstem Altenquotienten im Kreisgebiet. Auch die unterschiedlichen Einzugsradien mit teilweise langen Anfahrtswegen weisen auf Herausforderungen in der Sicherstellung einer regional gleichwertigen Versorgungssicherheit und -qualität hin.
- **Hoher und vielfältiger Unterstützungs- und Versorgungsbedarf:** Über nahezu alle Versorgungsbereiche hinweg zeigte sich eine hohe Nachfrage nach pflegerischen, betreuenden und entlastenden Angeboten. Besonders deutlich wurde dies bei bestehenden Wartelisten, hoher Auslastung sowie dem von den Akteuren beschriebenen zusätzlichen Bedarf an Unterstützungsleistungen. Insbesondere für den Bereich der Tagespflege wurde Bedarf für eine größere Flexibilisierung des Angebots und Ergänzung um Nachtpflege-Angebote deutlich. Dies steht einer laut Befragungsergebnissen anzunehmenden Ausschöpfung aktueller Versorgungskapazitäten in dieser Versorgungsform gegenüber.
- **Begrenzte Kapazitäten und Fachkräfte als zentrale Herausforderung:** Kapazitätsengpässe und fehlendes Personal werden von mehreren Akteursgruppen als wesentliche Gründe für Wartelisten und eingeschränkte Aufnahme- bzw. Versorgungskapazitäten ge-

nannt. Offene Stellen wurden insbesondere in der ambulanten und stationären Pflege angegeben. Im Bereich der alltagnahen Betreuungs- und Unterstützungsanbieter dominieren Ein-Personen-Unternehmen.

- **Bedarf an niedrigschwelligen Entlastungsangeboten:** Ein wiederkehrendes Thema betraf den Bedarf an Unterstützung im Alltag und an Entlastung pflegender Angehöriger. Besonders häufig werden Begleit- und Fahrdienste, Einkaufs- und Besorgungsdienste, persönliche Unterstützung sowie haushaltsnahe Leistungen genannt. Diese Angebote können dazu beitragen, häusliche Pflege länger aufrechtzuerhalten.
- **Zunehmende Bedeutung komplexer und spezialisierter Pflegebedarfe:** Die Befragung zeigte einen Bedarf an spezialisierten Angeboten, unter anderem für Menschen mit Demenz, chronischen Wunden, Diabetes, neurologischen Erkrankungen und palliativen Versorgungsbedarfen. Gleichzeitig wurden in verschiedenen Einrichtungen Weiterbildungsbedarfe zu genau diesen Themen benannt.
- **Demenz als bereichsübergreifendes Thema:** Menschen mit Demenz bzw. kognitiven Einschränkungen werden von verschiedenen Akteuren als relevante Zielgruppe genannt. Sowohl spezialisierte Angebote als auch Qualifizierungsbedarfe im Bereich Demenz bestehen in mehreren Versorgungsbereichen.

Bei der Interpretation der Ergebnisse ist zu berücksichtigen, dass sich vor allem die Angaben zu besonderen Versorgungsformen wie Tagespflege, besondere Wohnformen und Wohnen mit Service auf geringe Stichproben von weniger als 10 Einrichtungen beziehen. Insgesamt liegt der Rücklauf der Online-Befragung über dem aus anderen Untersuchungen in diesem Setting berichteten Rückmeldequoten, was für eine gewisse Repräsentativität der Befragungsergebnisse spricht. Dies wird auch durch den Vergleich der Ergebnisse für die langzeitstationäre und ambulante Pflege mit äquivalenten Daten der Pflegestatistik gestützt. Über die Gründe für die Nichtteilnahme der Einrichtungen liegen keine Informationen vor. Es ist jedoch nicht zu erwarten, dass diese mit deutlich anderen Herausforderungen und Bedarfslagen konfrontiert sind.

In der abschließenden Pflegekonferenz mit Vertretenden mehrerer relevanter Perspektiven konnten basierend auf den Befragungs- und Projektionsergebnissen zentrale Handlungsfelder und dazugehörige Impulse für Veränderungen und Umsetzungshinweise identifiziert werden. Diese betreffen die Themenbereiche Personalmangel, Digitalisierung und Innovationen, Zusammenarbeit mit Akteuren im Pflege- und Gesundheitswesen, Implementierung neuer Versorgungsansätze für Menschen mit komplexen Bedarfslagen sowie die Entbürokratisierung und Verbesserung der Zugäng-

lichkeit von Informationen. Die zu diesen Handlungsfeldern in der Pflegekonferenz diskutierten Aktivitäten werden im Kontext der abschließenden Handlungsempfehlungen aufgegriffen und eingeordnet.

6.2. Reform der Sozialen Pflegeversicherung: Pflegeneuordnungsgesetz (PNOG)

Vor dem Hintergrund der bundesweit steigenden Zahl von Leistungsempfängerinnen und Leistungsempfängern im SGB XI wird für die aktuelle Legislaturperiode auf Bundesebene eine grundsätzliche Reform dieser Sozialversicherung angestrebt. Anfang Juni 2026 hat das Bundesgesundheitsministerium (BMG) hierfür einen Referentenentwurf für ein Pflegeneuordnungsgesetz (PNOG) vorgelegt (Bundesministerium für Gesundheit, Pflegeneuordnungsgesetz (PNOG), 2026). Die Regelungen dieses Gesetzentwurfes beinhalten unter anderem eine Erhöhung der Schwellen für die Einstufung in die Pflegegrade 1 bis 3 (Kinder im Alter bis zu 18 Monaten: Pflegegrade 2 bis 4), eine Anpassung des Leistungsspektrums vor allem in der häuslichen bzw. ambulanten Pflege, eine Verringerung der Zuzahlung zu den Eigenanteilen in der stationären Langzeitversorgung sowie mehrere Änderungen mit dem Ziel der Förderung von Digitalisierung, Entbürokratisierung und bedarfsgerechter Pflegestrukturentwicklung.

Wegen des noch laufenden Gesetzgebungsprozesses zum Zeitpunkt dieses Berichts können mögliche Implikationen für die Pflegebedarfsplanung für den Kreis Pinneberg nicht abschließend bewertet werden. Abzusehen ist jedoch, dass eine Reihe der geplanten Änderungen mittelbar und unmittelbar die in der Pflegebedarfsanalyse für den Kreis identifizierten Herausforderungen und Handlungsfelder berühren. Auf wesentliche Aspekte wird nachfolgend kurz eingegangen, stets unter dem Vorbehalt, dass Zeitplan und Ergebnis des Gesetzgebungsprozesses gegenwärtig noch offenstehen.

Zu erwartende Änderungen der Pflegequoten

Wesentlich für die Pflegebedarfsplanung des Kreises sind die geplanten Anpassungen in den Kriterien für die Feststellung der Pflegebedürftigkeit. Diese würden zu einer Erhöhung der Schwellen der unteren drei Pflegegrade führen und damit den Zugang zu Leistungen verändern. Darüber hinaus ist zu erwarten, dass sich die geplanten Änderungen im Leistungsspektrum des SGB XI auf die Häufigkeit der Inanspruchnahme von Leistungen der ambulanten Pflege (Sachleistungen) und der stationären Langzeitpflege auswirken werden. Werden die geplanten Änderungen rechtskräftig, verliert die Übertragung der aktuellen Pflegequoten auf die prognostizierte Bevölkerungsentwicklung, wie für die vorliegende Pflegebedarfsprojektion vorgenommen, an Gültigkeit. Sehr wahrscheinlich ist unter diesen Voraussetzungen mit einem weniger starken Anstieg der Zahl der Leistungsempfänger*innen unter den über 70-Jährigen zu rechnen. Die Größe des Effekts ist jedoch basierend auf

verfügbaren Daten nicht zuverlässig zu schätzen, da unklar ist, wie viele Personen von der Anhebung der Schwellen für die Pflegegrade 1, 2 oder 3 betroffen sein werden.

Ebenso wenig lassen sich die Auswirkungen auf die Inanspruchnahme der verschiedenen Leistungsformen zuverlässig bewerten. Zu vermuten sind gewisse Verschiebungen in den Anteilen der Leistungsempfänger*innen ambulanter Sachleistungen und stationärer Pflege. Denkbar ist einerseits ein Anstieg der Anzahl der Personen, die Unterstützungsleistungen für die häusliche Pflege in Anspruch nehmen, z. B. in Form des neu geplanten Entlastungsbudgets (als Ersatz für das Pflegegeld nach § 37 SGB XI) oder Sachleistungsbudgets (anstelle der Pflegesachleistung nach § 36 SGB XI), da die Zuschläge zur Begrenzung des Eigenanteils bei vollstationärer Pflege nach § 43c SGB XI langsamer steigen sollen. Andererseits ist auch ein Rückgang der Inanspruchnahme ambulanter Leistungen möglich, weil zum einen durch neue Leistungsformen die Prävention des Fortschreitens von Pflegebedürftigkeit in den Vordergrund gestellt werden soll und zum anderen durch die Erhöhung der Schwelle zum Pflegegrad 2 der Zugang zu ambulanten oder vollstationären Leistungen begrenzt werden soll. Da Personen mit Pflegegrad 2 tendenziell eher ambulante als vollzeitstationäre Pflege in Anspruch nehmen, fällt diese Schwellenerhöhung vermutlich eher bei ambulanten Sachleistungen ins Gewicht. Eine Verschiebung in Richtung vollzeitstationärer Pflege kann zudem durch die ebenfalls geplante Reduktion der Refinanzierung von Rentenbeiträgen für pflegende Angehörige und daraus folgende Schwächung der Kapazitäten häuslicher Pflege sowie durch Kürzungen in den Mitteln für die Verhinderungs- und Kurzzeitpflege (künftig ersetzt durch ein sogenanntes Überbrückungsbudget) erfolgen.

In seiner Stellungnahme zum PNOG warnt der Deutsche Städte- und Gemeindebund vor einem weiteren Anstieg der Kosten von Kommunen für die „Hilfe zur Pflege“, insbesondere infolge der geplanten Verzögerung in der Progression von Zuzahlungen zum Eigenanteil bei vollstationärer Pflege (Deutscher Städte- und Gemeindebund, 2026). Der Städte- und Gemeindeverbund erwartet hierdurch einen höheren Bedarf für die Kompensation dieser Eigenanteile durch „Hilfe zur Pflege“, d. h. aus Sozialhilfe-Mitteln (SGB XII) der Kommunen. Im Kreis Pinneberg sind die Ausgaben für diese Sozial-Hilfe-Leistung seit 2014 um mehr als ein Drittel von knapp 12 Millionen Euro auf 16,4 Millionen Euro (Stand 2025) gestiegen (Kreis Pinneberg, 2026).

