

Wissenschaftliche Studie zum Stand und zu den Bedarfen der Kurzzeitpflege in NRW

STUDIEN
BERICHT

Wissenschaftliche Studie zum Stand und zu den Bedarfen der Kurzzeitpflege in NRW

Grit Braeseke

Karl Nauen

Claudia Pflug

Sinja H. Meyer-Rötz

Paul Pisarek

Abschlussbericht

für das Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales
des Landes Nordrhein-Westfalen

Berlin, Dezember 2017

Autoren

Dr. Grit Braeseke
Dr. Sinja H. Meyer-Rötz
Claudia Pflug
IGES Institut GmbH
Friedrichstraße 180
10117 Berlin

Karl Nauen
Paul Pisarek
Dr. Heilmaier & Partner GmbH
Carl-Wilhelm-Str.16
47798 Krefeld

Inhalt

1.	Zusammenfassung	16
2.	Hintergrund und Ziel der Untersuchung	19
3.	Charakterisierung der Kurzzeitpflege und bundesweite Entwicklungen	20
3.1	Spezifischer Charakter der Kurzzeitpflege	20
3.2	Leistungen und Vergütung der Kurzzeitpflege	21
3.3	Entwicklung der Kapazitäten der Kurzzeitpflege bundesweit und in NRW	23
4.	Rechtlicher Rahmen für die Kurzzeitpflege in NRW	26
4.1	Formen der Kurzzeitpflege	26
4.2	Bewohner	26
4.3	Bauliche Anforderungen	28
4.4	Personelle Ausstattung	28
4.5	Refinanzierung operativer Bereich	30
4.6	Refinanzierung investiver Bereich	34
5.	Wirtschaftliche Rahmenbedingungen für Anbieter von Kurzzeitpflegeleistungen in NRW	36
5.1	Einrichtung A (solitär)	37
5.2	Einrichtung B (separat)	40
5.3	Einrichtung C (solitär)	42
5.4	Auswertung der Auslastungsquoten solitärer und separater Kurzzeitpflegeplätze 2012 bis 2014	43
5.5	Zwischenfazit zur Wirtschaftlichkeit von Kurzzeitpflege	46
6.	Qualität der Versorgung in der Kurzzeitpflege	48
7.	Befragungen im Rahmen des Projektes	51
7.1	Befragung stationärer Pflegeeinrichtungen in NRW	51
7.1.1	Methodische Vorgehensweise	51
7.1.2	Aufbau des Fragebogens	52
7.1.3	Ergebnisse der Befragung	53
7.2	Befragung der Pflegestützpunkte in NRW	90
7.2.1	Methodische Vorgehensweise	90
7.2.2	Aufbau des Fragebogens	90
7.2.3	Ergebnisse der Befragung	91
7.3	Befragung der Sozialdienste in Krankenhäusern in NRW	100
7.3.1	Methodische Vorgehensweise	100
7.3.2	Aufbau des Fragebogens	100
7.3.3	Ergebnisse der Befragung	101
8.	Kapazitäten der Kurzzeitpflege in NRW	115
8.1	Vorgehen bei der Analyse und Datenquellen	115
8.2	Angebot und Nachfrage KZP in NRW insgesamt	116
8.3	Analyse der 53 Kreise und kreisfreien Städte in NRW	117
8.3.1	Aachen	123

8.3.2	Bielefeld	127
8.3.3	Bochum	130
8.3.4	Bonn	134
8.3.5	Borken (Kreis)	134
8.3.6	Bottrop	139
8.3.7	Coesfeld (Kreis)	141
8.3.8	Dortmund	146
8.3.9	Duisburg	150
8.3.10	Düren (Kreis)	151
8.3.11	Düsseldorf	156
8.3.12	Ennepe-Ruhr-Kreis	159
8.3.13	Essen	162
8.3.14	Euskirchen (Kreis)	166
8.3.15	Gelsenkirchen	171
8.3.16	Gütersloh (Kreis)	172
8.3.17	Hagen	175
8.3.18	Hamm	180
8.3.19	Heinsberg (Kreis)	183
8.3.20	Herford (Kreis)	185
8.3.21	Herne	190
8.3.22	Hochsauerlandkreis	194
8.3.23	Höxter (Kreis)	197
8.3.24	Kleve (Kreis)	201
8.3.25	Köln	205
8.3.26	Krefeld	206
8.3.27	Leverkusen	209
8.3.28	Lippe (Kreis)	212
8.3.29	Märkischer Kreis	212
8.3.30	Mettmann (Kreis)	213
8.3.31	Minden-Lübbecke (Kreis)	214
8.3.32	Mönchengladbach	215
8.3.33	Mülheim an der Ruhr	219
8.3.34	Münster	219
8.3.35	Oberbergischer Kreis	222
8.3.36	Oberhausen	226
8.3.37	Olpe (Kreis)	229
8.3.38	Paderborn (Kreis)	232
8.3.39	Recklinghausen (Kreis)	236
8.3.40	Remscheid	241
8.3.41	Rhein-Erft-Kreis	246
8.3.42	Rheinisch-Bergischer Kreis	247
8.3.43	Rhein-Kreis Neuss	251
8.3.44	Rhein-Sieg Kreis	253
8.3.45	Siegen-Wittgenstein (Kreis)	258
8.3.46	Soest (Kreis)	261
8.3.47	Solingen	264

8.3.48	Steinfurt (Kreis)	269
8.3.49	Unna (Kreis)	273
8.3.50	Viersen (Kreis)	277
8.3.51	Warendorf (Kreis)	281
8.3.52	Wesel (Kreis)	284
8.3.53	Wuppertal	285
9.	Gesamteinschätzung und Nutzungsverhalten von Kurzzeitpflege	289
10.	Literaturverzeichnis	296
11.	Anhang	301
	Abbildungen	6
	Tabellen	9
	Abkürzungsverzeichnis	15

Abbildungen

Abbildung 1:	Durchschnittliche Pflegesätze 2015 Bund und NRW nach Art des Kurzzeitpflegeplatzes und Pflegestufe (in Euro pro Tag)	22
Abbildung 2:	Entwicklung der Zahl der Kurzzeitpflegegäste (linke Säule, stichtagsbezogen) und der Kurzzeitpflegeplätze (rechte Säule) 1999 bis 2015 in Deutschland.	24
Abbildung 3:	Entwicklung der Zahl der Kurzzeitpflegegäste (linke Säule, stichtagsbezogen) und der Kurzzeitpflegeplätze (rechte Säule) 1999 bis 2015 in Nordrhein-Westfalen.	25
Abbildung 4:	Gemeinsamer Nachweis (Allgemeine Angaben, Vergütungssätze, Erlöse)	31
Abbildung 5:	Gemeinsamer Nachweis (Belegung)	32
Abbildung 6:	Gemeinsamer Nachweis (Personalkosten)	33
Abbildung 7:	Gemeinsamer Nachweis (Sachkosten)	33
Abbildung 8:	Einrichtung A (solitäre KZP) - monatliche Auslastungsquoten für die Jahre 2015 und 2016	38
Abbildung 9:	Einrichtung A - Vergleich der tatsächlichen Personalmenge und der refinanzierten Personalmenge entsprechend der Belegung für das Jahr 2016	39
Abbildung 10:	Einrichtung B (separate KZP) - monatliche Auslastungsquoten für die Jahre 2015 und 2016	40
Abbildung 11:	Einrichtung B - Vergleich der tatsächlichen Personalmenge und der refinanzierten Personalmenge entsprechend der Belegung für das Jahr 2016	41
Abbildung 12:	Einrichtung C (solitär) - monatliche Auslastungsquoten für die Jahre 2015 und 2016	42
Abbildung 13:	Einrichtung C - Vergleich der tatsächlichen Personalmenge und der refinanzierten Personalmenge entsprechend der Belegung für das Jahr 2016	43
Abbildung 14:	Auslastungsquote solitäre und separate KZP 2012 - 2014	45
Abbildung 15:	Ergebnisse von Qualitätsprüfungen in Pflegeheimen in NRW (Pflegeroten), Stand Juli 2017	50
Abbildung 16:	Verteilung der teilnehmenden Einrichtungen mit Kurzzeitpflege nach Kreis/kreisfreier Stadt (n = 117, Angaben in %)	54
Abbildung 17:	Anteil der Pflegeheime nach Trägerschaft (Angaben in %) – linke Seite Stichprobe, rechte Seite Grundgesamtheit NRW	55
Abbildung 18:	Anteil der Einrichtungen nach Art der Kurzzeitpflegeplätze (Angaben in %)	55

Abbildung 19:	Tätigkeitsfeld der antwortenden Personen in den befragten Einrichtungen (Angaben in %)	56
Abbildung 20:	Länge der Tätigkeit der befragten Personen im stationären Pflegebereich (Angaben in %)	57
Abbildung 21:	Angaben von solitären KZP-Einrichtungen zu verbundenen Einrichtungen in gleicher Trägerschaft (Anzahl)	58
Abbildung 22:	Wirtschaftlichkeit solitärer Kurzzeitpflegeeinrichtungen (n = 5, in %)	60
Abbildung 23:	Anlässe, die zur Aufnahme in eine solitäre Kurzzeitpflege führten in den Jahren 2015 und 2016 (Angaben in %)	62
Abbildung 24:	Aufnahmen der Kurzzeitpflegegäste nach Pflegestufen in den Jahren 2015 und 2016 (in %)	63
Abbildung 25:	Übersicht der Anschlussaufenthalte (im Durchschnitt) nach KZP in den Jahren 2015 und 2016 (Angaben in %)	65
Abbildung 26:	Angaben zur zukünftigen Erhöhung/Verringerung von solitären Platzzahlen (Angaben in %)	65
Abbildung 27:	Angaben von Einrichtungen mit angebotenen KZP-Plätzen zur Vorhaltung von weiteren Einrichtungen durch den Träger (Anzahl)	69
Abbildung 28:	Anlässe, die zur Aufnahme in die KZP in angebotenen Kurzzeitpflegestationen im Jahr 2015 und 2016 führten (Angaben in %, n = 8)	72
Abbildung 29:	Aufnahmen der Kurzzeitpflegegäste (angebotene KZP) nach Pflegestufen in den Jahren 2015 und 2016 (Angaben in %)	73
Abbildung 30:	Übersicht der Anschlussaufenthalte (im Durchschnitt) nach angebotener KZP in den Jahren 2015 und 2016 (Angaben in %)	74
Abbildung 31:	Angaben zur zukünftigen Erhöhung/Verringerung von angebotenen KZP-Plätzen (Angaben in %)	75
Abbildung 32:	Angaben von Einrichtungen mit eingestreuten KZP-Plätzen zur Vorhaltung von weiteren Einrichtungen durch den Träger (in %) (n=107)	79
Abbildung 33:	Angabe der Art der Nutzung der eingestreuten Kurzzeitpflegeplätze für die Kurzzeitpflege (n=107)	80
Abbildung 34:	Übersicht der Auslastungsquoten der eingestreuten Kurzzeitpflegeplätze (Berechnung auf Basis der angegebenen KZP-Plätze und den jeweiligen KZP-Belegungstagen) (n=107)	81
Abbildung 35:	Angaben zur Abweisung von Anfragen bei eingestreuten KZP-Plätzen in den Einrichtungen (Angaben in %, n=107)	82

Abbildung 36:	Anlässe, die zu Aufnahme in eine Kurzzeitpflege bei eingestreuten Plätzen führten (Angaben in %) (n=96)	83
Abbildung 37:	Aufnahmen der Kurzzeitpflegegäste nach Pflegestufen in den Jahren 2015 und 2016 (Angaben in %)	83
Abbildung 38:	Verbleib der KZP-Gäste nach Aufenthalt in der Kurzzeitpflege bei eingestreuten Plätzen (Angaben in %)	84
Abbildung 39:	Angaben zur zukünftigen Erhöhung/Verringerung von eingestreuten KZP-Plätzen (Angaben in %)	86
Abbildung 40:	Verteilung der teilnehmenden Pflegestützpunkte nach Kreis/kreisfreier Stadt (n = 16, Anzahl)	92
Abbildung 41:	Angaben zur Häufigkeit der Vereinbarung von Kurzzeitpflege/Verhinderungspflege in Beratungen der Pflegestützpunkte (n = 16; Angaben in %)	93
Abbildung 42:	Aussagen zur Zunahme von Anfragen zur KZP von Pflegebedürftigen/Angehörigen in den letzten 12 Monaten (Angaben in %)	94
Abbildung 43:	Durch wen oder was wird Ihnen ein aktueller Überblick zu freien KZP-Plätzen in der Region zur Verfügung gestellt?	96
Abbildung 44:	Angaben der PSP zu den durchschnittlichen Wartezeiten auf einen freien KZP-Platz in der eigenen Region (Angaben in %)	97
Abbildung 45:	Einschätzung der KZP-Kapazitäten aus Sicht der Pflegestützpunkte (Angaben in %)	97
Abbildung 46:	Verteilung der teilnehmenden Sozialdienste nach Kreis/kreisfreier Stadt (n=77, Anzahl)	102
Abbildung 47:	Gründe für eine Anschlussversorgung in die KZP nach Krankenhausaufenthalt (n=77, Angaben in %)	103
Abbildung 48:	Frage zur Zunahme der Anzahl der Überleitungen in die KZP im Jahr 2016 (n = 77, Angaben in %)	105
Abbildung 49:	Angaben der Sozialdienste zur Art der Unterstützung der Pflegebedürftigen/Angehörigen bei der Suche nach einem KZP-Platz (Angaben in %)	106
Abbildung 50:	Maßnahmen zum Erhalt eines aktuellen Überblicks über freie KZP-Plätze (n = 44, Angaben in %)	107
Abbildung 51:	Was passiert, wenn kein KZP-Platz gefunden wird? (n = 53; Angaben in %)	109
Abbildung 52:	Übersichtsdarstellung der 53 Kreise in NRW mit KZP-Quoten (Pflegebedürftige pro KZP-Platz)	121

Abbildung 53:	Teilausschnitt NRW mit KZP-Quoten (Pflegebedürftige pro KZP-Platz)	122
Abbildung 54:	Anzahl der KZP-Plätze im Kreis Euskirchen im Zeitraum 2011-2015	170
Abbildung 55:	Verteilung der eingestreuten KZP-Plätze im Hochsauerlandkreis (Stand 30.04.2016)	196
Abbildung 56:	Verteilung der KZP-Plätze im Kreis Kleve	204
Abbildung 57:	Übersicht der vorgehaltenen KZP-Plätze in den einzelnen Kreisstädten (Stand April 2016)	240
Abbildung 58:	Entwicklung der Pflegebedürftigen in der KZP 2003-2013	240
Abbildung 59:	Prozentuale Verteilung der KZP-Plätze auf die einzelnen Kommunen im Rheinisch-Bergischen Kreis (Stand 2015)	250
Abbildung 60:	Entwicklung der KZP-Platzzahlen in Solingen (2011-2015)	268
Abbildung 61:	Eingestreuete KZP in Kreis Unna (Stand 2015)	276
Abbildung 62:	Entwicklung der KZP-Plätze im Kreis Viersen (2012-2016)	280
Abbildung 63:	Konzentration der 80-Jährigen und Standorte der KZP im Kreis Viersen	281
Abbildung 64:	KZP-Plätze im Kreis Warendorf	284
Abbildung 65:	Gesamteinschätzung IGES zur Situation der Kurzzeitpflege nach Kreisen und kreisfreien Städten in NRW	289
Abbildung 66:	Darstellung des Zusammenhangs zwischen der Einschätzung der Kapazitäten für Kurzzeitpflege und der KZP-Quote nach Kreisen	291
Abbildung 67:	Herkunft und Verbleib von Kurzzeitpflegegästen nach SGB XI in NRW, 2015 - 2017	292
Abbildung 68:	Herkunft und Verbleib von Kurzzeitpflegegästen nach § 39 c SGB V in NRW, 2015 – 2017 (erstes Halbjahr)	295

Tabellen

Tabelle 1:	Durchschnittliche Vergütungen Kurzzeitpflege 2015 (in Euro pro Tag) - Bund	22
Tabelle 2:	Durchschnittliche Vergütungen Kurzzeitpflege 2015 (in Euro pro Tag) - NRW	23
Tabelle 3:	Personalanhaltewerte in Nordrhein-Westfalen	29
Tabelle 4:	Exemplarische Pflegeeinrichtungen	36
Tabelle 5:	Auslastungsquote über 90 % (N = 71)	44

Tabelle 6:	Übersicht der teilnehmenden solitären Kurzzeitpflegeeinrichtungen unter Angabe der jeweiligen Plätze	57
Tabelle 7:	Anzahl der Aufnahmen für die Kurzzeitpflege (einschl. Verhinderungspflege) im Jahr 2015/2016 bei den solitären Einrichtungen	59
Tabelle 8:	Durchschnittliche Auslastung der solitären Kurzzeitpflegeeinrichtungen (in %)	59
Tabelle 10:	Personelle Ausstattung in den solitären KZP-Einrichtungen (n = 4)	61
Tabelle 11:	Aufnahmen der Kurzzeitpflegegäste nach Pflegestufe in den befragten solitären Einrichtung in den Jahren 2015 und 2016	63
Tabelle 12:	Maßnahmen zur Weiterentwicklung der KZP aus Sicht der solitären KZP-Einrichtungen	66
Tabelle 13:	Übersicht der teilnehmenden Kurzzeitpflegeeinrichtungen mit ausschließlich angebondenen KZP-Plätzen unter Angabe der jeweiligen Plätze (Einrichtungen mit zusätzlich eingestreuten Plätzen (rot))	68
Tabelle 14:	Anzahl der Aufnahmen für die Kurzzeitpflege (einschl. Verhinderungspflege) im Jahr 2015/2016 bei Einrichtungen mit angebondener Kurzzeitpflege und mittlere Verweildauer (VWD)	70
Tabelle 15:	Durchschnittliche Auslastung der angebondenen Kurzzeitpflegeplätze nach eigenen Angaben (in %)	70
Tabelle 16:	Personelle Ausstattung in den angebondenen KZP-Einrichtungen (n = 3)	71
Tabelle 17:	Anregungen zu Maßnahmen zur Weiterentwicklung der KZP aus Sicht der angebondenen Einrichtungen	76
Tabelle 18:	Übersicht der teilnehmenden Einrichtungen mit eingestreuten KZP-Plätzen unter Angabe der Plätze	77
Tabelle 19:	Anregungen für Maßnahmen zur Weiterentwicklung der KZP aus Sicht der Einrichtungen mit eingestreuten KZP-Plätzen	87
Tabelle 20:	Übersicht über aktuelle freie KZP-Plätze in der Region aus Sicht der PSP	95
Tabelle 21:	Einschätzung der Qualität der Kurzzeitpflege aus Sicht der PSP	98
Tabelle 22:	Sonstige Maßnahmen, um einen aktuellen Überblick über KZP-Plätze in der Region zu erhalten	107
Tabelle 23:	Einschätzung der Qualität der Kurzzeitpflege aus Sicht der Sozialdienste	111

Tabelle 24:	Übersicht zur Entwicklung der Zahl der KZP-Plätze in NRW 2011 bis 2017	116
Tabelle 25:	Pflegebedürftige in NRW 2015 nach Art der Versorgung	117
Tabelle 26:	Übersicht der Verteilung der KZP-Plätze in NRW	119
Tabelle 27:	Übersichtstabelle Aachen	123
Tabelle 28:	Situationsanalyse der StädteRegion Aachen	124
Tabelle 29:	Übersichtstabelle Bielefeld	127
Tabelle 30:	Situationsanalyse Bielefeld	128
Tabelle 31:	Übersichtstabelle Bochum	130
Tabelle 32:	Situationsanalyse Bochum	131
Tabelle 33:	Übersichtstabelle Kreis Borken	135
Tabelle 34:	Situationsanalyse Kreis Borken	136
Tabelle 35:	solitäre KZP-Plätze im Kreis Borken	138
Tabelle 36:	Übersichtstabelle Bottrop	139
Tabelle 37:	Situationsanalyse Bottrop	140
Tabelle 38:	Übersichtstabelle Kreis Coesfeld	142
Tabelle 39:	Situationsanalyse Kreis Coesfeld	143
Tabelle 40:	Übersichtstabelle Dortmund	146
Tabelle 41:	Situationsanalyse Dortmund	147
Tabelle 42:	KZP-Plätze in Dortmund	149
Tabelle 43:	Übersichtstabelle Kreis Düren	151
Tabelle 44:	Situationsanalyse Kreis Düren	152
Tabelle 45:	Angebot an KZP-Plätzen im Kreis Düren (Stand 2015)	154
Tabelle 46:	Übersichtstabelle Düsseldorf	156
Tabelle 47:	Situationsanalyse Düsseldorf	157
Tabelle 48:	Übersichtstabelle Ennepe-Ruhr-Kreis	159
Tabelle 49:	Situationsanalyse Ennepe-Ruhr-Kreis	160
Tabelle 50:	solitäre KZP-Plätze im Ennepe-Ruhr-Kreis 2014	162
Tabelle 51:	Übersichtstabelle Stadt Essen	163
Tabelle 52:	Situationsanalyse Stadt Essen	164
Tabelle 53:	Übersichtstabelle Kreis Euskirchen	166
Tabelle 54:	Situationsanalyse Kreis Euskirchen	168

Tabelle 55:	Verteilung der KZP-Plätze innerhalb des Kreises Euskirchen (Stand 16.11.2015)	169
Tabelle 56:	Übersichtstabelle Kreis Gütersloh	172
Tabelle 57:	Situationsanalyse Stadt Gütersloh	173
Tabelle 58:	Übersichtstabelle Stadt Hagen	175
Tabelle 59:	Situationsanalyse Stadt Hagen	176
Tabelle 60:	Übersicht der KZP-Plätze in den Hagener Stadtbezirken (Stand 30.04.2016)	178
Tabelle 61:	Belegung der KZP-Plätze in Hagen (Stand 2015)	179
Tabelle 62:	Bedarfsprognose des Pflegebedarfs in der Stadt Hagen für das Jahr 2019	179
Tabelle 63:	Übersichtstabelle der Stadt Hamm	180
Tabelle 64:	Situationsanalyse Stadt Hamm	181
Tabelle 65:	Übersichtstabelle Kreis Heinsberg	183
Tabelle 66:	Situationsanalyse Kreis Heinsberg	184
Tabelle 67:	Übersichtstabelle Kreis Herford	185
Tabelle 68:	Situationsanalyse Kreis Herford	186
Tabelle 69:	Verteilung der KZP-Plätze im Kreis Herford (Stand 2015)	189
Tabelle 70:	Übersichtstabelle Stadt Herne	190
Tabelle 71:	Situationsanalyse Stadt Herne	191
Tabelle 72:	Überblick der KZP-Plätze in der Stadt Herne	193
Tabelle 73:	Übersichtstabelle Hochsauerlandkreis	194
Tabelle 74:	Situationsanalyse Hochsauerlandkreis	195
Tabelle 75:	Übersichtstabelle Kreis Höxter	197
Tabelle 76:	Situationsanalyse Kreis Höxter	199
Tabelle 77:	Auslastung der KZP im Kreis Höxter (2009 – 2014)	200
Tabelle 78:	Übersichtstabelle Kreis Kleve	201
Tabelle 79:	Situationsanalyse Kreis Kleve	202
Tabelle 80:	Bedarf KZP-Plätze bis 2025 im Kreis Kleve	205
Tabelle 81:	Übersichtstabelle Krefeld	206
Tabelle 82:	Situationsanalyse Krefeld	207
Tabelle 83:	Übersichtstabelle Leverkusen	210

Tabelle 84:	Situationsanalyse Leverkusen	211
Tabelle 85:	Übersichtstabelle Kreis Minden-Lübbecke	214
Tabelle 86:	Übersichtstabelle Mönchengladbach	216
Tabelle 87:	Situationsanalyse Mönchengladbach	217
Tabelle 88:	Übersichtstabelle Stadt Münster	220
Tabelle 89:	Situationsanalyse Stadt Münster	221
Tabelle 90:	Übersichtstabelle Oberbergischer Kreis	222
Tabelle 91:	Situationsanalyse Oberbergischer Kreis	224
Tabelle 92:	Übersichtstabelle Oberhausen	226
Tabelle 93:	Situationsanalyse Oberhausen	227
Tabelle 94:	Übersichtstabelle Kreis Olpe	229
Tabelle 95:	Situationsanalyse Kreis Olpe	230
Tabelle 96:	Übersichtstabelle Kreis Paderborn	233
Tabelle 97:	Situationsanalyse Kreis Paderborn	234
Tabelle 98:	Übersichtstabelle Kreis Recklinghausen	236
Tabelle 99:	Situationsanalyse Kreis Recklinghausen	237
Tabelle 100:	Übersicht der KZP-Plätze im Kreis Recklinghausen seit 1997	239
Tabelle 101:	Übersichtstabelle Remscheid	241
Tabelle 102:	Situationsanalyse Remscheid	242
Tabelle 103:	Verteilung der KZP-Plätze in Remscheid (Stand 2015)	245
Tabelle 104:	Bedarfsermittlung der KZP-Plätze in Remscheid	246
Tabelle 105:	Übersichtstabelle Rheinisch-Bergischer Kreis	247
Tabelle 106:	Situationsanalyse Rheinisch-Bergischer Kreis	248
Tabelle 107:	Verteilung der KZP-Plätze Rheinisch-Bergischer Kreis	249
Tabelle 108:	Übersichtstabelle Rhein-Kreis Neuss	251
Tabelle 109:	Situationsanalyse Rhein-Kreis Neuss	252
Tabelle 110:	Übersichtstabelle Rhein-Sieg Kreis	253
Tabelle 111:	Situationsanalyse Rhein-Sieg Kreis	255
Tabelle 112:	Übersichtstabelle Kreis Siegen-Wittgenstein	258
Tabelle 113:	Situationsanalyse Kreis Siegen-Wittgenstein	259
Tabelle 114:	Übersichtstabelle Kreis Soest	261

Tabelle 115:	Situationsanalyse Kreis Soest	262
Tabelle 116:	Bestand und Auslastung der solitären KZP-Plätze 2007-2015	263
Tabelle 117:	Übersichtstabelle Solingen	264
Tabelle 118:	Situationsanalyse Solingen	266
Tabelle 119:	Übersichtstabelle Kreis Steinfurt	269
Tabelle 120:	Situationsanalyse Kreis Steinfurt	270
Tabelle 121:	Belegung und Auslastung der vollstationären Pflegeeinrichtungen unter Angabe der eingestreuten KZP-Plätze im Kreis Steinfurt	272
Tabelle 122:	Belegung und Auslastung der solitären KZP im Kreis Steinfurt	272
Tabelle 123:	Übersichtstabelle Kreis Unna	273
Tabelle 124:	Situationsanalyse Kreis Unna	274
Tabelle 125:	Solitäre KZP-Plätze im Kreis Unna	275
Tabelle 126:	Übersichtstabelle Kreis Viersen	277
Tabelle 127:	Situationsanalyse Kreis Viersen	278
Tabelle 128:	Übersichtstabelle Kreis Warendorf	281
Tabelle 129:	Situationsanalyse Kreis Warendorf	282
Tabelle 130:	Übersichtstabelle Wuppertal	285
Tabelle 131:	Situationsanalyse Wuppertal	286
Tabelle 132:	Verfügbares KZP-Angebot Wuppertal	287
Tabelle 133:	Anzahl der belegten KZP-Plätze in Wuppertal	288

Abkürzungsverzeichnis

Abkürzung	Erläuterung
APG	Alten- und Pflegegesetz
BIP	Beratungs- und Infocenter Pflege
DVO	Durchführungsverordnung
DVSG	Deutschen Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen e. V.
FfG	Forschungsgesellschaft für Gerontologie e. V.
INWISO	Institut für empirische Wirtschafts- und Sozialforschung
ISG	Institut für Sozialforschung und Gesellschaftspolitik GmbH
IT.NRW	Information und Technik Nordrhein-Westfalen
KZP	Kurzzeitpflege
MAGS	Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen
MDS	Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen
NRW	Nordrhein-Westfalen
OBK	Oberbergischer Kreis
PfIO	Pflege-Informationssystem-Online
PSG	Pflegestärkungsgesetz
PSP	Pflegestützpunkt
SGB	Sozialgesetzbuch
VHP	Verhinderungspflege
VK	Vollzeitkraft
VWD	Verweildauer
WTG	Wohn- und Teilhabegesetz

1. Zusammenfassung

Die Sicherung der ambulanten pflegerischen Versorgung von Pflegebedürftigen in ihrer gewohnten häuslichen Umgebung ist ein wesentliches gesundheitspolitisches Ziel. Hier setzt die Kurzzeitpflege gemäß § 42 SGB XI an: Kann die häusliche Pflege nach einer stationären Behandlung des Pflegebedürftigen oder bei häuslichen Krisensituationen, z. B. bei Überlastung oder Erkrankung einer Pflegeperson, zeitweise nicht im erforderlichen Umfang sichergestellt werden, haben Pflegebedürftige Anspruch auf vollstationäre Kurzzeitpflege. Damit ist die Kurzzeitpflege ein unverzichtbarer Baustein zur Sicherung der ambulanten Versorgung pflegebedürftiger Personen, da sie vorübergehende Engpässe überbrückt und damit den grundsätzlichen Verbleib in der eigenen Häuslichkeit längerfristig ermöglicht.

Die **Leistungen** für Kurzzeitpflege für die Versicherten wurden mit den Reformgesetzen der letzten fünf Jahre sukzessive flexibilisiert und ausgeweitet: Neben der Anhebung von Leistungsbeträgen wurde auch die Anrechnung bei Pflegegeldempfängern verbessert. Seit dem 1. Januar 2015 können Pflegebedürftige und ihre Angehörigen zudem den ganzen Jahresbetrag, der ihnen für Verhinderungspflege nach § 39 SGB XI zusteht, auch für Kurzzeitpflege verwenden. Die Nachfrage nach stationärer Kurzzeit- und Verhinderungspflege steigt kontinuierlich an - die Zahl der Leistungsbezieher der Kurzzeitpflege nahm im Zeitraum 2011 und 2015 um rd. 35 Prozent und die Zahl der Leistungsbezieher von Verhinderungspflege sogar um gut 100 Prozent zu (Deutscher Bundestag 2016: 82).

Leistungen der Kurzzeitpflege werden sowohl in normalen Pflegeheimen, in sogenannten eingestreuten Kurzzeitpflegeplätzen oder separaten Kurzzeitpflegeabteilungen, erbracht als auch in speziellen Kurzzeitpflegeeinrichtungen (solitäre Kurzzeitpflege). Separate und solitäre Kurzzeitpflegeplätze stehen zweckgebunden nur für Kurzzeit- und Verhinderungspflege zur Verfügung, während eingestreute Plätze flexibel auch für stationäre Dauerpflege nutzbar sind.

Das **Angebot** an (stationären) Kurzzeitpflegeplätzen hat sich in Nordrhein-Westfalen in den letzten Jahren insgesamt leicht erhöht und **strukturell verändert**: Die Zahl der eingestreuten und flexibel nutzbaren KZP-Plätze hat sich deutlich erhöht, dagegen ist die Zahl der zweckgebunden ausschließlich für Kurzzeit- und Verhinderungspflege zur Verfügung stehenden Plätze zurückgegangen.

Als Grund für den Rückgang der solitären Kurzzeitpflegeplätze werden Wirtschaftlichkeitsprobleme genannt, die sich vor allem infolge der naturgemäß häufigen Bewohnerwechsel, des durchweg höheren Pflegeaufwands einschl. von Palliativpflege, der ungünstigen Refinanzierungsbedingungen sowie teilweise der im Jahresverlauf schwankenden Auslastung ergeben.

Die Versorgungsquote in Bezug auf KZP-Plätze, ermittelt als Quotient aus der Anzahl ambulant versorgter Pflegebedürftiger im Kreis und der Anzahl ausgewiesener Kurzzeitpflegeplätze (solitär, separat und eingestreut) ist in den einzelnen Regionen sehr unterschiedlich (siehe Abbildung 52 und Abbildung 53 im Kapitel 8.3). Allerdings lässt sich daraus nicht unmittelbar auf den Grad der Bedarfsdeckung schließen: Weitere Faktoren wie das Ausmaß der regionalen Inanspruchnahme

von Kurzzeitpflege, die Struktur der Kurzzeitpflegeplätze (Anteil solitär/separat und eingestreut), regionale Wanderungsbewegungen und die Auslastung in den anderen Sektoren (stationäre Dauerpflege und ambulante Pflege) spielen ebenfalls eine entscheidende Rolle.

Nach Analyse der regionalen Pflegeplanungen und Auswertung der drei vorgenommenen Befragungen (Pflegeeinrichtungen, Pflegestützpunkte und Sozialdienste von Krankenhäusern) erfolgte eine Gesamteinschätzung der Situation der Kurzzeitpflege für alle Kreise. Von den insgesamt 53 Kreisen und kreisfreien Städten wurden 15 (28 %) der Kategorie „KZP-Angebot ausreichend“ zugeordnet, acht Kreise (15 %) der Kategorie „KZP-Angebot künftig zu gering“ und 30 (57 %) der Kategorie „KZP-Angebot nicht ausreichend“ zugeordnet (vgl. Abbildung 65 auf S. 289). Allgemein lässt sich schlussfolgern, dass ein bedarfsdeckendes Angebot in einer Region nur durch einen Mix aus zweckgebundenen Kurzzeitpflegeplätzen (solitär oder separat) und eingestreuten Plätzen zu gewährleisten ist.

Die verschiedenen Formen von Kurzzeitpflege (solitär, separat und eingestreut) unterscheiden sich deutlich bezüglich ihrer Nutzungsstruktur: In solitären Einrichtungen ist der Anteil der Fälle mit Verhinderungspflege mit 40 – 45 % deutlich höher als in den Pflegeheimen mit separaten oder eingestreuten Plätzen (ca. ein Viertel). Nach der Kurzzeitpflege erfolgt aus solitären Einrichtungen deutlich häufiger die Überleitung in die Häuslichkeit (rd. 65 %) als bei eingestreuten Plätzen (47 %). Weiterhin wird aus solitären Einrichtungen häufiger in eine Reha- oder Akutklinik entlassen – ein Indiz für einen höheren Behandlungs- und Pflegebedarf dieser Klientel auch während der Kurzzeitpflege. Bei eingestreuten Plätzen erfolgt zu rund 45 % eine Überleitung ins Pflegeheim (20 % bei solitär). Solitäre Kurzzeitpflegeeinrichtungen verfügen häufiger über spezifische Pflegekonzepte für Kurzzeitpflegegäste und setzen entsprechend des höheren Versorgungsaufwandes auch teilweise therapeutisches Personal ein.

Die Untersuchung der rechtlichen und wirtschaftlichen Rahmenbedingungen für Kurzzeitpflegeeinrichtungen in NRW ergab, dass der Betrieb solitärer Kurzzeitpflegeeinrichtungen unter wirtschaftlichen Gesichtspunkten schwierig bzw. mit den im Regelfall zur Anwendung kommenden Personalanhaltewerten in der Pflege nicht gewährleistet ist. Weitere strukturelle Nachteile gegenüber Pflegeheimen mit Dauerpflege sind geringere Skaleneffekte infolge kleinerer Betriebsgrößen, Auslastungsschwankungen aufgrund kurzer Aufenthaltsdauern (im Schnitt 20 Tage) und niedrige Auslastungsquoten u. a. auch infolge der häufigen Wechsel pro Platz und Jahr. Hinzu kommen im Vergleich zur Dauerpflege ungünstigere Refinanzierungsbedingungen am Entlasstag von Kurzzeitpflegegästen und bei Krankenhausaufenthalten während der Kurzzeitpflege.

Die Ausweitung der von den Pflegeheimen vertraglich vereinbarten eingestreuten Kurzzeitpflegeplätze scheint in erster Linie abrechnungstechnischen Gründen geschuldet als einer tatsächlichen Kapazitätserhöhung.

Darüber hinaus zeichnet sich bei den eingestreuten KZP-Plätzen in gewissem Umfang eine **Fehlbelegung** ab: Mehrfach wird in den kommunalen Pflegeplanungen berichtet, dass diese Plätze häufig als „Einfallstor“ für die stationäre Dauerpflege

genutzt werden (z. B. zum Kennenlernen der Einrichtung). Einige Pflegeeinrichtungen geben dies sogar selbst an. Weiterhin wird von Pflegeeinrichtungen und Sozialdiensten der Krankenhäuser darauf hingewiesen, dass Patienten immer früher aus Krankenhäusern entlassen werden, so dass anschließend eine Kurzzeitpflege erforderlich ist bzw. sich deren Aufenthalt in der Kurzzeitpflege dadurch verlängert.

Seitens der Entwicklung der **Nachfrage** nach Kurzzeit- und Verhinderungspflege in stationären Einrichtungen lässt sich schlussfolgern, dass diese in allen Kreisen und kreisfreien Städten weiter ansteigen wird – dies resultiert aus der Alterung der Bevölkerung einerseits und aus der Priorisierung der ambulanten Versorgung bei gleichzeitig sinkendem Familienpflegepotential andererseits.

Insgesamt scheint die Nutzung der Kurzzeitpflege die ihr zugeordnete Funktion, bei Pflegebeginn oder nach Krankenhausaufenthalt die besondere Krisensituation zu überbrücken, noch weitgehend zu erfüllen, insbesondere in solitären Einrichtungen. Mit zunehmender Auslastung von Pflegeheimen und sinkenden zweckgebundenen Kapazitäten für Kurzzeit- und Verhinderungspflege wird es jedoch zunehmend schwieriger, freie Kurzzeitpflegeplätze zu finden. Zur Sicherstellung der ambulanten pflegerischen Versorgung ist es daher unbedingt erforderlich, die wirtschaftlichen Rahmenbedingungen für die Kurzzeitpflege zu verbessern.

2. Hintergrund und Ziel der Untersuchung

Die Sicherung der ambulanten pflegerischen Versorgung von Pflegebedürftigen in ihrer gewohnten häuslichen Umgebung ist ein wesentliches gesundheitspolitisches Ziel. Hier setzt die Kurzzeitpflege gemäß § 42 SGB XI an: Kann die häusliche Pflege nach einer stationären Behandlung des Pflegebedürftigen oder bei häuslichen Krisensituationen, z. B. bei Überlastung oder Erkrankung einer Pflegeperson, zeitweise nicht im erforderlichen Umfang sichergestellt werden, haben Pflegebedürftige Anspruch auf stationäre Kurzzeitpflege. Somit weist der Gesetzgeber der Kurzzeitpflege eine zentrale Weichenstellerfunktion innerhalb der pflegerischen Versorgungskette zu, die an entscheidender Stelle, z. B. der postakuten Versorgung angesiedelt ist. Darüber hinaus ist die Kurzzeitpflege ein unverzichtbarer Baustein zur Sicherung der ambulanten Versorgung pflegebedürftiger Personen, da sie vorübergehende Engpässe überbrückt und damit den grundsätzlichen Verbleib in der eigenen Häuslichkeit längerfristig ermöglicht.

In letzter Zeit häufen sich die Anzeichen für zunehmende Engpässe in der Kurzzeitpflege. Träger von Pflegeeinrichtungen berichten, dass sie sowohl aufgrund zunehmender Auslastung mit Dauerpflegegästen als auch infolge des Personalmanagements Kurzzeitpflegewünsche nicht erfüllen können. Teilweise werden auch Einrichtungen, die ausschließlich Kurzzeitpflege anbieten, aus wirtschaftlichen Gründen geschlossen. So finden Angehörige, Pflegeberater und Sozialdienste in Krankenhäusern immer öfter keinen Kurzzeitpflegeplatz in der Region. Vor diesem Hintergrund hat das MAGS diese vertiefte Untersuchung von Angebot und Nachfrage in der Kurzzeitpflege in NRW beauftragt.

Ziel der Studie war es, auf der Basis von Datenerhebungen und -analysen eine Bewertung zur Situation der Kurzzeitpflege in NRW abzugeben anhand derer sich beurteilen lässt, inwieweit derzeit und künftig eine bedarfsgerechte Versorgung in diesem Segment sichergestellt ist. Dafür wurde zunächst ein Überblick über die für die Kurzzeitpflege zur Verfügung stehenden Kapazitäten in NRW insgesamt sowie je Landkreis bzw. kreisfreie Stadt erstellt. Dem wurde eine Einschätzung zur Entwicklung der Nachfrage gegenübergestellt um zu ermitteln, ob die Kapazitäten derzeit/in naher Zukunft ausreichend sind. Weiterhin wurden die rechtlichen und wirtschaftlichen Rahmenbedingungen für die Anbieter der Kurzzeitpflege in NRW näher beleuchtet sowie Hinweise zur Qualität der Kurzzeitpflegeleistungen ausgewertet.

3. Charakterisierung der Kurzzeitpflege und bundesweite Entwicklungen

3.1 Spezifischer Charakter der Kurzzeitpflege

Die Versorgung von Pflegebedürftigen i. S. des SGB XI in Einrichtungen der Kurzzeitpflege erfolgt sowohl auf Grundlage von § 42 SGB XI Kurzzeitpflege (nach Krankenhausaufenthalten oder in häuslichen Krisensituationen) als auch von § 39 SGB XI Verhinderungspflege, jeweils zeitlich begrenzt auf acht bzw. sechs Wochen pro Kalenderjahr. In Abgrenzung zur Kurzzeitpflege nach § 42 SGB XI greift die „Verhinderungs- und Urlaubspflege“ zumeist bei pflegerischen Situationen, die nicht durch krisenhafte bzw. medizinisch und pflegerisch schwierige Akutsituationen, sondern durch Planbarkeit gekennzeichnet sind - die weitere häusliche Versorgung ist i. d. R. geklärt. Die Verhinderungspflege soll vorzugsweise als häusliche Ersatzpflege durch ambulant tätige Pflegekräfte erbracht werden. Sie kann aber auch in einer stationären Einrichtung durchgeführt werden. Es ist zulässig und auch gängige Praxis, dass Leistungen der Verhinderungs- und Kurzzeitpflege kombiniert werden, indem Pflegebedürftige, welche auf der Grundlage des § 42 SGB XI in eine Kurzzeitpflegeeinrichtung aufgenommen wurden, nach zeitlichem Ablauf des Leistungsanspruchs auf Kurzzeitpflege ihren Aufenthalt auf Grundlage des § 39 SGB XI verlängern.

Insofern ist festzuhalten, dass stationäre Kurzzeitpflegeplätze sowohl für die ergänzende Leistung „Kurzzeitpflege“ als auch für die „Verhinderungspflege“ genutzt werden, während im ambulanten Bereich ausschließlich „Verhinderungspflege“ angeboten werden kann (obwohl häufig auch dort von „Kurzzeitpflege“ gesprochen wird).

Seit 2016 haben zudem auch nicht pflegebedürftige Patienten (im Sinne des SGB XI) nach einem Krankenhausaufenthalt, nach einer ambulanten Operation oder nach einer ambulanten Krankenhausbehandlung Anspruch auf Kurzzeitpflege, wenn die Leistungen der häuslichen Krankenpflege nicht ausreichend sind (§ 39 c SGB V). Dies führt u. a. zu einer großen Heterogenität der in Einrichtungen der Kurzzeitpflege versorgten Pflegegäste und ihrer Versorgungsbedarfe.

Die Kurzzeitpflege stellt eine besondere pflegerische Versorgungsform dar, die sich stark von der Langzeitpflege unterscheidet: Kurzzeitpflegegäste kommen häufig aus Krisensituation oder nach einem Krankenhausaufenthalt und haben einen wesentlich höheren medizinischen Behandlungsbedarf als in der Langzeitpflege. Weiterhin müssen die Pflegekräfte aufgrund des zeitlich begrenzten Aufenthaltes des Kurzzeitpflegegastes einen hohen Anteil an Koordinierungs-, Abstimmungs- und Beratungsleistungen erbringen, da die Folgeversorgung oft noch nicht geklärt ist. Die Arbeit in der Kurzzeitpflege ist deshalb durch einen hohen Zeitdruck gekennzeichnet. Nicht zuletzt dieser führt auch dazu, dass Einrichtungen der Kurzzeitpflege über Personalmangel klagen.

Der Gesetzgeber hat konkrete Regelungen getroffen, die den spezifischen Charakter der Kurzzeitpflege als Leistung, die die ambulante Versorgung auf Dauer gewährleisten soll, unterstreichen:

- ♦ deren zeitliche Begrenzung („vorübergehend“, „acht Wochen pro Kalenderjahr“) sowie
- ♦ deren nachrangige Rolle („häusliche oder teilstationäre Pflege nicht möglich oder nicht ausreichend“).
- ♦ Weiterhin gibt es folgende Besonderheiten der Versorgung in der Kurzzeitpflege:
- ♦ Die Versorgung erfolgt nur übergangsweise, d. h. die Einrichtung muss bei Kurzzeitpflegefällen (i. d. R. nicht bei Verhinderungspflege) eine Folgeversorgung planen.
- ♦ Bei den Kurzzeitpflegegästen handelt es sich häufig um Menschen mit akutem Krankheitsgeschehen und entsprechend sehr hohem Bedarf an Behandlungspflege.
- ♦ Infolge des intensiven Pflege- und Betreuungsbedarfs sowie des häufigen Wechsels der Gäste ist der Zeitdruck in den Einrichtungen sehr hoch.
- ♦ Kurzzeitpflegegäste, die im Rahmen der Verhinderungspflege versorgt werden, kommen z. T. regelmäßig wieder.

3.2 Leistungen und Vergütung der Kurzzeitpflege

Die Kurzzeit- und Verhinderungspflege sind Leistungen, die die häusliche Pflege ergänzen und unter bestimmten Umständen vorübergehend ersetzen sollen. Kurzzeitpflegeleistungen werden nicht regelmäßig in Anspruch genommen, sondern anlassbezogen, d. h. stark in Abhängigkeit vom Gesundheitszustand (in Reaktion auf Akutereignisse) der pflegebedürftigen Person selbst, während Verhinderungspflege periodisch wiederkehrend genutzt wird und stärker vom pflegerischen Setting abhängt (Rothgang *et al.* 2016: 25).

Die **Leistungen** für Kurzzeitpflege für die Versicherten wurden mit den Reformgesetzen der letzten fünf Jahre sukzessive flexibilisiert und ausgeweitet: Neben der Anhebung von Leistungsbeträgen wurde auch die Anrechnung bei Pflegegeldempfängern verbessert. Seit dem 1. Januar 2015 können Pflegebedürftige und ihre Angehörigen zudem den ganzen Jahresbetrag, der ihnen für Verhinderungspflege zusteht, auch für Kurzzeitpflege verwenden.

Seit Januar 2017 stehen für Pflegebedürftige in den Pflegegraden 2 bis 5 pro Kalenderjahr 1.612 Euro für die Kurzzeitpflege für einen Zeitraum von bis zu acht Wochen zur Verfügung. Dieser Betrag kann um noch nicht verbrauchte Leistungsbeträge für Verhinderungspflege um max. den gleichen Betrag erhöht werden (auf insgesamt 3.224 Euro). Bei Pflegegeldempfängern erfolgt die Weiterzahlung des hälftigen Pflegegeldes bei Inanspruchnahme der Kurzzeitpflege für max. acht Wochen pro Jahr.

Die **Vergütungen** der Einrichtungen der Kurzzeitpflege setzen sich aus den Pflegesätzen (Entgelte für den pflegerischen Aufwand) und den Sätzen für Unterkunft und Verpflegung sowie Investitionen zusammen. Die durchschnittlichen Pflegesätze (bundesweit) sind im Zeitraum 2011 bis 2015 kontinuierlich gestiegen, die Entgelte für Unterkunft und Verpflegung sind dagegen leicht gesunken und für Investitionen fast konstant geblieben.

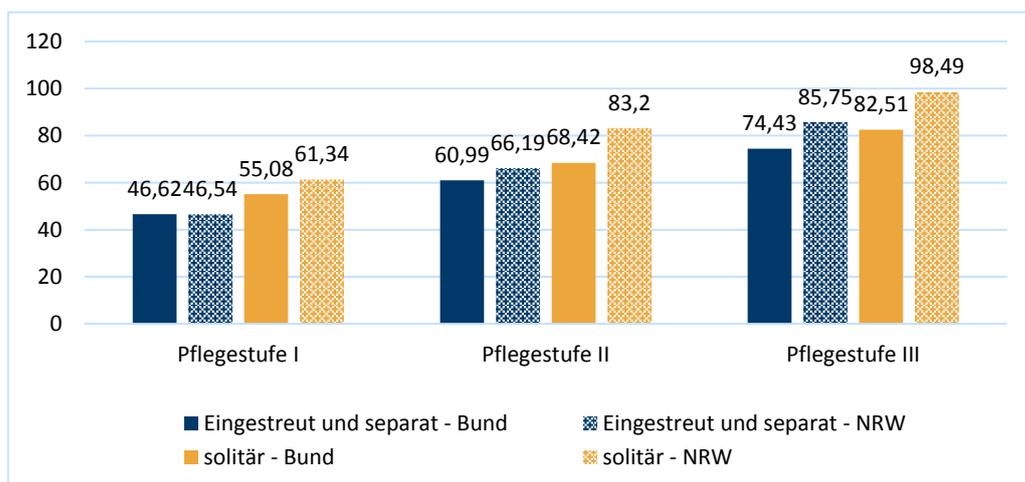
Der Vergleich der Sätze nach Art der Kurzzeitpflege (eingestreut/separat oder solitär) zeigt, dass die pflegebedingten Aufwendungen in solitären Einrichtungen deutlich höher vergütet werden als die Kurzzeitpflege mit Anbindung an die stationäre Dauerpflege (s. Tabelle 1). Die Investitionskosten fallen bei solitären Einrichtungen dagegen deutlich geringer aus.

Tabelle 1: Durchschnittliche Vergütungen Kurzzeitpflege 2015 (in Euro pro Tag) - Bund

Art der KZP	PS I	PS II	PS III	Unterkunft	Verpflegung	Investitionskosten
Eingestreut und separat	46,62	60,99	74,43	13,32	8,59	13,67
solitär	55,08	68,42	82,51	13,72	8,82	10,39

Quelle: Deutscher Bundestag 2016: 112f.

Abbildung 1: Durchschnittliche Pflegesätze 2015 Bund und NRW nach Art des Kurzzeitpflegeplatzes und Pflegestufe (in Euro pro Tag)



Quelle: Eigene Darstellung IGES auf Basis von Daten des Deutscher Bundestag 2016

Tabelle 2: Durchschnittliche Vergütungen Kurzzeitpflege 2015 (in Euro pro Tag) - NRW

Art der KZP	PS I	PS II	PS III	Unterkunft	Verpflegung	Investitionskosten
Eingestreu und separat	46,54	66,19	85,75	17,09	13,18	17,48
solitär	61,34	83,20	98,49	17,85	13,82	10,55

Quelle: Deutscher Bundestag 2016: 205f.

3.3 Entwicklung der Kapazitäten der Kurzzeitpflege bundesweit und in NRW

Wie aus der Abbildung 2 ersichtlich ist, entwickelt sich das Leistungsgeschehen in der Kurzzeitpflege bundesweit sehr dynamisch mit durchschnittlichen Zuwachsraten von 6,7 Prozent pro Jahr bei den Kurzzeitpflegegästen: Deren Zahl (stichtagsbezogen jeweils zum 15.12.) stieg von 8.500 im Jahr 1999 auf 24.000 im Jahr 2015.

Im Jahr 2015 haben etwa 500.000 Pflegebedürftige Kurzzeitpflege und etwa 1,3 Mio. pflegebedürftige Personen Verhinderungspflege in Anspruch genommen. Die Inanspruchnahme hat im Zeitraum 2011 und 2015 deutlich zugenommen - die Zahl der Leistungsbezieher der Kurzzeitpflege um rd. 35 Prozent und die Zahl der Leistungsbezieher von Verhinderungspflege sogar um gut 100 Prozent (Deutscher Bundestag 2016: 82). Die Nutzung der Kurzzeitpflege erfolgt monatlich nur bei 1,6 % bis 1,7 % der Pflegegeldempfänger und kommt bei den Pflegesachleistungsempfängern mit 5,0 % bis 5,4 % deutlich häufiger vor (Rothgang *et al.* 2016: 199).

Eine Kurzzeitpflege innerhalb eines bestehenden ambulanten Pflegearrangements wird im Anschluss nur zu gut der Hälfte wieder mit einem ambulanten Setting weitergeführt (Barmer GEK 2016: 200).

Als schwierig erweist sich die Ermittlung der Kapazitäten in der Kurzzeitpflege. Diese sind in drei Kategorien zu unterteilen:

1. **solitäre** Kurzzeitpflegeplätze: in Einrichtungen, die ausschließlich Kurzzeitpflege anbieten,
2. **separate bzw. angebundene** Kurzzeitpflegeplätze: als gesonderte Abteilung und nur für Kurzzeitpflegeleistungen zur Verfügung stehende Plätze (feste Zweckbestimmung) in Einrichtungen, die auch stationäre Dauerpflege anbieten,
3. **eingestreuete** Kurzzeitpflegeplätze: Plätze in Einrichtungen der stationären Dauerpflege, die flexibel auch für Kurzzeitpflege genutzt werden können.

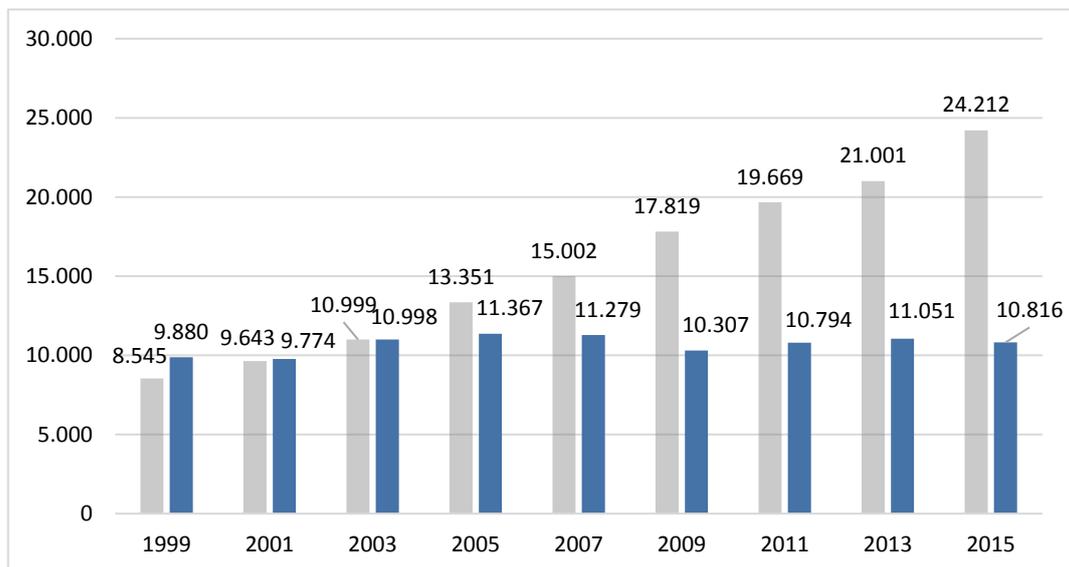
Die Pflegestatistik erfasst nur die Anzahl der ausschließlich für die Kurzzeitpflege vorgehaltenen Plätze. Diese liegt im Zeitraum 2003 bis 2015 fast unverändert bei rund 11.000 (siehe Abbildung 2).

2015 wurden laut Verband der Ersatzkassen (vdek) bundesweit 7.215 Plätze für die Kurzzeitpflege in Solitäreinrichtungen verzeichnet. Entsprechend der Meldungen der Landesverbände der Pflegekassen hat die Anzahl der Versorgungsverträge mit

solitären Kurzzeitpflegeeinrichtungen bundesweit abgenommen (2011: 597 Einrichtungen, 2015: 554 Einrichtungen) (Deutscher Bundestag 2016: 104).

Hinzu kommen allerdings noch die eingestreuten Plätze in vollstationären Dauerpflegeeinrichtungen, die flexibel für Kurzzeitpflegegäste eingesetzt werden können. Die Zahl der entsprechenden Verträge wird erst seit 2013 gesondert erfasst und ist bis 2015 gestiegen: (2013: 8.147 Einrichtungen, 2015: 8.416 Einrichtungen). 2013 gab es nach Angaben der Einrichtungen bundesweit über 33.000 eingestreute Kurzzeitpflegeplätze.

Abbildung 2: Entwicklung der Zahl der Kurzzeitpflegegäste (linke Säule, stichtagsbezogen) und der Kurzzeitpflegeplätze (rechte Säule) 1999 bis 2015 in Deutschland

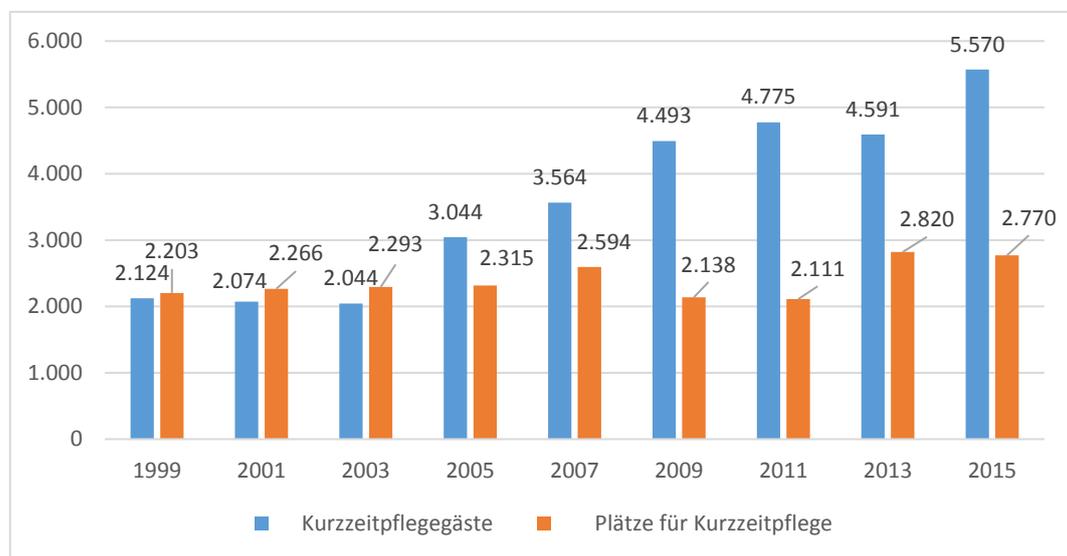


Quelle: Darstellung IGES Institut, Daten Pflegestatistik 2015, Statistisches Bundesamt.

Die Struktur der Kurzzeitpflege ist in den einzelnen Bundesländern unterschiedlich: In Berlin und Sachsen wird diese fast ausschließlich in solitären Kurzzeitpflegeeinrichtungen erbracht, dagegen in Hamburg und Schleswig-Holstein nur in eingestreuten Betten und gesonderten Abteilungen (ebd.).

Mit Blick auf Nordrhein-Westfalen ergibt sich ein ähnliches Bild (s. Abbildung 3). Auch hier steigt die Zahl der Kurzzeitpflegegäste (stichtagsbezogen zum 15.12.) kontinuierlich mit einer durchschnittlichen Rate von 6,2 Prozent pro Jahr an. Die Anzahl der ausschließlich für die Kurzzeitpflege vorgehaltenen Plätze hat sich seit 1999 allerdings zumindest um 25 Prozent erhöht – auf ca. 2.700 Plätze 2015.

Abbildung 3: Entwicklung der Zahl der Kurzzeitpflegegäste (linke Säule, stichtagsbezogen) und der Kurzzeitpflegeplätze (rechte Säule) 1999 bis 2015 in Nordrhein-Westfalen



Quelle: Darstellung IGES Institut, Daten Pflegestatistik 2015, Statistisches Bundesamt.

Auch in Nordrhein-Westfalen lag die Zahl der am 15.12.2015 versorgten Kurzzeitpflegegäste ungefähr doppelt so hoch wie die dauerhaft für diese Klientel vorgehaltenen Plätze, so dass rund 2.800 Personen in eingestreuten Betten versorgt wurden.

4. Rechtlicher Rahmen für die Kurzzeitpflege in NRW

4.1 Formen der Kurzzeitpflege

In der Praxis werden Kurzzeitpflegeplätze in verschiedenen Formen angeboten:

- ♦ eingestreute Kurzzeitpflegeplätze in vollstationären Pflegeeinrichtungen
- ♦ separate Kurzzeitpflegeplätze in vollstationären Pflegeeinrichtungen
- ♦ Solitäre Kurzzeitpflegeeinrichtungen

Eingestreute Kurzzeitpflegeplätze werden räumlich und organisatorisch in Kombination mit dem Betrieb einer vollstationären Pflegeeinrichtung vorgehalten. Die Plätze der Pflegeeinrichtung stehen wahlweise für die Kurzzeitpflege oder vollstationäre Pflege zur Verfügung; mit steigender Auslastung im vollstationären Bereich sinkt das Angebot von Kurzzeitpflegeplätzen.

Das Angebot sog. separater Kurzzeitpflegeplätze ist in der Praxis nicht einheitlich geregelt. In der Regel handelt es sich um räumlich von dem Betrieb einer vollstationären Pflegeeinrichtung separierte Kurzzeitpflegeplätze in einem gesonderten Wohnbereich bzw. einer Abteilung. Die Pflegeplätze stehen in der Regel nur Kurzzeitpflegebewohnern zur Verfügung; organisatorisch sind sie meist Teil der vollstationären Pflegeeinrichtung.

Solitäre Kurzzeitpflegeeinrichtungen sind selbstständig wirtschaftende Einrichtungen, die unter ständiger Verantwortung einer ausgebildeten Pflegefachkraft stehen und ausschließlich Kurzzeitpflegegäste aufnehmen.

4.2 Bewohner

Die Kurzzeitpflege ist ein wesentlicher Baustein der ambulanten Versorgungsstruktur und soll u. a. dem Vorrang der häuslichen Pflege dienen. Anspruch auf Leistungen der Kurzzeitpflege haben nur Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 (§ 42 Abs. 1 SGB XI).

Klassischer Fall für den Leistungsanspruch von Kurzzeitpflegeleistungen ist, wenn die häusliche Pflege zeitweise nicht oder nicht im erforderlichen Umfang erbracht werden kann (§ 42 SGB XI). Dies gilt in der Regel für eine Übergangszeit im Anschluss an eine stationäre Behandlung des Pflegebedürftigen oder in sonstigen Krisensituationen.

Zudem können, wenn z. B. Angehörige wegen Urlaub, Krankheit oder aus anderen Gründen an der Pflege gehindert sind, über die Verhinderungspflege (§ 39 SGB XI) ebenfalls Leistungen der Kurzzeitpflege in Anspruch genommen werden.

Mit dem Krankenhausstrukturgesetz (KHSG; § 39 c SGB V) wurde der Leistungsanspruch auf Kurzzeitpflege erweitert. Wenn bei schwerer Krankheit oder wegen einer akuten Verschlimmerung der Krankheit Leistungen der häuslichen Krankenpflege nicht ausreichen, gewährt die Krankenkasse bei fehlender

Pflegebedürftigkeit für eine Übergangszeit Kurzzeitpflegeleistungen nach den Bestimmungen des § 42 SGB XI.

Die Leistungen der Pflegeversicherung für Kurzzeitpflege sind auf bis zu acht Wochen pro Kalenderjahr beschränkt. Die Pflegekasse übernimmt die pflegebedingten Aufwendungen einschließlich der Aufwendungen für Betreuung sowie die Aufwendungen für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege bis zu dem Gesamtbetrag von 1.612 Euro im Kalenderjahr. Der Leistungsbetrag kann um bis zu 1.612 Euro aus noch nicht in Anspruch genommenen Mitteln der Verhinderungspflege auf bis zu 3.224 Euro im Kalenderjahr erhöht werden (§ 42 Abs. 2 SGB XI).

Im Vergleich werden für Pflegebedürftige, die dauerhaft in vollstationären Pflegeeinrichtungen leben, deutlich höhere Leistungsbeträge je Kalendermonat (§ 43 Abs. 2 SGB XI) wie folgt gewährt:

- ♦ für Pflegebedürftige mit Pflegegrad 2: 770 Euro
- ♦ für Pflegebedürftige mit Pflegegrad 3: 1.262 Euro
- ♦ für Pflegebedürftige mit Pflegegrad 4: 1.775 Euro
- ♦ für Pflegebedürftige mit Pflegegrad 5: 2.005 Euro

Pflegebedürftige des Pflegegrades 1 erhalten bei vollstationärer Dauerpflege lediglich einen Zuschuss in Höhe von 125 Euro monatlich (§ 43 Abs. 3 SGB XI).

Folgendes Zahlenbeispiel, entnommen aus dem Pflege-Navigator der AOK (www.pflege-navigator.de) verdeutlicht, dass ein Aufenthalt in der Kurzzeitpflege im Vergleich zur Dauerpflege für die Pflegebedürftigen vergleichsweise teuer ist:

Im ASB Alten- und Pflegeheim Köln GmbH beträgt der vom Pflegebedürftigen zu zahlende Eigenanteil für 30 Tage Kurzzeitpflege 1.664 Euro und für einen Monat Dauerpflege 2.060 Euro. Bei letzterer sind die Lebenshaltungskosten damit abgegolten, während der Kurzzeitpflegegast zusätzlich seine monatliche Miete zahlen muss.

Besonders gravierend sind die Unterschiede bei Personen nach § 39 c SGB V, die ohne pflegebedürftig zu sein allein durch die Art der temporären Versorgung in das Teilkostenerstattungssystem der Pflegeversicherung rutschen: Würden sie beispielweise 10 Tage länger im Krankenhaus bleiben, zahlen sie max. 10 Euro pro Tag dazu (für max. insgesamt 28 Tage, danach keine Zuzahlung mehr). Verbringen sie diese 10 Tage in der Kurzzeitpflege, beträgt der zu zahlende Eigenanteil am Beispiel des eher kostengünstigen ASB Alten- und Pflegeheim Köln GmbH 422,60 Euro. Für einen durchschnittlichen Kurzzeitpflegeaufenthalt von 21 Tagen fallen demnach rund 900 bis 1.000 Euro Eigenanteil für die Patienten an. Aufgrund noch vereinzelt bestehender Unklarheiten bezgl. der Kostenübernahme durch die Krankenkassen sowie schlechter Erfahrungen bei der Bezahlung des Eigenanteils verlangen einzelne KZP-Einrichtungen eine Vorab-Überweisung des Eigenanteils, wie z. B. aus Essen berichtet wurde (vgl. Kapitel 8.3.13).

4.3 Bauliche Anforderungen

Die zu erfüllenden baulichen Anforderungen ergeben sich insbesondere aus dem Wohn- und Teilhabegesetz (WTG) sowie der hierzu erlassenen Verordnung zur Durchführung des Wohn- und Teilhabegesetzes (WTG-DVO).

Kurzzeitpflegeeinrichtungen (§ 36 WTG) sowie Bestandseinrichtungen mit umfassendem Leistungsangebot (§ 18 WTG) haben besondere Anforderungen an die Wohnqualität zu erfüllen. Zum Schutz der Privatsphäre der Pflegebedürftigen haben Bestandseinrichtungen künftig eine Einzelzimmerquote von mindestens 80 % vorzuhalten sowie hinsichtlich der Sanitärräume bestimmte Voraussetzungen zu erfüllen (vgl. § 20 WTG NRW). In neu errichteten Einrichtungen gilt grundsätzlich eine Einzelzimmerquote von 100 % (vgl. § 20 Abs. 3 S. 3 WTG).

Die nach dem WTG geltenden Anforderungen an Bestandseinrichtungen sind spätestens bis zum 31. Juli 2018 umzusetzen (§ 47 Abs. 3 WTG). Soweit die Anforderungen nicht fristgerecht umgesetzt werden, ist aktuell ein Belegungsstopp für die nicht WTG-konformen Plätze geplant.

Nach dem jüngsten Erlass des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales vom 26. Oktober 2017 können Bestandseinrichtungen auf Antrag Ausnahmegenehmigungen im Zusammenhang mit nicht fristgerecht durchgeführten Modernisierungsverpflichtungen erteilt werden. Ausnahmegenehmigungen für solitäre und separate Kurzzeitpflegeeinrichtungen sind dauerhaft zu erteilen.

Noch nicht modernisierte vollstationäre Bestandseinrichtungen mit umfassendem Leistungsangebot können auf Antrag die Plätze in Doppelzimmern ausschließlich für die Kurzzeitpflege nutzen, wobei deren Nutzung nicht als eingestreute Kurzzeitpflegeplätze qualifiziert werden darf. Derartige Ausnahmegenehmigungen sind bis zum 31. Juli 2021 zu befristen.

4.4 Personelle Ausstattung

Die personelle Ausstattung stationärer Pflegeeinrichtungen richtet sich nach dem WTG bzw. der WTG-DVO sowie unter Finanzierungsgesichtspunkten nach den Festlegungen des Grundsatzausschusses gemäß Rahmenvertrag nach § 75 Abs. 1 SGB XI in Nordrhein-Westfalen. Die festgelegten sogenannten Personalanhaltewerte gelten ebenfalls für solitäre Kurzzeitpflegeeinrichtungen. In den Jahren 2015 und 2016 galten folgende Personalanhaltewerte:

Tabelle 3: Personalanhaltewerte in Nordrhein-Westfalen

Leitung	Basis: ≤ 50 Plätze = 0,5 VK Basis: $> 50 - 150$ Plätze = 1,0 VK ab 151-250 Plätze 1: 50 ab 251 Plätze 1: 150
Verwaltung	1: 40 Plätze
Pforte/Telefon	1: 100 Plätze
Hausmeister	1: 100 Plätze
Pflegedienst (einschl. Pflegedienstleitung) - Fachkräfte - Hilfskräfte	PS 0: 8,00 Pflegebedürftige PS 1: 4,00 Pflegebedürftige PS 2: 2,50 Pflegebedürftige PS 3: 1,80 Pflegebedürftige
Sozialer Dienst	Basis: 0,5 VK 1: 59,2 Plätze
Küche/Hauswirtschaft Wäscherei	bis 50 Plätze 1: 7,3 (+ Basis: 1,0 VK) ab 51-100 Plätze 1: 7,3 (+ Basis: 0,5 VK) 1: 38,5 Plätze

Quelle: Eigene Darstellung

Mit Ausnahme der Personalanhaltewerte für den Pflegedienst beziehen sich die übrigen Personalanhaltewerte auf die Platzzahl einer Pflegeeinrichtung. Im Bereich der Pflege beziehen sich die Personalanhaltewerte auf die jeweils aktuelle Anzahl der Bewohner und deren Grad der Pflegebedürftigkeit. Die in Vollzeitäquivalenten angegebenen Personalanhaltewerte umfassen die Bruttoarbeitszeit, also auch Urlaub, Feiertage, Krankheits- und Fortbildungszeiten.

Die Personalanhaltewerte finden auch im Zuge der Überprüfungen durch den MDK bzw. der Heimaufsichtsbehörden Anwendung.

Bei einer beispielhaften Belegung von jeweils drei Bewohnern in den Pflegestufen I, II und III ergibt sich mathematisch eine refinanzierte Personalmenge in der Pflege von 3,62 Vollzeitbeschäftigten.

◆ Pflegestufe 0:	0 Bewohner: 8,0	=	0,00
◆ Pflegestufe 1:	3 Bewohner: 4,0	=	0,75
◆ Pflegestufe 2:	3 Bewohner: 2,5	=	1,20
◆ Pflegestufe 3:	3 Bewohner: 1,8	=	<u>1,67</u>
			<u><u>3,62</u></u>

Im Zuge der Umsetzung des PSG II wurden die vorstehend genannten Personalanhaltewerte für neue Einrichtungen im Bereich der Pflege wie folgt ersetzt:

◆ Pflegegrad 1:	1 zu 8,00	Pflegegrad 2:	1 zu 4,60
◆ Pflegegrad 3:	1 zu 3,05	Pflegegrad 4:	1 zu 2,24
◆ Pflegegrad 5:	1 zu 2,00		

4.5 Refinanzierung operativer Bereich

Für die Unterbringung in Kurzzeitpflegeeinrichtungen hat der Pflegebedürftige entsprechend der Versorgung in einer vollstationären Pflegeeinrichtung ein Heim-entgelt zu entrichten. Das insgesamt zu entrichtende Entgelt setzt sich aus folgenden Bestandteilen zusammen:

- ♦ Pflegebedingte Aufwendungen in Form eines nach Pflegestufen/Pflegegraden differenzierten Pflegesatzes
- ♦ Unterkunft und Verpflegung, unabhängig von Pflegestufe/Pflegegrad
- ♦ Ausbildungsumlage, unabhängig von Pflegestufe/Pflegegrad
- ♦ Investitionskostensatz, unabhängig von Pflegestufe/Pflegegrad

Die Bestandteile des Heimentgeltes für Pflege sowie Unterkunft und Verpflegung werden im Rahmen einer Pflegesatzverhandlung (§ 85 SGB XI) mit den Kostenträgern für einen prospektiven Zeitraum vereinbart.

Zum Verständnis der wirtschaftlichen Rahmenbedingungen wird nachfolgend das in NRW zur Anwendung kommende Kalkulationsschema zur Ermittlung der Pflegesätze sowie des Tagessatzes für Unterkunft und Verpflegung erläutert.

Die Antragsunterlagen umfassen in einem ersten Schritt allgemeine Angaben zur Einrichtung, z. B. Träger, Anzahl der Plätze usw. Ferner sind die aktuell vereinbarten Vergütungssätze und die tatsächlich erzielten Umsatzerlöse aus den Pflegesätzen sowie der Unterkunft und Verpflegung für die beiden vorangegangenen Geschäftsjahre (ggfs. für das letzte Geschäftsjahr im Wege einer Hochrechnung) anzugeben (vgl. nachfolgende Abbildungen).

Abbildung 4: Gemeinsamer Nachweis (Allgemeine Angaben, Vergütungssätze, Erlöse)

**Eingabe der Daten für den
Gemeinsamen Nachweis gemäß § 85 Absatz 3 SGB XI für vollstationäre
Pflegeeinrichtungen in NRW**

Name und Anschrift der Einrichtung		Name und Anschrift des Trägers	
	vollstationäre Einrichtung	Mitglied im (Verband)	
	solitäre Kurzzeitpflegeeinrichtung	Zahl der Normalplätze	
	Spezialeinrichtung	davon eingestreute Kurzzeitpflegeplätze	
	Institutionskennzeichen		
<input type="checkbox"/> Pauschale Fortschreibung?			

I. Vergütungssätze

zurückliegender Zeitraum	bitte Eingaben zu jeweiligen Geschäftsjahren bzw. Laufzeiten		Vorschlag der Einrichtung
	2015	2016	
	bei unterjährigen Vergütungssätzen die Laufzeiten angeben		
Laufzeit von = Laufzeit bis =			Vereinbarungszeitraum
Heimbewohner (Alt A)			
Pflegeklasse 0			
Pflegeklasse I			
Pflegeklasse II			
Pflegeklasse III			
Basiswert für Unterkunft und Verpflegung			
Unterkunft			
Verpflegung			
V bei Sondennahrung			
nachrichtlich: Investitionskosten (Mehrbettzimmer)			

II. Erlöse

	2015	2016	2016
Erlöse aus FiBu oder ggf. zu III. Belegung kompatibel angeben	abgeschlossenes Geschäftsjahr	entweder abgeschlossenes Geschäftsjahr	oder Hochrechnung
aus Pflegesätzen			
aus Unterkunft/Verpflegung			
ggf. aus sonstigen Erlösen			

Quelle: Kalkulationsvorlage Pflege NRW

Ausgehend von der bisherigen tatsächlichen Belegungsstruktur der beiden vorherigen Geschäftsjahre wird eine prospektive Belegungsstruktur für den Vergütungszeitraum vereinbart. In diesem Zusammenhang ist allerdings anzumerken, dass für Zwecke der Kalkulation im Regelfall seitens der Kostenträger unabhängig von der tatsächlichen Auslastung prospektiv eine 90,0 %ige Auslastungsquote (bei vollstationären Pflegeeinrichtungen 98,0 %) unterstellt wird.

Abbildung 5: Gemeinsamer Nachweis (Belegung)

III. Belegung				
zurückliegender Zeitraum:				
Geschäftsjahr:		2015	abgeschlossenes Geschäftsjahr	
Platzzahl für diesen Zeitraum:		Anwesenheitstage	Abwesenheitstage	
Heimbewohner (Alt A)				
Pflegeklasse 0				
Pflegeklasse I				
Pflegeklasse II				
Pflegeklasse III				
Härfefälle				
Belegungstage Bewohner mit Sondennahrung gem. Empfehlung Grundsatzausschuss				
2016				
Platzzahl für diesen Zeitraum:	12	Anwesenheitstage	Abwesenheitstage	
Heimbewohner (Alt A)				
Pflegeklasse 0				
Pflegeklasse I				
Pflegeklasse II				
Pflegeklasse III				
Härfefälle				
Belegungstage Bewohner mit Sondennahrung gem. Empfehlung Grundsatzausschuss				
Belegung				
prospektive Kalkulation für ein Geschäftsjahr				
Platzzahl für diesen Zeitraum:		Anwesenheitstage	Abwesenheitstage	
Heimbewohner (Alt A)				
Pflegeklasse 0				
Pflegeklasse I				
Pflegeklasse II				
Pflegeklasse III				
Härfefälle				
Auslastung				

Quelle: Kalkulationsvorlage Pflege NRW

Ausgehend von der prospektiv zugrunde gelegten Auslastungsquote und Belegungsstruktur wird unter Berücksichtigung der vorstehend dargelegten Personalanhaltewerte ein Soll-Stellenplan ermittelt, und im Idealfall unter Berücksichtigung der tatsächlich angefallenen Aufwendungen je Vollkraft in der Vergangenheit sowie einer prozentualen Fortschreibung ein Personalkostenbudget errechnet. Für die Kalkulation der relevanten Sachkosten gelten unter Berücksichtigung der in der Vergangenheit angefallenen Aufwendungen vergleichbare Regelungen. Die Kalkulation muss unter Berücksichtigung von Tariferhöhungen oder Sachkostensteigerungsrate nachvollziehbar sein.

Abbildung 6: Gemeinsamer Nachweis (Personalkosten)

Personalkosten		2015	2016	prospektiver Zeitraum
		abgeschlossenes Geschäftsjahr	abgeschlossenes Geschäftsjahr	Kalkulation
Leitung der Pflegeeinrichtung	Anzahl VK			
Verwaltungsdienst	Anzahl VK			
Jahressumme in Euro				
Pforte / Telefon	Anzahl VK			
Hausmeister (ohne Instandhaltung)	Anzahl VK			
Jahressumme in Euro				
exam. Pflegekräfte (3-jährige)	Anzahl VK			
Pflegehelfer(innen) / Hilfskräfte	Anzahl VK			
soziale Betreuung	Anzahl VK			
Jahressumme in Euro				
Küche	Anzahl VK			
Hauswirtschaft	Anzahl VK			
Wäscherei	Anzahl VK			
Jahressumme in Euro				

Quelle: Kalkulationsvorlage Pflege NRW

Abbildung 7: Gemeinsamer Nachweis (Sachkosten)

Sachkosten		2015	2016	prospektiver Zeitraum
		abgeschlossenes Geschäftsjahr	abgeschlossenes Geschäftsjahr	Kalkulation
Lebensmittel (incl. Getränke)				
Wasser, Energie, Brennstoffe				
Wirtschaftsbedarf				
Fahrzeuge				
Soziale Betreuung				
Med.-pflegerischer Bedarf				
Verwaltungsbedarf				
Steuern / Abgaben / Versicherungen				
Wartung (ohne Instandhaltung)				
Qualitätssicherung				

Quelle: Kalkulationsvorlage Pflege NRW

Durch Multiplikation der rechnerischen Personalmenge (Soll-Stellenplan) mit den angesetzten durchschnittlichen Personalkosten in der jeweiligen Dienstart je Vollzeitbeschäftigten (= Personalkostenbudget) sowie infolge der Fortschreibung/Erhöhung der Sachkosten (= Sachkostenbudget) ergibt sich ein Plankostenbudget.

Das Personalkostenbudget wird hinsichtlich der Dienstarten Pflege und Sozialer Dienst zu 100 % sowie bezüglich der Dienstarten Leitung, Verwaltung, Pforte/Telefon und Hausmeister zu 50 % sowie erfahrungsgemäß rd. 25 % des Sachkostenbudgets anhand der voraussichtlichen Belegungsstruktur mittels einer Äquivalenzziffernkalkulation auf die Pflegesätze verteilt. Das verbleibende Personal- und Sachkostenbudget wird im Rahmen einer Divisionskalkulation als Tagessatz für Unterkunft und Verpflegung ermittelt.

Seit Einführung der Pflegegrade in Folge des PSG II sowie der Vereinbarung eines einrichtungsbezogenen Eigenanteils (EEE) hat sich an den Kalkulationsgrundlagen grundsätzlich nichts geändert.

Wird im laufenden Betrieb die vereinbarte Belegungsstruktur sowie Auslastungsquote von 90,0 % erreicht, entsprechen die über die Pflegesätze sowie über den Tagessatz für Unterkunft und Verpflegung abgerechneten Umsatzerlöse dem Plankostenbudget.

Die Finanzierung der Ausbildung im Bereich Pflege erfolgt durch ein Umlageverfahren nach § 82 a Abs. 3 SGB XI. Die Höhe des Umlagebetrages wird jährlich durch Beschluss des Grundsatzausschusses gemäß Rahmenvertrag nach § 75 Abs. 1 SGB XI in Nordrhein-Westfalen festgelegt.

Im Gegensatz zur Vergütung der stationären Dauerpflege gibt es für die Kurzzeitpflege einige Besonderheiten, die deren wirtschaftliche Situation erschweren: Am Entlasstag wird für KZP-Fälle keine Vergütung gezahlt, obwohl die Einrichtung mindestens die morgendliche Versorgung übernimmt. Bei Krankenhausaufenthalten während der Kurzzeitpflege werden die „Fehltage“ ebenfalls nicht vergütet, während das Pflegeheim für Abwesenheitstage eine anteilige Vergütung erhält. Entlasstage gelten dort als Anwesenheitstage.

4.6 Refinanzierung investiver Bereich

Welche Kosten zu den relevanten Investitionskosten zählen, wird grundsätzlich in § 82 Abs. 2 SGB XI gesetzlich festgelegt. Grundsätzlich handelt es sich hierbei um die um öffentlich geförderte Zuschüsse gekürzten Kosten

- ♦ für die Herstellung, Anschaffung, Wiederbeschaffung, Ergänzung, Instandhaltung und Instandsetzung der für den Betrieb einer Einrichtung notwendigen Gebäude und sonstigen Anlagegüter sowie deren Kapitalkosten,
 - ♦ für den Erwerb und die Erschließung von Grundstücken,
 - ♦ für Miete, Pacht, Erbbauzins, Nutzung oder Mitbenutzung von Grundstücken, Gebäuden oder sonstigen Anlagegütern,
-

- ♦ für den Anlauf oder die innerbetriebliche Umstellung von Pflegeeinrichtungen,
- ♦ für die Schließung von Pflegeeinrichtungen oder ihre Umstellung auf andere Aufgaben.

Weitere Einzelheiten, insbesondere zu Art, Höhe und Laufzeit sowie die Verteilung der gesondert berechenbaren Aufwendungen auf die Pflegebedürftigen einschließlich der Berücksichtigung sowie der zugrunde zu legenden Belegungsquote, wird durch Landesrecht bestimmt.

Am 16. Oktober 2014 ist das Gesetz zur Entwicklung und Stärkung einer demographiefesten, teilhabeorientierten Infrastruktur und zur Weiterentwicklung und Sicherung der Qualität von Wohn- und Betreuungsangeboten für ältere Menschen, Menschen mit Behinderungen und ihre Angehörigen (GEPA NRW) in Kraft getreten. Es umfasst das Wohn- und Teilhabegesetz NRW (WTG NRW) und das Alten- und Pflegegesetz Nordrhein-Westfalen (APG NRW). Zudem wurden Durchführungsverordnungen zum APG (APG DVO NRW) und zum WTG (WTG DVO) erlassen.

Die abrechenbaren Investitionskosten einer solitären Kurzzeitpflegeeinrichtung (und im Regelfall auch die einer separaten Kurzzeitpflegeeinrichtung) ergeben sich aus den auf Grundlage nach § 12 APG DVO festgesetzten Abrechnungssätzen. Die Investitionskostensätze für eingestreute Kurzzeitpflegeplätze bestimmen sich nach den für die vollstationäre Pflegeeinrichtung festgesetzten Abrechnungssätzen.

Den Bewohnern der Kurzzeitpflege steht entsprechend § 13 APG i. V. m. §§ 17 ff. APG DVO ein Aufwendungszuschuss (Subjektförderung) in Höhe der festgesetzten Abrechnungssätzen zu. Anzumerken ist, dass es sich beim Aufwendungszuschuss nicht um Pflegegeld i. S. V. § 14 APG handelt.

Ferner ist darauf hinzuweisen, dass in der Praxis die abrechnungsfähigen Investitionskosten im Vergleich zu neu errichteten Einrichtungen im Regelfall günstiger sind. Dies ist darauf zurückzuführen, dass die in der Vergangenheit neu eröffneten solitären (und separaten) Kurzzeitpflegeeinrichtungen oftmals noch im Wege einer Objektförderung hinsichtlich ihrer Investitionskosten gefördert worden sind.

5. Wirtschaftliche Rahmenbedingungen für Anbieter von Kurzzeitpflegeleistungen in NRW

Um eine Kurzzeitpflegeeinrichtung betriebswirtschaftlich betreiben zu können, sind vielfältige Rahmenbedingungen zu beachten. Hierzu zählen unter anderem, wie bereits im vorstehenden Kapitel ausgeführt, das Erreichen der vereinbarten Auslastungsquote sowie die Einhaltung der verhandelten Personalanhaltewerte entsprechend der schwankenden Belegungsstruktur nach Pflegestufen bzw. -graden.

Anknüpfend an die rechtlichen Grundlagen wurden zur Darstellung wirtschaftlicher Fragestellungen drei Kurzzeitpflegeeinrichtungen in NRW für 2016 und 2015 exemplarisch untersucht. Die Strukturdaten dieser Kurzzeitpflegeeinrichtungen werden in der nachfolgenden Tabelle 4 kurz dargestellt.

Tabelle 4: Exemplarische Pflegeeinrichtungen

Einrichtung A	<ul style="list-style-type: none"> - Solitäre Kurzzeitpflegeeinrichtung - 7 Plätze - Auslastungsquote im Jahresdurchschnitt für 2015: 69,8 % - Auslastungsquote im Jahresdurchschnitt für 2016: 73,6 % - Pflegesätze <ul style="list-style-type: none"> • Pflegestufe 0: 27,41 Euro • Pflegestufe 1: 45,38 Euro • Pflegestufe 2: 66,97 Euro • Pflegestufe 3: 83,02 Euro (Härtefall: 95,61 Euro) - Tagessatz für Unterkunft und Verpflegung: 28,75 Euro
Einrichtung B	<ul style="list-style-type: none"> - Separate Kurzzeitpflegeeinrichtung - 17 Plätze - Auslastungsquote im Jahresdurchschnitt für 2015: 72,5 % - Auslastungsquote im Jahresdurchschnitt für 2016: 66,3 % - Pflegesätze <ul style="list-style-type: none"> • Pflegestufe 0: 30,29 Euro • Pflegestufe 1: 48,33 Euro • Pflegestufe 2: 70,04 Euro • Pflegestufe 3: 92,52 Euro (Härtefall: 105,11 Euro) - Tagessatz für Unterkunft und Verpflegung: 32,67 Euro

Einrichtung C	<ul style="list-style-type: none">- Solitäre Kurzzeitpflegeeinrichtung- 15 Plätze- Auslastungsquote im Jahresdurchschnitt für 2015: 96,5 %- Auslastungsquote im Jahresdurchschnitt für 2016: 92,8 %- Pflegesätze<ul style="list-style-type: none">• Pflegestufe 0: 75,66 Euro• Pflegestufe 1: 86,68 Euro• Pflegestufe 2: 97,69 Euro• Pflegestufe 3: 116,87 Euro (Härtefall: 129,46 Euro)- Tagessatz für Unterkunft und Verpflegung: 33,74 Euro
----------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Quelle: Eigene Darstellung

Die Berechnungen beschränkten sich auf die Geschäftsjahre 2015 und 2016.

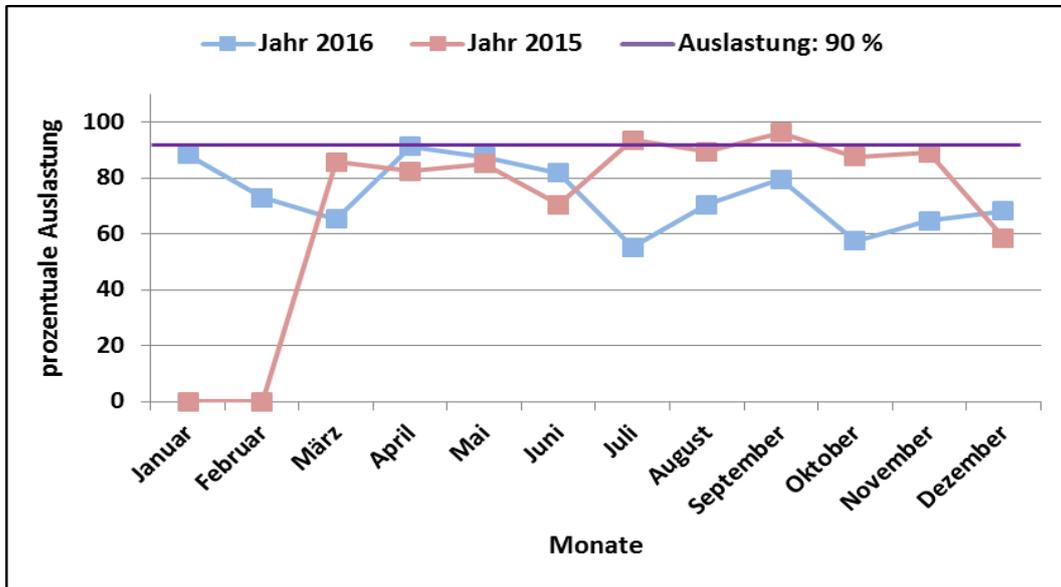
5.1 Einrichtung A (solitär)

Nachfolgend wird die monatliche Auslastung der Pflegeeinrichtung für den Untersuchungszeitraum dargelegt. Im Gegensatz zu einer vollstationären Pflegeeinrichtung ist die Belegung in einer Kurzzeitpflegeeinrichtung erfahrungsgemäß starken Schwankungen ausgesetzt.

Bei einem Vergleich der tatsächlichen Auslastungsquoten in den Jahren 2015 und 2016 mit der angenommenen 90 %-igen Auslastungsquote wird deutlich, dass die Auslastung nur in wenigen Monaten oberhalb der 90 %-Grenze gelegen hat.

Im Jahresdurchschnitt für 2016 bzw. 2015 erreichte die Pflegeeinrichtung eine Auslastungsquote von 73,6 % bzw. 69,8 %. Somit waren in 2016 bzw. 2015 von den 7 Plätzen im Jahresdurchschnitt rd. 5,2 bzw. rd. 4,9 Plätze belegt. Zur Erreichung einer Auslastungsquote von durchschnittlich 90 % sind rd. 6,3 Plätze dauerhaft zu belegen (vgl. Abbildung 8).

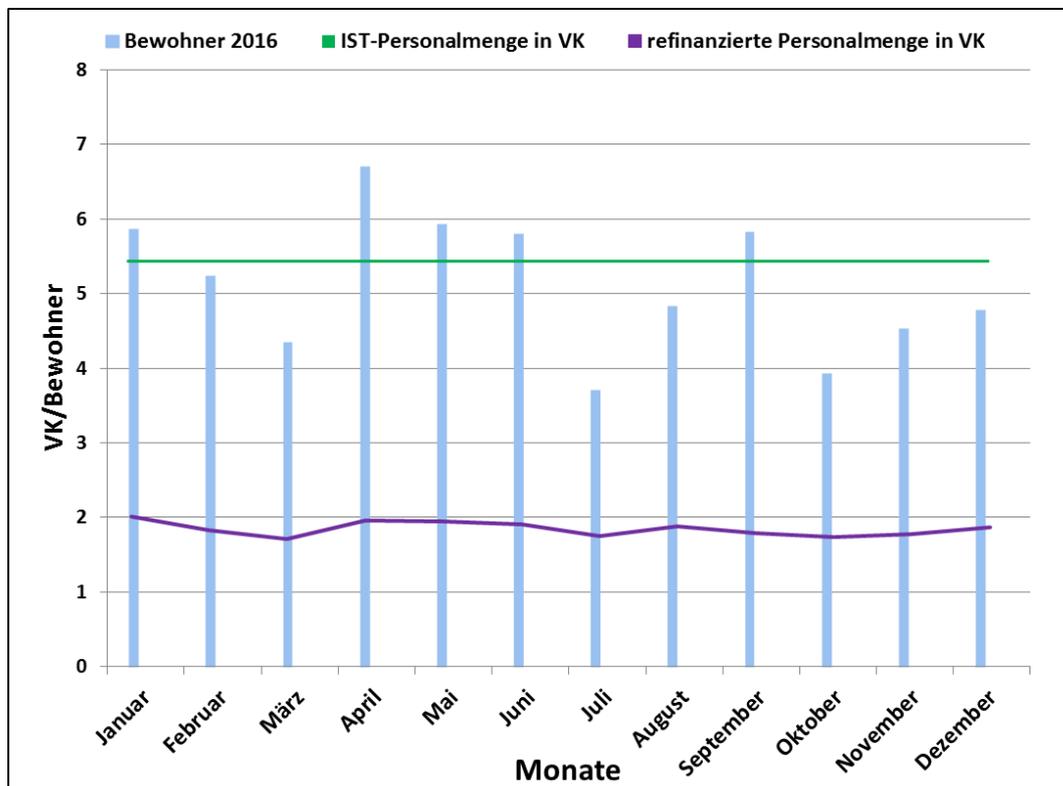
Abbildung 8: Einrichtung A (solitäre KZP) - monatliche Auslastungsquoten für die Jahre 2015 und 2016



Quelle: Eigene Darstellung

Anhand der monatlichen Auslastungszahlen und der Belegungsstruktur für das Jahr 2016 wird unter Berücksichtigung der Personalanhaltewerte für die Dienstleistung „Pflege und Betreuung“ die tatsächlich refinanzierte Personalmenge in Vollzeit-äquivalenten ermittelt und der tatsächlich eingesetzten Personalmenge in der nachfolgenden Abbildung 9 gegenübergestellt.

Abbildung 9: Einrichtung A - Vergleich der tatsächlichen Personalmenge und der refinanzierten Personalmenge entsprechend der Belegung für das Jahr 2016



Quelle: Eigene Darstellung

Es ist festzuhalten, dass sich in Abhängigkeit der monatlichen Anzahl an Bewohnern und deren Grad der Pflegebedürftigkeit die refinanzierte Personalmenge fortlaufend verändert. Im Januar und April werden mit jeweils rd. 2 Vollzeitäquivalenten die Höchstwerte erreicht.

Allerdings ist zu beachten, dass Pflegeeinrichtungen sicherzustellen haben, dass rund um die Uhr mindestens eine Pflegekraft präsent ist. Somit beträgt die erforderliche Anwesenheitszeit 8.760 Stunden (= 365 Tage x 24 Stunden). Bei einer angenommenen wöchentlichen Arbeitszeit einer Pflegekraft in Vollzeit von 39 Stunden beträgt die jährliche Bruttoarbeitszeit 2.028 Stunden (39 Stunden x 52 Wochen). Nach Abzug von Urlaubszeiten, Feiertagen, Fehlzeiten wegen Erkrankungen, Fortbildungen usw. verbleiben rd. 1.600 Nettoarbeitsstunden.

Damit der Stellenplan in der Pflege zu den Früh-, Spät- und Nachtdiensten losgelöst von der tatsächlichen Belegungssituation sichergestellt werden kann, benötigt die Pflegeeinrichtung dagegen mindestens rd. 5,50 Vollzeitbeschäftigte (= 8.760 Stunden Anwesenheitszeit/1.600 Nettoarbeitszeit je Pflegekraft).

Die vorstehend beschriebenen rechtlichen Rahmenbedingungen zur dauerhaften Versorgung der Pflegebedürftigen lassen wegen der Größe und Auslastung der

Pflegeeinrichtung dagegen eine kurzfristige Anpassung der tatsächlichen Personalmenge an die refinanzierte Personalmenge nicht zu und schlagen sich demnach in nicht refinanzierten Personalkosten nieder.

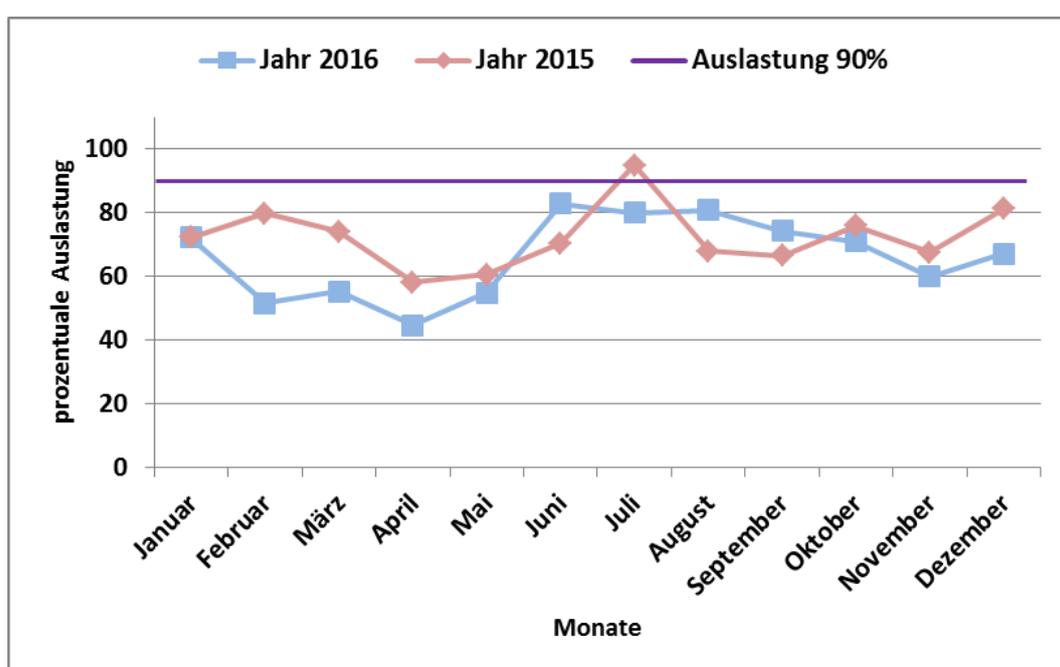
Bei im Jahresdurchschnitt 2016 refinanzierten rd. 1,6 Vollstellen und einer erforderlichen Personalmenge von rd. 5,5 Vollstellen in der Pflege ergibt sich eine nicht refinanzierte Personalmenge von rd. 3,9 Vollstellen. Unter Berücksichtigung durchschnittlicher Bruttopersonalkosten von rd. EUR 50.000 je Vollzeitäquivalent beläuft sich das Verlustvolumen isoliert auf den Pflegebereich auf rd. EUR 195.000. Zusätzlich wirken sich noch die übrigen nicht refinanzierten Personal- und Sachkostenbestandteile infolge der nicht erreichten vereinbarten Auslastungsquote verlusterhöhend aus.

5.2 Einrichtung B (separat)

Wie bereits vorstehend bei Einrichtung A liegen die Auslastungsquoten für die Jahre 2015 und 2016 auch bei dieser Pflegeeinrichtung überwiegend unterhalb der 90 %-Grenze. Im Jahresdurchschnitt betrug die Auslastungsquote für 2016 66,3 % bzw. für 2015 72,5 %.

Von den zur Verfügung stehenden 17 Kurzzeitpflegeplätzen waren im Jahresdurchschnitt 2016 rd. 11,3 bzw. 2015 rd. 12,3 belegt. Bei einer Belegung von durchschnittlich rd. 15,3 Plätzen wird eine Auslastungsquote von 90 % erreicht.

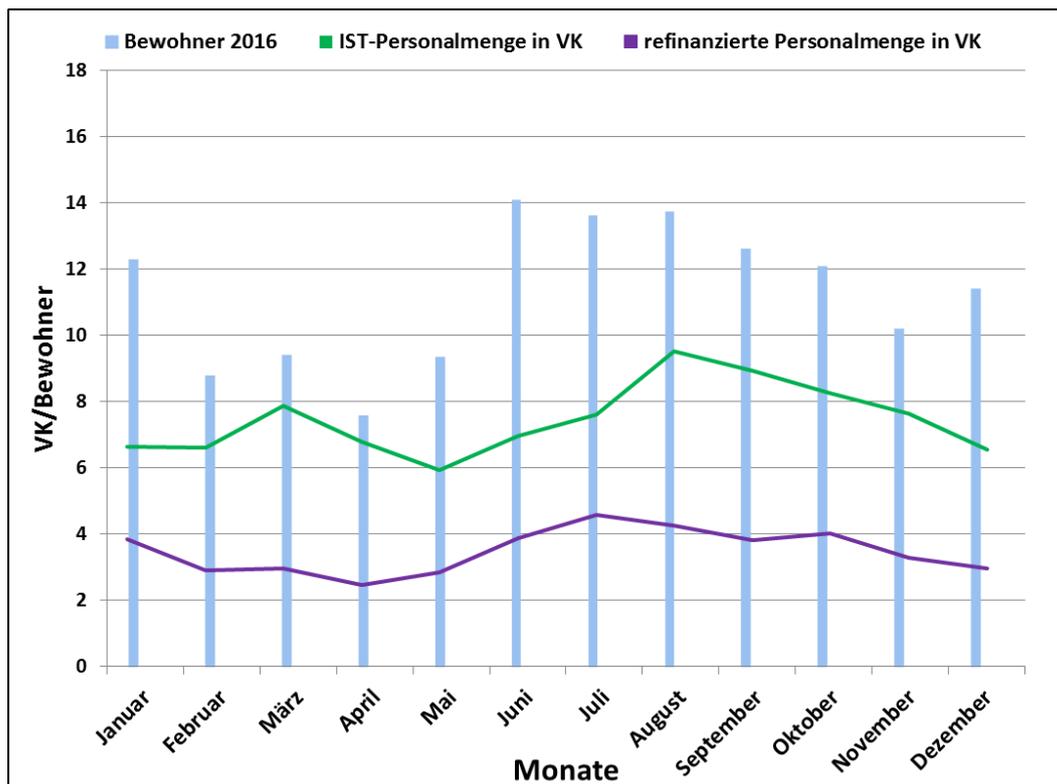
Abbildung 10: Einrichtung B (separate KZP) - monatliche Auslastungsquoten für die Jahre 2015 und 2016



Quelle: Eigene Darstellung

Ebenfalls auf Basis der monatlichen Belegungsstruktur für das Jahr 2016 wird nachstehend für die Dienstart Pflege die refinanzierte Personalmenge in Vollzeitäquivalenten der tatsächlichen Personalmenge gegenübergestellt.

Abbildung 11: Einrichtung B - Vergleich der tatsächlichen Personalmenge und der refinanzierten Personalmenge entsprechend der Belegung für das Jahr 2016



Quelle: Eigene Darstellung

Obwohl sich die Einrichtungen A und B hinsichtlich der Platzzahlen unterscheiden, ist dennoch ein ähnliches Ergebnis festzustellen. In den urlaubsbedingten Spitzenzeiten (Juli und August) werden mit rd. 4,6 bzw. 4,3 refinanzierten Vollstellen in der Pflege die Höchstwerte erreicht. Einrichtung B konnte aufgrund ihrer Größe im Vergleich zu Einrichtung A in Abhängigkeit der Belegung den tatsächlichen Personaleinsatz zwar leichter verändern, dennoch reichte die Personalanpassung infolge der Vorhaltpflichten und des Pflegebedarfs der Bewohner nicht aus.

Durchschnittlich wurden im Jahr 2016 rd. 3,5 Vollzeitäquivalente refinanziert; entsprechend den Kenntnissen zu Einrichtung A liegt die refinanzierte Personalmenge aber auch in diesem Fall unterhalb der für den laufenden Betrieb mindestens erforderlichen rd. 5,5 Vollzeitäquivalenten. Wegen der im Vergleich zu Einrichtung A höheren Platzzahl liegt der nicht refinanzierte Stellenanteil bei rd. 2,0 Vollstellen.

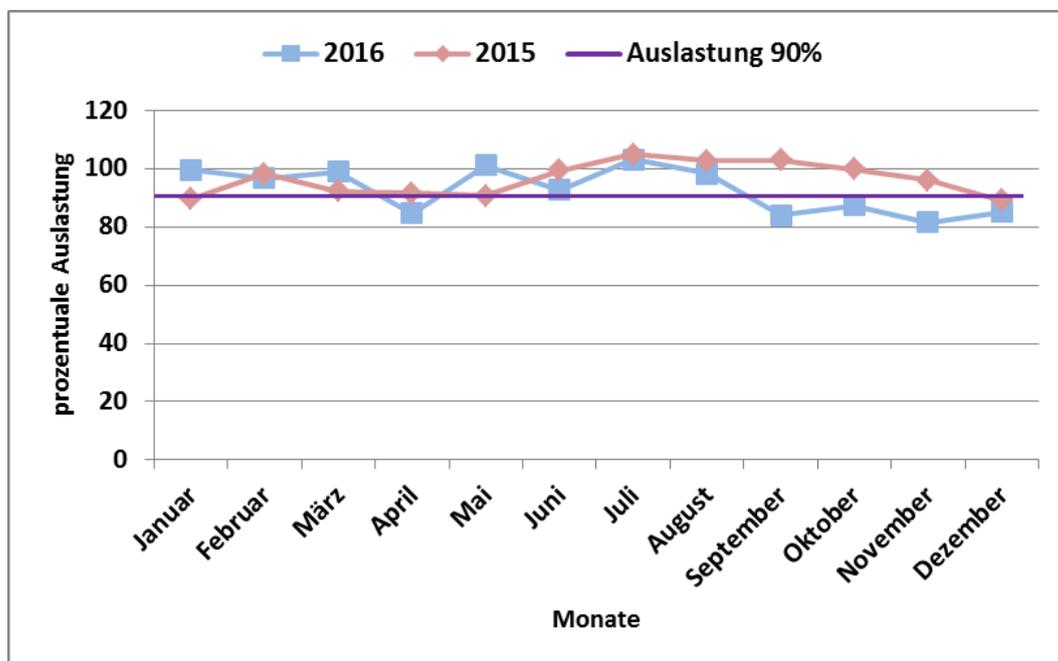
Allerdings benötigt Einrichtung B zur Versorgung der durchschnittlich rd. 11,3 Bewohner im laufenden Betrieb tatsächlich rd. 7,5 Vollzeitäquivalente.

Trotz ihrer vergleichsweise wegen der Größe günstigeren Ausgangssituation weist die Einrichtung B einen ähnlichen hohen Verlust wie Einrichtung A aus.

5.3 Einrichtung C (solitär)

In der Einrichtung C liegen die Auslastungsquoten im Gegensatz zu den Einrichtungen A und B für das Jahr 2016 bzw. 2015 im Jahresdurchschnitt bei 92,8 % bzw. 96,5 %. Im Jahr 2016 waren durchschnittlich rd. 13,9 Plätze und in 2015 durchschnittlich rd. 14,5 Plätze belegt.

Abbildung 12: Einrichtung C (solitär) - monatliche Auslastungsquoten für die Jahre 2015 und 2016

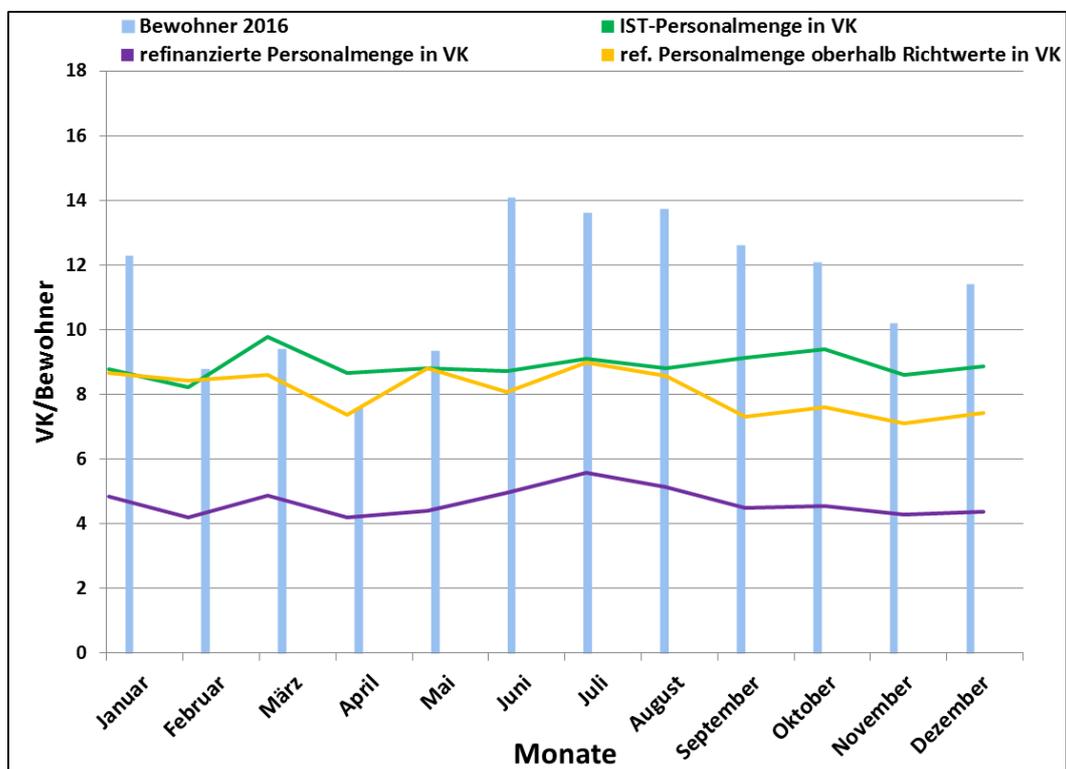


Quelle: Eigene Darstellung

Die Einrichtung C hat entgegen dem Verhandlungsergebnis der Einrichtungen A und B sowie abweichend von den vorgegebenen Personalanhaltewerten im Bereich der Pflege zusätzliche Vollzeitäquivalente vereinbart (vgl. nachstehende Abbildung „ref. Personalmenge oberhalb Richtwerte in VK“). Die gesonderte Vereinbarung zusätzlicher Vollzeitäquivalente oberhalb der Personalanhaltewerte führt im Vergleich zu den Einrichtungen A und B allerdings auch zu höheren Pflegesätzen (vgl. vorstehende Tabelle).

Um eine Vergleichbarkeit mit den Einrichtungen A und B herzustellen, ist in der nachfolgenden Abbildung 13 die im Regelfall refinanzierte Personalmenge anhand der Personalanhaltewerte und in Abhängigkeit der monatlichen Anzahl an Bewohnern und deren Pflegebedürftigkeit ergänzend dargestellt.

Abbildung 13: Einrichtung C - Vergleich der tatsächlichen Personalmenge und der refinanzierten Personalmenge entsprechend der Belegung für das Jahr 2016



Quelle: Eigene Darstellung

Hätte Einrichtung C ebenfalls nur die geltenden Personalanhaltewerte vereinbart, würde sich ein im Vergleich zu den Einrichtungen A und B ein ähnlich hohes Verlustpotential ergeben.

