



Landeshauptstadt
Düsseldorf

Jahresbericht
der örtlichen Planung
des Amtes für soziale
Sicherheit und
Integration für das
Jahr 2014

Gliederung

	Seite
1. Das „Gesetz zur Entwicklung und Stärkung einer demografiefesten, teilhabeorientierten Infrastruktur und zur Weiterentwicklung und Sicherung der Qualität von Wohn- und Betreuungsangeboten für ältere Menschen, pflegebedürftige Menschen, Menschen mit Behinderung und ihre Angehörigen“ (GEPA NRW)	6
2. Das Ziel des Jahresberichtes für das Jahr 2014, seine Abgrenzung zu anderen Berichten und seine Adressaten	7
3. Korrespondierende Daten und Berichterstattungen in Düsseldorf, Nordrhein-Westfalen und auf Bundesebene	9
4. Übersicht zu den Einrichtungen mit Relevanz für die Versorgung im Alter und bei Pflegebedürftigkeit am 15. Dezember 2014	11
4.1 Einrichtungen mit umfassendem Leistungsangebot (stationäre Einrichtungen der Altenpflege)	12
4.2 Ambulant betreute Wohngemeinschaften in der Altenpflege	13
4.3 Servicewohnen	13
4.4 Ambulante Pflege und Pflegedienste	14
4.5 Gasteinrichtungen	15
4.5.1 Tagespflegeeinrichtungen (Nachtpflege)	15
4.5.2 Hospize	15
4.5.3 Solitäre und eingestreute Kurzzeitpflegeeinrichtungen	15
4.6 Mahlzeiten- und hauswirtschaftliche Dienste	16
4.7 „zentren plus“	17
4.8 Pflege in Einrichtungen nach dem zwölften Sozialgesetzbuch – SGB XII – § 67 (Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe)	17

	Seite
5. Die Verteilung der Pflegebedürftigkeit nach Pflegestufen in Einrichtungen der Altenpflege in Düsseldorf	18
5.1 Die Bewohnerschaft nach Pflegestufen in der stationären Altenpflege	18
5.1.1 „Junge Pflege“ – Durchführung einer Erhebung zum Stichtag 30. September 2013	19
5.1.2 Fünfte Befragung zum Wechsel von der stationären Eingliederungshilfe in die stationäre Altenpflege nach Jahren und Altersgruppen	22
5.1.3 Fünfte Erhebung zu Bewohnerinnen und Bewohnern mit Migrationshintergrund in den Einrichtungen der stationären Altenpflege	24
5.2 Die Bewohnerschaft in anbieterverantworteten ambulant betreuten Wohngruppen	28
5.3 Die Patientinnen und Patienten nach Pflegestufen in der ambulanten Pflege	29
5.4 Die Gäste nach Pflegestufen in der Tagespflege	30
5.5 Die Gäste nach Pflegestufen in der Kurzzeitpflege	32
6. Fachkräfte und Nicht-Fachkräfte in Düsseldorfer Einrichtungen der Altenpflege	33
6.1 ... in der stationären Altenpflege	34
6.2 ... in anbieterverantworteten ambulant betreuten Wohngruppen	35
6.3 ... in der ambulanten Pflege	36
6.4 ... in der Tagespflege und Nachtpflege	36
6.5 ... in der Kurzzeitpflege	36

Gliederung

	Seite
7. Entwicklung der Ausbildungsplatzzahlen in der Altenpflege in Düsseldorf	37
8. Übersichten zur Pflegesituation und zur voraussichtlichen Entwicklung des stationären und teilstationären Bedarfs in den zehn Stadtbezirken	40
8.1 Situation und voraussichtliche Entwicklung des stationären Bedarfs	41
8.2 Zu den Berechnungsgrundlagen zur Ermittlung des stationären Bedarfs	43
8.3 Situation und voraussichtliche Entwicklung des teilstationären Bedarfs in der Tagespflege	45
8.4 Zu den Berechnungsgrundlagen zur Ermittlung des Bedarfs an Plätzen der Tagespflege	49
8.5 Situation und voraussichtliche Entwicklung des Bedarfs in den zehn Stadtbezirken	50
8.5.1 Stadtbezirk 1	51
8.5.2 Stadtbezirk 2	52
8.5.3 Stadtbezirk 3	53
8.5.4 Stadtbezirk 4	55
8.5.5 Stadtbezirk 5	56
8.5.6 Stadtbezirk 6	57
8.5.7 Stadtbezirk 7	58
8.5.8 Stadtbezirk 8	60
8.5.9 Stadtbezirk 9	61
8.5.10 Stadtbezirk 10	63
8.5.11 Zusammenfassung: Stadt insgesamt	64

	Seite
9. Fazit und Ausblick auf das Jahr 2015	66
Anlagen zum Jahresbericht der örtlichen Planung	69
a) Zur Situation und voraussichtlichen Entwicklung des stationären Bereichs	69
b) Zu den Berechnungsgrundlagen zur Ermittlung des stationären Bedarfs	72
c) Zu den Berechnungsgrundlagen zur Ermittlung des Bedarfs an Plätzen in der Tagespflege	73
Verzeichnis der im Jahresbericht der örtlichen Planung verwendeten Abkürzungen	75

1. Das „Gesetz zur Entwicklung und Stärkung einer demografie-festen, teilhabeorientierten Infrastruktur und zur Weiterentwicklung und Sicherung der Qualität von Wohn- und Betreuungsangeboten für ältere Menschen, pflegebedürftige Menschen, Menschen mit Behinderung und ihre Angehörigen“ (GEPA NRW)

Die Rechtsgrundlagen der örtlichen Planung ergeben sich aus dem GEPA NRW, einem Artikelgesetz vom 2. Oktober 2014. Die örtliche Planung wird geregelt in § 7 „Gesetz zur Weiterentwicklung des Landespflegerechtes und Sicherung einer unterstützenden Infrastruktur für ältere Menschen, pflegebedürftige Menschen und deren Angehörige“ (Alten- und Pflegegesetz Nordrhein-Westfalen – APG NRW).¹

Die örtliche Planung umfasst unter anderem die Bestandsaufnahme und die Feststellung, ob qualitativ und quantitativ ausreichend Angebote zur Verfügung stehen, verbunden mit der Klärung der Frage, ob und gegebenenfalls welche Maßnahmen zur Herstellung, Sicherung oder Weiterentwicklung von Angeboten erforderlich sind.

Ausgehend vom Sozialraumbezug dient sie der Weiterentwicklung der örtlichen Infrastruktur.

Die örtliche Planung korrespondiert eng mit der kommunalen Konferenz Alter und Pflege nach § 8 APG NRW, die unter anderem bei der kommunalen Pflegeplanung mitwirkt.

Für diesen Bericht sind, soweit es sich um die vorliegende Bestandsaufnahme der Angebote handelt, zunächst die Einrichtungen im Sinne des Wohn- und Teilhabegesetzes (WTG) maßgeblich.

Angebote im Sinne des WTG sind nach

- Kapitel 1 Einrichtungen mit umfassendem Leistungsangebot (Einrichtungen der vollstationären Dauerpflege),
- Kapitel 2 Wohngemeinschaften mit Betreuungsleistungen (anbieterverantwortete ambulant betreute Wohngruppen),
- Kapitel 3 Servicewohnen (betreutes Wohnen für Senioren etc.),
- Kapitel 4 Ambulante Dienste,
- Kapitel 5 Gasteinrichtungen (Einrichtungen der Tages- und Nachtpflege, Hospize und solitäre Kurzzeitpflegeeinrichtungen).

Der vorliegende Bericht wird darüber hinaus, wenn möglich, kurze Einblicke in die angrenzenden Bereiche mit Relevanz für ältere und pflegebedürftige Menschen geben.

¹ Das Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter (MGEPA) als für Pflege zuständiges Landesministerium veröffentlicht unter http://www.mgepa.nrw.de/pflege/rechtsgrundlagen_2014/index.php eine Auswahl über die in NRW für Pflege und Alter relevanten Gesetze, wie das GEPA.

2. Das Ziel des Jahresberichtes für das Jahr 2014, seine Abgrenzung zu anderen Berichten und seine Adressaten

Der Jahresbericht dient der kostenfreien Information der Öffentlichkeit. Die stichtagsbezogenen Ergebnisse der örtlichen Planung und die Umsetzung entsprechender Maßnahmen sind nach § 7 (4) APG NRW jedes zweite Jahr, beginnend mit dem Jahr 2015, verständlich sowohl im Internet als auch in anderer geeigneter Form kostenfrei zu veröffentlichen und darüber hinaus dem zuständigen Ministerium zur Verfügung zu stellen.²

Nach § 4 APG NRW sind die Kreise und kreisfreien Städte verpflichtet, eine den örtlichen Bedarfen entsprechende pflegerische Angebotsstruktur sicherzustellen. Insofern sind die kommunalen Gremien der Landeshauptstadt Adressaten dieses Berichtes. Ebenso ist es ein Ziel dieses Jahresberichtes, der kommunalen Konferenz Alter und Pflege die in § 8 (2) APG NRW vorgeschriebene Mitwirkung an der kommunalen Pflegeplanung zu ermöglichen.

Die örtliche Planung korrespondiert eng mit der kommunalen Konferenz Alter und Pflege. Diese hat nach § 8 (5) APG NRW über die Ergebnisse ihrer Beratungen dem zuständigen Ministerium zum 31. Dezember eines jeden Jahres zu berichten. Angesichts dieser Anforderungen und entsprechend der Sicherung aktueller Informationen wird für Düsseldorf auch der Bericht der örtlichen Planung jährlich, parallel zum Bericht über die Ergebnisse der Beratungen der Konferenz Alter und Pflege, erstellt und veröffentlicht.

Der Jahresbericht der örtlichen Planung für das Jahr 2014 knüpft an die im Mai 2012 vorgestellte „Einschätzung des Bedarfs an Pflegeeinrichtungen bis 2015“ und folgende Teilübersichten an, die die Pflegekonferenz (jetzt Konferenz Alter und Pflege) zur Kenntnis genommen hat. Zugleich werden Übersichten und Daten fortgeschrieben, die bisher im jährlichen Tätigkeitsbericht der zuständigen Behörde für die Durchführung des WTG – Heimaufsicht – aufgenommen worden waren.³ Sie bilden, als Teil der Bestandsaufnahme über das vorhandene pflegerische Angebot in der Stadt, die Grundlage der Überprüfung, ob dieses Angebot qualitativ und quantitativ ausreichend ist. Diese Daten sind somit eine Voraussetzung für die gegebenenfalls – initiiert durch die Stadt – zu ergreifenden Maßnahmen zur Sicherung und Weiterentwicklung des Hilfeangebotes entsprechend der Regelungen des APG NRW.

Der Tätigkeitsbericht der WTG-Behörde nach § 14 (11) WTG nimmt für sich weiterhin einen separaten Platz ein.

² vgl. § 7 (5) APG NRW.

³ Die Daten zur Anzahl der Einrichtungen, ihren Platzzahlen, den Zahlen der betreuten Patientinnen und Patienten im Bereich der voll- und teilstationären sowie ambulanten Pflege basieren auf der eigenen Stichtagserhebung zum 15. Dezember 2014 und den in diesem Rahmen von den Betreibern gelieferten Angaben. Dabei kann von einem vollständigen Überblick ausgegangen werden, da alle Bereiche vollständig zurückgemeldet haben.

In Bezug auf die Anforderungen und Ziele einer altengerechten Quartiersentwicklung nimmt dieser Jahresbericht nur marginal Stellung. Die umfassende Analyse zu dieser Thematik bringt jährlich der Controllingbericht über die Arbeit der „zentren *plus*“.⁴ Er beinhaltet unter anderem die Bilanz der Umsetzung der Zielvereinbarungen ihrer sozialräumlichen Arbeit.

Der Bericht hat, da er sich ausschließlich im Rahmen der örtlichen Planung nach dem APG NRW bewegt, nicht die Einrichtungen der Eingliederungshilfe nach dem zwölften Sozialgesetzbuch – SGB XII – § 53 zum Gegenstand.

⁴ Der 6. Controllingbericht über die Arbeit der „zentren *plus*“ 2013 wurde am 24. September 2014 dem Ausschuss für Gesundheit und Soziales des Rates der Landeshauptstadt vorgestellt.

3. Korrespondierende Daten und Berichterstattungen in Düsseldorf, Nordrhein-Westfalen und auf Bundesebene

In unregelmäßiger Folge legt die „Projektgruppe Sozialberichterstattung“ des Amtes für Statistik und Wahlen Berichte im Rahmen der kommunalen Sozialberichterstattung vor. Besondere Beachtung sollte im Kontext zu diesem Jahresbericht und der kommunalen Planung dem jüngsten Bericht zur „Pflegesituation in Düsseldorf“⁵ geschenkt werden. Er gibt zentrale Überblicke zur demografischen Entwicklung der Landeshauptstadt sowie zu den daraus resultierenden Anforderungen an die zu schaffende pflegerische Infrastruktur bis zum Jahr 2025. Der vorliegende Jahresbericht steht im engen Bezug zum Bericht zur Pflegesituation in Düsseldorf.

Aktuelle, differenzierte und kostenfreie Übersichten erhält die Öffentlichkeit beim Pflegebüro des Amtes für soziale Sicherung und Integration der Stadt.

Zu berücksichtigen ist jedoch, dass das Pflegebüro nur über die Leistungen informieren kann, deren Erbringer dies wünschen. Es besteht gegenüber dem Pflegebüro keine Anzeigepflicht, wie sie nach § 18 im „Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst des Landes Nordrhein-Westfalen (ÖGDG NRW)“ für die Dienste gegenüber dem Gesundheitsamt als untere Gesundheitsbehörde oder in § 9 des WTG für die Einrichtungen nach dem WTG gegenüber der Behörde für die Durchführung des WTG – Heimaufsicht – definiert ist.

Zweijährlich erscheinen für die ungeraden Jahre die „Statistischen Berichte“, die von Information und Technik Nordrhein-Westfalen (IT.NRW), Geschäftsbereich Statistik, herausgegeben werden und die Daten zu „Pflegeeinrichtungen am 15. Dezember“ sowie zu „Empfängerinnen und Empfängern von Pflegegeldleistungen am 31. Dezember“ des jeweiligen ungeraden Berichtsjahres.

Ebenfalls zweijährlich veröffentlicht das Statistische Bundesamt den Bericht zur „Pflegestatistik – Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung – Deutschlandergebnisse“ für die ungeraden Jahre.

Daten zum Altersaufbau und zum Wechsel von Menschen mit Behinderungen in Einrichtungen der stationären Altenpflege aufgrund von Pflegebedürftigkeit werden von der örtlichen Planung zweijährig in den geraden Jahren erhoben und im Folgejahr veröffentlicht.

Dies gilt in gleicher Weise für die Angaben zu Bewohnerinnen und Bewohnern mit Migrationshintergrund in den Einrichtungen mit umfassendem Leistungsangebot.

Für die Erhebungen der örtlichen Planung wird an die Pflegedienste und -einrichtungen ein Fragebogen versandt, mit dem Daten zu den Beschäftigten und den Bewohnerinnen und Bewohnern, den Patientinnen und Patienten sowie den Gästen anonymisiert erfasst werden.

⁵ Landeshauptstadt Düsseldorf, Amt für Statistik und Wahlen (Hrsg.): Kommunale Sozialberichterstattung – Pflegesituation in Düsseldorf. Düsseldorf: 2013 http://www.duesseldorf.de/statistik/stadtforschung/download/sb_pflege.pdf.

Der Stichtag der Befragung ist jährlich der 15. Dezember.

Der Befragungszeitraum zur jährlichen Erfassung der Quantitäten der Nutzung der Tagespflegeeinrichtungen umfasst die 49. und 50. Kalenderwoche, alternativ den Zeitraum zwischen dem 1. und 15. Dezember.

Stichtagsbezogen, zum 15. Dezember, werden die Daten zur Anzahl der Verträge über Tagespflege und die Angaben zu den Beschäftigten erhoben. Die Zahl der Verträge übersteigt die der Plätze deutlich, weil zahlreiche Gäste das Angebot nicht täglich, sondern an ausgewählten Tagen nutzen.

Die nachfolgenden Daten zur Übersicht zu den Einrichtungen der Altenpflege am 15. Dezember 2014 zur Verteilung der Pflegebedürftigkeit nach Pflegestufen in Einrichtungen der Altenpflege in Düsseldorf sowie über Fachkräfte und Nicht-Fachkräfte in Düsseldorfer Einrichtungen der Altenpflege konnten nur erhoben und bearbeitet werden, weil nahezu vollständig alle Einrichtungen in Düsseldorf an den Stichtagsbefragungen teilgenommen haben. Sie haben somit dazu beigetragen, dass wichtige planerische Grundlagen aktualisiert werden können.

Dafür sei an dieser Stelle ausdrücklich allen Beteiligten gedankt.

Sofern dieser Bericht Daten liefert, die von den statistischen Berichten auf Landes- oder Bundesebene abweichen, ist zu berücksichtigen, dass den verschiedenen Erhebungen und Berechnungen unterschiedliche Definitionen der teilstationären Versorgung zugrunde liegen.

In Bezug auf die Erfassung der Daten ambulanter Dienste sind Differenzen vor dem Hintergrund unterschiedlich umfassender Rückläufe von Befragungen ursächlich.

4. Übersicht zu den Einrichtungen mit Relevanz für die Versorgung im Alter und Pflegebedürftigkeit am 15. Dezember 2014

Angebote, Einrichtungstypen und -dienste	Anzahl		Anzahl Pflegeplätze, in Wohnungen oder versorgter Patientinnen und Patienten oder Gäste	
	2013	2014	2013	2014
Einrichtungen mit umfassendem Leistungsangebot ⁶ (vollstationäre Dauerpflege)	52 (55) ⁷	52 (55)	5098	5.108
Wohngemeinschaften mit Betreuungsleistungen (ambulant betreute Wohngruppen)	6	6	61	65
Servicewohnen ⁸	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.
ambulante Dienste (Kranken- und Altenpflegedienste)	105	118	8653	9.250
Tagespflegeeinrichtungen ⁹	9	11	136	167
Hospize	2	2	24	24
Kurzzeitpflegeeinrichtungen	4	5	77	87
Mahlzeitendienste	k. A.	7	./.	./.
Hauswirtschaftliche Dienste	k. A.	56	./.	./.

Tabelle 1: Übersicht zur quantitativen Entwicklung der Angebotstypen in den Jahren 2013 und 2014

⁶ Die Begrifflichkeit, mit der dieser Einrichtungstypus erfasst werden soll, variiert. An die Stelle der Bezeichnung „Betreuungseinrichtung“ ist durch das novellierte WTG die „Einrichtung mit umfassendem Leistungsangebot“ getreten. Nach wie vor ist die Rede von „stationärer Pflegeeinrichtung“, „vollstationärer Langzeitpflege“, „stationärer Einrichtung der Altenpflege“ – Begriffe, die auch im vorliegenden Bericht synonym verwandt werden.

⁷ Die Zählweise der Einrichtungen der stationären Altenpflege unterscheidet sich in Abhängigkeit davon, ob Versorgungsverträge oder Standorte als Merkmal gewählt werden. Vollstationäre Angebote der Langzeitpflege bestehen an 52 Standorten. Eine differenzierte Darstellung findet sich unter 4.2.

⁸ Der Begriff ist gegenwärtig nicht einheitlich definiert. Daten werden veröffentlicht, wenn die Anbieterstrukturen ihrer Anzeigepflicht nachgekommen sind.

⁹ Ein Nachtpflegeangebot besteht in Düsseldorf nicht mehr.

Die Zahl der Einrichtungen, insbesondere die Zahl der Plätze in den stationären oder teilstationären Einrichtungen der Altenpflege, unterliegt einem neu- und umbaubedingten Wandel.

Er ist wesentlich den Modernisierungsanforderungen zur Realisierung des 80-prozentigen Einzelzimmeranteils an den Zimmern einer Einrichtung mit umfassendem Leistungsangebot und der Schaffung ausreichender Sanitärräume nach dem WTG geschuldet. Die aktuellen und künftigen Veränderungen im Bereich dieser Einrichtungen müssen bis zum 31. Juli 2018 realisiert werden.¹⁰

Eine ausführliche stadtbezirksbezogene Zwischenbilanz und einen Ausblick bringt Punkt 8.5 dieses Berichtes.

Die Reihenfolge der vorstehenden Tabelle folgt der Aufnahme der Einrichtungstypen im am 2. Oktober 2014 in Kraft getretenen WTG, Artikel 2 des GEPA.

Das neue WTG nimmt einen Paradigmenwechsel vor und setzt an die Stelle der bisher überwiegend auf die Dauer von Pflege ausgerichteten Einrichtungsbezeichnungen nun Begriffe, die Aussagen zum Umfang der Leistungen oder zum Status des pflegebedürftigen Menschen machen. So wird die Einrichtung der vollstationären Langzeitpflege zur „Einrichtung mit umfassendem Leistungsangebot“, das Hospiz zur „Gasteinrichtung“ etc.

Die Zahl vollstationärer Einrichtungen, wie auch die Zahl der übrigen Einrichtungen und Dienste, sofern ein Vergleich mit Vorjahren möglich ist, belegt, dass die Versorgungsstruktur in Düsseldorf stabil ist.

4.1 Einrichtungen mit umfassendem Leistungsangebot (stationäre Einrichtungen der Altenpflege)

Zum Stichtag 15. Dezember 2014 verfügt Düsseldorf an 52 Standorten über 49 „Regeleinrichtungen“ und sechs „Spezialeinrichtungen“¹¹ im Altenpflegebereich. Der Begriff der „Spezialeinrichtungen“ umfasst höchst unterschiedliche Einrichtungstypen, wie zum Beispiel Einrichtungen der gerontopsychiatrischen Pflege, der geschlossenen Unterbringung,¹² der Pflege dementiell Erkrankter, für Beatmungs- und Wachkoma-Patientinnen und -Patienten.

Das gemeinsame Merkmal dieser Einrichtungen ist, dass für sie im Rahmen der Vergütungsverhandlungen¹³ von den „Regeleinrichtungen“ abweichende Pflegesätze vereinbart worden sind. In diesem Sektor werden 400 Plätze vorgehalten. Die Zunahme der Plätze um 28 seit dem 31. Januar 2014 beruht auf Umwidmungen von Plätzen, die bisher in Regelabteilungen vorgehalten wurden und dem Abschluss entsprechend modifizierter Versorgungsverträge. Bis auf einen Platz in der Gerontopsychiatrie sind alle weiteren für Beatmungs- und Wachkoma-Patientinnen und -Patienten bereitgestellt worden.

¹⁰vgl. WTG § 47 (3) – Übergangsregelungen.

¹¹Bezeichnung der Stichtagerhebung zur Übersicht der durchschnittlichen Entgelte, die der Landschaftsverband Rheinland (LVR) halbjährlich zum 31. Januar und zum 31. Juli erstellt.

¹²freiheitsentziehende Maßnahme nach § 1906 des Bürgerlichen Gesetzbuches (BGB).

¹³Die Pflegekasse, der Landschaftsverband Rheinland als von der Stadt Düsseldorf mandatierter überörtlicher Träger der Sozialhilfe und der Betreiber oder sein Beauftragter verhandeln in der Regel jährlich über die Höhe der Pflegesätze.

Zum Stichtag 15. Dezember 2014 haben von den Einrichtungen der stationären Altenpflege 24 Einrichtungen noch nicht die Vorgaben der Realisierung einer 80-prozentigen Einzelzimmerquote bis zum 31. Juli 2018 umgesetzt. Die Planungs- und Umsetzungsstadien sind allerdings sehr unterschiedlich entwickelt (siehe dazu auch Punkt 8.5). Dennoch entfalten laufende Modernisierungsmaßnahmen ihre Wirkung: Bezogen auf alle Einrichtungen der Langzeitpflege in Düsseldorf sind 3.132 oder rund 76 Prozent aller der Bewohnerzimmer Einzelzimmer. Im Jahr 2013 waren es am 15. Dezember erst 73 Prozent.

4.2 Ambulant betreute Wohngemeinschaften in der Altenpflege

Der Entwurf zum GEPA NRW hat die Bezeichnung „ambulant betreute Wohngemeinschaft“ zur Erfassung der „Neuen Wohnformen“ geprägt und unterscheidet diese nach „selbstverantworteten ambulant betreuten Wohngemeinschaften“ und „anbieterverantworteten ambulant betreuten Wohngemeinschaften“. Die Position der Landeshauptstadt zur Entwicklung dieser Betreuungsformen ist klar: Die in den Neuen Wohnformen betreuten Menschen sollen eine individuell angemessene Qualität ihrer Versorgung erhalten und somit – auch hinsichtlich ihrer Schutzrechte – nicht schlechter gestellt werden, als diejenigen, die im Bereich der „klassischen“ stationären Wohnform leben. Die grundlegenden Erwartungen an Wohngemeinschaften in Düsseldorf wurden im Tätigkeitsbericht der Heimaufsicht für das Jahr 2011 ausführlich dargestellt.¹⁴

Die Anforderungen des Gesetzgebers werden in Kapitel 2 des WTG und in Kapitel 2 der Durchführungsverordnung zum WTG umfassend präzisiert.

Am 15. Dezember 2014 sind an unverändert sechs Standorten ambulant betreute Wohngemeinschaften im Sinne des WTG mit 65 (2013: 61) Plätzen in Betrieb. Das Angebot dieser Wohngruppen richtet sich primär, aber keinesfalls ausschließlich, an Pflegebedürftige, die als dementiell erkrankte Menschen einen hohen sozialen Betreuungsbedarf haben.

In Düsseldorf leben im Durchschnitt zwischen sieben und zehn Personen in den Wohngruppen, wobei an einem Standort drei Wohngruppen à sieben Bewohnerinnen und Bewohner betrieben werden.

4.3 Servicewohnen

Es gibt keine einheitliche und verbindliche Definition dessen, was Servicewohnen umfasst. Vielfach werden Begriffe wie Betreutes Wohnen oder Seniorenwohnen synonym verwandt. Vor diesem Hintergrund ist die Erfassung der Gesamtkapazität der Wohneinheiten statistisch nicht einfach. Dennoch kann die Zielsetzung „ambulant vor stationär“ nur dann umgesetzt werden, wenn neben den erforderlichen pflegefachlichen Strukturen auch die Wohninfrastruktur diesem Ziel verpflichtet ist.

¹⁴ Landeshauptstadt Düsseldorf (Hrsg.): Tätigkeitsbericht der Heimaufsicht für das Jahr 2011. S. 8 ff. Düsseldorf: 2012.

An dieser Stelle werden zukünftig die Daten veröffentlicht, die auf der erfüllten Anzeigepflicht der Anbieterstrukturen beruhen.

Eine detaillierte Übersicht zu den verschiedenen Düsseldorfer Angeboten und den Trägern, ihren jeweiligen Leistungsangeboten, den vertraglichen Regelungen, den Einzugsvoraussetzungen (zum Beispiel Mindestalter zwischen 55 und 65 Jahren), der umgebenden Infrastruktur etc. wird vom Amt für Wohnungswesen¹⁵ der Landeshauptstadt herausgegeben.

Eine vom Ministerium für Bauen, Wohnen, Stadtentwicklung und Verkehr und vom Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen unterstützte Initiative ist die des Kuratoriums Qualitätssiegel Betreutes Wohnen für ältere Menschen in Nordrhein-Westfalen e. V.¹⁶ Das Qualitätssiegel ist gegenwärtig nicht allgemein anerkannt.