Potenzielle Auswirkungen auf das Leistungsspektrum

Unmittelbare Auswirkungen auf das Angebot und die Nachfrage von Leistungen der Sozialen Pflegeversicherung im Kreis können zudem der geplante Wegfall des flexibel einsetzbaren Entlastungsbetrags nach § 45b SGB XI (z. B. nutzbar für Tagespflege) sowie die Integration von Beratungsaufga-

ben ambulanter Pflegedienste nach § 37 Absätze 3 und 3a SGB XI in eine neu geplante Pflegebegleitung durch Pflegekassen (auch übertragbar auf Pflegestützpunkte oder ambulante Dienste) haben. Darüber hinaus sollen Pflegedienste künftig nicht mehr berechtigt sein, Leistungen im Sinne der Unterstützung im Alltag nach § 45a SGB XI zu erbringen. Für Personen mit Pflegegrad 1 wird sich zudem das Spektrum refinanzierter Leistungen verringern. Während der Anspruch auf einen Entlastungsbetrag oder einen monatlichen Zuschuss bei vollstationärer Pflege entfallen wird, sind sie dem neu geplanten Sozialraumbudget (als Ersatz für den Entlastungsbetrag) ausgenommen, was den Zugang zu niedrigschwelligen Angeboten zur Unterstützung im Alltag gemäß § 45a SGB XI erschwert.

Die Bestandsaufnahme für diese Pflegebedarfsanalyse ergab, dass Beratungsleistungen nach § 37 Absätze 3 und 3a SGB XI und § 45a SGB XI einen relevanten Teil der in Anspruch genommener Leistungen ambulanter Pflegedienste darstellen. Zugleich wurde von den interviewten Expert*innen und in der Pflegekonferenz der Bedarf an niedrigschwelligen alltagsnahmen Betreuungs- und Unterstützungsleistungen betont. Abhängig von der weiteren Ausgestaltung der geplanten Änderungen im Leistungsspektrum der Sozialen Pflegeversicherung kann eine Verringerung des Leistungsspektrums von Pflegediensten (und damit ggf. auch der Attraktivität der ambulanten Pflege als Arbeitsplatz) sowie des Angebots an Leistungen für die Alltagsunterstützung die Folge sein. Gleichzeitig kann durch ungedeckten Bedarf Handlungs- und Kostendruck gegenüber anderen Kostenträgern, z. B. den Kommunen, entstehen (Deutscher Städte- und Gemeindebund, 2026).

Die geplante Reduktion der monetären Leistungsumfänge im Bereich der Kurzzeitpflege ist mit Blick auf die Pflegebedarfsplanung für den Kreis Pinneberg als nachrangig einzuschätzen. Zum einen zeigen die Ergebnisse der Pflegebedarfsprojektion nur einen geringen wahrscheinlich zu erwartenden Zuwachs der Anzahl von Kurzzeitpflegegästen (von 90 auf 102 bis zum Jahr 2040), zum anderen legen die Ergebnisse der Online-Befragung nahe, dass vorhandene Kurzzeitpflegeangebote eher als Eintrittsphase in die stationäre Langzeitversorgung genutzt werden und weniger für die Überbrückung vorübergehend herausfordernder ambulanter Versorgungssituationen mit realistischer Chance der Restabilisierung der häuslichen Pflegesituation. Es bleibt abzuwarten, inwieweit die geplanten zusätzlichen Pflegesachleistungen für pflegerische Akutsituationen bei Personen mit Pflegegrad 2 bis 5 (refinanzierbar über das Überbrückungsbudget) dazu beitragen kann, häusliche Pflegesituationen so zu stabilisieren, dass ein Einzug in eine stationäre Einrichtung vermieden werden kann.

Geplante neue Strukturen im Pflegewesen

Das PNOG enthält eine Reihe weiterer Anpassungen im Leistungsspektrum sowie im System der Absicherung des Pflegebedarfs, die einige der deutlich gewordenen Herausforderungen in der pflegerischen Versorgung im Kreis Pinneberg adressieren. Beispielhaft genannt sei die geplante Bereitstellung einer Pflegebegleitung, die Menschen mit Pflegebedarf und ihre Angehörigen in verschiedener Hinsicht bei der Erkennung von Pflegebedarf, der Versorgungsplanung und -koordination (bei besonders komplexen Bedarfslagen bis hin zum Case Management), bei Überleitungsprozessen und in pflegerischen Notsituationen unterstützen soll. Diese Leistung bietet das Potenzial, die unter anderem in Themenräumen Entbürokratisierung und Zusammenarbeit in der Pflegekonferenz beschriebenen Barrieren im Zugang zu Informationen und in der Abstimmung von Versorgungsleistungen zu minimieren. Noch mit Unklarheiten behaftet sind die Qualifikationsanforderungen und die strukturelle Verortung dieser Leistung; die mit dem PNOG geplante primäre Integration in die Pflegekassen würde eine zusätzliche, direkt vom Kostenträger abhängige Instanz neben Pflegestützpunkt und Pflegediensten schaffen.

Mit der Einführung eines digitalen „Pflege-Cockpits", einem geplanten Kompetenzzentrum Digitalisierung und Pflege sowie mehreren Maßnahmen zur Förderung von Innovation und Digitalisierung (inkl. Telepflege) sollen die Zugänglichkeit von Informationen über Leistungen des SGB XI, Informationsflüsse und Datenaustausch verbessert, Verwaltungsaufwand reduziert und digitale Anwendungen stärker in die Versorgung integriert werden. Diese Maßnahmen entsprechen den in dieser Pflegebedarfsanalyse identifizierten Erfordernissen für die Minimierung technischer Schnittstellenprobleme und die sektorenübergreifende Nutzung von Patientendaten. Ebenso soll der für jede Person mit bestätigtem Pflegebedarf individuell verfügbare Zugang zum „Pflege-Cockpit" die Information über und Kommunikation mit Kostenträgern und Leistungserbringern erleichtern.

Auf der Systemebene beinhaltet das PNOG ergänzende Regelungen, die die datenbasierte Überwachung und Steuerung der regionalen Entwicklung von Versorgungskapazitäten stärken sollen. Hierzu zählen unter anderem die Schaffung eines erleichterten Zugangs zu entsprechenden Monitoringdaten für Länder und Kommunen sowie die Definition von Indikatoren für die Feststellung (drohender) regionaler Unterversorgung. Die genaue Definition der Anforderungen an die kommunale Pflegestrukturplanung bleibt in Landesrecht. Aus kommunaler Sicht wird indes kritisiert, dass diese Instrumente ins Leere laufen, solange Kommunen nicht in den Abschluss von Versorgungsaufträgen involviert sind (Deutscher Städte- und Gemeindebund, 2026). Ebenso enthält das PNOG keine grundlegenden Änderungen zur Verbesserung der Schnittstellen zwischen den Leistungssystemen

der SGB V, IX und XI. Diesbezügliche Herausforderungen, die auch Teil der Ergebnisse der Pflegekonferenz sind, bleiben bestehen.

6.3. Handlungsempfehlungen

Basierend auf den Ergebnissen der Pflegekonferenz und den zugrunde liegenden Erkenntnissen aus der Pflegebedarfsprojektion und der Bestandsaufnahme, werden in diesem Kapitel Handlungsempfehlungen für die weitere Entwicklung der Strukturen und Zusammenarbeit in der pflegerischen Versorgung im Kreis Pinneberg formuliert. Diese gliedern sich nach den Themenräumen der Pflegekonferenz, d.h. den von den Teilnehmenden der Bestandsaufnahme als zentral identifizierten Herausforderungen für den Kreis. Sie berücksichtigen auch die im Abschnitt 6.2 beschriebenen geplanten Änderungen im Leistungsspektrum und der Pflegeinfrastruktur durch das PNOG. Alle abgeleiteten Handlungsempfehlungen bauen auf der aktuellen pflegerischen Versorgungssituation im Kreis auf, die nachfolgend zunächst zusammenfassend hinsichtlich deutlich gewordener Stärken und kritischer Aspekte bewertet wird.

Die nachfolgenden Handlungsempfehlungen stellen fachliche Impulse dar. Ihre Umsetzung steht unter dem Vorbehalt der jeweiligen Zuständigkeiten, einer fachlichen und wirtschaftlichen Prüfung sowie gegebenenfalls erforderlicher politischer Beschlüsse und der Bereitstellung personeller und finanzieller Ressourcen.

6.3.1. Förderung der Resilienz des Pflegesystems als Kernaufgabe

Die Versorgungsbedingungen im Kreis sind den Ergebnissen der vorliegenden Analyse zufolge durch mehrere Stärken bzw. relativen Vorteile gekennzeichnet. In demografischer und epidemiologischer Hinsicht sind hierbei die im Vergleich zum Bundesland Schleswig-Holstein insgesamt aktuell günstigeren Alten- und Belastungsquotienten sowie der höhere Unterstützungskoeffizient und eine etwas niedrigere Prävalenz von Pflegebedarf im Kreis zu nennen. Auch wenn sich der Unterstützungskoeffizient bis 2040 laut Bevölkerungsprognose dem Landesniveau annähern wird, sagt die für diese Pflegebedarfsanalyse vorgenommene Projektion des Pflegebedarf einen etwas geringeren Anstieg der Zahl der Leistungsempfänger*innen als für das Bundesland als Ganzes voraus – in allen hier betrachteten Versorgungsformen (Pflegegeld, ambulante Pflege, vollstationäre Pflege). Gleiches gilt für die von anderen Autoren vorgenommene Schätzung der Entwicklung der Prävalenz demenzieller Erkrankungen im Kreis und im Land. Die aktuellen pflegerischen Versorgungsbedingungen im Kreis Pinneberg wurden von den interviewten Expert*innen im Median als befriedigend eingeschätzt. Positiv hervorgehoben wurden hierbei vor allem die Anbindung an die Metropolregion

Hamburg mit möglichen Vorteilen im Zugang zu besonderen Versorgungsangeboten, beispielsweise bei Vorliegen seltener Erkrankungen, sowie die dichte Versorgungsinfrastruktur in den größeren Städten des Kreises. Als eine weitere Stärke ist zudem die seit 2019 auf Kreisebene bestehende Fokusgruppe Altenhilfe und Pflege zu werten, die eine regelmäßige Erfassung und Reflexion aktueller Herausforderungen in der Sicherstellung der pflegerischen Versorgung aus der Perspektive von Leistungserbringern, Personen mit (potenziellem) Pflegebedarf und Angehörigen, Leistungserbringern, Kosten- und Einrichtungsträgern sowie der Kreisverwaltung ermöglicht. Die Verortung eines Teams Pflege im Fachdienst Soziales der Kreisverwaltung hat sich nach den Erfahrungen der vorliegenden Analyse ebenfalls als wichtige zentrale Struktur für die Wahrnehmung der Aufgaben des Kreises als Beteiligter in der Sicherstellung der pflegerischen Versorgung bewährt. Sie ermöglicht die Bündelung von Kommunikations-, Organisations-, Koordinations- und Steuerungs- sowie Überwachungsprozessen für die Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen.

