

# Pflegebericht

## Rhein-Erft-Kreis



[www.rhein-erft-kreis.de](http://www.rhein-erft-kreis.de)

# Inhaltsverzeichnis

Kapitel 1: Einleitung	Seite 3-8
Kapitel 2: Demografische Entwicklung	Seite 9-11
Kapitel 3: Ambulante Pflege	Seite 12-29
Kapitel 4: Tagespflege	Seite 30-41
Kapitel 5: Kurzzeitpflege	Seite 42-53
Kapitel 6: Vollstationäre Dauerpflege	Seite 54-78

# 1. Einleitung

Pflegebedürftigen Menschen und ihren Angehörigen Hilfe und Unterstützung bekannt und erreichbar zu machen, die dazu beitragen, Defizite auszugleichen und bestehende Kompetenzen zu stärken, ist ein Grundanliegen der nordrhein-westfälischen Pflegepolitik.

Ziel des Landespflegegesetzes ist es, eine leistungsfähige und wirtschaftliche ambulante, teilstationäre, vollstationäre und komplementäre Angebotsstruktur für alle Pflegebedürftigen zu gewährleisten. Die Struktur soll sich an den Bedürfnissen der Pflegebedürftigen und der sie Pflegenden orientieren.

Alle an der Pflege beteiligten Institutionen wie zuständige Landesbehörden, Kreise, kreisangehörige und kreisfreie Städte, die überörtlichen Träger der Sozialhilfe, die Träger der Pflegeversicherung einschließlich der Spitzenverbände der freien Wohlfahrtspflege und der anderen Vereinigungen der Träger, die Pflegekassen unter Beteiligung der Medizinischen Dienste der Krankenversicherung sowie die Seniorenvertretungen und die Vertretungen der Pflegebedürftigen, behinderten und chronisch Kranken arbeiten zur Erreichung dieser Ziele eng und vertrauensvoll im Interesse der Pflegebedürftigen zusammen.

Bereits im Jahr 1996 wurde beim Erlass des Landespflegegesetzes die Infrastrukturverantwortung kommunalisiert. Auch die Novellierung des Landespflegegesetzes 2003 bestätigte diese gesetzliche Regelung. Durch das zweite Modernisierungsgesetz wurde die finanzielle Verantwortung für das Pflegewohngeld auf die Kreise und kreisfreien Städte übertragen. Insofern lag es nahe, die finanzielle und planerische Verantwortung für die Belange der pflegebedürftigen Menschen und ihre Angehörigen in einer Hand zu belassen.

Die Pflegeplanung der Kreise und kreisfreien Städte dient

1. der Bestandsaufnahme über das vorhandene Angebot an Pflegediensten und Pflegeeinrichtungen,
2. der Überprüfung, ob über den Pflegemarkt ein qualitativ und quantitativ ausreichendes sowie wirtschaftliches Hilfeangebot für die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen zur Verfügung gestellt wird und die Vielfalt der Träger von Pflegeeinrichtungen gewahrt und deren Selbständigkeit, Selbstverständnis und Unabhängigkeit beachtet werden,
3. der Klärung der Frage, ob und ggf. welche Maßnahmen von den Kreisen und kreisfreien Städten zur Sicherung und Weiterentwicklung des Hilfeangebotes ergriffen werden müssen und
4. der Förderung der Beteiligung von bürgerschaftlichem Engagement im Zusammenhang von Pflege und Betreuung zur Sicherstellung der sozialen Teilhabe Pflegebedürftiger.

Die im novellierten Landespflegegesetz verankerte Vorschrift zur kommunalen Pflegeplanung löst die Pflegebedarfsplanung als Instrument, das die Vergabe von Fördermitteln für die ambulante, teil- und vollstationäre Pflege an eine vorherige Bedarfsbestätigung bindet, ab.

Durch die Übertragung der Infrastrukturverantwortung an die Kommunen durch das Landespflegegesetz ist die kommunale Pflegeplanung eine pflichtige Selbstverwaltungsaufgabe.

In der Vergangenheit wurde durch höchstrichterliche Rechtsprechung, EU- rechtliche Vorgaben und die Vorgaben des SGB XI zum Wettbewerb der Anbieter am Pflegemarkt festgestellt, dass eine Bindung von Mitteln zur Investitionskostenförderung an eine Bedarfsbestätigung nicht zulässig ist und eine Investitionskostenförderung wettbewerbsneutral erfolgen muss.

In der Neuregelung zur Pflegeplanung wird jedoch deutlich zum Ausdruck gebracht, dass durch die Öffnung des Marktzuganges und den damit im Zusammenhang stehenden Wettbewerb der Leistungsanbieter des Pflegemarktes, der Daseinsvorsorgeauftrag und die pflegegesetzlichen Verpflichtungen, auf eine leistungsfähige, regional gegliederte, wohnortnahe und aufeinander abgestimmte pflegerische Versorgung hinzuwirken, keinesfalls aufgehoben ist. Es bleibt das Erfordernis festzustellen, ob die Versorgung der Pflegebedürftigen gesichert ist und zu kontrollieren, inwieweit die vorhandenen Strukturen diesem Bedarf gerecht werden.

Durch die Prämisse „ambulant vor stationär“ soll es den Hilfebedürftigen ermöglicht werden, so lange wie irgend möglich in der eigenen Häuslichkeit zu verbleiben. Dies soll unter anderem sicherstellen, dass das häusliche Umfeld des Pflegebedürftigen so weit wie möglich aufrechterhalten bleibt. So lange wie möglich soll auch ein kostenintensiver stationärer Aufenthalt vermieden werden.

Ein möglichst langfristiger Verbleib in der eigenen Häuslichkeit setzt eine intakte pflegerische und soziale Infrastruktur voraus, dies bedeutet, dass neben den pflegerischen Segmenten zur Vermeidung der Hilfebedürftigkeit und zur Unterstützung und Entlastung der pflegenden Angehörigen auch eine entsprechende präventive Infrastruktur möglichst im Quartier vorhanden sein muss. Die Versorgung mit notwendigen Lebensmitteln und die medizinische Versorgung sollte im Quartier ebenso sichergestellt sein wie auch die sozialen Kontaktstellen wie Altenclubs, Sportvereine etc.. Ebenso wichtig ist der auf die Bedürfnisse der älteren und pflegebedürftigen Personen ausgerichtete Wohnraum. Ungeeigneter Wohnraum ist häufig auch ein Grund für eine frühzeitige Pflegeheimunterbringung.

Bei der zukünftigen Pflegeplanung muss weiterhin der demografische Wandel der Bevölkerung berücksichtigt werden. Dieser soll in einem separaten Kapitel behandelt werden.

Hier ist jedoch bereits zu erwähnen, dass sich das bisherige Familienbild der Mehrgenerationenhaushalte zu Klein- bzw. Singlehaushalten wandelt. In der heutigen Gesellschaft findet man kaum noch die klassischen Mehrgenerationenhaushalte, in denen die pflegebedürftigen Eltern bzw. Großeltern in der Familie gepflegt werden. Durch die berufliche Situation sind junge Familien vielfach gezwungen, den vorherigen familiären Bereich zu verlassen und eine Arbeitsstelle außerhalb ihres bisherigen sozialen Umfeldes zu suchen. Für die ältere Generation bedeutet dies, dass im Fall der Pflegebedürftigkeit keine Familienangehörigen zur Unterstützung und Pflege zur Verfügung stehen. Soll die Pflege in der Familie erfolgen, so muss der Pflegebedürftige häufig sein bisheriges soziales Umfeld verlassen. An einem neuen Wohnort neue soziale Kontakte zu knüpfen erscheint bei pflegebedingten Defiziten oftmals schwierig. Dies ist auch in dem Sprichwort „Einen alten Baum verpflanzt man nicht“ verdeutlicht.

Aus den bisherigen Statistiken zur häuslichen Pflege ist zu erkennen, dass die häuslichen Pflegeleistungen meist von Töchtern bzw. Schwiegertöchtern sichergestellt werden. Durch den Wandel in der Gesellschaft ist es jedoch inzwischen oftmals erforderlich, dass beide Ehepartner gezwungen sind zu arbeiten, um die finanziellen Belange in der eigenen Familie sicherzustellen. Insofern ist ein Rückgang der häuslichen Pflegepersonen vorprogrammiert.

Die Pflegemarktanalyse und darauf aufbauende Pflegeplanung haben daher den Auftrag, den Betroffenen und ihren Angehörigen die verschiedenen regionalen und überregionalen Angebote des Pflegemarktes näher zu bringen und gleichzeitig rechtzeitig darauf hinzuwirken, dass eventuelle Defizite in der pflegerischen Versorgung rechtzeitig erkannt und für alle Beteiligten nutzerorientiert und finanziell tragbar ausgeglichen werden.

Dies bedeutet nicht, dass die Kommune für alle Defizite im präventiven, rehabilitativen und pflegerischen Bereich finanzielle Abhilfe schaffen kann. Oftmals genügt ein innovativer Anstoß, um den am Pflegemarkt Beteiligten Möglichkeiten aufzuzeigen, wie eine Spezialisierung in einer sogenannten „Marktlücke“ für einen Ausgleich sorgen kann.

Diese sogenannten Defizite können im präventiven, rehabilitativen und pflegerischen Bereich liegen. Insofern ist es erforderlich, im Rahmen der Pflegemarktanalyse neben dem Pflegemarkt auch die flankierenden Bereiche zu beleuchten und mit allen Beteiligten nach einvernehmlichen Lösungen zu suchen, die sich an den Bedürfnissen der Nutzer orientieren.

Dieser Pflegebericht soll zunächst die Situation der ambulanten, teilstationären und stationären Pflege im Rhein-Erft-Kreis aufzeigen und bewerten. In weiteren

Teilschritten werden zu einem späteren Zeitpunkt eventuell erforderliche Maßnahmen zur Verbesserung der Pflegeinfrastruktur beleuchtet.

## Struktur des Rhein-Erft-Kreises

Beim Rhein-Erft-Kreis handelt es sich um einen Landkreis mit 10 kreisangehörigen Kommunen. Diese Kommunen sind flächenmäßig und auch auf die Zahl der Einwohner hin gesehen sehr unterschiedlich gestaltet. Dies ist im Ostkreis auch auf die Nähe zum Ballungsraum der Großstadt Köln zurückzuführen. Viele Familien, die beruflich im Großraum Köln-Bonn tätig sind, leben mit ihren Familien in den Bereichen der Städte Frechen, Hürth, Brühl, Wesseling, aber auch Pulheim und Erftstadt.

Im Verhältnis zum Südkreis ist der nördliche Bereich des Rhein-Erft-Kreises mit Ausnahme der Stadt Bergheim eher dünn besiedelt.

Im Einzelnen ist der Rhein-Erft-Kreis wie folgt aufgegliedert:



Kommune	Fläche in qkm	Einwohner 12/06	Stand:	Einwohner je qkm
Bedburg	80,08		24.937	311,40
Bergheim	96,61		63.051	652,63
Brühl	36,12		44.349	1.227,82
Elsdorf	65,92		21.674	328,79
Erfstadt	120,02		51.122	425,95
Frechen	45,11		48.965	1.085,46
Hürth	51,17		55.169	1.078,15
Kerpen	113,97		64.348	564,60
Pulheim	72,14		53.694	744,30
Wesseling	23,37		35.589	1.522,85
Rhein-Erft-Kreis	704,52		462.898	657,04

Insgesamt ergibt sich so für den Rhein-Erft-Kreis eine Fläche von 704,52 qkm und eine Einwohnerzahl von 657,04 Einwohner je qkm. Durch die differenzierte Strukturierung der kreisangehörigen Kommunen sind bei der Pflegemarktbeobachtung und -planung jedoch die Besonderheiten der einzelnen Kommunen zu beachten.

Aus den bisherigen Erkenntnissen ist zu entnehmen, dass gerade in ländlichen Bereichen die familiäre Situation eines größeren Familienverbundes noch besteht. Auch die Nachbarschaftshilfe ist in diesen Bereichen, „wo jeder jeden kennt“, noch höher zu bewerten, als in dichter besiedelten Bereichen. Hier gestaltet sich die Wohnsituation oft anonym als in ländlichen Bezirken.

Manche Ortsteile verfügen über ein starkes soziales Umfeld, sog. „Gewachsene Ortsteile“ wohingegen auch viele reine Neubaugebiete entstanden sind. Auch durch die Umsiedlung vieler Orte im Rahmen des Tagebaus kam es zu Zerstörungen der alten gewachsenen Orte mit ihren sozialen Bindungen.

Auf all diese Besonderheiten ist im Rahmen einer quartierbezogenen, kleinräumigen Pflegeplanung Rücksicht zu nehmen. Insofern soll die Situation in jeder Kommune separat betrachtet werden.

Bei der Betrachtung von besonderen Pflegeformen für besondere Krankheitsbilder kann jedoch gerade im vollstationären Bereich nicht nur eine kleinräumige Planung stattfinden. Hier ist unter Berücksichtigung der Wirtschaftlichkeit einer solchen Spezialeinrichtung, z.B. für Wachkomapatienten, eine großräumige Planung erforderlich. Diese Planung kann das gesamte Kreisgebiet umfassen und ggf. auch über die Grenzen des Gebietes hinaus gehen. Insofern sind bei der Pflegeplanung auch die Angebote in den Nachbarregionen zu beachten.

Bereits hier wird deutlich, dass es sich bei der Pflegemarktanalyse und –planung des Rhein-Erft-Kreises um einen komplexen Bereich handelt, der ständigen Veränderungen unterliegt.

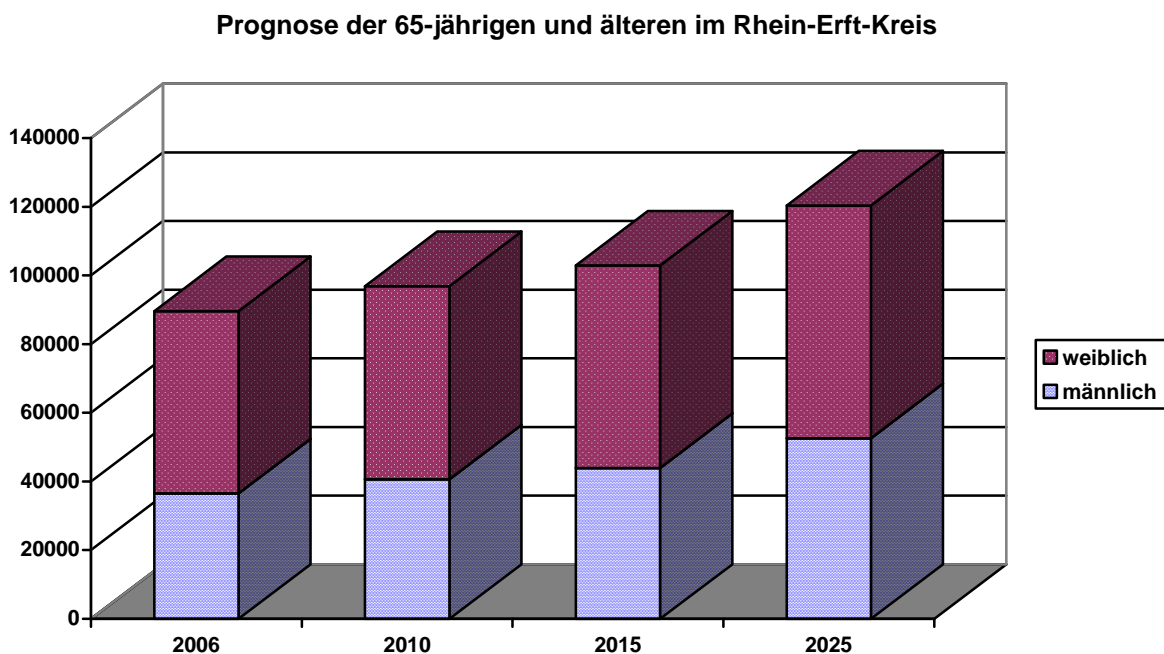
Die einzelnen Pflegesegmente wie ambulante Pflege, teilstationäre Pflege und vollstationäre Dauerpflege werden in den nachfolgenden Kapiteln gesondert dargestellt. Es ist beabsichtigt den Pflegeplan des Rhein-Erft-Kreises nach und nach um Berichte zu besonderen Personengruppen wie „Junge Pflegebedürftige“, besondere Krankheitsbilder wie „Wachkoma“, „Multiple Sklerose“ und besondere Angebote wie „Wohnstrukturen im Alter“, „Hausnotruf“, etc. zu erweitern.

## 2. Demografische Entwicklung

Der demografische Wandel ist ein wichtiger Aspekt in Bezug auf die Pflegeplanung. Bedingt durch den Anstieg der älteren Bevölkerung wird die Pflegeplanung vor immer neue Aufgaben gestellt. Diese Aufgaben erfordern von allen an der Pflege beteiligten Akteuren eine vorausschauende Sichtweise. Der Anstieg der älteren Bevölkerung im Verhältnis zur Verringerung der Gesamtbevölkerung sowie die Veränderungen der familiären Strukturen wirken unmittelbar auf die pflegerische Versorgung der Bevölkerung.

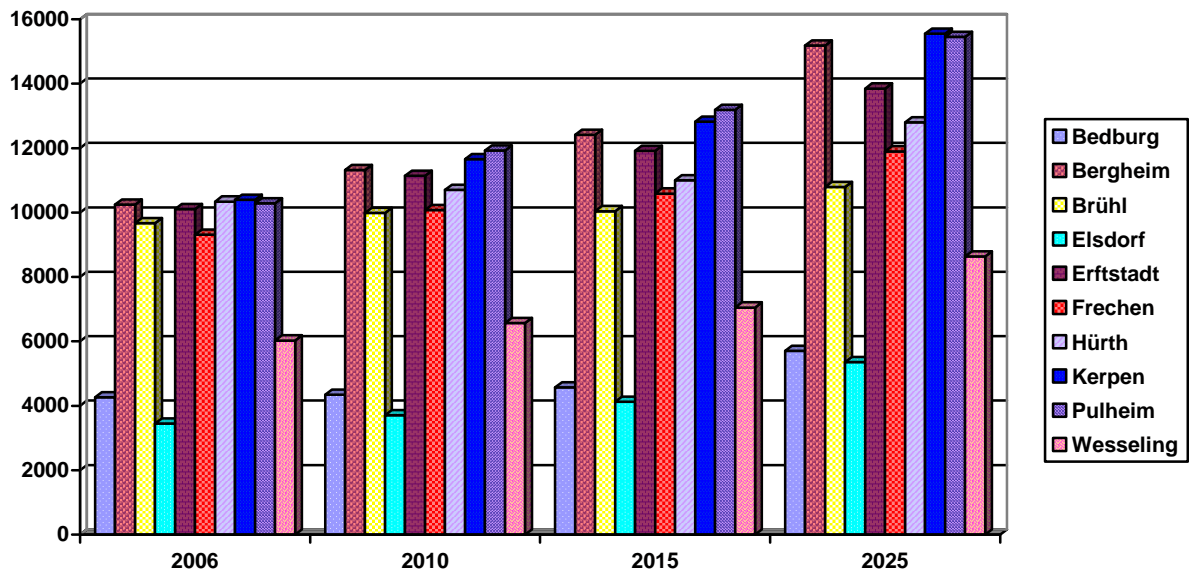
Zum 01.12.2006 \* umfasste die Gesamtbevölkerung des Rhein-Erft-Kreises 462.898 Personen, aufgeteilt auf 10 kreisangehörige Kommunen. Die einwohnerstärksten Städte des Rhein-Erft-Kreises sind Kerpen (64.348) und Bergheim ( 63.051). Die Kommunen mit dem geringsten Bevölkerungsaufkommen sind dagegen Elsdorf (21.674) und Bedburg ( 24.937).

Die demografische Entwicklung gestaltet sich in den verschiedenen Kommunen sehr unterschiedlich. In manchen Kommunen wird ein übermäßig starker Anstieg der hochaltrigen Bevölkerung prognostiziert. Für die Planung der einzelnen Pflegesegmente wird zunächst die Zahl der Bevölkerung ab 65 Jahre betrachtet.



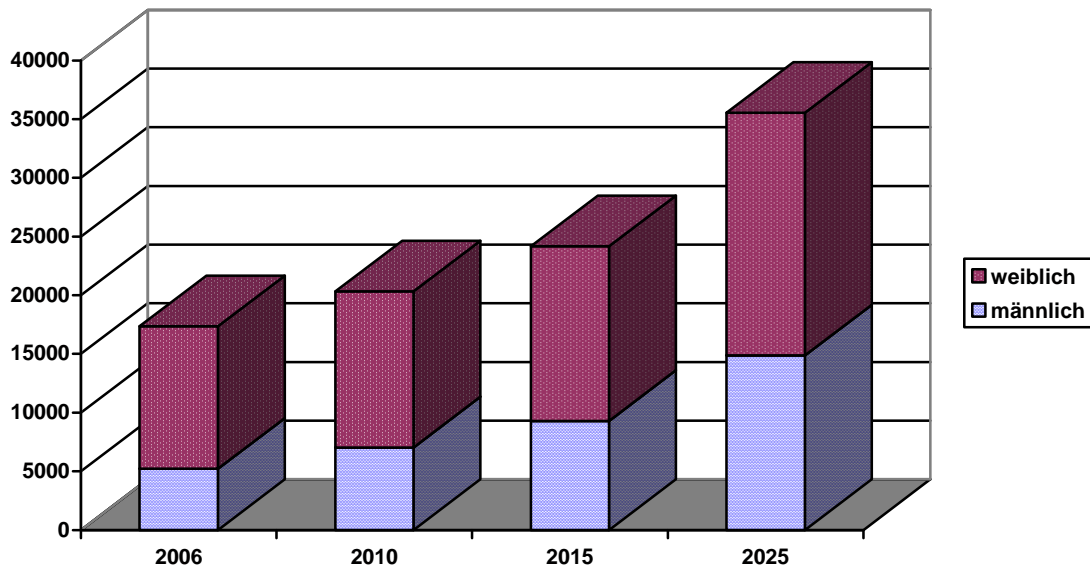
\* Zahlen des LDS NRW

### Bevölkerungsprognose der 65-jährigen und älteren unterteilt nach Kommunen



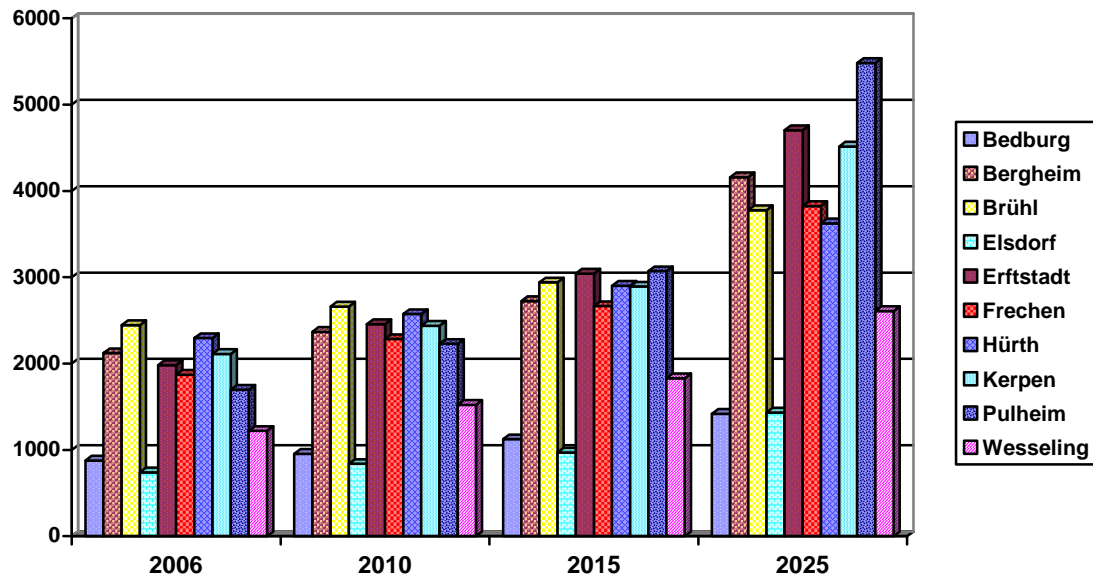
Der Sektor der vollstationären Dauerpflege orientiert sich an den Einwohnerinnen und Einwohnern in einem Alter über 80 Jahre.

### Hochaltrige Bevölkerung des Rhein-Erft-Kreises



Die steigende Zahl der Hochaltrigen in den jeweiligen Kommunen gestaltet sich sehr differenziert.

Bevölkerungsprognose der 80-jährigen und Älteren unterteilt nach Kommunen



Da sich der demografische Wandel in den einzelnen Kommunen sehr unterschiedlich gestaltet und die Kommunen über sehr individuell gestaltete Netzwerke wie Nachbarschaftshilfe etc. verfügen, ist bei der weiterführenden Pflegeplanung der Fokus auch auf die Kommunen zu richten.

Für weitere Ausführungen zur demografischen Entwicklung des Rhein-Erft-Kreises wird auf den Demografiebericht des Rhein-Erft-Kreises verwiesen.

### 3. Ambulante Pflege

Die ambulante Pflege stellt ein wichtiges Pflegesegment zur Versorgung von älteren und pflegebedürftigen Personen dar. Durch die Prämisse des Landespflegegesetzes Nordrhein-Westfalen „ambulant vor stationär“ wird verdeutlicht, dass die häusliche „ambulante“ Versorgung der Hilfesuchenden Vorrang vor der stationären Versorgung hat. Dauerhaft Pflegebedürftigen wird durch die ambulante Pflege ermöglicht möglichst lange in der eigenen Häuslichkeit zu verbleiben und nur im Notfall eine stationäre Pflege in Anspruch zu nehmen.

Ein großer Teil der Hilfen für pflegebedürftige ältere Personen wird durch die eigene Familie oder auch durch nachbarschaftliche Unterstützung geleistet. Ambulante Pflegedienste ermöglichen professionelle Unterstützung bei der Versorgung von Pflegebedürftigen.

Ambulante Pflegedienste sind selbstständig wirtschaftende Einrichtungen, die unter ständiger Verantwortung einer ausgebildeten Pflegefachkraft Pflegebedürftige in ihrer Wohnung pflegen und hauswirtschaftlich versorgen.

Sie leisten unterstützende Tätigkeiten durch Übernahme der Grundpflege, der Behandlungspflege sowie der hauswirtschaftlichen Versorgung. Des Weiteren erfahren die betreuenden Angehörigen durch die ambulanten Pflegedienste Hilfen durch Beratungen sowie Anleitungen im Umgang mit dem Hilfesuchenden.

Die Leistungen der ambulanten Pflegedienste werden durch die zuständigen Pflegekassen durch sogenannte Pflegesachleistungen vergütet. Diese Pflegesachleistungen sind in ihrer Höhe von den Einstufungen des medizinischen Dienstes der Pflegekassen abhängig. Durch das Gesetz zur strukturellen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung werden diese Pflegesachleistungen in Teilschritten erhöht.

	Bisher	2008	2010	2012
Stufe I	384,00 €	420,00 €	440,00 €	450,00 €
Stufe II	921,00 €	980,00 €	1.040,00 €	1.100,00 €
Stufe III	1.432,00 €	1.470,00 €	1.510,00 €	1.550,00 €

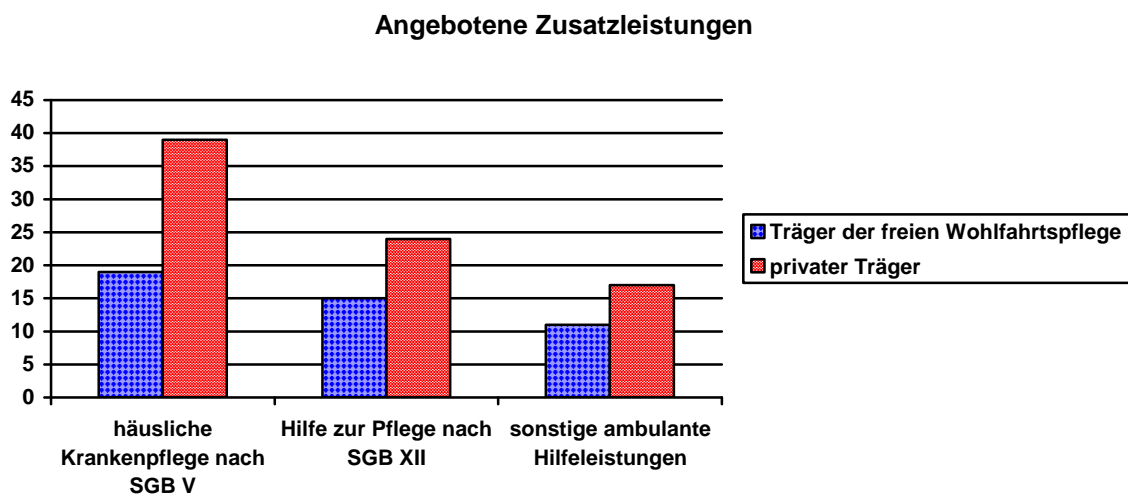
## **Zusammenfassung – für den eiligen Leser**

- ✂ Der ambulante Pflegesektor im Rhein-Erft-Kreis ist zurzeit weitgehend gedeckt.
- ✂ Die ambulante Pflege wird zunehmend wichtiger für den Verbleib der Pflegebedürftigen in ihrem gewohnten Umfeld.
- ✂ Die Anforderungen an die ambulanten Pflegedienste werden durch die demografische Entwicklung sowie die Änderungen im familiären Umfeld der Hilfesuchenden steigen.
- ✂ Die ambulanten Pflegedienste zeichnen sich durch hohe Mobilität sowie Flexibilität in ihrem Leistungsspektrum aus.
- ✂ Die ambulante Pflege stellt einen steigenden Arbeitsmarkt dar, der durch seine Flexibilität in hohem Maße Teilzeitbeschäftigten eine Anstellung bietet.