4.4 Ambulante Pflege und Pflegedienste

Die 118 Pflegedienste (2013: 105) versorgen am Stichtag rund 9.250 (2013: 8.653) Patientinnen und Patienten. Die Größe der Dienste variiert dabei sehr stark. Auf Intensivpflege ausgerichtete Dienste versorgen zum Teil deutlich weniger als zehn Patientinnen und Patienten. Sechs Dienste versorgen andererseits zwischen 200 und 500

Pflegebedürftige und damit mehr als 20 Prozent aller durch berufliche Pflege im häuslichen Bereich versorgten Menschen.

Inwieweit in Düsseldorf der allgemein festgestellte Konzentrationsprozess innerhalb dieses Versorgungssegments stattfindet, so dass die einzelnen Dienste größer werden, ihre jeweiligen Kapazitäten zunehmen, also die Zahl der durch ambulante Dienste versorgten Pflegebedürftigen deutlich stärker steigt als die Zahl der Dienste¹⁷, kann gegenwärtig noch nicht abschließend aufgrund eigener Datenerhebungen beantwortet werden.

2013 versorgten die Pflegedienste durchschnittlich 82, 2014 durchschnittlich 79 Patientinnen und Patienten.

Die Spezialisierung von Diensten, vor allem im Bereich der Versorgung intensivpflichtiger Patientinnen und Patienten, bewirkt eine Zunahme der Anzahl von Diensten, der nicht die entsprechende Zunahme von Pflegebedürftigen folgt.

Nimmt man die Daten von Information und Technik Nordrhein-Westfalen (IT.NRW), ist die Tendenz zwischen 1999 und 2011 jedoch nachvollziehbar.¹⁸

¹⁵http://www.duesseldorf.de/wohnen/pdf/broschuere_wohnenfuersenioren.pdf

¹⁶<http://www.kuratorium-nrw.de/downloads.php>

¹⁷vgl. Rothgang, H. et al.(Zentrum für Sozialpolitik der Universität Bremen): Barmer GEK Pflegereport 2013. Schriftreihe zur Gesundheitsanalyse Band 23, S. 90. Siegburg 11-2013.

4.5 Gasteinrichtungen

Kapitel 5 des WTG definiert Gasteinrichtungen und regelt die grundsätzlichen und personellen Anforderungen sowie die Anforderungen an den Wohnraum, die zu erfüllen sind. Gasteinrichtungen sind charakterisiert durch die vorübergehende Aufnahme der Klientel in Einrichtungen der Tages- und Nachtpflege, in Hospizen sowie Kurzzeitpflegeeinrichtungen.

4.5.1 Tagespflegeeinrichtungen (Nachtpflege)

Zum 15. Dezember 2014 verfügen elf Tagespflegeeinrichtungen über 167 Plätze, die von 293 pflegebedürftigen Gästen besucht werden. Im Jahr 2013 versorgten neun Einrichtungen mit 136 Plätzen 234 pflegebedürftige Gäste.

4.5.2 Hospize

Im Jahr 2014 gab es – wie in den Vorjahren auch – keine quantitativen Veränderungen im Bereich der beiden stationären Hospize. Die insgesamt 24 Plätze werden zu 100 Prozent in Einzelzimmern angeboten.

4.5.3 Solitäre und eingestreute Kurzzeitpflegeeinrichtungen

Zum Stichtag bestehen 87 Plätze in fünf solitären Einrichtungen der Kurzzeitpflege.

Gegenüber dem Vorjahr ist dies eine Zunahme von zehn Plätzen infolge der Inbetriebnahme der solitären Kurzzeitpflegeeinrichtung im Ferdinand-Heye-Haus.

254 Plätze bestehen – ausgewiesen durch Versorgungsvertrag – als Plätze der „eingestreuten Kurzzeitpflege“ in vollstationären Einrichtungen der Altenpflege. Die Versorgungsverträge sehen vor, dass maximal zehn Prozent der Gesamtplatzkapazität einer Einrichtung für die „eingestreute Kurzzeitpflege“ genutzt werden kann. Diese Form der Kurzzeitpflege darf nur in Einzelzimmern oder in ausschließlich der Kurzzeitpflege vorbehaltenen Doppelzimmern angeboten werden. Die Belegung freier Plätze in Zimmern, die von Bewohnerinnen und Bewohnern der Langzeitpflege genutzt werden, ist per Erlass des zuständigen Ministeriums im Jahr 2009 untersagt worden, weil die damit verbundene permanente Neubelegung dem dort in seiner Wohnung lebenden Menschen nicht zumutbar ist.

¹⁸vgl. Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik (Hrsg.): Pflegeeinrichtungen und Pflegegeldleistungen in Nordrhein-Westfalen am 15.12. bzw. 31.12.1999. S. 16/17. Düsseldorf 2002. Und ebenso: Information und Technik Nordrhein-Westfalen (IT.NRW), Geschäftsbereich Statistik (Hrsg.): Pflegeeinrichtungen am 15. Dezember 2011 sowie Empfängerinnen und Empfänger von Pflegegeldleistungen am 31. Dezember 2011 in Nordrhein-Westfalen. S. 17/18. Düsseldorf: 2013.

4.6 Mahlzeiten- und hauswirtschaftliche Dienste

Eine Übersicht zu allen Angeboten, Anbietern, Preisen usw. hält das Pflegebüro bereit.
Internet: www.duesseldorf.de/senioren

Entsprechend der dem Pflegebüro gemeldeten Angebote bieten sieben Anbieter Mahlzeitendienste an.

Hauswirtschaftliche Versorgung bieten 56 Dienste an, davon sind 42 Angebote – gegebenenfalls parallel zur pflegerischen Versorgung – Leistungen ambulanter Pflegedienste.

Die Mahlzeitenversorgung bietet wechselnde Gerichte, ähnlich der Speisenplanung von Mensen, Kantinen etc. Die Angebote umfassen auch Schonkost und Menüs, die den Anforderungen spezifischer Diäten Rechnung tragen. Grob unterschieden werden kann nach der täglichen Lieferung warmer Speisen und der wöchentlichen Tiefkühllieferung, bei der selbst entschieden wird, welches Menü wann in der Mikrowelle, im Backofen oder im Umluftofen erhitzt wird.

Die Anlieferung warmer Speisen dient andererseits auch einem täglichen Kontakt mit Beschäftigten der Mahlzeitendienste.

Die hauswirtschaftlichen Versorgungsangebote sind vielfältig und sichern neben der pflegerischen Versorgung den Verbleib in der eigenen Häuslichkeit. Die verschiedenen Dienste haben unterschiedliche Angebote:

- Betreuung und Begleitung (zum Beispiel Arztbesuch, Spaziergang, Friedhofsbesuch, Apotheke)
- Beratung und Hilfestellung in behördlichen Angelegenheiten und bei Antragstellung, Übersetzungen
- Krankenhausbesuch, Besuchsdienst, Urlaubsbegleitung, Fahr-, Hol- und Bringdienste
- Freizeitaktivitäten, Vorlesen, Spiele spielen, Briefe schreiben, Computerkurs
- Einkauf/Besorgungen, Mahlzeitenzubereitung
- Wohnungsreinigung, Treppenhausreinigung, Fensterputzen, Gartenarbeit, Wäschedienst, Bügeln, kleinere handwerkliche Tätigkeiten
- Haustierversorgung

Nicht jeder Dienst bietet alle Leistungen an. Informationen zu den Angeboten sind im Pflegebüro erhältlich.

4.7 „zentren plus“

Die umfassende Analyse zur Arbeit der 19 „zentren plus“ sowie der zwölf Dependancen an 32 Standorten zwischen Angermund und Garath¹⁹ bringt jährlich der Controllingbericht²⁰ über die Arbeit der „zentren plus“. Er beinhaltet unter anderem die Bilanz der Umsetzung der Zielvereinbarungen der sozialräumlichen Arbeit der „zentren plus“ und schlüsselt die Besucherströme, die Besuche von Veranstaltungen, die Anzahl qualifizierter Beratungen und die des Fallmanagements ebenso auf, wie die demenzspezifischen Angebote oder das ehrenamtliche Engagement. Überblicksartig bietet der Bericht in alphabetischer, stadtteilbezogener Reihenfolge (Altstadt bis Wersten) Darstellungen zur Arbeit der jeweiligen „zentren plus“.

4.8 Pflege in Einrichtungen nach dem zwölften Sozialgesetzbuch – SGB XII – § 67 (Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe)

Finanziert durch die Stadt Düsseldorf werden im Rahmen der Hilfsangebote des Don-Bosco-Hauses des Caritasverbands Düsseldorf e.V. für über 65-jährige Menschen mit besonderen sozialen Schwierigkeiten und mit erheblichen gesundheitlichen Beeinträchtigungen 17 „Regenerationsbetten“ vorgehalten.²¹

¹⁹Das „zentrum plus“ Kaiserswerth und das „zentrum plus“ Stockum teilen sich den Status eines „zentrum plus“ zu je 50 Prozent.

²⁰Die Controllingberichte sind bereit gestellt unter www.duesseldorf.de/senioren/gemeinsam-aktiv-fuer-das-alter.html

²¹vgl. AGS vom 24. September 2014, Ö Vorlagen – Nr. 50/ 30/2014: Jahresbericht 2013 der Arbeitsgemeinschaft nach § 4 i.V.m. §§ 67ff SGB XII der Landeshauptstadt Düsseldorf.

5. Die Verteilung der Pflegebedürftigkeit nach Pflegestufen in Einrichtungen der Altenpflege in Düsseldorf

Die nachfolgenden Übersichten können nicht in allen Fällen eine Entwicklung der Pflegebedürftigkeit nach Pflegestufen der in Düsseldorf betreuten Menschen aufzeigen. Für den Bereich der Langzeitpflege kann die Entwicklung seit dem Jahr 2005 auf Basis der bisherigen Tätigkeitsberichte der Behörde nach dem WTG – Heimaufsicht – ermittelt werden.

Für die ambulante Pflege und die Gasteinrichtungen hat diese Datenerhebung zur Verteilung der Pflegestufen der Pflegebedürftigen mit dem Stichtag 15. Dezember 2013 begonnen. Die ambulant betreuten Wohngruppen sind erst zum Stichtag 15. Dezember 2014 hinzugekommen.

Zur Übersicht der Bewohnerschaft und Gäste der Einrichtungen und der Patientinnen und Patienten, die durch ambulante

Pflegedienste versorgt werden, ist an dieser Stelle darauf zu verweisen, dass die Zahlen, die IT.NRW zweijährlich veröffentlicht, nur die Pflegebedürftigen der Pflegestufen 1, 2, 3 und „3 Härtefall“ erfasst, nicht jedoch Pflegebedürftige der Stufe 0 oder Pflegebedürftige, die keine Leistungen der Pflegeversicherung, sondern nur Leistungen nach dem SGB V erhalten.

5.1 Die Bewohnerschaft nach Pflegestufen in der stationären Altenpflege

Übersichten zu den Pflegestufen in den stationären Einrichtungen der Altenpflege in Düsseldorf liefern zwischen 2005 und 2012 die jährlichen Tätigkeitsberichte der WTG-Behörde.

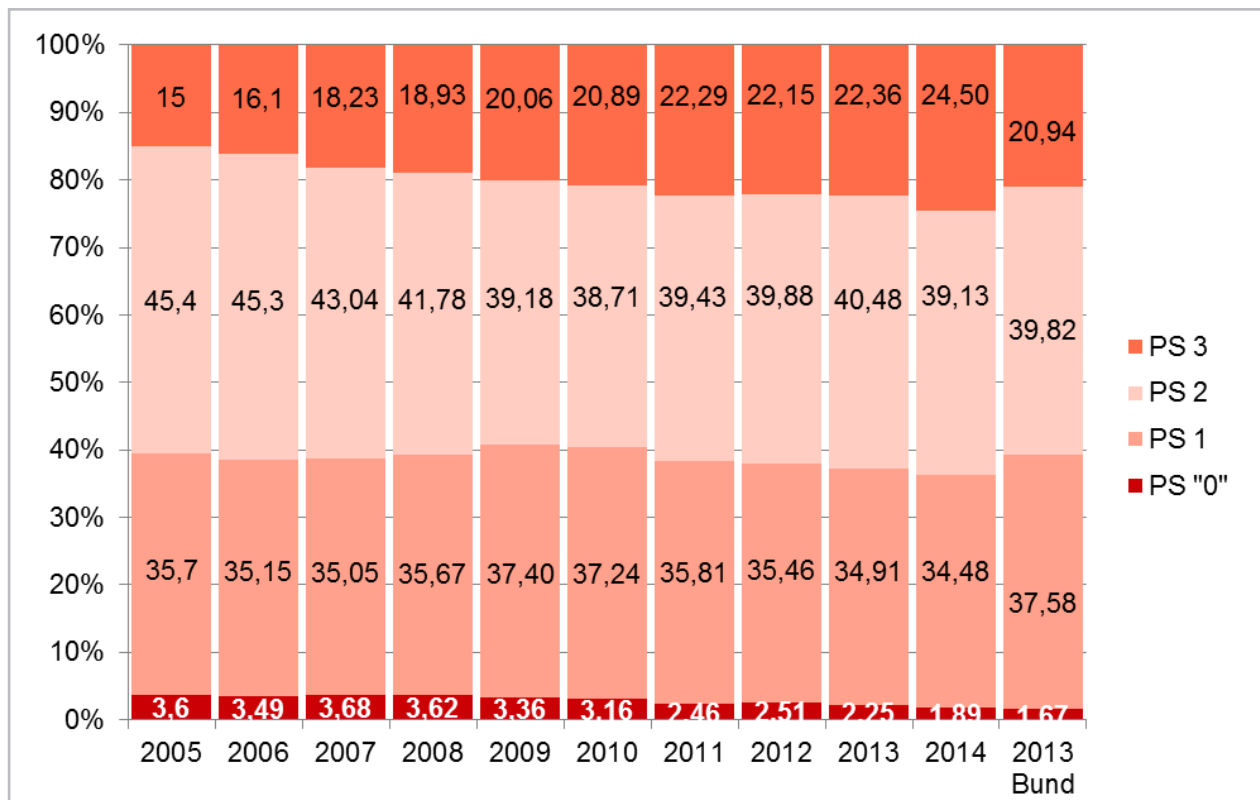


Diagramm 1: Entwicklung der Pflegestufen in vollstationären Einrichtungen der Altenpflege in Düsseldorf

Die mit den Daten für 2013 und 2014 aktualisierte Übersicht verdeutlicht einen kontinuierlichen Anstieg der Bewohnerschaft mit Pflegestufe 3 (sie schließt die Härtefälle mit ein).

Der Anteil derer, die 2014 in Pflegestufe 2 und 1 eingestuft sind, nimmt leicht im Vergleich zum Vorjahr ab. Die Anforderungen in den Langzeitpflegeeinrichtungen bleiben aufgrund dieser Entwicklung und des von den Pflegestufen abgeleiteten Pflegebedarfs der Bewohnerinnen und Bewohner hoch.

Der Anteil der Pflegestufe 0 nimmt weiter ab.

Im Vergleich zu den Deutschlandergebnissen des Jahres 2013 wird deutlich, dass der Pflegebedarf in Düsseldorf über dem Bundesdurchschnitt liegt.

5.1.1 „Junge Pflege“ – Durchführung einer Erhebung zum Stichtag 30. September 2013

In verschiedenen Sitzungen, zuletzt in der Pflegekonferenz am 27. November 2013, wurde die Thematik der Angebote für junge, volljährige Pflegebedürftige – „Junge Pflege“ – in Düsseldorf behandelt.

Für die Schaffung eines Überblicks wurden zum Stichtag 30. September 2013 alle stationären Einrichtungen und die vier solitären Einrichtungen der Kurzzeitpflege befragt. In diesen Einrichtungen leben am Stichtag insgesamt 290 Bewohnerinnen und Bewohner, die jünger als 65 Jahre sind, davon im stationären Bereich 288 Bewohnerinnen und Bewohner und in zwei Kurzzeitpflegeeinrichtungen je ein Gast.

Die „Junge Pflege“ ist überwiegend männlich. Nur 45,52 Prozent der pflegebedürftigen unter 65-Jährigen sind weiblich.

Exakt 50 Prozent – 145 Personen – der pflegebedürftigen unter 65-jährigen Bewohnerinnen und Bewohner gehören zur Gruppe der 60- bis 64-Jährigen. Rund 24 Prozent – 70 Personen – gehören zur Altersgruppe der 55- bis 59-Jährigen, fast 14 Prozent – 40 Personen – zur Altersgruppe der 50- bis 54-Jährigen.

Nur rund zwölf Prozent – 35 Personen – sind jünger als 50 und älter als 24 Jahre alt. Die Altersgruppe der unter 65-Jährigen stellt 5,6 Prozent der Bewohnerschaft aller stationären Düsseldorfer Pflege- und Kurzzeitpflegeeinrichtungen dar.

Die Befragung ergibt, dass nur zehn der stationären Pflegeeinrichtungen 159 der 290 Bewohnerinnen und Bewohner betreuen, die jünger als 65 Jahre sind. Mit rund 55 Prozent ist das eine starke Konzentration, die allerdings überwiegend konzeptionell bedingt ist.

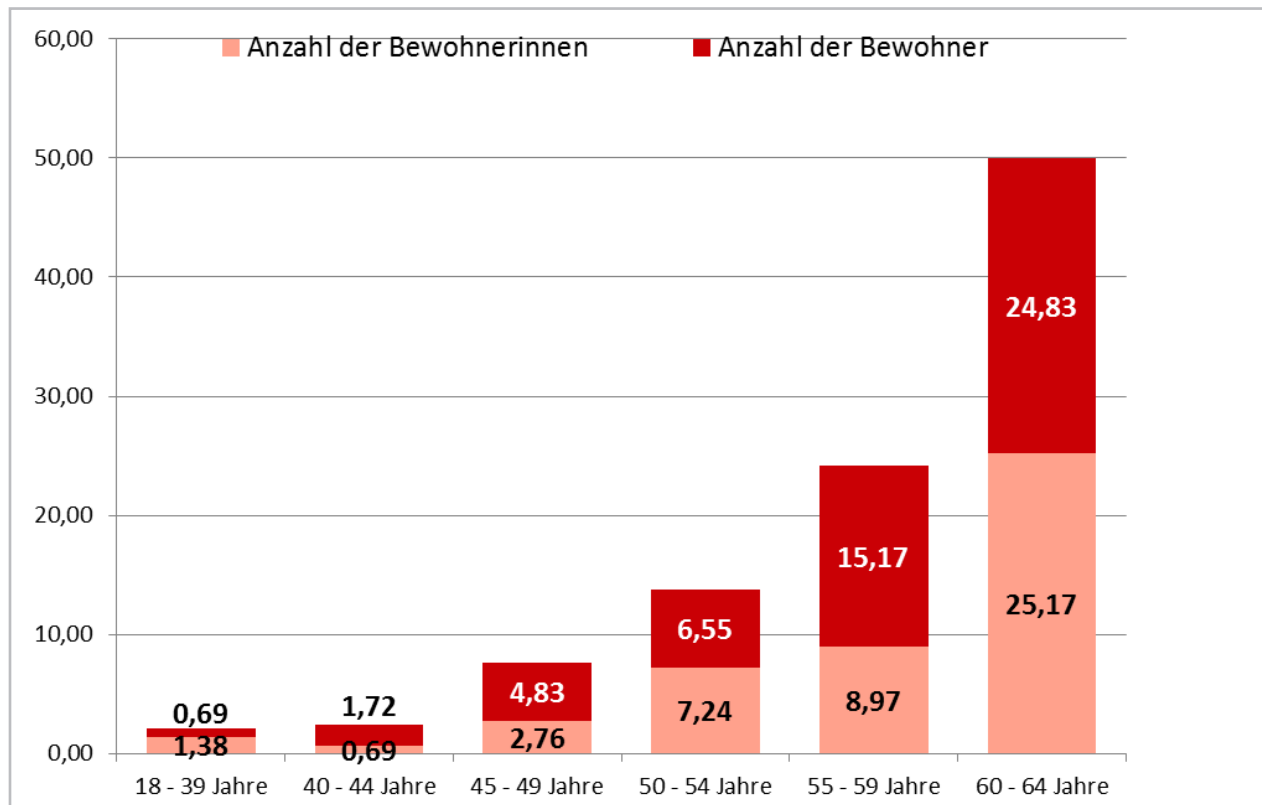


Diagramm 2: Verteilung der unter 65-Jährigen nach Geschlecht und Altersgruppen in vH-Anteilen

Aus dieser bemerkenswerten Konzentration lässt sich schließen, dass die Pflege und Betreuung von unter 65-Jährigen im stationären Bereich überwiegend

- entweder in konzeptionell ausgewiesenen Fachbereichen von Spezialeinrichtungen oder solchen mit besonderen fachlichen Versorgungsschwerpunkten sichergestellt wird, die dem individuellen Bedarf des Pflegebedürftigen entsprechen, analog seiner den Pflegebedarf auslösenden Krankheit(en), oder
- in Pflegeeinrichtungen ohne einen derartigen ausgewiesenen Schwerpunkt geschieht, in denen sich unter Umständen „Kerne“ einer speziellen Versorgung herausgebildet haben, die eine entsprechende Klientel anziehen kann – auch in dem Sinne, dass Jüngere weitere Jüngere nach sich ziehen – oder im Rahmen der Aufnahme angesichts der Doppelzimmersituation die Einrichtung eine entsprechende Klientel auswählen lässt.

Es gibt allerdings auch Einrichtungen, in denen relativ viele jüngere Pflegebedürftige leben, ohne dass eine spezifische Strategie der Bewohneraufnahme erkennbar ist. Warum jüngere Pflegebedürftige diese Einrichtungen präferieren, wäre gegebenenfalls jeweils durch den Betreiber gesondert zu klären. Inwieweit im Umkehrschluss Einrichtungen eine negative Bewohnerauswahl treffen und jüngere Pflegebedürftige eher nicht aufnehmen, kann nicht gesagt werden.

Grob betrachtet dominieren drei Gruppen pflegebedürftiger Menschen innerhalb der Altersgruppe der unter 65-Jährigen:

- 62 Bewohnerinnen beziehungsweise Bewohner oder 21 Prozent haben einen in einer Suchterkrankung begründeten Pflegebedarf,

- 72 oder 25 Prozent haben einen in einer psychiatrischen Krankheit begründeten Pflegebedarf,
- 110 oder 38 Prozent haben einen neurologisch (Multiple Sklerose (MS), Apoplex etc.) begründeten Pflegebedarf.

Ausgehend von diesen Ergebnissen kann durchaus diskutiert werden, dass das den Pflegebedarf auslösende Krankheitsgeschehen – neben dem Alter der Klientel – ein zentraler Punkt ist, der hinsichtlich des Bedarfs an spezifisch ausgerichteten Pflegeplätzen an Bedeutung gewinnen wird. Denn ohne die Frage des Alters zu vernachlässigen, kann festgestellt werden, dass angesichts der verschiedenartigen Erkrankungen, von denen die unter 65-jährigen Pflegebedürftigen betroffen sind, das Alter als gemeinsame Basis für einen gemeinsamen Versorgungsrahmen nicht ausreicht.

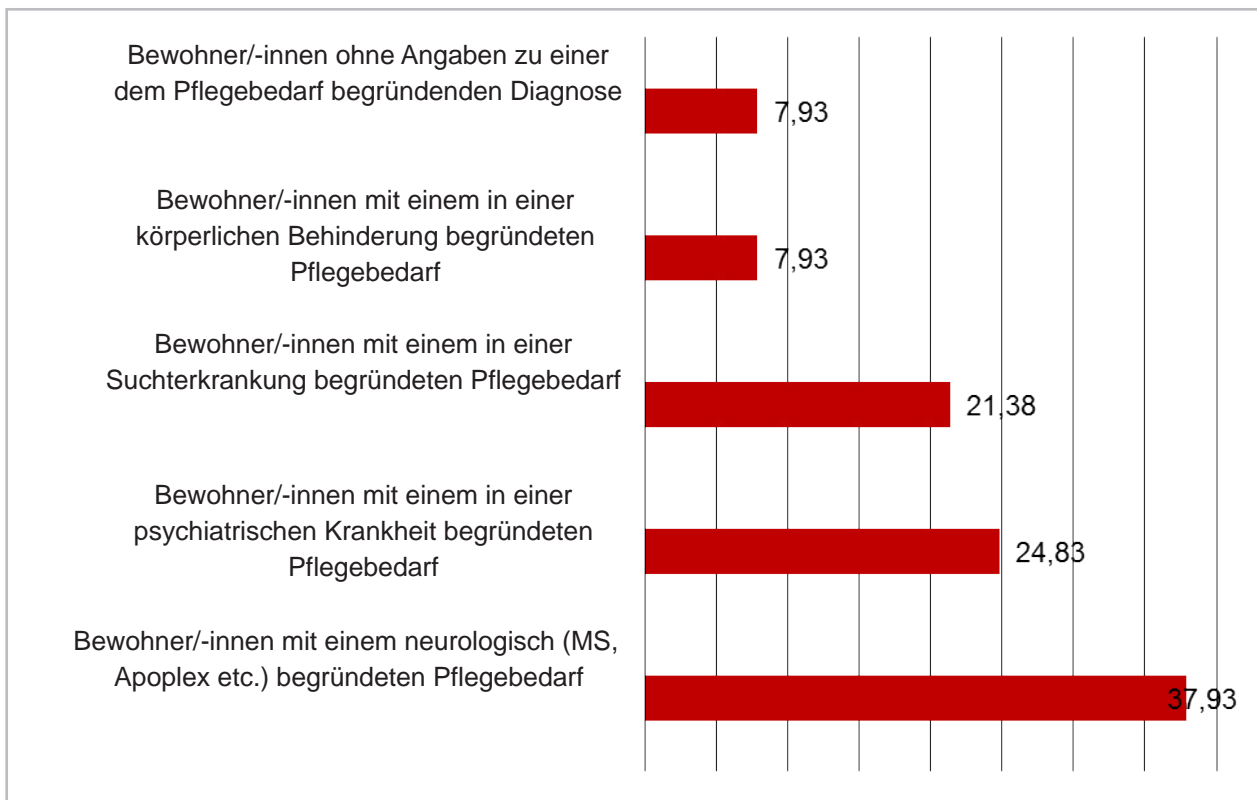


Diagramm 3: unter 65-Jährige in vollstationären Einrichtungen nach Diagnosen (in vH)

5.1.2 Fünfte Befragung zum Wechsel von der stationären Eingliederungshilfe in die stationäre Altenpflege nach Jahren und Altersgruppen

Altersgruppe Jahr	bis 39 Jahre	40-49 Jahre	50-54 Jahre	55-59 Jahre	60-64 Jahre	65-69 Jahre	70 Jahre und älter	total
2005/ 2006	2	2	2	5	4	4	4	23
2007		1	1		1	6	1	10
2008		1	3	1	1	6		12
2009				1	2	5	2	10
2010			1	2		3	5	11
2011				1	3	2	3	9
2012				1	3	1	4	9
2013	1	2		2	5	3		13
2014				1	2	5	1	9
total	3	6	7	14	21	35	20	106

Tabelle 2: Wechsel von der stationären Eingliederungshilfe in die stationäre Altenpflege nach Jahren und Altersgruppen

Zum Stichtag 30. September 2014 wurde zum fünften Male im Zweijahresrhythmus eine Befragung in den 27 stationären Einrichtungen der Eingliederungshilfe durchgeführt. Von den 1.023 verfügbaren Plätzen waren 996 von 494 Frauen und 502 Männern belegt.