Herausforderungen für die Resilienz des Versorgungssystems

Als kritisch in den aktuellen Versorgungsbedingungen des Kreises sind nach den Ergebnissen der Bestandsaufnahme vor allem regionale Ungleichheiten in der Lokalisation von pflegerischen Angeboten zu bewerten. Diese betreffen vor allem, aber nicht ausschließlich die Tagespflege, Ressourcen für die Alltags- und Seniorenbetreuung nach § 45a SGB XI, besondere Wohnformen und Wohnen mit Service. In dieser Hinsicht decken sich die Ergebnisse der Online-Befragung mit den Einschätzungen der interviewten Expert*innen. Insbesondere signalisieren die Ergebnisse beider empirischer Quellen ein vor allem in Räumen mit geringer Bevölkerungsdichte („ländlicher Raum“) und/oder hohem Altenquotienten bestehendes Ungleichgewicht zwischen demografischen und pflegeepidemiologischen Bedingungen und verfügbarer Pflegeinfrastruktur. Weiterhin zeichnen sich basierend auf beiden Datenquellen Risiken für die künftige Sicherstellung der Versorgung ab, insbesondere bedingt durch die aktuelle bereits sehr hohe bis vollständige Ausschöpfung vorhandener Ressourcen (vor allem in der Tagespflege, stationären Langzeitpflege, ambulante Pflege und besondere Wohnformen) und Wachstumsgrenzen infolge bereits gegenwärtig bestehender Personalengpässe, vor allem Bereich von Pflegefachpersonal.

Übergreifende Handlungsempfehlungen zur Stärkung der Resilienz

Eine künftige Kernaufgabe aller an der Steuerung der pflegerischen Versorgungskapazitäten Beteiligten (Kostenträger, Einrichtungsträger, Kommunen und Kreis sowie Entscheidungsträger auf Länder- und Bundesebene) liegt demnach in der Sicherstellung der Resilienz der pflegerischen Versorgungsstrukturen gegenüber den künftig zu erwartenden Belastungen – für den Kreis Pinneberg sehr

wahrscheinlich ein Anstieg der Zahl von Menschen mit Pflegebedarf um über 2.000 Personen bis 2040, d.h. um knapp 1% der Wohnbevölkerung im Kreis. Die geplanten Änderungen im System der sozialen Pflegeversicherung durch das PNOG bergen für diese Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen sowohl Chancen als auch Risiken (s. Abschnitt 6.2). Nachfolgende themenspezifischen Handlungsempfehlungen sollen einen orientierenden Rahmen für die künftige Schwerpunktsetzung in der Gestaltung der pflegerischen Versorgungsbedingungen im Kreis geben, unter Berücksichtigung von Implikationen für die Länder- und Bundesebene.

Eine wesentliche übergreifende Aufgabe des Kreises bzw. der Kreisverwaltung – in Zusammenarbeit mit den Kosten- und Einrichtungsträgern im SGB XI – wird auch künftig insbesondere in der Überwachung der Sicherstellung der pflegerischen Versorgung und der Früherkennung regional bestehender Versorgungslücken liegen. Es ist zu erwarten, dass der Kreisverwaltung mit den Daten nach § 12 Absatz 2 SGB XI zeitnäher als mit bisherigen Statistiken detaillierte Informationen zur regionalen Verteilung der Versorgungsbedingungen und des Leistungsgeschehens vorliegen werden. Diese Daten können insbesondere auch die Arbeit der Fokusgruppe, deren Fortsetzung empfohlen wird, unterstützen. Ergänzend wird basierend auf den Erfahrungen aus dem Prozess dieser Pflegebedarfsplanung die regelmäßige Durchführung einer Pflegekonferenz empfohlen, um einem größeren Kreis der an der pflegerischen Versorgung beteiligten Akteure eine direkte Beteiligung an pflegepolitischen Gestaltungs- und Steuerungsprozessen auf Kreisebene zu geben. Nach pragmatischen Erwägungen wird eine regelmäßige Wiederholung abhängig von den Intervallen verfügbarer Daten zur regionalen Entwicklung und der zeitlichen Planung geplanter bzw. initiierter Veränderungen in der Pflegeinfrastruktur auf Kreisebene empfohlen.

Ebenso sollte die vorliegende Pflegebedarfsplanung in regelmäßigen Abständen aktualisiert werden. Hierfür sollten im Landespflegegesetz künftig verbindliche Anforderungen an Inhalte, Datengrundlage und Aktualisierungsfrequenz der Pflegebedarfsplanung auf Kreis- bzw. kommunaler Ebene definiert werden, um einheitliche Standards für die Steuerung der pflegerischen Versorgung in den Kreisen des Bundeslands Schleswig-Holstein zu schaffen.

6.3.2. Handlungsfeld Personalmangel

Offene Stellen und Konsequenzen von Personalmangel, insbesondere im Bereich von Pflegefachpersonal, waren ein offensichtliches Thema in der Bestandsaufnahme und anschließend in der Pflegekonferenz. Dieses Handlungsfeld betrifft alle Betrachtungsräume, wenngleich sich vor allem in der Pflegekonferenz Hinweise fanden, dass Art und Ursache der Herausforderung abhängig vom Be-

trachtungsraum und Versorgungsform etwas variieren. So zeigte sich, dass die Integration von ausländischen Pflegefachpersonen bzw. Pflegefachpersonen aus Drittstaaten in der ambulanten Pflege an mehr Voraussetzungen hinsichtlich der Kompetenzen (unter anderem Führerschein), Einarbeitungszeit und Integration in das Arbeits- und Wohnumfeld gebunden ist als in der stationären Langzeitpflege. Zugleich besteht für ambulante Pflegedienste bisher keine Möglichkeit, entsprechende Kosten in Pflegesatzverhandlungen geltend zu machen. Das PNOG birgt für die Gewinnung und Bindung von (Fach-)Personal zum einen Chancen durch zusätzliche versorgungsformenunabhängige Fördermöglichkeiten für Maßnahmen zur (Rück-)Gewinnung und Bindung von Personal, zur Kompetenzentwicklung und zur betrieblichen Integration von Pflege- und Betreuungspersonal aus dem Ausland („Förderung guter Versorgung"). Zum anderen enthält es jedoch auch potenziell nachteilige Regelungen für die Attraktivität des Berufs- und Arbeitsfelds Pflege, unter anderem durch die geplante vierjährige Verzögerung der Refinanzierung tariflicher Lohnsteigerungen. Die nachstehenden Handlungsempfehlungen (Tabelle 37) sind daher unter Berücksichtigung der weiteren Entwicklung des Gesetzgebungsprozesses zum PNOG zu prüfen.

Tabelle 37: Handlungsempfehlungen zum Schwerpunkt Personalmangel

Bundesebene	• Weiterverfolgung des Gesetzgebungsprozesses für die Reform der sozialen Pflegeversicherung (SGB XI) (PNOG) unter Berücksichtigung der Stellungnahmen der Interessenvertretungen von Personen mit (drohendem) Pflegebedarf und Angehörigen, des Pflegeberufes und anderer Leistungserbringer, der Einrichtungs- und Kostenträger, der Kommunen und Kreise, der Pflegewissenschaft und weiterer Perspektiven zu geplanten Regelungsanpassungen für die Förderung von Maßnahmen im Bereich (Rück-)gewinnung und Bindung von Personal und Refinanzierung von Tariflohn-Steigerungen, um die Attraktivität des Berufs- und Arbeitsfeldes Pflege zu stärken • Gleichstellung ambulanter Pflegedienste mit Einrichtungen der stationären Langzeitpflege bei der Kostenerstattung für Aufwände im Zusammenhang der Integration von Pflegefachpersonen aus dem Ausland • Schaffung bundesweit harmonisierter rechtlicher Rahmenbedingungen für die Qualifikation, Rollen, Aufgaben und Tätigkeit von Pflegefachpersonen mit erweiterten Kompetenzen, insbesondere mit den Schwerpunkten Advanced Nursing Practice (inkl. Community Health Nursing), um die Attraktivität des Berufsfelds Pflege zu stärken (s. auch Tabelle 40)
Länderebene	• Berücksichtigung von pflege- und versorgungswissenschaftlichen Erkenntnissen zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen im Pflege- und Gesundheitswesen (z. B. arbeitnehmerorientierte Arbeitsmodelle)

Kreisebene/ Kommunale Ebene	• Kreis: Evaluation der Wirksamkeit der Fachkräfte-Allianz, ggf. Anpassung der Koordinierungsstrukturen und Aufgaben (Monitoring unbesetzter Stellen, Informationsangebote für Arbeitgeber Pflege, Vermittlung von Unterstützungsangeboten, öffentlichkeitswirksame Veranstaltungen zum Arbeitsfeld Pflege und Betreuung, ggf. auch mit anderen Akteuren (z.B. Agentur für Arbeit) • Kreis und Kommunen: Förderung der Infrastruktur durch Prüfung des öffentlichen Nahverkehres, bei Bedarf Etablierung neuer Mobilitätsangebote (z.B. Rufbusse), Prüfung der Kinderbetreuungsangebote hinsichtlich Randzeiten • Kreis und Kommunen: Unterstützung der Mobilität, z.B. durch Mobilitätsbudgets, Aufbau lokaler Mobilitätskooperationen (z.B. Aufbau einer kommunalen Mitfahrbörse für Beschäftigte im Pflege- und Gesundheitswesen, usw.) • Kreis und Kommune: Unterstützung der Integration ausländischer Fachkräfte (z.B. Angebot Sprachkurse, Begegnungsräume) • Kreis: Würdigung von lokalen „Best Practice"-Beispielen, vor allem im ländlichen Raum und mit Schwerpunkt ambulante Versorgung • Kreis: Regelmäßige Pflegekonferenz für Austausch aller Interessenvertreter • Ergänzend zur Fokusgruppe Pflege „runder Tisch" auf kommunaler Ebene für Anbieter ambulanter Pflegeleistungen zur trägerübergreifenden Abstimmung der Ressourcen und Vermeidung von Doppelstrukturen • Prüfung der von der Fokusgruppe beratenen Stelle einer Demenzbeauftragten/eines Demenzbeauftragten
Einrichtungsträger	• Prüfung staatlicher Förderung und Unterstützungsprogramme (z.B. vom Bund geförderte Programme wie „Pflege-Offensive") • Zusammenarbeit mit Eingliederungshilfe zur Integration von Menschen mit Behinderungen in das Arbeitsfeld Pflege und Betreuung (bewohnerferne und, wenn möglich, auch bewohnernahe Leistungen) • Vereinbarung des Rahmenvertrags für die eigenverantwortliche Erbringung von Leistungen durch Pflegefachpersonen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung; eigenverantwortliche Verordnung häuslicher Krankenpflege durch Pflegefachpersonen, Evaluation nach § 73d SGB V (s. auch Tabelle 40) • Etablierung und Integration von Stellenprofilen entsprechend dem Rahmenvertrag nach § 73d SGB V
Kostenträger	• Unterstützung flexibler Arbeitszeitmodelle zur Vereinbarkeit von Familie, Verantwortung als pflegender Angehöriger und Beruf • Förderung der Organisation und Refinanzierung ausländischer Fachkräfte in der ambulanten Versorgung entsprechend der bereits bestehenden Organisation und Refinanzierung in der stationären Langzeitpflege • Vereinbarung des Rahmenvertrags für die eigenverantwortliche Erbringung von Leistungen durch Pflegefachpersonen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung; eigenverantwortliche Verordnung häuslicher Krankenpflege durch Pflegefachpersonen, Evaluation nach § 73d SGB V (s. auch Tabelle 40)