### 3.1 Ergebnisse der Infrastrukturerhebung vom 15.12.2006 und Veränderungen der Pflegelandschaft im Vergleich zur Erhebung vom 15.12.2004

Zum Stichtag der Erhebung 15.12.2006 konnten Pflegebedürftige, welche in der häuslichen Umgebung versorgt wurden, im Rhein-Erft-Kreis auf 62 ambulante Pflegedienste zurückgreifen. Diese Pflegedienste verfügten alle über einen Versorgungsvertrag nach SGBXI.. Die Zahl der ambulanten Pflegedienste hat sich im Vergleichszeitraum um drei Pflegedienste erhöht. Insgesamt konnten im Vergleichszeitraum starke Veränderungen der ambulanten Pflegedienste durch Zusammenschlüsse, Auflösungen und Neugründungen verzeichnet werden. Insgesamt wurden in Bergheim, Erftstadt, Kerpen, Pulheim und Wesseling neue Pflegedienste eröffnet.

Die ambulanten Pflegedienste bieten neben den Pflegeleistungen nach SGB XI häufig weitere Leistungen an.



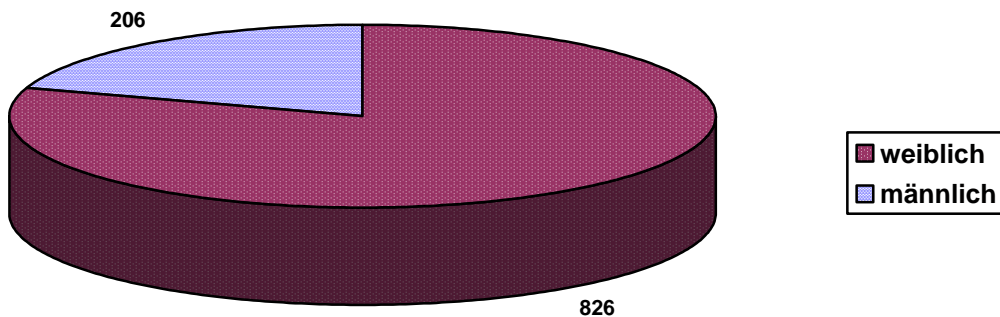
Die ambulanten Pflegedienste, die neben ihren Leistungen nach SGB XI auch Leistungen nach SGB V anboten, betrug zum Zeitpunkt der Erhebung 93,55 %. Dies verdeutlicht nach wie vor den engen Zusammenhang zwischen ambulanter Krankenpflege bei akuter Krankheit und ambulanter Dauerpflege bei ständigem Hilfebedarf. Diese Leistungen wurden erst nach Einführung des Pflegeversicherungsgesetzes im Jahre 1995 getrennt und in ihrer jetzigen Form gesetzlich fixiert.

Für die Hilfebedürftigen steht durch die Vielseitigkeit der Pflegedienste ein größerer Leistungskomplex zur Verfügung, welcher ohne Wechsel des Anbieters in Anspruch genommen werden kann.

### 3.2 Personalstand und Personalstruktur

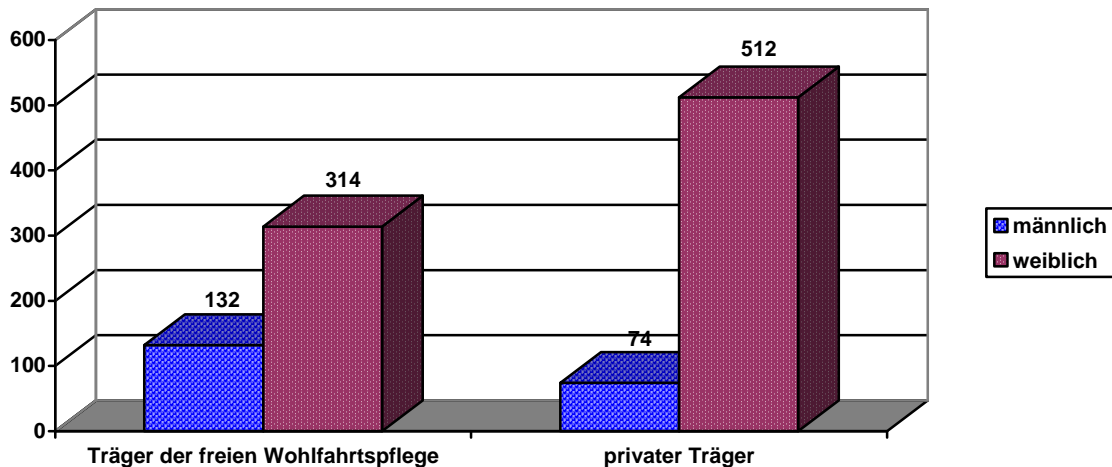
Der ambulante Pflegesektor ist ein wichtiger Arbeitsmarkt für die Region. Insgesamt wurden 2006 1.032 Mitarbeiter in ambulanten Pflegediensten beschäftigt. Im Vergleich zur vorherigen Erhebung im Jahre 2004 stieg die Zahl der Beschäftigten um 103 Personen.

**Personalbestand nach Geschlecht**



Insgesamt waren 2006 80% der Pflegekräfte ambulanter Pflegedienste weiblichen Geschlechts und nur 20% männlichen Geschlechts. Die Zahl der männlichen Pflegekräfte stieg um 13 Personen und die Zahl der weiblichen Mitarbeiterinnen um 58 Personen. Die ambulante Pflege wird nach wie vor zum überwiegenden Teil durch weibliches Personal geleistet.

**Personalstruktur nach Trägern**



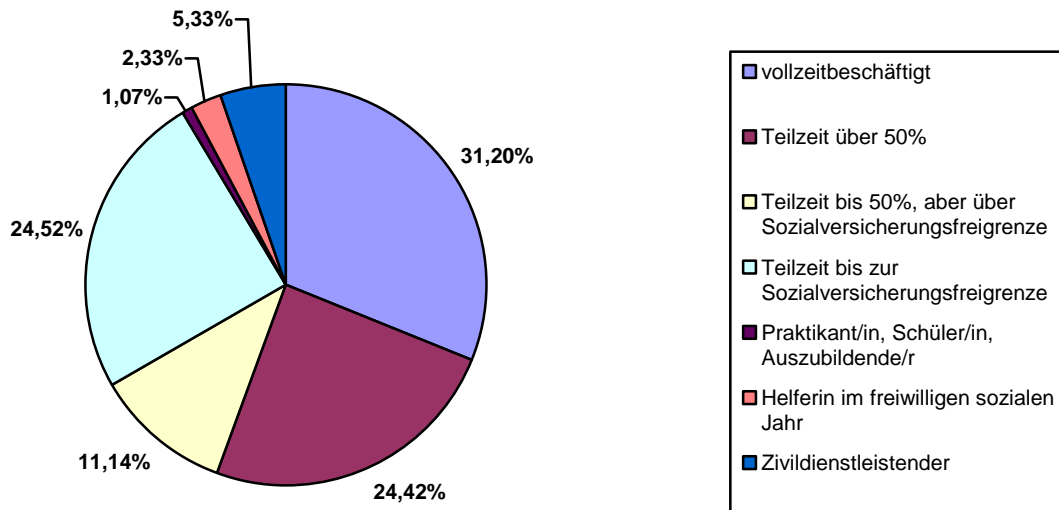
In ambulanten Pflegediensten in privater Trägerschaft waren im Jahre 2006 57% aller Bediensteten beschäftigt. Von den 586 Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen privater ambulanter Dienste waren 87% weibliche Mitarbeiterinnen. Ambulante Pflegedienste in der Trägerschaft der freien Wohlfahrtspflege beschäftigten bei insgesamt 446 Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern 70% weibliche Personen und 30% männliche Mitarbeiter. Dieser Unterschied resultiert aus der Anzahl der Zivildienstleistenden, welche in ambulanten Diensten in der Trägerschaft der freien Wohlfahrtspflege beschäftigt waren.

#### Beschäftigungsverhältnis in 2006

	Männlich	Weiblich	Gesamt	Vergleich zu 2004
vollzeitbeschäftigt	88	234	322	+ 7
Teilzeitbeschäftigt über 50%	19	233	252	+ 56
Teilzeitbeschäftigt bis zu 50%, aber über Sozialversicherungsfreigrenze	4	111	115	- 1
Teilzeitbeschäftigt bis zur Sozialversicherungsfreigrenze	27	226	253	+ 41
Praktikant/in, Schüler/in, Auszubildende/r	1	10	11	- 13
Helfer/in im freiwilligen sozialen Jahr	12	12	24	+ 11
Zivildienstleistende	55	0	55	+ 2

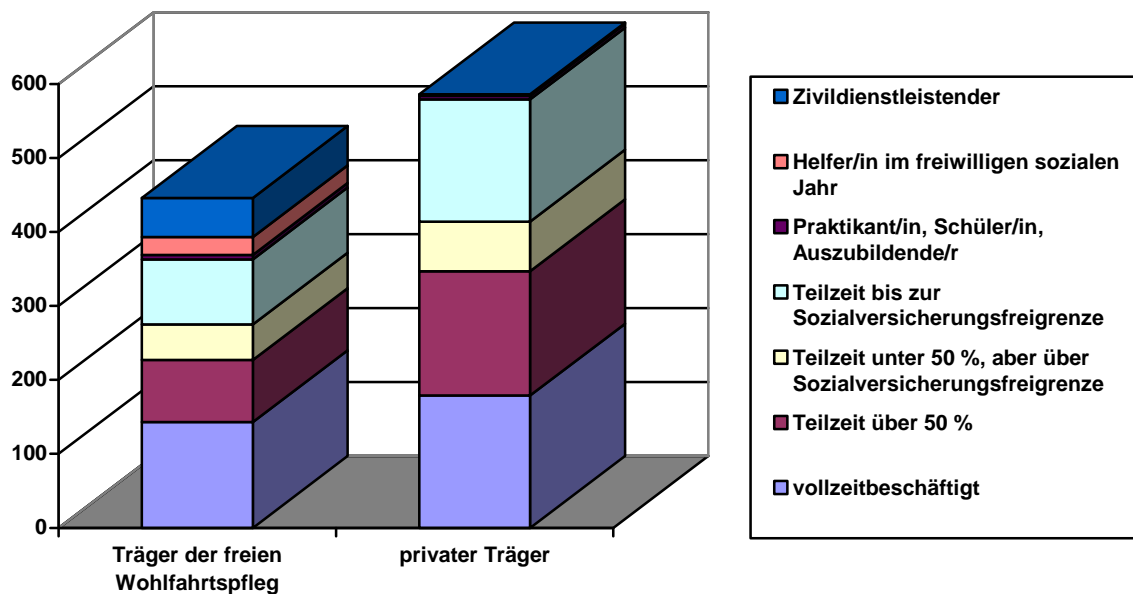
Festzustellen ist, dass im Bereich der Teilzeitbeschäftigten über 50 % und der sogenannten „Geringfügig Beschäftigten“ bis zur Sozialversicherungsfreigrenze der stärkste Zuwachs zu verzeichnen ist. Die Zahl der Auszubildenden bzw. Praktikanten und Praktikantinnen hat sich hingegen verringert. Die Zahl der Zivildienstleistenden, welche in der ambulanten Pflege eingesetzt wurden, hat sich entgegen der Anzahl in der vollstationären Dauerpflege leicht erhöht.

### Einteilung der Beschäftigungsverhältnisse in %



Die Anzahl der Vollzeitbeschäftigten hat sich im Vergleichszeitraum von 33,91% auf 31,20% verringert. Die Zahl der männlichen Vollzeitbeschäftigten hat sich dagegen von 41,92% auf 42,72% leicht erhöht. Die Zahl der Teilzeitkräfte über 50% hat sich von 21,20% auf 24,42% erhöht. Die Zahl der Teilzeitkräfte bis 50% hat sich hingegen von 12,49% auf 11,14% verringert.

### Beschäftigungsverhältnis nach Trägern

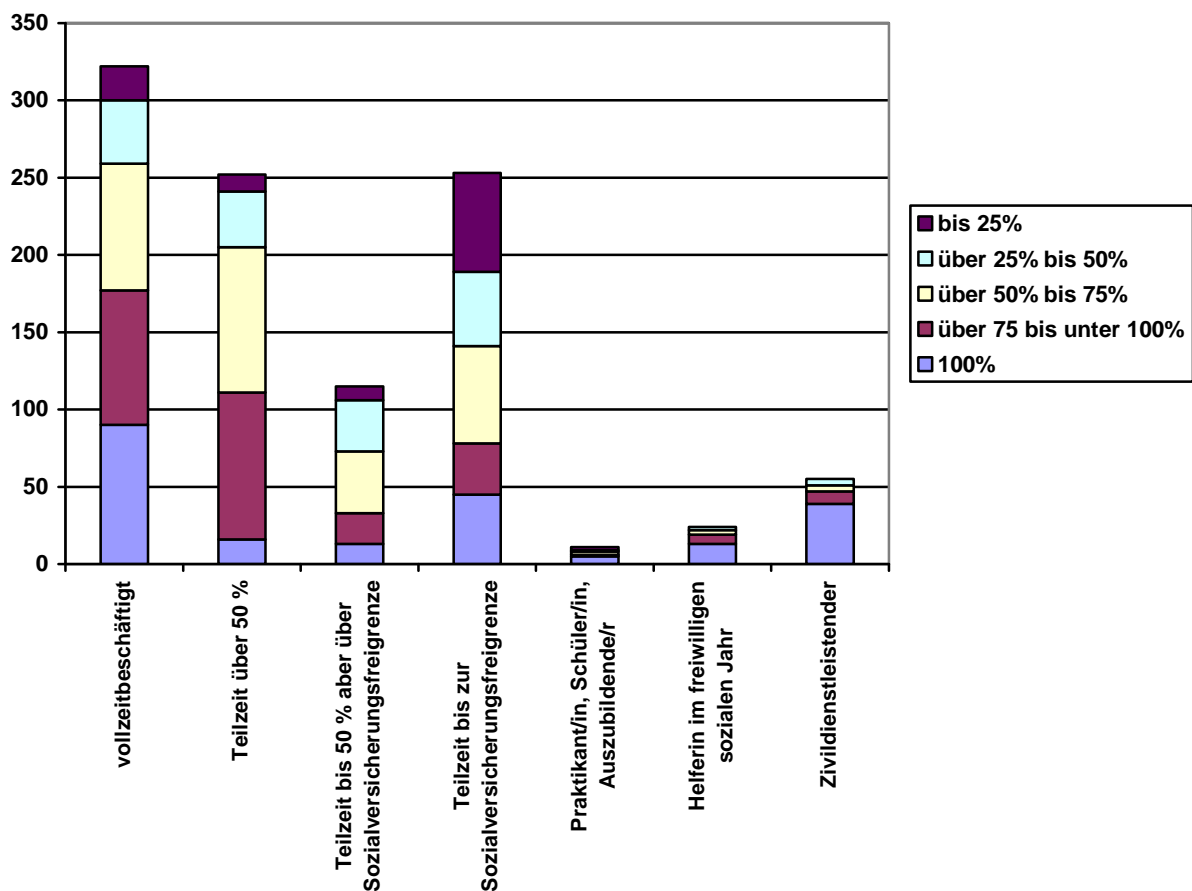


Der Anteil der Vollzeitbeschäftigten bei ambulanten Pflegediensten in der Trägerschaft der freien Wohlfahrtspflege lag 2006 bei 32,06%. Bei Pflegediensten in privater Trägerschaft betrug der Anteil der Vollzeitbeschäftigten 30,55%.

Die große Gruppe der Teilzeitbeschäftigten spiegelt den Charakter der ambulanten Pflege wider. Die ambulante Grundpflege (waschen, an- bzw. auskleiden, etc.) wird meist in den Morgen- und Abendstunden ausgeführt, so dass in diesen Zeiten viele Teilzeitkräfte eingesetzt werden.

Im Jahre 2006 waren ambulante Pflegedienste in der Trägerschaft der freien Wohlfahrtspflege Arbeitgeber für 43,22% des in der ambulanten Pflege tätigen Personals. Auf die Pflegedienste in privater Trägerschaft entfielen 56,78% des Personals. 30,65% der gesamten ambulanten Pflegedienste waren in der Trägerschaft der freien Wohlfahrtspflege. In der Trägerschaft der privaten Anbieter befanden sich 69,35% der ambulanten Pflegedienste. Dies verdeutlicht, dass es sich bei den ambulanten Pflegediensten der freien Wohlfahrtspflege meist um größere Dienste handelt. Die ambulanten Pflegedienste in privater Trägerschaft stellen meist kleinere Dienste mit nur wenigen Mitarbeitern dar.

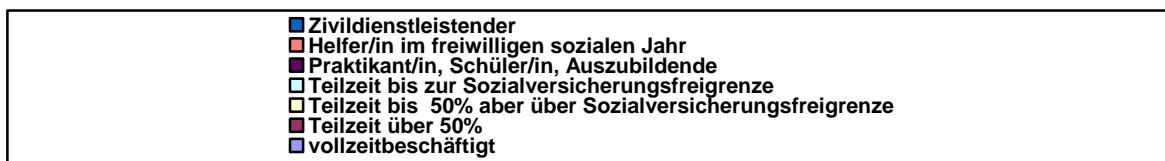
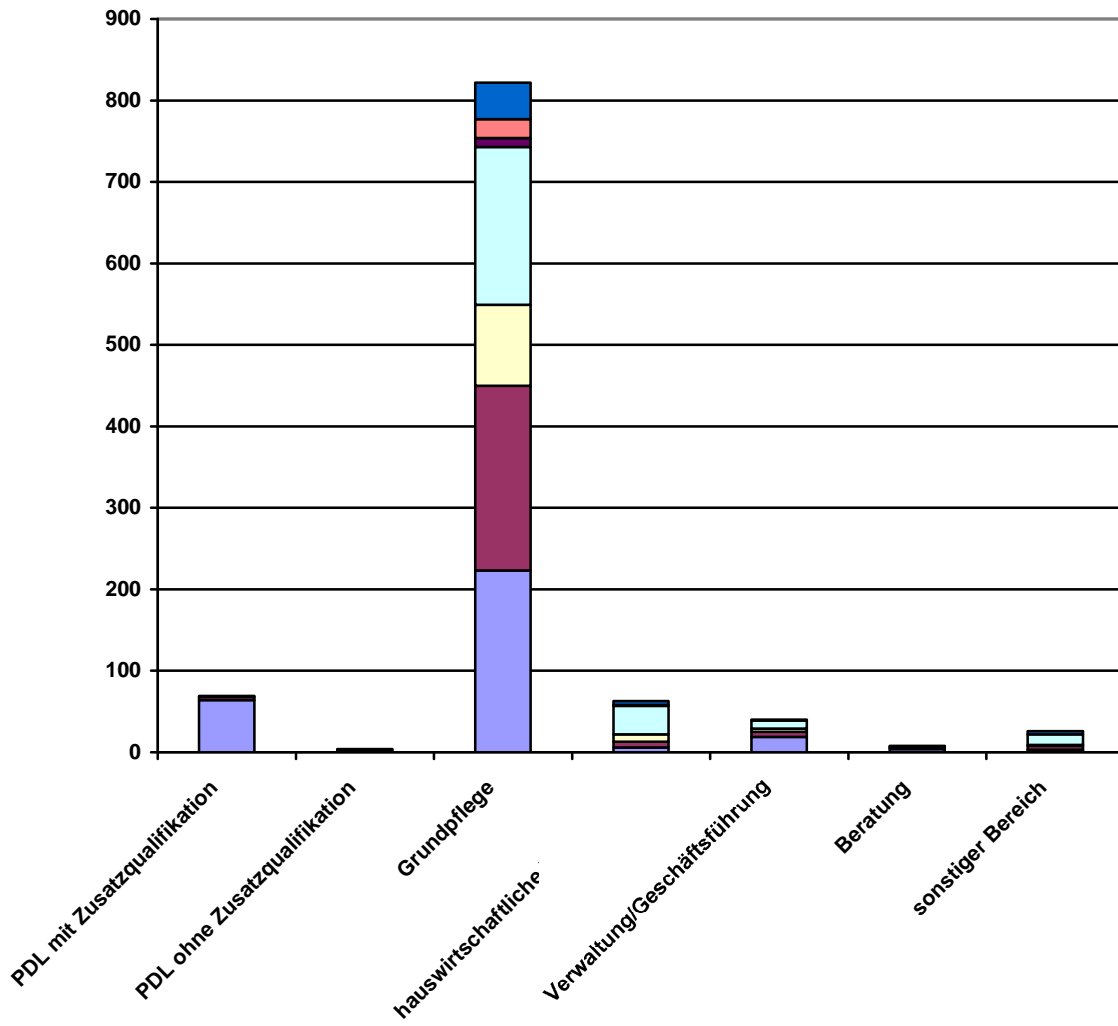
Umfang der Tätigkeiten im Pflegedienst



Die vorstehende Grafik verdeutlicht die Anzahl der Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen in den ambulanten Pflegediensten, die überwiegend reine Pflegeleistungen im Sinne der Bestimmungen des SGB XI durchführen. Es handelt sich um subjektive Angaben der Pflegedienste, welche nicht direkt mit den jeweiligen Stellenbeschreibungen übereinstimmen müssen.

Ambulante Pflegedienste leisten zunehmend flankierende Dienste und Leistungen nach SGBV für die Hilfesuchenden. Aber auch die internen Anforderungen an die Pflegedienste wie Qualitätsmanagement, Hygienemanagement etc. sind im Laufe des Berichtszeitraumes angestiegen, so dass es auch hier zu Zeitverschiebungen zu Lasten der reinen Pflegezeit gekommen ist.

### Aufteilung nach Beschäftigungsbereichen



Aus vorstehender Grafik ist erkennbar, dass die Grundpflege 80% der Leistungen ambulanter Pflegedienste in Anspruch nimmt. Die hauswirtschaftliche Versorgung der Hilfesuchenden lag im Erhebungszeitraum bei 6,10%. Die reine Verwaltungstätigkeit der Pflegedienste schlug mit 3,88% zu Buche.

Die ambulante Pflege stellt neben der stationären Pflege einen großen Arbeitsmarkt dar, der sich im Rahmen der steigenden Bedarfe noch ausweiten wird. Durch die demografische Entwicklung ist mit einer Zunahme an hilfebedürftigen Personen zu rechnen. Die häusliche Pflege und Betreuung wird zum überwiegenden Teil durch Ehefrauen, Töchter und Schwiegertöchter geleistet. Auch dieser Personenkreis wird immer älter und somit geringer leistungsfähig. Ebenfalls wirkt sich der Wegfall der

Großfamilien negativ auf das häusliche Versorgungspotential aus, da Kinder häufig nicht mehr in der Nähe ihrer Eltern wohnen und auch die eigene Wohnsituation eine Aufnahme der älteren Betreuungsbedürftigen nicht zulässt. Insoweit wird es in Zukunft zu einer Steigerung der Nachfrage nach ambulanten Hilfen sowie flankierenden Diensten wie Essen auf Rädern etc. kommen.

Welche verschiedenen Berufsgruppen in ambulanten Pflegeeinrichtungen ihre Beschäftigung fanden, ist anhand folgender Tabelle zu erkennen:

### Personal nach Berufsabschluss

	Männlich	Weiblich	%
Staatl. anerkannte Altenpfleger/in	27	150	17,15
Staatl. anerkannte Altenpflegehelfer/in	0	12	1,16
Krankenschwester/-pfleger	50	285	32,46
Krankenpflegehelfer/in	5	50	5,33
Kinderkrankenschwester/-pfleger	0	23	2,23
Heilerziehungspfleger/in, Heilerzieher/in	0	0	0
Heilerziehungspflegehelfer/in	0	1	0,10
Heilpädagogin/ Heilpädagoge	0	0	0
Beschäftigungstherapeut/in, Arbeitstherapeut/in	1	0	0,10
Sonst. Abschluss im Bereich der nichtärztl. Heilberufe	3	44	4,55
Sozialpädagogischer/ sozialarbeiterischer Berufsabschluss	1	10	1,07
Familienpfleger/in	0	4	0,39
Dorfhelfer/in mit staatl. Abschluss	0	0	0
Sonstiger pflegerischer Beruf	3	75	7,56
Fachhauswirtschafter/in	1	6	0,68
Sonstiger hauswirtschaftlicher Berufsabschluss	0	6	0,58
Sonstiger Berufsabschluss	38	111	14,44
Ohne Berufsabschluss	49	126	12,21

Die Aufstellung verdeutlicht, dass in ambulanten Pflegediensten zu 32,46% Krankenschwestern und Krankenpfleger beschäftigt waren. Im vollstationären Bereich ist dagegen die Berufsgruppe der Altenpfleger und Altenpflegerinnen mit 21,69% die größte Gruppe des Fachpersonals. Dies bestätigt die nach wie vor enge Verknüpfung der ambulanten Pflege nach den Bestimmungen des SGB XI und der ambulanten Krankenpflege nach SGB V.

Die Gruppe der Pflegefachkräfte im Sinne des SGB XI umfasst neben den Altenpfleger/innen die Krankenpfleger und Krankenschwestern sowie die Kinderkrankenpfleger und Kinderkrankenschwestern. Diese Gruppe umfasste zum

Zeitpunkt der Erhebung 535 Personen. Die Fachkraftquote lag 2006 bei 51,84%. Hiervon waren 215 Personen vollzeitbeschäftigt. 137 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter waren über 50% teilzeitbeschäftigt.

Teilzeitbeschäftigt unter 50% aber noch über der Sozialversicherungsfreigrenze waren 63 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. 119 Personen waren dem Bereich der geringfügig Beschäftigten zugeordnet.

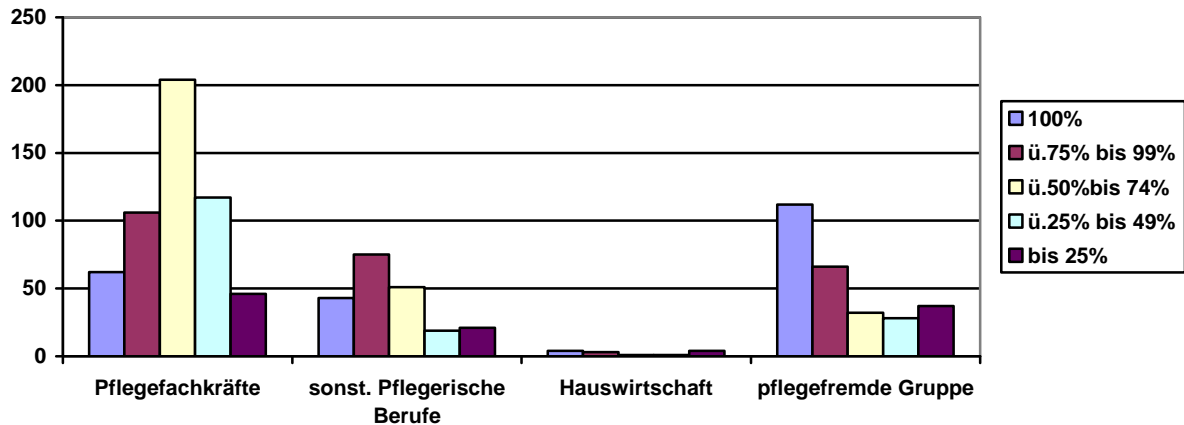
In der Gruppe der sonstigen pflegerischen Berufe sowie der therapeutischen Berufe wurden die verbleibenden Berufsgruppen mit Ausnahme der hauswirtschaftlichen Abschlüsse, der sonstigen Berufsabschlüsse und die Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen ohne Berufsabschlüsse zusammengefasst. Die Gruppe der pflegeergänzenden und therapeutischen Berufe umfasste zum Stichtag 15.12.2006 insgesamt 209 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. 41 Personen dieser Gruppe waren vollzeitbeschäftigt, 80 Personen gingen einer Teilzeitbeschäftigung über 50% nach. Teilzeitbeschäftigt bis 50% aber über der Sozialversicherungsfreigrenze waren 26 Personen. 61 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter waren dem Bereich der geringfügig Beschäftigten zugeordnet.

