

Pflegeplanung
für den Kreis Euskirchen

Dezember 2015

Prof. Dr. Hanjo Allinger
Romy Emmerich, M.Sc.
Prof. Dr. Holger Lüdeke
Dipl.-Kult. Andreas Siebenschuh

INWISO
**Institut für empirische
Wirtschafts- und Sozialforschung**

Imhofstraße 3
80805 München
www.inwiso.de
mail@inwiso.de

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis	2
Abbildungsverzeichnis.....	5
Tabellenverzeichnis	8
1 Einleitung	11
2 Hintergrund	13
2.1 Einschlägige Rechtsvorschriften.....	13
2.2 Überblick über die differenzierten Unterstützungs- und Pflegeangebote	14
2.3 Versorgungswünsche pflegebedürftiger Menschen	15
3 Determinanten der Nachfrage nach Pflegeleistungen	19
3.1 Die Altersstruktur der Bevölkerung	19
3.2 Alter, Geschlecht und Gesundheitszustand des Pflegebedürftigen	21
3.3 Ökonomische Determinanten.....	23
3.4 Informelles Pflegepotential.....	24
3.4.1 Familien- und Haushaltsstrukturen	26
3.4.2 Frauenerwerbstätigkeit.....	27
3.4.3 Pflegebereitschaft.....	28
3.4.4 Demographische Entwicklung des informellen Pflegepotentials.....	30
3.5 Zusammenfassung der Einflussfaktoren der Pflegeleistungsnachfrage	30
4 Die Entwicklung des Pflegebedarfs im demographischen Wandel	31
4.1 Fertilität – der Einfluss des Geburtenrückgangs	31
4.2 Mortalität – der Einfluss einer steigenden Lebenserwartung.....	31
4.3 Migration – der Einfluss der Zuwanderung	32
4.4 Der demographische Wandel im Gravitationsfeld von Fertilität, Mortalität und Migration.....	34
5 Kompressions- vs. Medikalisierungshypothese	38
5.1 Medikalisierungshypothese	39
5.2 Kompressionshypothese	39
5.3 Empirische Befunde zur Geltung von Medikalisierungs- oder Kompressionshypothese	40
6 Der Kreis Euskirchen	41
6.1 Das Kreisgebiet Euskirchen	41
6.2 Zur demographischen Struktur im Kreis Euskirchen.....	42
6.3 Zur jüngeren wirtschaftlichen Entwicklung im Kreis Euskirchen	46
7 Angebot und Nachfrage vorstationärer und teilstationärer Pflegedienstleistungen im Kreis	49
7.1 Komplementäre Hilfen.....	51
7.1.1 Information und Beratung	51
7.1.2 Hilfe zum Wohnen	55
7.1.3 Zusätzliche Betreuungs- und Entlastungsleistungen nach § 45b SGB XI und komplementäre Hilfen.....	59
7.2 Ambulante Wohn- und Pflegeangebote	62
7.3 Teilstationäre Wohn- und Pflegeangebote.....	67

7.3.1	Tagespflege	68
7.3.2	Nachtpflege	70
7.4	Kurzzeitpflege.....	71
8	Angebot und Nachfrage vollstationärer Pflegebetten im Kreis.....	74
8.1	Einführung in die ökonometrische Nachfrageschätzung.....	76
8.1.1	Erläuterung der Einflussgrößen: Frauenanteil der potentiell Pflegebedürftigen	79
8.1.2	Erläuterung der Einflussgrößen: Kreisfreie Stadt.....	79
8.1.3	Erläuterung der Einflussgrößen: Der Wettbewerbsdruck im Kreis	80
8.1.4	Erläuterung der Einflussgrößen: Einwohnerdichte	80
8.1.5	Erläuterung der Einflussgrößen: Vollauslastung	80
8.1.6	Erläuterung der Einflussgrößen: Informelles Pflegepotential	81
8.1.7	Erläuterung der Einflussgrößen: Arbeitslose nach SGB II	81
8.1.8	Erläuterung der Einflussgrößen: Wanderungssaldo - Die Attraktivität der Region für Ältere	82
8.2	Schätzung der zukünftigen Nachfrage.....	82
8.3	Grenzen der mathematischen Bedarfsschätzung.....	83
8.4	Ergebnisse der regionalen Bedarfsschätzungen.....	84
8.4.1	Bad Münstereifel	84
8.4.2	Blankenheim	88
8.4.3	Dahlem.....	91
8.4.4	Euskirchen.....	94
8.4.5	Hellenthal.....	97
8.4.6	Kall	100
8.4.7	Mechernich	103
8.4.8	Nettersheim	106
8.4.9	Schleiden.....	109
8.4.10	Weilerswist.....	112
8.4.11	Zülpich	115
8.5	Bauvorhaben in benachbarten Kreisen	118
9	Zusammenfassende Empfehlung	118
9.1	Vor- und teilstationäre Pflegeangebote	119
9.2	Stationäre Pflegeangebote.....	120
10	Anhang: Ökonometrisches Glossar	122
10.1	Adjustiertes Bestimmtheitsmaß.....	122
10.2	Standardisierter Regressionskoeffizient (Beta Wert)	122
10.3	Partieller Korrelationskoeffizient	122
Literaturverzeichnis	124	

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Bevorzugte Versorgungsform bei Pflegebedürftigkeit in Prozent COMPASS-Studie 2010	16
Abbildung 2: Bevorzugte Versorgungsform bei Pflegebedürftigkeit in Prozent Altenpfleger-Monitor 2010.....	16
Abbildung 3: Bevorzugte Versorgungsform bei Pflegebedürftigkeit in Prozent Generali Altersstudie 2013	17
Abbildung 4: Die wichtigsten Gründe für einen Umzug ins Heim in Prozent COMPASS-Studie 2010	18
Abbildung 5: Entwicklung der Anzahl stationär versorger Pflegebedürftiger differenziert nach Pflegestufen (1999-2013)	21
Abbildung 6: Pflegequoten in Deutschland nach Geschlecht (Dezember 2013).....	22
Abbildung 7: Pflegebedürftige der Pflegeheime mit vollstationärer Dauerpflege in Deutschland nach Geschlecht (2003 bis 2013)	22
Abbildung 8: Prozentuale Veränderung der Bevölkerungszahl in den Kreisen und kreisfreien Städten Nordrhein-Westfalens (2011-2030).....	35
Abbildung 9: Zusammensetzung der Bevölkerung nach Altersjahren in Nordrhein-Westfalen im Jahr 2011 und 2030, in %.....	36
Abbildung 10: Altersaufbau der nordrhein-westfälischen Bevölkerung am 1.1.2011 und 2050	37
Abbildung 11: Wirkungsweise der Medikalisierungs- und der Kompressionshypothese	38
Abbildung 12: Der Kreis Euskirchen.....	41
Abbildung 13: Anzahl der 75-Jährigen und Älteren pro Quadratkilometer nach Gemeinde	43
Abbildung 14: Anteil der 75-Jährigen und Älteren an der Gesamtbevölkerung nach Gemeinde in Prozent.....	44
Abbildung 15: Anteil der verwitweten Personen an der Gesamtbevölkerung nach Postleitzahlenbereichen	46
Abbildung 16: Jahressumme der Einkünfte pro Steuerpflichtigem in Euro nach Gemeinden	47
Abbildung 17: Versorgungstruktur im Kreis Euskirchen	51
Abbildung 18: Entwicklung der Ratsuchenden im kommunalen Pflegestützpunkt (ohne AOK-Pflegestützpunkt).....	53
Abbildung 19: Themen von Beratungsgesprächen 2014 im Kreis Euskirchen (ohne AOK-Pflegestützpunkt).....	54
Abbildung 20: Personal in ambulanten Pflegediensten im Kreis Euskirchen	64
Abbildung 21: Verteilung ambulanter Pflegedienste und Anzahl der Menschen mit 75 und mehr Lebensjahren pro stationärem Pflegebett im Kreis Euskirchen	65
Abbildung 22: Tagespflegeplätze im Kreis Euskirchen	69
Abbildung 23: Verteilung Tagespflegeeinrichtungen und Anzahl der Menschen mit 75 und mehr Lebensjahren pro stationärem Pflegebett	70
Abbildung 24: Kurzzeitpflegeplätze im Kreis Euskirchen	72
Abbildung 25: Verteilung der Kurzpflegeeinrichtungen und stationären Pflegeheime mit eingestreuter Kurzzeitpflege und Anzahl der Menschen mit 75 und mehr Lebensjahren pro stationärem Pflegebett	73

Abbildung 26: Verteilung der stationären Pflegeheime und Anzahl der Menschen mit 75 und mehr Lebensjahren pro stationärem Pflegebett im Kreis Euskirchen... 75	
Abbildung 27: Erklärung der Heimbewohnerzahl mit nur einer Variablen 77	
Abbildung 28: Erwartete Anzahl 75jähriger und Älterer von 2015 bis 2040 in Bad Münstereifel	85
Abbildung 29: 15-Minuten-Isochrone um die Pflegeheime in Bad Münstereifel.....	86
Abbildung 30: Geschätzte Entwicklung der Nachfrage nach vollstationären Pflegeplätzen bis 2040 in Bad Münstereifel.....	87
Abbildung 31: Erwartete Anzahl 75jähriger und Älterer von 2015 bis 2040 in Blankenheim	88
Abbildung 32: 15-Minuten-Isochrone um die Pflegeheime in Blankenheim.....	89
Abbildung 33: Geschätzte Entwicklung der Nachfrage nach vollstationären Pflegeplätzen bis 2040 in Blankenheim.....	90
Abbildung 34: Erwartete Anzahl 75jähriger und Älterer von 2015 bis 2040 in Dahlem	91
Abbildung 35: 15-Minuten-Isochrone um die Pflegeheime in Dahlem	92
Abbildung 36: Geschätzte Entwicklung der Nachfrage nach vollstationären Pflegeplätzen bis 2040 in Dahlem	93
Abbildung 37: Erwartete Anzahl 75jähriger und Älterer von 2015 bis 2040 in Euskirchen, Stadt	94
Abbildung 38: 15-Minuten-Isochrone um die Pflegeheime in Euskirchen	95
Abbildung 39: Geschätzte Entwicklung der Nachfrage nach vollstationären Pflegeplätzen bis 2040 in Euskirchen, Stadt.....	96
Abbildung 40: Erwartete Anzahl 75jähriger und Älterer von 2015 bis 2040 in Hellenthal..	97
Abbildung 41: 15-Minuten-Isochrone um die Pflegeheime in Hellenthal	98
Abbildung 42: Geschätzte Entwicklung der Nachfrage nach vollstationären Pflegeplätzen bis 2040 in Hellenthal.....	99
Abbildung 43: Erwartete Anzahl 75jähriger und Älterer von 2015 bis 2040 in Kall	100
Abbildung 44: 15-Minuten-Isochrone um die Pflegeheime in Kall.....	101
Abbildung 45: Geschätzte Entwicklung der Nachfrage nach vollstationären Pflegeplätzen bis 2040 in Kall	102
Abbildung 46: Erwartete Anzahl 75jähriger und Älterer von 2015 bis 2040 in Mechernich, Stadt	103
Abbildung 47: 15-Minuten-Isochrone um die Pflegeheime in Mechernich	104
Abbildung 48: Geschätzte Entwicklung der Nachfrage nach vollstationären Pflegeplätzen bis 2040 in Mechernich, Stadt.....	105
Abbildung 49: Erwartete Anzahl 75jähriger und Älterer von 2015 bis 2040 in Nettersheim	106
Abbildung 50: 15-Minuten-Isochrone um die Pflegeheime in Nettersheim.....	107
Abbildung 51: Geschätzte Entwicklung der Nachfrage nach vollstationären Pflegeplätzen bis 2040 in Nettersheim	108
Abbildung 52: Erwartete Anzahl 75jähriger und Älterer von 2015 bis 2040 in Schleiden.	109
Abbildung 53: 15-Minuten-Isochrone um die Pflegeheime in Schleiden	110
Abbildung 54: Geschätzte Entwicklung der Nachfrage nach vollstationären Pflegeplätzen bis 2040 in Schleiden.....	111

Abbildung 55: Erwartete Anzahl 75jähriger und Älterer von 2015 bis 2040 in Weilerswist	112
Abbildung 56: 15-Minuten-Isochrone um die Pflegeheime in Weilerswist	113
Abbildung 57: Geschätzte Entwicklung der Nachfrage nach vollstationären Pflegeplätzen bis 2040 in Weilerswist	114
Abbildung 58: Erwartete Anzahl 75jähriger und Älterer von 2015 bis 2040 in Zülpich	115
Abbildung 59: 15-Minuten-Isochrone um die Pflegeheime in Zülpich.....	116
Abbildung 60: Geschätzte Entwicklung der Nachfrage nach vollstationären Pflegeplätzen bis 2040 in Zülpich	117
Abbildung 61: Bevölkerungsprognose Menschen 75 Jahre und älter 2015 bis 2040 und die jährliche Veränderung in Prozent für den Kreis Euskirchen.....	119

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Leistungsempfänger der Pflegeversicherung und Pflegequoten nach Altersklassen in Deutschland (Dezember 2013)	19
Tabelle 2: Leistungsempfänger der Pflegeversicherung nach Versorgungsform in Deutschland (Dezember 2013)	20
Tabelle 3: Verwandtschaftsbeziehung der Hauptpflegeperson zur pflegebedürftigen Person und soziodemografische Merkmale der Hauptpflegeperson 2010	25
Tabelle 4: Umfang der Erwerbsbeteiligung von Pflegepersonen im erwerbsfähigen Alter, differenziert nach Pflegebedarf der zu versorgenden Person (in Prozent)	28
Tabelle 5: Wanderungssaldo in den kreisfreien Städten und Kreisen Nordrhein-Westfalens (2013).....	33
Tabelle 6: Bevölkerungsstand nach Gemeinde/kreisfreie Stadt und der Bevölkerungsanteil am Kreisgebiet in Prozent am 31.12.2013.....	42
Tabelle 7: Anteil der 75-Jährigen und Älteren pro Quadratkilometer nach Gemeinde in Prozent am 31.12.2013	42
Tabelle 8: Anteil der 75-Jährigen und Älteren an der Gesamtbevölkerung nach Gemeinde in Prozent am 31.12.2013	44
Tabelle 9: Jahressumme der Einkünfte pro Steuerpflichtigem in Euro nach Gemeinden im Jahr 2010	47
Tabelle 10: Schätzungen zu Bestand und Bedarf altersgerechter Wohneinheiten der Prognos AG	56
Tabelle 11: Service-Wohnungen nach Gemeinde im Kreis Euskirchen (Stand: 16.11.2015)	57
Tabelle 12: Ambulant betreute Haus- und Wohngemeinschaften Kreis Euskirchen (Stand: 16.11.2015).....	59
Tabelle 13: Anbieter von Essen auf Rädern nach Gemeinde im Kreis Euskirchen (Stand: 16.11.2015).....	61
Tabelle 14: Leistungen der Pflegeversicherung für häusliche Pflege	63
Tabelle 15: Ambulante Pflegedienste nach Gemeinde (Stand: 16.11.2015)	65
Tabelle 16: Anspruch auf teilstationäre Pflege (Gesamtwerte ab 01.01.2015)	68
Tabelle 17: Tagespflegeeinrichtungen und –plätze nach Gemeinde (Stand: 16.11.2015)....	69
Tabelle 18: Kurzzeitpflege (Stand: 16.11.2015).....	72
Tabelle 19: Versorgungsdichte und Anzahl der Menschen über 74 pro vollstationärem Pflegebett im Kreis Euskirchen und den angrenzenden Kreisen (Dezember 2013).....	74
Tabelle 20: Versorgungsdichte und ältere Menschen pro Pflegebett im Kreis Euskirchen nach Städte und Gemeinden (2015)	75
Tabelle 21: Zusammenfassung des Modells	79
Tabelle 22: Koeffizienten des Modells	79
Tabelle 23: Vollstationäre Pflegeeinrichtungen in Bad Münstereifel.....	85
Tabelle 24: Geschätzte Entwicklung der Nachfrage nach vollstationären Pflegeplätzen bis 2040 in Bad Münstereifel	87
Tabelle 25: Vollstationäre Pflegeeinrichtungen in Blankenheim	89
Tabelle 26: Geschätzte Entwicklung der Nachfrage nach vollstationären Pflegeplätzen bis 2040 in Blankenheim.....	90
Tabelle 27: Vollstationäre Pflegeeinrichtungen in Dahlem	92