6.3.3. Handlungsfeld Digitalisierung und Implementierung technischer Systeme

Themen im Zusammenhang mit der zunehmenden Digitalisierung von Strukturen und Prozessen auf allen Ebenen und in allen Sektoren der pflegerischen Versorgung nahmen einen großen Raum in den Diskussionen während der Pflegekonferenz ein. Sie betrafen insbesondere Umsetzungsbarrieren infolge von Unsicherheiten der Refinanzierung, Kompatibilitäts- und Interoperabilitätsprobleme, ungleiche Geschwindigkeiten in der Umsetzung des Digitalisierungsprozesses (vor allem in der Nutzung der Telematik-Infrastruktur) sowie heterogene digitale Kompetenzen sowohl der Mitarbeitenden in den pflegerischen Einrichtungen als auch der Personen mit (drohendem) Pflegebedarf und ihrer Angehörigen. Die in Tabelle 38 abgeleiteten Handlungsempfehlungen beziehen sich überwiegend auf diese Barrieren und Herausforderungen. Hervorgehoben sei in diesem Zusammenhang, dass die Entwicklung digitaler Kompetenzen bei potenziell Nutzenden pflegerischer Unterstützungsangebote möglichst vor Eintritt einer Pflegebedürftigkeit erfolgen, d. h. sich an Bürgerinnen und Bürger generell richten sollte, da Situationen neu auftretender Pflegebedürftigkeit aufgrund psychischer, körperlicher und teils auch zeitlicher Belastungen i. d. R. keine geeigneten Umstände für den effektiven Erwerb sicherer Handlungskompetenzen darstellen.

Tabelle 38: Handlungsempfehlungen zum Schwerpunkt Digitalisierung und Implementierung technischer Systeme

Bundesebene	• Weiterverfolgung des Gesetzgebungsprozesses für die Reform der sozialen Pflegeversicherung (SGB XI) (PNOG) unter Berücksichtigung der Stellungnahmen der Interessenvertretungen von Personen mit (drohendem) Pflegebedarf und Angehörigen, des Pflegeberufes und anderer Leistungserbringer, der Einrichtungs- und Kostenträger, der Kommunen und Kreise, der Pflegewissenschaft und weiterer Perspektiven zu geplanten Regelungsanpassungen für die Förderung der Digitalisierung, unter anderem geplant: ○ Kompetenzzentrum Pflege und Digitalisierung ○ Modellvorhaben für die vertragliche Vereinbarung von telefonischen und digital gestützten Angeboten (z.B. Pflegenottelefon) zur bedarfsgerechten Steuerung und sektorenübergreifenden Vernetzung in pflegerischen Akutsituationen (10 Millionen Euro pro Jahr aus Ausgleichsfonds, max. 5 Jahre) ○ „Innovationsregel“ für Ausnahmen von Vereinbarungen in Rahmenverträgen zwischen ambulanten bzw. stationären Pflegeeinrichtungen und Pflegekassen oder ○ vorübergehende Möglichkeit für stationäre Langzeitpflegeeinrichtungen, Aufwände für technische und digitale Systeme über Pflegesätze abzudecken (über sogenannte „fiktive Transformationsstellenanteile“)

	○ Modellvorhaben für die Kompetenzentwicklung des Personals, inkl. digitaler Kompetenzen • Integration von Regelungen für verpflichtende aussagekräftige Evaluation von geplanten Strukturänderungen zur Förderung der Digitalisierung im Kontext des PNOG • Harmonisierung von Anforderungen an die Umsetzung der Telematikinfrastruktur bei Leistungserbringern im Rahmen von SGB V und SGB XI
Länderebene	• Etablierung einer Koordinierungsstelle Digitalisierung in der Pflege vergleichbar der Koordinierungsstelle Netzwerk Pflegeausbildung Schleswig-Holstein • Veranstaltungen (z. B. Fachtage) zum pflegespezifischen und zum berufsgruppen- und sektorenübergreifenden Austausch über Herausforderungen in der Umsetzung der Digitalisierung, z. B. veranstaltet von Ministerium für Soziales, Jugend, Familie, Senioren, Integration und Gleichstellung und/oder Landesverbänden der Einrichtungsträger und Pflegeberufe und der Selbstverwaltung im SGB V • Ausschreibung eines Schwerpunktes für die Förderung digitaler Kompetenzen von Bürger*innen in Bezug auf die Nutzung gesundheitlicher und pflegerischer Versorgung im Rahmen des Digital Learning Campus Schleswig-Holstein
Kreisebene / Kommunale Ebene	• Beteiligung an und Unterstützung von Modellprojekten zur Förderung der Entwicklung, Erprobung und Implementierung digitaler Innovationen in der Pflege (vor allem ambulante und teilstationäre Pflege, z.B. nach § 123 SGB XI) • Förderung der Bereitstellung digitaler Infrastruktur (leistungsfähiges Datennetz) • Schulungsangebote oder -orte für Seniorinnen und Senioren, Menschen mit Behinderungen und informell Pflegenden für Nutzung digitaler Technologien • Etablierung eines verschlüsselten Cloud- bzw. SharePoint-Systems zur Datenübertragen zwischen Leistungserbringern/Einrichtungsträgern und der Kreisverwaltung, Etablierung eines „elektronischen Behördenpostfachs“ für diese Kommunikation
Einrichtungsträger	• Nutzung bestehender Fördermöglichkeiten für die Erprobung und Integration digitaler Technologien (inkl. Schulungen des Personals), z. B. nach § 8 Abs. 8 SGB XI sowie weitere Fördermöglichkeiten im Zusammenhang mit PNOG • Schulung der Mitarbeitenden für Nutzung digitaler Technologien, auch unter Nutzung bestehender Fördermöglichkeiten (s. oben und z. B. Weiterbildungsbonus SH des Landesprogramms Arbeit 2021-2027 zur Qualifizierung der Beschäftigten z. B. zu Digitalkompetenz, IT-Sicherheit, Datenschutz, digitale Dokumentation)
Kostenträger	• Unterstützung der Leistungserbringer der Pflege beim Anschluss an die Telematikinfrastruktur und beim Betrieb von pflegespezifischen Anwendungen in der Telematikinfrastruktur in Abstimmung mit der Gesellschaft für Telematik

6.3.4. Handlungsfeld Zusammenarbeit der Akteure im Pflege- und Gesundheitswesen

In der Pflegekonferenz wurden vielseitige Herausforderungen in der berufsgruppen- und sektorenübergreifenden Zusammenarbeit deutlich. Diesen Herausforderungen stehen geplante Neuerungen im Zusammenhang mit dem PNOG sowie pflege- und versorgungswissenschaftliche Erkenntnisse gegenüber (z. B. auch aus Projekten der Versorgungsforschung und zu neuen Versorgungsformen, gefördert vom Innovationsfonds des Gemeinsamen Bundesausschusses), die die Bedeutung einer pflegefachlich verantworteten Prozesssteuerung für eine gelingende Zusammenarbeit stärken. Diese Ansätze sind in die Handlungsempfehlungen zur Förderung der Zusammenarbeit (Tabelle 39) eingeflossen.

Tabelle 39: Handlungsempfehlungen zum Schwerpunkt Zusammenarbeit der Akteure im Pflege- und Gesundheitswesen

Bundesebene	• Weiterverfolgung des Gesetzgebungsprozesses für die Reform der sozialen Pflegeversicherung (SGB XI) (PNOG) unter Berücksichtigung der Stellungnahmen der Interessenvertretungen von Personen mit (drohendem) Pflegebedarf und Angehörigen, des Pflegeberufes und anderer Leistungserbringer, der Einrichtungs- und Kostenträger, der Kommunen und Kreise, der Pflegewissenschaft und weiterer Perspektiven, insbesondere zur Ausgestaltung der Qualifikationsanforderungen, Rollen, Aufgaben und strukturellen Verankerung der neu geplanten Pflegebegleitung, die auch Aufgaben in der Koordination von Versorgungsarrangements und der Überleitungspflege übernehmen soll, Vermeidung zusätzlicher Schnittstellenineffizienz • Förderung der Integration der Telematikinfrastruktur durch die Reform der sozialen Pflegeversicherung (PNOG) • Schaffung bundesweit harmonisierter rechtlicher Rahmenbedingungen für die Qualifikation, Rollen, Aufgaben und Tätigkeit von Pflegefachpersonen mit erweiterten Kompetenzen, insbesondere mit den Schwerpunkten Advanced Nursing Practice (inkl. Community Health Nursing), da positive Effekte auf berufsgruppen- und sektorenübergreifender Prozesse zu erwarten (Balzer, Fleischmann, Tetzlaff, & Müller, 2026) (s. auch Tabelle 40)
Länderebene	• Schaffung und Ausbau von Austauschforen für Leistungserbringer, Einrichtungs- und Kostenträger und Ehrenamt (z. B. regionale Fachtage)
Kreisebene/ Kommunale Ebene	• Vernetzung lokaler Anbieter von Pflegeleistungen, Hausärzten, Apotheken, Beratungsstellen, usw. und Benennung einer lokalen Ansprechperson, insbesondere Förderung der digitalen Vernetzung (s. auch Tabelle 38): o z. B. kommunale Versorgungstreffen zur Analyse von Versorgungslücken und Besprechen konkreter Maßnahmen mit Möglichkeit der hybriden Teilnahme o Förderung einer engeren Zusammenarbeit lokaler Anbieter auf der Ebene von Stadtteilen oder Gemeinden