Im Jahr 2013 wechselten fünf Frauen und acht Männer, zwei Frauen und sieben Männer im Jahr 2014 in eine Einrichtung der stationären Langzeitpflege.

Der Altersaufbau – das zeigt der aktuelle Vergleich mit den Angaben aus den Vorjahren – ist weiter von einer relativen Alterung der Bewohnerschaft bestimmt.

Der Anteil der unter 50-Jährigen sinkt. Der Anteil derer, die älter als 50 Jahre sind, nimmt zu. 10,44 Prozent der Bewohnerschaft der stationären Eingliederungshilfe ist älter als 65 Jahre. Der Anteil dieser Altersgruppe steigt. Seit 2006 ist insbesondere die Gruppe der über 70-Jährigen kontinuierlich gewachsen. Damit sind für viele Einrichtungen neue Anforderungen verbunden, da der Rentneranteil, der ganztägig in der Einrichtung lebt und nicht mehr die Werkstatt aufsucht, zunimmt. 62,5 Prozent der 65-Jährigen und Älteren sind Frauen.

In den Jahren 2011 und 2012 wechselten jeweils nur neun Bewohnerinnen beziehungsweise Bewohner. Sie alle hatten jeweils das 55. Lebensjahr überschritten. Das Ergebnis für das Jahr 2014 entspricht dieser Entwicklung, während im Jahr 2013 drei jüngere Menschen wechselten.

Insgesamt bleibt die Tendenz der Wechsel von der stationären Eingliederungshilfe in den Bereich der stationären Altenpflege davon geprägt, dass die Bewohnerinnen und Bewohner, die wechseln, als „junge Alte“ eher in die Altersstruktur der Pflegeeinrichtung „passen“.

Auch wenn die Zahl der tatsächlichen Wechsel seit Jahren überschaubar ist, muss von einer Zunahme der Pflegebedürftigkeit von Bewohnerinnen und Bewohnern der Eingliederungshilfe ausgegangen werden. Dies wirft Fragen auf, wie die Verstärkung der pflegerischen Komponente in den Einrichtungen für Menschen mit Behinderungen geleistet werden kann.

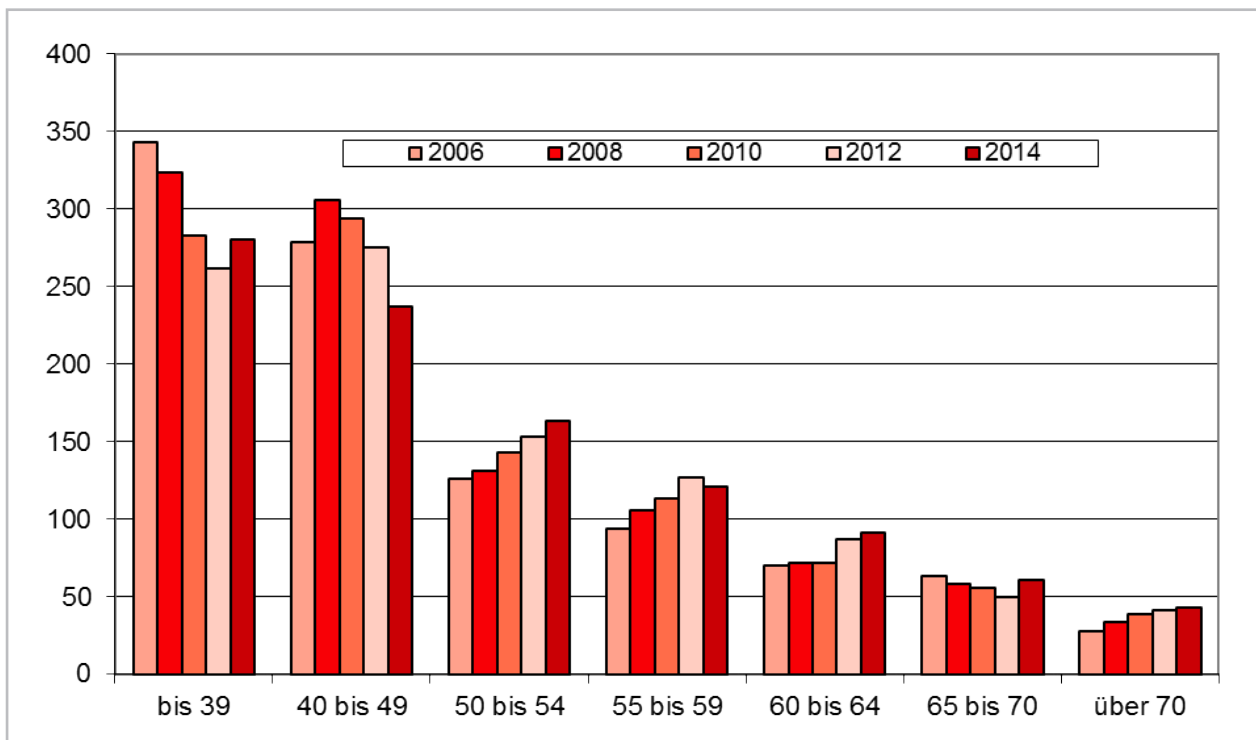


Diagramm 4: Entwicklung des Altersaufbaus in Einrichtungen der Eingliederungshilfe

5.1.3 Fünfte Erhebung zu Bewohnerinnen und Bewohnern mit Migrationshintergrund in den Einrichtungen der stationären Langzeitpflege

Zum Stichtag 30. September 2014 sind zum fünften Mal seit 2006 Angaben zur Struktur der Bewohnerschaft der Einrichtungen der Langzeitpflege unter dem Aspekt ihrer Migrationshintergründe erhoben worden. Die Entwicklung ist in mehrfacher Hinsicht interessant:

- Die Anzahl der Zugewanderten innerhalb der Bewohnerschaft nimmt kontinuierlich zu und steigt zwischen 2012 und 2014 sprunghaft an.
- Der Frauenanteil innerhalb der Migrantengruppen in Einrichtungen der stationären Langzeitpflege nahm in den zurückliegenden acht Jahren kontinuierlich ab. Der Männeranteil steigt auf fast 40 Prozent und liegt auch über dem Niveau für Nordrhein-Westfalen. Für NRW gilt im Jahr 2011, dass knapp zwei Drittel, 65,7 Prozent, aller Pflegebedürftigen Frauen sind.²²
- In vier der 52 Einrichtungen leben gegenwärtig keine Zugewanderten aus Herkunftsländern außerhalb Deutschlands. Die Anzahl der Einrichtungen, in denen zum Stichtag keine Migrantinnen und Migranten leben, sinkt. Dabei handelt es sich, wie die zweijährige Abfrage zeigt, um wechselnde Einrichtungen.
- Die Verteilung der 479 Migrantinnen und Migranten erfolgt überwiegend unspezifisch. Einen Versorgungsschwerpunkt bildet seit vielen Jahren

das „Nelly-Sachs-Haus“ für jüdische Menschen aus der ehemaligen Sowjetunion. Zudem entwickeln sich in einigen Einrichtungen „Kerne“ polnischstämmiger Migrantinnen und Migranten, in denen sie bis zu rund einem Viertel der Bewohnerschaft stellen.

Die zahlenmäßig stärksten Gruppen in den Einrichtungen der stationären Langzeitpflege nach Staatsangehörigkeit beziehungsweise Herkunftsländern:

- 147 mit polnischer Staatsangehörigkeit/ Herkunft (2012: 56)
- 70 jüdische Migrantinnen und Migranten aus der ehemaligen UdSSR (2012: 65)
- 25 mit italienischer Staatsangehörigkeit/ Herkunft (2012: 21)
- 22 mit russischer Staatsangehörigkeit/ Herkunft (2012: 21)
- 20 mit ukrainischer Staatsangehörigkeit/ Herkunft (2012: 6)
- 16 mit türkischer Staatsangehörigkeit/ Herkunft (2012: 11)
- 15 mit serbischer Staatsangehörigkeit/ Herkunft (2012: 17)
- 13 mit griechischer Staatsangehörigkeit/ Herkunft (2012: 13)
- 13 aus den Niederlanden (2012: 7)
- 11 mit österreichischer Staatsangehörigkeit/ Herkunft (2012: 8)
- 10 aus der tschechischen Republik (2012: 2)
- 8 mit kroatischer Staatsangehörigkeit/ Herkunft (2012: 9)
- 8 mit spanischer Staatsangehörigkeit/ Herkunft (2012: 8)

²²IT.NRW: Pflegeeinrichtungen am 15.12.2011 sowie Empfängerinnen und Empfänger von Pflegegeldleistungen am 31.12.2011 in NRW, S. 10. Düsseldorf: 2013.

	2006	2008	2010	2012	2014
Zugewanderte insgesamt	161	243	234	281	479
davon Frauen	116	167	158	189	290
Anteil von Frauen in vH	72,05	68,72	67,52	67,26	60,54
Anteil Zugewanderter an der Gesamtbewohnerschaft	3,11	4,98	4,79	5,51	9,38
Anzahl Herkunftsländer	39	50	41	39	47
Einrichtungen in denen keine Zugewanderten leben	18	12	11	10	4

Tabelle 3: Migration 2006 bis 2014

Zwölf Bewohnerinnen beziehungsweise Bewohner kommen aus Ländern des afrikanischen Kontinents (2012: 9).

Die Gruppen der Migrantinnen und Migranten innerhalb der Bewohnerschaft der Einrichtungen der stationären Langzeitpflege in Düsseldorf sind eindeutig osteuropäisch dominiert und spiegeln das Bild der Einwohnerstruktur der Stadt.

Menschen mit polnischen Wurzeln stellen die größte Gruppe. Jüdische Migrantinnen und Migranten aus der ehemaligen UdSSR stellen eine unverändert starke Gruppe. Als Teil der Population aus den Ländern der ehemaligen Sowjetunion tragen sie dazu bei, dass dies die zweitgrößte Gruppe (116) in den Düsseldorfer Pflegeeinrichtungen ist. 36 Menschen kommen aus den Nachfolgestaaten des ehemaligen Jugoslawiens.

Zugewanderte aus Polen, den Ländern der ehemaligen UdSSR und des ehemaligen Jugoslawiens stellen die drei stärksten Gruppen von über 65 Jahre alten Einwohnerinnen und Einwohnern mit Migrationshintergrund in Düsseldorf. Ihr Anteil in den stationären Einrichtungen entspricht ihrem Anteil in der Gesellschaft. Entsprechend der Struktur der in Düsseldorf Lebenden sind Menschen mit türkischen und danach mit marokkanischen Wurzeln auf den folgenden Plätzen. Während jedoch bei den Menschen mit polnischen Wurzeln 22,8 Prozent über 65 Jahre alt sind, ist diese Altersgruppe mit Wurzeln in der Türkei wesentlich kleiner: nur 9,8 Prozent der türkischstämmigen Population ist älter als 65 Jahre. Die „marokkanische Gesellschaft“ ist noch jünger: nur 6,8 Prozent sind älter als 65. Zum Vergleich: die deutschen Einwohnerinnen und Einwohner Düsseldorfs sind zu 23,7 Prozent älter als 65 Jahre.²³

²³vgl. Amt für Statistik und Wahlen der Landeshauptstadt Düsseldorf (Hrsg.): Einwohner in Düsseldorf mit Hauptwohnsitz aus dem Melderegister nach Migrationshintergrund und Altersklassen zum 31.12.2013.

Exkurs: ambulante Versorgung

Versorgungsstrukturen, die sich spezifisch an gesonderte Zielgruppen innerhalb der Zugewanderten wenden, sind schwach entwickelt. In Düsseldorf besteht das Angebot eines Anbieterzusammenschlusses von Firmen und Personen aus Nachfolgestaaten der ehemaligen Sowjetunion, die Wohnraum und pflegerische Versorgung im Rahmen einer „anbieterverantworteten Wohngemeinschaft“ mit Betreuungsleistungen zur Verfügung stellt. Gegenwärtig werden in drei Wohngruppen in einem Gebäude je sieben Personen pflegerisch versorgt. Die Überwachung der Qualität der Versorgung dieser 21 Personen findet – wie bei den übrigen ambulant betreuten Wohngruppen auch – durch die Behörde nach dem Wohn- und Teilhabegesetz statt.

Von den 118 zum Stichtag ambulant tätigen Pflegediensten machen 59 Angaben zu den Sprachkenntnissen der Beschäftigten. Es werden 18 Sprachen gesprochen. Auf dieser Basis können Zugewanderte aus west-, süd- und osteuropäischen und ebenso aus den Ländern des östlichen Mittelmeeres, Nordafrikas sowie den frankophonen und englischsprachigen Ländern prinzipiell in ihrer Muttersprache versorgt werden.

Diese Sprachverteilung kann auf den stationären Bereich mit großer Wahrscheinlichkeit übertragen werden.

Ohne Zweifel sind die pflegerischen Angebote für Migrantinnen und Migranten und die Qualität ihrer Versorgung in starkem Maße abhängig von den Sprachkenntnissen der Beschäftigten der Pflegedienste und Einrichtungen. Die Pflegedienste und Einrichtungen sind deshalb gehalten, die Sprachkenntnisse ihrer Beschäftigten an prominenter Stelle bekannt zu machen.

Barrieren, Defizite, Konsequenzen

„Heute haben 8,4 Prozent der gesamten Altersbevölkerung einen Migrationshintergrund und bis 2030 wird sich ihre absolute Zahl voraussichtlich nahezu verdoppeln auf 2,8 Mio. Sie alle sind potenzielle Nutzerinnen und Nutzer des Gesundheits- und Pflegesystems und der örtlichen Altenhilfe.“²⁴

Für Düsseldorf kann festgestellt werden: „Die Tatsache, dass in den zurückliegenden Jahren zahlreiche Frauen und Männer aus dem ehemaligen Jugoslawien als Fachkräfte angeworben wurden oder aus den osteuropäischen Ländern und der ehemaligen UdSSR kommend eine Ausbildung zur Pflegefachkraft absolviert haben, hilft den Bewohnerinnen und Bewohnern vielfach sprachliche Probleme zu überwinden.“²⁵

²⁴Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge e. V.: Empfehlungen des Deutschen Vereins zur besseren Teilhabe älterer Menschen mit Migrationshintergrund. S. 2. Frankfurt/M.: 2010.

²⁵Amt für soziale Sicherung und Integration der Landeshauptstadt Düsseldorf (Hrsg.): Vorlage 50/50/2013, Tätigkeitsbericht der zuständigen Behörde für die Durchführung des WTG – Heimaufsicht – für das Jahr 2012, S. 34. Düsseldorf: 2013.

Im Bereich der offenen Arbeit der „zentren plus“ findet eine zum Teil sehr ausgeprägte Beratungsarbeit für Zugewanderte statt. Der Controllingbericht erfasst die verschiedenen Angebote unter dem Aspekt der Migration.

Spezifische Angebote und Beratungen bietet auch das Demenz-Servicezentrum.²⁶

Für den Bereich der Einrichtungen der stationären Langzeitpflege steht eine vergleichbare Entwicklung noch aus. Denn neben der pflegerischen Betreuung durch Muttersprachlerinnen und Muttersprachler dürften die dringlichen klärungs- und regelungsbedürftigen Punkte im Bereich der Speisenversorgung und Erstellung des Speiseplans sowie der Kultur und Freizeitgestaltung liegen. Die Frage, welche Radio- und Fernsehsender in den Einrichtungen empfangen werden können, ist ebenso relevant, wie die tagtägliche Rücksichtnahme auf Hörgewohnheiten der Klientel.

Angesichts solcher Anforderungen an die verschiedenen Angebotsstrukturen der pflegerischen Versorgung kann gefordert werden, dass jeder Betreiber diesen Anforderungen in wesentlichen Punkten nachkommen muss. Natürlich sind dabei Grundfragen der Dienste und Einrichtungen kritisch zu überprüfen: „Auch das Verständnis von Pflege ist kulturell geprägt und kann mit religiösen Traditionen und Regeln verknüpft sein.“²⁷ Aber das ist ein wesentliches Merkmal „kultursensibler“ Pflege.

In Düsseldorf nimmt das Amt für soziale Sicherung und Integration die Position ein, die auch Teil der Empfehlungen des Deutschen Vereins ist: „Vor dem Hintergrund wachsender ethnisch-kultureller Vielfalt sind Sonderdienste oder Sonderwege zu vermeiden; vorrangig ist die interkulturelle Öffnung der Regelversorgung anzustreben.“²⁸

²⁶<http://www.demenz-service-duesseldorf.de/angebote-fuer-menschen-mit-demenz-und-ihre-angehoerigen.html>

²⁷ Deutscher Verein, a.a.O., S. 20.

²⁸ Deutscher Verein, a.a.O., S. 16.

5.2 Die Bewohnerschaft in anbieterverantworteten ambulant betreuten Wohngruppen

Als anbieterverantwortete Wohngruppen nach dem WTG bestehen im Altenpflegerischen Bereich derzeit sechs Angebote mit 65 Plätzen. Die Erfüllung der Anforderungen des WTG, zum Beispiel hinsichtlich der Vorgaben zur Wohnqualität und der personellen Anforderungen, überprüft die WTG-Behörde. Sechs weitere Angebote befinden sich in unterschiedlichen Stadien der Realisierung.

Die Erhebung zum Stichtag 15. Dezember 2014 ist die erste dieser Art und für dieses Angebot in Düsseldorf, so dass Vergleiche nicht möglich sind. Bemerkenswert ist, dass der Anteil der pflegebedürftigen Menschen in der Pflegestufe 2 mit 43,08 Prozent rund vier Prozentpunkte höher und in der Pflegestufe 3 mit 24,62 Prozent auf gleichem Niveau zur Verteilung der Pflegestufen in den vollstationären Pflegeeinrichtungen in Düsseldorf liegt.

Vergleichsdaten zukünftiger Erhebungen werden für die entsprechenden Schlussfolgerungen, die mit der vorliegenden Momentaufnahme jetzt noch nicht gezogen werden können, die nötige Datenbasis liefern.

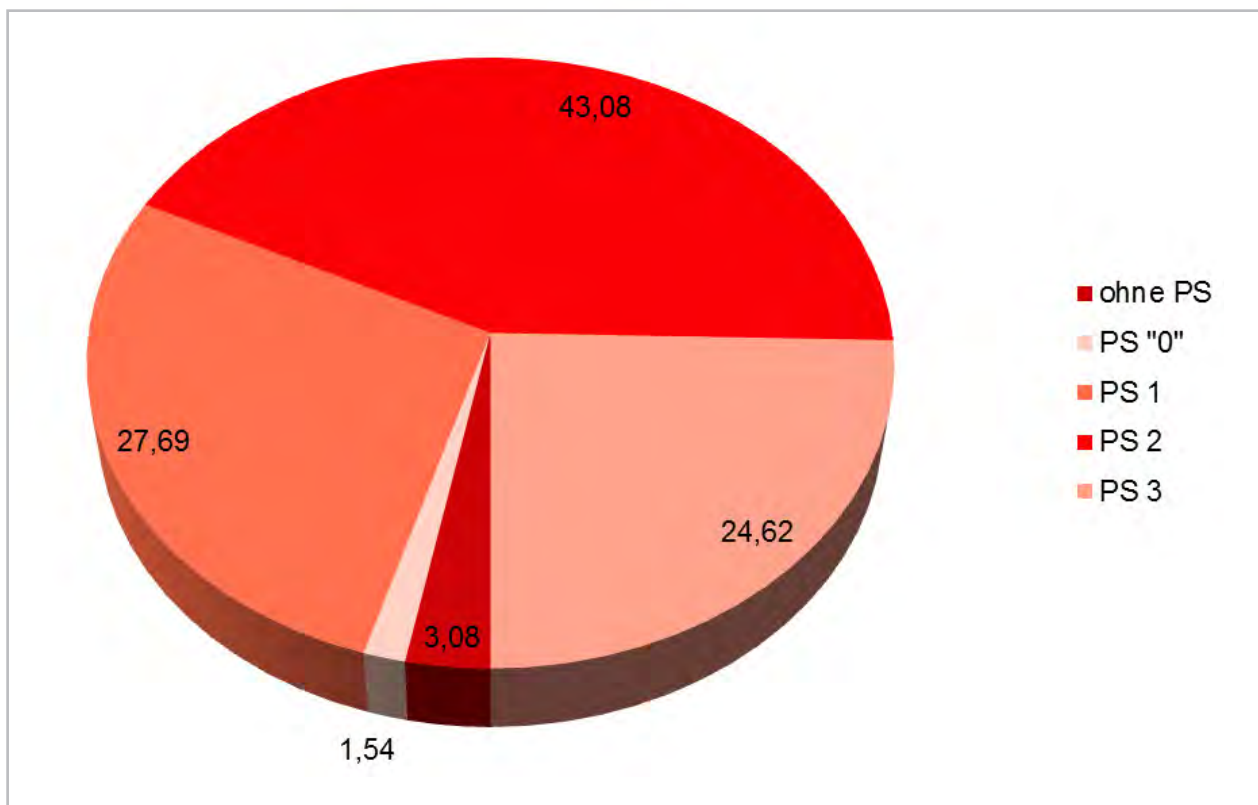


Diagramm 5: Verteilung der Pflegestufen in den sechs ambulant betreuten Wohngruppen

5.3 Die Patientinnen und Patienten nach Pflegestufen in der ambulanten Pflege

118 Pflegedienste versorgen zum Stichtag 15. Dezember 2014 rund 9.250 Patientinnen und Patienten. Die Unschärfe entsteht dadurch, dass zum Zeitpunkt der Berichterstellung ein Pflegedienst die Rückmeldung trotz mehrfacher Aufforderungen nicht gegeben hat. Dennoch ist anhand der zweiten Erhebung dieser Art in Düsseldorf eine erste Tendenz erkennbar: Die Anzahl der Patientinnen und Patienten, die im ambulanten Bereich versorgt werden, hat um fast sieben Prozent zugenommen. Die 105 zum Stichtag 15. Dezember 2013 befragten ambulanten Pflegedienste versorgten 8.653 Patientinnen und Patienten.

4.212 oder rund 51,5 Prozent der Patientinnen und Patienten vom Stichtag 15. Dezember 2014 erhalten Leistungen der Pflegeversicherung in den Pflegestufen 1, 2 und 3 (inklusive Härtefälle), 734 sind Pflegebedürftige der Stufe 0.

3.725 Patientinnen und Patienten haben zum Stichtag keine Pflegestufe oder erhalten ausschließlich Leistungen nach dem SGB V. Diese Leistungen umfassen vor allem Behandlungspflegemaßnahmen wie Wundversorgung und Wundpflege, Anlegen und Wechseln von Verbänden (aseptisch, nicht aseptisch), Injektionen, Medikamentenüberwachung beziehungsweise -verabreichung, Anlegen und Ausziehen von Kompressionsstrümpfen ab Klasse II anstelle eines Kompressionsverbandes etc.²⁹

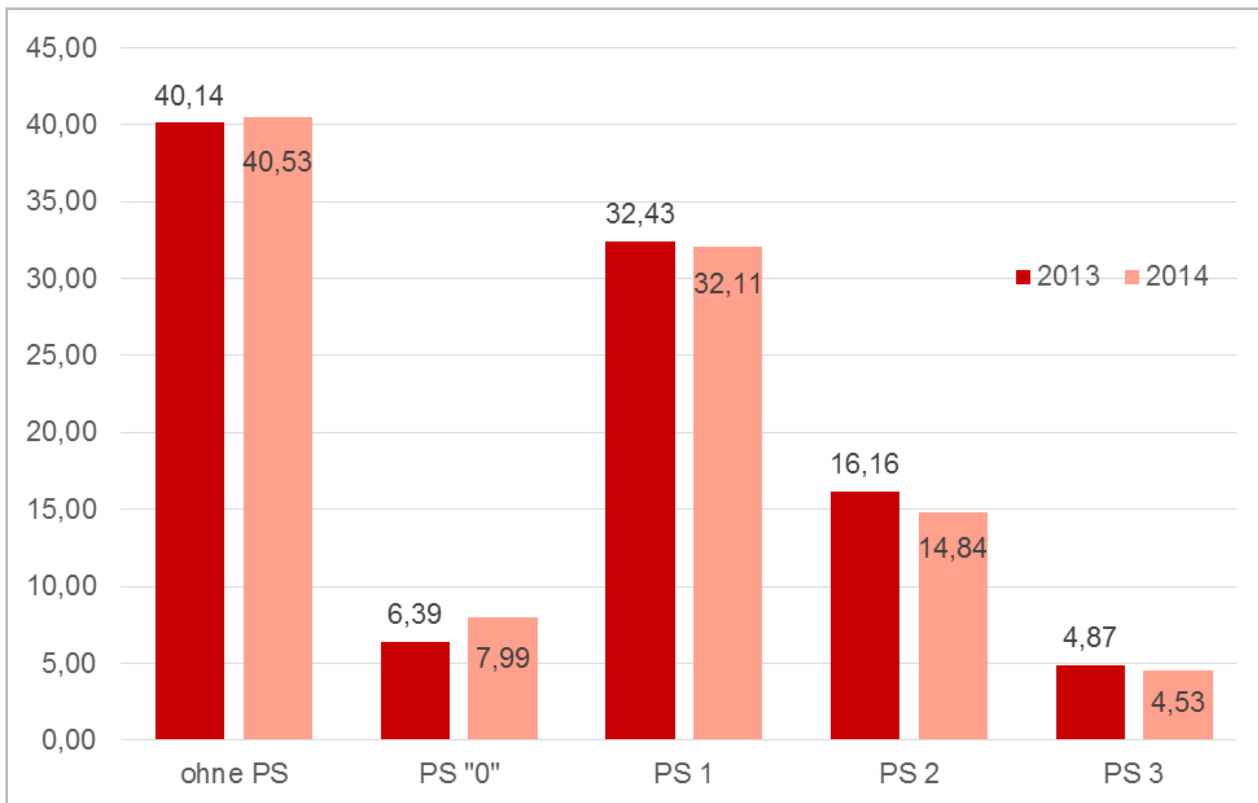


Diagramm 6: Verteilung der Pflegestufen in der ambulanten Pflege

²⁹vgl. dazu auch die Leistungsbeschreibungen zur Behandlungspflege in den Rahmenvereinbarungen nach § 132 a (2) SGB V.

5.4 Die Gäste nach Pflegestufen in der Tages- und Nachtpflege

Im September 2009 zählt die kommunale Pflegeplanung im Rahmen einer eigenen Erhebung 180 Gäste, die seinerzeit die bestehenden neun Tagespflegeeinrichtungen (inklusive der Nachtpflege) und ihre 128 Plätze frequentieren.³⁰

Zum 15. Dezember 2014 bestehen in elf Tagespflegeeinrichtungen 170 Plätze, die von 293 pflegebedürftigen Gästen besucht werden.

Zwischenzeitlich hat eine Tagespflegeeinrichtung ihre Platzzahl ab dem 1. Februar 2015 um drei auf 16 Plätze gesenkt, so dass in Düsseldorf gegenwärtig 167 Plätze betrieben werden. Damit liegt die Auslastung pro Platz bei 1,75.