Mit den in Abhängigkeit der Belegungsstruktur refinanzierten 8,1 Vollzeitäquivalenten konnte Einrichtung C annäherungsweise den erforderlichen Personalbedarf in der Pflege abdecken. Durchschnittlich wurden rd. 8,9 Vollzeitäquivalente eingesetzt, was im Wesentlichen auf die monatlichen Belegungsschwankungen und den unzureichenden Möglichkeiten einer diesbezüglich erforderlichen Anpassung des Personalbestandes zurückzuführen ist.

Ohne Berücksichtigung der zusätzlich vereinbarten Vollzeitäquivalente hätte die refinanzierte Personalmenge anhand der Personalanhaltewerte rd. 4,7 Vollstellen betragen (anstelle von 8,1 Vollstellen).

5.4 Auswertung der Auslastungsquoten solitärer und separater Kurzzeitpflegeplätze 2012 bis 2014

Von insgesamt 156 Einrichtungen mit solitären bzw. separaten Kurzzeitpflegeplätzen, die sich im System Pfad.invest registriert hatten (Stand Anfang November

2017), lagen für 71 Einrichtungen Daten hinsichtlich Platzzahl und Belegungstagen für die Jahre 2012 bis 2014 vor.

Die Gesamtanzahl der verfügbaren Plätze stieg um 11 % von 991 (2012) auf 1.100 (2014). Die Anzahl der Belegungstage erhöhte sich von 3.935 (2012) auf 4.335 (2014), das entspricht einem Zuwachs von 10 %. Die Auswertung der durchschnittlichen Auslastungsquote aller Einrichtungen zeigte in diesem Zeitraum eine Steigerung der Auslastung von 77,7 % auf 80,4 %. Nur etwa jede dritte Einrichtung erreichte eine Auslastungsquote von mindestens 90 % (Tabelle 5).

Tabelle 5: Auslastungsquote über 90 % (N = 71)

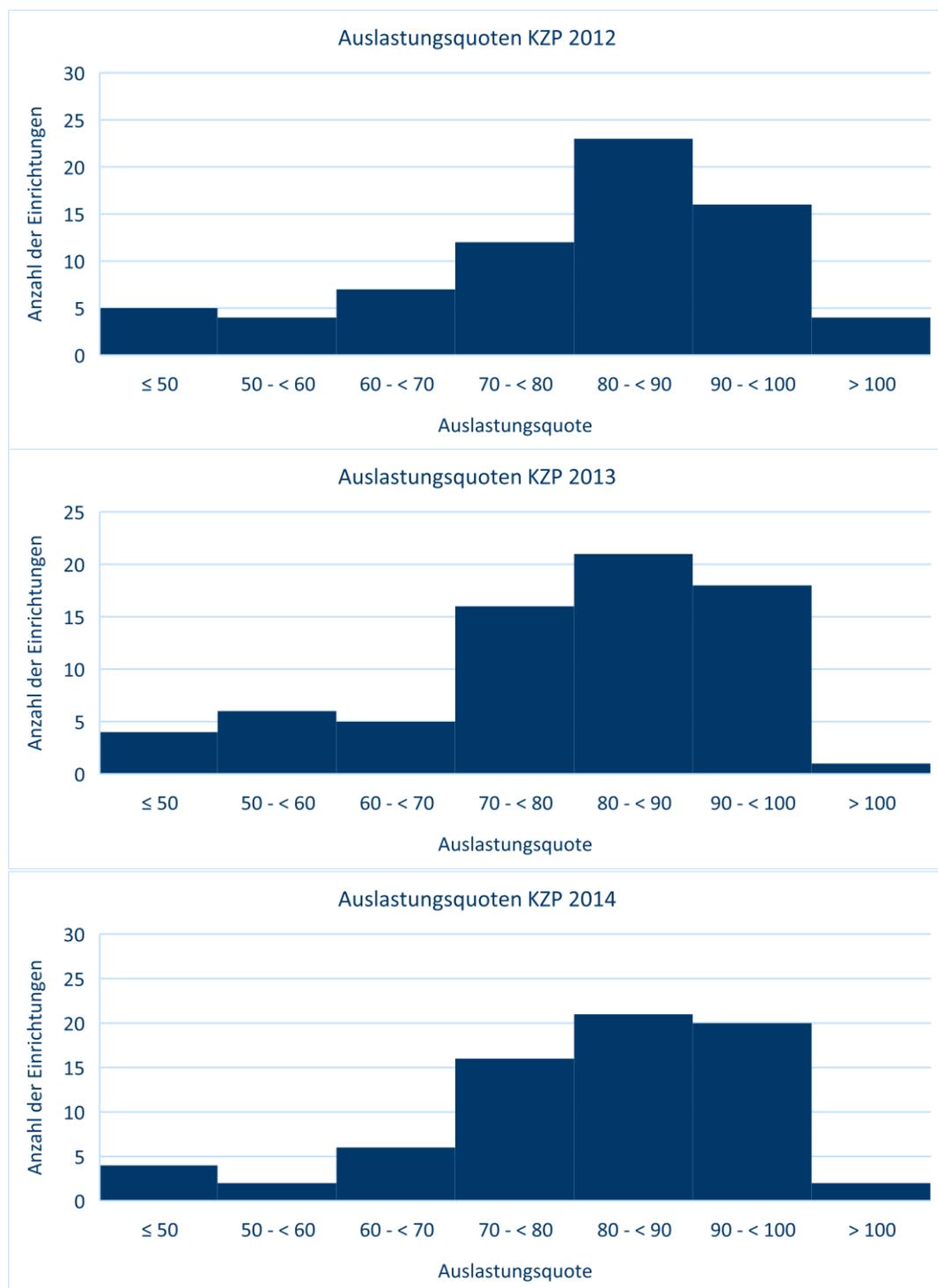
Jahr	Anzahl der Einrichtungen
2012	20 (28 %)
2013	19 (27 %)
2014	22 (31 %)

Quelle: Eigene Berechnung IGES

Wie die Abbildung 14 auf der folgenden Seite veranschaulicht, hat ein großer Teil der Einrichtungen eine Auslastungsquote von unter 80 % - 2014 waren das knapp 40 %.

Die Kurzzeitpflege ist gekennzeichnet durch den häufigen Wechsel der zu versorgenden Personen. Bundesweit beträgt die durchschnittliche Verweildauer in der Kurzzeitpflege 21 Tage. Allein das bedeutet, dass ein Platz bei Vollauslastung mindestens 17 Mal pro Jahr neu belegt wird. Unterstellt man, dass dies selten am gleichen Tag erfolgt, bedeutet das ein Erlösausfall von 17 Tagen pro Platz, weil die Kurzzeitpflege am Entlasstag keine Vergütung erhält (obwohl die morgendliche Versorgung geleistet wird). Allein durch diesen angenommenen Leerstand infolge der häufigen Neuaufnahmen ergibt sich rechnerisch eine maximal erreichbare Auslastung von 95,3 %. Kommt es dann darüber hinaus, wie von den Einrichtungen berichtet wird, zu kurzfristigen Absagen von KZP-Gästen oder zu Krankenhausaufenthalten während der KZP, sind Auslastungsquoten von 90 % und mehr realistisch nur schwer realisierbar.

Abbildung 14: Auslastungsquote solitäre und separate KZP 2012 - 2014



Quelle: Eigene Darstellung IGES, Daten Pfad.invest NRW

5.5 Zwischenfazit zur Wirtschaftlichkeit von Kurzzeitpflege

Der Betrieb solitärer Kurzzeitpflegeeinrichtungen ist vor dem Hintergrund der Rahmenbedingungen unter wirtschaftlichen Gesichtspunkten schwierig bzw. mit den im Regelfall zur Anwendung kommenden Personalanhaltewerten in der Pflege nicht gewährleistet.

Mit den geltenden Personalanhaltewerten in der Pflege – losgelöst von der Anzahl der Plätze und deren Auslastung – können die verpflichtend abzudeckenden Dienste einer solitären Kurzzeitpflegeeinrichtung nicht sichergestellt werden. Durch den Rückgriff auf die vorhandenen Strukturen einer vollstationären Pflegeeinrichtung und der damit verbundenen größeren Flexibilität in Bezug auf den Personaleinsatz können Einrichtungsträger mit dem Betrieb einer separaten Kurzzeitpflegeeinrichtung bzw. dem Vorbehalten eingestreuter Kurzzeitpflegeplätze drohende Verlustpotentiale reduzieren.

Besonders problematisch sind die stark schwankenden Auslastungszahlen sowie die in den Pflegesatzverhandlungen angenommenen hohen Auslastungsquoten. Der Einsatz der Beschäftigten in der Pflege und somit grundsätzlich auch deren Refinanzierung – vorausgesetzt eine für den Betrieb ausreichende Anzahl an Beschäftigten würde Eingang in die Pflegesatzvereinbarungen finden – ist von der täglichen Belegungssituation einer Einrichtung abhängig. Unter Refinanzierungsgesichtspunkten stellt dieser Bereich demnach einen 100 prozentigen flexiblen Kostenbestandteil dar; tatsächlich können die Einrichtungsträger in der Praxis bezüglich ihres Personaleinsatzes aber gar nicht so schnell auf diese Veränderungen reagieren.

Die in der Regel unzureichende Auslastung führt ferner dazu, dass prospektiv kalkulierte und vereinbarte fixe Kostenbestandteile tatsächlich über die Abrechnung der Pflegesätze nicht erwirtschaftet werden. Da für eine solitäre Kurzzeitpflegeeinrichtung in der Praxis faktisch keine Möglichkeiten gegeben sind, Fixkosten zu reduzieren, erhöht sich das Verlustpotential.

Der zu anderen Einrichtungen deutlich höhere administrative Aufwand in der Kurzzeitpflege verschärft die unbefriedigende Ausgangssituation. Einer solitären Kurzzeitpflegeeinrichtung mit 10 Plätzen werden über die Personalanhaltewerte im Bereich der Verwaltung 0,25 Vollzeitäquivalente kalkulatorisch zur Verfügung gestellt. Erfahrungsgemäß können hiermit die wahrzunehmenden Aufgaben aber bei weitem nicht abgedeckt werden.

Unter rein wirtschaftlichen Gesichtspunkten können die aufgezeigten Defizite aus dem Betrieb einer solitären Kurzzeitpflegeeinrichtung durch das Vorhalten eingestreuter Kurzzeitpflegeplätze in vollstationären Pflegeeinrichtungen begrenzt oder ausgeschlossen werden. Die aufgezeigten wirtschaftlichen Probleme in der Kurzzeitpflege werden in diesem Fall durch den Betrieb der deutlich größeren vollstationären Pflegeeinrichtung kompensiert. Für separate Kurzzeitpflegeeinrichtungen gilt dies nur im begrenzten Umfang, da auch hier nur eingeschränkte Möglichkeiten zum flexiblen Personaleinsatz gegeben sind und die Belegung freistehender Plätze mit vollstationären Bewohnern im Regelfall ausgeschlossen ist.

Allerdings stehen dann im Bedarfsfall die Plätze für Kurzzeitpflegebewohner möglicherweise nicht zur Verfügung, da sie mit vollstationären Bewohnern bereits belegt sind.

Die aufgezeigten Defizite aus dem Betrieb einer solitären bzw. separaten Kurzzeitpflegeeinrichtung können nur durch eine bessere Förderung bzw. Veränderung der Kalkulationsgrundlagen verbunden mit höheren Pflegesätzen beseitigt werden. Hierfür sind insbesondere Verbesserungen für eine angemessene und bedarfsgerechte Personalausstattung sowie veränderte Refinanzierungsregelungen zur Beseitigung des Verlustrisikos wegen der Auslastungsschwankungen erforderlich.

Höhere Pflegesätze solitärer bzw. separater Kurzzeitpflegeeinrichtungen führen allerdings zu Wettbewerbsnachteilen, insbesondere im Zusammenhang mit dem Angebot eingestreuter Kurzzeitpflegeplätze durch vollstationäre Pflegeeinrichtungen.

6. Qualität der Versorgung in der Kurzzeitpflege

Belastbare Aussagen zur Qualität der pflegerischen Versorgung in der Kurzzeitpflege lassen sich derzeit nicht machen. Das liegt sowohl in generellen methodischen Problemen der Qualitätsmessung und -darstellung in stationären Pflegeeinrichtungen allgemein als auch darin begründet, dass vollstationäre Kurzzeitpflege zu einem großen Teil in Pflegeheimen mit eingestreuten Plätzen stattfindet und die KZP-Gäste dort bei Prüfungen vom MDK nicht gesondert erfasst werden.

Das Instrumentarium der Qualitätsprüfungen – sowohl im ambulanten, als auch im stationären Bereich – gilt in der gesundheits- und pflegewissenschaftlichen Diskussion seit langem als teilweise insuffizient. Im Mittelpunkt der Kritik stehen die methodisch unzureichende Messung bzw. Beurteilung von Ergebnisqualität, die Fokussierung auf primär funktionale unter Ausblendung der interpersonellen Aspekte pflegerischen Handelns sowie ein genereller Mangel sowohl an theoretischer Fundierung (Qualitätsbegriff in der Pflege), als auch an empirischer Prüfung und Absicherung der eingesetzten Kriterien und Messgrößen (vgl. z. B. Görres *et al.* 2009). So basieren manche Prüfergebnisse auf der Begutachtung weniger bis hin zu nur einer (!) pflegebedürftigen Person in der Einrichtung. Weiterhin können aufgrund der Durchschnittsbildung zur Ermittlung der Gesamtnote Mängel im Bereich Pflegequalität durch gute Ergebnisse im Bereich Verpflegung/Hauswirtschaft ausgeglichen werden.

Das bestehende Instrumentarium der Qualitätsprüfungen bildet gleichzeitig die Grundlage für die Qualitätsdarstellung gemäß der geltenden Pflege-Transparenzvereinbarung stationär (PTVS) – zuletzt geändert am 11. August 2016. Die Unzulänglichkeit dieses Verfahrens ist durch mehrere wissenschaftliche Untersuchungen gezeigt worden (u. a. Hasseler *et al.* 2010). Bereits beim Blick auf den Transparenzbericht einer einzelnen Einrichtung sind einige der gravierenden methodischen Probleme – wie etwa die besonders bei der Behandlungspflege große Zahl von Fehlwerten, die geringen Stichprobenumfänge, die problematische Bildung von Mittelwerten usw. – unmittelbar erkennbar.

Für den Bereich der stationären Pflege wurde auf diese Kritik reagiert und bereits 2011 mit dem „Indikatorenmodell“ zur Beurteilung der Ergebnisqualität in der stationären Altenhilfe ein methodischer Ansatz zur Ergänzung bzw. Erweiterung der bisherigen Grundlagen der Qualitätsprüfung und -darlegung bzw. des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements vorgelegt (Wingenfeld *et al.* 2011). Gemäß den Vorgaben des PSG II (§§ 113 – 115 a SGB XI) soll dieser Ansatz nunmehr eingeführt bzw. die Verfahren der Qualitätsprüfung und -darstellung für den stationären Bereich entsprechend angepasst werden. Allerdings konnte der gesetzlich vorgegebene Zeitrahmen (bis 30. Juni 2017) nicht eingehalten werden. Die Einführung der neuen Instrumente und Verfahren ist nun für das Jahr 2019 vorgesehen (Pressemitteilung der Geschäftsstelle Qualitätsausschuss Pflege vom 10.03.2017).

Obwohl sich die Kurzzeitpflege in vielerlei Hinsicht von einer vollstationären Dauerpflege unterscheidet, werden solitäre Kurzzeitpflegeeinrichtungen nach demselben Schema geprüft wie Pflegeheime. Dies wird von den Einrichtungen immer wieder als „sachlich nicht angemessen“ beklagt, da z. B.

- ♦ manche Kurzzeitpflegegäste nur sehr kurz (ein bis wenige Tage) in der Einrichtung sind,
- ♦ bei ca. jedem vierten Gast bei Aufnahme die erforderlichen Unterlagen (Entlassbericht, Arztbrief, Pflegeüberleitungsbogen, Verordnungen etc.) nicht vorliegen und/oder
- ♦ oft großer Zeitdruck bei hohem behandlungspflegerischem Aufwand besteht, so dass zu Beginn nicht immer gleich alle Assessments durchgeführt werden können.

Der MDK Sachsen äußert sich dazu wie folgt: „Die pflegerische Versorgung ist auch bei kurzen Versorgungszeiträumen sicherzustellen. Daher müssen Risiken, Einschränkungen und Besonderheiten erfasst und in der Pflege/-planung berücksichtigt werden.“

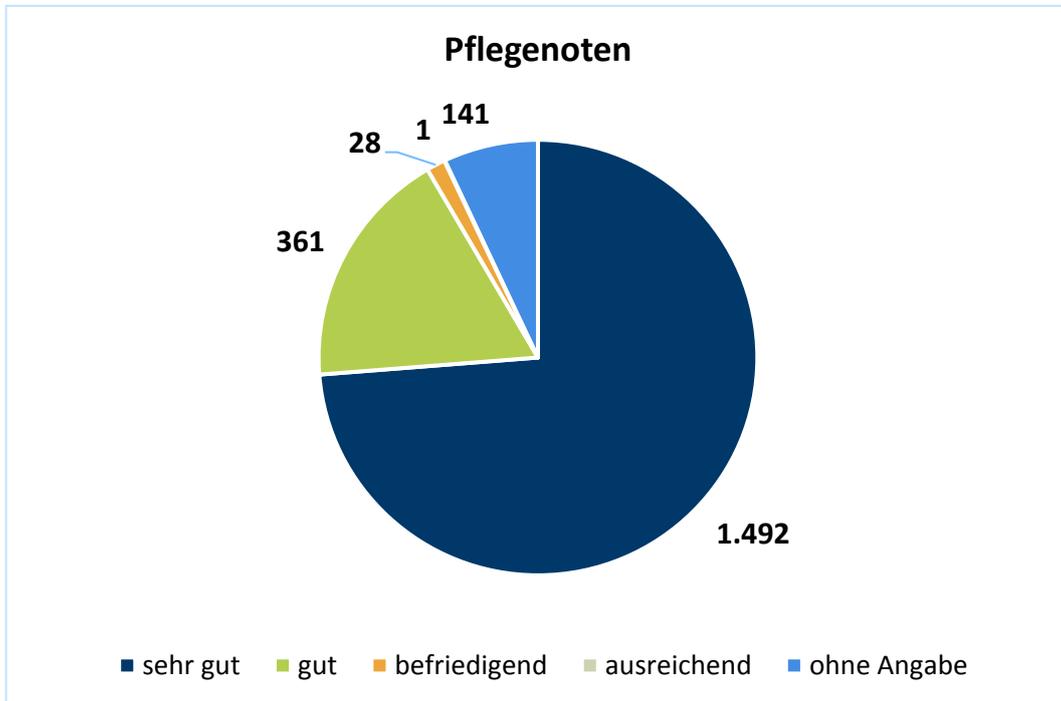
Im Qualitätsbericht des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS) findet sich dazu folgende Aussage, die jedoch nicht weiter kommentiert wird: „Einrichtungen der Tagespflege und der Kurzzeitpflege beklagten wiederholt, dass die Prüfkriterien für die stationäre Pflege den Bedürfnissen ihrer Klienten respektive ihrem spezifischen Leistungsangebot nicht gerecht werden.“ (MDS 2014: 122)

Mangels anderer Quellen wurden im Folgenden die Pflegenoten (Gesamtergebnis) von 2.023 stationären Pflegeeinrichtungen mit Kurzzeitpflegeplätzen in NRW erfasst. Wie die folgende Abbildung 15 zeigt, erreichen fast drei Viertel (74 %) der Einrichtungen die Note „sehr gut“ und 18 % die Note „gut“. Lediglich 28 Einrichtungen erhielten ein „befriedigend“ und eine Einrichtung „ausreichend“ – zusammen gerade 1 % der Einrichtungen.

Die Daten beziehen sich teilweise auf die bis Ende 2016 gültigen Pflege-Transparenzvereinbarungen und basieren teilweise auf der Grundlage der seit dem 1. Januar 2017 geltenden neuen Transparenzvereinbarung. Das bedeutet, sie sind nicht unmittelbar miteinander vergleichbar. Daher erfolgt auch aus methodischen Gründen an dieser Stelle keine vertiefende Analyse.

Ergänzende Hinweise zur Qualität der Versorgung in der Kurzzeitpflege wurden punktuell von Pflegestützpunkten und Krankenhaussozialdiensten gemacht – sie finden sich in den Kapiteln 7.2 und 7.3. Da diese Aussagen jedoch nur auf einer geringen Anzahl von Einzelmeinungen beruhen, können daraus keine verallgemeinerbaren Schlussfolgerungen gezogen werden.

Abbildung 15: Ergebnisse von Qualitätsprüfungen in Pflegeheimen in NRW (Pfle-
genoten), Stand Juli 2017



Quelle: Eigene Darstellung IGES, Daten AOK Pflege-Navigator

7. Befragungen im Rahmen des Projektes

Im Rahmen der Studie wurden ergänzend zur Sekundärdatenanalyse drei Primärerhebungen durch IGES durchgeführt, um weitere, aktuelle Informationen zur Situation der Kurzzeitpflege in den einzelnen Regionen NRW zu gewinnen. Befragt wurden, jeweils mittels Online-Fragebogen, alle stationären Pflegeeinrichtungen mit Kurzzeitpflegeplätzen, die Pflegestützpunkte in NRW sowie Sozialdienste der Krankenhäuser. Ziel war es, einerseits aktuellere Daten zu Angebot und Nachfrage der Kurzzeitpflege zu erhalten, da die vorhandenen Daten bestenfalls bis zum Jahr 2015 vorliegen, und andererseits zusätzliche Informationen zur tatsächlichen Nutzung der ausgewiesenen Kapazitäten für Kurzzeitpflege, insbesondere der eingestreuten Plätze, sowie Hinweise auf regionale Engpässe zu erlangen.

7.1 Befragung stationärer Pflegeeinrichtungen in NRW

Bezüglich der ausgewiesenen Kapazitäten für Kurzzeitpflege in stationären Pflegeeinrichtungen ist festzuhalten, dass aktuelle kommunale Pflegeplanungen nicht in allen Kreisen/kreisfreien Städten verfügbar sind. Des Weiteren gestalten sich die Planungen und Bedarfsanalysen inhaltlich sehr unterschiedlich, was die Vergleichbarkeit der Daten erschwert.

Weiterhin ist festzuhalten, dass die sog. „eingestreuten“ Kurzzeitpflegeplätze in Pflegeheimen flexibel auch für Dauerpflegegäste nutzbar sind und daher zunächst nur theoretisch verfügbare Kapazitäten darstellen. Systematische Erkenntnisse darüber, wie viele Plätze dann tatsächlich für Kurzzeitpflege genutzt werden können, gibt es bisher nicht.

Es wurde daher eine Erhebung mittels eines durch IGES entwickelten Online-Fragebogens durchgeführt. Die Vorgehensweise der Befragung sowie Aufbau und Struktur des Fragebogens werden in den folgenden Kapiteln dargestellt.

7.1.1 Methodische Vorgehensweise

Der Online-Fragebogen richtete sich an alle Pflegeeinrichtungen in NRW, die Kurzzeitpflege gleich welcher Form (solitär/separat/eingestreut) anbieten. Es hatte sich bereits im Rahmen der Sekundärdatenanalysen herausgestellt, dass die Begriffe „solitär“ und „separat“ bzw. „angebunden“ bei den Krankenkassen teilweise unterschiedlich genutzt werden. Meist werden nur die beiden Kategorien „eingestreut“ (heißt flexibel, nicht nur für Kurzzeitpflege, nutzbar) und „solitär/separat“ (heißt zweckgebunden nur für Kurzzeitpflege zu nutzen) verwendet. Die bundesweite Pflegestatistik weist ausschließlich die zweckgebunden zu nutzenden solitären Kurzzeitpflegeplätze aus.

Obwohl die Begriffe „solitär“ und „angebunden“ im Fragebogen entsprechend dem Strukturhebungsbogen für vollstationäre Pflegeeinrichtungen der Landesverbände der Pflegekassen in Nordrhein-Westfalen vom 17.09.2008 verwendet und erläutert wurden, wurde anhand einzelner Fragebögen deutlich, dass beim

Ausfüllen nicht immer korrekt zwischen diesen beiden Formen der zweckbestimmten Kurzzeitpflegeplätze unterschieden wurde (separate Plätze wurden z. B. als „solitär“ angegeben). In der Regel konnten die Fragebögen jedoch anhand der anderen Antworten der korrekten Gruppe zugeordnet werden

Die Ansprache der Einrichtungen erfolgte per E-Mail. Das Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen stellte eine Liste aller Pflegeheime mit Kurzzeitpflegeangebot in NRW einschl. der postalischen Adressen zur Verfügung (N = 2.274). Die E-Mail-Adressen wurden von IGES über das Internet (vor allem mit Hilfe des AOK Pflege-Navigators) recherchiert. Auf diesem Wege konnten 1.631 Einrichtungen erfasst und angeschrieben werden.

Der Befragungszeitraum betrug drei Wochen (25.10.2017 - 15.11.2017). Die Befragung wurde anonymisiert durchgeführt. Die Einrichtungen konnten freiwillig am Ende der Befragung einen Ansprechpartner mit Kontaktdaten angeben, um Rückfragen seitens IGES zu beantworten bzw. ggf. für ein telefonisches Interview zur Verfügung zu stehen.

7.1.2 Aufbau des Fragebogens

Der Fragebogen umfasste insgesamt 35 Fragen und beinhaltete folgende Themen:

- ♦ Region, Art der Trägerschaft, Verbund,
- ♦ Art der KZP-Plätze und jeweilige Platzzahl,
- ♦ Auslastung,
- ♦ Struktur der KZP-Gäste/mögliche Spezialisierung,
- ♦ Versorgungskonzept,
- ♦ Überleitung,
- ♦ Personal/Leitung,
- ♦ Wirtschaftlichkeit,
- ♦ Ausblick/Entwicklung und
- ♦ soziodemografische Angaben.

In Abhängigkeit der ausgewählten Art der KZP-Plätze (solitär/eingestreut/separat) gab es im Fragebogen unterschiedliche Fragestränge, sodass die Länge des Fragebogens dementsprechend leicht variierte. Für die Beantwortung der Fragen wurde eine maximale Dauer von 30 Minuten angenommen.

Der Online-Fragebogen wurde so programmiert, dass er jederzeit unterbrochen und die Beantwortung zu einem späteren Zeitpunkt erneut aufgenommen werden konnte. Dies erfolgte durch die Vergabe eines individuellen Codes nach dem Starten der Befragung für das spätere erneute Login. Für eventuell auftretende Probleme oder Rückfragen wurde zusätzliche eine Kontaktperson bei IGES als Ansprechpartnerin angegeben.

Der vollständige Fragebogen ist im Anhang 1 beigefügt.

7.1.3 Ergebnisse der Befragung

Von den knapp über 1.631 per E-Mail angeschriebenen Einrichtungen, die KZP in NRW anbieten, konnten 117 vollständig ausgefüllte Fragebögen in die Auswertung aufgenommen werden. Das entspricht einem Rücklauf von 7,2 %.

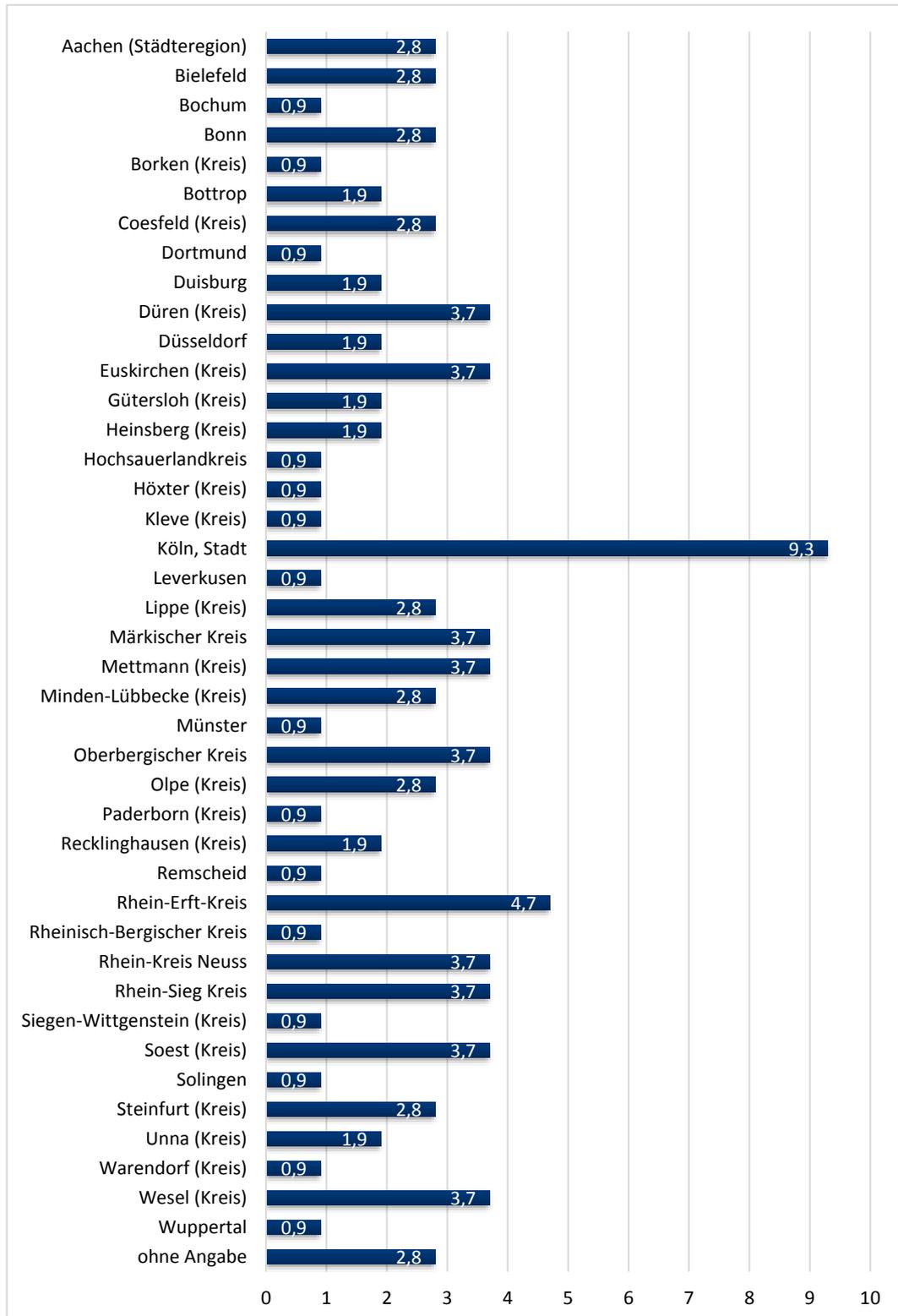
Ergänzend zu den Fragebögen erhielt IGES verschiedene Rückmeldungen von Einrichtungen und Verbänden hinsichtlich der Umfrage per Telefon und E-Mail. Mehrheitlich wurde es sehr begrüßt, dass die Thematik Kurzzeitpflege näher untersucht wird. Einige Einrichtungen waren zunächst eher skeptisch (kein Begleitschreiben des Ministeriums) bzw. beteiligten sich nicht, da „die erfragten Daten nicht ohne weiteres vorliegen“ oder „die Datenauswertung Aufwand darstellt, der der Situation nicht gerecht wird“, gaben jedoch eine kurze Rückmeldung zur Situation der KZP aus ihrer Sicht.

7.1.3.1 Beschreibung der Stichprobe

An der Befragung nahmen insgesamt 117 Einrichtungen, die Kurzzeitpflegeplätze anbieten, teil. Positiv zu resümieren ist, dass Einrichtungen aus fast allen Teilen des Landes NRW in der Stichprobe vertreten sind. Aus lediglich 11 Kreisen/kreisfreien Städten (von insgesamt 53) gab es keine Rückläufe. Drei Einrichtungen aus der Stichprobe konnten keinem Kreis/kreisfreien Stadt zugeordnet werden. Diese sind unter dem Label „o. A.“ zusammengefasst (siehe Abbildung 16 auf der folgenden Seite).

Mit 8,5 % kamen die meisten Rückläufe aus dem Stadtgebiet Köln, gefolgt von der Städtereion Aachen, dem Oberbergischen Kreis und dem Rhein-Erft-Kreis mit jeweils 4,3 %. Die Teilnahmequote von Einrichtungen mit KZP aus anderen Kreisen lag zwischen 0,9 – 3,4 %.

Abbildung 16: Verteilung der teilnehmenden Einrichtungen mit Kurzzeitpflege nach Kreis/kreisfreier Stadt (n = 117, Angaben in %)



Quelle: IGES

Der Großteil der teilnehmenden Einrichtungen mit KZP war freigemeinnützig (knapp 50 %), gefolgt von Einrichtungen in privater Trägerschaft mit 41 % und 9,4 % öffentlichen Einrichtungen (vgl. Abbildung 17 linke Seite). Im Vergleich zur Grundgesamtheit aller Pflegeheime in NRW (2015: 2.626 Einrichtungen) sind öffentliche und freigemeinnützige Träger leicht überrepräsentiert

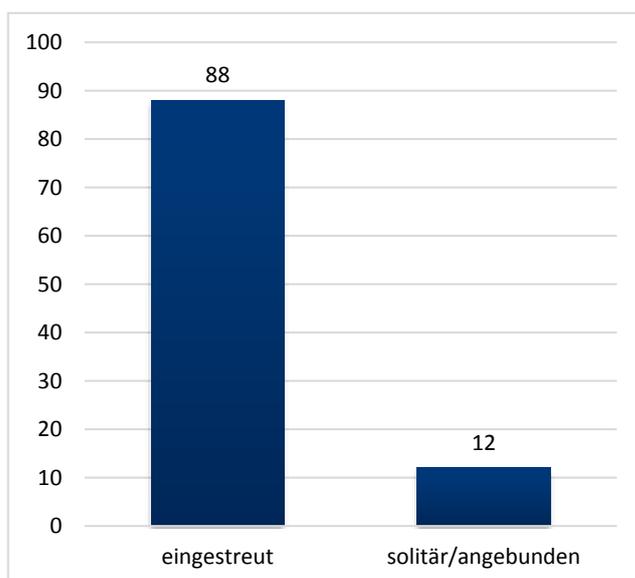
Abbildung 17: Anteil der Pflegeheime nach Trägerschaft (Angaben in %) – linke Seite Stichprobe, rechte Seite Grundgesamtheit NRW



Quelle: IGES

Differenziert man die insgesamt 117 Einrichtungen sowohl nach Art der angebotenen Kurzzeitpflegeplätze (eingestreut und solitär/angebunden) (vgl. Abbildung 18) als auch nach der Trägerschaft, ergibt sich folgendes Bild.

Abbildung 18: Anteil der Einrichtungen nach Art der Kurzzeitpflegeplätze (Angaben in %)



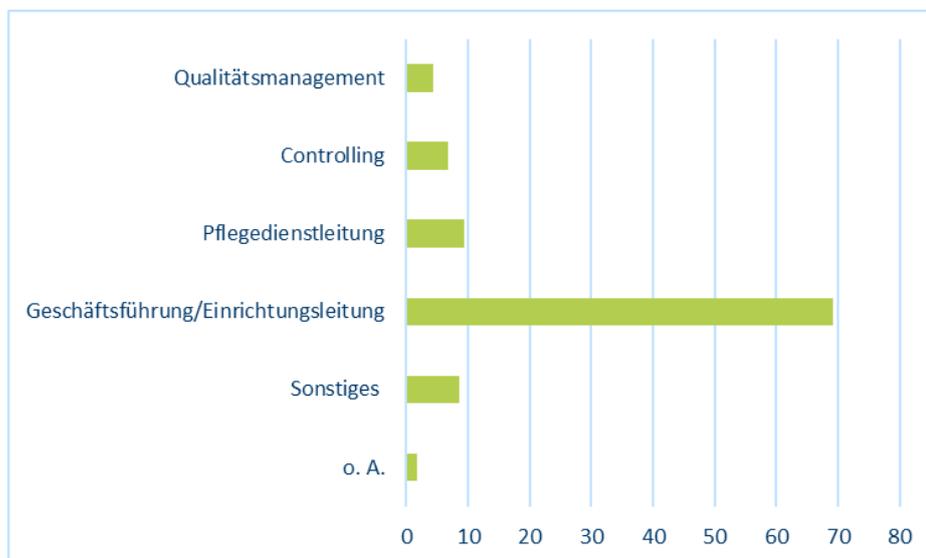
Quelle: IGES

Die große Mehrheit der befragten Einrichtungen (n=103; 88 %) bot ausschließlich eingestreuete KZP-Plätze in vollstationären Dauerpflegeeinrichtungen an. Die Verteilung nach Trägerschaft ist wie folgt: rund 46 % freigemeinnützig, 43 % privat und 11 % öffentlich.

Unter den Einrichtungen mit zweckgebundenen Kurzzeitpflegeplätzen (solitär/separat) (n=14; 12 %) findet sich kein öffentlicher Träger. 71 % (10 Einrichtungen) sind freigemeinnützig, die restlichen vier Einrichtungen (29 %) befinden sich in privater Trägerschaft. Fünf der 14 Einrichtungen sind solitäre Kurzzeitpflegen.

Die antwortenden Personen der Einrichtungen mit KZP waren mehrheitlich dem Leitungsbereich zuzuordnen und somit der gewünschten Zielgruppe zur Beantwortung der Fragen (siehe Abbildung 19).

Abbildung 19: Tätigkeitsfeld der antwortenden Personen in den befragten Einrichtungen (Angaben in %)

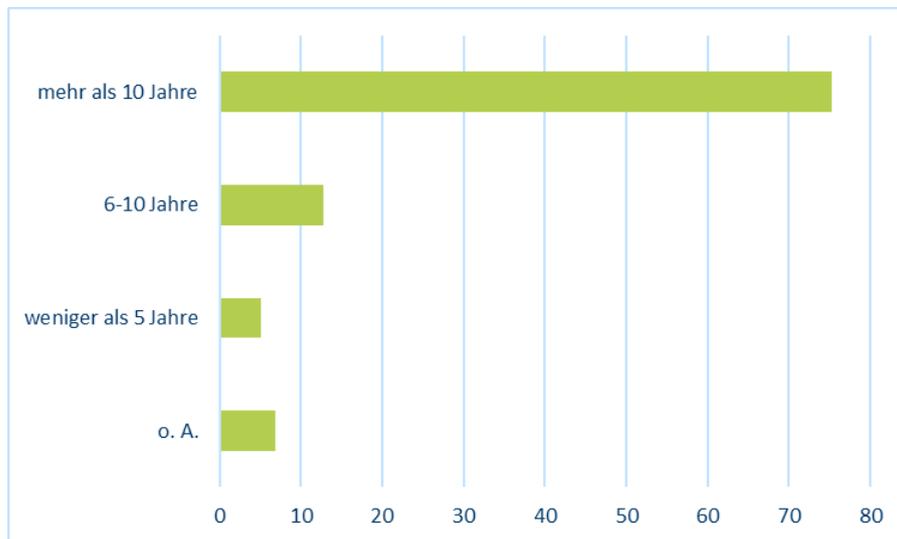


Quelle: IGES

Bei den ca. 10 % der Personen, die nicht zur Ebene der Einrichtungsleitung gehörten, handelte es sich um Beschäftigte oder Leitende des Sozialdienstes, der Verwaltung, des Belegungsmanagements oder Kundenberater/innen.

Drei Viertel der befragten Personen verfügte über mehr als zehn Jahre Berufserfahrung in der stationären Pflege. Lediglich rund 5 % waren weniger als fünf Jahre in diesem Bereich tätig (siehe Abbildung 20).

Abbildung 20: Länge der Tätigkeit der befragten Personen im stationären Pflegebereich (Angaben in %)



Quelle: IGES

7.1.3.2 Auswertung der solitären Kurzzeitpflegeeinrichtungen

Der Rücklauf bei den solitären Kurzzeitpflegeeinrichtungen belief sich auf $n = 5$. Die teilnehmenden Einrichtungen waren aus unterschiedlichen Kreisen/kreisfreien Städten in NRW und verfügten durchschnittlich über rund 12 Plätze (s. Tabelle 6).

Tabelle 6: Übersicht der teilnehmenden solitären Kurzzeitpflegeeinrichtungen unter Angabe der jeweiligen Plätze

Kreis/kreisfreie Stadt	Anzahl der solitären KZP-Plätze
Aachen (Städteregion)	12
Solingen	13
Siegen-Wittgenstein (Kreis)	10
Wuppertal	8
Münster	18

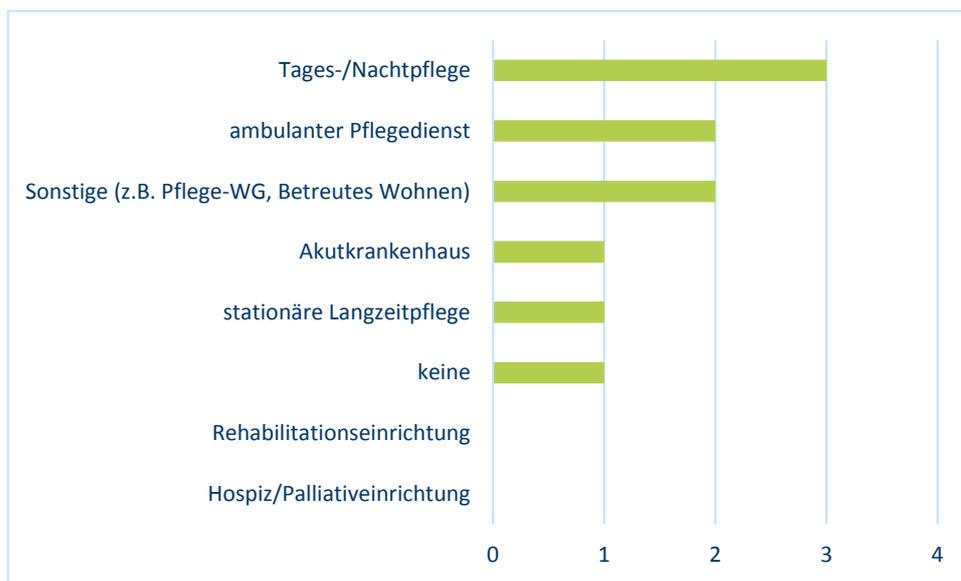
Quelle: IGES

Verbundene Einrichtungen in gemeinsamer Trägerschaft

Lediglich eine solitäre Kurzzeitpflegeeinrichtung agiert komplett „solitär“, d. h. dass der Träger ausschließlich diese Einrichtung betreibt (siehe Abbildung 21). Drei Einrichtungen haben ergänzend teilstationäre Angebote im Portfolio, jeweils zwei ambulante Pflegedienste und sonstige Wohnangebote für Pflegebedürftige. Mit stationären Einrichtungen (Akutversorgung und Pflege) ist jeweils eine solitäre Kurzzeitpflege verbunden. Erkenntnisse aus anderen IGES-Projekten zur solitären

Kurzzeitpflege ergaben ein ähnliches Bild: Von 23 Kurzzeitpflegeeinrichtungen in NRW waren jeweils rund 80 % mit einem ambulanten Pflegedienst und/oder einer Tagespflege verbunden, gefolgt von sonstigen Wohnangeboten und Pflegeheimen (je ca. 70 %). Seltener ist der Verbund mit einem Akutkrankenhaus (30 %) oder einem Hospiz (17 %). Keine der KZP war im Verbund mit einer Rehabilitationsklinik oder komplett solitär.

Abbildung 21: Angaben von solitären KZP-Einrichtungen zu verbundenen Einrichtungen in gleicher Trägerschaft (Anzahl)



Quelle: IGES

Das bestätigt einmal mehr, dass Angebote zur Kurzzeitpflege nicht nur im Falle eingestreuter oder angebundener Plätze als Ergänzung zu anderen pflegerischen Versorgungsformen angeboten werden. Die häufigere Kombination mit ambulanter und teilstationärer Pflege ist wirtschaftlich sinnvoll, da ambulant betreute Pflegebedürftige im Jahresverlauf oft auch stationäre Kurzzeitpflege in Anspruch nehmen und der Träger seinen Kunden dann alle Varianten anbieten kann.

Andererseits könnte geschlossen werden, dass ein wirtschaftlicher Betrieb solitärer Kurzzeitpflegeeinrichtungen nur im Verbund mit anderen Pflegeangeboten möglich ist – eine Aussage, die von Betreibern in der Praxis immer wieder getroffen wird und die durch viele Indizien im Rahmen dieser Studie gestützt wird.

Wirtschaftlichkeit

Betrachtet man in diesem Zusammenhang die Aussagen zur Auslastung und Wirtschaftlichkeit solitärer Kurzzeitpflegeeinrichtungen näher, ist zunächst eine knapp 2 %ige Zunahme der Aufnahmen in vier Einrichtungen im Jahr 2016 gegenüber dem Jahr 2015 erkennbar. Eine Einrichtung hat erst im Jahr 2016 erst eröffnet (siehe Tabelle 7). Die durchschnittliche Auslastung verhielt sich nach Angaben der Einrichtungen innerhalb beider Jahre ähnlich bzw. ist geringfügig gesunken und lag

im Jahr 2015 bei 88 %, im Jahr 2016 dagegen bei rund 82 % (siehe Tabelle 8). Der ungewöhnlich hohe Rückgang der Auslastung der Einrichtung in Aachen wurde auf Nachfrage mit neu hinzugekommenen Kurzzeitpflegeangeboten in der Region begründet.

Tabelle 7: Anzahl der Aufnahmen für die Kurzzeitpflege (einschl. Verhinderungspflege) im Jahr 2015/2016 bei den solitären Einrichtungen

Kreis/kreisfreie Stadt	Plätze	Aufnahmen 2015	Aufnahmen 2016	Ø VWD pro Fall 2016 (82 % Auslast.) in Tagen
Aachen (Städteregion)	12	190	199	18
Solingen	13	250	250	16
Siegen-Wittgenstein	10	407	412	7
Wuppertal	8	155	160	15
Münster	18	o. A.	299	18
Mittelwert		250,5	264 (ohne Münster: 255,3)	15

Quelle: IGES

Tabelle 8: Durchschnittliche Auslastung der solitären Kurzzeitpflegeeinrichtungen (in %)

Kreis/kreisfreie Stadt	Auslastung im Jahr 2015	Auslastung im Jahr 2016
Aachen (Städteregion)	82	55
Solingen	92	94
Siegen-Wittgenstein (Kreis)	94	92
Wuppertal	85	86
Münster	o. A.	82
Durchschnitt	88,3	81,8

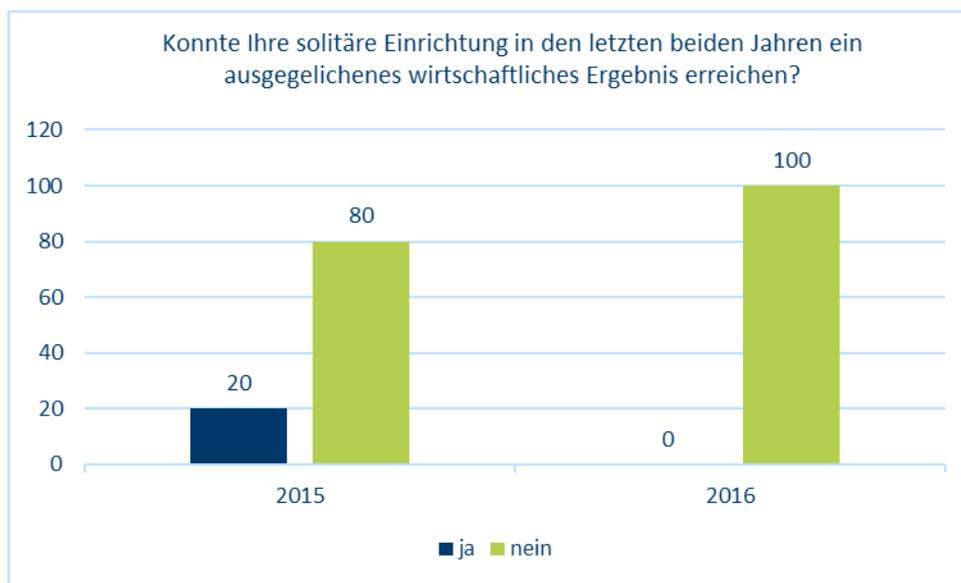
Quelle: IGES

Auf Basis der Angaben für das Jahr 2016 wurde unter Annahme einer 82 %igen Auslastung die durchschnittliche Verweildauer je Kurzzeitpflegegast errechnet (rechte Spalte in Tabelle 7). Demnach liegt die Bandbreite bei den fünf Einrichtungen zwischen sieben und 18 Tagen bei einem Mittelwert von 15 Tagen. Auch diese Werte liegen in ähnlichen Bereichen wie die Ergebnisse anderer Untersuchungen:

bei 23 solitären Kurzzeitpflegeeinrichtungen in NRW lag die Bandbreite der Verweildauer bei unterstellter 82 %-Auslastung zwischen 8 und 30 Tagen, mit einem Mittelwert von 18 Tagen.

Die Mehrheit der solitären Einrichtungen gibt an, dass sie kein ausgeglichenes wirtschaftliches Ergebnis erreichen konnten (siehe Abbildung 22).

Abbildung 22: Wirtschaftlichkeit solitärer Kurzzeitpflegeeinrichtungen (n = 5, in %)



Quelle: IGES

Saisonale Schwankungen scheinen nicht die Hauptursache für dieses Problem zu sein, denn drei der fünf Einrichtungen berichteten, dass die Nachfrage im Jahresverlauf relativ konstant sei. Bei den zwei Einrichtungen, die saisonale Schwankungen verzeichnen, wiesen die Aussagen auf eine eher höhere Auslastung in den Sommermonaten hin.

Für die Zukunft schätzen die befragten solitären Einrichtungen mit deutlicher Mehrheit (80 %) die wirtschaftliche Entwicklung unter den gegebenen Rahmenbedingungen als schwierig ein. Eine Einrichtung machte keine Angabe diesbezüglich.

Personalstruktur

Eng mit der Wirtschaftlichkeit verbunden sind Aspekte der personellen Zusammensetzung, die stets in Zusammenhang mit dem Versorgungskonzept und der Struktur der Kurzzeitpflegegäste betrachtet werden müssen.

Die personelle Zusammensetzung der befragten solitären Kurzzeitpflegeeinrichtungen verhielt sich sehr unterschiedlich. Eine ähnliche Platzzahl geht teilweise mit sehr unterschiedlicher Personalausstattung einher.

Anhand der Ergebnisse kann zumindest davon ausgegangen werden, dass eine Vollzeit-Pflegefachkraft (1 -2 Personen, abhängig vom Stellenanteil) eine Einrichtung leitet. Bereits bei der Anzahl der Pflegefach- und -hilfskräfte gibt es jedoch große Unterschiede. Über Ergo- bzw. Physiotherapeuten verfügt keine Einrichtung. Nur eine Einrichtung gibt an, eine/n Sozialarbeiter/in zu beschäftigen (siehe Tabelle 9).

Tabelle 9: Personelle Ausstattung in den solitären KZP-Einrichtungen (n = 4)

Kreis/kreisfreie Stadt	Anzahl der solitären Plätze	Pflegerische Leitungskräfte (VK*)	Pflegefachkräfte (VK*)	Pflegehilfskräfte (VK*)	Betreuungskräfte nach §87b (VK*)	Sonstige Beschäftigte (VK*)
Aachen (Städteregion)	12	1 (1)	5 (4)	0 (0)	1 (1)	0 (0)
Solingen	13	1 (0,5)	10 (5,53)	4 (1,95)	2 (1)	4 (0,95)
Siegen-Wittgenstein (Kr.)	10	o. A.	o. A.	o. A.	o. A.	o. A.
Wuppertal	8	2 (1)	17 (5,7)	5 (0,2)	1 (0,3)	4 (1,3)
Münster	18	2 (1,5)	14 (3)	2 (1)	3 (-)	0 (0)
Durchschnitt	12,75	1,5 (1)	11,5 (4,6)	2,75 (0,79)	1,75 (0,58)	2 (0,56)

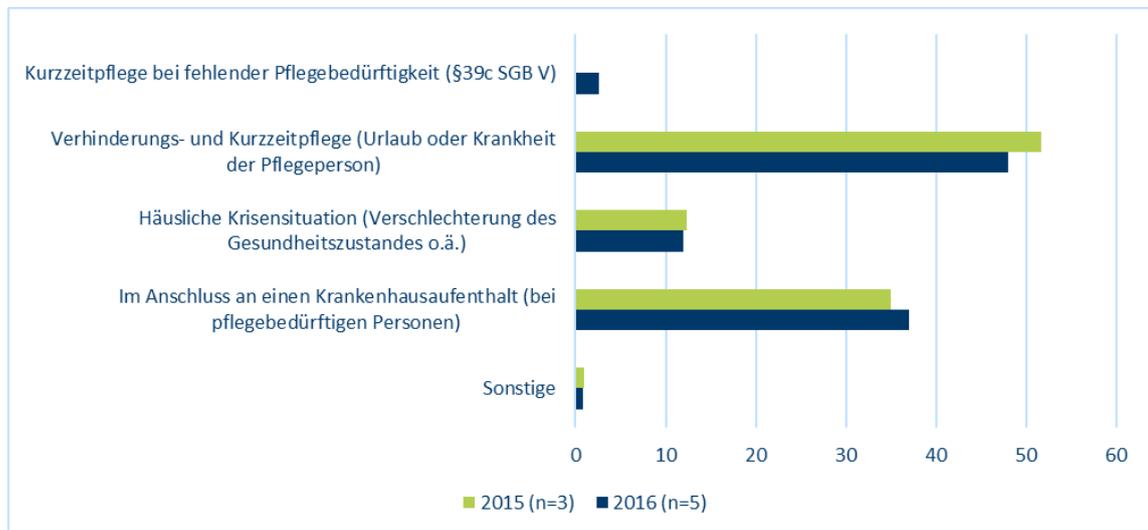
Quelle: IGES, * VK = Vollzeitstellen bzw. -kräfte

Struktur der Kurzzeitpflegegäste in solitären Einrichtungen

Betrachtet man die Struktur der Kurzzeitpflegegäste näher, d. h. in Abhängigkeit der Pflegestufe sowie des Anlasses des Aufenthalts in der Kurzzeitpflege, lässt sich Folgendes feststellen.

Die Aufnahme von pflegebedürftigen Personen im Anschluss an einen Krankenhausaufenthalt hat gegenüber dem Jahr 2015 zugenommen. In diesen Fällen ist häufig mit einem erhöhten Pflegeaufwand zu rechnen, was wiederum für einen erhöhten Personalbedarf sprechen würde. Die Hauptklientel der solitären Einrichtungen scheinen jedoch die Kurzzeitpflegegäste zu sein, die aufgrund von Urlaub oder Krankheit der Pflegeperson in diese Einrichtungen kommen, wobei dieser Anteil gegenüber dem Jahr 2015 leicht abgenommen hat. Dagegen ist bei den befragten Einrichtungen im Jahr 2016 der Personenkreis hinzugekommen, der eine Kurzzeitpflege bei noch fehlender Pflegebedürftigkeit nach § 39c SGB V in Anspruch nimmt (siehe Abbildung 23).

Abbildung 23: Anlässe, die zur Aufnahme in eine solitäre Kurzzeitpflege führten in den Jahren 2015 und 2016 (Angaben in %)



Quelle: IGES

Bei der Zusammensetzung der Kurzzeitpflegegäste hinsichtlich ihrer Pflegestufe kann allgemein festgehalten werden, dass die Mehrzahl über Pflegestufe 1 und 2 verfügte, weniger über Pflegestufe 3. Im Jahr 2016 nahm der Anteil der Pflegegäste mit Pflegestufe 2 und 3 bei Aufnahme sogar ab, der Anteil der Gäste mit Pflegestufe 1 dagegen zu. Pflegestufe 3+ war in diesen Einrichtungen gar nicht vertreten. Der Anteil der Kurzzeitpflegegäste ohne Pflegestufe lag im Jahr 2015 bei insgesamt rd. 3 %. Der Anstieg dieser Gruppe auf rd. 13 % im Jahr 2016 ist in diesem Fall auf eine Einrichtung in Münster zurückzuführen (siehe Tabelle 10 und Abbildung 24). Auf Nachfrage bei der Einrichtung stellte sich heraus, dass es sich um eine solitäre KZP-Einrichtung in Angliederung an ein Krankenhaus handelte. Dementsprechend ist der hohe Anteil an KZP-Gästen ohne Pflegestufe nachvollziehbar. Auf Nachfrage wurde angegeben, dass bei ca. 80 %, die aus dem Krankenhaus kämen bei 40 % eine Pflegestufe beantragt wäre, die anderen Gäste dagegen über § 39c SGB V finanziert würden.

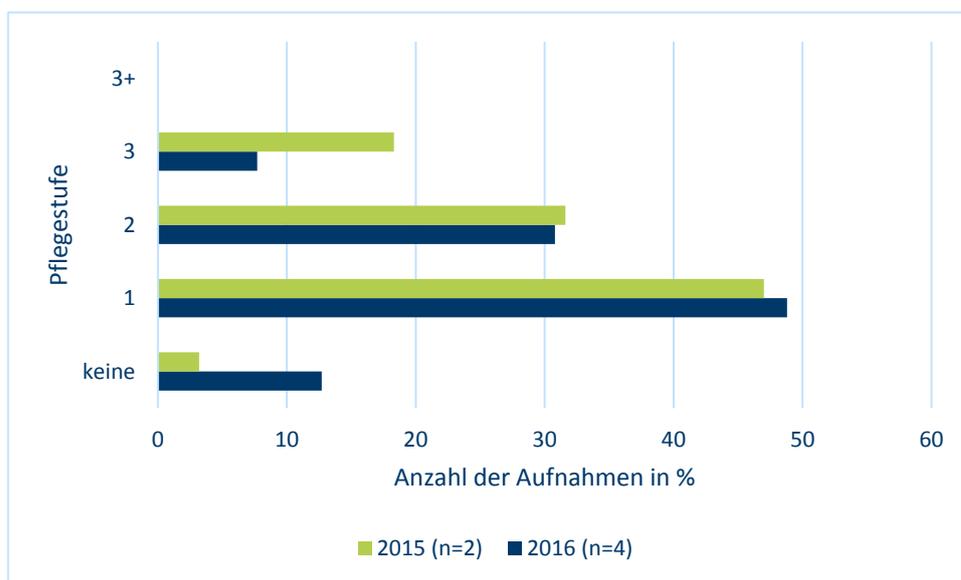
Anzumerken ist, dass nicht für alle Einrichtungen Daten zu den Jahren 2015 und 2016 vorlagen, weshalb die Vergleichbarkeit der Daten nur eingeschränkt möglich war.

Tabelle 10: Aufnahmen der Kurzzeitpflegegäste nach Pflegestufe in den befragten solitären Einrichtung in den Jahren 2015 und 2016

Kreis/kreisfreie Stadt	Anzahl der solitären Plätze	Aufnahmen ohne PS 2015/2016	Aufnahmen mit PS 1 2015/2016	Aufnahmen mit PS 2 2015/2016	Aufnahmen mit PS 3 2015/2016
Aachen (Städteregion)	12	0/2	100/97	58/80	32/20
Solingen	13	-/26	-/119	-/84	-/21
Siegen-Wittgenstein (Kr.)	10	o. A.	o. A.	o. A.	o. A.
Wuppertal	8	11/6	62/75	51/56	31/23
Münster	18	-/81	-/152	-/60	-/6
Gesamt		11/115	162/443	109/280	63/70

Quelle: IGES

Abbildung 24: Aufnahmen der Kurzzeitpflegegäste nach Pflegestufen in den Jahren 2015 und 2016 (in %)



Quelle: IGES

Nach Angaben der solitären Einrichtungen verblieben die Kurzzeitpflegegäste durchschnittlich rund 16 Tage in der Kurzzeitpflege. Die Spannweite lag dabei im Minimum bei einem Tag und betrug maximal bis zu 60 oder sogar 80 Tage.

Die Kurzzeitpflegeeinrichtungen gaben an, dass sie auf keinen bestimmten Personenkreis spezialisiert seien. Jedoch verfügten 40 % über ein spezielles Pflegekonzept für Kurzzeitpflegegäste. In den Freitexten wurde diesbezüglich ergänzt, dass im Vordergrund *„so viel Normalität wie möglich - Pflege als Begleitung in Übergangssituationen, Persönlichkeitsstärkung - auch palliative Versorgung“* stehe. Weiterhin wurde in anderen IGES Studien mehrfach darauf hingewiesen, dass solitären Kurzzeitpflege Personen explizit zur Sterbebegleitung aufnehmen oder mangels verfügbaren Hospizplatzes. Allerdings werde diese aufwändige Leistung nicht adäquat vergütet.

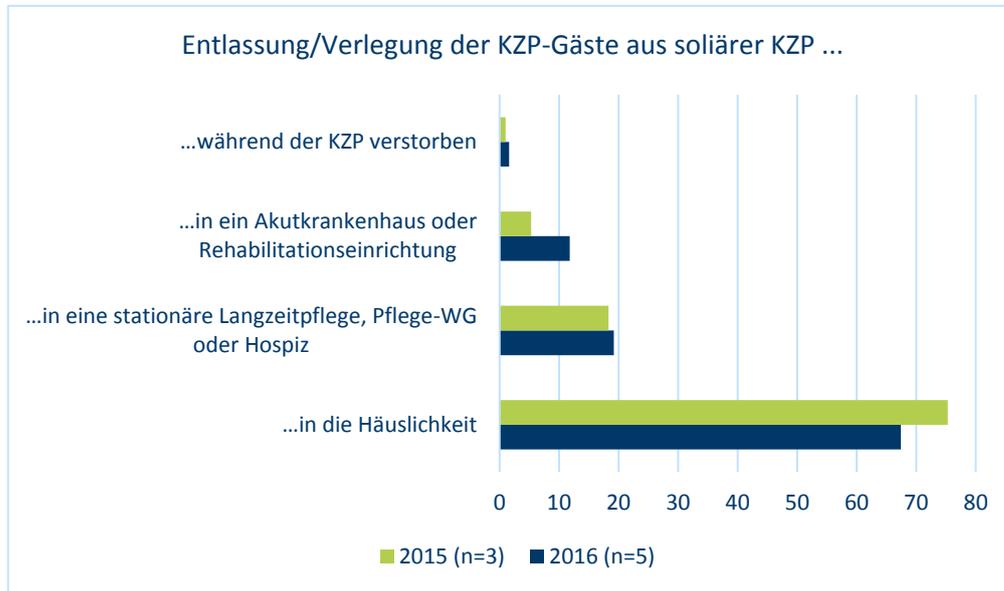
Überleitungs-/Entlassmanagement

Da Kurzzeitpflege aus unterschiedlichen Anlässen heraus in Anspruch genommen wird, wie z. B. nach einem Krankenhausaufenthalt oder bei häuslichen Krisensituationen, kann es durchaus vorkommen, dass bei Aufnahme der KZP-Gäste deren Verbleib nach dem Aufenthalt noch nicht geklärt ist. Für diese Situation bedarf es einer guten Beratung bzw. Überleitung, um eine adäquate Versorgung im Anschluss an die Kurzzeitpflege, bestenfalls in der eigenen Häuslichkeit, zu gewährleisten.

Die solitären Einrichtungen gaben an, dass bei durchschnittlich 38 % der Gäste der Verbleib nach der KZP ungeklärt sei. Diese Angaben schwankten jedoch sehr stark zwischen den Einrichtungen und lagen bei minimal etwa 10 % und maximal etwa 80 %. Dennoch gaben alle Einrichtungen bis auf eine an, dass sie über ein konkretes Konzept/standardisiertes Verfahren für das Überleitungs-/Entlassmanagement der KZP-Gäste verfügen. In den Freitexten wurde dies konkretisiert und angegeben, dass dies *„vom Pflegeprogramm vorgegeben“* sei bzw. *„das Verfahren zur Entlassung (...) über das Dokument Entlassungsplanung und Pflegeverlegungsbericht geregelt [ist]“*.

Betrachtet man die Angaben bezüglich der Anschlussversorgung/-aufenthalte differenzierter, so wird deutlich, dass die Mehrheit (65 - 75 %) wieder in die eigene Häuslichkeit entlassen wird. Zum Jahr 2016 ist diese Zahl etwas gesunken, verbleibt aber dennoch der häufigste Verlegungsort (siehe Abbildung 25). Dies könnte einerseits darin begründet liegen, dass ein großer Teil der Gäste im Rahmen der KZP/Verhinderungspflege zwecks Urlaub/Krankheit der Pflegeperson betreut wird. Zum anderen verweist es ebenfalls auf eine gute Pflegequalität der solitären Einrichtungen, da ein Großteil der Klientel nach einem Krankenhausaufenthalt in die solitäre Kurzzeitpflege kommt. Ergänzende Angaben aus der solitären KZP in Münster bestätigten, dass ca. 90 % der KZP-Gäste, die aus dem Krankenhaus kamen und eine Pflegestufe beantragt haben, in die Häuslichkeit zurückkehren können. Bei den KZP-Gästen nach § 39c SGB V folgte häufig eine Rehabilitationsmaßnahme.

Abbildung 25: Übersicht der Anschlussaufenthalte (im Durchschnitt) nach KZP in den Jahren 2015 und 2016 (Angaben in %)

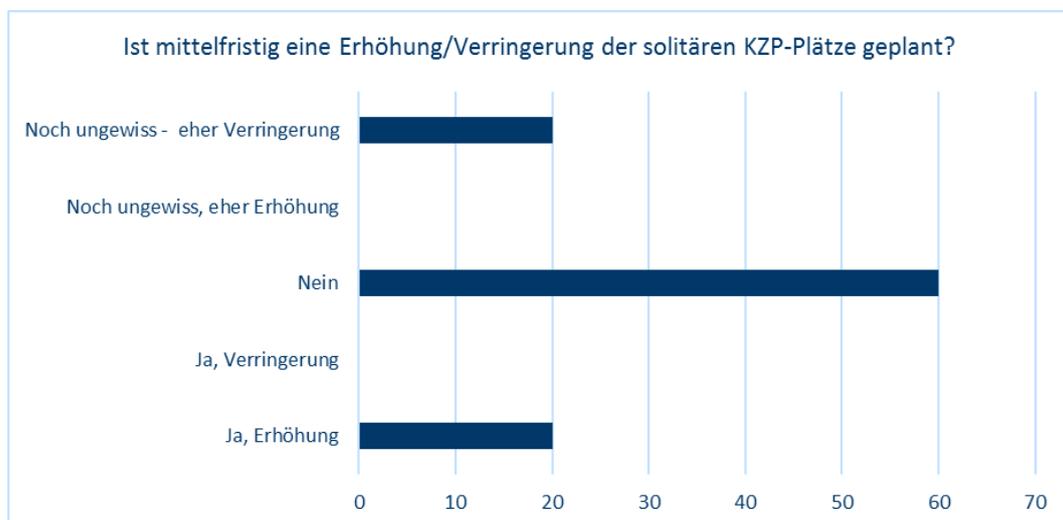


Quelle: IGES

Ausblick

Abschließend wurden die Einrichtungen gebeten anzugeben, ob sie mittelfristig eine Erhöhung/Verringerung der Zahl der KZP-Plätze planen. Dabei wird deutlich, dass die Mehrheit (60 %) weder eine Erhöhung noch Verringerung plant. Lediglich eine Einrichtung plant eine Erhöhung der Platzzahl (vgl. Abbildung 26).

Abbildung 26: Angaben zur zukünftigen Erhöhung/Verringerung von solitären Platzzahlen (Angaben in %)



Quelle: IGES

Zusätzlich bestand die Möglichkeit in Form von Freitexten anzugeben, welche Maßnahmen aus Sicht der solitären Einrichtungen zur Weiterentwicklung der Kurzzeitpflege ergriffen werden sollten. Die Problematiken sind in der folgenden Tabelle 11 aufgeführt:

Tabelle 11: Maßnahmen zur Weiterentwicklung der KZP aus Sicht der solitären KZP-Einrichtungen

Kreis/kreisfreie Stadt	Zusammenfassung	Freitextantworten
Aachen (Städteregion)	<ul style="list-style-type: none"> - Abschaffung Einzelzimmerquote - Veränderungen der baulichen Rahmenbedingungen 	<p>„Abschaffung der Einzelzimmerquote. Kurzzeitpflege sollte auch in Einrichtungen wie unsere weiter gefördert werden, die nur Doppelzimmer anbieten. Kurzzeitpflege muss aus der Grundflächenmindestverordnung für Heime herausgenommen werden und solitär als Krisenintervention gesehen werden. Sollte 08.18 die EZQ zustande kommen werden wir unsere Doppelzimmer in eine WG umwandeln.“</p>
Solingen	<ul style="list-style-type: none"> - personelle Engpässe - problematische Abwesenheitsregelung für Krankenhausaufenthalte während der KZP/keine Erstattung der Kosten 	<p>"Pflegebedürftige die aus dem Krankenhaus in die KZP übergeleitet werden, haben zu 80% einen höheren Pflegebedarf als die aktuelle Pflegestufe darstellt. Da der Pflegesatz und die Personalbemessung nach der Pflegestufenverteilung ermittelt werden, fehlt gemessen am tatsächlichen Pflegeaufwand strukturell Pflegepersonal. Unsere KZP bekommt gerade so viele Pflegefachkräfte (incl. Leitung) von der Pflegekasse bewilligt, dass der durchgängige Pflegefachkräfteanteil pro Tag damit abgedeckt ist. Problematisch ist die Abwesenheitsregelung in NRW, insbesondere für die vom Krankenhaus übergeleiteten Patienten. Denn es kommt immer wieder zu erneuten meist kurzen Krankenhausaufenthalten während des KZP-Aufenthaltes. In dieser Zeit muss das gebuchte und freigehaltene KZP-Bett vom KZP-Gast selbst bezahlt werden. Für viele KZP-Gäste aus dem Krankenhaus stellt die Beförderung in die KZP oftmals ein Problem dar, sofern kein verschreibungspflichtiger Krankentransport vorliegt."</p>

Wuppertal	<ul style="list-style-type: none"> - längere Finanzierung der KZP - Veränderung der Kriterien der Versorgungseinschätzung - Zielgruppen erweitern - Erhöhung der Pflegesätze - Ausweitung der zulässigen Anzahl an KZP-Tagen - schnellere Erstattung der Kosten 	<p>"längere finanziell gesicherte Übergangszeiten ermöglichen, um die Weiterversorgung im Tempo der Bewohner und Familien anzubahnen; andere Kriterien der Einschätzung der Versorgung statt MDK Langzeit stationär; Vielfalt ermöglichen: Zielgruppen auch behinderte Menschen (Weiterführung auch des Werkstattbesuchs während des Aufenthalts), für palliativ zu versorgende Personen, die an einen "normalen" Ort ihr Leben beenden möchten; das Prinzip "in Übergangssituationen zu begleiten" auch finanziell zu ermöglichen (orientiert an der Person und nicht am für die Einrichtung zuständigen Kostenträger); insgesamt die Pflegesätze in KZP erhöhen, weil der Aufnahmearbeit und Verwaltungsaufwand enorm ist im Verhältnis zur Aufenthaltsdauer; die 28 Tage Regelung beenden - nach Krankenhausaufenthalt benötigen die Bewohner oft Tage und Wochen bis sie so stabil sind, um Perspektiven denken zu können; Kostenträger müssten sich abstimmen und vor allem rascher bezahlen - wir warten teils Monate auf Erstattung"</p>
Münster	<ul style="list-style-type: none"> - bessere Finanzierung des Personals/Erhöhung der Pflegesätze - Änderung baulicher Anforderungen 	<p>"Eine solitäre Kurzzeitpflegeeinrichtung ist sehr personal intensiv dieses muss beim Berechnen der Pflegesätze berücksichtigt werden. Die baulichen Anforderungen sind lt. WTG II sehr hoch auch das treibt die Kosten unnötig in die Höhe. "</p>

Quelle: IGES

Die Einrichtungen verweisen fast ausschließlich auf die nicht ausreichenden wirtschaftlichen Rahmenbedingungen für solitäre Einrichtungen und auf den höheren personellen Aufwand in der KZP im Vergleich zur stationären Dauerpflege hin.

7.1.3.3 Auswertung der Einrichtungen mit angebundener Kurzzeitpflege

Der Rücklauf bei den Einrichtungen mit ausschließlich angebundene Kurzzeitpflegeplätzen belief sich auf n = 5. Weitere vier Einrichtungen gaben an, sowohl angebundene als auch eingestreute KZP-Plätze vorzuhalten. Diese wurden zusammen mit den angebundene Plätzen ausgewertet, so dass diese Gruppe insgesamt neun Einrichtungen umfasst. Inwieweit die Angabe aus Bielefeld mit einem Kurzzeitpflegeplatz mit eigener IK-Nummer korrekt ist, konnte leider nicht überprüft werden.

Die Pflegeeinrichtungen waren aus unterschiedlichen Kreisen/kreisfreien Städten in NRW und hielten durchschnittlich rund 6,4 angebundene KZP-Plätze (ohne Bielefeld sieben Plätze) vor (siehe Tabelle 12).

Tabelle 12: Übersicht der teilnehmenden Kurzzeitpflegeeinrichtungen mit ausschließlich angebotenen KZP-Plätzen unter Angabe der jeweiligen Plätze (Einrichtungen mit zusätzlich eingestreuten Plätzen (rot))

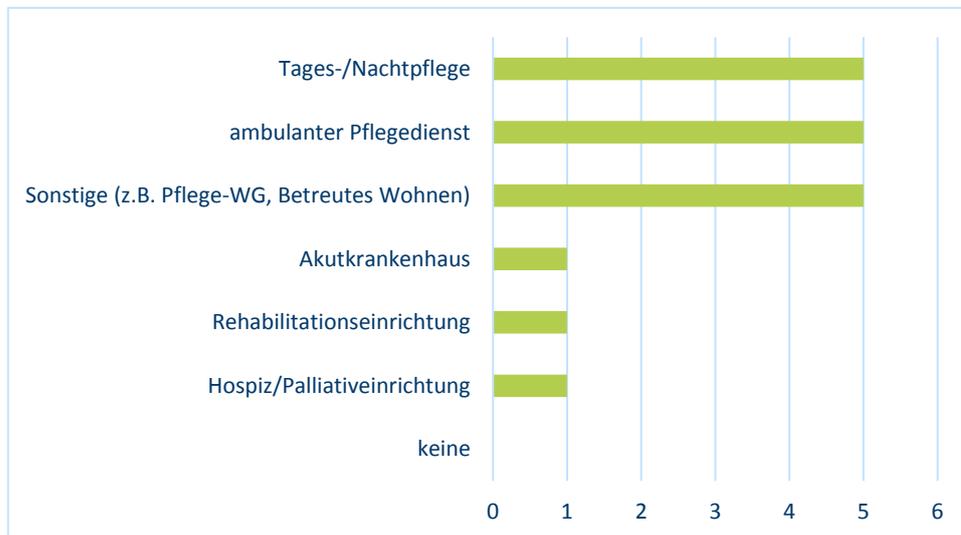
Kreis/kreisfreie Stadt	Anzahl der angebotenen KZP-Plätze
Aachen (Städteregion)	6
Bielefeld	1
Gütersloh (Kreis)	9
Herford (Kreis)	5
Höxter (Kreis)	7
Oberbergischer Kreis	4
Rhein-Kreis Neuss	10
Siegen-Wittgenstein (Kreis)	10
Unna (Kreis)	6

Quelle: IGES

Verbundene Einrichtungen in gemeinsamer Trägerschaft

Bezüglich der in gemeinsamer Trägerschaft verbundenen Einrichtungen, ließ sich feststellen, dass die Träger der Einrichtungen mit angebotenen KZP-Plätzen ähnlich der Einrichtungen mit eingestreuten Plätzen über weitere Einrichtungen (im Durchschnitt zwei), verfügten. Definitionsgemäß sind alle Einrichtungen dieser Gruppe mit einem Pflegeheim verbunden – diese Kategorie taucht deshalb in der folgenden Abbildung 27 nicht auf. Alle Einrichtungen dieser Gruppe sind darüber hinaus mit anderen Einrichtungen im Verbund – jeweils fünf mit ambulanten und teilstationären Einrichtungen sowie besonderen Wohnformen und je eine Einrichtung mit einem Krankenhaus, einer Rehaklinik oder einem Hospiz.

Abbildung 27: Angaben von Einrichtungen mit angebotenen KZP-Plätzen zur Vorhaltung von weiteren Einrichtungen durch den Träger (Anzahl)



Quelle: IGES

Wirtschaftlichkeit

Im Vergleich zu den wirtschaftlichen Bedingungen bei den solitären KZP-Einrichtungen sind angebotene KZP-Plätze einem geringeren Finanzierungsrisiko unterworfen, da sie organisatorisch und personell an eine vollstationäre Dauerpflegeeinrichtung angegliedert sind. Allerdings sind diese Plätze zweckgebunden nur für Kurzzeitpflege nutzbar, so dass Leerstände und saisonale Schwankungen die Wirtschaftlichkeit negativ beeinflussen.

Den Umfrageergebnissen zu Folge war die Anzahl der Aufnahmen in den letzten Jahren eher rückläufig und lag im Jahr 2015 durchschnittlich bei 81, im Jahr 2016 bei lediglich 74 Aufnahmen mit Kurzzeitpflege (siehe Tabelle 13).

Die durchschnittliche Auslastung war nach Angaben der Einrichtungen innerhalb der Jahre 2015 (n = 6) und 2016 (n = 7) fast gleich und lag bei 93 - 94 %. Diesen Angaben zu Folge waren die KZP-Plätze in vier Einrichtungen fast voll, im Vergleich zu den solitären Einrichtungen damit besser, ausgelastet (siehe Tabelle 14).

Die anhand der durchschnittlichen Auslastung von 93 % für 2016 errechneten durchschnittlichen Verweildauern in der Kurzzeitpflege (rechte Spalte in Tabelle 13) mit einer Spannweite von unter drei bis über 70 Tagen lässt vermuten, dass die Angaben im Falle von Bielefeld und Siegen-Wittgenstein nicht plausibel sind.

Die angebotenen KZP-Stationen gaben an, dass die Kurzzeitpflegegäste durchschnittlich rund 19 Tage in der Kurzzeitpflege verbringen. Die Bandbreite lag dabei bei minimal einem und maximal 56 Tagen.

Tabelle 13: Anzahl der Aufnahmen für die Kurzzeitpflege (einschl. Verhinderungspflege) im Jahr 2015/2016 bei Einrichtungen mit angebundener Kurzzeitpflege und mittlere Verweildauer (VWD)

Kreis/kreisfreie Stadt	Plätze	Aufnahmen 2015	Aufnahmen 2016	Ø VWD pro Fall 2016 (93 % Auslast.) in Tagen
Aachen (Städteregion)	6	132	128	15,9
Bielefeld	1	128	127	2,7
Gütersloh (Kreis)	9	o. A.	o. A.	-
Herford (Kreis)	5	67	80	21,3
Höxter (Kreis)	7	91	64	37,2
Oberbergischer Kreis	4	6	0	-
Rhein-Kreis Neuss	10	o. A.	o. A.	-
Siegen-Wittgenstein (Kreis)	10	63	47	72,3
Unna (Kreis)	6	o. A.	o. A.	-
Mittelwert		81,2	74,3	-

Quelle: IGES

Tabelle 14: Durchschnittliche Auslastung der angebotenen Kurzzeitpflegeplätze nach eigenen Angaben (in %)

Kreis/kreisfreie Stadt	Auslastung im Jahr 2015	Auslastung im Jahr 2016
Aachen (Städteregion)	91	90
Bielefeld	98	98
Gütersloh (Kreis)	80	85
Herford (Kreis)	100	99
Höxter (Kreis)	o. A.	o. A.
Oberbergischer Kreis	96	97
Rhein-Kreis Neuss	o. A.	85
Siegen-Wittgenstein (Kreis)	98	97
Unna (Kreis)	o. A.	o. A.
Durchschnitt	93,8	93,0

Quelle: IGES

Saisonale Schwankungen der Nachfrage nach Kurzzeitpflege wurden nicht bestätigt (allerdings nur eine Antwort). Die weitere wirtschaftliche Entwicklung der angebundenen KZP-Plätze wurde (ebenfalls nur von einer Einrichtung beantwortet) als eher schwierig unter den gegebenen Rahmenbedingungen eingeschätzt. Als Begründung wurde im Freitext ergänzt: „Auch bei kurzen Aufenthalten entsteht der gleiche Aufwand wie in der Langzeitpflege, es gibt kurzfristige Absagen wegen Krankenhausaufenthalt oder bereits verstorben, teilweise keine/schlechte Überleitung aus der Häuslichkeit (fehlende oder falsche Medikamente, teilweise fehlende Diagnosen und dann entsprechend fehlende Therapien, fehlende ärztliche Versorgung). Während des Aufenthaltes Einweisung ins Krankenhaus ist der Platz ohne Finanzierung frei, usw.“.

Personalstruktur

Bezüglich der personellen Zusammensetzung äußerten sich drei der neun Einrichtungen. Es ist jeweils mindestens eine Vollzeitkraft als pflegerische Leitungskraft für die jeweilige angebundene Kurzzeitpflegestation vorhanden, aber nicht zwangsläufig ausschließlich für die Kurzzeitpflege zuständig (Synergieeffekte mit der Dauerpflege). Nach Angaben der befragten Einrichtungen war dies lediglich bei einer Einrichtung (Rhein-Kreis Neuss) der Fall. Zudem verfügt eine Einrichtung über ein/e Sozialarbeiter/. Im Gegensatz zu den solitären Einrichtungen beschäftigten zwei der befragten angebundenen Kurzzeitpflegestationen einen/e Physiotherapeuten/in bzw. Ergotherapeuten/in. Darüber hinaus gestaltete sich der Personalschlüssel sehr unterschiedlich, wie die folgende Tabelle 15 verdeutlicht. Die Angaben aus Siegen-Wittgenstein erscheinen nicht plausibel.

Tabelle 15: Personelle Ausstattung in den angebundenen KZP-Einrichtungen (n = 3)

Kreis/kreisfreie Stadt	Anzahl KZP-Plätze	Pflegerische Leitungskräfte (VK*)	Pflegefachkräfte (VK*)	Pflegehilfskräfte (VK*)	Ergo/Physio (VK*)	Betreuungskräfte nach §87b (VK*)
Gütersloh (Kreis)	9	1 (1)**	1 (1)	1 (0,5)	1 (0,2)	1 (0,45)
Rhein-Kreis Neuss	10	3 (1,3)	2 (1,5)	2 (1,8)	0 (0)	1 (0,5)
Siegen-Wittgenstein	10	1 (1)**	18 (15)	25 (18)	1 (1)	8 (4)
Durchschnitt		1,7 (1,1)	7 (5,8)	9,3 (6,8)	0,67 (0,4)	3,3 (1,65)

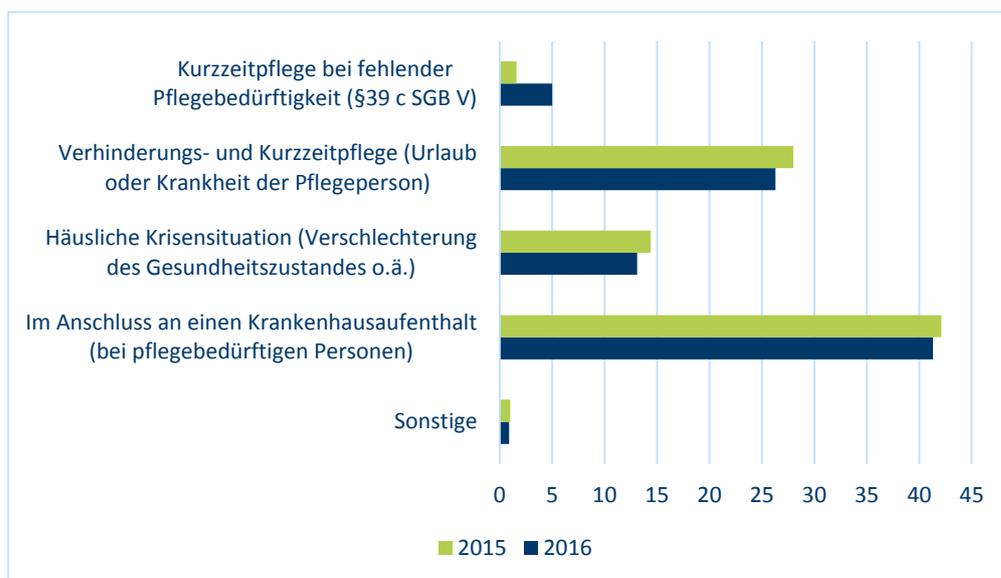
Quelle: IGES, * VK = Vollzeitstellen bzw. -kräfte, ** nicht nur für die KZP zuständig

Struktur der Kurzzeitpflegegäste der angebundenen KZP-Stationen

Bei der Betrachtung der Strukturen der Kurzzeitpflegegäste hinsichtlich der Pflegestufe sowie des Anlasses und der Länge des Aufenthalts, zeichnete sich bei den angebundenen Plätzen folgendes Bild ab:

Die Aufnahmen zur KZP nach § 39 c SGB V, die seit 01.01.2016 eingeführt wurden, haben entsprechend deutlich zugenommen. Insgesamt nimmt die Mehrzahl der Gäste jedoch KZP im Anschluss an einen Krankenhausaufenthalt wahr, gefolgt von Verhinderungs- und Kurzzeitpflege aufgrund von Urlaub oder Krankheit der Pflegeperson (vgl. Abbildung 28). Dies deckt sich mit den Ergebnissen bei den eingestreuten KZP-Plätzen (vgl. Abbildung 36 im Kapitel 7.1.3.4). Bei den solitären Einrichtungen verhielt sich dies eher umgekehrt, sodass Verhinderungs- und Kurzzeitpflege häufiger die Gründe für eine Kurzzeitpflege waren.

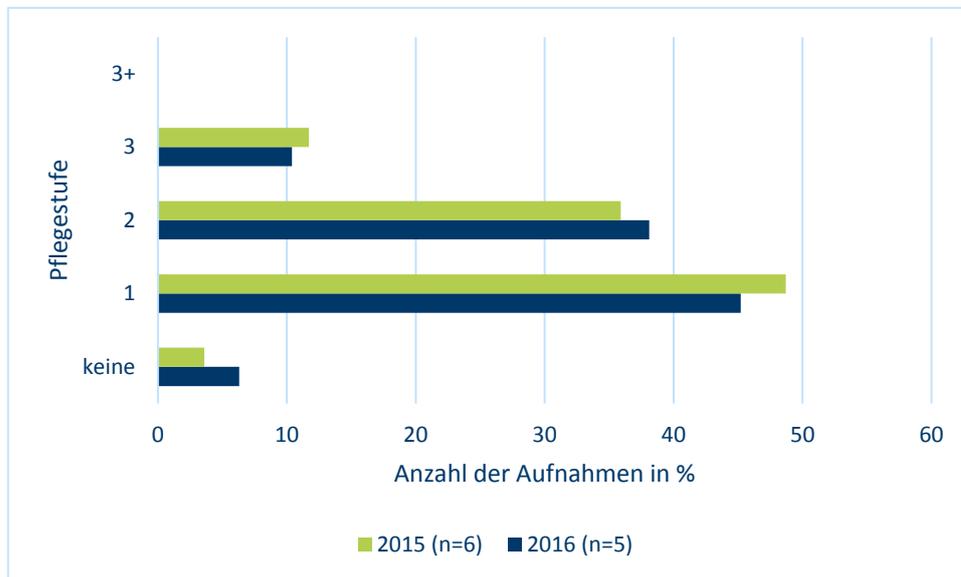
Abbildung 28: Anlässe, die zur Aufnahme in die KZP in angebundenen Kurzzeitpflegestationen im Jahr 2015 und 2016 führten (Angaben in %, n = 8)



Quelle: IGES

Bei der Zusammensetzung der KZP-Gäste hinsichtlich ihrer Pflegestufe wurde deutlich, dass ähnlich den solitären KZP-Plätzen keine KZP-Gäste mit Pflegestufe 3 und Härtefall vertreten waren. Dies war lediglich bei den eingestreuten Plätzen der Fall. Bei den Pflegestufen 1 und 2 war das Verhältnis ähnlich wie bei den eingestreuten Plätzen: Die meisten Pflegebedürftigen mit Kurzzeitpflege in angebundenen Plätzen hatten die Pflegestufe 1. Im Jahr 2016 hat der Anteil der Personen mit Pflegestufe 2 jedoch zu Lasten der Personen mit Pflegestufe 1 zugenommen (vgl. Abbildung 29).

Abbildung 29: Aufnahmen der Kurzzeitpflegegäste (angebundene KZP) nach Pflegestufen in den Jahren 2015 und 2016 (Angaben in %)



Quelle: IGES

Keine der angebundenen KZP-Stationen war, wie auch die solitären Einrichtungen, auf einen bestimmten Personenkreis spezialisiert. Zwei Einrichtungen gaben an, über ein spezielles Pflegekonzept zu verfügen, das „auf die Wiederherstellung der Gesundheit (...) und auf die Rückführung in die Häuslichkeit [ausgerichtet sei]“.

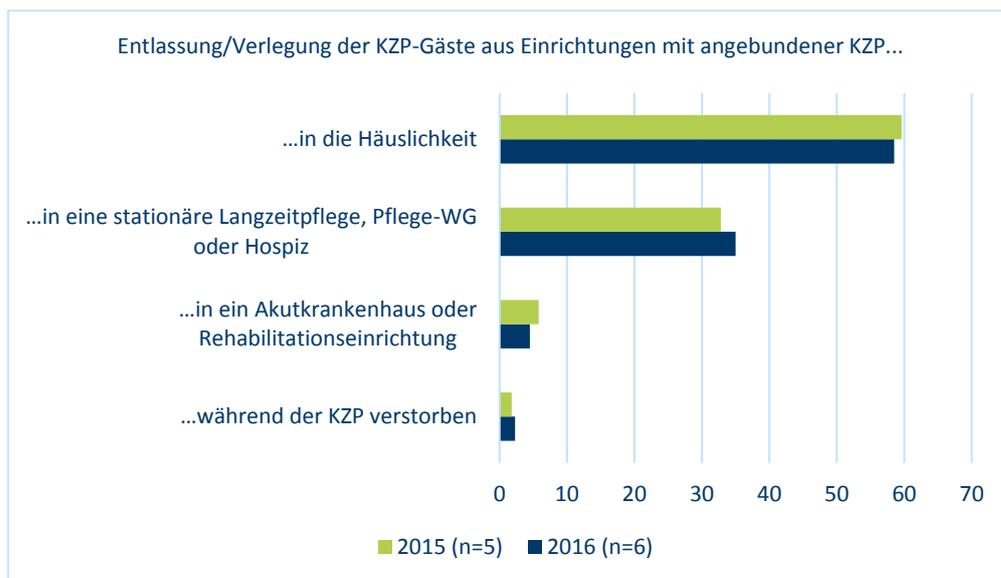
Überleitungs-/Entlassmanagement

Da Kurzzeitpflege aus unterschiedlichen Anlässen heraus in Anspruch genommen wird, wie z. B. nach einem Krankenhausaufenthalt oder bei häuslichen Krisensituationen, kann es durchaus vorkommen, dass bei Aufnahme der KZP-Gäste deren Verbleib nach dem Aufenthalt noch nicht geklärt ist. Für diese Situation bedarf es einer guten Beratung bzw. Überleitung, um eine adäquate Versorgung im Anschluss an die Kurzzeitpflege, bestenfalls in der eigenen Häuslichkeit, zu gewährleisten.

Die Einrichtungen mit angebundenen KZP-Plätzen (n = 8) gaben an, dass bei ca. 27,5 % der Gäste der Verbleib nach der KZP bei Aufnahme ungeklärt sei. Das entspricht der Einschätzung solitärer Kurzzeitpflegeeinrichtungen in NRW aus anderen IGES-Studien (Mittelwert 24 %). Im Vergleich zu den solitären Einrichtungen (38 %) und den Einrichtungen mit eingestreuten Plätzen (rd. 35 %) ist dieser Wert deutlich geringer, wobei zwischen den einzelnen Einrichtungen deutliche Unterschiede vorhanden sind. Die Spannweite reicht von 0 - 95 % (andere Studien: 1,5 – 70 %). Auffällig ist, dass lediglich zwei der acht Einrichtungen mit angebundener KZP ein konkretes Konzept zur Überleitung in Form einer „Verfahrensweisung Entlassung“ erarbeitet haben.

Betrachtet man die Angaben bezüglich der Anschlussversorgung/-aufenthalte differenzierter, ergibt sich ein ähnlicher Trend wie bei den solitären Einrichtungen. Die Mehrheit (60 %), aber anteilig weniger als in der solitären KZP, wurde in die Häuslichkeit entlassen (siehe Abbildung 30). Zentral ist dagegen der Aspekt der Zunahme der KZP-Gäste, die im Anschluss an die KZP in einen vollstationären Aufenthalt übergeleitet wurden. Bei den solitären Einrichtungen ist der Anteil dieser KZP-Gäste von 2015 zu 2016 zwar um einen Prozentpunkt gestiegen, liegt aber mit insgesamt 19 % deutlich hinter den Einrichtungen mit eingestreuten oder angebundenen Kurzzeitpflegeplätzen. In diesen lag der Anteil bei 33 - 35 % (angebunden) bzw. sogar 42 - 45 % (eingestreut). Diese Ergebnisse stützen die von Experten geäußerte Vermutung, dass die KZP-Plätze, die in Anbindung an oder eingestreut im Pflegeheim vorgehalten werden, als „Einfallstor“ für einen vollstationären Dauer-aufenthalt genutzt wurden. Dies wird sogar von einzelnen Einrichtungen explizit bestätigt (siehe Kapitel 8.3.9 Duisburg).

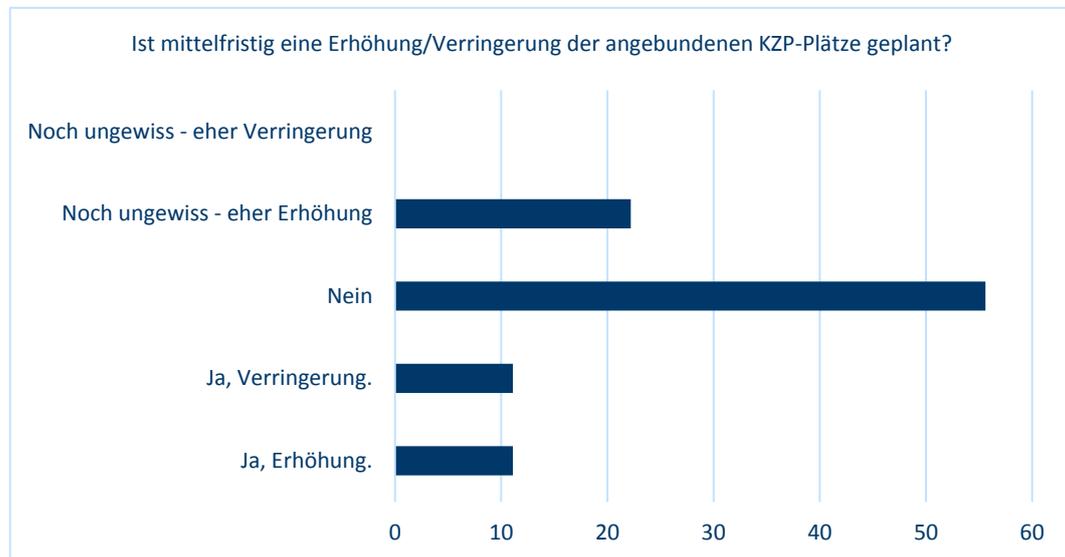
Abbildung 30: Übersicht der Anschlussaufenthalte (im Durchschnitt) nach angebundener KZP in den Jahren 2015 und 2016 (Angaben in %)



Quelle: IGES

Abschließend wurden die Einrichtungen gebeten anzugeben, ob sie mittelfristig eine Erhöhung/Verringerung der Zahl der angebundenen KZP-Plätze planen. Wie bereits bei den solitären Einrichtungen wurde deutlich, dass die Mehrheit (fünf Einrichtungen) weder eine Erhöhung noch Verringerung plant. Immerhin drei Einrichtungen könnten sich aber eine Erhöhung vorstellen, eine dagegen denkt über eine Verringerung nach (vgl. Abbildung 31).

Abbildung 31: Angaben zur zukünftigen Erhöhung/Verringerung von angebotenen KZP-Plätzen (Angaben in %)



Quelle: IGES

Zusätzlich bestand die Möglichkeit in Form von Freitexten anzugeben, welche Maßnahmen aus Sicht der angebotenen KZP-Stationen zur Weiterentwicklung der Kurzzeitpflege ergriffen werden sollten. Die Beiträge und Vorschläge sind in der folgenden Tabelle 16 aufgeführt:

Tabelle 16: Anregungen zu Maßnahmen zur Weiterentwicklung der KZP aus Sicht der angebundenen Einrichtungen

Zusammenfassung	Beispiele aus den Freitexten
Verbesserung der Förderung von solitären Einrichtungen	„Die Förderung der solitären Kurzzeitpflegeeinrichtung sollte dringend überarbeitet werden, da die derzeitige Situation nicht dazu geeignet ist, eine Kurzzeitpflegeeinrichtung zu eröffnen.“
Ausbau des solitären KZP-Angebots	„Es sollten mehr solitäre Einrichtungen zur Verfügung stehen. Es gibt Zeiten im Jahr in denen wir das Doppelte an Plätzen belegen könnten, es aber nicht können. Die Angehörigen sind teilweise sehr verzweifelt auf Grund des geringen Angebotes, weil dann meist keine eingestreuten Zimmer zur Verfügung stehen.“
Erhöhung des Personals	„Erhöhung des Pflegeschlüssels, da immer mehr Gäste aus den Krankenhäusern kommen, ohne Hintergrund von Pflege (hoher Beratungsansatz), ohne Pflegegrad (langer Klärungsprozess), hohe Pflegebedürftigkeit (Akutpflege), überforderte Angehörige (oder keine Angehörigen).“
Trennung der Bedarfe	„Abkoppelung von den Bedarfen im stationären Bereich.“
Verbesserung der Zusammenarbeit mit Ärzten	„Die Zusammenarbeit mit den Haus- oder Fachärzten.“
Veränderung der Finanzierung/Länge des Aufenthalts	„Auch bei Einweisung ins Krankenhaus während des Aufenthaltes muss der Platz finanziert werden. Der höhere Aufwand in der Beratung, während der Einzugs- und Entlassungsphase muss vergütet werden. Ein Aufenthalt bzw. die Tage (Anspruch) in der Kurzzeitpflege ist für alle Pflegegrade auf 28 Tage anzugleichen. Zur Zeit ist es so, dass die hohen Pflegegrade mit dem Zuschuss weniger Tage in der Kurzzeitpflege finanzieren können.“

Quelle: IGES

Neben wirtschaftlichen Aspekten der solitären/separaten KZP wird auf die Notwendigkeit von mehr zweckgebunden zur Verfügung stehenden KZP-Plätzen zur Sicherstellung der Versorgung in der Region verwiesen.

7.1.3.4 Auswertung der Einrichtungen mit eingestreuten Kurzzeitpflegeplätzen

Der Rücklauf bei den Einrichtungen mit ausschließlich eingestreuten Kurzzeitpflegeplätzen belief sich auf n = 103. Weitere vier Einrichtungen gaben an sowohl eingestreute als auch angebundene KZP-Plätze vorzuhalten. Die Grundgesamtheit entsprach somit n = 107.

Die teilnehmenden Einrichtungen waren aus unterschiedlichen Kreisen/kreisfreien Städten in NRW und hielten durchschnittlich rund 7,5 eingestreute KZP-Plätze vor. Dabei lag das Minimum bei einem Platz, das Maximum bei rund 36 Plätzen (siehe Tabelle 17).

Tabelle 17: Übersicht der teilnehmenden Einrichtungen mit eingestreuten KZP-Plätzen unter Angabe der Plätze

Kreis/kreisfreie Stadt	Anzahl der Einrichtungen	Angabe der jeweils eingestreuten Plätze
Aachen (Städteregion)	3	4/6/8
Bielefeld	3	3/6/15
Bochum	1	10
Bonn	3	5/9/12
Borken (Kreis)	1	14
Coesfeld (Kreis)	3	5/5/6
Dortmund	1	4
Duisburg	2	2/10
Düren (Kreis)	4	4/4/8/36
Düsseldorf	2	5/14
Euskirchen (Kreis)	4	2/5/8/10
Gütersloh (Kreis)	2	5/5
Heinsberg (Kreis)	2	½
Hochsauerlandkreis	1	6
Höxter (Kreis)	1	10
Kleve (Kreis)	1	4
Köln, Stadt	10	1/1/1/4/4/6/6/6/9/43
Leverkusen	1	5
Lippe (Kreis)	3	2/5/8
Märkischer Kreis	4	4/5/8/10
Mettmann (Kreis)	4	1/9/10/15
Minden-Lübbecke (Kreis)	3	5/10/15
Münster	1	2
Oberbergischer Kreis	4	3/6/10
Olpe (Kreis)	3	4/10/10
Paderborn (Kreis)	1	15
Recklinghausen (Kreis)	2	5/5

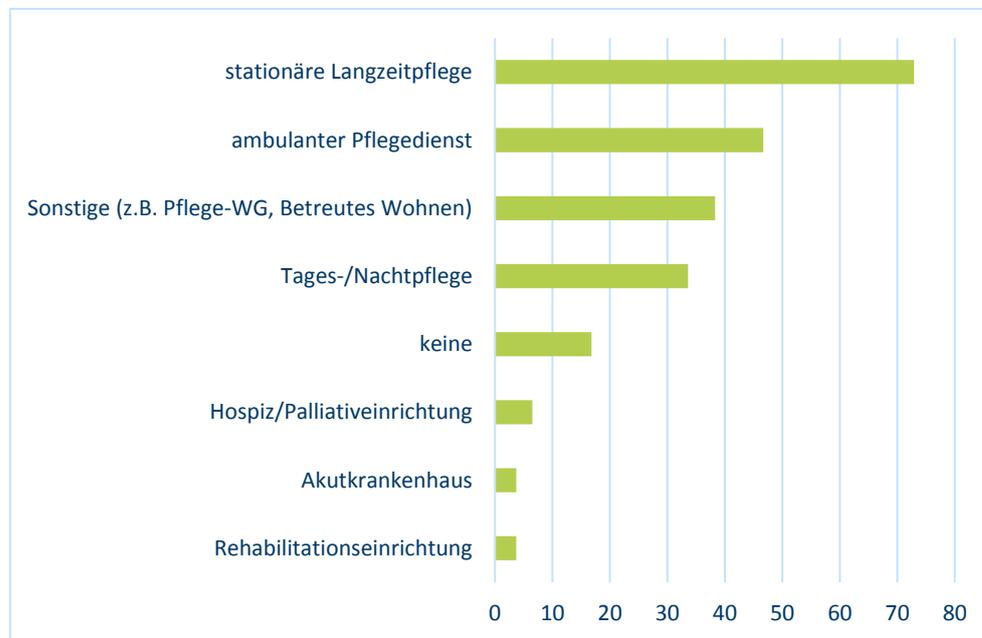
Kreis/kreisfreie Stadt	Anzahl der Einrichtungen	Angabe der jeweils eingestreuten Plätze
Remscheid	1	4
Rhein-Erft-Kreis	5	3/4/5/5/10
Rheinisch-Bergischer Kreis	1	8
Rhein-Kreis Neuss	3	8/8/8
Rhein-Sieg Kreis	4	5/8/12/25
Siegen-Wittgenstein (Kreis)	1	10
Soest (Kreis)	4	4/5/5/10
Solingen	1	13
Steinfurt (Kreis)	3	3/5/6
Unna (Kreis)	2	10/10
Warendorf (Kreis)	1	12
Wesel (Kreis)	4	3/5/6/8
Wuppertal	1	3
ohne Angabe	3	4/10/10

Quelle: IGES

Verbundene Einrichtungen in gemeinsamer Trägerschaft

Die Träger der Einrichtungen mit eingestreuten KZP-Plätzen sind mehrheitlich mit weiteren Einrichtungen im Verbund, lediglich 17,5 % gaben an, dass keine weiteren Einrichtungen vom Träger betrieben werden (siehe Abbildung 32). Im Vergleich zu den solitären Einrichtungen lässt sich aus den Angaben schließen, dass die Träger der vollstationären Dauerpflegeeinrichtungen mit eingestreuten KZP-Plätzen insgesamt über ein größeres Versorgungsangebot an unterschiedlichen Einrichtungen verfügen. Am häufigsten sind weitere Pflegeheime im Verbund, gefolgt von ambulanten Pflegediensten, sonstigen Wohnformen und Tages-/Nachtpflege. Lediglich sieben Träger haben auch ein Hospiz im Portfolio und jeweils vier ein Krankenhaus oder eine Rehaklinik.

Abbildung 32: Angaben von Einrichtungen mit eingestreuten KZP-Plätzen zur Vorhaltung von weiteren Einrichtungen durch den Träger (in %) (n=107)



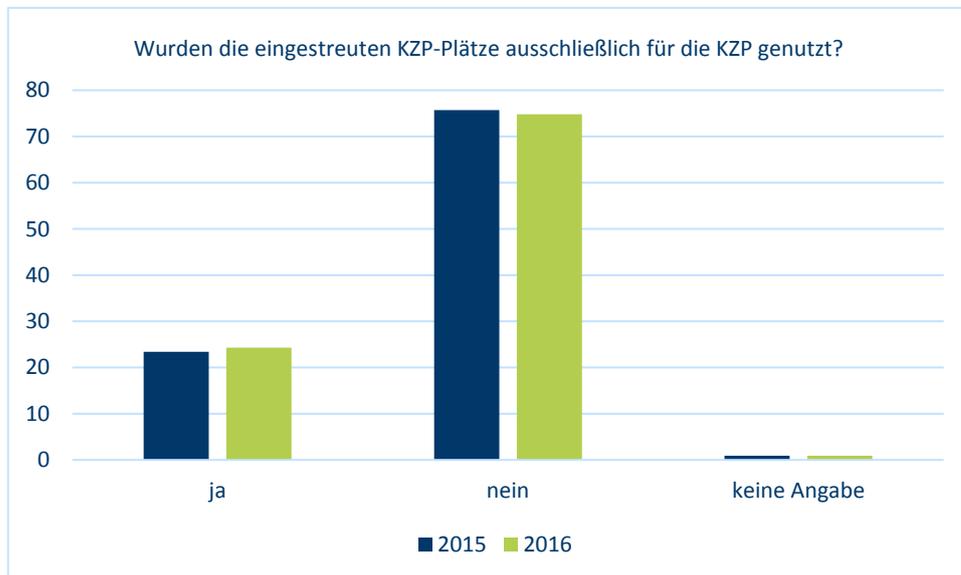
Quelle: IGES

Wirtschaftlichkeit

Wirtschaftlich gesehen, sind eingestreute KZP-Plätze im Vergleich zu den Bedingungen bei den solitären KZP-Plätzen einem geringeren Finanzierungsrisiko unterworfen. Eingestreute KZP-Plätze können im Bedarfsfall auch als vollstationäre Dauerpflegeplätze genutzt werden, womit das Risiko eines „unbelegten Bettes“ und damit verbundenen Verlusten entfällt. Diese Tatsache spiegelt sich auch in den Angaben der Einrichtungen in der Befragung wider.

Bei der Frage, ob die Einrichtungen ihre eingestreuten Plätze ausschließlich für die Kurzzeitpflege nutzten, wurde dies bei drei Viertel der befragten Einrichtungen verneint (vgl. Abbildung 33).

Abbildung 33: Angabe der Art der Nutzung der eingestreuten Kurzzeitpflegeplätze für die Kurzzeitpflege (n=107)

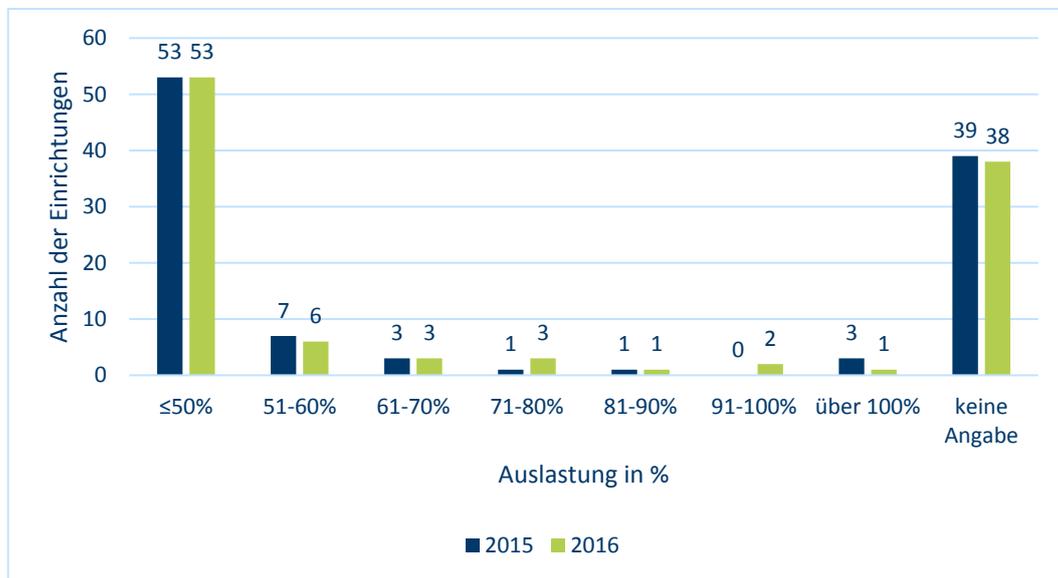


Quelle: IGES

Diese Angaben bestätigen eines der bereits in Kapitel 8.3 mehrfach in den Pflegeplanungen geäußerten Probleme: Die angegebenen eingestreuten Kurzzeitpflegeplätze stehen nicht verlässlich für diese Zwecke zur Verfügung, was in vielen Regionen zu Engpässen führt. Solitäre Einrichtungen können diese Engpässe oft nicht kompensieren, insbesondere nicht in nachfragestarken Zeiten. Zudem sinkt das Angebot an solitären KZP-Einrichtungen in vielen Regionen. Hohe Auslastungszahlen bestätigen dies. Dagegen verhielten sich die KZP-Auslastungszahlen bei den eingestreuten KZP-Plätzen deutlich geringer, wie die Abbildung 34 verdeutlicht. Bei knapp 50 % der befragten Einrichtungen war die Auslastungsquote bezogen auf KZP-Fälle kleiner gleich 50 %, wobei 39 Einrichtungen (2015) und 38 Einrichtungen (2016) keine Angaben zu ihren Belegungstagen machten. Betrachtet man den Bereich über 91 %, so scheinen lediglich drei der befragten Einrichtungen ihre eingestreuten Kurzzeitpflegeplätze auch vorwiegend zweckbestimmt zu nutzen.

Durchschnittlich lagen die Auslastungsquoten der eingestreuten KZP-Plätze mit Bezug auf KZP-Gäste im Jahr 2015 bei rund 35 %, im Jahr 2016 bei rund 38 % und sind damit geringfügig angestiegen.