	• Prüfung der Transparenz der Zuständigkeiten an Schnittstellen der Versorgung (Balzer, Fleischmann, Tetzlaff, & Müller, 2026) • Aufbau eines gemeinsamen Angebotsverzeichnisses in digitaler und möglichst leicht zugänglicher Form, sodass Anbieter z. B. ihre Informationen selbstständig aktualisieren • Förderung und Koordination ehrenamtlichen Engagements und nachbarschaftlicher Unterstützung und Würdigung des Engagements, z.B. durch einen kreisweiten Ehrenamtspreis, kostenlose Qualifizierungsmöglichkeiten für Themen wie Umgang mit Menschen mit Demenz, Erste Hilfe, usw. • Einbindung von Betroffenen (Menschen mit Pflegebedarf und Angehörige) in die Entwicklung lokaler Angebote
Einrichtungsträger	• Nutzung von Fördermöglichkeiten für Implementierung der Telematik-Infrastruktur • Vereinbarung des Rahmenvertrags für die eigenverantwortliche Erbringung von Leistungen durch Pflegefachpersonen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung; eigenverantwortliche Verordnung häuslicher Krankenpflege durch Pflegefachpersonen, Evaluation nach § 73d SGB V (s. auch Tabelle 40) • Etablierung und Integration von Stellenprofilen entsprechend dem Rahmenvertrag nach § 73d SGB V • Benennung und Schulung von verantwortlichen Pflegefachpersonen für z. B. pflegerisch-ärztliche Zusammenarbeit, Standardisierung von Prozessen berufsgruppen- und sektorenübergreifenden Zusammenarbeit, Etablierung von Stellenprofilen für erweiterte Aufgaben von Pflegefachpersonen in der Versorgung von Personen mit komplexen Bedarfslagen (Balzer, Fleischmann, Tetzlaff, & Müller, 2026) (s. auch Tabelle 40)
Kostenträger	• Unterstützung von und Mitwirkung an Regelungen und Maßnahmen (unter anderem des SGB XI/PNOG) zur Verbesserung der Begleitung und Koordination von pflegerischen Versorgungsprozessen • Vereinbarung des Rahmenvertrags für die eigenverantwortliche Erbringung von Leistungen durch Pflegefachpersonen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung; eigenverantwortliche Verordnung häuslicher Krankenpflege durch Pflegefachpersonen, Evaluation nach § 73d SGB V (s. auch Tabelle 40)

6.3.5. Handlungsfeld innovative Versorgungsmodelle

Aus den Ergebnissen dieses Berichts lassen sich vor allem drei Schwerpunkte für dieses Handlungsfeld ableiten: (1) die Vermeidung des Fortschreitens von Pflegebedarf und Förderung der Pflege im häuslichen Umfeld, vor allem auch im ländlichen Raum, (2) die Förderung der Versorgung von Menschen mit Demenz sowie (3) die Versorgung von Menschen mit komplexen Bedarfslagen bei anderen chronischen Erkrankungen, z. B. Diabetes mellitus. Hierfür erforderliche, teilweise bereits initiierte oder potenziell geeignete Anpassungen in den Versorgungsstrukturen und -prozesse umfas-

sen teilweise schwerpunktübergreifend gültige innovative Ansätze. Eine Differenzierung wird, soweit gerechtfertigt, in den Handlungsempfehlungen (Tabelle 40) verdeutlicht. Entsprechend den Einschätzungen in der Pflegekonferenz wird in den Empfehlungen eher von einzelnen Modellprojekten abgesehen und stattdessen die Weiterentwicklung bestehender Strukturen der Routineversorgung in den Mittelpunkt gestellt. Grundsätzlich wird empfohlen, Anpassungen in den Versorgungsstrukturen durch eine systematische Evaluation anhand vorab definierter Indikatoren hinsichtlich der Machbarkeit (z. B. erreichte Reichweite und Häufigkeit der Inanspruchnahme), Akzeptanz und Veränderungen in der Inanspruchnahme konkurrierender Leistungen zu begleiten, sodass die Umsetzung und ggf. notwendige Korrekturen im Leistungsangebot möglichst evidenzbasiert erfolgen.

Tabelle 40: Handlungsempfehlungen zum Schwerpunkt Innovative Versorgungsmodelle

Bundesebene	• Weiterverfolgung des Gesetzgebungsprozesses für die Reform der sozialen Pflegeversicherung (SGB XI) (Pflegeneuordnungsgesetz, PNOG) unter Berücksichtigung der Stellungnahmen der Interessenvertretungen von Personen mit (drohendem) Pflegebedarf und Angehörigen, des Pflegeberufes und anderer Leistungserbringer, der Einrichtungs- und Kostenträger, der Kommunen und Kreise, der Pflegewissenschaft und weiterer Perspektiven • Berücksichtigung von pflege- und versorgungswissenschaftlichen Erkenntnissen zur Weiterentwicklung der pflegerischen Versorgungsstrukturen, z. B. Ergebnisse von Modellprojekten aus der Förderung des Innovationsfonds des Gemeinsamen Bundesausschusses • Kompetitive Förderlinien zur Entwicklung, Pilotierung und Evaluation von neuen Ansätzen für die Versorgung von Menschen mit (drohendem) Pflegebedarf im häuslichen Umfeld oder bei speziellen Bedarfslagen (z. B. aufgrund von Demenz oder anderen chronischen oder multiplen Erkrankungen) • Schaffung bundesweit harmonisierter rechtlicher Rahmenbedingungen für die Qualifikation, Rollen, Aufgaben und Tätigkeit von Pflegefachpersonen mit erweiterten Kompetenzen, insbesondere mit den Schwerpunkten Advanced Nursing Practice, inkl. Community Health Nursing • Prüfung von Möglichkeiten der Stärkung der Rolle von Gebietskörperschaften auf kommunaler Ebene in der Steuerung der regionalen Verteilung von Anbietern von Pflegeleistungen • zeitnahe öffentliche Bereitstellung von Daten zur Entwicklung des Pflegebedarfs und der Inanspruchnahme von Leistungen des SGB XI basierend auf den Daten nach § 12 Absatz 2 SGB XI; Integration der Daten in das Forschungsdatenzentrum Gesundheit
Länderebene	• Anpassung des Landespflegegesetzes basierend auf der Neuordnung der sozialen Pflegeversicherung, inkl. Konkretisierung und Vereinheitlichung der Anforderungen

	an Kreise und Kommunen hinsichtlich der Pflegebedarfsplanung (Inhalte und Aktualisierungsintervalle) • Kompetitive Förderlinien zur Entwicklung, Pilotierung und Evaluation von neuen Ansätzen für die Versorgung von Menschen mit (drohendem) Pflegebedarf im häuslichen Umfeld oder bei speziellen Bedarfslagen, insbesondere im Rahmen des Versorgungssicherungsfonds Schleswig-Holstein • Aktualisierung und Umsetzung der Empfehlungen des Demenzplans Schleswig-Holstein (Ministerium für Soziales, Gesundheit, Jugend, Familie und Senioren des Landes Schleswig-Holstein, 2017)
Kreisebene/ Kommunale Ebene	• Kreis: Umsetzung und Evaluation des geplanten Modellprojekts „Betagt? Gefragt!" in Betrachtungsräumen mit hohem Altenquotient und (vermutlich) geringer Dichte an Strukturen für niedrigschwellige Alltags- und Seniorenbetreuung nach § 45a SGB XI, ambulante Pflege, Tagespflege und/oder besondere Wohnformen (z. B. Betrachtungsraum Barmstedt) • Nutzung von Fördermöglichkeiten des SGB XI (z. B. § 45c) für die Weiterentwicklung von Versorgungsstrukturen und des Ehrenamts in obengenannten Betrachtungsräumen, z. B. auch Helgoland • Kreis und Kommunen: Umsetzung der Empfehlungen des Demenzplans Schleswig-Holstein (Ministerium für Soziales, Gesundheit, Jugend, Familie und Senioren des Landes Schleswig-Holstein, 2017) bzw. seiner zu erwartenden aktualisierten Fassung, des PNOG und des voraussichtlich novellierten Landespflegegesetzes
Einrichtungsträger	• Vereinbarung des Rahmenvertrags für die eigenverantwortliche Erbringung von Leistungen durch Pflegefachpersonen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung; eigenverantwortliche Verordnung häuslicher Krankenpflege durch Pflegefachpersonen, Evaluation nach § 73d SGB V (z. B. für die Versorgung von Menschen mit Demenz, diabetischer Stoffwechsellage und chronischen Wunden) bis 31.12.2026 • Etablierung und Integration von Stellenprofilen entsprechend dem Rahmenvertrag nach § 73d SGB V • Erprobung von Angeboten zeitlich flexibilisierter Tagespflege (auch Abendstunden) und der Nachtpflege • Umsetzung der Änderungen infolge des PNOG und des voraussichtlich novellierten Landespflegegesetzes • Umsetzung der Empfehlungen des Demenzplans Schleswig-Holstein (Ministerium für Soziales, Gesundheit, Jugend, Familie und Senioren des Landes Schleswig-Holstein, 2017) bzw. seiner zu erwartenden aktualisierten Fassung
Kostenträger	• Kostenträger SGB V und XI: siehe Einrichtungsträger, außerdem öffentliche Bereitstellung von Daten zur regionalen pflegerischen Versorgungssituation nach § 12 Absatz 2 SGB XI, inkl. Integration der Daten in das Forschungsdatenzentrum Gesundheit, sowie kompetitive Förderlinien zur Entwicklung, Pilotierung und Evaluation von neuen Ansätzen für die Versorgung von Menschen mit (drohendem) Pflegebedarf

	im häuslichen Umfeld oder bei speziellen Bedarfslagen (z. B. aufgrund von Demenz oder anderen chronischen oder multiplen Erkrankungen) • Umsetzung der Empfehlungen des Demenzplans Schleswig-Holstein (Ministerium für Soziales, Gesundheit, Jugend, Familie und Senioren des Landes Schleswig-Holstein, 2017) bzw. seiner zu erwartenden aktualisierten Fassung

6.3.6. Handlungsfeld Entbürokratisierung und Zugänglichkeit

In der Pflegekonferenz traten zwei wesentliche Herausforderungen bezüglich dieses Handlungsfeldes hervor: zum einen der vor allem von Personen mit (drohendem) Pflegebedarf und ihren Angehörigen wahrgenommenen Schwierigkeiten im zeiteffektiven Zugang zu validen Informationen über bedarfsspezifisch infrage kommende Leistungen des SGB XI (und ggf. des SGB V), zum anderen die von Leistungserbringern und Einrichtungsträgern berichteten Aufwände infolge von als redundant oder ineffektiv erlebten Informations- und Dokumentationsprozessen, beispielsweise im Zusammenhang mit der Qualitätssicherung. Zum Teil betreffen diese Herausforderungen auch Aspekte der Handlungsfelder zur Digitalisierung und zur Zusammenarbeit. Diese sind daher zusätzlich zu den nachfolgend ergänzend abgeleiteten Handlungsempfehlungen (Tabelle 41) zu berücksichtigen.