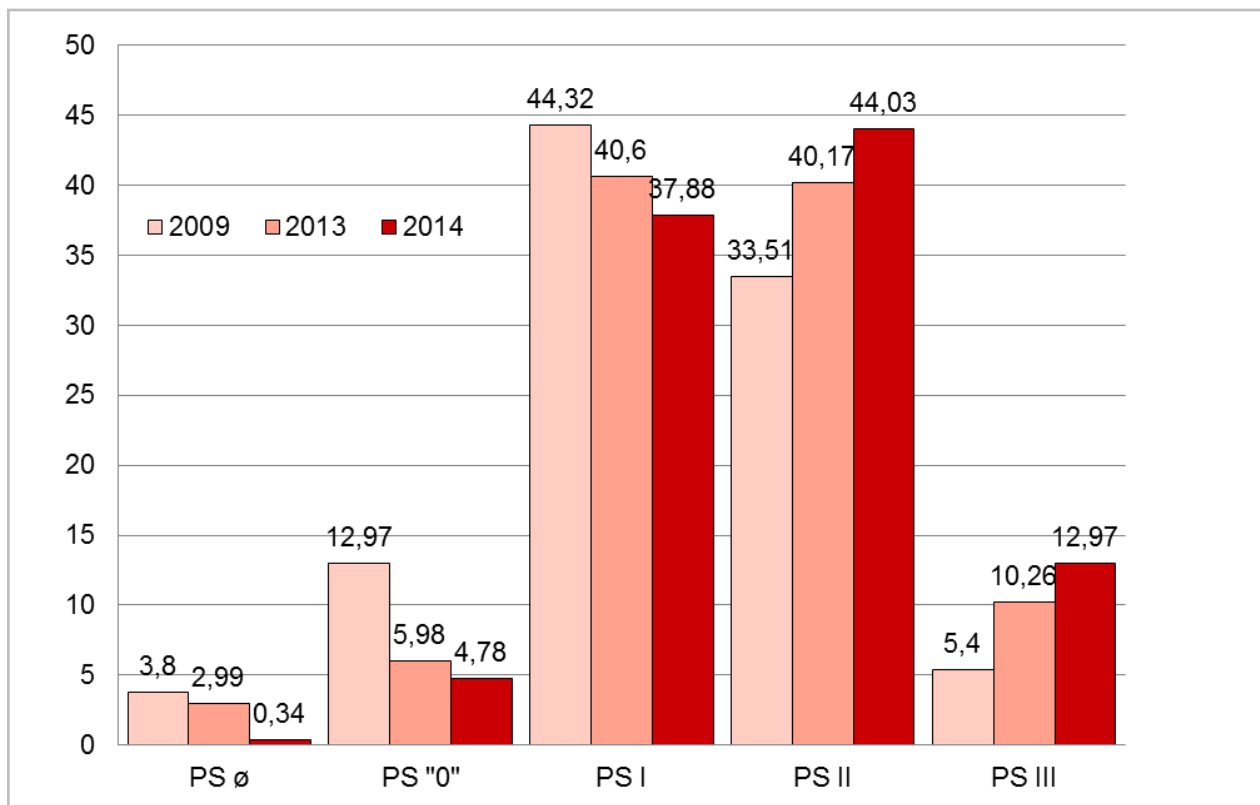


Diagramm 7: Verteilung der Gäste der Tagespflegeeinrichtungen nach Pflegestufen in vH

³⁰Anmerkung: Im Gegensatz zum stationären Bereich sind die Entwicklung der Tagespflegeplätze und die Anzahl ihrer Nutzerinnen und Nutzer für Düsseldorf anhand der Zahlen von IT.NRW (vorher LDS NRW) leider nicht nachvollziehbar. LDS NRW und IT.NRW subsumieren unter der Kategorie „Pflegebedürftige in Pflegeheimen“ seit 1999 jeweils eine Anzahl „teilstationärer“ Pflegeplätze, die nicht im Einklang stehen mit den Daten, die das Amt für soziale Sicherung und Integration erhebt. Die Ursache dieser Differenz ist von hier aus derzeit nicht nachvollziehbar.

Vom 1. bis zum 15. Dezember 2013 hatten die Tagespflegeeinrichtungen eine durchschnittliche Auslastung von 89,13 Prozent. Die Zielvorgabe der Vergütungsverhandlungen liegt bei 90 Prozent. Im Vergleichszeitraum 2014 liegt die Auslastung bei nunmehr 92,96 Prozent.

Im Vergleich zur Erhebung zur Situation im September 2009 zeigt sich deutlich eine Verschiebung hin zu den höheren Pflegestufen. Im Jahr 2009 liegt der Anteil der Pflegestufen 2 und 3 bei rund 39 Prozent, während er vier Jahre später die 50-Prozent-Marke überschritten und 2014 erneut zulegt und 57 Prozent erreicht hat.

Die Erhöhung des Anteils Schwer- und Schwerstpflegebedürftiger resultiert einerseits aus einer veränderten – realistischeren – Zuordnung Demenzkranker, andererseits aus der unmittelbaren Zunahme der Pflegebedürftigkeit der Klientel.

Diese Klientel wird analog zum zunehmenden Pflegebedarf auch älter. Niemand unter den Gästen der Tagespflegeeinrichtungen ist jünger als 50 Jahre. Die Zahl der unter 60-Jährigen sinkt gegenüber den vorherigen Erhebungen. Lag die Altersspitze bei den Vorerhebungen noch bei der Gruppe der 80- bis 85-Jährigen, so liegt sie im Jahr 2014 bei der Gruppe der 85- bis 89-Jährigen. Der Anteil der Männer nimmt zu und steigt von 37,7 Prozent im Jahr 2009 über 40,2 Prozent im Jahr 2013 auf 41,6 Prozent im Jahr 2014.

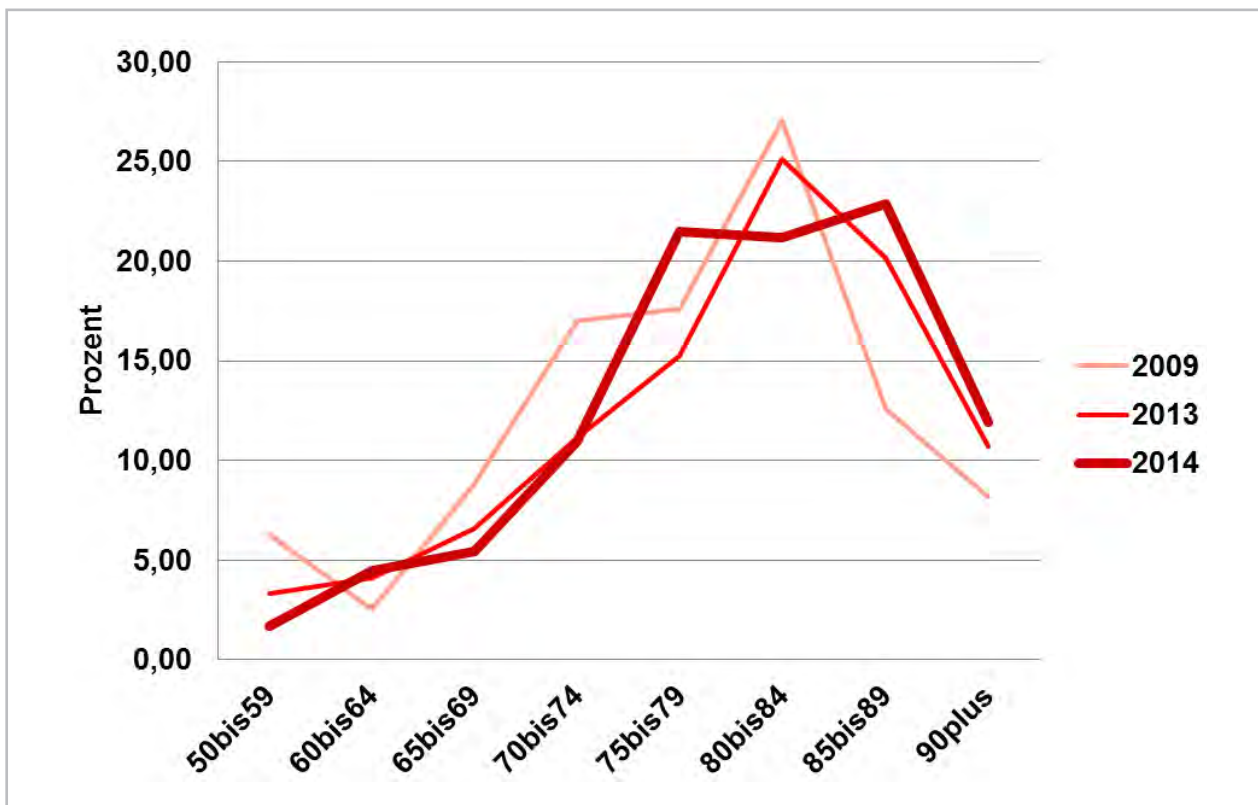


Diagramm 8: Verteilung nach Altersgruppen in Tagespflegeeinrichtungen in vH

5.5 Die Gäste nach Pflegestufen in der Kurzzeitpflege

Die Einrichtungen der solitären Kurzzeitpflege kooperieren in zwei Fällen als Bestandteil von klinikbetreibenden Strukturen relativ eng mit Krankenhäusern. Alle Kurzzeitpflegeeinrichtungen stehen natürlich auch den pflegebedürftigen Gästen offen, die aus der eigenen Häuslichkeit kommend vorübergehend ein alternatives Pflegearrangement benötigen.

Der Übersicht kann entnommen werden, dass zu den Stichtagen die Pflegestufen 0 und 1, denen fast 65 Prozent der Gäste zugewiesen wurden, dominieren. Die Pflegestufe 3 beinhaltet auch die „Härfälle“.

Die Zimmer der Einrichtungen der Kurzzeitpflege sind komplett ausgestattet. Bezogen auf die 254 Plätze der „eingestreuten Kurzzeitpflege“ gilt zudem, dass die „eingestreute Kurzzeitpflege“ nur in Einzelzimmern oder in ausschließlich der Kurzzeitpflege vorbehaltenen Doppelzimmern angeboten werden darf.

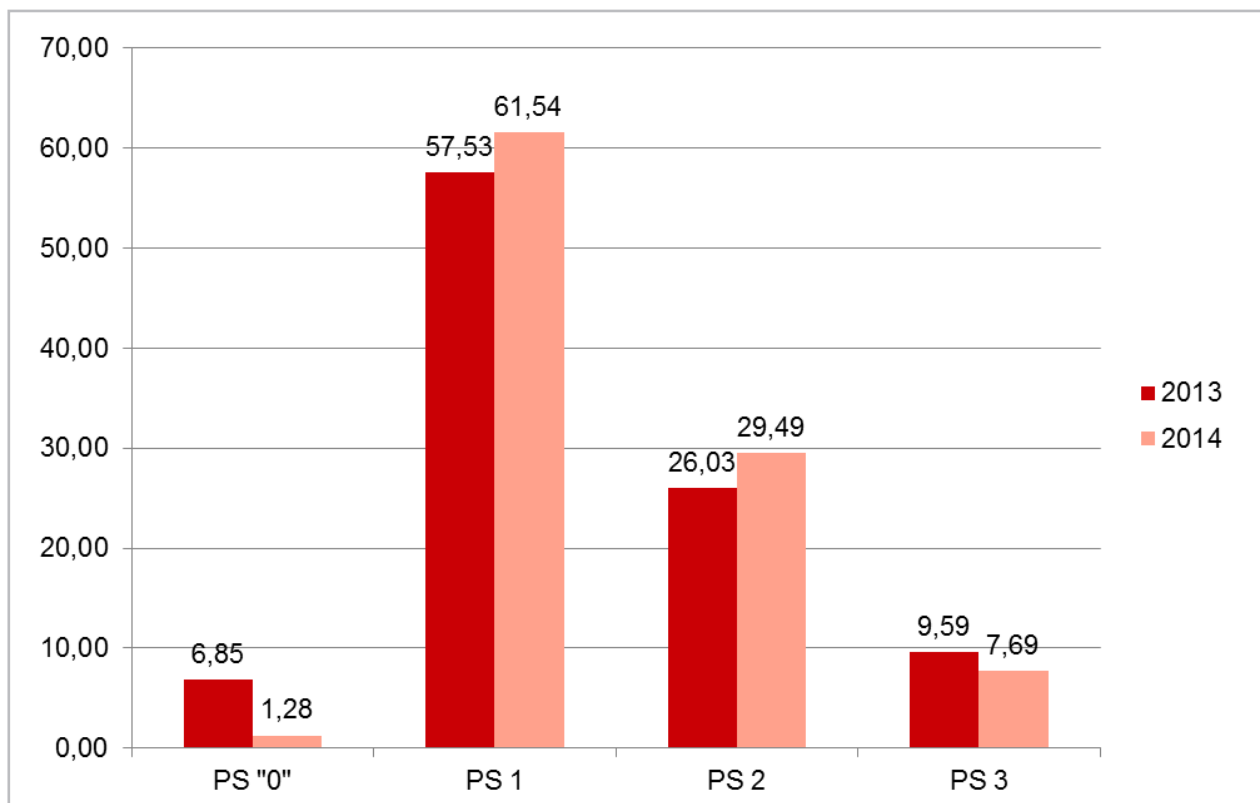


Diagramm 9: Entwicklung der Pflegestufen in der Kurzzeitpflege 2013 und 2014

6. Fachkräfte und Nicht-Fachkräfte in Düsseldorfer Einrichtungen der Altenpflege

Die nachfolgende Übersicht gibt die Anzahl der Beschäftigten in den vier Sektoren der Einrichtungen der Altenpflege in Düsseldorf, den Bereichen der Langzeitpflege, der anbieterverantworteten ambulant betreuten Wohngruppen, der „Gasteinrichtungen“ und der ambulanten Pflege in Vollkraftstellen (VK) wieder. Berücksichtigt sind ausschließlich die Beschäftigten, die im Bereich Betreuung und Pflege eingesetzt sind.³¹

Angeichts der Überschaubarkeit des Bereichs der „Gasteinrichtungen“ (Tagespflegeeinrichtungen, Hospize und solitäre Kurzzeitpflege) werden die Daten zu den Quantitäten der Beschäftigtengruppen in der folgenden Tabelle zusammengefasst wiedergegeben.

Die folgende Übersicht berücksichtigt auch die Leiharbeitskräfte im Bereich der Fach- und Hilfskräfte.

Sektor	Fachkräfte in VK	Hilfskräfte in VK	Betreuungsassistentenkräfte in VK	Sektoren insgesamt
Langzeitpflege Wohngruppen	1.211,13	99,54	126,34	2.238,01
„Gasteinrichtungen“	10,45	24,65		35,10
ambulante Dienste	74,80	24,30		99,10
	899,88	735,88		1.635,76
insgesamt	2.196,26	1.685,37	126,34	4.007,97

Tabelle 4: Fachkräfte und Hilfskräfte – sektorbezogene Verteilung

³¹ Im Unterschied dazu erfassen die zweijährlichen statistischen Berichte von Information und Technik Nordrhein-Westfalen, Geschäftsbereich Statistik (Hrsg.) über Pflegeeinrichtungen am 15. Dezember 2011 in Nordrhein-Westfalen, Daten zum „Personal in Pflegediensten“ und „Personal in Pflegeheimen“. Diese Daten werden zusammengetragen mit den Bögen http://www.it.nrw.de/statistik/Online_Erhebungen/Pflegestatistik_2011_Ambulante_Pflegedienste.pdf und http://www.it.nrw.de/statistik/Online_Erhebungen/Pflegestatistik_2011_Stationaere_Pflegeheime.pdf, die die Dienste und Einrichtungen ausfüllen. Bei den zu erfassenden Beschäftigten werden dabei jedoch für die Langzeitpflege und die ambulante Pflege neben dem Tätigkeitsbereich „Pflege und Betreuung“ weitere Bereiche – wie Verwaltung, Hauswirtschaft – abgefragt. Sie entsprechen den Beschäftigtengruppen, deren Anzahl (und Kosten) im Rahmen der Vergütungsverhandlungen zwischen den Betreibern, den Trägern der Sozialhilfe und den Pflegekassen verhandelt werden.

In Vollzeitstellen (VK) ausgedrückt bestehen 4.007,97 Arbeitsplätze im Bereich der professionellen Pflege und Betreuung in den Düsseldorfer Einrichtungen.

Da 55 Prozent der Beschäftigten in der Altenpflege in Deutschland in Teilzeit arbeiten, 60 Prozent der Frauen und ein Drittel der Männer³², sind es faktisch natürlich weitaus mehr Personen, die diese rund 4.000 Vollzeitstellen untereinander teilen.

Berücksichtigt werden muss zudem, dass in den Pflegeeinrichtungen insgesamt deutlich mehr Beschäftigte arbeiten. Ohne die Bereiche Hauswirtschaft, Verwaltung etc. kann eine Pflegeeinrichtung nicht betrieben werden. So erfasst IT.NRW für das Jahr 2011 6.002 VK in der ambulanten, teilstationären und Langzeitpflege, ohne Hospize und ambulant betreute Wohngruppen.³³

6.1 ... in der stationären Altenpflege

Zum Stichtag 15. Dezember 2014 arbeiten 2.111,67 (2013: 2.063,90) Beschäftigte in Vollzeitstellen (VK) in den Einrichtungen der Langzeitpflege in Pflege und Betreuung – ohne die 126,34 VK Betreuungsassistentinnen und Betreuungsassistenten nach § 87b SGB XI. Den größten Anteil der Fachkräfte stellen die Altenpflegefachkräfte mit 793,16 (2013: 759,23) VK, die Krankenpflegefachkräfte folgen mit 258,71 (2013: 276,72) VK vor den sonstigen Fachkräften mit 127,85 (2013: 129,47) VK, die primär im sozialen Dienst beschäftigt sind und sich aus den sozialpädagogischen Berufen sowie der Ergotherapie etc. rekrutieren. 31,41 (2013: 26,26) VK der Pflegefachkräfte sind Leiharbeitskräfte. Ihr Anteil ist in den zurückliegenden Jahren relativ konstant.

864,25 (2013: 844,16) VK stellen die Beschäftigten der Kranken- und Altenpflegehilfe (einjährige Qualifikation) sowie die pflegerischen Hilfskräfte ohne Ausbildung. Der Anteil der Leiharbeit ist mit 36,29 (2013: 28,06) VK höher als im Vorjahr. Gesondert zu berücksichtigen sind die Betreuungsassistentinnen und Betreuungsassistenten („87b-Kräfte“). Inzwischen sind 126,34 (2013: 118,94) VK entsprechend besetzt.

³²Bundesagentur für Arbeit: Der Arbeitsmarkt in Deutschland – Altenpflege, S. 5. Nürnberg: 2015.

³³Information und Technik Nordrhein-Westfalen, Geschäftsbereich Statistik (Hrsg.): Pflegeeinrichtungen am 15. Dezember 2011 sowie Empfängerinnen und Empfänger von Pflegegeldleistungen am 31. Dezember 2011 in Nordrhein-Westfalen, S. 17 und S. 27. Düsseldorf: 2013.

Nach § 87b (1) Nr. 3 SGB XI gilt, dass je 24 Heimbewohnerinnen und Heimbewohnern mit erheblichem allgemeinem Bedarf an Beaufsichtigung und Betreuung eine zusätzliche Vollzeitkraft finanziert wird. Für Düsseldorf bedeutet dies angesichts der VK, dass rund 3.000 Bewohnerinnen und Bewohner diesen anerkannten Bedarf haben.

Durch den Einsatz der „87b-Kräfte“ soll dem Bedarf für die zusätzliche Betreuung und Aktivierung von pflegebedürftigen Menschen mit demenzbedingten Fähigkeitsstörungen, psychischen Erkrankungen oder geistigen Behinderungen im Sinne des § 45a Absatz 1 SGB XI Rechnung getragen werden. Die Betreuungsassistentinnen und Betreuungsassistenten werden eingesetzt, um den in der Regel erheblichen allgemeinen Beaufsichtigungs- und Betreuungsbedarf dieser Klientel besser abzudecken.

6.2 ... in den anbieterverantworteten ambulant betreuten Wohngruppen

Erstmals werden zum 15. Dezember 2014 die Personalstrukturen der sechs ambulant betreuten Wohngruppen erfragt.

Hinsichtlich der personellen Anforderungen unterliegen diese Einrichtungen nicht den bekannten Anforderungen nach § 21 WTG für vollstationäre Einrichtungen, wonach mindestens 50 Prozent der in der Pflege beziehungsweise der Betreuung Beschäftigten Fachkräfte im Sinne des Gesetzes sein müssen. Sie haben stattdessen (siehe § 28 WTG) die ständige Anwesenheit von Fachkräften am konkreten Betreuungsbedarf der Patientinnen und Patienten auszurichten. Je nach Konzeption muss eine Hauswirtschaftsfachkraft beteiligt werden, was nicht gleichbedeutend mit der Anforderung ist, dass sie „vor Ort“ tätig sein muss. Die Betreuung und Pflege muss unter der Verantwortung einer fachlich und persönlich geeigneten Fachkraft stehen.

In den sechs Wohngruppen in Düsseldorf sind das Gros der Fachkräfte (alle: 10,45 VK), fast 80 Prozent, Altenpflegefachkräfte. Die übrigen haben eine Ausbildung nach dem Krankenpflegegesetz in der Gesundheits- und Krankenpflege beziehungsweise der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege oder sind sonstige Fachkräfte.

Über 70 Prozent der Beschäftigten, 24,65 VK, sind nicht Fachkräfte, also Beschäftigte der Kranken- und Altenpflegehilfe (einjährige Qualifikation) sowie pflegerische Hilfskräfte ohne Ausbildung.

Darin enthalten sind auch Betreuungsassistentinnen und Betreuungsassistenten („87b-Kräfte“), die hier jedoch nicht gesondert quantifiziert werden.

6.3 ... in der ambulanten Pflege

Mit der Unschärfe, dass ein Pflegedienst die Rückmeldung nicht geliefert hat, kann – wie schon für 2013 – festgestellt werden, dass in der ambulanten Pflege Beschäftigte mit einer Ausbildung nach dem Krankenpflegegesetz in der Gesundheits- und Krankenpflege beziehungsweise der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege die stärkste Berufsgruppe der Fachkräfte repräsentiert. Insgesamt sind 815,64 (2013: 738,3) VK mit Pflegefachkräften, 84,24 (2013: 83,02) VK mit sonstigen Fachkräften (Medizinische Fachangestellte, sozialpädagogisch oder sozialarbeiterisch ausgebildete Fachkräfte etc.) besetzt. 735,88 (2013: 664,51) VK sind mit Kräften der Kranken- und Altenpflegehilfe (einjährige Qualifikation) sowie pflegerischen Hilfskräften ohne Ausbildung besetzt.

6.4 ... in der Tagespflege und Nachtpflege

Im Verhältnis zu den bisher dargestellten Bereichen stellen die „sonstigen Fachkräfte“ im Bereich der Tages- und Nachtpflege mit rund 14 Prozent ein vergleichsweise großes Kontingent. Es handelt sich dabei vorwiegend um sozialpädagogische Fachkräfte. Ihr hoher Anteil unterstreicht die Bedeutung der tagesstrukturierenden Arbeit und der Freizeitgestaltung, die diese Einrichtungen leisten.

Die größte Gruppe der Fachkräfte hat eine Ausbildung in der Altenpflege.

6.5 ... in der Kurzzeitpflege

Die Verteilung der Anteile von Altenpflegerinnen und Altenpflegern einerseits und der Beschäftigten mit einer Ausbildung nach dem Krankenpflegegesetz in der Gesundheits- und Krankenpflege beziehungsweise der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege andererseits ist in den fünf Einrichtungen sehr unterschiedlich. Insgesamt sind beide Gruppen gleichgewichtig. Damit hat die Gesundheits- und Krankenpflege ein relativ starkes Gewicht. Ihr relativ hoher Anteil lässt sich auch mit der Entwicklung und dem Aufgabenspektrum der Einrichtungen und ihrer Anbindung an Klinikbereiche erklären.

Zum 15. Dezember 2014 bestehen in diesem Sektor 40,01 Vollzeitstellen, davon 27,09 VK für Fachkräfte.

7. Entwicklung der Ausbildungsplatzzahlen in der Altenpflege in Düsseldorf

Eine Übersicht der Entwicklung zum Personalbedarf im Pflegesektor bis zum Jahr 2030 liefern Rothgang et al. vom Zentrum für Sozialpolitik (ZeS) der Universität Bremen mit dem Themenreport „Pflege 2030“, den die Bertelsmann-Stiftung herausgegeben hat. Allein für Nordrhein-Westfalen ist danach absehbar, dass gegenüber dem Bestand des Jahres 2009 rund 100.000 Beschäftigte mehr erforderlich sein werden. Für Düsseldorf sind nach diesen Berechnungen 1.932 Beschäftigte (Vollzeitäquivalente) oder 33 Prozent mehr erforderlich.³⁴ Dabei handelt es sich nicht, wie vielfach berichtet, um einen Mehrbedarf an Pflegekräften oder sogar Pflegefachkräften, sondern um den Mehrbedarf an Beschäftigten in den ambulanten Pflegediensten und stationären Pflegeeinrichtungen insgesamt. Zur Verdeutlichung: Im Jahr 2009 waren 1.776 Personen³⁵ (Vollzeitäquivalente) in den ambulanten Pflegediensten in Düsseldorf beschäftigt. In den stationären Einrichtungen waren es 3.928 Personen.³⁶

Die Summe beider Beschäftigtengruppen bildet die Basis der Berechnung des Mehrbedarfs. In beiden Fällen sind neben den Pflegenden auch die Verwaltung, die Hausmeister, die Hauswirtschaft, Wäscherei etc. erfasst. Es ist wichtig, von den Personalbedarfen insgesamt auszugehen und nicht allein die Pflegefachkräfte in den Fokus der Betrachtung zu rücken. Denn eine Pflegeeinrichtung funktioniert nur als komplexe Einheit aller Beschäftigten.

Direkt in der stationären Pflege, als Fachkraft oder pflegerische Hilfskraft waren zum 31. Dezember 2009 rund 2.021 Personen³⁷ (Vollzeitäquivalente) beschäftigt. Zum 15. Dezember 2013 sind es rund 2.064 Personen (Vollzeitäquivalente).

Eindringlich unterstreichen die Daten des Themenreports „Pflege 2030“ dennoch, dass in den Anstrengungen, Auszubildende für die Pflegeberufe zu gewinnen, nicht nachgelassen werden darf.

Das Seniorenreferat des Amtes für soziale Sicherung und Integration veröffentlicht die Entwicklung der Ausbildungsplatzzahlen in der Altenpflege seit November 2005. Zum 15. Dezember 2014 werden im gesamten Sektor der Düsseldorfer Pflegeeinrichtungen und –dienste 442 Altenpflegerinnen und Altenpfleger ausgebildet. Im Jahr 2001 verständigten sich die Teilnehmerinnen und Teilnehmer einer Fachtagung der Düsseldorfer Pflegekonferenz auf Ausbildungsplatzrelationen in der Altenpflege. Angestrebt wurde seinerzeit ein Schlüssel von 1:17 (ein Ausbildungsplatz auf 17 Pflegeplätze) für den stationären und für den ambulanten Bereich die Formel „ein Ausbildungsplatz pro Anbieter“. Dies geschah in Anlehnung an die vom Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit (MFJFG) des Landes Nordrhein-Westfalen und den Spitzenverbänden angestrebte Mindestausbildungskapazität.³⁸

³⁴ http://www.bertelsmann-stiftung.de/cps/rde/xbcr/SID-FEA9F860-05B11019/bst/xcms_bst_dms_36977_36978_2.pdf

³⁵ Herausgegeben von Information und Technik Nordrhein-Westfalen, Geschäftsbereich Statistik: Pflegeeinrichtungen am 15.12.2009 sowie Empfängerinnen und Empfänger von Pflegegeldleistungen am 31.12.2009 in NRW. S. 18. Düsseldorf: 2011.