13 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter ambulanter Pflegedienste verfügten zum Stichtag über einen hauswirtschaftlichen Berufsabschluss. 2 Fachhauswirtschaftler/innen waren in Vollzeit beschäftigt. 4 Personen waren über 50% teilzeitbeschäftigt; 3 Personen gingen einer Teilzeitbeschäftigung bis 50% aber über der Sozialversicherungsfreigrenze nach. Geringfügig beschäftigt waren 4 Personen.

Eine weitere Personengruppe waren die Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen mit sonstigen Berufsabschluss bzw. ohne Berufsabschluss. Hierzu gehörten unter anderem die Angestellten in der Verwaltung sowie die Zivildienstleistenden. Diese Gruppe umfasste zum Stichtag 275 Personen. Davon waren 64 Personen in Vollzeit beschäftigt und 31 zählten zum Bereich der Teilzeitbeschäftigten über 50%. 23 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter dieser Personengruppe waren bis 50% teilzeitbeschäftigt über der Sozialversicherungsfreigrenze. Geringfügig beschäftigt waren in dieser Personengruppe 69 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Die Zivildienstleistenden, Schüler/innen, Auszubildende sowie Helfer/innen im freiwilligen sozialen Jahr wurden mit 90 Personen gezählt.

Im Vergleich zur vorherigen Erhebung aus dem Jahre 2004 wurde der Bereich der vollzeitbeschäftigten Pflegefachkräfte um 8 Personen gesteigert. Die Zahl der Teilzeitbeschäftigten über 50% stieg um 35 Personen.

### Beschäftigungsumfang im Pflegedienst



Auch hier wird der enge Bezug der ambulanten Pflege nach SGB XI und der ambulanten Krankenpflege nach SGB V deutlich, da die Gruppe der Pflegefachkräfte neben der Grundpflege auch andere Tätigkeiten wie Krankenpflege etc. ausübt. Der Gruppe der pflegefremden Personen, die mit 112 Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern zu 100% in der Pflege tätig waren, umfasst auch die Zivildienstleistenden sowie Schüler/innen und Auszubildende, welche ergänzende Hilfen in der Pflege leisten.

Insgesamt bleibt festzuhalten, dass auch der ambulante Pflegebereich einen fachlich qualifizierten Arbeitsmarkt bildet, der gerade durch seine Flexibilität auch große Möglichkeiten der Teilzeitarbeit bietet.

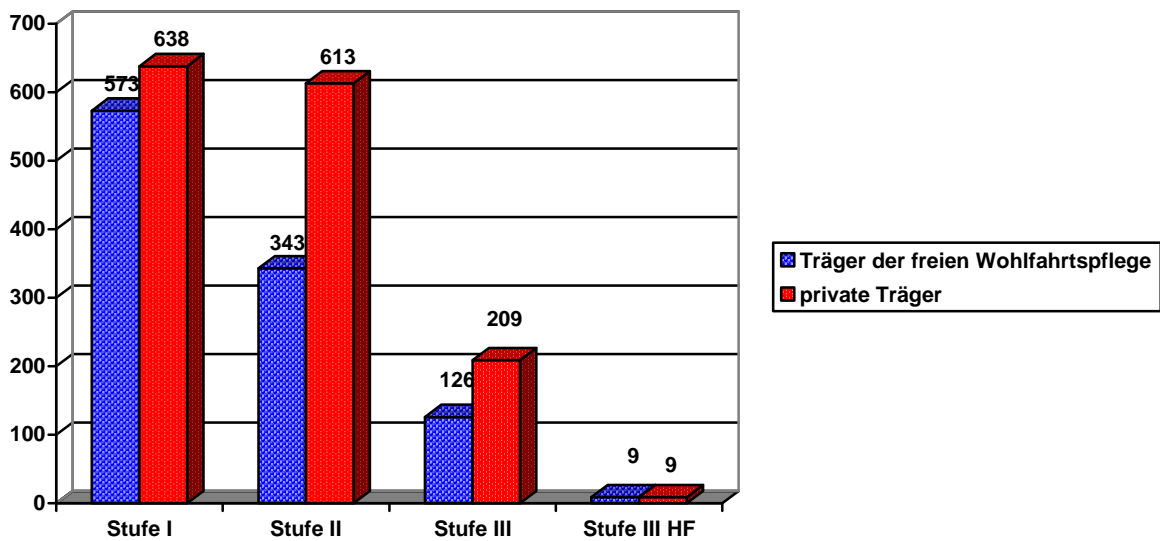
### 3.4 Pflegebedürftige

Die Zahl der Pflegebedürftigen, welche Pflegesachleistungen durch ambulante Pflegedienste in Anspruch nahmen, hat sich im Vergleichszeitraum von 2362 um 159 Personen auf 2521 Pflegebedürftige erhöht. Diese Steigerung dürfte auf die demografische Entwicklung zurückzuführen sein. Nach Angaben der Bestandserhebung wurden zum Stichtag 15.12.2006 863 männliche und 1658 weibliche Personen durch ambulante Pflegedienste versorgt.

Im Jahre 2004 waren 67,95% der durch ambulante Pflegedienste versorgten Personen weiblichen Geschlechts. Im Jahr 2006 verringerte sich das Verhältnis zwischen männlichen und weiblichen Pflegebedürftigen auf einen Anteil von 65,77% weibliche Pflegebedürftige.

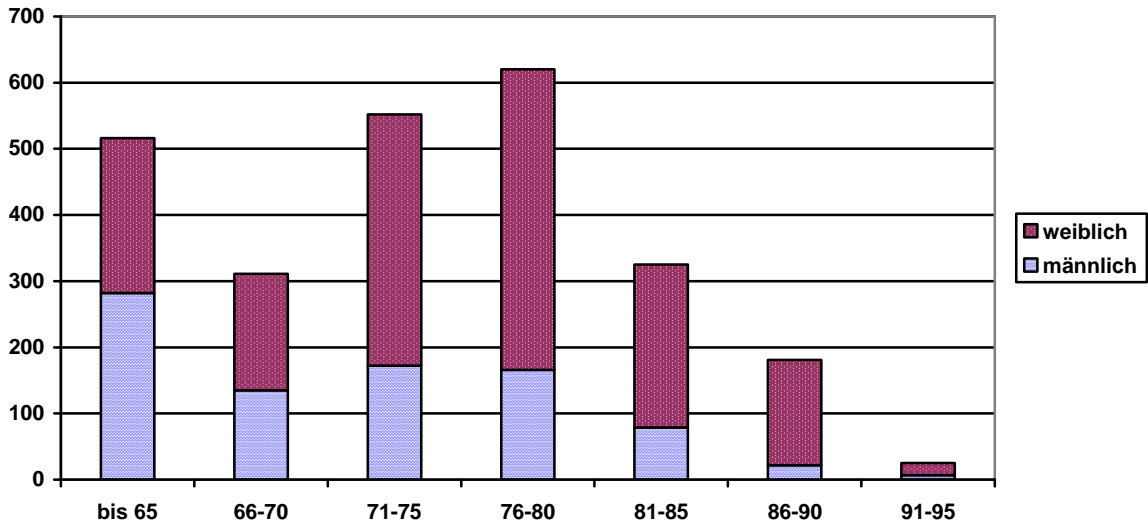
Die Einstufung der Pflegebedürftigen nach den Graden der verschiedenen Pflegestufen durch den medizinischen Dienst der Pflegekassen sowie die Versorgung durch die jeweiligen Anbieter wird durch nachfolgendes Schaubild erläutert.

Gliederung der Pflegebedürftigen nach Pflegestufen

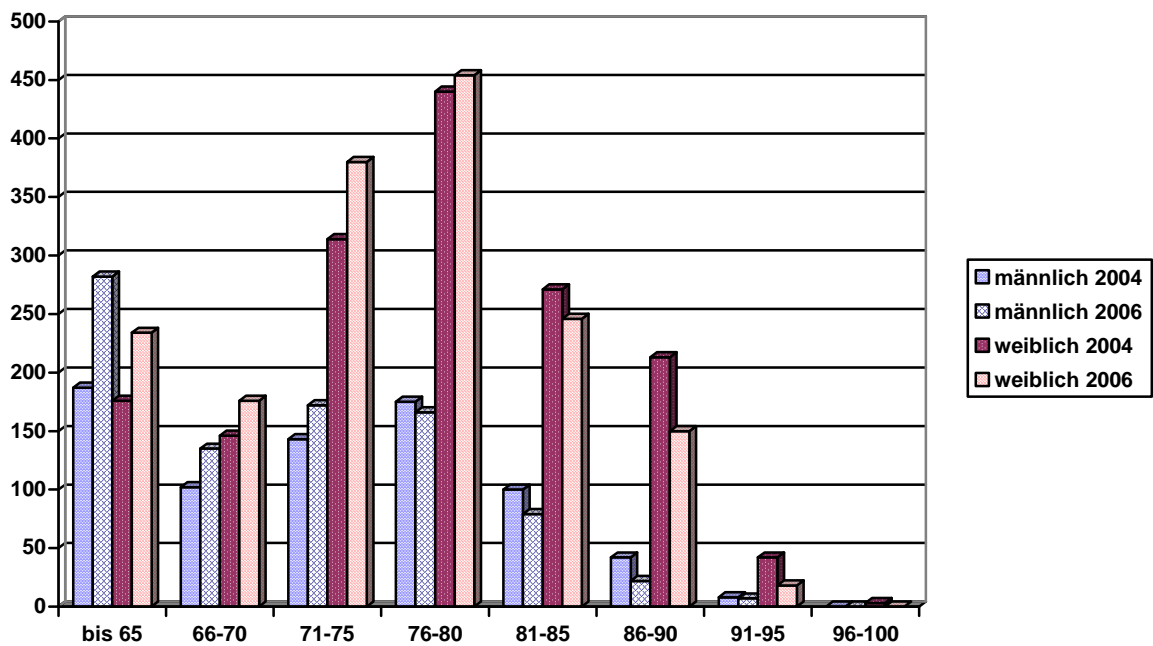


Pflegebedürftige der Pflegestufe I stellen mit 48,04% die größte Gruppe der ambulant Versorgten dar, gefolgt von der Pflegestufe II mit 37,92%. Im Vergleichszeitraum hat sich die Zahl der Pflegebedürftigen in der Pflegestufe I um 90 Personen erhöht. Die Zahl der Pflegebedürftigen in der Pflegestufe II stieg um 81 Personen. Der Stufe III wurden 44 Personen mehr zugeordnet als im Jahre 2004. Die Anzahl der Personen, die zum Stichtag noch ohne verbindliche Einstufung durch den medizinischen Dienst der Pflegekassen waren, ist im Vergleichszeitraum von 61 im Jahre 2004 auf nur noch eine Person im Jahr 2006 zurückgegangen. Hierdurch wird die Modifizierung der Einstufungsrichtlinien des medizinischen Dienstes erkennbar. Lange Wartezeiten auf eine Begutachtung des Pflegezustandes der Hilfesuchenden durch den medizinischen Dienst der Pflegekassen wurden erheblich verringert.

### Altersstruktur der Pflegebedürftigen



### Altersstruktur im Vergleich zur vorherigen Erhebung

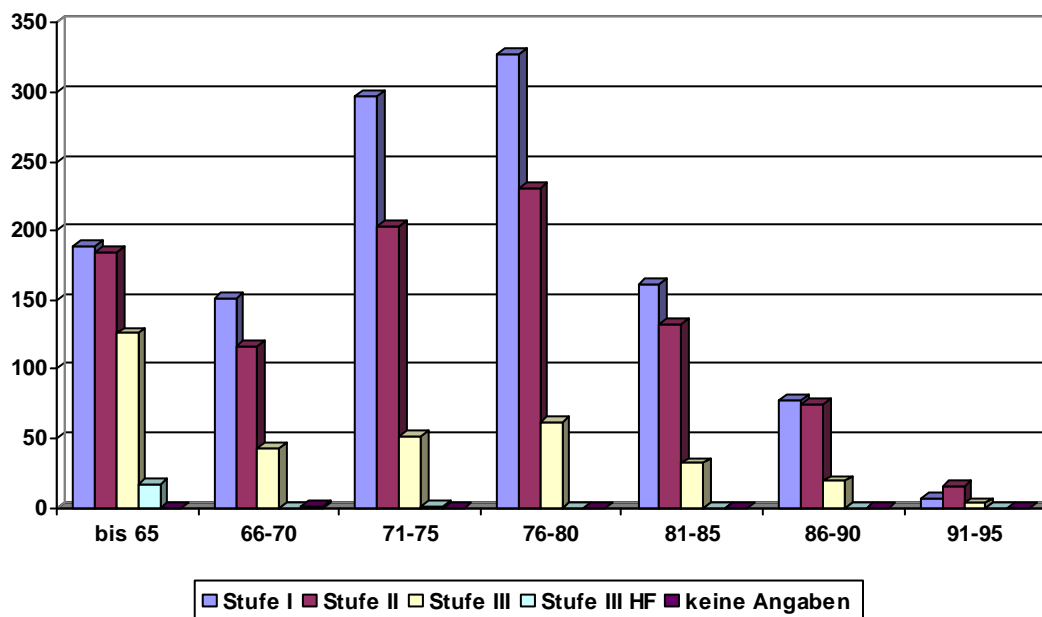


Im Vergleich zur vorherigen Erhebung konnte in der Gruppe der ambulant Pflegebedürftigen bis 65 Jahre eine Steigerung um 153 Personen ermittelt werden. Besonders deutlich ist der Anstieg der männlichen Pflegebedürftigen in dieser Altersgruppe von 95 Personen. Bis zur Altersgruppe der 76-80-jährigen erfolgte im Vergleichszeitraum ein Anstieg der durch ambulante Pflegedienste versorgten Personen. Im Bereich der hochaltrigen Pflegebedürftigen erfolgte analog der stationären Pflege ein leichter Rückgang der Pflegebedürftigen. Es handelt sich bei den v.g. Angaben jedoch um Momentaufnahmen zum Stichtag der Erhebung. Durch

neue Pflegebedürftige, Umzüge in die Nähe von Verwandten, notwendig gewordene Heimunterbringungen und Sterbefälle konnten jederzeit geringfügige Änderungen eintreten. Die grundsätzliche Tendenz kann anhand der ermittelten Daten jedoch erkannt werden.

Der überwiegende Teil der durch ambulante Sachleistungen versorgten Pflegebedürftigen ist den Altersgruppen der 71-80-jährigen zuzuordnen. Deutlich erkennbar ist der hohe Anteil der weiblichen Pflegebedürftigen in den Altersstufen ab 71 Jahre.

**Altersstruktur im Verhältnis zur Pflegestufe**



Der überwiegende Teil der Pflegebedürftigen aller Pflegegruppen ist den Altersstufen der 71-80jährigen zuzuordnen. In der Altersgruppe der Pflegebedürftigen bis 65 ist die Anzahl in Pflegestufe I und Pflegestufe II fast gleich, ebenso in der Altersgruppe der 86-90jährigen. In den Altersgruppen der 66-81-jährigen überwiegt der Anteil der Pflegebedürftigen in der Pflegestufe I. Die Bedürfnisse der Altersgruppe der Pflegebedürftigen bis 65 Jahre werden analog zur Situation in der stationären Pflege in einer ergänzenden Erhebung weiter hinterfragt.

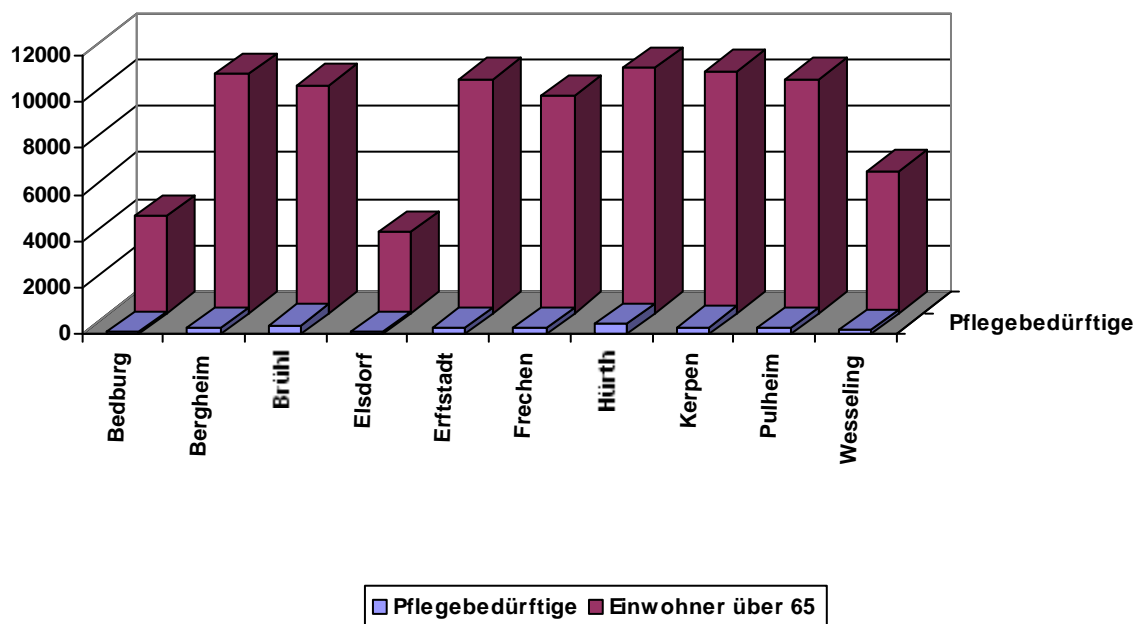
### 3.5 Herkunft der Pflegebedürftigen

Die ambulanten Pflegedienste sind nicht entsprechend der Bevölkerung auf die einzelnen Kommunen verteilt. Da die ambulanten Pflegedienste ihre Tätigkeit in sogenannten Pflgetouren durchführen, ist eine örtliche Versorgung in den einzelnen Kommunen zu vernachlässigen. Die meisten ambulanten Pflegedienste haben in ihren Versorgungsverträgen das gesamte Kreisgebiet sowie das nähere Umland (z.B. Stadt Köln, Kreis Euskirchen etc.) als Versorgungsgebiet beziffert, so dass sich die Einsatz Touren auch über die einzelnen Kommunen hinaus erstrecken. Die

Kommunen Erftstadt, Hürth, Kerpen und Pulheim verfügen über eine große Anzahl von ambulanten Pflegediensten. In den Kommunen Bedburg, Elsdorf und Wesseling ist die Zahl der ambulanten Pflegedienste eher gering. Insgesamt ist die Versorgung des Rhein-Erft-Kreises mit ambulanten Pflegediensten jedoch ausreichend.

Die Zahl der ambulant versorgten Pflegebedürftigen kann auf die einzelnen Kommunen wie folgt aufgeteilt werden:

**Pflegebedürftige im Verhältnis zur Altersstruktur**



Die Zahl der ambulant versorgten Personen entspricht dem Anteil der Einwohnerinnen und Einwohner über 65 in den einzelnen Kommunen. Insgesamt nahmen im Rhein-Erft-Kreis ca. 3% der Einwohnerinnen und Einwohner über 65 ambulante Pflegesachleistungen in Anspruch. Dies ist ein Indiz für die guten familiären und nachbarschaftlichen Strukturen des Rhein-Erft-Kreises, welche die größte Last der häuslichen Versorgung pflegebedürftiger Personen tragen. Inwieweit sich diese Versorgung trotz der demografischen Entwicklung und dem Wegfall der größeren Familien aufrecht erhalten lässt, bleibt in naher Zukunft zu beobachten.

### 3.6 Bewertung

Aufgrund der Mobilität der ambulanten Pflegedienste ist ein enger Bezug zwischen Standort des Dienstes und der Versorgung in der einzelnen Kommune nicht zwingend erforderlich. Die überwiegende Zahl der ambulanten Pflegedienste bieten Leistungen im gesamten Gebiet des Rhein-Erft-Kreises und der Nachbarregionen (z. B. Kölner Norden oder Kreis Euskirchen) an. Eine unmittelbare Nähe zwischen Anbieter und Nachfragendem, wie im stationären oder teilstationären Bereich festzustellen, ist durch die aufsuchenden Tätigkeiten der ambulanten Pflegedienste nicht so stark ausgeprägt. Aus Gründen der schnellen Erreichbarkeit der Dienste in Notfällen werden jedoch meist Dienste in der näheren Umgebung nachgefragt.

Die größte Zahl der ambulanten Pflegedienste des Rhein-Erft-Kreises bietet neben den reinen Pflegeleistungen nach SGB XI auch ambulante Krankenpflege nach SGB V an. Des Weiteren werden durch die Pflegedienste oft auch weitere Leistungen wie Essen auf Rädern, Hausnotruf etc. angeboten. Diese große Angebotspalette bietet den Hilfebedürftigen und ihren Angehörigen die Möglichkeit, wechselnde Leistungen aus einer Hand zu beziehen. Die besonderen Bedürfnisse der einzelnen Hilfesuchenden können durch diese Leistungsbündelung besser berücksichtigt werden, da wichtige Informationen innerhalb der Unternehmen weitergegeben werden können.

Ambulante Pflegedienste leisten neben den Familienangehörigen einen wichtigen Beitrag zum langen Verbleib der Hilfebedürftigen in der eigenen Häuslichkeit. Ihre professionellen Leistungen z.B. in der Grundpflege oder im Mobilitätstraining ermöglichen den Pflegebedürftigen möglichst lange in ihrem gewohnten Umfeld zu verbleiben. Diese Leistungen unterstützen Familienangehörige in ihrer betreuenden und pflegerischen Tätigkeit und verzögern oder vermeiden so eine stationäre Heimunterbringung. Diese wäre für den Hilfesuchenden mit einem Verlust seines sozialen Umfeldes verbunden.

Die größte Pflegeleistung wird durch die Familien geleistet. Durch die demografische Entwicklung wird sich dieses jedoch in absehbarer Zeit verändern. Die Pflege leisten zur Zeit überwiegend Ehefrauen, Töchter und Schwiegertöchter. Durch das zunehmende Alter der Pflegebedürftigen steigt auch das Alter der pflegenden Angehörigen. Diese sind oft körperlich nicht mehr in der Lage Tätigkeiten wie Betten, Lagern etc. über einen langen Zeitraum allein auszuführen und somit auf professionelle Hilfe angewiesen. Auch verändern sich die Strukturen innerhalb der Familien. Kinder leben oft nicht mehr in unmittelbarer Nähe zu ihren Eltern oder können aufgrund ihrer Wohnverhältnisse die pflegebedürftigen Personen nicht aufnehmen. Im übrigen sind heute oft Frauen berufstätig, so dass auch aus finanziellen Aspekten eine 24-Stunden Betreuung der Pflegebedürftigen nicht möglich ist. Durch diese familiären Einflüsse wird der Bedarf an ambulanten Pflegeleistungen in Zukunft steigen.

Aufgrund der zum Teil ländlichen Strukturen des Rhein-Erft-Kreises wird sich diese Entwicklung nicht in allen Kommunen gleich stark auswirken, da auch vorhandene Netzwerke wie Nachbarschaftshilfe etc. Einfluss auf die Pflege und Betreuung der Hilfesuchenden haben. Auch die Wohnsituation der Hilfesuchenden bzw. ihrer Angehörigen hat Auswirkungen auf den Verbleib in der angestammten Umgebung, da Eigentum größere Möglichkeiten bietet sich auf die akute Pflegesituation einzustellen.

Anhand der Vergleiche in der ambulanten Pflege wurde festgestellt, dass Angebot und Nachfrage in diesem Pflegesektor weitgehend gedeckt sind. Wie der ambulante Pflegesektor jedoch auf die zunehmenden Veränderungen im sozialen und familiären Umfeld der Hilfesuchenden reagieren wird, bleibt abzuwarten.

## 4. Tagespflege

Tagespflege ist die teilstationäre Pflege und Versorgung pflegebedürftiger alter Menschen in einer zugelassenen Pflegeeinrichtung durch qualifiziertes Personal während des Tages an einigen oder allen Wochentagen. Dabei wird vorausgesetzt, dass einerseits die häusliche Pflege nicht in ausreichendem Umfang sichergestellt werden kann, andererseits die Betreuung und Versorgung in der eigenen Häuslichkeit während der Nacht, am Morgen und Abend und gegebenenfalls am Wochenende sichergestellt ist.

*Ziele der Tagespflege sind:*

- *Aufrechterhaltung der relativen Selbstständigkeit pflegebedürftiger alter Menschen in der eigenen Häuslichkeit - auch zur Entlastung der Angehörigen;*
- *aktivierende Pflege und soziale Betreuung und Möglichkeiten der Kommunikation, teilweise auch Rehabilitation alter Menschen durch entsprechende pflegerische und medizinisch-therapeutische Angebote sowie durch soziale Beratung und Betreuung;*

Zu dem Angebot gehören darüber hinaus Mahlzeiten und ein Fahrdienst.

Die Pflegeversicherung definiert die Tagespflege als stationäre Pflegeeinrichtung, in der Pflegebedürftige unter der ständigen Verantwortung einer ausgebildeten Pflegefachkraft tagsüber untergebracht und gepflegt werden können.

## Zusammenfassung – für den eiligen Leser

- ✧ Die Inanspruchnahme der Tagespflege hat sich im Vergleichszeitraum erhöht.
- ✧ Durch die gesetzlichen Bestimmungen des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes im Hinblick auf die Finanzierung der Tagespflege durch die Pflegekassen und die Leistungen für Personen mit erhöhtem Betreuungsbedarf ist auch in absehbarer Zeit mit einem Anstieg der Nachfrage nach diesem Pflegesegment zu rechnen.
- ✧ Der Personenkreis der gerontopsychiatrisch veränderten Menschen findet durch das Pflege-Weiterentwicklungsgesetz leichter Zugang zur Tagespflege.
- ✧ Trotz der hohen Bedarfsannahmen sollte das Angebot an Tagespflegeplätzen behutsam unter Berücksichtigung der örtlichen Gegebenheiten (kurze Wegstrecken) und der Wirtschaftlichkeit ausgebaut werden.
- ✧ Es befinden sich noch zwei Tagespflegeeinrichtungen im Verbund mit vollstationären Pflegeeinrichtungen in der Planung.

## 4.1 Ergebnisse der Infrastrukturerhebung vom 15.12.2006 und Veränderungen der Pflegelandschaft im Vergleich zur Erhebung vom 15.12.2004

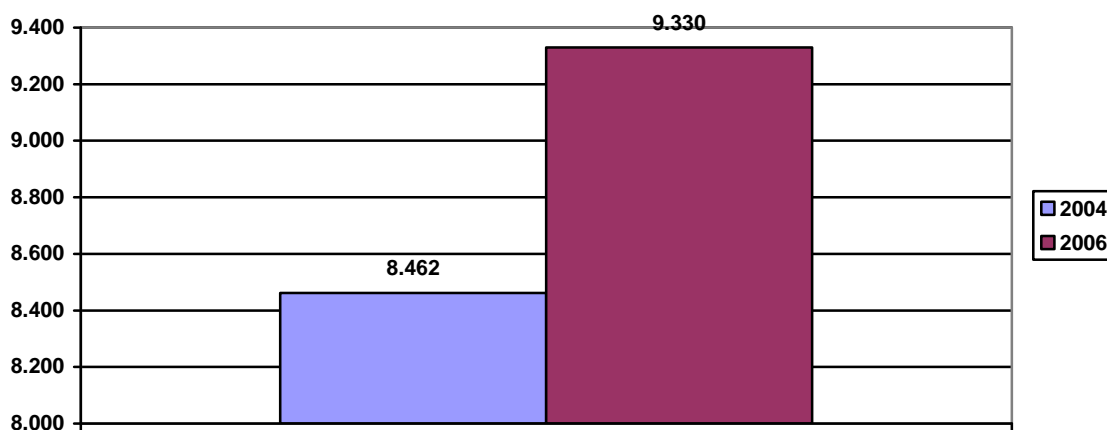
Zum Stichtag der Erhebung 15.12.2006 wurden insgesamt 59 Tagespflegeplätze angeboten. Die zur Verfügung stehenden Plätze verteilten sich wie folgt:

- ⇒ Brühl 15 Tagespflegeplätze
- ⇒ Hürth 12 Tagespflegeplätze
- ⇒ Pulheim 14 Tagespflegeplätze
- ⇒ Wesseling 18 Tagespflegeplätze

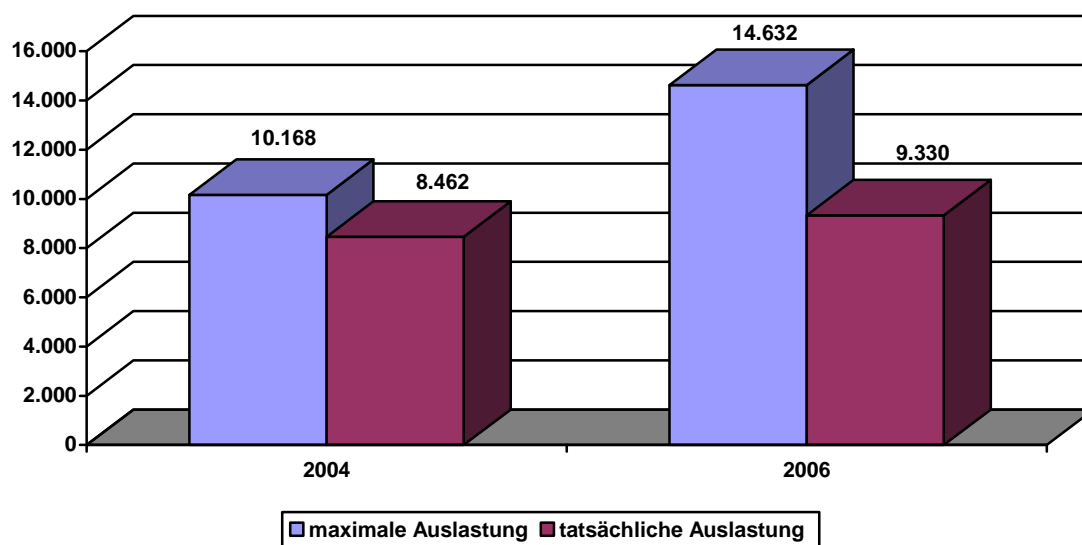
In den übrigen Kommunen standen zum Zeitpunkt der Erhebung keine Tagespflegeplätze zur Verfügung.