Abbildung 34: Übersicht der Auslastungsquoten der eingestreuten Kurzzeitpflegeplätze (Berechnung auf Basis der angegebenen KZP-Plätze und den jeweiligen KZP-Belegungstagen) (n=107)

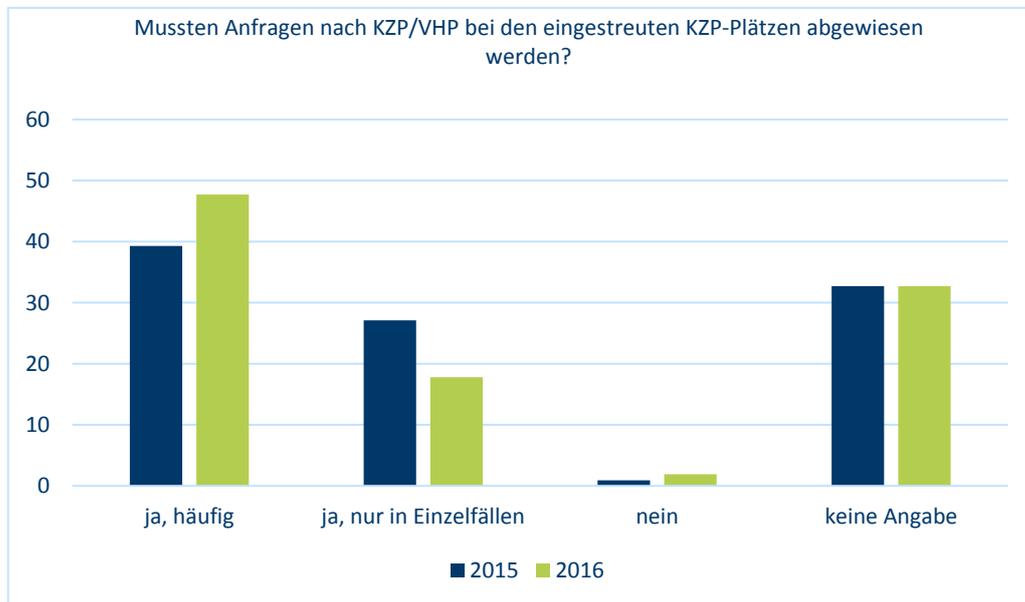


Quelle: IGES

Berücksichtigt man in diesem Zusammenhang die Anzahl der Aufnahmen für die KZP in den Jahren 2015 und 2016, so wird deutlich, dass die einzelnen Einrichtungen durchschnittlich etwas mehr KZP-Gäste im Jahr 2016 (Ø rd. 48 Gäste) gegenüber dem Jahr 2015 (Ø rd. 46 Gäste) aufgenommen haben, was die Steigerung der durchschnittlichen Auslastungsquoten nochmals belegt. Bei differenzierter Betrachtung verhielt sich dies in den einzelnen Einrichtungen und Regionen jedoch recht unterschiedlich. So gab es Regionen, wie z. B. Bonn, Paderborn (Kreis), Gütersloh oder Lippe (Kreis), wo ein deutlicher Zuwachs der KZP-Aufnahmen zu sehen war, jedoch in Regionen wie Düren (Kreis), Heinsberg (Kreis) oder Olpe (Kreis) eher ein Rückgang. Für die anderen Regionen konnte anhand der Ergebnisse kein spezifischer Trend festgestellt werden.

Rund zwei Drittel der Einrichtungen mit eingestreuten KZP-Plätzen gab an, Anfragen nach Kurzzeit-/Verhinderungspflege – häufiger oder in Einzelfällen- ablehnen zu müssen, mit steigender Tendenz. Allerdings machte auch ein Drittel der Einrichtungen keine Angaben zu dieser Frage (siehe Abbildung 35).

Abbildung 35: Angaben zur Abweisung von Anfragen bei eingestreuten KZP-Plätzen in den Einrichtungen (Angaben in %, n=107)



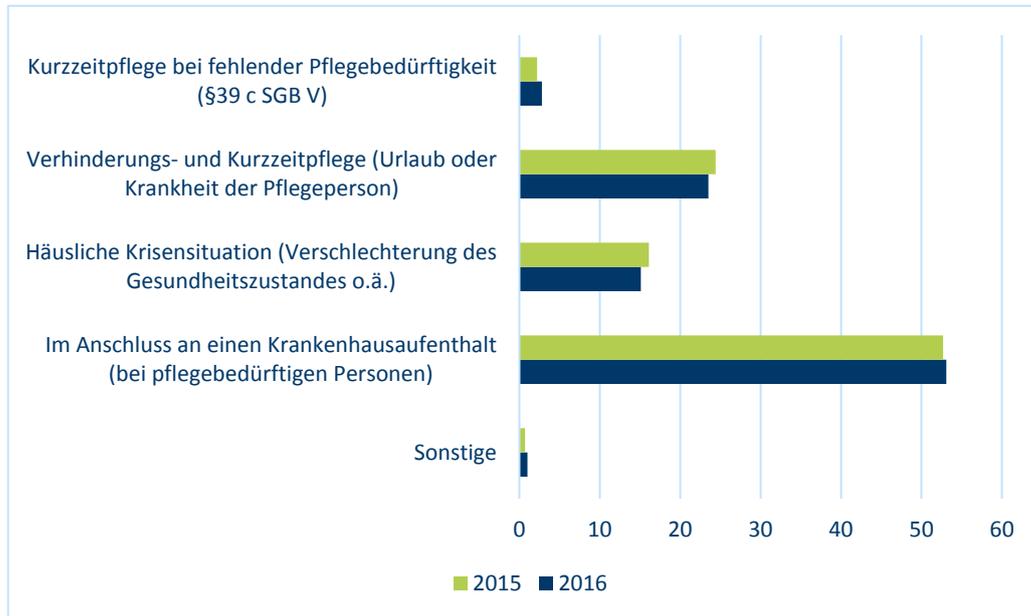
Quelle: IGES

Struktur der Kurzzeitpflegegäste in eingestreuten KZP-Plätzen

Etwas mehr als die Hälfte der KZP-Gäste in eingestreuten Plätzen kam im Anschluss an einen Krankenhausaufenthalt in die Einrichtung, rund ein Viertel im Rahmen von Verhinderungspflege. Im Vergleich dazu ist der Anteil Verhinderungspflege in solitären Einrichtungen fast doppelt so hoch (knapp 50 %). Dies könnte darin begründet sein, dass solitäre Kurzzeitpflegeeinrichtungen eher bereit sind, einen längerfristig geplanten Aufenthalt zuzusagen als Heime mit eingestreuten Betten, die bei Bedarf auch mit Dauerpflege belegt werden können. Lediglich 15 - 16 % nutzten die eingestreuten Plätze für Kurzzeitpflege in Anbetracht einer häuslichen Krisensituation. Die Kurzzeitpflege nach § 39c SGB V spielte 2016 kaum eine Rolle (vgl. Abbildung 36).

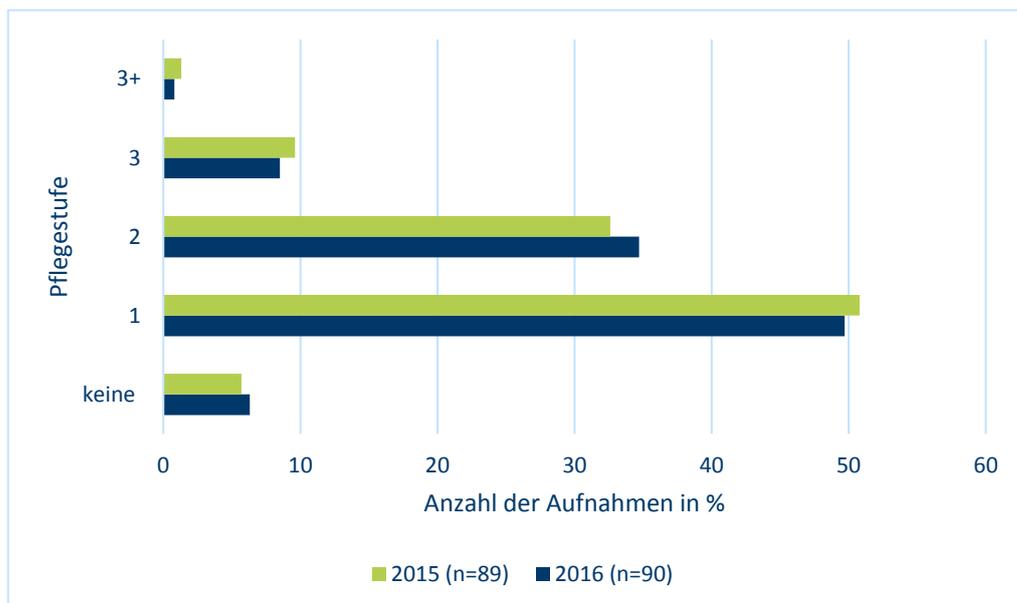
Hinsichtlich der Pflegestufe der Kurzzeitpflegegäste bei Aufnahme in die Kurzzeitpflege ließ sich feststellen, dass alle Pflegestufen vertreten waren. Der Großteil der KZP-Gäste hatte Pflegestufe 1 und 2, 10 % Pflegestufe 3. Pflegestufe 3 + Härtefall war nur in Einzelfällen vertreten. Der Anteil der Kurzzeitpflegegäste ohne Pflegestufe lag bei insgesamt rd. 6 %, während der Anteil bei den solitären Einrichtungen bei ca. 13 % lag (siehe Abbildung 37). Im Rahmen eines Freitextes wurde darauf hingewiesen, dass vermehrt auch Personen kommen, die eigentlich eine palliativmedizinische Versorgung benötigten: „Häufig kommen Bewohner mit kurzer Lebenserwartung zu uns, die eigentlich in ein Hospiz oder entsprechende Versorgung gehören.“

Abbildung 36: Anlässe, die zu Aufnahme in eine Kurzzeitpflege bei eingestreuten Plätzen führten (Angaben in %) (n=96)



Quelle: IGES

Abbildung 37: Aufnahmen der Kurzzeitpflegegäste nach Pflegestufen in den Jahren 2015 und 2016 (Angaben in %)



Quelle: IGES

Einrichtungen mit eingestreuten KZP-Plätzen sind in der Regel nicht auf einen bestimmten Personenkreis spezialisiert (94 %). Die Einrichtungen, die diese Frage bejahten, waren auf den Bereich Demenz spezialisiert (3,7 %).

In lediglich rd. 11 % der Fälle verfügten die Einrichtungen über ein spezielles Pflegekonzept für die Kurzzeitpflegegäste (im Vergleich: solitäre Einrichtungen zu 40 %). In Freitexten wurde ergänzt, dass es sich dabei einerseits um die Übernahme aller pflegerischen, behandlungspflegerischen und hauswirtschaftlichen Leistungen handele sowie um die Gewährleistung einer größtmöglichen Teilnahme am sozialen Umfeld und einer aktivierenden Pflege. Andere Angaben bezogen sich auf spezielle Dokumentationen, standardisierte Abläufe und die Einbindung eines Sozialdienstes.

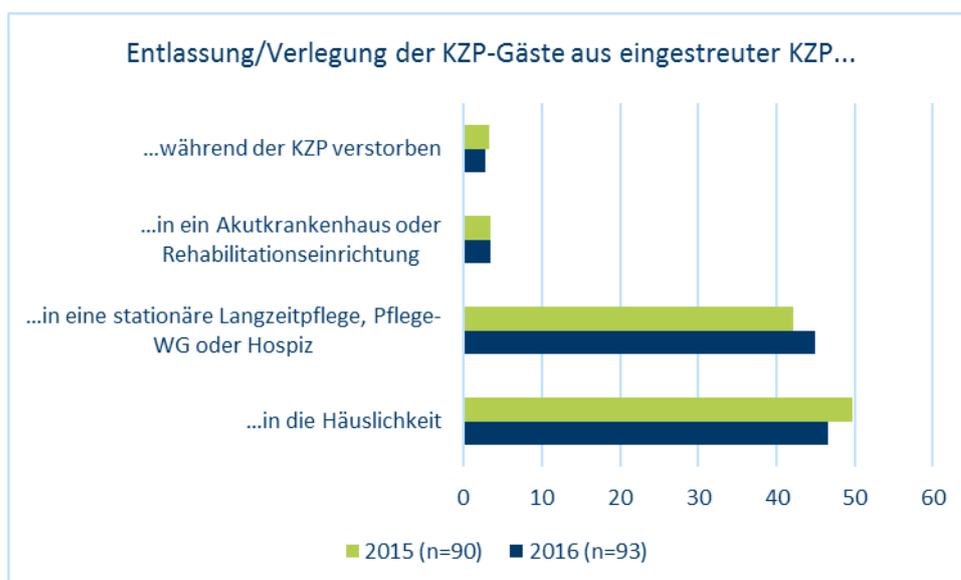
In der Regel verblieben die KZP-Gäste in den Einrichtungen mit eingestreuten Plätzen durchschnittlich 22,2 Tage (n = 91) und damit drei Tage länger als in solitären/separaten Einrichtungen, bei einer Bandbreite von sieben (n = 93) bis maximal 42 Tagen (n = 94).

Überleitungs-/Entlassmanagement

Bezüglich der Angaben zum Verbleib der Kurzzeitpflegegäste zeichnet sich ein Trend ab: Die Entlassung erfolgt zu 90 % entweder in eine vollstationäre Dauereinrichtung oder in die eigene Häuslichkeit. Überwog letzterer Anteil noch im Jahr 2015 um knapp 8 %, glichen sich im folgenden Jahr die beiden Anteile an – der Anteil der KZP-Gäste in eingestreuten KZP-Plätzen mit Verbleib in einer vollstationären Dauerpflegeeinrichtung stieg um drei Prozent während gleichzeitig der Anteil derer, die nach Hause zurückkehrten um drei Prozent sank (s. Abbildung 38).

Einige Einrichtungen gaben sogar an, ihre Kurzzeitpflegeplätze ausschließlich als Einstieg für einen vollstationären Daueraufenthalt zu nutzen. Nur wenige Einrichtungen gaben an, alle KZP-Gäste wieder in die eigene Häuslichkeit zu entlassen.

Abbildung 38: Verbleib der KZP-Gäste nach Aufenthalt in der Kurzzeitpflege bei eingestreuten Plätzen (Angaben in %)



Damit wird bestätigt, dass die eingestreuten KZP-Plätze nicht vollständig im Sinne einer Ergänzung zum ambulanten Angebot und damit als temporäre Entlastungsmöglichkeit für pflegende Angehörige zur Verfügung stehen und somit eine Zweckentfremdung stattfindet. Aus der Praxis ist bekannt, dass einige Einrichtungen sogar die Pflegebedürftigen dahingehend beraten, dass sie vor dem offiziellen Einzug ins Heim noch das jährlich „zur Verfügung stehende“ Kurzzeitpflegekontingent ausschöpfen sollten. Um den Jahreswechsel herum werden in einzelnen Fällen sogar die Beträge des alten und des neuen Jahres ausgeschöpft, bevor den Pflegekassen der Wechsel in die vollstationäre Dauerpflege angezeigt wird.

Gegenüber den solitären Einrichtungen, bei denen der weitere Verbleib bei Aufnahme in die KZP zu 38 % noch ungeklärt war, lag der Anteil bei den Einrichtungen mit eingestreuten Plätzen etwas geringer, bei durchschnittlich insgesamt rd. 35 % (n = 96). Zwischen den Einrichtungen herrschten jedoch teilweise große Differenzen, so wurde ein Minimum von bis zu 5 % u. a. in Wesel (Kr.), Steinfurt (Kr.), Euskirchen (Kr.) und im Oberbergischen Kreis angegeben. Dabei gab etwa ein Drittel dieser Einrichtungen an über ein konkretes Konzept/standardisiertes Verfahren für das Überleitungs-/Entlassmanagement in Form von Überleitungsbögen, Expertenstandard Entlassmanagement, Begleitung durch Sozialarbeiter/innen oder Qualitätsstandards zu verfügen. Auf der anderen Seite gab es ein Maximum von 80-100 % u. a. in Rhein-Kreis Neuss, Lippe (Kreis), Paderborn und Coesfeld, die zu rd. 40 % über standardisierte Verfahren/Überleitungskonzepte in Form von formulargebundenen Beratungs- und Überleitungssystemen, Überleitungsbögen (Überleitungsbogen des Kreises Coesfeld), Entlassberichte, Gesprächen mit Angehörigen, Case-Management und andere Standards verfügten.

Insgesamt lag der Anteil der Einrichtungen mit konkreten Konzepten/Überleitungsverfahren bei rd. 34 %. Das erscheint angesichts der zum Teil sehr hohen Unklarheiten bei Aufnahme deutlich zu wenig.

Personalstruktur

Bezüglich des Personals wurde im Gegensatz zu den solitären Einrichtungen ausschließlich gefragt, ob und wenn inwiefern sich der Personaleinsatz für die Kurzzeitpflegegäste bei den eingestreuten Plätzen gegenüber den anderen Bewohnern unterscheidet. Von den befragten Einrichtungen (n = 107) verneinten dies rd. 78 %. Von den 22 %, die dies bejahten wurden in Freitexten ergänzend folgende Gründe mehrfach aufgeführt:

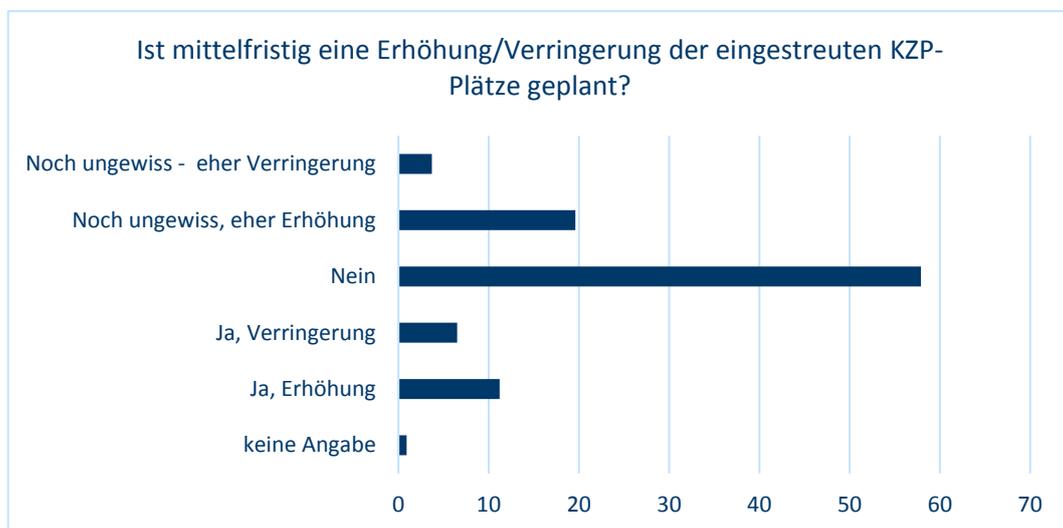
- ♦ hohe administrative Aufgaben bei Einzug (Dokumentation und Verwaltung),
 - ♦ höherer Personalaufwand: a) durch unbekannte Gewohnheiten (insbesondere bei demenziell Erkrankten), b) Verwaltung,
 - ♦ höherer Beratungsbedarf,
 - ♦ Pflegegrad entspricht nicht dem Pflegebedarf,
 - ♦ hoher Anspruch der Gäste.
-

Ausblick

Abschließend wurden die Einrichtungen gebeten anzugeben, ob sie mittelfristig eine Erhöhung/Verringerung der Zahl der eingestreuten KZP-Plätze planen.

Die Mehrheit (rd. 58 %) der Einrichtungen plant weder eine Erhöhung noch eine Verringerung der eingestreuten KZP-Plätze. Anders als bei den solitären Einrichtungen, bei denen keine eindeutige Tendenz festgestellt werden konnte, könnten sich jedoch rd. 31 % der Einrichtungen mit eingestreuten Plätzen eine Erhöhung, 10 % dagegen eine Verringerung vorstellen (siehe Abbildung 39).

Abbildung 39: Angaben zur zukünftigen Erhöhung/Verringerung von eingestreuten KZP-Plätzen (Angaben in %)



Quelle: IGES

Als letzter Punkt bestand die Möglichkeit in Form von Freitexten anzugeben, welche Maßnahmen aus Sicht der Einrichtungen mit eingestreuten Kurzzeitpflegeplätzen ergriffen werden sollten. Die wichtigsten Punkte sind in der folgenden Tabelle 18 zusammengefasst.

Tabelle 18: Anregungen für Maßnahmen zur Weiterentwicklung der KZP aus Sicht der Einrichtungen mit eingestreuten KZP-Plätzen

Zusammenfassung	Beispiele aus den Freitextantworten
Veränderung der Finanzierung/ Vergütung	<p>„Aufgrund des höheren Personaleinsatzes in allen Bereichen, sollte die Kurzzeitpflege deutlich besser vergütet werden, Aufwand und Vergütung müssen kostendeckend sein. Aktuell ist die eingestreute Kurzzeitpflege unwirtschaftlich.“</p> <p>„Kurzzeitpflege wird derzeit überwiegend für Überleitungs- pflege aus dem Krankenhaus hin zur stationären Pflege genutzt. Die Finanzierung von KZP sollte daran gekoppelt werden, dass ein Pflegegrad mindestens schon 30 Tage anerkannt ist.“</p> <p>„Wenn es ein anderes Abrechnungsmodell gäbe, könnte man die Kurzzeitpflegeplätze besser belegen. Bei uns in der Einrichtung planen wir 1 Zimmer alle anderen Kurzzeitpflegen kommen in Vollstationäre Zimmer ca. 70% verbleiben anschließend als Vollstationäre Bewohner.“</p> <p>„Vergütung der Beratung vor dem Einzug in eine Kurzzeit- pflege“</p> <p>„Kurzzeitpflegen nach Psychiatrie- und Krankenhausaufenthalt müssen anders bewertet werden, da der Pflege- und Betreuungsaufwand unverhältnismäßig hoch ist.“</p> <p>„Förderung von solitären Kurzzeitpflegeplätzen mit entsprechender Vergütung bei Nichtbelegung, siehe Ausfallvergütung bei Krankenhausaufenthalten in der stationären Pflege.“</p> <p>„Wir nehmen keine KZP Gäste nach § 39 c SGB V auf, da es keine Vergütungssätze dafür gibt, insbesondere dann, wenn kein Pflegegrad vorliegt. Dies ist leider ungeregelt und die Krankenkassen sind wenig motiviert hier Regelungen zu schaffen. Dies ist dann immer eine Einzelverhandlung mit dem Sachbearbeiter. Hier wurden Leistungen ins Gesetz geschrieben für den Patienten ohne daran zu denken, dies auf Rechtsgrundlagen für die Leistungserbringer zu stellen.“</p>
Abschaffung der Einzelzimmerquote	<p>„Die Maßnahme der Einzelzimmerquote sollte abgeschafft oder mind. variabler für die Einrichtungen gehandelt werden. Z. B. Doppelzimmer bei Paareinzug, oder Menschen die sich in der Einrichtung kennenlernen. Die 80/20 Quote führt zu einem Rückgang im Angebot von Kurzzeitpflegen. Das ist jetzt schon spürbar.“</p>

Zusammenfassung	Beispiele aus den Freitextantworten
Hoher Verwaltungsaufwand	„Der Verwaltungsaufwand ist bei Kurzzeitpflegen deutlich höher als bei Langzeitpflegen. Deswegen werden im Zweifel Langzeitpatienten bevorzugt, da der Vergütungssatz der gleiche ist.“
Zahlungszeitpunkt der Rechnungen	„Der Zahlungszeitpunkt der Rechnungen ist bei Langzeitpflegen im Voraus. Bei Kurzzeitpflegen mindestens 3-4 manchmal 6-12 Wochen nach Ende der Kurzzeitpflege. Da die Einrichtungssätze überwiegend nach dem Selbstkostenprinzip berechnet. Bedeutet das Aufnehmen einer Kurzzeitpflege ein Liquiditätsproblem. 4 Kurzzeitpflegen á 30,42 Tage bei Pflegegrad 3 im Monat bedeuten im Vergleich zu belegten vollstationären Plätzen eine Liquiditätsschwächung von mindestens 30.000,00 € im Gesamtzeitraum. (1 Monat Kurzzeitpflege + 6 Wochen Wartezeit auf den Zahlungseingang).“
Ausbau des Angebots an KZP-Plätzen; erhöhte Anfrage aus Krankenhäusern	<p>„Ausbau solitärer Kurzzeitpflegeplätze incl. finanzieller Entlastungsangebote für die Einrichtung für die Tage die nicht belegt werden können!!! Aktuell haben wir hier in Rheine über einen Beschluss der letzten Sozialhilfeausschuttsitzung erreicht, dass Anfang 2018 alle Akteure (Verwaltung Stadt und Kreis/Pflegeheime/entspr. Beiräte/Ärztverband/Krankenhäuser...) an einen ""Runden Tisch"" zusammenkommen, um den ansteigenden Bedarf an KZP-Plätzen zu erörtern. Gerade die Anfragen aus den Krankenhäusern nehmen stetig zu, da Patienten entlassen werden, obwohl noch ein erhöhter Pflegebedarf besteht und eine Versorgung zu Hause aus verschiedensten Gründen nicht möglich ist. Gerade in diesen Fällen gibt es eine große Versorgungslücke!!!!!!“</p> <p>„Es fehlen solitäre Kurzzeitpflegeeinrichtungen, es müssen Einrichtungen neu gebaut werden. Eingestreute Kurzzeitpflegeplätze helfen nicht die Anfrageflut nach Kurzzeitpflege zu beantworten.“</p> <p>„mehr feste Plätze im Kreis zur Verfügung stellen, sehr viele Anfragen, denen wir nicht gerecht werden können.“</p>
bessere Bemessung der Personalausstattung	<p>„Bei der Bemessung der Personalausstattung ist der Mehraufwand zu berücksichtigen.“</p> <p>„Personalanpassung mit Refinanzierung“</p> <p>„Allgemein sollte das Personal verstärkt werden um den Anforderungen an Demenz und Schwerstpflege in Heimen gerecht zu werden. Häufig kommen Bewohner mit kurzer Lebenserwartung zu uns, die eigentlich in ein Hospiz oder entsprechende Versorgung gehören.“</p>
Kooperationen der KZP-Angebote mit anderen Angeboten	„Errichtung von Kurzzeitpflegeeinrichtungen in Verbindung mit Tages- / Nachtpflege“

Zusammenfassung	Beispiele aus den Freitextantworten
Erweiterung der Zielgruppen und Schaffung spezieller Angebote	<p>„Von Angehörigen wissen wir, dass dringend Kurzzeitpflegeplätze für junge Erwachsene mit Behinderungen geschaffen werden müssen!“</p> <p>„Veränderung in der Budgetierung - der Zuschuss der Pflegekasse von 1612 Euro ist in Abhängigkeit vom Pflegegrad schneller ausgeschöpft (in unserer Einrichtung mit PG 2 nach 28 Tagen, mit PG 4 aber bereits nach 20 Tagen)“</p> <p>„Anreizsysteme für die Schaffung von Kurzzeitpflegeplätzen mit einem Behandlungs-/Pflegeswerpunkt (z. B. Gerontopsychiatrische Pflege, Krankenhausnachsorge, Palliative Versorgung).“</p>
Erstattung der Investitionskosten	<p>„Die Erstattung der Investitionskosten durch die Kreise erfolgt sehr zeitversetzt und schmälert die Liquidität der Einrichtungen, die sich bei KZP engagieren.“</p>
Verhinderung von Fehlnutzung	<p>„Grundsätzlich sollten Beratungsstellen (Krankenhaus) Angehörige nicht dahin gehend beraten, dass Kurzzeit- und Verhinderungspflege ein preiswerter Einstieg in die Dauerpflege sind.“</p>
Vereinfachung der administrativen Aufgaben	<p>„Für einen Kurzzeitpflegestart sollte eine formlose Aufnahmemeldung der Einrichtung reichen und nicht ein eigenständiges Antragsformular zwingend erforderlich sein, da zu oft kein zeichnungsfähiger oder zeichnungsberechtigter Antragssteller für die Einrichtung greifbar ist.“</p> <p>„Entschlackte Pflegedokumentationspflicht ohne Pflicht der Pflegeplanung, mehr Fokussierung auf Anamnese, Risikoeinschätzung und Durchführung.“</p>
Veränderung der baulichen Rahmenbedingungen	<p>„Zurzeit gibt es bei der Planung einer reinen Kurzzeitpflegeeinrichtung baulich keinen Unterschied zum Bau einer vollstationären Einrichtung. Es muss seitens der Behörden eine deutlich erleichterte Möglichkeit geben, solitäre Kurzzeitpflegeeinrichtungen zu bauen. Hier sollten weniger bauliche Standards gelten als bei Einrichtungen für vollstationär versorgte Menschen, also eine Heimmindestbauverordnung "light".</p>
Bessere Überleitung	<p>„Bessere Zusammenarbeit im Entlassungsmanagement zwischen dem Krankenhaus und des Pflegeheims.“</p> <p>„Anpassungen der Personalkapazitäten in den Krankenhäusern. Die der schnell zunehmenden Zahl pflege- und beratungsbedürftiger Menschen nicht gerecht werden und die für die Vermittlung in KZP verantwortlich sind. Hier sehen wir insbesondere das Entlass-Management und die Sozialdienste in der Pflicht und derzeit in er beschriebenen Situation oft hoffnungslos überfordert.“</p>

Zusammenfassung	Beispiele aus den Freitextantworten
Kurzzeitpflege als „Einfallstor“ für vollstationären Dauer- aufenthalte	„Wir haben eine fast 100% Auslastung und nehmen nur Kurzzeitpflegen, die im Anschluss bei uns zur Vollstationären Versorgung bleiben.“ „Klar ist, dass die Anfragen an Kurzzeitpflegen in den letzten Jahren erheblich gestiegen sind. Dies liegt an der Situation, dass im Rahmen einer eingestreuten Kurzzeitpflege diese Möglichkeit genutzt wird. 90 Prozent der Gäste verbleiben in unserem Haus. Seit 2017 wird die Verhinderungspflege zudem vermehrt genutzt um KZP Zeiten zu verlängern.“
Anregungen	„Gesamtversorgungsvertrag für die Bereiche SGB V/XI (ambulant-stationär-teilstationär)“

Quelle: IGES

Den Schwerpunkt der Anregungen bilden Hinweise zur sach- und zeitgerechteren Vergütung der besonderen Versorgungsform Kurzzeitpflege, die, insb. von Einrichtungen mit eingestreuten Plätzen, unter anderem auch mit einem höheren Verwaltungsaufwand begründet werden. Bestehende Defizite in den Rahmenbedingungen schlagen sich vor allem bei solitären Einrichtungen nieder, was sich tendenziell im Rückgang der Kapazitäten bemerkbar macht.

7.2 Befragung der Pflegestützpunkte in NRW

Als zentrale Anlauf-, Informations- und Beratungsstelle stellen die Pflegestützpunkte (PSP) eine wichtige Schnittstelle zwischen den Pflegebedürftigen, ihren Angehörigen und den Versorgungsangeboten dar. Zur vertiefenden Analyse des Angebots an Kurzzeitpflegeplätzen in den einzelnen Regionen auf der einen Seite und des Nachfrageverhaltens auf der anderen Seite wurden Pflegeberaterinnen und Pflegeberater nach ihrer Einschätzung befragt.

Es wurde eine Erhebung mittels eines durch IGES entwickelten Online-Kurzfragebogens durchgeführt. Das methodische Vorgehen und die Struktur des Fragebogens werden in den folgenden Kapiteln kurz dargestellt.

7.2.1 Methodische Vorgehensweise

Der Online-Fragebogen wurde an alle Pflegestützpunkte in NRW versandt – das waren insgesamt 85. Die entsprechenden E-Mail-Adressen wurden von IGES per Handrecherche ermittelt. 3 Adressen konnten nicht ermittelt werden.

Der Befragungszeitraum betrug zwei Wochen (03.11.2017 - 17.11.2017). Die Befragung wurde anonymisiert durchgeführt. Für ein vertiefendes Interview konnten jedoch freiwillig Name und weitere Kontaktdaten hinterlegt werden.

7.2.2 Aufbau des Fragebogens

Der Fragebogen umfasste insgesamt 18 Fragen und beinhaltete folgende Themen:

- ◆ Region,
- ◆ Bedarfe Kurzzeitpflege,
- ◆ Angebot Kurzzeitpflege,
- ◆ Nachfrage Kurzzeitpflege,
- ◆ Einschätzung der Versorgungssituation,
- ◆ Einschätzung der Qualität der Kurzzeitpflege,
- ◆ Ausblick/Entwicklung und
- ◆ soziodemografische Angaben.

Der Fragebogen folgte einem einfachen Fragestrang. Für die Beantwortung der Fragen wurde eine maximale Dauer von 10 - 15 Minuten angenommen.

Der Online-Fragebogen wurde so programmiert, dass er jederzeit unterbrochen und die Beantwortung zu einem späteren Zeitpunkt erneut aufgenommen werden konnte. Dies erfolgte durch die Vergabe eines individuellen Codes nach dem Starten der Befragung für das spätere erneute Login. Für eventuell auftretende Probleme oder Rückfragen wurde zusätzliche eine Kontaktperson als Ansprechpartnerin angegeben.

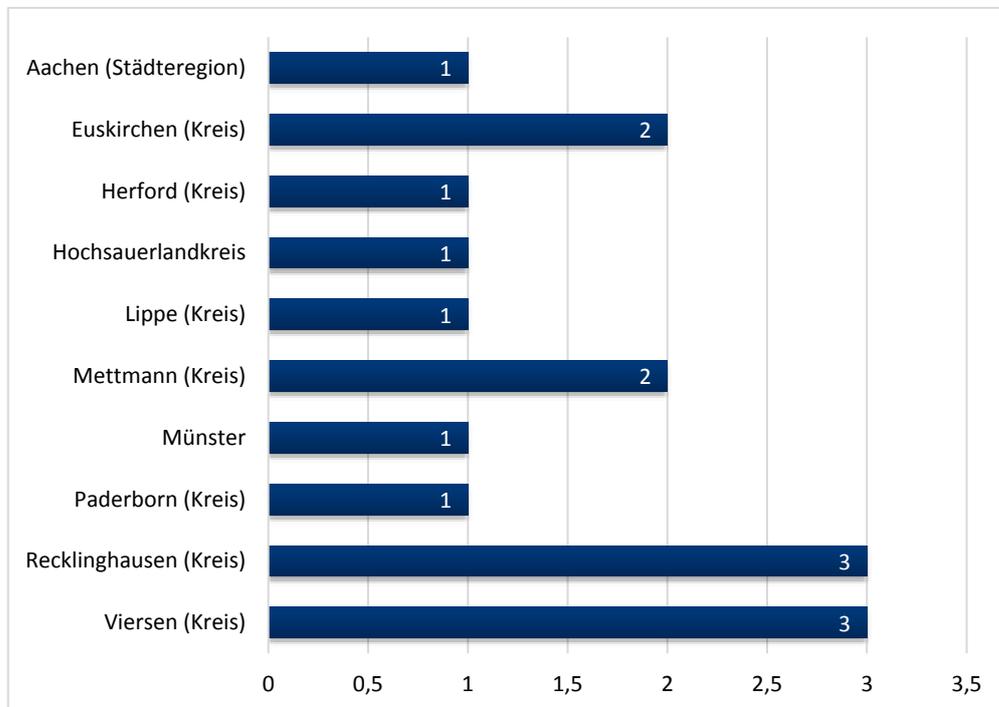
Der vollständige Fragebogen ist im Anhang 2 beigefügt.

7.2.3 Ergebnisse der Befragung

Nicht alle Pflegestützpunkte konnten erreicht werden. Ca. 1 % der E-Mail-Adressen war nicht aktuell bzw. ergaben Fehlermeldungen. Der Rücklauf umfasste 17 ausgefüllte Fragebögen. Nach Sichtung der Daten wurde ein Fragebogen ausgeschlossen (Nichtbeantwortung der Fragen). Demnach konnten $n = 16$ Fragebögen in die Auswertung einfließen. Dies entsprach einer Rücklaufquote von rd. 19 %.

Die 16 Pflegestützpunkte konnten 10 verschiedenen Regionen zugeordnet werden, wobei die Mehrheit dem Kreis Viersen und dem Kreis Recklinghausen zugehörig war, gefolgt von dem Kreis Mettmann und dem Kreis Euskirchen (vgl. Abbildung 40).

Abbildung 40: Verteilung der teilnehmenden Pflegestützpunkte nach Kreis/kreisfreier Stadt (n = 16, Anzahl)



Quelle: IGES

Die befragten Personen in den Pflegestützpunkten hatten zu 50 % eine berufliche Grundqualifikation in der Sozialarbeit/-pädagogik. Pflegefachkräfte, Sozialversicherungsangestellte oder Verwaltungsfachangestellte waren eher weniger vertreten. Über 60 % gaben an, schon mehr als 6 Jahre in der Pflegeberatung in ihrer Region tätig zu sein, 12,5 % 4 bis 6 Jahre. Somit ist anzunehmen, dass die Personen einen relativ guten Überblick über die Situation und die Entwicklung in ihrer Region bezüglich des Angebots und der Nachfrage nach Kurzzeitpflegeplätzen haben.

Bedarfe Kurzzeitpflege

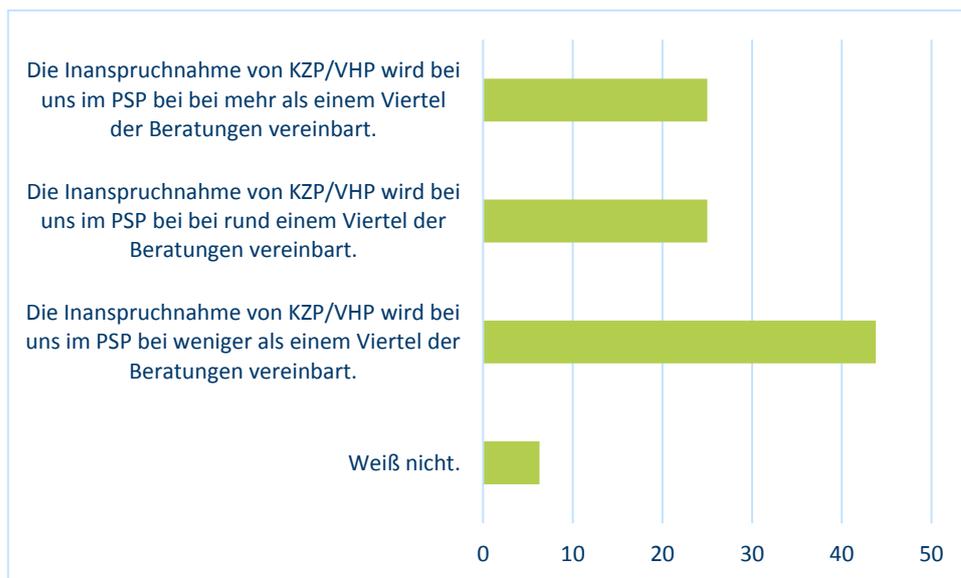
In einer ersten Frage sollte zunächst ermittelt werden, wie aus Sicht der Pflegestützpunkte bzw. im Rahmen ihrer Arbeit (Beratung) sich die Bedarfe nach Kurzzeitpflege gestalten. Diesbezüglich wurde auf eine bundesweite Befragung zur Pflegeberatung 2016 verwiesen, in der ermittelt wurde, dass die Inanspruchnahme von Kurzzeit- bzw. Verhinderungspflege (VHP) in jedem vierten Beratungsfall zu den vereinbarten Maßnahmen gehörte.

Aus Sicht der befragten Pflegestützpunkte konnte dies nicht mehrheitlich, aber zu etwa 50 % bestätigt werden. Jedoch gaben 44 % an, dass die Inanspruchnahme von KZP/VHP bei weniger als einem Viertel der Beratungen vereinbart wird. 6 % konnten keine Einschätzung abgeben (vgl. Abbildung 41). Diese Ergebnisse könnten verschiedene Ursache haben: Kurzzeitpflege wird häufig im Anschluss an einen

Krankenhausaufenthalt in Anspruch genommen - in diesem Fall sind die Sozialdienste eher beratend tätig, die Pflegestützpunkte werden kaum einbezogen. Eine weitere Möglichkeit besteht darin, dass andere Entlastungsangebote oder Themen eher nachgefragt werden.

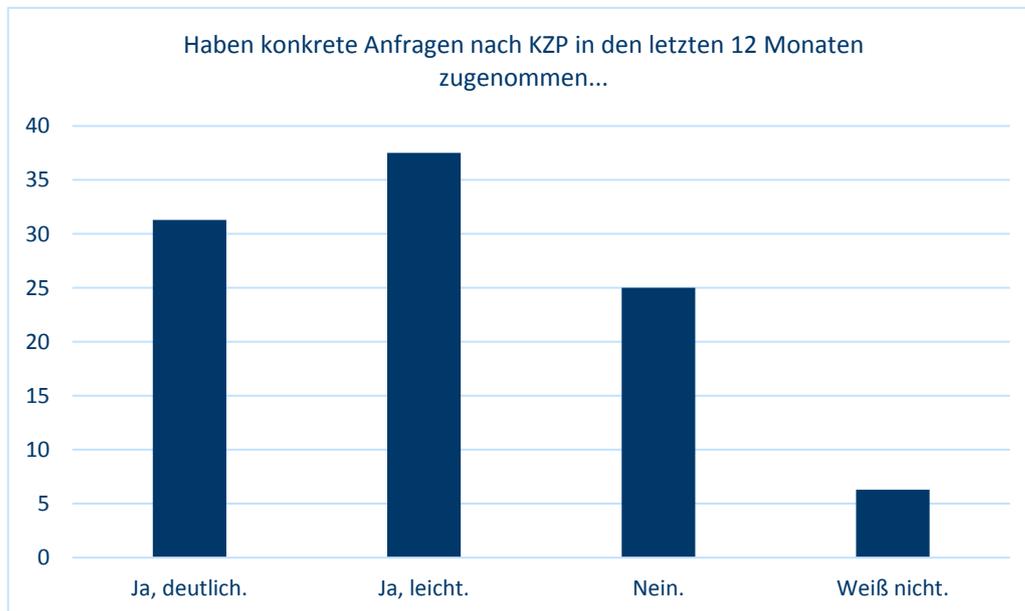
Untersucht man die Nachfrage nach Kurzzeitpflege in den Regionen, zeigt sich doch, dass die Anfragen nach KZP von Pflegebedürftigen/Angehörigen in den letzten zwölf Monaten insgesamt zugenommen haben. Dies bestätigten rund 69 % der befragten PSP, was ebenfalls für einen steigenden Bedarf spricht. Dabei handelte es sich um die Kreise Euskirchen, Herford, Münster und Viersen und. Lediglich 25 % verneinten eine Zunahme der Anfragen – insb. Recklinghausen und der Hochsauerlandkreis.

Abbildung 41: Angaben zur Häufigkeit der Vereinbarung von Kurzzeitpflege/Verhinderungspflege in Beratungen der Pflegestützpunkte (n = 16; Angaben in %)



Quelle: IGES

Abbildung 42: Aussagen zur Zunahme von Anfragen zur KZP von Pflegebedürftigen/Angehörigen in den letzten 12 Monaten (Angaben in %)



Quelle: IGES

Ergänzend wurde gefragt, inwieweit nicht nur die Pflegebedürftigen/Angehörigen sich nach freien KZP-Plätzen erkundigen, sondern auch Anfragen der Sozialdienste der Krankenhäuser zu freien KZP-Plätzen die PSP erreichen. Dies wurde zu knapp 63 % verneint und unterstützt die Vermutung, dass die PSP nicht bzw. kaum im Anschluss an einen Krankenhausaufenthalt bezüglich einer KZP kontaktiert werden. Dies impliziert weiterhin, dass die Zusammenarbeit zwischen Sozialdiensten und PSP ausbaufähig ist (wie z. T. auch von den Pflegeeinrichtungen angemahnt) und nur in einzelnen Regionen, wie z. B. im Kreis Viersen, gut funktioniert.

Bei der näheren Untersuchung derjenigen, die bejahten, Anfragen von Sozialdiensten bezüglich freier KZP zu erhalten, konnten zwei Drittel eine Zunahme (leicht bis deutlich) der Anfragen innerhalb der letzten zwölf Monate verzeichnen. Eine deutliche Zunahme war im Kreis Viersen und in Münster, eine leichte Zunahme im Kreis Euskirchen festzustellen.

Was in der Befragung der Einrichtungen bisher als eher teilweise zutreffend, aber wenn als Problem beschrieben wurde, bejahen die PSP zu knapp 94 %, nämlich die saisonal schwankende Nachfrage nach freien KZP-Plätzen. Diese sei laut Aussagen der Pflegestützpunkte besonders hoch in den Sommermonaten sowie im Dezember. Dieses Ergebnis verdeutlicht noch einmal, welches Klientel die PSP zur Beratung aufsucht. Es sind meist diejenigen, die längerfristig eine Entlastung benötigen und eher eine KZP im Sinne einer Verhinderungspflege suchen, um mögliche „Freizeiten/Urlaub“ zu planen.

Besteht das Anliegen, einen freien KZP-Platz in der Region zu finden, so gaben rd. 94 % der PSP an, die Pflegebedürftigen bzw. Angehörigen aktiv bei der Suche nach

einem freien KZP-Platz zu unterstützen. Die Mehrzahl der Pflegestützpunkte nahm entweder selbst Kontakt zu den Einrichtungen mit KZP-Plätzen auf oder gab Adressen der regional vorhandenen Angebote weiter. Im Kreis Recklinghausen gibt es eine übergeordnete Koordinierungsstelle, die die Informationen der einzelnen regionalen Beratungs- und Infocenter Pflege (BIP) bündelt und entsprechende Anfragen zur KZP bearbeitet. Ein solches Vorgehen entlastet die einzelnen Berater und ist zu begrüßen. Die Informationen sollten auch den Sozialdiensten der Krankenhäuser zugänglich sein.

Angebot Kurzzeitpflege

Allgemein haben die PSP eher seltener einen aktuellen Überblick über freie KZP in der Region. Dies bestätigten auch die Hälfte der PSP. Es scheitert scheinbar oft daran, dass es keine Stelle/Ansprechpartner gibt, der diese Informationen bündelt (Ausnahme Kreis Recklinghausen) bzw. vorhandene Internetangebote nicht gepflegt werden. Funktionieren tut es an den Stellen, wo Kontakt zu bestimmten Einrichtungen und damit ein direkter Austausch besteht. Einen Überblick gibt die folgende Tabelle 19:

Tabelle 19: Übersicht über aktuelle freie KZP-Plätze in der Region aus Sicht der PSP

Kreis/kreisangehörige Stadt	Haben Sie meist einen aktuellen Überblick über freie KZP-Plätze?	Freitext
Aachen (Städteregion)	nein	„Die Internetseite ist schlecht gepflegt und nicht alle Einrichtungen melden freie Plätze.“
Euskirchen (Kr.)	ja	„Wir können Listen beim Kreis über freie Plätze anfordern. In der Urlaubszeit sind diese allerdings schnell überholt.“ „von denen die uns freie Plätze melden“
Herford (Kr.)	ja	„von einigen Einrichtungen“
Hochsauerlandkreis	ja	
Lippe (Kr.)	nein	
Mettmann (Kr.)	nein	
Münster	ja	
Paderborn (Kr.)	nein	„bessere Zusammenarbeit/Informationsweitergabe ist geplant“
Recklinghausen (Kr.)	ja	„freie Plätze werden über Koordinierungsstelle gemeldet und weitergegeben“
Viersen (Kr.)	nein	

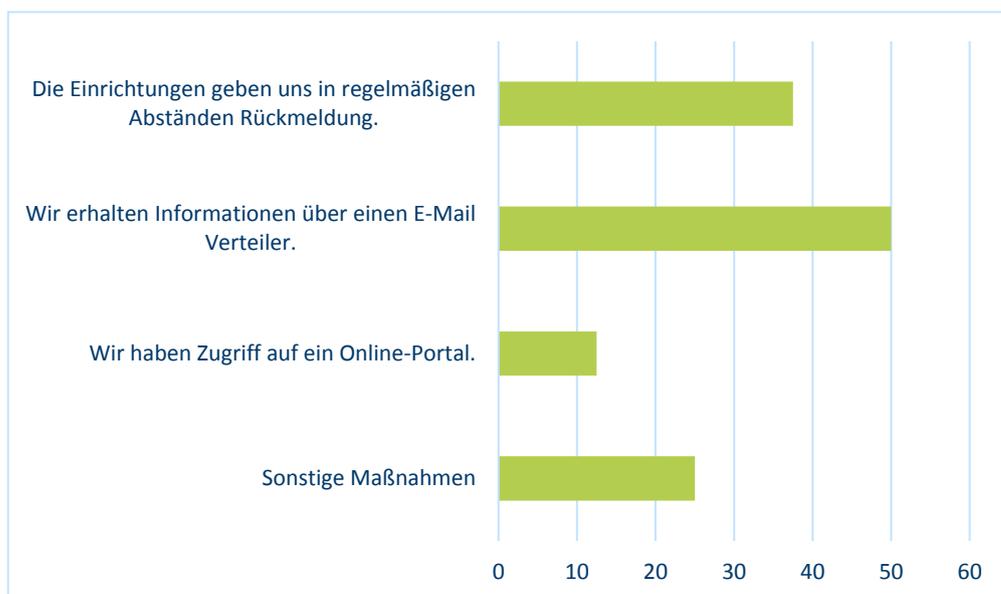
Quelle: IGES

Zusammenfassend ergibt sich bei den Pflegestützpunkten, die zustimmten einen aktuellen Überblick zu den freien KZP-Plätzen zu haben, folgendes Bild: Zu 50 % erhalten die PSP Informationen über einen E-Mail Verteiler und zu 38 % bekommen sie regelmäßig Rückmeldung von den Einrichtungen (vgl. Abbildung 43).

Es ergibt sich demnach das Bild, dass es sich recht schwierig gestaltet, einen aktuellen Überblick über freie Kapazitäten zu erhalten, da sich die freien Platzzahlen relativ dynamisch verändern und die Einrichtungen dies nicht „just-in-time“ weiterleiten (können). Es fehlt demnach an verbindlichen Zuständigkeiten und Wegen.

Positiv zu bewerten ist dagegen, dass die PSP angeben, nur gelegentlich (rd. 69 %) bis selten (rd. 31 %) keine freien KZP-Plätze in der Region zu finden. Seltener kommt dies im Kreis Recklinghausen sowie im Kreis Lippe vor. Gelegentlich dagegen in Kreis Viersen sowie im Kreis Euskirchen, Aachen, Kreis Herford, Hochsauerlandkreis, Münster und im Kreis Paderborn.

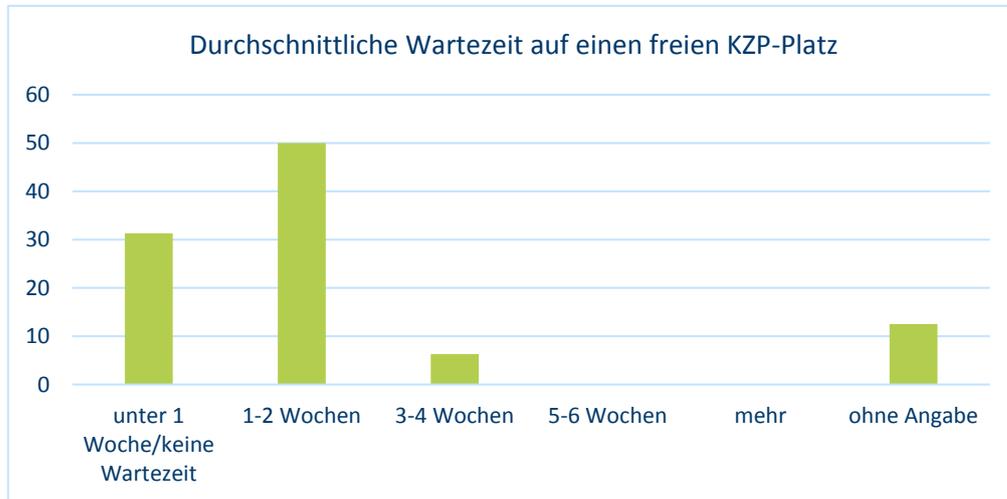
Abbildung 43: Durch wen oder was wird Ihnen ein aktueller Überblick zu freien KZP-Plätzen in der Region zur Verfügung gestellt?



Quelle: IGES

Wenn diese Situation eintraf, hielten sich die Wartezeiten jedoch in Grenzen. 50 % der PSP gaben an, dass eine Wartezeit von maximal 1 - 2 Wochen auf einen freien Kurzzeitpflegeplatz bestünde. Dies war vor allem im Kreis Viersen, Euskirchen und Münster der Fall. Ca. 31 % gaben sogar an, dass keine Wartezeit bzw. eine Wartezeit von unter einer Woche bestünde. Dies traf vor allem in den Kreisen Lippe, Herford und überwiegend auch Recklinghausen zu. Lediglich für die Städteregion Aachen wurde eine durchschnittliche Wartezeit von 3 - 4 Wochen angegeben (vgl. Abbildung 44).

Abbildung 44: Angaben der PSP zu den durchschnittlichen Wartezeiten auf einen freien KZP-Platz in der eigenen Region (Angaben in %)

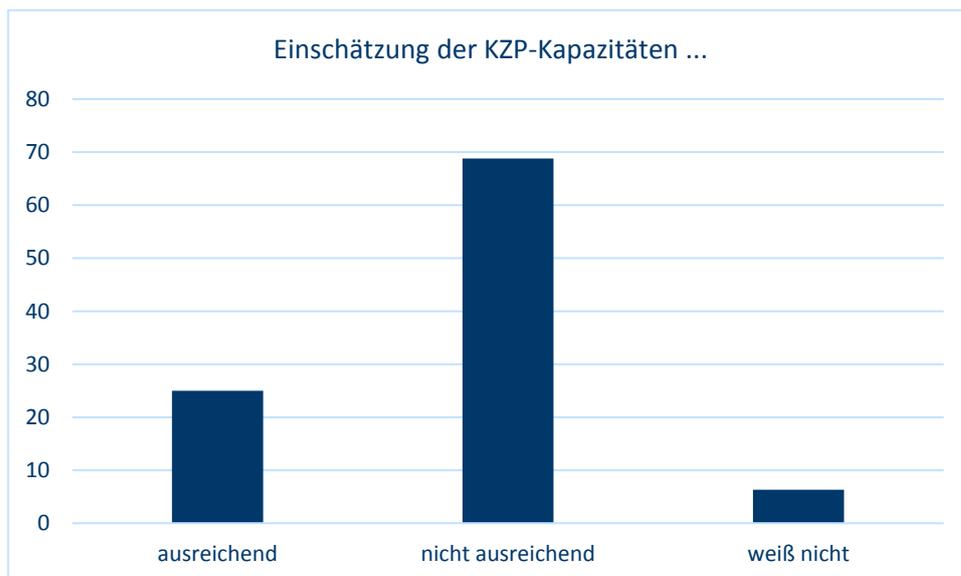


Quelle: IGES

Einschätzung der Versorgungssituation

Aus Sicht der Pflegestützpunkte wurden die zur Verfügung stehenden Kapazitäten an Kurzzeitpflegeplätzen insgesamt als nicht ausreichend erachtet (rd. 69 %) (vgl. Abbildung 45).

Abbildung 45: Einschätzung der KZP-Kapazitäten aus Sicht der Pflegestützpunkte (Angaben in %)



Quelle: IGES

Eindeutig wurde dies für die Regionen Aachen, Kreis Herford, Münster, Kreis Paderborn und Kreis Viersen dargelegt. Für den Kreis Euskirchen wurden nicht ausreichende Kapazitäten bei kurzfristigen KZP-Platzsuchen angegeben. In diesem Falle müsste auf etwas weiter weg liegende Einrichtungen ausgewichen werden. Für den Hochsauerlandkreis werden nicht ausreichende Kapazitäten in Ferienzeiten und für Feiertage angegeben. Als ausreichend gelten die KZP-Plätze im Kreis Lippe sowie im Kreis Recklinghausen, sofern man sich auf den gesamten Kreis beziehe. Innerhalb dieses Kreises scheint es jedoch regionale Unterschiede zu geben.

Einschätzung der Qualität der Kurzzeitpflege

Die Angaben der Pflegestützpunkte bezüglich einer Einschätzung der Qualität der Kurzzeitpflege gestalteten sich sehr unterschiedlich und konnten teilweise auch nicht pauschal für einen Kreis beantwortet werden. In der nachfolgenden Tabelle 20 sind die Aussagen zusammengefasst:

Tabelle 20: Einschätzung der Qualität der Kurzzeitpflege aus Sicht der PSP

Kreis/kreisfreie Stadt	Einschätzung
Herford (Kreis)	„unterschiedlich, gelegentlich gibt es Beschwerden“
Recklinghausen (Kreis)	„Einzelzimmer in der Kurzzeitpflege sollten Standard werden.“
Münster	„gut“
Viersen (Kreis)	„Kurzfristig sind kaum Kurzzeitpflegeplätze zu bekommen. In Notsituationen hat man daher oft Schwierigkeiten, pflegebedürftige Menschen schnell unterzubringen.“ „ausreichend“
Mettmann (Kreis)	„keine Informationen über Qualität“ „unterschiedlich“
Euskirchen (Kreis)	„Nach den Angaben von Pflegebedürftigen bzw. deren Angehörige scheint die Qualität der Kurzzeitpflege doch sehr unterschiedlich zu sein. Allerdings spielt dort ja auch immer das persönliche Empfinden mit. Meiner Meinung nach würde ich eine befriedigend geben.“
Hochsauerlandkreis	„überwiegend positiv“
Lippe (Kreis)	gut
Paderborn (Kreis)	„Versorgung aufgrund der zunehmenden Arbeitsverdichtung nicht immer ausreichend“

Quelle: IGES

Ausblick

Abschließend hatten die PSP die Möglichkeit im Rahmen von Freitextantworten zu erläutern, welche Maßnahmen ihrer Meinung nach zur Weiterentwicklung der KZP ergriffen werden sollten.

Zusammenfassend wurden in diesem Zuge folgende Punkte als wichtig erachtet:

- ◆ Schaffung weiterer solitärer KZP-Plätze
- ◆ Schaffung solitärer Plätze für bestimmte Zielgruppen (z. B. pflegebedürftige junge Menschen oder behinderte Menschen im Alter von 20- 65 Jahren)
- ◆ Bereitstellung von „Notbetten“ für akute Fälle
- ◆ Personalaufstockung in der KZP
- ◆ Trennung der Bereiche somatische und dementielle Erkrankungen in den Wohnangeboten
- ◆ Mehr wohnortnahe KZP-Möglichkeiten

Schlussfolgerung

Insgesamt berichten die Pflegestützpunkte mehrheitlich von Engpässen bei Kurzzeitpflegeplätzen, wenn auch nicht in allen vertretenen Regionen und teilweise nur vorübergehend. Bedenkt man dabei, dass in den Beratungsstellen eher die Personen Unterstützung suchen, die keinen akuten Kurzzeitpflegebedarf haben (eher planbare Verhinderungspflege), ist dieser Befund dahingehend zu relativieren, dass andernfalls wahrscheinlich noch häufiger von mangelnden Kapazitäten berichtet würde.

7.3 Befragung der Sozialdienste in Krankenhäusern in NRW

Als direkte Vermittler zur Kurzzeitpflege wird den Sozialdiensten in den Krankenhäusern eine wichtige Aufgabe zuteil: die Überleitung von stationär zu ambulant bzw. die Organisation der Anschlussversorgung nach einem Krankenhausaufenthalt. Vielen, vor allem älteren Patienten, ist eine unmittelbare Rückkehr nach einem Krankenhausaufenthalt (noch) nicht möglich. Für diesen Fall stellt die Kurzzeitpflege ein adäquates Versorgungsangebot dar mit dem Ziel, die Rückkehr nach Hause zu ermöglichen.

Die folgende Befragung der Krankenhaussozialdienste in NRW soll abschließend eine dritte Perspektive, bieten, inwieweit die Kurzzeitpflegeangebote ausreichen und wie sich die Bedarfe aus Sicht der Sozialdienste entwickeln.

Es wurde eine Erhebung mittels eines durch IGES entwickelten Online-Kurzfragebogens durchgeführt. Das methodische Vorgehen und die Struktur des Fragebogens werden in den folgenden Kapiteln kurz dargestellt.

7.3.1 Methodische Vorgehensweise

Der Online-Fragebogen wurde zunächst an die Geschäftsstelle der Deutschen Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen e. V. (DVSG) verschickt, die ihn an ihre Mitglieder in NRW weiterleitete. Da das Thema auf großes Interesse stieß, wurde der Online-Link zur Befragung teilweise im Schneeballprinzip über eigene E-Mail Verteiler an weitere Sozialdienste in Krankenhäusern (Nichtmitglieder des DVSG) weitergeleitet. Daher kann keine Aussage zur Reichweite der Befragung getroffen werden.

Der Befragungszeitraum betrug zwei Wochen (20.11.2017 – 01.12.2017). Die Befragung wurde anonymisiert durchgeführt. Für ein vertiefendes Interview konnten jedoch freiwillig Name und weitere Kontaktdaten hinterlegt werden.

7.3.2 Aufbau des Fragebogens

Der Fragebogen umfasste insgesamt 18 Fragen und beinhaltete anlehnend an den Fragebogen für die PSP folgende Themen:

- ♦ Region,
 - ♦ Bedarfe Kurzzeitpflege,
 - ♦ Angebot Kurzzeitpflege,
 - ♦ Nachfrage Kurzzeitpflege,
 - ♦ Einschätzung der Versorgungssituation,
 - ♦ Einschätzung der Qualität der Kurzzeitpflege,
 - ♦ Ausblick/Entwicklung und
 - ♦ soziodemografische Angaben.
-

Der Fragebogen folgte einem einfachen Fragestrang. Für die Beantwortung der Fragen wurde eine maximale Dauer von 10-15 Minuten angenommen.

Der Online-Fragebogen wurde so programmiert, dass er jederzeit unterbrochen und die Beantwortung zu einem späteren Zeitpunkt erneut aufgenommen werden konnte. Dies erfolgte durch die Vergabe eines individuellen Codes nach dem Starten der Befragung für das spätere erneute Login. Für eventuell auftretende Probleme oder Rückfragen wurde zusätzliche eine Kontaktperson als Ansprechpartnerin angegeben.

Der vollständige Fragebogen ist im Anhang 3 beigefügt.

7.3.3 Ergebnisse der Befragung

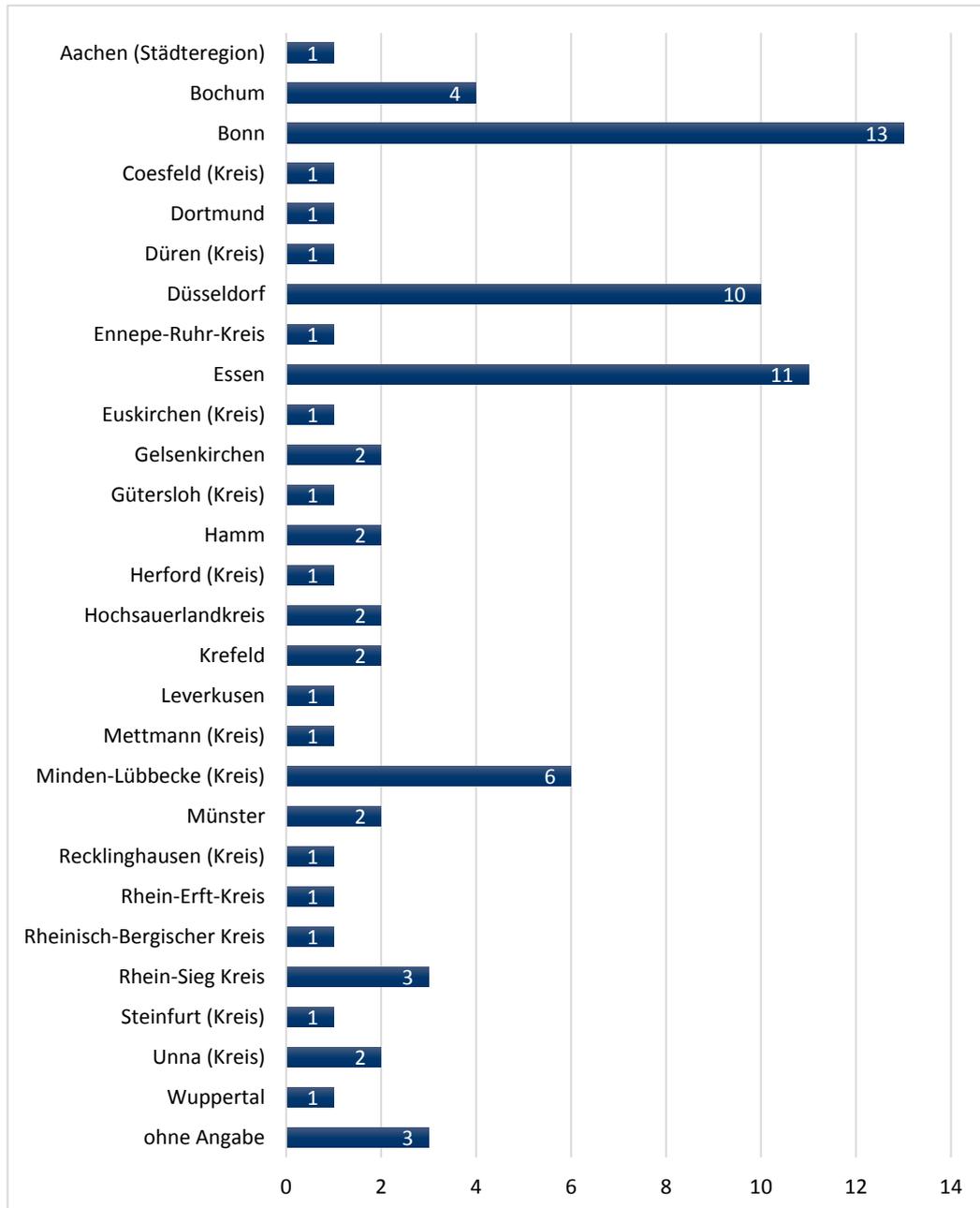
Für den verhältnismäßig kurzen Befragungszeitraum, ist das Interesse und die Beteiligung der Sozialdienste als recht hoch einzustufen. Insgesamt nahmen $n = 77$ Sozialdienste aus verschiedensten Regionen NRWs teil. Bezogen auf die Grundgesamtheit von 348 Krankenhäusern in NRW (2016) wäre das ein Rücklauf von 22 %.

Die größte Resonanz kam aus Bonn, Essen und Düsseldorf. Dies lässt sich u. a. anderem darauf zurückführen, dass in diesen Kreisstädten auch eine höhere Anzahl an Krankenhäusern vorzufinden ist sowie individuelle Vernetzungsmöglichkeiten (E-Mail Verteilungssystem).

Die folgende Abbildung 46 gibt einen Überblick über die regionale Verteilung der Sozialdienste nach Kreis/kreisfreier Stadt.

Die befragten Personen der Sozialdienste in den Krankenhäusern hatten mehrheitlich eine berufliche Grundqualifikation im Bereich Sozialarbeit/-pädagogik (83 %), etwa 9 % waren Pflegefachkräfte. Ähnlich wie bei den Pflegestützpunkten ist auch hier der Großteil seit mehr als 6 Jahren in seinem Bereich in der Region tätig (ca. 71 %). Somit ist auch hier anzunehmen, dass die befragten Personen die Situation zur Kurzzeitpflege in der jeweiligen Region gut einschätzen können.

Abbildung 46: Verteilung der teilnehmenden Sozialdienste nach Kreis/kreisfreier Stadt (n=77, Anzahl)



Quelle: IGES

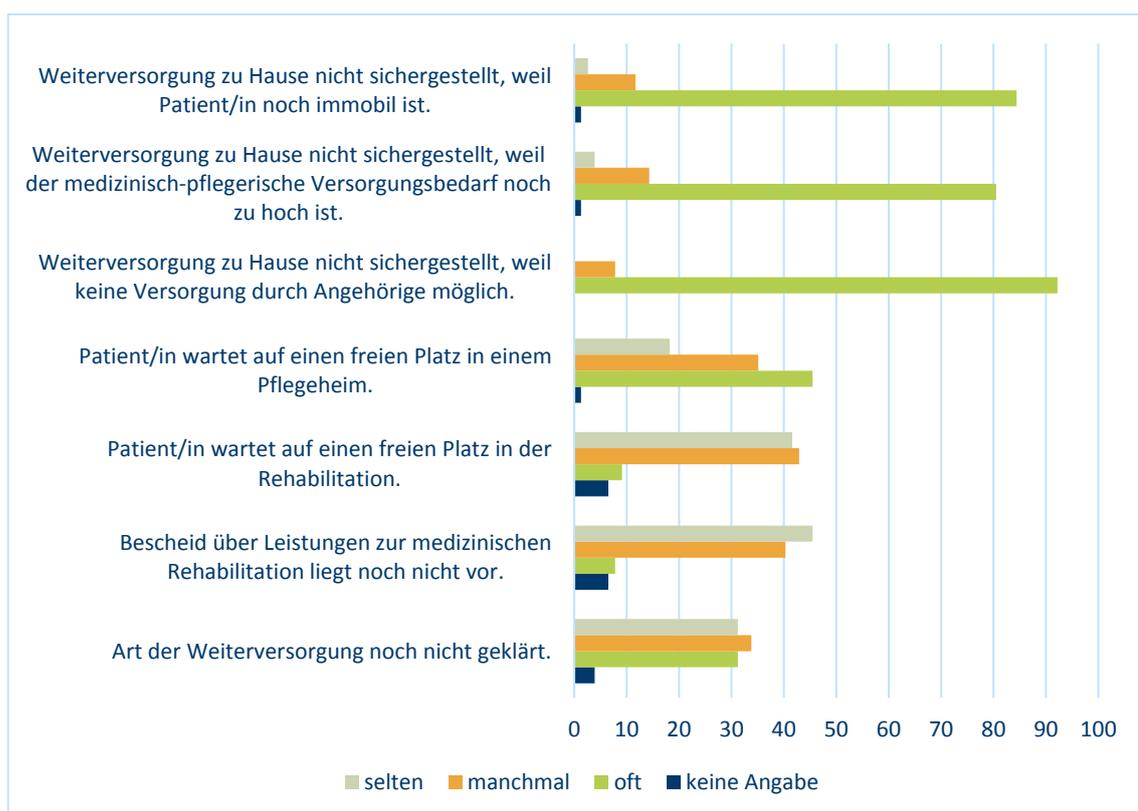
Bedarfe Kurzzeitpflege

Konkrete Angaben zur Zahl der Fälle, die 2016 in die Anschlussversorgung Kurzzeitpflege weitergeleitet wurden, konnten etwas mehr als die Hälfte der Krankenhäuser (41) machen: Dies waren insgesamt 8.118 Fälle, was durchschnittlich einer Anzahl von 198 Fällen pro Krankenhaus entsprach. Die Bandbreite lag zwischen

20 - 25 Fällen (Bochum und Städteregion Aachen) und 500 bis 1.000 Fällen (Krefeld, Kreis Düren, Münster) (in Abhängigkeit der Größe des Krankenhauses).

Die Angaben zu den Gründen, die eine Anschlussversorgung in die Kurzzeitpflege erforderlich machten, können der Abbildung 47 entnommen werden. Am häufigsten wurde angegeben, dass eine Weiterversorgung in der eigenen Häuslichkeit nicht möglich sei. Bei differenzierter Betrachtung wurde die KZP insbesondere dann erforderlich, wenn in diesem Bereich eine Versorgung durch die Angehörigen nicht möglich (rd. 92 %), die Patientin/der Patient noch immobil (ca. 84 %) bzw. der medizinisch-pflegerische Versorgungsbedarf noch zu hoch war (ca. 81 %). Ebenfalls zu rd. 46 % wurde als Grund für die Nutzung einer KZP das Warten auf einen freien Platz im Pflegeheim angegeben. Ein weiterer Grund war die ungeklärte Weiterversorgung nach dem Krankenhausaufenthalt mit 30 %iger Zustimmung. Dies deckt sich mit der Einschätzung der Pflegeeinrichtungen (bei jedem dritten KZP-Gast ist der weitere Verbleib bei Aufnahme ungeklärt).

Abbildung 47: Gründe für eine Anschlussversorgung in die KZP nach Krankenhausaufenthalt (n=77, Angaben in %)



Quelle: IGES

In Form von Freitexten gab es die Möglichkeit weitere Gründe, die eine KZP erforderlich machten, zu nennen. Zusammengefasst waren dies folgende Anlässe:

- ♦ Verkürzte Verweildauern in den Krankenhäusern, somit häufige Entlassung von geschwächten älteren und schwerstkranken Patienten („hochbetagt, multimorbid, Krankenhausaufenthalt zu kurz“)
- ♦ Vorübergehende Pflegebedürftigkeit, Erfordernis einer 24h Betreuung
- ♦ Beantragung einer gesetzlichen Betreuung und warten auf eine Entscheidung
- ♦ Überbrückung bis Hospizplatz vorhanden
- ♦ postoperatives Belastungsverbot (z. B. nach Brüchen, etc.)
- ♦ Überforderung der Angehörigen mit der Versorgung, da es zu wenig freie Dauerpflegeplätze in Düsseldorf gab, wurde die KZP in Anspruch genommen
- ♦ Ablehnung von Krankenkassen, z. B. Bescheide über geriatrische Rehabilitation oder Akutgeriatrie
- ♦ Umbaumaßnahmen im häuslichen Umfeld bzw. kein barrierefreies Umfeld für vorübergehend rollstuhlpflichtige Patienten

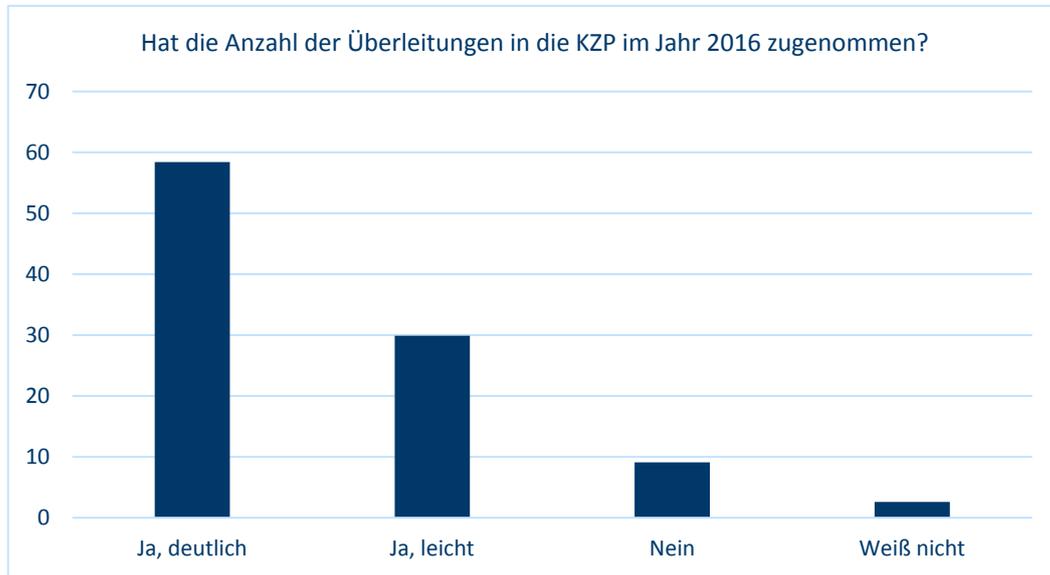
Die Angaben verdeutlichen, dass die Kurzzeitpflege teilweise auch aufgrund von Defiziten in den korrespondierenden Versorgungsbereichen erforderlich wird – wenn Krankenhäuser „zu früh“ entlassen oder der Patient auf freie Plätze in der Anschlussversorgung warten muss (Hospiz, Pflegeheim, teilweise Reha).

Nachfrage Kurzzeitpflege

Rund 88 % der befragten Sozialdienste berichteten, dass die Anzahl der Überleitungen in die Kurzzeitpflege im Jahr 2016 zugenommen hätte, wovon 58 % dies sogar mit „Ja, deutlich“ beantworteten (siehe Abbildung 48). Lediglich 9 % gaben an, dass dies nicht der Fall war.

Fast alle Krankenhaussozialdienste übernehmen die Suche nach einem freien Kurzzeitpflegeplatz für ihre Patienten bzw. unterstützen die Angehörigen aktiv (97 %). Erläuternd dazu wurde vermerkt, dass die Angehörigen oft überfordert wären bzw. durch die Berufstätigkeit keine Zeit hätten, was dazu führte, dass die Sozialdienste die Suche übernahmen, auch wenn teilweise keine Kapazitäten dafür vorhanden waren. Von einigen wurde es wegen Überforderung der Angehörigen sogar als absolut notwendig erachtet, die Suche zu übernehmen. Es wurde ergänzt, dass die Suche nach freien Plätzen sehr arbeitsintensiv sei, da oft viele Adressen abtelefoniert werden müssten.

Abbildung 48: Frage zur Zunahme der Anzahl der Überleitungen in die KZP im Jahr 2016 (n = 77, Angaben in %)

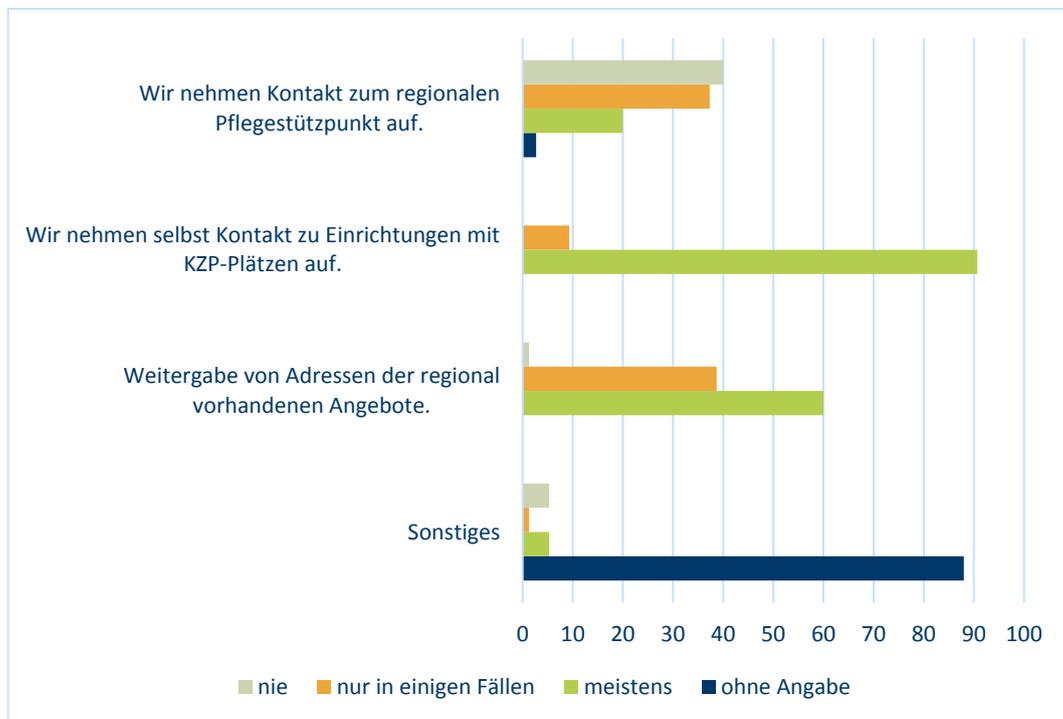


Quelle: IGES

Die Sozialdienste, die die Pflegebedürftigen aktiv bei der Suche unterstützen, wurden gefragt, in welcher Form dies erfolgte. Die Mehrheit gab an, selbst Kontakt zu Einrichtungen mit KZP-Plätzen aufzunehmen (rd. 91 %), gefolgt von rd. 60 %, die Adressen der regional vorhandenen Angebote weitergaben. Erstaunlich ist, dass nur 20 % der Sozialdienste Kontakt zum regionalen PSP aufnehmen, um nach KZP-Plätzen zu suchen. Da bestätigt den Befund der PSP-Befragung. Im Kreis Coesfeld gibt es eine Zusammenarbeit des Krankenhauses mit dem PSP, so dass Informationen zu freien Plätzen dort eingeholt werden. 40 % der Krankenhäuser gaben jedoch an, den Pflegestützpunkt nie zu kontaktieren (siehe Abbildung 49).

Ergänzend wurde berichtet, dass zur Unterstützung bei der Suche nach Einrichtungen mit Kurzzeitpflegeplätzen Internetportale genutzt (PfIO, Bonner Altenhilfe Pflegenavigator, www.weisse-liste.de, Pflegelotse), oder Kontakt zum Pflegebüro (Kreis Mettmann) aufgenommen werde. Weiterhin werde eine umfassende Beratung der Patienten, die u. a. auch weiterführende Informationen zu Anmelde- und Beantragungsverfahren, rechtlichen Fragen sowie Kostenklärung beinhaltet, geleistet.

Abbildung 49: Angaben der Sozialdienste zur Art der Unterstützung der Pflegebedürftigen/Angehörigen bei der Suche nach einem KZP-Platz (Angaben in %)



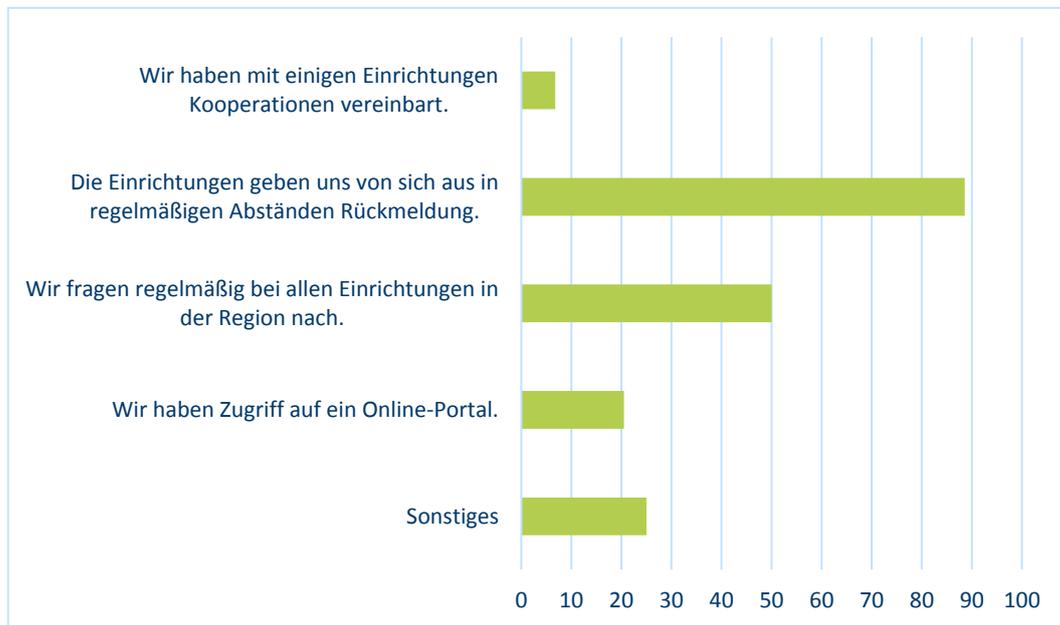
Quelle: IGES

Angebot Kurzzeitpflege

Fast 43 % der Krankenhäuser verneinten, einen aktuellen Überblick zu haben. Erschwerend wären Aspekte, wie teilweise hohe Fluktuationen in den Heimen, die verhinderten einen aktuellen Überblick zu erhalten, mangelnde Rückmeldungen der Pflegeheime bzw. keine Konstanz der Rückmeldungen, Fehlen von zentralen Anlaufstellen (Rhein-Sieg Kreis), Ansprechpartnern oder Möglichkeiten zur Abfrage, sodass täglich neu telefoniert werden müsse.

Von den rd. 57 % der Sozialdienste, die über einen relativ aktuellen Überblick zu freien Plätzen verfügen, gaben 89 % an, in regelmäßigen Abständen Rückmeldung von den Einrichtungen zu bekommen (telefonisch, per Fax, Mail), während 50 % selbst in regelmäßigen Abständen bei den Einrichtungen nachfragten. Auf spezielle Online-Portale oder Kooperationen greifen nur knapp 30 % zurück (siehe Abbildung 50). Als weitere Anmerkung wurde für den Ennepe-Ruhr-Kreis angegeben, dass zwar Informationen weitergeleitet würden, diese aber den Bedarf nicht decken, sodass selbst intensiv weitergesucht werden müsse.

Abbildung 50: Maßnahmen zum Erhalt eines aktuellen Überblicks über freie KZP-Plätze (n = 44, Angaben in %)



Quelle: IGES

Weitere erläuternde Informationen werden in der folgenden Tabelle 21 noch einmal nach Kreisen/kreisfreien Städten zusammengefasst:

Tabelle 21: Sonstige Maßnahmen, um einen aktuellen Überblick über KZP-Plätze in der Region zu erhalten

Kreis/kreisfreie Stadt	Maßnahmen, um Überblick über freie KZP-Plätze zu erhalten
Bonn	„Haus der Bonner Altenhilfe/Zentrale Heimplatzvermittlung, Meldungen und Information des Pflegebüros“
Krefeld	„1 x pro Wo. wird über Altenhilfe der Stadt eine Liste der aktuell freien Plätze gefaxt.“
Coesfeld (Kreis)	„Meldung von einzelnen Häusern direkt an den Krankenhaussozialdienst.“
Münster	„Informationsbüro Pflege der Stadt Münster gibt 2 x in der Woche Auskunft über „frei“ gemeldete Plätze.“
Düsseldorf	„Aktuelle Kapazitätenlisten des Pflegebüros der Stadt Düsseldorf werden wöchentlich zur Verfügung gestellt. Meldung freier Plätze in Düsseldorf via Mail des Pflegebüros der Stadt.“

Quelle: IGES

Aufgrund der Aussagen wurde bereits deutlich, dass sich die Suche nach einem freien KZP-Platz aus Sicht der Sozialdienste oft als sehr arbeits- und zeitintensiv gestaltet, teilweise unabhängig davon, ob freie Plätze gemeldet werden oder nicht.

In diesem Zusammenhang bestätigten die Sozialdienste auch mit einer deutlichen Mehrheit (rd. 94 %), dass der Zeitaufwand auf Seiten des Krankenhauses einen freien KZP-Platz zu finden im Jahr 2016 zugenommen hat. Lediglich knapp 7 % sagen, dass er unverändert geblieben ist. Als Anmerkungen wurde von den Sozialdiensten ergänzt, dass es eine deutlich spürbare Zunahme gegeben hat (Bonn, Kreis Euskirchen), es zu wenig freie Plätze gäbe (Hochsauerlandkreis, Ennepe-Ruhr Kreis, Minden-Lübbecke, Kreis Herford), Probleme während der Ferienzeiten auftreten (Kreis Düren, Kreis Unna) sowie schnellere Entlassungen durch verkürzte Liegezeiten mehr Kurzzeitpflege erforderlich machten (Düsseldorf).

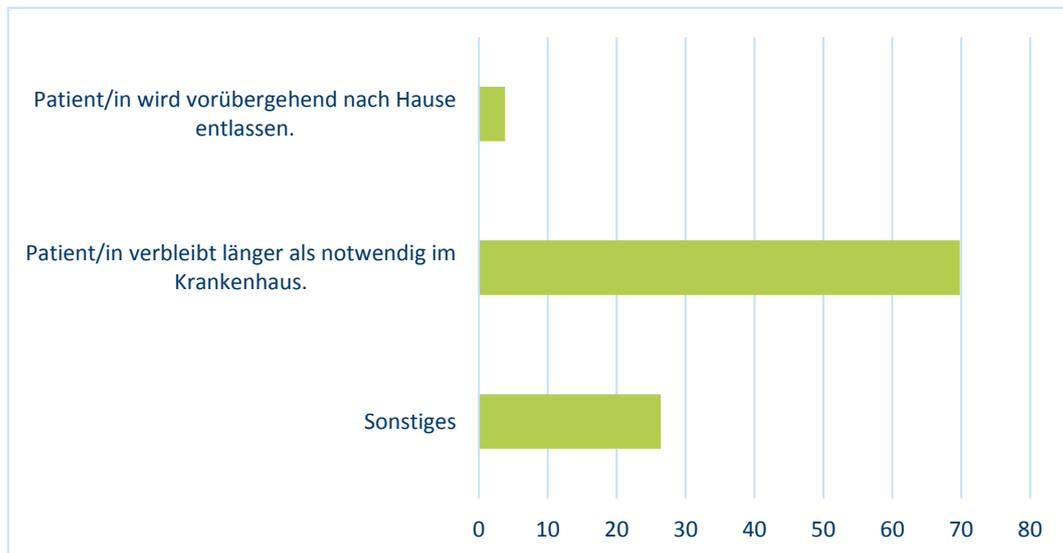
Daher ist es auch immer schwieriger, zeitnah einen freien KZP-Platz zu finden. Ca. 69 % der Sozialdienste bestätigten dies. Besonders schwierig gestaltete sich dies bei jungen pflegebedürftigen Patienten, suchtkranken Patienten, Patienten mit Keimbesiedlung, Patienten mit niedrigem Pflegegrad sowie in Ferienzeiten. Weitere Aspekte waren ein Mangel an Plätzen (u. a. erfolgte dann der Hinweis, einen Heimplatz zu nehmen und die einmonatige Kündigungsfrist zu nutzen!), zu wenig Plätze in Wohnortnähe, zu hoher bürokratischer Aufwand.

Diejenigen Sozialdienste (rd. 31 %), die angegeben haben zeitnah freie KZP-Plätze zu finden, schränkten dies jedoch wie folgt ein:

- ♦ außerhalb von Ferienzeiten und Feiertagen,
- ♦ bei Bereitschaft auf Wohnortnähe zu verzichten,
- ♦ nur mit entsprechendem Arbeitsaufwand und hohem Einsatz.

Diese Aussagen decken sich mit denen der Pflegestützpunkte, der Einrichtungen und den Pflegeplanungen der Kreise. Es ist und bleibt schwierig insbesondere in Stoßzeiten geeignete KZP-Plätze zu finden. Ein weiteres Problem stellt in vielen Regionen der Mangel an wohnortnahen Angeboten dar. Werden dementsprechend keine geeigneten bzw. überhaupt freie KZP-Plätze gefunden, verbleiben die Patienten nach Aussagen der Sozialdienste länger als notwendig im Krankenhaus. Nur in seltenen Fällen wurden die Patienten vorübergehend nach Hause entlassen (siehe Abbildung 51). Als andere Alternativen bei Engpässen in der KZP gaben die Sozialdienste an, dass es entweder zu Verlegungen in die Akutgeriatrie/geriatriische Komplexbehandlung/vollstationäre Dauerpflegeeinrichtung kam, eine vorübergehende Unterbringung bei Angehörigen in Anspruch genommen wurde, Suche für KZP-Plätze wurden auf größere Entfernungen ausgeweitet, Pflegefallklärung (Patient muss nach einer gewissen Zeit Kosten für einen Tagessatz übernehmen).

Abbildung 51: Was passiert, wenn kein KZP-Platz gefunden wird? (n = 53; Angaben in %)



Quelle: IGES

Einschätzung der Versorgungssituation

Nach Einschätzung der Sozialdienste der Krankenhäuser sind die Kapazitäten für die Kurzzeitpflege in den jeweiligen Regionen (siehe Abbildung 46) nicht ausreichend (rd. 92 %). Dies trifft zu auf Bonn (besonders bei jungen Pflegebedürftigen), Kreis Euskirchen (trotz neuer Pflegeheime stark wachsender Bedarf), teilweise im Kreis Unna, Hochsauerlandkreis, Krefeld, Kreis Mettmann, teilweise sehr stark in Essen (bei höherem medizinisch-pflegerischen Bedarf, z. B. parenterale Ernährung, oder nicht für alle Patientengruppen, obwohl freie Plätze vorhanden sind), Kreis Recklinghausen, Münster, Kreis Düren (vor allem in Ferienzeiten), Leverkusen, Düsseldorf, Ennepe-Ruhr-Kreis (Bedarf an mehr Plätzen im Ort und Umgebung), Bochum, Kreis Gütersloh, Kreis Minden-Lübbecke, Rhein-Erft-Kreis (zu wenig KZP-Plätze im Vergleich zu Dauerpflegeplätzen), Rhein-Sieg Kreis, Rheinisch-Bergischer Kreis, Kreis Coesfeld (keine Wohnortnähe), Wuppertal, Dortmund und Herford.

Lediglich rd. 8 % der Krankenhäuser gaben an, dass das Angebot an KZP-Plätzen ausreichend sei. Dies trifft vor allem in Gelsenkirchen und Hamm zu. In den Kreisen bzw. kreisfreien Städten Unna, Bochum und Essen scheint es kleinräumige regionale Unterschiede zu geben.

Einschätzung der Qualität der Kurzzeitpflege

Ähnlich wie bei den Pflegestützpunkten fällt es den Sozialdiensten teilweise schwer die Qualität zu beurteilen, da scheinbar nicht durchweg Rückmeldungen der Angehörigen bekannt sind bzw. die Sozialdienste anderweitig nur schwer Einblicke erhalten.

Dennoch gab ein größerer Teil der befragten Sozialdienste eine Einschätzung ab. Diese gestaltete sich sehr unterschiedlich zwischen, aber auch innerhalb einzelner Regionen. Deutlich wird jedoch, dass eher negative Einschätzungen bezüglich der Qualität rückgemeldet wurden. Dazu gehörten u. a. schlechte bzw. mangelhafte Versorgung durch zu wenig Personal (vor allem bei höheren medizinisch-pflegerischen Aufwand), häufig „nur Doppelzimmer“, zu wenig Aktivierung und Zuwendung sowie rehabilitative Angebote und Kooperationen mit Physio- und/oder Ergotherapeuten. Als überwiegend positiv wurden die KZP-Plätze in Essen, Kreis Düren, Kreis Gütersloh, Hamm und Münster beschrieben.

Nachfolgend werden in der Tabelle 22 die Aspekte aus den Freitexten zur Qualität der Versorgung in der Kurzzeitpflege aus Sicht der Sozialdienste zusammengefasst:

Tabelle 22: Einschätzung der Qualität der Kurzzeitpflege aus Sicht der Sozialdienste

Kreis/kreisfreie Stadt	Einschätzung zur Qualität der Kurzzeitpflege (aus Freitext)
Aachen (Städteregion)	„Rückmeldungen zur Qualität der Kurzzeitpflegen durch die Angehörigen sind gemischt, Tendenz mittelmäßig, Kritik zu wenig Zuwendung und Zeit zur Aktivierung“
Bochum	„Befriedigend“, „unterschiedlich“, „meist wenig rehabilitative Angebote“, „zunehmend mangelhaft und unzureichend“, „Verfügbarkeit von Einzelzimmern im Verhältnis zu Patientenwünschen nicht ausreichend. Qualität mit gleichen Defiziten behaftet wie Heimversorgung.“
Coesfeld (Kreis)	„Es ist spürbar, dass die Einrichtungen Personalnot haben.“
Düren (Kreis)	„insgesamt gute Qualität in allen Einrichtungen“
Düsseldorf	„durchschnittlich“, „durch die zahlreichen Heimumbauten, wo oft nur Einzelzimmer angeboten werden, geht die Zahl der Pflegeheimplätze, auch Kurzzeitpflege generell zurück, Düsseldorf benötigt mehr Pflegeheime, da die Zahl der Pflegebedürftigen schnell weiter ansteigen wird.“, „Soweit Rückmeldungen erfolgen ist die Qualität der Versorgung ok.“, „Die Rückmeldungen der Angehörigen sind häufig negativ - Einschätzung unsererseits ist allerdings ganz gut.“
Ennepe-Ruhr-Kreis	„gut. Klagen über zu wenig Personal und häufig nur DZ möglich. Reine KZP ist gegenüber eingestreuten Plätzen in Pflegeheimen beliebter.“
Essen	„Überwiegend gute Qualität laut Rückmeldungen der Angehörigen.“, „gut“, „oft Beschwerden von Patienten in Heimen mit sehr guten Ruf sind natürlich schwerer Plätze zu bekommen“, „Qualität an sich ist überwiegend gut“, „das kann ich nur aufgrund der Rückmeldungen von Angehörigen und Patienten beurteilen. Generell scheint vor allem im medizinisch-pflegerischen Bereich noch viel Schulungsbedarf.“, Rückmeldungen von Patienten sind oft nicht zufriedenstellend, vor allem bei Wundversorgung oder künstlicher Ernährung, Portversorgung... Komplexe Fälle sind nur schwer im Heim zu versorgen“
Euskirchen (Kreis)	„Mäßig, aber es fällt uns von unserer Position her schwer, dies zu beurteilen“
Gelsenkirchen	„Eine Einrichtung wird durch uns nicht empfohlen, da die Qualität zu schlecht ist. Die meisten Einrichtungen sind durchschnittlich, einige wenige sehr gut.“, „sehr unterschiedlich je nach Träger der Einrichtung“
Gütersloh (Kreis)	„gut“
Hamm	„gut“, „relativ gut“

Kreis/kreisfreie Stadt	Einschätzung zur Qualität der Kurzzeitpflege (aus Freitext)
Herford (Kreis)	„selten Rückmeldungen, daher gemischtes Bild“
Hochsauerlandkreis	„Wenn mehr Personal vorhanden wäre, sicher gut. Aber durch zu wenig Pflegekräfte leider eher ungenügend.“, „qualitative Einschätzung schlecht möglich. Plätze werden inzwischen ausschließlich nach Verfügbarkeit ausgewählt.“
Krefeld	„nicht gut, das Anna Deckers Haus hat zu machen müssen, weil sich die KZP nicht rentiert. Dort waren 6 Pflegebetten uns vorbehalten, sodass es immer einen Platz gab, seit 1.8. ist dies nicht mehr der Fall. Die Qualität leidet seither, nach Berichten von Angehörigen ist die Pflege mit den Patienten überfordert, es ist schwierig vor allem Keimpatienten zu versorgen bzw. Patienten mit Tracheostoma, weil die Pflegeheime keine ausreichende Qualifikation haben“, „ausreichend, Verbesserungswürdig wäre die Ausstattung mit Kooperationen z.B. Ergotherapeuten und Krankengymnasten.“
Minden-Lübbecke (Kreis)	„Qualität der stationären Pflegeeinrichtungen, in den KZP angeboten wird, ist durchweg gut bis befriedigend, einige Einrichtungen verbessern das Angebot z. Zt. durch Neubau und Modernisierung. Offenbar ist jedoch ein Engpass bzgl. Pflegepersonal in den Einrichtungen vorhanden.“, „würde ich aufgrund der Personalsituation in den Pflegeheimen als nicht befriedigend einschätzen“, „selber wenig Einblicke, Patientenrückmeldungen eher negativ“
Münster	„gut und ausreichend“, „besonders in den Ferienzeiten sind viele KZP Einrichtungen schon fast ausgebucht, das führt zu Schwierigkeiten die Patienten aus dem Krankenhaus gut weiter zu versorgen und nahe KZP-Plätze zu erhalten, Vorteile haben Krankenhäuser die eine angegliederte KZP vorweisen.“
Rheinisch-Bergischer Kreis	„Bis vor 2-3 Jahren ausreichend. Seitdem zunehmend schwierig und auch oft unzumutbar aufgrund großer Entfernungen für die meist älteren Patienten.“
Rhein-Sieg Kreis	„Deutliche Unterschiede, abhängig von Senioreneinrichtung, insgesamt jedoch positiv, trotz gravierendem Pflegenotstand.“
Unna (Kreis)	„gut“, „je nach Pflegeeinrichtung unterschiedlich, es gibt positive und auch negative Rückmeldungen von Patienten und Angehörigen“
ohne Angabe	„teils schlecht wegen z.B. mangelnder Beratung weiterführender Hilfsangebote nach der KZP; teils schlecht wegen unzureichender Unterstützung bei der Suche nach z.B. Physiotherapeuten; teils schlecht wegen mangelnder allgemeiner Unterstützung für Bewohner ohne Bezugspersonen“

Quelle: IGES

Ausblick

Abschließend hatten die Krankenhaussozialdienste die Möglichkeit im Rahmen von Freitextantworten zu erläutern, welche Maßnahmen ihrer Meinung nach zur Weiterentwicklung der KZP ergriffen werden sollten.

Zusammenfassend wurden in diesem Zuge folgende Punkte als zentral erachtet:

- ◆ Ausbau der Plätze/Einrichtungen, die ausschließlich für Kurzzeitpflege genutzt werden; weniger eingestreute Plätze
 - ◆ Ausweitung des Leistungsanspruchs (Anspruch auf KZP auch bei Pflegegrad 1)
 - ◆ Klärung der Finanzierung bei Fällen nach § 39 c SGB V
 - ◆ Aufstockung des Personals, bessere Qualifikation des Personals (Anpassung an komplexe Bedarfe der multimorbiden Patienten)
 - ◆ Verbesserung der Kommunikation zwischen Krankenhaus und Pflegeheim
 - ◆ Einführung Datenbank-gestützter Anfragen, Online-Portale zur Abfrage freier Kapazitäten, Vernetzung mit tagesaktuell vermerkten freien Plätzen, zentrales Register über offene Plätze
 - ◆ Verbesserung der medizinisch-pflegerischen Versorgung bei Tracheostoma und Iliostoma Patienten
 - ◆ Plätze für spezielles Klientel (Keimpatienten, Schwerlastpatienten, jüngere Altersgruppen, Querschnittssymptomatik, Drainagen bei Tumorerkrankungen, etc.)
 - ◆ Erhöhung der Qualitätsstandards
 - ◆ Ausbau von Kooperationen
 - ◆ Aufstockung der Einzelzimmer
 - ◆ Anschluss von KZP-Einrichtungen an Krankenhäuser
 - ◆ Ermöglichung wohnortnaher Versorgung
 - ◆ Einführung qualifizierter Sozialberatung in den KZP-Einrichtungen für gute Anschlussversorgung
 - ◆ Verbesserung der Pflegekonzepte in der Kurzzeitpflege (rehabilitative Ausrichtung, aktivierende Pflege)
 - ◆ Förderung von Neubauten mit festgelegter KZP-Platzzahl
 - ◆ Entwicklung eines neuen Konzepts zur Belegung von KZP-Plätzen (in Hinblick auf eingestreute Plätze, die nicht zur Verfügung stehen)
 - ◆ Refinanzierung bei temporären Leerständen
-

Schlussfolgerung

Die Rückmeldungen der Sozialdienste der Krankenhäuser bestätigen den bisher gewonnenen Eindruck von Engpässen bei Kurzzeitpflegeplätzen in vielen Regionen Nordrhein-Westfalens und unterstreichen einmal mehr die Notwendigkeit der Vorkhaltung von mehr zweckgebundenen (solitären/separaten) Kurzzeitpflegeplätzen. Dabei weisen sie erstaunlicherweise ebenfalls auf die ungünstigen wirtschaftlichen Rahmenbedingungen solitärer Einrichtungen hin.

Sie nennen außerdem auftretende Schnittstellenprobleme bei der Überleitung von Patienten und Patientinnen, die mittels besserer Kooperation und Kommunikation zwischen den Leistungserbringern und gezielt für das Versorgungsmanagement zusätzlich einzusetzendes Personal verringert werden könnten.

Die Forderung nach einer stärker aktivierenden Pflege bzw. rehabilitativen Ausrichtung in der KZP ist ein Hinweis auf wahrgenommene Qualitätsdefizite in der KZP.

8. Kapazitäten der Kurzzeitpflege in NRW

8.1 Vorgehen bei der Analyse und Datenquellen

Die Leistungen der Kurzzeit- und Verhinderungspflege als ergänzende Leistungen für ambulant versorgte Personen werden sowohl von ambulanten Pflegediensten in der Häuslichkeit erbracht (Verhinderungspflege) als auch vollstationär in Pflegeheimen (Kurzzeit- und Verhinderungspflege). Zur Beurteilung der Versorgungssituation für Kurzzeitpflegeleistungen ist es daher notwendig, auch die Auslastung der Pflegeheime insgesamt zu betrachten, da das verfügbare Angebot für KZP in Einrichtungen mit eingestreuten Betten mit steigender Auslastung im Bereich der Dauerpflegeplätze sinkt. Ebenso ist die Situation in der ambulanten Pflege zu berücksichtigen, deren Kapazitäten für Verhinderungspflege mit steigender Auslastung ebenso sinken, was wiederum die Nachfrage nach vollstationären Plätzen für die Verhinderungspflege erhöht.

Zur Analyse und Bewertung der Versorgungssituation in der Kurzzeitpflege (KZP) in den insgesamt 53 Kreisen und kreisfreien Städten Nordrhein-Westfalens bedarf es daher nicht nur der singulären Darstellung und Differenzierung (eingestreut/separat/solitär) der KZP-Plätze, sondern einer umfassenden Betrachtung der regionalen Versorgungsstrukturen, wie z. B. der Verfügbarkeit und Auslastung von ambulanten Pflegeangeboten (Pflegedienste und Wohngemeinschaften mit Betreuungsleistungen), komplementären Hilfen (u. a. hauswirtschaftliche Hilfen, Beratungsdienste, Hausbetreuungsdienste), weiteren teilstationären Angeboten (Tages- und Nachtpflege) sowie vollstationärer Dauerpflege (Pflegeheime).

Mit Blick auf den Fachkräftemangel in der Altenpflege werden nicht nur ausgewiesene Platzzahlen berücksichtigt, sondern auch Informationen (sofern vorhanden), die Auskunft geben, inwiefern diese aktuell mit dem verfügbaren Personal voll ausgelastet werden können.

Zur Abschätzung der Nachfrage nach Kurzzeit- und Verhinderungspflege wird zunächst jeweils die Zahl der ambulant versorgten Pflegebedürftigen pro Region ermittelt. Anhand der bundesweiten Nutzungsquoten für Kurzzeit- und Verhinderungspflege erfolgt eine erste Abschätzung zur Versorgungssituation. Diese wird ergänzt durch Befragungen der Einrichtungen bezüglich der Auslastung der KZP-Plätze sowie von Pflegestützpunkten hinsichtlich der Erfahrungen bei der Suche nach freien KZP-Plätzen.

Die Ermittlung der kreisbezogenen Daten erfolgt zum einen auf Grundlage der kommunalen Pflegeplanungen (soweit verfügbar) bzw. der aktuell verfügbaren Pflegeberichte sowie unter Nutzung von Daten des Statistischen Bundesamtes und der Datenbank Pflege-Lotse des vdek sowie dem Pflege-Navigator der AOK. Ergänzend wurden die im vorangegangenen Kapitel 7 ausführlich dargestellten, für den jeweiligen Kreis bzw. die kreisfreie Stadt verfügbaren Befragungsergebnisse berücksichtigt.

Die Daten werden pro Kreis/kreisfreie Stadt zunächst übersichtlich tabellarisch dargestellt und anschließend erfolgt eine Einschätzung bzw. Bewertung der Versorgungssituation hinsichtlich der KZP.

8.2 Angebot und Nachfrage KZP in NRW insgesamt

Die folgende Tabelle 23 enthält einen Überblick über die Entwicklung der Platzzahlen für KZP in NRW insgesamt von 2011 bis 2017.

Analog zum bundesweiten Trend sind auch in NRW die Kapazitäten der ausschließlich für die KZP vorgehaltenen Plätze in den letzten Jahren zurückgegangen – um 12 Prozent gegenüber 2011, im Vergleich zu 2013 sogar um 35 Prozent. Das Angebot an eingestreuten Plätzen dagegen ist mit 50 Prozent deutlich gewachsen. Daraus ergibt sich ein Zuwachs bei den Plätzen insgesamt seit 2011 um 38 Prozent

Tabelle 23: Übersicht zur Entwicklung der Zahl der KZP-Plätze in NRW 2011 bis 2017

Plätze	2011	2013	2015	2017
sowohl für Dauer- als auch Kurzzeitpflege nutzbar	8.920	8.899	11.167	13.427
reine Kurzzeitpflege	2.111	2.820	2.770	1.858
Plätze insgesamt	11.031	11.719	13.937	15.285

Quelle: vdek

An dieser Stelle sei auf einen Hinweis des Bundesverbandes privater Anbieter sozialer Dienste e. V., Landesgeschäftsstelle Nordrhein-Westfalen, zur Entwicklung der Zahl der eingestreuten Kurzzeitpflegeplätze in NRW verwiesen. Der Verband führt aus, dass die Pflegeeinrichtungen in den letzten Jahren aufgrund des APG bzw. der APG DVO (und Rechtsprechung) die Zahl ihrer eingestreuten KZP-Plätze allein deshalb deutlich ausgeweitet hätten, „um eine flexiblere und vollständige Abrechnungsmöglichkeit der Investitionskosten mit den Kommunen sicherzustellen“. Würden nämlich infolge der großen saisonalen Schwankungen in der Kurzzeitpflege einmal mehr KZP-Gäste aufgenommen als vertraglich vereinbarte KZP-Plätze vorhanden sind, würden die Investitionskosten nur in Höhe der offiziell vereinbarten KZP-Platzzahl erstattet. Der Verband schlussfolgert, dass die Einrichtungen daher „jedoch deshalb faktisch keine größeren Kapazitäten zur Verfügung gestellt“ hätten.

Die **Nachfrage** nach stationären Kurzzeitpflegeplätzen setzt sich zusammen aus der Nachfrage nach Kurzzeitpflege insgesamt und der Nachfrage nach stationären Plätzen für Verhinderungspflege. Nach Berechnungen von Rothgang et al. (2016) nahmen 2015 pro Monat ca. 1,6 % aller Pflegegeldempfänger Leistungen der Kurzzeitpflege in Anspruch und 5,4 % aller ambulant betreuten Pflegesachleistungsempfänger. Mit dieser Nutzungsquote lässt sich für NRW der Bedarf an KZP-Plätzen rechnerisch ermitteln (siehe Tabelle 24) – er lag 2015 bei 13.327 Plätzen.

Tabelle 24: Pflegebedürftige in NRW 2015 nach Art der Versorgung

	stationär	ambulant	Pflegegeld	Gesamt
Pflegebedürftige	178.905	151.366	322.104	638.103
Nutzungsquote KZP pro Monat*		5,40%	1,60%	
Bedarf KZP-Plätze pro Monat		8.174	5.154	13.327
Nutzungsquote Verhinderungspflege pro Monat*		17,90%	16,10%	
Nachfrage Verhinderungspflege pro Monat		27.095	51.859	78.953

Quellen: Pflegestatistik 2015, Rothgang *et al.* 2016, eigene Berechnungen IGES

Die Nutzungsquote der Verhinderungspflege lag 2015 mit 16 bis 18 Prozent pro Monat deutlich über der Nachfrage nach KZP. Rein rechnerisch ergibt sich damit eine Nachfrage nach Verhinderungspflege von knapp 79.000 Fällen in einem durchschnittlichen Monat. Allerdings wird nur ein Teil dieser Fälle in stationären Einrichtungen versorgt – Erkenntnisse zur Höhe dieses Anteils liegen leider nicht vor. Aus Befragungen, die IGES bei solitären Kurzzeitpflegeeinrichtungen in NRW vorgenommen hat, geht hervor, dass der Anteil der KZP-Gäste mit Verhinderungspflege im Jahresverlauf zwischen 20 und bis zu 80 Prozent liegt. D. h., dass KZP-Plätze auch in erheblichem Umfang für Verhinderungspflege genutzt werden.

Dem KZP-Platzangebot 2015 in Höhe von 13.937 stand eine rechnerische Nachfrage nach Kurzzeitpflege in Höhe von 13.327 gegenüber. Damit wäre die Nachfrage allein der Kurzzeitpflege gedeckt gewesen, 600 Plätze hätten noch für Verhinderungspflege zur Verfügung gestanden. Wenn aber tatsächlich die Plätze nur zu 20 Prozent mit Verhinderungspflege belegt waren, standen für Kurzzeitpflegefälle nur noch 11.140 Plätze zur Verfügung, bei höheren Anteilen für Verhinderungspflege entsprechend noch weniger.