³⁶ ebenda, S. 28.

³⁷ Landeshauptstadt Düsseldorf (Hrsg.): Tätigkeitsbericht der Heimaufsicht für das Jahr 2009. S. 18. Düsseldorf: 2010.

³⁸ Landeshauptstadt Düsseldorf (Hrsg.): Tätigkeitsbericht der Heimaufsicht für das Jahr 2006. S. 19. Düsseldorf: 2007.

Die sektorale Aufteilung der Auszubildenden im Dezember 2014 ergibt:

Mit 332 Auszubildenden im stationären und solitären Kurzzeitpflegebereich der Düsseldorfer Altenpflege wird zum Stichtag 15. Dezember 2014 eine Quote von 1:15,6 erreicht.

Für die 118 ambulanten Pflegedienste ist mit 107 Ausbildungsplätzen das zweite Teilziel nach 13 Jahren erreichbar.

Sektor	Ausbildungsplatzzahlen
ambulant	107
Wohngruppe	3
teilstationär	5
stationär	327
insgesamt	442

Tabelle 5: Ausbildungsplätze, sektorbezogene Verteilung

Insgesamt kann somit – Schwankungen sind abbruchbedingt nicht unüblich – von einer weiteren Steigerung, die für die Sicherung der Fachkraftquote unverzichtbar ist, ausgegangen werden.

Drei der sechs anbieterverantworteten Wohngruppen melden je einen besetzten Ausbildungsplatz.

Zum 15. Dezember 2013 melden 31 der 105 befragten ambulanten Dienste, dass sie Pflegefachkräfte ausbilden. Ein Jahr später sind es bereits 41 von 118, also knapp 35 Prozent der ambulanten Pflegedienste. Eine Steigerung ist sicherlich

möglich. Belegt sind insgesamt dennoch 107 (2013: 74) Plätze zur Ausbildung von Altenpflegerinnen und Altenpflegern. Das zeigt, dass diejenigen Dienste, die ausbilden, dies teilweise sehr extensiv vorantreiben. Es ist zugleich auch eine sehr deutliche Steigerung gegenüber den 41 Ausbildungsplätzen, die im Dezember 2012 über PFAD.web³⁹ gemeldet waren.⁴⁰ Dazu kommt, dass die ambulanten Dienste auch Einrichtung der praktischen Ausbildung von Auszubildenden in der Ausbildung nach dem Krankenpflegegesetz in der Gesundheits- und Krankenpflege beziehungsweise der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege sind.

Die Entwicklung der Ausbildungsplatzzahlen in Düsseldorf ist positiv. Schwankungen sind abbruchbedingt üblich.

Seit Juli 2012 müssen alle Pflegeeinrichtungen und ambulanten Dienste im Land Nordrhein-Westfalen je nach Größe eine Umlage zur Finanzierung der Ausbildung von Pflegekräften in Nordrhein-Westfalen in einen Ausbildungsfonds einzahlen. Wer selbst ausbildet, bekommt Geld aus diesem Fonds zurück. Die Rechtmäßigkeit der Erhebung der Umlage wurde vom Oberverwaltungsgericht Münster bestätigt. Klagen, die einen Fachkräftemangel bestritten hatten, wurden zurückgewiesen. Eine Revision vor dem Bundesverwaltungsgericht ließen die Richter nicht zu.⁴¹

³⁹internetbasiertes System zur Dateneingabe und -pflege im Rahmen der Altenpflegeumlage.

⁴⁰vorgestellt im Rahmen der 37. Sitzung der Pflegekonferenz am 8. Mai 2013.

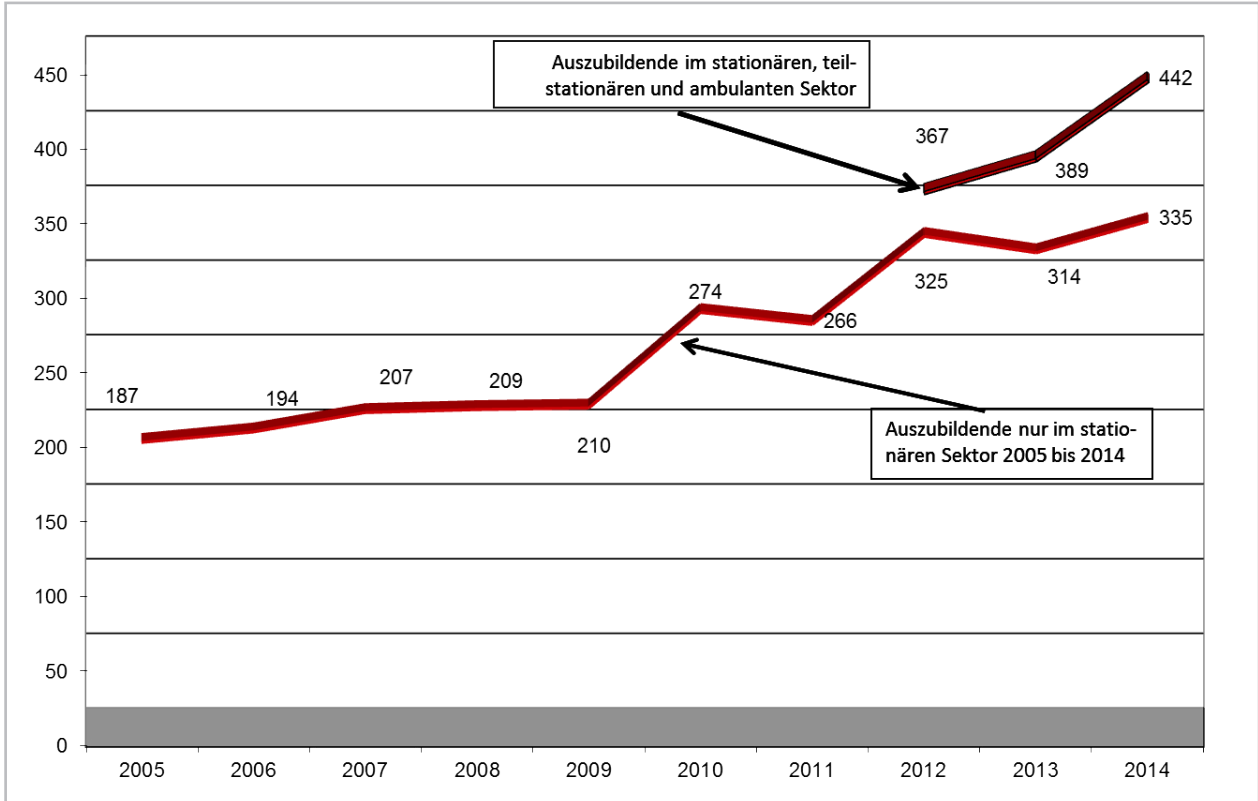


Diagramm 10: Auszubildende in der Altenpflege in Düsseldorf, 2005 bis 2014. Die obere Linie repräsentiert ab 2012 die Gesamtzahl der Auszubildenden im stationären, teilstationären und ambulanten Bereich. Die untere Linie repräsentiert fortgeschrieben nur den stationären und teilstationären Bereich.

⁴¹Siehe Az.: 12 A 502/14 und 12 A 1932/13; vgl. dpa, 27. Juni 2014.

8. Übersichten zur Pflegesituation und zur voraussichtlichen Entwicklung des stationären und teilstationären Bedarfs in den zehn Stadtbezirken

Wegen der grundlegenden Bedeutung werden die nachfolgenden Übersichten und ihre methodischen Grundlagen in diesem Bericht auch als Basis für die Berichte der Folgejahre ausführlich begründet.

Die Übersichten dienen der Darstellung des Status quo in Düsseldorf. Dabei wird deutlich, dass, bezogen auf den Bereich der Langzeitpflege, die Verhältnisse in der Landeshauptstadt sich von denen in Nordrhein-Westfalen insgesamt unterscheiden. In Düsseldorf besteht ein ausgeprägter Bedarf. Die Landeshauptstadt hat dies gegenüber der Landesregierung und dem Landtag thematisiert. Die Pflegekonferenz wurde von einem entsprechenden Schreiben des Herrn Beigeordneten Burkhard Hintzsche als Vorsitzender der Pflegekonferenz Düsseldorf an Frau Ministerin Barbara Steffens unterrichtet.⁴²

Zunächst werden die methodischen Grundlagen der Planung des stationären Bereiches skizziert, danach die der Planungen für den Bereich der Tagespflege. Beide nehmen Stellung zu einem Platzbedarf im Bereich der Langzeitpflege und der Tagespflege.

Auf weitergehende Differenzierungen möglicher Bedarfe nach Alter, Geschlecht, Herkunft usw. wird im vorliegenden Bericht verzichtet, da der Bericht zur „Pflegesituation in Düsseldorf“⁴³ dies als Rahmen umfassend darstellt.

Auch eine Differenzierung des Pflegebedarfs anhand der Pflegestufen wird nicht vorgenommen.

Die Bedarfsberechnungen berühren nicht den ambulanten Bereich und nicht den Bedarf nach solitärer Kurzzeitpflege im Rahmen der pflegerischen Versorgungsstrukturen. Ebenso werden im vorliegenden Bericht die Bedarfe im Betreuten Wohnen beziehungsweise „Servicewohnen“ für Ältere nicht thematisiert.

Nicht differenziert wird zwischen dem klassischen stationären Bereich und den Einrichtungen der ambulant betreuten Wohngruppen. Insofern differenzieren die Prognosen nicht zwischen den beiden Versorgungsformen. In dem Maße und in Abhängigkeit davon, wie sich ambulant betreute Wohngruppen etablieren, werden sie zukünftig als eigenständige Versorgungsform im Rahmen der Einschätzung des Bedarfs aufgenommen, wenn wissenschaftlich abgesicherte Indikatoren zur Ermittlung der Bedarfszahlen vorgelegt werden.⁴⁴

Die Größe der jeweiligen Bedarfe hängt unter anderem ab von der demografischen Entwicklung und von der Entwicklung der Einrichtungen und Dienste. Insofern werden die zukünftigen Berichte jeweils in allen Fällen aktualisiert aufgrund der Entwicklung infolge der Eröffnung und/oder Schließung von Einrichtungen.

⁴²vgl. Tagesordnungspunkt 3 in der Niederschrift der 39. Sitzung der Pflegekonferenz am 14. Mai 2014.

⁴³Landeshauptstadt Düsseldorf (Hrsg.): Pflegesituation in Düsseldorf. a.a.O.

⁴⁴Die methodischen Überlegungen und Grundlagen sind in der Anlage ausführlich dargestellt.

In Bezug auf die demografische Entwicklung werden sie aktualisiert auf der Basis der im Zweijahresrhythmus erscheinenden Berichte von IT.NRW, „Pflegeeinrichtungen am 15. Dezember ...“, ⁴⁵ sowie der unregelmäßig erscheinenden statistischen Analysen und Studien „Auswirkungen des demografischen Wandels – Modellrechnungen zur Entwicklung der Pflegebedürftigkeit“.⁴⁶

8.1 Situation und voraussichtliche Entwicklung des stationären Bedarfs

Zum Verständnis der Bedarfseinschätzung für die Jahre 2015, 2020 bis 2025 ist die Betrachtung der Ausgangslage aufschlussreich. Die Auswertung der im Zweijahresrhythmus erscheinenden Berichte von IT.NRW und dem Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik NRW (LDS NRW) als Vorgänger gibt wichtige Hinweise zum Verständnis der aktuellen Situation. Sie ist in Düsseldorf deutlich verschieden von der Nordrhein-Westfalens.

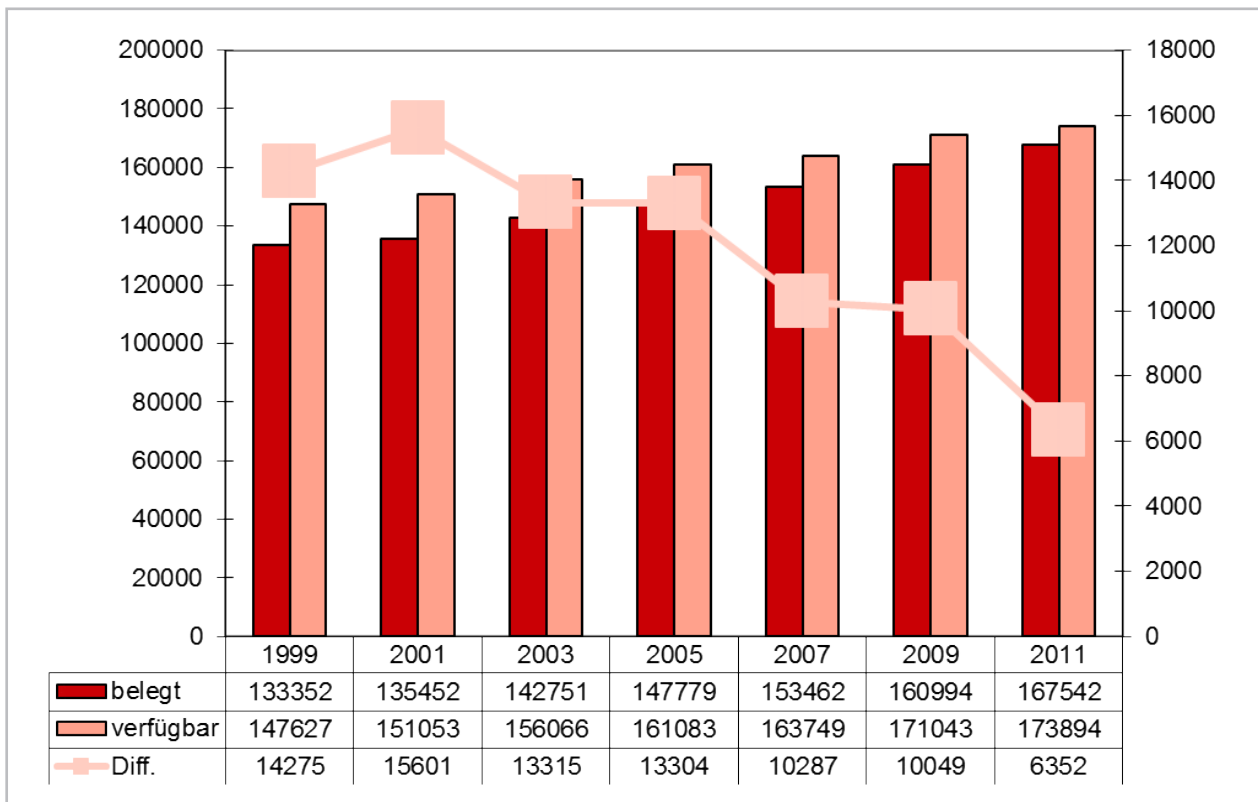


Diagramm 11: Entwicklung der stationären Pflegeplätze in NRW 1999 bis 2011

⁴⁵Im April 2013 wurde der aktuell vorliegende jüngste Bericht, „Statistische Berichte – Pflegeeinrichtungen am 15. Dezember Auswirkungen des demografischen Wandels – Modellrechnungen zur Entwicklung der Pflegebedürftigkeit – Westfalen“ veröffentlicht. Entsprechend der Veröffentlichungsrhythmen wird der nächste Bericht den Stand Dezember 2013 darstellen und voraussichtlich im Jahr 2015 vorliegen. Zu den Leistungsempfängerinnen und Leistungsempfängern der Pflegeversicherung in Nordrhein-Westfalen im Dezember 2013 liegen Daten einer Veröffentlichung von IT.NRW vom 10. Februar 2015 vor (Pressemittteilung 28-15).

⁴⁶Zuletzt veröffentlicht: Cicholas, U., Ströker, K.: Auswirkungen des demografischen Wandels – Modellrechnungen zur Entwicklung der Pflegebedürftigkeit. Statistische Analysen und Studien Nordrhein-Westfalen, Band 76, IT.NRW, Düsseldorf 2013.

Die Situation der Einrichtungen der stationären Pflege in Düsseldorf ist bestimmt von einer Belegungsquote, die über der Landesdurchschnitts liegt und von einem Platzzahlangebot, das tendenziell ausgeschöpft ist. Zukünftig erforderliche Kapazitäten können also nicht durch Leerstände von Pflegeplätzen gedeckt werden.⁴⁷

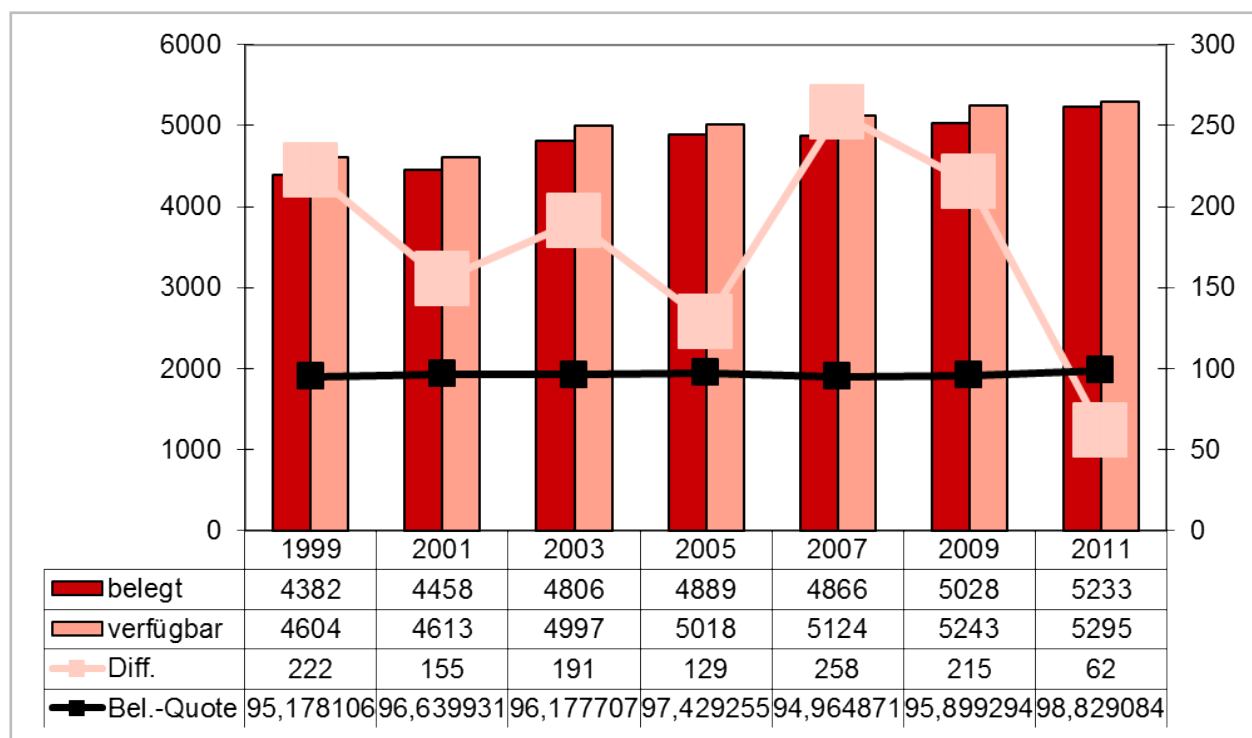


Diagramm 12: Entwicklung der stationären Pflegeplätze in Düsseldorf 1999 bis 2011

⁴⁷ Die Zahlen für die Jahre 1999 bis 2011 sind entnommen:
 1999: Pflegeeinrichtungen ... in Nordrhein-Westfalen am 15. Dezember 1999, (Hrsg. LDS NRW). S. 26-27. Düsseldorf: 2002.
 2001: Pflegeeinrichtungen am 15. Dezember 2001... (Hrsg. LDS NRW). S. 28-29. Düsseldorf: 2004.
 2003: Pflegeeinrichtungen am 15. Dezember 2003... (Hrsg. LDS NRW). S. 28-29. Düsseldorf: 2005.
 2005: Pflegeeinrichtungen am 15. Dezember 2005... (Hrsg. LDS NRW). S. 28-29. Düsseldorf: 2007.
 2007: Pflegeeinrichtungen am 15. Dezember 2007... (Hrsg. IT.NRW). S. 28-29. Düsseldorf: 2009.
 2009: Pflegeeinrichtungen am 15. Dezember 2009... (Hrsg. IT.NRW). S. 28-29. Düsseldorf: 2011.
 2011: Pflegeeinrichtungen am 15. Dezember 2011... (Hrsg. IT.NRW). S. 27-29. Düsseldorf: 2013.
 Berechnungen: eigene
 Anmerkung: LDS NRW und IT.NRW subsumieren unter der Kategorie „Pflegebedürftige in Pflegeheimen“ über den oben angegebenen Zeitraum hinweg jeweils eine Anzahl „teilstationärer“ Pflegeplätze, die nicht im Einklang stehen mit den Daten, die das Amt für soziale Sicherung und Integration erhebt. Die Berechnungen zur Langzeitpflege für die Stadtteile und Stadtbezirke sind allerdings frei von der Berücksichtigung teilstationärer Plätze und geben somit nur eine Orientierung für die Bedarfsentwicklung dieses stationären Pflegebereichs.

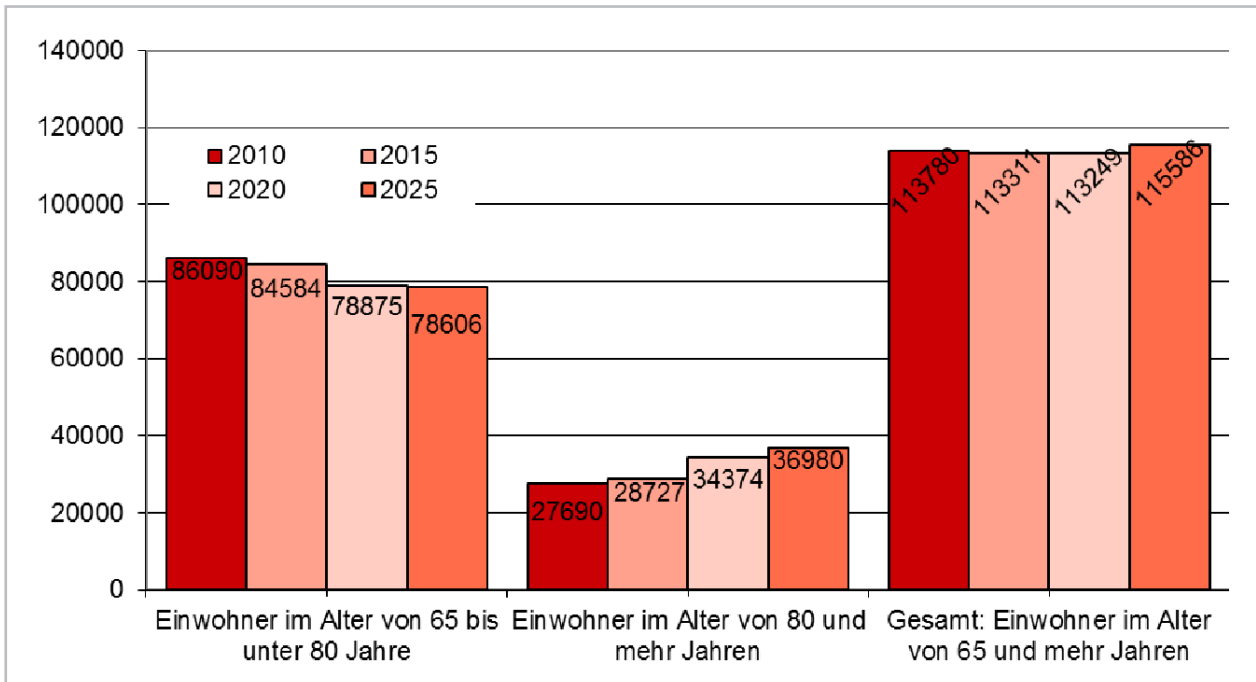


Diagramm 13: Einwohnerinnen und Einwohner nach Altersklassen, 2010 bis 2025

Ausgehend vom Zahlenmaterial des Demografieberichtes 2011⁴⁸ wird im vorstehenden Diagramm deutlich, dass zwischen 2010 und 2025 der Anteil der Einwohnerinnen und Einwohner im Alter von 65 bis unter 80 Jahren um rund 7.500 Personen abnimmt.

Parallel nimmt der Anteil der 80-Jährigen und Älteren an der Einwohnerschaft um rund 9.300 Personen oder 33,6 Prozent zu.

Zu berücksichtigen ist auch: Die Gruppe der 50- bis 65-Jährigen nimmt zwischen 2010 und 2025 um rund 16.100 Personen oder 15,1 Prozent zu.

8.2 Zu den Berechnungsgrundlagen zur Ermittlung des stationären Bedarfs

Die nachfolgenden Berechnungen für die Stadtbezirke und Stadtteile⁴⁹ basieren auf den Berechnungen, die im Bericht zur „Pflegesituation in Düsseldorf“ vorgenommen wurden.

⁴⁸Landeshauptstadt Düsseldorf (Hrsg.): Demografiebericht Düsseldorf 2011, a.a.O. S. 84–89.

⁴⁹der Stadtteil Hafen wurde zu Unterbilk hinzugerechnet (siehe Demografiebericht Düsseldorf 2011, S. 3).

Bis zum Jahr 2025 wird die Zahl der Pflegebedürftigen in der Landeshauptstadt voraussichtlich auf knapp 18.900 Personen und damit gegenüber 2009 um mehr als 4.200 Personen oder fast 29 Prozent anwachsen.⁵⁰

Zugleich nimmt generell demografisch bedingt das familiäre Pflegepotential auch in Düsseldorf ab: bis zum Jahr 2020 um sechs Prozent gegenüber 2010. Es steigt danach bis 2025 wieder leicht, so dass für den 15-Jahreszeitraum ein Rückgang von fünf Prozent prognostiziert wird.⁵¹

Aus dem Rückgang des familialen Pflegepotentials folgt unmittelbar, dass die Laienpflege angesichts der Entwicklung überfordert sein wird und professionelle Strukturen der Hilfe weiter entwickelt werden müssen.

Das festgestellte rückläufige familiäre Pflegepotential stellt ein erhebliches Problem in Bezug auf die Erwartungen der potentiell Pflegebedürftigen dar. Die Ergebnisse der Befragung Düsseldorfer Bürgerinnen und Bürger, „Generation 50plus: Lebensqualität und Zukunftsplanung in Düsseldorf“⁵², unterstreichen dies eindrucksvoll, wie die folgende Tabelle verdeutlicht.

gewünschte Versorgung der Befragten im Falle der eigenen Pflegebedürftigkeit			
	auf jeden Fall	eventuell	auf keinen Fall
	in %		
im eigenen Haushalt durch Verwandte	59,9	28,3	11,8
im eigenen Haushalt durch Familienangehörige unterstützt durch Pflegedienst	46,9	43,3	9,9
kleine gute Einrichtung im eigenen Wohngebiet	40,3	52,9	6,8
im eigenen Haushalt durch professionellen Pflegedienst	39,2	56,5	4,3
Rundumversorgung in größerem und gutem Pflegeheim	17,8	57,4	24,8
im Haushalt von Angehörigen, unterstützt durch professionelle Pflegedienst	12,3	38,6	49,1
im Haushalt eines nahen Familienmitgliedes	5,5	26,4	68,1

Tabelle 6: gewünschte Versorgung bei Pflegebedürftigkeit

⁵⁰Landeshauptstadt Düsseldorf (Hrsg.): Pflegesituation in Düsseldorf, a.a.O. S. 57.