Die Tagespflegeeinrichtungen in Brühl und Hürth wurden in direkter Anbindung an eine stationäre Einrichtung betrieben. Bei den Tagespflegeeinrichtungen in Pulheim und Wesseling handelte es sich um Solitäreinrichtungen. Eine Einrichtung befand sich in der Trägerschaft der freien Wohlfahrtspflege. Drei Einrichtungen wurden durch private Träger betrieben.

**Pflegeleistung nach Pflegetagen**



### Auslastung der Einrichtungen



Die maximale Auslastung der Einrichtungen errechnet sich aus der Anzahl der Plätze multipliziert mit 248 Tagen. Die Auslastung der Tagespflege im Rhein-Erft-Kreis sank im Vergleichszeitraum von 83,22% in 2004 auf 80,72% in 2006. Dies ist auf die Eröffnung der Tagespflegeeinrichtung in Wesseling im Jahre 2005 zurückzuführen. Diese Einrichtung war zum Zeitpunkt der Erhebung noch nicht ausgelastet. Erfahrungsgemäß ist mit einer entsprechenden Auslastung einer Tagespflegeeinrichtung erst nach mehreren Jahren Anlaufzeit zu rechnen.

## 4.2 Kosten der teilstationären Pflege

Die Kosten der teilstationären Pflege sind analog der Kosten in der vollstationären Pflege in Pflegekosten, Kosten für Unterkunft und Verpflegung sowie Investitionskosten unterteilt.

Kosten der Tagespflege im Jahre 2006

		Träger der freien Wohlfahrtspflege	Privater Träger
Stufe 0	Minimum	45,78	32,58
	Durchschnitt	45,78	36,14
	Maximum	45,78	39,39
Stufe 1	Minimum	48,19	34,29
	Durchschnitt	48,19	38,04
	Maximum	48,19	41,46
Stufe 2	Minimum	50,60	36,01
	Durchschnitt	50,60	39,94
	Maximum	50,60	43,53
Stufe 3	Minimum	53,01	37,72
	Durchschnitt	53,01	41,84
	Maximum	53,01	45,61
Investitionskosten	Minimum	2,80	6,52
	Durchschnitt	2,80	8,75
	Maximum	2,80	11,77
Unterkunft und Verpflegung	Minimum	15,25	12,02
	Durchschnitt	15,25	14,99
	Maximum	15,25	17,69

Durch die Pflegekassen wurden für die Pflegekosten abhängig von der Pflegestufe Wertgrenzen gesetzt. In der Vergangenheit wurden für Tagespflege oder ambulante Pflege in der Stufe I 384,00 €, in Stufe II 921,00 € und in Stufe III 1.432,00 € an Pflegeleistungen durch die Pflegekassen gewährt. Da die Tagespflege neben der ambulanten Pflege gezahlt wurde, wurde seitens der Pflegekasse nach dem Grundsatz „ambulant vor stationär“ zunächst die ambulante Pflege gezahlt. Sofern hierdurch der Anspruch noch nicht vollständig ausgeschöpft wurde, konnten noch Leistungen der Tagespflege gewährt werden.

Durch das Gesetz zur strukturellen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung – Pflegeweiterentwicklungsgesetz – wird für das Segment Tagespflege und Nachtpflege ein neuer Anspruch aufgebaut. Danach können 50% der ambulanten Sachleistungen zusätzlich für Tagespflege genutzt werden.

## Insofern ergibt sich folgender Anspruch

Häusliche Pflege	2007			Ab 01.07.2008			Ab 01.01.2010			Ab 01.01.2012		
	I	II	III	I	II	III	I	II	III	I	II	III
Ambulante Pflege oder Tagespflege	384	921	1.432	420	980	1.470	440	1.040	1.510	450	1.110	1.550
Zusätzlicher Anspruch bei gemeinsamer Inanspruchnahme				210	490	735	220	520	755	225	550	775
Zusätzliche Betreuungsleistungen in zwei Stufen	38*	38*	38*	100**	100**	100**	100**	100**	100**	100**	100**	100**
Summe ambulante Pflegeleistungen	422	959	1.470	730	1.570	2.305	760	1.660	2.365	775	1.750	2.425

\*) bisher nicht durch Pflegedienste zu erbringen.

\*\*) Grundbetrag 100,00 €, 200,00 € bei erhöhtem Bedarf (MDK Feststellung)

### Beispiel für Pflegestufe II ab 01.07.2008:

Für die ambulante Pflege oder für die Tagespflege besteht ein Sachleistungsanspruch bis zu 980,00 € monatlich. Werden z.B. für die Tagespflege 980,00 € verbraucht, dann können noch zusätzlich 490,00 € im Monat ambulant abgerechnet werden oder umgekehrt.

Des Weiteren werden auch Pflegebedürftige, die an Demenz erkrankt sind, nach Feststellung durch die medizinischen Dienste der Krankenkassen (MDK) Zugang zu den Leistungen der Tagespflege sowie der weiteren Pflegesegmente erhalten.

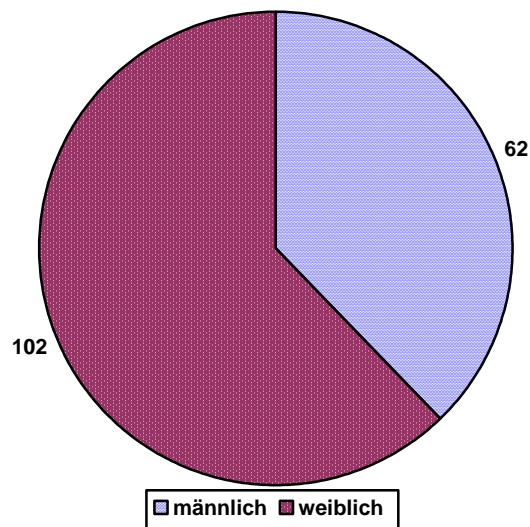
Die geringen Investitionskostenpauschalen von 2,80 € bzw. 6,52 € resultieren aus der bis 2003 durch die Länder gewährten Zuschussförderung von bis zu 80% der Investitionskosten. Diese Förderung wurde mit der Novellierung des Landespflegegesetzes im Jahre 2003 aufgegeben und durch den bewohnerorientierten Aufwendungszuschuss ersetzt. Dies bedeutet, dass die zukünftigen Betreiber von Tagespflegeeinrichtungen Finanzierungen auf dem freien Kapitalmarkt durchführen müssen und ebenso wie stationäre Einrichtungen die baulichen und konzeptionellen Anforderungen des Landespflegegesetzes erfüllen müssen, um diese Förderung zu erhalten. Bei Vorliegen der Förderfähigkeit hat der Betreiber von Tagespflegeeinrichtungen gegen den örtlichen Sozialhilfeträger, in dessen Bereich der Tagespflegegast wohnhaft ist, im Rahmen der Bestimmungen des SGB XI einen Anspruch auf Zahlung der Investitionskosten für den Zeitraum, in dem der Tagespflegeplatz in Anspruch genommen wird.

## 4.3 Pflegebedürftige

Durch die Gewährung des bewohnerorientierten Aufwendungszuschusses bei der Gewährung von Tagespflege konnten anhand der gestellten Anträge genauere Daten über die Nutzung dieses Pflegesegments gewonnen werden. Insgesamt wurde

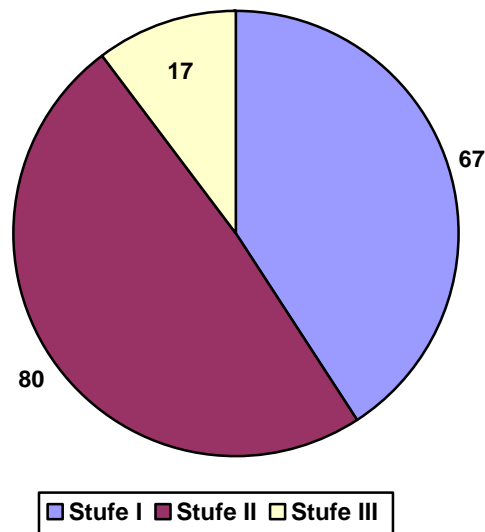
durch Bewohnerinnen und Bewohner des Rhein-Erft-Kreises Tagespflege an 18361 Pflgetagen im Jahr 2006 in Anspruch genommen. Die Differenz zur Auslastung der Einrichtungen resultiert aus den Verschiebungen mit Einrichtungen und Bewohnern der Nachbarregionen. Durch Bewohnerinnen und Bewohner des Rhein-Erft-Kreises wurden auch Tagespflegeeinrichtungen im Kreis Düren, im Rhein-Sieg-Kreis sowie in Köln besucht. Des Weiteren wurden die Tagespflegeeinrichtungen im Rhein-Erft-Kreis auch von Bewohnerinnen und Bewohnern aus der Region Köln sowie dem Rhein-Sieg-Kreis besucht.

**Tagespflegebesucher nach Geschlecht**



Insgesamt wurde die Tagespflege im Jahre 2006 von 162 Pflegebedürftigen der Pflegestufen I bis III in Anspruch genommen. Bei der Erhebung konnte festgestellt werden, dass zum Stichtag der Erhebung 15.12.2006 auch drei Besucher der Pflegestufe 0 die Tagespflegeeinrichtungen des Rhein-Erft-Kreises in Anspruch nahmen. Inwieweit Tagespflegebesucher der Pflegestufe 0 Einrichtungen außerhalb des Rhein-Erft-Kreises besuchten, kann wegen fehlender Daten nicht ermittelt werden, da der bewohnerorientierte Aufwendungszuschuss nur für Pflegebedürftige mit einer Einstufung nach SGB XI gewährt wird.

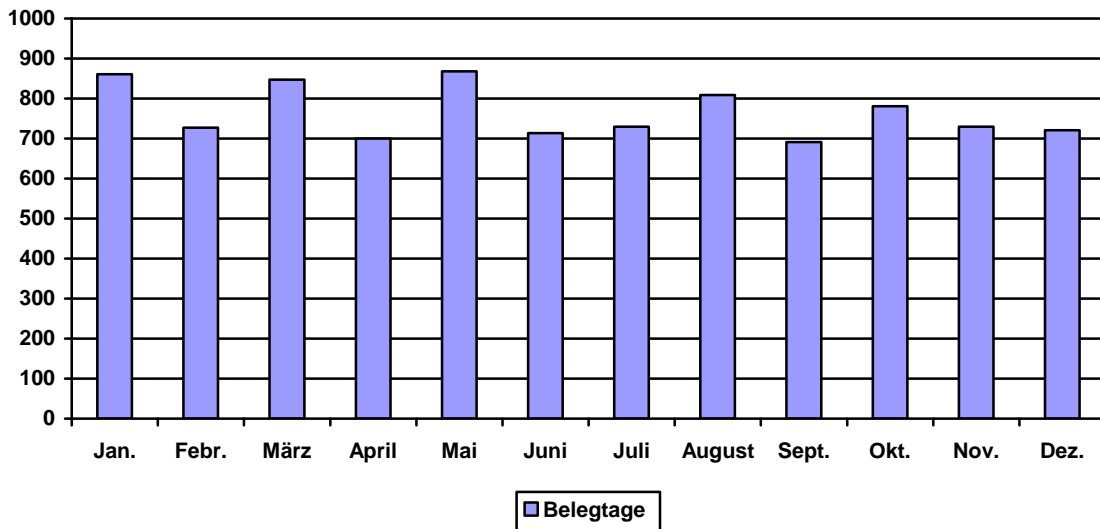
### Inanspruchnahme nach SGB XI



Die Tagespflege wird von den Besucherinnen und Besuchern sehr unterschiedlich in Anspruch genommen. Ggf. nutzen Besucherinnen oder Besucher die Tagespflege an nur einem Tag im Monat. Andere Besucherinnen oder Besucher nutzen die Tagespflegeeinrichtung dagegen an mehreren Tagen im Monat. Dies dürfte in direktem Zusammenhang mit den bisherigen Leistungen der Pflegekassen stehen, wonach die Pauschalen für ambulante Sachleistungen zunächst für die ambulante Pflege verbraucht wurden und die Tagespflege nur nachrangig mit dem Restbetrag finanziert wurde.

Die überwiegenden Nutzerinnen und Nutzer der Tagespflege kamen aus den Kommunen Brühl, Hürth, Pulheim und Wesseling, da die Einrichtungen hier direkt angesiedelt sind und so weite Anfahrtswege vermieden werden. Tagespflegegäste aus Elsdorf nutzten überwiegend Einrichtungen im Kreis Düren. Bergheimer Tagespflegegäste nutzten überwiegend die Einrichtung in Pulheim. Frechener und Kerpener Bürgerinnen und Bürger nutzten zu gleichen Teilen die Einrichtungen in Hürth und Pulheim. Bewohnerinnen und Bewohner aus Erftstadt nutzten die Tagespflegeeinrichtung in Brühl. Der Tagespflegegast aus Bedburg besuchte die Einrichtung in Pulheim.

Belegung nach Pflegetagen



Die Inanspruchnahme der Tagespflege erfolgt im Jahresverlauf weitgehend gleichmäßig. Saisonale Veränderungen wie bei der Kurzzeitpflege sind nicht erkennbar.

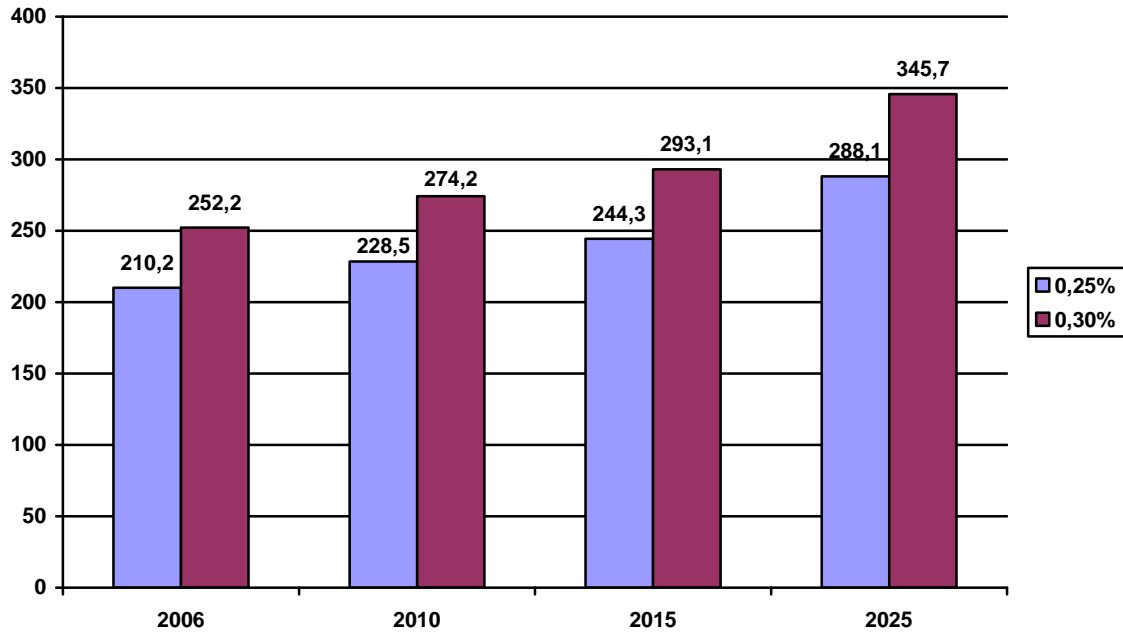
#### 4.4 Bewertung

Die Tagespflege wird nur dann in Anspruch genommen, wenn diese wohnortnah vorgehalten wird. In einer Konzeptempfehlung für Tagespflegeeinrichtungen des Kuratoriums Deutsche Altenhilfe in Zusammenarbeit mit dem Otto-Blume Institut soll die Wegezeit zur Einrichtung nicht mehr als 30 Minuten betragen. Längere Wegezeiten führen häufig zur Nichtinanspruchnahme der Tagespflege.

Die Bedarfsannahme des 2. Altenplanes für das Land Nordrhein-Westfalen legte eine Bedarfsannahme von 0,25% bis 0,30% der über 65-jährigen für die Tagespflege fest. Grundlage der Quantifizierung waren Erfahrungswerte aus einer Reihe von Kommunen.

Für den Rhein-Erft-Kreis ergibt sich nach dieser Bedarfsannahme ein wesentlich höherer Bedarf an Tagespflegeplätzen.

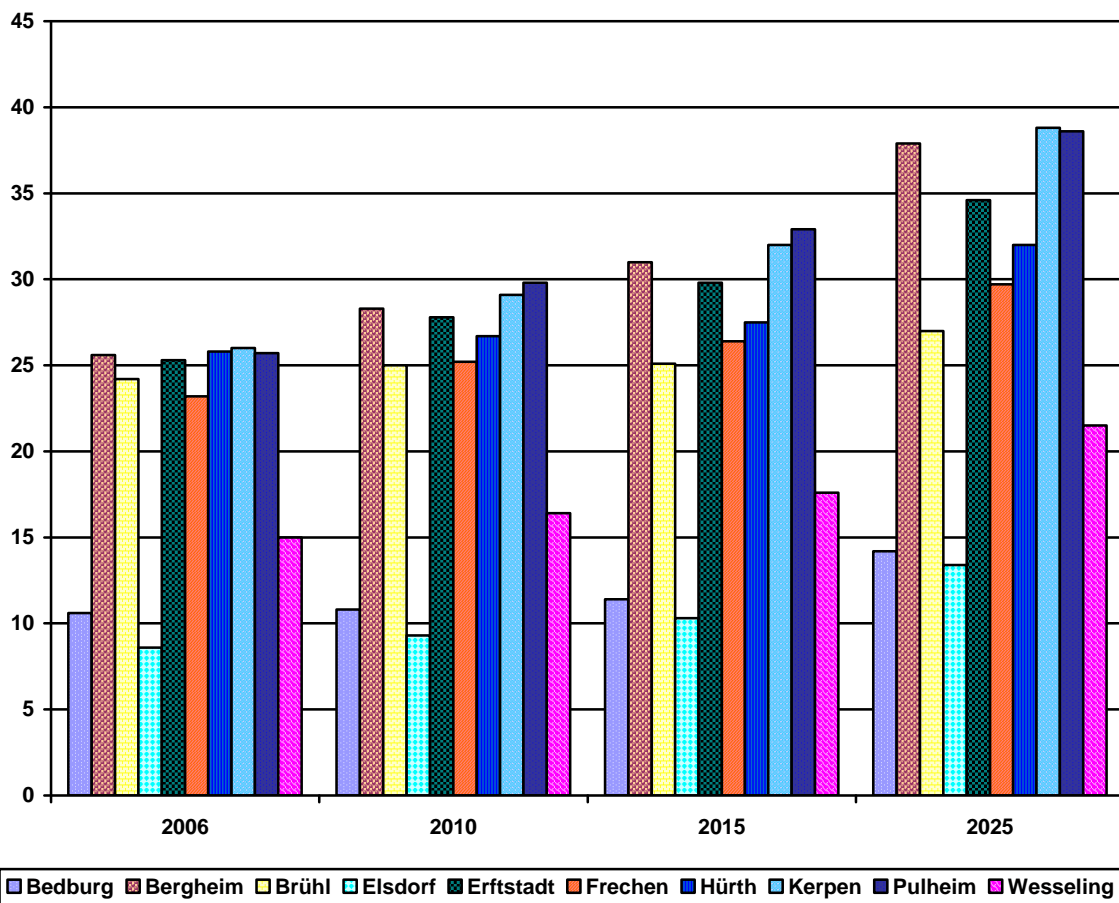
### Bedarfsannahme des Rhein-Erft-Kreises



Tatsächlich stehen im Gebiet des Rhein-Erft-Kreises zurzeit 59 Tagespflegeplätze zur Verfügung. Es befinden sich für die Kommunen Pulheim und Wesseling noch zwei weitere Tagespflegeeinrichtungen, angebunden an vollstationäre Pflegeeinrichtungen, in Planung. Diese Einrichtungen erweitern das Platzangebot in absehbarer Zeit auf 88 Plätze. Rein rechnerisch kann die tatsächliche Bedarfsannahme von 228 Plätzen im unteren Wert 2010 durch dieses Platzangebot nicht befriedigt werden.

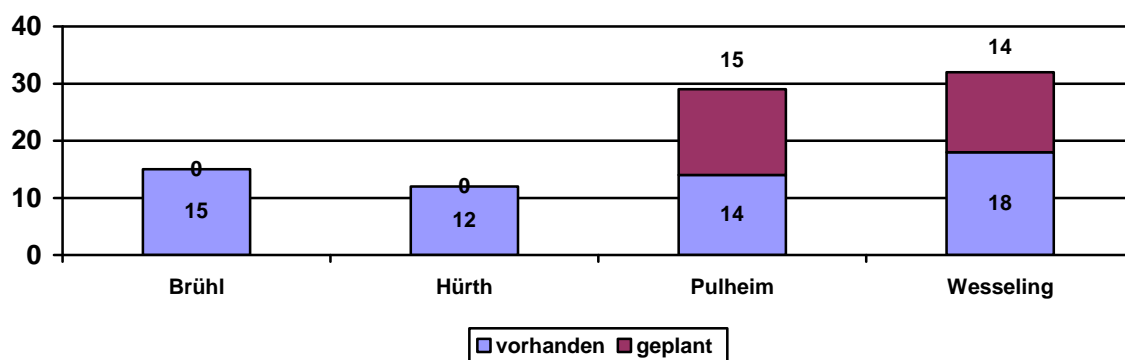
Legt man diese Bedarfsannahmen zugrunde ergibt sich für die Kommunen des Rhein-Erft-Kreises folgendes Bild.

### Bedarfsannahme 0,25 % der über 65-jährigen



Die Versorgungssituation in den Kommunen mit vorhandenem Tagespflegeangebot stellt sich wie folgt dar.

### Tatsächliche Versorgung bis 2010



Gemessen an den Bedarfsannahmen ergibt sich für die Kommunen Brühl und Hürth im Jahre 2010 eine Unterdeckung, für Pulheim ein ausgeglichener Bedarf und für Wesseling eine Überversorgung. Für die Kommunen ohne Tagespflege ergibt sich naturgemäß eine Unterversorgung.

Trotz der erheblichen Defizite in der Bedarfsannahme sollte bei der Planung einer Tagespflege beachtet werden, dass diese wohnortnah zu errichten ist, da weite Wege einer Inanspruchnahme entgegen stehen.

Des Weiteren sollte beachtet werden, dass das Tagespflegeangebot von den Besuchern nicht an 5 Tagen in der Woche in Anspruch genommen wird. Häufig kommt es zu einer Belegung von nur wenigen Tagen im Monat.

Durch die Bestimmungen des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes wird die Nutzung der Tagespflege für Pflegebedürftige, aber auch für Personen mit einem erhöhten Betreuungsaufwand, erleichtert. Insofern ist davon auszugehen, dass die Inanspruchnahme der Tagespflege in absehbarer Zeit steigen wird.

Da durch das teilstationäre Angebot der Tagespflege die Prämisse „ambulant vor stationär“ bestärkt wird, ist auch durch die Einführung der Pflegestützpunkte nach dem Pflege-Weiterentwicklungsgesetz mit einer verstärkten Nachfrage nach diesem Betreuungsangebot zu rechnen.

Bisherige Erfahrungen haben gezeigt, dass der Betrieb der Tagespflege eine relativ lange wirtschaftliche Anlaufzeit benötigt. Tagespflegeeinrichtungen brauchen je nach Standort mehrere Jahre, bis sie wirtschaftlich arbeiten. So wurde eine Tagespflegeeinrichtung in Erftstadt im Jahre 2001 aus wirtschaftlichen Erwägungen geschlossen.

Das Angebot an Tagespflegeplätzen im Gebiet des Rhein-Erft-Kreises sollte daher trotz der hohen Bedarfsannahmen behutsam ausgebaut werden.

## 5. Kurzzeitpflege

Unter Kurzzeitpflege versteht man die zeitlich befristete stationäre Ganztagsbetreuung pflegebedürftiger Menschen, die ansonsten in der eigenen Häuslichkeit gepflegt werden.

In Betracht kommt die Kurzzeitpflege unter anderem

- ⇒ zur Stabilisierung des physischen und psychischen Zustandes älterer Menschen durch Nachsorge nach einem Krankenhausaufenthalt,
- ⇒ zur Diagnose und Abklärung der weiteren Unterstützungsleistungen, wenn etwa für die häusliche Pflege in der Wohnung des Pflegebedürftigen Umbaumaßnahmen erforderlich sind oder die Pflegeperson die Pflege noch nicht sofort übernehmen kann,
- ⇒ zur Entlastung der pflegenden Angehörigen im Krankheitsfall und während des Urlaubs oder bei sonstiger Verhinderung der Pflegeperson, die nicht durch eine Pflegevertretung überbrückt werden kann,
- ⇒ bei kurzfristiger erheblicher Verschlechterung der Pflegebedürftigkeit,
- ⇒ wenn die Zeit überbrückt werden muss, bis ein gewünschter Heimplatz frei wird.

Es gibt also vielfältige Anlässe, Kurzzeitpflege in Anspruch zu nehmen. Durch die Kurzzeitpflege besteht die Möglichkeit familiäres Pflegepotential zu erhalten und zu optimieren. Die häusliche Pflege kann durch qualifizierte Beratung und Begleitung vorbereitet werden. Pflegenden Familienmitglieder werden entlastet und das häusliche Pflegepotential wird gestärkt. Außerdem kann eine vorübergehende Notsituation in der häuslichen Pflege überbrückt werden.

Die Gewährung von Kurzzeitpflege ist im Gegensatz zu den Sachleistungen „ambulante Pflege“ und „vollstationäre Dauerpflege“ nicht unterteilt nach verschiedenen Pflegestufen.

Leistungen zur Kurzzeitpflege werden von den Pflegekassen zeitlich und der Höhe nach begrenzt. Erforderlich für die Leistungen der Kurzzeitpflege ist die Einstufung des Pflegebedürftigen nach dem SGB XI. Unabhängig von der Pflegestufe werden dann Leistungen zur Kurzzeitpflege für die Dauer von 4 Wochen pro Kalenderjahr gewährt. In finanzieller Hinsicht ist der Anspruch auf Kurzzeitpflege bis zum 01.07.2008 auf 1.432,00 € pro Kalenderjahr begrenzt. Durch das Gesetz zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung vom 01.07.2008 wird ab 01.07.2008 ein

Betrag von 1470,00 € pro Kalenderjahr gezahlt. Ab 2010 erhöht sich diese Leistung auf 1510,00 € und ab 2012 auf 1550,00 €.

Die Kurzzeitpflege wird im Rhein-Erft-Kreis in zwei verschiedenen Angebotsformen erbracht:

- ⇒ **echte Kurzzeitpflege**; hier handelt es sich um selbständig wirtschaftende Einrichtungen, die sich ausschließlich auf Kurzzeitpflege spezialisieren, d.h. konzeptionell und personell auf die besonderen Bedarfe von Kurzzeitpflegegästen eingestellt sind sowie zweckgebundene Abteilungen in vollstationären Pflegeeinrichtungen, die nur Kurzzeitpflegegäste aufnehmen und betreuen.
  
- ⇒ **eingestreute Kurzzeitpflege**; hier handelt es sich um die Möglichkeit der Mitnutzung des zur Verfügung stehenden Platzangebotes variabel als Kurzzeitpflegeplatz oder Dauerpflegeplatz. Voraussetzung hierfür ist jedoch der Abschluss eines Versorgungsvertrages, in welchem die Zahl der eingestreuten Kurzzeitpflegeplätze genau beziffert ist.