Diese Berechnungen vermitteln einen ersten Eindruck von der globalen Versorgungssituation 2015 auf Basis der Daten für NRW insgesamt. Sie lassen darauf schließen, dass die Nachfrage nach Kurzzeit- und Verhinderungspflege in stationären Einrichtungen größer war als das Platzangebot. Dieses ist nach Angaben des vdek im Jahr 2017 um insgesamt 1.348 Plätze angestiegen. Dabei hat sich jedoch nur die Zahl der eingestreuten Betten erhöht (+ 2.260) – bei den solitären/separaten Plätzen ist gegenüber 2015 ein Rückgang von 912 zu verzeichnen.

8.3 Analyse der 53 Kreise und kreisfreien Städte in NRW

Die folgende Übersicht (Tabelle 25) enthält die verfügbaren Kapazitäten für Kurzzeitpflege, getrennt nach eingestreut und solitär bzw. separat, in den Kreisen und kreisfreien Städten Nordrhein-Westfalens. In der rechten Spalte wird die Kurzzeitpflegeversorgungsquote ausgewiesen – diese gibt an, wie viele ambulant versorgte

Pflegebedürftige es pro KZP-Platz in der Region gibt. Eine niedrige Zahl steht für eine höhere Versorgungsdichte und umgekehrt.

In NRW gab es insgesamt im Jahr 2015 rd. 31 ambulant versorgte Pflegebedürftige pro KZP-Platz. Im regionalen Vergleich ist der Kreis Lippe mit nur 14,4 ambulant versorgten Pflegebedürftigen pro KZP-Platz rechnerisch am besten ausgestattet, während der Kreis Heinsberg mit 58,0 Personen pro Platz die geringsten Kapazitäten für Kurzzeitpflege vorhält. Diese Quoten sollen zunächst nur veranschaulichen, wie unterschiedlich das Angebot an KZP-Plätzen in den einzelnen Regionen ist. Schlussfolgerungen bezgl. einer Unter- oder Überversorgung lassen sich unmittelbar daraus nicht ziehen. Die Versorgungssituation im Bereich stationärer KZP-Plätze ist auch abhängig von der regionalen Inanspruchnahmequote der ergänzenden Leistungen Kurzzeit- und Verhinderungspflege und von Wanderungsbewegungen (Person aus Kreis A belegt einen Platz in einer Einrichtung im Kreis B). Auf die Wechselwirkungen mit der Auslastung in der stationären Dauerpflege und bei den ambulanten Pflegediensten wurde bereits hingewiesen.

Tabelle 25: Übersicht der Verteilung der KZP-Plätze in NRW

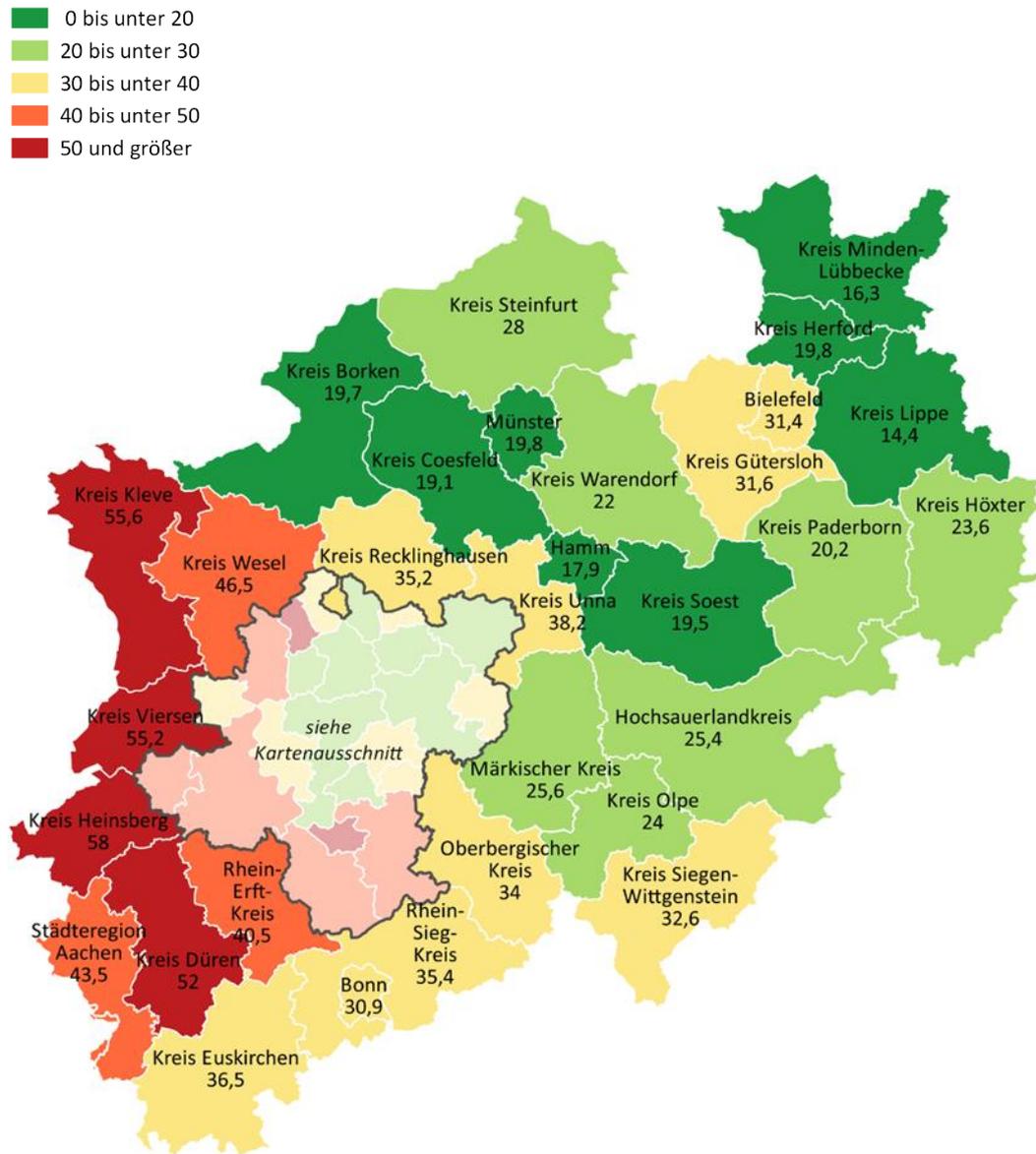
Kreis/kreisfreie Stadt	solitäre KZP-Plätze (Einricht.)	eingestreute KZP-Plätze (Einricht.)	separate KZP-Plätze (Einricht.)	Anzahl KZP-Plätze gesamt	KZP-Quote (Anzahl Pflegebedürftige pro KZP-Platz)
Aachen	40 (4)	357 (62)		397	43,5
Bielefeld	22 (2)	254 (31)		276	31,4
Bochum	24 (1)	317 (29)		341	28,4
Bonn	27 (2)	199 (32)		226	30,9
Borken (Kr.)	19 (2)	419 (46)		438	19,7
Bottrop	18 (1)	81 (13)		99	34,6
Coesfeld (Kr.)		209 (29)	12 (1)	221	19,1
Dortmund	46 (3)	507 (54)		553	23,8
Duisburg	22 (2)	356 (55)		378	41,2
Düren (Kr.)	19 (2)	158 (36)		177	52,0
Düsseldorf	93 (6)	273 (37)		366	39,2
Ennepe-Ruhr-Kreis	58 (4)	268 (35)		326	23,6
Essen	36 (3)	436 (60)		472	28,9
Euskirchen (Kr.)	19 (2)	157 (28)		176	36,5
Gelsenkirchen	55 (3)	214 (24)		269	29,7
Gütersloh (Kr.)	15 (1)	254 (28)	13 (2)	282	31,6
Hagen	46 (3)	149 (21)		195	31,5
Hamm	15 (1)	197 (29)		212	17,9
Heinsberg (Kr.)		143 (34)		143	58,0
Herford (Kr.)	36 (2)	278 (28)		314	19,8
Herne	24 (1)	133 (17)	11 (1)	168	30,3
Hochsauerlandkreis	9 (1)	257 (35)		266	25,4
Höxter (Kr.)	48 (5)	154 (22)		202	23,6
Kleve (Kr.)	22 (2)	156 (38)		178	55,6
Köln	97 (7)	444 (70)		541	42,0
Krefeld	26 (3)	170 (26)		196	36,0
Leverkusen		87 (12)		87	50,1
Lippe (Kr.)	14 (1)	481 (58)		495	14,4

Kreis/kreisfreie Stadt	solitäre KZP-Plätze (Einricht.)	eingestreute KZP-Plätze (Einricht.)	separate KZP-Plätze (Einricht.)	Anzahl KZP-Plätze gesamt	KZP-Quote (Anzahl Pflegebedürftige pro KZP-Platz)
Märkischer Kreis	20 (2)	393 (56)		413	25,6
Mettmann (Kr.)	22 (2)	389 (53)		411	27,8
Kreis Minden-Lübbecke		500 (46)		500	16,3
Mönchengladbach	34 (1)	140 (26)		174	48,4
Mülheim / Ruhr		143 (16)		143	28,9
Münster	76 (4)	145 (25)		221	19,8
Oberbergischer Kreis		252 (43)		252	34
Oberhausen	14 (1)	117 (21)		131	51,3
Olpe (Kr.)	31 (3)	141 (19)		172	24
Paderborn (Kr.)	47 (3)	280 (38)		327	20,2
Recklinghausen (Kr.)	27 (3)	566 (66)		593	35,2
Remscheid	23 (2)	66 (11)		89	35,9
Rhein-Erft-Kreis	17 (1)	269 (43)		286	40,5
Rheinisch-Bergischer Kreis	30 (2)	164 (25)		194	40,8
Rhein-Kreis Neuss		245 (41)		245	48,5
Rhein-Sieg-Kreis	23 (3)	418 (69)		441	35,4
Siegen-Wittgenstein (Kr.)	10 (1)	247 (27)		257	32,6
Soest (Kr.)	14 (1)	327 (53)		341	19,5
Solingen	42 (3)	129 (22)		171	25,1
Steinfurt (Kr.)	41 (4)	323 (52)		364	28,0
Unna (Kr.)	32 (3)	280 (36)		312	38,2
Viersen (Kr.)	32 (3)	142 (19)		174	55,2
Warendorf (Kr.)	18 (2)	259 (33)		277	22,0
Wesel (Kr.)	59 (5)	278 (45)		337	46,5
Wuppertal	45 (4)	214 (36)		259	32,2
NRW gesamt	1.507 (117)	13.535 (1910)	36 (4)	15.078	31,4

Quelle: Eigene Darstellung IGES

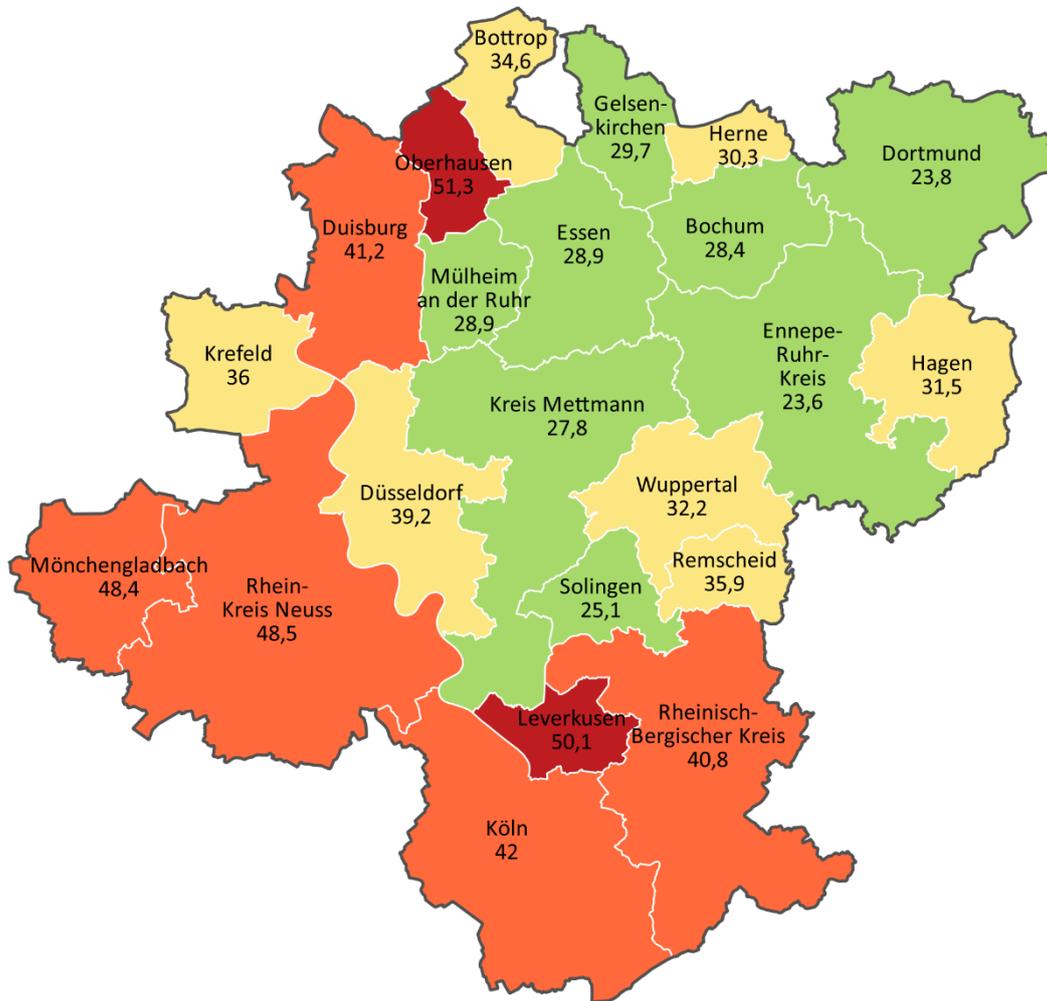
Zur besseren Darstellung der o. a. KZP-Quoten werden diese noch einmal graphisch in den folgenden Abbildungen (Abbildung 52 und Abbildung 53) visualisiert (Abbildung 53 stellt zur besseren Lesbarkeit den Kartenausschnitt aus Abbildung 52 dar).

Abbildung 52: Übersichtsdarstellung der 53 Kreise in NRW mit KZP-Quoten (Pfle-
gebedürftige pro KZP-Platz)



Quelle: Eigene Darstellung IGES

Abbildung 53: Teilausschnitt NRW mit KZP-Quoten (Pflegebedürftige pro KZP-Platz)



Quelle: Eigene Darstellung IGES

8.3.1 Aachen

Für die Auswertung und Analyse wurden die Daten der Kommunalen Pflegeplanung 2015 mit einer verbindlichen Bedarfsplanung 2016 - 2019 (aktualisierte Berechnung aus 2016) zugrunde gelegt.

Tabelle 26: Übersichtstabelle Aachen

Merkmale der Region			
Anzahl der Bezirke/ Kommunen	10 (Stadt Aachen, Alsdorf, Baesweiler, Eschweiler, Herzogenrath, Monschau, Roetgen, Simmerath, Stolberg, Würselen)		
Ländlich/städtisch geprägt	Neben der Stadt Aachen eher mittelstädtisch und ländlich geprägter Raum.		
Einwohnerstruktur			
	IST (Stand 2015)	Prognose	Trend
Einwohner	553.922	2020: 555.374 2030: 556.423	steigend
Hochaltrige (ab 80 Jahre)/Anteil an Bevölkerung	30.466/5,5 %	2020: 37.295 2030: 39.461	steigend
Pflegebedürftige (gesamt)/Anteil an Bevölkerung	22.551/4,1 %	2020: 24.063 2030: 26.675	steigend
hochaltrige und Pflegebedürftige Personen (Stand 2013)	11.192	k. A.	k. A.
Auszüge der Versorgungsstruktur			
	IST (Stand 2015)	Auslastung	Prognose/Planung
Ambulante Pflegedienste	82	Anzahl ambulanter Pflegedienste stabil, Anstieg der im Ø betreuten Personen	steigend
Komplementäre Hilfen	vorhanden	k. A. (wenn nur vereinzelt verfügbare Daten)	k. A.
Plätze in Tagespflege (Einrichtungen)	322 (24)	361 Personen nahmen die Tagespflege in Anspruch (Stand 2013)	Stetiges Wachstum Bedarf vorhanden
alternative Wohneinrichtungen	37	k. A.	k. A.
Plätze vollstationäre Einrichtungen (Einrichtungen)	5.657 (68)	k. A.	5.978 (74) bis 2018 Bedarf vorhanden
Dominierende Versorgungsart	Im Jahr 2015 wurden 12.464 Personen (55,3 %) ausschließlich durch Angehörige und 4.813 Personen (21,3 %) durch ambulante Pflegedienste versorgt. 5.274 Pflegebedürftige wurden vollstationär in Einrichtungen versorgt (23,4 %).		

Kurzzeitpflege			
	IST	Prognose/Planung	Anmerkungen
Solitäre Plätze (Einrichtungen)	40 (4)	k. A.	
Eingestreute Plätze (Einrichtungen)	357 (62)	k. A.	
Separate Plätze (Einrichtungen)	k. A.	k. A.	

Quelle: Eigene Darstellung IGES (auf Grundlage von Daten aus (Rüter und Xhonneux 2015, IT.NRW, wegweiser-kommune.de)

Tabelle 27: Situationsanalyse der StädteRegion Aachen

Bevölkerungs-entwicklung	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Die Einwohnerzahlen sind im Gegensatz zu anderen Kommunen in NRW leicht steigend. ◆ In Folge der demographischen Veränderungen steigt ebenso der Anteil der Hochaltrigen als auch der Anteil der Pflegebedürftigen.
Regionale Entwicklung/Ver-teilung	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Es herrschen regionale Unterschiede in der Bereitstellung von Angeboten, der Bevölkerungsstruktur und im Inanspruchnahmeverhalten - zwischen den eher kleinen und mittleren Kommunen der StädteRegion einerseits und der Stadt Aachen andererseits.
ambulante Pflegedienste	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Seit 2011 ist ein Anstieg der durchschnittlich je Pflegedienst zu betreuenden Personen in der StädteRegion Aachen zu verzeichnen (Gesamtanstieg von knapp 5 % (plus 199 Personen). ◆ Anstieg der Zahl derer, die Kombinationsleistungen bezogen. Das entsprach 48 % der pflegebedürftigen Kunden in ambulanten Diensten. ◆ Die zu versorgende Anzahl an Personen wird sich bis 2020/2030 um ca. 2.000/4.000 erhöhen gegenüber dem Jahr 2013.
Tages- und Nachtpflege	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Gegenüber dem Jahr 2013 wurde das Angebot an Tagespflegeplätzen deutlich erweitert und ist mittlerweile in allen Kommunen bis auf die Stadt Monschau (kein Angebot) etabliert. ◆ Hervorzuheben ist ein geografisches Ungleichgewicht bezüglich der Verteilung der Plätze in Bezug auf den Anteil der älteren Einwohner im jeweiligen Gebiet. ◆ Die Tagespflege wird hinsichtlich der zunehmenden Inanspruchnahme weiter ausgebaut.
komplemen-täre Hilfen	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Ein vielfältiges Angebot an komplementären Hilfen wird vorgehalten.
alternative Wohneinrich-tungen	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Verschiedene alternative Wohnformen werden angeboten und stetig als Alternative zur stationären Versorgung erweitert.

vollstationäre Einrichtungen

- ◆ Bisher lag der Wert für die städteregionale Versorgungsdichte stabil und deutlich über dem landesweiten Referenzwert von 180 Plätzen, jedoch variieren die Werte zwischen den Kommunen erheblich. Sodass die Kommunen Alsdorf und insbesondere Baesweiler die geringste Versorgungsdichte städteregionsweit aufwiesen.
- ◆ Zum Jahresende 2020 wird sich die Zahl der Pflegebedürftigen in der StädteRegion Aachen um ca. 13,9-17,4 % auf bis zu knapp 6.000 Personen erhöhen, bis 2030 sogar auf bis zu 6.700.
- ◆ Die relativen Zuwachsraten des stationären Sektors liegen damit über denen anderer Versorgungsarten.
- ◆ Hinsichtlich der stationären Versorgungsstrukturen vor Ort weisen die StädteRegion Aachen sowie der überwiegende Teil der Kommunen jedoch Überhänge im Platzbestand bis Ende 2018 aus (insgesamt 213 Plätze). Bedarfe bestehen dagegen in Alsdorf und Baesweiler (bis zu 65 Plätze), obwohl die Platzangebote in den letzten Jahren deutlich ausgebaut wurden. Eine dennoch gegebene Bedarfsdeckung wird auf die faktische Inanspruchnahme angrenzender Einrichtungen zurückgeführt.

Insgesamt wird in der Städteregion Aachen die Nachfrage im Bereich professioneller pflegerischer Dienstleistungen steigen. Bisher dominierte die pflegerische Versorgung im Rahmen privater Pflegeübereinkommen (überwiegend von Angehörigen geleistet). Zu gut 55 % bezogen die Leistungsempfänger Pflegegeld (häufiger als im Landesdurchschnitt). Langfristig wird sich jedoch eine deutliche Verringerung informeller Pflegeleistungen einstellen (u. a. durch steigende Erwerbsquoten, kleiner werdende Haushaltsstrukturen).

Die StädteRegion Aachen weist große interkommunale Unterschiede in der Vorhaltung stationärer und ambulanter Versorgungsangebote auf.

Quelle: Eigene Darstellung IGES (auf Grundlage von Daten aus Rüter und Xhonneux 2015)

Analyse und Einschätzung des Bedarfs an KZP in der Städteregion Aachen

Das Angebot an solitären Plätzen hat sich bis zum Jahr 2013 nicht weiterentwickelt. In 4 Einrichtungen an 3 Standorten (Aachen, Eschweiler, Stolberg) wurden 40 Plätze vorgehalten. Dabei handelte es sich an den jeweiligen Standorten um kombinierte Angebote mit Einrichtungen der Tages- oder Dauerpflege.

Neben den solitären Plätzen standen im gleichen Jahr ca. 260 sogenannte eingestreute KZP-Plätze in vollstationären Einrichtungen zur Verfügung, deren Verfügbarkeit jedoch in Abhängigkeit der Auslastung der stationären Plätze im Bereich der Dauerpflege stand (Rüter und Xhonneux 2015: 28). Über die konkrete Auslastung bzw. den Bedarf an Kurzzeitpflegeplätzen wurden keine Aussagen getroffen.

Nach Recherchen von IGES haben sich die Zahlen im Bereich der eingestreuten KZP-Plätze seit dem Jahr 2013 auf 357 Plätze in 62 vollstationären Dauerpflegeeinrichtungen erhöht. Es ist jedoch nicht auszuschließen, dass sich unter den „eingestreuten“ Plätzen auch angebundene/separate KZP-Plätze befinden. Die Anzahl der reinen solitären KZP-Plätze ist dagegen gleichgeblieben.

Für die Städteregion Aachen entspricht die Bereitstellung der insgesamt 397 Plätze für die Kurzzeitpflege in Bezug auf die Anzahl der ambulant versorgten Pflegebedürftigen in der Region einer Quote von 43,5 (Anzahl der Pflegebedürftigen pro KZP-Platz). Dies bedeutet, dass ein KZP-Platz für rd. 44 Pflegebedürftige zur Verfügung steht. Im NRW-Vergleich (31,4) ist Aachen damit rechnerisch schlechter aufgestellt.

Unter Berücksichtigung der Situationsanalyse können in diesem Zusammenhang folgende Rückschlüsse auf mögliche Bedarfe gezogen werden:

Es ist anzunehmen, dass in der Städteregion Aachen, in der die Versorgung Pflegebedürftiger überwiegend durch pflegende Angehörige erfolgt, der Bedarf an Entlastungsangeboten für diese Personengruppe steigt, was sich u. a. in dem kontinuierlichen Ausbau und der Inanspruchnahme von Tagespflegeangeboten widerspiegelt.

Ambulante Pflegedienste, die auch Leistungen der Kurzzeit-/Verhinderungspflege erbringen können, sind zunehmend ausgelastet (siehe Tabelle 27). Die Anzahl der Pflegedienste in der Städteregion Aachen ist zwar stabil geblieben, indes hat sich jedoch die durchschnittliche Anzahl der zu betreuenden Personen erhöht. Langfristig sind in Bezug auf die Erbringung von Entlastungsleistungen und der steigenden Anzahl an pflegebedürftigen Personen auch hier Engpässe zu erwarten.

Insbesondere sind mögliche Engpässe an eingestreuten KZP-Plätzen in den Kommunen zu erwarten, wo aufgrund der regional unterschiedlichen Verteilung an Angeboten (Alsdorf und Baesweiler) von vornherein eine Unterversorgung im Vergleich zu dem Anteil der dort lebenden älteren (und pflegebedürftigen) Einwohner festzustellen ist.

Tatsächliche Versorgungsengpässe werden sich insbesondere in nachfragestarken Zeiträumen zeigen. In Anbetracht der Bereitstellung einer wohnortnahen Versorgung für ältere Menschen und deren Angehörige werden Anpassungen an die jeweiligen regionalen Bedarfe zukünftig weiterhin notwendig bleiben.

Den Befragungsergebnissen zu Folge ist die Situation der Kurzzeitpflege in der Tat kritisch zu betrachten. Aus Sicht der Einrichtungen wird ein Bedarf an solitären Einrichtungen geäußert: *„Es sollten mehr solitäre Einrichtungen zur Verfügung stehen. Es gibt Zeiten im Jahr in denen wir das Doppelte an Plätzen belegen könnten, es aber nicht können. Die Angehörigen sind teilweise sehr verzweifelt auf Grund des geringen Angebotes, weil dann meist keine eingestreuten Zimmer zur Verfügung stehen.“* Die befragten Pflegestützpunkte äußerten ebenfalls, dass aus ihrer Sicht nicht ausreichend KZP-Plätze vorhanden sind, aber insbesondere ein Angebot für junge Betroffene (unter 50 Jahre) fehle. Zudem betrage die Wartezeit auf einen KZP-Platz mitunter 3 - 4 Wochen. Die Sozialdienste unterstützten dies und gaben an, dass es schwierig sei, zeitnah einen freien KZP-Platz zu finden bzw. die KZP-Plätze einfach nicht ausreichend wären.

8.3.2 Bielefeld

Die Daten der folgenden Auswertung und Analyse entstammen der verbindlichen Bedarfsplanung der Stadt Bielefeld für 2016 - 2018.

Tabelle 28: Übersichtstabelle Bielefeld

Merkmale der Region			
Anzahl der Bezirke/Kommunen	10 (Mitte, Schildesche, Gadderbaum, Brackwede, Dornberg, Jöllenbeck, Heepen, Stieghorst, Sennestadt, Senne)		
Ländlich/städtisch geprägt	städtisch geprägt		
Einwohnerstruktur			
	IST (Stand 2015)	Prognose	Trend
Einwohner	333.090	2020: 321.620	fallend
Hochaltrige (ab 80 Jahre)/Anteil an Bevölkerung	20.318/6,1 %	2020: 23.643	steigend
Pflegebedürftige (gesamt)/Anteil an Bevölkerung	11.464/3,4 %	k. A.	steigend
hochaltrige und pflegebedürftige Personen (Stand 2013)	5.939	k. A.	k. A.
Auszüge der Versorgungsstruktur			
	IST (Stand 2015)	Auslastung	Prognose/Planung
Ambulante Pflegedienste	k. A.	Zunahme der Angebote	Bedarf vorhanden
Komplementäre Hilfen	k. A.	k. A.	k. A.
Plätze in Tagespflege (Einrichtungen)	204 (15)	k. A.	Zusätzlicher Bedarf vorhanden
alternative Wohneinrichtungen	vorhanden	volle Auslastung	Tendenz steigend
Plätze vollstationäre Einrichtungen (Einrichtungen)	2.975 (33)	Keine volle Auslastung/ in der Regel freie Plätze verfügbar	Kein zusätzlicher Bedarf vorhanden
Dominierende Versorgungsart	Im Jahr 2015 wurden 3.623 Pflegebedürftige professionell ambulant versorgt (31,6 %), 5.031 Pflegebedürftige empfangen Pflegegeld (43,9 %) und 2.810 Pflegebedürftige wurden vollstationär versorgt (24,5 %).		

Kurzzeitpflege			
	IST	Prognose/Planung	Anmerkungen
Solitäre Plätze (Einrichtungen)	22 (2)	k. A.	Großes Angebot an freien Plätzen.
Eingestreute Plätze (Einrichtungen)	254 (31)	Kein Bedarf vorhanden	
Separate Plätze (Einrichtungen)	k. A.	k. A.	

Quelle: Eigene Darstellung IGES (auf Grundlage von Daten aus Stadt Bielefeld 2016, IT.NRW, wegweiser-kommune.de)

Tabelle 29: Situationsanalyse Bielefeld

Bevölkerungs-entwicklung	- Die Bevölkerungsentwicklung ist zwar rückläufig, wird aber aufgrund von Zuwanderungen relativ stabil bleiben, wohingegen die Gruppe der über 80-Jährigen bis 2020 das stärkste Wachstum erfahren wird (Zunahme um knapp 4000 Menschen).
Regionale Ent-wicklung/Ver-teilung	- Innerhalb der Stadtbezirke gibt es kaum Differenzen bezüglich der Bevölkerungsstruktur. Unterschiede sind jedoch in der regionalen Verteilung der ambulanten und stationären Versorgungsangebote zu verzeichnen.
ambulante Pflegedienste	- Innerhalb der letzten 10 Jahre ist der Bereich der ambulanten Pflege um 59 % gewachsen. Die Anzahl der pflegenden Angehörigen bzw. informellen Unterstützungspersonen stieg im gleichen Zeitraum um 54 %. - Im Jahre 2013 wurden erstmals mehr pflegebedürftige Menschen durch einen ambulanten Pflegedienst als in einer stationären Einrichtung versorgt. Der Anteil an stationärer Versorgung sinkt daher stetig (36 % in 2005 auf 27 % in 2013).
Tages- und Nachtpflege	- Bielefeld bietet ein breit gefächertes Entlastungsangebot für pflegende Angehörige insbesondere durch die Bereitstellung von Tagespflegeplätzen und dessen zunehmenden und stetigen Ausbau, sodass 2016 ca. 234 Tagesplätze zur Verfügung stehen. - Die Tagespflegeplätze sind allerdings im Stadtgebiet ungleichmäßig verteilt (vor allem in den Außenbezirken, die schwieriger zu erreichen sind). In anderen Stadtbezirken verhält sich das Angebot dagegen überdurchschnittlich.
komplemen-täre Hilfen	- Ein Angebot an komplementären Hilfen steht zur Verfügung.
alternative Wohneinrich-tungen	- Das Angebot und Spektrum alternativer Wohnangebote ist in Bielefeld besonders hoch und reicht vom Betreuten Wohnen bis hin zum „Bielefelder Modell“. - Aus personalwirtschaftlichen und finanziellen Gründen hat sich die Gruppengröße in den letzten Jahren von 6 – 8 bis z. T. auf 12 Personen erhöht. Einige Träger fordern sogar noch weitere Aufstockungen.

vollstationäre Einrichtungen

- Trotz steigender Zahlen an Pflegebedürftigen in Bielefeld, stagniert die Anzahl an vollstationär Versorgten seit 2003 bei ca. 2.800 Pflegebedürftigen. Die Nachfrage ist insgesamt deutlich gesunken, vor allem bei den 80 – 85 - Jährigen (um 11 % gegenüber dem Jahr 2005).
- Weitere Gründe für den Rückgang liegen in der geringeren Verweildauer der Menschen, dadurch, dass der Heimeinzug lange hinausgezögert wird und wenn erst kurz vor dem Tod geschieht. Dies ist anhand der zunehmenden Zahlen an 85 – 90 – Jährigen in den Heimen zu sehen.
- Laut Beobachtungen des Bielefelder Online-Portals (Pflege-Informationssystem-Online (PfIO) ist der Bedarf an vollstationären Plätzen gedeckt, da regelmäßig freie Plätze zur Verfügung stehen.
- Die Vorausberechnung bis 2018 ermittelte 40 fehlende Plätze, wobei Planungen über 76 neue Plätze bestehen und eventuell fehlende Kapazitäten durch ambulante Angebote kompensiert werden können.
- Die Verteilung des Angebots ist auch in diesem Sektor ungleichmäßig im Stadtgebiet (vor allem in den Außenbezirken), wobei eine Unterversorgung durch Überkapazitäten in anderen Bezirken gedeckt werden kann.

Insgesamt hält die Stadt Bielefeld ein vielfältiges Angebot an ambulanten und entlastenden Unterstützungsleistungen für pflegende Angehörige vor. Das steigende Angebot und die entsprechende Inanspruchnahme sprechen für die Möglichkeit eines längeren Verbleibs in der eigenen Häuslichkeit und gegen bzw. eine verspätete Inanspruchnahme stationärer Versorgung. Ein mögliches rechnerisches Defizit kann in Zukunft durch die Inanspruchnahme alternativer Wohnformen kompensiert werden.

Die Versorgung innerhalb des Stadtgebietes verteilt sich ungleichmäßig, sodass verkehrstechnisch schlechter zu erreichende Bezirke (Außenbezirke) weniger gut versorgt sind, wohingegen in anderen Bezirken Überkapazitäten herrschen.

Quelle: Eigene Darstellung IGES (auf Grundlage von Daten aus Stadt Bielefeld 2016)

Analyse und Einschätzung des Bedarfs an KZP in Bielefeld

In nahezu allen Bielefelder Pflegeheimen gibt es laut Bericht eingestreute KZP-Plätze. Dies waren im Jahr 2016 insgesamt ca. 253 Plätze. Neben diesen standen insgesamt 22 KZP-Plätze in 2 Solitäreinrichtungen zur Verfügung (Stadt Bielefeld 2016: 28).

Nach Recherchen von IGES haben sich die Zahlen im Bereich der eingestreuten KZP-Plätze seit dem Jahr 2016 lediglich um einen Platz auf 254 Plätze in 31 vollstationären Dauerpflegeeinrichtungen erhöht. Es ist jedoch nicht auszuschließen, dass sich unter den „eingestreuten“ Plätzen auch angebundene/separate KZP-Plätze befinden. Die Anzahl der solitären Plätze ist dagegen gleichgeblieben.

Für die Stadt Bielefeld entspricht die Bereitstellung der insgesamt 276 Plätze für die Kurzzeitpflege in Bezug auf die Anzahl der ambulant versorgten Pflegebedürftigen in der Stadt einer Quote von 31,4 (Anzahl der Pflegebedürftigen pro KZP-Platz). Dies bedeutet, dass ein KZP-Platz für rd. 31 Pflegebedürftige zur Verfügung steht. Im NRW-Vergleich (31,4) liegt Bielefeld damit im Durchschnitt.

Über die konkrete Auslastung der Kurzzeitpflegeplätze werden keine Aussagen im Bericht getroffen. Die Autorinnen und Autoren kommen jedoch zu der Einschätzung, dass die Entwicklung der Auslastung der KZP-Plätze parallel zu der Nachfrage in der stationären Versorgung verläuft, d. h. eher rückläufig ist (Stadt Bielefeld 2016: 29).

Allerdings wurde in Bielefeld bis 2013 während der Ferienzeiten ein Mangel an KZP-Plätzen verzeichnet, was sich unterdessen durch den Rückgang der Nachfrage an stationären Plätzen stabilisiert hat, weshalb kein zusätzlicher Bedarf an eingestreuten Plätzen gesehen wird (ebd.).

Unter Berücksichtigung der Situationsanalyse in Tabelle 29 kann dies bestätigt werden, da vor allem der fortschreitende Ausbau alternativer Wohneinrichtungen und entlastender Angebote den Bedarf an stationären Plätzen beeinflusst und anzunehmen ist, dass dieser auch zukünftig weiter sinken wird.

Allerdings bleibt in diesem Zusammenhang fraglich, ob bei Auslastung der eingestreuten Plätze und zunehmender Auslastung und Inanspruchnahme der ambulanten Pflegedienste (welche ebenfalls Verhinderungspflege leisten, aber schwindende Kapazitäten für deren Übernahme haben) die Anzahl der solitären Plätze ausreicht. Hinzu kommt, dass in Bielefeld ein Ungleichgewicht in der örtlichen Bereitstellung von unterschiedlichen Versorgungsangeboten vorliegt.

In Folge der Befragungsergebnisse im Rahmen dieser Studie können kaum Rückschlüsse auf die aktuelle Situation in Bielefeld gezogen werden. Diejenigen Einrichtungen, die sich an der Befragung beteiligten, gaben jedoch an, dass ihre KZP-Plätze zu 98 % ausgelastet sind, sodass von weiterem Bedarf auszugehen ist.

8.3.3 Bochum

Die Daten der folgenden Auswertung und Analyse sind der Kommunalen Pflegeplanung 2016 - 2018 der Stadt Bochum entnommen.

Tabelle 30: Übersichtstabelle Bochum

Merkmale der Region			
Anzahl der Bezirke/ Kommunen	6 (Mitte, Wattenscheid, Nord, Ost, Süd, Südwest)		
Ländlich/städtisch geprägt	städtisch		
Einwohnerstruktur			
	IST (Stand 2015)	Prognose	Trend
Einwohner	364.742	2018: 360.883 2030: - 10,2 %	fallend
Hochaltrige (ab 80 Jahre)/Anteil an Bevölkerung	23.343/6,4 %	2018: 24.282 2030: + 8,1 %	steigend

Pflegebedürftige (gesamt)/Anteil an Bevölkerung	13.126/3,6 %	2018: 12.380 2030: 15.957	steigend
hochaltrige und pflegebedürftige Personen (Stand 2013)	6.492	2018: 7.700 2030: 8.400	steigend

Auszüge der Versorgungsstruktur

	IST	Auslastung	Prognose/Planung
Ambulante Pflegedienste (Stand 2014)	50	k. A.	steigender Bedarf
Komplementäre Hilfen	vorhanden	k. A.	Ausbau und Verstärkung
Plätze in Tagespflege (Einrichtungen) (Ende 2015)	154 (9)	k. A.	Zusätzliche Plätze in Planung
alternative Wohneinrichtungen	vorhanden	k. A.	Bedarf vorhanden, Ausbau
Plätze vollstationäre Einrichtungen (Einrichtungen) (Ende 2015)	3.478	97,35 %	Kein Bedarf
Dominierende Versorgungsart	Im Jahr 2015 wurden 2.987 Pflegebedürftige professionell ambulant versorgt (22,8 %), 6.712 Pflegebedürftige empfangen Pflegegeld (51,1 %) und 3.427 Pflegebedürftige wurden vollstationär versorgt (26,1 %).		

Kurzzeitpflege

	IST	Prognose/ Planung	Anmerkungen
Solitäre Plätze (Einrichtungen)	24 (1)	k. A.	
Eingestreute Plätze (Einrichtungen)	317 (29)	k. A.	
Separate Plätze (Einrichtungen)	k. A.	k. A.	

Quelle: Eigene Darstellung IGES (auf Grundlage von Daten aus Witte 2016, IT.NRW, wegweiser-kommune.de)

Tabelle 31: Situationsanalyse Bochum

Bevölkerungsentwicklung	- Zum Jahresende 2014 waren knapp 28 % der Bochumer Einwohner 60 Jahre und älter, gut 6 % (2015: 6,4 %) der Bevölkerung zählten 80 Jahre und mehr. Der Anteil der Hochaltrigen (und Pflegebedürftigen) wird im Gegensatz zur Gesamtbevölkerung in Bochum steigen.
Regionale Entwicklung/Verteilung	- Es gibt durchaus Versorgungsstärkere Bezirke, welche jedoch über eine gute geografische Streuung ihrer Angebote verfügen und potenziell unterversorgte Bezirke (Außenbezirke) mit versorgen können.

ambulante Pflegedienste	<ul style="list-style-type: none"> - Die 50 Pflegedienste (2014) verteilen sich über das gesamte Stadtgebiet. Sie versorgen insgesamt 4.648 Menschen, zu denen nicht nur pflegebedürftige nach SGB XI zählen, sondern auch Empfängerinnen und Empfänger von Leistungen aus SGB V und SGB XII. - Es sind mehr Neugründungen an Pflegediensten in den letzten Jahren hinzugekommen. Versorgungsengpässe liegen nicht vor. Die Anzahl der Pflegedienste liegt im oberen Durchschnitt (im Vergleich und Verhältnis zur Einwohnerzahl benachbarter Städte und Kreise).
Tages- und Nachtpflege	<ul style="list-style-type: none"> - Das Angebot der Tagespflege wurde innerhalb eines Jahres (2015) aufgestockt und auf fast alle Bezirke ausgeweitet (1 fehlt). Derzeit könnten ca. 12 % der Pflegebedürftigen das Angebot wahrnehmen (unterer Durchschnitt in Bezug auf vergleichskommunen). - Es wird ein gemäßigter Ausbau an Tagespflegeangeboten angestrebt.
komplementäre Hilfen	<ul style="list-style-type: none"> - Es bestehen sowohl niedrigschwellige Hilfe- und Betreuungsangebote (25 Anbieter) als auch Beratungsangebote (Seniorenbüros und zentrales Informations- und Beratungsbüro) - Es wird empfohlen, die quartiersnahen Beratungs- und Unterstützungsangebote zu verstetigen und auszubauen. Dies gilt ebenfalls für die niedrigschwelligen Hilfe- und Betreuungsangebote.
alternative Wohneinrichtungen	<ul style="list-style-type: none"> - In diesem Bereich ist ein Bedarf im Sinne eines kontrollierten Ausbaus alternativer, betreuter Wohnformen angegeben.
vollstationäre Einrichtungen	<ul style="list-style-type: none"> - Ende 2015 standen 3.478 vollstationäre Pflegeplätze zur Verfügung, die sich zusammen mit den eingestreuten KZP-Plätzen über alle Stadtbezirke verteilen. - Die meisten Plätze (1.357) werden im Bezirk Mitte vorgehalten und könne aufgrund ihrer geografisch breiten Streuung mögliche Versorgungslücken in den Außenbezirken kompensieren. So kompensiert derzeit der Bezirk Südwest auch den unterversorgten Bezirk Wattenscheid. - Derzeit liegen mit einer Auslastung von 97,35 % keine Hinweise auf eine Unterversorgung vor. Das Angebot wird jährlich allmählich erhöht.

Insgesamt scheint im Vergleich zu NRW die Zunahme der Pflegebedürftigkeit in Bochum bei allen Versorgungsformen nicht so stark ausgeprägt. Aufgrund der stetigen Zunahme wird dennoch ein Handlungsbedarf in allen Bereichen deutlich.

Quelle: Eigene Darstellung IGES (auf Grundlage von Daten aus Witte 2016)

Analyse und Einschätzung des Bedarfs an KZP in Bochum

Laut Bericht gibt es in Bochum lediglich eine solitäre Kurzzeitpflegeeinrichtung, mit 24 Plätzen. Darüber hinaus werden jedoch in allen stationären Einrichtungen insgesamt 286 Plätze für die KZP in angebundenen Abteilungen/Stationen (separat) oder in eingestreuter Form vorgehalten (Witte 2016: 18).

Nach ergänzenden Recherchen von IGES haben sich die eingestreuten KZP-Plätze im Vergleich zu den im Bericht dargelegten Zahlen auf 317 Plätze in 29 vollstationären Dauerpflegeeinrichtungen erhöht. Es ist jedoch nicht auszuschließen, dass

sich unter den „eingestreuten“ Plätzen auch angebundene/separate KZP-Plätze befinden. Die Anzahl der solitären KZP-Plätze ist dagegen gleichgeblieben.

Für die Stadt Bochum entspricht die Bereitstellung der insgesamt 341 Plätze für die Kurzzeitpflege in Bezug auf die Anzahl der ambulant versorgten Pflegebedürftigen in der Stadt einer Quote von 28,4 (Anzahl der Pflegebedürftigen pro KZP-Platz). Dies bedeutet, dass ein KZP-Platz für rd. 28 Pflegebedürftige zur Verfügung steht. Im NRW-Vergleich (31,4) ist Bochum damit rechnerisch besser aufgestellt.

Über die konkrete Auslastung bzw. den Bedarf an KZP-Plätzen wurden in der Pflegeplanung keine Aussagen getroffen. Unter Berücksichtigung der Situationsanalyse (vgl. Tabelle 30 und Tabelle 31) können in diesem Zusammenhang jedoch Rückschlüsse auf mögliche Bedarfe und Auslastungen gezogen werden.

Die angegebene Auslastung der vollstationären Einrichtungen beträgt rund 97 %, wobei in Zukunft keine weiteren Bedarfe angegeben werden. Damit ist anzunehmen, dass auch die eingestreuten KZP-Plätze relativ gut ausgelastet sind und tendenziell nicht für Kurzzeitpflege zur Verfügung stehen.

Ein Großteil der Versorgung wird noch durch pflegende Angehörige geleistet. In den Handlungsempfehlungen wird betont, den Ausbau entlastender Angebote weiterzuführen. Dazu gehören nicht nur Einrichtungen der Tagespflege, sondern auch KZP-Plätze. Da es nur eine solitäre Einrichtung für die KZP gibt, könnte auf einen Bedarf an weiteren solitären Plätzen geschlossen werden, sofern es bei der angegebenen Auslastung der vollstationären Einrichtungen bleibt.

In Anbetracht der umzusetzenden Einzelzimmerquote ist mit weiteren Einbußen an Plätzen im stationären Bereich zu rechnen, auch wenn Neubauten bereits in Planung sind.

Das Angebot an ambulanten Pflegediensten scheint ausreichend zu sein, sodass in Zukunft auch eine Kompensation durch die Übernahme von Verhinderungspflege durch Pflegedienste stattfinden könnte. Sofern ebenfalls alternative Wohnformen ausgebaut werden, könnte auch dadurch eine Verringerung der Inanspruchnahme stationärer Plätze in Frage kommen, sodass letztlich die Anzahl der bisher vorliegenden KZP-Plätze ausreichend wäre.

In Bochum sind einige Bezirke unterversorgt, was jedoch durch die Überversorgung anderer Bezirke kompensiert werden kann.

Die Befragungsergebnisse zur Situation der Kurzzeitpflege in Bochum ergaben kein einheitliches Bild. Die Pflegeeinrichtungen gaben an, dass ein Bedarf an weiteren KZP-Plätzen bestehe, dies bestätigten die Sozialdienste aber nur zum Teil. Insofern scheint es eher bzw. nur kleinräumige Engpässe zu geben.

8.3.4 Bonn

Für die Stadt Bonn liegt derzeit noch keine Pflegebedarfsplanung vor.

Zu Beginn des Jahres 2017 lebten 324.670 Einwohner in Bonn, wohingegen es 2015 noch 318.809 waren. Somit ist ein Anstieg der Bevölkerung zu verzeichnen (IT.NRW).

Im Jahr 2015 lebten 17.216 Hochaltrige (über 80 Jahre) in Bonn, was einem Anteil von 5,4 % an der Gesamtbevölkerung entsprach (wegweiser-kommune.de).

Die Anzahl der Pflegebedürftigen betrug im Jahr 2015 9.875 Personen, einem Anteil von 3,1 % der Bevölkerung. Im Jahr 2013 waren 5.068 Personen hochaltrig und pflegebedürftig (IT.NRW).

Die Mehrheit der pflegebedürftigen Personen empfing im Jahr 2015 Pflegegeld (4.397/44,5 %). 2.577 Personen wurden professionell ambulant versorgt (26,1 %) und 2.901 Personen vollstationär gepflegt (29,4 %).

Neben 34 Pflegediensten gibt es 40 Pflegeheime mit 3.237 Plätzen.

Nach Recherchen von IGES konnten 199 eingestreute KZP-Plätze in 32 Einrichtungen und 27 solitäre Plätze in 2 Einrichtungen identifiziert werden. Es ist jedoch nicht auszuschließen, dass sich unter den „eingestreuten“ Plätzen auch angebundene/separate KZP-Plätze befinden.

Für die Stadt Bonn entspricht die Bereitstellung der insgesamt 226 Plätze für die Kurzzeitpflege in Bezug auf die Anzahl der ambulant versorgten Pflegebedürftigen in der Stadt einer Quote von 30,9 (Anzahl der Pflegebedürftigen pro KZP-Platz). Dies bedeutet, dass ein KZP-Platz für rd. 31 Pflegebedürftige zur Verfügung steht. Im NRW-Vergleich (31,4) ist Bonn damit rechnerisch ähnlich aufgestellt.

In Folge der Befragungsergebnisse dieser Studie wird die Situation der Kurzzeitpflege von Seiten der Sozialdienste als sich zuspitzendes Problem angesehen. Diese bewerteten das Angebot an freien KZP-Plätzen als nicht ausreichend. Betrachtet man die Auslastungsquoten der befragten Einrichtungen mit eingestreuten Plätzen, so lagen diese unter 50 %. Dies spräche dafür, dass die eingestreuten Plätze eher für die vollstationäre Dauerpflege genutzt werden und damit kaum zur Verfügung stehen.

8.3.5 Borken (Kreis)

Grundlage für die Auswertung und Analyse ist der noch verbindliche Forschungsbericht des Rheinisch-Westfälischen Instituts für Wirtschaftsforschung (RWI) zur Erstellung des Entwurfs einer Pflege(bedarfs)planung vom 31.7.2015.

Tabelle 32: Übersichtstabelle Kreis Borken

Merkmale der Region			
Anzahl der Bezirke/ Kommunen	17 (Heek, Schöppingen, Legden, Ahaus, Vreden, Heiden, Reken, Borken, Raesfeld, Isselburg, Bocholt, Rhede, Südlohn, Stadtlohn, Gescher, Velen, Gronau)/unterteilt in 6 Sozialräume		
Ländlich/städtisch geprägt	städtisch und ländlich		
Einwohnerstruktur			
	IST (Stand 2015)	Prognose	Trend
Einwohner	369.666	2030: 350.613	fallend
Hochaltrige (ab 80 Jahre)/Anteil an Bevölkerung	18.483/5,0 %	2040: 33.016	steigend
Pflegebedürftige (gesamt)/Anteil an Bevölkerung	11.389/3,1 %	2030: 14.017	steigend
hochaltrige und pflegebedürftige Personen (Stand 2013)	5.346	k. A.	k. A.
Auszüge der Versorgungsstruktur			
	IST	Auslastung	Prognose/Planung
Ambulante Pflegedienste (Stand 2013)	42	k. A.	k. A.
Komplementäre Hilfen	vorhanden	k. A.	Weiterentwicklung geplant
Plätze in Tagespflege (Einrichtungen) (Stand 2015)	325 (25)	K. A.	kein Bedarf vorhanden
alternative Wohneinrichtungen	vorhanden	k. A.	kein Bedarf vorhanden
Plätze vollstationäre Einrichtungen (Einrichtungen) (Stand 2013)	2.850 (43)	Ø 94 % (Stand 2013)	kein Bedarf vorhanden
Dominierende Versorgungsart	Im Jahr 2015 wurden 3.613 Pflegebedürftige professionell ambulant versorgt (31,7 %), 5.022 Pflegebedürftige empfangen Pflegegeld (44,1 %) und 2.754 Pflegebedürftige wurden vollstationär versorgt (24,2 %).		

Kurzzeitpflege			
	IST	Prognose/Planung	Anmerkungen
Solitäre Plätze (Einrichtungen)	19 (2)	k. A.	
Eingestrente Plätze (Einrichtungen)	419 (46)	k. A.	
Separate Plätze (Einrichtungen)	k. A.	k. A.	

Quelle: Eigene Darstellung IGES (auf Grundlage von Daten aus Kreis Borken 2016, Rheinisch-Westfälisches Institut für Wirtschaftsforschung 2015, IT.NRW, wegweiser-kommune.de)

Tabelle 33: Situationsanalyse Kreis Borken

Bevölkerungs-entwicklung	<ul style="list-style-type: none"> - Aktuell ist Borken ein noch relativ junger Kreis. Die Einwohnerzahl wird sich jedoch bis zum Jahr 2030 um knapp 4 % verringern, wobei eine starke Zunahme in der Gruppe der über 80-Jährigen zu erwarten ist (aktuelle geburtenstarke Jahrgänge der 45 bis 55-Jährigen). Die einzelnen Kommunen werden unterschiedlich stark von dieser Entwicklung betroffen sein und den Kreis vor eine große Herausforderung stellen. Begründet liegt dies in einer Abnahme an Fachkräften und eines erwarteten Rückgangs des informellen Pflegepotentials. - Der Anteil der älteren Bevölkerung liegt in den Städten etwas höher als in den Gemeinden.
Regionale Entwicklung/Verteilung	<ul style="list-style-type: none"> - k. A.
ambulante Pflegedienste	<ul style="list-style-type: none"> - 2013 gab es im Kreis Borken 42 ambulante Pflegedienste, die insgesamt 3.141 Pflegebedürftige betreuten.
Tages- und Nachtpflege	<ul style="list-style-type: none"> - Die Anzahl der Tagespflegeeinrichtungen ist in den Jahren 2013 – 2015 um 32 % gestiegen (19 in 2013 auf 25 in 2015) sowie dementsprechend die Tagespflegeplätze (von 240 in 2013 auf 325 Plätze in 2015). - Jedoch ist das Angebot zwischen den Sozialräumen unterschiedlich verteilt und variiert zwischen 7,29 Plätze pro 100 Pflegebedürftige bis zu 0,53 Plätze pro 100 Pflegebedürftige. - 5 weitere Tagespflegeeinrichtungen mit 67 Plätzen sind für 2016 in Planung.
komplementäre Hilfen	<ul style="list-style-type: none"> - Im Kreis Borken bieten verschiedene ambulante Pflegedienste komplementäre Unterstützungsdienste an. - Das Angebot soll weiterentwickelt werden.

alternative Wohneinrichtungen	<ul style="list-style-type: none"> - Bisher sind einige alternative Wohnformen, wie das selbst organisierte gemeinschaftliche Wohnen, das Mehrgenerationenwohnen und das Integrierte Wohnen im Kreis Borken wenig verbreitet. - Das Angebot ambulant betreuter Wohngemeinschaften ist dagegen verbreiteter. Es gibt aktuell mindestens 290 Plätze, die sich unterschiedlich auf die Sozialräume verteilen. Weitere WGs sind in Planung. Aktuell gibt es jedoch ausreichend Plätze, wohingegen auf lange Sicht mit einem Zuwachs zu rechnen ist. - Zudem gibt es sich noch in der Erprobung befindliche stationär betreute Hausgemeinschaften.
vollstationäre Einrichtungen	<ul style="list-style-type: none"> - 2013 gab es im Kreis Borken 43 vollstationäre Pflegeeinrichtungen, welche ungleich auf die Sozialräume verteilt sind. 2016/2017 werden 6 neue vollstationäre Einrichtungen in Betrieb genommen und bieten 292 zusätzliche Dauerpflegeplätze an. Aktuell ist die Platzzahl noch ausreichend, aber auf lange Sicht ist auch hier Bedarf an zusätzlichen Plätzen vorhanden. - Es wird angenommen, dass sich bis 2018 ein Überschuss an Plätzen einstellt, welcher sich jedoch zunehmend umkehren wird und schließlich der Bedarf an Plätzen größer sein wird als das verfügbare Angebot.

Insgesamt ist der Bedarf an ambulanten und stationären Angeboten im Kreis Borken kurzfristig gesehen gedeckt. Langfristig wird der zunehmende Alterungsprozess und Personalbedarf im Pflegebereich den Kreis jedoch vor große Herausforderungen stellen. Dabei wird die Zahl der Pflegebedürftigen in allen Versorgungsbereichen deutlich ansteigen, was u. a. zusätzliche Plätze in unterschiedlichen Einrichtungen bedingt.

Aktuell ist der Anteil der vollstationär versorgten Pflegebedürftigen in den höheren Altersgruppen im Kreis Borken noch deutlicher geringer als in NRW, was im Zusammenhang mit noch vorhandene Familienstrukturen im ländlichen Raum stehen könnte. Dafür spräche der große Anteil an Pflegegeldempfangenden im Kreis Borken.

Quelle: Eigene Darstellung IGES (auf Grundlage von Daten aus Rheinisch-Westfälisches Institut für Wirtschaftsforschung 2015)

Analyse und Einschätzung des Bedarfs an KZP im Kreis Borken

Laut Bericht gibt es im Kreis Borken 3 solitäre KZP-Einrichtungen (Bocholt, Gronau und Stadtlohn), die insgesamt 31 solitäre Plätze anbieten. Zwei der solitären Einrichtungen sind in vollstationären Heimen integriert, während eine Einrichtung nur Tages- und Kurzzeitpflege anbietet.

Die Verteilung der KZP-Plätze verhält sich sehr unterschiedlich in den Sozialräumen, sodass einige Sozialräume über gar kein Angebot verfügen (vgl. Tabelle 34).

Tabelle 34: solitäre KZP-Plätze im Kreis Borken

Sozialraum	Solitäre Kurzzeitplätze	Eingestreute Kurzzeitplätze
Ahaus, Vreden	-	59
Bocholt, Isselburg, Rhede	10	72
Borken, Heiden, Raesfeld, Reken		60
Gescher, Stadtlohn, Südlohn, Velen	12	33
Gronau	9	19
Heek, Legden, Schöppingen	-	23
Gesamt	31	266

Quelle: Rheinisch-Westfälisches Institut für Wirtschaftsforschung 2015: 45

Eingestreute KZP-Plätze werden dagegen in allen Sozialräumen vorgehalten (insgesamt 266 Plätze).

Nach Recherchen von IGES haben sich die Zahlen im Bereich der eingestreuten KZP-Plätze seit dem Berichtszeitraum auf aktuell 419 Plätze in 46 vollstationären Dauerpflegeeinrichtungen erhöht. Es ist jedoch nicht auszuschließen, dass sich unter den „eingestreuten“ Plätzen auch angebundene/separate KZP-Plätze befinden. Die Anzahl der solitären Plätze ist dagegen gesunken. Aktuell werden 19 solitäre KZP-Plätze in zwei Einrichtungen vorgehalten.

Für den Kreis Borken entspricht die Bereitstellung der insgesamt 438 Plätze für die Kurzzeitpflege in Bezug auf die Anzahl der ambulant betreuten Pflegebedürftigen in dem Kreisgebiet einer Quote von 19,7 (Anzahl der Pflegebedürftigen pro KZP-Platz). Dies bedeutet, dass ein KZP-Platz für rd. 20 Pflegebedürftige zur Verfügung steht. Im NRW-Vergleich (31,4) ist der Kreis Borken damit rechnerisch besser aufgestellt. Über die Auslastung und weiteren Bedarfe wurden im Bericht keine Angaben gemacht.

Unter Berücksichtigung der Situationsanalyse in Tabelle 33 ist davon auszugehen, dass aktuell alle Bedarfe gedeckt sind, wobei in Anbetracht des großen Anteils an pflegenden Angehörigen die Anzahl der Entlastungsangebote entsprechend hoch sein müsste. Noch ist anzunehmen, dass dieser Bedarf gedeckt ist, da einerseits der Anteil an Pflegebedürftigen in stationären Einrichtungen vergleichsweise recht gering ist und somit die eingestreuten Plätze zur Verfügung stehen sollten. Diese sind in allen Sozialräumen verfügbar. Die solitären KZP-Plätze sind dagegen nicht in allen Sozialräumen gleichmäßig verteilt, was sich im Sozialraum Heek, Legden, Schöppingen mit nur 23 eingestreuten Plätzen nachteilig erweisen könnte (Rheinisch-Westfälisches Institut für Wirtschaftsforschung 2015: 45).

In Anbetracht des Ausbaus von Tagespflegeeinrichtungen und alternativen Wohnformen ist anzunehmen, dass der derzeitige Bedarf gedeckt ist, aber in Zukunft steigen wird, insbesondere wenn die Zahl der pflegenden Angehörigen sinkt.

In Folge der Befragungsergebnisse ist die Situation der Kurzzeitpflege kaum einzuschätzen, da lediglich eine Rückmeldung von einer Einrichtung mit eingestreuten Plätzen kam: „Wenn es ein anderes Abrechnungsmodell gäbe, könnte man die Kurzzeitpflegeplätze besser belegen. Bei uns in der Einrichtung planen wir 1 Zimmer alle anderen Kurzzeitpflegen kommen in vollstationäre Zimmer ca. 70 % verbleiben anschließend als vollstationäre Bewohner.“

8.3.6 Bottrop

Der Auswertung und Analyse lag die Kommunale Pflegeplanung aus dem Jahr 2015 vor. Die Veröffentlichung der verbindlichen Bedarfsplanung bis 2019 (Ratsbeschluss vom 11.7.2017) steht noch aus.

Tabelle 35: Übersichtstabelle Bottrop

Merkmale der Region			
Anzahl der Bezirke/ Kommunen	17 (Ekel, Hardinghausen, Feldhausen, Overhagen, Kirchhellen-Mitte, Holthausen, Grafenwald, Eigen, Fuhlenbrock, Vonderort, Stadtmitte, Lehmkuhle, Ebel, Batenbrock, Welheimer Mark, Welheim, Boy)		
Ländlich/städtisch geprägt	städtisch		
Einwohnerstruktur			
	IST (Stand 2015)	Prognose	Trend
Einwohner	117.143	2018: 114.564	fallend
Hochaltrige (ab 80 Jahre)/Anteil an Bevölkerung	7.380/6,3 %	k. A.	k. A.
Pflegebedürftige (gesamt)/Anteil an Bevölkerung	4.728/4,0 %	2018: 5096	steigend
hochaltrige und pflegebedürftige Personen (Stand 2013)	2.665	k. A.	k. A.
Auszüge der Versorgungsstruktur			
	IST (Stand 2015)	Auslastung	Prognose/Planung
Ambulante Pflegedienste	k. A.	k. A.	k. A.
Komplementäre Hilfen	k. A.	k. A.	k. A.
Plätze in Tagespflege (Einrichtungen)	55 (3)	k. A.	Bedarf vorhanden
alternative Wohneinrichtungen	k. A.	k. A.	k. A.
Plätze vollstationäre Einrichtungen (Einrichtungen)	1327 (15)	Ø 97,8 %	kein Bedarf vorhanden (bis 2018)
Dominierende Versorgungsart	Im Jahr 2015 wurden 970 Pflegebedürftige professionell ambulant versorgt (20,5 %), 2.452 Pflegebedürftige empfangen Pflegegeld (51,9 %) und 1.306 Pflegebedürftige wurden vollstationär versorgt (27,6 %).		

Kurzzeitpflege			
	IST (Stand 2015)	Prognose/Planung	Anmerkungen
Solitäre Plätze (Einrichtungen)	18 (1)	Bedarf	10 Plätze in Planung (2015) im Malteserstift.
Eingestreute Plätze (Einrichtungen)	81 (13)	k. A.	
Separate Plätze (Einrichtungen)	k. A.	k. A.	

Quelle: Eigene Darstellung IGES (auf Grundlage von Daten aus Brunecker 2015, IT.NRW, wegweiser-kommune.de)

Tabelle 36: Situationsanalyse Bottrop

Bevölkerungs-entwicklung	-	Wie in anderen Kreisen und Städten ist in Bottrop die Anzahl der Pflegebedürftigen bei sinkender Gesamteinwohnerzahl angestiegen (2009-2013).
	-	Bis 2018 wird von einem „entschleunigten“ Rückgang ausgegangen. Anhaltende Flüchtlingsströme können die Bevölkerungsstruktur zusätzlich beeinflussen.
Regionale Entwicklung/Verteilung	-	k. A.
ambulante Pflegedienste	-	k. A.
Tages- und Nachtpflege	-	Keine weiteren Angaben bis auf die Anzahl der 55 Tagespflegeplätze in 3 Einrichtungen.
komplementäre Hilfen	-	k. A.
alternative Wohneinrichtungen	-	k. A.
vollstationäre Einrichtungen	-	Für das Jahr 2015 wird ein Bedarf von 1.298 Pflegeplätzen im vollstationären Bereich erwartet, welcher zum jetzigen Zeitpunkt gedeckt werden kann. Dennoch kann es zukünftig ohne weitere vollstationäre Pflegeplätze zu einer Unterversorgung kommen. Aus diesem Grund wird eine neue Einrichtung gebaut (Bezugsfrei ab Ende 2015).
	-	Die Pflegeeinrichtungen sind durchschnittlich zu 97,8 % ausgelastet (2011 sogar zu 99,8 %). Seitdem ist die Auslastungsquote leicht gesunken, blieb aber weiterhin auf hohem Niveau. Der o. g. Neubau soll ebenfalls die Auslastungsquote senken zumindest bis 2018. Es wird davon ausgegangen, dass der Bedarf dadurch gedeckt ist.
	-	Vor allem über 85-Jährige nehmen das Angebot der stationären Versorgung in Anspruch.

Insgesamt ist der Anteil an Pflegegeldempfangenden seit dem Jahr 2009 gestiegen, wobei die Anzahl der ambulant und stationär versorgten Personen relativ konstant blieb bzw. im stationären Bereich einen leichten Zuwachs verzeichnete.

Insgesamt nehmen dennoch weniger Pflegebedürftige stationäre Versorgung in Anspruch. Sie werden vorzugsweise familiär versorgt.

Quelle: Eigene Darstellung IGES (auf Grundlage von Daten aus Brunecker 2015)

Analyse und Einschätzung des Bedarfs an KZP in Bottrop

In Bottrop gibt es laut Bericht 18 solitäre KZP-Plätze in einer Einrichtung und 81 eingestreute Plätze in 13 vollstationären Einrichtungen. Im Jahr 2015 waren zusätzlich 10 Plätze in einer weiteren Einrichtung geplant, wobei nicht eindeutig ist, ob es sich dabei um solitäre Plätze oder eine separate Einrichtung innerhalb einer vollstationären Einrichtung handelt (Brunecker 2015: 7).

Für die Stadt Bottrop entspricht die Bereitstellung der insgesamt 99 Plätze für die Kurzzeitpflege in Bezug auf die Anzahl der ambulant versorgten Pflegebedürftigen in der Stadt einer Quote von 34,6 (Anzahl der Pflegebedürftigen pro KZP-Platz). Dies bedeutet, dass ein KZP-Platz für rd. 34 Pflegebedürftige zur Verfügung steht. Im NRW-Vergleich (31,4) ist Bottrop damit rechnerisch etwas schlechter aufgestellt.

Es wurden im Bericht keine Angaben zu Bedarfen und Auslastung der KZP gemacht.

Unter Berücksichtigung der Situationsanalyse in Tabelle 36 ist jedoch deutlich zu erkennen, dass die stationären Einrichtungen, die u. a. auch KZP-Plätze vorhalten, überdurchschnittlich hoch ausgelastet sind. In diesem Zusammenhang ist daher fraglich, inwieweit die eingestreuten KZP-Plätze dauerhaft für Kurzzeit- und Verhinderungspflegefälle zur Verfügung stehen. Die Anzahl an solitären Plätzen ist gering. Hinzu kommt der Aspekt, dass durch den Anstieg der pflegenden Angehörigen auch mehr Entlastungsangebote gebraucht werden, welche in Anbetracht der Analyse eventuell nicht ausreichend zur Verfügung stehen. Dies bezieht sich ebenfalls auf das Angebot an Tagespflegeplätzen.

Zur regionalen Verteilung der Angebote wurden keine expliziten Angaben gemacht. Insgesamt besteht hier in Hinblick auf die Entwicklung der Zahl der Pflegebedürftigen tendenziell ein Bedarf an zusätzlichen Angeboten der KZP.

In Folge der Befragungsergebnisse dieser Studie ist es nicht möglich, die Situation der Kurzzeitpflege in Bottrop ergänzend einzuschätzen, da nur geringe Rückmeldungen seitens der Einrichtungen kamen. Was hier allerdings als Maßnahme zur Weiterentwicklung der Kurzzeitpflege gesehen wird, ist das „*Überleitungsmanagement aus dem Krankenhaus in die Kurzzeitpflege mit Blick auf eine Versorgung in der eignen Häuslichkeit*“ zu verbessern.

8.3.7 Coesfeld (Kreis)

Der Auswertung und Analyse liegt die kommunale Pflegebedarfsplanung aus dem Jahr 2017 zugrunde. Der Bericht wurde von der Gesellschaft für Forschung und Beratung im Gesundheits- und Sozialbereich (FOGS) erstellt und enthält eine Prognose bis 2030.

Tabelle 37: Übersichtstabelle Kreis Coesfeld

Merkmale der Region			
Anzahl der Bezirke/ Kommunen	11 (Ascheberg, Billerbeck, Coesfeld, Dülmen, Havixbeck, Lüdinghausen, Nordkirchen, Nottuln, Olfen, Rosendahl, Senden)		
Ländlich/städtisch geprägt	städtisch und ländlich		
Einwohnerstruktur			
	IST (Stand 2015)	Prognose	Trend
Einwohner	218.401	2020: 223.938 2030: 219.270	langfristig Rückgang
Hochaltrige (ab 80 Jahre)/Anteil an Bevölkerung	11.794/5,4 %	2030: 15.620	steigend
Pflegebedürftige (gesamt)/Anteil an Bevölkerung	6.392/2,9 %	2020: 7.119 2030: 9.003	steigend
hochaltrige und pflegebedürftige Personen (Stand 2013)	3.552	k. A.	k. A.
Auszüge der Versorgungsstruktur			
	IST (Stand 2016)	Auslastung (Stand 2016)	Prognose/Planung
Ambulante Pflegedienste	32	ausgelastet	Bedarf vorhanden
Komplementäre Hilfen	vorhanden	k. A.	Bedarf vorhanden
Plätze in Tagespflege (Einrichtungen)	187 (14)	Keine volle Auslastung (abhängig vom Standort)	Bedarf vorhanden
alternative Wohneinrichtungen	k. A.	k. A.	Bedarf vorhanden
Plätze vollstationäre Einrichtungen (Einrichtungen)	2.388 (31)	Ø 95,6 %	Bedarf vorhanden (vor allem in unterversorgten Gemeinden)
Dominierende Versorgungsart	Im Jahr 2015 wurden 1.584 Pflegebedürftige professionell ambulant versorgt (24,8 %), 2.640 Pflegebedürftige empfangen Pflegegeld (41,3 %) und 2.168 Pflegebedürftige wurden vollstationär versorgt (33,9 %).		
Kurzzeitpflege			
	IST	Prognose/Planung	Anmerkungen
Solitäre Plätze (Einrichtungen)	(-)	k. A.	Nachfrage an KZP kann in Stoßzeiten nicht entsprochen werden.

Eingestreuete Plätze (Einrichtungen)	209 (29)	k. A.	
Separate Plätze (Einrichtungen)	12 (1)	k. A.	

Quelle: Eigene Darstellung IGES (auf Grundlage von Daten aus Martin *et al.* 2017, IT.NRW, wegweiser-kommune.de)

Tabelle 38: Situationsanalyse Kreis Coesfeld

Bevölkerungs-entwicklung	<ul style="list-style-type: none"> - Die Bevölkerungsentwicklung ist zunächst mit einem Wachstum in der Hälfte der Städte und Gemeinde zu verzeichnen, was vor allem auf Wanderungsüberschüsse zurückzuführen ist (junge Menschen in der Familiengründung). Gleichzeitig sind jedoch auch junge Menschen durch Aus- und Weiterbildung/ Berufseinstieg abgewandert. Ein Ausgleich fand jedoch durch die Zuwanderung anderer Altersgruppen statt. - Insgesamt ist mittelfristig im Kreis Coesfeld ein Bevölkerungswachstum zu erwarten, langfristig wird sich dieser Trend jedoch umkehren (Rückgang der Bevölkerung).
Regionale Entwicklung/Verteilung	<ul style="list-style-type: none"> - In den Gemeinden und Städten im Kreis Coesfeld ist ein unterschiedlicher Versorgungsgrad zu verzeichnen. Es wird in diesem Zusammenhang von einem Nord-Süd-Gefälle in der Versorgung gesprochen.
ambulante Pflegedienste	<ul style="list-style-type: none"> - Die ambulante Versorgung durch ambulante Pflegedienste ist derzeit zwar gewährleistet, aber wird nur als gut oder befriedigend bewertet. Nachfragen können selten beim Wunschanbieter noch seltener zu den Wunschzeiten gedeckt werden. - Die ambulanten Pflegedienste werden mit steigenden Kundenzahlen rechnen müssen, wenn nicht nur die Anzahl der Pflegebedürftigen wächst, sondern auch eine Verschiebung der Nutzung der unterschiedlichen Versorgungsformen hin zu formeller ambulanter Pflege stattfindet. Vor allem diejenigen, die in Zukunft nicht mehr durch ihre Angehörigen gepflegt werden können, müssen durch ambulante Pflegedienste versorgt werden. - Diese Zuwächse werden in den größeren Städten und Gemeinden deutlicher ausfallen als in den kleineren und machen sich bereits jetzt bemerkbar. Der Fachkräftemangel spielt auch hier eine entscheidende Rolle. - Bisher fehlt es ebenfalls an Hilfeeinrichtungen einer 24-Stunden Pflege im ambulanten Bereich. Diese werden durch eine höhere Inanspruchnahme stationärer Angebote kompensiert werden müssen. Häufig wird im Kreis Coesfeld auch eine 24-Stunden-Betreuung durch private ausländische Pflegekräfte bzw. sogenannte Haushaltshilfen gewährleistet.

Tages- und Nachtpflege	<ul style="list-style-type: none"> - Die Tagespflegeplätze verteilen sich ungleichmäßig auf die Gemeinden und Städte (Einige haben zu viele Plätze, die nicht ausgelastet sind, andere haben gar keine) - Der Ausbau der Tagespflegeplätze wurde jedoch in den letzten Jahren stark vorangetrieben und ist noch nicht abgeschlossen. - Ein steigender Bedarf ist dennoch zu verzeichnen. Nachtpflege ist baulich noch nicht möglich.
komplementäre Hilfen	<ul style="list-style-type: none"> - Hilfen im Bereich Betreuung und Entlastung werden zunehmend von Pflegediensten angeboten. Reine Betreuungsdienste bzw. Anbieter komplementärer Hilfen sind im Kreis noch nicht in größerer Zahl vorhanden. Die Versorgung ist derzeit jedoch gewährleistet und einem steigendem Bedarf kann in Zukunft durch ein weiteres Wachstum der bestehenden Anbieter aufgefangen werden. - Auch im Bereich der komplementären Versorgung erweist sich ein Nord-Süd-Gefälle (schlechte Versorgung bei haushaltsnahen Dienstleistungen im Südkreis).
alternative Wohnrichtungen	<ul style="list-style-type: none"> - Im Rahmen der Bestandsaufnahme wurde insbesondere im Bereich neuer Wohnformen ein zusätzlicher Bedarf im Kreis Coesfeld deutlich, welcher zukünftig eine verstärkte Nachfrage erleben wird.
vollstationäre Einrichtungen	<ul style="list-style-type: none"> - Der Bedarfswert in der vollstationären Pflege für 2020 entspricht dem heute bereits bestehenden Angebot. Erst bis 2025 entsteht hier eine Bedarfslücke von ca. 200 Plätzen. Der Bedarf wird insgesamt im Kreis, jedoch vor allem für „unterversorgte“ Städte und Gemeinden (Senden) gesehen. - Es besteht ein deutlich unterschiedlicher Versorgungsgrad mit Pflegeplätzen (Nord-Süd-Gefälle) zwischen den Städten und Gemeinden (Spanne reicht von 25,8 Pflegeplätze pro 1.000 Einwohner in Senden (20.799 EW) gegenüber 82,1 Pflegeplätze pro 1.000 Einwohner in Nottuln (20.090 EW). Grundsätzlich gibt es derzeit jedoch insgesamt mehr stationäre Plätze je Einwohner über 65 Jahre als Bedarf ist. Nicht alle Einrichtungen sind voll belegt (wobei die Auslastung in vielen Heimen aber auch bei 98 oder sogar 100 % liegt). Die durchschnittliche Auslastungsquote der vollstationären Plätze lag im Juni 2016 bei 95,6 %.

Insgesamt ist zu erwarten, dass der Bedarf in allen Versorgungsfeldern bis zum Jahr 2020 kontinuierlich ansteigen wird und etwas abflachender bis zum Jahr 2030. Es ist davon auszugehen, dass das Potential pflegender Angehöriger zurückgehen wird und vor allem hochbetagte Menschen häufiger durch professionelle Angebote gepflegt werden müssen.

Mittel- und langfristig werden im Jahr 2030 mehr Pflegebedürftige als im Jahr 2015 durch ambulante Pflegedienste und durch Angehörige gepflegt werden müssen. Die ambulanten Pflegedienste müssten demnach den größten Teil der Zunahme schultern und dementsprechend wachsen.

Zudem gilt es, das bestehende Nord-Süd-Gefälle zu verringern und die unterversorgten Gebiete zu stärken.

Quelle: Eigene Darstellung IGES (auf Grundlage von Daten aus Martin *et al.* 2017)

Analyse und Einschätzung des Bedarfs an KZP im Kreis Coesfeld

In den vollstationären Dauerpflegeeinrichtungen im Kreis Coesfeld werden insgesamt 196 KZP-Plätze als eingestreute Plätze angeboten. Das St. Katharinen-Stift in Coesfeld ist die einzige Einrichtung, die 12 solitäre Kurzzeitpflegeplätze (als sogenannte angebundene/separate KZP) vorhält (Martin *et al.* 2017: 32).

Nach Recherchen von IGES haben sich die Zahlen im Bereich der eingestreuten KZP-Plätze gegenüber der Anzahl der Plätze aus dem Bericht auf 209 Plätze in 29 vollstationären Dauerpflegeeinrichtungen erhöht. Es ist jedoch nicht auszuschließen, dass sich unter den „eingestreuten“ Plätzen auch angebundene/separate KZP-Plätze befinden. Die Anzahl der reinen solitären KZP-Plätze ist dagegen gleichgeblieben.

Für den Kreis Coesfeld entspricht die Bereitstellung der insgesamt 221 Plätze für die Kurzzeitpflege in Bezug auf die Anzahl der ambulant versorgten Pflegebedürftigen in der Region einer Quote von 19,1 (Anzahl der Pflegebedürftigen pro KZP-Platz). Dies bedeutet, dass ein KZP-Platz für rd. 19 Pflegebedürftige zur Verfügung steht. Im NRW-Vergleich (31,4) ist der Kreis Coesfeld damit rechnerisch besser aufgestellt.

Die eingestreuten Plätze werden im Kreis Coesfeld häufig nach Entlassung aus dem Krankenhaus als Einstieg in die stationäre Versorgung genutzt. Von Experten im Kreis Coesfeld wird angemerkt, dass es an einer ausführlicheren Beratung bezüglich der verschiedenen ambulanten Angebote und Möglichkeiten fehle, um in die eigene Häuslichkeit zurückzukehren (Martin *et al.* 2017: 36).

Darüber hinaus könne der Nachfrage nach Kurzzeit- und Verhinderungspflege in Stoßzeiten (wie z. B. in den Sommerferien) häufig nicht entsprochen werden (ebd.).

Der Bedarf an zusätzlichen Plätzen der KZP wird daher nicht nur aus diesem Grund, sondern auch entsprechend der Situationsanalyse in Tabelle 38 deutlich. Es werden eindeutig mehr Entlastungsangebote für den Großteil der pflegenden Angehörigen benötigt. Mit dem Ausbau der Tagespflege wurde dieser Bedarf zwar erkannt, ist aber noch nicht ausreichend gedeckt.

Zudem verteilt sich der Bedarf und die Auslastung an vollstationären Plätzen im Kreisgebiet zwar unterschiedlich, ist insgesamt jedoch recht hoch und wird zukünftig noch steigen. Die vollstationären Dauerpflegeeinrichtungen können daher keine verbindlichen Sicherheiten für ihre eingestreuten KZP-Plätze geben.

Hinzu kommt, dass die ambulanten Pflegedienste, die ebenfalls Verhinderungspflege erbringen, ausgelastet sind und den entstehenden Bedarf nicht zusätzlich decken oder kompensieren können. Weitere komplementäre Angebote sind bisher eher gering verbreitet. Der Bedarf wurde jedoch erkannt.

Weiterhin fehlt es eindeutig an alternativen Wohnformen, die die Nachfrage nach stationärer Versorgung kompensieren bzw. die Auslastungssituation der Heime verringern könnten. Dann würden die eingestreuten KZP-Plätze tendenziell eher für ihre Zweckbestimmung zur Verfügung stehen.

Ausländische Pflegekräfte, die in der Region scheinbar häufiger angestellt werden, können vorerst den Bedarf an Entlastung und 24-Stunden-Betreuung kompensieren bzw. ergänzen, aber langfristig müssten andere ambulante Lösungen geschaffen werden.

In Folge der Befragungsergebnisse dieser Studie bestätigen sich bisherige Annahmen aus den Pflegeplanungen: Die befragten Einrichtungen mit eingestreuten Plätzen gaben an, ihre Gäste nach der KZP vermehrt vollstationär aufzunehmen. Damit fehlte es an zuverlässigen bzw. dauerhaft zur Verfügung stehenden KZP-Plätzen. Einrichtungen gaben an, dass ein Bedarf an solitären KZP-Plätzen bestehe. Aus Sicht der Sozialdienste zeichnete sich ein ähnliches Bild ab. Sie bewerteten das Angebot an KZP-Plätzen als nicht ausreichend. Auch wenn der Kreis Coesfeld laut der berechneten KZP-Quote vergleichsweise ein gutes Angebot an KZP-Plätzen vorhält, so scheint dies in der Praxis bzw. in Stoßzeiten nicht auszureichen bzw. nicht komplett zur Verfügung zu stehen, was im Zuge der Situationsanalyse auch bereits angedeutet wurde. Hier zeigt sich sehr deutlich, dass ausschließlich nicht zweckgebundene KZP-Plätze (eingestreute Betten) kein regional tragfähiges Fundament zur Bedarfsdeckung bieten.

8.3.8 Dortmund

Der Auswertung und Analyse liegt der Pflegebericht 2016 der Stadt Dortmund und die Fortschreibung der Bedarfsplanung für vollstationäre Pflegeeinrichtungen bis 2018 zugrunde.

Tabelle 39: Übersichtstabelle Dortmund

Merkmale der Region			
Anzahl der Bezirke/ Kommunen	12 (Innenstadt-West, Innenstadt-Ost, Innenstadt-Nord, Aplerbeck, Brackel, Eving, Hörde, Hombruch, Huckarde, Lütgendortmund, Mengede, Scharnhorst)		
Ländlich/städtisch geprägt	städtisch		
Einwohnerstruktur			
	IST (Stand 2015)	Prognose	Trend
Einwohner	586.181	k. A.	k. A.
Hochaltrige (ab 80 Jahre)/Anteil an Bevölkerung	33.412/5,7 %	2020: 37.527	steigend
Pflegebedürftige (gesamt)/Anteil an Bevölkerung (Stand 2013)	18.517/3,2 %	k. A.	steigend
hochaltrige und pflegebedürftige Personen (Stand 2013)	8.791	2020: 10.600	steigend

Auszüge der Versorgungsstruktur			
	IST (Stand 2013)	Auslastung (Stand 2013)	Prognose/Planung
Ambulante Pflegedienste	91	k. A.	k. A.
Komplementäre Hilfen	vorhanden	k. A.	Bedarf und Ausbau
Plätze in Tagespflege (Einrichtungen)	217 (13)	k. A.	kein Bedarf vorhanden
alternative Wohneinrichtungen	311 Plätze	k. A.	Bedarf vorhanden
Plätze vollstationäre Einrichtungen (Einrichtungen)	5.704 (53)	96-100%	Kein Bedarf vorhanden
Dominierende Versorgungsart	Im Jahr 2015 wurden 4.430 Pflegebedürftige durch professionelle ambulante Dienste versorgt (23,9 %), 8.758 Pflegebedürftige empfangen Pflegegeld (47,3 %) und 5.329 Pflegebedürftige wurden vollstationär versorgt (28,8 %).		
Kurzzeitpflege			
	IST	Prognose/Planung	Anmerkungen
Solitäre Plätze (Einrichtungen)	46 (3)	k. A.	
Eingestreuete Plätze (Einrichtungen)	507 (54)	k. A.	
Separate Plätze (Einrichtungen)	k. A.	k. A.	

Quelle: Eigene Darstellung IGES (auf Grundlage von Daten aus Stadt Dortmund 2016, IT.NRW, wegweiser-kommune.de)

Tabelle 40: Situationsanalyse Dortmund

Bevölkerungs-entwicklung	- Über die allgemeine Bevölkerungsentwicklung in Dortmund wurden keine Aussagen getroffen. Jedoch ist ein deutlicher Zuwachs in der Altersgruppe ab 80 Jahren in den kommenden Jahren zu erwarten.
Regionale Entwicklung/Verteilung	- Geografisch gesehen sind die unterschiedlichen Angebote in Dortmund ungleichmäßig verteilt, sodass vor allem die Außenbezirke in manchen Bereichen unterversorgt sind.
ambulante Pflegedienste	- Die 91 ambulanten Pflegedienste mit Sitz in Dortmund versorgen 3.908 Pflegebedürftige. Die Anzahl der Dienste ist leicht gestiegen. - Bisher wird erwartet, dass die Zahl der Pflegebedürftigen, die zu Hause versorgt werden, bis zum Jahr 2020 leicht zurückgehen wird. Dabei dürfte insbesondere die Zahl der allein durch Angehörige versorgten Personen sinken, während mehr Pflegebedürftige zu Hause professionelle Unterstützung durch Pflegedienste benötigen werden.

Tages- und Nachtpflege	<ul style="list-style-type: none"> - Die Innenstadtbezirke sind mit Tagespflege gut versorgt, während die Außenbezirke (Eving, Lütgendortmund, Huckarde) bislang über keine Einrichtung der Tagespflege verfügen. Das Angebot ist der Bevölkerung bisher noch wenig bekannt und vertraut, weshalb es auch an belastbaren Daten fehlt. Auf Basis der bisherigen Einschätzungen der Inanspruchnahme ist jedoch davon auszugehen, dass der rechnerische Bedarf gedeckt ist. Es gibt insgesamt 16 Tagespflegen mit 246 Plätzen. Nachtpflegeplätze werden in Dortmund nicht nachgefragt und insofern auch nicht angeboten.
komplementäre Hilfen	<ul style="list-style-type: none"> - Das Angebot von anerkannten niedrigschwelligen Unterstützungsdiensten wird der wachsenden Nachfrage entsprechend vermutlich größer werden. - Bisher gibt es zudem pflegeergänzende Angebote des Dortmunder Demenz-Servicezentrums (18 Gruppenangebote) in nahezu allen Stadtteilen. Wenn eine Betreuungsgruppe nicht in Frage kommt, gehen einzelne Helfer auch in die Pflegehaushalte, um dort stundenweise eine Betreuung zur Entlastung der Angehörigen zu ermöglichen.
alternative Wohneinrichtungen	<ul style="list-style-type: none"> - Der Anteil der Pflegewohngemeinschaften steigt und führt zu einem Ausgleich bei bestehenden Platzkapazitäten in vollstationären Einrichtungen. - 311 pflegebedürftige Menschen leben in einer Pflege-WG, weitere 128 Plätze sind aktuell in Planung.
vollstationäre Einrichtungen	<ul style="list-style-type: none"> - 2013 gab es 53 stationäre Pflegeheime mit insgesamt 5.704 Plätzen in Betrieb, 190 Plätze mehr als 2011. Seitdem sind weitere drei Neubau-einrichtungen mit 252 Plätzen hinzugekommen. Aktuell werden in 56 stationären Pflegeheimen insgesamt 5.886 Pflegeplätze angeboten (Stand 2016). - In den Innenstadtbezirken Ost und West sowie in den Stadtbezirken Aplerbeck, Hombruch und Mengede besteht rechnerisch eine Überversorgung. In allen anderen Stadtbezirken kann rechnerisch eine regionale Versorgungslücke entstehen, die jedoch durch die Nähe von Pflegeheimen in den Nachbarbezirken sozialräumlich vertretbar kompensiert werden kann - 2013 lagen die Auslastungen zwischen 96 und 100 %, was nicht für ein „Überangebot“ spricht. Zudem gibt es auch keine langen Wartezeiten, sodass innerhalb von einer Woche ein Pflegeplatz zur Verfügung steht. - Für die Stadt Dortmund besteht für 2016 - 2018 eine Bedarfsdeckung hinsichtlich vollstationärer Pflegeeinrichtungen, sodass keine zusätzlichen Pflegeheimplätze benötigt werden. - Die Bewohnerinnen und Bewohner sind im Durchschnitt über 83 Jahre alt und die „Verweildauer“ nimmt ab. Dadurch stehen Pflegeplätze schneller wieder zur Verfügung. Der Bedarf an zusätzlichen Pflegeplätzen wird dadurch abgeschwächt.

Insgesamt wird der zu erwartende Rückgang an Pflegemöglichkeiten in Folge gewandelter Familien- und Erwerbsorientierungen sowie die Zunahme von Pflegebedürftigkeit den Ausbau ambulanter und komplementärer Dienste zur Folge haben. Die professionelle Pflege wird in der häuslichen Versorgung an Bedeutung gewinnen.

Quelle: Eigene Darstellung IGES (auf Grundlage von Daten aus Stadt Dortmund 2016)

Analyse und Einschätzung des Bedarfs an KZP in Dortmund

Im Jahr 2013 gab es in Dortmund 52 vollstationäre Pflegeeinrichtungen, in denen insgesamt 492 eingestreute KZP-Plätze angeboten wurden. Zusätzlich gab es in drei Stadtteilen 41 solitäre KZP-Plätze (zusammen 533 KZP-Plätze) (siehe Tabelle 41) (Stadt Dortmund 2016: 44).

Im Vergleich zu 2011 waren 2013 durch stationäre Um-/Neubauten insgesamt 36 Kurzzeitpflegeplätze zusätzlich in Dortmund verfügbar.

Tabelle 41: KZP-Plätze in Dortmund

Stadtbezirk	Anzahl der Kurzzeitpflegeplätze		
	eingestreut	solitär	Gesamt
Aplerbeck	63	14	77
Brackel	26	-	26
Eving	38	-	38
Hörde	27	-	27
Hombruch	51	-	51
Huckarde	22	-	22
Innenstadt-Nord	26	12	38
Innenstadt-Ost	59	-	59
Innenstadt-West	72	-	72
Lütgendortmund	49	-	49
Mengede	14	15	29
Scharnhorst	45	-	45
Gesamt	492	41	533

Quelle: Stadt Dortmund 2016: 44

Nach Recherchen von IGES haben sich die Zahlen im Bereich der eingestreuten KZP-Plätze seit dem Jahr 2013 auf 507 Plätze in 54 vollstationären Dauerpflegeeinrichtungen erhöht. Es ist jedoch nicht auszuschließen, dass sich unter den „eingestreuten“ Plätzen auch angebundene/separate KZP-Plätze befinden. Die Anzahl der solitären KZP-Plätze ist ebenfalls leicht gestiegen auf insgesamt 46 in drei Einrichtungen.

Für die Stadt Dortmund entspricht die Bereitstellung der insgesamt 553 Plätze für die Kurzzeitpflege in Bezug auf die Anzahl der ambulant versorgten Pflegebedürftigen in der Stadt einer Quote von 23,8 (Anzahl der Pflegebedürftigen pro KZP-Platz). Dies bedeutet, dass ein KZP-Platz für rd. 24 Pflegebedürftige zur Verfügung steht. Im NRW-Vergleich (31,4) ist Dortmund damit rechnerisch besser aufgestellt.

Über die konkrete Auslastung bzw. den Bedarf an Kurzzeitpflegeplätzen wurden im Bericht keine Aussagen getroffen. Es wurde lediglich darauf hingewiesen, dass die Kurzzeitpflege nach Krankenhausaufenthalten häufig zur Überleitung in die stationäre Dauerpflege genutzt wird und zu wenig auf den Erhalt der ambulanten Versorgung abzielt (Stadt Dortmund 2016: 44).

Der Situationsanalyse in Tabelle 40 zu Folge scheinen die stationären Einrichtungen adäquat ausgelastet zu sein und die bestehenden Bedarfe auch mittelfristig

decken zu können. Demnach ist anzunehmen, dass zunächst ausreichend eingestreute KZP-Plätze auch zweckgemäß zur Verfügung stehen.

Dagegen spricht der angesprochene Bedarf an alternativen Wohneinrichtungen. Es bedürfe ausreichender Einrichtungen, um mögliche vollstationäre Engpässe kompensieren zu können und somit auch die Möglichkeit für „freie“ eingestreute KZP-Plätze zu erhöhen. Positiv ist die regionale Verteilung der eingestreuten KZP-Plätze, welche in jedem Stadtbezirk vorgehalten werden. Ausbaufähig erscheint dagegen das Spektrum an weiteren entlastenden Angeboten.

Erstaunlicherweise wird die Situation der Kurzzeitpflege in Folge der Befragungsergebnisse aus Sicht der Sozialdienste als nicht ausreichend beschrieben. Selbst befragte Einrichtungen mit eingestreuten KZP-Plätzen berichteten von einer Auslastung von 100 bis 130 %, was bedeutet, dass mehr Plätze als angegeben mit KZP belegt wurden. Dies würde der Annahme widersprechen, dass genügend eingestreute Plätze in Dortmund vorhanden sind bzw. bleibt es fraglich, inwieweit diese tatsächlich für die KZP zur Verfügung stehen. Es liegen diesbezüglich keine weiteren Angaben vor.

8.3.9 Duisburg

Für die Stadt Duisburg liegt keine Pflegeplanung vor.

Im Jahr 2015 lebten 491.231 Einwohner in Duisburg. Der Anteil der Hochaltrigen betrug im selben Jahr 6,2 %, in absoluten Zahlen bedeutet das 30.456 (IT.NRW, wegweiser-kommune.de). Die Anzahl der Pflegebedürftigen lag bei 20.647 und entsprach einem Anteil von 4,2 % an der Gesamtbevölkerung in Duisburg (IT.NRW).

Unter den Pflegebedürftigen befanden sich im Jahr 2013 ca. 9.684 Personen im Alter von über 80 Jahren (IT.NRW).

Die Verteilung der Pflegebedürftigen nach Versorgungsformen ließ sich im Jahr 2015 wie folgt aufschlüsseln: 3.842 Pflegebedürftige wurden professionell ambulant versorgt (18,6 %), 11.736 Pflegebedürftige empfangen Pflegegeld (56,8 %) und 5.069 Pflegebedürftige wurden vollstationär versorgt (24,6 %) (IT.NRW).

Nach Recherchen von IGES konnten 356 eingestreute KZP-Plätze in 55 Einrichtungen und 22 solitäre Plätze in zwei Einrichtungen identifiziert werden. Es ist jedoch nicht auszuschließen, dass sich unter den „eingestreuten“ Plätzen auch angebundene/separate KZP-Plätze befinden.

Für die Stadt Duisburg entspricht die Bereitstellung der insgesamt 378 Plätze für die Kurzzeitpflege in Bezug auf die Anzahl der ambulant versorgten Pflegebedürftigen in der Stadt einer Quote von 41,2 (Anzahl der Pflegebedürftigen pro KZP-Platz). Dies bedeutet, dass ein KZP-Platz für rd. 41 Pflegebedürftige zur Verfügung steht. Im NRW-Vergleich (31,4) ist Duisburg damit rechnerisch schlechter aufgestellt.

In Folge der Befragungsergebnisse wird aus Sicht der Pflegeeinrichtungen ein Bedarf an (solitären) Kurzzeitpflegeplätzen gesehen: *„Meiner Meinung nach sollte es extra Häuser für Kurzzeitpflegegäste geben. Wir haben eine fast 100 % Auslastung*

und nehmen nur Kurzzeitpflegen, die im Anschluss bei uns zur vollstationären Versorgung bleiben.“ Diese Einrichtung gab eine Auslastung der eingestreuten Plätze von 170 - 250 % an, womit mehr Plätze für die KZP als im Vertrag ausgewiesen genutzt wurden. Eingestreuete Plätze scheinen somit in Duisburg nicht verlässlich zur Verfügung zu stehen. Regionale Unterschiede sind möglich, doch an dieser Stelle nicht näher untersucht worden. Jedoch scheint es kaum möglich, dass die vergleichsweise geringe Anzahl an solitären Plätzen den Bedarf an KZP, sofern eingestreuete Betten belegt oder anderweitig genutzt werden, kompensieren kann.

8.3.10 Düren (Kreis)

Der Auswertung und Analyse liegt die Kommunale Pflegeplanung im Kreis Düren aus dem Jahr 2016 zugrunde. Der Bericht wurde vom Institut für Sozialforschung und Gesellschaftspolitik GmbH (ISG) erstellt.

Tabelle 42: Übersichtstabelle Kreis Düren

Merkmale der Region			
Anzahl der Bezirke/ Kommunen	15 (Düren, Heimbach, Jülich, Linnich, Nideggen, Aldenhoven, Hürtgenwald, Inden, Kreuzau, Langerwehe, Merzenich, Niederzier, Nörvenich, Titz und Vettweiß)		
Ländlich/städtisch geprägt	städtisch und ländlich		
Einwohnerstruktur			
	IST (Stand 2015)	Prognose	Trend
Einwohner	262.828	2030: 257.698	leichte Abnahme
Hochaltrige (ab 80 Jahre)/Anteil an Bevölkerung	14.456/5,5 %	2020: 18.091 2030: 19.531	seit 2000 Zuwachs von 70 %; Trend setzt sich fort
Pflegebedürftige (gesamt)/Anteil an Bevölkerung	11.938/4,5 %	2020: 12.639 2030: 14.094	steigend
hochaltrige und pflegebedürftige Personen (Stand 2013)	5.787	k. A.	k. A.
Auszüge der Versorgungsstruktur			
	IST (Stand 2015)	Auslastung (Stand 2015)	Prognose/Planung
Ambulante Pflegedienste	45	k. A.	k. A.
Komplementäre Hilfen	vorhanden	k. A.	Bedarf vorhanden
Plätze in Tagespflege (Einrichtungen)	271 (17)	k. A.	Bedarf ausreichend

alternative Wohneinrichtungen	vorhanden	k. A.	Bedarf vorhanden
Plätze vollstationäre Einrichtungen (Einrichtungen)	2.927 (44)	79 bis 100 % (Ø 95 %)	kein Bedarf vorhanden
Dominierende Versorgungsart	Im Jahr 2015 wurden 2.273 Pflegebedürftige professionell ambulant versorgt (19 %), 6.934 Pflegebedürftige empfangen Pflegegeld (58,1 %) und 2.731 Pflegebedürftige wurden vollstationär versorgt (22,9 %).		

Kurzzeitpflege			
	IST	Prognose/Planung	Anmerkungen
Solitäre Plätze (Einrichtungen)	19 (2)	Bedarf vorhanden	
Eingestreute Plätze (Einrichtungen)	158 (36)	kein Bedarf vorhanden	
Separate Plätze (Einrichtungen)	k. A.	k. A.	

Quelle: Eigene Darstellung IGES (auf Grundlage von Daten aus Engels 2016, IT.NRW, wegweiser-kommune.de)

Tabelle 43: Situationsanalyse Kreis Düren

Bevölkerungs-entwicklung	- Die Bevölkerung im Kreis Düren unter 40 Jahren hat seit dem Jahr 2000 um 22 % abgenommen, die Zahl der über 80-Jährigen ist um 70 % gestiegen. Die Zahl der Einwohner unter 40 Jahren wird bis zum Jahr 2030 um weitere 7 % sinken und die Zahl der über 80-Jährigen um weitere 39 % steigen. Dieser Trend wird sich bis 2040 fortsetzen..
Regionale Entwicklung/Verteilung	- Unterschiedliche Verteilung der Angebote zwischen ländliche geprägtem und städtischem Sozialraum.
ambulante Pflegedienste	- Der Großteil der 45 im Kreis Düren tätigen ambulanten Pflegedienste saß in der Stadt Düren. Heimbach, Titz und Vettweiß verfügten dagegen über keinen ansässigen ambulanten Pflegedienst (Versorgung über andere Kommunen). - Sowohl aus der Perspektive der ambulanten Pflegedienste als auch von Tagespflegeeinrichtungen wird die Versorgung mit ambulanten Pflegediensten als genau richtig beschrieben (Umfrageergebnis). Mit nur 5,5 Mitarbeitern je 100 Ältere ist die Versorgungsdichte in Relation zur älteren Bevölkerung ab 80 Jahren jedoch ausbaufähig (Versorgungsdichte des Landes 6,7 Beschäftigte je 100 Ältere ab 80 Jahren). Zum Erhalt dieser Versorgungsdichte bedarf es einer massiven Steigerung an Beschäftigten.

Tages- und Nachtpflege	<ul style="list-style-type: none"> - Im Kreis Düren gibt es 17 Tagespflegeeinrichtungen mit 271 Plätzen (Versorgungsdichte von 1,9 Plätzen je 100 Einwohner ab 80 Jahren). Sie wird damit als gut ausgebaut bewertet (Landes- und Bundesdurchschnitt 1,0 Tagespflege-Plätze je 100 Einwohner ab 80 Jahre). - Über die größte Anzahl an Einrichtungen (6) und die meisten Plätze (85) verfügt die Stadt Düren (Versorgungsdichte 1,7 Plätze je 100 Ältere ab 80 Jahren). Linnich verfügt dagegen über 7,0 Plätze je 100 Einwohner ab 80 Jahren. Merzenich, Nideggen und Inden haben ca. 4 Plätze je 100 Ältere ab 80 Jahren. Aldenhoven, Heimbach, Hürtgenwald, Niederzier, Nörvenich, Titz und Vettweiß verfügen über kein Angebot. - Um die Versorgungsdichte beizubehalten, wird dennoch ein Ausbau empfohlen, der wenn möglich eine wohnortnahe Versorgung beinhalten und eine Vorhaltung des Angebots in jedem Stadtbezirk anstreben sollte - Die Versorgungslage zur Nachtpflege wird als unzureichend eingeschätzt.
komplemen- täre Hilfen	<ul style="list-style-type: none"> - Ein deutliches Defizit wird ebenfalls in der Versorgung mit hauswirtschaftlichen Diensten gesehen.
alternative Wohneinrich- tungen	<ul style="list-style-type: none"> - Insgesamt stehen 588 betreute Wohnungen in 26 Häusern zur Verfügung (4,2 Wohnungen je 100 Einwohner ab 80 Jahren). Zusätzlich gibt es vier ambulant betreute Wohngemeinschaften mit 37 Plätzen (0,3 Wohneinheiten je 100 Ältere ab 80 Jahren) vorwiegend für demenziell Erkrankte. - Das Angebot des betreuten Wohnens und ambulant betreuter Wohngemeinschaften ist damit unzureichend. Andere Kreise sind mit 0,4 (Kreis Viersen) oder 0,9 Plätzen (Kreis Herford) je 100 Ältere ab 80 Jahren besser versorgt.
vollstationäre Einrichtungen	<ul style="list-style-type: none"> - Im gesamten Kreis gibt es 44 Einrichtungen mit 2.927 Pflegeplätzen. Das größte Angebot hält die Stadt Düren vor. Über geringe Platzzahlen verfügen Inden (42 Plätze) und Kreuzau (44 Plätze). - Die kreisweite Versorgungsdichte liegt bei 20,9 vollstationären Pflegeplätzen je 100 Einwohner ab 80 Jahren und somit über dem Landes- (17,2) und Bundesdurchschnitt (18,7). Über dem Durchschnitt liegen Nideggen (50,4) und Nörvenich (44,4). Die geringste Versorgungsdichte ist in Kreuzau (4,4) vorzufinden. - Die Auslastung lag 2015 zwischen 79 % und 100 % (Ø ca. 95 %). Im Vergleich zu den Jahren 2013 und 2014 ist die durchschnittliche Auslastung konstant geblieben. In fast allen Einrichtungen gibt es aktuell Vormerkungen von Interessenten, wobei sich die Anzahl von Einrichtung zu Einrichtung stark unterscheidet (0 bis hin zu 37 Vormerkungen). - Ein weiterer Ausbau der stationären Pflege wird derzeit nicht empfohlen, da aktuelle Planungen den zukünftigen Bedarf decken können, zudem die Auslastung keine Überlastung anzeigt und der weitere Ausbau vorstationärer Angebote den stationären Bereich entlasten wird.

Das Versorgungsangebot im Kreis Düren ist unterschiedlich stark und gut ausgebaut. Sowohl die stationäre Versorgung als auch das Angebot an Tagespflegeplätzen ist, betrachtet man das Kreisgebiet insgesamt, überdurchschnittlich gut entwickelt. Versorgungsengpässe werden in diesen Bereichen zukünftig nicht gesehen.

Allerdings ist die regionale Verteilung der Angebote ungleich, weshalb eine wohnortnahe Versorgung angestrebt wird und eine bessere Verteilung der Angebote. Ländliche Gemeinden im Kreisgebiet sind zum Teil unterversorgt.

Ein Mangel scheint dagegen an alternativen Wohneinrichtungen und komplementären Angeboten zu bestehen sowie im Personalbestand der ambulanten Pflegedienste, dessen Quoten jeweils unter dem Länder- und Bundesdurchschnitt liegen.

Quelle: Eigene Darstellung IGES (auf Grundlage von Daten aus Engels 2016)

Analyse und Einschätzung des Bedarfs an KZP im Kreis Düren

KZP wird laut dem Bericht in 36 vollstationären Einrichtungen mit insgesamt 161 Plätzen angeboten. Davon sind 11 Einrichtungen in der Stadt Düren ansässig, was ca. die Hälfte aller KZP-Plätze (72) ausmacht. In Inden und Kreuzau wird dagegen kein KZP-Angebot vorgehalten (siehe Tabelle 44) (Engels 2016: 48f.). Bei dem Großteil der 161 Plätze handelt es sich jedoch um eingestreute KZP-Plätze, während es nur 11 solitäre/separate KZP-Plätze gibt (ebd.: 75).

In Nideggen (2,9) und Linnich (2,5 KZP-Plätzen je 100 Ältere ab 80 Jahren) wird in Relation zur Bevölkerung ab 80 Jahren die beste kreisweite Versorgung gewährleistet. In der Stadt Düren werden 1,5 Plätze je 100 Ältere ab 80 Jahren vorgehalten. Insgesamt entspricht dies einer kreisweiten Versorgungsdichte von 1,1 KZP-Plätzen je 100 Einwohner ab 80 Jahren. Addiert man die geplanten KZP-Plätze dazu, so beläuft sich die Versorgungsdichte zukünftig auf 1,4 Plätze je 100 Ältere ab 80 Jahren (vgl. Tabelle 44) (ebd.).

Tabelle 44: Angebot an KZP-Plätzen im Kreis Düren (Stand 2015)

Angebote der Kurzzeitpflege Kreis Düren 2015					
Stadt/Gemeinde	Einrichtung	Plätze	je 100 ab 80 J.	Planung*	je 100 ab 80 J.
Aldenhoven	1	3	0,4	35	5,0
Düren	11	72	1,5	72	1,5
Heimbach	4	5	1,7	5	1,7
Hürtgenwald	1	5	1,1	5	1,1
Inden	0	0	0,0	0	0,0
Jülich	2	8	0,5	8	0,5
Kreuzau	0	0	0,0	0	0,0
Langerwehe	2	10	1,3	10	1,3
Linnich	3	19	2,5	19	2,5
Merzenich	1	4	0,8	8	1,6
Nideggen	4	17	2,9	17	2,9
Niederzier	2	6	0,9	6	0,9
Nörvenich	2	7	1,6	7	1,6
Titz	2	3	0,7	3	0,7
Vettweiß	1	2	0,5	2	0,5
Kreis Düren	36	161	1,1	197	1,4

* Plätze einschließlich konkreter Planungen

Quelle: Engels 2016: 49

Mit der Versorgungsdichte von 1,1 KZP-Plätzen je 100 Ältere ab 80 Jahren liegt diese knapp über dem Landes- und Bundesdurchschnitt (1,0 Plätze je 100 Ältere ab 80 Jahren) (ebd.: 75).

Um die Versorgungsdichte vom Jahr 2015 zu halten, müssten die KZP-Kapazitäten auf 208 Plätze im Jahr 2020 und auf 224 Plätze im Jahr 2030 erhöht werden. Dies entspricht gegenüber dem Berichtszeitraum einem Zuwachs von 63 Plätzen, wovon 36 Plätze bereits konkret geplant sind (Engels 2016: 77f.). Im Rahmen dieser Planungen wird eine Dichte von 1,5 KZP-Plätzen je 100 Ältere ab 80 Jahren angestrebt unter besonderer Berücksichtigung eines Zusatzbedarfs an solitären KZP-Plätzen (ebd.: 79).

Insgesamt erscheinen die Platzkapazitäten ausreichend, wobei laut einer ISG-Befragung die Versorgungslage von verschiedenen Versorgungsanbietern als unzureichend eingeschätzt wurde (Engels 2016: 47). Dies könnte einerseits auf die lediglich 7 % verlässlich zur Verfügung stehenden Angebote (solitäre KZP-Plätze) zurückzuführen sein und zum anderen auf die regional ungleiche Verteilung, da beispielsweise in den vier Kommunen Inden, Jülich, Kreuzau und Vettweiß eine rechnerische Unterdeckung mit weniger als 0,5 KZP-Plätzen je 100 Ältere ab 80 Jahren besteht (Engels 2016: 109).

Nach Recherchen von IGES liegen die Zahlen im Bereich der eingestreuten KZP-Plätze aktuell ähnlich bei 158 Plätzen in 36 vollstationären Dauerpflegeeinrichtungen, wobei sich die Anzahl der solitären Plätze auf 19 in zwei Einrichtungen erhöht hat. Es ist jedoch nicht auszuschließen, dass sich unter den „eingestreuten“ Plätzen auch angebundene/separate KZP-Plätze befinden.

Für den Kreis Düren entspricht die Bereitstellung der insgesamt 177 Plätze für die Kurzzeitpflege in Bezug auf die Anzahl der ambulant versorgten Pflegebedürftigen in dem Kreisgebiet einer Quote von 52,0 (Anzahl der Pflegebedürftigen pro KZP-Platz). Dies bedeutet, dass ein KZP-Platz für rd. 52 Pflegebedürftige zur Verfügung steht. Im NRW-Vergleich (31,4) ist der Kreis Düren damit rechnerisch deutlich schlechter aufgestellt.

Da es keine konkreten Angaben zur Auslastung gibt, können unter Berücksichtigung der Situationsanalyse in Tabelle 43 weitere Annahmen zu den Bedarfen getroffen werden. Entscheidende Faktoren stellen in diesem Zusammenhang einerseits das Angebot alternativer Wohneinrichtungen dar, welches den stationären Bereich entlasten kann und somit mehr eingestreute KZP-Plätze zur zweckgemäßen Verfügung stellen könnte, und andererseits andere entlastende Angebote für pflegende Angehörige.

Das bisherige Angebot an alternativen Wohnformen gestaltet sich eher unzureichend, weshalb eine Kompensation des stationären Bereichs hier aktuell noch nicht gegeben ist. Andererseits scheinen die stationären Angebote noch nicht voll ausgelastet zu sein. Somit ist aktuell anzunehmen, dass die eingestreuten Kapazitäten noch ausreichend sind. Zudem führt das ausreichende Angebot an Tagespflegeplätzen zu einer vorübergehenden Entlastung.

Andererseits mangelt es deutlich an komplementären Hilfen (Entlastung) und Personal in ambulanten Pflegediensten. Unter der Voraussetzung stehen alternative entlastende Möglichkeiten (komplementäre Hilfen) und ausgelastete ambulante

Pflegedienste zur Übernahme einer Verhinderungspflege eher nicht zur Verfügung.

Berücksichtigt man in diesem Zuge, dass stationäre Plätze auch weiterhin gefragt und ausgelastet sein werden und zudem andere Angebote zum Teil in bestimmten Regionen nicht zur Verfügung stehen, wird ein Bedarf an zusätzlichen (solitären) KZP-Plätzen deutlich.