⁵¹Landeshauptstadt Düsseldorf (Hrsg.): Pflegesituation in Düsseldorf, a.a.O. S. 64.

⁵²Landeshauptstadt Düsseldorf – Amt für Statistik und Wahlen, (Hrsg.): Befragung Generation 50plus: Lebensqualität und Zukunftsplanung in Düsseldorf – Beiträge zur Statistik und Stadtforschung, S. 34. Düsseldorf: Dezember 2012.

Die Ergebnisse dieser Befragung im November und Dezember 2010 unterstreichen, dass die gewünschten Versorgungsformen „im eigenen Haushalt ...“ die Präferenzliste anführen.

Analog zur Versorgung „im eigenen Haushalt durch professionellen Pflegedienst“ wünschen sich nahezu ebenso viele der Befragten eine Versorgung in einer „kleinen guten Einrichtung im eigenen Wohngebiet“. Die „Rundumversorgung in einem größeren und guten Pflegeheim“ erhält hohe Werte als „eventuelle“ Lösung und liegt – insbesondere mit Blick auf die Angabe „auf keinen Fall“ – deutlich vor der Versorgung durch „nahe Familienmitglieder“ in deren Haushalt, ob nun mit oder ohne professionelle Begleitung.

Damit wird deutlich, dass die Autonomie oberste Priorität hat.

8.3 Situation und voraussichtliche Entwicklung des teilstationären Bedarfs in der Tagespflege

Die Autonomie der Klientel, die einen Betreuungs- oder Pflegebedarf hat, wird primär gewahrt durch die Unterstützung im eigenen häuslichen Bereich. Damit sind zahlreiche Anforderungen an die Kommune gerichtet, die zum breiter werdenden kommunalen Aufgabenspektrum gehören.

Die Stadt Düsseldorf kommt diesen verschiedenen Aufgaben durch ein starkes Bündel differenzierter Angebote nach. Diese setzen an im Vorfeld der Erfordernisse umfassender Pflege und Versorgung. Sie gehen davon aus, dass die Beratung der Klientel und ihrer Angehörigen sowie die klientelbezogene Hilfe die zentrale Voraussetzung zur möglichst passgenauen Nutzung von spezifisch erforderlichen Angeboten durch pflegebedürftige Menschen (und ihre Angehörigen) ist. Diese Angebote sind ämterübergreifend angelegt und über das Stadtentwicklungskonzept als dynamischer Rahmen verbunden.⁵³

- Der Controllingbericht über die Arbeit der „zentren plus“ für das Jahr 2014 belegt, dass im zurückliegenden Jahr monatlich durchschnittlich 52.671 Menschen an den Veranstaltungen und Kursen teilgenommen haben. Im Gesamtjahr sind dies 630.855 Besuche. Zwölf Prozent der Teilnehmenden haben einen Migrationshintergrund.
- Es haben 17.094 komplexe individuelle Beratungsgespräche stattgefunden.
- Durch das Fallmanagement soll ermöglicht werden, trotz Hilfe- oder Pflegebedürftigkeit durch Mobilisierung vorhandener Potentiale den Umzug in eine stationäre Einrichtung zu vermeiden.

⁵³Die nachfolgende Darstellung konzentriert sich auf die direkte Seniorenarbeit der Stadt Düsseldorf und auf die unmittelbaren Fragestellungen im Kontext zum Alten- und Pflegegesetz (APG NRW). Sie lässt die zahlreichen begleitenden und unterstützenden Aktivitäten und Initiativen, beispielsweise des Gesundheits- oder Wohnungsamtes, unberücksichtigt.

- Die „zentren *plus*“ sind eng vernetzt mit anderen Fachstellen, wie dem Demenz-Servicezentrum NRW Region Düsseldorf, dem Gesundheits- und Wohnungsamt sowie dem Pflegebüro und seiner Beratungstätigkeit. Außerdem berät das Pflegebüro mit vier Pflegekassen monatlich kostenlos und betreiberunabhängig in den „zentren *plus*“ über häusliche Hilfen, informiert zur Pflegeversicherung und zu anderen pflegerelevanten Themen.
- Träger aus den Reihen der Wohlfahrts- pflege, das Demenz-Servicezentrum für die Region Düsseldorf, die Instituts- ambulanz der Abteilung Geronto- psychiatrie der Rheinischen Kliniken, Kliniken der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf haben sich als Träger der niedrigschwelligen Betreuung der „BEAtE-Gruppen“ (Betreuungsgruppen für Demenzkranke zur Entlastung pflegender Angehöriger als träger- übergreifende Einrichtung) zusammen- geschlossen und das Demenznetz Düsseldorf gegründet.
- Die Vernetzung der Angebote wird in den zehn Stadtbezirken durch „Stadtbezirks- konferenzen Seniorenarbeit“ realisiert.
- Ihrer sozialen Verantwortung gegenüber Pflegebedürftigen kommt die Stadt auch über den ab dem 1. Januar 2014 für drei Jahre projektierten Pflegefachdienst nach, der neben der Sicherstellung eines pass- genauen ambulanten Pflegearrangements für Pflegebedürftige die Selbsthilfe- potentiale für den möglichst langen Verbleib in der eigenen Häuslichkeit fördern soll.

Die Landeshauptstadt Düsseldorf verfügt mit dem Pflegebüro des Amtes für soziale Sicherung und Integration, den Schwerpunkt- sachbearbeitungen Altenhilfe des Jugend- amtes, der Beratungsstelle für alte Menschen, körperlich Behinderte, chronisch Kranke des Gesundheitsamtes, der Wohnberatungs- stelle des Wohnungsamtes und den durch die Stadt Düsseldorf geförderten „zentren *plus*“ bereits jetzt über ein umfassendes Netz wohnortnaher Beratungsstellen und kooperiert eng mit den Pflegekassen.

Die Tagespflegeeinrichtungen können ohne Zweifel dazu beitragen, dass ältere und pflegebedürftige Menschen in Düsseldorf so lange wie möglich sozial eingebunden in ihrem vertrauten Wohnquartier leben können. Verstärkt werden kann dies mit Inkrafttreten des ersten Pflegestärkungs- gesetzes, das zu einem Schub der Nach- frage nach Leistungen der Tagespflege führen kann. Denn bisher gilt tendentiell nach wie vor: „Als teilstationäre Einrichtungen gelten im Wesentlichen Tages- und Nachtpflege- einrichtungen, die als Entlastungsangebote für überwiegend von Familienangehörigen geprägten Pflegesituationen dienen sollen. Tagespflegeeinrichtungen spielen gerade in diesem Zusammenhang eine wichtige Rolle in einer bedarfsgerechten Infrastruktur pflegerischer Dienste, wobei es deutliche Diskrepanzen gibt zwischen dem Bedarf einerseits und der Nachfrage andererseits.“⁵⁴

⁵⁴Bericht der Enquête-Kommission des Landtags von Nordrhein-Westfalen: „Situation und Zukunft der Pflege in NRW“, S. 156, Düsseldorf: 2005.

Objektiv ist der Bedarf nachvollziehbar größer als die Tagespflegeangebote, faktisch scheint die Nachfrage dieser Annahme jedoch nicht zu entsprechen. Es bestehen materielle Probleme der Klientel, die den Zugang versperren. Zahlreiche Beiträge verweisen auch auf den schlichten Umstand, dass die Tagespflegeangebote bei den beiden zentralen Zielgruppen, den pflegenden Angehörigen und den Pflegebedürftigen selbst, nicht hinreichend bekannt sind.

Zu berücksichtigen sind Faktoren, die zum Beispiel Kirchen-Peters⁵⁵ (a.a.O.) in ihrer Arbeit auflistet und die nachfolgend skizziert werden:

- intensive Öffentlichkeitsarbeit kann Tagespflegeeinrichtungen bekannter machen und zum Durchbruch verhelfen, ebenso die verschiedenen Beratungs- und Koordinierungsstellen;
- hohe Arbeitslosigkeit verstärkt die Tendenz zur Inanspruchnahme der Geldleistung;
- Tagespflege wird erst in Betracht gezogen, wenn die häuslichen Ressourcen ausgeschöpft sind und die Fortsetzung der Pflege im stationären Bereich in Betracht gezogen wird – die Tagespflege konkurriert dann mit der stationären Einrichtung;
- Tagespflege wird als Alternative zur stationären Einrichtung gewählt, wenn die stationäre Versorgung quantitativ nicht ausreicht (Platzzahldefizit);
- Tagespflegeangebote ambulanter Dienste seien stärker belegt, als die, die an stationäre Einrichtungen angebunden sind;

- die Zielgruppenausrichtung der Tagespflegeeinrichtung – gerontopsychiatrische Pflege, Betreuung Demenzkranker, Versorgung Pflegebedürftiger mit somatisch begründetem Pflegebedarf etc. – kann erheblichen Einfluss haben, fordert aber auch die konzeptionelle Ausrichtung mit einem integrativen oder segregativen Ansatz;
- die Singularisierung kann ein besonderes Potential schaffen,
- ebenso die kulturelle, sprachliche und nationale Herkunft der (potentiellen) Klientel.

Kirchen-Peters verweist ansonsten auf die Bedeutung der zentralen Lage und die umgebende Infrastruktur, wie auch die Kombination mit anderen (pflegerischen) Angeboten.

Zu berücksichtigen ist neben den von Kirchen-Peters referierten Punkten, dass gegenwärtig vor allem die Frage der Finanzierbarkeit der Tagespflege in Verbindung mit (professioneller) häuslicher Pflege entscheidend für die Vergrößerung der Nachfrage ist. Dem sollen Änderungen des ersten Pflegestärkungsgesetzes Rechnung tragen.

⁵⁵Kirchen-Peters, S.: Die Tagespflege – Zwischen konzeptionellem Anspruch und realer Vielfalt – Ein Handlungskonzept basierend auf der Evaluation von Tagespflegen im BMG-Modellprogramm „Verbesserung der Situation der Pflegebedürftigen“. S. 27–39. Saarbrücken: 1999.

Eine ausführliche Darstellung zur Entwicklung der pflegerischen Infrastruktur einschließlich der teilstationären Angebote in der Tagespflege und ihrer Perspektiven hat die Verwaltung am 13. Mai 2015 in der kommunalen Konferenz Alter und Pflege (ehemals Pflegekonferenz) vorgelegt.

Zum 15. Dezember 2014 verfügen elf Tagespflegeeinrichtungen über 167 Plätze, die von 293 pflegebedürftigen Gästen besucht werden und für eine Auslastung – gemessen in der Zeit zwischen dem 1. und 15. Dezember 2014 – über alle Einrichtungen hinweg von rund 94 Prozent sorgen. Im Vergleichszeitraum 2013 versorgten neun Einrichtungen mit 136 Plätzen 234 pflegebedürftige Gäste. Die Anzahl der Gäste übersteigt die Anzahl der Plätze deutlich, da eine Vielzahl von Gästen nur an ausgewählten Tagen das Angebot wahrnimmt.

Ein Angebot in der Nachtpflege besteht in Düsseldorf nicht mehr, da das Angebot der Nachtpflege nicht ausreichend in Anspruch genommen wurde.

Unabhängig von der Konzeption, Angebotsausrichtung und den Öffnungszeiten der Einrichtungen sind die vorhandenen Angebote noch nicht bedarfsdeckend. Hierbei ist zu unterstreichen, dass die Bedarfe bei Ausweitung und Erreichbarkeit sowie Finanzierbarkeit der Angebote zunehmen werden. Dies ist sinnvoll, weil die breitere Nutzung von Tagespflegeeinrichtungen dazu beitragen kann, den Verbleib in der eigenen Wohnung trotz Pflegebedarf zu sichern oder zumindest zu verlängern. Damit wird auch der bestehende Druck gemindert, zusätzliche stationäre Pflegeplätze zu schaffen.

Zur Bedarfsberechnung liegen derzeit keine allgemein verbindlichen oder anerkannten Indikatoren und Kennziffern vor. Im Rahmen des Gesetzgebungsverfahrens zum Alten- und Pflegegesetz NRW sowie zum Wohn- und Teilhabegesetz NRW hat die Landeshauptstadt Düsseldorf dem Land NRW gegenüber deutlich gemacht, dass solche Indikatoren eine unerlässliche Grundlage für die Pflegeplanung sind.

Der zukünftige Bedarf wird angesichts des sinkenden familialen Pflegepotentials und der verbesserten Refinanzierung zunehmen. Eine Berechnungsgrundlage der Forschungsgesellschaft für Gerontologie (FfG) geht davon aus, dass zehn Prozent der pflegebedürftigen Personen ab 75 Jahren, die einen ambulanten Pflegedienst in Anspruch nehmen, als Klientel für Tagespflegeeinrichtungen in Frage kommen.

Die Auswertung entsprechender Abfragen bei den ambulanten Pflegediensten in Düsseldorf weist für 2013 einen Bedarf von 310 Plätzen aus. Weil noch einige wenige Rückläufe fehlen, kann für 2014 nur festgestellt werden, dass der Bedarf leicht zunimmt. Demnach wären rund 150 weitere Plätze in Tagespflegeeinrichtungen in Düsseldorf erforderlich.

Nach Kenntnis der Verwaltung bestehen Planungen zur Errichtung von weiteren Tagespflegeplätzen – mit unterschiedlichem Planungsstand – an acht Standorten mit insgesamt ungefähr 119 Plätzen. Vorausgesetzt die Planungen würden in diesem Umfang realisiert, würden sie zu einer Bedarfsabdeckung von rund 92 Prozent führen.

Das Amt für soziale Sicherung und Integration berät in Gesprächen mit Trägern und in den kommunalen Konferenzen Alter und Pflege über die Bedarfe im Bereich der pflegerischen Angebote. Eine direkte Steuerungsmöglichkeit gibt es aufgrund der bundes- und landesgesetzlichen Rechtsgrundlagen allerdings nicht. Die Schaffung zusätzlicher Angebote setzt die entsprechende Bereitschaft von Investoren und Trägern voraus.

Die fachliche Ausrichtung hängt ab von den Bedarfen der Klientel.

Es können Tagespflegeeinrichtungen ohne Schwerpunkt entstehen, ebenso wie Einrichtungen mit spezifischer Ausrichtung. So plant ein Anbieter, ausgehend von der Mieterschaft im Sozialraum, ein ausschließlich somatisch ausgerichtetes Tagespflegeangebot. Ein anderer Anbieter wendet sich explizit an dementiell erkrankte Menschen, die parallel vom ambulanten Pflegedienst in ihren Wohnungen betreut werden.

Generell muss betont werden, dass neben der pflegerischen Versorgung die Tagesstrukturierung, Geselligkeit und Freizeitgestaltung in der Tagespflege von zentraler Bedeutung sind. Das Programm hängt dabei immer vom festgestellten Bedarf der Gäste ab.

8.4 Zu den Berechnungsgrundlagen zur Ermittlung des Bedarfs an Plätzen der Tagespflege

Die nachfolgenden Berechnungen berücksichtigen nicht mögliche Steigerungen der Nachfrage nach Tagespflegeplätzen infolge des ersten Pflegestärkungsgesetzes, sondern orientieren sich an bisherigen Bedarfsberechnungen.

Dabei wird auf die differenzierte, stadtteilbezogene datenberücksichtigende Berechnung zugunsten eines ersten stadtbezirksbezogenen Überblicks im Rahmen der kommunalen Pflegeplanung verzichtet.

Für die hier als Zielsetzung gesetzte grobe Annäherung reichen die Berechnungsgrundlagen einerseits der FfG und andererseits des Kuratoriums Deutsche Altershilfe (KDA).

Nach den Berechnungsgrundlagen der FfG besteht aktuell in Düsseldorf ein Bedarf von 310 Plätzen in Einrichtungen der Tagespflege.

Das entspricht 91 Prozent der Platzzahl, die erforderlich wäre, wenn ein Platz für 0,3 Prozent der über 65-Jährigen (KDA) bereitgestellt würde. Die rechnerische Summe von 311 Plätzen über alle zehn Stadtbezirke hinweg ist Rundungsgewinnen einzelner Stadtbezirke geschuldet (siehe 8.5.11).

Die Platzzahlen, die sich nach der Berechnungsgrundlage der FfG ergeben, können aufgrund der fehlenden stadtbezirksbezogenen Daten zur Menge pflegebedürftiger Patientinnen und Patienten, die 75 Jahre und älter sind, nicht stadtbezirksscharf berechnet werden.

Eine über den Rahmen des Stadtbezirks hinausgehende Differenzierung, zum Beispiel auf Ebene der Stadtteile, wird nicht vorgenommen.

Die Daten, die zum Stichtag 15. Dezember 2014 erhoben worden sind, weichen tendenziell nicht gravierend ab von denen des Vorjahres, die die bisherige Basis der Berechnung des Bedarfs an Tagespflegeplätzen sind. Sie weisen aber – entsprechend der Zunahme der Anzahl der versorgten Patientinnen und Patienten – perspektivisch auf eine Zunahme des Bedarfs hin.

Und nochmals sei betont: Die Folgen der neuen Finanzierungsregelungen der Kombination von ambulanter und Tagespflege, die die Tagespflege attraktiv machen, sind nicht berücksichtigt. Die Auswertungen der künftigen Jahre werden zum Bedarf und zur Nutzung weitere Klarheit schaffen.

8.5 Situation und voraussichtliche Entwicklung des Bedarfs in den zehn Stadtbezirken

Die nachfolgenden Zahlen sollen künftig jährlich übersichtsartig in der kommunalen Konferenz Alter und Pflege (KAP) vorgestellt und aktualisiert werden.⁵⁶

Die Anforderungen an die Wohnqualität im stationären Bereich sind seit dem Jahr 2003 definiert und durch das WTG in § 20 (3) bestätigt worden. Zwar greift nach § 47 (3) WTG der Bestandsschutz, aber davon ausgenommen sind die Realisierung der 80-prozentigen Einzelzimmerquote und die Schaffung ausreichender Sanitarräume in Form von Einzel- oder Tandembädern. Nach einem Erlass des zuständigen Ministeriums vom 13. November 2014 wird darauf verwiesen, dass angesichts einer zum 31. Juli 2018 nicht erfolgten Umsetzung der Einzelzimmerquote die WTG-Behörde für Doppelzimmer, die über die zulässige Quote hinausgehen, ein „partielles Wiederbelegungsverbot“ aussprechen wird, bis die 80-Prozent-Quote durch so geschaffene einzeln belegte Doppelzimmer erreicht ist. Hinsichtlich der Sanitarräume fordert der Erlass, dass Tandemlösungen eine Ausnahme darstellen.

⁵⁶Von den folgenden hier stadtbezirksbezogenen Daten hat die KAP am 13. Mai 2015 Kenntnis genommen.

Die stadtteil- und mehr noch die stadtbezirksbezogene Betrachtung der pflegerischen Versorgung orientiert sich an Gebieten, deren Zuschnitt aufgrund politischer Entscheidungen festgelegt wird. Die sozialen Bezüge im Stadtbezirk zwischen den Stadtteilen und innerhalb dieser sind teilweise von nicht immer sichtbaren (sozialen) Grenzen geprägt, die wirksamer sind, als die Grenzen der Stadtbezirke oder Stadtteile. Insofern kann die Feststellung von „Überkapazitäten“ hier und die einer „Unterversorgung“ dort erst bei genauer Betrachtung der sozialen Zusammensetzung der betreffenden Gebiete und der Ermittlung der Bezüge zwischen Stadtteilen etc. relativiert oder bestätigt werden. So haben bestimmte Versorgungsangebote auch eine stadtbezirksübergreifende Bedeutung oder können diese erlangen. Unabhängig davon gibt die vorliegende Übersicht Hinweise, in welchen Gebieten der Stadt der Ausbau pflegerischer Versorgungsstrukturen vor dem Hintergrund der demografischen Entwicklung von besonderer Bedeutung ist.

Auf eine stadtbezirksbezogene Darstellung ambulanter Pflegedienste wird angesichts ihres darüber hinaus reichenden Wirkungskreises verzichtet.

8.5.1 Stadtbezirk 1

Für alle Stadtteile im Stadtbezirk 1 gilt, dass bis zum Jahr 2025 die Altersgruppe der 65- bis unter 80-Jährigen abnimmt. Die Gruppe der 80-Jährigen und Älteren wächst hingegen ebenfalls in allen Stadtteilen.

Bezogen auf die Einrichtungen mit umfassendem Leistungsangebot kann festgestellt werden, dass im Stadtbezirk ein deutlicher Bedarf im stationären Bereich besteht.

Die durch bestehende Planungen nachvollziehbare Entwicklung ist wie folgt gekennzeichnet:

- Für das Altenzentrum St. Anna-Stift liegt eine Ersatzneubauplanung für 86 Einzelzimmer vor.
- Die planmäßige Fertigstellung des ersten Bauabschnitts der Umbau- und Modernisierungsmaßnahme im Edmund-Hilvert-Haus ist erfolgt; die Einrichtung wird rechtzeitig die Anforderungen des WTG zur Wohnqualität erfüllen.
- Die Planung für das Haus Katharina-Labouré sieht vor, dass nach Anbau und Modernisierung der Einrichtung 135 Einzelzimmer bereitgestellt werden.
- Für das Tersteegenhaus werden in einem Ersatzneubau 90 vollstationäre Plätze sowie eine solitäre Kurzzeitpflegereinrichtung geschaffen.
- Der Umbau und die Modernisierung im Ernst-Gnoß-Haus sehen vor, dass nach aktueller Planung mit 51 Einzel- und zwölf Doppelzimmern nach Fertigstellung gerechnet werden kann.

Daraus ergibt sich eine voraussichtliche Gesamtentwicklung im Stadtbezirk:

Aus gegenwärtig 479 Plätzen in vier Einrichtungen werden 511 Plätze in fünf Einrichtungen. Ein Platzzahl-Plus von 6,68 Prozent.

Hinzugerechnet werden müssen zu den vorstehend genannten Angeboten noch elf Plätze einer ambulant betreuten Wohngruppe in Derendorf.

Es gibt kein Angebot der Tagespflege im Stadtbezirk und gegenwärtig auch keine verlässliche Planung dazu. Im Bereich der anbieterverantworteten Wohngruppenangebote sind derzeit keine Änderungen geplant und Neuplanungen bekannt.

Zur Nutzung für die Kurzzeitpflege bestehen 24 Plätze als eingestreute Kurzzeitpflege laut der aktuellen Versorgungsverträge in allen stationären Einrichtungen im Stadtbezirk zur Verfügung.

Stadtbezirk	Platzzahl-Ist 2014 ⁵⁷ Langzeitpflege	Bedarf im Jahr 2015	Bedarf im Jahr 2020	Bedarf im Jahr 2025
1	479+11	724	804	876
	Tagespflege Nachtpflege			
	0			
KDA 0,3%		40	39	40
KDA 0,25%		33	33	33
FfG		36		

Tabelle 7: Platzzahl-Ist 2014 Bedarf 2015 bis 2025 Langzeit- und Tagespflege Stadtbezirk 1

8.5.2 Stadtbezirk 2

Die Altersgruppe der 65-Jährigen und Älteren nimmt im Stadtbezirk 2 moderat zu, weil die Gruppe der über 80-Jährigen zunimmt. Prozentual ist der Zuwachs der über 80-Jährigen im Stadtbezirk recht gleichmäßig ausgeprägt.

Stationär ist der Stadtbezirk 2 mit einem bis 2025 wachsenden Platzzahldefizit konfrontiert.

Noch eine Einrichtung im Stadtbezirk hat einen Anpassungsbedarf an das WTG: Konkrete Planungen zur Modernisierung von Haus Rosmarin (Phönix/Korian) sollen im Laufe des Jahres 2015 vorgelegt werden.

Die voraussichtliche Gesamtentwicklung für den stationären und den Bereich ambulant betreuter Wohngruppen im Stadtbezirk stellt sich wie folgt dar:

Aus gegenwärtig 483 Plätzen in vier Einrichtungen werden wegen der Realisierung der 80-prozentigen Einzelzimmerquote gegebenenfalls 458 Plätze in vier Einrichtungen. Ein Platzzahl-Minus von 5,18 Prozent.

⁵⁷ Die Daten dieser und der folgenden Spalten zum Platzzahl-Ist der Langzeitpflege enthalten immer auch die Platzzahlen der ambulant betreuten anbieterverantworteten Wohngruppen in den Stadtteilen.

Stadtbezirk	Platzzahl-Ist 2014 Langzeitpflege	Bedarf im Jahr 2015	Bedarf im Jahr 2020	Bedarf im Jahr 2025
2	483	531	588	639
	Tagespflege Nachtpflege			
	30			
KDA 0,3%		30	30	31
KDA 0,25%		25	25	26
FfG		27		

Tabelle 8: Platzzahl-Ist 2014 Bedarf 2015 bis 2025 Langzeit- und Tagespflege Stadtbezirk 2

Mit 30 Plätzen ist das Tagespflegeangebot seit 2014 im Stadtbezirk 2 bedarfsdeckend.

18 Plätze bestehen für eingestreute Kurzzeitpflege in allen stationären Einrichtungen im Stadtbezirk.

8.5.3 Stadtbezirk 3

Die Altersgruppe der 65-Jährigen und Älteren nimmt im Stadtbezirk 3 bis zum Jahr 2025 moderat zu.

Gegenwärtig ist der Stadtbezirk 3 stationär ausreichend versorgt.

Anpassungen zur Erfüllung der WTG-Vorgaben werden in drei Einrichtungen vorzunehmen sein:

- Im Altenzentrum Hubertus-Stift ist der Umbau im Prozess, die geplante Fertigstellung ist im Dezember 2016 mit 51 Einzel- und zehn Doppelzimmern.
- Planungen zum minimalen Umbau zur Umsetzung der 80-Prozent-Einzelzimmer-Quote im Curanum Seniorenzentrum „Düsselhof“ (Korian) sind abgeschlossen.
- Im Caritas Altenzentrum St. Josefshaus sind Planungen für Umbau und Modernisierung in der Entwicklung.

Die voraussichtliche sich daraus ergebende Gesamtentwicklung im Stadtbezirk:

Aus gegenwärtig 1.050 Plätzen in zwölf Einrichtungen werden gegebenenfalls 1.017 Plätze in weiterhin zwölf Einrichtungen. Ein Platzzahl-Minus von 3,14 Prozent.

Bei der Betrachtung des Platzzahlangebotes im Stadtbezirk 3 ist auch zu berücksichtigen, dass die Spezialeinrichtung (50 Plätze) der „Jungen Pflege“ des Pflegezentrums an der Kruppstraße – mit insgesamt 131 Plätzen – angesichts ihrer spezifischen Ausrichtung für die allgemeine Versorgung nur eingeschränkt gezählt werden kann.

Der große Bedarf im Bereich Tagespflege im Stadtbezirk 3 ist unverkennbar. Es besteht bisher seit 1999 das Tagespflegeangebot des ambulanten Pflegedienstes AABK GmbH mit 20 Plätzen in Bilk. Weitere Planungen liegen derzeit nicht vor. Projekte im teilstationären Bereich könnten jedoch den Druck auf den stationären Bereich mildern.