Aus Sicht der Betreibergesellschaften ist die Schaffung von echten Kurzzeitpflegeplätzen mit einem erhöhten wirtschaftlichen Risiko behaftet, da nach wie vor der häufigste Anlass für die Inanspruchnahme der Kurzzeitpflege die Entlastung der pflegenden Angehörigen durch Urlaub oder Kur ist. Dies ist meist saisonal auf Sommer- und Wintermonate beschränkt, so dass eine dauerhafte Auslastung der Einrichtungen nicht gewährleistet werden kann.

Aus Sicht der Nutzer ist die Schaffung von eingestreuten Kurzzeitpflegeplätzen in vollstationären Pflegeeinrichtungen problematisch, da diese Plätze wahlweise für Kurzzeitpflege oder Dauerpflege zur Verfügung stehen. Eine langfristige Planung eines Kurzzeitpflegeaufenthaltes ist hier schwer möglich.

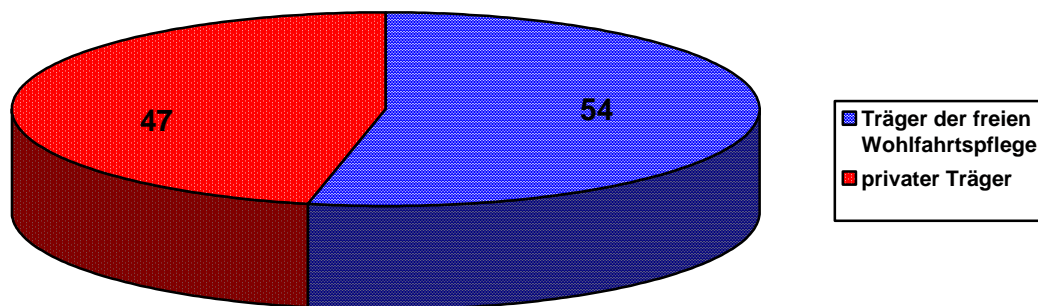
## Zusammenfassung - für den eiligen Leser

- ✦ Bei der Kurzzeitpflege handelt es sich um ein wichtiges Pflegesegment zur Unterstützung des Vorranges „ambulanter vor stationärer Pflege“ durch kurzzeitige Entlastung pflegender Angehöriger.
  
- ✦ Die Zahl der Kurzzeitpflegeplätze ist im Berichtszeitraum gestiegen. Durch die Zunahme an allgemeinen Pflegeplätzen ist mit einem weiteren Anstieg der eingestreuten Kurzzeitpflegeplätze zu rechnen.
  
- ✦ Die Kurzzeitpflegeplätze sind regional sehr unterschiedlich angesiedelt.
  
- ✦ Die demografische Entwicklung in den einzelnen Kommunen soll bei der zukünftigen Einrichtung von Kurzzeitpflegeplätzen berücksichtigt werden.
  
- ✦ Kurzzeitpflege wird nach wie vor saisonal unterschiedlich genutzt.
  
- ✦ Inwieweit sich die Änderungen der Reform der Pflegeversicherung z.B. durch Einführung der Pflegezeit oder Erhöhung des Leistungsanspruchs auf dieses Pflegesegment auswirken bleibt abzuwarten.

## 5.1 Ergebnisse der Infrastrukturerhebung vom 15.12.2006 und Veränderungen der Pflegelandschaft im Vergleich zur Erhebung vom 15.12.2004

Im Rhein-Erft-Kreis gab es zum Stichtag 15.12.2006 insgesamt 29 Einrichtungen, die diese Betreuungsform anboten. Insgesamt konnten 101 sozialhilferechtlich anerkannte Pflegeplätze ermittelt werden. Eine solitäre Kurzzeitpflegeeinrichtung in privater Trägerschaft verfügt über einen Versorgungsvertrag zur Kurzzeitpflege von 8 Plätzen, weitere 4 Plätze werden für reine Selbstzahler angeboten. Zwei Einrichtungen in der Trägerschaft der Wohlfahrtsverbände bieten Kurzzeitpflege in separaten Abteilungen in Anbindung an vollstationäre Einrichtungen an. Hier standen zum Stichtag insgesamt 29 Plätze zur Verfügung. 64 Kurzzeitplätze wurden als eingestreute Pflegeplätze angeboten.

Anzahl der Plätze in der Kurzzeitpflege



\*In dieser Grafik wurden nur die tatsächlich durch Versorgungsvertrag anerkannten Pflegeplätze berücksichtigt.

Insgesamt wurden im Erfassungszeitraum nach Angaben der Träger 19.812 Pflagetage erbracht.

Kurzzeitpflegebetten gesamt 105 *	Maximale Pflegetage $105 \times 365 = 38.325$	Erbrachte Pflegetage 19.812	Auslastung 51,69%
Echte Kurzzeitpflegebetten 41 *	Maximale Pflegetage $41 \times 365 = 14.965$	Erbrachte Pflegetage 10.946	Auslastung 73,14%
Eingestreute Kurzzeitpflegebetten 64	Maximale Pflegetage $64 \times 365 = 23.360$	Erbrachte Pflegetage 8.866	Auslastung 37,95%

\*In dem Erhebungsbogen wurden durch den privaten Träger die vier Kurzzeitpflegeplätze für Selbstzahler mit eingerechnet, so dass eine Differenzierung, welche Leistungen tatsächlich nach SGB XI erbracht wurden, nicht erfolgen konnte. Daher wurden diese Plätze hier mit eingerechnet.

Die eingestreuten Pflegeplätze können nur rein rechnerisch ein Maximum an Pflorgetagen in der Kurzzeitpflege erreichen, da sie im Kalenderjahr nicht dauerhaft für die Kurzzeitpflege vorgehalten werden.

Die Zahl der geleisteten Pflorgetage in der Kurzzeitpflege hat sich im Vergleichszeitraum von 16.556 im Jahr 2004 um 3.256 Tage auf 19.812 in 2006 erhöht.  
Gesamtversorgungsquote im Rhein-Erft-Kreis im Jahre 2006

Kommune	80 und älter	Platzangaben der Träger	Versorgungsquote
Bedburg	878	12	1,37%
Bergheim	2121	20*	0,94%
Brühl	2447	14	0,57%
Elsdorf	741	2	0,27%
Erftstadt	1983	12	0,61%
Frechen	1870	11	0,59%
Hürth	2296	21	0,91%
Kerpen	2111	2	0,09%
Pulheim	1697	5	0,29%
Wesseling	1221	2	0,16%
Rhein-Erft-Kreis	17365	101	0,58%

\*Es wurden nur die tatsächlich laut Versorgungsvertrag angegebenen Plätze berücksichtigt.

Lediglich in den Kommunen Bergheim, Erftstadt und Hürth wurde echte Kurzzeitpflege durch solitäre Einrichtungen oder Kurzzeitpflegeabteilungen angeboten.

Durch die Zunahme an vollstationären Pflegeplätzen durch neue Pflegeeinrichtungen wurde festgestellt, dass die Betreiber von Pflegeeinrichtungen zunehmend neben der vollstationären Dauerpflege auch eingestreute Kurzzeitpflege anbieten, um so ihre Plätze flexibler vermarkten zu können.

Bis zum Sommer 2008 ergibt sich folgende Versorgung

Kommune	80 und älter*	Kurzzeitpflegeplätze	Versorgungsquote
Bedburg	880	20	2,27%
Bergheim	2170	26**	1,20%
Brühl	2527	18	0,71%
Elsdorf	745	5	0,67%
Erftstadt	2080	12	0,58%
Frechen	1978	19	0,96%
Hürth	2336	21	0,90%
Kerpen	2213	4	0,18%
Pulheim	1793	5	0,28%
Wesseling	1299	3	0,23%
Rhein-Erft-Kreis	18021	133	0,74%

\* Bevölkerungsprognose des LDS von 2006 ohne Zuwanderung

\*\* Es wurden nur die tatsächlich lt. Versorgungsvertrag benannten Plätze berücksichtigt.

## 5.2 Kosten der Kurzzeitpflege

Vergleich der Kosten für Kurzzeitpflege im Jahr 2006 unterteilt nach Trägern

		Träger der freien Wohlfahrtspflege	Privater Träger	Veränderung
Stufe 0	Minimum	25,08	18,32	+ 6,76
	Durchschnitt	27,70	24,53	+ 3,17
	Maximum	31,97	29,43	+ 2,54
Stufe 1	Minimum	39,29	33,13	+ 6,16
	Durchschnitt	42,68	37,80	+ 4,88
	Maximum	53,29	41,94	+ 11,35
Stufe 2	Minimum	56,30	48,12	+ 8,18
	Durchschnitt	60,74	53,80	+ 6,94
	Maximum	74,61	61,05	+ 13,56
Stufe 3	Minimum	73,97	63,63	+ 10,34
	Durchschnitt	78,75	70,44	+ 8,31
	Maximum	86,52	81,57	+ 4,95
Investitionskosten	Minimum	4,11	8,43	- 4,32
	Durchschnitt	15,80	15,49	+ 0,31
	Maximum	23,45	22,01	+ 1,44
Unterkunft und Verpflegung	Minimum	25,24	23,84	+ 1,40
	Durchschnitt	27,67	26,04	+ 1,63
	Maximum	29,52	27,95	+ 1,57

Die Einzelkosten der Kurzzeitpflege in Trägerschaft der freien Wohlfahrtspflege sind höher als die Kosten für Kurzzeitpflegeplätze in Trägerschaft privater Träger. Hieraus können jedoch keine repräsentativen Rückschlüsse zum Preisverhältnis geschlossen werden, da Einrichtungen verschiedener Größen und verschiedener Altersstrukturen miteinander verglichen wurden. Des Weiteren wurde in der Auswertung die solitäre Kurzzeitpflege sowie die eingestreute Kurzzeitpflege zusammen erfasst. Der niedrige Investitionskostensatz von 4,11 € bzw. 8,43 € pro Tag lässt sich aus den ehemaligen Fördermodalitäten des Landes herleiten. Die Errichtung solitärer Kurzzeitpflegeeinrichtungen wurde im Zeitraum zwischen 1996 und 2003 durch das Land mit Zuschüssen bis zu 80 % des Investitionsvolumens gefördert. Durch die Änderung des Landespflegegesetzes im Jahre 2003 wurde die öffentliche Förderung durch Zuschuss aufgehoben und durch den bewohnerorientierten Aufwendungszuschuss ersetzt. Dies bedeutet, dass die zukünftigen Betreiber solitärer Kurzzeitpflegeeinrichtungen Finanzierungen auf dem freien Kapitalmarkt durchführen müssen und ebenso wie stationäre Einrichtungen die baulichen und konzeptionellen Anforderungen des Landespflegegesetz erfüllen müssen, um eine Förderung durch bewohnerorientierten Aufwendungszuschuss zu erhalten. Bei Vorliegen der Förderfähigkeit hat der Betreiber von Kurzzeitpflegeeinrichtungen gegen den örtlichen Sozialhilfeträger, in dessen Bereich der Kurzzeitpflegegast wohnhaft ist, im Rahmen der Bestimmungen des SGB XI einen Anspruch auf Zahlung

der Investitionskosten für den Zeitraum, in dem der Kurzzeitpflegeplatz in Anspruch genommen wird.

Im Jahre 2008 wurde in Brühl eine solitäre Kurzzeitpflegeeinrichtung mit 10 Plätzen in Betrieb genommen, welche die Anforderungen zur Förderfähigkeit nach der AllgFörderPflegeVO nicht erfüllt. Da die Einrichtung den Mindestanforderungen der Heimmindestbauverordnung entspricht, wurde mit der Pflegekasse ein Versorgungsvertrag geschlossen. Eine Refinanzierung der Investitionskosten im Rahmen des bewohnerorientierten Aufwendungszuschusses nach dem Landespflegegesetz erfolgt jedoch nicht. Insofern wurden die Investitionskosten nicht durch den überörtlichen Träger der Sozialhilfe ermittelt und sind vom Pflegebedürftigen selbst zu tragen.

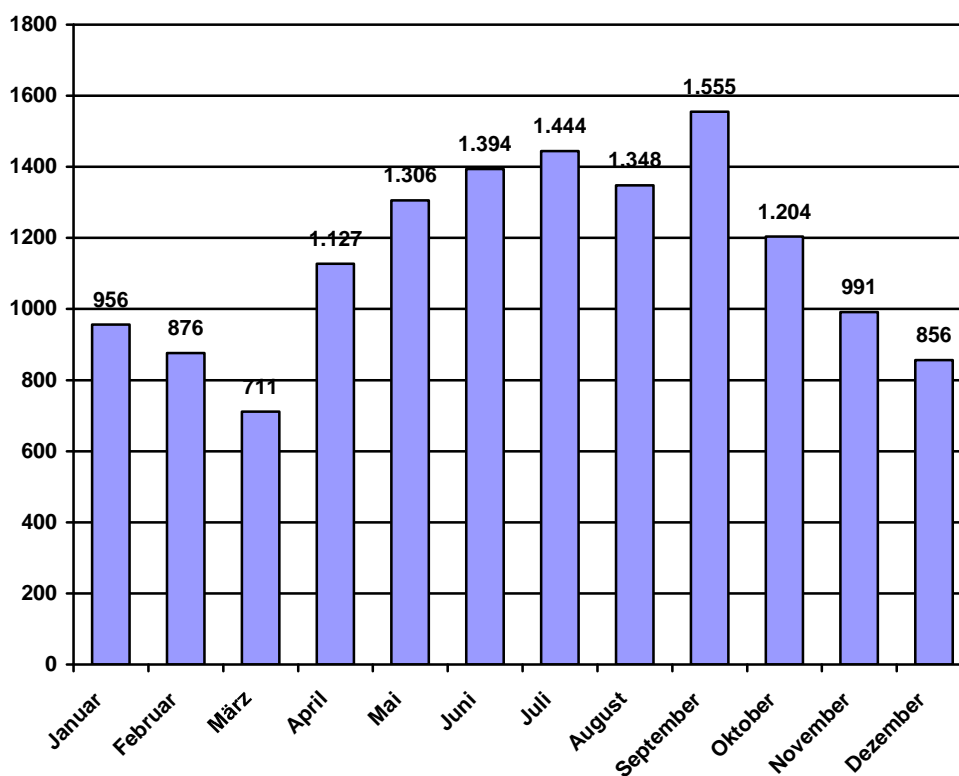
### **5.3 Inanspruchnahme der Kurzzeitpflege durch die Bewohnerinnen und Bewohner des Rhein-Erft-Kreises**

Durch die Novellierung des Landespflegegesetzes im Jahre 2003 wurde die Förderung von Kurzzeitpflege umgestellt auf die Gewährung eines bewohnerorientierten Aufwendungszuschusses bei Kurzzeitpflege nach § 11 Landespflegegesetz. Dies bedeutet, dass Einrichtungen, welche die gesetzlichen Voraussetzungen, wie Abschluss eines Versorgungsvertrages nach § 72 SGB XI, Vorliegen von Vergütungsvereinbarungen nach § 85 SGB XI, Vorliegen eines Bescheides über die gesonderte Berechnung nach § 13 PfG NW, erfüllen, gegen den örtlichen Sozialhilfeträger einen Anspruch auf Zahlung der Investitionskosten haben. Dies bezieht sich jedoch nur auf den Zeitraum, in dem ein Pflegebedürftiger im Sinne des SGB XI die Kurzzeitpflege nach den Bestimmungen des SGB XI in Anspruch nimmt. Zuständig für die Leistungen ist der örtliche Sozialhilfeträger in dessen Bereich der Kurzzeitpflegegast seinen gewöhnlichen Aufenthalt hat.

Durch diese Gesetzesänderung können auch weitreichende Informationen über die Nutzerinnen und Nutzer der Kurzzeitpflege gewonnen werden. Die nachfolgenden Ausführungen beziehen sich auf die Inanspruchnahme von **Kurzzeitpflege und Verhinderungspflege** im Jahr 2006.

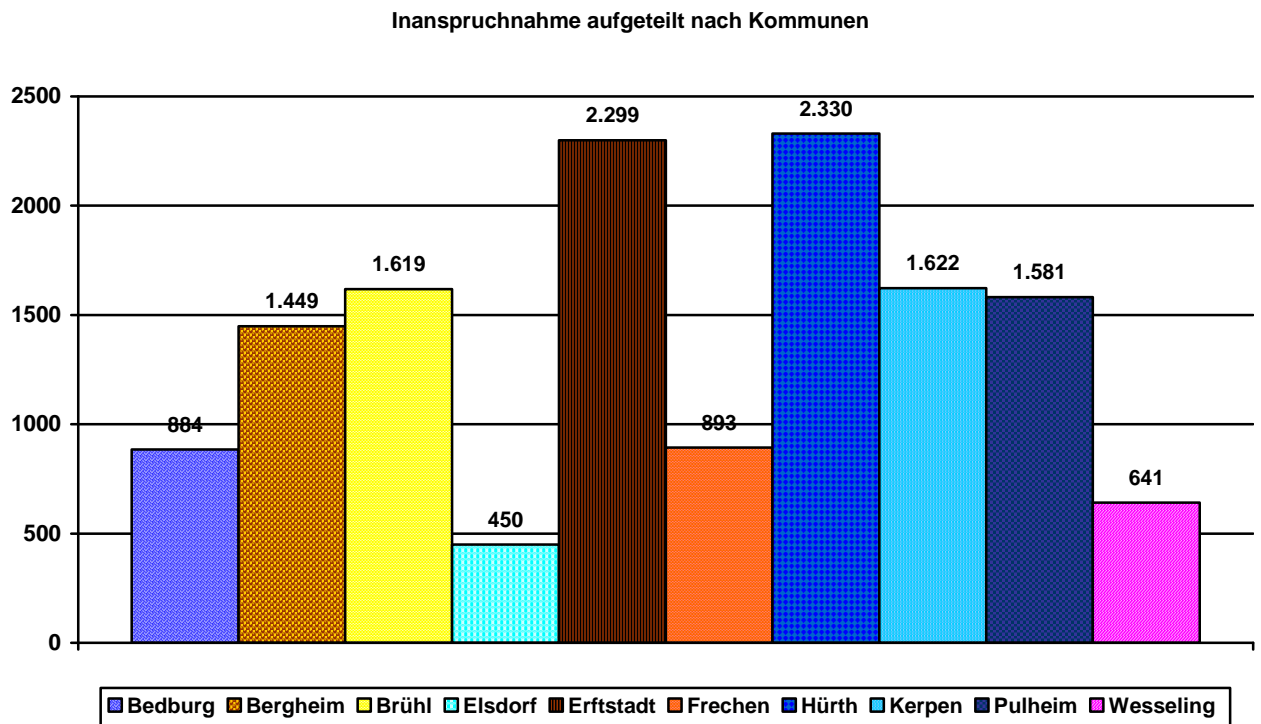
**Verhinderungspflege** bedeutet vollstationäre Pflege für einen befristeten Zeitraum, in der Regel bis zu 28 Tage pro Kalenderjahr. Die Verhinderungspflege wird *auf begründeten Antrag von der Pflegekasse genehmigt*, wenn der pflegende Angehörige verhindert ist, die Pflege vorübergehend weiterzuführen, zum Beispiel aufgrund von Urlaub oder eigener Krankheit. Des Weiteren müssen die Möglichkeiten der **Kurzzeitpflege** für dieses Kalenderjahr schon ausgeschöpft worden sein. In diesen Fällen kann Verhinderungspflege für max. 28 Tage im Kalenderjahr und bis zu einer Summe von 1.432,00 € gewährt werden. Die Verhinderungspflege wird in den nächsten Jahren analog der Leistungen in der Kurzzeitpflege erhöht.

## Inanspruchnahme nach Monaten im Rhein-Erft-Kreis



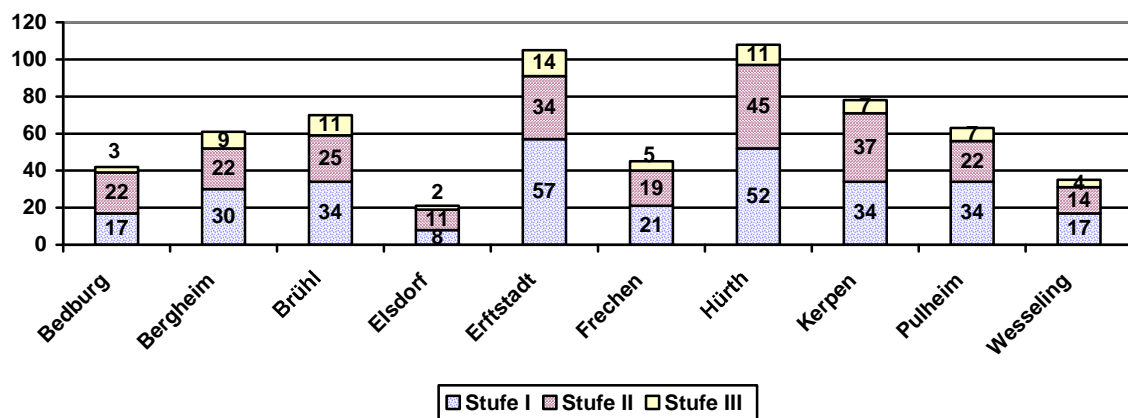
Aus der Grafik ist erkennbar, dass in den Monaten Juli und September die meisten Pflage tage in der Kurzzeit- oder Verhinderungspflege geleistet wurden. Dieser Trend ist jedoch nicht in allen Kommunen gleich. Für Bedburger Bewohnerinnen und Bewohner wurde z.B. im Monat Februar die Kurzzeitpflege und / oder Verhinderungspflege am stärksten in Anspruch genommen. Bewohnerinnen und Bewohner aus Wesseling nahmen die Pflegesegmente im August am stärksten in Anspruch. Insgesamt wurde die Kurzzeitpflege und Verhinderungspflege von Bewohnerinnen und Bewohnern des Rhein-Erft-Kreises an 13.768 Tagen in Anspruch genommen.

Eine Aufteilung der in Anspruch genommenen Pflgetage auf die einzelnen Kommunen ergibt folgendes Bild.



Die Grafik zeigt deutlich, dass die Bewohnerinnen und Bewohner der Kommunen Ertstadt und Hürth die Kurzzeit- und/oder Verhinderungspflege stark in Anspruch genommen haben. In diesen Kommunen befinden sich jeweils Pflegeeinrichtungen mit solitären Kurzzeitpflegeplätzen.

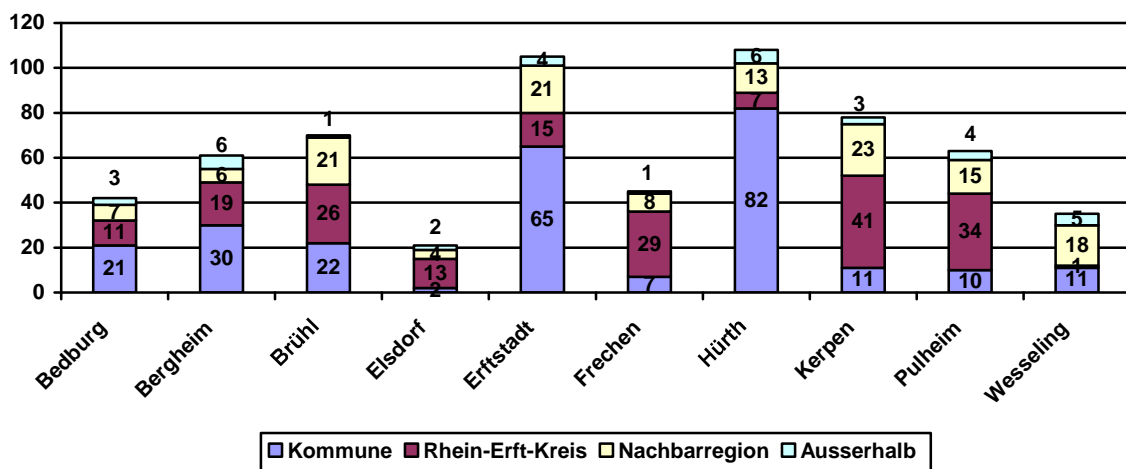
Die Inanspruchnahme von Kurzzeitpflege stellt sich wie folgt dar:



Insgesamt nahmen im Rhein-Erft-Kreis 304 Personen mit Pflegestufe I, 251 Personen mit Pflegestufe II und 73 Personen mit Pflegestufe III Kurzzeit- oder Verhinderungspflege in Anspruch.

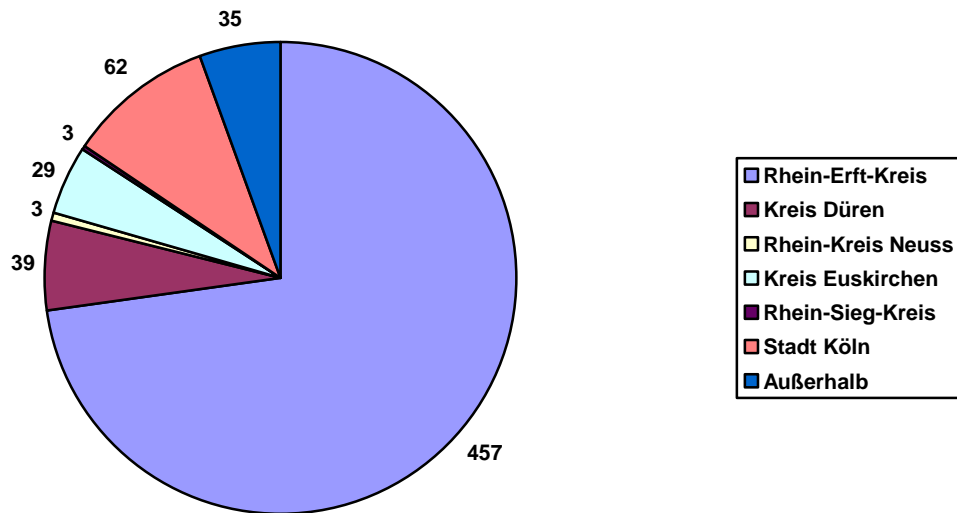
Die Versorgung mit Kurzzeit- und Verhinderungspflege erfolgte zum Teil in den Kommunen selbst. Teilweise wurden auch andere Pflegeeinrichtungen im Rhein-Erft-Kreis besucht. In gut einem Viertel der Anträge wurden Einrichtungen der Nachbarkreise in Anspruch genommen. 13 Personen, die in Pflegeeinrichtungen außerhalb des Rhein-Erft-Kreises untergebracht waren, besuchten Kinderhospize bzw. spezielle Pflegeeinrichtungen für Kinder.

**Inanspruchnahme der Kurzzeitpflegeeinrichtungen**



Auch hier ist erkennbar, dass in den Kommunen Erfstadt und Hürth die meisten Einwohner aus den Kommunen die Kurzzeitpflege vor Ort in Anspruch genommen wurde. Bewohner aus den anderen Kommunen wichen größtenteils auf andere Einrichtungen im Gebiet des Rhein-Erft-Kreises aus.

## Inanspruchnahme der Einrichtungen



Die Bewohnerinnen und Bewohner des Rhein-Erft-Kreises nahmen im Berichtszeitraum überwiegend Kurzzeitpflegeeinrichtungen im Kreisgebiet in Anspruch. Die Inanspruchnahme der Einrichtungen der Nachbarregionen erfolgte überwiegend aufgrund der räumlichen Nähe zum Wohnort. So wurden die Kurzzeitpflegeeinrichtungen im Kreis Düren überwiegend von Bewohnerinnen und Bewohnern der Kommunen Bedburg und Kerpen frequentiert: Bewohnerinnen und Bewohner aus den Kommunen Brühl, Pulheim und Wesseling wichen hingegen auf Einrichtungen im Raum Köln aus. Bei der Belegung von Kurzzeitpflegeeinrichtungen auch außerhalb der Nachbarregionen handelte es sich zumeist um die Nutzung von Spezialeinrichtungen wie Kinderhospize etc.

## 5.5 Bewertung

Die Planung und Organisation der Inanspruchnahme von Kurzzeitpflege erweist sich oftmals problematisch. Kurzzeitpflege in der urlaubsbedingten Abwesenheit der Pflegeperson kann in der Regel so rechtzeitig geplant werden, dass ein geeigneter Pflegeplatz in der gewünschten Einrichtung für diesen Zeitraum zur Verfügung steht.

Wenn die Kurzzeitpflege jedoch bei plötzlichem Ausfall der Pflegeperson oder nach einem Krankenhausaufenthalt des Pflegebedürftigen in Anspruch genommen wird, kann dieser Aufenthalt in einer Einrichtung nicht von langer Hand vorbereitet

werden. Hier muss oftmals kurzfristig ein für den individuellen Bedarf geeigneter und freier Kurzzeitpflegeplatz gefunden werden.