Tabelle 28: Geschätzte Entwicklung der Nachfrage nach vollstationären Pflegeplätzen bis 2040 in Dahlem	93
Tabelle 29: Vollstationäre Pflegeeinrichtungen in Euskirchen	95
Tabelle 30: Geschätzte Entwicklung der Nachfrage nach vollstationären Pflegeplätzen bis 2040 in Euskirchen, Stadt	96
Tabelle 31: Vollstationäre Pflegeeinrichtungen in Hellenthal	98
Tabelle 32: Geschätzte Entwicklung der Nachfrage nach vollstationären Pflegeplätzen bis 2040 in Hellenthal	99
Tabelle 33: Vollstationäre Pflegeeinrichtungen in Kall.....	101
Tabelle 34: Geschätzte Entwicklung der Nachfrage nach vollstationären Pflegeplätzen bis 2040 in Kall.....	102
Tabelle 35: Vollstationäre Pflegeeinrichtungen in Mechernich, Stadt	104
Tabelle 36: Geschätzte Entwicklung der Nachfrage nach vollstationären Pflegeplätzen bis 2040 in Mechernich, Stadt	105
Tabelle 37: Vollstationäre Pflegeeinrichtungen in Nettersheim.....	107
Tabelle 38: Geschätzte Entwicklung der Nachfrage nach vollstationären Pflegeplätzen bis 2040 in Nettersheim.....	108
Tabelle 39: Vollstationäre Pflegeeinrichtungen in Schleiden	110
Tabelle 40: Geschätzte Entwicklung der Nachfrage nach vollstationären Pflegeplätzen bis 2040 in Schleiden	111
Tabelle 41: Vollstationäre Pflegeeinrichtungen in Weilerswist	113
Tabelle 42: Geschätzte Entwicklung der Nachfrage nach vollstationären Pflegeplätzen bis 2040 in Weilerswist	114
Tabelle 43: Vollstationäre Pflegeeinrichtungen in Zülpich	116
Tabelle 44: Geschätzte Entwicklung der Nachfrage nach vollstationären Pflegeplätzen bis 2040 in Zülpich.....	117
Tabelle 45: geplante Neubauten oder Erweiterungen von Pflegeheimen an der Landkreisgrenze zu Euskirchen (Stand: 28.09.2015)	118
Tabelle 46: Geschätzte Entwicklung der Nachfrage nach vollstationären Pflegeplätzen in 2015 in den Gemeinden/Städten und im Kreis Euskirchen gesamt	120
Tabelle 47: Geschätzte Entwicklung der Nachfrage nach vollstationären Pflegeplätzen in 2040 in den Gemeinden/Städten und im Kreis Euskirchen gesamt	121

1 Einleitung

Jeder Mensch macht seine eigenen Erfahrungen mit dem Älterwerden. Dabei nimmt die Sorge um den künftigen Gesundheitszustand und die verbleibenden Möglichkeiten für eine Teilhabe am gesellschaftlichen Leben mit steigendem Alter zu. Der Politik kommt hier nach dem Willen des Gesetzgebers die Aufgabe zu, auch im Falle der Pflegebedürftigkeit die Rahmenbedingungen für ein möglichst langes selbstbestimmtes Leben zu schaffen.

Von zentraler Bedeutung ist es dabei, ein abgestuftes System subsidiärer Hilfsangebote zu etablieren, das von Beratungsangeboten über die verschiedensten ambulanten und teilstationären Hilfen bis hin zu stationärer Vollversorgung reicht und in jedem Lebensabschnitt passende Unterstützung bieten kann. Aber wieviel soll von welchen Angeboten wann zur Verfügung stehen, dass Hilfe auch angesichts des demographischen Wandels stets in ausreichendem Ausmaß zur Verfügung steht ohne aber unnötig Ressourcen durch Überangebote zu binden? Ziel des vorliegenden Gutachtens ist es, politische Entscheidungsträger mit den Determinanten der Pflegebedarfsplanung vertraut zu machen und auf wissenschaftlicher Basis die Grundlage für die politische Einschätzung der Versorgungssituation zu schaffen.

In Kapitel 3 ab Seite 19 wird dargelegt, welche Faktoren auf individueller Ebene für Umfang und Art der in Anspruch genommenen Pflegeleistungen ausschlaggebend sind. Es wird deutlich, dass hier nicht nur das Alter, sondern eine Vielzahl sozioökonomischer Variablen, die das private Umfeld des Pflegebedürftigen charakterisieren, zu berücksichtigen sind.

Auf gesellschaftlicher Ebene wird die Nachfrage nach Pflegeleistungen wesentlich von der alters- und geschlechtsspezifischen Zusammensetzung der Bevölkerung geprägt. In Kapitel 4 wird ab Seite 31 dargestellt, wie sich die Bevölkerungszahl und -zusammensetzung im Gravitationsfeld von Fertilität, Mortalität und Migration verändern wird und welche Implikationen dieser demographische Wandel auf die Zahl der Pflegefälle erwarten lässt.

Allerdings lässt auch das Wissen um die künftige Anzahl hochbetagter Mitmenschen noch keinen eindeutigen Schluss auf den Bedarf an Pflegeangeboten zu. Wie hoch der zu erwartende Pflegebedarf letztlich ausfallen wird, hängt maßgeblich davon ab, wie sich der Gesundheitszustand der Bevölkerung bei ansteigender Lebenserwartung entwickeln wird. In der Literatur existieren hierzu zwei gegensätzliche Hypothesen, die Kompressions- und Medikalisierungshypothese, die in Kapitel 5 ab Seite 38 vorgestellt werden. Würde die zusätzliche Lebenserwartung etwa nur zu einer Verlängerung der Pflegephase am Lebensende führen (Medikalisierungshypothese), müsste man von einem im Durchschnitt massiv steigenden Bedarf an Pflegeleistungen ausgehen.

Kapitel 6 versucht in aller Kürze grob die ökonomischen Rahmenbedingungen im Kreis Euskirchen zu skizzieren während Kapitel 7 ab Seite 49 detailliert die vorhandenen vorstationären Pflegeangebote im Kreis gruppiert nach der Art des Angebots listet.

Schwerpunkt des vorliegenden Gutachtens ist die Untersuchung von Angebot und gegenwärtiger sowie künftiger Nachfrage nach vollstationären Pflegeleistungen in Kapitel 8 ab Seite 74. Eine besondere Leistung besteht dabei in der expliziten Berücksichtigung der Kindergeneration, denn häufig wird die Entscheidung über die stationäre Pflege im Familienkreis getroffen. Vielfach hängt auch von den Kindern ab, ob und wie lange eine Pflege in den eigenen vier Wänden möglich ist. Nicht zuletzt auch aus finanziellen Gründen werden Kinder an der Entscheidung über die Wahl der Pflegeform mitwirken wollen. Daher fließen verschiedenste Indikatoren in unsere ökonometrischen Schätzungen der Nachfrage mit ein, um das regional vorhandene Pflegepotential der Kindergeneration und deren Pflegebereitschaft adäquat abbilden zu können. Mit Hilfe von linearen multivariaten Regressionsanalysen gelingt es, aus der Vielzahl von sozioökonomischen und demographischen Gemeindedaten entscheidende Einflussfaktoren aufzudecken und ihre Bedeutung für die Nachfrage nach Pflegeleistungen zu quantifizieren.

Kapitel 9 schließlich fasst die Ergebnisse der Untersuchungen zusammen.

Die Erstellung des Gutachtens erfolgte nach bestem Wissen und Gewissen. Alle verarbeiteten Zahlen wurden mehrfach unabhängig voneinander überprüft. Eine Haftung und Gewährleistung für womöglich dennoch verbliebene Fehler kann jedoch nicht übernommen werden.

2 Hintergrund

2.1 Einschlägige Rechtsvorschriften

Die soziale Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit wird in Deutschland durch das Elfte Buch des Sozialgesetzbuches geregelt. Danach erhalten in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherte Pflegebedürftige Leistungen der Pflegeversicherung, wenn sie wegen der Schwere der Pflegebedürftigkeit auf Hilfe aus der Gemeinschaft angewiesen sind. Privat Krankenversicherte müssen dafür eine private Pflegeversicherung abschließen.¹ In § 3 SGB XI wird bestimmt, dass der häuslichen Pflege und der Pflegebereitschaft von Angehörigen und Nachbarn sowie den Leistungen der teilstationären Pflege und der Kurzzeitpflege Vorrang gegenüber der vollstationären Pflege zu gewähren ist.

Die pflegerische Versorgung der Bevölkerung stellt eine elementare gesamtgesellschaftliche Aufgabe dar², deren leistungsfähige, zahlenmäßig ausreichende und wirtschaftliche pflegerische Versorgungsstruktur durch die Länder vorzuhalten ist³. In Nordrhein-Westfalen ersetzte im Jahr 2014 das „Gesetz zur Weiterentwicklung des Landespfliegerechtes und Sicherung einer unterstützenden Infrastruktur für ältere Menschen, pflegebedürftige Menschen und deren Angehörige“ (Alten- und Pflegegesetz Nordrhein-Westfalen – APG NRW) das Landespfliegengesetz Nordrhein-Westfalen. Dieses Gesetz verpflichtet (wie auch das Gesetz davor) die Kreise und kreisfreien Städte zur Sicherstellung der pflegerischen Angebotsstruktur⁴ und zur örtlichen Planung⁵.

Eine Pflegeplanung gemäß § 7 APG NRW beinhaltet eine Bestandsaufnahme der vorhandenen komplementären Hilfen und der ambulanten, teil- und vollstationären Wohn- und Pflegeangebote, eine Überprüfung inwieweit ausreichend Angebote für ältere und pflegebedürftige Menschen und deren Angehörigen zur Verfügung stehen und ob eine Weiterentwicklung von Angeboten erforderlich ist bzw. durch welche geeigneten Maßnahmen. Zu beachten bei der örtlichen Planung ist auch, dass übergreifende Aspekte der Teilhabe einer altengerechten Quartiersentwicklung zur Sicherung eines würdevollen, inklusiven und selbstbestimmten Lebens, bürgerschaftliches Engagement und das Gesundheitswesen einzubeziehen ist.⁶

¹ Vgl. §1, §2 und §4 SGB XI

² Vgl. § 8 SGB XI

³ Vgl. § 9 SGB XI

⁴ Vgl. § 4 APG NRW

⁵ Vgl. § 7 APG NRW

⁶ Vgl. § 7 APG NRW

Auch zielgruppenspezifische Angebotsformen wie persönliche Assistenz, präventive Angebote oder Möglichkeiten des barrierefreien Wohnens spielen im Zusammenhang bei der Weiterentwicklung der örtlichen Infrastruktur eine große Rolle.

2.2 Überblick über die differenzierten Unterstützungs- und Pflegeangebote

Vielfältige Lebens- und Problemlagen bedürfen ein differenziertes Spektrum von Unterstützungs- und Pflegeangeboten. So gibt es Hilfen zum Wohnen und der Aufrechterhaltung der selbstständigen Lebensführung, der Versorgung im häuslichen Bereich und der Versorgung im außerhäuslichen Bereich.

a. Komplementäre Hilfen

Zu den komplementären Hilfen gehören hauswirtschaftliche Hilfen, Beratungsdienste zur Wohnraumanpassung, Hausbetreuungsdienste, Hausnotrufdienste und andere ergänzende ambulante Hilfen wie persönliche Assistenz.⁷ Die Lebensführung im eigenen Haushalt bleibt durch diese pflegeergänzenden, niedrigschwelligen und haushaltsnahen Dienste sichergestellt und bietet den Betroffenen und Angehörigen Sicherheit.

b. Ambulante Wohn- und Pflegeangebote

Zu den ambulanten Wohn- und Pflegeangeboten gehören die Leistungen nach SGB XI der Pflegedienste oder die Nutzung einer Wohngemeinschaft mit Betreuungsleistungen nach § 24 des WTG bei der ein Pflegedienst der Träger ist.⁸ Hierbei erfolgt die Hilfe und Pflege in der Häuslichkeit des Hilfsbedürftigen und trägt so dazu bei, dass dieser möglichst lange im gewohnten Umfeld bleiben kann.

c. Teilstationäre Wohn- und Pflegeangebote

Dazu gehören Einrichtungen der Tages-, Nacht- und der Kurzzeitpflege⁹ im Sinne des SGB XI. Durch diese Angebote werden pflegende Angehörige über eine bestimmte Tageszeit (Tag, Nacht) oder Zeitraum entlastet.

⁷ Vgl. § 16 APG NRW

⁸ Vgl. § 12 APG NRW

⁹ Vgl. § 42 SGB XI Kurzzeitpflege; Pflege in einer vollstationären Einrichtung bis zu vier Wochen pro Kalenderjahr

d. Vollstationäre Wohn- und Pflegeangebote

Dazu gehören die stationäre Versorgung in einem Pflegeheim, einer stationären Hausgemeinschaft (z.B. Intensivpflegewohngemeinschaft), eines Krankenhauses und eines Hospizes.

2.3 Versorgungswünsche pflegebedürftiger Menschen

Einhergehend mit der zukünftigen Bedarfsanalyse steht die Frage im Raum, wie die Betroffenen selbst versorgt werden wollen. Die jüngsten Studien kommen dabei in wesentlichen Punkten zum selben Ergebnis. Die Mehrheit der Frauen und Männer in Deutschland möchte auch im Falle von Pflegebedürftigkeit in der gewohnten häuslichen Umgebung verbleiben.¹⁰ Mit diesem Wunsch ist die Hoffnung verbunden, trotz Pflegebedürftigkeit ein hohes Maß an Eigenständigkeit, Sicherheit und ein Leben in vertrauter Umgebung bewahren zu können.

Abbildung 1 zeigt wie sich nicht Pflegebedürftige im Alter von über 40 Jahren eine Unterstützung im Falle von einer Pflegebedürftigkeit im Alter wünschen. 20.000 Versicherungsnehmer privater Krankenkassen wurden dafür zu ihren Wünschen und Erwartungen an eine qualitativ gute Pflege und an die Absicherung bei Pflegebedarf befragt.¹¹

Zu ähnlichen Ergebnissen kommt eine Studie des Deutschen Altenpflege-Monitors, die jährlich (hier: 2010) die Wünsche von 500 zufällig ausgewählten und telefonisch befragten Personen über 50 Jahren erhebt. Ziel der Studie ist es, das Image der Altenpflege in der Bevölkerung zu erheben und sich mit aktuellen Themen, wie z.B. alternativen Wohnformen, Dienstleistungen in der häuslichen Pflege und der Situation der Mitarbeiter in der Altenpflege, auseinanderzusetzen.¹² Die Ergebnisse sind in Abbildung 2 dargestellt.

¹⁰ Vgl. Compass (2010), S. 5

¹¹ Compass Private Pflegeberatung ist ein Tochterunternehmen des PKV-Verbandes und führte in Zusammenarbeit mit vier Versicherungsunternehmen und des Instituts für Medizinische Soziologie der Charité-Universitätsmedizin eine Versichertenbefragung durch. Dazu schrieben sie insgesamt 20.000 private Versicherungsnehmer an.