In Friedrichstadt und Oberbilk bestehen ambulant betreute Wohngruppen von zwei Pflegediensten mit insgesamt acht und 21 (3x7) Plätzen. In der Planung sind elf weitere Plätze in Oberbilk durch die Diakonie.

In acht stationären Einrichtungen im Stadtbezirk bestehen aktuell 48 Plätze für die eingestreute Kurzzeitpflegeversorgung.

Weitere 33 Plätze werden in einer Einrichtung, dem „Kronenhaus Am Südring“, in einer solitären Kurzzeitpflegeeinrichtung zur Verfügung gestellt.

Stadtbezirk	Platzzahl-Ist 2014 Langzeitpflege	Bedarf im Jahr 2015	Bedarf im Jahr 2020	Bedarf im Jahr 2025
3	1.050+29	1.043	1.168	1.285
	Tagespflege Nachtpflege			
	20			
KDA 0,3%		52	52	54
KDA 0,25%		43	43	45
FfG		47		

Tabelle 9: Platzzahl-Ist 2014 Bedarf 2015 bis 2025 Langzeit- und Tagespflege Stadtbezirk 3

8.5.4 Stadtbezirk 4

Der Stadtbezirk 4 verzeichnet einen Rückgang der Bevölkerung in der Altersgruppe der 65-Jährigen und Älteren.

Platzzahlneutral will die AWO-VITA gGmbH die Planung im Ernst-und-Berta-Grimmke-Haus realisieren. Ein Anbau dient der Gewinnung von 24 Einzelzimmern, die restlichen Plätze werden modernisiert. Die Einrichtung erfüllt nach Abschluss der Maßnahmen die 100 Prozent-Einzelzimmer-Quote.

Die voraussichtliche Gesamtentwicklung des vollstationären Bereichs im Stadtbezirk:

Die gegenwärtig vorhandenen 377 Plätze in vier Einrichtungen bleiben erhalten.
Veränderung: ± 0 Prozent.

Perspektivisch sind drei weitere Planungen relevant:

In Heerdt plant die Diakonie Düsseldorf im Neubaukomplex „Rheinpark Heerdt“ an der Pariser Straße zwei ambulant betreute Wohngruppen mit je elf Plätzen zu errichten.

Hinsichtlich der Tagespflegeangebote hat der Stadtbezirk 4 eine ausreichende Platzzahl mit den Angeboten der AWO/VITA gGmbH in Lörick und der Diakonie in Oberkassel erreicht. Dennoch wird im Projekt „Rheinpark Heerdt“ auch eine Tagespflegeeinrichtung der Diakonie mit 15 Plätzen geplant, für die eine Abstimmungsbescheinigung vorliegt. Die Projekte wurden der Pflegekonferenz am 14. Mai 2014 vorgestellt.

Die dritte Planung ist eine Tagespflegeeinrichtung, die der Pflegedienst Alpha-Service mit 14 Plätzen in Lörick plant.

Für eingestreute Kurzzeitpflegeversorgung bestehen laut Versorgungsverträgen 24 Plätze in drei stationären Einrichtungen. Weitere 14 Plätze werden in einer Einrichtung, dem „Dorothee-Sölle-Haus“, in einer solitären Kurzzeitpflegeeinrichtung zur Verfügung gestellt.

Stadtbezirk	Platzzahl-Ist 2014 Langzeitpflege	Bedarf im Jahr 2015	Bedarf im Jahr 2020	Bedarf im Jahr 2025
4	377	362	396	423
	Tagespflege Nachtpflege			
	26			
KDA 0,3%		26	25	24
KDA 0,25%		21	21	20
FfG		24		

Tabelle 10: Platzzahl-Ist 2014 Bedarf 2015 bis 2025 Langzeit- und Tagespflege Stadtbezirk 4

8.5.5 Stadtbezirk 5

Die Altersgruppe der 65-Jährigen und Älteren verhardt im Stadtbezirk bis zum Jahr 2025 weitgehend auf dem Niveau des Jahres 2015.

Für alle Stadtteile im Stadtbezirk 5 gilt, dass die Altersgruppe der 80-Jährigen und Älteren wächst.

Der Stadtbezirk ist auf längere Sicht bis zum Jahr 2025 ausreichend mit stationären Pflegeplätzen ausgestattet. Allerdings ist dabei zu berücksichtigen: Die gute Versorgungslage in Stockum ist ausschließlich über das „Nelly-Sachs-Haus“ gewährleistet. Die Einrichtung gilt nach dem Versorgungsvertrag als Spezialeinrichtung. Sie hat hinsichtlich ihrer religiösen Ausrichtung eine gesamtstädtische und darüber hinausreichende Bedeutung für die jüdische Bevölkerung und gegenwärtig insbesondere für die jüdischen, russischsprachigen Migrantinnen und Migranten aus der ehemaligen Sowjetunion; für die letztgenannte Gruppe auch wegen der besonderen Funktion der

Pflege durch Muttersprachlerinnen und Muttersprachler. Berücksichtigt man diese Faktoren, kann die Einrichtung zumindest für das Gros ihrer Plätze nur bedingt als stadtbezirksbezogenes Angebot gewertet werden.

Hinsichtlich baulicher Anpassungen an die 80-Prozentquote der Einzelzimmer besteht nur im Wittlaerer „Walter-Kobold-Haus“ der Graf-Recke-Stiftung Handlungsbedarf.

Die rechnerisch mögliche Auswirkung:

Die Zahl der gegenwärtig vorhandenen 410 Plätze in drei Einrichtungen sinkt auf 392 Plätze. Veränderung: -4,39 Prozent.

Bei stadtbezirksbezogener Betrachtung der Versorgung mit Tagespflegeplätzen kann von einer Bedarfsdeckung gesprochen werden.

Entsprechend der Versorgungsverträge bestehen 36 Plätze in der eingestreuten Kurzzeitpflege in zwei stationären Einrichtungen im Stadtbezirk.

Stadtbezirk	Platzzahl-Ist 2014 Langzeitpflege	Bedarf im Jahr 2015	Bedarf im Jahr 2020	Bedarf im Jahr 2025
5	410	290	307	326
	Tagespflege Nachtpflege			
	18			
KDA 0,3%		21	21	21
KDA 0,25%		17	17	17
FfG		19		

Tabelle 11: Platzzahl-Ist 2014 Bedarf 2015 bis 2025 Langzeit- und Tagespflege Stadtbezirk 5

8.5.6 Stadtbezirk 6

Im Stadtbezirk 6 nimmt die Altersgruppe der 65-Jährigen und Älteren bis zum Jahr 2025 leicht zu.

Für alle Stadtteile im Stadtbezirk 6 gilt, dass bis zum Jahr 2020 ein zunächst kräftiger Anstieg für die Altersgruppe der 80-Jährigen und Älteren zu verzeichnen ist, der in Richtung des Jahres 2025 merklich abflacht und nur noch moderat ansteigt.

Die Situation der stationären Versorgung im Stadtbezirk ist von Änderungen bestimmt:

- In Mörsenbroich ist der Wegfall des DRK-Zentrums an der Ludwig-Beck-Straße, das ab März 2014 als temporäres Ausweichquartier für das von Modernisierungsmaßnahmen betroffene DRK-Zentrum „Reisholz“ dient, absehbar.

- Das in der Pflegekonferenz vom 27. November 2013 vorgestellte Seniorenzentrum „An der Rotdornstraße“ in Rath (Pro Talis) ist seit dem 1. Februar 2014 in Betrieb. Die Einrichtung hat 90 Plätze in 78 Einzel- und sechs Doppelzimmern.
- Planungen der Caritas für Rath für eine vollstationäre Einrichtung mit 90 Plätzen sowie für eine solitäre Kurzzeitpflege mit 16 Plätzen sind in der Entwicklung.

Die daraus gegebenenfalls resultierende stationäre Gesamtentwicklung im Stadtbezirk wäre von einem Platzzahl-Minus von 3,2 Prozent gekennzeichnet, wenn die gegenwärtig vorhandenen 464 Plätze in vier Einrichtungen auf 449 Plätze zurückgehen.

In Rath stehen in zwei ambulant betreuten Wohngruppen von zwei Anbietern zum 15. Dezember 2014 einmal sieben und einmal zehn Plätze zur Verfügung.

Stadtbezirk	Platzzahl-Ist 2014 Langzeitpflege	Bedarf im Jahr 2015	Bedarf im Jahr 2020	Bedarf im Jahr 2025
6	464+17	537	574	611
	Tagespflege Nachtpflege			
	0			
KDA 0,3%		37	38	39
KDA 0,25%		31	31	32
FfG		33		

Tabelle 12: Platzzahl-Ist 2014 Bedarf 2015 bis 2025 Langzeit- und Tagespflege Stadtbezirk 6

Des Weiteren, vorgestellt in der Pflegekonferenz am 14. Mai 2014, will die Graf-Recke-Stiftung in Unterrath zehn Plätze (2x5) in ambulant betreuten Wohngruppen Am Röttchen bauen.

Eine Abstimmungsbescheinigung liegt vor für eine Tagespflegeeinrichtung des Trägers in demselben Gebäude mit 18 Plätzen.

In Rath plant die Caritas ebenfalls eine Tagespflegeeinrichtung mit voraussichtlich 16 Plätzen.

In den vier stationären Einrichtungen im Stadtbezirk bestehen 23 Plätze für eingestreute Kurzzeitpflegeversorgung.

8.5.7 Stadtbezirk 7

Im Stadtbezirk 7 nimmt die Altersgruppe der 65-Jährigen und Älteren bis zum Jahr 2025 leicht zu.

Ausgehend von der realen Zahl nimmt die Altersgruppe der 80-Jährigen und Älteren in Gerresheim stark zu. Prozentual sind die Anstiege in Hubbelrath⁵⁸ bemerkenswert.

Der Stadtbezirk hat insgesamt aufgrund der starken Versorgungsstrukturen – die sich weiter konzentrieren – in Gerresheim kein stationäres Versorgungsproblem. In Gerresheim-Süd besteht seit August 2014 das „Ferdinandheim“ mit 39 Plätzen nicht mehr, da das Ferdinand-Heye-Haus der Diakonie den Betrieb aufgenommen hat.

Deutliche Veränderungen, die planerisch noch nicht vollständig erfasst werden können, werden die kommenden Jahre bestimmen:

- Die Planungen für den Ersatzneubau des Sana Seniorenzentrums Haus Gallberg auf dem Gelände der Sana-Kliniken Gerresheim laufen.
- Planmäßig gehen Umbau und Modernisierung im Gericusstift voran.
- Der Ersatzneubau für das DRK-Zentrum Gerresheim soll in sozialräumlicher Nähe zur bestehenden Einrichtung entstehen.

Insgesamt ist die mögliche Gesamtentwicklung im Stadtbezirk gegenwärtig folgende:

Die vorhandenen 524 Plätze in sieben Einrichtungen nehmen in der ersten Variante ab auf 518 Plätze. Daraus resultiert ein Platzzahl-Minus von 1,15 Prozent.

In Variante 2 gehen weniger Plätze umbaubedingt verloren, es sind nach Fertigstellung 554 Plätze vorhanden und es entsteht ein Platzzahl-Plus von 5,92 Prozent.

⁵⁸Für den neuen Stadtteil Knittkuhl, seit Februar 2014 der 50. Stadtteil der Landeshauptstadt und bisher Teil von Hubbelrath, liegen keine separierten Berechnung vor. Angaben zu Hubbelrath in diesem Jahresbericht beziehen also Knittkuhl in allen Fällen mit ein.

Stadtbezirk	Platzzahl-Ist 2014 Langzeitpflege	Bedarf im Jahr 2015	Bedarf im Jahr 2020	Bedarf im Jahr 2025
7	524	396	427	459
	Tagespflege Nachtpflege			
	31			
KDA 0,3%		29	29	29
KDA 0,25%		24	24	24
FfG		26		

Tabelle 13: Platzzahl-Ist 2014 Bedarf 2015 bis 2025 Langzeit- und Tagespflege Stadtbezirk 7

Bei Gesamtbetrachtung der stationären Versorgung im Stadtbezirk 7 muss darauf verwiesen werden, dass 61 Plätze des Sana Seniorenzentrums Haus Gallberg II ausschließlich der Versorgung von Menschen dienen, die aufgrund richterlichen Beschlusses geschlossen untergebracht werden müssen. Die Bedeutung der Plätze dieser Spezialeinrichtung ist gesamtstädtisch.

Gegenwärtig bestehen im Stadtbezirk 7 keine Angebote in ambulant betreuten Wohngruppen. Die AWO VITA gGmbH plant allerdings in Gerresheim zwölf Plätze (2 x 6) an der Gräulinger Straße. Die Pflegedienste Düsseldorf gGmbH des DRK planen ebenfalls in Gerresheim die Realisierung von Wohngruppen für dementiell Erkrankte.

Ebenfalls planen die Pflegedienste Düsseldorf gGmbH des DRK eine Tagespflegeeinrichtung, deren genaue Platzzahl noch nicht abschließend festgelegt ist. Diese Kapazität käme zu den 15 Plätzen im „Heinrich-Zschokke-Haus“ und den 16 Plätzen im „Pauline-Heye-Haus“, der Tagespflegeeinrichtung am „Ferdinand-Heye-Haus“ in Gerresheim hinzu.

19 Plätze bestehen für die eingestreute Kurzzeitpflegeversorgung laut Versorgungsverträgen in drei stationären Einrichtungen im Stadtbezirk.

Die solitäre Kurzzeitpflege im „Ferdinand-Heye-Haus“ verfügt über zehn Plätze.

8.5.8 Stadtbezirk 8

Die Altersgruppe der über 65-Jährigen bleibt im Stadtbezirk 8 zwischen 2015 und 2025 relativ konstant.

Mit Ausnahme Lierenfelds nimmt die Altersgruppe der 65- bis unter 80-Jährigen kontinuierlich ab.

Die Altersgruppe der 80-Jährigen und Älteren nimmt in allen Stadtteilen zu, wobei Eller mit einem deutlichen Plus zwischen 2015 und 2025 hervorsticht.

Die Planungen der Arbeiterwohlfahrt/VITA gGmbH ziehen für den Stadtbezirk deutliche Änderungen nach sich:

- Für das Hans-Jeratsch-Haus (HJH) soll eine Platzzahlreduzierung von acht auf 43 Plätze (nur Einzelzimmer) vorgesehen werden. Auf dem Gelände der Einrichtung soll ein Neubau/ Ersatzneubau mit 80 Plätzen für die Aufnahme der acht entfallenen Plätze des HJH sowie die Aufnahme der Bewohnerschaft aus dem Georg-Glock-Haus, das als Senioreneinrichtung aufgegeben werden soll, errichtet werden.
- Außerdem plant die Arbeiterwohlfahrt/VITA gGmbH einen Neubau mit 80 Plätzen (und unter anderem Seniorenwohnungen) an der Schlossallee.

Mögliche Gesamtentwicklung im Stadtbezirk:

Die Zahl der gegenwärtig vorhandenen 341 Plätze in vier Einrichtungen nimmt zu auf 447 Plätze in fünf Einrichtungen. Es entsteht ein Platzzahl-Plus von 31,09 Prozent.

Stadtbezirk	Platzzahl-Ist 2014 Langzeitpflege	Bedarf im Jahr 2015	Bedarf im Jahr 2020	Bedarf im Jahr 2025
8	341	508	544	581
	Tagespflege Nachtpflege			
	0			
KDA 0,3%		37	37	37
KDA 0,25%		30	31	31
FfG		33		

Tabelle 14: Platzzahl-Ist 2014 Bedarf 2015 bis 2025 Langzeit- und Tagespflege Stadtbezirk 8

Ein ambulanter Pflegedienst plant zudem in Eller die Errichtung von drei ambulant betreuten Wohngruppen à acht Plätzen und somit mit der maximalen Kapazität von 24 Plätzen in einem Gebäude.

Im Stadtbezirk 8 gibt es bisher kein Tagespflegeangebot. Mit Abstimmungsbescheid beschieden, soll jetzt eine Tagespflegereinrichtung der „Seniorenwohnen plus GmbH“ an der Kissinger Straße in Eller mit 16 Plätzen den Betrieb im Jahr 2015 aufnehmen.

15 Plätze bestehen für die eingestreute Kurzzeitpflegeversorgung laut Versorgungsverträgen in drei stationären Einrichtungen im Stadtbezirk.

8.5.9 Stadtbezirk 9

Die Altersgruppe der über 65-Jährigen geht im Stadtbezirk insgesamt zunächst leicht zurück, um zwischen 2020 und 2025 leicht über das Niveau des Jahres 2015 zu steigen. Die Gruppe der 80-Jährigen und Älteren nimmt im Stadtbezirk 9 kontinuierlich zu.

Im Stadtbezirk 9 besteht aktuell ein Pflegeplatzdefizit im stationären Bereich.

Bei der Berechnung der Plätze müssten – streng genommen – die 99 Plätze des „Lore-Agnes-Hauses“, einer gerontopsychiatrischen Spezialeinrichtung mit enger Kooperation mit dem Bereich der Eingliederungshilfe und der Versorgung des LVR-Klinikums Düsseldorf – Kliniken der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf, aufgrund ihrer gesamtstädtischen Bedeutung bei der Berechnung der Versorgung des Stadtbezirks ebenso unberücksichtigt bleiben, wie die 20 Plätze im Bereich Wachkoma des Joachim-Neander-Hauses in Benrath.

In folgenden Einrichtungen sind Planungen entsprechend der Anforderungen des WTG in Arbeit:

- Pro Seniore Residenz: angefragt.
- Für das DRK-Zentrum Wersten besteht die Planung des Umbaus zur Erreichung der WTG-Vorgaben ohne Platzzahlverlust.
- Das Caritas Altenzentrum Klara-Gase-Haus wird aufgestockt und umgebaut.
- Für das St. Antonius Altenheim ist eine Aufstockung geplant, aus der ein Plus von 17 Plätzen entsteht.
- Der Wiederbezug von 134 Plätzen im umgebauten DRK-Zentrum Reisholz findet voraussichtlich 2015 statt.
- Umbau und Modernisierung im Joachim-Neander-Haus befinden sich im Planungsprozess.

Mögliche Gesamtentwicklung im Stadtbezirk:

Die Zahl der gegenwärtig vorhandenen 790 Plätze in zehn Einrichtungen wächst – trotz großer Veränderungen in Einzel-einrichtungen – auf 893 Plätze in elf Einrichtungen. Es entsteht ein Platzzahl-Plus von 13,04 Prozent.

Stadtbezirk	Platzzahl-Ist 2014 Langzeitpflege	Bedarf im Jahr 2015	Bedarf im Jahr 2020	Bedarf im Jahr 2025
9	790+8	798	853	910
	Tagespflege Nachtpflege			
	26			
KDA 0,3%		54	54	55
KDA 0,25%		45	45	46
FfG		50		

Tabelle 15: Platzzahl-Ist 2014 Bedarf 2015 bis 2025 Langzeit- und Tagespflege Stadtbezirk 9

Acht Plätze im Bereich ambulant betreuter Wohngruppen befinden sich in Wersten in der „Kirschblüte“ der Arbeiterwohlfahrt/ VITA gGmbH. Weitere Planungen in diesem Sektor liegen derzeit nicht vor.

Der Platzzahlbedarf im Bereich der Tagespflege im Stadtbezirk 9 ist deutlich:

In Wersten bietet das DRK 13 Plätze im DRK-Zentrum Wersten an.

In Urdenbach stehen ebenfalls 13 Plätze im „Haus Schlosspark“ ausschließlich den Mieterinnen und Mietern der drei Residenzen des Betreibers in Urdenbach, Itter und Ludenberg zur Verfügung.

Spruchreife Planungen für die Schaffung weiterer Platzangebote bestehen derzeit nicht, die Planungen selbst sind jedoch ernsthaft und vielversprechend.

38 Plätze stehen für die eingestreute Kurzzeitpflegeversorgung laut Versorgungsverträgen in vier stationären Einrichtungen im Stadtbezirk zur Verfügung.

16 Plätze werden in einer Einrichtung, im „Sana Seniorenzentrum Benrath“, in einer solitären Kurzzeitpflegeeinrichtung zur Verfügung gestellt.

8.5.10 Stadtbezirk 10

Die Altersgruppe der Einwohnerinnen und Einwohner im Alter von 65 und mehr Jahren nimmt im Stadtbezirk 10 leicht, aber kontinuierlich zu.

Zum stationären Bereich ist festzustellen:

- Umbau und Modernisierung des Otto-Ohl-Hauses sind im Planungsprozess.
- Für das Caritas Altenzentrum St. Hildegard wird ein Ersatzneubau mit 86 Plätzen geplant.

Voraussichtliche Gesamtentwicklung im Stadtbezirk:

Die gegenwärtig vorhandenen 190 Plätze in zwei Einrichtungen sinken auf 176 Plätze. Daraus resultiert ein Platzzahl-Minus von 7,37 Prozent.

Mit 16 Plätzen in der Tagespflege der Diakonie ist das Angebot quantitativ ausreichend. Zusätzliche Angebote sind jedoch in Planung und können, wenn sie konkretisiert werden, einen Beitrag zur Kompensation wegfallender stationärer Kapazitäten schaffen.

Fünf Plätze bestehen für die eingestreute Kurzzeitpflegeversorgung laut Versorgungsvertrag im Caritas-Altenzentrum „St. Hildegard“.

Im Otto-Ohl-Haus werden 14 Plätze in einer solitären Kurzzeitpflegeeinrichtung zur Verfügung gestellt.

Stadtbezirk	Platzzahl-Ist 2014 Langzeitpflege	Bedarf im Jahr 2015	Bedarf im Jahr 2020	Bedarf im Jahr 2025
10	190	219	233	249
	Tagespflege Nachtpflege			
	16			
KDA 0,3%		16	16	16
KDA 0,25%		13	13	14
FfG		14		

Tabelle 16: Platzzahl-Ist 2014 Bedarf 2015 bis 2025 Langzeit- und Tagespflege Stadtbezirk 10

8.5.11 Zusammenfassung: Stadt insgesamt

Die Verteilung der pflegerischen Strukturen und ihrer Angebote im Stadtgebiet ist ungleichmäßig.

Angesichts dieser Unterschiede haben einige Stadtbezirke Überschüsse, denen weitaus größere Defizite in anderen Stadtbezirken gegenüber stehen. Dabei ist auch zu beachten, dass die bestehenden Platzzahlüberschüsse sich in unterschiedlicher Geschwindigkeit abbauen.

Daraus resultieren unterschiedliche Handlungsbedarfe.

Besonderer Handlungsbedarf besteht für die Stadtbezirke mit bestehendem und zunehmendem Defizit:

- Im Stadtbezirk 1 besteht das größte Defizit, das trotz des Platzzahlgewinns infolge des Ersatzneubaus Tersteegenhaus bestehen bleibt. Somit ist bei Neubauplanungen auf diesen Stadtbezirk oder auf die an ihn angrenzenden Bereiche anderer Stadtbezirke zu orientieren.
- Im Stadtbezirk 2 sticht im stationären Bereich Düsseltal heraus, da hier die größten Defizite in der stadtteilbezogenen Versorgung im stationären Bereich zu verzeichnen sind.
- Im Stadtbezirk 3 entwickelt sich ein merkliches Defizit ab dem Jahr 2020. Auch sein Bedarf ist bei Neubauplanungen besonders zu berücksichtigen.
- Die Umsetzung bekannter Planungen vorausgesetzt, bleibt es beim Defizit im Stadtbezirk 6. Im stationären Bereich ist für Neubauprojekte Unterrath und Mörsenbroich relevant, wobei Unterrath unter anderem hinsichtlich der Defizite in Lohausen besonders hervorzuheben wäre.
- Im Stadtbezirk 8 bleibt – trotz der Planungen – das Defizit ab dem Jahr 2020 sehr deutlich. Zu orientieren ist für die Errichtung stationärer Einrichtungen insbesondere auf Vennhausen und Unterbach. Hier besteht ein wichtiger stadtbezirksübergreifender Aspekt: Maßnahmen in diesen Stadtteilen hätten positive Auswirkungen auf den Süden Gerresheims und umgekehrt.

Weniger zugespitzt ist die Situation in den übrigen fünf Stadtbezirken:

- Der Stadtbezirk 4 entwickelt bereits im Jahr 2020 ein kleines Defizit. Dem gegenüber stehen Projekte im Bereich der Tagespflege und ambulant betreuter Wohngruppen, die bis zum Jahr 2020 Kompensationen leisten.
- Der Stadtbezirk 5 hält seinen Überschuss auf hohem Niveau bis zum Jahr 2025 sicher. Die zumindest gesamtstädtische Bedeutung des Nelly-Sachs-Hauses (Stockum) relativiert diesen Überschuss tendenziell. Zu orientieren wäre auf Lohausen. Zu beachten ist auch das Platzzahldefizit in Angermund.
- Wenn auch mit Unsicherheiten behaftet, erscheint der Überschuss im Stadtbezirk 7 stabil. Das Gros der Versorgung wird in Gerresheim geleistet.

- Der Stadtbezirk 9 entwickelt voraussichtlich im Jahr 2025 ein kleines Defizit. Aufgrund der besonderen Bedeutung der Spezialeinrichtungen des Werstener Lore-Agnes-Hauses (99 Plätze) und des „Wachkomabereiches“ im Joachim Neander Haus (20 Plätze) ist dieses Defizit allerdings deutlich größer zu bewerten.
- Werden die Planungen umgesetzt, ist der Stadtbezirk 10 relativ gut versorgt.

Stadtbezirk	Platzzahl-Ist 2014 ⁵⁹ Langzeitpflege	Bedarf im Jahr 2015	Bedarf im Jahr 2020	Bedarf im Jahr 2025
gesamt	5.173	5.407	5.892	6.358
	Tagespflege Nachtpflege			
	167			
KDA 0,3%		340	340	347
KDA 0,25%		283	283	289
FfG		311		

Tabelle 17: Platzzahl-Ist 2014 Bedarf 2015 bis 2025 Langzeit- und Tagespflege Stadt

⁵⁹ 5.108 vollstationäre Plätze sowie 65 Plätze in ambulant betreuten Wohngruppen.

9 Fazit und Ausblick auf das Jahr 2015

Eines der zentralen Ergebnisse der Bund-Länder-Arbeitsgruppe „zur Stärkung der Rolle der Kommunen in der Pflege“ und ihrer Empfehlungen, an deren Erarbeitung die Landeshauptstadt im Rahmen einer „AG Pflege“ des Städtetages zwischen September 2014 und April 2015 mitgearbeitet hat, lautet: „Wichtige Voraussetzung für eine verbesserte Zusammenarbeit, Information und Beratung auf kommunaler Ebene ist die Verfügbarkeit von Daten über das vorhandene Angebot, sein Leistungsspektrum und über die entsprechenden Kosten und Preise. Vorhandene Statistiken sollen daher geprüft und Wege des Datenaustausches optimiert werden, damit auch auf kommunaler Ebene die erforderlichen Informationen immer möglichst aktuell zur Verfügung stehen. Zusätzlich werden eine Reihe von Studien und Erhebungen empfohlen.“⁶⁰

Die unter 8.2. skizzierten Entwicklungen sind vorsichtige Prognosen: Bis zum Jahr 2025 wird die Zahl der Pflegebedürftigen in der Landeshauptstadt voraussichtlich auf knapp 18.900 Personen und damit gegenüber 2009 (14.651) um mehr als 4.200 Personen anwachsen.⁶¹

Zugleich nimmt generell demografisch bedingt das familiäre Pflegepotential auch in Düsseldorf ab: bis zum Jahr 2020 um sechs Prozent gegenüber 2010. Es steigt danach bis 2025 wieder leicht, so dass in den 15 Jahren ein Rückgang von fünf Prozent prognostiziert wird.⁶²

Vorsichtig sind die Prognosen insofern, als im Vorgriff auf die zweijährlich erscheinende Pflegestatistik von IT.NRW für Düsseldorf die Zahl der Leistungsempfängerinnen und Leistungsempfänger im Dezember 2013 mit 17.321 angegeben wird.⁶³ Die sich abzeichnende Differenz unterstreicht die Bedeutung der Empfehlung der Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Verfügbarkeit von Daten!