Bei der eingestreuten Kurzzeitpflege können nur die Plätze in der vollstationären Dauerpflegeeinrichtung zur Verfügung gestellt werden, die zum Zeitpunkt der Nachfrage gerade frei und nicht durch einen Dauerpflegegast belegt sind. Diese Plätze stehen also nicht regelmäßig und somit nicht langfristig planbar zur Verfügung. Da häufig eingestreute Kurzzeitpflegeplätze auch in Doppelzimmern angeboten werden, führt dies zu Störungen des im gleichen Zimmer auf Dauer untergebrachten Pflegebedürftigen. Auch der Kurzzeitpflegegast muss in diesen Fällen seine Privatsphäre mit einer für ihn fremden Person teilen. Durch die steigende Zahl der Einzelzimmer in der vollstationären Dauerpflege steigt gleichzeitig auch die Zahl der Einzelzimmerplätze in der Kurzzeitpflege.

Zur Erprobung, ob die Notwendigkeit einer stationären Dauerpflege notwendig oder die häusliche Versorgung doch möglich ist, besteht bei der eingestreuten Kurzzeitpflege der Vorteil, dass die Pflegebedürftigen bereits im Vorfeld die Möglichkeit haben, sich mit den Gegebenheiten einer Dauerpflegeeinrichtung vertraut zu machen. Im Rahmen des urlaubsbedingten Kurzzeitpflegeaufenthaltes in solitär fungierenden Einrichtungen kommt es erfahrungsgemäß nicht zu sogenannten Schwellenängsten der Pflegebedürftigen, da eine Rückkehr in die Häuslichkeit in jedem Fall gewährleistet ist.

Inwieweit das Pflegeweiterentwicklungsgesetz Auswirkungen auf die Kurzzeitpflege hat, bleibt abzuwarten. Durch die Einführung der Pflegezeit für Angehörige kann die Kurzzeitpflege z.B. zur Überbrückung bis zur häuslichen Pflege genutzt werden. Ob durch die Einführung der Pflegestützpunkte eine verbesserte Information für Hilfesuchende über dieses Pflegesegment gewährleistet wird, bleibt ebenfalls abzuwarten.

Kurzzeitpflegeplätze werden im Rhein-Erft-Kreis sehr differenziert zur Verfügung gestellt. Echte Kurzzeitpflege wird nur in den Kommunen Bergheim, Brühl, Hürth und Erftstadt angeboten. In den übrigen Kommunen stehen lediglich eingestreute Kurzzeitpflegeplätze zur Verfügung. Durch die steigende Zahl der Pflegeplätze durch neue Einrichtungen kommt es jedoch auch hier zu einem Anstieg der eingestreuten Kurzzeitpflegeplätze. Auch bestehende Einrichtungen, die bislang dieses Pflegesegment nicht anboten, fügen dieses Angebot durch Änderung des Versorgungsvertrags inzwischen ein. Dies bietet ihnen die Möglichkeit freie Pflegeplätze wirtschaftlich besser nutzen zu können.

## 6. Vollstationäre Dauerpflege

Unter der vollstationären Dauerpflege versteht man den dauerhaften Verbleib der pflegebedürftigen Personen in einem Pflegeheim unter Aufgabe der eigenen Häuslichkeit. Im Landespflegegesetz ist der Grundsatz „ambulant vor stationär“ verankert, so dass die vollstationäre Dauerpflege als nachrangiges Pflegesegment zu verstehen ist.

Auch wenn die vollstationäre Pflege im Landespflegegesetz nachrangig angesiedelt wurde, sollte sie in der Pflegemarktbeobachtung nicht nachrangig behandelt werden. Die Befriedigung von Nachfragen im vollstationären Bereich bedeutet für die Betreiber und öffentlichen Akteure erhebliche Planungs- und Realisierungszeiträume. Die Schaffung neuer Pflegeplätze setzt einen Neubau oder Umbau eines vorhandenen Gebäudes voraus. Die Umstrukturierung bestehender Pflegeeinrichtungen, z.B. in Einrichtungen mit Hausgemeinschaften setzt ebenfalls erhebliche Umstrukturierungen in den Konzeptionen und Modernisierungsmaßnahmen voraus, so dass hier eine Reaktion der Betreiber auf den Pflegemarkt nur langwieriger erfolgen kann.

Durch die Novellierung des Landespflegegesetzes Nordrhein-Westfalen im Jahre 2003 wurde die Förderfähigkeit von stationären Pflegeeinrichtungen neu geregelt. Die direkte Förderung durch Darlehen oder Zuschüsse wurde eingestellt. Die Bauberatungen bei Neubauten wurde in die Zuständigkeit der örtlichen Sozialhilfeträger verlagert. Des Weiteren wurde die Anerkennung der Förderfähigkeit für neue Pflegeeinrichtungen durch Gewährung von Pflegewohngeld ebenfalls auf die örtlichen Sozialhilfeträger verlagert. Durch den Wegfall der direkten Förderung wurde es den Investoren erleichtert, die Finanzierung von Neubauten auf dem freien Kapitalmarkt durchzuführen und die Finanzdienste als gesonderte Posten bei der Investitionskostenberechnung geltend zu machen. Dadurch kam es zu relativ schnellen Veränderungen im stationären Pflegebereich, welche auch derzeit noch andauern. Das schnelle Anwachsen der Pflegeplätze wurde durch den Gesetzgeber durch Veränderung der entsprechenden Verordnung über die gesonderte Berechnung nicht geförderter Pflegeeinrichtungen seit März 2008 versucht zu unterbinden.

## Zusammenfassung – für den eiligen Leser

- ✧ Die vollstationäre Versorgung des Rhein-Erft-Kreises ist durch die neu eröffneten sowie die noch in der Planung befindlichen Pflegeeinrichtungen für die nahe Zukunft gedeckt.
- ✧ Die Pflegeplätze sind nicht gleichmäßig im Rhein-Erft-Kreis verteilt, so dass es rein rechnerisch in einigen Kommunen zu Überversorgungen kommen kann.
- ✧ Die Refinanzierung und Abschreibung von neu geplanten Pflegeeinrichtungen wird durch die Änderung der GesBerVO verschlechtert.
- ✧ Die bereits vor 2003 in Betrieb befindlichen Pflegeeinrichtungen müssen bis 2018 modernisiert und an die Bestimmungen des Landespflegegesetzes und der AllgFörderPflegeVO angepasst werden.
- ✧ Es sollte im Rahmen der Pflegeplanung beobachtet werden, inwieweit eine spezielle Versorgung bestimmter Personengruppen wie Migranten etc. in der stationären Pflege durch besondere Konzeptionen erforderlich wird.
- ✧ Eine möglichst flächendeckende Versorgung der Pflegebedürftigen sollte angestrebt werden, um das soziale Umfeld der Hilfesuchenden so weit wie möglich zu erhalten.
- ✧ Die Änderungen des Pflegeweiterentwicklungsgesetzes sowie das zum 01.01.08 in Kraft tretenden „Wohn- und Teilhabegesetz“ (ehem. Heimgesetz) sollten zukünftig bei der Pflegeplanung Beachtung finden.

## **6.1 Ergebnis der Infrastrukturerhebung vom 15.12.2006 und Veränderungen der Pflegelandschaft im Vergleich zur Erhebung vom 15.12.2004**

### **Einrichtungen, Platzangebot und Träger der stationären Einrichtungen im Rhein-Erft-Kreis**

Zum Stichtag der Erhebung 15.12.2006 konnten Pflegebedürftige im Rhein-Erft-Kreis auf 38 stationäre Einrichtungen, inklusive Tages- und Kurzzeitpflege, zurückgreifen. Diese Einrichtungen verfügen alle über einen Versorgungsvertrag nach SGB XI. Zum Teil handelt es sich um Verbundeinrichtungen, in denen mehrere stationäre Pflegesegmente angeboten werden. 22 der stationären Einrichtungen befinden sich in der Trägerschaft der freien Wohlfahrtspflege und 16 in der Trägerschaft privater Betreiber.

Im Vergleichszeitraum wurden zwei Pflegeeinrichtungen in Trägerschaft der freien Wohlfahrtspflege in Bergheim und Hürth neu eröffnet. Des Weiteren wurde eine Tagespflege eines privaten Betreibers in Wesseling neu eröffnet.

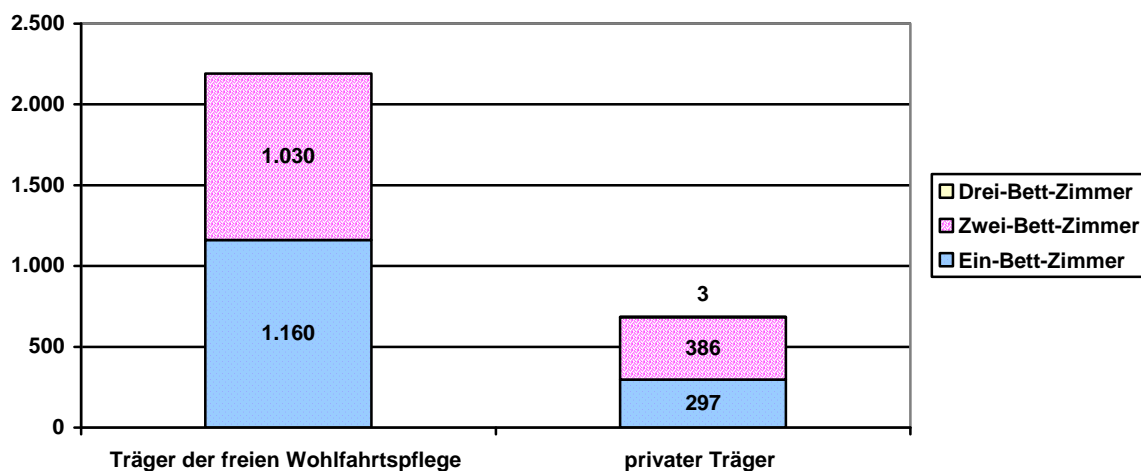
Vollstationäre Dauerpflege wird in 35 Einrichtungen angeboten. Zum Teil verfügen diese Einrichtungen über Versorgungsverträge, die auch die eingestreute Kurzzeitpflege beinhalten. Drei Einrichtungen boten solitäre Kurzzeitpflege an, wovon zwei Einrichtungen als kombinierte Einrichtungen mit vollstationärer Dauerpflege und Tagespflege betrieben wurden. Eine Einrichtung hat inzwischen den Versorgungsvertrag dahingehend geändert, dass die solitären Kurzzeitpflegeplätze als eingestreute Kurzzeitpflegeplätze gewertet werden. Dies lässt eine flexiblere Nutzung der Räumlichkeiten zu. Des Weiteren wurde inzwischen eine weitere solitäre Kurzzeitpflegeeinrichtung in Brühl eröffnet. Diese Einrichtung ist jedoch wegen fehlender Kriterien nicht als förderfähig im Sinne des Landespflegegesetzes anerkannt. Das bedeutet, dass eine Refinanzierung durch den sogenannten bewohnerorientierten Aufwendungszuschuss nach dem Landespflegegesetz nicht möglich ist.

Im Rhein-Erft-Kreis werden vier Tagespflegeeinrichtungen betrieben. Zwei Tagespflegeeinrichtungen werden als solitäre Einrichtungen und zwei in Kombination mit vollstationären Einrichtungen betrieben. Bei mehrgliedrigen Pflegeeinrichtungen im Sinne des SGB XI verfügt jedoch jedes Pflegesegment über einen eigenen Versorgungsvertrag, dies bedeutet, dass jedes Segment über eigenständige Kapazitäten bei Personal, Räumlichkeiten etc. verfügt. Die Ausnahme besteht bei vollstationären Pflegeeinrichtungen mit eingestreuten Kurzzeitpflegeplätzen. Hier können Pflegeplätze bei Bedarf als Kurzzeitpflegeplatz

oder zur Dauerpflege genutzt werden. Spezielle Räumlichkeiten müssen nicht vorgehalten werden.

Die Erhebung zur pflegerischen Infrastruktur hat weiter ergeben, dass 10 der stationären Pflegeeinrichtungen an Wohneinrichtungen angebunden sind. Für die Mieter der Wohneinrichtungen bedeutet dies einen bevorzugten Wechsel in die angeschlossene Pflegeeinrichtung, wenn durch verstärkten Hilfebedarf eine ambulante Versorgung nicht mehr ausreichend ist. Das soziale Umfeld, welches durch den Umzug in eine Wohnanlage des „Wohnens mit Service“ neu aufgebaut wurde, geht bei einem Wechsel in die Pflegeeinrichtung nicht verloren.

**Aufteilung der Pflegeplätze 2006**



Die 22 Pflegeeinrichtungen in der Trägerschaft der freien Wohlfahrtspflege verfügen über insgesamt 2.190 Pflegeplätze, die Einrichtungen in privater Trägerschaft hingegen über 683 Plätze. Bis zum Jahre 1996 erhielten nur Einrichtungen der freien Wohlfahrtspflege Förderungen aus öffentlicher Hand. Durch Umstellung der Förderung von Pflegeeinrichtungen auf die Gewährung von Pflegewohngeld konnten auch Einrichtungen in privater Trägerschaft diese indirekte Förderung erhalten.

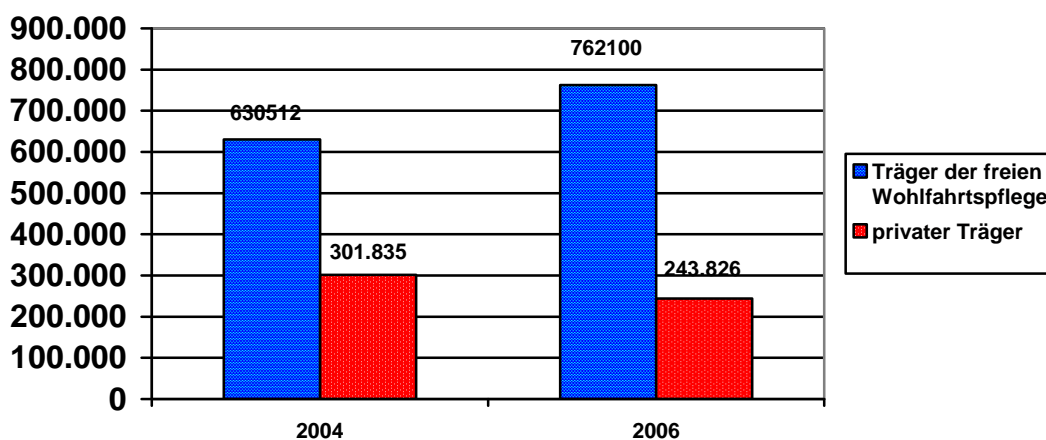
Die Angebotsstruktur reicht von Kleinheimen mit nur 11 Pflegeplätzen bis zu Einrichtungen mit 181 Plätzen. So ist gewährleistet, dass jeder Pflegebedürftige die Einrichtung findet, die z.B. seinen religiösen oder weltanschaulichen Bedürfnissen entspricht

Insgesamt standen 2006 2.876 Pflegeplätze zur Verfügung. Eine Pflegeeinrichtung in privater Trägerschaft verfügt neben den o.g. Räumen noch über ein Drei-Bett-Zimmer. Die Auflösung dieses Zimmers kann zur Zeit noch nicht gefordert werden, da Pflegeeinrichtungen, die 2003 bereits in Betrieb waren, ihre baulichen Standards

bis zum Jahre 2018 an die Bestimmungen des Landespflegegesetzes anpassen müssen.

Die Anzahl der verfügbaren Pflegeplätze hat sich im Vergleichszeitraum um 164 Plätze erhöht. Die Zahl der Einbettzimmer hat sich um 159 und die Zahl der Doppelzimmer um 2 erhöht. Dies zeigt, dass die Einrichtungsträger der gesetzlichen Forderung von 80% Einzelzimmeranteil nach und nach Rechnung tragen. Die Einzelzimmerquote lag bei einer Gesamtraumzahl von 2.165 bei 67,3% ( 2.457 Einzelzimmer und 708 Doppelzimmer).

### Pflegeleistungen in Pflegetagen



Insgesamt erhöhte sich die Zahl der geleisteten Pflageetage um 73.579 auf insgesamt 1.005.926 Pflageetage. Die Auslastung der Einrichtungen stieg von 94,74% im Jahre 2004 auf 98,04% im Jahre 2006. Die Steigerung der Auslastung um ca. 4% bei gleichzeitigem Anstieg der Pflegeplätze kann zum einen auf das gesteigerte Angebot zum anderen aber auch auf den demografischen Wandel zurückgeführt werden. Die Auslastung wird sich jedoch durch zahlreiche neue Pflegeeinrichtungen in den Jahren 2007 bis 2009 weiter verändern.

## 6.2 Kosten der vollstationären Unterbringung

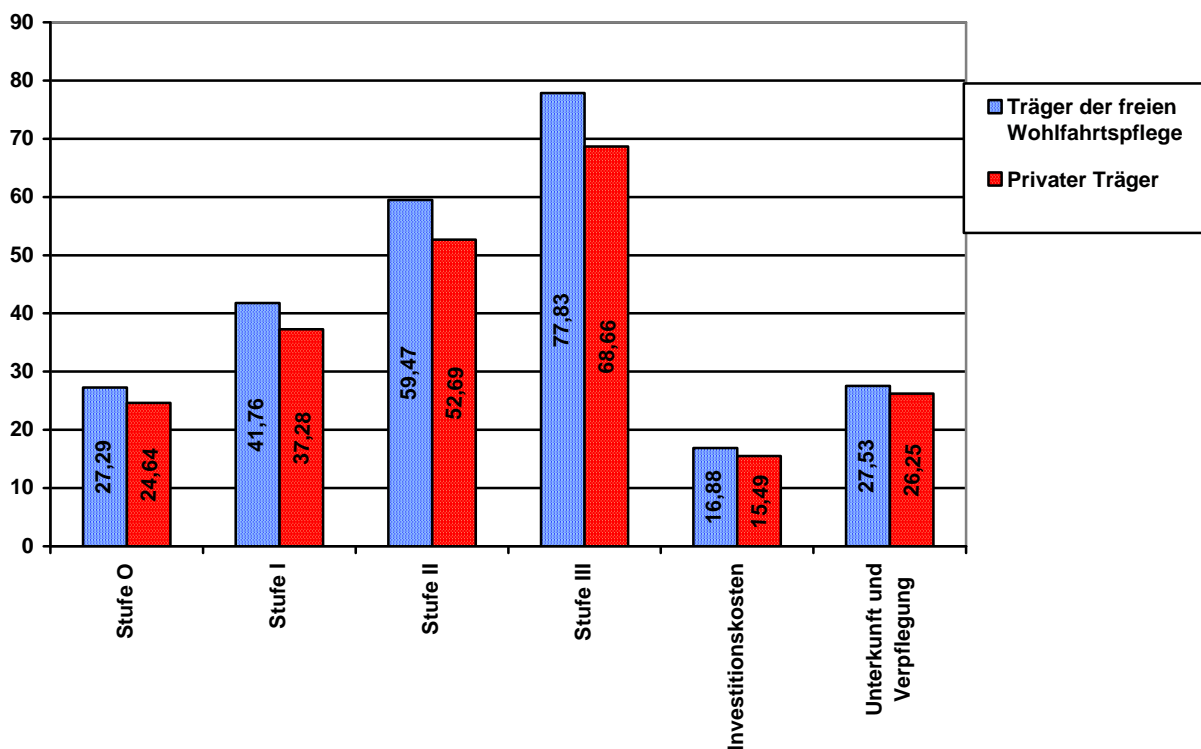
Durch die Pflegeversicherung werden die entstehenden Kosten für die Heimbetreuung und –pflege aufgeschlüsselt und verschiedenen Kostenträgern zugeordnet.

- ⇒ Pflegekosten sind die unmittelbaren Kosten der Pflege im engeren Sinne, also die Bezahlung erbrachter Pflegeleistungen. Vorrangiger Kostenträger für diese Kosten sind die Pflegekassen im Rahmen ihrer Leistungsvorschriften und Höchstbeträge. Durch die Pflegekassen nicht

abgedeckte Pflegekosten sind von den Pflegebedürftigen und nachrangig aus Mitteln der Sozialhilfe zu tragen.

- ⇒ Unter Kosten für Unterkunft und Verpflegung fallen die vom Heim erbrachten Leistungen wie z.B. Mahlzeiten, Zimmerreinigung und sonstiger Service. Diese auch Hotelkosten genannten Beträge sind von den Pflegebedürftigen oder nachrangig aus Mitteln der Sozialhilfe zu tragen.
- ⇒ Investitionskosten sind die auf tägliche Beträge umgerechneten Kosten der ursprünglichen Erstellung und Herrichtung des Heimplatzes. Dies sind z.B. Kosten für Miete oder Pacht des Gebäudes oder der Finanzdienst für die Errichtung eines Gebäudes als Eigentümer und Betreiber. Ferner fließen die Kosten für das Mobiliar in die Investitionskosten ein. Diese Kosten sind durch die entsprechende Verordnung zum Landespflegegesetz pro Platz festgelegt. Die Berechnung der anerkennungsfähigen Kosten und die Umlegung auf Tageswerte erfolgt durch den überörtlichen Träger der Sozialhilfe. Diese Kosten sind grundsätzlich durch den Heimbewohner selbst zu tragen. Sollte der Pflegebedürftige jedoch hierzu nicht in der Lage sein, besteht ein Anspruch auf Gewährung von Pflegewohngeld.

Durchschnittliche Vergütung in der Dauerpflege

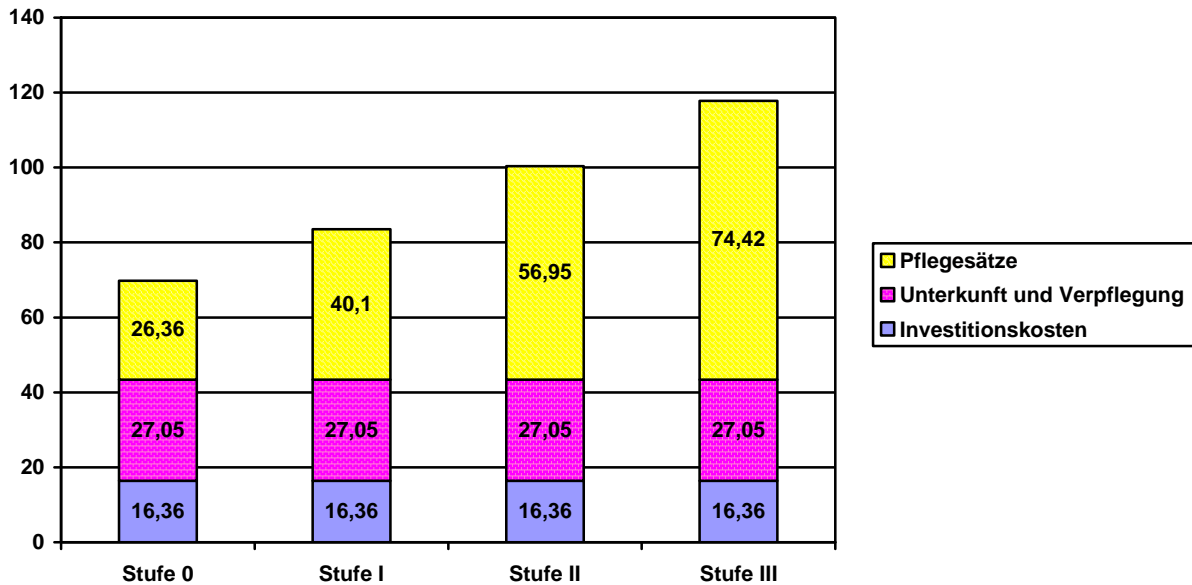


Die Vergütungen der Einrichtungen in der Trägerschaft der freien Wohlfahrtsverbände liegen im Durchschnitt etwas über den Vergütungen privater Einrichtungen. Hieraus können jedoch keine repräsentativen Schlüsse gezogen werden, da Einrichtungen verschiedener Größen und verschiedener Baujahre miteinander verglichen wurden. Auch handelt es sich um einzelne Werte, die vom Kostenträger addiert werden, um den tatsächlichen Tagessatz eines Pflegeplatzes zu ermitteln. So kann es durchaus vorkommen, dass eine Einrichtung in der Pflege relativ teuer ist, aber über einen niedrigen Investitionskostensatz (z.B. durch alte Bausubstanz der Einrichtung oder öffentliche Förderung vor 2003) verfügt. Für den Pflegebedürftigen bzw. seine Angehörigen ist es daher unerlässlich einen tatsächlichen Preisvergleich der verschiedenen Einrichtungen durchzuführen.

Die Durchschnittswerte der einzelnen Pflegesegmente haben sich im Vergleichszeitraum leicht erhöht. Dies hat seine Ursachen z.B. in tariflichen Steigerungen der Löhne und Gehälter. Besonders die Kosten für Energie sind in den letzten Jahren stark gestiegen und werden voraussichtlich noch weiter ansteigen. Im Bereich der Investitionskosten stieg der Durchschnittswert um ca. 2,00 €. Da die darlehensweise Förderung der Pflegeeinrichtungen im Jahre 2003 eingestellt wurde, stiegen die Kosten der freien Finanzdienste, welche bei der Errechnung der Investitionskosten berücksichtigt werden müssen.

Auch muss bei dem Vergleich der Durchschnittswerte berücksichtigt werden, dass drei Einrichtungen des Rhein-Erft-Kreises aufgrund ihrer seit Jahren bestehenden Arbeit im Schwerpunktbereich der Versorgung von gerontopsychiatrisch veränderten Menschen über einen erhöhten Personalschlüssel verfügen und diesen Status bis heute beibehalten haben.

Durchschnittliche Pflegekosten



Zwischen den einzelnen Einrichtungen und Pflegestufen bestehen erhebliche Differenzen hinsichtlich der Kostenstruktur. Allein im Bereich der Pflegestufe 0 schwanken die Kosten von 18,32 € im Minimum und 30,68 € im Maximum. In der Stufe I schwanken die Kosten zwischen 33,13 € im Minimum und 46,67 € im Maximum. Bei der Pflegestufe II liegt die Spanne zwischen 48,12 € im Minimum und 66,23 € im Maximum. In der Pflegestufe III beträgt die Differenz zwischen Minimum und Maximum 22,89 € bei einem Maximalwert von 86,52 €. Die Kosten für Unterkunft und Verpflegung liegen zwischen 24,53 € und 30,20 €.

Die größte Schwankung ist bei den Investitionskosten zu erkennen. Hier liegt der Minimalbetrag bei 9,22 € und der Maximalbetrag bei 23,45 €. Der niedrigste Wert ist einer Einrichtung zuzuordnen, die über eine relativ alte Bausubstanz verfügt und seinerzeit noch mit öffentlichen Darlehen und Zuschüssen errichtet wurde.

Bei der Belegung eines Einzelzimmers werden zusätzliche Kosten pro Tag erhoben. Diese schwanken zwischen 1,02 € und 3,50 € täglich. In den überwiegenden Einrichtungen wird ein Einzelzimmerzuschlag von 1,12 € täglich erhoben. Bei zwei Einrichtungen, welche nur über Einzelzimmer verfügen, entfällt dieser Zuschlag.

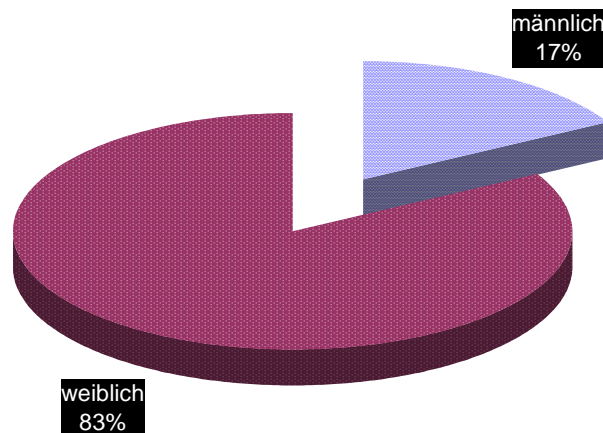
### 6.3 Personalstand und Personalstruktur

Der stationäre Pflegesektor ist ebenfalls ein wichtiger Arbeitsmarkt für die verschiedensten Berufsgruppen von Pflegefachkräften bis hin zu MitarbeiterInnen mit hauswirtschaftlicher Ausbildung und Handwerkern.

Durch die Wandlung der Nutzerstruktur in der stationären Pflege durch vermehrt hochaltrige Pflegebedürftige und verschiedenste geriatrische Krankheitsbilder sind auch die Anforderungen an das Pflegepersonal sowie alle weiteren an der Pflege beteiligten Personen gestiegen. Am Beispiel der Pflege in Hausgemeinschaften kann verdeutlicht werden, dass auch hauswirtschaftlich tätiges Personal in den Betreuung der dort lebenden Personen eingebunden wird. Da Hausgemeinschaften sich überwiegend autark versorgen, muss auch dieses Personal neben den rein hauswirtschaftlichen Tätigkeiten über Möglichkeiten der Motivation und Anleitung für die zu pflegenden Personen verfügen.