¹² Vgl. Altenpflege-Monitor (2010), S. 2

Abbildung 1: Bevorzugte Versorgungsform bei Pflegebedürftigkeit in Prozent COMPASS-Studie 2010¹³

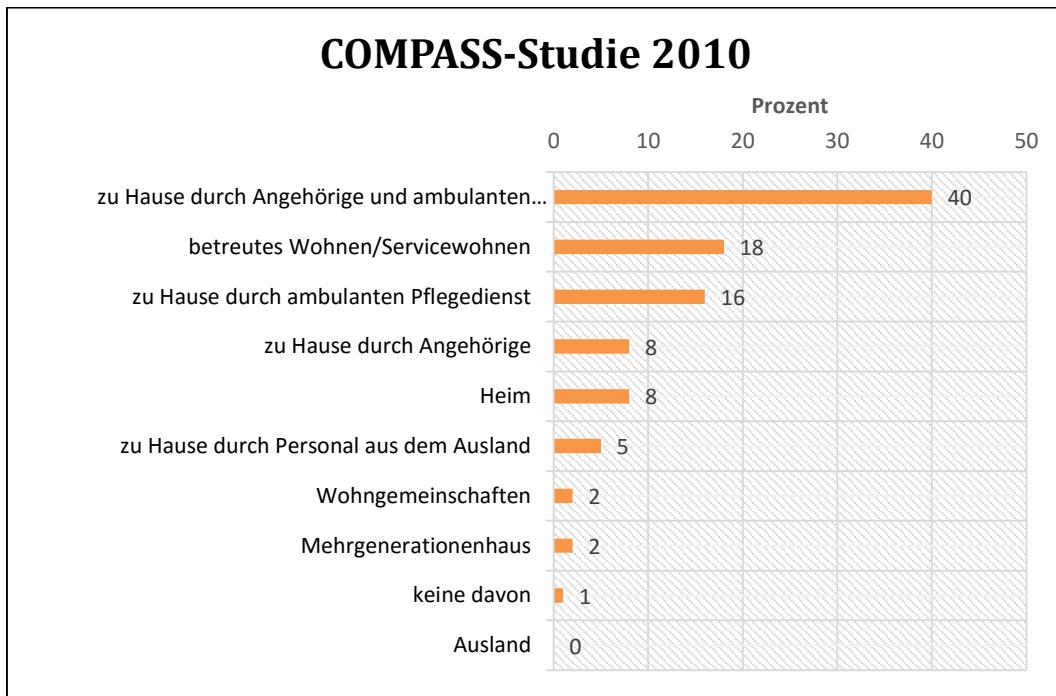
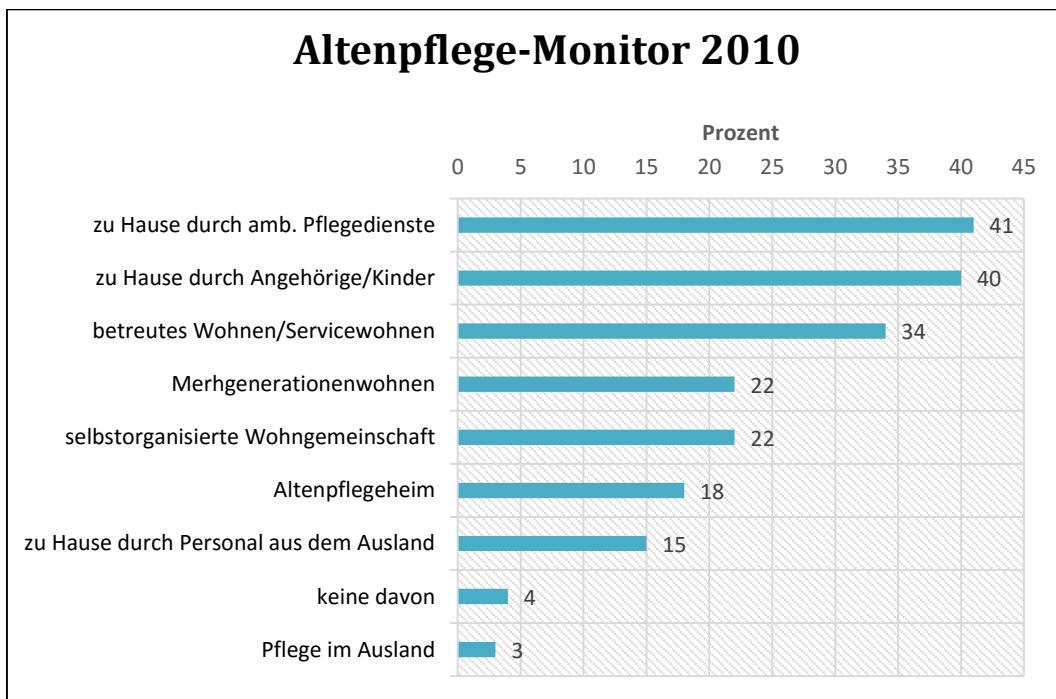


Abbildung 2: Bevorzugte Versorgungsform bei Pflegebedürftigkeit in Prozent Altenpflege-Monitor 2010¹⁴



¹³ Vgl. Compass (2010), S. 28

¹⁴ Vgl. Altenpflege-Monitor (2010), S. 20

Abbildung 3 veranschaulicht die Ergebnisse einer weiteren Studie, die vom Versicherungskonzern Generali in Auftrag gegeben wurde. In der Generali Altersstudie wurden rund 4.000 Personen im Alter zwischen 65 und 85 Jahren zu ihren Erwartungen, Lebensbedingungen und Herausforderungen befragt.¹⁵

Abbildung 3: Bevorzugte Versorgungsform bei Pflegebedürftigkeit in Prozent Generali Altersstudie 2013¹⁶



In allen drei o.g. Studien geben die Befragten an, dass sie als Versorgungsform im Falle einer Pflegebedürftigkeit die eigene Häuslichkeit bevorzugen und dabei die Unterstützung durch einen ambulanten Pflegedienst gegenüber den Angehörigen präferieren. Auch die Versorgung in einer Einrichtung des Betreuten Wohnens erfährt einen relativ hohen Zuspruch. Ebenso werden die sogenannten „neueren Wohnformen“, wie Wohngemeinschaften oder Mehrgenerationenhäuser in der Bevölkerung als attraktive Alternativen zur stationären Versorgung wahrgenommen. Freiwillig für das Leben in einem Altenpflegeheim würden sich in der Compass-Studie 2010 nur 8 Prozent, in der Altenpflege-Monitor Studie 2010 18 Prozent und in der Generali Altersstudie 2013 32 Prozent, wenn sie eine eigene Wohnung darin hätten, und 21 Prozent, wenn sie ein eigenes Zimmer hätten, entscheiden.¹⁷

Die bereits zitierte Compass-Studie befragte in einem zweiten Block die Teilnehmer auch zu den wichtigsten Entscheidungskriterien für eine Versorgung zu Hause. Dabei spielten für

¹⁵ Vgl. Generali Altersstudie (2013)

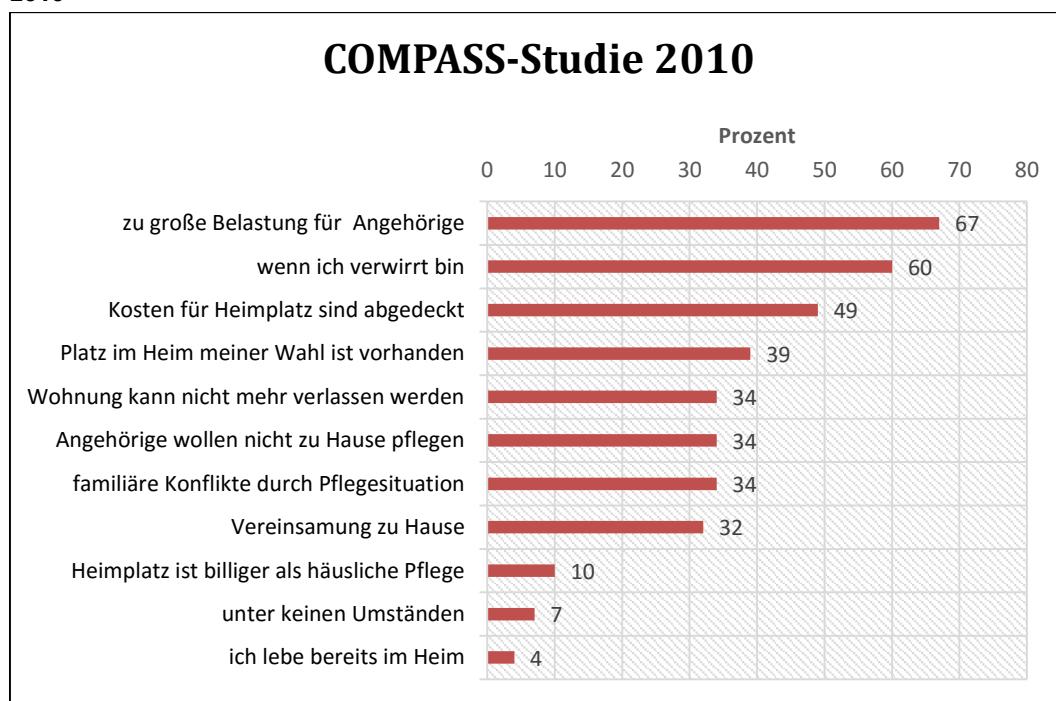
¹⁶ Vgl. Generali Altersstudie (2013)

¹⁷ Vgl. Compass (2010), S. 28; vgl. Altenpflege-Monitor (2010), S. 20; vgl. Generali Altersstudie (2013)

viele Menschen folgende Faktoren eine wichtige Rolle: ein gutes Verhältnis zu den helfenden Angehörigen, die Nähe zu einem Pflegedienst und die Größe der eigenen Wohnung.¹⁸

Viele Gründe können dafür ausschlaggebend sein, dass der ursprüngliche Wunsch nach einer Versorgung durch Angehörige in der häuslichen Umgebung nicht realisiert werden kann. In der Compass-Studie wurde deshalb auch nach den konkreten Umständen gefragt, die die Befragten dazu veranlassen würden, stationäre Pflegeleistungen in Anspruch zu nehmen. In Abbildung 4 sind die wichtigsten Gründe aufgeführt. Mit Abstand vorne liegt die Befürchtung, dass man als Pflegefall eine zu hohe Belastung für die helfenden Angehörigen darstellen könnte gefolgt von der Angst vor einer Demenzerkrankung, die eine Versorgung in der eigenen Häuslichkeit unmöglich machen könnte.

Abbildung 4: Die wichtigsten Gründe für einen Umzug ins Heim in Prozent COMPASS-Studie 2010¹⁹



Hervorzuheben ist, dass es sich auch hierbei bei den Befragten mehrheitlich um Menschen handelt, die noch nicht pflegebedürftig sind. Im Falle der Pflegebedürftigkeit können die Befragten durchaus anders entscheiden und andere Überlegungen als die hier genannten eine Rolle spielen.

¹⁸ Vgl. Compass (2010), S. 33

¹⁹ Vgl. Compass (2010), S. 43

3 Determinanten der Nachfrage nach Pflegeleistungen

Um abschätzen zu können, wie hoch die regionale Nachfrage nach ambulanten und (teil-)stationären Pflegedienstleistungen ist und wie sich diese in Zukunft entwickeln wird, müssen zunächst die verschiedenen Hintergründe des Pflegebedarfs untersucht werden. Neben der reinen Anzahl älterer Menschen sind dies vor allem Faktoren, die im Zusammenhang mit dem direkten Umfeld des Pflegebedürftigen und seiner Heimatregion stehen.

3.1 Die Altersstruktur der Bevölkerung

Das Risiko, pflegebedürftig zu werden, steigt mit zunehmendem Alter deutlich an. Tabelle 1 liefert einen Überblick über die Anzahl der Pflegebedürftigen nach SGB XI und die Pflegequoten nach Altersklassen in Deutschland. Tabelle 1 zeigt neben der Anzahl aller Pflegebedürftigen in Deutschland auch die Pflegequoten, das heißt ihren prozentualen Anteil an der Bevölkerung der jeweiligen Altersgruppe.

Tabelle 1: Leistungsempfänger der Pflegeversicherung und Pflegequoten nach Altersklassen in Deutschland (Dezember 2013)²⁰

Altersgruppen	Pflegebedürftige absolut	Pflegequote in Prozent*
unter 15 Jahre	73.848	0,7
15 bis unter 60 Jahre	283.762	0,6
60 bis unter 65 Jahre	95.262	1,9
65 bis unter 70 Jahre	117.682	3,0
70 bis unter 75 Jahre	233.249	5,0
75 bis unter 80 Jahre	380.906	9,8
80 bis unter 85 Jahre	482.827	21,0
85 bis unter 90 Jahre	538.799	38,2
90 Jahre und mehr	419.871	64,4
Insgesamt	2.626.206	3,3

* Anteil der Pflegebedürftigen an der Bevölkerung dieser Altersklasse

In der Altersgruppe unter 60 Jahren spielt Pflegebedürftigkeit kaum eine Rolle. Erst im höheren Alter steigen die Pflegequoten merklich an.

Der Altersdurchschnitt Pflegebedürftiger in Privathaushalten liegt bei 70,2 Jahren, Heimbewohner sind mit 81,8 Jahren im Durchschnitt deutlich älter.²¹ Tabelle 2 zeigt, dass der Anteil stationär versorger Pflegebedürftiger an allen Pflegebedürftigen von Altersgruppe zu Altersgruppe ansteigt.

²⁰ Statistisches Bundesamt (2015a), Pflegestatistik 2013

²¹ Vgl. Infratest Sozialforschung (2003), S. 9; Infratest Sozialforschung (2006), S. 12

Tabelle 2: Leistungsempfänger der Pflegeversicherung nach Versorgungsform in Deutschland (Dezember 2013)²²

Altersgruppen	Pflegebedürftige				
	insgesamt	nach Versorgungsform			
		absolut		in Prozent	
		ambulant	stationär	ambulant	stationär
unter 15 Jahre	73.848	73.473	375	99,49	0,51
15 bis unter 60 Jahre	283.762	248.439	35.323	87,55	12,45
60 bis unter 65 Jahre	95.262	74.296	20.966	77,99	22,01
65 bis unter 70 Jahre	117.682	91.349	26.333	77,62	22,38
70 bis unter 75 Jahre	233.249	176.897	56.352	75,84	24,16
75 bis unter 80 Jahre	380.906	281.800	99.106	73,98	26,02
80 bis unter 85 Jahre	482.827	341.530	141.297	70,74	29,26
85 bis unter 90 Jahre	538.799	345.007	193.792	64,03	35,97
90 Jahre und mehr	419.871	228.984	190.887	54,54	45,46
Insgesamt	2.626.206	1.861.775	764.431	75,75	24,25

In Deutschland wurden zum Jahresende 2013 764.431 Pflegebedürftige in Heimen versorgt, 72,7 Prozent davon waren Frauen.²³ Frauen weisen eine deutlich höhere Heimeintrittswahrscheinlichkeit auf als Männer, was zu einem großen Teil darauf zurückzuführen ist, dass sie eine längere Lebenserwartung haben, im Alter häufiger verwitwet sind und damit seltener auf den Ehepartner als Pflegeperson zurückgreifen können.²⁴

Vergleicht man den Grad der Pflegebedürftigkeit häuslich Versorger mit dem der vollstationär untergebrachten Pflegebedürftigen wird deutlich, dass Heimbewohner häufiger der Pflegestufe II oder III angehören als Pflegebedürftige in Privathaushalten. Der Pflegestatistik zufolge weisen 63,07 Prozent aller häuslich versorgten Pflegebedürftigen Pflegestufe I auf, 28,68 Prozent haben Pflegestufe II und nur 8,25 Prozent haben mit Pflegestufe III einen ständigen Pflegebedarf (inklusive Härtefälle).²⁵ Von den stationär Versorgten haben 38,09 Prozent Pflegestufe I, 39,59 Prozent Pflegestufe II und 20,56 Prozent Pflegestufe III.²⁶

Es kann jedoch nicht davon ausgegangen werden, dass sich der steigende Pflegebedarf 1:1 in einem zusätzlichen Bedarf an stationären Pflegebetten niederschlägt. Ob die Versorgung Pflegebedürftiger ambulant oder stationär erfolgt, wird wiederum von weiteren Faktoren bestimmt, die unter dem Punkt 3.2 näher erläutert werden.

²² Statistisches Bundesamt (2015a), Pflegestatistik 2013

²³ Ebenda

²⁴ Vgl. Klein (1998), S. 412f.; Voges / Borchert (2008), S. 214-216

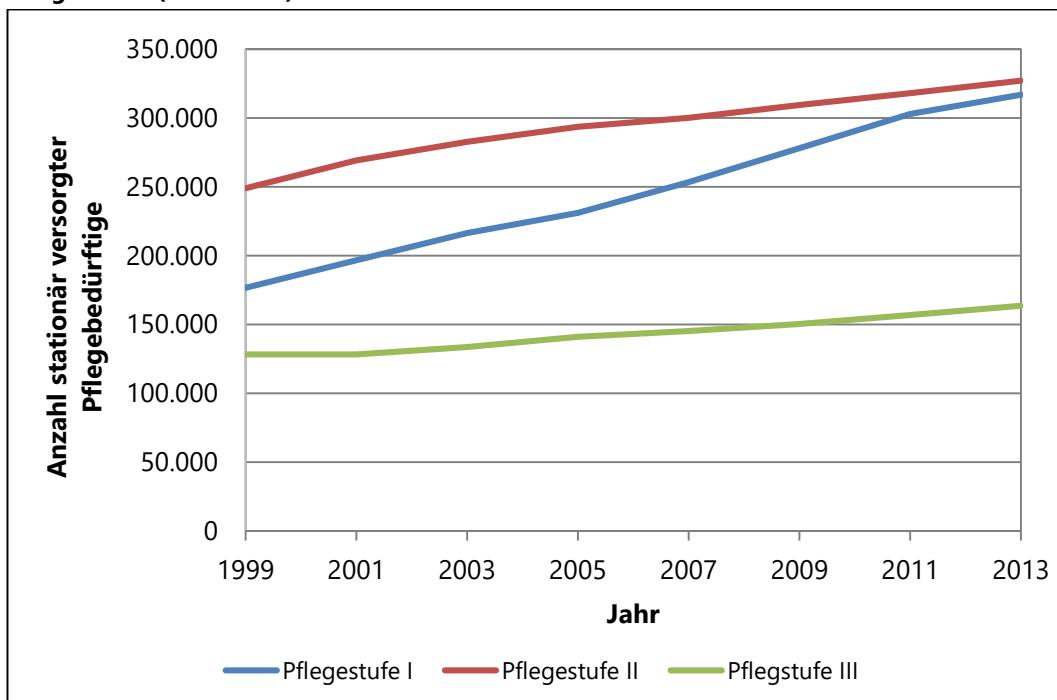
²⁵ Statistisches Bundesamt (2015a), Pflegestatistik 2013

²⁶ Ebenda. Bisher ohne Zuordnung zu einer Pflegestufe sind 13.438 Heimbewohner, was 1,76 Prozent entspricht.