In Folge der Befragungsergebnisse dieser Studie wird die Situation sowohl aus Sicht der Sozialdienste als auch aus Sicht der Einrichtungen als problematisch beschrieben. Laut der befragten Sozialdienste sind die Plätze nicht ausreichend, insbesondere während der Ferienzeiten. Zusätzlich weisen die Einrichtungen mit eingestreuten Plätzen teilweise hohe KZP-Auslastungsquoten auf oder entgegen gesetzt eine sehr geringe, was auf eine vorrangige Belegung der KZP-Plätze mit vollstationären Gästen hinweisen dürfte.

8.3.11 Düsseldorf

Die Daten für die Auswertung und Analyse sind dem Jahresbericht der Örtlichen Planung des Amtes für soziale Sicherung und Integration für die Jahre 2015 und 2016 entnommen.

Tabelle 45: Übersichtstabelle Düsseldorf

Merkmale der Region			
Anzahl der Bezirke/ Kommunen	10 (Stadtbezirk 1-10)		
Ländlich/städtisch geprägt	städtisch		
Einwohnerstruktur			
	IST	Prognose	Trend
Einwohner (Stand 2016)	635.704	k. A.	k. A.
Hochaltrige (ab 80 Jahre)/Anteil an Bevölkerung (Stand 2016)	34.093/5,4 %	k. A.	bisher Anstieg
Pflegebedürftige (gesamt)/Anteil an Bevölkerung (Stand 2015)	19.186/3,1 %	k. A.	bisher Anstieg
hochaltrige und pflegebedürftige Personen (Stand 2013)	9.233	k. A.	k. A.

Auszüge der Versorgungsstruktur			
	IST (Stand 2016)	Auslastung	Prognose/Planung
Ambulante Pflegedienste	125	k. A.	k. A.
Komplementäre Hilfen	k. A.	k. A.	k. A.
Plätze in Tagespflege (Einrichtungen)	194 (13)	k. A.	kein Bedarf vorhanden
alternative Wohneinrichtungen	19	k. A.	k. A.
Plätze vollstationäre Einrichtungen (Einrichtungen)	5.112 (55)	k. A.	Bedarf vorhanden
Dominierende Versorgungsart	Im Jahr 2015 wurden 5.195 Pflegebedürftige professionell ambulant versorgt (27,1 %), 9.134 Pflegebedürftige empfangen Pflegegeld (47,6 %) und 4.857 Pflegebedürftige wurden vollstationär versorgt (25,3 %).		

Kurzzeitpflege			
	IST	Prognose/Planung	Anmerkungen
Solitäre Plätze (Einrichtungen)	93 (6)	k. A.	
Eingestreuete Plätze (Einrichtungen)	273 (37)	k. A.	
Separate Plätze (Einrichtungen)	k. A.	k. A.	

Quelle: Eigene Darstellung IGES (auf Grundlage von Daten aus Landeshauptstadt Düsseldorf 2016, 2011, IT.NRW, wegweiser-kommune.de)

Tabelle 46: Situationsanalyse Düsseldorf

Bevölkerungsentwicklung	- 9,86 Prozent der Einwohner Düsseldorfs sind 75 Jahre und älter. Die Altersgruppe der 75-Jährigen und Älteren ist jedoch ungleichmäßig über das Stadtgebiet verteilt.
Regionale Entwicklung/Verteilung	- Es herrscht eine ungleichmäßige Verteilung der Angebote.
ambulante Pflegedienste	- Zum 15. Dezember 2013 versorgten 105 befragte ambulante Pflegedienste 8.653 Kunden. - Das Angebot an ambulante Pflegedienste ist von einem großen „Kommen und Gehen“ geprägt. Ende 2016 gab es 125 Pflegedienste.
Tages- und Nachtpflege	- Ende 2015 gab es in elf Tagespflegeeinrichtungen 167 Plätze, die von 315 (2014: 293) pflegebedürftigen Gästen besucht wurden. Damit lag die Auslastung pro Platz bei 1,89 (2014: 1,75). - Ende 2016 gab es 13 Tagespflegeeinrichtungen mit über 194 Plätzen. - In den Jahren 2013 bis 2015 steigt die Anzahl hochaltriger Gäste.

komplementäre Hilfen	-	k. A.
alternative Wohneinrichtungen	-	Ende 2015 lebten 61 Personen in 14 erfassten ambulant betreuten, anbieterverantworteten Wohngemeinschaften. - Ende 2016 waren im gesamten Stadtgebiet 19 ambulant betreute Wohngemeinschaften etabliert.
vollstationäre Einrichtungen	-	Es werden im gesamten Stadtgebiet weitere Einrichtungen und Plätze benötigt.

Insgesamt herrscht eine ungleichmäßige Verteilung der pflegerischen Angebote im Stadtgebiet Düsseldorf vor. Zukünftig wird es notwendig sein, weitere vollstationäre Einrichtungen zu errichten, da Düsseldorf ansonsten in deutliche pflegerische Versorgungsempässe gerät.

Nichtsdestotrotz stellt die Stadt die Bedürfnisse der Pflegebedürftigen nach einem langen Verbleib in der Häuslichkeit in den Mittelpunkt, z. B. durch die planerische Unterstützung der Tagespflege.

Hinsichtlich der Art der Pflege ist festzustellen, dass sowohl die ambulante als auch stationäre Betreuung in Düsseldorf einen höheren Stellenwert gegenüber dem Land NRW einnehmen, wohingegen der Anteil der Pflegegeldempfangenden niedriger liegt.

Quelle: Eigene Darstellung IGES (auf Grundlage von Daten aus Landeshauptstadt Düsseldorf 2016)

Analyse und Einschätzung des Bedarfs an KZP in Düsseldorf

In Düsseldorf gibt es laut dem Bericht 87 KZP-Plätze in 5 solitären Einrichtungen. Zusätzlich bestehen 255 ausgewiesene Plätze der eingestreuten KZP in vollstationären Einrichtungen (Landeshauptstadt Düsseldorf 2016: 15).

Ende 2011 wurden die zur Verfügung stehenden Plätze durch insgesamt 151 Personen in der vollstationären Kurzzeitpflege in Anspruch genommen. Im Vergleich zu 2005, wo dies 71 Fälle in der KZP waren, stellt dies eine Zunahme um mehr als 100 % dar (Landeshauptstadt Düsseldorf 2011: 32).

Der größte Teil der Pflegebedürftigen in der KZP (106 Personen bzw. 70,2 %) war den über 80-Jährigen zuzuordnen. Im Vergleich zu 2005, wo der Anteil noch bei 67,6 % lag, ist ein Anstieg der Altersgruppe zu erkennen (Landeshauptstadt Düsseldorf 2011: 36).

Bei den Bedarfen in der KZP ist ein deutlicher Anstieg in den letzten Jahren zu verzeichnen und eine besonders erhöhte Inanspruchnahme der Hochaltrigen, die ebenso den größten Anteil der Pflegebedürftigen ausmachen.

Nach Recherchen von IGES haben sich die Zahlen im Bereich der eingestreuten KZP-Plätze seit dem Berichtszeitraum auf 273 Plätze in 37 vollstationären Dauerpflegeeinrichtungen erhöht. Die Anzahl der solitären Plätze ist ebenfalls auf insgesamt 93 Plätze in sechs solitären Einrichtungen gestiegen. Es ist jedoch nicht auszuschließen, dass sich unter den „eingestreuten“ Plätzen auch angebundene/separate KZP-Plätze befinden.

Für die Stadt Düsseldorf entspricht die Bereitstellung der insgesamt 366 Plätze für die Kurzzeitpflege in Bezug auf die Anzahl der Pflegebedürftigen in der Stadt einer Quote von 39,2 (Anzahl der Pflegebedürftigen pro KZP-Platz). Dies bedeutet, dass ein KZP-Platz für rd. 39 Pflegebedürftige zur Verfügung steht. Im NRW-Vergleich (31,4) ist Düsseldorf damit rechnerisch schlechter aufgestellt.

Unter Berücksichtigung der Situationsanalyse können in diesem Zusammenhang Rückschlüsse auf mögliche Bedarfe gezogen werden (siehe Tabelle 45 und Tabelle 46). So ist zu vermuten, dass durch die Zunahme der entlastenden Angebote, wie der Tagespflege, und dem recht hohen Anteil sowohl solitärer als auch eingestreuter Plätze der Bedarf bisher gut abgedeckt ist.

Problematisch könnte auch hier die ungleiche Verteilung der Angebote im Stadtgebiet sein, die eine wohnortnahe Versorgung erschweren.

In Folge der Befragungsergebnisse dieser Studie bestätigt sich die im Vergleich zu NRW schlechtere KZP-Quote in Düsseldorf. Aus Sicht der Sozialdienste wurden die KZP-Plätze als nicht ausreichend eingeschätzt. Auch die Einrichtungen mit einstreuten Plätzen gaben an, dass mehr Plätze vorgehalten werden sollten. Die Auslastungsquoten der eingestreuten Plätze lagen dagegen bei den befragten Einrichtungen bei unter 50 %, was wiederum auf eine vorrangige Belegung mit Dauerpflegegästen zurückzuführen sein könnte, sodass verlässliche solitäre KZP-Plätze fehlen. Das bisherige Angebot an solitären KZP-Plätzen scheint dies nicht ausreichend kompensieren zu können.

8.3.12 Ennepe-Ruhr-Kreis

Der Auswertung und Analyse liegt der Pflegebericht 2016 des Ennepe-Ruhr-Kreises zugrunde.

Tabelle 47: Übersichtstabelle Ennepe-Ruhr-Kreis

Merkmale der Region			
Anzahl der Bezirke/ Kommunen	9 (Breckersfeld, Ennepetal, Gevelsberg, Hattingen, Sprockhövel, Herdecke, Wetter, Schwelm, Witten)		
Ländlich/städtisch geprägt	städtisch/ländlich		
Einwohnerstruktur			
	IST	Prognose	Trend
Einwohner (Stand 2016)	320.738	2020: 316.800 2030: 307.700	fallend
Hochaltrige (ab 80 Jahre)/Anteil an Bevölkerung (Stand 2016)	20.844/6,5 %	2020: 24.379 2025: 26.302 2030: 25.639	steigend/fallend
Pflegebedürftige (gesamt)/Anteil an Bevölkerung (Stand 2015)	11.297/3,5 %	k. A.	k. A.

hochaltrige und pflegebedürftige Personen (Stand 2013)	6.064	k. A.	k. A.
------------------------------------------------------------------	-------	-------	-------

Auszüge der Versorgungsstruktur

	IST	Auslastung	Prognose/Planung
Ambulante Pflegedienste (Stand 2016)	64	k. A.	k. A.
Komplementäre Hilfen	vorhanden	k. A.	k. A.
Plätze in Tagespflege (Einrichtungen) (Stand 2015)	122	Ø 82,43 %	Bedarf vorhanden
alternative Wohneinrichtungen	vorhanden	k. A.	Bedarf vorhanden
Plätze vollstationäre Einrichtungen (Einrichtungen) (Stand 2015)	4.066 (43)	90 %	Kein Bedarf vorhanden
Dominierende Versorgungsart	Im Jahr 2015 wurden 2.502 Pflegebedürftige professionell ambulant versorgt (22,1 %), 5.201 Pflegebedürftige empfangen Pflegegeld (46,0 %) und 3.594 Pflegebedürftige wurden vollstationär versorgt (31,8 %).		

Kurzzeitpflege

	IST	Prognose/Planung	Anmerkungen
Solitäre Plätze (Einrichtungen)	58 (4).	k. A.	
Eingestreuete Plätze (Einrichtungen)	268 (35)	k. A.	
Separate Plätze (Einrichtungen)	k. A.	k. A.	

Quelle: Eigene Darstellung IGES (auf Grundlage von Daten aus Ennepe-Ruhr-Kreis 2016, IT.NRW, wegweiser-kommune.de)

Tabelle 48: Situationsanalyse Ennepe-Ruhr-Kreis

Bevölkerungs-entwicklung	- Die Bevölkerung im Kreis ist insgesamt rückläufig, wohingegen die Anzahl der mehr als 80-Jährigen zunächst steigen und ab 2025 wieder abnehmen wird. Die Bevölkerung unter 80 Jahren und im mittleren Alter wird zurückgehen, womit auch das Potenzial der pflegenden Angehörigen abnehmen wird.
Regionale Entwicklung/Verteilung	- k. A.
ambulante Pflegedienste	- Während 2011 noch 52 ambulante Pflegedienste im Kreis tätig waren, wuchs die Anzahl bis 2016 auf 64 und verteilt sich über das gesamte Kreisgebiet.

Tages- und Nachtpflege	- Die Tagespflegeplätze sind gut nachgefragt, weswegen weitere Plätze in Planung sind. Es werden 69 neue Plätze entstehen, sodass zukünftig alle kreisangehörigen Städte ein Angebot vorhalten können.
komplemen- täre Hilfen	- Es sind Beratungsangebote und niedrigschwellige Betreuungsangebote vorhanden.
alternative Wohneinrich- tungen	- Auf Kreisebene gibt es drei Wohngemeinschaften, drei weitere ambulant betreute Wohngemeinschaften sind geplant bzw. bereits im Bau. In Gelvesberg bestehen zwei ambulant betreute Wohngemeinschaften für Menschen mit Demenz angebunden an eine stationäre Pflegeeinrichtung. Eine Wohngemeinschaft in Witten mit sieben Appartements wurde im Sommer 2009 bezogen.
vollstationäre Einrichtungen	<ul style="list-style-type: none"> - Ende 2015 gab es im Kreis 43 Heime mit 4016 zu belegenden Betten. Es ist anzunehmen, dass durch die Einzelzimmerquote noch Plätze aufgegeben werden müssen. - Die Nutzung der vollstationären Versorgungsangebote ist relativ konstant und hat sich seit 2010 kaum verändert. Die Inanspruchnahme der vollstationären Versorgung ist seitdem nur um 11,5 % gestiegen. Ein weiterer Ausbau wird bezogen auf das gesamte Kreisgebiet daher nicht notwendig sein. Betrachtet man die Auslastungszahlen jedoch städtespezifisch, ergibt sich ein Bedarf für Hattingen und Sprockhövel. - Alle pflegebedürftigen Menschen konnten bisher in ihre Wunschrichtung einziehen, wenn auch in manchen Gebieten nach einem vorübergehenden Aufenthalt in der KZP, bis die Wunschrichtung einen freien Platz hatte.

Insgesamt ist die Anzahl der Pflegegeldempfangenden und der Menschen, die Pflegesachleistung erhalten (Ende 2013 7.277 pflegebedürftige Menschen) und zu Hause betreut werden, gestiegen. Die stationäre Versorgungsquote fällt dagegen etwas ab, wohingegen im Kreisgebiet weniger Menschen zu Hause versorgt und mehr Menschen in Heimen betreut werden, als es die Relationen der Bundespflegestatistik aufzeigt.

Um den Verbleib in der eigenen Häuslichkeit zu fördern, wären in Ennepetal, Wetter und Breckerfeld teilstationäre Angebote förderlich, da beispielsweise Tagespflegeplätze dort nicht vorgehalten werden. Zudem wäre eine gleichmäßige Verteilung der Tagespflegeplätze im Kreisgebiet wünschenswert, um eine nachrangige vollstationäre Versorgung zu gewährleisten.

Quelle: Eigene Darstellung IGES (auf Grundlage von Daten aus Ennepe-Ruhr-Kreis 2016)

Analyse und Einschätzung des Bedarfs an KZP im Ennepe-Ruhr-Kreis

Nach Angaben des Berichts hält fast jede vollstationäre Einrichtung im Kreisgebiet eingestreute KZP-Plätze vor. Daneben gab es 2014 64 solitäre KZP-Plätze, deren Verteilung im Kreisgebiet in der nachfolgenden Tabelle 49 ausgewiesen ist (Ennepe-Ruhr-Kreis 2016: 22).

Tabelle 49: solitäre KZP-Plätze im Ennepe-Ruhr-Kreis 2014

	Platzzahl	Auslastung 2014
Ennepetal	6	65,8 %
Hattingen	15	97,8 %
Wetter	9	63 %
Witten	10	87,1 %
Witten	24	74,9 %

Quelle: Ennepe-Ruhr-Kreis 2016: 22

Die in der Tabelle dargestellte durchschnittliche Auslastung lässt, mit Ausnahme von Hattingen, nicht auf ein mangelndes Angebot an solitären KZP-Plätzen schließen. Allerdings wird ein solches Angebot nicht im gesamten Kreisgebiet vorgehalten.

Nach Recherchen von IGES konnten im Bereich der eingestreuten KZP-Plätze 268 Plätze in 35 vollstationären Dauerpflegeeinrichtungen identifiziert werden. Es ist jedoch nicht auszuschließen, dass sich unter den „eingestreuten“ Plätzen auch angebundene/separate KZP-Plätze befinden. Die Anzahl der solitären KZP-Plätze ist gegenüber dem Jahr 2014 auf insgesamt 58 in vier Einrichtungen gesunken.

Für den Ennepe-Ruhr-Kreis entspricht die Bereitstellung der insgesamt 326 Plätze für die Kurzzeitpflege in Bezug auf die Anzahl der Pflegebedürftigen in dem Kreisgebiet einer Quote von 23,6 (Anzahl der Pflegebedürftigen pro KZP-Platz). Dies bedeutet, dass ein KZP-Platz für rd. 24 Pflegebedürftige zur Verfügung steht. Im NRW-Vergleich (31,4) ist der Ennepe-Ruhr-Kreis damit rechnerisch besser aufgestellt.

In Anbetracht der Situationsanalyse in Tabelle 48 mangelt es jedoch an Entlastungsangeboten wie z. B. Tagespflegeplätzen in einigen Städten des Kreises.

Um dem Gebot „ambulant vor stationär“ zu folgen, sollten die ambulanten und ergänzenden Angebote, wie alternative Wohnformen, Tagespflegeplätze als auch (solitäre) KZP-Plätze, ausgebaut werden, um mögliche Heimeinweisungen hinauszögern zu können und den Bedürfnissen der hochaltrigen Pflegebedürftigen gerecht zu werden. Dazu gehört ebenfalls, ein möglichst wohnortnahes Versorgungsangebot bereitzustellen.

In Folge der Befragungsergebnisse wird die Situation in der Kurzzeitpflege aus Sicht der Sozialdienste als eher unzureichend betrachtet. Es wurde insgesamt von zu wenig freien Plätzen berichtet, insbesondere was die wohnortnahe Versorgung betraf. Auch wenn der Ennepe-Ruhr-Kreis eine recht gute KZP-Quote aufweist, so scheinen doch erhebliche regionale Unterschiede zu bestehen und der Bedarf in einigen Teilen des Kreises höher als das Angebot.

8.3.13 Essen

Die nachfolgenden Daten entstammen der statistischen Sonderausgabe „Menschen in Pflege“ der Stadt Essen 2017.

Eine ausführliche Berichterstattung zur Pflege(bedarfs)planung ist nicht vorhanden. Es werden lediglich allgemeine Angaben zur örtlichen Pflegeplanung auf der Internetseite der Stadt Essen gemacht und auf die kleinräumige stadtteil- und quartiersbezogene Analyse verwiesen. In Anbetracht der Einschätzung des zukünftigen Bedarfs wird folgende Aussage getroffen: "Eine zahlenscharfe Bezifferung perspektivisch erforderlicher neuer Pflegeplätze ist jedoch nicht möglich. Investoren und Leistungsanbieter werden den Pflegemarkt selbst beobachten und analysieren müssen (...)" (Stadt Essen 2017b).

Tabelle 50: Übersichtstabelle Stadt Essen

Merkmale der Region			
Anzahl der Bezirke/ Kommunen	9 (Stadtbezirk 1-9)		
Ländlich/städtisch geprägt	städtisch		
Einwohnerstruktur			
	IST	Prognose	Trend
Einwohner (Stand 2016)	593.894	2020: 588.067 2025: 594.700	fallend/steigend
Hochaltrige (ab 80 Jahre)/Anteil an Bevölkerung (Stand 2016)	37.978/6,4 %	k. A.	steigend
Pflegebedürftige (gesamt)/Anteil an Bevölkerung (Stand 2015)	20.346/3,5 %	k. A.	steigend
hochaltrige und pflegebedürftige Personen (Stand 2013)	10.000	2020: 12.564 2015: 14.213	steigend
Auszüge der Versorgungsstruktur			
	IST (Stand 2016)	Auslastung (Stand 2013)	Prognose/Planung
Ambulante Pflegedienste	77	k. A.	Anstieg seit 2013 (66)
Komplementäre Hilfen	k. A.	k. A.	k. A.
Plätze in Tagespflege (Einrichtungen)	227 (15)	110,3 %	Zuvor 1999: 128,6 und 2011: 182,5 %
alternative Wohneinrichtungen	k. A.	k. A.	k. A.
Plätze vollstationäre Einrichtungen (Einrichtungen)	7.400 (68)	92,8 %	Auslastung seit 2011 (91,3 %) gestiegen
Dominierende Versorgungsart	Im Jahr 2015 wurden 4.661 Pflegebedürftige professionell ambulant versorgt (22,9 %), 9.003 Pflegebedürftige empfangen Pflegegeld (44,2 %) und 6.682 Pflegebedürftige wurden vollstationär versorgt (32,8 %).		

Kurzzeitpflege			
	IST	Prognose/Planung	Anmerkungen
Solitäre Plätze (Einrichtungen)	36 (3)	k. A.	
Eingestrente Plätze (Einrichtungen)	436 (60)	k. A.	
Separate Plätze (Einrichtungen)	k. A.	k. A.	

Quelle: Eigene Darstellung IGES (auf Grundlage von Daten aus Stadt Essen 2016 und Stadt Essen 2017a, IT.NRW, wegweiser-kommune.de)

Aufgrund der fehlenden vorliegenden Bedarfseinschätzung bzw. einer expliziten Analyse wird die Situationsanalyse auf Basis der statistischen Daten aus den Jahren 1999 – 2013 durchgeführt.

Tabelle 51: Situationsanalyse Stadt Essen

Bevölkerungs-entwicklung	<ul style="list-style-type: none"> - Den statistischen Daten zu Folge (1999 - 2013) kann zusammengefasst werden, dass sich die Bevölkerungsstruktur gemäß dem demografischen Wandel verändern wird, d. h. der Anteil der älteren Bevölkerung wird zunächst steigen, wohingegen die Einwohnerzahl bis zum Jahr 2020 sinken wird. Allerdings wird danach mit einem Anstieg der Einwohnerzahlen gerechnet, Gründe werden nicht angeführt. - Bedeutsam ist weiterhin, dass sich die Zunahme der Pflegebedürftigen moderat verhält, hingegen der Anteil der Hochaltrigen und pflegebedürftigen Personen kontinuierlich steigen wird.
Regionale Entwicklung/Verteilung	<ul style="list-style-type: none"> - k. A.
ambulante Pflegedienste	<ul style="list-style-type: none"> - Im Zeitraum von 1999 bis zum Jahr 2013 ist die Anzahl der ambulanten Pflegedienste relativ konstant geblieben bei ca. 65 Pflegediensten. - Dabei ist zu bemerken, dass die Anzahl der zu betreuenden Menschen seit 1999 gesunken ist, das Personal jedoch zahlenmäßig gestiegen ist. - Aktuell sind im gesamten Stadtgebiet 77 ambulante Pflegedienste tätig.
Tages- und Nachtpflege	<ul style="list-style-type: none"> - Aktuell werden 227 Plätze in 15 Einrichtungen angeboten. - Die Auslastungsquoten der vergangenen Jahre weisen auf eine deutliche Überlastung und einen Bedarf an zusätzlichen Plätzen hin. - Ob der Bedarf aktuell gedeckt ist, lässt sich aufgrund fehlender aktueller Zahlen nicht einschätzen. - Dem Verlauf der letzten Jahre entsprechend kann ergänzt werden, dass sich die Anzahl der Plätze erhöht hat. - Angebote zur Nachtpflege werden ebenfalls vorgehalten.

komplementäre Hilfen	- Bezüglich komplementärer Hilfen werden keine Angaben gemacht, bis auf die Aussage, dass sich die Pflegestützpunkte als Beratungsinstitution gut etabliert haben.
alternative Wohneinrichtungen	- k. A.
vollstationäre Einrichtungen	- Die Anzahl der vollstationären Einrichtungen ist über die Jahre hinweg angestiegen. - Die Auslastungsquote ist ebenfalls zunehmend angestiegen, zeigt mit 92,8 % jedoch keine volle Auslastung bzw. Überlastung an. - Der Anteil des Personals in den Pflegeheimen ist dagegen im Vergleich zum Anstieg der Plätze über die Jahre gesunken.

Insgesamt lässt sich aus der Entwicklung in den Jahren 1999 – 2013 ableiten, dass sich die Zahlen in den Versorgungsbereichen 1999 und 2013 recht konstant verhielten, aber im Erhebungszeitraum 2011 einen Einbruch hatten.

Seit dem Jahr 2013 ist allerdings eine Zunahme an Plätzen oder Einrichtungen in allen Bereichen zu verzeichnen.

Kennzeichnend für die Stadt Essen ist aufgrund der Datenlage, dass die Anzahl der sich in stationärer Pflege befindlichen Personen stetig angestiegen ist (1999: 6.121 auf 2013: 6.594), wohingegen die Inanspruchnahme ambulanter Leistungen bis 2013 gesunken ist (1999: 4.212 auf 2013: 3.719). Ebenfalls gesunken ist die Anzahl der Pflegegeldempfangenden von 9.796 Personen 1999 auf 8.045 Personen im Jahr 2013. Seitdem sind die Zahlen im häuslichen Bereich jedoch wieder leicht angestiegen, sodass die Mehrheit der Pflegebedürftigen im häuslichen Bereich betreut wird, wobei der Anteil der Pflegebedürftigen in vollstationärer Versorgung dennoch recht hoch ist.

Quelle: Eigene Darstellung IGES (auf Grundlage von Daten aus Stadt Essen 2016)

Analyse und Einschätzung des Bedarfs an KZP in der Stadt Essen

In Essen gibt es laut aktuellen Angaben auf der Internetseite der Stadt Essen 34 KZP-Plätze in solitären Einrichtungen und über 400 eingestreute Plätze in stationären Einrichtungen (Stadt Essen 2017a).

Angaben zur Auslastung und den Bedarfen dieser Plätze werden nicht gemacht.

Nach Recherchen von IGES konnten im Bereich der eingestreuten KZP-Plätze aktuell 436 Plätze in 60 vollstationären Dauerpflegeeinrichtungen identifiziert werden. Es ist jedoch nicht auszuschließen, dass sich unter den „eingestreuten“ Plätzen auch angebundene/separate KZP-Plätze befinden. Die Anzahl der reinen solitären Plätze ist in etwa gleich und umfasst insgesamt 36 KZP-Plätze in drei Einrichtungen.

Für die Stadt Essen entspricht die Bereitstellung der insgesamt 472 Plätze für die Kurzzeitpflege in Bezug auf die Anzahl der ambulant versorgten Pflegebedürftigen in der Stadt einer Quote von 28,9 (Anzahl der Pflegebedürftigen pro KZP-Platz). Dies bedeutet, dass ein KZP-Platz für rd. 29 Pflegebedürftige zur Verfügung steht. Im NRW-Vergleich (31,4) ist Essen damit rechnerisch besser aufgestellt.

Unter Berücksichtigung der Situationsanalyse in Tabelle 50 und Tabelle 51 kann davon ausgegangen werden, dass durch die nicht volle Auslastung der stationären Einrichtungen die Anzahl der eingestreuten Plätze ausreichend ist und bei Bedarf für Kurzzeit- und Verhinderungspflege genutzt werden kann, folglich auch keine weiteren solitären Plätze zur Verfügung gestellt werden müssten.

Andererseits wächst die Anzahl der stationär Versorgten und gleichzeitig sind Entlastungsangebote für pflegende Angehörige, z. B. Tagespflege, ausgelastet. Ob dieser Bedarf aktuell gedeckt werden kann, ist daher fraglich und eröffnet die Frage, ob die KZP als alternatives Angebot zur Entlastung ausreicht. Auch wenn die Anzahl der pflegenden Angehörigen im Verlauf der Jahre gesunken ist, so ist der Anteil der Pflegegeldempfangenden noch der höchste unter den Pflegebedürftigen.

Da es jedoch an weiteren konkreten Angaben fehlt, ist eine Bedarfseinschätzung aktuell nicht möglich. Zudem fehlt es an Angaben zur regionalen Verteilung.

In Folge der Befragungsergebnisse dieser Studie ist die Situation in der Kurzzeitpflege in Essen sehr unterschiedlich zu beurteilen bzw. unterschiedliche Angaben deuten auf Versorgungsunterscheide im Stadtgebiet. hin Die befragten Sozialdienste gaben, dass das Angebot an KZP-Plätzen teilweise ausreichend oder eben nicht ausreichend wäre. Ergänzend wurde hinzugefügt: *„Zwar meistens freie Plätze vorhanden, diese Heime nehmen dann aber nicht genau diesen Patienten, da z.B. keine Angehörige vorhanden, die sich kümmern. Einige Heime verlangen im Voraus per Überweisung den Eigenanteil, dies ist kaum möglich (keine Angehörige oder Finanzen müssen erst mit dem Sozialamt geklärt werden) und von daher scheiden diese Einrichtungen direkt aus.“* So scheint Essen insgesamt tatsächlich eine theoretisch ausreichende Anzahl an KZP-Plätzen vorzuhalten, allerdings scheitert es im Einzelfall u. U. an den Aufnahmebedingungen.

8.3.14 Euskirchen (Kreis)

Die Datengrundlage für die nachfolgende Analyse entstammt der Kommunalen Pflegeplanung für den Kreis Euskirchen, welche vom Institut für empirische Wirtschafts- und Sozialforschung (INWISO) erstellt wurde.

Tabelle 52: Übersichtstabelle Kreis Euskirchen

Merkmale der Region	
Anzahl der Bezirke/ Kommunen	11 (Euskirchen, Mechernich, Zülpich, Bad Münstereifel, Schleiden, Weilerswist, Kall, Blankenheim, Hellenthal, Nettersheim und Dahlem)
Ländlich/städtisch geprägt	städtisch und ländlich

Einwohnerstruktur			
	IST (Stand 2015)	Prognose	Trend
Einwohner	191.165	k. A.	fallend
Hochaltrige (ab 80 Jahre)/Anteil an Bevölkerung	10.705/5,6 %	k. A.	steigend
Pflegebedürftige (gesamt)/Anteil an Bevölkerung	8.507/4,5 %	k. A.	k. A.
hochaltrige und pflegebedürftige Personen (Stand 2013)	4.186	k. A.	k. A.

Auszüge der Versorgungsstruktur			
	IST (Stand 2015)	Auslastung	Prognose/Planung
Ambulante Pflegedienste	37	k. A.	Bedarf an Personal
Komplementäre Hilfen	vorhanden	k. A.	k. A.
Plätze in Tagespflege (Einrichtungen)	112 (9)	k. A.	k. A.
alternative Wohneinrichtungen	vorhanden	k. A.	k. A.
Plätze vollstationäre Einrichtungen (Einrichtungen)	2.466 (32)	k. A.	aktuell kein Bedarf, erst Bedarf für 2040
Dominierende Versorgungsart	Im Jahr 2015 wurden 1.861 Pflegebedürftige professionell ambulant versorgt (21,9 %), 4.558 Pflegebedürftige empfangen Pflegegeld (53,6 %) und 2.088 Pflegebedürftige wurden vollstationär versorgt (24,5 %).		

Kurzzeitpflege			
	IST	Prognose/Planung	Anmerkungen
Solitäre Plätze (Einrichtungen)	19 (2)	k. A.	
Eingestreuete Plätze (Einrichtungen)	157 (28)	k. A.	
Separate Plätze (Einrichtungen)	k. A.	k. A.	

Quelle: Eigene Darstellung IGES (auf Grundlage von Daten aus Allinger *et al.* 2015, IT.NRW, wegweiser-kommune.de)

Tabelle 53: Situationsanalyse Kreis Euskirchen

Bevölkerungs-entwicklung	<ul style="list-style-type: none"> - In den weiter nördlich und östlich gelegenen Städten und Gemeinden im Kreis (Stadt Euskirchen, Gemeinde Weilerswist, Stadt Zülpich, Stadt Mechernich) ist die Anzahl der über 75-Jährigen pro Quadratkilometer am höchsten. Innerhalb des gesamten Kreises leben in der Stadt Euskirchen die meisten über 75-Jährigen (36,69 Personen pro Quadratkilometer) und in der Gemeinde Dahlem (am südwestlichen Rand) mit 5,06 Personen die wenigsten.
Regionale Entwicklung/Verteilung	<ul style="list-style-type: none"> - Die bevölkerungsreichste Region des Kreises war die Kreisstadt Euskirchen im Jahr 2013 mit 55.558 Einwohnern. Dort lebten knapp 30 % der gesamten Kreisbevölkerung. Darauf folgten die kreisfreien Städte Mechernich (26.763 Einwohner, ca. 14 %) und Zülpich (19.634 Einwohner, ca. 11 %). - Es gibt starke Unterschiede zwischen den Regionen, in manchen Gegenden leben fast ausschließlich Menschen im erwerbsfähigen Alter und in anderen dagegen deutlich mehr ältere Menschen.
ambulante Pflegedienste	<ul style="list-style-type: none"> - Im Kreis Euskirchen gibt es 37 ambulante Pflegedienste bei 19.442 Personen über 75 Jahren (Stand 2015). - 26 Dienste sind ansässig im Nordosten des Kreises (10 in der Stadt Euskirchen, 6 in Mechernich, jeweils 4 in Bad Münstereifel und Zülpich sowie 2 in Weilerswist) und 11 Dienste im Südwesten (4 in Kall, 4 in Schleiden und jeweils einer in Blankenheim, Hellenthal und Nettersheim). - Zahlreiche Neugründungen lassen auf einen attraktiven Markt für Anbieter schließen. Problematisch gestaltet sich jedoch der Personal- und Fachkräftemangel, sodass berichtet wird, dass eine adäquate pflegerische Versorgung nicht mehr gewährleistet werden kann und neue Patienten ablehnt werden müssen. - Die Zahlen verdeutlichen zwar einen Anstieg, aber einen nicht ausreichenden: Zwischen 2009 und 2013 stieg die Anzahl der Pflegedienste von 31 auf 33 (+ 6,5 %), sodass im gleichen Zeitraum die Anzahl der Mitarbeitenden in den ambulanten Pflegediensten im Kreis Euskirchen von 532 auf 652 anstieg (+ 22,6 %). - Langfristig ist aufgrund des demografischen Wandels und des Rückgangs des informellen Pflegepotentials mit einer steigenden Inanspruchnahme ambulanter Pflegeleistungen zu rechnen. Auch wegen der wachsenden Bedeutung vorstationärer Pflegealternativen werden mehr ältere Pflegebedürftige auf ambulante Pflegedienste angewiesen sein als zum jetzigen Zeitpunkt.
Tages- und Nachtpflege	<ul style="list-style-type: none"> - Seit 2009 erfahren teilstationäre Angebote einen Zuwachs von über 140 %. Aktuell stehen 9 Tagespflegeeinrichtungen mit insgesamt 112 Plätzen zur Verfügung. Weitere Tagespflegeeinrichtung (15 Plätzen) sind im Stadtteil Kommern der Stadt Mechernich für 2016 geplant. - Ein Angebot zur Nachtpflege wird nicht vorgehalten.
komplementäre Hilfen	<ul style="list-style-type: none"> - Angebote zu komplementären Hilfen werden vorgehalten, z. B. zentrales Informationsbüro Pflege (ZIB), Pflegestützpunkt, gerontopsychiatrische Beratungsstellen (GPB) sowie niedrigrschwellige Entlastungs- und Betreuungsdienste.

alternative Wohneinrichtungen	- Angebote zu alternativen Wohnformen werden ebenfalls vorgehalten, u. a. Service Wohnungen (489) und ambulant betreute Wohngemeinschaften (3) (Stand 2015).
vollstationäre Einrichtungen	<ul style="list-style-type: none"> - Im Kreis Euskirchen gab es im Jahr 2015 statistisch für 7,88 Einwohner über 74 Jahren ein Pflegebett. Dagegen gab es in Kall für 1.154 Menschen über 74 Jahre nur 20 vollstationäre Pflegebetten. Die Versorgungsdichte in den Städten und Gemeinden schwankt dementsprechend enorm und liegt zwischen 1,73 % und 23,35 %. - Zukünftig gilt es, die Ungleichverteilung der Angebote zu beobachten und bei der Verteilung der Neubauten nicht zu verstärken. Noch könne allerdings gut erreichbare Angebote in Nachbargemeinden genutzt werden. - Trotzdem erfordert die ungünstige Verteilung der Pflegeeinrichtungen insgesamt ein größeres Angebot als bei einer gleichmäßigen Verteilung. Freie Kapazitäten einer Gemeinde an einem Rand des Kreises können Minderkapazitäten an anderen Orten nicht kompensieren.

Insgesamt werden zu allen Komponenten der pflegerischen Versorgung Angebote vorgehalten. Das größte Problem im Kreis Euskirchen besteht in der ungleichen Verteilung der Angebote.

Quelle: Eigene Darstellung IGES (auf Grundlage von Daten aus Allinger *et al.* 2015)

Analyse und Einschätzung des Bedarfs an KZP im Kreis Euskirchen

Laut dem Bericht verfügt der Kreis Euskirchen über insgesamt 176 KZP-Plätze, die sich in 19 solitäre KZP-Plätze in 2 Einrichtungen und 157 eingestreute KZP-Plätze in 28 vollstationären Einrichtungen aufteilen. Es stehen demnach 9,1 Plätze pro 1.000 Personen über 75 Jahre zur Verfügung (Allinger *et al.* 2015: 71).

Deutlich wird dagegen die unterschiedliche Verteilung und Vorhaltung von KZP-Plätzen innerhalb des gesamten Kreisgebiets. So werden in Metternich 37 Plätze vorgehalten, wohingegen Nettersheim nur zwei anbieten kann. Des Weiteren verfügen nur zwei Städte (Bad Münstereifel, Zülpich) über solitäre KZP-Plätze (siehe Tabelle 54).

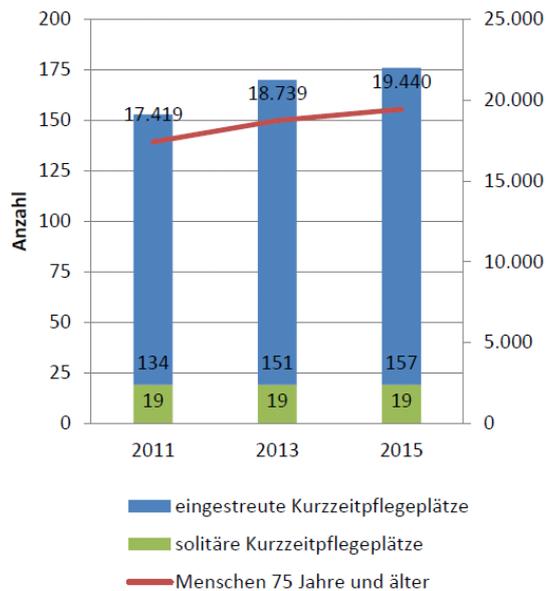
Tabelle 54: Verteilung der KZP-Plätze innerhalb des Kreises Euskirchen (Stand 16.11.2015)

Stadt/Gemeinde	eingestreu- te Plätze	originäre Plätze	Plätze insgesamt	Plätze insgesamt in %	Plätze insgesamt je 1.000 Personen über 75 Jahre
Bad Münstereifel	12	6	18	10	9,0
Blankenheim, Ahr	16	0	16	9	16,0
Dahlem, bei Kall	5	0	5	3	10,2
Euskirchen	34	0	34	19	6,4
Hellenthal	8	0	8	5	7,8
Kall	10	0	10	6	8,7
Mechernich	37	0	37	21	14,6
Nettersheim	2	0	2	1	2,4
Schleiden	23	0	23	13	14,7
Weilerswist	5	0	5	3	3,3
Zülpich	5	13	18	10	9,1
Kreis Euskirchen	157	19	176	100	9,1

Quelle: Allinger *et al.* 2015: 72

Die Entwicklung der KZP-Plätze im Zeitraum von 2011 bis 2015 wird in der folgenden Abbildung 54 dargestellt. Die Anzahl der solitären Plätze blieb mit 19 Plätzen seitdem unverändert, während die eingestreuten KZP-Plätze im gesamten Kreis von 134 auf 157 Plätze (+17,2 %, 23 Plätze absolut) aufgestockt wurden (ebd.).

Abbildung 54: Anzahl der KZP-Plätze im Kreis Euskirchen im Zeitraum 2011-2015



Quelle: Allinger *et al.* 2015: 72

In Bezug auf die Anzahl der ambulant versorgten Pflegebedürftigen im Kreis Euskirchen entspricht die Bereitstellung der insgesamt 176 Plätze für die Kurzzeitpflege einer Quote von 36,5 (Anzahl der Pflegebedürftigen pro KZP-Platz). Dies bedeutet, dass ein KZP-Platz für rd. 37 Pflegebedürftige zur Verfügung steht. Im NRW-Vergleich (31,4) ist der Kreis Euskirchen damit rechnerisch schlechter aufgestellt.

Bezüglich der Auslastung und der Bedarfe an KZP-Plätzen wird von häufig vorliegenden saisonalen Schwankungen gesprochen (u. a. in der Sommerurlaubszeit), sodass in den Sommermonaten eine höhere Auslastung als in den Wintermonaten zu verzeichnen ist (Allinger *et al.* 2015: 73).

Unter Berücksichtigung der Situationsanalyse (siehe Tabelle 53) ist anzunehmen, dass sich eventuell weitere Engpässe in den besonderen Bedarfsmonaten abzeichnen. Bei den ambulanten Pflegediensten ist zu erwarten, dass sie aufgrund des Personal- und Fachkräftemangels kaum Verhinderungspflege leisten können. Vorstationäre Angebote, wie z. B. die Tagespflege, sind zumindest in der Vergangenheit ausgelastet gewesen. Stationäre Angebote werden zunehmend nachgefragt, sodass auch dort eine steigende Auslastung möglich ist. Eine Kompensation durch alternative Wohnformen ist durchaus möglich und gegeben. Das größte Problem stellt nach wie vor die ungleiche Verteilung der vorgehaltenen Plätze dar, die eine wohnortnahe Versorgung erschwert.

In Folge der Befragungsergebnisse dieser Studie wird deutlich, dass sich die Situation der Kurzzeitpflege im Kreis Euskirchen zunehmend zuspitzt (insbesondere in den letzten 3 Monaten). Sowohl die Pflegestützpunkte als auch die Sozialdienste gaben an, dass die Nachfrage an KZP-Plätzen in letzten 12 Monaten zugenommen habe und die Plätze nicht ausreichend seien. Die Pflegestützpunkte gaben an, dass gelegentlich keine freien Plätze gefunden werden, vor allem in Urlaubszeiten. Dies wurde bereits in der Situationsanalyse deutlich. Weiterhin sei zu wenig Personal vorhanden, um eventuell weitere Pflegebedürftige zu betreuen. Vor allem kurzfristig sei es oft schwierig einen freien Platz zu finden, die durchschnittliche Wartezeit betrage 1 - 2 Wochen. Oftmals müsste dann auf wohnortferne Einrichtungen ausgewichen werden. Im Kreis Euskirchen wird daher trotz Neubauten von Pflegeheimen mit weiteren Mangel an KZP-Plätzen gerechnet.

8.3.15 Gelsenkirchen

Für Gelsenkirchen liegt keine Pflegeplanung vor.

Im Jahr 2015 lebten in Gelsenkirchen 260.368 Einwohner. Etwa 6,1 % waren zu diesem Zeitpunkt im Alter von 80 Jahren und darüber, das entsprach in absoluten Zahlen 15.882 Menschen (IT.NRW, wegweiser-kommune.de).

Die Zahl der Pflegebedürftigen betrug im selben Jahr 10.448 und entsprach etwa 4,0 % der Gesamtbevölkerung in Gelsenkirchen. Im Jahr 2013 waren bereits 5.152 Personen hochaltrig und pflegebedürftig (IT.NRW).

Die Mehrheit der Pflegebedürftigen wurde dabei sowohl professionell ambulant gepflegt (2.423 Personen/23,2 %) bzw. empfangt Pflegegeld (5.565 Personen/53,3 %). Dementsprechend wurden 76,5 % der Pflegebedürftigen in der eigenen Häuslichkeit versorgt. 2.460 Pflegebedürftige wurden dagegen vollstationär versorgt (23,5 %) (Stand 2015) (IT.NRW).

Nach Recherchen von IGES konnten 214 eingestreute KZP-Plätze in 24 Einrichtungen und 55 solitäre KZP-Plätze in drei Einrichtungen identifiziert werden. Es ist jedoch nicht auszuschließen, dass sich unter den „eingestreuten“ Plätzen auch angebundene/separate KZP-Plätze befinden.

Für die Stadt Gelsenkirchen entspricht die Bereitstellung der insgesamt 269 Plätze für die Kurzzeitpflege in Bezug auf die Anzahl der ambulant versorgten Pflegebedürftigen in der Stadt einer Quote von 29,7 (Anzahl der Pflegebedürftigen pro KZP-Platz). Dies bedeutet, dass ein KZP-Platz für rd. 30 Pflegebedürftige zur Verfügung steht. Im NRW-Vergleich (31,4) ist Gelsenkirchen damit rechnerisch besser aufgestellt.

Die Befragungsergebnisse der Studie bestätigen die recht gute KZP-Quote in Gelsenkirchen. Aus Sicht der Sozialdienste wurden das Angebot an KZP-Plätzen als ausreichend empfunden.

8.3.16 Gütersloh (Kreis)

Der folgenden Analyse liegt der Pflegeplan für den Kreis Gütersloh aus dem Jahr 2015 zugrunde.

Tabelle 55: Übersichtstabelle Kreis Gütersloh

Merkmale der Region			
Anzahl der Bezirke/ Kommunen	13 (Borgholzhausen, Werther, Halle, Versmold, Harsewinkel, Steinhagen, Herzebrock-Clarholz, Gütersloh, Rheda-Wiedenbrück, Langenberg, Rietberg, Verl, Schloß Holte-Stukenbrock)		
Ländlich/städtisch geprägt	ländlich geprägt		
Einwohnerstruktur			
	IST (Stand 2015)	Prognose	Trend
Einwohner	360.642	2020: 368.607 2030: 382.915	steigend
Hochaltrige (ab 80 Jahre)/Anteil an Bevölkerung	19.475/5,4 %	2020: 25.271 2030: 26.792	steigend
Pflegebedürftige (gesamt)/Anteil an Bevölkerung	11.284/3,1 %	k. A.	steigend
hochaltrige und pflegebedürftige Personen (Stand 2013)	5.753	k. A.	steigend
Auszüge der Versorgungsstruktur			
	IST (Stand 2015)	Auslastung	Prognose/Planung
Ambulante Pflegedienste	55	k. A.	k. A.
Komplementäre Hilfen	vorhanden	k. A.	k. A.
Plätze in Tagespflege (Einrichtungen)	310 (22)	k. A.	kein Bedarf vorhanden
alternative Wohneinrichtungen	vorhanden	k. A.	kein Bedarf vorhanden
Plätze vollstationäre Einrichtungen (Einrichtungen)	2.554 (29)	88 % (unter Einbezug der KZP)	kein Bedarf vorhanden
Dominierende Versorgungsart	Im Jahr 2015 wurden 3.685 Pflegebedürftige professionell ambulant versorgt (32,7 %), 5.228 Pflegebedürftige empfangen Pflegegeld (46,3 %) und 2.371 Pflegebedürftige wurden vollstationär versorgt (21,0 %).		

Kurzzeitpflege			
	IST	Prognose/Planung	Anmerkungen
Solitäre Plätze (Einrichtungen)	15 (1)	k. A.	
Eingestreuete Plätze (Einrichtungen)	254 (28)	k. A.	
Separate Plätze (Einrichtungen)	13 (2)	k. A.	

Quelle: Eigene Darstellung IGES (auf Grundlage von Daten aus Kreis Gütersloh 2015, IT.NRW, wegweiser-kommune.de)

Tabelle 56: Situationsanalyse Stadt Gütersloh

Bevölkerungs-entwicklung	<ul style="list-style-type: none"> - Die Bevölkerung umfasst insgesamt 360.642 Einwohner (Stand 2015) und die durchschnittliche Bevölkerungsdichte beträgt 373 Einwohner pro Quadratkilometer. In den 3 Städten Schloss Holte-Stukenbrock, Rheda-Wiedenbrück und Gütersloh liegt die Dichte über dem Durchschnitt. - Die Bevölkerungsgruppe der Jüngeren ist rückläufig, wohingegen der Anteil der älteren Bevölkerung zunimmt. Bis zum Jahr 2030 wird sich die Anzahl der über 90-Jährigen um mehr als 100 % erhöhen, die Altersgruppe der 95- bis 99-Jährigen wird sogar eine Erhöhung um 170 % erfahren. Auffällig ist auch die für 2030 prognostizierte Erhöhung der Anzahl der 65- bis 69-Jährigen (Erhöhung um 70 %). - Ende 2013 lebten im Kreis Gütersloh insgesamt 9.898 Pflegebedürftige (2,76 % der Gesamtbevölkerung). Der Kreis Gütersloh liegt damit deutlich unter dem NRW-Anteil von 3,30 % bzw. dem Bundesdurchschnitt von 3,25 %.
Regionale Entwicklung/Verteilung	<ul style="list-style-type: none"> - Der Kreis Gütersloh zählt mit einer Fläche von 969 km² zu den größeren ländlich geprägten Flächenkreisen NRWs.
ambulante Pflegedienste	<ul style="list-style-type: none"> - Im gesamten Kreis gibt es derzeit 55 ambulante Pflegedienste. Diese betreuen insgesamt deutlich mehr Pflegebedürftige als dies in den Vergleichsregionen der Fall ist (8,55 je 1.000 Einwohner/ NRW 7,48 je 1.000 Einwohner).
Tages- und Nachtpflege	<ul style="list-style-type: none"> - Insgesamt gibt es im Kreis Gütersloh 22 Einrichtungen mit insgesamt 310 Plätzen. Das Angebot ist seit 2010 enorm ausgebaut worden (+76 %). Weitere Tagespflegeeinrichtungen sind aktuell in Planung. - Es gibt keine Informationen zur Auslastung, aber es werden aktuell von 15 der 22 Einrichtungen freie Plätze an verschiedenen Tagen angeboten, was vorerst auf ein ausreichendes Angebot hindeutet.
komplementäre Hilfen	<ul style="list-style-type: none"> - Die Angebote sind vielfältig und erweitern sich ständig im Bereich niedrigschwelliger Betreuungs- und Entlastungsdienste. Inwieweit es noch Bedarfe gibt, muss ortsbezogen geprüft werden. - Es gibt ein vielfältiges etabliertes Beratungsangebot, u. a. Online-Pflegeinformationssystem (PflIO), Pflegeberatung der Pflegekassen, Wohnberatung der AWO, Sozialdienste der Krankenhäuser, gerontopsychiatrische Ambulanz, Bürgerinformations- und Selbsthilfekontaktstelle.

alternative Wohneinrichtungen	<ul style="list-style-type: none"> - Im Kreis Gütersloh werden unterschiedliche Formen des Wohnens angeboten, z. B.: Rund um die Uhr Versorgung in Form von Hausgemeinschaften bzw. Pflegewohngruppen (43 Standorte mit insgesamt 609 Plätzen). - Weitere Wohngruppen sind in Planung: Gütersloh (24 Plätze), Halle (15 Plätze), Harsewinkel, Langenberg (18 Plätze), Rheda-Wiedenbrück (18 Plätze), Schloss Holte-Stukenbrock (18 Plätze, Fertigstellung Anfang 2016), Werther (16 Plätze), Verl (16 Plätze).
vollstationäre Einrichtungen	<ul style="list-style-type: none"> - Insgesamt gibt es 29 vollstationäre Einrichtungen mit 2.554 Plätzen. - Das Angebot stagniert seit einigen Jahren, was u. a. auf den erheblichen Ausbau der ambulant betreuten Wohngemeinschaften zurückzuführen ist. - Die Auslastung beträgt rund 88 %, sodass ein Überangebot vorhanden ist, das auch zukünftig noch vorhanden sein wird.

Der Kreis Gütersloh verfügt insgesamt über eine sehr hohe Versorgungsquote. Mit einer erhöhten Nachfrage nach Tagespflegeangeboten ist künftig noch weiter zu rechnen.

Es ist ein deutlicher Trend zur professionellen Pflege festzustellen, der sich nicht nur auf den Ausbau alternativer Wohnformen zurückführen lässt.

Dagegen ist der stationäre Bereich in den vergangenen Jahren hinsichtlich der Anzahl der Pflegebedürftigen kaum angestiegen.

Quelle: Eigene Darstellung IGES (auf Grundlage von Daten aus Kreis Gütersloh 2015)

Analyse und Einschätzung des Bedarfs an KZP im Kreis Gütersloh

Im Kreis Gütersloh wird im Bereich der KZP ein Angebot von einer solitären Einrichtung mit 15 Plätzen (+ eine KZP-Einrichtung mit 15 Plätzen speziell für behinderte bzw. pflegebedürftige Kinder und Jugendliche) vorgehalten. Zusätzlich gibt es 254 eingestreute Plätze in 28 vollstationären Einrichtungen und 13 KZP-Plätze als sogenannte angebundene/separate Plätze in zwei vollstationären Einrichtungen (Kreis Gütersloh 2015: 17).

Für den Kreis Gütersloh entspricht die Bereitstellung der insgesamt 282 Plätze für die Kurzzeitpflege in Bezug auf die Anzahl der ambulant versorgten Pflegebedürftigen in dem Kreisgebiet einer Quote von 31,6 (Anzahl der Pflegebedürftigen pro KZP-Platz). Dies bedeutet, dass ein KZP-Platz für rd. 32 Pflegebedürftige zur Verfügung steht. Im NRW-Vergleich (31,4) liegt der Kreis Gütersloh damit im Landesdurchschnitt.

Seit dem Jahr 2008 hat sich das Angebot an eingestreuten KZP-Plätzen von 76 auf 254 Plätze mehr als verdreifacht. Dies liegt zum einen begründet in den niedrigen Auslastungsquoten der vollstationären Pflegeeinrichtungen und zum anderen in der erhöhten Nachfrage nach KZP-Angeboten (Kreis Gütersloh 2015: 26).

Dagegen wurden die solitär zur Verfügung stehenden Plätze in den stationären Einrichtungen (angebunden/separat) von 45 auf 28 reduziert und teilweise in eingestreute Plätze umgewandelt, um Plätze für die vollstationäre Pflege zur Verfügung zu stellen. Begründet liegt dies in mehr Flexibilität und Wirtschaftlichkeit (ebd.).

Unter Berücksichtigung der Situationsanalyse (vgl. Tabelle 56) ist aufgrund des guten Versorgungsangebots davon auszugehen, dass der Bedarf an KZP gedeckt ist und auch zukünftig ausreichend sein wird. Unklar ist, ob die Angebote auch in den ländlicheren Regionen in Wohnortnähe vorgehalten werden.

Die Befragungsergebnisse zur Situation der Kurzzeitpflege im Kreis Gütersloh erscheinen nicht ganz so positiv. Den Aussagen der Krankenhaus-Sozialdienste zu Folge wird das Angebot als nicht ausreichend eingeschätzt. Auch in den Freitexten wurde auf Engpässe hingewiesen: „[Benötigt werden] *Heime die sich auf die Kurzzeitpflege spezialisieren, da in der Ferien-/Urlaubszeit 80 % der Pflegeplatzanfragen abgesagt werden müssen aufgrund von Plätzenmangel.*“ Ein Bedarf an solitären Plätzen scheint dementsprechend vorhanden, insbesondere in Folge hoher Nachfragen zu bestimmten Zeiten.

8.3.17 Hagen

Die Datengrundlage für die folgende Analyse stellt die Pflegebedarfsplanung 2016 – 2019 der Stadt Hagen dar.

Tabelle 57: Übersichtstabelle Stadt Hagen

Merkmale der Region			
Anzahl der Bezirke/ Kommunen	5 (Hagen-Mitte, Hagen-Nord, Hohenlimburg, Haspe, Eilpe-Dahl)		
Ländlich/städtisch geprägt	städtisch		
Einwohnerstruktur			
	IST (Stand 2015)	Prognose	Trend
Einwohner	189.044	2019: 183.200	fallend
Hochaltrige (ab 80 Jahre)/Anteil an Bevölkerung	12.288/6,5 %	2019:13.691/7,5 %	steigend
Pflegebedürftige (gesamt)/Anteil an Bevölkerung	8.218/4,4 %	2019: 8.062	seit 2005 Steigerung um 43 %
hochaltrige und pflegebedürftige Personen (Stand 2013)	3.943	k. A.	k. A.
Auszüge der Versorgungsstruktur			
	IST (Stand 2015)	Auslastung	Prognose/Planung
Ambulante Pflegedienste	38	k. A.	k. A.
Komplementäre Hilfen	vorhanden	k. A.	k. A.
Plätze in Tagespflege (Einrichtungen)	77	k. A.	k. A.

alternative Wohneinrichtungen	vorhanden	k. A.	Bedarf vorhanden
Plätze vollstationäre Einrichtungen (Einrichtungen)	2.201	94,3 %	Bedarf zukünftig vorhanden
Dominierende Versorgungsart	Im Jahr 2015 wurden 1.596 Pflegebedürftige professionell ambulant gepflegt (19,4 %), 4.537 Pflegebedürftige empfangen Pflegegeld (55,2 %) und 2.085 Pflegebedürftige wurden vollstationär versorgt (25,4 %).		

Kurzzeitpflege			
	IST	Prognose/Planung	Anmerkungen
Solitäre Plätze (Einrichtungen)	46 (3)	k. A.	aktuell kein Bedarf, jedoch bis 2019 ist mit einer Unterdeckung zu rechnen.
Eingestreute Plätze (Einrichtungen)	149 (21)	k. A.	
Separate Plätze (Einrichtungen)	k. A.	k. A.	

Quelle: Eigene Darstellung IGES (auf Grundlage von Daten aus Stadt Hagen 2016, IT.NRW, wegweiser-kommune.de)

Tabelle 58: Situationsanalyse Stadt Hagen

Bevölkerungs-entwicklung	<ul style="list-style-type: none"> - Ende 2019 werden voraussichtlich 13.691 über 80-Jährige in Hagen leben. Der Anteil dieser Altersgruppe wird weiter ansteigen, wobei der Anteil der 60 bis 80-Jährigen relativ konstant bleiben wird. - In Hagen-Mitte wohnen die meisten Menschen im Alter über 60 Jahre. In Hagen-Nord und Hohenlimburg ist der Anteil der Menschen über 60 Jahre an der Gesamtbevölkerung mit 30,7 % bzw. 30,6 % am höchsten.
Regionale Entwicklung/Verteilung	<ul style="list-style-type: none"> - Es wurden keine konkreten Angaben gemacht, wobei anhand der Übersichtskarten starke ungleiche geografische Verteilungen bzw. Konzentrationen von Versorgungsangeboten in bestimmten Gebieten zu erkennen sind.
ambulante Pflegedienste	<ul style="list-style-type: none"> - Im Stadtgebiet sind 38 ambulante Pflegedienste tätig.
Tages- und Nachtpflege	<ul style="list-style-type: none"> - Die Tagespflegeeinrichtungen sind im Stadtgebiet ungleich verteilt, so dass Menschen mit pflegebedarf aus den Bezirken Eilpe, Dahl und Hohenlimburg kein Tagespflegeangebot zur Verfügung steht. Sie besuchen Einrichtungen in anderen Bezirken.
komplementäre Hilfen	<ul style="list-style-type: none"> - Hauswirtschaftsdienste, Mahlzeitendienste und Beratungsstellen ergänzen das professionelle Angebot für pflegebedürftige Menschen in der Stadt Hagen.
alternative Wohneinrichtungen	<ul style="list-style-type: none"> - Die Stadt Hagen ist bemüht den Ausbau alternativer Wohneinrichtungen weiter voranzutreiben. Laut Bericht werden ca. 4 % der Pflegebedürftigen mit einem stationären Bedarf in Wohngemeinschaften versorgt. Bis 2019 ist mit einem Anstieg auf 5 % zu rechnen. Dafür müssten 118 Plätze in Wohngemeinschaften zur Verfügung stehen. Dementsprechend verringert sich der Platzbedarf in stationären Einrichtungen und somit eine Unterdeckung von 112 Plätzen in stationären Pflegeeinrichtungen.

**vollstationäre
Einrichtungen**

- Bislang war die Versorgungsquote von 17 % immer bedarfsdeckend. Seit liegt diese bei 18 %, weil die Platzzahl in Heimen stärker angestiegen ist als die Anzahl der über 80-Jährigen. Die Auslastung dieses Angebots kann nur schwer festgestellt werden. Laut einer Umfrage waren Mitte 2015 127 Plätze nicht belegt (Auslastung 94,3 %). Inwieweit KZP-Plätze darin inbegriffen waren, wurde nicht separat befragt. Damit verhält sich die Auslastung zu niedrig.
- Unabhängig davon ist zu erwarten, dass die Anzahl der hochaltrigen Menschen weiter steigen wird. Zusätzlich werden aufgrund von Umbauten (Einzelzimmerquote) ca. 132 Plätze in vollstationären Pflegeeinrichtungen wegfallen. Somit werden 2019 insgesamt 2.126 Plätze in Pflegeheimen zur Verfügung stehen; was eine Unterdeckung von 230 Plätzen nach sich zieht. Ein Teil dieses Bedarfes kann durch vorhandene und neu zu schaffende Plätze in Wohngemeinschaften gedeckt werden.
- Für 2016 waren weitere Bauvorhaben in Planung, dennoch gibt es im Stadtteil Hohenlimburg zu wenig stationäre Plätze trotz vorhandener Wohngemeinschaften dort. Auch im Bezirk Hagen-Nord ergibt sich eine größere Unterdeckung.

Insgesamt wird die Versorgungsquote als angemessen eingestuft (ca. 17 %). Ausgehend von diesem Wert würden 2020 2.355 Plätze in vollstationären Einrichtungen und in Wohngemeinschaften benötigt.

Im Bericht wird davon ausgegangen, dass der Bedarf im Jahr 2019 nicht gedeckt sein wird, weshalb stationäre Heimplätze und Wohngemeinschaften zu initiieren sind, um ausreichend Wahlmöglichkeiten zwischen verschiedenen Wohnformen zu schaffen.

Quelle: Eigene Darstellung IGES (auf Grundlage von Daten aus Stadt Hagen 2016)

Analyse und Einschätzung des Bedarfs an KZP in der Stadt Hagen

In Hagen gibt es 3 solitäre KZP-Einrichtungen mit insgesamt 46 Plätzen und 149 eingestreute KZP-Plätze in 21 vollstationären Pflegeeinrichtungen. Diese verteilen sich unterschiedlich auf die einzelnen Stadtbezirke und werden in manchen gar nicht vorgehalten (vgl. Tabelle 59). Dem Bericht entsprechend verfügen jedoch fast alle Pflegeheime über eingestreute KZP-Plätze (Stadt Hagen 2016: 38f.).

Tabelle 59: Übersicht der KZP-Plätze in den Hager Stadtbezirken (Stand 30.04.2016)

Stadtbezirk	Sozialraum / Bezirksbezeichnung	Plätze in Kurzzeitpflege (Solitär-einrichtungen ⁶)	Plätze in Kurzzeitpflege (eingestreut ⁷)	Plätze im Stadtbezirk insgesamt
Mitte	Kuhlerkamp / Philippshöhe	0	4	94
	Wehringhausen	0	4	
	Altenhagen / Eckesey-Süd	0	0	
	Ernst / Eppenhause	0	10	
	Fleyerviertel / Klosterviertel/ Tondemsiedlung	0	11	
	Stadtmitte / Oberhagen / Remberg	22	43	
Nord	Vorhalle	0	0	52
	Eckesey-Nord	0	10	
	Boelerheide	0	6	
	Boele / Kabel / Bathey	17	0	
	Helfe / Fley	7	12	
	Garenfeld	0	0	
Hohenlimburg	Halden / Herbeck	0	0	16
	Berchum	0	0	
	Henkhausen / Reh	0	0	
	Eisey	0	6	
	Holthausen / Wesselbach / Hohenlimburg-Mitte / Oege / Nahmer	0	10	
Eilpe/Dahl	Eilpe / Delstern / Selbecke	0	2	4
	Dahl / Priorei / Rummenohl	0	2	
Haspe	Quambusch / Baukloh / Westerbauer / Hasper-Bachtal	0	13	29
	Spielbrink / Geweke / Tücking	0	6	
	Haspe-Mitte / Kückelhausen-Nord	0	10	
	Hestert / Kückelhausen-Süd	0	0	
Hagen gesamt		46	149	195

Quelle: Stadt Hagen 2016: 15

Für die Stadt Hagen entspricht die Bereitstellung der insgesamt 195 Plätze für die Kurzzeitpflege in Bezug auf die Anzahl der Pflegebedürftigen in der Stadt einer Quote von 31,5 (Anzahl der Pflegebedürftigen pro KZP-Platz). Dies bedeutet, dass ein KZP-Platz für rd. 32 Pflegebedürftige zur Verfügung steht. Im NRW-Vergleich (31,4) liegt die Stadt damit fast im Landesdurchschnitt.

Dem Ergebnis einer Umfrage zu Folge sind allerdings sowohl die solitären als auch die eingestreuten KZP-Plätze nicht ausgelastet. Es wird von einer Belegungsquote von 59,1 % ausgegangen (siehe Tabelle 60) (Stadt Hagen 2016. 39).

Tabelle 60: Belegung der KZP-Plätze in Hagen (Stand 2015)

	2015
Plätze in Solitäreinrichtungen	46
eingestreute Plätze in stat. Pflegeeinrichtungen	149
insgesamt	195
mögliche Belegungstage	71.175
tatsächlich abgerechnete Belegungstage von Hagenern in Hagener und in auswärtigen Einrichtungen	42.049
Belegungsquote	59,1 %

Quelle: Stadt Hagen 2016: 39

Es kann zusammengefasst werden, dass nicht alle KZP-Plätze benötigt werden, weshalb eingestreute KZP-Plätze teilweise bereits mit Bewohnerinnen und Bewohnern der vollstationären Dauerpflege belegt sind (ebd.).

Seit dem Jahr 2013 sind die Belegungstage der KZP-Plätze gestiegen. Bis zum Jahr 2019 ist mit einem weiteren Anstieg der Belegungsquoten zu rechnen. „Überschlägige Berechnungen ergaben ca. 43.078 Belegungstage für das Jahr 2017 und 44.030 Belegungstage für das Jahr 2019. Bei einer gleichbleibenden Anzahl von Kurzzeitpflegeplätzen entspricht dies einer Belegungsquote von 60,5 % bzw. von 61,9 %. Nach vorsichtigen Schätzungen könnten daher 30 % dieser Plätze auf Dauer vergeben werden, dies wären 45 Plätze. Die restlichen 104 Plätze werden in den nächsten Jahren für die Kurzzeitpflege benötigt“ (Stadt Hagen 2016: 39) (siehe auch Tabelle 61).

Tabelle 61: Bedarfsprognose des Pflegebedarfs in der Stadt Hagen für das Jahr 2019

Pflegeplätze insgesamt 06/2015	Neubauvorhaben	Plätze, die für die Kurzzeitpflege benötigt werden	Wegfall von Pflegeplätzen durch Anpassung an die Bestimmungen des WTG	Anzunehmendes Pflegeplatzangebot bis 2019	Bedarfsprognose bis 2019	Unterdeckung
2.201	160	-104	- 132	2.125	2.355	230

Quelle: Stadt Hagen 2016: 40

Insgesamt kann unter Berücksichtigung der Situationsanalyse in Tabelle 58 davon ausgegangen werden, dass zukünftig ein Bedarf an vollstationären Wohnplätzen bestehen wird. Da die Stadt bemüht ist den Ausbau alternativer Wohnformen zu fördern, könnte sich die Lage für die vollstationären Plätze ein wenig entspannen und somit Kapazitäten für eingestreute KZP-Plätze freigegeben werden.

Da aus der Stadt Hagen keine Befragungsergebnisse vorlagen, können keine ergänzenden Angaben gemacht werden.

8.3.18 Hamm

Die vorliegende Analyse beruht auf den Daten des verbindlichen Pflegebedarfsplans der Stadt Hamm für die Jahre 2015 - 2018.

Tabelle 62: Übersichtstabelle der Stadt Hamm

Merkmale der Region			
Anzahl der Bezirke/ Kommunen	7 (Hamm-Mitte, Bockum-Hövel, Heessen, Herringen, Pelkum, Rhynern, Uentrop)		
Ländlich/städtisch geprägt	städtisch		
Einwohnerstruktur			
	IST (Stand 2015)	Prognose	Trend
Einwohner	179.397	2020: 179.779	leicht steigend
Hochaltrige (ab 80 Jahre)/Anteil an Bevölkerung	10.405/5,8 %	2020: 11.876/6,6 %	steigend
Pflegebedürftige (gesamt)/Anteil an Bevölkerung	5.597/3,1 %	2020: 5.718	steigend
hochaltrige und pflegebedürftige Personen (Stand 2013)	2.819	k. A.	k. A.
Auszüge der Versorgungsstruktur			
	IST (Stand 2015)	Auslastung	Prognose/Planung
Ambulante Pflegedienste	k. A.	k. A.	k. A.
Komplementäre Hilfen	vorhanden.	k. A.	k. A.
Plätze in Tagespflege (Einrichtungen)	56 (4)	k. A.	Bedarf vorhanden
alternative Wohneinrichtungen	vorhanden	k. A.	k. A.
Plätze vollstationäre Einrichtungen (Einrichtungen)	1934 (27)	k. A.	kein Bedarf vorhanden
Dominierende Versorgungsart	Im Jahr 2015 wurden 1.253 Pflegebedürftige professionell ambulant versorgt (22,4 %), 2.548 Pflegebedürftige empfangen Pflegegeld (45,5 %) und 1.796 Pflegebedürftige wurden vollstationär versorgt (32,1 %).		

Kurzzeitpflege			
	IST	Prognose/ Planung	Anmerkungen
Solitäre Plätze (Einrichtungen)	15 (1)	k. A	
Eingestrente Plätze (Einrichtungen)	197 (29)	k. A	
Separate Plätze (Einrichtungen)	k. A.	k. A	

Quelle: Eigene Darstellung IGES (auf Grundlage von Daten aus Stadt Hamm 2015, IT.NRW, wegweiser-kommune.de)

Tabelle 63: Situationsanalyse Stadt Hamm

Bevölkerungs-entwicklung	-	Insbesondere die Bevölkerungsgruppe der Einwohner unter 60 Jahren ist zwischen 2001 bis 2013 um 7.000 Personen gesunken. Dagegen wird sich der Anteil der Menschen über 80 Jahren im Jahr 2020 fast verdoppelt haben.
Regionale Entwicklung/Verteilung	-	keine konkreten Angaben
ambulante Pflegedienste	-	k. A.
Tages- und Nachtpflege	-	<p>Laut des Berichts gibt es 4 Tagespflegeeinrichtungen mit insgesamt 56 Plätzen, welche sich auf die Sozialräume Hamm-Mitte, Uentrop und Hamm- Westen verteilen.</p> <p>Bisher ist nicht bekannt, wie das Angebot in Anspruch genommen wird. Sollte das Angebot einer guten Auslastung unterliegen ist mit einer Ausweitung auf weitere Sozialräume zu rechnen, die bisher noch kein solches Angebot vorhalten.</p>
komplementäre Hilfen	-	Konkrete Angaben zu den komplementären Hilfen wurden nicht gemacht. Es wurde lediglich von einer Zusammenlegung der Beratungsstellen Wohnen und Pflege berichtet.
alternative Wohneinrichtungen	-	<p>Es gibt 9 ambulant betreute Wohngemeinschaften mit insgesamt 92 Plätzen, welche sich auf die Sozialräume Hamm-Mitte, Hamm-Westen, Hamm-Norden, Uentrop und Bockum-Hövel verteilen, und daher noch nicht in allen Sozialräumen vorhanden sind.</p> <p>Da die Stadt Hamm ambulante Wohngemeinschaften als wesentliche Komponente der altengerechten Quartiersentwicklung betrachten, wird ein weiterer Ausbau an möglichst zentralen Standorten im Quartier angestrebt.</p>

**vollstationäre
Einrichtungen**

- Die Zahl der Einrichtungen hat sich mittlerweile nahezu verdoppelt mit insgesamt 1.934 Plätzen in 27 Einrichtungen (Stand 06/2015). Alle neun Sozialräume in Hamm verfügen über vollstationäre Pflegeplätze, die in Relation zu der älteren Bevölkerung jedoch nicht gleichmäßig auf die Sozialräume verteilt sind.
- Die Auslastungsquote der stationären Einrichtungen ist allerdings rückläufig und liegt zurzeit nur bei ca. 93 % (Leerstand von ca. 135 Pflegeplätzen). Daher ist für die Jahre 2015 – 2018 kein weiterer Bedarf vorhanden.
- Im Verhältnis werden dennoch überdurchschnittlich viele Menschen in Hamm in stationären Einrichtungen versorgt. Es gibt keine plausiblen Gründe dafür, sodass von einer angebotsinduzierten Nachfrage auszugehen ist. Weiterhin könnten veränderte Familienstrukturen und mangelnde Information und Beratung zu niedrigschwelligen oder ambulanten Versorgungsmöglichkeiten Gründe dafür sein.

Insgesamt ist aufgrund der neuen sozialplanerischen Ausrichtung zu erwarten, dass die Anzahl der Menschen, die vollstationär versorgt werden, wieder sinken wird - trotz zu erwartender Veränderungen in den familiären Strukturen.

Daher müssen die zukünftigen Angebote in den Sozialräumen gleichmäßig verteilt werden.

Quelle: Eigene Darstellung IGES (auf Grundlage von Daten aus Stadt Hamm 2015)

Analyse und Einschätzung des Bedarfs an KZP in der Stadt Hamm

In der Stadt Hamm gibt es laut Bericht eine solitäre KZP-Einrichtung im Sozialraum Hamm-Werries (15 Plätze) sowie weitere 142 eingestreute KZP-Plätze in vollstationären Einrichtungen (Stadt Hamm 2015: 32).

Nach Recherchen von IGES haben sich die Zahlen im Bereich der eingestreuten KZP-Plätze seit dem Jahr 2015 auf 197 Plätze in 29 vollstationären Dauerpflegeeinrichtungen erhöht. Es ist jedoch nicht auszuschließen, dass sich unter den „eingestreuten“ Plätzen auch angebundene/separate KZP-Plätze befinden. Die Anzahl der reinen solitären Plätze ist dagegen gleichgeblieben.

Für die Stadt Hamm entspricht die Bereitstellung der insgesamt 212 Plätze für die Kurzzeitpflege in Bezug auf die Anzahl der ambulant versorgten Pflegebedürftigen in der Stadt einer Quote von 17,9 (Anzahl der Pflegebedürftigen pro KZP-Platz). Dies bedeutet, dass ein KZP-Platz für rd. 18 Pflegebedürftige zur Verfügung steht. Im NRW-Vergleich (31,4) ist Hamm damit rechnerisch deutlich besser aufgestellt.

Aufgrund der nicht voll ausgelasteten vollstationären Pflegeeinrichtungen ist davon auszugehen, dass ausreichend KZP-Plätze vorhanden sind. Die Stadt Hamm sieht daher momentan keinen weiteren Bedarf an KZP-Plätzen (Stadt Hamm 2015: 33).

In Anbetracht der Analyse der umgebenden Versorgungsstrukturen (siehe Tabelle 63), der Ausrichtung hin zum Ausbau alternativer Wohneinrichtungen und der errechneten KZP-Quote von rd. 18 ambulant betreuten Pflegebedürftigen je Platz kann der Aussage nicht widersprochen werden. Zu analysieren gilt es lediglich, ob die KZP-Plätze auch wohnortnah zur Verfügung stehen.

In Folge der Befragungsergebnisse kann die Situation der Kurzzeitpflege in der Stadt Hamm ebenfalls als gut beurteilt werden. Nach Angaben der Sozialdienste sind ausreichend KZP-Plätze vorhanden.

8.3.19 Heinsberg (Kreis)

Die vorliegende Analyse beruht auf den Daten der verbindlichen Bedarfsplanung, des Kreises Heinsberg 2016 – 2019.

Tabelle 64: Übersichtstabelle Kreis Heinsberg

Merkmale der Region			
Anzahl der Bezirke/ Kommunen	10 (Selfkant, Gangelt, Übach-Palenberg, Geilenkirchen, Heinsberg, Waldfeucht, Hückelhoven, Wassenberg, Wegberg, Erkelenz)		
Ländlich/städtisch ge- prägt	städtisch und ländlich		
Einwohnerstruktur			
	IST (Stand 2015)	Prognose	Trend
Einwohner	252.527	k. A.	k. A.
Hochaltrige (ab 80 Jahre)/Anteil an Bevölkerung	13.889/5,5 %	k. A.	k. A.
Pflegebedürftige (ge- samt)/Anteil an Be- völkerung	10.755/4,3 %	k. A.	k. A.
hochaltrige und pfl- egebedürftige Perso- nen (Stand 2013)	5.276	k. A.	k. A.
Auszüge der Versorgungsstruktur			
	IST	Auslastung	Prognose/Planung
Ambulante Pflege- dienste	vorhanden	k. A.	k. A.
Komplementäre Hil- fen	k. A.	k. A.	k. A.
Plätze in Tagespflege (Einrichtungen)	400	k. A.	Bedarf vorhanden
alternative Wohnein- richtungen	vorhanden	k. A.	k. A.
Plätze vollstationäre Einrichtungen (Einrichtungen)	1.938	k. A.	kein Bedarf vorhan- den
Dominierende Ver- sorgungsart	Im Jahr 2015 wurden 2.200 Pflegebedürftige professionell ambulant versorgt (20,5 %), 6.089 Pflegebedürftige empfangen Pflegegeld (56,6 %) und 2.466 Pflegebedürftige wurden vollstationär versorgt (22,9 %).		

Kurzzeitpflege			
	IST	Prognose/Planung	Anmerkungen
Solitäre Plätze (Einrichtungen)	k. A.	k. A.	
Eingestreute Plätze (Einrichtungen)	143 (34)	Bedarf vorhanden	
Separate Plätze (Einrichtungen)	k. A.	k. A.	

Quelle: Eigene Darstellung IGES (auf Grundlage von Daten aus Kreis Heinsberg 2016, IT.NRW, wegweiser-kommune.de)

Tabelle 65: Situationsanalyse Kreis Heinsberg

Bevölkerungs-entwicklung	- k. A.
Regionale Entwicklung/Ver-teilung	- In der Vorhaltung pflegerischer Angebote gibt es regionale Unterschiede im Kreis Heinsberg. Die Bedarfe werden nicht in allen Kommunen/Sozi-alräumen erreicht.
ambulante Pflegedienste	- Ambulante Pflegedienste sind im gesamten Kreis vorhanden.
Tages- und Nachtpflege	- Im gesamten Kreis Heinsberg gibt es ein großes und flächendeckendes Angebot an Tagespflegeplätzen, was jedoch räumlich ungleich verteilt ist. - Der Bedarf an Tagespflegeplätzen ist laut Bericht aktuell noch gedeckt. Ab dem Jahr 2018 sind Defizite von 25 Plätzen und 2019 von ca. 51 Plät-zen zu erwarten. - Es besteht kein Bedarf an Nachtpflegeangeboten.
komplemen-täre Hilfen	- k. A.
alternative Wohneinrich-tungen	- Angebote zu alternativen Wohneinrichtungen sind in unterschiedlicher Form gegeben.
vollstationäre Einrichtungen	- Der Bedarf an vollstationären Einrichtungen scheint bis 2019 gedeckt, sodass eine weitere Ausweitung für nicht notwendig erachtet wird. Es wird eher von weiteren Überkapazitäten ausgegangen. - Zudem geht der Trend eher zur Nutzung alternativer Wohngemeinschaften mit Betreuungsleistungen, welche langfristig den Bedarf an zusätzli-chen vollstationären Angeboten kompensieren.

Insgesamt wird von einer Substitution des Pflegeplatzangebots ausgegangen. Bedeutend ist die ungleiche regionale Verteilung der Versorgungsangebote im Kreis Heinsberg.

Quelle: Eigene Darstellung IGES (auf Grundlage von Daten aus Kreis Heinsberg 2016)

Analyse und Einschätzung des Bedarfs an KZP im Kreis Heinsberg

Laut dem Bericht wurden im Jahr 2015/2016 insgesamt 139 KZP-Plätze in 36 stati-onären Einrichtungen angeboten. Solitäre KZP-Plätze wurden nicht explizit ausge-wiesen.

Nach Recherchen von IGES haben sich die Zahlen im Bereich der eingestreuten KZP-Plätze auf aktuell 143 Plätze, verteilt auf unterdessen nur 34 vollstationäre Dauerpflegeeinrichtungen, erhöht. Es ist jedoch nicht auszuschließen, dass sich unter den „eingestreuten“ Plätzen auch angebundene/separate KZP-Plätze befinden. Bezüglich der Anzahl solitärer KZP-Plätze wurden keine Angaben gefunden.

Für den Kreis Heinsberg entspricht die Bereitstellung der insgesamt 143 Plätze für die Kurzzeitpflege in Bezug auf die Anzahl der ambulant versorgten Pflegebedürftigen im Kreisgebiet einer Quote von 58,0 (Anzahl der Pflegebedürftigen pro KZP-Platz). Dies bedeutet, dass ein KZP-Platz für rd. 58 Pflegebedürftige zur Verfügung steht. Im NRW-Vergleich (31,4) ist der Kreis Heinsberg damit wesentlich schlechter ausgestattet.

Diese ungünstige KZP-Quote weist auf eine Unterversorgung hin. Im Jahr 2015 wurde in folgenden Gemeinden und Städten bereits ein Bedarf oder Wegfall an KZP-Plätzen gemeldet: Stadt Hückelhoven (+7), Stadt Übach-Palenberg (+2), Stadt Wegberg (+3) und in der Stadt Erkelenz (-7) (Kreis Heinsberg 2016: C8).

Von einem zusätzlichen Bedarf an KZP-Plätzen wird ausgegangen, sodass im Jahr 2019 (mindestens) weitere 34 Plätze benötigt werden.

Da der Kreis Heinsberg bei den Befragungsergebnissen nicht vertreten war, können keine ergänzenden Angaben gemacht werden.

8.3.20 Herford (Kreis)

Die Datengrundlage für die folgende Analyse stellt die Kommunale Pflegeplanung im Kreis Herford (Stand 2016) dar.

Tabelle 66: Übersichtstabelle Kreis Herford

Merkmale der Region			
Anzahl der Bezirke/ Kommunen	9 (Bünde, Herford, Rödinghausen, Kirchlengern, Spenge, Löhne, Hiddenshausen, Enger, Vlotho)		
Ländlich/städtisch geprägt	städtisch und ländlich		
Einwohnerstruktur			
	IST (Stand 2015)	Prognose	Trend
Einwohner	252.122	2030: 238.335	fallend
Hochaltrige (ab 80 Jahre)/Anteil an Bevölkerung	16.892/6,7 %	2020: 19.934 2030: 19.545	steigend
Pflegebedürftige (gesamt)/Anteil an Bevölkerung	8.560/3,4 %	2020: 8.496 2030: 8.821	steigend
hochaltrige und pflegebedürftige Personen (Stand 2013)	4.686	2020: 5.257 2030: 5.087	größte Gruppe der Pflegebedürftigen

Auszüge der Versorgungsstruktur			
	IST (Stand 2015)	Auslastung	Prognose/Planung
Ambulante Pflegedienste	40	k. A.	kein Bedarf vorhanden
Komplementäre Hilfen	vorhanden	k. A.	k. A.
Plätze in Tagespflege (Einrichtungen)	97 (8)	k. A.	Bedarf vorhanden
alternative Wohneinrichtungen	vorhanden	k. A.	Bedarf vorhanden
Plätze vollstationäre Einrichtungen (Einrichtungen)	2.261 (30)	Ø 96,6 %	kein Bedarf vorhanden
Dominierende Versorgungsart	Im Jahr 2015 wurden 2.082 Pflegebedürftige professionell ambulant versorgt (24,3 %), 4.135 Pflegebedürftige empfangen Pflegegeld (48,3 %) und 2.343 Pflegebedürftige wurden vollstationär versorgt (27,4 %).		

Kurzzeitpflege			
	IST	Prognose/Planung	Anmerkungen
Solitäre Plätze (Einrichtungen)	36 (2)	Bedarf vorhanden	
Eingestreute Plätze (Einrichtungen)	278 (28)	kein Bedarf vorhanden	
Separate Plätze (Einrichtungen)	k. A.	k. A.	

Quelle: Eigene Darstellung IGES (auf Grundlage von Daten aus Engels und Köller 2016, IT.NRW, wegweiser-kommune.de)

Tabelle 67: Situationsanalyse Kreis Herford

Bevölkerungs-entwicklung	<ul style="list-style-type: none"> - Der Anteil der jungen Menschen unter 40 Jahren ist seit dem Jahr 2000 um 18 % gesunken, wohingegen die Zahl der Älteren ab 80 Jahren um 44 % gestiegen ist. Der Trend wird sich auch zukünftig fortsetzen mit einer besonders starken Zunahme der 60 bis 69-Jährigen (+45 %). - Im Jahr 2014 lag der Anteil der älteren Bevölkerung sogar höher als im Landes- und auch Bundesdurchschnitt. - Herford ist die größte Stadt (65.538 Einwohner), während Rödinghausen (9.656 Einwohner) die bevölkerungsärmste Kommune im Kreis ist.
Regionale Entwicklung/Verteilung	<ul style="list-style-type: none"> - Die verschiedenen Versorgungsangebote sind im Kreis Herford unterschiedlich verteilt. In manchen Gemeinden/Städten ist das Versorgungsangebot nicht den Bedarfen entsprechend ausgerichtet.

ambulante Pflegedienste	<ul style="list-style-type: none"> - Laut des Berichts versorgen aktuell 40 Pflegedienste die Pflegebedürftigen im Kreis Herford, davon sind die meisten in der Stadt Herford tätig. Über die geringste Anzahl an ambulanten Diensten verfügen Kirchlingern, Rödinghausen und Spenge (jeweils zwei Dienste). - Insgesamt sind 1.271 Personen in den ambulanten Diensten tätig. Dies bedeutet eine Dichte von 7,8 Mitarbeitern je 100 Ältere ab 80 Jahren für den gesamten Kreis. Jedoch ergeben sich regionale Unterschiede, sodass in der Stadt Herford die Versorgungsdichte am höchsten und in Kirchlingern (2,8) und Spenge (3,2 Mitarbeiter je 100 Ältere ab 80 Jahren) diese niedriger ist. - Der Personalbestand von 7,8 Mitarbeitern je 100 Ältere ab 80 Jahren liegt damit über dem Landesschnitt von NRW (6,7) und dem Bundeschnitt (7,0). - Damit scheint der Bereich der pflegerischen Versorgung gut ausgebaut zu sein.
Tages- und Nachtpflege	<ul style="list-style-type: none"> - Im Kreis Herford gibt es 8 Tagespflegeeinrichtungen mit insgesamt 97 Plätzen. Die meisten Plätze werden in Löhne vorgehalten (zwei Einrichtungen mit 25 Plätzen). Dagegen gibt es in Enger, Kirchlingern und Rödinghausen keine Tagespflegeeinrichtungen - Die Versorgungsdichte in Bezug zu den Einwohnern ab 80 Jahren beträgt im gesamten Kreis 0,6 Tagespflegeplätze je 100 Ältere ab 80 Jahren. Unabhängig der Gemeinden, wo es kein derartiges Angebot gibt, ist das Angebot in der Stadt Bünde mit 0,4 Plätzen je 100 Ältere ab 80 Jahren zu gering. Des Weiteren liegt die Dichte unter dem Landes- und Bundesdurchschnitt (1,0). - Grundsätzlich ist ein ausreichendes Tagespflegeangebot im gesamten Kreis vorhanden, sollte aber zukünftig wohnortnah geplant und in den unterversorgten Gebieten ausgebaut werden.
komplementäre Hilfen	<ul style="list-style-type: none"> - Pflegeergänzende und präventive Angebote sind unterschiedlich stark ausgebaut und vorhanden. Im Bereich Information und Beratung bezüglich Demenz weisen die verschiedenen Kommunen Unterschiede auf. Herford und Hiddenhausen sind in Bezug auf den Anteil der älteren Bevölkerung am besten versorgt, während in Enger, Löhne und Vlotho der Ergänzungsbedarf am größten ist. - Niedrigschwellige haushaltsnahe Dienstleistungen werden im Kreis Herford von neun Haushaltshilfe-Diensten, zwei Menüservice-Dienste, fünf Hausnotruf-Diensten und drei Fahrdiensten angeboten. Die meisten Anbieter sind in der Stadt Herford ansässig, aber kommunenübergreifend tätig.
alternative Wohneinrichtungen	<ul style="list-style-type: none"> - Es gibt 520 betreute Wohnungen im Kreis Herford (3,2 betreute Wohnungen je 100 Ältere ab 80 Jahren) sowie 152 Plätze in 11 ambulant betreuten Wohngemeinschaften (0,9 Plätze je 100 Ältere ab 80 Jahren). Diese Wohnform wird in der Regel alternativ zur stationären Pflege genutzt und soll zukünftig auf 212 Plätze erweitert werden.

**vollstationäre
Einrichtungen**

- Ende 2015 gab es 30 stationäre Pflegeeinrichtungen mit 2.261 vollstationären Plätzen. Die Versorgungsdichte lag im gesamten Kreis bei 13,8 Plätzen je 100 Ältere ab 80 Jahren (unter dem Landesdurchschnitt von 17,2 Plätzen und dem Bundesdurchschnitt von 18,7 Plätzen je 100 Ältere ab 80 Jahren).
- Die Stadt Herford verfügt über die meisten Plätze (8 Einrichtungen mit 663 Plätzen, Versorgungsdichte von 15,5 Plätzen je 100 Ältere ab 80 Jahren). Auch die Gemeinde Rödinghausen liegt mit 28,9 Plätzen je 100 Ältere ab 80 Jahren deutlich über dem Kreisdurchschnitt, während Hiddenhausen (7,3) und Enger (7,8) unter dem Durchschnitt liegen. Positiv ist aber, dass es in jeder Stadt und Gemeinde ein Angebot gibt.
- Im Jahr 2018 ist kreisweit von 2.507 Plätzen auszugehen, dies entspricht einer Versorgungsdichte von 15,3 Plätzen je 100 Ältere ab 80 Jahren.
- Die berichtete Auslastung liegt zwischen 80 und 100 %, im Durchschnitt bei 96,6 %. Umfangreiche Wartelisten sind nicht bekannt. Dementsprechend ist zwar eine gute Auslastung, aber keine Überlastung zu verzeichnen, sodass die derzeitige Versorgung als ausreichend bewertet werden kann.

Insgesamt ist das Versorgungsangebot im Kreis teilweise gut ausgebaut (z. B. ambulante Pflege), wohingegen in anderen Bereichen Erweiterungs- und Ausbaubedarf (Tagespflege, solitäre Kurzzeitpflege, Betreutes Wohnen) vorhanden ist. Die Angebote verteilen sich zudem regional sehr unterschiedlich.

Durch schwankende Zunahme und Abnahme des Anteils der Hochaltrigen in den nächsten Jahren im Kreis Herford ist der Ausbau der Versorgungskapazitäten ebenfalls Schwankungen unterworfen, was einen linearen Anstieg der Kapazitäten erschwert.

Quelle: Eigene Darstellung IGES (auf Grundlage von Daten aus Engels und Köller 2016)

Analyse und Einschätzung des Bedarfs an KZP im Kreis Herford

Im Jahr 2015 gab es insgesamt 31 Einrichtungen mit 315 KZP-Plätzen im Kreis Herford. Die meisten Plätze wurden in Löhne vorgehalten (71), wohingegen Hiddenhausen die geringsten Kapazitäten aufwies (5) (vgl. Tabelle 68). In Bezug auf die Einwohner ab 80 Jahren ergab sich auf Kreisebene eine Versorgungsdichte von 1,9 KZP-Plätzen je 100 Ältere ab 80 Jahren (Bundesdurchschnitt beträgt 1,0) (Engels und Köller 2016: 42).

Tabelle 68: Verteilung der KZP-Plätze im Kreis Herford (Stand 2015)

Stadt/Gemeinde	Einrichtung	Plätze	je 100 ab 80 J.
Bünde	5	47	1,6
Enger	3	31	2,5
Herford	7	61	1,4
Hiddenhausen	1	5	0,4
Kirchlengern	2	14	1,3
Löhne	5	71	2,8
Rödinghausen	3	22	3,6
Spenge	2	24	2,3
Vlotho	3	40	3,1
Kreis Herford	31	315	1,9

Quelle. Engels und Köller 2016: 42

Von den insgesamt 315 angebotenen Plätzen waren 36 solitäre KZP-Plätze in zwei Einrichtungen. Die restlichen 271 Plätze in den 29 vollstationären Einrichtungen sind dagegen eingestreute Plätze. Die verbleibenden acht Plätze werden als separate Plätze in den vollstationären Einrichtungen angeboten, die sonst nur eingestreute Plätze anbieten. Somit werden 14 % (44 Plätze) der KZP-Kapazitäten in solitärer Form angeboten und 86 % (271 Plätze) in eingestreuter Form (Engels und Köller 2016: 42).

Ein Mangel an Plätzen ist in der Stadt Herford und in Hiddenhausen festzustellen, wobei das Angebot der KZP insgesamt als ausreichend beschrieben wird. Problematisch verhalten sich die lediglich 14 % verlässlich zur Verfügung stehenden solitären KZP-Plätze, sodass ein um eine Versorgungsquote von 1,9 Plätzen je 100 Ältere ab 80 Jahren auch zukünftig halten zu können, eine Ausweitung der Plätze in möglichst solitärer Form gewünscht ist (Engels und Köller 2016: 61).

Nach Recherchen von IGES haben sich die Zahlen im Bereich der eingestreuten KZP-Plätze seit dem Jahr 2015 nur geringfügig verändert und liegen bei insgesamt 278 Plätzen in 28 vollstationären Dauerpflegeeinrichtungen. Es ist jedoch nicht auszuschließen, dass sich unter den „eingestreuten“ Plätzen auch angebundene/separate KZP-Plätze befinden. Die Anzahl der reinen solitären Plätze ist dagegen gleichgeblieben.

Für den Kreis Herford entspricht die Bereitstellung der insgesamt 314 Plätze für die Kurzzeitpflege in Bezug auf die Anzahl der ambulant versorgten Pflegebedürftigen in dem Kreisgebiet einer Quote von 19,8 (Anzahl der Pflegebedürftigen pro KZP-Platz). Dies bedeutet, dass ein KZP-Platz für rd. 20 Pflegebedürftige zur Verfügung steht. Im NRW-Vergleich (31,4) ist der Kreis Herford damit rechnerisch besser aufgestellt.

Ein Ausbau- und Nachholbedarf an KZP-Plätzen wird auch von befragten Einrichtungsleitungen im Kreis Herford angegeben (Engels und Köller 2016: 46) – obwohl der Kreis Herford mit rd. 20 ambulant versorgten Pflegebedürftigen je Platz bereits eine der besten KZP-Quoten in NRW ausweist.

Für das Jahr 2025 wird für eine Bedarfsdeckung eine Erhöhung der Platzkapazitäten auf 374 Plätze erwartet. Ein Teil davon könnte durch bereits geplante stationäre Neubauten gedeckt werden.

Unter Berücksichtigung der Situationsanalyse (siehe Tabelle 67) ist anzunehmen, dass durch den weiteren Ausbau alternativer Wohneinrichtungen und den noch und eventuell weiter frei werdenden Kapazitäten in den vollstationären Pflegeeinrichtungen die Bedarfe der KZP gedeckt werden können. Zusätzlich ist die Versorgung durch ambulante Anbieter ausreichend abgedeckt, sodass auch diese in der Lage sein sollten (zusätzlich) Verhinderungspflege zu leisten, und daher keine Defizite zu erwarten sind.

Entgegen der Ergebnisse der Situationsanalyse und der recht guten KZP-Quote im Vergleich zu NRW, spiegeln die Umfrageergebnisse ein etwas anderes Bild wieder. Den befragten Pflegestützpunkten sowie den Sozialdiensten zu Folge sind nicht ausreichend Plätze vorhanden bzw. besteht der Wunsch nach weiteren KZP-Plätzen. Laut den Sozialdiensten scheint es nicht nur zu den Ferienzeiten ein Problem zu sein. Die Situation habe sich in den letzten Jahren verändert: *„Es ist das ganze Jahr über schwierig einen Kpfl.-Platz zu bekommen und nicht mehr nur zu den Ferienzeiten wie die Jahre davor.“* Auf der anderen Seite gaben die Pflegestützpunkte an, dass es nur gelegentlich vorkäme, dass kein freier Platz gefunden wird. Zudem betrage die Wartezeit unter 1 Woche/bzw. keine Wartezeit. Das Bild gestaltet sich daher etwas widersprüchlich und deutet auf regionale Unterschiede hin.

8.3.21 Herne

Die der Analyse zugrundeliegenden Daten sind dem Pflegeplan 2016 der Stadt Herne entnommen, welcher jedoch nicht einer verbindlichen Bedarfsplanung gleichzusetzen ist.

Tabelle 69: Übersichtstabelle Stadt Herne

Merkmale der Region			
Anzahl der Bezirke/ Kommunen	4 (Wanne, Eickel, Herne-Mitte, Sodingen)		
Ländlich/städtisch geprägt	städtisch		
Einwohnerstruktur			
	IST (Stand 2015)	Prognose	Trend
Einwohner	155.851	k. A.	k. A.
Hochaltrige (ab 80 Jahre)/Anteil an Bevölkerung	10.130/6,5 %	k. A.	steigend
Pflegebedürftige (gesamt)/Anteil an Bevölkerung	6.854/4,4 %	2025: 8.100	k. A.

hochaltrige und pflegebedürftige Personen (Stand 2013)	3.300	k. A.	k. A.
------------------------------------------------------------------	-------	-------	-------

Auszüge der Versorgungsstruktur

	IST (Stand 2016)	Auslastung	Prognose/Planung
Ambulante Pflegedienste	k. A.	k. A.	k. A.
Komplementäre Hilfen	k. A.	k. A.	k. A.
Plätze in Tagespflege (Einrichtungen)	147 (7)	k. A.	k. A.
alternative Wohneinrichtungen	vorhanden	k. A.	k. A.
Plätze vollstationäre Einrichtungen (Einrichtungen)	1.797 (18)	98,1 %	Bedarf vorhanden
Dominierende Versorgungsart	Im Jahr 2015 wurden 1.539 Pflegebedürftige professionell ambulant versorgt (22,5 %), 3.562 Pflegebedürftige empfangen Pflegegeld (52,0 %) und 1.753 Pflegebedürftige wurden vollstationär versorgt (25,6 %).		

Kurzzeitpflege

	IST	Prognose/Planung	Anmerkungen
Solitäre Plätze (Einrichtungen)	24 (1)	dringend Bedarf vorhanden	
Eingestreuete Plätze (Einrichtungen)	133 (17)	k. A.	
Separate Plätze (Einrichtungen)	11 (1)	k. A.	

Quelle: Eigene Darstellung IGES (auf Grundlage von Daten aus Stadt Herne 2016, IT.NRW, wegweiser-kommune.de)

Tabelle 70: Situationsanalyse Stadt Herne

Bevölkerungs-entwicklung	<ul style="list-style-type: none"> - Insgesamt sind in der weiteren Bevölkerungsentwicklung keine sprunghaften Anstiege zu erwarten, jedoch ein kontinuierlicher Anstieg der älteren Bevölkerung. - Die Altersgruppe der unter 60-Jährigen wird weiter sinken, der Anteil der über 80-Jährigen dagegen weiter steigen. Damit wird die Anzahl der Pflegebedürftigen in dieser Altersgruppe ebenfalls zunehmen. - Innerhalb von 8 Jahren konnte eine Steigerung von + 21,42 % im stationären Bereich sowie + 15,24 % beim Pflegegeld und + 16,05 % bei den Pflegesachleistungen verzeichnet werden. - Die Inanspruchnahme stationärer Pflegeleistungen wird sogar noch weiter zunehmen als zuvor prognostiziert.
---------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Regionale Entwicklung/Verteilung	- k. A.
ambulante Pflegedienste	- k. A.
Tages- und Nachtpflege	<ul style="list-style-type: none"> - Es gibt derzeit 147 Tagespflegeplätze in Herne. Davon werden 109 Plätze ausschließlich in für die Tagespflege vorgesehenen Einrichtungen angeboten, 26 Plätze sind an ein Altenpflegezentrum angeschlossen und 12 Plätze werden für gerontopsychiatrisch veränderte Menschen vorgehalten. - Die Einrichtungen befinden sich im Stadtbezirk Herne-Mitte (3), in Wanne (3) und in Eickel (1). Nur Sodingen verfügt bisher über keine Einrichtung. - Anbindungen an andere Institutionen (u. a. Krankenhaus) sowie weitere Angebote, wie z. B. die Kurzzeitpflege, unter einem Dach haben die Auslastung und Nachfrage der Tagespflege gesteigert, sodass diese in der Stadt Herne unterdessen fest etabliert ist. - Weitere Aufstockungen der bestehenden Angebote sind in Planung oder werden bereits durchgeführt.
komplementäre Hilfen	- k. A.
alternative Wohneinrichtungen	<ul style="list-style-type: none"> - In Herne gibt es bereits unterschiedliche Formen von Wohngemeinschaften (nach §§ 24 ff WTG NRW). Der weitere Ausbau dieser ist ausdrücklich gewünscht (z. B. Service-Wohnen). - Es bestehen derzeit 48 Pflegeplätze in Wohngemeinschaften. Weitere 64 Plätze sind in 6 anbieterverantworteten Wohngemeinschaften in Planung.
vollstationäre Einrichtungen	<ul style="list-style-type: none"> - Laut des Berichts gibt es 18 vollstationäre Pflegeeinrichtungen mit insgesamt 1.797 Plätzen (unterschiedliche Träger). - Die durchschnittliche Auslastung aller Einrichtungen betrug 98,01 % im Jahresverlauf 2015. Die Auslastung ist im Vergleich zu den vorherigen Jahren deutlich gestiegen (2012/13 ca. 95 %). In 60 % der Einrichtungen werden sogar hausinterne Wartelosten geführt. - Im August 2016 nahmen schon deutlich mehr Pflegebedürftige als erwartet stationäre Pflege in Anspruch. In Anbetracht der Zunahme der Hochaltrigen und des verspäteten Eintrittsalters in stationäre Einrichtungen ist auch zukünftig mit einem weiteren Anstieg der Nachfrage zu rechnen.

Insgesamt wird in Herne die vollstationäre Pflege stärker in Anspruch genommen als in vergleichsweise anderen Kreisen. Gründe dafür liegen auch hier u. a. in veränderten Unterstützungsmöglichkeiten durch Familienangehörige, der Zunahme von Einpersonenhaushalten, in denen ältere Menschen leben und dem Mangel an alternativem bezahlbarem Wohnraum für körperlich eingeschränkte ältere Menschen.

Aus diesen Gründen ist ein weiter steigender Bedarf für vollstationäre Pflegeeinrichtungen in der Stadt Herne zu erwarten. Wünschenswert wären Neubauten in Wanne und Sodingen, um quartiersnah und kleinräumig zu agieren. Bis zum Jahr 2025 wird ein zusätzlicher Bedarf von ca. 500 Plätzen prognostiziert.

Quelle: Eigene Darstellung IGES (auf Grundlage von Daten aus Stadt Herne 2016)

Analyse und Einschätzung des Bedarfs an KZP in der Stadt Herne

Laut des zugrundeliegenden Berichts gibt es in der Stadt Herne 158 KZP-Plätze, wovon 123 eingestreute Plätze in vollstationären Pflegeeinrichtungen und 24 solitäre KZP-Plätze in einer Einrichtung sind. Zu den 24 Plätzen zählen weitere 11 sogenannte angebundene/separate KZP-Plätze in einer vollstationären Einrichtung (vgl. Tabelle 71) (Stadt Herne 2016: 27).

Tabelle 71: Überblick der KZP-Plätze in der Stadt Herne

Stadtbezirk	Kurzzeitpflege			
	eingestreut	Anteil in %	solitär	Anteil in %
Wanne	10	8,13%	24	68,57%
Eickel	33	26,83%	-	-
Herne-Mitte	60	48,78%	11	31,43%
Sodingen	20	16,26%	-	-
Summe	123		35	

Quelle: Stadt Herne 2016: 19

Nach Recherchen von IGES haben sich die Zahlen im Bereich der eingestreuten KZP-Plätze seit dem Berichtszeitraum auf 133 Plätze in 17 vollstationären Dauerpflegeeinrichtungen geringfügig erhöht. Es ist jedoch nicht auszuschließen, dass sich unter den „eingestreuten“ Plätzen auch angebundene/separate KZP-Plätze befinden. Die Anzahl der reinen solitären und angebundenen/separaten KZP-Plätze ist dagegen gleichgeblieben.

Für die Stadt Herne entspricht die Bereitstellung der insgesamt 168 Plätze für die Kurzzeitpflege in Bezug auf die Anzahl der ambulant versorgten Pflegebedürftigen in der Stadt einer Quote von 30,3 (Anzahl der Pflegebedürftigen pro KZP-Platz). Dies bedeutet, dass ein KZP-Platz für rd. 30 Pflegebedürftige zur Verfügung steht. Im NRW-Vergleich (31,4) ist Herne damit rechnerisch besser aufgestellt.

Als problematisch erweist sich die hohe Auslastung der vollstationären Einrichtungen (ca. 98 %), sodass anzunehmen ist, dass die eingestreuten KZP-Plätze überwiegend mit Dauerpflegegästen belegt sind (Stadt Herne 2016: 27).

In diesem Zuge werden die lediglich 35 vorhandenen solitären KZP-Plätze als nicht ausreichend angesehen (ebd.). Nachweislich hat die Inanspruchnahme der KZP zugenommen, vor allem als Überbrückung nach einem stationären Aufenthalt. Kurze Verweildauern im Krankenhaus führen zu einer Ausweitung der Dauer der KZP. Weiterhin werden zunehmend die eingestreuten KZP-Plätze mit Pflegebedürftigen belegt, von denen erwartet wird, dass sie im Anschluss an die KZP im Heim verbleiben werden (Stadt Herne 2016: 27f.).

Die Auslastung der KZP-Plätze betrug über die vergangenen Jahre durchweg fast 100 %. Saisonale Schwankungen sind im Vergleich zu anderen Kreisen in der Stadt Herne nicht zu verzeichnen (Stadt Herne 2016: 28).

Durch die Zunahme von sogenannten „Stamm-Kurzzeitpflegegästen“ fällt es zudem schwerer, kurzfristig Pflegebedürftige aufzunehmen. Aus diesem Grund besteht aus Sicht der Fachkräfte in der Stadt Herne dringender Bedarf an weiterem

Ausbau der KZP-Plätze. Bisher wurde auf freie Kapazitäten in Nachbargebieten ausgewichen, welche jedoch zunehmend weniger zur Verfügung stehen, aufgrund der auch dort deutlich ansteigenden Auslastung (ebd.).

Die Erkenntnisse aus der Situationsanalyse (siehe Tabelle 70) bestätigen diesen Bedarf. Da Herne bei den Befragungsergebnissen nicht vertreten war, können keine ergänzenden Angaben gemacht werden.

8.3.22 Hochsauerlandkreis

Die zur Analyse herangezogenen Daten sind der örtlichen Planung, d. h. dem Pflegebedarfsplan aus dem Jahr 2016 entnommen. Dabei handelt es sich nicht um eine verbindliche Bedarfsplanung.

Tabelle 72: Übersichtstabelle Hochsauerlandkreis

Merkmale der Region			
Anzahl der Bezirke/ Kommunen	12 (Arnsberg, Sundern, Meschede, Eslohe, Schmallenberg, Bestwig, Olsberg, Brilon, Hallenberg, Winterberg, Marsberg, Medebach)		
Ländlich/städtisch geprägt	städtisch und ländlich		
Einwohnerstruktur			
	IST (Stand 2015)	Prognose	Trend
Einwohner	263.762	2020: 252.927 2030: 236.950	fallend
Hochaltrige (ab 80 Jahre)/Anteil an Bevölkerung	16.353/6,2 %	2020: 19.025 2025: 19.830 2030: 18.893	steigend
Pflegebedürftige (gesamt)/Anteil an Bevölkerung	9.294/3,5 %	2020: 8.397 2030: 9.200	steigend
hochaltrige und pflegebedürftige Personen (Stand 2013)	4.758	2020: 5.600 2030: 6.100	steigend
Auszüge der Versorgungsstruktur			
	IST (Stand 2016)	Auslastung (Stand 2011)	Prognose/Planung
Ambulante Pflegedienste	38	k. A.	k. A.
Komplementäre Hilfen	vorhanden	k. A.	k. A.
Plätze in Tagespflege (Einrichtungen)	179 (14)	„gute Auslastung“	Bedarf vorhanden
alternative Wohneinrichtungen	vorhanden	k. A.	Bedarf vorhanden

Plätze vollstationäre Einrichtungen (Einrichtungen)	2.791 (34)	81,7 %	kein Bedarf vorhanden
Dominierende Versorgungsart	Im Jahr 2015 wurden 2.687 Pflegebedürftige professionell ambulant versorgt (28,9 %), 4.080 Pflegebedürftige empfangen Pflegegeld (43,9 %) und 2.527 Pflegebedürftige wurden vollstationär versorgt (27,2 %).		

Kurzzeitpflege			
	IST	Prognose/ Planung	Anmerkungen
Solitäre Plätze (Einrichtungen)	9 (1)	Bedarf vorhanden	
Eingestreute Plätze (Einrichtungen)	257 (35)	Bedarf vorhanden	
Separate Plätze (Einrichtungen)	k. A.	k. A.	