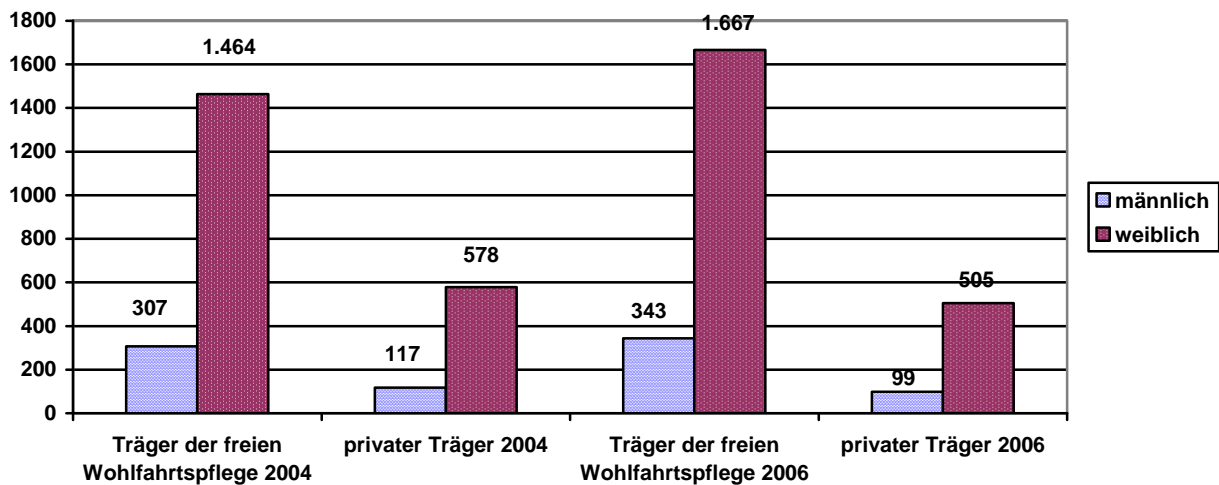
Insgesamt wurden in Einrichtungen der stationären Pflege im Jahre 2006 2.614 Personen beschäftigt. Im Vergleich zur Erhebung aus dem Jahre 2004 kam es zu einer Steigerung des Personalstammes um 148 Personen. Dies ist mit der Eröffnung der zwei vollstationären Pflegeeinrichtungen sowie der Eröffnung der Tagespflege zu begründen.

**Personalbestand nach Geschlecht**



Die Aufteilung im Vergleichszeitraum ergibt folgendes Bild:

### Veränderungen in der Personalstruktur



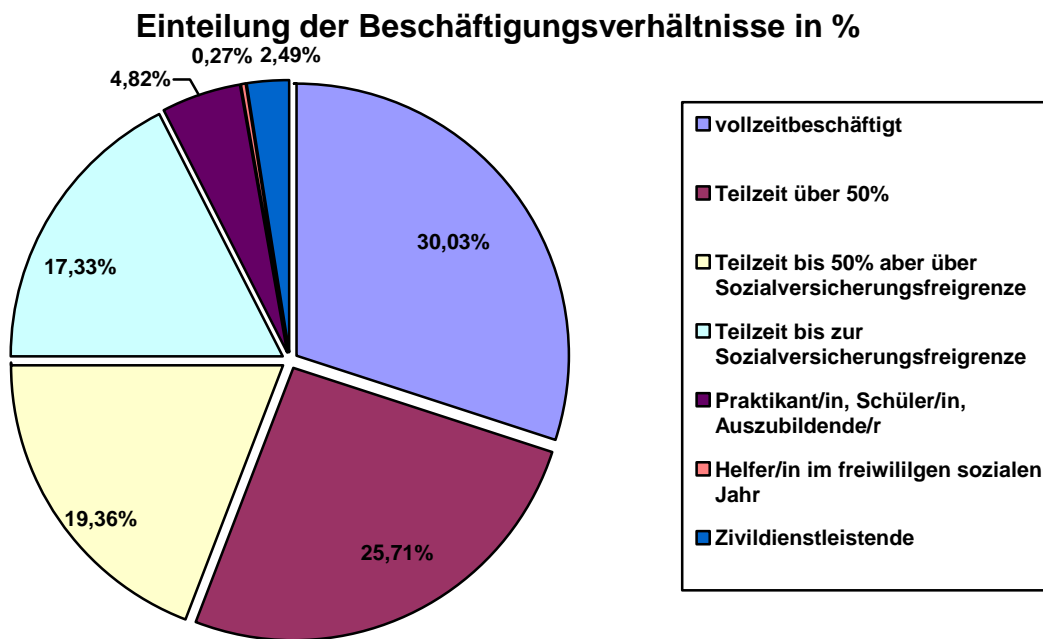
### Beschäftigungsverhältnis in 2006

	Männlich	Weiblich	Gesamt	Vergleich zu 2004
vollzeitbeschäftigt	199	586	785	- 33
Teilzeitbeschäftigt über 50 %	40	632	672	+ 135
Teilzeitbeschäftigt bis zu 50 % aber über Sozialversicherungsfreigrenze	47	459	506	+ 5
Teilzeitbeschäftigt bis zur Sozialversicherungsfreigrenze	65	388	453	+ 17
Praktikant/in, Schüler/in, Auszubildende/r	23	103	126	+ 37
Helfer/in im freiwilligen sozialen Jahr	3	4	7	- 5
Zivildienstleistende	65	0	65	- 18

Festzustellen ist, dass trotz einem grundsätzlichen Zuwachs der Mitarbeiter in vollstationären Pflegeeinrichtungen die Zahl der vollzeitbeschäftigten Mitarbeiter um 33 Mitarbeiter verringert wurde. Die Zahl der Teilzeitbeschäftigten hat sich hingegen erheblich erhöht. Auch die Zahl der Auszubildenden in der Pflege hat um 37 Personen innerhalb von zwei Jahren zugenommen.

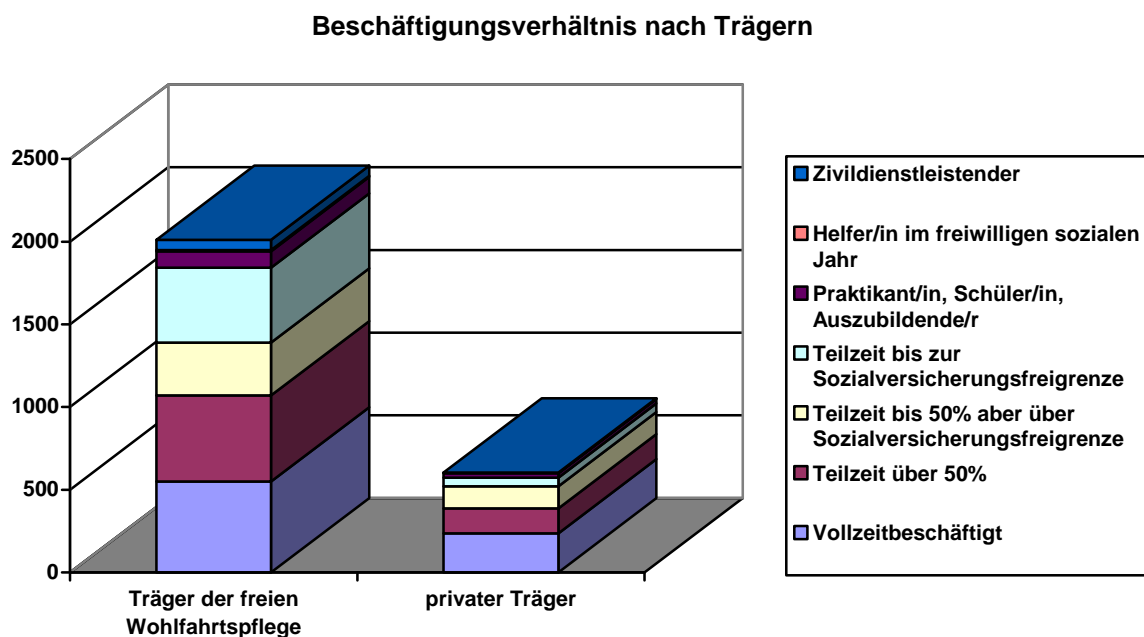
Die Zahl der Zivildienstleistenden hat sich dagegen um 18 Personen verringert. Hierfür ist ausschlaggebend, dass sich zum 01.10.2004 die Dauer des Zivildienstes auf 9 Monate verringert hat. Inwieweit die verstärkten Bemühungen der Politik um ein

freiwilliges soziales Jahr von Jugendlichen die Verringerung des Einsatzes der Zivildienstleistenden in der Pflege auffangen können, bleibt abzuwarten.



Die Zahl der Vollzeitbeschäftigten hat sich im Vergleichszeitraum von 33,17% im Jahre 2004 auf 30,03% verringert. Die Zahl der männlichen Vollzeitbeschäftigten hat sich dagegen von 44,81% in 2004 auf 45,02% in 2006 erhöht. Die Gruppe der Vollzeitbeschäftigten und Teilzeitbeschäftigten über 50% stellen über 50% der Mitarbeiter in Pflegeeinrichtungen.

Aufgeteilt nach Trägern ergab sich für 2006 folgendes Bild:



Der Anteil der Vollzeitbeschäftigten bei Einrichtungen in der Trägerschaft der freien Wohlfahrtspflege lag 2006 bei 27,31%. In Einrichtungen in privater Trägerschaft betrug der Anteil der Vollzeitbeschäftigten 39,07%.

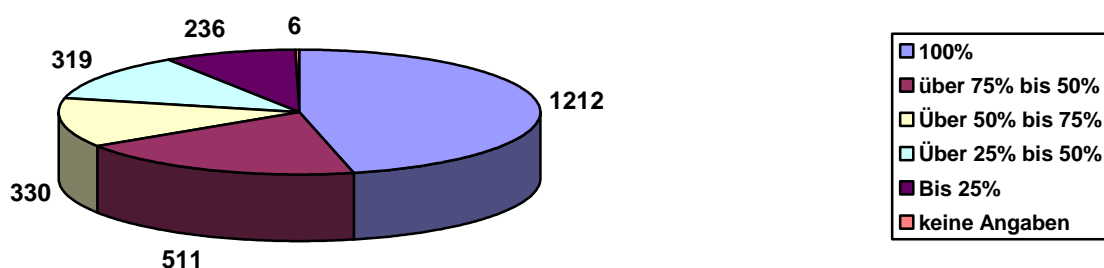
Im Jahr 2006 waren die Einrichtungen in der Trägerschaft der freien Wohlfahrtspflege Arbeitgeber für 76,89% der Beschäftigten. Diese Trägerschaft versorgte 76,39% der Pflegebetten im vollstationären Bereich, 68,42% der Pflegebetten in der solitären Kurzzeitpflege und 20,34% der Plätze in der Tagespflege.

Auf die Einrichtungen in der Trägerschaft privater Träger entfielen 23,11% der beschäftigten Personen. Dem standen 25,93% der Pflegeplätze in der vollstationären Dauerpflege, 31,58% in Bereich der solitären Kurzzeitpflege und 79,66% der Plätze in der Tagespflege gegenüber.

Die Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen in den Pflegeeinrichtungen werden in sehr unterschiedlichen Bereichen eingesetzt. Neben dem Schwerpunkt der Pflege von hilfebedürftigen Menschen fallen in den Einrichtungen auch hauswirtschaftliche, haustechnische und verwaltungstechnische Aufgaben an. Auch fielen in der Vergangenheit durch gesetzliche Vorschriften verstärkte Leistungen in pflegebegleitenden Bereichen (Pflegemanagement, Qualitätsmanagement etc.) an.

Bei diesen Angaben handelt es sich zum Teil um subjektive Angaben der Betreiber, welche sich nicht eindeutig mit den zu führenden Stellenbeschreibungen decken müssen. Im Vergleich zur vorherigen Erhebung hat sich die Zahl der Mitarbeiter, welche zu 100% oder über 75% in der Pflege tätig waren, verringert. Insgesamt ergibt sich jedoch folgende Darstellung:

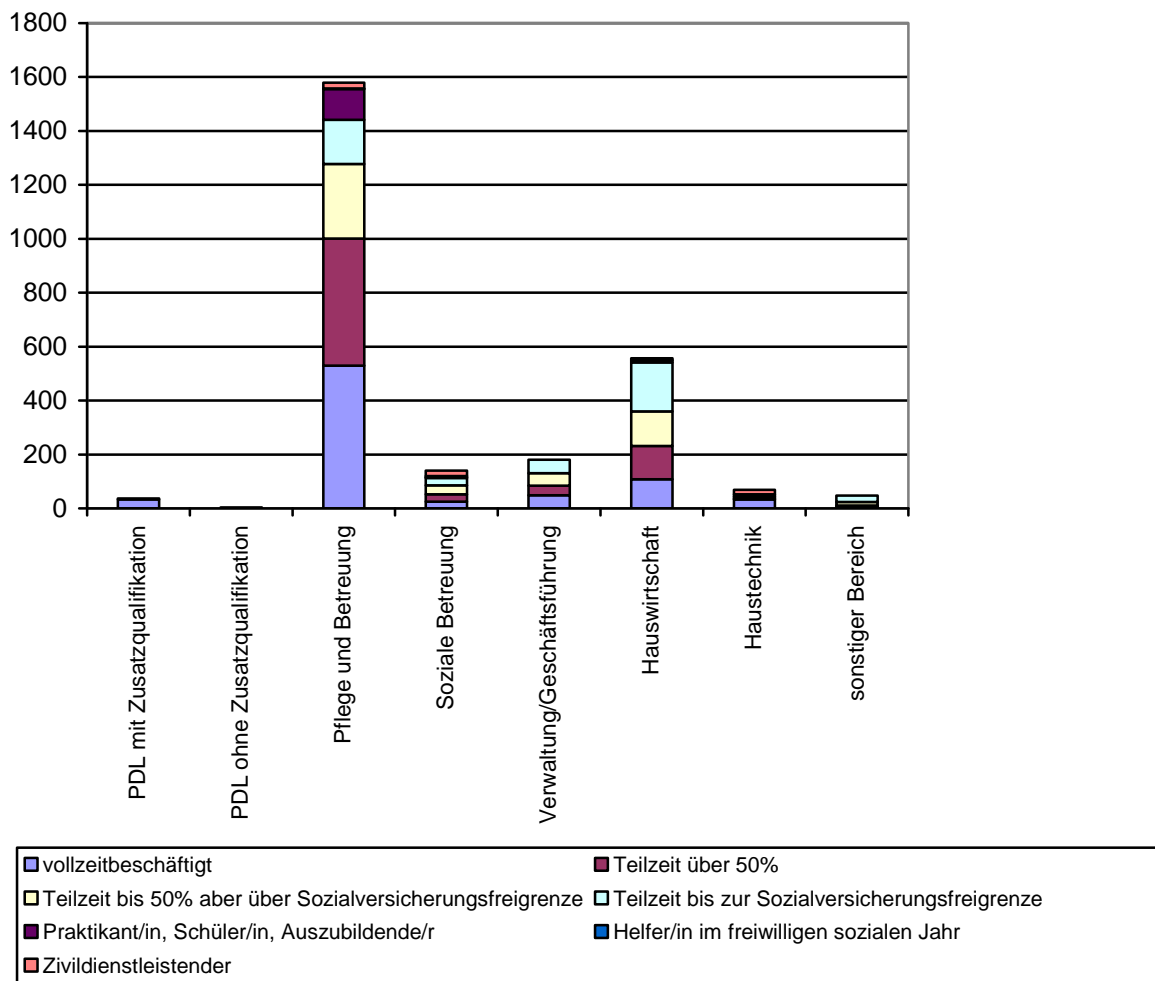
## Umfang der Tätigkeiten im Pflegedienst



Hier handelt es sich nicht um eine Gliederung der Beschäftigungsgruppen wie vollzeitbeschäftigt oder geringfügig beschäftigt. Es soll hier dargestellt werden, in welchem Umfang eine Person, egal wie hoch ihre Monatsarbeitszeit in der Einrichtung ist, tatsächlich in der Pflege beschäftigt ist. Eine sogenannte geringfügig beschäftigte Person kann demnach zu 100% im Pflegedienst beschäftigt sein. Eine Vollzeitbeschäftigte Person kann z.B. zu 50% im Pflegedienst beschäftigt sein und zu 50% anderen Aufgaben, wie z.B. Qualitätsmanagement etc., nachgehen.

Eine genauere Differenzierung ergibt sich aus folgender Grafik:

### Aufteilung nach Beschäftigungsbereichen



Von den 2.614 in der stationären Pflege beschäftigten Personen entfielen allein 1.579 Personen auf den Bereich Pflege und Betreuung. Im Vergleich zur vorherigen Erhebung hat sich dieser Bereich um 104 Personen erhöht. Im Bereich der sozialen Betreuung wurde die Zahl im Vergleichszeitraum von 118 im Jahre 2004 um 22 Mitarbeiter auf 140 im Jahre 2006 gesteigert. Auch im hauswirtschaftlichen Bereich konnte eine Steigerung von 51 Mitarbeitern verzeichnet werden. Die Vollzeitbeschäftigten im Bereich Pflege und Betreuung verringerten sich im Vergleichszeitraum jedoch um 23 Personen, so dass davon auszugehen ist, dass Vollzeitstellen in Teilzeitstellen umgewandelt wurden. Im Bereich der sozialen

Betreuung konnte die gleiche Tendenz erkannt werden. Inwieweit dies auf den Wunsch der Mitarbeiter/innen nach flexiblerer Arbeitszeit zurückzuführen ist, müsste näher geprüft werden.

Für die Anerkennung als Pflegefachkraft im Sinne des SGB XI ist neben dem Abschluss einer Ausbildung als Krankenschwester oder Krankenpfleger, als Kinderkrankenschwester oder Kinderkrankenpfleger nach dem Krankenpflegegesetz oder als Altenpflegerin oder Altenpfleger nach Landesrecht eine praktische Berufserfahrung in dem erlernten Pflegeberuf von zwei Jahren innerhalb der letzten fünf Jahre erforderlich.

Die Zuständigkeiten des Bundes in Bezug auf das bisherige Heimgesetz mit den entsprechenden Verordnungen, wie auch der Heimpersonalverordnung, wurden inzwischen in die Kompetenzen der Länder gelegt. Durch das Landeskabinett Nordrhein-Westfalen wurde inzwischen der Entwurf zum neuen Wohn- und Teilhabegesetz beschlossen, welches spätestens ab 1. Januar 2009 das noch geltende Bundesheimrecht in Nordrhein-Westfalen ersetzen soll. Ob zu diesem Wohn- und Teilhabegesetz entsprechende Verordnungen über die Anerkennung von Pflegefachkräften erlassen werden ist noch nicht bekannt.

Welche verschiedenen Berufsgruppen in Pflegeeinrichtungen zum Zeitpunkt der Erhebung beschäftigt waren, ist anhand folgender Tabelle zu erkennen:

### Personal nach Berufsabschluss

	Männlich	Weiblich	%
Staatl. anerkannte Altenpfleger/in	84	483	21,69%
Staatl. anerkannte Altenpflegehelfer/in	7	63	2,68%
Krankenschwester/-pfleger	18	166	7,04%
Krankenpflegehelfer/in	18	115	5,09%
Kinderkrankenschwester/ -pfleger	0	11	0,42%
Heilerziehungspfleger/in Heilerzieher/in	2	4	0,23%
Heilerziehungspflegehelfer/in	0	0	0%
Heilpädagogin, Heilpädagoge	1	5	0,23%
Beschäftigungstherapeut/in Arbeitstherapeut/in	1	8	0,34%
sonst. Abschluss im Bereich der nichtärztl. Heilberufe	1	8	0,34%
Sozialpädagogischer/sozialarbeiterischer Berufsabschluss	12	56	2,60%
Familienpfleger/in	0	2	0,08%
Dorfhelfer/in mit staatl. Abschluss	0	0	0%
sonstiger pflegerischer Beruf	4	93	3,71%
Fachhauswirtschafter/in	1	26	1,03%

sonstiger hauswirtschaftlicher Berufsabschluss	20	82	3,90%
sonstiger Berufsabschluss	129	509	24,41%
ohne Berufsabschluss	144	541	26,21%
Keine Angaben	0	0	0%

Sonstige pflegerische Berufe können z.B. Haus- und Familienhelfer/innen, Familienbetreuer/innen oder Schwesternhelferinnen sein. Ebenso gehören hierzu die Altenpflegehelfer/innen, die über keinen staatlich anerkannten Abschluss verfügen.

Die Gruppe der Pflegefachkräfte im Sinne des SGB XI umfasst die Altenpfleger/innen, Krankenpfleger und Krankenschwestern sowie die Kinderkrankenpfleger und Kinderkrankenschwestern. Diese Gruppe umfasste zum Zeitpunkt der Erhebung 762 Personen. Hiervon waren 378 Mitarbeiter in Vollzeit beschäftigt, 245 Mitarbeiter gingen einer Teilzeitbeschäftigung über 50% nach. Teilzeitbeschäftigt unter 50% aber über der Sozialversicherungsfreigrenze waren 82 Personen. Geringfügig beschäftigt waren 48 Pflegefachkräfte. 9 Personen entfielen auf die Gruppe der Praktikanten und Auszubildenden.

In der Gruppe der sonstigen pflegerischen Berufe sowie der therapeutischen Berufe wurden die verbleibenden Berufsgruppen mit Ausnahme der hauswirtschaftlichen Abschlüsse, der sonstigen Berufsabschlüsse und ohne Berufsabschlüsse zusammengefasst. Diese Gruppe der pflegeergänzenden Berufe umfasste zum Stichtag 15.12.2006 insgesamt 400 Mitarbeiter. In dieser Gruppe wurden 133 Mitarbeiter Vollzeit beschäftigt. 119 Personen waren teilzeitbeschäftigt über 50% und 112 teilzeitbeschäftigt unter 50%. Die Zahl der geringfügig Beschäftigten belief sich auf 33 Mitarbeiter. 3 Personen wurden der Gruppe der Praktikanten und Auszubildenden zugewiesen.

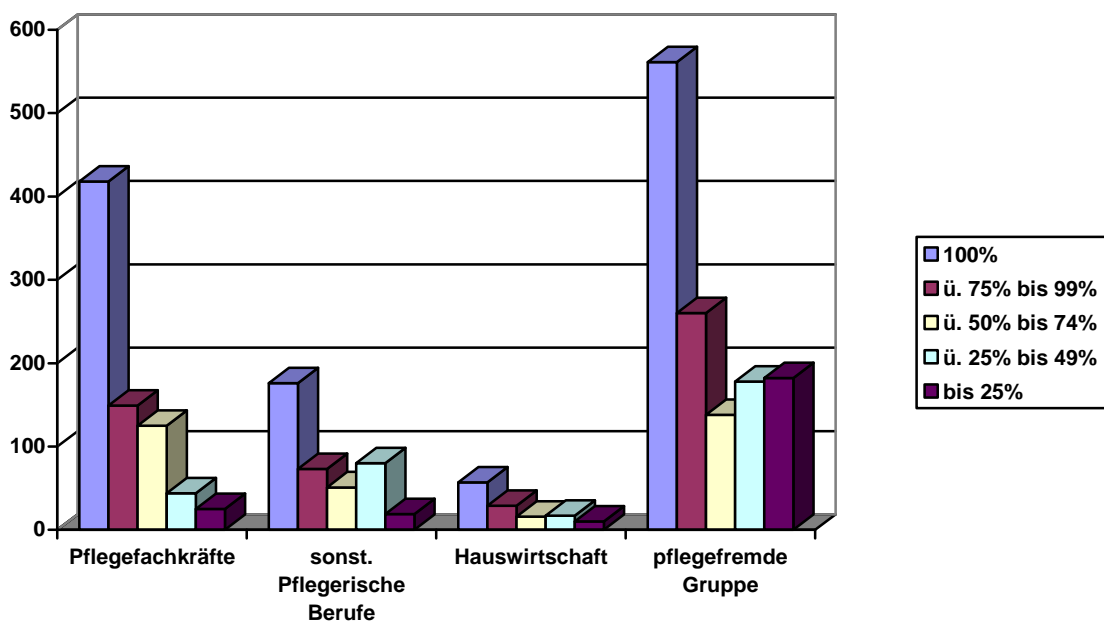
129 Personen mit hauswirtschaftlichen Berufsabschluss wurden zum Stichtag beschäftigt. Hiervon waren 44 Mitarbeiter vollzeitbeschäftigt und 38 teilzeitbeschäftigt über 50%. Teilzeitbeschäftigt bis zur Sozialversicherungsfreigrenze waren 29 Mitarbeiter und 17 geringfügig beschäftigt. Eine Person wurde der Gruppe der Praktikanten und Auszubildenden zugeordnet.

Eine weitere Gruppe waren die Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen mit sonstigem Berufsabschluss und ohne Berufsabschluss. Hierzu gehören unter anderem die Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen der Verwaltungen, Küchenhilfskräfte und Wäschereikräfte. Auch Hausmeister, Gärtner etc. werden in einem stationären Pflegeheim beschäftigt. Diese Gruppe umfasste insgesamt 1.323 Personen. Hiervon wurden 230 Personen in Vollzeit beschäftigt und 270 in Teilzeit über 50%. Teilzeitbeschäftigt unter 50% waren 283 Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen. Geringfügig beschäftigt waren 355 Personen. Die Gruppe der Praktikanten, Schüler,

Auszubildenden, sowie der Zivildienstleistenden und der Helfer/innen im freiwilligen sozialen Jahr wies 186 Mitarbeiter auf. Zum Teil werden diese Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen aber auch ergänzend in der Pflege und Betreuung der pflegebedürftigen Personen eingesetzt.

Ein Vergleich zur vorherigen Erhebung aus dem Jahre 2004 ergab eine Erhöhung der vollzeitbeschäftigten Pflegefachkräfte um insgesamt 11 Personen. Die Zahl der Teilzeitbeschäftigten über 75% stieg um 61 Personen. Neben der Zahl der Pflegefachkräfte hat sich auch die Zahl der therapeutischen Mitarbeiter erhöht.

**Beschäftigungsumfang im Pflegedienst**



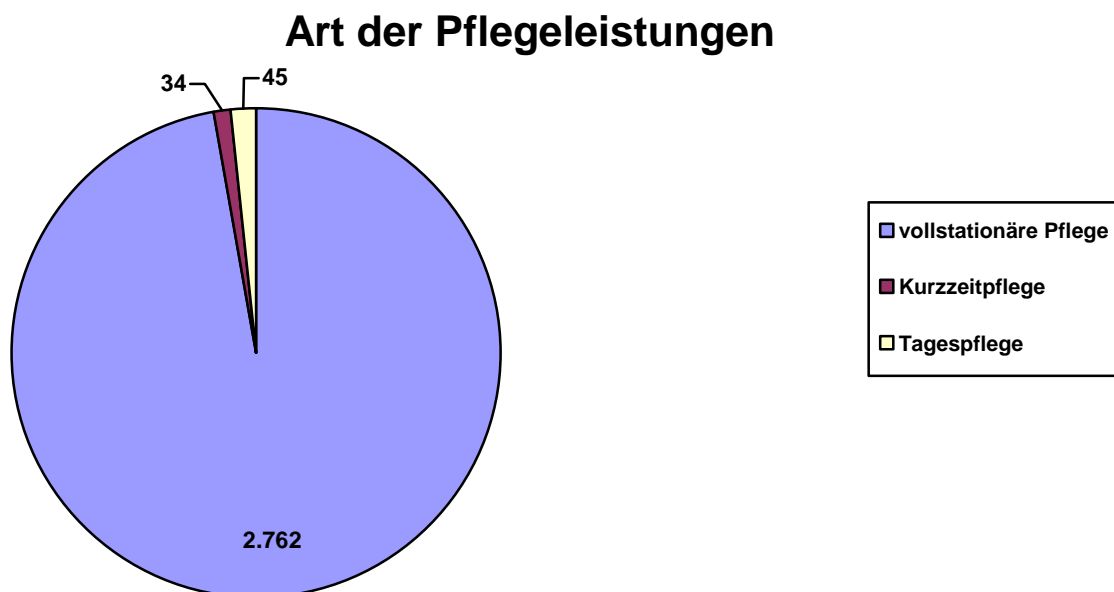
Insgesamt waren 561 Mitarbeiter der sogenannten „pflegefremden Gruppe“ vollzeitunterstützend in der Pflege tätig. Diese Zahl hat sich jedoch im Vergleich zur Erhebung aus dem Jahre 2004 um 90 Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen verringert. Die hauswirtschaftliche Versorgung nimmt durch die vermehrte Umgestaltung der Pflegeeinrichtung auf eine hausgemeinschaftsähnliche Pflege mehr und mehr an Bedeutung zu, da sich diese Hausgemeinschaften weitgehend autark versorgen und so auch hauswirtschaftliche Tätigkeiten in der Wohngruppe durchgeführt werden.