3.2 Alter, Geschlecht und Gesundheitszustand des Pflegebedürftigen

In Abschnitt 3.1 wurde bereits erläutert, dass das Risiko, pflegebedürftig zu werden, mit zunehmendem Alter steigt. Die Wahrscheinlichkeit mit der ein Pflegebedürftiger in ein Heim übertritt, wird aber noch von weiteren Faktoren bestimmt. So ist eine Heimübersiedlung umso wahrscheinlicher, je schlechter die gesundheitliche Verfassung des Betroffenen ist. Demenzkranke werden generell seltener von privaten Helfern versorgt und nehmen häufiger professionelle Pflegeleistungen in Anspruch - insbesondere stationäre.²⁷ Abbildung 5 zeigt, wie sich der Bedarf an stationären Pflegebetten in den verschiedenen Pflegestufen in den letzten Jahren entwickelt hat.

Abbildung 5: Entwicklung der Anzahl stationär versorgter Pflegebedürftiger differenziert nach Pflegestufen (1999-2013)²⁸

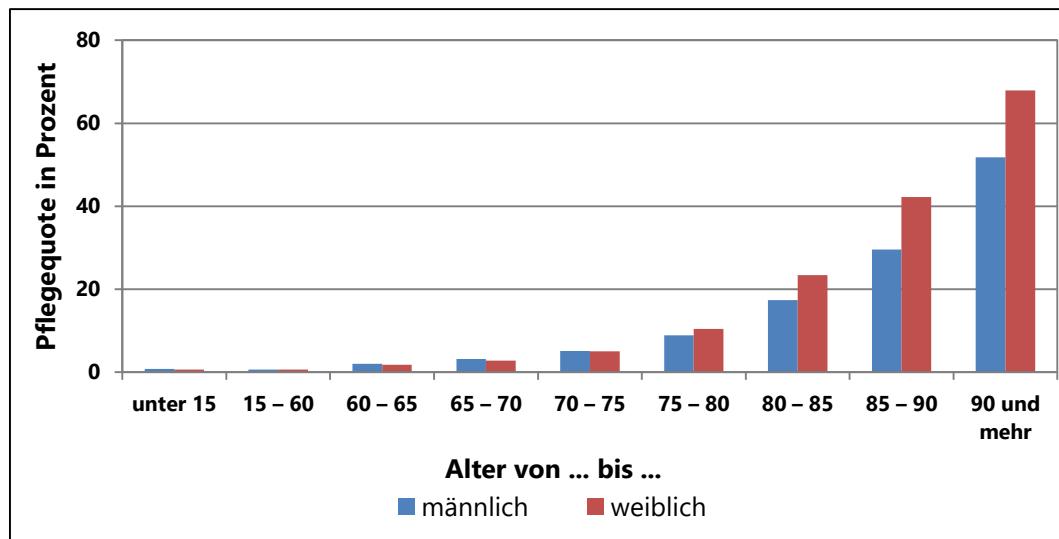


Insbesondere ab dem 80. Lebensjahr werden deutliche Geschlechterdifferenzen sichtbar: Die altersspezifischen Pflegequoten der Frauen liegen hier deutlich über denen der Männer. Unter der altersspezifischen Pflegequote wird der jeweilige Anteil von Pflegebedürftigen an der gesamten Gesellschaft in derselben Altersklasse verstanden. Abbildung 6 zeigt die altersspezifischen Pflegequoten differenziert nach dem Geschlecht.

²⁷ Vgl. Gilberg (2000), S. 246; Meller / Fichter / Schröppel (2000), S. 272

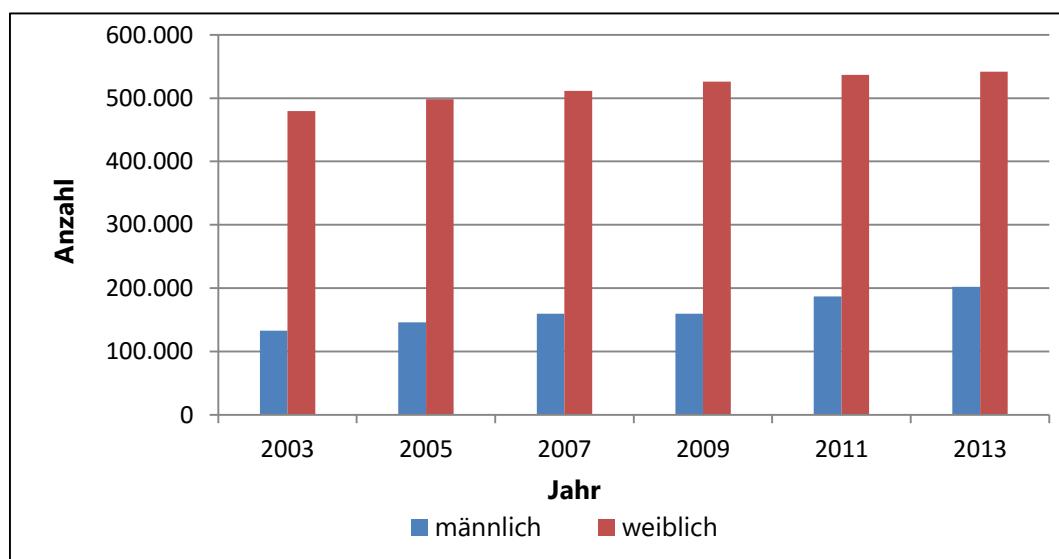
²⁸ Statistisches Bundesamt (2015a), Pflegestatistik 2013

Abbildung 6: Pflegequoten in Deutschland nach Geschlecht (Dezember 2013)²⁹



Noch deutlicher werden geschlechtsspezifische Unterschiede, wenn man nicht wie in obiger Darstellung Empfänger aller Pflegeleistungen betrachtet, sondern sich ausschließlich auf die stationär versorgten Pflegebedürftigen konzentriert.

Abbildung 7: Pflegebedürftige der Pflegeheime mit vollstationärer Dauerpflege in Deutschland nach Geschlecht (2003 bis 2013)³⁰



Die Nachfrage nach Pflegeleistungen wird somit nicht nur von der altersspezifischen, sondern vor allem auch der geschlechtsspezifischen Zusammensetzung der Bevölkerung bestimmt. Für die späteren Schätzungen der zukünftigen Nachfrage nach stationären Leistungen wird der Frauenanteil unter den Hochbetagten von nicht zu unterschätzender Bedeutung sein: Da sich die durchschnittliche Lebenserwartung von Frauen und Männern angleicht, werden immer mehr Paare gemeinsam altern können und der Anteil

²⁹ Vgl. Statistisches Bundesamt (2015a), Pflegestatistik 2013

³⁰ Ebenda

alleinstehender, verwitweter Frauen zurückgehen. Dieser sich kontinuierlich verstärkende Effekt hat einen deutlich bremsenden Effekt auf die Nachfrage nach stationären Pflegeleistungen.

3.3 Ökonomische Determinanten

Die Pflegekassen sind verpflichtet, Kosten bis zu gesetzlich vorgesehenen Maximalbeträgen für einzelne Versorgungsformen zu übernehmen. Übersteigen die Kosten der tatsächlich in Anspruch genommenen Pflegeleistungen diese Beträge, muss der darüberhinausgehende Anteil von den Pflegebedürftigen selbst getragen werden. Reicht das Einkommen und Vermögen des Pflegebedürftigen dazu nicht aus, kann Hilfe zur Pflege bzw. laufende Hilfe zum Lebensunterhalt im Rahmen der Sozialhilfe beantragt werden.³¹ Bestehen für den Zeitraum, in dem Hilfe zur Pflege gewährt wird, Unterhaltsansprüche gegenüber Angehörigen gemäß den §§ 1601ff. des Bürgerlichen Gesetzbuches (BGB), gehen diese bis zur Höhe der geleisteten Aufwendungen auf den Träger der Sozialhilfe über.³² Direkte Angehörige – Kinder oder Ehepartner – sind dabei generell unterhaltsverpflichtet, sofern die finanziellen Belastungen für sie keine unbillige Härte darstellen würde.

Hilfe zur Pflege wurde im Jahr 2012 bundesweit rund 439.000 Personen gewährt, 71 Prozent aller Leistungsberechtigten waren in einer stationären Einrichtung untergebracht.³³ Es bleibt offen, ob dies darauf zurückzuführen ist, dass die Heimversorgung im Gegensatz zur häuslichen Pflege kostenintensiver ist und Heimbewohner daher häufiger auf Leistungen der Sozialhilfe zurückgreifen müssen oder ob sich Sozialhilfeempfänger eher für eine Heimunterbringung entscheiden, weil Kostenaspekte für sie keine Rolle spielen. Ebenso denkbar ist, dass Einkommensstarke einfach deshalb häufiger ambulant versorgt werden, weil sie über die finanziellen Mittel verfügen, eine häusliche Versorgung aufrecht zu erhalten. Welche Rolle finanzielle Aspekte bei der Wahl der Pflegeform spielen, scheint bislang noch nicht abschließend geklärt.³⁴

Fakt ist, dass je höher das Einkommen des Pflegebedürftigen ist, desto größer seine Wahlmöglichkeiten bezüglich der Versorgungsform sind. Die überwiegende Mehrheit in Deutschland möchte im Falle einer Pflegebedürftigkeit in der häuslichen Umgebung versorgt werden.³⁵ Aber auch die Möglichkeit zu einer Versorgung in der häuslichen Umgebung ist nicht unabhängig vom Einkommen des Pflegebedürftigen. Wohlhabendere

³¹ Vgl. §§ 27-40, 61-66 SGB XII

³² Vgl. § 94 Abs. 1 S. 1 SGB XII

³³ Vgl. Statistisches Bundesamt (2015a), Pflegestatistik 2013

³⁴ Vgl. Rothgang et al. (2008), S. 45

³⁵ Vgl. Dittmann (2008), S. 2

können leichter die Kosten für eine (unterstützende) Versorgung durch ambulante Pflegedienste aufbringen als weniger Wohlhabende.

Ebenfalls ist zu beobachten, dass Personen, die über Wohneigentum verfügen, seltener in stationäre Einrichtungen übersiedeln und häufiger von informellen Helfern versorgt werden als solche, die zur Miete wohnen.³⁶

3.4 Informelles Pflegepotential

Die Wahl zwischen der Inanspruchnahme ambulanter oder stationärer Pflegeleistungen trifft der Pflegebedürftige häufig nicht alleine. Üblicherweise ist die Wahl der Pflegeform das Ergebnis eines Entscheidungsprozesses, an dem sowohl der Betroffene als auch das unmittelbare private Umfeld beteiligt ist. In manchen Fällen entscheiden sogar allein die Angehörigen darüber, welche Versorgungsform gewählt wird – beispielsweise dann, wenn der Betroffene auf Grund einer geistigen Behinderung oder einer Demenzerkrankung nicht bzw. nicht mehr in der Lage ist, an der Entscheidung mitzuwirken. Um diese Beteiligung des privaten Umfeldes an der Pflegeentscheidung adäquat abzubilden, wird im vorliegenden Gutachten besonderer Wert auf die Berücksichtigung des sozioökonomischen Status des privaten Umfeldes von potentiell Pflegebedürftigen gelegt. Ob die Versorgung eines Pflegebedürftigen in häuslicher Umgebung möglich ist oder nicht, hängt unter anderem davon ab, ob es in seinem sozialen Umfeld Personen gibt, die die Pflege übernehmen können und zur Übernahme bereit sind. In Frage kommen in erster Linie Verwandte, aber auch Nachbarn, Freunde oder Bekannte – nachfolgend zusammenfassend als informelles Pflegepotential bezeichnet.³⁷

Am häufigsten wird die pflegerische Versorgung in der häuslichen Umgebung durch Familienangehörige sichergestellt. Laut einer Erhebung von Infratest aus dem Jahr 2010 werden rund 93 Prozent aller Pflegebedürftigen in Privathaushalten regelmäßig von engen Familienmitgliedern versorgt. Auffällig ist, dass der Anteil der Pflegebedürftigen, die keinen privaten Helfer haben, von 4 Prozent im Jahr 1998 auf 7 Prozent im Jahr 2010 gestiegen ist, was mit dem höheren Anteil der Alleinlebenden korreliert. In den häuslichen Pflegearrangements werden die meisten Pflegebedürftigen durch nur eine private Pflegeperson gepflegt (30 Prozent, +4% gegenüber 1998), während weniger zwei, drei sowie vier und mehr Pflegepersonen sich beteiligen als im Jahr 1998. Während für die

³⁶ Vgl. Gilberg (2000), S. 249; Börsch-Supan / Spieß (1995), S. 19, 23

³⁷ Vgl. Blinkert / Klie (2008), S. 239f, 242; Mager (2002), S. 98f.

einzelnen Pflegebedürftigen jedoch wenigen privaten Pflegepersonen bereitstehen, erhöhte sich im gleichen Zeitraum die absolute Anzahl der privaten Helfer.³⁸

Tabelle 3 liefert einen Überblick darüber, welche Personen am häufigsten als Hauptpflegepersonen in Erscheinung treten. Unter Hauptpflegepersonen werden dabei Privatpersonen verstanden, die stärker als andere in die Pflege des Betroffenen eingebunden sind, somit die Hauptverantwortung für die Versorgung tragen und daher geeignet sind, die notwendige Kontinuität in der häuslichen Pflege sicherzustellen.³⁹

Tabelle 3: Verwandtschaftsbeziehung der Hauptpflegeperson zur pflegebedürftigen Person und soziodemografische Merkmale der Hauptpflegeperson 2010⁴⁰

Angaben in Prozent	
Beziehung zum Pflegebedürftigen	
(Ehe)-Partnerin	19
(Ehe-)Partner	15
Tochter	26
Sohn	10
Schwiegertochter	8
Schwiegersohn	1
Mutter	10
Vater	1
sonstige Verwandte	4
Nachbar/-innen, Bekannte	6
Geschlecht	
männlich	28
weiblich	72
Alter	
unter 20 Jahre	-
20-39 Jahre	8
40-54 Jahre	33
55-64 Jahre	26
65-79 Jahre	24
80 Jahre und älter	9

Der Großteil der Hauptpflegepersonen ist weiblich. Bemerkenswert ist der Anstieg bei den Männern. Er stieg um 8 Prozent in 12 Jahren auf 28 Prozent im Jahr 2010. Vermutlich hat zu diesem Effekt die Pflegeversicherung beigetragen, indem professionelle ambulante Pflegedienste als Sachleistung gewährt werden und dadurch sich pflegende Männer leichter und sicherer in die Rolle des Pflegenden einfinden können. In 34 Prozent aller Fälle erfolgt die Betreuung durch den Partner des Betroffenen, in 45 Prozent aller Fälle durch die Kindergeneration (Tochter, Sohn, Schwiegertochter, Schwiegersohn). Der Partner und die Kinder der Pflegebedürftigen stellen demnach die wichtigste Ressource der häuslichen

³⁸ Vgl. Infratest Sozialforschung (2011), S. 26

³⁹ Vgl. Schneekloth et al. (1996), S. 131

⁴⁰ Vgl. Infratest Sozialforschung (2011), S. 27

Versorgung dar. Einige werden auch von anderen Verwandten, Nachbarn oder Bekannten betreut, wobei derartige Konstellationen quantitativ gesehen kaum eine Rolle spielen. Allerdings werden vor dem Hintergrund einer immer älter werdenden Gesellschaft mit zunehmenden Versorgungsbedarf derzeit immer wieder nachbarschaftliche und ehrenamtliche Netzwerke als Ressource diskutiert. Der Großteil der Hauptpflegepersonen ist zwischen 40 und 54 Jahre alt, 26 Prozent sind der Altersklasse zwischen 55 und 64 Jahren zuzuordnen, 24 Prozent sind zwischen 65 und 79 Jahre.⁴¹

Wer nicht auf ein stabiles privates Unterstützungsnetzwerk zurückgreifen kann, muss mit einer höheren Wahrscheinlichkeit stationär versorgt werden. Wovon die Möglichkeit des privaten Umfeldes zur Pflege abhängt, wird im Folgenden dargestellt.

3.4.1 Familien- und Haushaltsstrukturen

Der Großteil der informellen häuslichen Pflege lastet auf den Partnern der Betroffenen und der Kindergeneration. Offensichtlich verfügen demnach Personen, die sich in einer Partnerschaft befinden bzw. Kinder haben, über ein größeres familiäres Hilfepotential als Alleinstehende oder Kinderlose. 60 Prozent aller in stationären Einrichtungen untergebrachten Pflegebedürftigen lebten unmittelbar vor ihrem Heimeintritt alleine⁴², 38 Prozent aller stationär versorgten Pflegebedürftigen geben an, deshalb in eine Pflegeeinrichtung eingezogen zu sein, weil sie über keine oder über zu wenige private Helfer verfügten.⁴³

Wenig überraschend sind unverheiratete und kinderlose Ältere daher mit einer höheren Wahrscheinlichkeit Bewohner einer stationären Pflegeeinrichtung als Verheiratete oder Pflegebedürftige, die Kinder haben. So zeigt u.a. die Münchener Hochbetagten-Studie, dass die Heimeintrittswahrscheinlichkeit Alleinstehender (ledig, verwitwet, geschieden) im Vergleich zu Verheirateten fast dreimal so hoch ist.⁴⁴

Ob auch in Zukunft wie im bisherigen Umfang auf familiäre Unterstützung zurückgegriffen werden kann, erscheint fraglich. Seit den 1960er Jahren sind die Geburtenzahlen deutlich rückläufig.⁴⁵ Gleichzeitig werden immer weniger Ehen geschlossen, die aber immer häufiger geschieden werden.⁴⁶ Seit Beginn der statistischen Aufzeichnungen Ende der 1950er Jahre zeichnet sich in Deutschland ein weiterer Trend ab: Die durchschnittliche Haushaltsgröße

⁴¹ Vgl. Infratest Sozialforschung (2011), S. 27

⁴² Vgl. Infratest Sozialforschung (2011), S. 123

⁴³ Vgl. Schneekloth / v. Törne (2007), S. 99f.