Quelle: Eigene Darstellung IGES (auf Grundlage von Daten aus Hochsauerlandkreis 2016, IT.NRW, wegweiser-kommune.de)

Tabelle 73: Situationsanalyse Hochsauerlandkreis

Bevölkerungs-entwicklung	<ul style="list-style-type: none"> - Grundsätzlich sinkt der Anteil der Bevölkerung zwischen 65 und unter 80 Jahren, wohingegen bis zum Jahr 2030 der Anteil der über 80-Jährigen ansteigen wird. - Die Anzahl der Pflegebedürftigen wird ebenfalls zukünftig in allen Altersgruppen, aber besonders bei den über 80-Jährigen steigen.
Regionale Entwicklung/Verteilung	<ul style="list-style-type: none"> - Auffällig ist im Hochsauerlandkreis, dass im östlichen Kreisgebiet ein besonders starker Bevölkerungsrückgang zu erkennen ist. - Ebenso unterschiedlich verteilen sich einzelne Versorgungsangebote im Kreis, z. B. die Verteilung der stationären Plätze.
ambulante Pflegedienste	<ul style="list-style-type: none"> - Ende April 2016 gab es 38 ambulante Pflegedienste, die auch flächendeckend im Kreisgebiet verteilt sind. Zu den Auslastungsquoten ist nichts bekannt.
Tages- und Nachtpflege	<ul style="list-style-type: none"> - 14 Tagespflegeeinrichtungen bieten insgesamt 179 Plätze an. Ein Angebot der Nachtpflege wird nicht vorgehalten. - Laut Aussage der Leistungsanbieter ist überwiegend eine gute Auslastungsquote zu verzeichnen, weshalb von einem flächendeckenden bedarfsgerechten Angebot gesprochen werden kann.
komplementäre Hilfen	<ul style="list-style-type: none"> - Angebote im Bereich komplementärer Hilfen sind vorhanden (24 niederschwellige Betreuungs- und Entlastungsangebote, 3 komplementäre Dienste und Beratungsangebote).
alternative Wohneinrichtungen	<ul style="list-style-type: none"> - Es gibt unterschiedliche Angebote zu alternativen Wohneinrichtungen, wie z. B. 34 Angebote des Servicewohnens und 14 Wohngemeinschaften. Des Weiteren sind 6 Wohngemeinschaften in Planung bzw. Bereits im Bau.

vollstationäre Einrichtungen

- Aktuell gibt es im Hochsauerlandkreis 37 Einrichtungen mit 2.791 Pflegeplätzen (Stand April 2016).
- Die Auslastungsquote liegt bei ca. 94,77 %, wonach keine vollständige Auslastung der stationären Plätze vorhanden ist. Somit ist anzunehmen, dass vorerst kein Bedarf an weiteren Plätzen vorliegt. Rein rechnerisch ergibt sich in den nächsten 4 Jahren ein Überangebot von 68 Plätzen.
- Festzustellen ist dennoch eine ungleiche Verteilung der Angebote im Kreis. Jedoch ist es bisher möglich, die rein rechnerisch unterversorgten Städte und Gemeinden, welche direkt an Nachbarkommunen mit einer Überdeckung grenzen, durch diese mitversorgen zu können.

Insgesamt ist im Vergleich zum Landesniveau festzustellen, dass im Hochsauerlandkreis etwas weniger Menschen Pflegegeld empfangen und der Anteil derjenigen, die stationäre Pflege erhalten, dem Landesanteil entspricht. Allerdings liegt der Anteil der Pflegebedürftigen, die ambulante Pflege beziehen (28,9 %) deutlich über dem Landesanteil von 22 %. Eine mögliche Ursache könnte sein, dass die Versorgung in der eigenen Häuslichkeit im ländlichen Raum noch stärker ausgeprägt ist als in Ballungsgebieten.

Langfristig werden sich jedoch die Unterstützungsstrukturen durch Familienmitglieder verändern und bereits Pflegebedürftige mit geringen Pflegegraden tendenziell mehr professionell versorgt werden.

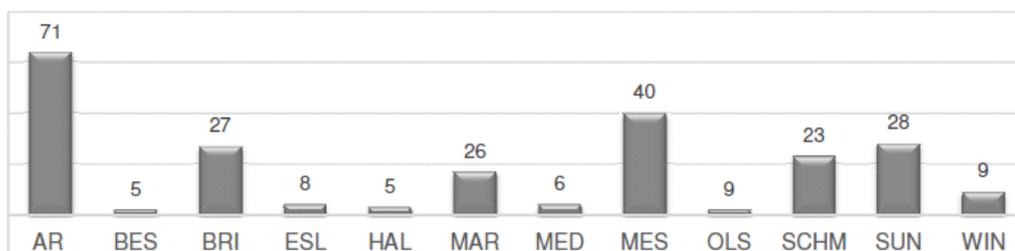
Zusammenfassend verfügt der Hochsauerlandkreis über ein gutes Angebot an vollstationären Einrichtungen, an Tagespflege und ambulanten Diensten, sodass die Bedarfe in den Bereichen gedeckt sein sollten.

Quelle: Eigene Darstellung IGES (auf Grundlage von Daten aus Hochsauerlandkreis 2016)

Analyse und Einschätzung des Bedarfs an KZP im Hochsauerlandkreis

35 der 37 vollstationären Pflegeeinrichtungen bieten insgesamt 257 eingestreute KZP-Plätze an (s. Abbildung 55). Darüber hinaus gibt es eine solitäre Einrichtung mit 9 Plätzen in Winterberg (Hochsauerlandkreis 2016: 22f).

Abbildung 55: Verteilung der eingestreuten KZP-Plätze im Hochsauerlandkreis (Stand 30.04.2016)



Quelle: Hochsauerlandkreis 2016: 23

Eine zweite solitäre Einrichtung mit 11 Plätzen in Brilon wurde zum 01.01.2016 geschlossen (Hochsauerlandkreis 2016: 23).

Für den Hochsauerlandkreis entspricht die Bereitstellung der insgesamt 266 Plätze für die Kurzzeitpflege in Bezug auf die Anzahl der ambulant versorgten Pflegebedürftigen in dem Kreisgebiet einer Quote von 25,4 (Anzahl der Pflegebedürftigen pro KZP-Platz). Dies bedeutet, dass ein KZP-Platz für rd. 25 Pflegebedürftige zur Verfügung steht. Im NRW-Vergleich (31,4) ist der Hochsauerlandkreis damit rechnerisch besser aufgestellt.

Im Bereich der eingestreuten KZP-Plätze ist seit 2011 ein kontinuierlicher Zuwachs festzustellen (2011/12: 197 Plätze; 2013/14: 223 Plätze; 2016: 257 Plätze). Der Bedarf ist insbesondere saisonalen Schwankungen unterworfen und kann vor allem in Ferienzeiten nur schwer gedeckt werden. Aus diesem Grund wird eine Aufstockung der Plätze, solitär oder eingestreut, empfohlen. Andererseits bestätigten die Einrichtungsleitungen auf Nachfrage, dass im Jahresdurchschnitt eine bedarfsdeckende Anzahl an KZP-Plätzen vorhanden sei. Es liegen jedoch keine konkreten Auslastungsquoten vor (Hochsauerlandkreis 2016: 32).

Anzumerken ist, dass sofern die Auslastungsquoten im vollstationären Bereich steigen, ein Ausbau an vollstationären Plätzen nötig wird. In der Zwischenzeit werden vermutlich die eingestreuten KZP-Plätze eher für die Dauerpflege genutzt. Dementsprechend würde sich die Anzahl der eingestreute KZP-Plätze reduzieren (Hochsauerlandkreis 2016: 36).

In Folge der Befragungsergebnisse bestätigt sich die Situation der Kurzzeitpflege im Hochsauerlandkreis. Saisonale Schwankungen erschweren laut Pflegestützpunkten die Suche nach freien KZP-Plätzen zu entsprechenden Zeiten (Ferienzeiten, Ostern und Weihnachten), obwohl der Kreis prinzipiell eine recht gute KZP-Quote im NRW-Vergleich aufweisen kann. Die Wartezeit betrüge dann mitunter 1-2 Wochen. Den Sozialdiensten zu Folge gäbe es allerdings zu wenig freie Plätze, vor allem gegenüber den Vorjahren hätten sich das deutlich gewandelt. Die Kurzzeitpflegeplätze seien teilweise inzwischen bis zu einigen Monaten ausgebucht.

8.3.23 Höxter (Kreis)

Der folgenden Analyse liegt der Pflegebericht 2015 des Kreises Höxter zugrunde.

Tabelle 74: Übersichtstabelle Kreis Höxter

Merkmale der Region	
Anzahl der Bezirke/ Kommunen	10 (Bad Driburg, Beverungen, Borgentreich, Brakel, Höxter, Marienmünster, Nieheim, Steinheim, Warburg, Willebadessen)
Ländlich/städtisch geprägt	städtisch und ländlich

Einwohnerstruktur			
	IST (Stand 2015)	Prognose	Trend
Einwohner	144.010	2020: 127.822 2040: 119.884	fallend
Hochaltrige (ab 80 Jahre)/Anteil an Bevölkerung	9.217/6,4 %	2040: 14.309	steigend
Pflegebedürftige (gesamt)/Anteil an Bevölkerung	6.175/4,3 %	k. A.	steigend
hochaltrige und pflegebedürftige Personen (Stand 2013)	3.311	k. A.	k. A.

Auszüge der Versorgungsstruktur			
	IST (Stand 2015)	Auslastung	Prognose/Planung
Ambulante Pflegedienste	26	k. A.	k. A.
Komplementäre Hilfen	vorhanden	k. A.	k. A.
Plätze in Tagespflege (Einrichtungen)	119 (9)	Ø71,3 %	kein Bedarf vorhanden
alternative Wohneinrichtungen	vorhanden	k. A.	Bedarf vorhanden
Plätze vollstationäre Einrichtungen (Einrichtungen)	1.562 (23)	Ø 87,1 %	kein Bedarf vorhanden
Dominierende Versorgungsart	Im Jahr 2015 wurden 1.867 Pflegebedürftige professionell ambulant versorgt (30,2 %), 2.893 Pflegebedürftige empfingen Pflegegeld (46,9 %) und 1.415 Pflegebedürftige wurden vollstationär versorgt (22,9 %).		

Kurzzeitpflege			
	IST	Prognose/Planung	Anmerkungen
Solitäre Plätze (Einrichtungen)	48 (5)	Auslastung 52,8 %; kein Bedarf vorhanden	
Eingestreute Plätze (Einrichtungen)	154 (22)	Auslastung 47,3 %; kein Bedarf vorhandeng	
Separate Plätze (Einrichtungen)	k. A.	k. A.	

Quelle: Eigene Darstellung IGES (auf Grundlage von Daten aus Kreis Höxter 2015, IT.NRW, wegweiser-kommune.de)

Tabelle 75: Situationsanalyse Kreis Höxter

Bevölkerungs-entwicklung	<ul style="list-style-type: none"> - Im gesamten Kreisgebiet ist ein Bevölkerungsrückgang zu verzeichnen. Lediglich in Bad Driburg und in Beverungen gab es zwischen 2013 und 2014 einen leichten Anstieg. Bis 2030 ist aber auch dort mit einem starken Rückgang zu rechnen. Die Bevölkerungsgruppe der über 80-Jährigen wird insgesamt jedoch einen starken Anstieg verzeichnen.
Regionale Ent-wicklung/Ver-teilung	<ul style="list-style-type: none"> - Die Versorgungsangebote verteilen sich ungleich im Kreisgebiet, jedoch wird in den meisten Versorgungsbereichen versucht, mindestens ein Angebot vorzuhalten.
ambulante Pflegedienste	<ul style="list-style-type: none"> - Die 28 Pflegedienste sind im gesamten Kreis verteilt. Etwa 356 auf Vollzeit gerechnet Pflegekräfte versorgten laut Bericht 1.992 Pflegebedürftige (Ø 5,6 Pflegebedürftige pro Vollzeitkraftstelle). Die Quote war in den Jahren zuvor niedriger. - Insgesamt scheint der Bestand ausreichend zu sein und somit eine flächendeckende Versorgung vorhanden.
Tages- und Nachtpflege	<ul style="list-style-type: none"> - Tagespflegeangebote sind in fast allen Gebieten vorhanden. Die Auslastung ist mit 71,3 % relativ gering, was jedoch auf einen Anstieg der Plätze und Anbieter zurückzuführen ist. Sollte die Nachfrage weiter steigen, so bedarf es einer Ausweitung der Angebote, speziell in Beverungen. Insgesamt ist bei Neugründungen die Wohnortnähe zu beachten. - Nachtpflege wird bisher nicht angeboten.
komplemen-täre Hilfen	<ul style="list-style-type: none"> - Es gibt ausreichend Anbieter für komplementäre Hilfen im Kreisgebiet Höxter.
alternative Wohneinrich-tungen	<ul style="list-style-type: none"> - Es gibt eine Vielzahl an unterschiedlichen Wohnformen und ebenfalls Modellprojekten im Kreisgebiet Höxter. Im Bereich Betreutes Wohnen sind laut Bericht 12 Anbieter mit 396 Wohneinheiten vorhanden. Bezüglich anbieterverantworteter Wohngemeinschaften ist derzeit nichts bekannt. Ebenfalls unbekannt ist derzeit der Bedarf an Service-Wohnungen. - Insgesamt wächst die Nachfrage an alternativem Wohnraum im Kreisgebiet.
vollstationäre Einrichtungen	<ul style="list-style-type: none"> - Die regionale Verteilung der stationären Angebote verhält sich sehr unterschiedlich, jedoch wird in jedem Gebiet mindestens eine Einrichtung vorgehalten. - Die Auslastung beträgt unter 90 % und war in den letzten 5 Jahren auch nie höher. Es sind genügend Plätze vorhanden und der örtliche Bedarf ist gedeckt.

Insgesamt zählt der Kreis Höxter zu den wenigen, die 2030 den Grundsatz „ambulant vor stationär“ erreicht haben werden. Unterstützt wird dieser Trend durch die Zunahme an ambulanten Pflegediensten, teilstationären Einrichtungen und komplementären Hilfsangeboten. Zudem können die Bewohner des Kreises auf ein hohes Selbsthilfepotential und Unterstützung durch Angehörige und Ehrenamtliche zurückgreifen. Im häuslichen Bereich sind demzufolge keine Versorgungsengpässe bekannt.

Für die Zukunft scheint somit vorerst die Versorgung gesichert und keine Neubauten (stationäre Einrichtungen) notwendig. Allerdings sollte auch kein Abbau der noch vorhandenen Überkapazitäten angestrebt werden. Ein Bedarf an Fachkräften wird jedoch gesehen.

Quelle: Eigene Darstellung IGES (auf Grundlage von Daten aus Kreis Höxter 2015).

Analyse und Einschätzung des Bedarfs an KZP im Kreis Höxter

Im Berichtszeitraum gab es 48 solitäre KZP-Plätze in 5 Einrichtungen sowie 154 eingestreute KZP-Plätze in 22 vollstationären Einrichtungen. Die Auslastung bei den solitären Plätzen betrug 52,8 %, die der eingestreuten Plätze lag mit 47,3 % noch niedriger (Kreis Höxter 2015: 30).

Für den Kreis Höxter entspricht die Bereitstellung der insgesamt 202 Plätze für die Kurzzeitpflege in Bezug auf die Anzahl der ambulant versorgten Pflegebedürftigen im Kreisgebiet einer Quote von 23,6 (Anzahl der Pflegebedürftigen pro KZP-Platz). Dies bedeutet, dass ein KZP-Platz für rd. 24 Pflegebedürftige zur Verfügung steht. Im NRW-Vergleich (31,4) ist der Kreis Höxter damit rechnerisch besser aufgestellt.

Auf den ersten Blick scheinen die Auslastungsquoten recht niedrig und ein Überangebot an KZP-Plätzen zu bestehen. Diesbezüglich ist ähnlich der Entwicklung des Tagespflegeangebots festzustellen, dass sich die Inanspruchnahme in den letzten Jahren erhöht hat und gleichzeitig das Angebot an Plätzen erweitert wurde (vgl. Tabelle 76). Weiterhin bedarf es der Betrachtung der Auslastungsquote der eingestreuten Plätze in Zusammenhang mit der Auslastung des ganzen Hauses (Kreis Höxter 2015: 31).

Tabelle 76: Auslastung der KZP im Kreis Höxter (2009 – 2014)

Einrichtung	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Senioren- und Pflegeeinrichtungen	87,7 %	88,5 %	86,3 %	86,7 %	86,8 %	83,6 %
Tagespflege	65,9 %	51,0 %	52,2 %	57,9 %	51,0 %	65,8 %
Kurzzeitpflege ⁶⁷	51,4 %	55,4 %	52,8 %	55,2 %	54,7 %	48,6 %

Quelle: Kreis Höxter 2015: 67

Die schlechte Auslastungsquote der vollstationären Dauerpflegeplätze der letzten Jahre führte zur Erhöhung der eingestreuten KZP-Platzzahlen in den vollstationären Einrichtungen. Setzt man daher die Auslastungszahlen dieser Einrichtungen und die Anzahl der vorgehaltenen eingestreuten KZP-Plätze in Bezug, so wird deutlich, dass ein flächen- und bedarfsdeckendes Angebot vorhanden ist, welches keines Ausbaus bedarf (Kreis Höxter 2015: 30ff.). Dies legt auch die bereits günstige KZP-Quote von 23,6 Personen pro Platz nahe.

Wie auch in anderen Kommunen ist die Nachfrage saisonalen Schwankungen unterzogen. In Urlaubs-/Ferienzeiten wird von einer vollen Auslastung berichtet (Kreis Höxter 2015: 67).

Unter Berücksichtigung der Situationsanalyse (siehe Tabelle 75) wird deutlich, dass der Kreis Höxter über ein ausreichendes ambulantes Versorgungsangebot sowie über freie vollstationäre Kapazitäten verfügt. Demzufolge ist der Bedarf an solitären und eingestreuten KZP-Plätzen insgesamt als gedeckt einzuschätzen.

Aus der Befragung können aufgrund einer geringen Beteiligung von Einrichtungen des Kreises nur wenige Rückschlüsse gezogen werden. Eine Einrichtung gab an,

dass die Auslastungszahlen der eingestreuten Pflege bei rd. 60 % lagen. In Anbetracht der o. g. Angaben ist anzunehmen, dass sich das Bild der Kurzzeitpflege bestätigt und die Plätze weitgehend ausreichen.

8.3.24 Kleve (Kreis)

Die in der folgenden Analyse verwendeten Daten sind der Fortschreibung des Demografiekonzepts und der Erstellung des Pflegebedarfsplanes 2016 für den Kreis Kleve entnommen, welcher durch die Forschungsgesellschaft für Gerontologie e. V. (FfG) in Dortmund erstellt wurde.

Tabelle 77: Übersichtstabelle Kreis Kleve

Merkmale der Region			
Anzahl der Bezirke/ Kommunen	16 (Emmerich am Rhein, Geldern, Goch, Kevelaer, Kleve, Rees, Bedburg-Hau, Issum, Kalkar, Kerken, Kranenburg, Straelen, Weeze, Uedem, Rheurdt, Wachtendonk)		
Ländlich/städtisch geprägt	städtisch		
Einwohnerstruktur			
	IST (Stand 2015)	Prognose	Trend
Einwohner	310.337	2020: 310.440 2030: 309.267	leicht steigend/fallend
Hochaltrige (ab 80 Jahre)/Anteil an Bevölkerung	16.448/5,3%	2020: 20.431/6,6 % 2030: 23.464/7,6 %	steigend
Pflegebedürftige (gesamt)/Anteil an Bevölkerung	12.804/4,1%	2020: 13.230 2025: 14.600	steigend
hochaltrige und pflegebedürftige Personen (Stand 2013)	6.044	k. A.	k. A.
Auszüge der Versorgungsstruktur			
	IST	Auslastung	Prognose/Planung
Ambulante Pflegedienste	55	k. A.	k. A.
Komplementäre Hilfen	vorhanden	k. A.	k. A.
Plätze in Tagespflege (Einrichtungen)	82 (8)	k. A.	Bedarf vorhanden
alternative Wohneinrichtungen	vorhanden	k. A.	Bedarf vorhanden
Plätze vollstationäre Einrichtungen (Einrichtungen) (Stand 2014)	2.898 (50)	k. A.	Bedarf vorhanden

Dominierende Versorgungsart	Im Jahr 2015 wurden 3.574 Pflegebedürftige professionell ambulant versorgt (27,9 %), 6.327 Pflegebedürftige empfangen Pflegegeld (49,4 %) und 2.903 Pflegebedürftige wurden vollstationär versorgt (22,7 %).
------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Kurzzeitpflege			
	IST	Prognose/ Planung	Anmerkungen
Solitäre Plätze (Einrichtungen)	22 (2)	Bedarf vorhanden	
Eingestreute Plätze (Einrichtungen)	156 (38)	k. A.	
Separate Plätze (Einrichtungen)	k. A.	k. A.	

Quelle: Eigene Darstellung IGES (auf Grundlage von Daten aus Kühnel *et al.* 2016, IT.NRW, wegweiser-kommune.de)

Tabelle 78: Situationsanalyse Kreis Kleve

Bevölkerungs-entwicklung	<ul style="list-style-type: none"> - Im Vergleich zu NRW entwickelt sich der Kreis Kleve gegensätzlich. Neben einer Bevölkerungszunahme sind auch deutliche interkommunale Unterschiede zu verzeichnen. Bezogen auf die Bevölkerungsalterung erscheint der Kreis im Vergleich zu NRW „jünger“, wobei der Kreis stärker als der Landesschnitt altert. Wachstums- und Schrumpfungprozesse existieren nebeneinander. - Bei ca. 10 der 16 Kommunen (Straelen, Weeze, Goch, Uedem, Bedburg-Hau, Kalkar, Kranenburg, Kevelaer, Geldern, Wachtendonk) ist der „Alterungsgrad“ (Anteil der 60-Jährigen und Älteren) unterhalb des Landes NRW und des Kreises Kleve. Demgegenüber weisen die Gemeinden Issum und Kerken Anteile oberhalb des Landes- und Kreisschnitts auf. - Insgesamt leben im Kreis Kleve 16.448 hochaltrige Personen, die mehrheitlich auf die Stadt Kleve sowie die Kommunen Emmerich am Rhein, Geldern, Goch, Kevelaer und Rees verteilt sind. - Bevölkerungskonzentrationen gibt es vor allem in der nördlichen und südlichen Region, wo insgesamt 72 % der Bevölkerung verteilt auf 8 von 16 Kommunen leben.
Regionale Entwicklung/Verteilung	<ul style="list-style-type: none"> - Regional gesehen konzentriert sich nicht nur die Bevölkerung unterschiedlich im Kreis, dagegen gibt es eine ungleiche Verteilung der Versorgungsangebote, sodass manche Kommunen in bestimmten Bereichen über keine Angebote verfügen.
ambulante Pflegedienste	<ul style="list-style-type: none"> - In allen Kommunen des Kreises sind ambulante Pflegedienste ansässig, wobei bis auf Rheurdt. - Da die Dienste auch kommunenübergreifend tätig sind, ist nicht zwangsläufig auf eine Unterversorgung zu schließen.

Tages- und Nachtpflege	<ul style="list-style-type: none"> - In 7 der 16 Kommunen befinden sich 8 Einrichtungen mit insgesamt 82 Tagespflegeplätzen. Der Großteil besteht aus solitären Angeboten. In Emmerich und Kevelaer finden sich ausschließlich integrative Tagespflegeplätze. Rheurdt und Wachtendonk sind die einzigen Kommunen unter denen die kein Angebot vorhalten, die zudem weder an eine Stadt oder Gemeinde mit Tagespflegplatzangebot grenzen. - Für die bestehenden Tagespflegekapazitäten wird eine Quote von 9,6 Plätzen je 1.000 Pflegebedürftigen ermittelt. Demnach müssten 2018 im Kreis etwa 90 Tagespflegeplätze verfügbar sein. - Nachtpflegeangebote werden dagegen noch nicht angeboten.
komplementäre Hilfen	<ul style="list-style-type: none"> - Im Kreis Kleve gibt es eine Vielzahl an komplementären Hilfsangeboten, zu denen u. a. Beratungs- und Informationsangebote, ein Seniorentelefon und alltagsbezogene Dienstleistungen gehören. - Anbieter für die Lieferung von Mahlzeiten gibt es im Vergleich zu 2010 unterdessen in jeder Kommune. Das Angebot an alltagsbezogenen Dienstleistungen konnte im Vergleich zu 2010 ebenfalls deutlich ausgebaut werden.
alternative Wohneinrichtungen	<ul style="list-style-type: none"> - Gegenüber 2010 hat sich das Angebot von Wohneinrichtungen für ältere Menschen deutlich verbessert. In 11 von 16 Kommunen gibt es aktuell Einrichtungen für ältere Menschen, u. a. Mehrgenerationenhäuser, betreute Wohngemeinschaften und seniorenrechtliche Wohnungen. - Insgesamt findet im Kreis Kleve ein vermehrter Bau altengerechter und barrierefreier (-armer) Wohnungen statt, die größtenteils jedoch zu teuer sind. Weiterhin besteht ein vermehrter Bedarf an kleineren, barrierefreien und zugleich bezahlbaren Wohnungen, um einen möglichst langen Verbleib älterer Menschen in der eigenen Häuslichkeit zu gewährleisten.
vollstationäre Einrichtungen	<ul style="list-style-type: none"> - Im Jahr 2014 gab es 2.898 Plätze in 50 stationären Einrichtungen, wovon die meisten in der Stadt Kleve vorzufinden sind. - Gemessen an der Größe der Bevölkerung im Alter ab 80 Jahre sind in Bedburg-Hau und Kalkar deutlich überproportionale Dauerpflegekapazitäten vorhanden; ähnliches gilt für Weeze. In Straelen und Issum sind die Kapazitäten dagegen am geringsten und in Rheurdt gibt es gar keine Pflegeeinrichtungen. - Im Unterschied zu NRW ist die Zahl der vollstationären Dauerpflegeplätze von 2001 bis 2011 weniger stark gestiegen und Schwankungen unterlegen. Bis 2011 bestand ein Überangebot, welches erst seit 2013/14 ausgeglichen ist. In Bedburg-Hau, Kalkar, Kleve und Weeze ist auch vorerst weiterhin von Überkapazitäten auszugehen, die jedoch den Bedarf für die anderen Kommunen nicht ausgleichen. - Voraussichtlich müssen zukünftig pflegebedürftige Personen vermehrt in Privatwohnungen versorgt werden bis Kapazitäten geschaffen sind. Insgesamt besteht jedoch ein Bedarf an stationären Plätzen in den nächsten Jahren, vor allem auch in Kommunen, die bisher noch über kein derartiges Angebot verfügen.

Insgesamt ist im Kreis Kleve eine umfangreiche pflegerische, vorpflegerische und pflegeergänzende Infrastruktur vorzufinden, welche allerdings ungleichmäßig über die kreisangehörigen Städte und Gemeinden verteilt ist. Um der Maßgabe „ambulant vor stationär“ weiterhin Folge

zu leisten, bedarf es einer Optimierung und Ausweitung der Angebote der KZP und teilstationären Pflege.

Es ist festzustellen, dass die häusliche Pflege häufiger als durchschnittlich in NRW professionell unterstützt, aber im Vergleich zu NRW auch deutlich mehr umgesetzt wird.

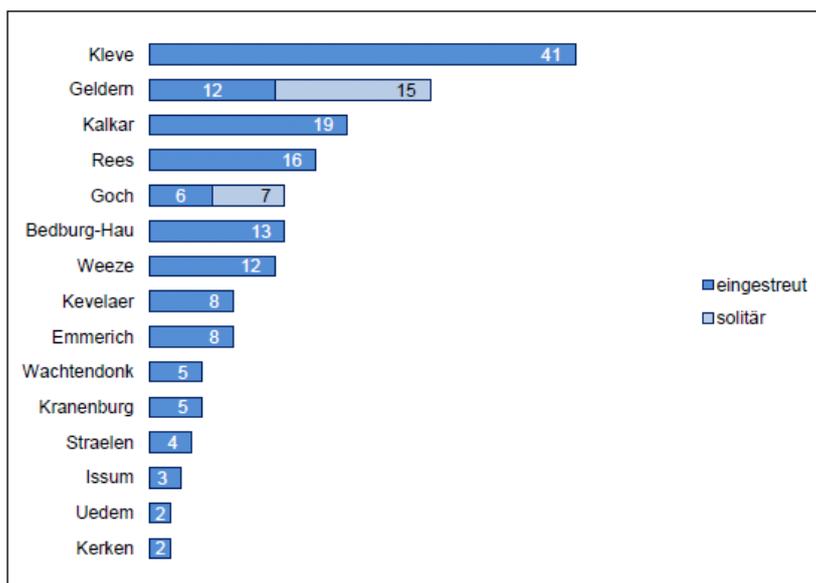
Unabhängig davon wird sich die Verteilung der Versorgungsarten zugunsten der stationären Pflege verändern. Zur langfristigen Sicherung dieser bedarf es jedoch zusätzlicher stationärer Plätze. In der häuslichen Pflege wächst der Anteil der professionell von ambulanten Pflegediensten versorgten Personen.

Quelle: Eigene Darstellung IGES (auf Grundlage von Daten aus Kühnel *et al.* 2016)

Analyse und Einschätzung des Bedarfs an KZP im Kreis Kleve

Im Kreis Kleve gibt es insgesamt 178 KZP-Plätze, von denen insgesamt 156 eingestreute Plätze in 38 vollstationären Einrichtungen sind. Insgesamt 22 solitäre KZP-Plätze werden in 2 Einrichtungen angeboten. Das Angebot der KZP ist im gesamten Kreisgebiet vorzufinden bis auf Rheurdt (siehe Abbildung 56) (Kühnel *et al.* 2016: 191f).

Abbildung 56: Verteilung der KZP-Plätze im Kreis Kleve



Quelle: Kühnel *et al.* 2016: 192

Für den Kreis Kleve entspricht die Bereitstellung der insgesamt 178 Plätze für die Kurzzeitpflege in Bezug auf die Anzahl der ambulant versorgten Pflegebedürftigen im Kreisgebiet einer Quote von 55,6 (Anzahl der Pflegebedürftigen pro KZP-Platz). Dies bedeutet, dass ein KZP-Platz für rd. 56 Pflegebedürftige zur Verfügung steht. Im NRW-Vergleich (31,4) ist der Kreis Kleve damit rechnerisch schlechter aufgestellt.

Bei bereits 9.901 Pflegebedürftigen, die im Jahr 2015 in der eigene Häuslichkeit versorgt wurden, liegen die Prognosen (vgl. Tabelle 79) weit unter den realen Bedarfen (Kühnel et al. 2016: 192). Demnach bedarf es einer deutlichen Erhöhung der Anzahl der KZP-Plätze um nicht nur das Versorgungsniveau zu erhalten, sondern es durchaus zu verbessern.

Tabelle 79: Bedarf KZP-Plätze bis 2025 im Kreis Kleve

	Fallzahlen in der häuslichen Pflege	benötigte Kurzzeitpflegeplätze (Quote 2013: 21/1.000)
2018	9.180	193
2020	9.730	204
2025	10.820	227

Quelle: Kühnel *et al.* 2016: 367

In der vorliegenden Analyse werden zwar keine Aussagen über die Auslastung der KZP-Plätze getroffen, dennoch wird klar herausgestellt, dass ein Großteil der Pflegebedürftigen in der Häuslichkeit gepflegt wird und demnach Entlastungs- und Unterstützungsbedarfe vorhanden sind. Da gleichzeitig zukünftige Bedarfe an vollstationären Plätzen geäußert werden, ist anzunehmen, dass die eingestreuten KZP-Plätze langfristig nicht ausreichend sein werden, was ebenfalls auf den geringen Anteil an solitären Plätzen zutrifft.

Zudem gibt es Kommunen, in denen nur geringfügige oder gar keine Kapazitäten vorgehalten werden. Im Zuge einer wohnortnahen Versorgung besteht an dieser Stelle akuter Nachholbedarf.

Zur Auslastung der ambulanten Dienste werden keine Aussagen getroffen. Es ist aber anzunehmen, dass diese durch die steigende Inanspruchnahme professioneller ambulanter Pflege und den Fachkräftemangel immer weniger in der Lage sein werden, Verhinderungspflege zu übernehmen. Demnach kann im Kreis Kleve von einem zusätzlichen Bedarf an KZP-Plätzen ausgegangen werden.

Aufgrund der geringen Rückmeldungen aus dem Kreis Kleve können keine aussagekräftigen Ergänzungen zur Situation der KZP vorgenommen werden.

8.3.25 Köln

Für die Stadt Köln liegt keine Pflegeplanung vor.

Im Jahr 2015 lebten 1.060.582 Einwohner in Köln, wovon 4,6 % und somit 48.787 Menschen hochaltrig waren (IT.NRW, wegweiser-kommune.de).

Die Anzahl der Pflegebedürftigen betrug im gleichen Jahr 30.221, was einem Anteil von 2,9 % an der Gesamtbevölkerung in Köln entsprach. Im Jahr 2013 waren 14.106 Personen sowohl hochaltrig, als auch pflegebedürftig (IT.NRW).

Die Mehrheit der pflegebedürftigen Personen empfing im Jahr 2015 Pflegegeld (16.058/53,1 %). 6.689 Pflegebedürftige wurden professionell ambulant versorgt (22,1 %) und 7.474 Pflegebedürftige wurden vollstationär versorgt (24,7 %) (ebd.).

Nach Recherchen von IGES konnten 444 eingestreute KZP-Plätze in 70 vollstationären Einrichtungen und 97 solitäre Plätze in 7 Einrichtungen identifiziert werden. Es ist jedoch nicht auszuschließen, dass sich unter den „eingestreuten“ Plätzen auch angebundene/separate KZP-Plätze befinden.

Für die Stadt Köln entspricht die Bereitstellung der insgesamt 541 Plätze für die Kurzzeitpflege in Bezug auf die Anzahl der ambulant versorgten Pflegebedürftigen in der Stadt einer Quote von 42,0 (Anzahl der Pflegebedürftigen pro KZP-Platz). Dies bedeutet, dass ein KZP-Platz für rd. 42 Pflegebedürftige zur Verfügung steht. Im NRW-Vergleich (31,4) ist Köln damit rechnerisch schlechter aufgestellt.

In Folge der Befragungsergebnisse können Rückschlüsse nur aufgrund der Aussagen der Pflegeeinrichtungen gezogen werden. Diese gaben ab, dass es zu wenig Plätze im Stadtgebiet gäbe und bestätigten damit die bisherigen Befunde. Es fehle insbesondere an solitären Einrichtungen/Plätzen. Eingestreute KZP-Plätze könnten die „Anfrageflut“ nicht bewältigen.

8.3.26 Krefeld

Die zugrundeliegenden Daten entstammen der Fortschreibung der verbindlichen Bedarfsplanung 2017 – 2020, welche über das Amtsblatt der Stadt Krefeld abrufbar ist.

Tabelle 80: Übersichtstabelle Krefeld

Merkmale der Region			
Anzahl der Bezirke/ Kommunen	19 (Benrad-Nord, Benrad-Süd, Bockum, Cracau, Dießem/Lehmheide, Fischeln, Fortswald, Gartenstadt, Gellep-Stratum, Hüls, Hülser Berg, Inrath/Kliedbruch, Kempener Feld/Baackeshof, Linn, Oppum, Stadtmitte, Traar, Uerdingen, Verberg)		
Ländlich/städtisch geprägt	städtisch		
Einwohnerstruktur			
	IST (Stand 2015)	Prognose	Trend
Einwohner	225.144	2020: 234.848 2030: 230.573	steigend/fallend
Hochaltrige (ab 80 Jahre)/Anteil an Bevölkerung	13.734/6,1 %	2020: 16.697/7,1 % 2030: 15.474/6,7 %	steigend/fallend
Pflegebedürftige (gesamt)/Anteil an Bevölkerung	9.104/4,0 %	k. A.	k. A.

hochaltrige und pflegebedürftige Personen (Stand 2013)	4.440	k. A.	k. A.
------------------------------------------------------------------	-------	-------	-------

Auszüge der Versorgungsstruktur

	IST (Stand 2016)	Auslastung	Prognose/Planung
Ambulante Pflegedienste	k. A.	k. A.	k. A.
Komplementäre Hilfen	k. A.	k. A.	k. A.
Plätze in Tagespflege (Einrichtungen)	148 (10)	k. A.	kein Bedarf vorhanden
alternative Wohneinrichtungen	k. A.	k. A.	k. A.
Plätze vollstationäre Einrichtungen (Einrichtungen)	2.249 (27)	k. A.	kein Bedarf vorhanden
Dominierende Versorgungsart	Im Jahr 2015 wurden 1.876 Pflegebedürftige professionell ambulant gepflegt (20,6 %), 5.189 Pflegebedürftige empfangen Pflegegeld (57,0 %) und 2.039 Pflegebedürftige wurden vollstationär versorgt (22,4 %).		

Kurzzeitpflege

	IST	Prognose/Planung	Anmerkungen
Solitäre Plätze (Einrichtungen)	42 (3)	kein Bedarf vorhanden	Ab 2018: 57 solitäre Plätze
Eingestreute Plätze (Einrichtungen)	170 (26)	kein Bedarf vorhanden	
Separate Plätze (Einrichtungen)	k. A.	k. A.	

Quelle: Eigene Darstellung IGES (auf Grundlage von Daten aus Stadt Krefeld 2012 und Stadt Krefeld 2017, IT.NRW, wegweiser-kommune.de)

Tabelle 81: Situationsanalyse Krefeld

Bevölkerungs-entwicklung	<ul style="list-style-type: none"> - Zunächst wird die Gesamtbevölkerung in Krefeld ansteigen, ab 2030 aber schrumpfen, wohingegen der Anteil der Personen ab 60 Jahren steigen wird. - Eine ähnliche Entwicklung vollzieht sich bei den über 80-Jährigen. 2030 werden knapp 2.000 hochaltrige Menschen mehr in Krefeld leben als im Jahr 2015.
Regionale Entwicklung/Verteilung	<ul style="list-style-type: none"> - Die Versorgungsangebote sind regional ungleich verteilt.
ambulante Pflegedienste	<ul style="list-style-type: none"> - k. A.

Tages- und Nachtpflege	<ul style="list-style-type: none"> - Das Angebot an Tagespflegeplätzen steigt stetig und wird Ende 2018 auf 223 Plätze anwachsen. - Unter Berücksichtigung der sozialräumlichen Aspekte ist eine Bedarfsdeckung in ausreichendem Umfang festzustellen.
komplementäre Hilfen	<ul style="list-style-type: none"> - k. A.
alternative Wohneinrichtungen	<ul style="list-style-type: none"> - k. A.
vollstationäre Einrichtungen	<ul style="list-style-type: none"> - Im Jahr 2016 standen 2.249 Plätze zur Verfügung. Unter Berücksichtigung der zukünftigen Platzzahlverminderung (Einzelzimmerquote) stehen 2020 2.518 Plätze zur Verfügung. Der Bedarf an vollstationären Dauerpflegeeinrichtungen ist gedeckt. - Die sozialräumliche Betrachtung ergibt, dass sich ein deutliches Ungleichgewicht in der Verteilung der vorhandenen Plätze vollzieht, sodass in Stadtmitte, Cracau und Dießem/Lehmheide (Einzugsgebiet 1) doppelt so viele Plätze vorgehalten werden, als zur Versorgung der dort lebenden Menschen notwendig wären.

Insgesamt decken die vorhandenen und geplanten stationären und teilstationären Plätze den Bedarf für die Stadt Krefeld.

Dem aktuellen Bedarf von 2.100 (teil-)stationären Plätzen (Stand 2017) stehen insgesamt 2.439 Plätze (2.291 vollstationär/148 teilstationär) gegenüber, was einer Überdeckung von 339 Plätzen entspricht. Ende 2020 werden sogar 2.741 Plätze (2.461 vollstationär/ 57 solitäre Kurzzeitpflegeplätze/223 teilstationäre (Tagespflege) Pflegeplätze) zur Verfügung stehen, wobei der Bedarf bei 2.100 Plätzen liegt. Daraus folgt eine Überdeckung von 641 Plätzen und kein weiterer Bedarf an der Bereitstellung (teil-)stationärer Pflegeplätze.

Quelle: Eigene Darstellung IGES (auf Grundlage von Daten aus Stadt Krefeld 2017)

Analyse und Einschätzung des Bedarfs an KZP in Krefeld

Laut der verbindlichen Bedarfsplanung für die Jahre 2017 - 2020 gab es im Jahr 2016 127 eingestreuete Plätze und 42 solitäre KZP-Plätze, welche ab 2018 auf 57 aufgestockt werden. Es standen somit insgesamt 184 Plätze zur Verfügung (Stadt Krefeld 2017: 61f.). Dabei ist es nicht eindeutig ersichtlich, ob es sich bei den solitären Plätzen nicht auch um angebundene /separate KZP-Plätze handelte, wovon aber auszugehen ist.

Nach Recherchen von IGES haben sich die KZP-Zahlen insgesamt seit 2016 leicht erhöht. Im Bereich der eingestreuten KZP wurden 170 Plätze in 26 vollstationären Dauerpflegeeinrichtungen und bei den solitären Plätzen 42 in drei Einrichtungen identifiziert. In Anbetracht der Angaben der Pflegebedarfsplanung ist davon auszugehen, dass in den 170 eingestreuten Plätzen durchaus angebundene/separate KZP-Plätze enthalten sind.

Unabhängig davon entspricht für die Stadt Krefeld die Bereitstellung der aktuell insgesamt 196 Plätze für die Kurzzeitpflege in Bezug auf die Anzahl der ambulant versorgten Pflegebedürftigen in der Region einer Quote von 36,0 (Anzahl der Pfl-

gebedürftigen pro KZP-Platz). Dies bedeutet, dass ein KZP-Platz für rd. 36 Pflegebedürftige zur Verfügung steht. Im NRW-Vergleich (31,4) ist Krefeld damit rechnerisch schlechter aufgestellt.

Verschiedene Berechnungen ergeben für das Jahr 2020 einen KZP-Bedarf von insgesamt 67 - 160 Plätzen. Die Stadt Krefeld geht davon aus, dass die solitären KZP-Plätze alleine bereits ausreichen, um den überwiegenden Teil der KZP-Bedarfe zu decken, weshalb derzeit kein Bedarf an weiteren KZP-Plätzen besteht (Stadt Krefeld 2017: 61f).

Über die Auslastung der KZP-Plätze wurden keine Aussagen getroffen. Dies erschwert die exakte Bedarfsermittlung. Hinzu kommt, dass ein großer Teil der Krefelder Bevölkerung KZP-Plätze außerhalb Krefelds in Anspruch nimmt (etwa 15 - 20 %).

Grundsätzlich ist jedoch ein steigender Bedarf erkennbar, „der wegen der Unsicherheit zu Aussagen über die Inanspruchnahme eingestreuter Kurzzeitpflegeplätze nicht kleinräumlich festzumachen und aus demselben Grund auch nicht zahlenmäßig auf die Einzugsbereiche bezogen konkret darstellbar ist.“ (Stadt Krefeld 2017: 62)

Unter Berücksichtigung der Situationsanalyse (vgl. Tabelle 81) und in Anbetracht der durchschnittlichen KZP-Quote von 36 Personen pro Platz ist davon auszugehen, dass derzeit ausreichend KZP-Plätze vorhanden sind, da zusätzlich zu den solitären Plätzen ein Überangebot im vollstationären Bereich vorzufinden ist, sodass eingestreute KZP-Plätze auch für Kurzzeit- und Verhinderungspflege genutzt werden können.

Anhand der Befragungsergebnisse wird derzeit eine zunehmende Verschlechterung der Situation der Kurzzeitpflege durch die Sozialdienste festgestellt. Immer häufiger werden keine freien Plätze gefunden, das Angebot sei somit nicht ausreichend. Dies kann u. a. eine Folge der Schließung einer solitären Kurzzeitpflege mit 20 Plätzen im August 2017 sein (Anna-Deckers-Haus, Jungfernweg). Nach Zeitungsberichten (Westdeutsche Zeitung vom 25.08.17) stehen dafür übergangsweise 14 neue solitäre KZP-Plätze bei der Diakonie zur Verfügung und für 2018 seien weitere zusätzliche Angebote (stationär und KZP) geplant. Insofern könnten aktuelle Engpässe nur vorübergehend sein.

8.3.27 Leverkusen

Die Daten sind unvollständig und liegen nur in Form einer Power-Point-Datei vor. Auf Grundlage von IT.NRW und wegweiser-kommune.de konnten einige Daten ergänzt werden.

Tabelle 82: Übersichtstabelle Leverkusen

Merkmale der Region			
Anzahl der Bezirke/ Kommunen	3 Bezirke (Stadtbezirk 1; Stadtbezirk 2; Stadtbezirk 3 mit jeweiligen Stadtteilen) mit insgesamt 13 Stadtteilen.		
Ländlich/städtisch geprägt	städtisch		
Einwohnerstruktur			
	IST (Stand 2015)	Prognose	Trend
Einwohner	163.487	k. A.	steigend
Hochaltrige (ab 80 Jahre)/Anteil an Bevölkerung	10.300/6,3 %	k. A.	k. A.
Pflegebedürftige (gesamt)/Anteil an Bevölkerung	5.684/3,5 %	k. A.	steigend
hochaltrige und pflegebedürftige Personen (Stand 2013)	2.820	k. A.	k. A.
Auszüge der Versorgungsstruktur			
	IST (Stand 2016)	Auslastung	Prognose/Planung
Ambulante Pflegedienste	18	k. A.	k. A.
Komplementäre Hilfen	vorhanden	k. A.	k. A.
Plätze in Tagespflege (Einrichtungen)	42 (3)	k. A.	Bedarf vorhanden
alternative Wohneinrichtungen	k. A.	k. A.	k. A.
Plätze vollstationäre Einrichtungen (Einrichtungen)	1.418 (12)	Auslastung bei unter 1.300 (86,77 %)	Bedarf vorhanden
Dominierende Versorgungsart	Im Jahr 2015 wurden 1.171 Pflegebedürftige professionell ambulant versorgt (20,6 %), 3.185 Pflegebedürftige empfangen Pflegegeld (56 %) und 1.328 Pflegebedürftige wurden vollstationär versorgt (23,4 %).		
Kurzzeitpflege			
	IST	Prognose/ Planung	Anmerkungen
Solitäre Plätze (Einrichtungen)	k. A.	k. A.	
Eingestreute Plätze (Einrichtungen)	87 (12)	k. A.	
Separate Plätze (Einrichtungen)	k. A.	k. A.	

Quelle: Eigene Darstellung IGES (auf Grundlage von Daten aus Stadt Leverkusen 2016, IT.NRW, wegweiser-kommune.de)

Tabelle 83: Situationsanalyse Leverkusen

Bevölkerungs-entwicklung	- Die Information und Technik NRW (IT.NRW) rechnet für Leverkusen mit einem Bevölkerungswachstum von 6,1 % bis zum Jahr 2030 und 7,9 % bis zum Jahr 2040 (bezogen auf das Ausgangsjahr 2014). - Der Anteil der über 65-Jährigen wird entsprechend dieser Berechnung 2030 bei 24,4 % (42.380 Einwohnern) und 2040 bei 27,2 % (48.000 Einwohner.) liegen. 2016 lag der Anteil bei 21,43 %.
Regionale Entwicklung/Verteilung	- k. A.
ambulante Pflegedienste	- k. A.
Tages- und Nachtpflege	- Mittelfristig werden 2 – 3 weitere Tagespflegeeinrichtungen benötigt.
komplementäre Hilfen	- Es gibt 14 Anbieter haushaltsnaher Dienstleistungen.
alternative Wohneinrichtungen	- Es werden viele barrierefreie Wohnungen benötigt, derzeit liegt der Anteil unter 2 %.
vollstationäre Einrichtungen	- Langfristig werden weitere 400 vollstationäre Dauerpflegeplätze benötigt.

Insgesamt ist in Leverkusen ein Bevölkerungswachstum zu verzeichnen. Zudem wird deutlich, dass dringender Ausbaubedarf in der pflegerischen Versorgungsinfrastruktur besteht.

Quelle: Eigene Darstellung IGES (auf Grundlage von Daten aus Stadt Leverkusen 2016)

Analyse und Einschätzung des Bedarfs an KZP in Leverkusen

Nach Recherchen von IGES wurden 87 eingestreute KZP-Plätze in 12 vollstationären Dauerpflegeeinrichtungen identifiziert. Es ist jedoch nicht auszuschließen, dass sich unter den „eingestreuten“ Plätzen auch angebundene/separate KZP-Plätze befinden. Angaben zu solitären KZP-Plätzen wurden nicht gefunden.

Für die Stadt Leverkusen entspricht die Bereitstellung der insgesamt 87 Plätze für die Kurzzeitpflege in Bezug auf die Anzahl der ambulant versorgten Pflegebedürftigen in der Region einer Quote von 50,1 (Anzahl der Pflegebedürftigen pro KZP-Platz). Dies bedeutet, dass ein KZP-Platz für rd. 50 Pflegebedürftige zur Verfügung steht. Im NRW-Vergleich (31,4) ist Leverkusen damit rechnerisch schlechter aufgestellt.

Unter Berücksichtigung der Situationsanalyse können in diesem Zusammenhang Rückschlüsse auf mögliche Bedarfe gezogen werden. In Anbetracht der Ergebnisse ist davon auszugehen, dass ein dringender Handlungsbedarf in der Bereitstellung pflegerischer und entlastender Angebote besteht, zumal 56 % der Pflegebedürftigen in der eigenen Häuslichkeit versorgt werden.

Anhand der Befragungsergebnisse wird die unzureichende Situation der Kurzzeitpflege durch die Sozialdienste bestätigt.

8.3.28 Lippe (Kreis)

Es liegt keine Pflegebedarfsplanung vor.

Im Jahr 2015 lebten 350.750 Einwohner im Kreis Lippe, wovon 6,6 % und somit 23.150 Menschen hochaltrig waren (IT.NRW, wegweiser-kommune.de).

Die Anzahl der Pflegebedürftigen betrug im gleichen Jahr 10.662, was einem Anteil von 3,0 % an der Gesamtbevölkerung im Kreis Lippe entsprach. Im Jahr 2013 waren 5.971 Personen sowohl hochaltrig als auch pflegebedürftig (IT.NRW).

Die Mehrheit der pflegebedürftigen Personen empfing im Jahr 2015 Pflegegeld (4.717/44,2 %). 2.430 Pflegebedürftige wurden professionell ambulant versorgt (22,8 %) und 3.515 Pflegebedürftige wurden vollstationär versorgt (33,0 %) (ebd.).

Nach Recherchen von IGES konnten 481 eingestreute KZP-Plätze in 58 Einrichtungen und 14 solitäre Plätze in einer Einrichtung identifiziert werden. Es ist jedoch nicht auszuschließen, dass sich unter den „eingestreuten“ Plätzen auch angebundene/separate KZP-Plätze befinden.

Für den Kreis Lippe entspricht die Bereitstellung der insgesamt 495 Plätze für die Kurzzeitpflege in Bezug auf die Anzahl der ambulant versorgten Pflegebedürftigen im Kreisgebiet einer Quote von 14,4 (Anzahl der Pflegebedürftigen pro KZP-Platz). Dies bedeutet, dass ein KZP-Platz für rd. 14 Pflegebedürftige zur Verfügung steht. Im NRW-Vergleich (31,4) ist der Kreis Lippe damit rechnerisch besser aufgestellt und erreicht sogar die beste KZP-Quote im gesamten Bundesland.

Diese KZP-Quote und gute Versorgungssituation mit KZP-Plätzen im NRW-Vergleich bestätigte sich auch in den Befragungsergebnissen. So gaben die Pflegestützpunkte an, dass nur selten keine freien Plätze gefunden würden sowie die Wartezeiten bei unter 1 Woche/keine Wartezeit lägen. KZP-Plätze seien demnach ausreichend vorhanden.

8.3.29 Märkischer Kreis

Es liegt keine Pflegebedarfsplanung vor.

Im Jahr 2015 lebten 416.171 Einwohner im Märkischen Kreis, wovon 5,9 % und somit 24.554 Menschen hochaltrig waren (wegweiser-kommune.de, IT.NRW).

Die Anzahl der Pflegebedürftigen betrug im gleichen Jahr 14.797, was einem Anteil von 3,6 % an der Gesamtbevölkerung im Märkischen Kreis entsprach. Im Jahr 2013 waren 7.136 Personen sowohl hochaltrig als auch pflegebedürftig (IT.NRW).

Die Mehrheit der pflegebedürftigen Personen empfing im Jahr 2015 Pflegegeld (7.273/49,1 %). 3.280 Pflegebedürftige wurden professionell ambulant versorgt (22,2 %) und 4.244 Pflegebedürftige wurden vollstationär versorgt (28,7 %) (ebd.).

Nach Recherchen von IGES konnten 393 eingestreute KZP-Plätze in 56 Einrichtungen und 20 solitäre Plätze in zwei Einrichtungen identifiziert werden. Es ist jedoch nicht auszuschließen, dass sich unter den „eingestreuten“ Plätzen auch angebundene/separate KZP-Plätze befinden.

Für den Märkischen Kreis entspricht die Bereitstellung der insgesamt 413 Plätze für die Kurzzeitpflege in Bezug auf die Anzahl der ambulant versorgten Pflegebedürftigen im Kreisgebiet einer Quote von 25,6 (Anzahl der Pflegebedürftigen pro KZP-Platz). Dies bedeutet, dass ein KZP-Platz für rd. 26 Pflegebedürftige zur Verfügung steht. Im NRW-Vergleich (31,4) ist der Märkische Kreis damit rechnerisch besser aufgestellt.

In Folge der Befragungsergebnisse können lediglich geringfügige Rückschlüsse auf die Situation der Kurzzeitpflege im Märkischen Kreis gezogen werden. Ein Bedarf an weiteren Plätzen wurde nicht angegeben. Insofern scheint der KZP-Bedarf durch die vorhandenen Kapazitäten gedeckt zu sein.

8.3.30 Mettmann (Kreis)

Es liegt keine Pflegebedarfsplanung vor.

Im Jahr 2015 lebten 483.279 Einwohner im Kreis Mettmann, wovon 6,3 % und somit 30.447 Menschen hochaltrig waren (wegweiser-kommune.de, IT.NRW).

Die Anzahl der Pflegebedürftigen betrug im gleichen Jahr 16.272, was einem Anteil von 3,4 % an der Gesamtbevölkerung im Kreis Mettmann entsprach. Im Jahr 2013 waren 8.606 Personen sowohl hochaltrig als auch pflegebedürftig (IT.NRW).

Die Mehrheit der pflegebedürftigen Personen empfang im Jahr 2015 Pflegegeld (7.965/49,0 %). 3.475 Pflegebedürftige wurden professionell ambulant versorgt (21,4 %) und 4.832 Pflegebedürftige wurden vollstationär versorgt (29,7 %) (ebd.).

Nach Recherchen von IGES konnten 389 eingestreute KZP-Plätze in 53 Einrichtungen und 22 solitäre Plätze in zwei Einrichtungen identifiziert werden. Es ist jedoch nicht auszuschließen, dass sich unter den „eingestreuten“ Plätzen auch angebundene/separate KZP-Plätze befinden.

Für den Kreis Mettmann entspricht die Bereitstellung der insgesamt 411 Plätze für die Kurzzeitpflege in Bezug auf die Anzahl der ambulant versorgten Pflegebedürftigen im Kreisgebiet einer Quote von 27,8 (Anzahl der Pflegebedürftigen pro KZP-Platz). Dies bedeutet, dass ein KZP-Platz für rd. 28 Pflegebedürftige zur Verfügung steht. Im NRW-Vergleich (31,4) ist der Kreis Mettmann damit rechnerisch besser aufgestellt.

Aufgrund der bisherigen Erkenntnisse lassen sich keine eindeutigen Aussagen zur Versorgungssituation in der Kurzzeitpflege treffen. Lediglich die KZP-Quote gibt erste positive Hinweise. In Folge der Befragungsergebnisse ergibt sich ebenfalls ein recht undifferenziertes Bild, was jedoch auf innerregionale Unterschiede zurückzuführen sein könnte. So gaben die Pflegestützpunkte an, dass es nur selten vorkäme keine freien Plätze zu finden. Dies in letzter Zeit jedoch aufgrund von Umbauarbeiten in mehreren Heimen vermehrt auftrat. Prinzipiell lägen die Wartezeiten auf einen freien KZP-Platz bei unter 1 Woche/keine Wartezeit. Dies würde für ein ausreichendes Angebot an KZP-Plätzen sprechen, wiederum gab ein anderer PSP an, dass die Plätze nicht ausreichend seien sowie der Wunsch bestehe weitere solitäre Plätze in Haan anzubieten. Aus Sicht der Sozialdienste sei

das Angebot ebenfalls nicht ausreichend. Die Auslastungsquoten der befragten Einrichtungen mit eingestreuten Plätzen verhielten sich jedoch recht gering (unter 50 %).

8.3.31 Minden-Lübbecke (Kreis)

Die folgende Analyse basiert auf den Daten des Zwischenberichts der örtlichen Pflegeplanung im Kreis Minden-Lübbecke (Stand Dezember 2015).

Tabelle 84: Übersichtstabelle Kreis Minden-Lübbecke

Merkmale der Region			
Anzahl der Bezirke/ Kommunen	11 (Bad Oeynhausen, Espelkamp, Hille, Hüllhorst, Lübbecke, Minden, Petershagen, Porta Westfalica, Preußisch Oldendorf, Rahden, Stemwede)		
Ländlich/städtisch geprägt	städtisch und ländlich		
Einwohnerstruktur			
	IST (Stand 2015)	Prognose	Trend
Einwohner	313.050	k. A.	steigend
Hochaltrige (ab 80 Jahre)/Anteil an Bevölkerung	20.348/6,5 %	k. A.	k. A.
Pflegebedürftige (gesamt)/Anteil an Bevölkerung	11.525/3,7 %	k. A.	k. A.
hochaltrige und pflegebedürftige Personen (Stand 2013)	6.097	k. A.	k. A.
Auszüge der Versorgungsstruktur			
	IST (Stand 2015)	Auslastung	Prognose/Planung
Ambulante Pflegedienste	46	k. A.	k. A.
Komplementäre Hilfen	k. A.	k. A.	k. A.
Plätze in Tagespflege (Einrichtungen)	k. A. (16)	k. A.	k. A.
alternative Wohneinrichtungen	k. A.	k. A.	k. A.
Plätze vollstationäre Einrichtungen (Einrichtungen) (Stand 2016)	4.017 (50)	k. A.	k. A.
Dominierende Versorgungsart	Im Jahr 2015 wurden 2.924 Pflegebedürftige professionell ambulant versorgt (25,4 %), 5.241 Pflegebedürftige empfangen Pflegegeld (45,5 %) und 3.360 Pflegebedürftige wurden vollstationär versorgt (29,2 %).		

Kurzzeitpflege			
	IST	Prognose/Planung	Anmerkungen
Solitäre Plätze (Einrichtungen)	k. A.	k. A.	
Eingestreute Plätze (Einrichtungen)	500 (46)	k. A.	
Separate Plätze (Einrichtungen)	k. A.	k. A.	

Quelle: Eigene Darstellung IGES (auf Grundlage von Daten aus Kreis Minden-Lübbecke 2015, IT.NRW, wegweiser-kommune.de)

Aufgrund der geringen Datenlage wird auf eine Situationsanalyse verzichtet.

Analyse und Einschätzung des Bedarfs an KZP im Kreis Minden-Lübbecke

Nach Recherchen von IGES konnten 500 eingestreute KZP-Plätze in 46 Einrichtungen identifiziert werden. Es wurden keine Angaben zu solitären KZP-Plätzen gefunden. Ein Angebot an angebundenen/separaten KZP-Plätzen ist jedoch nicht ausgeschlossen.

Für den Kreis Minden-Lübbecke entspricht die Bereitstellung der insgesamt 500 Plätze für die Kurzzeitpflege in Bezug auf die Anzahl der ambulant versorgten Pflegebedürftigen im Kreisgebiet einer Quote von 16,3 (Anzahl der Pflegebedürftigen pro KZP-Platz). Dies bedeutet, dass ein KZP-Platz für rd. 16 Pflegebedürftige zur Verfügung steht. Im NRW-Vergleich (31,4) ist der Kreis Minden-Lübbecke damit rechnerisch besser aufgestellt.

Im Bericht wurde angegeben, dass 2015 insgesamt 3.429 Pflegebedürftige, davon 3.286 in der vollstationären Dauerpflege und 143 in der Kurzzeitpflege versorgt wurden. In Anbetracht der 4.017 vollstationären Dauerpflegeplätze, die 2016 zur Verfügung standen, ist davon auszugehen, dass aufgrund der hohen Kapazitäten und der guten KZP-Quote zunächst keine Engpässe im Bereich der KZP zu erwarten sind. Über die jeweiligen Auslastungsquoten sind jedoch keine Angaben bekannt.

In Folge der Befragungsergebnisse sind die bisherigen Erkenntnisse zur Situation der Kurzzeitpflege im Kreis Minden-Lübbecke kritischer zu betrachten. Laut Angaben der befragten Sozialdienste habe sich die Situation seit Frühsommer 2017 deutlich verschlechtert. Es gäbe zu wenige freie Plätze. Das Angebot sei nicht mehr ausreichend.

8.3.32 Mönchengladbach

Die Datengrundlage stellt die Kommunale Pflegeplanung 2017 - 2020 (verbindliche Bedarfsplanung) für die Stadt Mönchengladbach dar.

Tabelle 85: Übersichtstabelle Mönchengladbach

Merkmale der Region			
Anzahl der Bezirke/ Kommunen	4 Bezirke (Stadtbezirk Nord; Stadtbezirk Ost; Stadtbezirk Süd; Stadtbezirk West) mit insgesamt 44 Stadtteilen.		
Ländlich/städtisch geprägt	städtisch		
Einwohnerstruktur			
	IST (Stand 2015)	Prognose	Trend
Einwohner	259.996	2020: 256.000	fallend
Hochaltrige (ab 80 Jahre)/Anteil an Bevölkerung	14.560/5,6 %	k. A.	steigend
Pflegebedürftige (gesamt)/Anteil an Bevölkerung	10.791/4,2 %	2020: 10.700 2030: 11.900	fallend/steigend
hochaltrige und pflegebedürftige Personen (Stand 2013)	5.048	k. A.	k. A.
Auszüge der Versorgungsstruktur			
	IST (Stand 2016)	Auslastung	Prognose/Planung
Ambulante Pflegedienste	41	k. A.	k. A.
Komplementäre Hilfen	vorhanden	k. A.	k. A.
Plätze in Tagespflege (Einrichtungen)	144 (9)	k. A.	Kein Bedarf vorhanden
alternative Wohneinrichtungen	k. A.	k. A.	k. A.
Plätze vollstationäre Einrichtungen (Einrichtungen)	2.521 (32)	k. A.	Kein Bedarf vorhanden
Dominierende Versorgungsart	Im Jahr 2015 wurden 2.407 Pflegebedürftige professionell ambulant versorgt (22,3 %), 6.009 Pflegebedürftige empfangen Pflegegeld (55,7 %) und 2.375 Pflegebedürftige wurden vollstationär versorgt (22,0 %).		
Kurzzeitpflege			
	IST	Prognose/Planung	Anmerkungen
Solitäre Plätze (Einrichtungen)	34 (1)	kein Bedarf vorhanden	fehlende Datenlage zur exakten Bedarfsplanung
Eingestreuete Plätze (Einrichtungen)	140 (26)	kein Bedarf vorhanden	
Separate Plätze (Einrichtungen)	k. A.	k. A.	

Quelle: Eigene Darstellung IGES (auf Grundlage von Daten aus Stadt Mönchengladbach 2017, IT.NRW, wegweiser-kommune.de)

Tabelle 86: Situationsanalyse Mönchengladbach

Bevölkerungs-entwicklung	<ul style="list-style-type: none"> - In Mönchengladbach ist ein Bevölkerungsrückgang zu verzeichnen, sodass im Jahr 2020 nur noch etwa 256.000 Personen dort leben werden. - Bezüglich der Bevölkerungsstruktur wird ähnlich wie in anderen Städten und Gemeinden in NRW die Anzahl der Hochaltrigen zunehmen, die Anzahl der Menschen zwischen dem 65. und 79. Lebensjahr dagegen abnehmen.
Regionale Entwicklung/Verteilung	<ul style="list-style-type: none"> - k. A.
ambulante Pflegedienste	<ul style="list-style-type: none"> - Im Jahr 2016 gab es 41 ansässige Pflegedienste, die sich zwar über die ganze Stadt verteilen, aber eher zentral konzentriert sind. - Bis zum Jahr 2014 war die Anzahl der vorhandenen Dienste recht konstant, seit 2015 ist eine Zunahme der Dienste zu registrieren.
Tages- und Nachtpflege	<ul style="list-style-type: none"> - Ende 2016 gab es 144 Tagespflegeplätze. Mit einer Zunahme weiterer Einrichtungen und Plätze ist zu rechnen. Dies bedeutet in dem Zuge auch eine Entlastung für die vollstationären Einrichtungen, da diese Menschen erst deutlich später in eine stationäre Einrichtung ziehen und länger zu Hause verbleiben. - Bisher sind zusätzliche Bedarfe an Tagespflegeplätzen nicht bekannt.
komplementäre Hilfen	<ul style="list-style-type: none"> - Bezüglich komplementärer Hilfen werden unterschiedliche Angebote vorgehalten, u. a. mobile Mahlzeitendienste, Haushalts- und Alltagshilfen sowie niedrigschwellige Bereuungsdienste.
alternative Wohneinrichtungen	<ul style="list-style-type: none"> - Verschiedene kommunale Projekte beschäftigen sich bereits mit dem Thema des Wohnens im Quartier für ältere Menschen. Angebote zum Betreuten Wohnen sind vorhanden (im Jahr 2014: 87 Plätze). - Dennoch wird in diesem Bereich weiterhin Handlungsbedarf gesehen.
vollstationäre Einrichtungen	<ul style="list-style-type: none"> - Ende 2016 gab es 2.521 zur Verfügung stehende vollstationäre Pflegeplätze. Neubauten sind in Bau und Planung, sodass demnächst 2.601 Plätze zur Verfügung stehen werden. - Es wird zukünftig eine geringere Inanspruchnahme der stationären Plätze vorhergesagt (IT.NRW). - Die letzte Befragung zur Auslastung ergab freie Kapazitäten zwischen 26 und 58 Plätzen. Die geführten Wartelisten weisen ebenfalls auf keine Überlastung, sondern eher auf eine Präferenz der Unterbringung hin. - Mönchengladbach hat zum jetzigen Zeitpunkt und wird auch zukünftig einen Überschuss an vollstationären Plätzen haben, sodass dieser Bedarf vorerst gedeckt ist. Zumal eine Vielzahl an Plätzen der stationären Einrichtungen auch als KZP-Plätze angeboten werden. - Aufgrund der Zunahme weiterer ambulanter Entlastungsangebote und der Umsetzung der Pflegestärkungsgesetze (PSG) ist eine genaue Entwicklung zum jetzigen Zeitpunkt noch nicht absehbar.

Insgesamt ändern sich die Bedarfe gegenüber der letzten Bedarfsplanung dahingehend, dass für den Zeitraum 2020 bis 2030 eine geringere Inanspruchnahme ambulanter und stationärer Leistungen, dafür aber ein Anstieg der Pflegegeldempfangenden zu erwarten ist.

Quelle: Eigene Darstellung IGES (auf Grundlage von Daten aus Stadt Mönchengladbach 2017)

Analyse und Einschätzung des Bedarfs an KZP in Mönchengladbach

Ende 2016 wurden laut der Pflegebedarfsplanung 53 solitäre KZP-Plätze in 2 Einrichtungen (Eicken, Holt) und insgesamt 102 eingestreute KZP-Plätze (Anzahl der Einrichtungen ist unbekannt) vorgehalten (Stadt Mönchengladbach 2017: 39f).

Nach Recherchen von IGES haben sich die Zahlen im Bereich der eingestreuten KZP-Plätze seit 2016 auf 140 Plätze in 26 vollstationären Dauerpflegeeinrichtungen erhöht. Es ist jedoch nicht auszuschließen, dass sich unter den „eingestreuten“ Plätzen auch angebundene/separate KZP-Plätze befinden. Die Anzahl der solitären Plätze ist dagegen auf 34 in einer Einrichtung gesunken.

Für die Stadt Mönchengladbach entspricht die Bereitstellung der insgesamt 174 Plätze für die Kurzzeitpflege in Bezug auf die Anzahl der ambulant versorgten Pflegebedürftigen in der Region einer Quote von 48,4 (Anzahl der Pflegebedürftigen pro KZP-Platz). Dies bedeutet, dass ein KZP-Platz für rd. 48 Pflegebedürftige zur Verfügung steht. Im NRW-Vergleich (31,4) ist Mönchengladbach damit rechnerisch schlechter aufgestellt.

Bezüglich der Auslastungsquote wird für die solitären Einrichtungen angegeben, dass in Urlaubs-/Ferienzeiten die Plätze ausgelastet sind und teilweise nicht ausreichen, wohingegen in anderen Zeiträumen die Plätze nicht belegt sind. Wirtschaftliche Probleme sind daher die Folge, weshalb Träger bereits über eine teilweise Umwandlung von solitären Plätzen in Tagespflegeplätze nachdenken (Stadt Mönchengladbach 2017: 39).

Eine Lösung bzw. Kompensation durch die eingestreuten KZP-Plätze wird in diesem Fall nicht als zielführend erachtet. Bezüglich des Nachfrageverhaltens der eingestreuten KZP-Plätze wird von den Pflegestützpunkten berichtet, dass Engpässe vorliegen. Dies läge ebenfalls in den saisonalen Schwankungen begründet, welche es erschweren bedarfsgerecht Plätze vorzuhalten. Hinzu kommt, dass insbesondere eingestreute Plätze oftmals als „Einstieg“ hinsichtlich eines dauerhaften Verbleibs in vollstationären Dauerpflegeeinrichtungen genutzt werden und daher für andere KZP-Fälle nicht mehr zur Verfügung stünden (Stadt Mönchengladbach 2017: 39f.).

Nachdem Entlastungsangebote durch die PSG nun stärker gefördert werden, ist zu erwarten, dass sich die Lage weiter verschärfen wird, weshalb zukünftig nach bedarfsgerechten Lösungen gesucht werden muss, die die saisonalen Schwankungen auffangen können (ebd.: 51).

Überlegungen des Landesministeriums gingen dahin, die Finanzierung für das Angebot attraktiver zu gestalten. Bisher fehlt es jedoch grundsätzlich an verlässlichen Daten, um den Umfang der notwendigen Platzkapazitäten genau abschätzen und besser planen zu können (ebd.: 52).

Aktuell wird in der Bedarfsplanung daher kein zusätzlicher Bedarf an KZP-Plätzen ausgewiesen. Die mit 48 Personen pro Platz relativ schlechte KZP-Quote als auch die Erkenntnisse der Situationsanalyse (vgl. Tabelle 86) lassen dennoch auf einen Handlungsbedarf schließen, obwohl Überkapazitäten in den vollstationären Einrichtungen gegeben sind. Auswirkungen der schwankenden wirtschaftlichen Auslastung schlagen sich unterdessen schon im reduzierten Angebot der solitären KZP-Plätze gegenüber dem Jahr 2016 nieder.

Da die Region Mönchengladbach innerhalb der Befragungen dieser Studie nicht vertreten war, können keine ergänzenden Angaben gemacht werden.

8.3.33 Mülheim an der Ruhr

Es liegt keine Pflegebedarfsplanung vor.

Im Jahr 2015 lebten 169.278 Einwohner in Mülheim an der Ruhr, wovon 7 % und somit 11.849 Menschen hochaltrig waren (wegweiser-kommune.de, IT.NRW).

Die Anzahl der Pflegebedürftigen betrug im gleichen Jahr 5.904, was einem Anteil von 3,5 % an der Gesamtbevölkerung in Mülheim an der Ruhr entsprach. Im Jahr 2013 waren 2.973 Personen sowohl hochaltrig als auch pflegebedürftig (IT.NRW).

Die Mehrheit der pflegebedürftigen Personen empfing im Jahr 2015 Pflegegeld (2.615/44,3 %). 1.513 Pflegebedürftige wurden professionell ambulant versorgt (25,6 %) und 1.776 Pflegebedürftige wurden vollstationär versorgt (30,1 %) (ebd.).

Nach Recherchen von IGES wurden 143 eingestreute KZP-Plätze in 16 vollstationären Dauerpflegeeinrichtungen identifiziert. Es ist jedoch nicht auszuschließen, dass sich unter den „eingestreuten“ Plätzen auch angebundene/separate KZP-Plätze befinden. Angaben zu solitären KZP-Plätzen wurden nicht gefunden.

Für die Stadt Mülheim an der Ruhr entspricht die Bereitstellung der insgesamt 143 Plätze für die Kurzzeitpflege in Bezug auf die Anzahl der ambulant versorgten Pflegebedürftigen in der Stadt einer Quote von 28,9 (Anzahl der Pflegebedürftigen pro KZP-Platz). Dies bedeutet, dass ein KZP-Platz für rd. 29 Pflegebedürftige zur Verfügung steht. Im NRW-Vergleich (31,4) ist Mülheim an der Ruhr damit rechnerisch besser aufgestellt.

Da Mülheim an der Ruhr bei den Befragungsergebnissen dieser Studie nicht vertreten war, können keine ergänzenden Angaben gemacht werden.

8.3.34 Münster

Die Datengrundlage stellt der verbindliche Kommunale Pflegebedarfsplan 2016 - 2019 für die Stadt Münster dar.

Tabelle 87: Übersichtstabelle Stadt Münster

Merkmale der Region			
Anzahl der Bezirke/ Kommunen	6 (Münster-Mitte, Münster-Ost, Münster-Nord, Münster-Südost, Münster-West, Münster-Hiltrup)		
Ländlich/städtisch geprägt	städtisch und ländlich		
Einwohnerstruktur			
	IST (Stand 2015)	Prognose	Trend
Einwohner	310.039	k. A.	k. A.
Hochaltrige (ab 80 Jahre)/Anteil an Bevölkerung	15.812/5,1 %	2020: 20.538	steigend
Pflegebedürftige (gesamt)/Anteil an Bevölkerung	6.933/2,2 %	k. A.	k. A.
hochaltrige und pflegebedürftige Personen (Stand 2013)	4.061	k. A.	k. A.
Auszüge der Versorgungsstruktur			
	IST (Stand 2015)	Auslastung	Prognose/Planung
Ambulante Pflegedienste	45	k. A.	k. A.
Komplementäre Hilfen	vorhanden	k. A.	k. A.
Plätze in Tagespflege (Einrichtungen)	180 (12)	k. A.	k. A.
alternative Wohneinrichtungen	vorhanden	k. A.	Bedarf vorhanden
Plätze vollstationäre Einrichtungen (Einrichtungen)	2.646 (33)	Ø96,5 %	kein Bedarf vorhanden
Dominierende Versorgungsart	Im Jahr 2015 wurden 1.844 Pflegebedürftige professionell ambulant versorgt (26,6 %), 2.536 Pflegebedürftige empfangen Pflegegeld (36,6 %) und 2.553 Pflegebedürftige wurden vollstationär versorgt (36,8 %).		
Kurzzeitpflege			
	IST	Prognose/Planung	Anmerkungen
Solitäre Plätze (Einrichtungen)	76 (4)	kein Bedarf vorhanden	
Eingestreuete Plätze (Einrichtungen)	145 (25)	kein Bedarf vorhanden	
Separate Plätze (Einrichtungen)	k. A.	k. A.	

Quelle: Eigene Darstellung IGES (auf Grundlage von Daten aus Stadt Münster 2016, IT.NRW, wegweiser-kommune.de)

Tabelle 88: Situationsanalyse Stadt Münster

Bevölkerungs-entwicklung	- k. A.
Regionale Ent-wicklung/Ver-teilung	- Alle Versorgungsbereiche sind in Münster abgedeckt und vertreten, wo-bei eine deutliche Konzentration im Stadtbezirk Münster-Mitte vorzufin-den ist. Die deutlich ländlich geprägten Randbezirke weisen weniger An-gebote auf.
ambulante Pflegedienste	- k. A.
Tages- und Nachtpflege	- Das besteht ein Angebot an 180 Tagespflegeplätzen in 12 Einrichtungen. Weitere Angebote sind in Planung bzw. bereits in Bau.
komplemen-täre Hilfen	- Es wird eine Vielzahl an Angeboten in diesem Bereich vorgehalten.
alternative Wohneinrich-tungen	<ul style="list-style-type: none"> - Es stehen 180 Plätze in Wohngemeinschaften an 15 Standorten zur Ver-fügung. - Weiterhin hat sich in Münster ein vielfältiges Spektrum an unterschiedli-chen alternativen Wohnformen entwickelt (u. a. integriertes Wohnen, Mehrgenerationenwohnen, selbst organisierte oder betreute Wohnge-meinschaften, Hausgemeinschaften für Menschen mit Demenz oder Pflegewohnungen im Wohnquartier). - Es wird notwendiger Bedarf gesehen die Angebote weiter auszubauen.
vollstationäre Einrichtungen	<ul style="list-style-type: none"> - Die Auslastungsquote der unterdessen 2.646 Plätze in 33 Einrichtungen betrug im Jahr 2015 96,5 % und ist seit 2011 kontinuierlich geringfügig angestiegen. Die Meldequote der freien Plätze (Meldung auf freiwilliger Basis) signalisiert Kapazitäten von durchschnittlich rund 45 Plätzen. Auf-grund von zunehmenden Fachkräftemangel können diese jedoch nicht zwangsläufig immer direkt wieder neu besetzt werden. - Laut IT.NRW wurde für 2015 ein Bedarf von rd. 2.500 Plätzen errechnet, für 2020 schwankt der Bedarf zwischen 2.500 (Trendvariante) und 2.900 Plätzen (konstante Variante). - Es stehen zusätzlich 180 Tagespflegeplätze und 76 solitäre KZP-Plätze zur Verfügung, sodass bis 2019 die Bedarfe gedeckt sind. Zudem steht den Pflegebedürftigen eine ausreichende Wahlfreiheit zwischen den unter-schiedlichen vollstationären Einrichtungen zur Verfügung. Es wird daher kein zusätzlicher Bedarf an neuen vollstationären Einrichtungen vorerst gesehen.

Insgesamt wird in Münster ein vielfältiges Versorgungsangebot vorgehalten, dass sich stark im Zentrum der Stadt konzentriert.

Seit 1999 ist ein durchweg kontinuierlicher und bedeutender Anstieg der Tages- und Kurzeit-pflege sowie der Plätze in Wohngemeinschaften zu verzeichnen. Dagegen ist die Inanspruch-nahme stationärer Versorgungsangebote nur geringfügig angestiegen. Dies spricht insgesamt für eine zunehmende Tendenz zur Nutzung ambulanter vor stationärer Angebote.

Quelle: Eigene Darstellung IGES (auf Grundlage von Daten aus Stadt Münster 2016)

Analyse und Einschätzung des Bedarfs an KZP in Münster

Das Angebot an KZP-Plätzen gestaltet sich in Münster sehr umfangreich. So werden insgesamt 76 KZP-Plätze in vier solitären Einrichtungen und 145 eingestreute KZP-Plätze in 25 vollstationären Dauerpflegeeinrichtungen angeboten.

Für die Stadt Münster entspricht die Bereitstellung der insgesamt 221 Plätze für die Kurzzeitpflege in Bezug auf die Anzahl der ambulant versorgten Pflegebedürftigen in der Stadt einer Quote von 19,8 (Anzahl der Pflegebedürftigen pro KZP-Platz). Dies bedeutet, dass ein KZP-Platz für rd. 20 Pflegebedürftige zur Verfügung steht. Im NRW-Vergleich (31,4) ist Münster damit rechnerisch besser aufgestellt und lässt auf eine hohe Versorgungsdichte schließen. Bezüglich der Auslastung wurden keine Angaben gemacht.

Unter Berücksichtigung der Situationsanalyse (vgl. Tabelle 88) kann jedoch davon ausgegangen werden, dass unabhängig von der großen Anzahl an vorgehaltenen solitären KZP-Plätzen auch verlässliche Kapazitäten bei den eingestreuten KZP-Plätzen bestehen. Dies begründet sich darin, dass freie Plätze zur Verfügung stehen und die Inanspruchnahme eher rückläufig ist bzw. nur moderat ansteigt. Zudem zeigt die Auslastungsquote der vollstationären Plätze mit 96,5 % keine Überlastung an.

Insgesamt kann davon ausgegangen werden, dass kein Bedarf an zusätzlichen KZP-Plätzen gesehen wird.

Entgegen der vorangegangenen Analyse spiegeln die Ergebnisse der Befragung ein anderes Bild wider: Den Sozialdiensten als auch Pflegestützpunkten zu Folge sind die Plätze nicht ausreichend. Laut Aussage der PSP käme es gelegentlich vor, dass keine freien Plätze gefunden werden. Die Wartezeit betrage in diesem Falle dann durchschnittlich 1-2 Wochen. Aus Sicht der PSP bedarf es daher der Schaffung weiterer solitärer Plätze.

8.3.35 Oberbergischer Kreis

Als Datengrundlage wurde die Kommunale Pflegeplanung 2014 des Oberbergischen Kreises (OBK) verwendet.

Tabelle 89: Übersichtstabelle Oberbergischer Kreis

Merkmale der Region	
Anzahl der Bezirke/ Kommunen	13 (Radevormwald, Hückeswagen, Wipperfürth, Lindlar, Marienheide, Gummersbach, Bergneustadt, Engelskirchen, Wiehl, Reichshof, Nümbrecht, Waldbröl, Morsbach)
Ländlich/städtisch geprägt	städtisch und ländlich

Einwohnerstruktur			
	IST (Stand 2015)	Prognose	Trend
Einwohner	273.452	2020: 264.735 2030: 247.439	fallend
Hochaltrige (ab 80 Jahre)/Anteil an Bevölkerung	16.134/5,9 %	2020: 19.571 2030: 20.537	steigend
Pflegebedürftige (gesamt)/Anteil an Bevölkerung	11.583/4,2 %	k. A.	k. A.
hochaltrige und pflegebedürftige Personen (Stand 2013)	5.296	2020: 6.654	steigend

Auszüge der Versorgungsstruktur			
	IST (Stand 2011)	Auslastung	Prognose/Planung
Ambulante Pflegedienste	56	k. A.	k. A.
Komplementäre Hilfen	vorhanden	k. A.	k. A.
Plätze in Tagespflege (Einrichtungen)	105 (9)	208,9 %	Bedarf vorhanden
alternative Wohneinrichtungen	vorhanden	k. A.	Bedarf vorhanden
Plätze vollstationäre Einrichtungen (Einrichtungen)	3.552 (53)	81,8 %	kein Bedarf vorhanden
Dominierende Versorgungsart	Im Jahr 2015 wurden 2.828 Pflegebedürftige professionell ambulant versorgt (24,4 %), 5.752 Pflegebedürftige empfangen Pflegegeld (49,7 %) und 3.003 Pflegebedürftige wurden vollstationär versorgt (26,0 %).		

Kurzzeitpflege			
	IST	Prognose/Planung	Anmerkungen
Solitäre Plätze (Einrichtungen)	k. A.	k. A.	
Eingestreuete Plätze (Einrichtungen)	252 (43)	k. A.	
Separate Plätze (Einrichtungen)	k. A.	k. A.	

Quelle: Eigene Darstellung IGES (auf Grundlage von Daten aus Oberbergischer Kreis 2014, IT.NRW, wegweiser-kommune.de)

Tabelle 90: Situationsanalyse Oberbergischer Kreis

Bevölkerungs-entwicklung	<ul style="list-style-type: none"> - Die Bevölkerungsentwicklung ist rückläufig. Innerhalb von zwei Jahren (2009 – 2011) ist die Bevölkerung um 3.104 Bewohner gesunken. - Während die Altersgruppe der 65 bis 80-Jährigen ebenfalls sinkt, steigt die der über 80-Jährigen an.
Regionale Ent-wicklung/Ver-teilung	<ul style="list-style-type: none"> - k. A.
ambulante Pflegedienste	<ul style="list-style-type: none"> - Zwischen 2005 – 2011 ist die Anzahl von 45 auf 56 gestiegen. 983 Beschäftigte betreuen insgesamt 1.835 Pflegebedürftige. - Je Pflegedienst werden durchschnittlich 33 Pflegebedürftige betreut. Diese Anzahl liegt deutlich unter dem Landesdurchschnitt von 53. - Die Zahl der Pflegebedürftigen pro Beschäftigten hat sich von 2,2 in 2009 auf 1,9 in 2011 verringert.
Tages- und Nachtpflege	<ul style="list-style-type: none"> - Das Tagespflegeangebot im OBK besteht aus 9 Tagespflegeeinrichtungen mit 105 Plätzen. Zudem sind 2 weitere in Planung. Das Angebot ist weiterhin im Ausbau. - Aufgrund der Auslastung der Plätze im Jahr 2011 wird angestrebt, neue flächendeckende Tagespflegeangebote mit flexiblen Öffnungszeiten zu schaffen. Zudem soll der Bedarf an Nachtpflegeangeboten geprüft werden.
komplemen-täre Hilfen	<ul style="list-style-type: none"> - Die Inanspruchnahme komplementärer Hilfen ist stetig angestiegen. - Es gilt nunmehr die Angebote noch weiter flächendeckend auszubauen und mehr Informations- und Beratungsangebote für ältere Menschen einzurichten.
alternative Wohneinrich-tungen	<ul style="list-style-type: none"> - Im OBK sind 11 ambulant betreute Wohngemeinschaften regional verteilt. Zudem ist eine weitere Einrichtung in Planung. - Ziel ist es den Ausbau des betreuten Wohnens (auch in Anbindung an stationäre Einrichtungen), Neubauten für altengerechtes Wohnen sowie Beratung und Unterstützung bei der Entstehung selbst- und anbieterverantworteter Wohngemeinschaften und neuer Wohnformen zu fördern, dazu zählen u. a. auch Mehrgenerationenwohnhäuser, spezielle Wohnformen für Demenzkranke.
vollstationäre Einrichtungen	<ul style="list-style-type: none"> - Seit der letzten Bestandsaufnahme ist die Anzahl der Einrichtungen weiter auf 53 gestiegen. - Die Auslastung ist jedoch seit 2005 bis 2011 stetig gesunken und betrug 2011 81,8 %. Der Bedarf ist seit Jahren prinzipiell gedeckt, jedoch planen Investoren weitere Neubauten entgegen der Meinung des OBK. - Im Berichtszeitraum wurde sogar davon ausgegangen, dass der Bedarf mit der aktuellen verfügbaren Anzahl der Plätze selbst im Jahr 2014 gedeckt sein wird. Gründe sind u. a. die gesteigerte Nachfrage nach alternativen Wohnformen.

Insgesamt wurden im Jahr 2011 mehr als zwei Drittel der Pflegebedürftigen zu Hause versorgt, dennoch lag die häusliche Betreuungsquote von 69 % im OBK unter dem Landesdurchschnitt von 71 %.

Seit 2005 verhält sich die Zahl der Pflegebedürftigen in vollstationären Einrichtungen (Dauerpflege und Kurzzeitpflege) recht konstant, was u. a. auf die gesteigerten Beratungsangebote und ein verbessertes ambulantes Versorgungsangebot zurückzuführen ist.

Der Anstieg der Pflegegeldempfangenden lässt zudem auf einen weiteren notwendigen Ausbau und Bedarf an ambulanten Angeboten schließen.

Quelle: Eigene Darstellung IGES (auf Grundlage von Daten aus Oberbergischer Kreis 2014)

Analyse und Einschätzung des Bedarfs an KZP im Oberbergischen Kreis

Im OBK werden keine solitären KZP-Plätze vorgehalten, dafür aber 252 eingestreute Plätze in 43 vollstationären Dauerpflegeeinrichtungen. Das Angebot hat sich in den vergangenen Jahren stetig erhöht (Oberbergischer Kreis 2014: 13).

Für den OBK entspricht die Bereitstellung der insgesamt 252 Plätze für die Kurzzeitpflege in Bezug auf die Anzahl der ambulant versorgten Pflegebedürftigen in dem Kreisgebiet einer Quote von 34,0 (Anzahl der Pflegebedürftigen pro KZP-Platz). Dies bedeutet, dass ein KZP-Platz für rd. 34 Pflegebedürftige zur Verfügung steht. Im NRW-Vergleich (31,4) ist der OBK damit rechnerisch etwas schlechter aufgestellt.

KZP wird immer mehr genutzt, um vollstationäre Dauerpflegeaufenthalte vorzubereiten, womit sie ihr ursprüngliches Ziel jedoch verfehlt. Durch verstärkte Beratungsangebote versucht der OBK diesem Trend entgegen zu wirken (ebd.).

Über etwaige Auslastungsquoten wurden keine Angaben gemacht. Es ist jedoch anzunehmen, dass das bisherige Fehlen von solitären KZP-Plätzen keine Engpässe verursacht. Zudem wurde in der Analyse (vgl. Tabelle 90) deutlich hervorgehoben, dass die Auslastung der vollstationären Dauerpflegeeinrichtungen sehr gering ist und somit die eingestreuten Plätze ebenfalls für KZP zur Verfügung stünden. Darüber hinaus ist die Anzahl der eingestreuten KZP-Plätze in den letzten Jahren gestiegen, was einerseits auf eine erhöhte Inanspruchnahme hinweisen könnte, andererseits eine Möglichkeit der Einrichtungen darstellt, den bestehenden Leerständen entgegenzuwirken und mögliche Bewohnerinnen und Bewohner frühzeitig an die Einrichtung zu binden (ebd.).

Aufgrund der Darstellungen lässt sich zunächst kein zusätzlicher Bedarf an KZP-Plätzen feststellen.

Dieses Bild stellt sich jedoch in Folge der Befragungsergebnisse etwas anders dar. Die Auslastungsquoten der angebotenen KZP-Plätze lagen mit 96-97 % sehr hoch. Den Freitexten zu Folge weisen die Einrichtungen auf einen Mangel an solitären KZP-Einrichtungen hin sowie auf die ungünstigen Rahmenbedingungen, eine solche Einrichtung zu eröffnen.

8.3.36 Oberhausen

Der vorliegenden Analyse liegen die Daten der Örtlichen Planung (2016 - 2020) der Stadt Oberhausen zugrunde.

Tabelle 91: Übersichtstabelle Oberhausen

Merkmale der Region			
Anzahl der Bezirke/ Kommunen	3 (Alt-Oberhausen, Osterfeld, Sterkrade)		
Ländlich/städtisch geprägt	städtisch		
Einwohnerstruktur			
	IST (Stand 2015)	Prognose	Trend
Einwohner	210.934	2020: 208.622 2025: 206.402	fallend
Hochaltrige (ab 80 Jahre)/Anteil an Bevölkerung	12.867/6,1 %	2020: 14.889 2025: 14.180	steigend/fallend
Pflegebedürftige (gesamt)/Anteil an Bevölkerung	8.753/4,2 %	k. A.	steigend
hochaltrige und pflegebedürftige Personen (Stand 2013)	3.920	k. A.	k. A.
Auszüge der Versorgungsstruktur			
	IST (Stand 2013)	Auslastung	Prognose/Planung
Ambulante Pflegedienste	31	k. A.	k. A.
Komplementäre Hilfen	vorhanden	k. A.	k. A.
Plätze in Tagespflege (Einrichtungen)	102 (8)	172,7 %	Bedarf vorhanden
alternative Wohneinrichtungen	vorhanden	k. A.	k. A.
Plätze vollstationäre Einrichtungen (Einrichtungen)	2.292 (23)	97,45 % (Stand 2016)	kein Bedarf vorhanden
Dominierende Versorgungsart	Im Jahr 2015 wurden 2.242 Pflegebedürftige professionell ambulant versorgt (25,6 %), 4.484 Pflegebedürftige empfangen Pflegegeld (51,2 %) und 2.027 Pflegebedürftige wurden vollstationär versorgt (23,2 %).		

Kurzzeitpflege			
	IST	Prognose/Planung	Anmerkungen
Solitäre Plätze (Einrichtungen)	14 (1)	Bedarf vorhanden	
Eingestreute Plätze (Einrichtungen)	117 (21)	Bedarf vorhanden	
Separate Plätze (Einrichtungen)	k. A.	k. A.	

Quelle: Eigene Darstellung IGES (auf Grundlage von Daten aus Kegelmann 2016, IT.NRW, wegweiser-kommune.de)

Tabelle 92: Situationsanalyse Oberhausen

Bevölkerungs-entwicklung	<ul style="list-style-type: none"> - Bis 2020 ist davon auszugehen, dass die Bevölkerung Oberhausens auf 208.622 Einwohner sinken wird, wohingegen der Anteil der Hochaltrigen bis 2020 auf 14.889 steigen, bis 2025 jedoch wieder leicht abfallen wird. - In Oberhausen lebt der Großteil der über 80-Jährigen in Sterkrade-Mitte. Die wenigsten wohnen in Oberhausen Mitte/Styrum.
Regionale Entwicklung/Verteilung	<ul style="list-style-type: none"> - k. A.
ambulante Pflegedienste	<ul style="list-style-type: none"> - Ende 2013 hatten 31 ambulante Dienste ihren Sitz in Oberhausen. Bis 2016 ist die Anzahl sogar um 38 % auf 43 Dienste angestiegen. - Die 31 Pflegedienste verfügten über 843 Beschäftigte, welche 1.698 Personen versorgten. Durchschnittlich wurden Ende 2013 ca. 54 Pflegebedürftige von einem ambulanten Dienst betreut.
Tages- und Nachtpflege	<ul style="list-style-type: none"> - Die 102 Tagespflegeplätze in 8 Einrichtungen waren im Jahr 2013 vollständig ausgelastet. Aufgrund dieser erhöhten Nachfrage ist ein weiterer Ausbau geplant. - In Oberhausen werden außerdem 5 Nachtpflegeplätze angeboten, welche an stationäre Einrichtungen angeschlossen sind. Solitäre Plätze gibt es nicht. Bezüglich der Auslastung und Entwicklung der Fallzahlen in der Nachtpflege gibt es aufgrund der geringen Werte keine Daten.
komplementäre Hilfen	<ul style="list-style-type: none"> - Komplementäre ambulante Hilfen werden u. a. in Form von Unterstützung bei hauswirtschaftlichen Verrichtungen, persönlichen Hilfen (z. B. Begleitdienste bei Arztbesuchen), „Essen auf Rädern“ oder Hausnotrufdiensten angeboten. - Aufgrund fehlender statistischer Daten kann keine Aussage zur Bedarfsdeckung gemacht werden. Es ist jedoch von steigendem Bedarf auszugehen.

alternative Wohneinrichtungen	<ul style="list-style-type: none"> - Angebote zu Wohngemeinschaften werden vorgehalten. Aufgrund fehlender statistischer Daten, können jedoch keine Angaben bezüglich des Bedarfs gemacht werden. - Insgesamt sind in Oberhausen jedoch nur wenige Wohnungen barrierefrei bzw. barrierearm und daher nicht an die Bedarfe im Alter angepasst. Vordergründig ist dabei insbesondere preisgünstigen Wohnraum zur Verfügung zu stellen.
vollstationäre Einrichtungen	<ul style="list-style-type: none"> - Im Jahr 2013 standen 2.237 zur Verfügung. Im Jahr 2017 ist von einem Angebot von 2.292 Plätzen in 25 Einrichtungen auszugehen. Der Bedarf ist damit bis zum Jahr 2020 gedeckt. - Die durchschnittliche Auslastungsquote lag Mitte 2016 bei 97,4 %. - Das zurzeit bestehende Überangebot im Umfang von ca. 300 Plätzen wird im Zuge von Anpassungsmaßnahmen in den Pflegeeinrichtungen (Einzelzimmerquote) abgebaut werden. - In sämtlichen Oberhausener Sozialräumen werden stationäre Pflegeeinrichtungen angeboten. Allerdings können aufgrund der Verteilung der stationären Einrichtungen im Stadtgebiet keine belastbaren Aussagen zu einem Über- oder Unterangebot in den einzelnen Sozialräumen getroffen werden.

Insgesamt werden über 75 % der Pflegebedürftigen in ihrem eigenen sozialen Umfeld/Häuslichkeit versorgt, davon werden ca. 50 % durch Angehörige betreut. Die Stadt Oberhausen ist weiterhin bestrebt die Angehörigenpflege zu fördern und somit auch der Prämisse „ambulant vor stationär“ gerecht zu werden. In diesem Zuge bedarf es auch des weiteren Ausbaus an Tagespflegeangeboten und komplementären Hilfen.

Nichtsdestotrotz ist mit einem Rückgang des häuslichen Pflegepotentials zu rechnen. In diesem Fall ist auch langfristig (bis 2020) das vorhandene pflegerische Angebot im stationären Bereich gedeckt.

Quelle: Eigene Darstellung IGES (auf Grundlage von Daten aus Kegelmann 2016)

Analyse und Einschätzung des Bedarfs an KZP in Oberhausen

Im Stadtgebiet Oberhausen werden 14 solitäre KZP-Plätze in einer Einrichtung und 117 eingestreute KZP-Plätze in 21 Einrichtungen angeboten (Kegelmann 2016: 7).

Für die Stadt Oberhausen entspricht die Bereitstellung der insgesamt 131 Plätze für die Kurzzeitpflege in Bezug auf die Anzahl der ambulant versorgten Pflegebedürftigen in der Stadt einer Quote von 51,3 (Anzahl der Pflegebedürftigen pro KZP-Platz). Dies bedeutet, dass ein KZP-Platz für rd. 51 Pflegebedürftige zur Verfügung steht. Im NRW-Vergleich (31,4) ist Oberhausen damit rechnerisch schlechter aufgestellt.

Angaben zu Auslastungsquoten oder Pfl egetagen liegen nicht vor. Eine Bedarfsberechnung anhand statistischer Daten ist daher nicht möglich. Aufgrund der Erfahrungswerte in den Einrichtungen ist aber davon auszugehen, dass zusätzlicher Bedarf an KZP-Plätzen vorhanden ist. Begründet liegt dies in den besonders nachfragestarken Zeiten (Urlaubs-/Ferienzeit), in der Engpässe in der Bedarfsdeckung entstehen (Kegelmann 2016: 52f.).

Die überwiegend eingestreuten KZP-Plätze stellen keine konstante Lösung dar, so dass ein Ausbau des solitären KZP-Angebots ratsam wäre, da in diesem Zusammenhang auch ein qualitativer Unterschied gesehen wird (ebd.: 61). Der steigenden Anzahl hochaltriger Menschen und deren Wunsch nach einer adäquaten Versorgung in der eigenen Häuslichkeit, muss ein ausreichendes Angebot an Entlastungsangeboten für die pflegenden Angehörigen entgegengebracht werden (ebd.: 86).

Unter Berücksichtigung der Situationsanalyse in Tabelle 92 wird ebenfalls der Bedarf an zusätzlichen Entlastungsangeboten durch die KZP deutlich. Betrachtet man die Auslastung der vollstationären Angebote, so ist nicht von einer konstanten Verfügbarkeit der eingestreuten KZP-Plätze auszugehen. Zudem ist in den nächsten Jahren mit einer Zunahme der Inanspruchnahme vollstationärer Pflege zu rechnen, sofern ein Ausbau des Angebots an alternativen Wohnformen und/oder barrierearmen Wohnungen nicht ausreichend verfolgt wird. Anderweitig könnte dies eine Kompensation der Inanspruchnahme vollstationärer Leistungen darstellen.

Des Weiteren sind Entlastungsangebote (z. B. Tagespflege) ausgelastet und können daher den Bedarf nicht ausreichend decken. Über die Inanspruchnahme ambulanter Dienste ist nichts bekannt. Deren Anzahl ist jedoch in den letzten Jahren deutlich gestiegen, was auf einen Nachfrageüberschuss schließen lässt und ein Indiz für eine hohe Auslastung ist. Dies würde das Erfordernis zusätzlicher vollstationärer Kapazitäten auch für den Fall der Verhinderungspflege unterstreichen.

Da Oberhausen innerhalb der Befragungsergebnisse dieser Studie nicht vertreten war, können keine ergänzenden Angaben gemacht werden.

8.3.37 Olpe (Kreis)

Die der folgenden Analyse zu Grunde liegenden Daten sind dem Pflegebedarfsplan 2015 - 2018 entnommen. Dieser stellt keine verbindliche Bedarfsplanung dar.

Tabelle 93: Übersichtstabelle Kreis Olpe

Merkmale der Region			
Anzahl der Bezirke/ Kommunen	7 (Attendorf, Drolshagen, Finnentrop, Kirchhundem, Lennestadt, Olpe, Wenden)		
Ländlich/städtisch geprägt	Städtisch und ländlich		
Einwohnerstruktur			
	IST (Stand 2015)	Prognose	Trend
Einwohner	136.365	2030: 127.134	fallend
Hochaltrige (ab 80 Jahre)/Anteil an Bevölkerung	7.500/5,5 %	2030: 9.081	steigend

Pflegebedürftige (gesamt)/Anteil an Bevölkerung	5.310/3,9 %	k. A.	steigend
hochaltrige und pflegebedürftige Personen (Stand 2013)	2.641	k. A.	steigend

Auszüge der Versorgungsstruktur

	IST (Stand 2015)	Auslastung	Prognose/Planung
Ambulante Pflegedienste	21	k. A.	k. A.
Komplementäre Hilfen	k. A.	k. A.	k. A.
Plätze in Tagespflege (Einrichtungen)	56 (4)	90-99 % (2011-2014)	k. A.
alternative Wohneinrichtungen	k. A.	k. A.	Bedarf vorhanden
Plätze vollstationäre Einrichtungen (Einrichtungen)	1.278 (20)	Ø 92,0 %	Bedarf vorhanden
Dominierende Versorgungsart	Im Jahr 2015 wurden 1.105 Pflegebedürftige professionell ambulant versorgt (20,8 %), 3.022 Pflegebedürftige empfangen Pflegegeld (56,9 %) und 1.183 Pflegebedürftige wurden vollstationär versorgt (22,3 %).		

Kurzzeitpflege

	IST	Prognose/Planung	Anmerkungen
Solitäre Plätze (Einrichtungen)	31 (3)	Auslastung Ø 90 %	
Eingestreute Plätze (Einrichtungen)	141 (19)	Bedarf vorhanden	
Separate Plätze (Einrichtungen)	k. A.	k. A.	

Quelle: Eigene Darstellung IGES (auf Grundlage von Daten aus Kreis Olpe 2015, IT.NRW, wegweiser-kommune.de)

Tabelle 94: Situationsanalyse Kreis Olpe

Bevölkerungs-entwicklung	- Die Bevölkerung im Kreis Olpe entwickelt sich zukünftig rückläufig, wobei die Bevölkerungsstruktur von einem Rückgang der unter 60-Jährigen und einer Zunahme der über 80-Jährigen geprägt sein wird. In diesem Zusammenhang wird sich die Zahl der Pflegebedürftigen ebenfalls bis zum Jahr 2018 erhöhen.
Regionale Entwicklung/Verteilung	- Alle Angebote stehen flächendeckend zur Verfügung.

ambulante Pflegedienste	<ul style="list-style-type: none"> - 21 ambulante Dienste versorgen den Kreis flächendeckend. Im Jahr 2013 entsprach dies bei insgesamt 929 betreuten Personen und 19 Pflegediensten einer Versorgung von durchschnittlich 49 Pflegebedürftigen pro Pflegedienst (NRW 55,3). - Derzeit ist das Angebot gedeckt. In Anbetracht der zukünftigen Verlagerung von der reinen Angehörigen- zur professionellen Pflege ist jedoch mit einem erhöhten Ausbau der ambulanten Pflegeangebote zu rechnen.
Tages- und Nachtpflege	<ul style="list-style-type: none"> - Laut des Berichts gibt es im Kreis Olpe 4 Tagespflegeeinrichtungen mit insgesamt 56 Plätzen (Attendorn = 15, Kirchhundem = 12, Lennestadt = 12, Olpe = 17). Neue Einrichtungen mit insgesamt 33 Plätzen sind in Planung. - Die Auslastung ist seit 2011 gestiegen und betrug 2014 zwischen 90 und 99 %. Eine Unterversorgung liegt damit nicht vor. - Angebote der Nachtpflege sind im Kreis Olpe wegen geringer Nachfrage derzeit nicht vorhanden.
komplementäre Hilfen	<ul style="list-style-type: none"> - k. A.
alternative Wohneinrichtungen	<ul style="list-style-type: none"> - Bezüglich alternativer Wohnangebote wurden lediglich angegeben, dass noch Potentiale im Bereich der ambulant betreuten Wohngemeinschaften vorhanden wären.
vollstationäre Einrichtungen	<ul style="list-style-type: none"> - Im Kreis Olpe werden 1.278 Plätze in 20 Einrichtungen vorgehalten. Die Gesamtauslastung liegt bei durchschnittlich 92,0 % (Attendorn/Finnentrop mit 98,7 %; Olpe/Drolshagen/Wenden mit 91,4 %; Lennestadt/Kirchhundem mit 88,0 %). - Aufgrund vorhandener freier Kapazitäten ist aktuell von einem ausreichenden Angebot an vollstationären Dauerpflegeplätzen auszugehen. - Bis 2018 ist allerdings aufgrund des nachfragebedingten Mehrbedarfs und Platzabbaus (Einzelzimmerquote) mit einem zusätzlichen Bedarf von ca. 70 Plätzen zu rechnen. Unter Berücksichtigung der unterschiedlichen Auslastung sollte der Schwerpunkt auf die Regionen mit der höchsten Auslastung gelegt werden.

Insgesamt wird im Kreis Olpe verstärkt Pflegegeld in Anspruch genommen (stärker als in NRW), wohingegen im Vergleich zu NRW weniger ambulante und vollstationäre Leistungen nachgefragt werden.

Laut des Berichts sind die Angebote im Bereich der Tagespflege, der vollstationären Dauerpflege und der ambulanten Pflege zurzeit gedeckt. Über zukünftige Nachfragen lassen sich nur schwer eindeutige Aussagen treffen.

Trotzdem sich die Zahl der Pflegebedürftigen um rd. 330 erhöhen wird, ist aufgrund des Ausbaus alternativer und entlastender Angebote im ambulanten Bereich nicht mit einer Zunahme des stationären Bedarfs zu rechnen. Es ist davon auszugehen, dass zwei Drittel in der häuslichen Umgebung verbleiben und ein Drittel vollstationär versorgt werden muss.

Handlungsbedarf für eine Erhöhung der Plätze in der vollstationären Dauerpflege wird nur dann bis 2018 gesehen, wenn die auszubauenden ambulanten Angebote in Verbindung mit der Kurzzeit- und Tagespflege nicht ausreichend sind.

Quelle: Eigene Darstellung IGES (auf Grundlage von Daten aus Kreis Olpe 2015)

Analyse und Einschätzung des Bedarfs an KZP im Kreis Olpe

Im Kreis Olpe werden laut Bericht 141 eingestreute KZP-Plätze in 19 vollstationären Dauerpflegeeinrichtungen und 31 solitäre KZP-Plätze in 3 Einrichtungen vorgehalten. Die Auslastungsquote der solitären KZP-Plätze betrug in den Jahren 2011 bis 2014 durchschnittlich 80 bis 99 % (insgesamt durchschnittlich 90 %) (Kreis Olpe 2015: 14).

Für den Kreis Olpe entspricht die Bereitstellung der insgesamt 172 Plätze für die Kurzzeitpflege in Bezug auf die Anzahl der ambulant versorgten Pflegebedürftigen in dem Kreisgebiet einer Quote von 24,0 (Anzahl der Pflegebedürftigen pro KZP-Platz). Dies bedeutet, dass ein KZP-Platz für rd. 24 Pflegebedürftige zur Verfügung steht. Im NRW-Vergleich (31,4) ist der Kreis Olpe damit rechnerisch besser aufgestellt.

Der Bedarf an KZP-Plätzen ist jedoch saisonalen Schwankungen unterworfen und kann in Urlaubs- und Ferienzeiten nicht gedeckt werden, „somit steht eine bedarfsdeckende Zahl von Kurzzeitpflegeplätzen zwar jahresdurchschnittlich, jedoch nicht durchgängig zur Verfügung. Dieses Defizit kann durch die sporadisch vorhandenen eingestreuten Kurzzeitpflegeplätze nicht vollständig ausgeglichen werden.“ (Kreis Olpe 2015: 15)

In Anbetracht der steigenden Anzahl pflegebedürftiger Menschen ist auch zukünftig mit einer zunehmenden Nachfrage zu rechnen (Kreis Olpe 2015: 21).

Die strukturellen Besonderheiten der solitären KZP-Plätze (hohe Fluktuation, saisonale Schwankungen) sowie die nicht vorsehbar zur Verfügung stehenden eingestreuten Plätze erschweren es, konkrete Aussagen bezüglich weiterer Bedarfe zu treffen (Kreis Olpe 2015: 22).

Aufgrund der wenigen Befragungsrückmeldungen aus dem Kreis Olpe können keine weiteren Aussagen getroffen werden. Ergänzend kann nur festgestellt werden, dass die Auslastungsquoten der Einrichtungen mit eingestreuten Plätzen bis auf eine befragte Einrichtung (rd. 50 %) unter rd. 20 % lagen, was auch auf die Belegung mit Dauerpflege zurückzuführen sein kann.

8.3.38 Paderborn (Kreis)

Die der folgenden Analyse zugrundeliegenden Daten sind dem Bericht "Alter und Pflege", d. h. der Kommunalen Alten- und Pflegeplanung nach § 7 APG NRW des Kreises Paderborn (inklusive Bedarfsprognose für die stationäre Pflege bis 2019) entnommen.

Tabelle 95: Übersichtstabelle Kreis Paderborn

Merkmale der Region			
Anzahl der Bezirke/ Kommunen	10 (Altenbecken, Bad Lippspringe, Bad Wünnenberg, Borchel, Büren, Delbrück, Hövelhof, Lichtenau, Paderborn, Salzkotten)		
Ländlich/städtisch geprägt	städtisch und ländlich		
Einwohnerstruktur			
	IST (Stand 2015)	Prognose	Trend
Einwohner	304.332	k. A.	steigend
Hochaltrige (ab 80 Jahre)/Anteil an Bevölkerung	14.608/4,8 %	2020: 17.499 2030: 19.081	steigend
Pflegebedürftige (gesamt)/Anteil an Bevölkerung	8.970/2,9 %	k. A.	steigend
hochaltrige und pflegebedürftige Personen (Stand 2013)	4.228	k. A.	steigend
Auszüge der Versorgungsstruktur			
	IST (Stand 2015)	Auslastung	Prognose/Planung
Ambulante Pflegedienste	32	k. A.	k. A.
Komplementäre Hilfen	vorhanden	k. A.	k. A.
Plätze in Tagespflege (Einrichtungen)	181 (11)	k. A.	Bedarf vorhanden
alternative Wohneinrichtungen	vorhanden	k. A.	Bedarf vorhanden
Plätze vollstationäre Einrichtungen (Einrichtungen)	2.630 (37)	Ø 94 %	kein Bedarf vorhanden
Dominierende Versorgungsart	Im Jahr 2015 wurden 2.198 Pflegebedürftige professionell ambulant versorgt (24,5 %), 4.418 Pflegebedürftige empfangen Pflegegeld (49,3 %) und 2.354 Pflegebedürftige wurden vollstationär versorgt (26,2 %).		
Kurzzeitpflege			
	IST	Prognose/Planung	Anmerkungen
Solitäre Plätze (Einrichtungen)	47 (3)	Bedarf vorhanden	
Eingestreuete Plätze (Einrichtungen)	280 (38)	kein Bedarf vorhanden	
Separate Plätze (Einrichtungen)	k. A.	k. A.	