Grundsätzlich bleibt festzuhalten, dass die Pflegesegmente „vollstationäre und teilstationäre Pflege“ auch eine erhebliche Auswirkung auf den Arbeitsmarkt der jeweiligen Region haben. Insgesamt fanden 2.614 Personen zum Zeitpunkt der Erhebung eine Anstellung in diesem Pflegemarkt. Es handelt sich neben den klassischen pflegerischen Berufen auch um Anstellungen im therapeutischen, hauswirtschaftlichen und technischen Bereich. Auch der kaufmännische Sektor

kommt im Verwaltungs- und Geschäftsbereich zur Geltung. Es wird jedoch deutlich, dass der überwiegende Teil der Beschäftigten weiblichen Geschlechts sind. Die hohe Zahl an vollzeitbeschäftigten Pflegekräften und Pflegekräften mit einer Teilzeitbeschäftigung über 50% verdeutlicht die Maßnahmen der Bezugspflege, wobei die Pflegebedürftigen weitgehend von einem gleichbleibenden Pflege- und Betreuungstamm versorgt werden, so dass ein persönliches Verhältnis von Pflegebedürftigem und Pflegeperson entstehen kann.

## 6.4 Pflegebedürftige

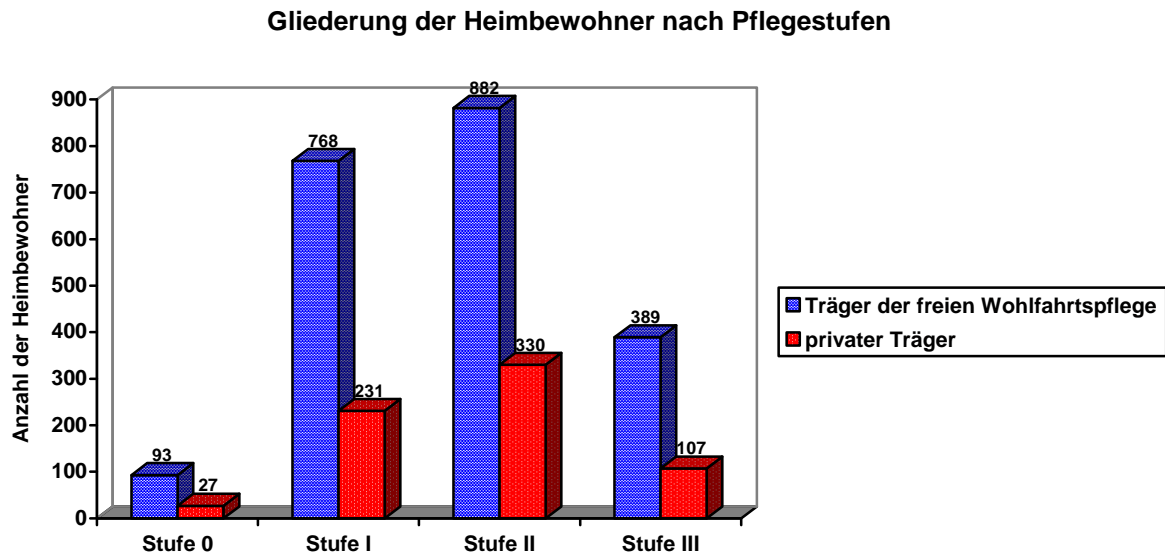
Die Gesamtzahl der Pflegebedürftigen hat sich in der stationären Pflege im Verhältnis zur vorherigen Erhebung in 2004 von 274 um 87 Personen auf 2.841 Pflegebedürftige erhöht. Diese Erhöhung resultiert zum einen aus dem gesteigerten Platzangebot durch neue Pflegeplätze, zum anderen aber auch aus dem demografischen Wandel. Nach Angaben der Bestandserhebung waren zum Stichtag 631 männliche und 2.210 weibliche Pflegebedürftige in der teil- und vollstationären Pflege zu verzeichnen.



Die vollstationäre Dauerpflege einschließlich der eingestreuten Kurzzeitpflege stellt mit 97,22% den größten Bereich der Pflegeleistungen dar. Im Jahre 2004 bezifferte sich diese Pflegeleistung auf 96,62%. Es wird jedoch deutlich hervorgehoben, dass es sich um eine stichtagsorientierte Erhebung gehandelt hat, so dass geringfügige Abweichungen durchaus in Betracht kommen müssen. Es ist jedoch erkennbar, dass die Pflegesegmente Kurzzeitpflege und Tagespflege noch eher eine untergeordnete Pflegeleistung darstellen. Inwieweit hier durch das Pflegeweiterentwicklungsgesetz

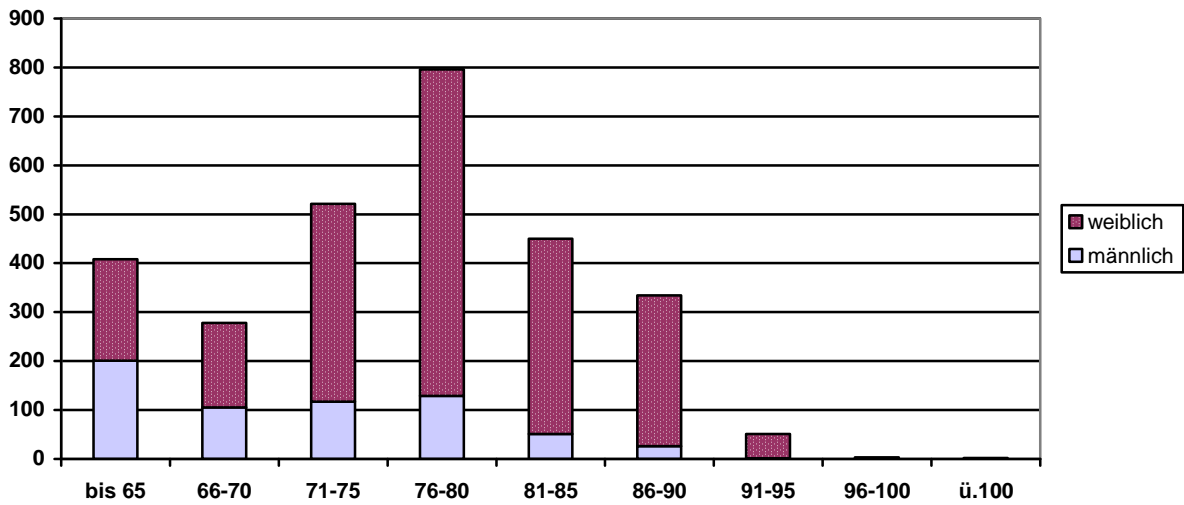
stärkere Anreize, z.B. erleichterter Zugang zur Tagespflege für Menschen die an Demenz erkrankt sind geschaffen werden, kann derzeit noch nicht bewertet werden.

Die Einstufung der Pflegebedürftigen nach den Graden der verschiedenen Pflegestufen durch den medizinischen Dienst der Pflegekassen wird durch nachfolgendes Schaubild erläutert.

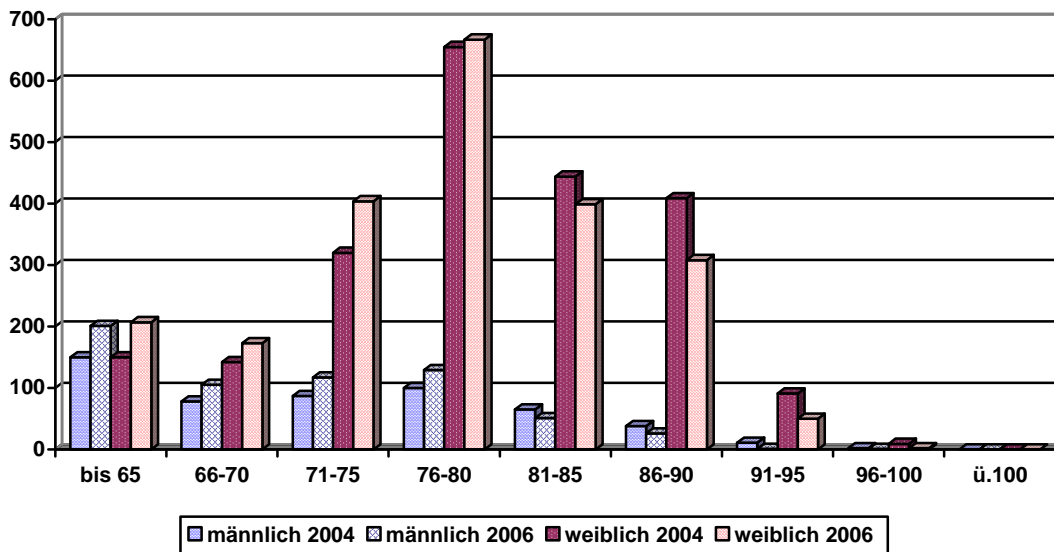


Ein Gesamtvergleich aller Heimbewohner im Hinblick auf die einzelnen Pflegestufen zeigt, dass 4,22% der Pflegebedürftigen der Pflegestufe 0 zugeordnet waren. Im Jahre 2004 betrug dieser Bereich noch 4,58%. In Pflegestufe I waren 2006 35,16% der Pflegebedürftigen eingestuft. Die vorherige Erhebung wies hier 33,99% aus. Die Pflegestufe II wies im Jahre 2006 mit 42,66% die größte Gruppe der Pflegebedürftigen aus. Im Jahr 2004 betrug dieser Pflegebereich 43,10%. Die geringfügigen Abweichungen in den einzelnen Pflegesegmenten können auf die Stichtagserhebung zurückgeführt werden, da die Anteile der verschiedenen Pflegestufen in den Einrichtungen durch Neuaufnahmen und Sterbefälle oder Auszüge ständig geringe Verschiebungen erfährt. Die Bereiche „Stufe III Härtefälle“ mit 8 Bewohnern und „noch nicht Zugeordnete“ mit 6 Bewohnern fand in der Aufstellung keine Berücksichtigung.

### Altersstruktur der Pflegebedürftigen



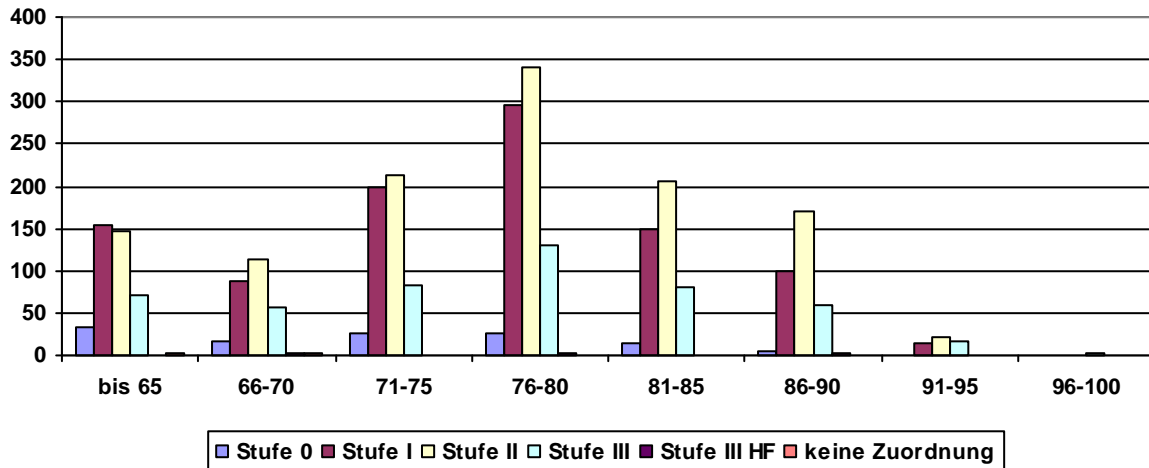
### Altersstruktur im Vergleich zur vorherigen Erhebung



Im Vergleich zur vorherigen Erhebung konnte im Bereich der stationär Pflegebedürftigen bis 65 Jahre eine Steigerung um 108 Personen verzeichnet werden. Die Gründe für diesen Anstieg werden in einer gesonderten Erhebung ermittelt. Aufgrund der hohen Zahl der jüngeren Pflegebedürftigen stellt sich jedoch die Frage, inwieweit dieser Personenkreis mit seinen eigenen Bedürfnissen gemeinsam mit Hochaltrigen adäquat versorgt werden kann. Eine neu geplante Pflegeeinrichtung in Elsdorf wird voraussichtlich einen Pflegebereich speziell für jüngere Pflegebedürftige einrichten.

Der überwiegende Teil der Pflegebedürftigen ist der Gruppe der 76-jährigen und älteren zuzuweisen. Die Zahl der Hochaltrigen (80 und älter) in den Pflegeeinrichtungen ist im Vergleichszeitraum gesunken. Deutlich erkennbar ist der hohe Anteil der weiblichen Pflegebedürftigen in den Altersstufen ab 71 Jahren.

Altersstruktur im Verhältnis zur Pflegestufe



Erkennbar ist die relativ hohe Zahl der jüngeren Pflegebedürftigen in den Pflegestufen II und III. Ob es sich hier um besondere Krankheitsbilder wie Wachkomapatienten oder Menschen mit Multiple Sklerose handelt, wird in einer ergänzenden Erhebung weiter hinterfragt.

Der überwiegende Anteil der Pflegebedürftigen in den Pflegestufen II und III ist der Altersgruppe der 76 – 90-jährigen zuzuordnen. Durch die Zunahme an Einpersonenhaushalten im zunehmenden Alter sowie dem Rückgang des häuslichen Pflegepotentials ist die Nachfrage nach stationärer Pflege zu verzeichnen. Das Bedürfnis der älteren Menschen nach Schutz und Zuspruch wird jedoch zunehmend durch pflegeergänzende und –begleitende Dienste wie niedrigschwellige Betreuungsangebote, Essen auf Rädern, ehrenamtliche Besuchsdienste, Gesprächskreise etc. gedeckt, so dass dem gesetzlichen Anspruch „Ambulant vor Stationär“ zunehmend Rechnung getragen wird. Des Weiteren sind durch den Gesetzgeber verstärkte Impulse bezüglich „alternativer Wohnformen“ zu verzeichnen, so dass die stationäre Dauerpflege zukünftig noch dann zum Tragen kommt, wenn aufgrund der Erkrankung des Hilfesuchenden keine andere Alternative möglich ist. Die durchschnittliche Verweildauer in stationären Pflegeeinrichtungen ist in den vergangenen Jahren stetig gesunken, Ende der 90er Jahre verbrachten Pflegebedürftige noch durchschnittlich über 700 Tage in den Einrichtungen, gegenwärtig sind es rund 300 Tage, die Tendenz ist weiter sinkend.

## 6.5 Herkunft und vormalige Wohnorte der Pflegebedürftigen in der stationären Pflege

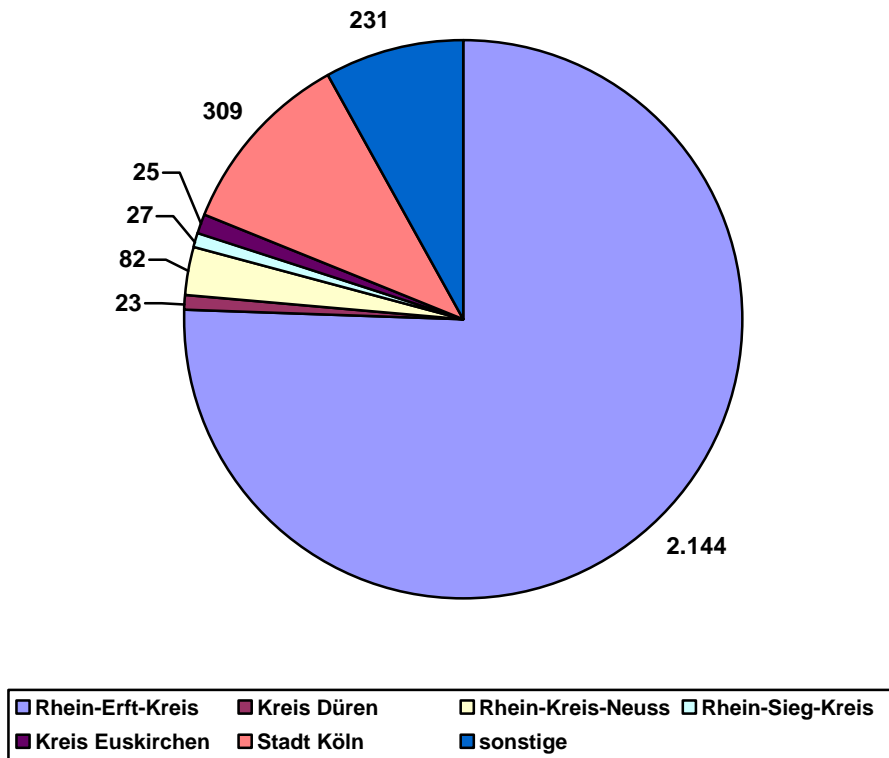
Die Entscheidung für einen Alten- und Pflegeheimplatz wird von den Hilfesuchenden und deren Angehörigen entweder

1. langfristig und für eine bestimmte Einrichtung oder
2. kurzfristig aufgrund einer Notsituation getroffen.

Bei einer langfristigen Planung zur Unterbringung in einem bestimmten Heim wird durch den Hilfesuchenden und seine Angehörigen ein besonderes Augenmerk auf die Ausstattung der Einrichtung sowie das soziale Umfeld des Pflegebedürftigen gerichtet. Meist erfolgt die Anmeldung in eine Pflegeeinrichtung in Wohnortnähe des Hilfesuchenden oder seiner Angehörigen.

Bei einer kurzfristigen Aufnahme in eine Pflegeeinrichtung kann auf soziale Aspekte keine Rücksicht genommen werden. Die Aufnahme erfolgt meist im Krankheitsfall unter Mitwirkung der sozialen Dienste der Krankenhäuser oder anderer Sozialstationen. Durch diese Aspekte wird auch eine sogenannte Wanderbewegung der Heimbewohnerinnen und Heimbewohner in und aus den Nachbarregionen hervorgerufen. Nach den Erhebungsdaten befanden sich zum Stichtag 15.12.2006 2.841 Personen in stationären Einrichtungen des Rhein-Erft-Kreises. Davon hatten 2.144 Bewohner ihren gewöhnlichen Aufenthaltsort vor Heimaufnahme im Kreisgebiet. 466 Personen hatten ihren Wohnsitz vor Heimaufnahme in den unmittelbar benachbarten Kreisen und der Stadt Köln; und 231 Heimbewohner hatten ihren gewöhnlichen Aufenthaltsort vor Heimaufnahme in weiter entfernten Regionen. Hier dürfte es sich meist um Zuzüge in die Nähe von Angehörigen handeln. Insgesamt waren drei Viertel aller Heimpflegebedürftigen vor Heimaufnahme in Rhein-Erft-Kreis wohnhaft.

## Wohnort vor Heimaufnahme zum Stichtag 15.12.2006



Der größte Anteil der Heimbewohner, die vor Heimaufnahme nicht im Rhein-Erft-Kreis ansässig waren, ist aus dem Gebiet der Stadt Köln zu verzeichnen. Hier kann es sich um Zuzüge zu Angehörigen handeln, da viele junge Familien aus dem Stadtgebiet Köln in die Neubaugebiete z.B. nach Frechen oder Pulheim ziehen und ihre Angehörigen im Pflegefall in ortsnahe Pflegeeinrichtungen unterbringen. Dies kann aber auch in kostengünstigeren Pflegeeinrichtungen im Rhein-Erft-Kreis begründet sein. Die Stadt Köln hat in den vergangenen Jahren ihr Pflege- und Betreuungsangebot für Heimpflegebedürftige durch neue Pflegeeinrichtungen verstärkt.

Die Wanderbewegungen der heimpflegebedürftigen Bürger und Bürgerinnen des Rhein-Erft-Kreises kann leider nicht dargestellt werden, da durch die Novellierung des Landespflegegesetzes die Pflegebedarfsplanung und das damit verbundene indikatoren gestützte Planungsmodell aufgegeben wurde. Dadurch bedingt erfolgt kein Datenaustausch über Wanderbewegungen zwischen den einzelnen Kreisen und der Stadt Köln.

### Gesamtversorgung an Pflegeplätzen im Rhein-Erft-Kreis zum Stichtag 15.12.2006

Kommune	80 und älter	Heimplätze	Versorgungsquote*
Bedburg	878	311	35,42%
Bergheim	2.121	580	27,35%
Brühl	2.447	279	11,40%
Elsdorf	741	108	14,57%
Erftstadt	1.983	214	10,79%
Frechen	1.870	275	14,71%
Hürth	2.296	515	22,43%
Kerpen	2.111	276	13,07%
Pulheim	1.697	192	11,31%
Wesseling	1.221	126	10,32%
Rhein-Erft-Kreis	17.365	2.876	16,56%

\* Die Versorgungsquote beziffert das Verhältnis der Hochaltrigen zu den in den einzelnen Kommunen vorgehaltenen Pflegeplätzen. Es handelt sich lediglich um Vergleichsgrößen, die Anhaltspunkte über die Versorgung in bestimmten Regionen im Hinblick auf zukünftige Standorte von Einrichtungen geben können. Maßgebend ist jedoch der tatsächliche Standort einer geplanten Einrichtung, da dieser durchaus Auswirkungen auf die übergreifende Versorgung mehrerer Kommunen oder der Nachbarregionen haben kann.

Inzwischen hat sich die Gesamtversorgung durch neue Pflegeeinrichtungen, Umbau oder Modernisierung von bestehenden Einrichtungen und Schließung von Pflegeeinrichtungen verändert.

### Gesamtversorgung an Pflegeplätzen im Rhein-Erft-Kreis im Sommer 2008

Kommune	80 und älter *	Heimplätze	Versorgungsquote
Bedburg	880	389	44,20%
Bergheim	2.170	580	26,73%
Brühl	2.527	367	14,52%
Elsdorf	745	131	17,58%
Erftstadt	2.080	214	10,29%
Frechen	1.978	425	21,49%
Hürth	2.336	515	22,05%
Kerpen	2.213	356	16,09%
Pulheim	1.793	257	14,33%
Wesseling	1.299	126	9,70%
Rhein-Erft-Kreis	18.021	3.360	18,64%

\* Bevölkerungsprognose des LDS von 2006 ohne Zuwanderung

Diese Versorgung verändert sich jedoch in absehbarer Zeit, da sich noch einige Projekte in der Bau-, Umbau- oder Planungsphase befinden. Für Bedburg befindet sich eine weitere Einrichtung mit 70 Pflegeplätzen in der Abstimmungsphase nach der Verordnung über die allgemeinen Grundsätze der Förderung von Pflegeeinrichtungen nach dem Landespflegegesetz, in Bergheim soll eine bestehende Einrichtung um 11 Pflegeplätze erweitert werden, für Elsdorf bestehen Planungen von

insgesamt 216 neuen Pflegeplätzen, eine Einrichtung mit 80 Plätzen wird im Herbst 2008 ihren Betrieb aufnehmen.

Der Pflegeheimplatzbestand in Erftstadt wird sich voraussichtlich in naher Zukunft um insgesamt 190 Plätze erhöhen. In Pulheim und Wesseling sind zwei weitere Pflegeeinrichtungen mit je 80 Plätzen in der Planungsphase.

## **6.6 Bewertung**

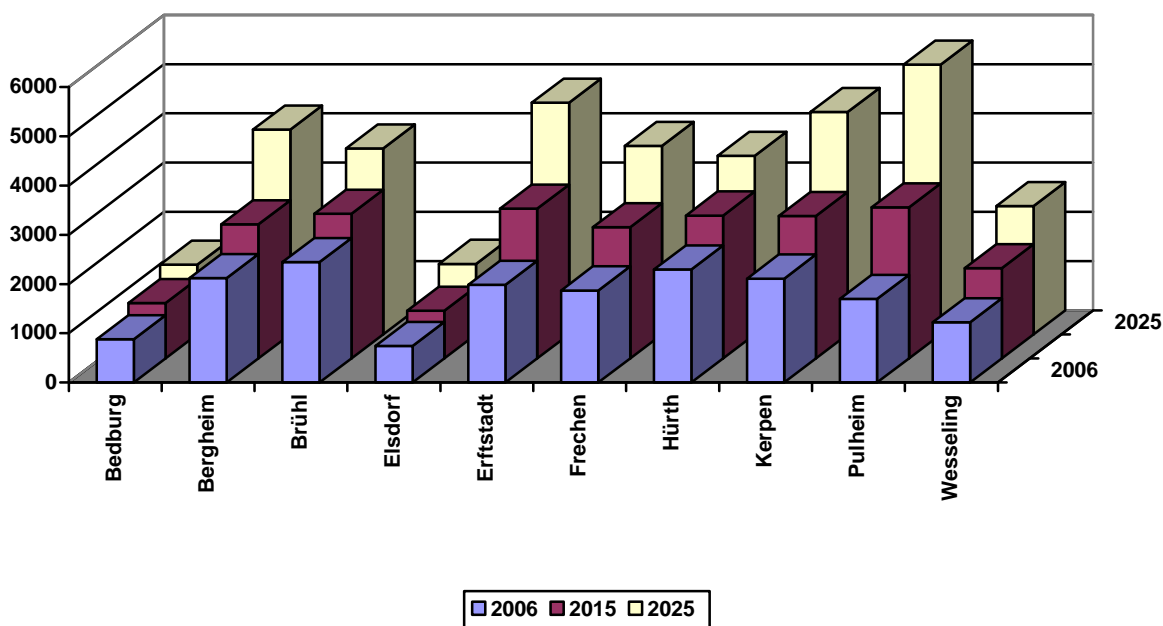
Aufgrund der zahlreichen neuen Pflegeeinrichtungen ist davon auszugehen, dass der Bedarf an stationären Pflegeplätzen im Rhein-Erft-Kreis in naher Zukunft gedeckt ist. Durch die Novellierung des Landespflegegesetzes und die damit verbundene Finanzierung und Abschreibung von Pflegeheimplätzen nach den Bestimmungen der Verordnung über die gesonderte Berechnung nicht geförderter Investitionskosten für Pflegeeinrichtungen nach dem Landespflegegesetz konnte der bis 2003 angewachsene Investitionsstau in der stationären Pflege umgewandelt werden, so dass inzwischen im Rhein-Erft-Kreis von einer ausreichenden Versorgung von stationären Pflegeplätzen gesprochen werden kann. In manchen Bereichen liegt sogar eine leichte Überversorgung vor. Durch die Änderung der GesBerVO zum 21.04.2008 werden diese Finanzierungs- und Abschreibungsmodalitäten so verändert, dass künftige Anreize für einen weiteren Zubau von Heimplätzen vermieden werden sollen.

Die zur Verfügung stehenden Pflegeplätze sind im Kreisgebiet nicht entsprechend dem Verhältnis der hochaltrigen Bevölkerung verteilt. Das Gefälle reicht von einer zum Teil erheblichen Überversorgung des Nordkreises bis zu einer geringeren Versorgung im Südkreis.

Die künftige Entwicklung im Bereich der vollstationären Dauerpflege wird unter anderem durch strukturelle Entwicklungen in der gesamten Region einschließlich der Nachbarkreise beeinflusst. Insbesondere ist auch der Synergieeffekt durch die Schaffung von Neubaugebieten und dem damit verbundenen Zuzug der älteren Generation in die Nähe ihrer Angehörigen bei der weiteren Pflegeplanung zu berücksichtigen.

Anhand der demografischen Entwicklung ist in den nächsten Jahren weiterhin mit einem starken Zuwachs der 80jährigen und Älteren zu rechnen. Eine Prognose der Bevölkerungsentwicklung durch das Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik, Düsseldorf, zeigt auf, dass der Anstieg der Hochbetagten sich nicht linear im gesamten Kreisgebiet auswirkt.

## Entwicklung der Hochaltrigen in den einzelnen Kommunen



Nach dieser Prognose wird die Zahl der Hochbetagten im Rhein-Erft-Kreis von 17.365 Personen im Jahre 2006 bis zum Jahre 2025 um 18.180 Personen auf 35.545 Personen anwachsen. Diese Prognose berücksichtigt jedoch nicht die Wanderbewegungen innerhalb der Bevölkerung, sondern stützt sich nur auf die natürliche Geburten- und Sterberate. Auf der Basis dieser Bevölkerungsprognose der Hochaltrigen würden im Rhein-Erft-Kreis bei einer Versorgungsquote von 15% rein rechnerisch 5.331 Heimplätze in der stationären Dauerpflege benötigt.

Diese Größenordnung berücksichtigt jedoch nicht den Grundsatz des Landespflegegesetzes „ambulant vor stationär“. Der Pflegemarkt wird im ambulanten Sektor sowie in den pflegebegleitenden Diensten wie niedrigschwellige Angebote, Essen auf Rädern etc. weitere Stärkung erfahren. Auch das im Sommer 2008 in Kraft tretende „Pflegeweiterentwicklungsgesetz“ wird durch Schaffung von Netzwerken und Pflegestützpunkten den ambulanten Pflegebereich stärken. Diese Entwicklung wird in den nächsten Erhebungszeiträumen zu beobachten sein.

Ein weiterer nicht kalkulierbarer Faktor ist die medizinische Entwicklung. Wenn es in absehbarer Zeit gelingt, Symptome der überwiegend im Alter auftretenden Erkrankungen wie Parkinson, Alzheimer etc. weitgehend zu lindern, um so ein Fortschreiten der Krankheit herauszuzögern, kann auch die Aufnahme in eine stationäre Einrichtung für diese erkrankten Personen herausgezögert werden.