Diese Verfügbarkeit ist die Voraussetzung dafür, dass die umfassende, sozialraumbezogene und quartiersorientierte Ausrichtung der Seniorenarbeit in Düsseldorf und die Installierung eines abgestimmten Verfahrens zu Beratung und Fallmanagement weiterhin wesentlich dazu beitragen kann, dass ältere und pflegebedürftige Menschen in Düsseldorf so lange wie möglich sozial eingebunden in ihrem vertrauten Wohnquartier leben können.

Nicht nur angesichts sinkender familiärer Pflegepotentiale gilt, dass eine zentrale Herausforderung – trotz feststellbarer Erfolge in Düsseldorf – die Stärkung der beruflichen Pflege und die Ausweitung ihrer Kapazitäten bleibt.

⁶⁰ <http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Downloads/E/Erklaerungen/BL-AG-Pflege-Gesamtpapier.pdf> – PM des Bundesgesundheitsministeriums vom 12. Mai 2015.

⁶¹ Landeshauptstadt Düsseldorf (Hrsg.): Pflegesituation in Düsseldorf a.a.O. S. 57.

⁶² ebenda, S. 64.

⁶³ Zu den Leistungsempfängerinnen und Leistungsempfängern der Pflegeversicherung in Nordrhein-Westfalen im Dezember 2013 liegen Daten einer Veröffentlichung IT.NRW vom 10. Februar 2015 vor (PM 28/2015).

Die pflegerische Bilanz verdeutlicht:

Die Pflegebedürftigkeit der Menschen, die in Einrichtungen mit umfassendem Leistungsangebot gepflegt und betreut werden, nimmt, ausgehend von der Verteilung der Pflegestufen als Gradmesser, weiterhin zu. Die Pflegestufe 3 nimmt um zwei Prozentpunkte zu, während Pflegestufe 0 und 1 abnehmen.

Bemerkenswert ist das Ergebnis, dass der Pflegebedarf der Menschen, die in anbieterverantworteten ambulant betreuten Wohngruppen gepflegt werden, in der Pflegestufe 2 rund vier Prozentpunkte über und in der Pflegestufe 3 mit 24,62 Prozent auf dem Niveau zur Verteilung der Pflegestufen in den vollstationären Pflegeeinrichtungen liegt. Da es eine erstmalige Erhebung ohne Vergleichsdaten ist, sind derzeit keine weiteren Schlüsse zu ziehen.

In der ambulanten Pflege liegen erst zwei Erhebungen vor. Hier nimmt die Zahl derer zu, die vor allem Behandlungspflegemaßnahmen nach dem SGB V erhalten. Ebenso die derjenigen Patientinnen und Patienten, die noch keiner Pflegestufe zugeordnet sind. Die Anzahl derer, die Pflegestufe 1 erhalten, bleibt auf dem Vorjahresniveau, während die Zahl der Patientinnen und Patienten in den Pflegestufen 2 und 3 leicht abnimmt.

Im Bereich der Tagespflege sinken die Anteile derjenigen, die keine Pflegestufe oder Pflegestufe 0 und 1 haben, deutlich, während die Anteile derjenigen Gäste, die Pflegestufe 2 und 3 haben, ebenso deutlich zunimmt.

In der Kurzzeitpflege nehmen die Pflegestufen 1 und 2 im Vergleich zur ersten Erhebung zum Stichtag 15. Dezember 2013 zu, die Anteile der Pflegestufe 0 sinken deutlich, die der Pflegestufe 3 weniger stark.

Die Stadt Düsseldorf stellt sich auf diese Entwicklungen, Bedürfnisse und insbesondere den Wunsch der Klientel und der zukünftigen Klientel nach Respektierung ihrer Autonomie ein, zum Beispiel durch die planerische Unterstützung der Tagespflege, die die zentrale Funktion hat, die Arbeit der ambulanten Dienste sowie die der Laienpflege nicht nur zu ergänzen, sondern die häusliche Versorgung zu stabilisieren.

Angesichts der erforderlichen Kapazitäten, die entsprechend der demografischen Entwicklung zur pflegerischen Versorgung in Düsseldorf bereitgestellt werden müssen, reicht die alleinige Ausrichtung auf ambulant betreute Wohngemeinschaften nicht aus.

Es wird auch zukünftig notwendig sein, vollstationäre Einrichtungen zu errichten.

Für Düsseldorf zeichnen sich ansonsten deutliche pflegerische Versorgungslücken ab.

Hinzu kommt die Gefahr eines Abbaus stationärer Pflegeplätze, auf die die Pflegekassen hingewiesen haben. Sie gehen von einem Verlust von rund 18.000 Plätzen aus, wenn in Nordrhein-Westfalen die 80-prozentige Einzelzimmerquote realisiert wird. Insofern ist es im Rahmen der Bauberatungen in Düsseldorf erforderlich, möglichst viele Kapazitäten in Einrichtungen, die modernisiert werden müssen, zu erhalten.

Die Situation ist von einer Vielfalt der Anforderungen bestimmt, die die zentrale kommunale Rolle bei der Steuerung der lokalen Infrastruktur sichern muss. Dies betrifft nicht nur die Steuerung in Bezug auf die pflegerische Infrastruktur der Langzeitpflege und der teilstationären Versorgung, sondern ebenso die Steuerung aller Angebote, die den Verbleib in der eigenen Häuslichkeit ohne pflegerische Qualitätsverluste ermöglichen. Die kommunale Steuerung erhält mit dem Austausch der Mitglieder in der kommunalen Konferenz Alter und Pflege eine neue Form der Legitimation; sie wird gestärkt, ihre Aufgaben und ihre Verantwortung werden deutlich erweitert. Dies setzt entsprechende Ressourcen voraus.

Die kommunale Steuerungsfähigkeit ist gefordert, weil es nicht die eine Lösung gibt, die den Anforderungen Nordrhein-Westfalens insgesamt entspricht. Die Lösung für Nordrhein-Westfalen entsteht auf Basis der Lösungen in den Kommunen, realisiert durch die Kommunen.

Der Bedarf an zusätzlichen stationären Einrichtungen in Düsseldorf ist in Teilen typisch für diese Stadt und verlangt spezifische Lösungsansätze in dieser Stadt. Der gesetzliche Rahmen des APG und seiner Durchführungsverordnung muss deshalb gerade in Bezug auf die Realisierung der notwendigen Infrastruktur für „Alter und Pflege“ den Kommunen eine Planungssicherheit geben, die verbunden ist mit einem hohen Maß an Flexibilität, entsprechend der Anforderungen „vor Ort“ und als Ausdruck der kommunalen Selbstverwaltung.

Unabhängig davon ist jedoch die regionale Zusammenarbeit, die die Bund-Länder-Arbeitsgruppe „zur Stärkung der Rolle der Kommunen in der Pflege“ in ihren Empfehlungen unterstreicht, zu institutionalisieren. Denn für und in Düsseldorf haben Entscheidungen zur kommunalen Pflege- und Altenplanung, die im Rhein-Kreis Neuss, in Krefeld, in Duisburg und im Kreis Mettmann getroffen werden, ebenso ihre Bedeutung, wie umgekehrt. Im Interesse einer differenzierten Planung soll es im Jahr 2015 zu einem ersten Austausch von Daten und Informationen kommen.

Eine differenzierte Planung verlangt zudem eine wissenschaftliche Fundierung.

Die 1994 von der Forschungsgesellschaft für Gerontologie im Auftrag des damaligen Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes NRW entwickelten Verfahren zur Unterstützung der Bedarfsplanung in der kommunalen Altenpolitik und -arbeit in NRW spielen eine zentrale Rolle für die Schaffung valider Richtwerte für die Bedarfsermittlung nach Artikel 69 des Gesetzes zur Ausführung der Sozialgesetze (AGSG) des Freistaates Bayern.

Die Verordnung über kommunale Pflegebedarfspläne nach dem Landespflegegesetz (BedPlaVO) wurde im Jahr 2003 aufgehoben. Im Sinne der Koordination der auf kommunaler Ebene anzusiedelnden Planung und Koordination der Infrastruktur für „Alter und Pflege“ wäre eine Reorganisation der indikatorengestützten Bedarfsplanung in NRW begrüßenswert.

Die Landeshauptstadt ist in diesem Sinne im Rahmen des Gesetzgebungsverfahrens zum GEPA initiativ geworden und verfolgt die Thematik auch weiterhin.

Anlagen zum Jahresbericht der örtlichen Planung

a) Zur Situation und voraussichtlichen Entwicklung des stationären Bereichs

Ergänzend zu den Ausführungen unter 8.1 sei an dieser Stelle auf die Diskussion unterschiedlicher Einschätzungen zu Entwicklungen hingewiesen, die IT.NRW aufbereitet und die sich in unterschiedlichen, teilweise stark voneinander abweichenden Szenarien niederschlagen. In Düsseldorf gehen wir von den Berechnungen der kommunalen Sozialberichterstattung „Pflegesituation in Düsseldorf“ aus.

Der Vergleich der „Statistischen Analysen und Studien“ der Jahre 2010 und 2013 verdeutlicht, dass zahlreiche Unsicherheiten und deshalb auch Varianten die Annahmen zur Entwicklung des Bedarfs an Pflegeplätzen und -einrichtungen prägen.

Für die Landeshauptstadt gehen die 2010 veröffentlichten Modellrechnungen aus von einem Bedarf von 6.600 stationären Pflegeplätzen im Jahr 2025.⁶⁴ Die Modellrechnungen, die im Jahr 2013 veröffentlicht wurden, sehen für das Jahr 2025 einen Bedarf von 6.100 Plätzen („konstante Variante“)⁶⁵ beziehungsweise in einer alternativen Modellrechnung von 5.400 Plätzen („Trendvariante“)⁶⁶ vor.

„Die Ergebnisse der Modellrechnung zur Entwicklung der Pflegebedürftigkeit zeigen ... wie sich in Zukunft die Zahl und die Altersstruktur der Pflegebedürftigen verändern werden ... Beeinflusst wird die Entwicklung der Pflegebedürftigkeit durch die zukünftige Bevölkerungsentwicklung wie auch durch das bestehende Pflegerisiko. Um diese Einflüsse zu berücksichtigen, werden für die Modellrechnung als Datenbasis Ergebnisse der Bevölkerungsvorausberechnung und Daten aus der Statistik der Pflegeversicherung verwendet. (...)

Um unterschiedliche Ausprägungen bei den Einflussfaktoren in die Modellrechnung aufzunehmen, wurden zwei unterschiedliche Modellvarianten berechnet. Für die sogenannte konstante Variante wird ein gleichbleibendes Pflegerisiko unterstellt. Bei ihr liegt damit der Fokus ausschließlich auf den demografischen Veränderungen. Dazu bezieht die Berechnung alters- und geschlechtsspezifische Pflegehäufigkeiten (Pflegequoten) der Jahre 2007, 2009 und 2011 ein, die im Berechnungsverfahren über den gesamten Berechnungshorizont konstant auf die Daten der Bevölkerungsvorausberechnung angewendet werden.

⁶⁴Cicholas, U., Ströker, K.: Auswirkungen des demografischen Wandels – Modellrechnungen zur Entwicklung der Krankenhaushäufigkeit und der Pflegebedürftigkeit. Statistische Analysen und Studien Nordrhein-Westfalen, Band 66, Hrsg.: IT.NRW, Düsseldorf, 2010, S. 49.

⁶⁵Cicholas, U., Ströker, K. 2013, a.a.O., S. 45.

⁶⁶Cicholas, U., Ströker, K. 2013, a.a.O., S. 81.

Die sogenannte Trendvariante beinhaltet dagegen die Annahme eines Absinkens des Pflegerisikos. Diese Variante soll die These aktueller Studien (...) abbilden, nach der mit einer steigenden Lebenserwartung auch eine bessere Gesundheit verbunden sein wird. Das heißt, es ist laut diesen Studien von einem Anstieg der pflegebedürftigkeitsfreien Lebenszeit auszugehen. Für die Umsetzung dieser Annahme ist bei der Trendvariante eine Verschiebung der Pflegequoten entsprechend der Steigerung der Lebenserwartung, wie sie in der hier verwendeten Bevölkerungsvorausberechnung eingeht, durchgeführt worden.

Des Weiteren soll an dieser Stelle der Hinweis gegeben werden, dass bei der Interpretation der Ergebnisse zu beachten ist, dass solche Modellrechnungen als Schätzungen einzustufen sind, die für die Zukunft keine präzisen Resultate, sondern nur Orientierungsgrößen liefern können.“⁶⁷

Das optimistische Szenario der „Trendvariante“ setzt steigende Lebenserwartung auf Basis einer besseren Gesundheit voraus. Dies verlangt ökonomische Rahmenbedingungen, die ein Leben im Alter ermöglichen, das bestimmt ist vom freien Zugang zu den für den Erhalt von Gesundheit beziehungsweise die Überwindung von Krankheit erforderlichen Ressourcen. Es liegt auf der Hand, dass beispielsweise Verschlechterungen der ökonomischen Rahmenbedingungen, von denen beispielsweise die Bevölkerung zahlreicher Länder innerhalb der EU plötzlich sehr schnell betroffen war, zwar schlecht zu planen sind, jedoch umgehend Auswirkungen auf die Modellrechnungen haben. Da entgegen der „Trendvariante“ ebenso eine „Worst Case-Variante“ diskutiert werden könnte, erscheint die „konstante Variante“ als die, die verlässlichere Orientierungswerte zu liefern in der Lage ist.

Der Ansatz, des Amtes für Statistik und Wahlen im Bericht zur „Pflugesituation in Düsseldorf“⁶⁸ ist vor diesem Hintergrund zu betrachten. Diese Prognose zur voraussichtlichen Entwicklung der Zahl benötigter vollstationärer Pflegeplätze für die Jahre 2011 bis 2025 für Düsseldorf ordnet sich (siehe Tabelle 18) zwischen den Annahmen der Modelle von IT.NRW aus den Jahren 2010 und 2013 („konstante Variante“) ein.

⁶⁷ Cicholas, U., Ströker, K. 2013, a.a.O., S. 6.

⁶⁸ Landeshauptstadt Düsseldorf (Hrsg.): Pflugesituation in Düsseldorf, a.a.O., S. 83.

Die verschiedenen Faktoren zum Anteil Pflegebedürftiger an der Gesamteinwohnerschaft variieren je nach Quelle – IT.NRW 2010 und 2013 sowie Amt für Statistik und Wahlen –, sie werden aber im Verlauf der Zeit größer. So geht das Amt für Statistik und Wahlen für 2015 von 0,91 Pflegebedürftigen auf 100 Einwohnerinnen und Einwohnern, für 2020 von 0,98 und für 2025 von 1,05 Pflegebedürftigen auf 100 Einwohnerinnen und Einwohnern aus. Diese Zunahme ist der Tatsache geschuldet, dass der Anteil der 80-Jährigen und Älteren zunimmt. Damit nimmt der Teil der Bevölkerung zu, dessen Anteil an den Pflegebedürftigen einen höheren Wert erreicht, als es seinem Anteil an der Gesamtbevölkerung entspricht.

Jahr	EW* 69	erforderliche stationäre Plätze IT.NRW 2010⁷⁰	Anteil Pflegebedürftiger in Einrichtungen der Langzeitpflege in vH der EW	erforderliche stationäre Plätze Amt für Statistik und Wahlen⁷¹	Anteil Pflegebedürftiger in Einrichtungen der Langzeitpflege in vH der EW	erforderliche stationäre Plätze IT.NRW 2013 Bd. 76 (konstante Variante)⁷²	Anteil Pflegebedürftiger in Einrichtungen der Langzeitpflege in vH der EW
2015	594.190	5.400	0,91	5.420	0,91	5.300	0,89
2020	601.266	6.100	1,01	5.890	0,98	5.800	0,96
2025	605.539	6.600	1,09	6.330	1,05	6.100	1,01

Tabelle 18: Übersicht Modellrechnungen
* EW = Einwohnerinnen und Einwohner

⁶⁹Landeshauptstadt Düsseldorf (Hrsg.): Demografiebericht Düsseldorf 2011 – Bevölkerungsentwicklung für Düsseldorf bis 2025, S. 82 – 83. Düsseldorf: 2012.

⁷⁰Cicholas, U., Ströker, K. 2010, a.a.O., S. 49.

⁷¹Landeshauptstadt Düsseldorf (Hrsg.): Pflegesituation in Düsseldorf, a.a.O., S. 83.

⁷²Cicholas, U., Ströker, K. 2013, a.a.O., S. 45.

b) Zu den Berechnungsgrundlagen zur Ermittlung des stationären Bedarfs

Die Datenbasis, die das Seniorenreferat im Amt für soziale Sicherung und Integration und das Amt für Statistik und Wahlen verwenden, wird gestützt durch Rothgang et al. vom Zentrum für Sozialpolitik (ZeS) der Universität Bremen mit dem Themenreport „Pfleger 2030“, den die Bertelsmann-Stiftung herausgegeben hat.

Der Themenreport „Pfleger 2030“ geht über den Horizont des Jahres 2025 hinaus, den der kommunale Sozialbericht „Pfleger-situation in Düsseldorf“ setzt. Der Themenreport kann nach Kommunen differenziert untersucht werden und weist für die Landeshauptstadt die folgenden Daten⁷³ aus, die sich mit den Düsseldorfer Daten verbinden und unterstreichen, dass in dem Maße, wie der Anteil der Angehörigenpflege um 2,7 Prozentpunkte sinkt, die Anteile der ambulanten und stationären Pflege steigen. Dabei steigt der Anteil der stationären Pflege deutlicher.

Indikatoren	Düsseldorf
Bevölkerung 2009 (Anzahl)	585.840
Bevölkerungsentwicklung 2009 bis 2030 (%)	4,5
Anteil ab 80-Jährige 2009 (%)	4,8
Anteil ab 80-Jährige 2030 (%)	6,3
Pflegerbedürftige 2009 (Anzahl)	14.609
Pflegerbedürftige 2030 (Anzahl)	19.471
Pflegerbedürftige Männer 2009 (Anzahl)	4.714
Pflegerbedürftige Männer 2030 (Anzahl)	7.165
Pflegerbedürftige Frauen 2009 (Anzahl)	9.895
Pflegerbedürftige Frauen 2030 (Anzahl)	12.306
Relative Entwicklung der Pflegerbedürftigen 2009 bis 2030 (%)	33,3
Anteil Pflegerbedürftige 2009 (%)	2,5
Anteil Pflegerbedürftige 2030 (%)	3,2
Anteil Angehörigenpflege 2009 (%)	40,5
Anteil Angehörigenpflege 2030 (%)	37,8
Anteil ambulante Pfleger 2009 (%)	26,1
Anteil ambulante Pfleger 2030 (%)	27,2
Anteil stationäre Pfleger 2009 (%)	33,4
Anteil stationäre Pfleger 2030 (%)	35,0

Tabelle 19: Pflegerprognose für Düsseldorf. Themenreport „Pfleger 2030“

⁷³<http://www.wegweiser-kommune.de/statistik/pflegerprognose+duesseldorf+basisdaten-pflegerprognose+tabelle>

c) Zu den Berechnungsgrundlagen zur Ermittlung des Bedarfs an Plätzen in der Tagespflege

Die unter 8.4 dargestellten Berechnungsgrundlagen sollen nachfolgend vertieft und erläutert werden.

„Solange sich auf empirischer Grundlage noch keine verlässlichen Versorgungsquoten für die Tagespflege in kreisfreien Städten und Kreisen finden lassen, kann im Sinne einer vorläufigen Bedarfseinschätzung auf eine der ... älteren Untersuchungen des Instituts für Gerontologie zurückgegriffen werden: Ausgehend von der Annahme, dass zehn Prozent der pflegebedürftigen Personen im Alter ab 75 Jahren, die auf ambulante Pflegeleistungen angewiesen sind, auch Tagespflegebedarf haben, wird hier eine durchschnittliche Bedarfsquote von 0,5 Prozent dieser Altersgruppe errechnet.“⁷⁴

In aller Regel geht man zur Ermittlung des Grundbedarfs an Tagespflegeplätzen von einem allgemeinen Richtwert aus dem Jahr 1993 von 0,25 bis 0,30 Prozent der über 65-Jährigen aus.⁷⁵

Die Anwendung der Berechnungsgrundlage der Forschungsgesellschaft für Gerontologie (FfG) und die Annahme, dass etwa ein Zehntel der pflegebedürftigen Personen ab 75 Jahren, die ambulante Pflegedienste in Anspruch nehmen, als Nutzerinnen und Nutzer für Tagespflegeeinrichtungen in Frage kommen, aus dem Jahr 1995 ist in etwa ähnlich alt, wie die des KDA.⁷⁶

Folgende Hinweise zur Berechnung:

- Nach den Berechnungsgrundlagen des KDA geht man zur Ermittlung des Grundbedarfs an Tagespflegeplätzen von einem allgemeinen Richtwert von 0,25 bis 0,30 Prozent der über 65-Jährigen aus.

Danach sind bereits gegenwärtig

- 341 Plätze erforderlich, wenn eine Quote von einem Platz für 0,3 Prozent der über 65-Jährigen und
- 284 Plätze, wenn eine Quote von einem Platz für 0,25 Prozent der über 65-Jährigen zugrunde gelegt wird.

⁷⁴Forschungsgesellschaft für Gerontologie und IS Immobilien-Service GmbH: Abschätzung des örtlichen Bedarfs an stationären Pflegeplätzen und Einrichtungen des Betreuten Wohnens, S. 22, Dortmund/Köln: 2011.

⁷⁵Kuratorium Deutsche Altershilfe. Arbeitshilfen für Planung und Betrieb von Tagespflege-Einrichtungen. S. 16, „Thema“, Bd. 91. Köln: 1993. Zit.n. Kirchen-Peters, S.: Die Tagespflege – Zwischen konzeptionellem Anspruch und realer Vielfalt – Ein Handlungskonzept basierend auf der Evaluation von Tagespflegen im BMG-Modellprogramm „Verbesserung der Situation der Pflegebedürftigen“. S. 27. Saarbrücken: 1999.

⁷⁶MAGS (Hrsg.): Bedarfsplanung in der kommunalen Altenpolitik und –arbeit in Nordrhein-Westfalen. S. 234. Dortmund: 1995. Zit.n. Pieper, R.: Bedarfsermittlung nach Art. 69 AGSG für die Stadt Nürnberg. S. 109. Bamberg: 2010.

Die den Berechnungen nach den Vorgaben des KDA zugrundeliegenden Zahlen zur Entwicklung der Einwohnerschaft in den Stadtteilen und Stadtbezirken sowie die zu ihrer Verteilung innerhalb der Altersgruppen, sind dem „Demografiebericht Düsseldorf 2011 – Bevölkerungsentwicklung für Düsseldorf bis 2025“⁷⁷ entnommen.

Nachfolgend die stichtagsbezogenen Daten der Berechnung des Bedarfs an Tagespflegeplätzen entsprechend der Vorschläge der FfG:

- Entsprechend der Modellrechnung der FfG sollen für zehn Prozent der 75-Jährigen und Älteren, die ambulante Pflegedienste in Anspruch nehmen, Plätze in der Tagespflegeeinrichtung zur Verfügung stehen.

Danach sind bereits gegenwärtig

- 310 Plätze erforderlich, wenn die Platzzahlen auf Basis der Berechnungsgrundlage der FfG ermittelt werden.
- Entsprechend der Variante der Modellrechnung der FfG, wonach 0,5 Prozent der 75-Jährigen und Älteren Bedarfe in Bezug auf Plätze in Tagespflegeeinrichtungen haben, wären unter Zugrundelegung des Einwohnermelderegisters (Datenstand 2012), wonach 55.989 Personen in Düsseldorf 75 Jahre und älter sind, gegenwärtig bereits 280 Plätze erforderlich.

Alle 105 ambulante Pflegedienste, die zum Stichtag 15. Dezember 2013 in Düsseldorf ihren Betrieb nach § 18 des Gesetzes über den öffentlichen Gesundheitsdienst des Landes Nordrhein-Westfalen (ÖGDG NRW) angezeigt hatten, haben ihre Meldung abgegeben.

Das Resultat der Befragung aller ambulanten Pflegedienste in Düsseldorf ergibt unter anderem, dass

- am 15. Dezember 2013 8.653 Patientinnen und Patienten von 105 Pflegediensten versorgt werden,
- von den 8.653 Patientinnen und Patienten 4.620 Personen oder 53,5 Prozent in den Pflegestufen 1 bis 3 Leistungen aus der Pflegeversicherung erhalten (die übrigen Bezieherinnen und Bezieher von Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach dem SGB V und der Pflegestufe 0 werden bei der nachfolgenden Berechnung außer Acht gelassen),
- von den 8.653 Patientinnen und Patienten insgesamt 5.804 oder 67 Prozent der Altersgruppe der 75-Jährigen und Älteren angehören und unterstellt werden kann, dass sich dieser 67-Prozent-Anteil gleich auf die Klientel, die SGB V-Leistungen und die, die SGB XI-Leistungen erhält, verteilt.

Daraus folgt, dass 5.804 Patientinnen und Patienten 75 Jahre und älter sind, von denen 53,5 Prozent oder 3.105 Personen in den Pflegestufen 1 bis 3 Leistungen aus der Pflegeversicherung erhalten. Davon zehn Prozent sind 310 Personen.

⁷⁷Landeshauptstadt Düsseldorf (Hrsg.): Demografiebericht Düsseldorf 2011, a.a.O. S. 84–89.

Verzeichnis der im Jahresbericht der örtlichen Planung verwendeten Abkürzungen

Abkürzungen innerhalb von Fußnoten, sofern sie nicht bereits im Jahresbericht erläutert worden sind, werden nachfolgend in alphabetischer Reihenfolge erläutert.

a.a.O.	am angegebenen Ort
AGSG	Gesetz zur Ausführung der Sozialgesetze (Bayern)
Az.	Aktenzeichen
Bd.	Band
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
dpa	Deutsche Presse-Agentur
ebenda	bezieht sich immer auf dieselbe unmittelbar zuvor zitierte Quelle
et al.	et alia: und andere
ff.	folgende [Seiten]
Hrsg.	Herausgeber
MAGS	Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes NRW
NRW	Nordrhein-Westfalen
PM	Pressemitteilung
PS	Pflegestufe
S.	Seite
vgl.	vergleiche
zit.n.	zitiert nach

Herausgegeben von der
Landeshauptstadt Düsseldorf
Der Oberbürgermeister
Amt für soziale Sicherung und Integration

Verantwortlich
Roland Buschhausen

Redaktion
Heinz-Werner Schuster

Fotos
Landeshauptstadt Düsseldorf

Layout
Medienservice, Stadtbetrieb Zentrale Dienste

VII/16
www.duesseldorf.de