⁴⁴ Vgl. Meller / Fichter / Schröppel (2000), S. 272

⁴⁵ Vgl. Statistisches Bundesamt (2009a), S. 29

⁴⁶ Vgl. Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung (2008), S. 40f.

sinkt. Bemerkenswert hierbei ist, dass Einpersonenhaushalte seit mehreren Jahren alle anderen Haushaltsgrößen dominieren, ihr Anteil weiterhin zunimmt und immer mehr ältere Menschen in Einpersonenhaushalten leben. Zweipersonenhaushalte weisen ebenfalls eine positive Entwicklung auf, wohingegen Haushalte mit drei oder mehreren Personen seit geraumer Zeit rückläufig sind.⁴⁷ Das Statistische Bundesamt rechnet damit, dass sich dieser Trend auch in der Zukunft fortsetzt.⁴⁸

Mehrpersonenhaushalte, in denen Pflegebedürftigkeit in häuslicher Versorgung aufgefangen werden kann, werden somit in Zukunft immer seltener. Es muss damit gerechnet werden, dass professionelle - insbesondere stationäre - Pflegeleistungen schon allein aus diesem Grund immer mehr an Bedeutung gewinnen werden.

3.4.2 *Frauenerwerbstätigkeit*

Die Versorgung eines Pflegebedürftigen ist häufig mit einem erheblichen zeitlichen Aufwand verbunden. Für pflegende Angehörige stellt sich daher die Frage, wie weit Erwerbstätigkeit und Pflege überhaupt miteinander vereinbar sind. Während eine täglich stundenweise Betreuung bei gleichzeitiger Erwerbstätigkeit noch praktizierbar erscheint, ist eine Verfügbarkeit rund um die Uhr bei paralleler Berufsausübung schlachtweg unmöglich.

Der Großteil aller Pflegepersonen ist demnach nicht erwerbstätig.⁴⁹ Je größer der Pflegeaufwand, desto geringer ist der Anteil erwerbstätiger Pflegepersonen. Während sich der Anteil Erwerbs- und Nichterwerbstätiger an den Pflegepersonen bei Patienten mit geringem Pflegebedarf kaum unterscheidet, sinkt bei täglichem Pflegebedarf der Anteil berufstätiger Pflegepersonen auf 31,7 Prozent. Liegt ein ständiger Pflegebedarf vor, sind lediglich 20,5 Prozent der Betreuenden berufstätig. Für Vollzeitbeschäftigte ist ab dem Übergang von mehrfach wöchentlichem zu täglichem Pflegebedarf die Belastungsgrenze erreicht: Der Anteil Vollzeit erwerbstätiger Pflegepersonen sinkt von 30,7 Prozent auf 10,4 Prozent. Je umfangreicher der notwendige Pflegebedarf ist, desto größer ist auch der Anteil jener, die ihre Erwerbstätigkeit einschränken bzw. aufgeben müssen.⁵⁰

Tabelle 4 liefert einen Überblick über den Umfang der Erwerbsbeteiligung von Pflegepersonen im erwerbsfähigen Alter, die ältere hilfe- oder pflegebedürftige Menschen versorgen.

⁴⁷ Vgl. zur Entwicklung der Haushaltsgröße in Deutschland: Statistische Ämter des Bundes und der Länder (2007), S. 26-28

⁴⁸ Vgl. Statistische Ämter des Bundes und der Länder (2007), S. 28f.

⁴⁹ Vgl. hierzu auch: Mager / Eisen (2002), S. 19 oder Schneekloth (2005), S. 79

⁵⁰ Vgl. Dallinger (1997), S. 142f.; Schneekloth (2005), S. 79; Mager / Eisen (2002), S. 19

Tabelle 4: Umfang der Erwerbsbeteiligung von Pflegepersonen im erwerbsfähigen Alter, differenziert nach Pflegebedarf der zu versorgenden Person (in Prozent)

Erwerbsstatus der Pflegeperson	Hilfebedarf*	Mehrfach wöchentlicher Pflegebedarf**	Täglicher Pflegebedarf**	Ständiger Pflegebedarf**
nicht erwerbstätig	50,2	52,1	68,3	79,5
geringfügig beschäftigt (unter 15 Stunden pro Woche)/Teilzeit (15 bis unter 35 Stunden pro Woche) erwerbstätig	16,2	17,2	21,3	11,6
Vollzeit erwerbstätig	33,5	30,7	10,4	8,9
insgesamt	100	100	100	100

*ausschließliche Unterstützung bei hauswirtschaftlichen oder sozialkommunikativen Tätigkeiten (Vgl.

Schneekloth et al. (1996), S. 17)

**Vgl. zur Abgrenzung: Schneekloth et al. (1996), S. 5

Eigene Bearbeitung nach Dallinger (1997), S. 120

Nach wie vor wird die häusliche Versorgung Pflege- und Hilfebedürftiger vorrangig durch nicht erwerbstätige Frauen erbracht. Gerade aber die Erwerbsbeteiligung der Frauen nimmt seit geraumer Zeit trotz längerer Ausbildungszeiten zu.⁵¹ Während die Frauenerwerbsquote in Deutschland 1972 noch bei 48 Prozent lag⁵², ist sie bis zum Jahr 2013 auf 72 Prozent gestiegen und liegt somit nur noch 9,5 Prozent unter der Männer⁵³. Gründe für eine Trendwende sind nicht ersichtlich.⁵⁴ Anhaltspunkte dafür, dass die Pflegebereitschaft der Männer zunimmt und so die sinkende Pflegebereitschaft der Frauen ausgeglichen werden könnte, sind nicht erkennbar.⁵⁵

Auch von dieser Seite ist daher mit einem weiteren Rückgang des informellen Pflegepotentials und einer weiteren Verschiebung in Richtung des formellen Pflegesektors zu rechnen.

3.4.3 Pflegebereitschaft

Nicht jeder Angehörige, der die häusliche Versorgung eines Pflegebedürftigen übernehmen könnte, ist dazu auch bereit. Bei der Entscheidung für oder gegen eine Pflegeübernahme spielen bei einem Großteil der potentiellen privaten Pflegepersonen Kostenerwägungen eine noch wichtigere Rolle als moralische Aspekte.⁵⁶ Relevant sind hier nicht nur die direkten finanziellen Belastungen, die unmittelbar aus der Pflege entstehen, wie beispielsweise die Vergütung ambulanter Pflegedienste oder die Kosten einer Heimunterbringung, wenn

⁵¹ Vgl. Statistisches Bundesamt (2004)

⁵² Vgl. Peuckert (2008), S. 231 und Statistisches Bundesamt (2008a), S. 26

⁵³ Vgl. Eurostat Online-Datenbank (2013)

⁵⁴ Vgl. Häcker / Raffelhüschen (2007), S. 396f.

⁵⁵ Vgl. Rothgang (2001), S. 32f.

⁵⁶ Vgl. Blaumeiser / Blinkert / Klie (2001), S. 414; Blinkert / Klie (2004a), S. 96-100

diese nicht vollständig durch den Pflegepatienten getragen werden können. Die Versorgung eines Pflegebedürftigen führt darüber hinaus häufig zu Opportunitätskosten in Form entgangenen Einkommens, vor allem dann, wenn eine berufliche Tätigkeit eingeschränkt oder gar aufgegeben werden muss. Je höher das Einkommen, desto höher sind in diesem Fall auch die drohenden Einkommenseinbußen. Zusätzlich können nichtmonetäre Opportunitätskosten durch entgangene Freizeitfreuden, die Aufgabe sozialer Kontakte oder die Vernachlässigung der eigenen Familie entstehen.

Familienangehörige in gehobenen sozialen Schichten haben aufgrund ihres höheren Einkommens weniger Probleme, einen Heimaufenthalt oder professionelle Pflegeleistungen zu finanzieren, falls eigene Mittel des Pflegebedürftigen und die Leistungen der Pflegeversicherung nicht ausreichen. Menschen mit einem relativ hohen Einkommen vertrauen daher eher auf professionelle Pflegeleistungen und entscheiden sich für eine Heimunterbringung.⁵⁷ Für Angehörige aus schwächeren Einkommensgruppen wiegen die selbst zu tragenden Kosten einer Heimunterbringung relativ schwer. Gleichzeitig ist aber die Pflegeübernahme in Eigenleistung wegen der geringeren Opportunitätskosten vergleichsweise günstig. Dies gilt umso mehr, als die eigene Pflegeleistung auch durch Geldleistungen der Pflegeversicherung honoriert wird.⁵⁸

Sinkt das verfügbare Einkommen jedoch unter einen bestimmten Schwellenwert, wird die stationäre Pflege finanziell wieder attraktiver, da dann die Kosten für die Heimpflege zumindest teilweise von der Solidargemeinschaft übernommen werden. Sind etwa sowohl der Pflegebedürftige als auch seine Angehörigen so einkommensschwach, dass sie zum Bezug von Sozialhilfe oder Arbeitslosengeld II berechtigt sind, werden die gesamten Kosten der Heimunterbringung durch die Solidargemeinschaft getragen. Es liegt auf der Hand, dass dies nicht ohne Auswirkungen auf die Entscheidung über die Pflegeform sein kann.

Über alle Gesellschaftsgruppen hinweg ist die Bereitschaft zum Selberpflegen in ländlichen Regionen stärker ausgeprägt als in urbanen Gegenden.⁵⁹ Dies mag auch darauf zurückzuführen sein, dass Mehrgenerationenhaushalte auf dem Land weiterverbreitet sind als in Städten⁶⁰ und das Leben im generationenübergreifenden Familienverbund zu einem stärkeren Zusammenhalt und einer erhöhten Bereitschaft zur Pflegeübernahme führt.

⁵⁷ Vgl. Blaumeiser / Blinkert / Klie (2001), S. 412-414; Blinkert / Klie (2000), S. 241

⁵⁸ Vgl. Blinkert / Klie (2000), S. 243

⁵⁹ Vgl. Blinkert / Klie (2004a), S. 121-125

⁶⁰ Vgl. Peuckert (2008), S. 301

3.4.4 Demographische Entwicklung des informellen Pflegepotentials

Aufgrund der demographischen Verschiebungen werden in Zukunft auf einen Pflegebedürftigen weniger potentielle Pflegepersonen entfallen als heute. Zum einen liegt dies an der steigenden Zahl Pflegebedürftiger, die von 2,5 Millionen im Jahr 2011 auf 3,37 Millionen im Jahr 2030 steigen wird.⁶¹ Zum anderen liegt es an der sinkenden Zahl von Menschen im potentiell pflegefähigen Alter, da der Anteil von Menschen im Alter zwischen 20 und 67 Jahren im selben Zeitraum von 63 Prozent der Bevölkerung auf 58 Prozent zurückgehen wird.⁶² Zusammen genommen führt das dazu, dass es anstelle der im Jahr 2007 auf einen Pflegebedürftigen entfallenden 23 potentiellen Pflegepersonen im Jahr 2030 nur noch 13 potentielle Pflegepersonen pro Pflegebedürftigen geben wird.

3.5 Zusammenfassung der Einflussfaktoren der Pflegeleistungsnachfrage

Die Wahrscheinlichkeit der Pflegebedürftigkeit steigt mit zunehmendem Alter exponentiell an. Hochbetagte Frauen sind dabei deutlich häufiger Empfänger von Pflegeleistungen als Männer, was vermutlich schlicht an ihrer längeren Lebenserwartung liegt. Die gegenwärtig zu beobachtenden Veränderungen in den Familien- und Haushaltsstrukturen werden sich vermutlich auch in Zukunft fortsetzen. Zudem ist wahrscheinlich, dass auch die Frauenerwerbstätigkeit weiter ansteigen wird. Es wird deutlich, dass künftig nicht nur mit einem geringeren Potential informeller Pflegepersonen in Relation zu den Pflegebedürftigen zu rechnen ist, sondern dass auch die potentiellen Pflegepersonen nicht mehr im selben Ausmaß wie heute Bereitschaft zur Pflege zeigen werden. Wenn sich künftige Generationen nicht mehr im bisherigen Umfang an der Versorgung pflegebedürftiger Angehöriger beteiligen werden, muss mit einer deutlich ansteigenden Nachfrage nach professionellen Pflegeleistungen - ambulanter und stationärer Art - gerechnet werden.

⁶¹ Vgl. Statistische Ämter des Bundes und der Länder (2010), S. 29

⁶² Bevölkerungsstand zum 31.12.2007 laut Statistischem Bundesamt, voraussichtlicher Bevölkerungsstand zum 31.12.2030 laut der 12. Koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung des Statistischen Bundesamtes (Variante 1-W1 Untergrenze der mittleren Bevölkerung)

4 Die Entwicklung des Pflegebedarfs im demographischen Wandel

Für die Veränderung der Nachfrage nach Pflegeleistungen in der Zukunft ist vor allem der demographische Wandel von Bedeutung. Ausgelöst und bestimmt wird der demographische Wandel durch Veränderungen in Fertilität, Mortalität und Migration einer Gesellschaft.

4.1 Fertilität – der Einfluss des Geburtenrückgangs

Die Geburtenentwicklung ist abhängig von der Anzahl der Frauen im gebärfähigen Alter, das üblicherweise in der Altersklasse von 15 bis 45 Jahren angesetzt wird, und von der Anzahl der Kinder, die jede Frau zur Welt bringt.

Für die Anzahl der Pflegebedürftigen in der nahen Zukunft ist die Geburtenentwicklung jedoch nur von untergeordneter Bedeutung. Wie bereits dargestellt, spielt Pflegebedürftigkeit in den Altersklassen unter 60 Jahren kaum eine Rolle. So sind Personen, die 2010 oder später geboren werden im Jahr 2050 höchstens 40 Jahre alt. Stellt man auf eine Prognose der Pflegefälle bis Mitte des Jahrhunderts ab, werden sich durch die Geburtenentwicklung kaum spürbare Effekte ergeben, da die meisten der künftigen Pflegepatienten bereits heute schon geboren sind.

Entscheidender ist vielmehr, dass sich weiterhin rückläufige Geburtenzahlen negativ auf die Anzahl potentieller privater Helfer auswirken und somit zu einer verstärkten Inanspruchnahme professioneller ambulanter und stationärer Pflegeleistungen führen werden.

4.2 Mortalität – der Einfluss einer steigenden Lebenserwartung

Seit Veröffentlichung der Sterbetafel des Jahres 1871 zeichnet sich ein langfristiger Trend ab: die durchschnittliche Lebenserwartung steigt. Die Differenz in der Lebenserwartung der Geschlechter scheint dabei geringer zu werden.

Relevant für die zu erwartende Entwicklung der Pflegefallzahlen ist, in welchen Altersstufen es zu Mortalitätsreduktionen kommt. Sinkt die Sterblichkeit in den höheren Altersstufen ohne eine Veränderung bei den jüngeren Altersklassen, ergibt sich ein eindeutiger Alterungseffekt. Theoretisch könnte eine steigende durchschnittliche Lebenserwartung aber auch alleine durch eine Verringerung der Sterblichkeit in den jüngeren Altersgruppen verursacht werden. Anders als bis zur Mitte des letzten Jahrhunderts ist die Sterblichkeit in den ersten 35 Lebensjahren heute dank des medizinischen Fortschritts und der Abwesenheit von Kriegshandlungen jedoch so gering, dass hier kaum noch mit weiteren

Reduktionen zu rechnen ist.⁶³ Künftig wird - wie bereits in den letzten 30 Jahren auch - vor allem das Absinken der Sterblichkeit in den höheren Altersgruppen den Anstieg der Lebenserwartung beeinflussen.⁶⁴

Auf regionaler Ebene zeigen sich deutliche Unterschiede in der Lebenserwartung. Verschiedene Studien haben darauf hingewiesen, dass nicht nur der Gesundheitszustand einkommensabhängig ist, sondern in der Folge auch die Lebenserwartung.⁶⁵ Wirtschaftlich stärkere Regionen weisen eine tendenziell höhere Lebenserwartung auf. Auch gleichen sich mit steigendem Wohlstand die Unterschiede in der Lebenserwartung von Männern und Frauen an.