Quelle: Eigene Darstellung IGES (auf Grundlage von Daten aus Kreis Paderborn 2015, IT.NRW, wegweiser-kommune.de)

Tabelle 96: Situationsanalyse Kreis Paderborn

Bevölkerungs-entwicklung	<ul style="list-style-type: none"> - Entgegen der anderen Kreise und Städte in NRW ist im Kreis Paderborn mit einem Bevölkerungsanstieg bis zum Jahr 2030 zu rechnen. Im Jahr 2040 wird sie dann wieder zurückgehen. Bei der Bevölkerungsgruppe der 65 bis 80-Jährigen ist bis 2040 mit einem Anstieg von 56,8 %, bei den 80-Jährigen sogar mit einem Zuwachs um 105,7 % zu rechnen. - Der Anteil der pflegebedürftigen Menschen liegt bei nur ca. 2,5 %, wovon ein Drittel älter als 80 Jahre alt ist. Die Anzahl der Pflegebedürftigen wird in den kommenden Jahren zwar kontinuierlich ansteigen, aber die Mehrheit der älteren Menschen im Kreis Paderborn ist nicht pflegebedürftig. Auch der Anteil der hochbetagten Bevölkerung ab 80 Jahre ist nicht pflegebedürftig (30,6 %).
Regionale Ent-wicklung/Ver-teilung	<ul style="list-style-type: none"> - k. A.
ambulante Pflegedienste	<ul style="list-style-type: none"> - Laut einer Befragung versorgten im Berichtszeitraum 32 ambulante Pflege-dienste insgesamt 3.812 Kunden. Die Beschäftigtenzahl betrug 1.176 Personen. - Die ambulanten Pflegedienste sind überwiegend sehr zufrieden mit der ambulanten Versorgungslandschaft im Kreis Paderborn. Zu verbessern wäre die Vergütung und eine Aufwertung des Berufsstandes (mehr Zeit und weniger Bürokratie).
Tages- und Nachtpflege	<ul style="list-style-type: none"> - Im Kreis Paderborn werden 173 Plätze in 10 Tagespflegeeinrichtungen angeboten, die im Befragungszeitraum 435 Gäste versorgten (Ø 2,5 Personen pro Platz). - Laut der Ergebnisse der Befragung beurteilen die Beschäftigten der Ta-gespflegeangebote die Versorgungslandschaft in diesem Bereich als recht zufriedenstellend.
komplemen-täre Hilfen	<ul style="list-style-type: none"> - Der Kreis Paderborn verfügt über ein vielfältiges Beratungsangebot. Ebenso sind Anbieter niedrigschwelliger Betreuungs- und Entlastungslei-tungen vorhanden sowie andere komplementäre Hilfen.
alternative Wohneinrich-tungen	<ul style="list-style-type: none"> - Im Kreisgebiet gibt es 10 anbieterverantwortete Senioren- Wohngemein-schaften mit insgesamt 88 Plätzen. Weitere 6 Wohngemeinschaften mit 65 Plätzen sind in Planung. Hinzu kommen 17 Einrichtungen des Service Wohnens bzw. betreuten Wohnens.

**vollstationäre
Einrichtungen**

- Im Kreis Paderborn gab es zum Zeitpunkt der Befragung 38 vollstationäre Pflegeeinrichtungen mit insgesamt 2.652 Plätzen, davon waren 2.513 Plätze belegt und somit ca. 139 Plätze frei. Die Auslastungsquote lag damit bei ca. 94 %. Ebenso wurden keine bzw. keine langen Wartezeiten der Einrichtungen gemeldet.
- Auch dieser Bereich der Versorgungslandschaft wird als gut bis sehr gut beurteilt. Die Auslastungsquoten sind zwischen 2012 und 2015 zurückgegangen. Während die Anzahl der Plätze kontinuierlich steigt, stagniert die Nachfrage. Gründe dafür liegen in der gesteigerten Inanspruchnahme der ambulanten Pflege und den Senioren-WGs.
- Laut IT.NRW wird bis zum Jahr 2019 von einem an 2.795 stationären Pflegeplätzen ausgegangen (konstante Variante). Unter Berücksichtigung von Neubauten, Einzelzimmerquote und dem Angebot an alternativen Wohnformen wird sich bis zum Jahr 2019 eine Überdeckung von 90 Plätzen ergeben. Der Bedarf an stationären Dauerpflegeplätzen ist damit gedeckt.

Insgesamt liegt der Anteil der Pflegebedürftigen an der Gesamtbevölkerung im Kreis Paderborn unter dem Landes- und Bundesdurchschnitt. Zudem wird nur ca. ein Drittel der Pflegebedürftigen stationär versorgt.

Die Anzahl der pflegebedürftigen Menschen in stationärer Pflege ist zwischen 2011 und 2013 sogar um ca. 3,8 % zurückgegangen, wohingegen die Anzahl der Berechtigten von Sachleistungen und Pflegegeld um insgesamt ca. 17,1 % im Kreis Paderborn angewachsen ist. Demnach scheint sich der Grundsatz ambulant vor stationär im Kreisgebiet durchzusetzen. Inwieweit sich die Pflege durch Familienangehörige zukünftig fortführen lässt, wird sich zeigen.

Die Ausweitung quartiersbezogener alternativer Wohn- und Betreuungsformen, Entlastungsangebote sowie niedrigschwelliger Unterstützungen setzt die richtigen Anreize und kann zukünftig zu einer weiteren Absenkung der Versorgungsquote im stationären Kontext führen.

Quelle: Eigene Darstellung IGES (auf Grundlage von Daten aus Kreis Paderborn 2015)

Analyse und Einschätzung des Bedarfs an KZP im Kreis Paderborn

Im Kreis Paderborn wurde laut Bericht nur die Anzahl der solitären KZP-Plätze mit 74 in 6 Einrichtungen exakt ausgewiesen. Über die Anzahl der eingestreuten Plätze wurden keine genauen Angaben gemacht. Es wird lediglich berichtet, dass zum Zeitpunkt der Befragung 114 Gäste in 22 vollstationären Pflegeeinrichtungen versorgt wurden. Auf die Anzahl der eingestreuten Plätze lässt sich daraus nicht schließen.

Nach Recherchen von IGES wurden 280 eingestreute KZP-Plätze in 38 vollstationären Dauerpflegeeinrichtungen identifiziert. Die Anzahl der solitären KZP-Plätze ist dagegen auf 47 in drei Einrichtungen gesunken. Es ist jedoch nicht auszuschließen, dass sich unter den „eingestreuten“ Plätzen auch angebundene/separate KZP-Plätze befinden, die ausschließlich für die KZP zur Verfügung stehen.

Für den Kreis Paderborn entspricht die Bereitstellung der insgesamt 327 Plätze für die Kurzzeitpflege in Bezug auf die Anzahl der ambulant versorgten Pflegebedürftigen im Kreisgebiet einer Quote von 20,2 (Anzahl der Pflegebedürftigen pro KZP-Platz). Dies bedeutet, dass ein KZP-Platz für rd. 20 Pflegebedürftige zur Verfügung

steht. Im NRW-Vergleich (31,4) ist der Kreis Paderborn damit rechnerisch besser aufgestellt.

Die Versorgungslandschaft im Bereich der KZP wird insgesamt als gut bis sehr gut eingeschätzt. Es wird weiterhin darauf verwiesen, dass die Anzahl der „solitären“ KZP-Plätze jedoch angesichts des Bedarfs (74 Plätze zu 114 Gästen zum Zeitpunkt der Befragung) im Kreis Paderborn noch steigen könnte (Kreis Paderborn 2015: 65).

In Folge der Befragungsergebnisse stellt sich die Situation der Kurzzeitpflege im Kreis Paderborn trotz guter KZP-Quote im NRW-Vergleich etwas anders dar. Nach Aussagen der Pflegestützpunkte käme es gelegentlich vor, dass keine freien Plätze gefunden werden und die Wartezeit durchschnittlich bei 1-2 Wochen liege. Sie gaben an, dass nicht genug solitäre KZP-Plätze vorhanden seien: *„Mehr solitäre Kurzzeitpflegeplätze, das heißt pflegende Angehörige können langfristig planen und frühzeitig einen Termin reservieren, z. B. für geplante Urlaubszeiten, Krankenhausbehandlungen etc., höherer Personalschlüssel zur Qualitätsverbesserung in der Kurzzeitpflege, mehr wohnortnahe Kurzzeitpflegemöglichkeiten, spezielle Kurzzeitpflegeangebote für pflegebedürftige und oder behinderte Menschen zwischen 20 und ca. 65 Jahren.“*

8.3.39 Recklinghausen (Kreis)

Die Daten der vorliegenden Analyse sind der Örtlichen Alten- und Pflegebedarfsplanung sowie der verbindlichen Pflegebedarfsplanung für vollstationäre Einrichtungen des Kreises Recklinghausen entnommen (Stand 2016).

Tabelle 97: Übersichtstabelle Kreis Recklinghausen

Merkmale der Region			
Anzahl der Bezirke/ Kommunen	10 (Dorsten, Haltern am See, Marl, Oer-Erkenschwick, Recklinghausen, Datteln, Waltrop, Castrop-Rauxel, Herten, Gladbeck)		
Ländlich/städtisch geprägt	städtisch		
Einwohnerstruktur			
	IST (Stand 2015)	Prognose	Trend
Einwohner	617.807	2020: 603.309	fallend
Hochaltrige (ab 80 Jahre)/Anteil an Bevölkerung	39.534/6,4 %	2020: 43.757	steigend
Pflegebedürftige (gesamt)/Anteil an Bevölkerung	27.330/4,4 %	k. A.	k. A.
hochaltrige und pflegebedürftige Personen (Stand 2013)	13.776	k. A.	k. A.

Auszüge der Versorgungsstruktur			
	IST (Stand 2013)	Auslastung	Prognose/Planung
Ambulante Pflegedienste	110	k. A.	
Komplementäre Hilfen	vorhanden	k. A.	
Plätze in Tagespflege (Einrichtungen)	442 (30)	k. A.	k. A.
alternative Wohneinrichtungen	vorhanden	k. A.	k. A.
Plätze vollstationäre Einrichtungen (Einrichtungen) (Stand 2012)	6.713 (72) (7.448 Plätze im Jahr 2013)	k. A.	kein Bedarf vorhanden
Dominierende Versorgungsart	Im Jahr 2015 wurden 6.770 Pflegebedürftige professionell ambulant versorgt (24,8 %), 14.085 Pflegebedürftige empfangen Pflegegeld (51,5 %) und 6.475 Pflegebedürftige wurden vollstationär versorgt (23,7 %).		

Kurzzeitpflege			
	IST	Prognose/Planung	Anmerkungen
Solitäre Plätze (Einrichtungen)	27 (3)	k. A. zu Bedarf	
Eingestreute Plätze (Einrichtungen)	566 (66)	k. A. zu Bedarf	
Separate Plätze (Einrichtungen)	k. A.	k. A.	

Quelle: Eigene Darstellung IGES (auf Grundlage von Daten aus Kreis Recklinghausen 2016) und Schmitz und Uske 2016, IT.NRW, wegweiser-kommune.de)

Tabelle 98: Situationsanalyse Kreis Recklinghausen

Bevölkerungs-entwicklung	- Die Bevölkerungsentwicklung im Kreis Recklinghausen ist tendenziell rückläufig. Dagegen steigt der Anteil der Hochaltrigen an der Bevölkerung an.
Regionale Entwicklung/Verteilung	- Die unterschiedlichen Versorgungsangebote sind z. T. regional ungleich verteilt.
ambulante Pflegedienste	- 2013 gab es 110 ambulante Pflegedienste im Kreisgebiet mit insgesamt 2.736 Beschäftigten. Seit 2003 ist ein kontinuierliches Wachstum sowohl bei der Anzahl der Pflegedienste als auch Beschäftigten zu verzeichnen. - Die Anzahl der ambulant Pflegebedürftigen ist ebenfalls stark angestiegen. Ein weiteres Wachstum ist in den nächsten Jahren zu erwarten, da der Anteil der pflegenden Angehörigen abnehmen und dadurch die Inanspruchnahme professioneller ambulanter Dienste steigen wird.

Tages- und Nachtpflege	<ul style="list-style-type: none"> - Im Kreis Recklinghausen werden 442 Plätze in insgesamt 30 Tagespflegeeinrichtungen vorgehalten. - Im Jahr 2013 wurden 526 Pflegebedürftige in der teilstationären Pflege versorgt. - Zum Angebot der Nachtpflege wurden keine Angaben gemacht.
komplementäre Hilfen	<ul style="list-style-type: none"> - Eine Vielzahl komplementärer Hilfsangebote werden in jeder kreisangehörigen Stadt vorgehalten. - Seit 2012 gibt es das Netzwerk „Zuhause leben im Alter“, das flächendeckend in allen zehn kreisangehörigen Städten etabliert ist und die Angebote der Psychosozialen Betreuung/Begleitung, der persönlichen betreuerischer Hilfen und der Wohnberatung beinhaltet.
alternative Wohneinrichtungen	<ul style="list-style-type: none"> - Alternative Wohnformen finden noch kaum Relevanz. Bezüglich des Themas „Wohnen im Alter“ stehen dennoch folgende Punkte im Mittelpunkt, die im Rahmen von Interviews genannt wurden: Barrierefreiheit, Modernisierung, Verfügbarkeit und bezahlbarer Wohnraum.
vollstationäre Einrichtungen	<ul style="list-style-type: none"> - Laut des Berichts von 2016 gibt es 7.448 Plätze. Für das Jahr 2017 wird eine Inanspruchnahme von 6.971 stationären Pflegeplätzen erwartet, was einer Überdeckung von 477 Plätzen entsprechen würde. Dementsprechend besteht vorerst kein zusätzlicher Bedarf für weitere stationäre Pflegeeinrichtungen. Zudem können rein rechnerisch unterversorgte Städte durch Nachbarstädte mit einer überhöhten Versorgungsquote mit versorgt werden.

Insgesamt besteht ein vielfältiges Versorgungsangebot im Kreis Recklinghausen, wobei im Bereich alternativer Wohnformen Handlungs- und Ausbaubedarf besteht. Die Versorgungsangebote sind regional ungleich verteilt, wobei angrenzende überversorgte Städte mögliche Unter- und überversorgungen in anderen Städten ausgleichen können.

Das Angebot an stationären Dauerpflegeplätzen ist aktuell und zukünftig vorerst bedarfsdeckend.

Quelle: Eigene Darstellung IGES (auf Grundlage von Daten aus Kreis Recklinghausen 2016 und Schmitz und Uske 2016)

Analyse und Einschätzung des Bedarfs an KZP im Kreis Recklinghausen

Im Kreisgebiet Recklinghausen wurden im Jahr 2016 39 solitäre KZP-Plätze vorgehalten (Anzahl der Einrichtungen ist unbekannt) und insgesamt 520 eingestreute KZP-Plätze (Anzahl der Einrichtungen unbekannt).

Wie in Tabelle 99 dargestellt, ist seit dem Jahr 1997 einerseits eine Abnahme solitärer KZP-Plätze und andererseits eine Zunahme eingestreuter KZP-Plätze zu beobachten. Addiert man die zur Verfügung stehenden solitären und eingestreuten Plätze kann jedoch ein insgesamt kontinuierlicher Anstieg der vorgehaltenen Plätze verzeichnet werden (Schmitz und Uske 2016: 23).

Tabelle 99: Übersicht der KZP-Plätze im Kreis Recklinghausen seit 1997

	reine Kurzzeit- pflegeplätze	eingestreute Kurzzeitpflegeplätze	Kurzzeitpflegeplätze insgesamt
1997	144	21	165
1998	122	57	179
2001	103	85	188
2003	63	133	196
2006	34	208	242
2007	40	248	288
2014	54	497	551
2015	39	520	559
2016	39	520	559

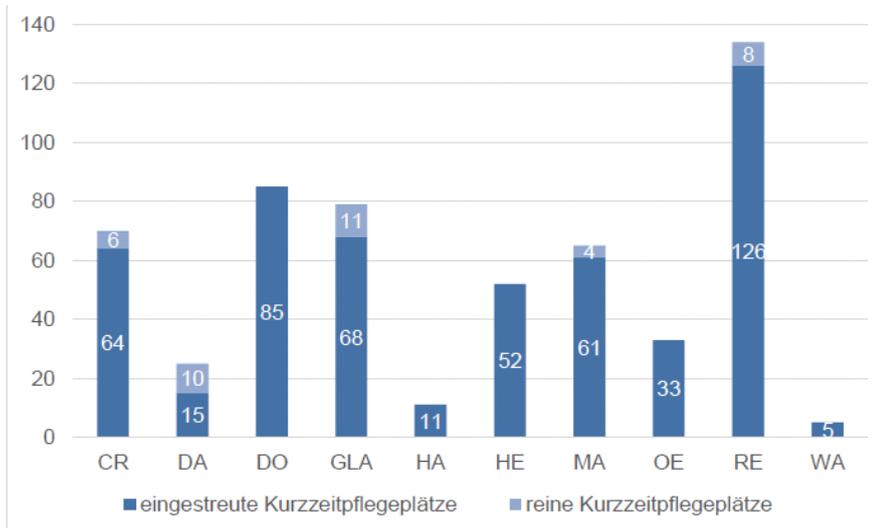
Quelle: Schmitz und Uske 2016: 23

Nach Recherchen von IGES haben sich die Zahlen im Bereich der eingestreuten KZP-Plätze gegenüber 2016 auf 566 Plätze in 66 vollstationären Dauerpflegeeinrichtungen erhöht. Die Anzahl der solitären Plätze ist dagegen auf 27 in drei Einrichtungen leicht gesunken. Es ist jedoch nicht auszuschließen, dass sich unter den „eingestreuten“ Plätzen auch angebundene/separate KZP-Plätze befinden, die ausschließlich für die KZP genutzt werden.

Für den Kreis Recklinghausen entspricht die Bereitstellung der insgesamt 593 Plätze für die Kurzzeitpflege in Bezug auf die Anzahl der ambulant versorgten Pflegebedürftigen in der Region einer Quote von 35,2 (Anzahl der Pflegebedürftigen pro KZP-Platz). Dies bedeutet, dass ein KZP-Platz für rd. 35 Pflegebedürftige zur Verfügung steht. Im NRW-Vergleich (31,4) ist der Kreis Recklinghausen damit rechnerisch schlechter aufgestellt.

Die Verteilung der vorgehaltenen Plätze im Kreisgebiet verhält sich jedoch ungleich. In der Hälfte der Städte im Kreis Recklinghausen gibt es keine solitären KZP-Plätze mehr, dennoch werden in allen Gebieten KZP-Plätze angeboten, wenn auch als eingestreut oder angebundene/separat. Die größte Anzahl an KZP-Plätzen ist in der Stadt Recklinghausen (RE) vorzufinden. Die wenigsten Plätze befinden sich in Waltrop (WA) und Haltern am See (HA) (vgl. Abbildung 57) (Schmitz und Uske 2016: 23).

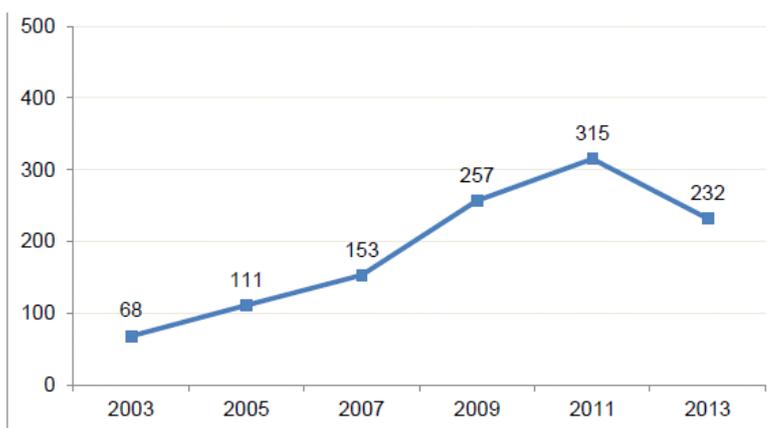
Abbildung 57: Übersicht der vorgehaltenen KZP-Plätze in den einzelnen Kreisstädten (Stand April 2016)



Quelle: Schmitz und Uske 2016: 24

Die Inanspruchnahme der KZP durch Pflegebedürftige hat sich seit 2003 fast vervierfacht. Zwischen 2011 und 2013 ist jedoch eine Abnahme von 83 Personen zu beobachten gewesen (vgl. Abbildung 58) (Schmitz und Uske 2016: 22).

Abbildung 58: Entwicklung der Pflegebedürftigen in der KZP 2003-2013



Quelle: Schmitz und Uske 2016: 22

Aufgrund der insgesamt recht hohen Anzahl an vorgehaltenen eingestreuten KZP-Plätzen und der demgegenüber scheinbar nicht vollen Auslastung der vollstationären Dauerpflegeplätze (vgl. Tabelle 98), kann in Anbetracht der (rechnerisch) rückläufigen Inanspruchnahme zunächst von einer Bedarfsdeckung ausgegangen werden.

Andererseits besteht offenbar in Anlehnung an o. g. Analyse Bedarf an alternativen Wohnformen, welche zur Kompensation zukünftiger vollstationärer Bedarfe beitragen könnten.

Ähnlich wie bereits die Ergebnisse der Situationsanalyse die unterschiedliche regionale Verteilung der Angebote problematisiert, deuten die Ergebnisse der Befragung in die gleiche Richtung.

Zum einen vermitteln die Aussagen der Pflegestützpunkte, dass die Plätze ausreichend wären und es lediglich selten vorkäme, dass keine freien KZP-Plätze gefunden werden. Dies bestätigten auch die angegebenen Wartezeiten von unter 1 Woche/ keine Wartezeit. Andererseits gaben andere PSP der Region an, dass die Plätze eben nicht ausreichend wären und die Wartezeiten durchaus höher lägen (1-2 Wochen). Zu diesem Schluss kommen auch die Sozialdienste der Krankenhäuser. Relativiert wurde die Aussage allerdings durch folgende Aussage: „Bisher konnte stets ein Platz gefunden werden, sofern man sich auf den gesamten Kreis einlässt.“ Ergänzend wurde dennoch darauf hingewiesen: „Der Bedarf an planbarer Kurzzeitpflege ist hoch, es wäre gut, wenn noch mehr Plätze vorhanden wären.“

Deutlich wird demnach, dass es erstens regionale Unterschiede gibt, teilweise keine wohnortnahen Angebote vorhanden sind und drittens ein Bedarf an solitären Plätzen besteht.

8.3.40 Remscheid

Die der Analyse zugrundeliegenden Daten sind der Örtlichen Planung gem. § 7 APG NRW zum Stichtag 31.12.2015 entnommen. Es handelt sich dabei um den „Bericht zur Situation der Versorgung unterstützungsbedürftiger / pflegebedürftiger Menschen in Remscheid aus Sicht des örtlichen Sozialhilfeträgers“ (Stand September 2016).

Tabelle 100: Übersichtstabelle Remscheid

Merkmale der Region			
Anzahl der Bezirke/ Kommunen	4 (Alt-Remscheid, Süd, Lennep, Lüttringhausen)		
Ländlich/städtisch ge- prägt	städtisch		
Einwohnerstruktur			
	IST (Stand 2015)	Prognose	Trend
Einwohner	109.499	2030: 103.856	fallend
Hochaltrige (ab 80 Jahre)/Anteil an Bevölkerung	6.679/6,1 %	2020: 8.189 2030: 7.428	steigend/fallend
Pflegebedürftige (ge- samt)/Anteil an Be- völkerung	4.185/3,8 %	k. A.	k. A.

hochaltrige und pflegebedürftige Personen (Stand 2013)	2.081	k. A.	k. A.
------------------------------------------------------------------	-------	-------	-------

Auszüge der Versorgungsstruktur

	IST (Stand 2013)	Auslastung	Prognose/Planung
Ambulante Pflegedienste	27	80-100 %	kein Bedarf vorhanden
Komplementäre Hilfen	vorhanden	k. A.	k. A.
Plätze in Tagespflege (Einrichtungen)	104 (7)	80,6 %	kein Bedarf vorhanden
alternative Wohneinrichtungen	vorhanden	k. A.	Bedarf vorhanden
Plätze vollstationäre Einrichtungen (Einrichtungen) (Stand 2015)	1.054 (13)	95 % (Jahresbetrachtung)	kein Bedarf vorhanden
Dominierende Versorgungsart	Im Jahr 2015 wurden 1.031 Pflegebedürftige professionell ambulant versorgt (24,6 %), 2.160 Pflegebedürftige empfangen Pflegegeld (51,6 %) und 994 Pflegebedürftige wurden vollstationär versorgt (23,8 %).		

Kurzzeitpflege

	IST (Stand 2015)	Prognose/Planung	Anmerkungen
Solitäre Plätze (Einrichtungen)	23 (2)	kein Bedarf vorhanden	Widersprüchliche Aussagen zum Bedarf
Eingestreute Plätze (Einrichtungen)	66 (11)	kein Bedarf vorhanden	
Separate Plätze (Einrichtungen)	k. A.	k. A.	

Quelle: Eigene Darstellung IGES (auf Grundlage von Daten aus Stadt Remscheid 2016, IT.NRW, wegweiser-kommune.de)

Tabelle 101: Situationsanalyse Remscheid

Bevölkerungsentwicklung	- Die Bevölkerungszahlen in Remscheid werden in den kommenden Jahren sinken. Die Anzahl der hochaltrigen Menschen ab 80 Jahren steigt bis zum Jahr 2020 deutlich an, ab 2030 ist jedoch mit einem Rückgang zu rechnen.
Regionale Entwicklung/Verteilung	- Eine Vielzahl an unterschiedlichen Versorgungsangeboten wird in allen Stadtteilen vorgehalten.

ambulante Pflegedienste	<ul style="list-style-type: none">- Im Remscheid versorgen 27 Pflegedienste 919 pflegebedürftige Menschen. Die Zahl der ambulanten Pflegedienste ist bezogen auf die Einwohnerzahl recht hoch. Daraus ergibt sich, dass Remscheid mit einer ambulanten Versorgungsquote von 20,0 Beschäftigte bzw. von 14,3 Vollzeitäquivalenzstellen (jeweils je 1.000 Einwohner ab 65 Jahren) sehr gut versorgt ist.- Da der Anteil der zu Hause versorgten Personen in Remscheid jedoch sehr hoch ist und sogar über dem Bundesdurchschnitt liegt (71,77 %) ist es fraglich, ob die Anzahl der ambulanten Dienste auch zukünftig ausreichend sein wird, um die Versorgung sicherzustellen. Eine Prognose ist aktuell nur schwer möglich.- Festzustellen ist, dass die Quote der durch ambulante Pflegedienste versorgten Personen zwischen 2009 und 2014 um rund 7 % gesunken ist (von 30,4 % auf 23,26 %). Dagegen die Quote derjenigen, die zu Hause allein durch Angehörige gepflegt um 9 % gestiegen ist.
Tages- und Nachtpflege	<ul style="list-style-type: none">- Remscheid verfügt über insgesamt 104 Tagespflegeplätze in 7 Tagespflegeeinrichtungen. Die Auslastung beträgt ca. 80,6 %. Es stehen jedoch auch vergleichsweise viele Plätze zur Verfügung. Die hohe Anzahl an Privatpflegepersonen begünstigt die vergleichsweise gute Auslastung der Plätze.- Das Angebot verteilt sich über alle 4 Stadtbezirke und wurde in den letzten 5 Jahren stetig erweitert. Durch Erweiterungen ist mittelfristig mit 126 Plätzen zu rechnen. Es ist damit zu rechnen, dass das Angebot auch zukünftig ausreichend ist.- Ein Nachtpflegeangebot existiert in Remscheid derzeit nicht.
komplementäre Hilfen	<ul style="list-style-type: none">- Remscheid verfügt über ein vielfältiges Angebot an Beratungsstellen, weshalb auf die Gründung eines Pflegestützpunktes verzichtet wurde. Zudem wird ein großes Angebot an komplementären Hilfeleistungen (40 Anbieter) vorgehalten, was aktuell als ausreichend erachtet wird.- Zukünftig ist mit einem weiteren steigenden Bedarf zu rechnen, sodass sich die Angebote entsprechend des Marktverhaltens (Angebot/Nachfrage) entwickeln werden.

alternative Wohneinrichtungen	<ul style="list-style-type: none"> - Das Angebot an alternativen Wohnformen ist vielfältig und umfasst u. a. 751 Wohnungen des Betreuten Wohnens in insgesamt 21 Objekten (weitere 6 Objekte sind in Planung). Diese Angebote werden überwiegend in Alt-Remscheid und im Südbezirk vorgehalten. In Lennep und Lüttringhausen fällt das Angebot dagegen deutlich geringer aus. Ein Ausbau ist hier aber in Planung, da das Angebot sehr gut angenommen wird. - Die Nachfrage nach diesen barrierefreien/-armen Wohnungen übersteigt das Angebot, weshalb bereits Wartelisten bestehen, so dass sich Interessenten frühzeitig anmelden müssen. - Es ist abzusehen, dass die Nachfrage bis 2020 noch weiter steigen wird, so dass die Errichtung entsprechender Objekte in geeigneten Lagen und in bislang nicht/nicht ausreichend versorgten Quartieren weiterhin von Interesse ist. - Im Bereich der ambulant betreuten Wohngemeinschaften gibt es 66 Wohnplätze in 7 Wohngruppen (5 Objekte), was im Vergleich zu anderen Kommunen recht hoch ist. Diese Wohnform ist jedoch teilweise genauso teuer wie eine stationäre Unterbringung. Dennoch hat sich diese Wohnform gut etabliert und lag 2015 bei einer Auslastungsquote von ca. 92 %. - Weiterhin sind in Remscheid Mehrgenerationenhäuser in Planung.
vollstationäre Einrichtungen	<ul style="list-style-type: none"> - Dem im Berichtszeitraum angegebenen Bedarf von 1.164 Plätzen steht ein Bestand von 1.054 Plätzen gegenüber. Bis zum Jahr 2020 ist mit einem weiteren Anstieg, danach wieder mit einer Abnahme zu rechnen. - Die überdurchschnittlich hohe Auslastung der stationären Einrichtungen von ca. 95 % im Jahresdurchschnitt verweist aktuell auf einen Mangel an Plätzen, obwohl diese in den letzten Jahren bereits erhöht wurden. Es werden sogar Wartelisten geführt (Stand 2015). - Durch den Bau von 202 Plätzen (3 Einrichtungen) bis 2017 wird der Bedarf gedeckt sein. Ergänzt wird das Angebot durch die ambulant betreuten Wohngemeinschaften. - Es besteht demnach kein Bedarf für weitere stationäre Pflegeeinrichtungen, zumal alle Stadtbezirke gut versorgt sind.

Insgesamt werden in Remscheid überdurchschnittlich viele Personen in der eigenen Häuslichkeit und durch Privatpersonen versorgt. Die Angebote zur Entlastung pflegender Angehöriger werden vielfältig und regional gut verteilt vorgehalten.

Quelle: Eigene Darstellung IGES (auf Grundlage von Daten aus Stadt Remscheid 2016)

Analyse und Einschätzung des Bedarfs an KZP in Remscheid

Im Remscheid werden im gesamten Stadtgebiet 66 eingestreute KZP-Plätze in 11 vollstationären Dauerpflegeeinrichtungen vorgehalten und 23 solitäre KZP-Plätze in 2 Einrichtungen. Die insgesamt 89 Plätze verteilen sich wie folgt:

Tabelle 102: Verteilung der KZP-Plätze in Remscheid (Stand 2015)

Stadtbezirk 1 – Alt-Remscheid:	35 eingestreuse Kurzzeitpflegeplätze (in 6 Einrichtungen)
Stadtbezirk 2 – Süd:	16 eingestreuse Kurzzeitpflegeplätze (in 2 Einrichtungen) sowie 11 reine/solitäre Kurzzeitpflegeplätze (in einer Einrichtung)
Stadtbezirk 3 – Lennepe:	10 eingestreuse Kurzzeitpflegeplätze (in 2 Einrichtungen) sowie 12 reine/solitäre Kurzzeitpflegeplätze (in einer Einrichtung)
Stadtbezirk 4 – Lüttringhausen:	5 eingestreuse Kurzzeitpflegeplätze (in einer Einrichtung)
Remscheid insgesamt:	66 eingestreuse Kurzzeitpflegeplätze (in 11 Einrichtungen) sowie 23 reine /solitäre Kurzzeitpflegeplätze (in 2 Einrichtungen)

Quelle: Stadt Remscheid 2016: 75

Für die Stadt Remscheid entspricht die Bereitstellung der insgesamt 89 Plätze für die Kurzzeitpflege in Bezug auf die Anzahl der Pflegebedürftigen in der Stadt einer Quote von 35,9 (Anzahl der Pflegebedürftigen pro KZP-Platz). Dies bedeutet, dass ein KZP-Platz für rd. 36 Pflegebedürftige zur Verfügung steht. Im NRW-Vergleich (31,4) ist Remscheid damit rechnerisch schlechter aufgestellt.

Die eingestreuten KZP-Plätze werden seitens der Träger häufig dauerhaft belegt und stehen damit nur eingeschränkt bzw. gar nicht zur Verfügung. Dagegen stellen die 23 solitären Plätze nur eine geringe Anzahl dar, um dauerhaft die Versorgung zu sichern. Hinzu kommt, dass laut Bericht, die eingestreuten KZP-Plätze oftmals auch als „Vorstufe einer Heimaufnahme genutzt“ werden (Stadt Remscheid 2016: 77). Andererseits wird angegeben, dass durch die solitären Einrichtungen (Auslastung 2015: 73 %) „in Remscheid jederzeit auch für Notfälle ein entsprechendes Kontingent zur Verfügung [steht] – auch sofern „eingestreuse“ Kurzzeitpflegeplätze durch Dauerpflege belegt sind“ (ebd.: 80).

Eine tatsächliche Bedarfsberechnung ist im Bereich der KZP schwierig. Dennoch wurde unter Anwendung verschiedener Berechnungsmethoden für Remscheid ein Bedarf von 65 Plätzen berechnet. Bis zum Jahr 2020 steigt dieser auf 72 (2025: 69; 2030: 66 Plätze) (siehe Tabelle 103).

Tabelle 103: Bedarfsermittlung der KZP-Plätze in Remscheid

Berechnungsmethode	Jahr 2015	Jahr 2020	Jahr 2025	Jahr 2030
A. Bedarf nach Forschungsgesellschaft für Gerontologie e.V.; Bedarfsplanung Land NRW	82 Plätze	85 Plätze	81 Plätze	79 Plätze
B. Bedarf nach Hartmann; Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend	48 Plätze	58 Plätze	57 Plätze	52 Plätze
Mittelwert A. und B. (= Platzbedarf)	65 Plätze	72 Plätze	69 Plätze	66 Plätze

Quelle: Stadt Remscheid 2016: 79

Fasst man die o. g. Aussagen zusammen, so ergibt sich ein widersprüchliches Bild. Einerseits wird angegeben, dass die eingestreuten KZP-Plätze eben nicht zur Verfügung stünden, andererseits werden sie aber zur Bedarfsberechnung- und -deckung herangezogen ohne tatsächliche Angaben über deren Verfügbarkeit zu machen. Nimmt man folglich an, dass diese eingestreuten KZP-Plätze belegt sind, so wäre der Bedarf mit allein 23 solitären KZP-Plätzen nicht gedeckt. Unter Berücksichtigung der Situationsanalyse (vgl. Tabelle 101) ist anzunehmen, dass die vollstationären Dauerpflegplätze ausgelastet und somit nicht ausreichend sind, was entsprechend Engpässe im KZP-Angebot nach sich ziehen würde.

Aufgrund der geringfügigen Befragungsrückläufe aus Remscheid, können keine weiteren Aussagen zur Situation der KZP getroffen werden. Ergänzend kann lediglich gesagt werden, dass die Auslastungsquote der eingestreuten Plätze der befragten Einrichtung aus Remscheid sich im Jahr 2016 gegenüber dem Jahr 2015 auf rd. 58 % verdoppelt hat – zumindest ein Indiz für knappe KZP-Kapazitäten.

8.3.41 Rhein-Erft-Kreis

Es liegt keine Pflegebedarfsplanung vor.

Im Jahr 2015 lebten 466.657 Einwohner im Rhein-Erft-Kreis, wovon 5,4 % und somit 25.199 Menschen hochaltrig waren (wegweiser-kommune.de, IT.NRW).

Die Anzahl der Pflegebedürftigen betrug im gleichen Jahr 15.045, was einem Anteil von 3,2 % an der Gesamtbevölkerung im Rhein-Erft-Kreis entsprach. Im Jahr 2013 waren 7.360 Personen sowohl hochaltrig als auch pflegebedürftig (IT.NRW).

Die Mehrheit der pflegebedürftigen Personen empfing im Jahr 2015 Pflegegeld (8.179/54,4 %). 3.408 Pflegebedürftige wurden professionell ambulant versorgt (22,7 %) und 3.458 Pflegebedürftige wurden vollstationär versorgt (23,0 %) (ebd.).

Nach Recherchen von IGES konnten 269 eingestreuete KZP-Plätze in 43 vollstationären Dauerpflegeeinrichtungen und 17 solitäre Plätze in einer Einrichtung identifiziert werden. Es ist jedoch nicht auszuschließen, dass sich unter den „eingestreuten“ Plätzen auch angebundene/separate KZP-Plätze befinden.

Für den Rhein-Erft-Kreis entspricht die Bereitstellung der insgesamt 286 Plätze für die Kurzzeitpflege in Bezug auf die Anzahl der ambulant versorgten Pflegebedürftigen im Kreisgebiet einer Quote von 40,5 (Anzahl der Pflegebedürftigen pro KZP-Platz). Dies bedeutet, dass ein KZP-Platz für rd. 41 Pflegebedürftige zur Verfügung steht. Im NRW-Vergleich (31,4) ist der Rhein-Erft-Kreis damit rechnerisch schlechter aufgestellt.

In Folge der Befragungsergebnisse wird die Situation der Kurzzeitpflege im Rhein-Erft-Kreis bestätigt. Die Einrichtungen selbst befürworten eine Schaffung zusätzlicher Plätze. Den Sozialdiensten zufolge ist das Angebot ebenfalls nicht ausreichend.

8.3.42 Rheinisch-Bergischer Kreis

Die Daten der vorliegenden Analyse sind der Örtlichen Planung 2015 – 2018 des Rheinisch-Bergischen Kreises entnommen.

Tabelle 104: Übersichtstabelle Rheinisch-Bergischer Kreis

Merkmale der Region			
Anzahl der Bezirke/ Kommunen	8 (Bergisch Gladbach, Burscheid, Kürten, Leichlingen, Odenthal, Overath, Rösrath, Wermelskirchen)		
Ländlich/städtisch geprägt	städtisch und ländlich		
Einwohnerstruktur			
	IST (Stand 2015)	Prognose	Trend
Einwohner	282.729	k. A.	steigend
Hochaltrige (ab 80 Jahre)/Anteil an Bevölkerung	17.812/6,3 %	2040: 29.300	steigend
Pflegebedürftige (gesamt)/Anteil an Bevölkerung	10.519/3,7 %	k. A.	steigend
hochaltrige und pflegebedürftige Personen (Stand 2013)	5.258	k. A.	steigend
Auszüge der Versorgungsstruktur			
	IST (Stand 2015)	Auslastung	Prognose/Planung
Ambulante Pflegedienste	44	k. A.	k. A.
Komplementäre Hilfen	vorhanden	k. A.	k. A.
Plätze in Tagespflege (Einrichtungen)	193 (14)	k. A.	kein Bedarf vorhanden
alternative Wohneinrichtungen	vorhanden	k. A.	Bedarf vorhanden

Plätze vollstationäre Einrichtungen (Einrichtungen)	2.728 (30)	k. A.	kein Bedarf vorhanden
Dominierende Versorgungsorte	Im Jahr 2015 wurden 2.704 Pflegebedürftige professionell ambulant versorgt (25,7 %), 5.206 Pflegebedürftige empfangen Pflegegeld (49,5 %) und 2.609 Pflegebedürftige wurden vollstationär versorgt (24,8 %).		

Kurzzeitpflege			
	IST	Prognose/Planung	Anmerkungen
Solitäre Plätze (Einrichtungen)	30 (2)	Bedarf vorhanden	
Eingestreuete Plätze (Einrichtungen)	164 (25)	kein Bedarf vorhanden	
Separate Plätze (Einrichtungen)	k. A.	k. A.	

Quelle: Eigene Darstellung IGES (auf Grundlage von Daten aus Rheinisch-Bergischer Kreis 2015, IT.NRW, wegweiser-kommune.de)

Tabelle 105: Situationsanalyse Rheinisch-Bergischer Kreis

Bevölkerungsentwicklung	- Insbesondere der Anteil ältere Menschen wird kontinuierlich steigen und damit auch die Zahl der Pflegebedürftigen.
Regionale Entwicklung/Verteilung	- k. A.
ambulante Pflegedienste	- Laut Bericht sind 44 Pflegedienste im Kreisgebiet aktiv. - Eine Überlastung der Dienste durch Pflegefachkraftmangel wird zunehmend deutlich, insbesondere im Stadtgebiet Bergisch Gladbach.
Tages- und Nachtpflege	- Im Jahr 2015 gab es insgesamt 14 Tagespflegeeinrichtungen mit insgesamt 193 Plätzen. Seit 2003 ist damit eine deutliche Ausweitung des Angebots zu verzeichnen (um fast 360 %). - Bis auf die Gemeinde Odenthal sind die Angebote flächendeckend verteilt (Odenthal nutzt das Angebot angrenzender Kommunen). Bis 2018 wird eine Zunahme um weitere 54 Tagespflegeplätze erwartet. - Angebote der Nachtpflege werden nicht vorgehalten.
komplementäre Hilfen	- Information und Beratungsangebote werden an vielen verschiedenen Stellen kreisweit angeboten. - Niedrigschwellige Angebote sind vorhanden.
alternative Wohnrichtungen	- Ende 2015 gab es kreisweit insgesamt 19 ambulant betreute Wohngemeinschaften mit 175 Plätzen. - Zukünftig wäre es wünschenswert weitere Wohnformen für Zielgruppen mit spezifischen Bedarfen (z.B. Wohngemeinschaften für junge Pflegebedürftige, ältere und alleinstehende Bürger mit und ohne pflegerischen Bedarf, alt gewordene pflegebedürftige Menschen mit Behinderung, Menschen mit Suchtproblematik, ältere und pflegebedürftige Menschen mit Migrationshintergrund, etc.) im Kreisgebiet zu etablieren.

**vollstationäre
Einrichtungen**

- 2015 gab es 30 Pflegeeinrichtungen mit 2.728 Plätzen für vollstationäre Dauerpflege. In allen Kommunen wird mindestens eine Einrichtung vorgehalten. Eine wohnortnahe Versorgung ist gewährleistet
- Es ist anzunehmen, dass die Nachfrage steigen wird.

Insgesamt werden 73 % der Pflegebedürftigen in der eigenen Häuslichkeit versorgt. Eine weitere Zunahme ist festzustellen.

Durch den Anstieg der pflegebedürftigen Menschen in den kommenden Jahren gilt es die ambulanten Angebote weiter auszubauen.

Quelle: Eigene Darstellung IGES (auf Grundlage von Daten aus Rheinisch-Bergischer Kreis 2015)

Analyse und Einschätzung des Bedarfs an KZP im Rheinisch-Bergischen Kreis

Im Rheinisch-Bergischen Kreis werden insgesamt 164 eingestreute KZP-Plätze in 25 vollstationären Dauerpflegeeinrichtungen und 30 solitäre KZP-Plätze in 2 Einrichtungen vorgehalten (vgl. Tabelle 106). Somit bestehen KZP-Angebote in fast allen vollstationären Einrichtungen (Rheinisch-Bergischer Kreis 2015: 24).

Für den Rheinisch-Bergischen Kreis entspricht die Bereitstellung der insgesamt 194 Plätze für die Kurzzeitpflege in Bezug auf die Anzahl der ambulant versorgten Pflegebedürftigen im Kreisgebiet einer Quote von 40,8 (Anzahl der Pflegebedürftigen pro KZP-Platz). Dies bedeutet, dass ein KZP-Platz für rd. 41 Pflegebedürftige zur Verfügung steht. Im NRW-Vergleich (31,4) ist der Rheinisch-Bergische Kreis damit rechnerisch schlechter aufgestellt.

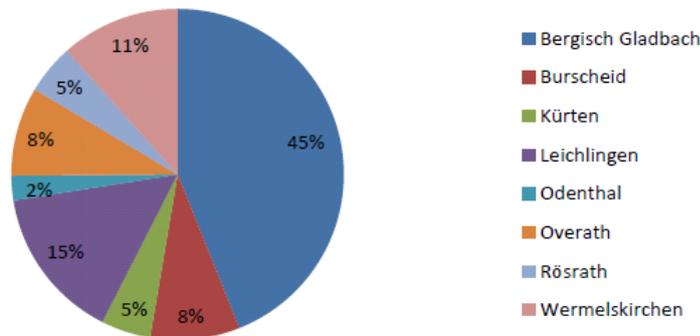
Tabelle 106: Verteilung der KZP-Plätze Rheinisch-Bergischer Kreis

Kommune	Pflegeeinrichtungen	solitär	eingestreut	Gesamt
Bergisch Gladbach	11	12	84	96
Burscheid	1	18	0	18
Kürten	2		10	10
Leichlingen	1		13	13
Odenthal	1		5	5
Overath	3		18	18
Rösrath	2		10	10
Wermelskirchen	4		24	24
Gesamt:	25	30	164	194

Quelle: Rheinisch-Bergischer Kreis 2015: 24

Die Verteilung der KZP-Plätze konzentriert sich in Bergisch Gladbach mit insgesamt 45 % aller vorgehaltenen KZP-Plätze. Über die wenigsten Plätze verfügt Odenthal (siehe Abbildung 59).

Abbildung 59: Prozentuale Verteilung der KZP-Plätze auf die einzelnen Kommunen im Rheinisch-Bergischen Kreis (Stand 2015)



Quelle: Rheinisch-Bergischer Kreis 2015: 25

Somit wird kreisweit zwar ein ausreichendes Angebot an KZP-Plätzen vorgehalten, doch monieren u. a. die Pflegeberatungsstellen und Krankenhäuser (Netzwerkvertreter), dass es in Akutsituationen und sogar außerhalb der saisonalen Stoßzeiten zunehmend schwieriger werde, freie Plätze zu erhalten. „Da im Kreisgebiet überwiegend eingestreute Kurzzeitpflegeplätze zur Verfügung stehen, ist die Zahl der freien Plätze abhängig von der Belegung der Dauerpflege. In diesem Zusammenhang ist zunehmend das Belegen der Plätze mit der Absicht der sich anschließenden vollstationären Dauerpflege festzustellen, sodass die Plätze nicht zur Bedarfsdeckung des Angebots Kurzzeitpflege verfügbar sind.“ (Rheinisch-Bergischer Kreis 2015: 25).

Bedarf bestünde vor allem in Bergisch Gladbach, da sich dort die Akutkrankenhäuser befinden. Sollte dieser Trend anhalten, was aufgrund eines kontinuierlichen Anstiegs seit 2003 anzunehmen ist, bedarf es eines Ausbaus solitärer KZP-Plätze (ebd.).

Unter Berücksichtigung der Erkenntnisse aus der Situationsanalyse (vgl. Tabelle 105) ist von einem steigenden Bedarf an vollstationären Dauerpflegeplätzen auszugehen, weshalb eingestreute KZP-Plätze nicht zwangsläufig zur Verfügung stehen. Zudem wird auf die Auslastung ambulanter Dienste hingewiesen, die somit ebenfalls nicht in der Lage wären, eine erhöhte Nachfrage nach ergänzenden Pflegeleistungen in Zukunft zu kompensieren.

In Folge der Befragungsergebnisse wird die bisher beschriebene Situation der Kurzzeitpflege bestätigt. Den Sozialdiensten zu Folge sind die KZP-Plätze nicht ausreichend und müssen immer häufiger im Umkreis von 20-40 km gesucht werden. Weiterhin gaben vereinzelte Einrichtungen an, dass sie der „massiv angestiegenen Anzahl an Interessenten“ nicht gerecht werden können („Bei wöchentlich ca. 5-8 Anfragen nach KZP, die wir nicht bedienen können, bei verzweifelten!!! Angehörigen, die für ihre Pflegebedürftigen keinen Platz zur KZP finden, sehen wir dringenden Handlungsbedarf.“).

8.3.43 Rhein-Kreis Neuss

Die folgende Analyse basiert auf den Daten des Gutachtens "Pflegebedarfsanalyse Rhein-Kreis-Neuss" des hcb Institute for Health Care Business GmbH von Dr. Roman Mennicken (Stand 2013), welches als Örtliche Planung genutzt wurde.

Tabelle 107: Übersichtstabelle Rhein-Kreis Neuss

Merkmale der Region			
Anzahl der Bezirke/ Kommunen	8 (Kaarst, Dormagen, Grevenbroich, Jüchen, Korschenbroich, Meerbusch, Neuss, Rommerskirchen)		
Ländlich/städtisch geprägt	städtisch und ländlich		
Einwohnerstruktur			
	IST (Stand 2015)	Prognose	Trend
Einwohner	450.026	2020: 434.858 2030: 427.420	fallend
Hochaltrige (ab 80 Jahre)/Anteil an Bevölkerung	25.651/5,7 %	2020: 33.398 2030: 37.802	steigend
Pflegebedürftige (gesamt)/Anteil an Bevölkerung	15.460/3,4 %	k. A.	steigend
hochaltrige und pflegebedürftige Personen (Stand 2013)	7.373	k. A.	steigend
Auszüge der Versorgungsstruktur			
	IST (Stand 2013)	Auslastung	Prognose/Planung
Ambulante Pflegedienste	k. A.	k. A.	k. A.
Komplementäre Hilfen	k. A.	k. A.	k. A.
Plätze in Tagespflege (Einrichtungen)	k. A.	k. A.	k. A.
alternative Wohneinrichtungen	k. A.	k. A.	k. A.
Plätze vollstationäre Einrichtungen (Einrichtungen) (Stand 2010)	3.178 (35) (3.356 Plätze im Jahr 2013)	98 %	kein Bedarf vorhanden
Dominierende Versorgungsart	Im Jahr 2015 wurden 2.468 Pflegebedürftige professionell ambulant versorgt (16,0 %), 9.415 Pflegebedürftige empfangen Pflegegeld (60,9 %) und 3.577 Pflegebedürftige wurden vollstationär versorgt (23,1 %).		

Kurzzeitpflege			
	IST	Prognose/Planung	Anmerkungen
Solitäre Plätze (Einrichtungen)	k. A.	k. A.	
Eingestreute Plätze (Einrichtungen)	245 (41)	k. A.	
Separate Plätze (Einrichtungen)	k. A.	k. A.	

Quelle: Eigene Darstellung IGES (auf Grundlage von Daten aus Mennicken 2013, IT.NRW, wegweiser-kommune.de)

Tabelle 108: Situationsanalyse Rhein-Kreis Neuss

Bevölkerungs-entwicklung	-	Während die Gesamtbevölkerung im Rhein-Kreis Neuss und in anderen Teilen von Deutschland leicht rückläufig ist, wird die Zahl der Über-80-jährigen im Rhein-Kreis Neuss bis 2030 um rund 73 % zunehmen.
Regionale Entwicklung/Verteilung	-	k. A.
ambulante Pflegedienste	-	k. A.
Tages- und Nachtpflege	-	k. A.
komplementäre Hilfen	-	k. A.
alternative Wohneinrichtungen	-	k. A.
vollstationäre Einrichtungen	-	Bis 2020 ist mit ca. 4.100 vollstationären Pflegebedürftigen im Rhein-Kreis Neuss zu rechnen, bis 2030 mit 5.250 Pflegebedürftigen. Im Vergleich zu 2011 bedeutet dies einen Anstieg um 35 % bzw. 73 %.

Insgesamt wird bis 2030 von einem Anstieg der Pflegebedürftigen ausgegangen, die in ihrer eigenen Häuslichkeit versorgt werden (bis zu 10.000). Auch der Anteil der Pflegebedürftigen in stationärer Dauerpflege wird über dem von IT.NRW prognostizierten Anteil liegen, sodass zusätzlich etwa 1.400 bis 2.600 stationäre Pflegeplätze bis 2030 benötigt werden. Konkret ist bis 2015 schon mit weiterem Bedarf an 266 Plätzen zu rechnen.

Quelle: Eigene Darstellung IGES (auf Grundlage von Daten aus Mennicken 2013)

Analyse und Einschätzung des Bedarfs an KZP im Rhein-Kreis Neuss

Nach Recherchen von IGES wurden 245 eingestreute KZP-Plätze in 41 vollstationären Dauerpflegeeinrichtungen identifiziert. Angaben zu solitären KZP-Plätzen wurden nicht gefunden. Es ist jedoch nicht auszuschließen, dass sich unter den „eingestreuten“ Plätzen auch angebundene/separate KZP-Plätze befinden.

Für den Rhein-Kreis Neuss entspricht die Bereitstellung der insgesamt 245 Plätze für die Kurzzeitpflege in Bezug auf die Anzahl der ambulant versorgten Pflegebedürftigen im Kreisgebiet einer Quote von 48,5 (Anzahl der Pflegebedürftigen pro

KZP-Platz). Dies bedeutet, dass ein KZP-Platz für rd. 49 Pflegebedürftige zur Verfügung steht. Im NRW-Vergleich (31,4) ist der Rhein-Kreis Neuss damit rechnerisch deutlich schlechter aufgestellt.

Unter Berücksichtigung der Analysen (Tabelle 107 und Tabelle 108) können in diesem Zusammenhang Rückschlüsse auf mögliche Bedarfe gezogen werden. In Anbetracht der schlechten KZP-Quote und dem hohen Anteil an Pflegebedürftigen, die in der eigenen Häuslichkeit versorgt werden (60,9 %), ist zunächst von einem deutlichen Bedarf an KZP-Plätzen auszugehen. Berücksichtigt man weiterhin, dass scheinbar ausschließlich eingestreute KZP-Plätze vorgehalten werden, stellt dies kein zuverlässiges und verbindliches Angebot dar. Zumal im Rahmen der Analyse deutlich wurde, dass im Rhein-Kreis Neuss mit einem Anstieg der Pflegebedürftigen in der vollstationären Dauerpflege zu rechnen ist. Sofern kein Ausbau der vollstationären Dauerpflegeplätze stattfindet und eine Aufstockung der eingestreuten KZP-Plätze als auch der solitären KZP-Plätze, ist zukünftig mit einer Unterversorgung und somit auch einem Mangel an Entlastungsangeboten für pflegende Angehörige im Kreisgebiet zu rechnen.

Aufgrund der geringfügigen Befragungsrückmeldungen aus dem Rhein-Kreis Neuss können keine weiteren Aussagen getroffen werden. Ergänzend kann nur festgestellt werden, dass die Auslastungsquoten der befragten Einrichtungen mit eingestreuten Plätzen sehr gering sind (unter 30 %). Es ist anzunehmen, dass die Plätze daher nicht nur für die Kurzzeitpflege genutzt werden. Von Einrichtungen aus der Region wird zumindest angeregt, solitäre Einrichtungen zu fördern.

8.3.44 Rhein-Sieg Kreis

Die Daten der nachfolgenden Analyse sind der Pflegeplanung 2015 des Rhein-Sieg Kreises entnommen.

Tabelle 109: Übersichtstabelle Rhein-Sieg Kreis

Merkmale der Region			
Anzahl der Bezirke/ Kommunen	19 (Meckenheim, Hennef, Niederkassel, Lohmar, Rheinbach, Much, Bornheim, Troisdorf, Ruppichteroth, Sankt Augustin, Siegburg, Neunkirchen-Seelscheid, Wachtberg, Königswinter, Bad Honnef, Alf-ter, Swisttal, Windeck, Eitorf)		
Ländlich/städtisch ge- prägt	städtisch und ländlich		
Einwohnerstruktur			
	IST (Stand 2015)	Prognose	Trend
Einwohner	596.213	2040: 615.305	steigend
Hochaltrige (ab 80 Jahre)/Anteil an Bevölkerung	31.599/5,3 %	2040: 59.945	steigend
Pflegebedürftige (ge- samt)/Anteil an Be- völkerung	20.674/3,5 %	2040: 35.600	steigend

hochaltrige und pflegebedürftige Personen (Stand 2013)	9.640	k. A.	k. A.
------------------------------------------------------------------	-------	-------	-------

Auszüge der Versorgungsstruktur

	IST (Stand 2015)	Auslastung	Prognose/Planung
Ambulante Pflegedienste	78	k. A.	Bedarf vorhanden
Komplementäre Hilfen	vorhanden	k. A.	Bedarf vorhanden
Plätze in Tagespflege (Einrichtungen) Stand 2015	196 (14)	k. A.	Bedarf vorhanden
alternative Wohneinrichtungen	vorhanden	k. A.	Bedarf vorhanden
Plätze vollstationäre Einrichtungen (Einrichtungen)	4.482 (75)	92,6 %	Bedarf vorhanden
Dominierende Versorgungsart	Im Jahr 2015 wurden 4.135 Pflegebedürftige professionell ambulant versorgt (20,0 %), 11.477 Pflegebedürftige empfangen Pflegegeld (55,5 %) und 5.062 Pflegebedürftige wurden vollstationär versorgt (24,5 %).		

Kurzzeitpflege

	IST	Prognose/Planung	Anmerkungen
Solitäre Plätze (Einrichtungen)	23 (3)	Bedarf vorhanden	
Eingestreute Plätze (Einrichtungen)	418 (69)	Bedarf vorhanden	
Separate Plätze (Einrichtungen)	k. A.	k. A.	

Quelle: Eigene Darstellung IGES (auf Grundlage von Daten aus Rhein-Sieg Kreis 2016, IT.NRW, wegweiser-kommune.de)

Tabelle 110: Situationsanalyse Rhein-Sieg Kreis

Bevölkerungs-entwicklung	<ul style="list-style-type: none"> - Die Städte und Gemeinden des Rhein-Sieg-Kreises werden unterschiedlich stark vom demografischen Wandel betroffen sein. Ende 2013 lebten in Bad Honnef und Meckenheim anteilig die meisten der 65-Jährigen und Älteren (über 24 %). Bei den über 80-Jährigen lag Bad Honnef mit 6,9 % ebenfalls an der Spitze. - Die Prognosen bis zum Jahr 2040 gehen jedoch insgesamt von einer kreisweiten Zunahme der über 80-Jährigen aus (gesamt um 103 %). Dabei wird die Zunahme in Niederkassel und Meckenheim weit über 200 % betragen. In Ruppichteroth, Windeck und Siegburg wird die Anzahl der Hochaltrigen dagegen zurückgehen. - Der Anteil der Pflegebedürftigen ist vor allem in den ländlichen Regionen Windeck (5,9 %) und Eitorf (4,5 %) am größten. Dies begründet sich in dem vermehrten Wegzug junger Erwerbstätiger. Vergleichsweise wenig Pflegebedürftige leben in Alfter und Niederkassel (eventuell wegen der Nähe zu Bonn bzw. Köln).
Regionale Entwicklung/Verteilung	<ul style="list-style-type: none"> - Das Kreisgebiet ist eines der bevölkerungsreichsten und größten in NRW, wobei große regionale Unterschiede in der Altersstruktur vorliegen. Im Vergleich untereinander liegen die großen Städte wie Troisdorf und St. Augustin mit über 13.600 bzw. 11.600 Bewohnern über 65 Jahren vorn. Bei den über 80-Jährigen leben die meisten in Troisdorf und St. Augustin.
ambulante Pflegedienste	<ul style="list-style-type: none"> - Die Anzahl der ambulanten Pflegedienste wächst stetig, sodass Ende 2013 74 ambulante Pflegedienste im Kreisgebiet ansässig waren. Diese beschäftigten insgesamt 1.383 Mitarbeiter und versorgten ca. 3.330. Im Jahr 2015 waren es bereits 78 Dienste. Die Zahl der Nutzer hat sich seit 2005 ebenfalls um 28 % erhöht. - Trotz dessen die Versorgung mit ambulanten Diensten im Kreisgebiet sichergestellt ist, bewerten nur 7 Kommunen die Versorgung als ausreichend. In Sankt Augustin, Troisdorf und Swisttal sei es schwer noch freie Kapazitäten von ambulanten Diensten zu finden. - Problematisch ist der Mangel an qualifiziertem Personal, der u. a. einen weiteren Aus- und Aufbau von ambulanten und pflegeergänzenden Angeboten erschwert.
Tages- und Nachtpflege	<ul style="list-style-type: none"> - Ende 2015 konnte ein Angebot von 196 Plätzen in 14 Einrichtungen vorgehalten werden. Seit 2009 ist damit eine erhebliche Erweiterung zu verzeichnen. Weitere Angebote sind in Planung. - Bekannt ist, dass eine Vielzahl an Tagespflegeeinrichtungen außerhalb des Kriegsgebietes in Anspruch genommen wird, was auf eine unterdurchschnittliche Versorgung mit Tagespflegeplätzen hinweist. - Nachtpflegeangebote werden in keiner Einrichtung vorgehalten. Einige ambulante Pflegedienste bieten jedoch Nachtpflege in der eigenen Häuslichkeit an.

komplementäre Hilfen	<ul style="list-style-type: none"> - Bisher sind ca. 80 Angebote im Kreisgebiet bekannt, was jedoch die Nachfrage nicht flächendeckend deckt. - Ursachen liegen u. a. in der Auslastung der ambulanten Pflegedienste, die somit über keine freien Kapazitäten verfügen, um komplementäre Angebote vorzuhalten. Des Weiteren scheitern neue Anbieter aufgrund fehlender Landesregelungen zur Anerkennung dieser Leistungen. - Bezahlbare Leistungen fehlen insbesondere in Swisttal, Sankt Augustin, Ruppichterath, Hennef, Rheinbach und Meckenheim. - Überarbeitungen des Anerkennungs- und Abrechnungsverfahrens niedrighschwelliger Betreuungs- und Entlastungsangebote lassen zukünftig auf ein ausreichend und flächendeckend zur Verfügung stehendes Angebot hoffen (ab 2017).
alternative Wohneinrichtungen	<ul style="list-style-type: none"> - Laut des Berichts gibt es 6 anbieterverantwortete Wohngemeinschaften (Alfter, Eitorf, und Rheinbach) mit insgesamt 54 Wohnplätzen und 16 selbstverantwortete Wohngemeinschaften (Bad Honnef, Hennef, Siegburg, St. Augustin, Troisdorf) mit insgesamt 116 Wohnplätzen. Weitere Wohngemeinschaften befinden sich in der Umsetzung. <p>Ambulant betreute Wohngemeinschaften für Pflegebedürftige sind entstanden und vorhanden, es besteht jedoch weiterer Bedarf an diesen Wohnformen.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Angebote zum Mehrgenerationenwohnen gibt es ebenfalls. - Bisher fehlt es noch an ausreichendem barrierefreien und bezahlbarem Wohnraum, um langfristig in der eigenen Häuslichkeit zu verbleiben. Insbesondere im Bereich des Service-Wohnens besteht noch erheblicher Nachholbedarf. Beratungen von neuen Anbietern stationärer Leistungen konnten bereits Erfolge in Hinblick auf Angebote des Service Wohnens in enger Anbindung an stationäre Einrichtungen schaffen.
vollstationäre Einrichtungen	<ul style="list-style-type: none"> - Ende 2013 gab es 69 stationäre Pflegeeinrichtungen, die insgesamt 4.240 Mitarbeiter beschäftigten und 4.482 Bewohner versorgten. Bis 2015 wurde das Platzangebot um 648 erweitert. Weitere Plätze sind in Planung. - Im Jahr 2015 betrug die durchschnittliche Auslastung aller Einrichtungen ca. 92,6 %. - Trotz steigender Bewohnerzahlen ist eine Abnahme der Beschäftigten zu verzeichnen. - Für 2030 wurde ein kreisweiter Bedarf von 7.382 Plätzen, in 2040 von 9.467 Plätzen prognostiziert. Demgegenüber stehen 5.066 vorhandene Plätze in 2013 und weitere 506 geschaffene Plätze bis Ende 2015 sowie ca. 470 geplante Plätze. Diese wurden vor allem in unterdurchschnittlich versorgten Gebieten geschaffen.

Insgesamt ist eine Steigerung der Inanspruchnahme häuslicher Pflegeleistungen unter den Pflegebedürftigen im Kreisgebiet zu verzeichnen (+2 %). Die häusliche Versorgung hat sich somit weiter gefestigt. Der in diesem Zusammenhang verzeichnende Anstieg der Pflegegeldempfänger betont die Notwendigkeit des Ausbaus ambulanter Unterstützungsangebote, um auch langfristig eine Pflege in der eigenen Häuslichkeit zu gewährleisten.

Berechnungen zu Folge werden im Jahr 2040 über 11.600 Menschen in stationären Betreuungsformen, ca. 8.500 Menschen durch ambulante Dienste und bis zu 15.400 Menschen durch Angehörige betreut werden. Dafür bedarf es jedoch des Ausbaus der ambulanten und teilstationären Angebote, um die häusliche Pflege durch Angehörige zu stärken. Weitere Schwerpunkte werden auf der Schaffung altersgerechten Wohnraums und des Auf- und Ausbaus flächendeckender pflegeergänzender und betreuerischer Angebote liegen.

Quelle: Eigene Darstellung IGES (auf Grundlage von Daten aus Rhein-Sieg Kreis 2016)

Analyse und Einschätzung des Bedarfs an KZP im Rhein-Sieg Kreis

Im Rhein-Sieg-Kreis wurden laut Bericht im Jahr 2013 sowohl 237 eingestreute KZP-Plätze als auch 23 solitäre KZP-Plätze vorgehalten. Die Anzahl der Einrichtungen ist nicht bekannt. Die 23 solitären KZP-Plätze wurden in Hennef (5), Meckenheim (8) und Bad Honnef (10) angeboten. Seit Jahren ist ein starker Anstieg zu verzeichnen, sodass sich die Anzahl von 204 (2009) auf 379 (2015) fast verdoppelt hat. Bei der Anzahl aller Einrichtungen, die KZP anbieten, verhält es sich ähnlich (2009: 23 Einrichtungen; 2013: 55 Einrichtungen). Eingestreute KZP-Plätze bilden dabei den überwiegenden Anteil (Rhein-Sieg-Kreis 2016: 40).

Nach Recherchen von IGES haben sich die Zahlen im Bereich der eingestreuten KZP-Plätze auf aktuell 418 Plätze in 69 vollstationären Dauerpflegeeinrichtungen erhöht. Es ist jedoch nicht auszuschließen, dass sich unter den „eingestreuten“ Plätzen auch angebundene/separate KZP-Plätze befinden. Die Anzahl der reinen solitären Plätze ist mit 23 in drei Einrichtungen dagegen gleichgeblieben.

Für den Rhein-Sieg Kreis entspricht die Bereitstellung der insgesamt 441 Plätze für die Kurzzeitpflege in Bezug auf die Anzahl der ambulant versorgten Pflegebedürftigen im Kreisgebiet einer Quote von 35,4 (Anzahl der Pflegebedürftigen pro KZP-Platz). Dies bedeutet, dass ein KZP-Platz für rd. 35 Pflegebedürftige zur Verfügung steht. Im NRW-Vergleich (31,4) ist der Rhein-Sieg Kreis damit rechnerisch schlechter aufgestellt.

Wie auch in anderen Kreisen wird einerseits aus Betreibersicht das wirtschaftliche Risiko (u. a. durch saisonal schwankende Auslastung) von solitären KZP-Plätzen moniert und andererseits aus Nutzersicht die wahlweise Nutzung von eingestreuten Plätzen als Dauer- oder KZP-Plätze problematisiert. Langfristige Planungen sind daher schwer möglich. Unterdessen ist festzustellen, dass Bewohnerinnen und Bewohner des Kreises bereits auf auswärtige KZP-Einrichtungen ausweichen (müssen) (ebd.).

In Folge des hohen Anteils an Pflegegeldempfangenden wird die KZP als häufiges Entlastungsangebot genutzt und zunehmend verstärkt in Anspruch genommen. Dennoch verfehlt die KZP immer öfter ihr ursprüngliches Ziel, akute Krisen zu bewältigen, um wieder in die Häuslichkeit zurückzukehren, sodass sich in einer Vielzahl der Fälle oftmals stationäre Dauerpflege anschließt. „Bei Kurzzeitpflege nach einem Krankenhausaufenthalt wurden im Anschluss 42 % der Betroffenen weiter vollstationär gepflegt, 20 % verstarben innerhalb eines Monats, 32 % wurden in häusliche Pflege übergeleitet und 6 % nahmen keine weiteren Leistungen in Anspruch. In 41 % der Fälle erfolgte die Kurzzeitpflege ohne vorangegangenen Krankenhausaufenthalt.“ (Rhein-Sieg Kreis 2016: 41)

Das Angebot konnte in den letzten Jahren zwar ausgebaut werden, wird in Troisdorf jedoch gar nicht vorgehalten und in Siegburg besteht zusätzlicher Bedarf (ebd.: 80). Bezüglich des zukünftigen Bedarfs wurden keine konkreten Aussagen getroffen.

Unter Berücksichtigung der Situationsanalyse (vgl. Tabelle 110) kann von weiterem Bedarf (in bestimmten) Regionen des Kreisgebietes ausgegangen werden, da zum Einen die Anzahl der Pflegegeldempfangenden weiter zunehmen wird. Des Weiteren wird ein Bedarf an vollstationären Dauerpflegeplätzen festgestellt, der wiederum auf einen Mangel an eingestreuten KZP-Plätzen hinweist. Die angezeigte Auslastung/Überlastung der ambulanten Dienste ergänzt abschließend den möglichen Bedarf an weiteren Plätzen.

In Folge der Befragungsergebnisse bestätigt sich die bereits beschriebene Situation der Kurzzeitpflege im Rhein-Sieg Kreis. Den Sozialdiensten zu Folge sind die KZP-Plätze nicht ausreichend.

8.3.45 Siegen-Wittgenstein (Kreis)

Die nachfolgende Analyse basiert auf den Daten des Pflegebedarfsplans für den Kreis Siegen-Wittgenstein 2016 inklusive des Prognosezeitraums für das Jahr 2019.

Tabelle 111: Übersichtstabelle Kreis Siegen-Wittgenstein

Merkmale der Region			
Anzahl der Bezirke/ Kommunen	11 (Bad Berleburg, Bad Laasphe, Erndtebrück, Burbach, Neunkirchen, Wilnsdorf, Siegen, Freudenberg, Kreuztal, Hilchenbach, Netphen)		
Ländlich/städtisch geprägt	städtisch und ländlich		
Einwohnerstruktur			
	IST (Stand 2015)	Prognose	Trend
Einwohner	280.800	2030: 264.931	fallend
Hochaltrige (ab 80 Jahre)/Anteil an Bevölkerung	16.286/5,8 %	2019: 18.298 2030: 19.471	steigend
Pflegebedürftige (gesamt)/Anteil an Bevölkerung	10.399/3,7 %	2030: 11.016	steigend
hochaltrige und pflegebedürftige Personen (Stand 2013)	5.177	2019: 6.138 2030: 6.531	steigend

Auszüge der Versorgungsstruktur			
	IST	Auslastung	Prognose/Planung
Ambulante Pflegedienste	49	k. A.	k. A.
Komplementäre Hilfen	vorhanden	k. A.	k. A.
Plätze in Tagespflege (Einrichtungen)	187 (12)	k. A.	k. A.
alternative Wohneinrichtungen	vorhanden	k. A.	k. A.
Plätze vollstationäre Einrichtungen (Einrichtungen)	2.292 (29)	92 % (2015)	kein Bedarf vorhanden
Dominierende Versorgungsart	Im Jahr 2015 wurden 2.875 Pflegebedürftige professionell ambulant versorgt (27,6 %), 5.494 Pflegebedürftige empfangen Pflegegeld (52,8 %) und 2.030 Pflegebedürftige wurden vollstationär versorgt (19,5 %).		

Kurzzeitpflege			
	IST	Prognose/Planung	Anmerkungen
Solitäre Plätze (Einrichtungen)	10 (1)	k. A.	k. A.
Eingestreute Plätze (Einrichtungen)	247 (27)	k. A. zum Bedarf	
Separate Plätze (Einrichtungen)	k. A.	k. A. zum Bedarf	

Quelle: Eigene Darstellung IGES (auf Grundlage von Daten aus Kreis Siegen-Wittgenstein 2015, IT.NRW, wegweiser-kommune.de)

Tabelle 112: Situationsanalyse Kreis Siegen-Wittgenstein

Bevölkerungsentwicklung	- Die Bevölkerungsentwicklung ist in den nächsten Jahren tendenziell rückläufig, zudem altert der Kreis. Der Anteil der über 80-Jährigen nimmt stark zu. - Über 55 % der über 80-Jährigen sind pflegebedürftig.
Regionale Entwicklung/Verteilung	- Bezüglich der regionalen Verteilung der Versorgungsangebote bestehen im vollstationären Bereich der Dauerpflege Unterschiede.
ambulante Pflegedienste	- k. A.
Tages- und Nachtpflege	- Laut des Berichts stehen im Kreis Siegen-Wittgenstein 12 Tagespflegeeinrichtungen mit insgesamt 187 Plätzen zur Verfügung.
komplementäre Hilfen	- k. A.
alternative Wohneinrichtungen	- Es gibt 4 ambulant betreute Wohngruppen für Menschen mit demenzieller Erkrankung.

**vollstationäre
Einrichtungen**

- Es gibt 29 stationäre Dauerpflegeeinrichtungen mit insgesamt 2.292 Plätzen. Weitere 240 Plätze sind in Planung, wobei ein durchschnittlicher Leerstand von 168 Plätzen im Kreisgebiet zu verzeichnen ist (seit 2009). Die Auslastungsquote lag 2015 bei 92 %, sodass kein Bedarf zu vermuten ist. Dieses Ergebnis wird auch durch die sinkende Anzahl an stationär versorgten Personen bestätigt (seit 2003: -4,3 %).
- Bad Laasphe und Burbach verfügen über die höchste Anzahl an Plätzen bezogen auf die Bevölkerung zwischen 65 und über 80 Jahren. Bad Berleburg und Freudenberg verfügen dagegen über die wenigsten.
- Für 2019 wird von einem Bedarf von 2.303 Plätzen ausgegangen. In Folge von aktuellen Neuplanungen wäre dieser Bedarf gedeckt (sogar überdeckt), weshalb für den Prognosezeitraum 2019 kein weiterer Bedarf an stationären Plätzen gesehen wird.

Insgesamt überwiegt im Kreisgebiet die Anzahl derjenigen, die durch Angehörige gepflegt werden. Mit dem Ausbau entlastender (ambulanter) Angebote wird die Maßgabe „ambulant vor stationär“ verstärkt verfolgt, was im Umkehrschluss zu einer sinkenden Inanspruchnahme vollstationärer Pflege führt.

Quelle: Eigene Darstellung IGES (auf Grundlage von Daten aus Kreis Siegen-Wittgenstein 2015)

Analyse und Einschätzung des Bedarfs an KZP im Kreis Siegen-Wittgenstein

Laut des Berichts werden 236 eingestreute KZP-Plätze in 29 vollstationären Altenpflegeeinrichtungen vorgehalten. Dabei handelt es sich bei 208 Plätzen um eingestreute KZP-Plätze und bei 28 Plätzen um sogenannte angebundene/separate KZP-Plätze (Kreis Siegen-Wittgenstein 2015: 38).

Nach Recherchen von IGES haben sich die Zahlen im Bereich der eingestreuten KZP-Plätze gegenüber dem Berichtsjahr auf 247 Plätze, verteilt auf lediglich 27 vollstationäre Dauerpflegeeinrichtungen, erhöht. Es ist jedoch nicht auszuschließen, dass sich unter den „eingestreuten“ Plätzen auch angebundene/separate KZP-Plätze befinden. Demgegenüber sind 10 solitäre KZP-Plätze in einer Einrichtung hinzugekommen.

Für den Kreis Siegen-Wittgenstein entspricht die Bereitstellung der insgesamt 257 Plätze für die Kurzzeitpflege in Bezug auf die Anzahl der ambulant versorgten Pflegebedürftigen im Kreisgebiet einer Quote von 32,6 (Anzahl der Pflegebedürftigen pro KZP-Platz). Dies bedeutet, dass ein KZP-Platz für rd. 33 Pflegebedürftige zur Verfügung steht. Im NRW-Vergleich (31,4) ist der Kreis Siegen-Wittgenstein damit rechnerisch etwas schlechter aufgestellt.

Bezüglich der Auslastung und Bedarfe wurden keine Angaben im Bericht gemacht. Den wenigen Aussagen der Situationsanalyse zu Folge (siehe Tabelle 112) ist davon auszugehen, dass zumindest aufgrund der rückläufigen Inanspruchnahme der vollstationären Dauerpflegeplätze die eingestreuten KZP-Plätze auch zweckentsprechend zur Verfügung stehen. Somit ist zunächst von keinem Bedarf an KZP-Plätzen auszugehen.

Aufgrund der geringfügigen Befragungsrückläufe aus dem Kreis Siegen-Wittgenstein, können keine weiteren Aussagen zur Situation der KZP getroffen werden.

Ergänzend kann lediglich gesagt werden, dass die Auslastungsquote der angebundenen KZP bei 97 % lag. Bei den befragten Einrichtungen mit eingestreuten Plätzen gab es im Jahr 2016 gegenüber dem Jahr 2015 eine Steigerung der Auslastungsquote auf über 50 % (zuvor 39 %).

8.3.46 Soest (Kreis)

Die nachfolgend verwendeten Daten sind der Örtlichen Planung für Alter und Pflege 2017/18 des Kreises Soest entnommen.

Tabelle 113: Übersichtstabelle Kreis Soest

Merkmale der Region			
Anzahl der Bezirke/ Kommunen	14 (Erwitte, Geseke, Lippstadt, Rüthen, Soest, Warstein, Werl, Anröchte, Bad Sassendorf, Ense, Lippetal, Möhnesee, Welver, Wickede (Ruhr))		
Ländlich/städtisch geprägt	städtisch und ländlich		
Einwohnerstruktur			
	IST (Stand 2015)	Prognose	Trend
Einwohner	302.995	2030: 286.784	fallend
Hochaltrige (ab 80 Jahre)/Anteil an Bevölkerung	17.271/5,7 %	2030: 21.887	steigend
Pflegebedürftige (gesamt)/Anteil an Bevölkerung	10.043/3,3 %	k. A.	steigend
hochaltrige und pflegebedürftige Personen (Stand 2013)	5.113	k. A.	k. A.
Auszüge der Versorgungsstruktur			
	IST (Stand 2015)	Auslastung	Prognose/Planung
Ambulante Pflegedienste	37	k. A.	k. A.
Komplementäre Hilfen	vorhanden	k. A.	Bedarf vorhanden
Plätze in Tagespflege (Einrichtungen)	219 (15)	94 %	Bedarf vorhanden
alternative Wohneinrichtungen	vorhanden	k. A.	Bedarf vorhanden
Plätze vollstationäre Einrichtungen (Einrichtungen)	4.190 (53)	95 %	kein Bedarf vorhanden
Dominierende Versorgungsart	Im Jahr 2015 wurden 2.604 Pflegebedürftige professionell ambulant versorgt (25,9 %), 4.032 Pflegebedürftige empfangen Pflegegeld (40,2 %) und 3.407 Pflegebedürftige wurden vollstationär versorgt (33,9 %).		

Kurzzeitpflege			
	IST	Prognose/Planung	Anmerkungen
Solitäre Plätze (Einrichtungen)	14 (1)	Bedarf vorhanden	
Eingestrente Plätze (Einrichtungen)	327 (53)	k. A. zum Bedarf	
Separate Plätze (Einrichtungen)	k. A.	k. A.	

Quelle: Eigene Darstellung IGES (auf Grundlage von Daten aus Kreis Soest 2017, IT.NRW, wegweiser-kommune.de)

Tabelle 114: Situationsanalyse Kreis Soest

Bevölkerungs-entwicklung	- Die Bevölkerungsentwicklung ist wie in anderen Kreisen in NRW rückläufig, wohingegen eine Zunahme der Alterung der Bevölkerung zu verzeichnen ist.
Regionale Entwicklung/Verteilung	- k. A.
ambulante Pflegedienste	- Die Anzahl der ambulant versorgten Personen ist deutlich von 2.348 in 2013 auf 2.604 in 2015 angestiegen. Damit werden 9,8 Pflegebedürftige je 1.000 Einwohner durch ambulante Pflegedienste betreut (NRW 8,51). Im Vergleich zu NRW gibt es weniger Pflegedienste, aber dafür ist die Anzahl der Beschäftigten pro Pflegedienst größer.
Tages- und Nachtpflege	- 2015 gab es 15 Tagespflegeeinrichtungen mit 219 Plätzen. Dies entspricht gegenüber 2013 einem Anstieg um 34 %. - Die Zahl der Tagespflegegäste ist von 446 Pflegebedürftigen (2013) auf 566 Pflegebedürftige (2015) angestiegen, der Auslastungsgrad aber von 97 % (2013) auf 94 % (2015) gesunken. - Ein Ausbau der Tagespflege wird in Bezug auf eine bessere räumliche Verteilung des Angebots angestrebt.
komplementäre Hilfen	- Es besteht Bedarf das Angebot an komplementären Hilfen auszuweiten.
alternative Wohneinrichtungen	- Insgesamt wird eine Vielzahl an Wohnangeboten im Kreisgebiet vorgehalten. U. a. gibt es 10 anbieterverantwortete Wohngemeinschaften mit insgesamt 90 Plätzen (Anröchte, Geseke, Möhnensee, Soest, Warstein und Werl) (Stand 2016). Selbstverantwortete Wohngemeinschaften sind nicht bekannt. - Weiterhin wird angestrebt das Angebot ambulant betreuter Wohnformen auszubauen ebenso bestehen Vorhaben bezüglich generationenfreundlichem Bauen. - Insgesamt gestaltet sich die Dichte der gesamten Wohnungsangebote kreisweit sehr unterschiedlich.

**vollstationäre
Einrichtungen**

- Die Anzahl der Plätze ist von 4.302 in 2013 auf 4.190 in 2015 gesunken.
- Der Auslastungsgrad ist seit 2013 von 88 % auf 95 % in 2015 gestiegen. Nachdem die Zahl der leerstehenden Plätze in den vergangenen Jahren bis auf 706 gestiegen ist, konnte seit 2015 wieder ein Rückgang auf 589 leerstehende Plätze verzeichnet werden.
- Demnach besteht vorerst keine Notwendigkeit des Ausbaus vollstationärer Dauerpflegeeinrichtungen.

Insgesamt wird die institutionelle Pflegeinfrastruktur als ausreichend betrachtet.

Die Anzahl der ambulanten Dienste sowie die der Tagespflegeeinrichtungen ist in den vergangenen Jahren kontinuierlich angestiegen.

Quelle: Eigene Darstellung IGES (auf Grundlage von Daten aus Kreis Soest 2017)

Analyse und Einschätzung des Bedarfs an KZP im Kreis Soest

Im Kreis Soest werden aktuell laut Bericht insgesamt 327 eingestreute KZP-Plätze in 53 vollstationären Pflegeeinrichtungen und 14 solitäre KZP-Plätze in einer Einrichtung vorgehalten. Vor dem Erhebungsstichtag gab es noch 24 weitere solitäre KZP-Plätze, diese wurden jedoch unterdessen in eingestreute KZP-Plätze umgewandelt (Kreis Soest 2017: 9).

Für den Kreis Soest entspricht die Bereitstellung der insgesamt 341 Plätze für die Kurzzeitpflege in Bezug auf die Anzahl der ambulant versorgten Pflegebedürftigen im Kreisgebiet einer Quote von 19,5 (Anzahl der Pflegebedürftigen pro KZP-Platz). Dies bedeutet, dass ein KZP-Platz für rd. 20 Pflegebedürftige zur Verfügung steht. Im NRW-Vergleich (31,4) ist der Kreis Soest damit rechnerisch besser aufgestellt.

Die Anzahl der Pflegebedürftigen und die Auslastung der solitären KZP-Plätze sind zwischen 2013 bis 2015 angestiegen, sodass letztere 2015 64 % betrug (siehe Tabelle 115) (ebd.).

Tabelle 115: Bestand und Auslastung der solitären KZP-Plätze 2007-2015

	2007	2009	2011	2013	2015
Anzahl der Einrichtungen	5	3	3	2	2
Zahl der Plätze	67	46	46	38	38
Zahl der Pflegebedürftigen (inkl. eingestr.)	103	122	119	158	216
Pflege tage im Erhebungszeitraum (inkl. eingestr.)	42.710	48.983	61.540	68.250	80.997
Auslastungsgrad	57	53	50	52	64
<i>nachrichtl.: eingestreute Kurzzeitpflegeplätze</i>	212	252	262	307	303

Quelle: Kreis Soest 2017

„Als problematisch erweist sich seit Mitte 2016 die Unterbringung von Patienten aus Krankenhäusern in einer Kurzzeitpflegeeinrichtung. Die vollstationären Einrichtungen, die eingestreute Kurzzeitpflege anbieten, sehen ihr Klientel eher in Pflegebedürftigen, die regelmäßig während eines Urlaubs ihrer Pflegeperson in die Kurzzeitpflege kommen und/oder in Menschen, die zum Probewohnen in die Kurzzeitpflege kommen, langfristig jedoch einen vollstationären Pflegeplatz suchen.“

Die ganzjährige verlässliche Bereitstellung des Angebotes von Kurzzeitpflegeplätzen ist ein wichtiger Bestandteil einer integrierten (Pflege-)Versorgungskette. Dies ist bei eingestreuten Kurzzeitpflegeplätzen nicht gegeben, da diese vorrangig an vollstationäre Pflegebedürftige vergeben werden und für die Kurzzeitpflege nur dann zur Verfügung stehen, wenn es freie Plätze gibt.“ (Kreis Soest 2017: 10)

Bisher kann der Kreis noch auf freie Kapazitäten in Bezug auf eingestreute KZP-Plätze zurückgreifen, da ein Leerstand von 589 Plätzen vorherrscht (ebd.). Zudem wird im Falle der Inanspruchnahme von eingestreuten KZP-Plätzen darauf geachtet, dass die Pflegebedürftigen „nach einer besonderen Pflegekonzeption mit dem Ziel der Rückkehr in die eigene Häuslichkeit betreut und gepflegt werden“ (Kreis Soest 2017: 11).

Für die Zukunft wird es im Kreis Soest wichtig sein insbesondere den Ausbau der solitären/separaten KZP in Anbindung an die Krankenhäuser oder Einrichtungen mit umfassendem Leistungsangebot zu fördern, um bessere Übergangsmöglichkeiten von der stationären Versorgung zurück in die Unterbringung in der eigenen Häuslichkeit zu schaffen (Kreis Soest 2017: 25).

Unter Berücksichtigung der Situationsanalyse (vgl. Tabelle 114) wird demnach deutlich, dass die Bedarfe eingestreuter KZP-Plätze gedeckt sind, solange noch ein Leerstand der vollstationären Dauerpflegeplätze vorherrscht. In Anbetracht der Übergangssituation nach einem Krankenhausaufenthalt wird notwendiger Bedarf eines Ausbaus der solitären KZP-Plätze gesehen, vor allem da sich die Anzahl nochmals verringert hat.

Aufgrund der geringfügigen Befragungsrückläufe aus dem Kreis Soest können keine weiteren Aussagen zur Situation der KZP getroffen werden. Ergänzend kann konstatiert werden, dass die Auslastungsquote der befragten Einrichtungen mit eingestreuten Plätzen im Jahr 2016 gegenüber dem Jahr 2015 jeweils eine Steigerung verzeichnen konnte. Im Rahmen der Freitexte wurde jedoch deutlich, dass es aus Sicht der Einrichtungen mehr solitäre Plätze geben muss, da es sehr viele Anfragen gäbe, denen die Einrichtungen nicht mehr gerecht werden könnten. Dies wurde bereits in der vorangegangenen Situationsanalyse als Problem identifiziert.

8.3.47 Solingen

Die folgende Analyse basiert auf den Daten der Örtlichen Planung der Klingentadt Solingen zum Stichtag 31.12.2015.

Tabelle 116: Übersichtstabelle Solingen

Merkmale der Region	
Anzahl der Bezirke/ Kommunen	5 (Solingen-Mitte, Ohligs/Aufderhöhe/Merscheid, Wald, Burg/Höh-scheid, Gräfrath)
Ländlich/städtisch ge- prägt	städtisch

Einwohnerstruktur			
	IST (Stand 2015)	Prognose	Trend
Einwohner	158.726	2020: 164.435 2030: 165.388	steigend
Hochaltrige (ab 80 Jahre)/Anteil an Bevölkerung	10.000/6,3 %	2020: 11.963 2030: 10.903	steigend/fallend
Pflegebedürftige (gesamt)/Anteil an Bevölkerung	6.029/3,8 %	k. A.	steigend
hochaltrige und pflegebedürftige Personen (Stand 2013)	3.008	k. A.	k. A.

Auszüge der Versorgungsstruktur			
	IST (Stand 2015)	Auslastung	Prognose/Planung
Ambulante Pflegedienste	28	k. A.	Bedarf vorhanden
Komplementäre Hilfen	vorhanden	k. A.	k. A.
Plätze in Tagespflege (Einrichtungen)	62 (5)	80-100 %	Bedarf vorhanden
alternative Wohneinrichtungen	vorhanden	86-93 %	k. A.
Plätze vollstationäre Einrichtungen (Einrichtungen)	1.959 (30)	überwiegend über 90 %	kein Bedarf vorhanden
Dominierende Versorgungsart	Im Jahr 2015 wurden 1.325 Pflegebedürftige professionell ambulant versorgt (22,0 %), 2.971 Pflegebedürftige empfangen Pflegegeld (49,3 %) und 1.733 Pflegebedürftige wurden vollstationär versorgt (28,7 %).		

Kurzzeitpflege			
	IST (Stand 2015)	Prognose/Planung	Anmerkungen
Solitäre Plätze (Einrichtungen)	42 (3)	Bedarf vorhanden	
Eingestreuete Plätze (Einrichtungen)	129 (22)	kein Bedarf vorhanden	
Separate Plätze (Einrichtungen)	k. A.	k. A.	

Quelle: Eigene Darstellung IGES (auf Grundlage von Daten aus Klingenstadt Solingen 2015, IT.NRW, wegweiser-kommune.de)

Tabelle 117: Situationsanalyse Solingen

Bevölkerungs-entwicklung	<ul style="list-style-type: none"> - Die Prognose für die Stadt Solingen verzeichnet einen leichten Anstieg der Bevölkerungszahlen in den kommenden Jahren. - Die Bevölkerungsgruppe der über 80-Jährigen ist in den kommenden Jahren keinem konstanten Wachstum unterlegen, denn zwischen den Jahren 2025 bis 2030 ist mit einer Abnahme zu rechnen. Davor und danach kann jedoch mit einer Zunahme gerechnet werden. - Bezüglich der Pflegebedürftigen ist bis 2030 mit einem Anstieg zu rechnen.
Regionale Entwicklung/Verteilung	<ul style="list-style-type: none"> - Die regionale Verteilung der Hochaltrigen in den Stadtteilen ist relativ ausgewogen.
ambulante Pflegedienste	<ul style="list-style-type: none"> - Im Jahr 2015 waren 28 Pflegedienste in der Stadt Solingen zugelassen. - Daten bezüglich der Auslastung stehen nicht zur Verfügung bzw. sind nicht vorhanden. Laut Aussagen der Pflegeberater gestaltet es sich zunehmend schwieriger, die professionelle ambulante Pflege zu organisieren, da es an qualifiziertem Personal fehlt.
Tages- und Nachtpflege	<ul style="list-style-type: none"> - Im Jahr 2015 gab es in Solingen 5 Tagespflegeeinrichtungen mit insgesamt 62 Plätzen, welche über das gesamte Stadtgebiet verteilt sind (Ohligs, Wald (zwei Einrichtungen), Solingen-Mitte, Aufderhöhe). - Nach eigenen Angaben von 3 Einrichtungen betrug die Auslastung 2015 durchschnittlich 88,8 % bzw. 93,9 % sowie nahezu 100 %. Nur eine Tagespflegeeinrichtung war nur zu 47 % ausgelastet. - Der Prognose nach zu urteilen bedarf es bereits seit einigen Jahren an zusätzlichen Plätzen, da ein Anstieg der Inanspruchnahme zu verzeichnen ist. Daher scheint ein Ausbau notwendig.
komplementäre Hilfen	<ul style="list-style-type: none"> - 38 Anbieter haushaltsnaher Dienstleistungen konnten im Jahr 2015 verzeichnet werden. Hinzu kommen 5 Mahlzeitendienste sowie einige stationäre Pflegeeinrichtungen, die einen offenen Mittagstisch anbieten. - Das Angebot ist im gesamten Stadtgebiet breit gestreut.
alternative Wohneinrichtungen	<ul style="list-style-type: none"> - 2015 waren 6 Objekte mit 9 Wohngemeinschaften bekannt. Insgesamt gibt es 87 Plätze. Die lag im Jahr 2015 zwischen 86 % und 93 %. Bedarfe für die Zukunft lassen sich schwer abschätzen, wobei jede alternative Wohnform zu einer Entlastung der vollstationären Dauerpflegeplätze führt. - Weiterhin gibt es in Solingen ein vielfältiges Angebot an Service-Wohnanlagen.

**vollstationäre
Einrichtungen**

- 2015 standen 1.959 vollstationäre Pflegeplätze in 30 Einrichtungen zur Verfügung. Seit 2011 ist eine Zunahme um insgesamt 8,3 % (+150 Plätze) festzustellen.
- Der Auslastungsgrad bewegt sich überwiegend bei über 90 % und 11 Einrichtungen haben sogar einen Auslastungsgrad von 98 % erreicht bzw. liegen darüber. Unter 90 % erreichen lediglich 4 Einrichtungen (82,8 – 89,7 %).
- Derzeit ist Solingen mit vollstationären Pflegeplätzen ausreichend versorgt. Unter dem Aspekt der wohnortnahen Versorgung sind in den Stadtteilen Mitte und Merscheid/Ohligs/Aufderhöhe mehr Plätze pro 1.000 Einwohner über 80 Jahren vorhanden als in den anderen Bezirken. Bis 2020 wird ein weiterer Bedarf an vollstationären Pflegeplätzen gesehen.

Insgesamt ist die Anzahl der Pflegegeldempfängenden in den letzten Jahren gestiegen und wird auch weiterhin steigen. Die Inanspruchnahme vollstationärer Pflege ist dagegen leicht gesunken.

Ein verstärkter Ausbau der ambulanten sowie der pflegeergänzenden Angebote wird weiterhin forciert.

Quelle: Eigene Darstellung IGES (auf Grundlage von Daten aus Klingenstein Solingen 2015)

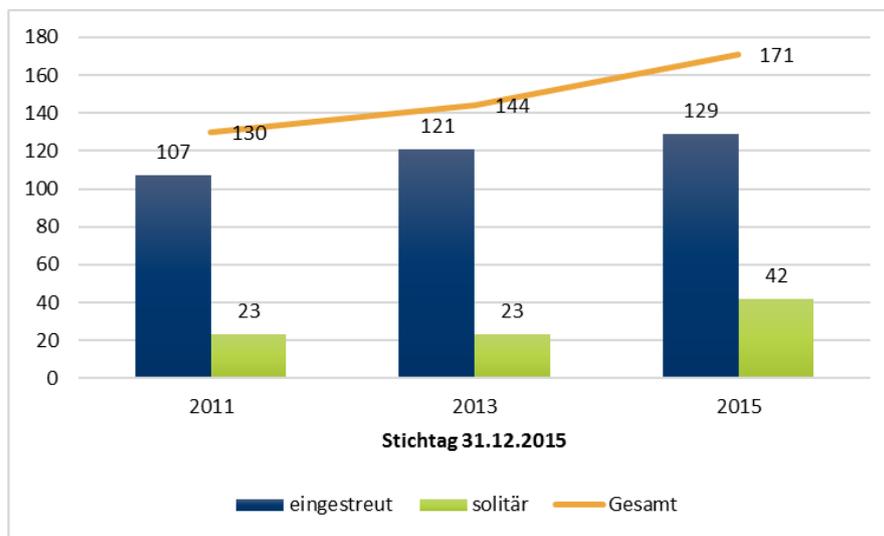
Analyse und Einschätzung des Bedarfs an KZP in Solingen

Im Jahr 2015 wurden in Solingen 129 eingestreute KZP-Plätze in 22 vollstationären Dauerpflegeeinrichtungen und 42 solitäre KZP-Plätze in 3 Einrichtungen vorgehalten. Die solitären Plätze befinden sich in Solingen-Ohligs (10) und in Solingen-Mitte (32) (Klingenstein Solingen 2015: 51).

Für die Stadt Solingen entspricht die Bereitstellung der insgesamt 171 Plätze für die Kurzzeitpflege in Bezug auf die Anzahl der ambulant versorgten Pflegebedürftigen in der Stadt einer Quote von 25,1 (Anzahl der Pflegebedürftigen pro KZP-Platz). Dies bedeutet, dass ein KZP-Platz für rd. 25 Pflegebedürftige zur Verfügung steht. Im NRW-Vergleich (31,4) ist Solingen damit rechnerisch besser aufgestellt.

Ende 2015 wurde das Angebot an solitären KZP-Plätzen um 19 Plätze durch eine Neueröffnung einer Einrichtung ausgebaut. Die Anzahl der eingestreuten KZP-Plätze ist seit 2011 ebenfalls angestiegen (+22) (siehe Abbildung 60). Ein weiterer Ausbau ist in den kommenden Jahren zu erwarten (Klingenstein Solingen 2015: 52).

Abbildung 60: Entwicklung der KZP-Platzzahlen in Solingen (2011-2015)



Quelle: Eigene Darstellung IGES in Anlehnung an Klingenstadt Solingen 2015: 52

Die Auslastung der beiden solitären Kurzzeitpflegeeinrichtungen lag 2015 durchschnittlich bei 88,6 % bzw. 93,8 % und selbst die neueröffnete Einrichtung konnte innerhalb der ersten Monate bereits eine Auslastung von 74,3 % verzeichnen. Bezüglich der eingestreuten Kurzzeitpflegeplätze liegen keine Erhebungen vor (ebd.).

Für den weiteren Bedarf an KZP-Plätzen lassen sich nur schwer Aussagen treffen, wobei unter der Prämisse „ambulant vor stationär“ eine Ausweitung des Angebots aufgrund der zunehmenden Inanspruchnahme anzunehmen ist. Für eine ausreichende Sicherstellung der KZP-Plätze „reicht es jedoch nicht aus, die eingestreute Kurzzeitpflege weiter auszubauen. Da eingestreute Plätze nur dann zur Verfügung stehen, wenn diese nicht mit Dauerpflegegästen belegt werden können, kann es in Zeiten einer guten vollstationären Auslastung zu Engpässen kommen. Es müsste also weiterhin darauf eingewirkt werden, dass das Angebot an solitärer Kurzzeitpflege ausgebaut wird. Zudem sollte sich dieses Angebot konzeptionell so ausrichten, dass das Ziel die Wiedergewinnung der häuslichen pflegerischen Versorgungsfähigkeit und die Krisenintervention nach stationärer Behandlung oder bei häuslichen Krisensituationen ist.“ (Klingenstadt Solingen 2015: 54)

Unter Berücksichtigung der Situationsanalyse (siehe Tabelle 117) ist davon auszugehen, dass aufgrund der gestiegenen Inanspruchnahme in den letzten Jahren zukünftig Bedarf an weiteren solitären KZP-Plätzen besteht. Die Ausweitung des Angebots wird vor allem dann notwendig, wenn Engpässe an vollstationären Dauerpflegeplätzen auftreten und somit weniger eingestreute KZP-Plätze zur Verfügung stehen.

Aufgrund der geringfügigen Befragungsrückläufe aus dem Kreis Solingen, können keine weiteren Aussagen zur Situation der KZP getroffen werden.

8.3.48 Steinfurt (Kreis)

Die folgende Analyse beruht auf der Kommunale Pflegeplanung 2016/2017 des Kreises Steinfurt.

Tabelle 118: Übersichtstabelle Kreis Steinfurt

Merkmale der Region			
Anzahl der Bezirke/ Kommunen	24 (Altenberge, Emsdetten, Greven, Hörstel, Hopsten, Horstmar, Ibbenbüren, Ladbergen, Laer, Lengerich, Lienen, Lotte, Metelen, Mettingen, Neuenkirchen, Nordwalde, Ochtrup, Recke, Rheine, Saerbeck, Steinfurt, Teckelenburg, Westerkappeln, Wettringen)		
Ländlich/städtisch geprägt	städtisch und ländlich		
Einwohnerstruktur			
	IST (Stand 2015)	Prognose	Trend
Einwohner	443.374	2040: 430.199	fallend
Hochaltrige (ab 80 Jahre)/Anteil an Bevölkerung	23.942/5,4 %	2040: 42.310	steigend
Pflegebedürftige (gesamt)/Anteil an Bevölkerung	13.739/3,1 %	k. A.	steigend
hochaltrige und pflegebedürftige Personen (Stand 2013)	6.739	k. A.	k. A.
Auszüge der Versorgungsstruktur			
	IST (Stand 2015)	Auslastung	Prognose/Planung
Ambulante Pflegedienste	k. A.	k. A.	k. A.
Komplementäre Hilfen	k. A.	k. A.	k. A.
Plätze in Tagespflege (Einrichtungen)	328 (23)	k. A.	Bedarf vorhanden
alternative Wohneinrichtungen	vorhanden	k. A.	Bedarf vorhanden
Plätze vollstationäre Einrichtungen (Einrichtungen)	3.814 (52)	97 %	Bedarf vorhanden
Dominierende Versorgungsart	Im Jahr 2015 wurden 3.513 Pflegebedürftige professionell ambulant versorgt (25,6 %), 6.697 Pflegebedürftige empfangen Pflegegeld (48,7 %) und 3.529 Pflegebedürftige wurden vollstationär versorgt (25,7 %).		

Kurzzeitpflege			
	IST	Prognose/Planung	Anmerkungen
Solitäre Plätze (Einrichtungen)	41 (4)	Bedarf vorhanden Auslastung zwischen 71 und 82 %	
Eingestreute Plätze (Einrichtungen)	323 (52)	k. A. zu Bedarf Auslastung bis zu 96,2 %	
Separate Plätze (Einrichtungen)	k. A.	k. A.	

Quelle: Eigene Darstellung IGES (auf Grundlage von Daten aus Kreis Steinfurt 2016), IT.NRW, wegweiser-kommune.de

Tabelle 119: Situationsanalyse Kreis Steinfurt

Bevölkerungs-entwicklung	<ul style="list-style-type: none"> - Bis zum Jahr 2040 ist mit einem leichten Bevölkerungsrückgang zu rechnen (2014: 434.481 Menschen; 2040: 430.199 Personen). Dagegen ist ein Zuwachs der Personengruppen über 80 Jahren zu erwarten. Dies gilt für alle kreisangehörigen gebiete bis auf die Gemeinde Hopsten. Dort ist mit einem Rückgang zu rechnen. - Mit einem Anstieg der Pflegebedürftigen ist ebenfalls zu rechnen.
Regionale Entwicklung/Verteilung	<ul style="list-style-type: none"> - Regional betrachtet, verläuft die Alterung der in den Städten und Gemeinden lebenden Personen sehr unterschiedlich.
ambulante Pflegedienste	<ul style="list-style-type: none"> - k. A.
Tages- und Nachtpflege	<ul style="list-style-type: none"> - Laut des Berichts werden 328 Tagespflegeplätze in 23 Einrichtungen angeboten. Das Angebot verteilt sich auf 16 von 24 Gemeinden und Städten des Kreises, sodass in vorwiegend ländlichen Kreisregionen Angebote der benachbarten Städte und Gemeinden in Anspruch genommen werden müssen. - Das Angebot wurde in den vergangenen Jahren stetig ausgebaut und ist auf die steigende Nachfrage zurückzuführen, die auch zukünftig zu erwarten ist.
komplementäre Hilfen	<ul style="list-style-type: none"> - k. A.
alternative Wohneinrichtungen	<ul style="list-style-type: none"> - Im Kreis Steinfurt sind 24 Einrichtungen mit 320 Plätzen bekannt, welche Kriterien der ambulanten 24-Stunden- Pflege/Betreuung für ältere Menschen erfüllen.
vollstationäre Einrichtungen	<ul style="list-style-type: none"> - Im Kreisgebiet werden insgesamt 52 Einrichtungen mit 3.814 vollstationären Dauerpflegeplätzen in fast allen kreisangehörigen Gebieten vorgehalten. Dabei sind aber große Unterschiede in den Platzzahlen festzustellen (von 21 bis zu 144 Plätzen). - Dem Bericht nach sind alle Einrichtungen zu rd. 97 % ausgelastet.

Insgesamt kann eine Zunahme des Bedarfs an Pflege- und Betreuungsangeboten festgestellt werden. Aus diesem Grund bedarf es eines Ausbaus der Pflegestrukturen. Dazu gehören vor allem ambulant betreute Wohngemeinschaften, da die aktuellen Planungen den kommenden

Versorgungsbedarf nicht decken werden können und kein Kapazitätsausbau der stationären Pflegeeinrichtungen angestrebt wird.

Quelle: Eigene Darstellung IGES (auf Grundlage von Daten aus Kreis Steinfurt 2016)

Analyse und Einschätzung des Bedarfs an KZP im Kreis Steinfurt

Im Kreis Steinfurt wurden im Jahr 2015 in 4 Einrichtungen 41 solitäre KZP-Plätze vorgehalten. Durch die Schließung eines Standortes in Emsdetten ist die Platzzahlentwicklung unterdessen eher rückläufig bzw. stagnierend. Im Verhältnis zu der Anzahl der Städte und Gemeinden müssen durch die geringe Anzahl längere Wegstrecken in Kauf genommen werden (Kreis Steinfurt 2016: 15).

Für die im Jahr 2015 vorgehaltenen 323 eingestreuten KZP-Plätze in 52 vollstationären Dauerpflegeeinrichtungen ist eine überwiegende Belegung mit Dauerpflegebedürftigen festzustellen, so dass diese Plätze häufig nicht für die KZP zur Verfügung standen (Kreis Steinfurt 2016: 18f.).

Für den Kreis Steinfurt entspricht die Bereitstellung der insgesamt 364 Plätze für die Kurzzeitpflege in Bezug auf die Anzahl der ambulant versorgten Pflegebedürftigen im Kreisgebiet einer Quote von 28,0 (Anzahl der Pflegebedürftigen pro KZP-Platz). Dies bedeutet, dass ein KZP-Platz für rd. 28 Pflegebedürftige zur Verfügung steht. Im NRW-Vergleich (31,4) ist der Kreis Steinfurt damit rechnerisch besser aufgestellt.

Sofern sich die beschriebene Entwicklung fortsetzt, ist mit weiteren Engpässen in der KZP zu rechnen.

Gemäß aktueller Daten für die Jahre 2016 und 2017 bestätigen sich diese Auslastungsquoten (vgl. Tabelle 120). Allerdings sind die verfügbaren eingestreuten KZP-Plätze zu unter 50 % nur mit Kurzzeitpflegegästen belegt. Diese Aussage bzw. Daten sind kritisch zu betrachten. Es ist aufgrund der hohen Auslastungsquote davon auszugehen, dass die verbliebenen Plätze bereits mit Dauerpflegegästen belegt sind oder in Hinblick auf die Einzelzimmerquote oder in Folge von Personalmangel nicht zur Verfügung stehen.

Eine Kompensation dieser Entwicklung könnte der Ausbau alternativer Wohnformen darstellen. Der Analyse zu Folge besteht in diesem Bereich dringender Handlungsbedarf.

Tabelle 120: Belegung und Auslastung der vollstationären Pflegeeinrichtungen unter Angabe der eingestreuten KZP-Plätze im Kreis Steinfurt

Stichtag	Plätze vollstationäre Pflege (Auslastung)	KZP-Plätze eingestreut (gesamt)	KZP-Plätze eingestreut (belegt)	KZP-Plätze eingestreut (Auslastung)
01.04.2016	3.814 (97,2 %)	320	123	38,4 %
01.10.2016	3.819 (97,1 %)	331	151	45,6 %
01.04.2017	3.837 (96,5 %)	333	153	46,0 %
01.10.2017	3.837 (96,6 %)	356	148	41,6 %

Quelle: Eigene Darstellung IGES (auf Grundlage von Daten aus Abteilung Sozialplanung/Kreis Steinfurt 2017)

Bei den solitären KZP-Plätzen ist dagegen eine sehr hohe Auslastung zu den jeweiligen Stichtagen festzustellen (siehe Tabelle 121).

Tabelle 121: Belegung und Auslastung der solitären KZP im Kreis Steinfurt

Stichtag	KZP-Plätze solitär (gesamt)	KZP-Plätze solitär (belegt)	KZP-Plätze solitär (Auslastung)
01.04.2016	41	Datensatz unvollständig, Belegung bezieht sich auf 3 der 4 Einrichtungen	84,7 %
01.10.2016	41	Datensatz unvollständig, Belegung bezieht sich auf 3 der 4 Einrichtungen	79,1 %
01.04.2017	41	38	92,7 %
01.10.2017	41	37	90,2 %

Quelle: Eigene Darstellung IGES (auf Grundlage von Daten aus Abteilung Sozialplanung/Kreis Steinfurt 2017)

Unter Berücksichtigung der durchgeführten Situationsanalyse (siehe Tabelle 119) und der hier angegebenen Entwicklung sind Bedarfe im KZP-Angebot festzustellen. Auch wenn das Angebot aktuell noch ausreichend scheint, sind in Anbetracht der Auslastung der vollstationären Dauerpflegeplätze mögliche Engpässe hinsichtlich der eingestreuten KZP-Plätze zukünftig zu erwarten.

In Folge der Befragungsergebnisse kann dies durch die Sozialdienste nur bestätigt werden. Laut ihrer Angaben sind die KZP-Plätze nicht ausreichend. Auch aus Sicht der Einrichtungen wird ein Ausbau der solitären Einrichtungen forciert („Ausbau solitärer Kurzzeitpflegeplätze (...) Gerade die Anfragen aus den Krankenhäusern nehmen stetig zu, da Patienten entlassen werden, obwohl noch ein erhöhter Pflegebedarf besteht und eine Versorgung zu Hause aus verschiedensten Gründen nicht möglich ist. Gerade in diesen Fällen gibt es eine große Versorgungslücke!“).

8.3.49 Unna (Kreis)

Der folgenden Analyse liegen die Daten der Pflegebedarfspläne des Kreises Unna von 2015 und 2016 zugrunde.

Tabelle 122: Übersichtstabelle Kreis Unna

Merkmale der Region			
Anzahl der Bezirke/ Kommunen	10 (Werne, Karnen, Holzwickede, Bönen, Fröndenberg, Unna, Schwerte, Lünen, Selm, Bergkamen)		
Ländlich/städtisch geprägt	städtisch und ländlich		
Einwohnerstruktur			
	IST (Stand 2015)	Prognose	Trend
Einwohner	396.035	2030: 371.349 2040: 356.288	fallend
Hochaltrige (ab 80 Jahre)/Anteil an Bevölkerung	24.158/6,1 %	2019: 27.011 2030: 30.463	steigend
Pflegebedürftige (gesamt)/Anteil an Bevölkerung	15.769/4,0 %	k. A.	steigend
hochaltrige und pflegebedürftige Personen (Stand 2013)	7.767	2019: 9.262 2030: 10.446	steigend
Auszüge der Versorgungsstruktur			
	IST (Stand 2015)	Auslastung	Prognose/Planung
Ambulante Pflegedienste	79 (private) plus Wohlfahrtsverbände	k. A.	k. A.
Komplementäre Hilfen	vorhanden	k. A.	k. A.
Plätze in Tagespflege (Einrichtungen)	215 (16)	87,5 %	Bedarf vorhanden
alternative Wohneinrichtungen	vorhanden	k. A.	Bedarf vorhanden
Plätze vollstationäre Einrichtungen (Einrichtungen)	4.096 (47)	95,6 %	kein Bedarf vorhanden
Dominierende Versorgungsart	Im Jahr 2015 wurden 4.386 Pflegebedürftige professionell ambulant versorgt (27,8 %), 7.527 Pflegebedürftige empfangen Pflegegeld (47,7 %) und 3.856 Pflegebedürftige wurden vollstationär versorgt (24,5 %).		

Kurzzeitpflege			
	IST	Prognose/Planung	Anmerkungen
Solitäre Plätze (Einrichtungen)	32 (3)	Bedarf vorhanden	
Eingestreute Plätze (Einrichtungen)	280 (36)	kein Bedarf vorhanden	
Separate Plätze (Einrichtungen)	k. A.	k. A.	