Tabelle 41: Handlungsempfehlungen zum Schwerpunkt Entbürokratisierung und Verbesserung der Zugänglichkeit von Informationen

Bundesebene	Weiterverfolgung des Gesetzgebungsprozesses für die Reform der sozialen Pflegeversicherung (SGB XI) (Pflegeneuordnungsgesetz, PNOG) unter Berücksichtigung der Stellungnahmen der Interessenvertretungen von Personen mit (drohendem) Pflegebedarf und Angehörigen, des Pflegeberufes und anderer Leistungserbringer, der Einrichtungs- und Kostenträger, der Kommunen und Kreise, der Pflegewissenschaft und weiterer Perspektiven, insbesondere zur Etablierung des Pflege-Cockpits bei den Pflegekassen und zu den Anforderungen an Aufgaben und Kompetenzen der Pflegebegleitung
Länderebene	Anpassung des Landespflegegesetzes basierend auf der Neuordnung der sozialen Pflegeversicherung: • ggf. Konkretisierung der Zuständigkeiten in der Umsetzung des Pflege-Cockpits und der Pflegebegleitung • Prüfung zusätzlicher Regelungen für die Entbürokratisierung im Landespflegegesetz, z. B. im Sinne des Gesetzes zur Entbürokratisierung in der Pflege in Bayern mit stärkerer Abgrenzung der Qualitätsprüfungszuständigkeiten des Medizinischen Dienstes, um Redundanzen in der Qualitätssicherung zu vermeiden (u. a. Durchführung der Regelprüfungen) und der Wohnpflegeaufsichten (keine Durchführung von Regelprüfungen, Fokus auf Beratung der Pflegeeinrichtungen) (Deutsches Ärzteblatt, 2026)

Kreisebene/ Kommunale Ebene	• Überprüfung der Möglichkeiten der Optimierung des Zugangs zum Pflegestützpunkt für Personen mit (drohendem) Pflegebedarf und deren Angehörigen im ländlichen Raum, z. B. durch Sprechstunden in Zentren entfernterer Betrachtungsräume • Überprüfung und Verbreitung des digitalen und papiergestützten Informationsangebots des Kreises, insbesondere: o Vermeidung von redundanten Informationsangeboten im Vergleich zu Angeboten von Pflegekassen und Pflegestützpunkt (z. B. Prüfung der Aktualität und der Relevanz des Hilfeportals des Kreises Pinneberg) o Unterstützung der regelmäßigen Aktualisierung und Verbreitung verfügbarer Informationsressourcen, z. B. der Broschüre „Gut leben im Alter“ (Kreis Pinneberg, 2026/2027)
Einrichtungsträger	• Umsetzung der Neuregelungen des PNOG • s. Empfehlungen für Länderebene
Kostenträger	• Kostenträger SGB V und XI: Umsetzung der Neuregelungen des PNOG, Vermeidung von redundanten und ggf. heterogenen Informationsangeboten • s. Empfehlungen für Länderebene

7. Literaturverzeichnis

an der Heiden, I., Bernhard, J., & Grundmann, L. (2026). *Wissenschaftliche Evaluation des Produkti vbetriebs der Anwendungen und Dienste der Telematikinfrastruktur 2025.* Berlin: IGES Institut.

AOK - Die Gesundheitskasse für Niedersachsen. (2026). *Digitale Unterschriften in der Pflege*. Von https://www.aok.de/gp/pflege/digitale-unterschriften-in-der-pflege abgerufen

AOK NordWest. (15. Juni 2026). *Neue Studie veröffentlicht: Deutlicher Anstieg der Demenzfälle bis 2060 in Schleswig-Holstein erwartet*. Von https://www.aok.de/pp/nordwest/pm/studie-anstieg-demenzfaelle-bis-2060-schleswig-holstein-2026/#c72452 abgerufen

Balzer, K., Fleischmann, N., Tetzlaff, B., & Müller, C. (2026). Interprofessionalität und ihr Potenzial für die Pflege. *GGW - das Wissensschaftsforum in Gesundheit und Gesellschaft*, S. 7-14.

Braeseke, G. (2016). Wie das Strukturmodell angepasst wird. *Alteneheim - Schwerpunkt Entbürokratisierung*, S. 22-25.

Bundesamt für Justiz. (26. Mai 1994). *Sozialgesetzbuch (SGB) - Elftes Buch (XI) - Soziale Pflegeversicherung (Artikel 1 des Gesetzes vom 26. Mai 1994, BGBl. I S. 1014)*. Von https://www.gesetze-im-internet.de/sgb_11/BJNR101500994.html abgerufen

Bundesministerium für Gesundheit. (November 2024). Achter Pflegebericht - Bericht der Bundesregierung über die Entwicklung der Pflegeversicherung . Berlin, Berlin, Deutschland.

Bundesministerium für Gesundheit. (05. Juni 2026). *Pflegeneuordnungsgesetz (PNOG).* Von https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/gesetze-und-verordnungen/detail/pflegeneuordnungsgesetz-pnog abgerufen

Datenbankmanagement Kursportal Schleswig-Holstein. (o.D.). *Anerkennung ausländischer Pflegeabschlüsse in Schleswig-Holstein - Voraussetzungen, Ablauf und Unterstützung im Anerkennungsverfahren*. Von https://www.sh-kursportal.de/g800906 abgerufen

Deutscher Städte- und Gemeindebund. (09. 06 2026). *Stellungnahme. Entwurf eines Gesetzes zur Neuordnung der Pflegeversicherung (Plfegeneuordnungsgesetz - PNOG).* Von https://bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3 Downloads/Gesetze und Verordnungen/Stellungnahmen WP21/Plfegeneuordnungsgesetz-PNOG/DStGB Stellungnahme PNOG.pdf. abgerufen

Deutsches Ärzteblatt. (28. Juli 2026). *Bayern: Gesetz zur Entbürokratisierung in der Pflege vom Kabinett beschlossen*. Von https://www.aerzteblatt.de/news/bayern-gesetz-zur-

entburokratisierung-in-der-pflege-vom-kabinett-beschlossen-cf32ff0d-56ea-46c5-87fe-179716e28f74 abgerufen

Freie und Hansestadt Hamburg. (21. April 2026). *Modellprojekte - Versorgung pflegebedürftiger Menschen im Quartier.* Von https://www.hamburg.de/politik-und-verwaltung/behoerden/sozialbehoerde/themen/pflege/versorgung-pflegebeduerftiger-menschen-im-quartier-1171288 abgerufen

Investitionsbank Schleswig-Holstein (IB.SH). (o.D.). *Landesprogramm Arbeit 2021 bis 2027.* Von https://www.ib-sh.de/infoseite/landesprogramm-arbeit-2021-bis-2027/ abgerufen

Kirchen-Peters, D., Krupp, D., & Rößler, J. (2020). *Sektorenübergreifende Betreuung von demenzkranken Pflegebedürftigen im Krankenhaus. Die Ergebnisse des Projekts SEBKam.* Berlin: GKV-Spitzenverband.

KONZEPT-e für Bildung und Soziales GmbH. (2017). *Innovative Quartierskonzepte.* Von https://www.innovative-quartierskonzepte.de/fileadmin/user_upload/170329_Konzept_e_IQ_Flyer_Screen.pdf abgerufen

Kreis Pinneberg. (24. 8 2026). *Hilfe zur Pflege 2026.* Von https://www.fokus-pi.de/sozialausgaben-erstattung/hilfe-zur-pflege abgerufen

Kreis Pinneberg. (2026/2027). *Gut leben im Alter. Wegweiser für Seniorinnen und Senioren.* Von Kreis Pinneberg: https://flipbook.inixmedia.de/kreis_pinneberg_senioren_3288/#p=1 abgerufen

Kreis Pinneberg. (2026a). *Daten & Fakten.* Von https://www.kreis-pinneberg.de/Kreis+Pinneberg/Daten+_+Fakten.html abgerufen

Kreis Pinneberg. (2026b). *Fokusgruppe Altenhilfe und Pflege.* Von https://www.fokus-pi.de/fokusgruppen/altenhilfe-und-pflege abgerufen

Kreis Pinneberg. (2026c). *Integrierte Sozialplanung im Kreis Pinneberg.* Von https://www.fokus-pi.de/home abgerufen

Kreis Pinneberg. (2026d). *Kommunale Gesundheitskonferenz.* Von https://www.fokus-pi.de/fokusgruppen/kommunale-gesundheitskonferenz abgerufen

Kreis Pinneberg. (13. Februar 2026e). *Kreis Pinneberg führt Pflegebedarfsplanung durch.* Von https://www.kreis-pinneberg.de/Ver%C3%B6ffentlichungen/Pressemitteilungen/Kreis+Pinneberg+f%C3%BChrt+Pflegebedarfsplanung+durch.html abgerufen

Kreis Pinneberg. (29. Juni 2026f). *Neu: Senioren-Broschüre für den Kreis Pinneberg*. Von https://www.kreis-pinneberg.de/Ver%C3%B6ffentlichungen/Pressemitteilungen/Senioren-Brosch%C3%BCre+f%C3%BCr+den+Kreis+Pinneberg.html abgerufen

Krüger-Brand, H. E. (07. Februar 2014). Assistenzsysteme: Entlastung für die Pflege. *Deutsches Ärzteblatt Politik*, S. 200.

Kuhlmey, A., & Budnick, A. (17. April 2023). Pflegende Angehörige in Deutschland: Vereinbarkeit von Pflege und Erwerbstätigkeit. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, S. 550-556.

Landesportal Schleswig-Holstein. (02. Februar 2026). *Weiterbildungsbonus Schleswig-Holstein*. Von https://www.schleswig-holstein.de/DE/fachinhalte/W/weiterbildung/Weiterbildungsbonus_HT abgerufen

Lücke, S. (01. Juli 2016). *Aktuelle Forschungsprojekte - Innovationen für die Pflege von morgen*. Von https://www.bibliomed-pflege.de/sp/artikel/23980-innovationen-fuer-die-pflege-von-morgen abgerufen

Marinho, J. d., Batista, I. B., Nobre2, R. A., Guimarães, M. S., Santos-Orlandi, A. A., Brito, T. R., . . . Nunes, D. P. (22. December 2022). Burden, satisfaction caregiving, and family relations in informal caregivers of older adults. *Frontiers in Medicine, Geriatric Medicine*, S. 1-8.

Ministerium für Inneres, Kommunales, Wohnen und Sport des Landes Schleswig-Holstein. (August 2025). *Annahmen und Ergebnisse der Bevölkerungsvorausberechnung 2025 bis 2040 für die Kreise und kreisfreien Städte in Schleswig-Holstein einschließlich Modellrechnungen zu Haushalten und Erwerbspersonen.* Von https://www.schleswig-holstein.de/DE/fachinhalte/D/demografie/Downloads/einwohnerentwicklung_sh_gesamt.pdf?__blob=publicationFile&v=4 abgerufen

Ministerium für Soziales, Gesundheit, Jugend, Familie und Senioren des Landes Schleswig-Holstein. (2017). *Demenzplan für Schleswig-Holstein erstellen und umsetzen.* Von https://www.demenzplan-sh.de/wp-content/uploads/2015/01/Bericht_Demenzplan_2017_WEB_neu.pdf abgerufen

Petersen-Ewert, C., Iversen, L., Nock, A., & Waidhaus, L. (2024). *Community Health Nursing im Gesundheitszentrum - eine praxisorientierte Handlungsempfehlung.* Hamburg: Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg.

Pinquart, M., & Sörensen, S. (2003). Differences between caregivers and noncaregivers in psychological health and physical health: A meta-analysis. *Psychology and Aging*, S. 250-267.