4.3 Migration – der Einfluss der Zuwanderung

Für die Bevölkerungsentwicklung sind sowohl die Wanderungsbewegungen innerhalb Deutschlands (Binnenwanderung), als auch die Außenwanderung relevant. Wie sich die Bevölkerungsstärke migrationsbedingt verändert, wird durch den Wanderungssaldo, die Differenz zwischen Zu- und Fortzügen, bestimmt. Inwiefern sich dabei auch Veränderungen in der altersspezifischen Zusammensetzung der Bevölkerung ergeben, ist abhängig von Alter und Geschlecht der Zu- und Auswanderer. Je stärker sich die Altersstruktur der per Saldo Zugewanderten von der heimischen Bevölkerung unterscheidet, desto stärker wird sich der Bedarf an Pflegeleistungen verändern.

Die Auswirkungen der in diesem Jahr erfolgten Zuwanderung von Flüchtlingen kann wissenschaftlich seriös noch nicht abgeschätzt werden, da zum jetzigen Zeitpunkt noch völlig unklar ist, wie viele Zuwanderer wie lange bleiben. Zwischen 1955 und dem Anwerbestopp 1973 reisten rund 14 Millionen Gastarbeiter mit Familienangehörigen in die Bundesrepublik ein, ca. 12 Millionen reisten wieder aus.⁶⁶ Einiges spricht für die Vermutung, dass Pflegebedürftige der Gastarbeitergeneration deutlich häufiger von Angehörigen gepflegt werden als dies bei Pflegebedürftigen ohne Migrationshintergrund der Fall ist.

Tabelle 5 zeigt die Wanderungssalden aller nordrhein-westfälischen Kreise und kreisfreien Städte.

⁶³ Die Sterbenswahrscheinlichkeit lag für Männer und Frauen dieser Altersjahre im Zeitraum zwischen 2007 und 2009 in Deutschland jeweils unter 0,1 Prozent (Vgl. Statistisches Bundesamt, Sterbetafel 2007/2009).

⁶⁴ Vgl. Statistisches Bundesamt (2015c), S. 22f

⁶⁵ Vgl. bspw. Klein / Unger (2001), S. 106f.; Helmert (2003), S. 71f.; Heinzel-Gutenbrunner (2001), S. 41 oder Borchert (2008), S. 103

⁶⁶ Wehler (2008), S. 41

Tabelle 5: Wanderungssaldo in den kreisfreien Städten und Kreisen Nordrhein-Westfalens (2013)⁶⁷

Kreisfreie Stadt/Kreis	Wanderungssaldo 2013
Reg.-Bez. Düsseldorf	25174
Düsseldorf (Krfr. St.)	4431
Duisburg (Krfr. St.)	2081
Essen (Krfr. St.)	5465
Krefeld (Krfr. St.)	965
Mönchengladbach (Krfr. St.)	1364
Mülheim an der Ruhr (Krfr. St.)	974
Oberhausen (Krfr. St.)	268
Remscheid (Krfr. St.)	0
Solingen (Krfr. St.)	1095
Wuppertal (Krfr. St.)	1819
Kleve (Kreis)	1592
Mettmann (Kreis)	1293
Rhein-Kreis Neuss	2369
Viersen (Kreis)	712
Wesel (Kreis)	746
Reg.-Bez. Köln	22553
Bonn (Krfr. St.)	1148
Köln (Krfr. St.)	8479
Leverkusen (Krfr. St.)	1210
Städteregion Aachen (einschl. Stadt)	3232
Düren (Kreis)	708
Rhein-Erft-Kreis	2433
Euskirchen (Kreis)	542
Heinsberg (Kreis)	1103
Oberbergischer Kreis	-15
Rheinisch-Bergischer Kreis	1100
Rhein-Sieg-Kreis	2613
Reg.-Bez. Münster	7549
Bottrop (Krfr. St.)	181
Gelsenkirchen (Krfr. St.)	1420
Münster (Krfr. St.)	2678
Borken (Kreis)	695
Coesfeld (Kreis)	436
Recklinghausen (Kreis)	1052
Steinfurt (Kreis)	649
Warendorf (Kreis)	438
Reg.-Bez. Detmold	3314
Bielefeld (Krfr. St.)	1063
Gütersloh (Kreis)	1057
Herford (Kreis)	674
Höxter (Kreis)	-247
Lippe (Kreis)	-113
Minden-Lübbecke (Kreis)	462
Paderborn (Kreis)	418
Reg.-Bez. Arnsberg	5974
Bochum, (Krfr. St.)	943
Dortmund, (Krfr. St.)	5093
Hagen, (Krfr. St.)	587

⁶⁷ Vgl. Statistisches Bundesamt (2015b), Wanderungsstatistik 2013

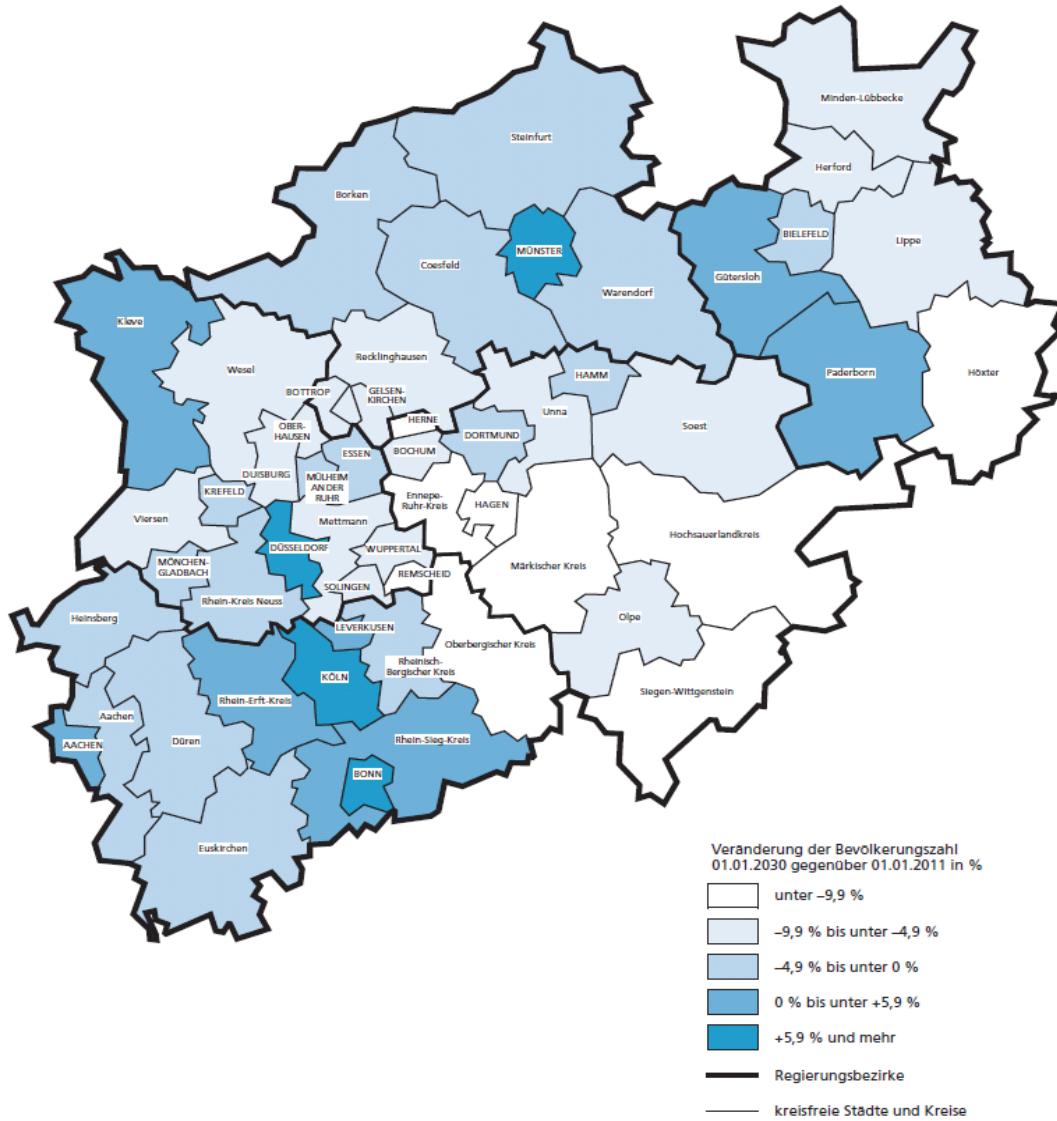
Kreisfreie Stadt/Kreis	Wanderungssaldo 2013
Hamm (Krfr. St.)	52
Herne (Krfr. St.)	783
Ennepe-Ruhr-Kreis	394
Hochsauerlandkreis	-604
Märkischer Kreis	-2072
Olpe (Kreis)	-199
Siegen-Wittgenstein (Kreis)	285
Soest (Kreis)	211
Unna (Kreis)	501

Im Jahr 2013 war der Wanderungssaldo Nordrhein-Westfalens positiv: netto sind 64.564 in das Land zugezogen. Die Entwicklung in den einzelnen Regierungsbezirken verläuft jedoch sehr unterschiedlich. In den fünf Regierungsbezirken sind die Wanderungssalden durchweg positiv, wobei der Regierungsbezirk Düsseldorf mit 25.174 Zuwanderungen die stärkste Zuwanderung verzeichnet. Die höchste Nettoabwanderung gibt es im Märkischen Kreis, mit 2.072 Abwanderungen in 2013.

4.4 Der demographische Wandel im Gravitationsfeld von Fertilität, Mortalität und Migration

Welche Effekte im Zusammenspiel der Veränderungen von Fertilität, Mortalität und Migration zu erwarten sind, zeigen die Ergebnisse der aktuellen Regionalisierten Bevölkerungsvorausberechnung des statistischen Landesamtes, Information und Technik Nordrhein-Westfalen. Abbildung 8 auf der folgenden Seite zeigt die prozentuale Veränderung der Bevölkerungszahl in den Kreisen und kreisfreien Städten Nordrhein-Westfalens bis 2030.

Abbildung 8: Prozentuale Veränderung der Bevölkerungszahl in den Kreisen und kreisfreien Städten Nordrhein-Westfalens (2011-2030)⁶⁸



Die Einwohnerzahl in Nordrhein-Westfalen wird sich in 20 Jahren von 17.845.200 am 1. Januar 2011 um 3,7 Prozent auf etwa 17.190.300 im Jahr 2030 verringern. Es ergeben sich jedoch deutliche regionale Unterschiede. Während für die Ballungsräume Köln, Düsseldorf, Bonn und Münster ein Bevölkerungszuwachs erwartet wird, muss vor allem in den Regierungsbezirken Arnsberg und Detmold mit einem Bevölkerungsrückgang gerechnet werden.

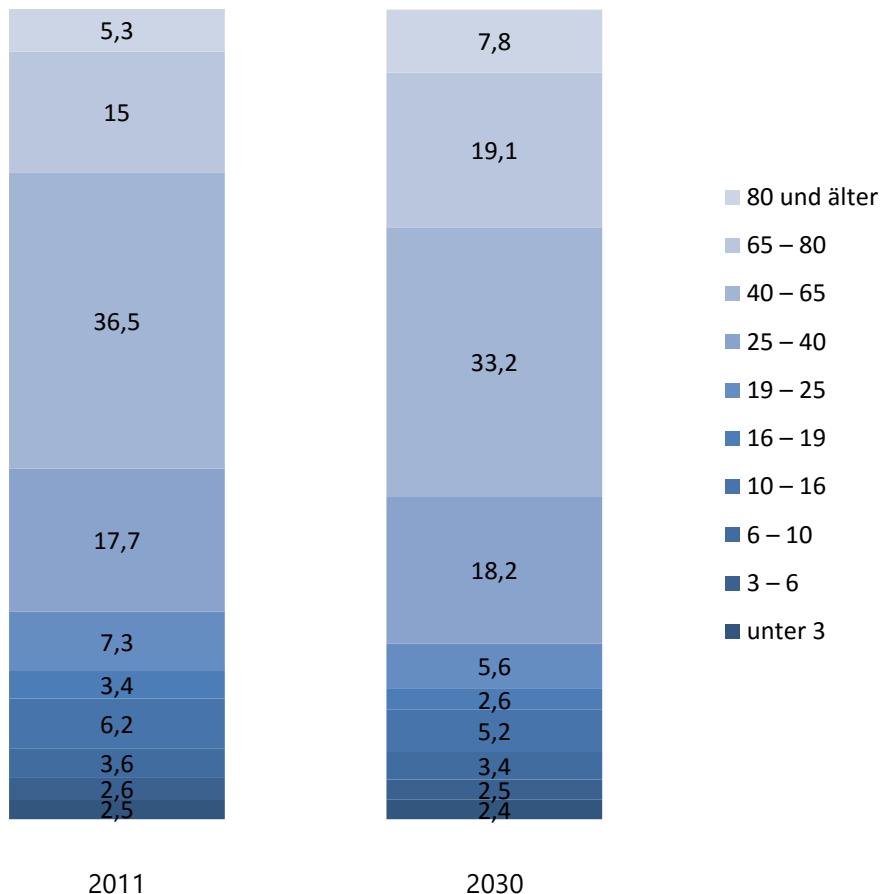
Die regionale Entwicklung verläuft demnach sehr unterschiedlich. Einerseits sind die Geburtenziffern in ländlichen Regionen höher als in Städten. Andererseits profitieren Städte mehr von Zuwanderungen, während ländliche Gegenden häufiger von Abwanderungen betroffen sind. Insbesondere jüngere Menschen wandern häufig in Zentren oder stadtnahe

⁶⁸ Vgl. IT.NRW (2012), S. 18

Regionen ab, weshalb Regionen, die einen Bevölkerungsrückgang aufweisen, im Durchschnitt häufig auch älter sind, als wachsende Regionen.

Im Fall Nordrhein-Westfalen kommt hinzu, dass das bisher stark industriell geprägte Ruhrgebiet seit einigen Jahren einen grundlegenden Strukturwandel durchmacht, der eine Abwanderung der jungen Erwerbstätigen mit sich bringt, während die Älteren zumeist zurückbleiben.

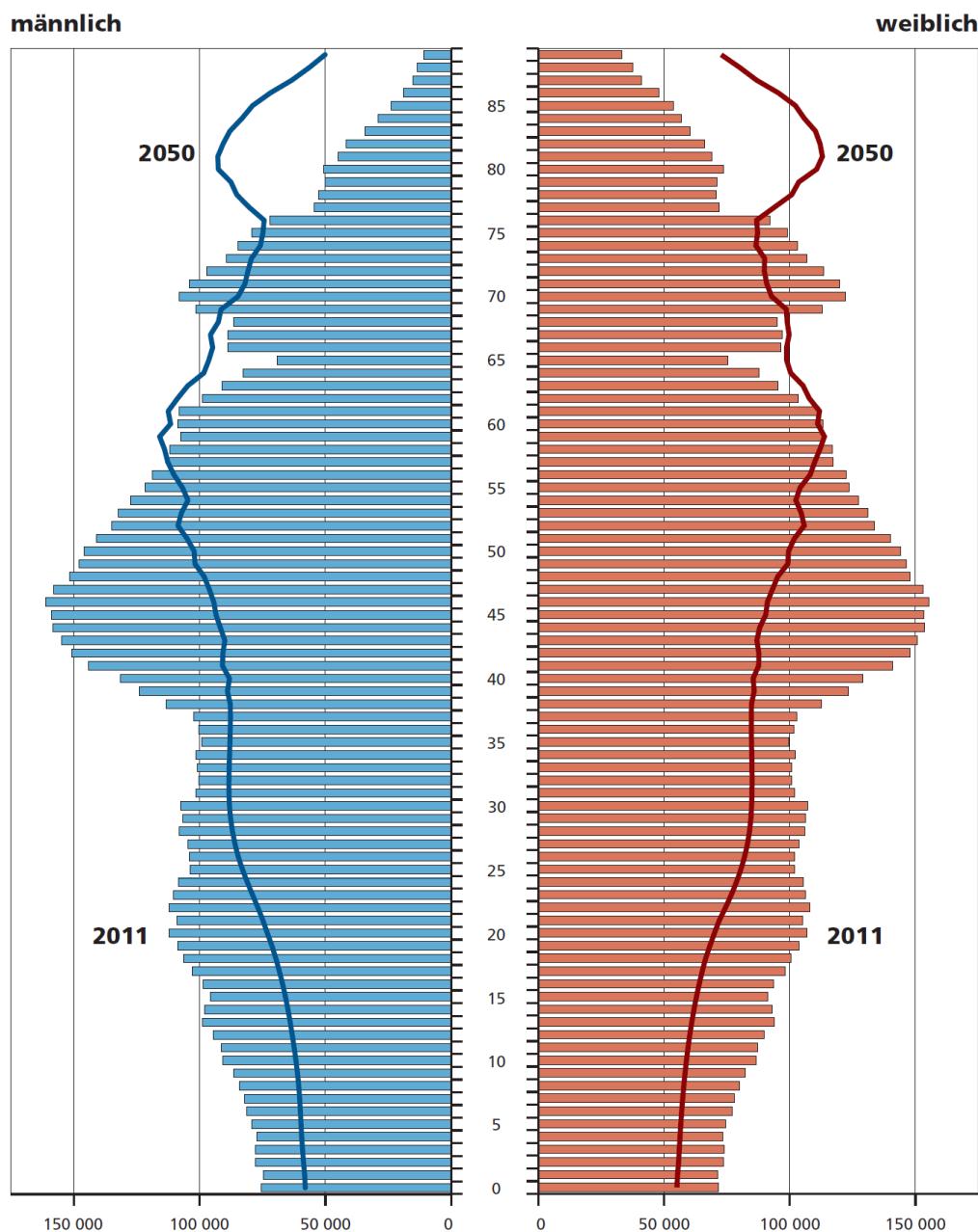
Abbildung 9: Zusammensetzung der Bevölkerung nach Altersjahren in Nordrhein-Westfalen im Jahr 2011 und 2030, in %⁶⁹



Die Bevölkerungspyramide in Abbildung 10 zeigt den Altersaufbau der nordrhein-westfälischen Bevölkerung am 1. Januar 2011 und 2030. In diesen zwanzig Jahren wird sich den Ergebnissen der Bevölkerungsvorausberechnung zufolge ein deutlicher Anstieg der Personen in den höheren Altersklassen ergeben, während die jüngeren Altersgruppen schwächer besetzt sein werden. Wie eingangs erwähnt, spielt Pflegebedürftigkeit vor allem in den Altersjahren ab 75 Jahren eine bedeutende Rolle, weshalb die demographische Entwicklung zu einem deutlichen Anstieg der Pflegefallzahlen führen wird. Die folgende Abbildung zeigt, dass sich dieser Trend bis 2050 fortsetzen wird.