Quelle: Eigene Darstellung IGES (auf Grundlage von Daten aus Zakel 2016, IT.NRW, wegweiser-kommune.de)

Tabelle 123: Situationsanalyse Kreis Unna

Bevölkerungs-entwicklung	<ul style="list-style-type: none"> - Seit 2000 sinkt die Bevölkerungszahl im Kreis Unna. Positive Wandergewinne führten in den letzten Jahren jedoch zu einer Verlangsamung der „Alterung“, welche dennoch als immens beschrieben wird. - Die Anzahl der Pflegebedürftigen ist ebenfalls steigend. Bereist von 1999 bis 2013 konnte ein Wachstum von insgesamt + 18,6 % verzeichnet werden.
Regionale Entwicklung/Verteilung	<ul style="list-style-type: none"> - k. A.
ambulante Pflegedienste	<ul style="list-style-type: none"> - Laut des Berichts gibt es 79 private Pflegedienste plus diejenigen der Wohlfahrtsverbände, die in allen Kommunen tätig sind.
Tages- und Nachtpflege	<ul style="list-style-type: none"> - Zu Beginn des Jahres 2016 gab es 18 Tagespflegen mit 243 Plätzen im Kreisgebiet. Seit der letzten Pflegebedarfsplanung sind demnach zwei Betriebe hinzugekommen, sodass nicht alle Planungen umgesetzt wurden. - Die Einrichtungen verteilen sich über das gesamte Kreisgebiet, mit Ausnahme von Holzwickede. - Im Jahr 2015 lag die durchschnittliche Auslastung bei 87,5 %. Eine Erweiterung an Tagespflegeplätzen ist angedacht.
komplementäre Hilfen	<ul style="list-style-type: none"> - Im Kreisgebiet werden vielfältige komplementäre Hilfsangebote vorgehalten, so z. B. Mahlzeiten-Lieferdienste (12 Anbieter), Haushaltsnahe Dienstleistungen (15 Anbieter), Beratungsangebote etc.
alternative Wohneinrichtungen	<ul style="list-style-type: none"> - Ein Ausbau alternativer Wohnformen wurde in den letzten 20 Jahren kontinuierlich vorangetrieben, vor allem das sogenannte betreute Wohnen (Service-Wohnen für Ältere). Mittlerweile gibt es rund 2.000 „Service-Wohnungen für Ältere“ und die Tendenz ist steigend. - Bei den Pflege-Wohngemeinschaften werden ca. 262 Plätze in 28 anbieterverantworteten Wohngemeinschaften vorgehalten. Die Zahl ist in den letzten Jahren stetig gestiegen. - Weitere Projekte des Mehrgenerationenwohnens oder Hausgemeinschaften/ Wohngemeinschaften sind in Planung oder wurden kürzlich realisiert.

vollstationäre Einrichtungen

- Insgesamt werden laut Bericht 4.096 Plätze in 47 Einrichtungen vorgehalten. Diese sind jedoch regional ungleich verteilt.
- Die bestehenden Pflegeheime sind nicht ausgelastet (95,6 %). Ca. 300 Plätze sind verfügbar. Somit besteht vorerst kein weiterer Bedarf an Plätzen.

Insgesamt wird im Kreis Unna der überwiegende Teil der Pflegebedürftigen (Stand 2013) in der eigenen Häuslichkeit gepflegt. In diesem Zusammenhang wurde und wird auch weiterhin von der Kreisverwaltung der Ausbau ambulanter und teilstationärer Versorgungsangebote vorangetrieben.

Quelle: Eigene Darstellung IGES (auf Grundlage von Daten aus Zakel 2016)

Analyse und Einschätzung des Bedarfs an KZP im Kreis Unna

Im Kreisgebiet Unna wurden laut Bericht insgesamt 61 solitäre KZP-Plätze in fünf Einrichtungen und eine unbestimmte Zahl an eingestreuten KZP-Plätzen in jeder vollstationären Dauerpflegeeinrichtung vorgehalten (Zakel 2016: 58).

Wie in der Tabelle 124 zu erkennen ist, betrug die Auslastung der solitären KZP-Plätze im Jahr 2014 im Durchschnitt 84 %. Für die erste Hälfte des Jahres 2015 ist dagegen eine sehr geringe Auslastung von lediglich 68 % festzustellen, sodass die Möglichkeiten bei durchschnittlich 42 belegten Plätzen nicht voll ausgeschöpft wurden (ebd.).

Tabelle 124: Solitäre KZP-Plätze im Kreis Unna

solitäre Kurzzeitpflegen	Anzahl der Betriebe	Anzahl Pflegeplätze			belegte Plätze am 30.09.15	Ø belegte Plätze 2015 (1.1.-30.9.15)	Ø belegte Plätze 2014	Anzahl der Aufnahmen 2014	Ø-Verweildauer der Gäste in 2014 - Tage -	Anzahl der Gäste, die in 2014 verstorben sind	Alters-Ø der Gäste am 30.09.15
		30.09.15	2015 (1.1.-30.9.)	2014							
Kreis Unna	5	61	50	50	51	34	42	953	19	9	82
					83,6%	68,0%	84,0%				

Quelle: Zakel 2016: 58

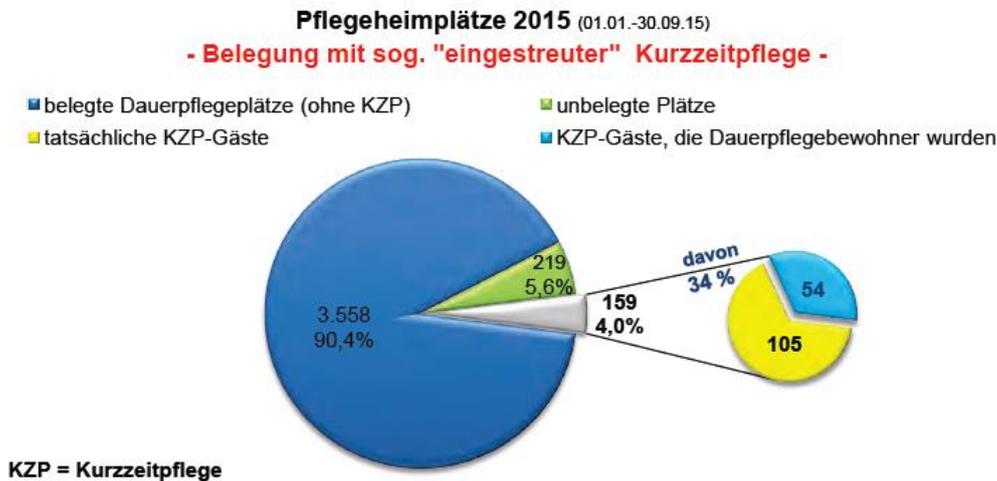
Im Jahr 2014 wurde eine größere Einrichtung geschlossen. Die 5 übrig gebliebenen solitären Einrichtungen verteilen sich jedoch relativ gut über das Kreisgebiet (Zakel 2016: 57).

Bezüglich der eingestreuten KZP-Plätze lassen sich aus dem Bericht keine genauen Aussagen zur vorgehaltenen Anzahl an Plätzen entnehmen, außer dass 3,6 % der Plätze in vollstationären Pflegeeinrichtungen am Stichtag 30.09.2015 mit KZP-Gästen belegt waren. Dies entsprach ca. 148 Plätzen und damit einem Zuwachs von 2,6 % gegenüber dem Jahr 2011 (106 Plätze) (Zakel 2016: 32).

Im Jahresdurchschnitt entsprach dies einer Belegungszahl von 159 Plätzen. Gegenüber dem Jahr 2014 ist somit von einem Zuwachs an eingestreuten Kurzzeitpflegegästen (+ 34) zu sprechen, sodass im Jahr 2015 bereits 4 % der vollstationären Plätze für KZP genutzt wurden (2014: 3,2 %). Anzumerken ist, dass eine relativ

große Anzahl der KZP-Gäste (34 %) nach ihrem Aufenthalt direkt als Dauerpflegegäste übernommen wurden (siehe Abbildung 61) (Zakel 2016: 33).

Abbildung 61: Eingestrene KZP in Kreis Unna (Stand 2015)



Quelle: Zakel 2016: 32

Nach Recherchen von IGES liegen die Zahlen im Bereich der eingestreuten KZP-Plätze aktuell bei 280 Plätzen in 36 vollstationären Dauerpflegeeinrichtungen. Es ist jedoch nicht auszuschließen, dass sich unter den „eingestreuten“ Plätzen auch angebundene/separate KZP-Plätze befinden. Die Anzahl der reinen solitären KZP-Plätze ist dagegen auf 32 in 3 Einrichtungen gesunken.

Für den Kreis Unna entspricht die Bereitstellung der insgesamt 312 Plätze für die Kurzzeitpflege in Bezug auf die Anzahl der ambulant versorgten Pflegebedürftigen im Kreisgebiet einer Quote von 38,2 (Anzahl der Pflegebedürftigen pro KZP-Platz). Dies bedeutet, dass ein KZP-Platz für rd. 38 Pflegebedürftige zur Verfügung steht. Im NRW-Vergleich (31,4) ist der Kreis Unna damit rechnerisch schlechter aufgestellt.

„Eingestreuert“ dominiert also deutlich vor „solitär“, mit offenbar wachsender Tendenz. Für die Zukunft wird darauf hingewiesen, dass „sollte sich zukünftig die Auslastung der Pflegeheime in Richtung 98 % oder mehr kreisweit verbessern und sollte dabei die Nutzung der Plätze mit eingestreuter Kurzzeitpflege sinken, so wäre dies ein zusätzliches Faktum für die Forderung nach einem Ausbau der solitären Kurzzeitpflegeplätze. Dieser Ausbau kann aber heute bereits empfohlen werden: Wegen der Notwendigkeit, auch langfristig bereits Kurzzeitpflegeplätze zu reservieren, um pflegende Angehörige zu entlasten. Ein genereller Bedarf an weiteren solitären Kurzzeitpflegeplätzen im Kreis Unna ist festzustellen.“ (Zakel 2016: 63)

Unter Berücksichtigung der Situationsanalyse (siehe Tabelle 123) kann dieser Bedarf bestätigt werden.

In Folge der Befragungsergebnisse bestätigen die Sozialdienste diesen Bedarf, wobei einige auch darauf verwiesen haben, dass teilweise ausreichende Plätze vorhanden sind (Beachtung regionaler Unterschiede). Es treten aber insbesondere Probleme während der Ferienzeiten auf.

8.3.50 Viersen (Kreis)

Die folgende Analyse basiert auf den Daten der Kommunale Pflegeplanung des Kreises Viersen (Stand 2017).

Tabelle 125: Übersichtstabelle Kreis Viersen

Merkmale der Region			
Anzahl der Bezirke/ Kommunen	9 (Viersen, Willich, Nettetal, Kempen, Tönisvorst, Schwalmtal, Brüggem, Grefrath und Niederkrüchten)		
Ländlich/städtisch geprägt	städtisch und ländlich		
Einwohnerstruktur			
	IST (Stand 2015)	Prognose	Trend
Einwohner	297.661	2030: 282.640	fallend
Hochaltrige (ab 80 Jahre)/Anteil an Bevölkerung	16.967/5,7 %	2020: 20.716	steigend
Pflegebedürftige (gesamt)/Anteil an Bevölkerung	12.005/4,0 %	2030: 14.888	steigend
hochaltrige und pflegebedürftige Personen (Stand 2013)	5.621	k. A.	k. A.
Auszüge der Versorgungsstruktur			
	IST	Auslastung	Prognose/Planung
Ambulante Pflegedienste	39	k. A.	k. A.
Komplementäre Hilfen	138	k. A.	k. A.
Plätze in Tagespflege (Einrichtungen)	119 (9)	k. A.	Bedarf vorhanden
alternative Wohneinrichtungen	vorhanden	k. A.	Bedarf vorhanden
Plätze vollstationäre Einrichtungen (Einrichtungen)	2.363 (25)	96,9 %	Bedarf vorhanden
Dominierende Versorgungsart	Im Jahr 2015 wurden 2.662 Pflegebedürftige professionell ambulant gepflegt (22,2 %), 6.943 Pflegebedürftige empfangen Pflegegeld (57,8 %) und 2.400 Pflegebedürftige wurden vollstationär versorgt (20,0 %).		

Kurzzeitpflege			
	IST	Prognose/Planung	Anmerkungen
Solitäre Plätze (Einrichtungen)	32 (3)	Bedarf vorhanden	
Eingestrente Plätze (Einrichtungen)	142 (19)	Bedarf vorhanden	
Separate Plätze (Einrichtungen)	k. A.	k. A.	

Quelle: Eigene Darstellung IGES (auf Grundlage von Daten aus Kreis Viersen 2017, IT.NRW, wegweiser-kommune.de)

Tabelle 126: Situationsanalyse Kreis Viersen

Bevölkerungs-entwicklung	- Eine weitere Zunahme der älteren Bevölkerung ist zu erwarten, sowohl in der Altersgruppe der über 60-Jährigen, als auch in der Altersgruppe der über 80-Jährigen, woraus sich in der Folge auch ein Anstieg der pflege- und hilfsbedürftigen älteren Menschen ergeben wird.
Regionale Entwicklung/Ver-teilung	- Die Angebote werden teilweise nicht wohnortnah vorgehalten (bspw. Tagespflege und solitäre Kurzzeitpflege).
ambulante Pflegedienste	- Im Kreis Viersen gibt es insgesamt 39 ambulante Dienste, die teilweise nicht nur im Kreisgebiet versorgen, sondern auch über die Kreisgrenzen hinaus. - Es werden keine Prognosen und/oder Empfehlungen gegeben.
Tages- und Nachtpflege	- Nach Erstellung der kommunalen Pflegeplanung wurden weitere Plätze fertiggestellt. - Die Versorgung ist nicht in allen Gebieten wohnortnah gegeben. - Bei einem veranschlagten Bedarf von 1,2 Plätzen/100 Hochaltriger ergibt sich für 2017 ein Bedarf von 233 Plätzen, rein rechnerisch liegt der Zielwert bei 264 Plätzen im Jahr 2020 im gesamten Kreisgebiet. Die Bedarfsdeckung sollte in den bisher noch nicht versorgten Sozialräumen erfolgen.
komplemen-täre Hilfen	- Der Kreis Viersen verfügt über eine Vielzahl an komplementären Hilfen von insgesamt 138 Anbietern, die folgende vier Bereiche abdecken: haushaltsnahe Dienstleistungen, Angebote zur Unterstützung im Alltag, Mahlzeitendienste und Fahrdienste.

alternative Wohneinrichtungen	<ul style="list-style-type: none"> - Im Bereich des Service-Wohnens gibt es über die bestehenden Angebote von insgesamt 890 bereits bestehenden Wohnungen hinaus weitere Bedarfe. Die aktuellen Planungen/Maßnahmen sehen eine Erweiterung um 145 Wohnungen auf insgesamt 1.035 Wohnungen im Kreisgebiet vor. Der Bedarf für das Jahr 2020 wird auf 1.671 Service-Wohnungen, also weitere 636 Wohnungen geschätzt. - Die Angebote liegen nicht flächendeckend vor, sondern konzentrieren sich an einzelnen Standorten. Die kommunale Pflegeplanung von 2016 empfiehlt die weiteren Maßnahmen an Standorten zu etablieren, die einen guten Zugang zu relevanter Infrastruktur (Einrichtungen des täglichen Lebens, Gesundheitsdienstleistungen etc.) bieten.
vollstationäre Einrichtungen	<ul style="list-style-type: none"> - Im gesamten Kreis Viersen bestehen 25 vollstationäre Einrichtungen mit insgesamt 2.363 Plätzen, wobei die Einrichtungen sich an einzelnen Standorten kumulieren und nicht in allen Sozialräumen (29) vorhanden sind. Allerdings ist in den Sozialräumen mit einer hohen Dichte an Hochaltrigen auch eine Einrichtung angesiedelt, sodass theoretisch eine wohnortnahe Versorgung erfolgen kann. - Die Anzahl der kreisweit vorhandenen Plätze in den Einrichtungen entspricht einer Versorgungsdichte von 13,2 Plätzen/100 Hochaltriger.

Insgesamt werden im Kreisgebiet viele unterschiedliche Versorgungs- und Entlastungsangebote vorgehalten, die das gesamte Spektrum der ambulanten, teilstationären und stationären Angebote abbilden.

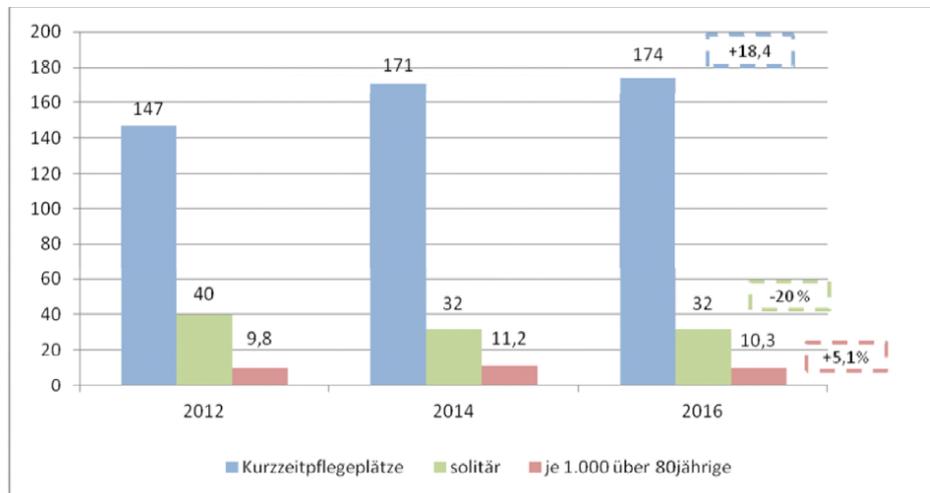
Quelle: Eigene Darstellung IGES (auf Grundlage von Daten aus Kreis Viersen 2017)

Analyse und Einschätzung des Bedarfs an KZP im Kreis Viersen

Im Kreis Viersen werden laut Bericht 142 eingestreute KZP-Plätze in 19 vollstationären Dauerpflegeeinrichtungen und 32 solitäre KZP-Plätze in 3 Einrichtungen vorgehalten. Über die vergangenen Jahre ist die Anzahl der eingestreuten KZP-Plätze stetig gestiegen (vgl. Abbildung 62) (Kreis Viersen 2017: 23).

Für den Kreis Viersen entspricht die Bereitstellung der insgesamt 174 Plätze für die Kurzzeitpflege in Bezug auf die Anzahl der ambulant versorgten Pflegebedürftigen im Kreisgebiet einer Quote von 55,2 (Anzahl der Pflegebedürftigen pro KZP-Platz). Dies bedeutet, dass ein KZP-Platz für rd. 55 Pflegebedürftige zur Verfügung steht. Im NRW-Vergleich (31,4) ist der Kreis Viersen damit rechnerisch schlechter aufgestellt.

Abbildung 62: Entwicklung der KZP-Plätze im Kreis Viersen (2012-2016)



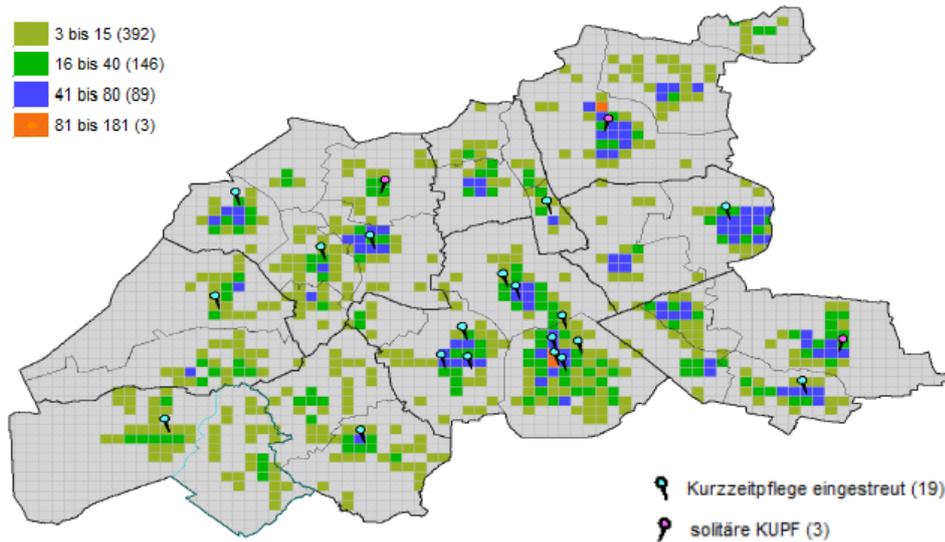
Quelle: Kreis Viersen 2017: 23

Anhand der untenstehenden Abbildung 63 lässt sich erkennen, dass die Einrichtungen mit den eingestreuten KZP-Plätzen primär in den Sozialräumen vorhanden sind, in denen die Dichte der Hochaltrigen besonders hoch ist. Des Weiteren ist auffällig, dass diese Tendenz sich nur bei 2 der 3 solitären Einrichtungen zeigt. Außerdem sind in einigen Sozialräumen keine eingestreuten KZP-Plätze vorhanden. Hierbei ist allerdings auch anzumerken, dass bei einer kurzzeitigen Inanspruchnahme einer vollstationären Pflege die Wohnortnähe nicht immer eine bedingende Relevanz hat. Generell können die KZP-Plätze im gesamten Kreisgebiet unabhängig vom Wohnort von den Kunden genutzt werden (Kreis Viersen 2017: 40).

Die kommunale Pflegeplanung sieht vor, dass im Jahr 2020 insgesamt 222 Kurzzeitpflegeplätze im Kreis Viersen vorgehalten werden. Aktuell ist allerdings fraglich, ob dieser prognostizierte Zielwert eingehalten bzw. umgesetzt werden kann (Kreis Viersen 2017: 41).

Den Befragungsergebnissen zu Folge hat die Nachfrage nach freien Plätzen in den letzten 12 Monaten deutlich zugenommen. Die Pflegestützpunkte gaben an gelegentlich keine freien Plätze zu finden, sodass die durchschnittliche Wartezeit dann 1 - 2 Wochen betrage. Die Plätze würden jedoch insgesamt nicht ausreichend sein, weshalb der Wunsch nach weiteren solitären Plätzen bestünde („Notplätze für akute Fälle in den regulären Pflegeeinrichtungen schaffen bzw. in einer z.B. Kreisregion 2-3 Einrichtungen festlegen, die überbelegen dürften.“).

Abbildung 63: Konzentration der 80-Jährigen und Standorte der KZP im Kreis Viersen



Quelle: Kreis Viersen 2017: 40

8.3.51 Warendorf (Kreis)

Der nachfolgenden Analyse liegt die Kommunale Pflegeplanung 2016 des Kreises Warendorf zugrunde.

Tabelle 127: Übersichtstabelle Kreis Warendorf

Merkmale der Region			
Anzahl der Bezirke/ Kommunen	13 (Ahlen, Beckum, Beelen, Drensteinfurt, Ennigerloh, Everswinkel, Oelde, Ostbevern, Sassenberg, Sendnehorst, Telgte, Wadersloh, Warendorf)		
Ländlich/städtisch geprägt	städtisch und ländlich		
Einwohnerstruktur			
	IST (Stand 2015)	Prognose	Trend
Einwohner	277.431	2035: 270.000	fallend
Hochaltrige (ab 80 Jahre)/Anteil an Bevölkerung	16.358/5,9 %	k. A.	steigend
Pflegebedürftige (gesamt)/Anteil an Bevölkerung	8.487/3,1 %	2030: 9.650	steigend
hochaltrige und pflegebedürftige Personen (Stand 2013)	4.324	k. A.	k. A.

Auszüge der Versorgungsstruktur			
	IST	Auslastung	Prognose/Planung
Ambulante Pflegedienste	43	k. A.	k. A.
Komplementäre Hilfen	k. A.	k. A.	k. A.
Plätze in Tagespflege (Einrichtungen)	180 (13)	k. A.	Bedarf vorhanden
alternative Wohneinrichtungen	vorhanden	k. A.	Bedarf vorhanden
Plätze vollstationäre Einrichtungen (Einrichtungen)	2.444 (35)	95,3 %	kein Bedarf vorhanden
Dominierende Versorgungsart	Im Jahr 2015 wurden 2.335 Pflegebedürftige professionell ambulant versorgt (27,5 %), 3.757 Pflegebedürftige empfangen Pflegegeld (44,3 %) und 2.395 Pflegebedürftige wurden vollstationär versorgt (28,2 %).		

Kurzzeitpflege			
	IST	Prognose/Planung	Anmerkungen
Solitäre Plätze (Einrichtungen)	18 (2)	k. A. zum Bedarf	k. A.
Eingestreute Plätze (Einrichtungen)	259 (33)	k. A. zum Bedarf	
Separate Plätze (Einrichtungen)	k. A.	k. A.	

Quelle: Eigene Darstellung IGES (auf Grundlage von Daten aus Kreis Warendorf 2016, IT.NRW, wegweiser-kommune.de)

Tabelle 128: Situationsanalyse Kreis Warendorf

Bevölkerungsentwicklung	- Die Bevölkerung im Landkreis Warendorf wird prognostisch bis zum Jahr 2035 rückgängig sein, der Anteil der über 65-Jährigen wird dabei von 20 % (2011) auf 30,6 % ansteigen.
Regionale Entwicklung/Verteilung	- Die vorhandenen Entlastungs- und Pflegeangebote werden im Kreisgebiet zahlreich vorgehalten. Es sind nicht alle Gemeinden mit allen Angeboten vor Ort versorgt (bspw. Tagespflege).
ambulante Pflegedienste	- Insgesamt gibt es im Kreis Warendorf 43 ambulante Dienste, teilweise gehören diese dem gleichen Träger an. Die Versorgung erfolgt auch in den Außenbezirken. Dies stellt einige Träger allerdings vor Herausforderungen. Jedoch kann die Versorgung durch die Kooperation der Träger untereinander gewährleistet werden.
Tages- und Nachtpflege	- In insgesamt 13 Tagespflegeeinrichtungen werden 180 Tagespflegeplätze für Tagesgäste vorgehalten. Die Tagespflegeeinrichtungen sind nicht in allen Bereichen des Kreises vertreten, eine wohnortnahe Versorgung ist daher nicht für alle Pflegebedürftigen im Kreisgebiet gewährleistet.

komplementäre Hilfen	<ul style="list-style-type: none"> - Im gesamten Kreisgebiet werden unterschiedliche komplementäre Hilfen vorgehalten, z. B. Beratungsangebote, haushaltsnahe Dienstleistungen und niedrigschwellige Betreuungsangebote. Die Angebote sind ebenfalls nicht als flächendeckend anzusehen (siehe Tagespflege), eine wohnortnahe Versorgung ist auch hier nicht für alle Pflegebedürftigen im Kreisgebiet möglich.
alternative Wohneinrichtungen	<ul style="list-style-type: none"> - Im Kreisgebiet sind 13 Pflege-Wohngemeinschaften mit insgesamt 169 Plätzen angesiedelt. Auch hier kann keine flächendeckende wohnortnahe Versorgung in jedem Bereich des Kreises angenommen werden. - Des Weiteren sind im Kreisgebiet 749 barrierefreie Wohnungen vorhanden.
vollstationäre Einrichtungen	<ul style="list-style-type: none"> - Im Kreis Warendorf gibt es 35 vollstationäre Einrichtungen. Diese halten insgesamt 2.444 Plätze vor, im Jahr 2017 werden weitere zwei Einrichtungen eröffnen, die Gesamtzahl der zur Verfügung stehenden Plätze wird dann auf 2.531 steigen. Eine Stichtagsabfrage (15.07.2015) ergab eine Auslastung von 95,3 %. - Die Plätze in den vollstationären Einrichtungen sind sehr unterschiedlich im Kreis verteilt. Nicht alle Gemeinden weisen eine ähnliche Versorgungsquote auf. Die höchste Versorgungsquote einer Gemeinde liegt bei 134 Plätzen/1.000 Einwohner über 65 Jahren und die niedrigste Versorgungsquote einer Gemeinde bei 25 Plätzen/1.000 Einwohner über 65 Jahren.

Insgesamt sind im Kreis Warendorf ebenfalls Anzeichen des demographischen Wandels zu erkennen, sodass die Bevölkerung zukünftig abnehmen und der Anteil der älteren Bevölkerung stetig steigen wird.

Dementsprechend hat die Anzahl der pflegebedürftigen Menschen in den vergangenen Jahren ebenfalls stark zugenommen (seit 1999 um 27 %). Die Mehrzahl wird zu Hause oder in alternativen Wohnformen gepflegt, ca. 28 % leben in stationären Einrichtungen.

Im Kreis Warendorf bedarf es insbesondere eines besseren wohnortnahen Versorgungsangebots.

Quelle: Eigene Darstellung IGES (auf Grundlage von Daten aus Kreis Warendorf 2016)

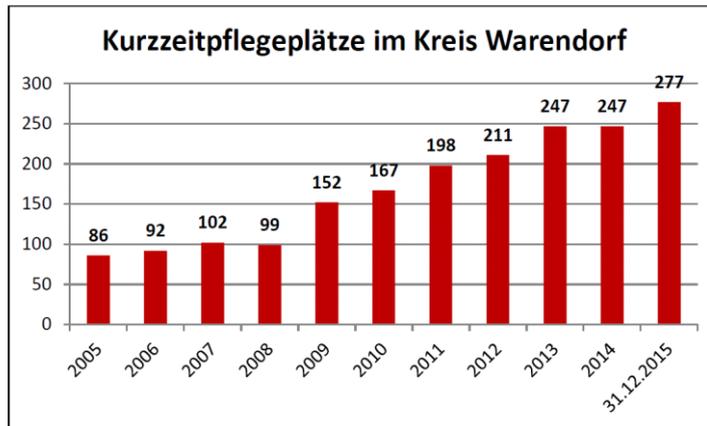
Analyse und Einschätzung des Bedarfs an KZP im Kreis Warendorf

Laut des Berichts werden im Kreis Warendorf 259 eingestreute KZP-Plätze in 33 vollstationären Dauerpflegeeinrichtungen und 18 solitäre KZP-Plätze in 2 Einrichtungen vorgehalten. Der Anteil der solitär vorhandenen KZP-Plätze liegt somit bei nur ca. 6 %.

Für den Kreis Warendorf entspricht die Bereitstellung der insgesamt 277 Plätze für die Kurzzeitpflege in Bezug auf die Anzahl der ambulant versorgten Pflegebedürftigen im Kreisgebiet einer Quote von 22,0 (Anzahl der Pflegebedürftigen pro KZP-Platz). Dies bedeutet, dass ein KZP-Platz für rd. 22 Pflegebedürftige zur Verfügung steht. Im NRW-Vergleich (31,4) ist der Kreis Warendorf damit rechnerisch besser aufgestellt.

Zudem ist die Zahl der angebotenen KZP-Plätze in den letzten Jahren kontinuierlich angestiegen (siehe Abbildung 64) (Kreis Warendorf 2016: 42).

Abbildung 64: KZP-Plätze im Kreis Warendorf



Quelle: Kreis Warendorf 2016: 41

In Folge des hohen Anteils eingestreuter KZP-Plätze ist deren Verfügbarkeit jedoch stets abhängig von der Auslastung der vollstationären Dauerpflegeplätze. In der Regel kann die Nachfrage aber gedeckt werden (Kreis Warendorf 2016: 7). Diese Annahme kann auch im Zuge der Erkenntnisse aus der Situationsanalyse (vgl. Tabelle 128) bestätigt werden, da bisher keine vollständige Auslastung der vollstationären Dauerplätze zu verzeichnen ist.

Dagegen ist folgender Trend zu beobachten: „Es zeigt sich deutlich, dass sich Angebote zur Entlastung pflegender Angehöriger zunehmend etablieren. Gleichzeitig zeichnet sich hier auch ein Trend ab, die Kurzzeitpflege als eine Form des „Probewohnens“ zu nutzen bzw. die Kurzzeitpflege der vollstationären Versorgung vorzuschalten. Auch die immer kürzer werdenden Liegezeiten in den Krankenhäusern werden offensichtlich immer häufiger durch die übergangsweise Aufnahme in Pflegeeinrichtungen kompensiert.“ (Kreis Warendorf 2016: 72)

Dieser Trend widerspricht der originären Aufgabe der KZP als Krisenintervention, sodass die KZP, ähnlich wie in anderen Kreisen NRW, nun als Einfallstor für die vollstationäre Dauerunterbringung „zweckentfremdet“ wird.

Aufgrund der geringfügigen Befragungsrückläufe aus dem Kreis Warendorf, können keine weiteren Aussagen zur Situation der KZP getroffen werden.

8.3.52 Wesel (Kreis)

Es liegt keine Pflegebedarfsplanung vor.

Im Jahr 2015 lebten 462.664 Einwohner im Kreis Wesel, wovon 6,2 % und somit 28.685 Menschen hochaltrig waren (wegweiser-kommune.de, IT.NRW).

Die Anzahl der Pflegebedürftigen betrug im gleichen Jahr 19.920, was einem Anteil von 4,3 % an der Gesamtbevölkerung im Kreis Wesel entsprach. Im Jahr 2013 waren 9.593 Personen sowohl hochaltrig als auch pflegebedürftig (IT.NRW).

Die Mehrheit der pflegebedürftigen Personen empfing im Jahr 2015 Pflegegeld (11.292/56,7 %). 4.385 Pflegebedürftige wurden professionell ambulant versorgt (22,0 %) und 4.243 Pflegebedürftige wurden vollstationär versorgt (21,3 %) (ebd.).

Nach Recherchen von IGES konnten 278 eingestreute KZP-Plätze in 45 Einrichtungen und 59 solitäre Plätze in 5 Einrichtungen identifiziert werden. Es ist jedoch nicht auszuschließen, dass sich unter den „eingestreuten“ Plätzen auch angebundene/separate KZP-Plätze befinden.

Für den Kreis Wesel entspricht die Bereitstellung der insgesamt 337 Plätze für die Kurzzeitpflege in Bezug auf die Anzahl der ambulant versorgten Pflegebedürftigen im Kreisgebiet einer Quote von 46,5 (Anzahl der Pflegebedürftigen pro KZP-Platz). Dies bedeutet, dass ein KZP-Platz für rd. 47 Pflegebedürftige zur Verfügung steht. Im NRW-Vergleich (31,4) ist der Kreis Wesel damit rechnerisch schlechter aufgestellt.

Aufgrund der geringfügigen Befragungsrückläufe aus dem Kreis Wesel, können keine weiteren Aussagen zur Situation der KZP getroffen werden. Ergänzend ist den Freitexten der Einrichtungen nur zu entnehmen, dass weitere Plätze von Nöten wären, was der rein rechnerisch schlechteren KZP-Quote im NRW-Vergleich entspräche.

8.3.53 Wuppertal

Der folgenden Analyse liegen die Daten der verbindlichen Bedarfsplanung vom 01.5.2017 - 30.4.2020 für die Stadt Wuppertal zugrunde.

Tabelle 129: Übersichtstabelle Wuppertal

Merkmale der Region			
Anzahl der Bezirke/ Kommunen	10 (Elberfeld, Elberfeld-West, Uellendahl-Katernberg, Vohwinkel, Cronenberg, Barmen, Oberbarmen, Heckinghausen, Langerfeld-Beyenburg, Ronsdorf)		
Ländlich/städtisch geprägt	städtisch		
Einwohnerstruktur			
	IST (Stand 2015)	Prognose	Trend
Einwohner	350.046	2030: 327.660	fallend
Hochaltrige (ab 80 Jahre)/Anteil an Bevölkerung	21.003/6 %	2020: 24.337	steigend
Pflegebedürftige (gesamt)/Anteil an Bevölkerung	12.038/3,4 %	2020: 12.100 2030: 13.100/4 %	steigend
hochaltrige und pflegebedürftige Personen (Stand 2013)	6.405	k. A.	k. A.

Auszüge der Versorgungsstruktur			
	IST (Stand 2016)	Auslastung	Prognose/Planung
Ambulante Pflegedienste	69	k. A.	k. A.
Komplementäre Hilfen	vorhanden	k. A.	Bedarf vorhanden
Plätze in Tagespflege (Einrichtungen)	190 (12)	79,4 % (01.01.-30.09.2016)	kein Bedarf vorhanden
alternative Wohneinrichtungen	vorhanden	81,4 % (01.01.-30.09.2016)	k. A.
Plätze vollstationäre Einrichtungen (Einrichtungen)	3.889 (41)	97,3 %	kein Bedarf vorhanden
Dominierende Versorgungsart	Im Jahr 2015 wurden 2.946 Pflegebedürftige professionell ambulant versorgt (24,5 %), 5.399 Pflegebedürftige empfangen Pflegegeld (44,8 %) und 3.693 Pflegebedürftige wurden vollstationär versorgt (30,7 %).		

Kurzzeitpflege			
	IST	Prognose/Planung	Anmerkungen
Solitäre Plätze (Einrichtungen)	45 (4)	kein Bedarf vorhanden; Auslastung bei 76,5 %	
Eingestreute Plätze (Einrichtungen)	214 (36)	kein Bedarf vorhanden	
Separate Plätze (Einrichtungen)	k. A.	k. A.	

Quelle: Eigene Darstellung IGES (auf Grundlage von Daten aus Löber und Krautmacher 2017, IT.NRW, wegweiser-kommune.de)

Tabelle 130: Situationsanalyse Wuppertal

Bevölkerungs-entwicklung	- Die Einwohnerzahlen in Wuppertal werden prognostisch bis zum Jahr 2030 sinken. Es wird parallel jedoch zu einem Anstieg der Anzahl der über 80-Jährigen Einwohner und einem Anstieg der Anzahl pflegebedürftiger Einwohner kommen.
Regionale Entwicklung/Verteilung	- k. A. - k. A.
ambulante Pflegedienste	- k. A. - k. A.
Tages- und Nachtpflege	- Insgesamt bestehen in Wuppertal 12 Tagespflegeeinrichtungen mit insgesamt 190 Plätzen. Weitere 5 Einrichtungen mit insgesamt 67 Plätzen sind in Planung. Auch darüber hinaus gibt es Interessenbekundungen weitere Einrichtungen zu eröffnen, sodass voraussichtlich ein Überangebot in 2020 bestehen wird. - Die momentane Auslastung liegt bei unter 80 %, hierbei sind aber unterschiedliche Auslastungsquoten zu berücksichtigen (Streubreite 39,3 % - 101,1 %).

komplementäre Hilfen	<ul style="list-style-type: none"> - Die komplementären Hilfen in Wuppertal umfassen eine große Vielfalt an unterschiedlichen Angeboten, wie z. B. Einzel- und Gruppenbetreuung für Menschen mit Demenz, hauswirtschaftliche Dienste und Stadteilservices. Insgesamt sind es ca. 185 Einzelangebote. Der weitere Ausbau wird begrüßt und unterstützt.
alternative Wohneinrichtungen	<ul style="list-style-type: none"> - In Wuppertal gibt es sowohl Angebote des Service-Wohnens als auch ambulante betreute Wohngemeinschaften. Insgesamt existieren 17 ambulante Wohngemeinschaften mit 167 Plätzen. Hiervon sind 12 Wohngemeinschaften selbstverantwortet, fünf Wohngemeinschaften anbieterverantwortet. - Die Auslastung betrug im Zeitraum 01.01.-30.09.2016 ca. 81,4 %, wobei es eine hohe Streubreite der Auslastung gab und eine geringe Belegung in den neu eröffneten Wohngemeinschaften zu verzeichnen war. - Im Stadtgebiet Wuppertal sind zwei weitere Wohngemeinschaften mit insgesamt 24 Plätzen seitens eines Trägers in Planung.
vollstationäre Einrichtungen	<ul style="list-style-type: none"> - In Wuppertal existieren 41 stationäre Pflegeeinrichtungen mit insgesamt 3.889 Pflegeplätzen und 214 eingestreuten Kurzzeitpflegeplätzen laut Versorgungsvertrag. Aufgrund von Umbau- und Modernisierungsmaßnahmen standen zum Stichtag 30.09.2016 nur 3.781 Pflegeplätze und 184 eingestreute Kurzzeitpflegeplätze zur tatsächlichen Belegung zur Verfügung. Die Auslastungsquote im Zeitraum 01.01.2016 bis 30.09.2016 lag bei 97,3 %. - Darüber hinaus sind vier stationäre Einrichtungen mit insgesamt 270 Plätzen in Planung. Parallel ist weiterhin ein Platzabbau in Bestandseinrichtungen aufgrund gesetzlicher Rahmenbedingungen erforderlich.

Insgesamt wird in der Stadt Wuppertal die Mehrheit der Pflegebedürftigen ebenfalls zu Hause gepflegt. Die Versorgungsinfrastruktur ist z. T. gut ausgebaut. Dennoch bedarf es aufgrund der weiteren Zunahme an Pflegebedürftigen eines Ausbaus der ambulanten und ergänzenden Entlastungs- und Unterstützungsangebote.

Quelle: Eigene Darstellung IGES (auf Grundlage von Daten aus Löber und Krautmacher 2017)

Analyse und Einschätzung des Bedarfs an KZP in der Stadt Wuppertal

In Wuppertal werden laut Bericht 214 eingestreute KZP-Plätze in 36 vollstationären Dauerpflegeeinrichtungen und 45 solitäre KZP-Plätze in 4 Einrichtungen vorgehalten (vgl. Tabelle 131) (Löber und Krautmacher 2017: 21ff). Die solitären Einrichtungen liegen im mittleren Stadtgebiet Wuppertals, es sind keine Einrichtungen in den Randbezirken vorhanden (ebd.: 65).

Tabelle 131: Verfügbares KZP-Angebot Wuppertal

	Anzahl Einrichtungen am 30.09.2016	verfügbare Plätze am 30.09.2016 (Anzahl lt. Versorgungsvertrag)
Kurzzeitpflege (nur solitäre/ explizite Plätze)	4	45
Kurzzeitpflege (nur eingestreute Plätze)	36	214

Quelle: Löber und Krautmacher 2017: 21

Für die Stadt Wuppertal entspricht die Bereitstellung der insgesamt 259 Plätze für die Kurzzeitpflege in Bezug auf die Anzahl der Pflegebedürftigen im Stadtgebiet einer Quote von 32,2 (Anzahl der Pflegebedürftigen pro KZP-Platz). Dies bedeutet, dass ein KZP-Platz für rd. 32 Pflegebedürftige zur Verfügung steht. Im NRW-Vergleich (31,4) liegt Wuppertal damit fast im Durchschnitt.

Das aktuelle Angebot an KZP-Plätzen wird nicht ausgeschöpft, sodass das Angebot die Nachfrage übersteigt (vgl. Tabelle 132 und Tabelle 131). Die Auslastung der solitären KZP-Plätze lag bei 76,5 % (01.01.2015 bis 30.09.2015), wobei die Streubreite der Auslastung sich zwischen 65 % und 87 % bewegte (Löber und Krautmacher 2017: 22). Dementsprechend waren ca. 27 % der Plätze nicht belegt. Für das Jahr 2020 wird daher ein Überangebot an solitären KZP-Plätzen prognostiziert, womit von einer Bedarfsdeckung auszugehen ist (Löber und Krautmacher 2017: 45).

Tabelle 132: Anzahl der belegten KZP-Plätze in Wuppertal

	belegte Plätze am Stichtag 30.09.2016	
	Anzahl Bewohner/innen	
	gesamt	
Kurzzeitpflege (nur solitäre/ explizite Plätze)	33	
Kurzzeitpflege (nur eingestreute Plätze)	84	

Quelle: Löber und Krautmacher 2017: 22

In Anbetracht der Erweiterung des Angebots an vorstationären Leistungen wird dennoch der Ausbau der wohnortnahen solitären KZP in Betracht gezogen (Löber und Krautmacher 2017: 5). Diese Aussage steht im Widerspruch zu dem prognostizierten Überangebot an solitären KZP-Plätzen.

Nach Einschätzung eines Krankenhaussozialdienstes in Wuppertal ist das Angebot an Kurzzeitpflege nicht ausreichend.

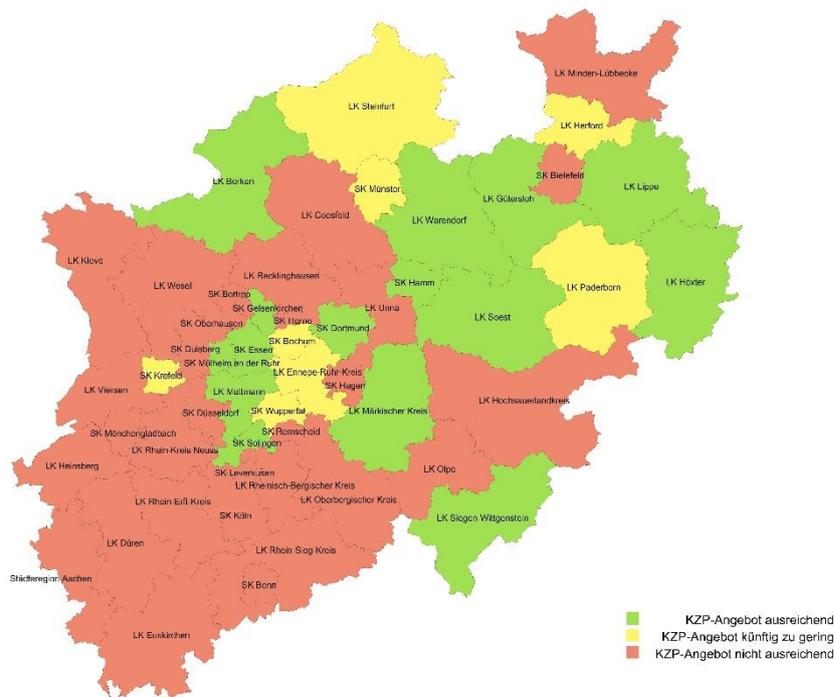
9. Gesamteinschätzung und Nutzungsverhalten von Kurzzeitpflege

Die anhand der Analysen der Pflegeplanungen sowie der ergänzenden eigenen Befragungen gewonnenen Erkenntnisse zu den einzelnen Kreisen und kreisfreien Städten Nordrhein-Westfalens wurden von IGES zu einem Gesamturteil bezüglich der Kapazitäten für Kurzzeitpflege aggregiert. Dabei wurden die folgenden drei Kategorien gebildet, die das Ergebnis mit unterschiedlichen Farben in Abbildung 65 visualisieren:

- Grün Das Angebot an Kurzzeitpflegeplätzen wird aktuell und auch in naher Zukunft als ausreichend eingeschätzt.
- Gelb Das Angebot an Kurzzeitpflegeplätzen wird aktuell als noch ausreichend eingeschätzt, aber erste Engpässe zeichnen sich bereits ab.
- Rot Das Angebot an Kurzzeitpflegeplätzen scheint aktuell bereits nicht ausreichend zu sein.

Von den insgesamt 53 Kreisen und kreisfreien Städten wurden 15 (28 %) der Kategorie grün zugeordnet, 8 (15 %) der Kategorie gelb und 30 (57 %) der Kategorie rot zugeordnet.

Abbildung 65: Gesamteinschätzung IGES zur Situation der Kurzzeitpflege nach Kreisen und kreisfreien Städten in NRW



Quelle: IGES

Wie die regionale Verteilung der Kategorien zeigt, ergibt sich, ähnlich wie bei den Kurzzeitpflegequoten (vgl. Abbildung 52 auf S. 121), ein Ost-West-Gefälle – mit eher ausreichend/gut ausgestatteten Kreisen im Osten und eher schlecht ausgestatteten Kreisen im Westen.

Die Gesamteinschätzung erfolgte jeweils in Betrachtung aller verfügbaren Daten und subjektiven Wertungen (Entwicklung der Zahl der Pflegebedürftigen bis 2030, derzeitige Auslastung stationärer und ambulanter Dienstleister, Bedarfseinschätzung in den Pflegeplanungen sowie Einschätzungen der drei befragten Gruppen Pflegeeinrichtungen, Pflegestützpunkte und Sozialdienste der Krankenhäuser), und basiert somit nicht auf einheitlich erhobenen Messgrößen. Zu bedenken ist weiterhin, dass es auch bei einer insgesamt als ausreichend (grün) bewerteten Region innerhalb des Kreises temporäre oder kleinräumige Engpässe geben kann. Einige Sozialdienste und Pflegestützpunkte wiesen darauf hin, dass nicht immer eine „wohnortnahe“ KZP-Versorgung gefunden werden könne, aber teilweise bei Suche innerhalb des gesamten Kreises. Allein der Begriff „wohnortnah“ wird subjektiv unterschiedlich ausgelegt.

Deshalb wurde abschließend betrachtet, inwieweit die für jeden Kreis/kreisfreie Stadt errechnete KZP-Quote (Zahl der ambulant versorgten Pflegebedürftigen pro KZP-Platz, vgl. Kartendarstellung Abbildung 52 auf Seite 121) eine Aussagekraft dahingehend hat, ob ein/e Kreis/kreisfreie Stadt nach Einschätzung von IGES eher ausreichend oder eher zu wenig Kurzzeitpflegeplätze hat. Dafür wurden die Ergebnisse der Gesamteinschätzung je Kreis (drei Kategorien) mit der jeweiligen Abweichung (Differenz) der KZP-Quote des Kreises vom Landesdurchschnitt NRW (31,4) gruppiert (siehe Abbildung 66 auf der folgenden Seite). Eine positive Abweichung heißt, dass im jeweiligen Kreis eine durchschnittlich bessere Ausstattung mit KZP-Plätzen (solitär/separat und eingestreut) zur Verfügung steht als im Landesdurchschnitt, bei negativen Werten sind die Kapazitäten geringer.

Anhand der Grafik wird deutlich, dass die von IGES als „KZP-Angebot ausreichend“ eingeschätzten Kreise (grüne Balken) weit überwiegend positiv vom Landesdurchschnitt abweichen (Mittelwert + 6,7), während die als „KZP-Angebot zu gering“ eingestuft Kreise (rote Balken) mehrheitlich über eine schlechtere Ausstattung verfügen (Mittelwert -7,6). Die als „KZP-Angebot künftig zu gering“ eingestuft Kreise (gelb) liegen auch eher im positiven Bereich, weisen aber einen geringeren Mittelwert auf als die grünen Werte (Mittelwert + 5,4).

Dieses Ergebnis zeigt, dass sich die drei Gruppen bezgl. der KZP-Quote deutlich unterscheiden und man kann schlussfolgern: Je größer die Abweichung der KZP-Quote eines Kreises vom Landesdurchschnitt NRW ist, desto wahrscheinlicher ist eine ausreichende Ausstattung (positive Abweichung) bzw. zu geringe Ausstattung (negative Abweichung) des Kreises bzw. der kreisfreien Stadt mit Kurzzeitpflegeplätzen.

Das lässt den Schluss zu, dass ein bedarfsdeckendes Angebot an Kurzzeitpflegeplätzen regional einen Mix aus zweckgebundenen Plätzen (solitär oder separat) und flexibel nutzbaren Plätzen (eingestreut) erfordert. Zweckgebundene Kurzzeitpflegeplätze können tendenziell eher insbesondere auch für Verhinderungspflege genutzt werden und damit den Erhalt des ambulanten Settings befördern, da pflegende Angehörige dort wegen besserer längerfristiger Planbarkeit eher Plätze finden. Eingestreute Plätze werden im Zweifelsfall für diese Klientel nicht freigehalten.

Daten zum **Nutzungsverhalten von Kurzzeitpflege** in NRW liegen regional nur vereinzelt vor und erlauben somit keine konkreten Rückschlüsse. Es lassen sich anhand der Befragungsergebnisse und ergänzender Daten der AOK Rheinland/Hamburg lediglich einige Aussagen für NRW insgesamt treffen:

Die folgende Abbildung 67 enthält Angaben der AOK Rheinland/Hamburg zu Kurzzeit- und Verhinderungspflegefällen 2015 bis 2017 (erstes Halbjahr) sowie Angaben dazu, wie viele vorher einen Krankenhausaufenthalt (mit welchen Diagnosen) hatten und welche Leistungen von diesen Personen nach der Entlassung beansprucht wurden.

Abbildung 67: Herkunft und Verbleib von Kurzzeitpflegegästen nach SGB XI in NRW, 2015 - 2017

Vor Inanspruchnahme der Kurzzeitpflege		Kurzzeitpflege nach SGB XI		Nach Inanspruchnahme der Kurzzeitpflege	
Stationärer Krankenhausaufenthalt		Jahr	Fälle Kurzzeitpflege	Reha-Maßnahme	
absolut	in %			absolut	in %
7.274	68,69%			28	0,26%
14.264	65,89%			57	0,26%
15.485	65,85%	2015	23.514	94	0,40%
Operation (OPS 5-01 bis 5-99)				vollstationäre Pflege	
absolut	in %			absolut	in %
2.538	23,97%			2.772	26,18%
5.201	24,03%			5.827	26,92%
5.462	23,23%			5.817	24,74%
CA-Diagnose (C00 bis D48)				ambulante Pflege	
absolut	in %			absolut	in %
2.649	25,01%			2.694	25,44%
6.905	31,90%			4.290	19,82%
6.270	26,66%			4.714	20,05%
Demenz-Diagnose (F00 bis F03)				Häusliche Krankenpflege	
absolut	in %			absolut	in %
2.276	21,49%			1.535	14,49%
6.884	31,80%			3.080	14,23%
6.207	26,40%			3.188	13,56%
				Pflegesachleistung	
				absolut	in %
				191	1,80%
				210	0,97%
				280	1,19%
				Pflegeldleistung	
				absolut	in %
				2.106	19,89%
				3.920	18,11%
				4.325	18,39%
				teilstationäre Pflege	
				absolut	in %
				397	3,75%
				160	0,74%
				109	0,46%

Quelle: AOK Rheinland/Hamburg

Aus der Abbildung ist ersichtlich, dass die Zahl der Kurzzeitpflegefälle der AOK Rheinland/Hamburg, die in NRW über einen Marktanteil von 30 % der GKV-Versicherten verfügt, im Zeitraum 2015 bis 2017 (für die zweite Jahreshälfte 2017 wird eine Inanspruchnahme wie in der ersten unterstellt) leicht rückläufig war (Spalte Kurzzeitpflege nach SGB XI). Im Bundestrend stiegen die Fallzahlen mit dem Anstieg der Zahl der Pflegebedürftigen bis 2015 (aktuellste verfügbare Daten) leicht an, die Inanspruchnahmequote von KZP innerhalb eines Jahres stagnierte jedoch

im Zeitverlauf und liegt bei etwas unter einem Prozent der Pflegebedürftigen (Rothgang *et al.* 2016).

Aus der linken Spalte der Abbildung wird ersichtlich, dass der größte Teil der Kurzzeitpflegefälle der AOK Rheinland/Hamburg (zwei Drittel mit leicht steigender Tendenz) nach einem Krankenhausaufenthalt eintritt. Das waren 2015 fast 7 % mehr als im Bundesdurchschnitt, dort lag der Anteil 2015 bei 59 % (Rothgang *et al.* 2015). Jeweils rund ein Drittel dieser Personen hatte einen operativen Eingriff, eine onkologische Diagnose und/oder eine psychische Erkrankung (Mehrfachnennung möglich). Bundesweite Vergleichsdaten hierzu fehlen.

Anhand der Befragungsergebnisse dieser Studie kann ergänzt werden, dass solitäre Kurzzeitpflegen einen deutlich höheren Anteil an Verhinderungspflege aufnehmen (knapp 50 % aller Gäste) als Einrichtungen mit eingestreuten Plätzen (rund ein Viertel der KZP-Fälle). In beiden KZP-Formen ist der Anteil der KZP-Gäste, deren Verbleib bei Aufnahme noch ungeklärt ist, mit etwas mehr als einem Drittel relativ hoch.

Aus den Daten der AOK Rheinland/Hamburg geht hervor, dass rund 40 % der Kurzzeitpflegefälle mit vorherigem Krankenhausaufenthalt in die stationäre Pflege und ca. 30 % in die ambulante Weiterversorgung übergeleitet wird, sofern vor dem Krankenhausaufenthalt keine Pflegeleistungen in Anspruch genommen wurden. Ca. 20 % nehmen keine Pflegeleistungen, aber häusliche Krankenpflege nach SGB V in Anspruch. Das entspricht in etwa den bundesweiten Ergebnissen: Bei Kurzzeitpflege nach einem Krankenhausaufenthalt werden 42 % der Pflegebedürftigen vollstationär gepflegt, 20 % versterben innerhalb eines Monats und 32 % werden in häusliche Pflege übergeleitet. 6 % überleben und nehmen keine Pflegeleistungen in Anspruch (Rothgang *et al.* 2015: 17).

Solitäre Einrichtungen leiten ihre KZP-Gäste deutlich häufiger in die ambulante Versorgung über (75 % zu 48 %, siehe 7.1.3.2 ff.). Dies dürfte nur z. T. mit dem höheren Anteil an Verhinderungspflege zusammenhängen. So verfügen solitäre Einrichtungen beispielsweise eher über ein standardisiertes Verfahren zum Entlassmanagement als Pflegeheime mit eingestreuten Betten und letztere setzen zur Versorgung von KZP-Gästen in der Regel kein anderes Personal ein als für Dauerpflegebedürftige. In lediglich rd. 11 % der Fälle verfügten die in dieser Studie befragten Einrichtungen mit eingestreuten Plätzen über ein spezielles Pflegekonzept für die Kurzzeitpflegegäste - solitäre Einrichtungen zu 40 %.

Dabei wird immer wieder hervorgehoben, dass Kurzzeitpflegegäste im Unterschied zu stationär Langzeitpflegebedürftigen einen deutlich höheren Behandlungspflegebedarf haben. Insbesondere aufgrund des hohen Anteils nach Krankenhausaufenthalt hat die Kurzzeitpflege in ihrer Brückenfunktion die Aufgabe, den Gesundheitszustand der Pflegebedürftigen soweit wiederherzustellen, dass die Rückkehr in die eigene Häuslichkeit möglich wird. Da erfordert auch den verstärkten Einsatz therapeutischer Maßnahmen, so dass einige solitäre Einrichtungen auch entsprechend ausgebildetes Personal vorhalten.

Der GEK-Pflegereport 2012 konstatierte weiterhin einen bundesweit steigenden Anteil an Personen, die in der Kurzzeitpflege versterben: von 11 % (1998) auf 17 % (2011) (ebd.). Die Kurzzeitpflege gewinnt in den letzten Lebensmonaten an Bedeutung (von 0,8 % im vierten Quartal vor dem Tod auf 17,7 % im letzten Quartal) (Klie 2016: 10). Die solitären Kurzzeitpflegeeinrichtungen in NRW gaben im Mittel nur 3,5 % Sterbefälle an, mit einer Bandbreite von 0,1 bis 15 %. Dieser Befund verdeutlicht eine weitere Anforderung an Kurzzeitpflege-Einrichtungen, nämlich im Bedarfsfall auch eine palliative Versorgung oder eine Sterbebegleitung zu leisten. Auf diese besondere Herausforderung, die nach Ansicht der Einrichtungsvertreter in der Vergütung nicht ausreichend Berücksichtigung findet, wurde in den Freitexten der Befragung mehrfach hingewiesen.

Die mittlere Verweildauer der KZP-Gäste in solitären Einrichtungen in NRW lag bei 15 bis 18 Tagen (vgl. Kapitel 7.1.3.2). Der Barmer GEK Pflegereport 2017 gibt durchschnittliche Verweildauern in der Kurzzeitpflege in Abhängigkeit von der Häufigkeit der KZP-Episoden pro Jahr an: bei ein bis zwei KZP-Aufenthalten sind es im Schnitt 20 Tage, bei mehr als zwei rund 9 Tage (Rothgang *et al.* 2017: 233).

Die Leistungen der Kurzzeitpflege werden bundesweit in einem nennenswerten Umfang erst etwa ab der Altersgruppe der 40- bis 44-Jährigen genutzt (Rothgang *et al.* 2017: 86). Für jüngere Pflegebedürftige ist es oft schwierig, einen Kurzzeitpflegeplatz zu finden – dies wurde auch in der Befragung dieser Studie von einem Sozialdienst angesprochen. Die Autoren des Pflegereports haben errechnet, dass allein um dem gewünschten KZP-Bedarf von jungen Pflegebedürftigen (unter 60 Jahren) zu entsprechen, bundesweit rund 3.400 KZP-Plätze zusätzlich geschaffen werden müssten (ebd.: 233). Weitere KZP-Engpässe gäbe es bundesweit bei Personen mit einer Herzinsuffizienz, einem Schlaganfall und Lähmungen (ebd.: 236).

Noch eine untergeordnete Rolle spielt die Kurzzeitpflege ohne Vorliegen einer Pflegebedürftigkeit nach § 39c SGB V, die von der Krankenversicherung zu finanzieren ist, allerdings zu denselben Konditionen wie nach SGB XI (Eigenanteil des Patienten). Wie die folgende Abbildung 68 zeigt, waren 2016 nur ein Prozent aller Kurzzeitpflegefälle der AOK Rheinland/Hamburg dieser Personengruppe zuzuordnen, bezogen auf die aus dem Krankenhaus kommenden Patienten waren es fünf Prozent.

Abbildung 68: Herkunft und Verbleib von Kurzzeitpflegegästen nach § 39 c SGB V in NRW, 2016 – 2017 (erstes Halbjahr)

Vor Inanspruchnahme der Kurzzeitpflege		Kurzzeitpflege nach SGB V		Nach Inanspruchnahme der Kurzzeitpflege					
Stationärer Krankenhausaufenthalt		Jahr	Fälle Kurzzeitpflege	Reha-Maßnahme					
absolut	in %			absolut	in %				
175	97,77%			11	6,15%				
277	97,54%	2016	284	12	4,23%				
Operation (OPS 5-01 bis 5-99)				vollstationäre Pflege				Pflegesachleistung	
absolut	in %			absolut	in %			absolut	in %
139	77,65%			3	1,68%			1	0,56%
225	79,23%			1	0,35%			1	0,35%
CA-Diagnose (C00 bis D48)				ambulante Pflege				Pflegelohnleistung	
absolut	in %			absolut	in %			absolut	in %
25	13,97%			13	7,26%			12	6,70%
66	23,24%			9	3,17%			8	2,82%
Demenz-Diagnose (F00 bis F03)				Häusliche Krankenpflege				teilstationäre Pflege	
absolut	in %			absolut	in %			absolut	in %
7	3,91%			29	16,20%			0	0,00%
18	6,34%			30	10,56%			0	0,00%

Quelle: AOK Rheinland/Hamburg

Erwartungsgemäß hatte ein Großteil (fast 80 %) vor der KZP einen operativen Eingriff. Nach der KZP wird nur ein kleiner Anteil in die Pflege übergeleitet (eher ambulant), Tendenz steigend. Der Anteil mit anschließender häuslicher Krankenpflege (rund 15 %) liegt ähnlich hoch wie bei den SGB XI-Fällen.

Insgesamt scheint die Nutzung der Kurzzeitpflege die ihr zugeordnete Funktion, bei Pflegebeginn oder nach Krankenhausaufenthalten die besondere Krisensituation zu überbrücken, noch weitgehend zu erfüllen. Mit zunehmender Auslastung von Pflegeheimen tritt jedoch in verstärktem Maße ein, was in einer der Befragungen in dieser Studie artikuliert wurde: „Die Einrichtungen können sich ihre Gäste aussuchen.“ Dann werden einerseits „aufwendige“ Fälle abgelehnt oder nur Personen aufgenommen, die in der stationären Versorgung bleiben wollen. Diese Fehlnutzung sollte durch veränderte Rahmenbedingungen für Kurzzeitpflegeleistungen eingeschränkt werden.

10. Literaturverzeichnis

- Allinger H, Emmerich R, Lüdeke H & Siebenschuh A (2015): Pflegeplanung für den Kreis Euskirchen. Dezember 2015. München: INWISO Institut für empirische Wirtschafts- und Sozialforschung.
- Bär M, Schönemann-Gieck P & Süs E (2015): Vom Heim nach Hause. [Abschlussbericht] Mai 2015. Heidelberg: Altenhilfe der Evangelischen Stadtmission Heidelberg gGmbH, Institut für Gerontologie der Universität Heidelberg.
- Brunecker M (2015): Verbindliche Bedarfsplanung Bottrup. Bottrop: Sozialamt.
- Bünnagel K (2017): Kölner Pflegereport. *Kölner Leben*. 28.08.2017. <http://www.koelnerleben-magazin.de/themen/leben-in-koeln/koelner-pflegereport.html> [Abruf am: 01.09.2017].
- Deutscher Bundestag (18. Wahlperiode) (2016): Sechster Bericht der Bundesregierung über die Entwicklung der Pflegeversicherung und den Stand der pflegerischen Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland. *Drucksache 18/10707 vom 15.12.2016*. Köln: Bundesanzeiger Verlag GmbH.
- Engels D (2016): Kommunale Pflegeplanung im Kreis Düren. [Bericht] 24. Juni 2016. Köln: ISG Institut für Sozialforschung und Gesellschaftspolitik GmbH.
- Engels D & Köller R (2016): Kommunale Pflegeplanung im Kreis Herford. [Bericht] 04. Februar 2016. Köln: ISG Institut für Sozialforschung und Gesellschaftspolitik GmbH.
- Ennepe-Ruhr-Kreis (Hrsg.) (2016): Pflegebericht 2016. [Bericht] Juli 2016. Ennepe-Ruhr-Kreis.
- Görres S, Hasseler M, Mittnacht B (2009): Gutachten zu den MDK-Qualitätsprüfungen und den Qualitätsberichten im Auftrag der Hamburgischen Pflegegesellschaft e. V. In: IPP-Schriften, Universität Bremen, 2009
- Hartmann E & Heinemann-Knoch M (2002): Kurzzeitpflege in der Region. Teil I und II. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Bd. 205, Stuttgart, Berlin/Köln BMFSFJ, „Kurzzeitpflege in der Region“. Schriftenreihe Band 205.
- Hasseler M, Wolf-Ostermann K, Nagel M, Indefrey S (2010): Wissenschaftliche Evaluation zur Beurteilung der Pflege-Transparenzvereinbarung für den ambulanten (PTVA) und stationären (PTVS) Bereich. HAW Hamburg/ASH Berlin 2010.
- Hochsauerlandkreis (Hrsg.) (2016): Pflegebedarfsplan Hochsauerlandkreis. 24.08.2016. Brilon.
-

- Kegelmann F (2016): Örtliche Planung gem. § 7 Alten- und Pflegegesetz Nordrhein-Westfalen (APG NRW) 2016-2020. Oktober 2016. Stadt Oberhausen.
- Klie, T. (2016): Pflegereport 2016. Palliativversorgung: Wunsch, Wirklichkeit und Perspektiven. *Beiträge zur Gesundheitsökonomie und Versorgungsforschung, Band 14*. Hamburg.
- Klingenstadt Solingen (Hrsg.) (2015): Örtliche Planung der Klingenstadt Solingen gemäß §7 Alten- und Pflegegesetz NRW zum Stichtag 31.12.2015. Solingen.
- Kolip P & Güse H-G (2004). Kurzzeitpflege nach Krankenhausaufenthalt: Einflussfaktoren auf die Entlassung in die eigene Häuslichkeit. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 37: 231–239.
- Kreis Borken (Hrsg.) (2016): Bevölkerung. 27.07.2016. *Statistik Online*.
- Kreis Gütersloh (Hrsg.) (2015): Pflegeplan für den Kreis Gütersloh. Gütersloh.
- Kreis Heinsberg (Hrsg.) (2016): Örtliche Planung 2016 -2019. Verbindliche Bedarfsplanung gem. § 7 Abs. 6 APG NRW des Kreis Heinsberg. 1. Aktualisierung. Heinsberg.
- Kreis Höxter (Hrsg.) (2015): Kreis Höxter: Pflegebericht 2015. [*Bericht*] 31.12.2015. Höxter.
- Kreis Minden-Lübbecke (Hrsg.) (2015): Örtliche Planung gemäß § 7 Alten- und Pflegegesetz NRW im Kreis Minden-Lübbecke. [*Zwischenbericht*] Dezember 2015. Lübbecke.
- Kreis Olpe (Hrsg.) (2015): Pflegebedarfsplan 2015 bis 2018. September 2015. Olpe.
- Kreis Paderborn (Hrsg.) (2015): Kommunale Alten- und Pflegeplanung nach § 7 Alten- und Pflegegesetz NRW. Oktober 2015. Paderborn.
- Kreis Recklinghausen (Hrsg.) (2016): Verbindliche Pflegebedarfsplanung für vollstationäre Pflegeeinrichtungen im Kreis Recklinghausen. 18.10.2016. (2016/161). ISSN: 2016/161.
- Kreis Siegen-Wittgenstein (2015): Pflegebedarfsplan für den Kreis Siegen-Wittgenstein 2016. Siegen.
- Kreis Soest (2017): Örtliche Planung für Alter und Pflege 2017/18. Juni 2017. Soest.
- Kreis Steinfurt (Hrsg.) (2016): Kommunale Pflegeplanung 2016/2017. September 2016. Steinfurt.
-

Kreis Viersen (Hrsg.) (2017): Kommunale Pflegeplanung im Kreis Viersen. Bericht 2017. Viersen.

Kreis Warendorf (Hrsg.) (2016): Kommunale Pflegeplanung 2016. April 2016. Warendorf.

Kühnel M, Schmidt W, Reuter V & Olbermann E (2016): Fortschreibung des Demografiekonzeptes und Erstellung des Pflegebedarfsplanes 2016 für den Kreis Kleve. Dortmund: Forschungsgesellschaft für Gerontologie e.V. / Institut für Gerontologie an der TU Dortmund.

Landeshauptstadt Düsseldorf (Hrsg.) (2016): Jahresbericht der örtlichen Planung des Amtes für soziale Sicherung und Integration für die Jahre 2015 und 2016. [*Bericht*].

Landeshauptstadt Düsseldorf (Hrsg.) (2011): Pflegesituation in Düsseldorf. *Kommunale Sozialberichterstattung*. Düsseldorf.

Löber H & Krautmacher M (2017): Verbindliche Bedarfsplanung 01.05.2017 – 30.04.2020 für die Stadt Wuppertal. Februar 2017. Wuppertal: Stadt Wuppertal.

Martin M, Schlanstedt G, Teuber J & Volz D (2017): Pflegebedarfsplanung für den Kreis Coesfeld. [*Bericht*] Januar 2017. Köln: FOGS Gesellschaft für Forschung und Beratung im Gesundheits- und Sozialbereich.

Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V. (MDS) (2014): 4. Pflege- Qualitätsbericht des MDS nach § 114a Abs. 6 SGB XI. Qualität in der ambulanten und stationären Pflege.

Mennicken R (2013): Pflegebedarfsanalyse Rhein-Kreis Neuss. 28. November 2013. Institute for Health Care Business GmbH.

Oberbergischer Kreis (Hrsg.) (2014): Oberbergischer Kreis Kommunale Pflegeplanung 2014.

Rhein-Sieg-Kreis (2016): Pflegeplanung 2015. 08.09.2016.

Rheinisch-Bergischer Kreis (Hrsg.) (2015): Örtliche Planung Rheinisch-Bergischer Kreis 2015 - 2018. Bergisch Gladbach.

Rheinisch-Westfälisches Institut für Wirtschaftsforschung (2015): Erstellung des Entwurfs einer Pflege(bedarfs)planung für den Kreis Borken. [*Projektbericht*] 31. Juli 2015. Essen.

Rothgang H, Müller R, Runte R & Unger R (2017): Barmer GEK Pflegereport 2017. *Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Band 5*. Berlin.

- Rothgang H, Kalwitzki T, Müller R, Runte R & Unger R (2016): Barmer GEK Pflegereport 2016. November 2016. *Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Band 42*. Berlin.
- Rothgang H, Kalwitzki T, Müller R, Runte R & Unger R (2015): Barmer GEK Pflegereport 2015. November 2015. *Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Band 36*. Berlin.
- Rothgang H, Müller R, Unger R, Weiß C, Wolter A (2012): BARMER GEK Pflegereport 2012. *Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse Band 18*. Siegburg: Asgard Verlagsservice.
- Rüter A & Xhonneux S (2015): Kommunale Pflegeplanung für die StädteRegion Aachen 2015. [*Kommentierter Tabellenband*] September 2015.
- Schmitz A & Uske H (2016): Örtliche Alten- und Pflegebedarfsplanung des Kreises Recklinghausen. September 2016. Recklinghausen: Kreis Recklinghausen.
- Stadt Bielefeld (Hrsg.) (2016): Verbindliche Bedarfsplanung der Stadt Bielefeld für die stationären und teilstationären Pflegeplätze 2016-2018. Februar 2016. Bielefeld.
- Stadt Dortmund (Hrsg.) (2016): Pflegebericht und Fortschreibung der Bedarfsplanung für vollstationäre Pflegeeinrichtungen 2016 - 2018. [*Bericht*] Juli 2016. Dortmund.
- Stadt Essen (2017a): Angebote professioneller Pflege und Beratung in Essen. https://www.essen.de/rathaus/aemter/ordner_50/pflegeplanung_punkt_4.d_e.html [Abruf am: 17.08.2017].
- Stadt Essen (2017b): Bevölkerungsentwicklung und Entwicklung der Pflegebedürftigkeit als planerische Grundlage - statistische und methodische Grundlagen und Risiken. https://www.essen.de/rathaus/aemter/ordner_50/pflegeplanung_punkt_3.d_e.html [Abruf am: 17.08.2017].
- Stadt Essen (2016): Menschen in Pflege. Ergebnisse der Pflegestatistik 1999, 2011 und 2013. Mai 2016. *Statistisches Sonderheft, 1/2016* Essen.
- Stadt Hagen (Hrsg.) (2016): Alter und Pflege in Hagen: Pflegebedarfsplanung 2016 bis 2019. Mai 2016. Hagen.
- Stadt Hamm (Hrsg.) (2015): Verbindlicher Pflegebedarfsplan der Stadt Hamm für die Jahre 2015 – 2018. August 2015. Hamm.
- Stadt Herne (Hrsg.) (2016): Pflegeplan 2016. Herne.
-

- Stadt Krefeld (2017): Fortschreibung der verbindlichen Bedarfsplanung nach §7 Absatz 6 APG NRW für die Jahre 2017-2020 für die Stadt Krefeld. *Krefelder Amtsblatt* 72(11), 54-64.
- Stadt Krefeld (Hrsg.) (2012): Kommunale Pflegeplanung für die Stadt Krefeld (Stand 2011/2012). Krefeld.
- Stadt Leverkusen (2016): Stadt Leverkusen Pflegeplanung gem. § 7 APG NRW. [*Präsentation*].
- Stadt Mönchengladbach (Hrsg.) (2017): Kommunale Pflegeplanung für die Stadt Mönchengladbach gemäß § 7 Alten- und Pflegegesetz NRW (APG NRW) 01.04.2017 – 31.03.2020.
- Stadt Münster (Hrsg.) (2016): Kommunaler Pflegebedarfsplan für Münster 2016 – 2019. Münster.
- Stadt Remscheid (Hrsg.) (2016): „Örtliche Planung“ gemäß § 7 Alten- und Pflegegesetz Nordrhein-Westfalen (APG NRW) am Stichtag 31.12.2015. Bericht zur Situation der Versorgung unterstützungsbedürftiger / pflegebedürftiger Menschen in Remscheid aus Sicht des örtlichen Sozialhilfeträgers. [*Bericht*] September 2016. Remscheid.
- Wingenfeld K, Engels D, Kleina T, Fran S, Mehlan S und Engel H (2011): Entwicklung und Erprobung von Instrumenten zur Erprobung von Instrumenten zur Beurteilung der Ergebnisqualität in der stationären Altenhilfe. Abschlussbericht. Bielefeld/Köln 2011
- Witte S (2016): Kommunale Pflegeplanung 2016 bis 2018. Bochum.
- Zakel H (2016): Pflegebedarfsplan Kreis Unna 2016. 13.05.2016. Kreis Unna.
-

11. Anhang

Anhang 1: Fragebogen Einrichtungen in NRW

Anhang 2: Fragebogen Pflegestützpunkte NRW

Anhang 3: Fragebogen Sozialdienste NRW

Befragung zur Situation der Kurzzeitpflege in Nordrhein-Westfalen - Einrichtungen

Sehr geehrte Damen und Herren,
die Sicherung der ambulanten pflegerischen Versorgung von Pflegebedürftigen in ihrer gewohnten häuslichen Umgebung stellt ein wesentliches gesundheitspolitisches Ziel dar. Aufgrund vermehrter Anzeichen von Engpässen bei Kurzzeitpflegeplätzen hat das Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes NRW eine Untersuchung zum aktuellen Stand und zu den Bedarfen in der Kurzzeitpflege in NRW in Auftrag gegeben.

Mit diesem Kurzfragebogen sollen in erster Linie ergänzende Angaben zu den bereits vorliegenden Strukturdaten erhoben werden, um herausarbeiten zu können, inwieweit die vorgehaltenen Kapazitäten für Kurzzeitpflege in den einzelnen Regionen die Nachfrage decken. Darüber hinaus dient die Befragung der Ermittlung von Informationen zur Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung von Kurzzeitpflegegästen.

Mit Ihren Antworten in diesem Fragebogen tragen Sie zum besseren Verständnis der Versorgungssituation bei. Dies bildet die Grundlage für die bedarfsgerechte Weiterentwicklung der Rahmenbedingungen für die Kurzzeitpflege in Nordrhein-Westfalen.

Das Ausfüllen des Fragebogens dauert circa 30 Minuten. Die Beantwortung des Fragebogens kann unterbrochen und später wieder aufgenommen werden. Um nach einer Unterbrechung die Befragung fortführen zu können, notieren Sie sich bitte das Passwort, welches Ihnen auf der nächsten Seite bzw. im weiteren Verlauf in der Fußzeile angezeigt wird.

Herzlichen Dank im Voraus für Ihre Unterstützung!

Kontaktadresse für Rückfragen: pflgebefragung@iges.com

Laufzeit: 25.10.2017 – 15.11.2017

Thema		Frage	Antwortkategorien
Region	1 (alle)	In welchem Kreis/welcher kreisfreien Stadt befindet sich Ihre Einrichtung? [Bitte wählen Sie eine Antwort aus]	53 Kreise/kreisfreie Städte auflisten
Träger	2 (alle)	Art der Trägerschaft der Einrichtung: [Bitte wählen Sie eine Antwort aus]	Öffentlich freigemeinnützig privat

Verbund	3 (alle)	Hält der Träger Ihrer Einrichtung in Ihrer Stadt/Gemeinde folgende weitere Einrichtungen vor: [Bitte wählen Sie alle zutreffenden aus]	Ambulanter Pflegedienst Tages-/Nachtpflege Stationäre Langzeitpflege Hospiz/Palliativeinrichtung Rehabilitationseinrichtung Akutkrankenhaus Sonstige (z. B. Pflege-WG, betreutes Wohnen) keine
Platzzahl	4 (alle)	Unsere Einrichtung bietet: [einzige Pflichtfrage]	a) solitäre Kurzzeitpflegeplätze an [trifft zu] / [Freitext] Anzahl der Plätze b) Kurzzeitpflegeplätze als Abteilung/Station (sog. Angebundene Kurzzeitpflege mit eigener IK-Nummer an [trifft zu] / [Freitext] Anzahl der Plätze c) eingestreute Kurzzeitpflegeplätze an [trifft zu] / [Freitext] Anzahl der Plätze d) vollstationäre Dauerpflegeplätze an [trifft zu] / [Freitext] Anzahl der Plätze
Auslastung	5 (alle)	Bitte geben Sie die Anzahl der Aufnahmen für die Kurzzeitpflege (einschl. Verhinderungspflege) an:	Im Jahr 2015: Freitext (Anzahl) Im Jahr 2016: Freitext (Anzahl)
Auslastung	6 (a+b)	(Nur a) solitär und b) Abteilung/Station): Bitte geben Sie die durchschnittliche Auslastung Ihrer Kurzzeitpflegeeinrichtung/der Abteilung/Station Kurzzeitpflege an:	Im Jahr 2015: Freitext (%) Im Jahr 2016: Freitext (%)
Auslastung	7 (c)	(Nur c) eingestreut): Wurden die eingestreuten Kurzzeitpflegeplätze ausschließlich für Kurzzeit-/Verhinderungspflegefälle genutzt?	Im Jahr 2015: Ja - Nein Im Jahr 2016: Ja - Nein (wenn eine oder beide Fragen mit nein beantwortet wurden, dann weiter mit Frage 8 UND 9)
Auslastung	8 (c)	(Nur c) eingestreut): Falls nein –)Wie hoch war jeweils die Zahl der Belegungstage mit Kurzzeit-/Verhinderungspflege bei Ihren eingestreuten Kurzzeitpflegeplätzen?	Im Jahr 2015: Freitext (Anzahl) Im Jahr 2016: Freitext (Anzahl)

Auslastung	9 (c)	(Nur c) eingestreut: Falls nein) – Mussten Anfragen nach Kurzzeit-/Verhinderungspflege bei den eingestreuten Kurzzeitpflegeplätzen abgewiesen werden?	Im Jahr 2015: Ja häufig/ ja – nur in Einzelfällen /Nein Im Jahr 2016: Ja häufig/ ja– nur in Einzelfällen /Nein
Struktur der KZP-Gäste	10 (alle)	Welche Anlässe führten zu einer Aufnahme in die Kurzzeitpflege? [Bitte geben Sie prozentuale Anteile an – Schätzwerte möglich]	<p>Im Jahr 2015: Im Anschluss an einen Krankenhausaufenthalt (bei pflegebedürftigen Personen): ____ (%) Häusliche Krisensituation (Verschlechterung des Gesundheitszustandes o. ä.): ____ (%) Verhinderungs- und Kurzzeitpflege (Urlaub oder Krankheit der Pflegeperson): ____ (%) Kurzzeitpflege bei fehlender Pflegebedürftigkeit (§ 39 c SGB V): ____ (%) Sonstige: ____ (%), und zwar: Freitext</p> <p>Im Jahr 2016: Im Anschluss an einen Krankenhausaufenthalt (bei pflegebedürftigen Personen): ____ (%) Häusliche Krisensituation (Verschlechterung des Gesundheitszustandes o. ä.): ____ (%) Verhinderungspflege (Urlaub oder Abwesenheit der Pflegeperson): ____ (%) Kurzzeitpflege bei fehlender Pflegebedürftigkeit (§ 39 c SGB V): ____ (%) Sonstige: ____ (%), und zwar: Freitext</p>
Struktur der KZP-Gäste	11 (alle)	Welche Pflegestufen hatten die in Ihrer Kurzzeitpflegeeinrichtung versorgten Pflegegäste bei Aufnahme? [Bitte geben Sie die Anzahl an]	<p>Im Jahr 2015: Keine Pflegestufe: Freitext Pflegestufe 1: Freitext Pflegestufe 2: Freitext Pflegestufe 3: Freitext Pflegestufe 3 + Härtefall: Freitext</p> <p>Im Jahr 2016: Keine Pflegestufe: Freitext Pflegestufe 1: Freitext Pflegestufe 2: Freitext Pflegestufe 3: Freitext Pflegestufe 3 + Härtefall: Freitext</p>

Spezialisierung	12 (alle)	Ist Ihre Kurzzeitpflege auf einen oder mehrere bestimmte Personenkreise spezialisiert?	Ja – bitte Personenkreis(e) benennen: Freitext Nein
Struktur der KZP-Gäste	13 (alle)	Wie hoch ist die durchschnittliche Aufenthaltsdauer der Kurzzeitpflegegäste? [Bitte geben Sie die Anzahl in Tagen an]	Durchschnittlich _____ Tag(e) Die Bandbreite reicht von _____ Tagen (Minimum) bis _____ Tagen (Maximum).
Struktur der KZP-Gäste	14 (alle)	Wohin wurden Ihre Pfleg Gäste entlassen bzw. verlegt? [Bitte geben Sie prozentuale Anteile an – Schätzwerte möglich]	Im Jahr 2015: In die Häuslichkeit: _____ (%) In eine stationäre Langzeitpflege, Pflege-WG oder Hospiz: _____ (%) Akutkrankenhaus oder Rehabilitationseinrichtung: _____ (%) Während Kurzzeitpflege verstorben: _____ (%) Im Jahr 2016: In die Häuslichkeit: _____ (%) In eine stationäre Langzeitpflege, Pflege-WG oder Hospiz: _____ (%) Akutkrankenhaus oder Rehabilitationseinrichtung: _____ (%) Während Kurzzeitpflege verstorben: _____ (%)
Versorgungskonzept	15 (alle)	Verfügt Ihre Einrichtung über ein spezielles Pflegekonzept für Kurzzeitpflegegäste?	Ja – bitte kurz ausführen (Freitext) Nein
Überleitung	16 (alle)	Bitte schätzen Sie den Anteil Ihrer Kurzzeitpflegegäste ein, deren weiterer Verbleib nach dem Aufenthalt in Ihrer Einrichtung bei Aufnahme noch nicht geklärt ist. [Bitte geben Sie den Anteil in Prozent an]	_____ (%)

Überleitung	17 (alle)	Haben Sie ein konkretes Konzept/standardisiertes Verfahren für das Überleitungs-/Entlassmanagement der Kurzzeitpflegegäste?	Ja - bitte kurz ausführen (Freitext) Nein
Personal/Leitung	18 (a+b)	<i>(Nur a) solitär und b) Abteilung/Station:)</i> Wie ist die aktuelle personelle Ausstattung Ihrer Kurzzeitpflegeeinrichtung/Abteilung? [Bitte geben Sie die Anzahl der Mitarbeitenden und jeweils deren Umrechnung in Vollzeitstellen an]	Pflegerische Leitungskräfte: _____ (Anzahl) mit insgesamt _____ Vollzeitstellen Pflegefachkräfte: _____ (Anzahl) mit insgesamt _____ Vollzeitstellen Pflegehilfskräfte: _____ (Anzahl) mit insgesamt _____ Vollzeitstellen Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter: _____ (Anzahl) mit insgesamt _____ Vollzeitstellen Ergo- oder Physiotherapeuten / -innen: _____ (Anzahl) mit insgesamt _____ Vollzeitstellen Betreuungskräfte nach § 87b: _____ (Anzahl) mit insgesamt _____ Vollzeitstellen Sonstige Beschäftigte: _____ (Anzahl) mit insgesamt _____ Vollzeitstellen
Personal/Leitung	19 (a+b)	<i>(Nur a) solitär und b) Abteilung/Station:)</i> Ist die pflegerische Leitung ausschließlich für die Kurzzeitpflegeeinrichtung/-station zuständig?	Ja Nein
Personal	20 (c)	<i>(Nur c) eingestreute Kurzzeitpflege:)</i> Unterscheidet sich der Personaleinsatz für Kurzzeitpflegegäste (eingestreute Plätze) grundsätzlich von dem für die anderen Bewohner?	Ja – bitte kurz ausführen: Freitext Nein
Wirtschaftlichkeit	21 (a)	<i>(Nur a) solitär:)</i> Konnte Ihre Einrichtung in den letzten beiden Jahren ein ausgeglichenes wirtschaftliches Ergebnis erreichen (keine Defizite)?	Im Jahr 2015: Ja - Nein Im Jahr 2016: Ja - Nein
Wirtschaftlichkeit	22 (a)	<i>(Nur a) solitär:)</i> Wie hoch war jeweils die Belegungs-/Auslastungsquote?	Im Jahr 2015: _____ (in Prozent) Im Jahr 2016: _____ (in Prozent)

Wirtschaftlichkeit	23 (a)	<i>(Nur a) solitär:)</i> Gibt es große saisonale Schwankungen der Nachfrage nach Kurzzeit-/Verhinderungspflege?	Ja (Falls ja, weiter mit Frage 24) Nein, die Nachfrage ist relativ konstant im Jahresverlauf.
Wirtschaftlichkeit	24 (a)	<i>(Nur a) solitär:)</i> Falls ja: Wie ist die durchschnittliche Auslastung in den Monaten...	Auflistung Januar bis Dezember/Skala eher niedrig/normal/eher hoch
Wirtschaftlichkeit	25 (a)	<i>(Nur a) solitär:)</i> Wie schätzen Sie die weitere wirtschaftliche Entwicklung für Ihre Kurzzeitpflegeeinrichtung ein?	Positiv – die Rahmenbedingungen ermöglichen einen wirtschaftlichen Betrieb unserer Einrichtung. Schwierig - die derzeitigen Rahmenbedingungen erschweren einen wirtschaftlichen Betrieb unserer Einrichtung, insbesondere aufgrund folgender Aspekte: _____ (bitte nennen Sie konkrete Ursachen). Keine Einschätzung möglich.
Wirtschaftlichkeit	26 (b)	<i>(Nur b) Kurzzeitpflege-Abteilung/Station:)</i> Wird die (angebundene) Kurzzeitpflege organisatorisch und wirtschaftlich selbständig geführt?	Ja (Falls ja, weiter mit Frage 27) Nein
Wirtschaftlichkeit	27 (b)	<i>(Nur b) Kurzzeitpflege-Abteilung/Station:)</i> Falls ja: Konnte Ihre angebundene Kurzzeitpflegeabteilung in den letzten beiden Jahren ein ausgeglichenes wirtschaftliches Ergebnis erreichen (keine Defizite)?	Im Jahr 2015: Ja - Nein Im Jahr 2016: Ja - Nein
Wirtschaftlichkeit	28 (b)	<i>(Nur b) Kurzzeitpflege-Abteilung/Station:)</i> Wie hoch war jeweils die Belegungs-/Auslastungsquote der angebotenen Kurzzeitpflegeabteilung?	Im Jahr 2015: _____ (in Prozent) Im Jahr 2016: _____ (in Prozent)

Wirtschaftlichkeit	29 (b)	<i>(Nur b) Kurzzeitpflege-Abteilung/Station:)</i> Gibt es große saisonale Schwankungen der Nachfrage nach Kurzzeit-/Verhinderungspflege in Ihrer angebundenen Kurzzeitpflegeabteilung?	Ja (falls ja, weiter mit Frage 30) Nein, die Nachfrage ist relativ konstant im Jahresverlauf.
Wirtschaftlichkeit	30 (b)	<i>(Nur b) Kurzzeitpflege-Abteilung/Station:)</i> Wie ist die durchschnittliche Auslastung in den Monaten...	Auflistung Januar bis Dezember/Skala eher niedrig/normal/eher hoch
Wirtschaftlichkeit	31 (b)	<i>(Nur b) Kurzzeitpflege-Abteilung/Station:)</i> Wie schätzen Sie die weitere wirtschaftliche Entwicklung für Ihre angebundene Kurzzeitpflegeabteilung ein?	Positiv – die Rahmenbedingungen ermöglichen einen wirtschaftlichen Betrieb unserer Einrichtung. Schwierig - die derzeitigen Rahmenbedingungen erschweren einen wirtschaftlichen Betrieb unserer Einrichtung, insbesondere aufgrund folgender Aspekte: _____ (bitte nennen Sie konkrete Ursachen). Keine Einschätzung möglich.
Ausblick	32 (alle)	Ist mittelfristig eine Erhöhung/Verringerung der Zahl der Kurzzeitpflegeplätze in Ihrer Einrichtung geplant?	Ja – Erhöhung um _____ (Anzahl) Plätze Ja - Verringerung um _____ (Anzahl) Plätze (hier ebenso) Nein Noch ungewiss – eher Erhöhung Noch ungewiss - eher Verringerung
Ausblick	33 (alle)	Welche Maßnahmen sollten Ihrer Meinung nach zur Weiterentwicklung der Kurzzeitpflege ergriffen werden?	Freitext

Soziodemografische Angaben	34 (alle)	In welcher Position sind Sie vorwiegend in Ihrer Einrichtung tätig? [Bitte wählen Sie eine Antwort aus]	Geschäftsführung/Einrichtungsleitung Pflegedienstleitung (einschl. Stellvertretung) Controlling Qualitätsmanagement Sonstiges (bitte benennen): _____
Soziodemografische Angaben	35 (alle)	Wie lange sind Sie bereits im Bereich stationäre Pflege tätig?	Weniger als 5 Jahre 6-10 Jahre Mehr als 10 Jahre

Ich stehe bei Bedarf für ein vertiefendes Interview (telefonisch, im November 2017) zur Verfügung:

Name: _____ Erreichbarkeit: Telefon – E-Mail

Vielen Dank für Ihre Teilnahme!

Befragung zur Situation der Kurzzeitpflege in Nordrhein-Westfalen - Pflegestützpunkte

Sehr geehrte Damen und Herren,
 die Sicherung der ambulanten pflegerischen Versorgung von Pflegebedürftigen in ihrer gewohnten häuslichen Umgebung stellt ein wesentliches gesundheitspolitisches Ziel dar. Aufgrund vermehrter Anzeichen von Engpässen bei **Kurzzeitpflegeplätzen** hat das Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes NRW eine Untersuchung zum aktuellen Stand und zu den Bedarfen in der Kurzzeitpflege in NRW in Auftrag gegeben.

Mit diesem Kurzfragebogen bitten wir um Ihre Einschätzung zu Angebot und Nachfrage von stationären Kurzzeitpflegeplätzen in Ihrer Region.

Mit Ihren Antworten in diesem Fragebogen tragen Sie zum besseren Verständnis der Versorgungssituation bei. Dies bildet die Grundlage für die bedarfsgerechte Weiterentwicklung der Rahmenbedingungen für die Kurzzeitpflege in Nordrhein-Westfalen.

Das Ausfüllen des Fragebogens dauert circa 10-15 Minuten. Die Beantwortung des Fragebogens kann unterbrochen und später wieder aufgenommen werden. Um nach einer Unterbrechung die Befragung fortführen zu können, notieren Sie sich bitte das Passwort, welches Ihnen auf der nächsten Seite bzw. im weiteren Verlauf in der Fußzeile angezeigt wird.

Herzlichen Dank im Voraus für Ihre Unterstützung!

Kontaktadresse für Rückfragen: pflgebefragung@iges.com

Laufzeit: 03.11.2017 – 17.11.2017

Thema		Frage	Antwortkategorien
Region	1 (optional)	In welchem Kreis/welcher kreisfreien Stadt befindet sich Ihr Pflegestützpunkt? [Bitte wählen Sie eine Antwort aus]	53 Kreise/kreisfreie Städte

Bedarfe KZP	2 (optional)	In einer bundesweiten Befragung zur Pflegeberatung 2016 wurde ermittelt, dass die Inanspruchnahme von Kurzzeit- bzw. Verhinderungspflege in jedem vierten Beratungsfall zu den vereinbarten Maßnahmen gehört. Wie häufig ist dies schätzungsweise in Ihrem Pflegestützpunkt der Fall? [Bitte wählen Sie eine Antwort aus]	Die Inanspruchnahme von Kurzzeit- bzw. Verhinderungspflege wird bei uns im Pflegestützpunkt bei weniger als einem Viertel der Beratungen vereinbart. bei rund einem Viertel der Beratungen vereinbart. bei mehr als einem Viertel der Beratungen vereinbart. Weiß nicht
Nachfrage KZP	3 (optional)	Haben konkrete Anfragen von Pflegebedürftigen/Angehörigen nach einem freien Kurzzeitpflegeplatz in den letzten zwölf Monaten zugenommen? [Bitte wählen Sie eine Antwort aus]	Ja, deutlich Ja, leicht. Nein. Weiß nicht.
Nachfrage KZP	4 (optional)	Erhalten Sie auch von Sozialdiensten der Krankenhäuser Anfragen zu freien Kurzzeitpflegeplätzen? [Bitte wählen Sie eine Antwort aus]	Ja (falls ja, weiter mit Frage 5) Nein
Nachfrage KZP	5 (optional)	(Falls ja:) Haben diese in den letzten zwölf Monaten zugenommen? [Bitte wählen Sie eine Antwort aus]	Ja, deutlich Ja, leicht. Nein. Weiß nicht.
Nachfrage KZP	6 (optional)	Ist die Nachfrage nach freien Kurzzeitpflegeplätzen aus Sicht Ihres Pflegestützpunktes saisonal schwankend?	Ja (falls ja, weiter mit Frage 7) Nein
Nachfrage KZP	7 (optional)	(Falls ja:) Die Nachfrage ist... [Bitte schätzen Sie ein]	Januar-Dezember auflisten/Skala: eher hoch/normal/ eher gering

Nachfrage KZP	8 (optional)	Unterstützen Sie Pflegebedürftige bzw. deren Angehörige aktiv bei der Suche nach einem geeigneten Kurzzeitpflegeplatz? [Bitte wählen Sie eine Antwort aus]	Ja (falls ja, weiter mit Frage 9) Nein Anmerkung: [Freitext]
Nachfrage KZP	9 (optional)	(Falls ja:) Wie unterstützen Sie die Pflegebedürftigen oder Angehörigen bei der Suche nach geeigneten Kurzzeitpflegeplätzen? [Bitte wählen Sie alle zutreffenden aus]	Weitergabe von Adressen der regional vorhandenen Angebote Wir nehmen selbst Kontakt zu den Einrichtungen mit Kurzzeitpflegeplätzen auf. Sonstige: Bitte nennen [Freitext]
Angebot KZP	10 (optional)	Haben Sie meist einen relativ aktuellen Überblick über freie Kurzzeitpflegeplätze in Ihrer Region? [Bitte wählen Sie alle zutreffenden aus]	Ja (falls ja, weiter mit Frage 11) Nein Anmerkung: [Freitext]
Angebot KZP	11 (optional)	(falls ja:) Durch wen oder was wird Ihnen ein aktueller Überblick zu freien Kurzzeitpflegeplätzen in der Region zur Verfügung gestellt? [Bitte wählen Sie alle zutreffenden aus]	Wir haben Zugriff auf ein Online-Portal: Bitte nennen Sie das Portal [Freitext] Wir erhalten Informationen über einen Email-Verteiler. Die Einrichtungen geben uns in regelmäßigen Abständen Rückmeldung. Sonstige: [Freitext]
Angebot KZP	12 (optional)	Kommt es vor, dass Pflegebedürftige bzw. deren Angehörige keinen freien Kurzzeitpflegeplatz in der Region finden? [Bitte wählen Sie alle zutreffenden aus]	selten gelegentlich oft Anmerkung: [Freitext]

Angebot KZP	13 (optional)	Wie lang müssen Pflegebedürftige in ihrer Region durchschnittlich auf einen freien Kurzzeitpflegeplatz warten (unabhängig von der Wunscheinrichtung)? [Bitte wählen Sie eine Antwort aus]	unter 1 Woche/keine Wartezeit 1-2 Wochen 3-4 Wochen 5-6 Wochen mehr
Einschätzung Versorgungssituation	14 (optional)	Die in unserer Region zur Verfügung stehenden Kapazitäten für stationäre Kurzzeitpflege sind aus Sicht des Pflegestützpunktes [Bitte wählen Sie alle zutreffenden aus]	ausreichend nicht ausreichend weiß nicht ergänzende Anmerkung: [Freitext]
Ausblick	15 (optional)	Wie schätzen Sie die Qualität der Versorgung in der Kurzzeitpflege in Ihrer Region ein?	Freitext
Ausblick	16 (optional)	Welche Maßnahmen sollten Ihrer Meinung nach zur Weiterentwicklung der Kurzzeitpflege ergriffen werden?	Freitext
Soziodemografische Angaben	17 (optional)	Wie lautet Ihre berufliche Grundqualifikation? [Bitte wählen Sie eine Antwort aus]	Sozialversicherungsfachangestellte/r Pflegefachkraft (Gesundheits- und Kranken- sowie Altenpflege) Sozialarbeit/-pädagogik Verwaltungsfachangestellte/r Sonstige: [Freitext]
Soziodemografische Angaben	18 (optional)	Wie lange sind Sie bereits in der Pflegeberatung in Ihrer Region tätig?	Weniger als 3 Jahre 4-6 Jahre Mehr als 6 Jahre

Ich stehe bei Bedarf für ein vertiefendes Interview (telefonisch, im November 2017) zur Verfügung:

Name:

Erreichbarkeit: Telefon – E-Mail

Befragung zur Situation der Kurzzeitpflege in Nordrhein-Westfalen – Krankenhäuser/Sozialdienste

Sehr geehrte Damen und Herren,
die Sicherung der nachstationären Versorgung von Patienten mit Pflegebedarf mit dem Ziel, den weiteren Verbleib in der eigenen Häuslichkeit zu ermöglichen, stellt ein wesentliches gesundheitspolitisches Ziel dar. Aufgrund vermehrter Anzeichen von Engpässen bei **Kurzzeitpflegeplätzen** hat das Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes NRW eine Untersuchung zum aktuellen Stand und zu den Bedarfen in der Kurzzeitpflege in NRW in Auftrag gegeben.

Mit diesem Kurzfragebogen bitten wir um Ihre Einschätzung zu Angebot und Nachfrage von stationären Kurzzeitpflegeplätzen in Ihrer Region.

Mit Ihren Antworten in diesem Fragebogen tragen Sie zum besseren Verständnis der Versorgungssituation bei. Dies bildet die Grundlage für die bedarfsgerechte Weiterentwicklung der Rahmenbedingungen für die Kurzzeitpflege in Nordrhein-Westfalen.

Das Ausfüllen des Fragebogens dauert circa 10-15 Minuten. Die Beantwortung des Fragebogens kann unterbrochen und später wieder aufgenommen werden. Um nach einer Unterbrechung die Befragung fortführen zu können, notieren Sie sich bitte das Passwort, welches Ihnen auf der nächsten Seite bzw. im weiteren Verlauf in der Fußzeile angezeigt wird.

Herzlichen Dank im Voraus für Ihre Unterstützung!

Kontaktadresse für Rückfragen: pflagebefragung@iges.com, Claudia Pflug, Tel.: +49 30 230 809 454

Laufzeit: 17.11.2017 – 01.12.2017

Thema		Frage	Antwortkategorien
Region	1 (optional)	In welchem Kreis/welcher kreisfreien Stadt befindet sich Ihr Krankenhaus? [Bitte wählen Sie eine Antwort aus]	53 Kreise/kreisfreie Städte
Bedarfe KZP	2 (optional)	Wie viele Fälle wurden im Jahr 2016 vom Sozialdienst in die Anschlussversorgung „Kurzzeitpflege“ weitergeleitet? (Ggf. Schätzung) [Bitte wählen Sie eine Antwort aus]	Anzahl Fälle mit der Anschlussversorgung Kurzzeitpflege: [Freitext] Weiß nicht

Nachfrage KZP	3 (optional)	Hat die Anzahl der Überleitungen in die Kurzzeitpflege nach Ihrer Einschätzung im Jahr 2016 zugenommen? [Bitte wählen Sie eine Antwort aus]	Ja, deutlich. Ja, leicht. Nein. Weiß nicht.
Bedarf KZP	4 (optional)	Welche Gründe machen eine Anschlussversorgung in der Kurzzeitpflege erforderlich? [Bitte kreuzen Sie jeweils eine Antwortmöglichkeit an]	Pro Kategorie folgende Antwortoptionen: oft – manchmal – eher selten Bescheid über Leistungen zur medizinischen Rehabilitation liegt noch nicht vor. Patient/in wartet auf einen freien Platz in der Rehabilitation. Patient/in wartet auf einen freien Platz in einem Pflegeheim. Weiterversorgung zu Hause nicht sichergestellt, weil keine Versorgung durch Angehörige möglich. Weiterversorgung zu Hause nicht sichergestellt, weil der medizinisch-pflegerische Versorgungsbedarf noch zu hoch ist. Weiterversorgung zu Hause nicht sichergestellt, weil Patient/in noch immobil ist. Art der Weiterversorgung noch nicht geklärt.
Bedarf KZP	5 (optional)	Gibt es weitere Gründe, die eine Anschlussversorgung in der Kurzzeitpflege erforderlich machen?	Freitext
Nachfrage KZP	6 (optional)	Unterstützen Sie Pflegebedürftige bzw. deren Angehörige aktiv bei der Suche nach einem geeigneten Kurzzeitpflegeplatz? [Bitte wählen Sie eine Antwort aus]	Ja, Anmerkung: Freitext (falls ja, weiter mit Frage 7) Nein, Anmerkung: Freitext
Nachfrage KZP	7 (optional)	(Falls ja in Frage 6:) Wie unterstützen Sie die Pflegebedürftigen oder Angehörigen bei der Suche nach geeigneten Kurzzeitpflegeplätzen? [Bitte kreuzen Sie jeweils eine Antwortoption an]	Pro Kategorie folgende Antwortoptionen: meistens – nur in einigen Fällen - nie Weitergabe von Adressen der regional vorhandenen Angebote. Wir nehmen selbst Kontakt zu Einrichtungen mit Kurzzeitpflegeplätzen auf. Wir nehmen Kontakt zum regionalen Pflegestützpunkt auf. Sonstiges: Bitte nennen [Freitext]

Nachfrage KZP	8 (optional)	Gibt es noch weitere Maßnahmen mit denen Sie die Angehörigen bei der Suche nach geeigneten Kurzzeitpflegeplätzen unterstützen?	Freitext
Angebot KZP	9 (optional)	Haben Sie meist einen relativ aktuellen Überblick über freie Kurzzeitpflegeplätze in Ihrer Region? [Bitte wählen Sie eine Antwort aus]	Ja, Anmerkung: [Freitext] (falls ja, weiter mit Frage 10) Nein, Anmerkung: [Freitext]
Angebot KZP	10 (optional)	(falls ja in Frage 9:) Wir erhalten Sie den aktuellen Überblick zu freien Kurzzeitpflegeplätzen in der Region? [Bitte wählen Sie alle zutreffenden Antwortoptionen aus]	Wir haben Zugriff auf ein Online-Portal: Bitte nennen Sie das Portal [Freitext] Wir fragen regelmäßig bei allen Einrichtungen in der Region nach. Die Einrichtungen geben uns von sich aus in regelmäßigen Abständen Rückmeldung. Wir haben mit einigen Einrichtungen Kooperationen vereinbart. Sonstiges: [Freitext]
Angebot KZP	11 (optional)	Hat der Zeitaufwand auf Seiten des Krankenhauses, einen freien Kurzzeitpflegeplatz in der Region zu finden, im Jahr 2016 zugenommen? [Bitte wählen Sie eine Antwort aus]	Ja, er hat im Jahr 2016 eher zugenommen, Anmerkung: [Freitext] Nein er ist im Jahr 2016 unverändert geblieben, Anmerkung: [Freitext] Nein er hat im Jahr 2016 eher abgenommen, Anmerkung: [Freitext]
Angebot KZP	12 (optional)	Gelingt es zeitnah einen freien Kurzzeitpflegeplatz zu finden? [Bitte wählen Sie eine Antwort aus]	Ja bzw. meistens., Anmerkung: [Freitext] Nein bzw. immer häufiger nicht, Anmerkung: [Freitext] (falls nein, weiter mit Frage 13)
Angebot KZP	13 (optional)	(falls nein in Frage 12): Wie wird verfahren, wenn kein Kurzzeitpflegeplatz gefunden wird? [Bitte wählen Sie eine Antwort aus]	Patient/in verbleibt länger als notwendig im Krankenhaus. Patient/in wird vorübergehend nach Hause entlassen. Sonstiges: [Freitext]
Einschätzung Versorgungssituation	14 (optional)	Die in unserer Region zur Verfügung stehenden Kapazitäten für stationäre Kurzzeitpflege sind aus Sicht des Krankenhauses [Bitte wählen Sie eine Antwort aus]	Ausreichend, Anmerkung: [Freitext] nicht ausreichend, Anmerkung: [Freitext] weiß nicht, Anmerkung: [Freitext]

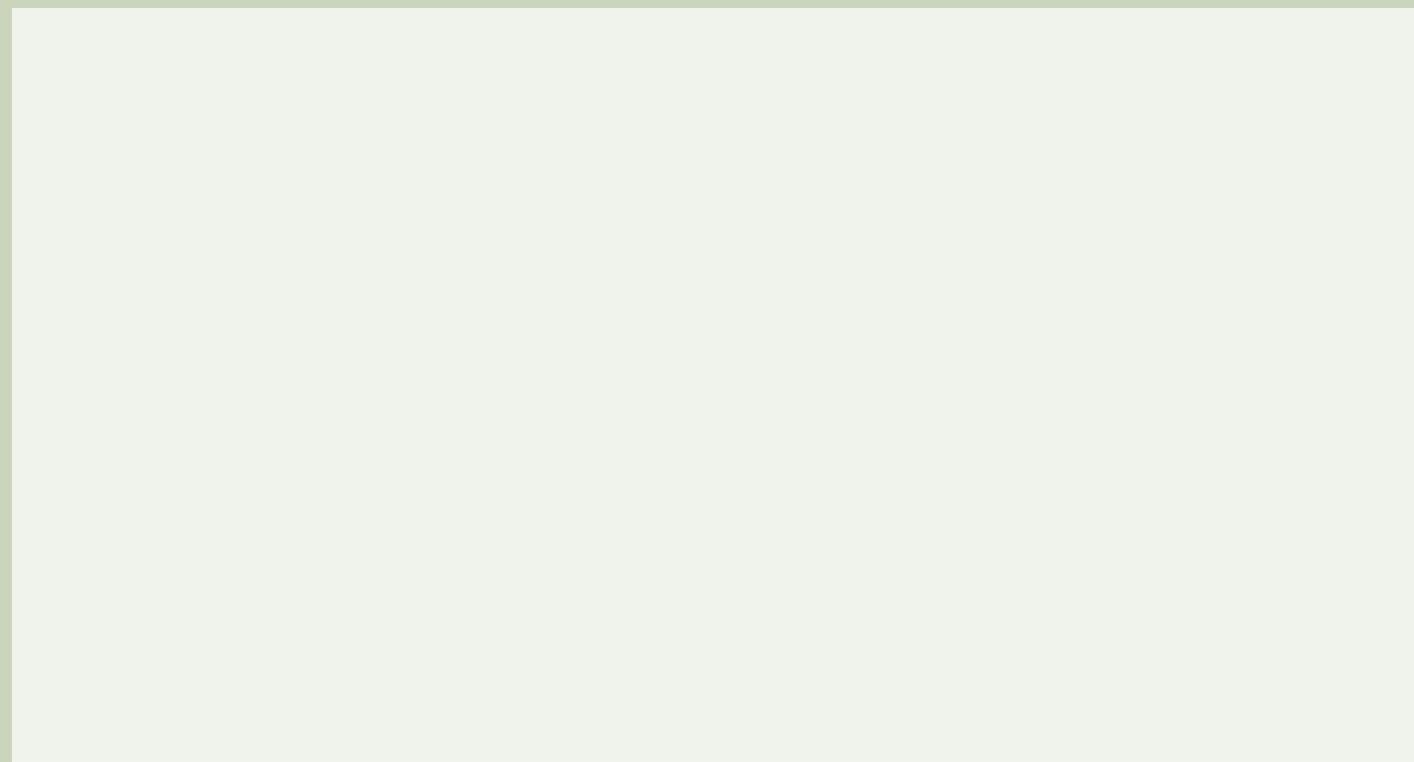
Einschätzung Versorgungssituation	15 (optional)	Wie schätzen Sie die Qualität der Versorgung in der Kurzzeitpflege in Ihrer Region ein?	Freitext
Ausblick	16 (optional)	Welche Maßnahmen sollten Ihrer Meinung nach zur Weiterentwicklung der Kurzzeitpflege ergriffen werden?	Freitext
Soziodemografische Angaben	17 (optional)	Wie lautet Ihre berufliche Grundqualifikation? [Bitte wählen Sie eine Antwort aus]	Pflegefachkraft (Gesundheits- und Kranken- sowie Altenpflege) Sozialarbeiter/in/-pädagog/in Sonstige: [Freitext]
Soziodemografische Angaben	18 (optional)	Wie viele Jahre sind Sie bereits in diesem Bereich in Ihrer Region tätig?	Weniger als 3 Jahre 4-6 Jahre Mehr als 6 Jahre

Ich stehe bei Bedarf für ein vertiefendes Interview (telefonisch, im November 2017) zur Verfügung:

Name:

Erreichbarkeit: Telefon – E-Mail

Vielen Dank für Ihre Teilnahme!



IGES Institut GmbH
Friedrichstraße 180
10117 Berlin
www.iges.com