Raiber, L., Fischer, F., Boscher, C., Steinle, J., & Winter, M.-J. (28. Mai 2022). Wer kann sich vorstellen, von Angehörigen gepflegt zu werden? - Ergebnisse einer repräsentativen Befragung 65- bis 75-Jähriger in der Region Bodensee-Oberschwaben. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, S. 309-316.

Rothgang, H., Burfeindt, C., Czwikla, J., & Müller, R. (2025). *BARMER Pflegereport 2025 - Pflegeverläufe bei Akutereignissen und Erkrankungen mit progredientem Verlauf.* Berlin: BARMER.

Rümenapp, D., & Albrecht, D. (27. Januar 2026). Kleinräumige Bevölkerungs- und Haushaltsprognose für den Kreis Pinneberg - Wohnraumentwicklung 2040 - Ableitungen aus der Haushaltsprognose und Ansätze für zukunfts- und bedarfsgerechten Wohnraum. Elmshorn, Schleswig-Holstein, Deutschland: GERTZ GUTSCHE RÜMENAPP Stadtentwicklung und Mobilität.

Schirra-Weirich, L., & Wiegelmann, H. (2017). Typenbildung als Beitrag zur Weiterentwicklung von Versorgungsstrukturen für Menschen mit Demenz und ihren versorgenden Angehörigen. Ergebnisse einer Tandem-Studie im Rahmen des Modellprojekts „DemenzNetz StädteRegion Aachen“. In S. Schäfer-Walkmann, & F. Traub, *Evolution durch Vernetzung* (S. 59-76). Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden.

Schwinger, A., & Zok, K. (Mai 2024). Häusliche Pflege im Fokus: Eigenleistungen, Belastungen und finanzielle Aufwände. *WIdOmonitor*, S. 1-12.

Schwinger, A., Kuhlmey, A., Greß, S., Klauber, J., Jacobs, K., & Behrendt, S. (2024). *Pflege-Report 2024 - Ankunft der Babyboomer: Herausforderungen für die Pflege.* Heidelberg: Springer Berlin.

SPD-Kreisverband Pinneberg. (25. Juni 2025). *Modellprojekt „Aufsuchende Seniorenarbeit – Präventive Hausbesuche“ kommt ins Rollen.* Von https://www.spd-kv-pinneberg.de/2025/06/25/modellprojekt-aufsuchende-seniorenarbeit-praeventive-hausbesuche-kommt-ins-rollen/ abgerufen

Stastikamt Nord. (16. Juli 2024). *Kreise und Städte in Schleswig-Holstein im Vergleich - Bevölkerung 2023.* Von https://www.statistik-nord.de/zahlen-fakten/regionalstatistik-datenbanken-und-karten/hamburger-stadtteil-profile-und-interaktive-karten/dokumentenansicht/kreise-und-staedte-in-schleswig-holstein-im-vergleich-bevoelkerung-2023-65947 abgerufen

Stastikamt Nord. (Februar 2025). *Dashboard Volkswirtschaft HH/SH.* Von https://www.statistik-nord.de/zahlen-fakten/volkswirtschaft-preise/volkswirtschaft/dashboard-volkswirtschaft-hh/sh abgerufen

Statista Research Department. (09. September 2025). *Bevölkerungsdichte in Deutschland von 1991 bis 2024 (Einwohner je km²) - Bevölkerungsdichte in Deutschland bis 2024.* Von https://de.statista.com/statistik/daten/studie/440766/umfrage/bevoelkerungsdichte-in-deutschland/ abgerufen

Statistikamt Nord. (28. Mai 2024). *Die Bevölkerung in Schleswig-Holstein nach Alter und Geschlecht 2023.* Von https://www.statistik-nord.de/fileadmin/Dokumente/Statistische_Berichte/bevoelkerung/A_I_3_j_S/A_I_3_j23_SH.pdf abgerufen

Statistikamt Nord. (11. Februar 2025). *Die Bevölkerung in Schleswig-Holstein nach Alter und Geschlecht 2023 - Endgültige Ergebnisse der Fortschreibung auf Basis des Zensus 2022.* Von https://www.statistik-nord.de/zahlen-fakten/bevoelkerung/dokumentenansicht/die-bevoelkerung-in-schleswig-holstein-nach-alter-und-geschlecht-2023-66716 abgerufen

Statistikamt Nord. (12. März 2025). *Pflegebedürftige ältere Menschen in Schleswig-Holstein 2023.* Von https://www.statistik-nord.de/zahlen-fakten/gesundheit-pflege/pflege/dokumentenansicht/pflegebeduerftige-aeltere-menschen-in-schleswig-holstein-2023-66931 abgerufen

Statistikamt Nord. (2026). Pflegestatistik Schleswig-Holstein 2023 Kreis Pinneberg. Schleswig-Holstein, Deutschland: Statistisches Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein AöR.

Statistisches Amt, f. H.-H. (27. Juni 2019). *Statistik informiert - Bevölkerungsprognose für Schleswig-Holstein.* Von https://www.statistik-nord.de/fileadmin/Dokumente/Presseinformationen/SI19_Bev%C3%B6lkerungsprognose_f%C3%BCr_Schleswig-Holstein_korrektur.pdf abgerufen

Statistisches Amt, f.-H. (25. September 2019). *Bevölkerungsentwicklung 2019 bis 2040 in Schleswig-Holstein.* Von https://www.statistik-nord.de/fileadmin/Dokumente/Statistische_Berichte/bevoelkerung/A_I_8_j_SH/A_I_8_j19_SH.pdf abgerufen

Statistisches Bundesamt (DESTATIS). (18. Dezember 2024). *5,7 Millionen Pflegebedürftige zum Jahresende 2023.* Von https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2024/12/PD24_478_224.html abgerufen

Wolf-Ostermann , P., Rothgang, P., Domhoff, D., Friedrich, A.-C., Heinze, F., Preuß, B., . . . Stolle, D. (2020). *Zur Situation der Langzeitpflege in Deutschland - Ergebnisse einer Online-Befragung*

in Einrichtungen der. Bremen: Institut für Public Health und Pflegeforschung (IPP), SOCIUM Forschungszentrum Ungleichheit und Sozialpolitik.

Wolf-Ostermann, K., Wiegelmann, H., Verhaert, L.-M., Schirra-Weirich, L., Arzideh, F., & Brannath, W. (2020). *Modellprogramm zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung gemäß § 8 Abs. 3 SGB X - Projekt PfADe.* Berlin: GKV-Spitzenverband.

Zarges, E., Kauthe, R., & Stange, B. (2016). *Community Health Nursing.* Von Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK): https://www.dbfk.de/de/berufspolitik/community-health-nursing/ abgerufen

8. Anhang

Anhang 1: Best-Practice-Modelle Deutschland

Tabelle 42: Best-Practice-Modelle Deutschland

Modellprojekt	Laufzeit	Förderer / Förderlinie	Modellregionen	Ziel	Maßnahmen / Umsetzung	(erwartete) Ergebnisse / Nutzen	Unerwartete Ergebnisse / Herausforderungen
SEBKam – Betreuungskräfte zwischen Krankenhaus und ambulanter Versorgung (Kirchen-Peters, Krupp, & Rößler, 2020)	04/2017 – 04/2020	Förderprogramm zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung (Modellprogramm nach § 8 Abs. 3 SGB XI vom GKV-Spitzenverband)	Saarland (speziell Saarlouis und Neunkirchen)	Verbesserung der Versorgung von Menschen mit Demenz im Krankenhaus und Sicherung der Rückkehr nach Hause	Vertraute Betreuungskräfte begleiten Menschen mit Demenz während des Krankenhausaufenthalts und setzen die Betreuung nach der Entlassung nahtlos fort.	Weniger Stürze und Verwechslungen, höhere Lebensqualität, Entlastung des Krankenhauspersonals, keine zusätzlichen Kosten durch vermiedene Komplikationen.	• Personalnotstand / Umstrukturierungen → Modell konnte nicht konstant umgesetzt werden • Wechsel von Personal und Leitung → Wissen über

Modellprojekt	Laufzeit	Förderer / Förderlinie	Modellregionen	Ziel	Maßnahmen / Umsetzung	(erwartete) Ergebnisse / Nutzen	Unerwartete Ergebnisse / Herausforder-ungen
							das Konzept ging teilweise verloren • Nicht jede Betreuungskraft geeignet → Auswahl persönlicher Kompetenzen entscheidend • Patient*innen wurden in andere Kliniken eingewiesen → „Gewohnte Betreuung“ nur selten realisierbar

Modellprojekt	Laufzeit	Förderer / Förderlinie	Modellregionen	Ziel	Maßnahmen / Umsetzung	(erwartete) Ergebnisse / Nutzen	Unerwartete Ergebnisse / Herausforder-ungen
							• Geringe Fall-zahl der ge-wohnten Be-treuung → Ziel wurde nicht im er-warteten Um-fang erreicht • Kostenerspar-nis nicht ein-deutig nach-weisbar → Wirtschaftli-cher Vorteil bleibt offen • anfängliche Skepsis und Konflikte →

Modellprojekt	Laufzeit	Förderer / Förderlinie	Modellregionen	Ziel	Maßnahmen / Umsetzung	(erwartete) Ergebnisse / Nutzen	Unerwartete Ergebnisse / Herausforder-ungen
							Sektorenüber-greifende Ko-operation braucht Zeit • unterschiedli-che Nachhal-tigkeit nach Projektende → Saarlouis: Betreuungs-kraft wurde vom Kranken-haus über-nommen → Neunkirchen: Betreuung wurde nicht umgesetzt

Modellprojekt	Laufzeit	Förderer / Förderlinie	Modellregionen	Ziel	Maßnahmen / Umsetzung	(erwartete) Ergebnisse / Nutzen	Unerwartete Ergebnisse / Herausforderungen
PfADE – Präventive Unterstützung für pflegende Angehörige (Wolf-Ostermann, et al., 2020)	04/2018 – 03/2019	Förderprogramm zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung (Modellprogramm nach § 8 Abs. 3 SGB XI vom GKV-Spitzenverband)	Tandemstudie „DemenzNetz StädteRegion Aachen“ (Schirra-Weirich & Wiegelmann, 2017)	Stabilisierung häuslicher Pflege und Vorbeugung von Überlastung pflegender Angehöriger	Systematische Literaturanalyse verschiedener Pflegedyaden und Entwicklung individueller, partizipativer Beratungs- und Unterstützungsangebote.	Frühzeitige und bedarfsgerechte Unterstützung verhindert Überlastung; individuelle Angebote sind wirksamer als standardisierte Maßnahmen.	• Viele untersuchte Interventionen zeigten keine signifikanten Effekte • Angehörige unterscheiden sich erheblich hinsichtlich Bedarf und Belastung • Teilweise geringe Nutzung bestehender Angebote trotz hoher Belastung