⁶⁹ Vgl. IT.NRW (2012)

Abbildung 10: Altersaufbau der nordrhein-westfälischen Bevölkerung am 1.1.2011 und 2050⁷⁰



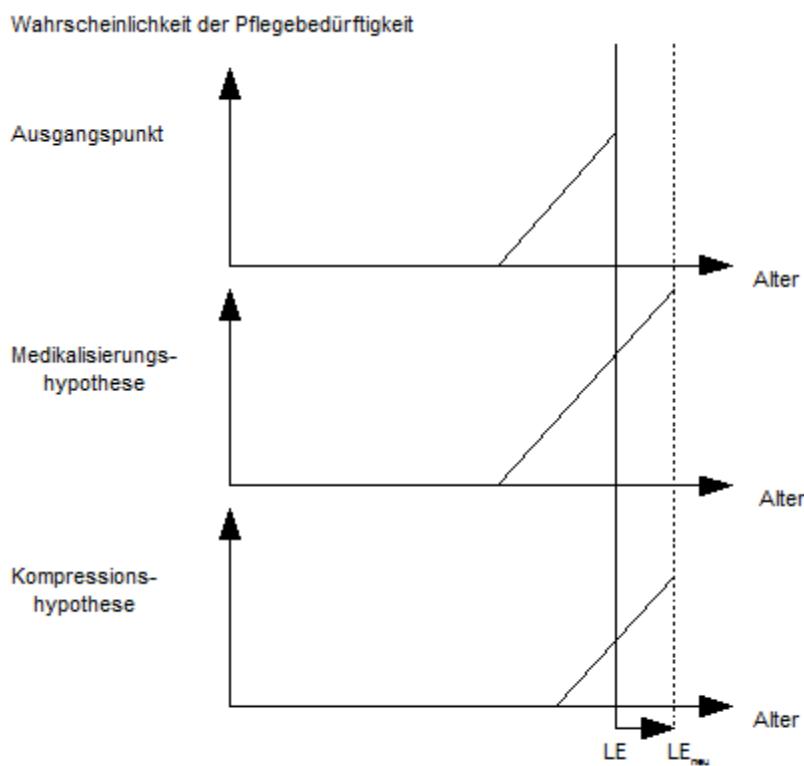
⁷⁰ Vgl. IT.NRW (2012), S. 10

5 Kompressions- vs. Medikalisierungshypothese

Das Risiko, pflegebedürftig zu werden steigt zwar mit zunehmendem Alter für jeden einzelnen an, jedoch kann die erhöhte Lebenserwartung auch zu einer Verschiebung des altersbedingten Pflegerisikos führen. Nach wie vor herrscht in Fachkreisen Unsicherheit bezüglich der Entwicklung des Gesundheitszustands der älteren Generation. Wenn die Lebenserwartung weiterhin steigt, wie gestalten sich dann diese „gewonnenen“ Jahre? Werden sie in Gesundheit oder Krankheit verbracht und welche Auswirkungen ergeben sich auf die altersspezifischen Pflegequoten?

In der Literatur werden zwei Hypothesen zur Entwicklung des Gesundheitszustands bei zunehmender Lebenserwartung unterschieden. Einerseits die Kompressionshypothese, die besagt, dass die durch die gestiegene Lebenserwartung „gewonnenen“ Jahre in Gesundheit verbracht werden.⁷¹ Andererseits die Medikalisierungshypothese, nach welcher die „gewonnenen“ Jahre vornehmlich in Krankheit verbracht werden.⁷² Die Wirkungsweise der beiden Hypothesen wird in Abbildung 11 grafisch verdeutlicht.

Abbildung 11: Wirkungsweise der Medikalisierungs- und der Kompressionshypothese



Eigene Darstellung in Anlehnung an: Fries (2000), S. 1586

⁷¹ Vgl. Fries (1980)

⁷² Vgl. Verbrugge (1984)

Die erste Grafik in dieser Abbildung zeigt - stark vereinfacht - die Ausgangssituation bei der gegenwärtigen mittleren Lebenserwartung LE. Ab einem gewissen Lebensalter treten erstmals funktionelle Beeinträchtigungen und das Risiko der Pflegebedürftigkeit nimmt zu. Die Wahrscheinlichkeit, ein Pflegefall zu werden, steigt mit zunehmendem Alter deutlich an. In Abhängigkeit von der Hypothese ist mit unterschiedlichen Wirkungen der steigenden Lebenserwartung zu rechnen.

5.1 Medikalisierungshypothese

Die Medikalisierungshypothese unterstellt, dass der medizinische Fortschritt zu einer ansteigenden Lebenserwartung führt, da akute Erkrankungen besser therapiert werden können.⁷³ Die Sterblichkeit krankheitsanfälliger Menschen sinkt, wodurch allerdings altersbedingte und chronische Krankheiten verstärkt auftreten.⁷⁴ Die Lebenserwartung steigt zwar an, der Zeitpunkt, zu dem altersbedingte Einschränkungen erstmals auftreten, bleibt jedoch unverändert.⁷⁵

Die zweite Grafik in Abbildung 11 verdeutlicht dies. Die Gerade setzt sich im Vergleich zur ersten Grafik bis zum Erreichen der erhöhten Lebenserwartung fort. Die Pflegebedürftigkeit tritt trotz der gestiegenen Lebenserwartung zum selben Zeitpunkt ein und die Pflegequoten bleiben konstant. Auf Basis der Medikalisierungshypothese weist ein 80-Jähriger heute dieselbe Wahrscheinlichkeit auf, ein Pflegefall zu werden wie ein 80-Jähriger in zehn Jahren.

5.2 Kompressionshypothese

Nach der Kompressionshypothese führt der medizinische Fortschritt nicht nur zu einer ansteigenden Lebenserwartung. Auch der Zeitpunkt des erstmaligen Auftretens beeinträchtigender Beschwerden verschiebt sich in eine spätere Lebensphase.⁷⁶ Die durch die ansteigende Lebenserwartung „gewonnenen“ Jahre werden somit vornehmlich in Gesundheit verbracht: die Pflegebedürftigkeit tritt zu einem späteren Zeitpunkt im Leben ein. Die beeinträchtigungsfreie Zeitspanne verlängert sich absolut und im Verhältnis zur gesamten Lebensdauer.⁷⁷

Dies verdeutlicht die dritte Grafik in Abbildung 11. Im Vergleich zur Ausgangssituation verschiebt sich die Gerade auf horizontaler Ebene parallel um x Jahre nach rechts. Folgt

⁷³ Vgl. Fetzer (2005), S. 8f.; Rothgang (2005), S. 122

⁷⁴ Vgl. Fetzer (2005), S. 8f.; Rothgang (2005), S. 122

⁷⁵ Vgl. Niehaus (2006), S. 16; Rothgang (2005), S. 122

⁷⁶ Vgl. Fries (2000), S. 1586; Niehaus (2006), S. 15f.; Rothgang (2005), S. 122

⁷⁷ Vgl. Fries (2000), S. 1586; Niehaus (2006), S. 15f.; Rothgang (2005), S. 122

man der Kompressionshypothese, müsste man davon ausgehen, dass das Pflegebedürftigkeitsrisiko eines 80-Jährigen in zehn Jahren dem Pflegebedürftigkeitsrisiko eines heute (80-x)-Jährigen entspricht.

5.3 Empirische Befunde zur Geltung von Medikalisierungs- oder Kompressionshypothese

Welche Hypothese am ehesten zutrifft, konnte bislang nicht abschließend geklärt werden. Zahlreiche Studien setzen sich mit diesem Thema auseinander und liefern dabei differierende Resultate.

So kommt Hof nach einer Analyse von Krankenkassendaten zu dem Ergebnis, dass im stationären Bereich die Medikalisierungshypothese Gültigkeit besitze, während er sich im ambulanten Bereich für die Gültigkeit der Kompressionshypothese ausspricht.⁷⁸ Sauvaget et al. untersuchten die Entwicklung der demenzfreien Lebenserwartung und kommen ebenfalls zu einem differenzierten Urteil. Während sich für männliche Demenzpatienten die Gültigkeit der Medikalisierungshypothese bestätige, treffe auf weibliche Patienten eher die Kompressionshypothese zu.⁷⁹

Dinkel setzte sich unter Rückgriff auf Daten des Mikrozensus mit der kohortenbezogenen Entwicklung der Healthy Life Expectancy (HLE) auseinander. Die Ergebnisse zeigen, dass später Geborene nicht nur eine längere Lebenserwartung aufweisen als ihre Vorgänger, sondern auch weniger in Krankheit erlebte Jahre. Somit wäre Dinkel zufolge von der Gültigkeit der Kompressionsthese auszugehen.⁸⁰ Auch internationale Studien scheinen einen Rückgang der altersspezifischen Pflegequoten im Zeitablauf nahezulegen.⁸¹

Auf Basis bisheriger Forschungsarbeiten kann bislang keine Hypothese als eindeutig widerlegt betrachtet werden. Vieles spricht dafür, dass vermutlich jede Hypothese in einem bestimmten Bereich Gültigkeit beanspruchen kann und somit eine Mischform beider Hypothesen die zukünftige Gesellschaftsentwicklung am besten beschreibt. Dies bedeutet, dass einerseits ein zunehmender Anteil der Bevölkerung erst später pflegebedürftig werden wird, andererseits aber aufgrund der sich stetig verbessernden medizinischen Versorgung die durchschnittliche Dauer der Pflegebedürftigkeit dennoch ansteigen könnte. Eine einfache Extrapolation aus den Daten vergangener Jahrzehnte ist daher sinnwidrig.

⁷⁸ Vgl. Hof (2001), S. 91f.

⁷⁹ Vgl. Sauvaget et al. (1999), S. 1116f.

⁸⁰ Vgl. Dinkel (1999), S. 75-78

⁸¹ Vgl. Jacobzone / Cambois / Robine (2000), S. 159-165

6 Der Kreis Euskirchen

6.1 Das Kreisgebiet Euskirchen

Das Kreisgebiet von Euskirchen hat insgesamt 187.437 Einwohner. Es gliedert sich in die fünf kreisangehörigen Städte Euskirchen, Mechernich, Zülpich, Bad Münstereifel, Schleiden und in die sechs Gemeinden Weilerswist, Kall, Blankenheim, Hellenthal, Nettersheim und Dahlem.⁸² Die Nord-Süd-Ausdehnung des Kreises beträgt 47 km, die Ost-West-Ausdehnung 42 km.

Abbildung 12: Der Kreis Euskirchen

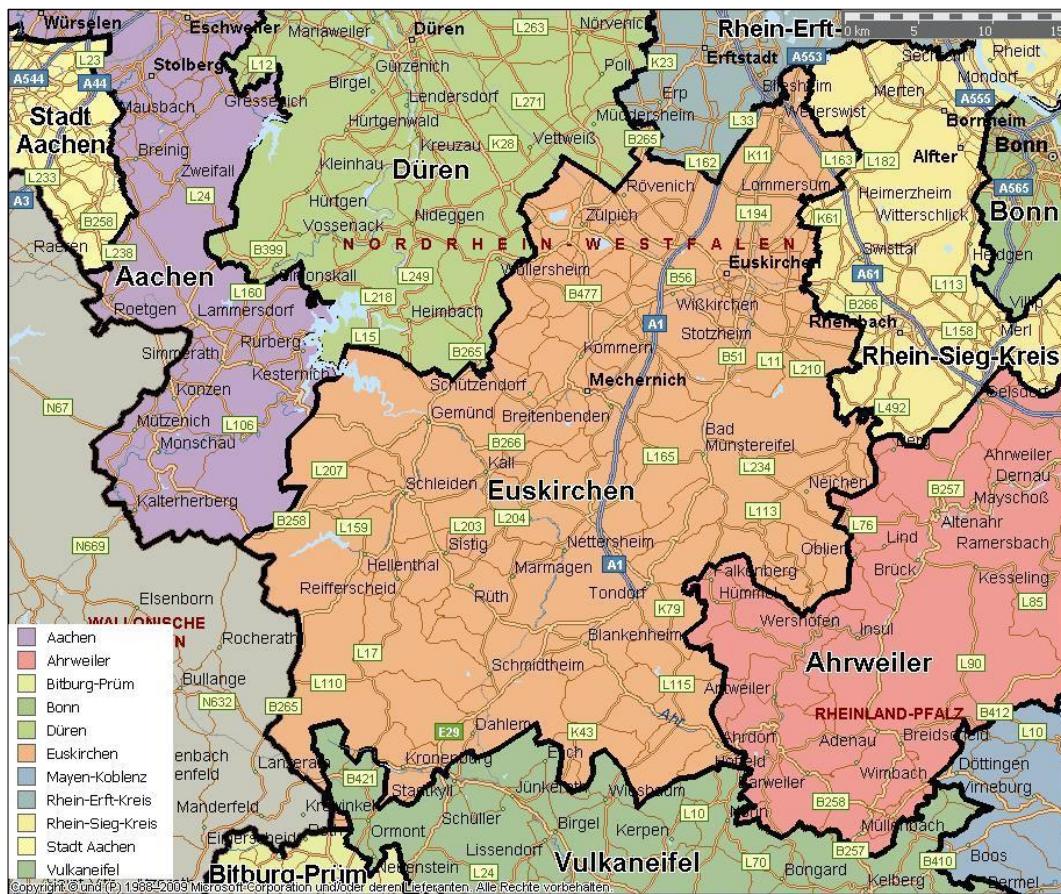


Tabelle 6: Bevölkerungsstand nach Gemeinde/kreisfreie Stadt und der Bevölkerungsanteil am Kreisgebiet in Prozent am 31.12.2013⁸³

Gemeinde	Bevölkerungsstand	Anteil am Kreisgebiet in Prozent
Euskirchen, kreisangehörige Stadt	55.558	29,6
Mechernich, kreisangehörige Stadt	26.763	14,3
Zülpich, kreisangehörige Stadt	19.634	10,5
Bad Münstereifel, kreisangehörige Stadt	17.236	9,2
Weilerswist	16.131	8,6
Schleiden, kreisangehörige Stadt	12.918	6,9
Kall	11.162	6,0
Blankenheim, Ahr	8.414	4,5
Hellenthal	8.011	4,3
Nettersheim	7.438	4,0
Dahlem, bei Kall	4.172	2,2

6.2 Zur demographischen Struktur im Kreis Euskirchen

Am stärksten wird das Pflegerisiko durch das Alter bestimmt. Dennoch kann nicht in jeder Gemeinde mit demselben Prozentsatz älterer Menschen gerechnet werden. So gibt es einerseits Gegenden, in denen fast ausschließlich Menschen im erwerbsfähigen Alter leben und andere, in denen aus unterschiedlichen Gründen deutlich mehr alte Menschen leben als im Durchschnitt zu erwarten wäre.

Die folgende Tabelle und die nachstehende Kartendarstellung zeigen die Anzahl der Menschen im Alter von 75 und mehr Jahren pro Quadratkilometer, die im Kreis Euskirchen leben.