Modellprojekt	Laufzeit	Förderer / Förderlinie	Modellregionen	Ziel	Maßnahmen / Umsetzung	(erwartete) Ergebnisse / Nutzen	Unerwartete Ergebnisse / Herausforder-ungen
							• PfADe basiert auf Quer-schnitts-/Se-kundärdaten und keiner Zufallsstich-probe
Gemeinschaftli-ches Wohnen – Innovative Quar-tierskonzepte Stuttgart (KONZEPT-e für Bildung und Soziales GmbH, 2017)	Ohne Jahr	Die Wohnprojekte sind genossen-schaftlich organi-siert. Das Finanzie rungskonzept ruht auf mehreren Säu-len: • Die Mitglieder der Konzepte für Lebensräume eG	Stuttgart	Längeres selbst-ständiges Wohnen von Menschen mit Demenz im ver-trauten Umfeld	Gemeinschaftliche Wohnformen mit gemeinsamen Ak-tivitäten sowie Zu-sammenarbeit von Nachbarn und Fachkräften im Quartier.	Förderung sozialer Teilhabe, Erhalt der Selbstständig-keit und Integra-tion in das Wohn-viertel.	-keine Ergebnisse verfügbar

Modellprojekt	Laufzeit	Förderer / Förderlinie	Modellregionen	Ziel	Maßnahmen / Umsetzung	(erwartete) Ergebnisse / Nutzen	Unerwartete Ergebnisse / Herausforder-ungen
		• Externe Finanzierungspartner • Öffentliche Fördermittel • Verkauf eines Teils der Wohnungen an künftige Bewohner*innen • Mieteinnahmen					
Quartierskonzepte nach § 123 SGB XI (Freie und Hansestadt Hamburg, 2026)	05/2026-04/2029	§ 123 SGB XI	• Hamburg-Mitte: AWO Hamburg Seniorenwohnen & Pflege gGmbH – Wohnen bleiben im Quartier Mümmelmannsberg • Eimsbüttel: Immanuel Al-	Unterstützung älterer Menschen und Menschen mit Pflegebedarf durch quartiersbezogene Versorgungsstrukturen	Regionale Netzwerke und Projekte (z. B. Community Health Nurses, Quartiersanker, Wohnen im Quartier) zur Förderung von Gesundheit, Pflege	Angestrebt wird eine Verbesserung der wohnortnahen Versorgung, Stärkung der Selbstständigkeit und Vernetzung von Gesundheits- und	-noch keine Ergebnisse vorhanden

Modellprojekt	Laufzeit	Förderer / Förderlinie	Modellregionen	Ziel	Maßnahmen / Umsetzung	(erwartete) Ergebnisse / Nutzen	Unerwartete Ergebnisse / Herausforder-ungen
			bertinen Dia-konie / Alber-tinen-Haus – Quartiersan-ker Alberti-nen-Haus • Hamburg-Nord: ASB So-zialeinrichtun-gen (Ham-burg) GmbH – Netzwerk-quartier Lan-genhorn • Wandsbek: Gesundheit für Bil-lstedt/Horn Gemeinsam Gesund gUG – ZU-SAM-MEN.AL-TERN.HOHEN-HORST • Bergedorf: al-sterdorf assist-enz ost		und sozialer Teil-habe.	Pflegeangeboten im Quartier.	

Modellprojekt	Laufzeit	Förderer / Förderlinie	Modellregionen	Ziel	Maßnahmen / Umsetzung	(erwartete) Ergebnisse / Nutzen	Unerwartete Ergebnisse / Herausforder-ungen
			gGmbH – Gesund im Quartier: Mobile Community Health Nurses • Harburg: DRK Hamburg Soziale Dienste GmbH – Wohnen bleiben im Quartier Neuwiedenthal				

Anhang 2: Verwendete Daten der Pflegestatistik auf Ebene des Kreises Pinneberg und der Ebene des Bundeslandes

Tabelle 43: Verwendete Daten der Pflegestatistik auf Ebene des Kreises Pinneberg und der Ebene des Bundeslandes

	Kreis Pinneberg	**Schleswig-Holstein**
Pflegekennzahlen		
Anzahl der Leistungsempfänger*innen nach Grad der Pflegebedürftigkeit	**x**	x
Anteil der Leistungsempfänger*innen nach Grad der Pflegebedürftigkeit differenziert nach Altersgruppen	**x**	**x**
Anzahl der Leistungsempfänger*innen nach Altersgruppen und Geschlecht *	**x**	
Anzahl der Leistungsempfänger*innen Geschlecht	**x**	**x**
Ambulante Pflege		
Anzahl der Empfänger*innen mit ausschließlich Pflegegeld nach Pflegegrad	**x**	x
Anzahl der Leistungsempfänger*innen betreut von Pflege- und Betreuungsdiensten nach Pflegegrad	**x**	**x**
Anzahl der Leistungsempfänger*innen differenziert nach Grad der Pflegebedürftigkeit, Altersgruppen und Geschlecht *	**x**	
Anzahl der Leistungsempfänger*innen nach Altersgruppen und Geschlecht	**x**	**x**
Anzahl Leistungsempfänger*innen mit Pflegegrad 1 und ausschließlich landesrechtlichen bzw. ohne Leistungen	**x**	**x**
Anzahl Leistungsempfänger*innen mit Pflegegrad 1 und teilstationärer Pflege	**x**	**x**
Anzahl der ambulanten Pflegedienste und Anzahl des Personals innerhalb der Dienste	**x**	**x**
Stationäre Pflege gesamt		

	Kreis Pinneberg	Schleswig-Holstein
Anzahl der Leistungsempfänger*innen	x	x
Anteil der Leistungsempfänger*innen differenziert nach Grad der Pflegebedürftigkeit und nach Altersgruppen	x	x
Anzahl der stationären Einrichtungen und den verfügbaren Plätzen *	x	

*wenn kein Kreuz gesetzt ist, sind die Daten über das Statistikamt Nord nicht verfügbar

Anhang 3: Begleitschreiben des Kreises

Schleswig-Holstein
Der echte Norden

Kreis Pinneberg · Postfach · 25391 Elmshorn

An die Anbieter von Pflegeleistungen
im Kreis Pinneberg

kreis pinneberg

Die Landrätin

Fachdienst Soziales

Ihre Ansprechpartnerin
Maike Bredehorn
Tel.: 04121 4502-3477
Fax: 04121 4502-53477
m.bredehorn@kreis-pinneberg.de
Kurt-Wagener-Straße 11
25337 Elmshorn
Raum: 2.2.76

Elmshorn, 10.02.2026

Online-Befragung der Universität zu Lübeck zur Pflegebedarfsplanung im Kreis Pinneberg

Liebe Anbieter von Pflegeleistungen im Kreis Pinneberg,

die Versorgung von Menschen mit Pflegebedarf hat herausfordernde Zeiten hinter sich, bleibt anspruchsvoll und steht zugleich vor einer ungünstigen demografischen Entwicklung.

Um diesen Herausforderungen weiterhin angemessen begegnen zu können, hat der Kreistag zum laufenden Doppelhaushalt die Finanzierung einer wissenschaftlich begleiteten Pflegebedarfsplanung für den Kreis Pinneberg beschlossen. Den Auftrag hierfür hat die Universität zu Lübeck erhalten. Ziel ist es, verfügbare Daten zur pflegerischen Versorgung zusammenzuführen, diese durch Befragungen zu ergänzen und hieraus ein aktuelles Lagebild sowie eine datenbasierte Prognose abzuleiten. Diese soll uns künftig bei der Sicherung und Weiterentwicklung pflegerischen Versorgung im Kreis Pinneberg unterstützen.

Dass die pflegerische Versorgung im Kreis Pinneberg derzeit insgesamt gut aufgestellt ist, ist maßgeblich ihrem täglichen Engagement zu verdanken. Für Ihren Einsatz und den ihrer Mitarbeitenden möchte ich mich an dieser Stelle ausdrücklich bedanken.

Gleichzeitig bitten wir Sie nun um Ihre Unterstützung: Es geht bei der Pflegebedarfsplanung sehr zentral um Sie und Ihre derzeitige und zukünftige Arbeit. Daher möchten wir Sie herzlich bitten, den Online-Fragebogen auszufüllen. Uns ist bewusst, dass dies zusätzliche Zeit erfordert. Um den Aufwand bei Ihnen möglichst gering zu halten, erfolgt die Befragung online und ist entsprechend kompakt nach den jeweiligen Versorgungsbereichen gestaltet.

Wir würden uns sehr freuen, wenn möglichst viele von Ihnen an der Befragung teilnehmen, damit wir ein möglichst vollständiges Bild der derzeitigen Versorgung im Kreis Pinneberg bekommen können. Ebenso freuen wir uns darauf, viele von Ihnen bei der geplanten Pflegekonferenz am 28.05.2026 begrüßen zu können. Hierzu informieren wir Sie zu gegebener Zeit gesondert.

Jetzt geht es erstmal um eine möglichst große Beteiligung an der Befragung der Universität zu Lübeck, damit die Pflegebedarfsplanung auf einer möglichst breiten und belastbaren Datenbasis erfolgen kann und daraus tragfähige Handlungsempfehlungen entstehen.

Ich bedanke mich im Voraus für Ihre Mitwirkung!

Mit freundlichen Grüßen
Maike Bredehorn

Anhang 4: Leitfragen Themenräume Pflegekonferenz Kreis Pinneberg 28.05.2026

Diskussion der möglichen Themen für die Workshops

1. Gruppe: Fachkräfte- und Personalmangel
2. Gruppe: Entbürokratisierung und Dokumentationsentlastung
3. Gruppe: Digitalisierung und Implementierung technischer Systeme
4. Gruppe: Zusammenarbeit mit den Akteuren im Pflege- und Gesundheitswesen
5. Gruppe: Umsetzung möglicher innovativer Versorgungsmodelle insb. für komplexe Bedarfslagen (u.a. Menschen mit Demenz)

Leitfragen für Gruppe 1-4:

- Wo sehen Sie zentrale Handlungsfelder für dieses Themengebiet?
- Welche Ideen zur Verbesserung (bezogen auf das jeweilige Thema) der pflegerischen Situation im Kreis Pinneberg haben Sie?
    - Wer wäre dafür zuständig? Welche Voraussetzungen müssten geschaffen werden (insb. vom Kreis)?
- Welche Herausforderungen/Schwierigkeiten/Risiken sehen Sie bezüglich Ihrer Umsetzung?

Leitfragen für die Gruppe 5 zu den Modellprojekte:

- Welche Impulse nehmen Sie aus den vorgestellten Modellprojekten mit?
    - Was spricht Sie besonders an?
- Was halten Sie für den Kreis Pinneberg für umsetzbar?
    - Wenn Sie es sich wünschen können, was sollte umgesetzt werden?
- Welche Herausforderungen/Schwierigkeiten/Risiken sehen Sie bezüglich der Umsetzung?
    - Was müsste passieren, damit es umgesetzt werden kann? Wer wäre dafür zuständig?