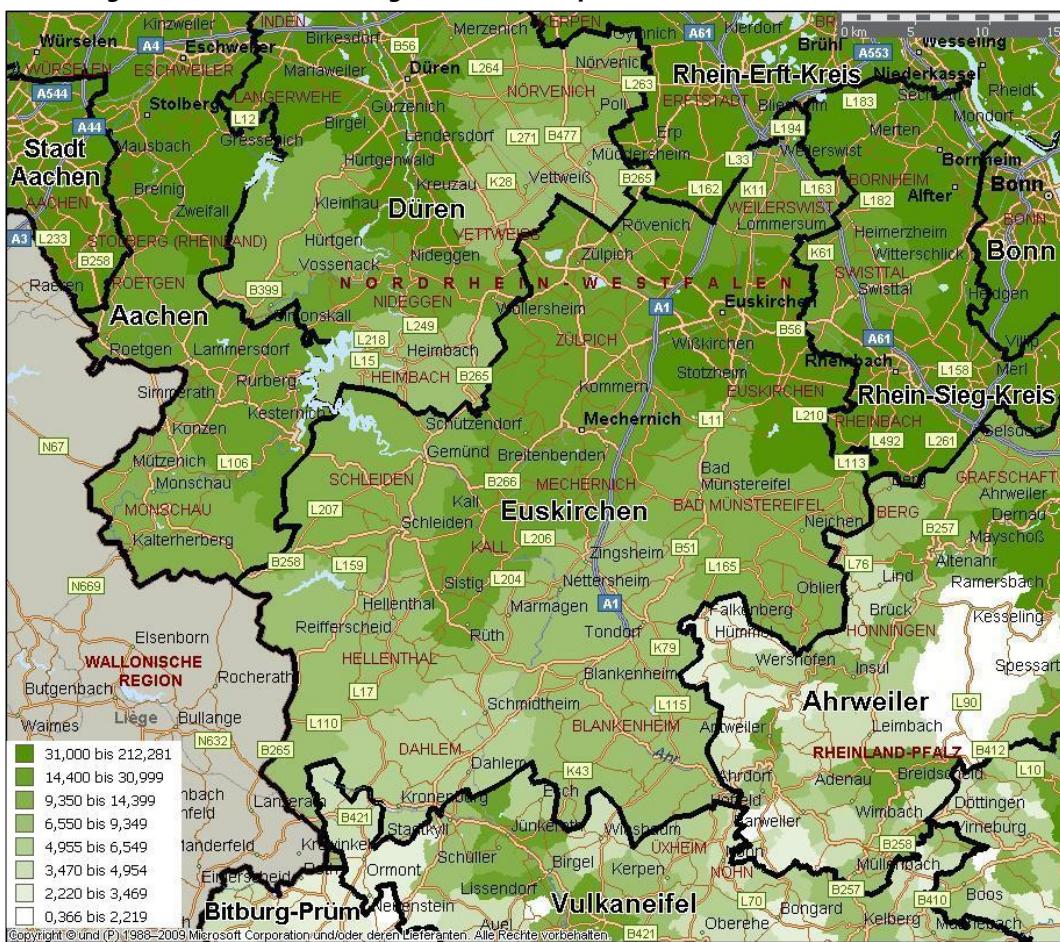
Tabelle 7: Anteil der 75-Jährigen und Älteren pro Quadratkilometer nach Gemeinde in Prozent am 31.12.2013⁸⁴

Gemeinde	Anteil der 75-Jährigen und Älteren pro Quadratkilometer
Euskirchen	36,69
Weilerswist	25,19
Zülpich	18,45
Mechernich	18,08
Kall	16,75
Bad Münstereifel	13,21
Schleiden	12,55
Nettersheim	8,44
Hellenthal	6,99
Blankenheim, Ahr	6,61
Dahlem, bei Kall	5,06

⁸³ Vgl. IT.NRW (2015a), Bevölkerungsstand am 31.12.2013 (basierend auf Zensus 2011), eigene Berechnung

⁸⁴ Ebenda, eigene Berechnung

Abbildung 13: Anzahl der 75-Jährigen und Älteren pro Quadratkilometer nach Gemeinde⁸⁵



Im Allgemeinen kann man feststellen, dass je näher man dem Ballungszentrum Rhein-Ruhr kommt (nordöstlich vom Kreis Euskirchen), desto höher auch die Anzahl der Personen pro Quadratkilometer ist. Äquivalent zu der allgemeinen Besiedlungsdichte verhält es sich mit der Anzahl der älteren Menschen pro Quadratkilometer.

Einerseits geben diese Zahlen einen Hinweis auf die Anzahl potentieller Pflegepatienten im Umkreis, andererseits sind sie auch Ausdruck der allgemeinen Einwohnerdichte der Region. In den weiter nördlich und östlich gelegenen Städten und Gemeinden im Kreis (Stadt Euskirchen, Gemeinde Weilerswist, Stadt Zülpich, Stadt Mechernich) ist die Anzahl der 75-Jährigen und Älteren pro Quadratkilometer folglich auch am höchsten. Innerhalb des gesamten Kreises liegen die Stadt Euskirchen mit 36,69 Personen über 74 Jahren pro Quadratkilometer auf den ersten Rang und die Gemeinde Dahlem (am südwestlichen Rand) mit 5,06 Personen auf den letzten Rang.

Aufschlussreicher mag daher eine Kartendarstellung sein, die die Einwohnerdichte dadurch ausblendet, dass ausschließlich der Anteil älterer Menschen an der Gesamtbevölkerung betrachtet wird.

⁸⁵ Vgl. IT.NRW (2015a), Bevölkerungsstand am 31.12.2013 (basierend auf Zensus 2011)

Abbildung 14: Anteil der 75-Jährigen und Älteren an der Gesamtbevölkerung nach Gemeinde in Prozent⁸⁶

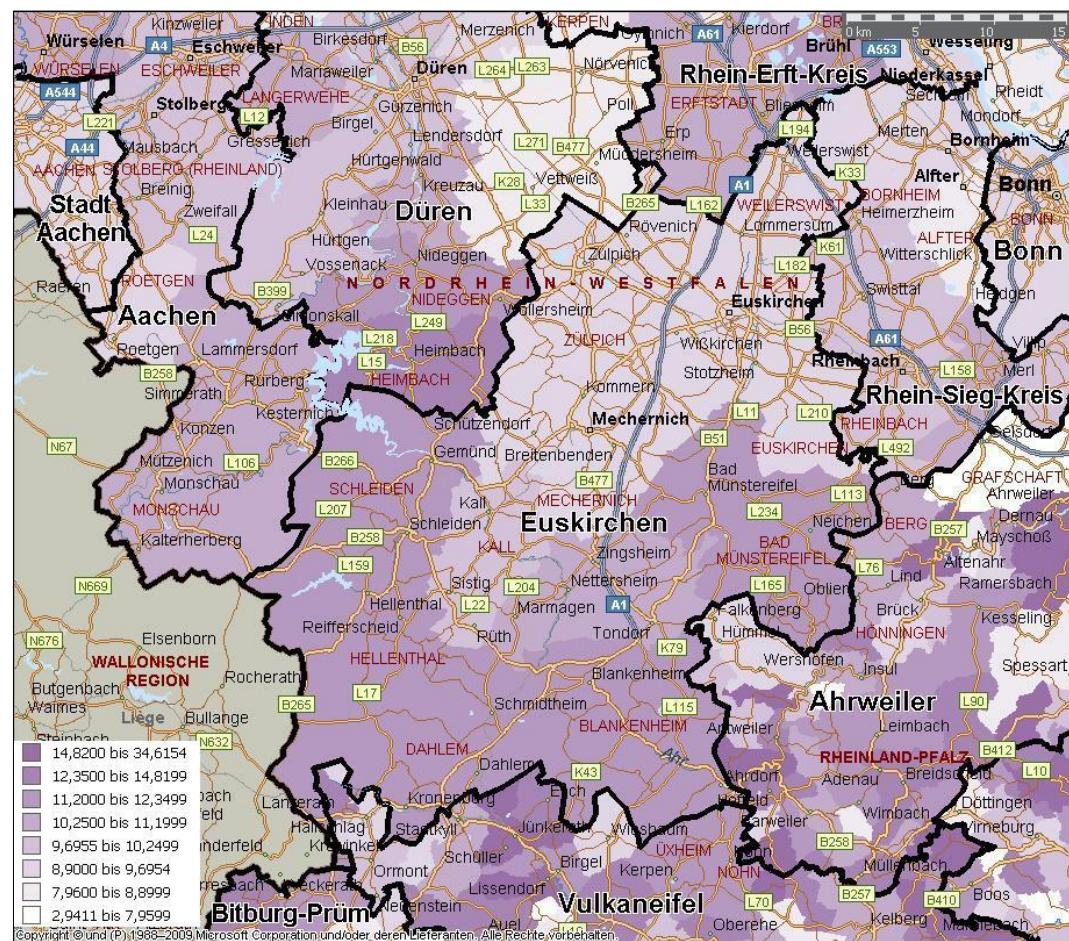


Tabelle 8: Anteil der 75-Jährigen und Älteren an der Gesamtbevölkerung nach Gemeinde in Prozent am 31.12.2013⁸⁷

Gemeinde	Anteil der 75-Jährigen und Älteren an der Gesamtbevölkerung
Hellenthal	12,02
Schleiden	11,82
Blankenheim, Ahr	11,67
Bad Münstereifel	11,56
Dahlem, bei Kall	11,55
Nettersheim	10,70
Kall	9,92
Zülpich	9,49
Mechernich	9,22
Euskirchen	9,21
Weilerswist	8,93

Am höchsten lag der Anteil der 75jährigen und älteren an der Gesamtbevölkerung 2013 in der Gemeinde Hellenthal mit 12,02 Prozent, ihre absolute Zahl bei 963 Menschen. Am niedrigsten lag der Anteil in der Gemeinde Weilerswist mit 8,93 Prozent (1.440 Menschen). Die Kreisstadt Euskirchen kommt mit der höchsten absoluten Zahl von 5.118 Menschen zu

⁸⁶ Vgl. IT.NRW (2015a), Bevölkerungsstand am 31.12.2013 (basierend auf Zensus 2011)

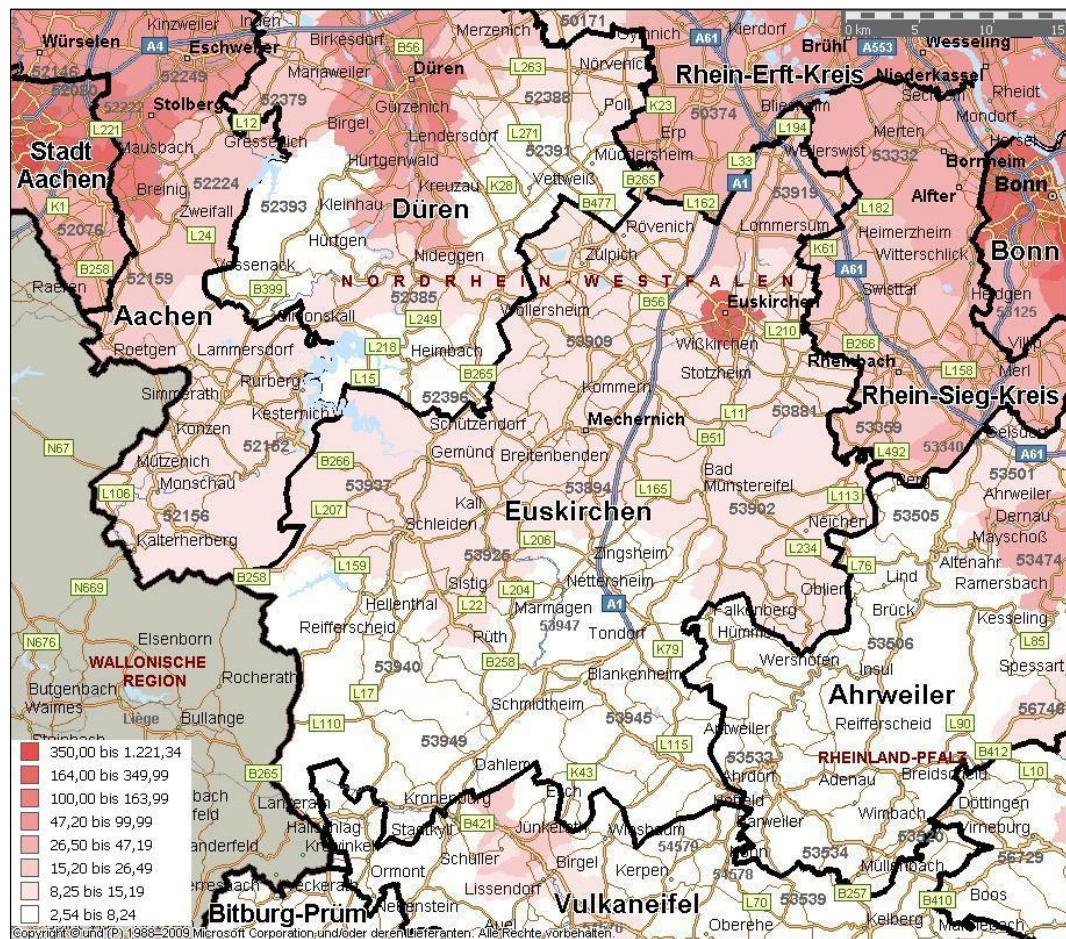
⁸⁷ Vgl. IT.NRW (2015a), Bevölkerungsstand am 31.12.2013 (basierend auf Zensus 2011), eigene Berechnung

einem Anteil von 9,21 Prozent aufgrund der generell hohen Bevölkerungsdichte im Vergleich zum Kreis.

Wie bereits dargelegt, ist die Nachfrage nach stationären Pflegeplätzen nicht nur abhängig von der Gesamtzahl Pflegebedürftiger, sondern auch vom familiären Umfeld der Betroffenen und dessen Bereitschaft zur Pflege. Alleinstehende Personen ziehen im Pflegefall viel häufiger in eine vollstationäre Pflegeeinrichtung um als beispielsweise Verheiratete, bei denen der Partner – womöglich mit professioneller Hilfe ambulanter Pflegedienste – die Pflege leisten kann. Die Anzahl an Witwen und Witwern ist daher ein guter Indikator für den gesellschaftlichen Bedarf an Pflegebetten.

Abbildung 15 zeigt die Anzahl der verwitweten Personen pro Quadratkilometer auf Ebene der Postleitzahlbereiche. Die Kartendarstellung zeigt einen vergleichsweise niedrigen Anteil Verwitweter an der Gesamtbevölkerung über das gesamte Kreisgebiet, die im Falle der Pflegebedürftigkeit nicht mehr durch den Ehepartner versorgt werden können. Einzige Ausnahme bildet der Postleitzahlbereich 53879 der Stadt Euskirchen mit einem Anteil von 223,52 verwitweten Personen an der Gesamtbevölkerung. Dieser Wert korreliert mit der hohen Bevölkerungsdichte und der hohen absoluten Zahl der 75jährigen und Älteren der Stadt Euskirchen.

Abbildung 15: Anteil der verwitweten Personen an der Gesamtbevölkerung nach Postleitzahlbereichen⁸⁸



6.3 Zur jüngeren wirtschaftlichen Entwicklung im Kreis Euskirchen

Im Kreis Euskirchen gab es im Jahr 2013 64.127 sozialversicherungspflichtig Beschäftigte.⁸⁹ Die Arbeitslosenquote bezogen auf alle zivilen Erwerbspersonen im Kreis Euskirchen lag im Jahresdurchschnitt 2014 bei 6,1 Prozent und damit unter dem nordrhein-westfälischen Durchschnitt von 8,2 Prozent.⁹⁰ Das verfügbare Einkommen der privaten Haushalte pro Einwohner lag im Kreis Euskirchen in 2012 mit 19.899 Euro unter dem nordrhein-westfälischen Wert von 20.409 Euro.⁹¹ Die amtliche Statistik weist im selben Jahr für den Kreis Euskirchen ein Bruttoinlandsprodukt von ca. 4,47 Mrd. aus.⁹² Dies entspricht 0,76 Prozent des BIP von ganz Nordrhein-Westfalen (586,67 Mrd. Euro).⁹³ Das BIP je

⁸⁸ Vgl. Statistisches Bundesamt, Statistik lokal, Ausgabe 2010 und Acxiom Deutschland 2004, eigene Berechnungen

⁸⁹ Vgl. Statistisches Bundesamt, Sozialversicherungspflichtige Beschäftigte (Wohnort) (Anzahl), Stand 30.06.2013

⁹⁰ Vgl. Statistisches Bundesamt, Arbeitsmarktstatistik der Bundesanstalt für Arbeit, Stand 31.12.2014

⁹¹ Vgl. Statistisches Bundesamt, Regionalatlas Deutschland, Stand 31.12.2012

⁹² Vgl. Statistisches Bundesamt, VGR der Länder: Entstehungsrechnung, Stand 31.12.2012

⁹³ Vgl. Statistisches Bundesamt, VGR der Länder: Entstehungsrechnung, Stand 31.12.2012, eigene Berechnung

Erwerbstätigen im Kreis Euskirchen lag 2012 bei 58.268 Euro.⁹⁴ Damit liegt das BIP je Erwerbstätigen unter dem Wert der Landesebene, der 2012 bei 65.964 Euro lag.⁹⁵

Die Kartendarstellung in Abbildung 16 und Tabelle 9 geben Auskunft über die Einkommenssituation der privaten Haushalte auf Gemeindeebene. Dargestellt ist die Jahressumme der Einkünfte pro Steuerpflichtigem aus dem Jahr 2010, da aktuellere Zahlen auf Gemeindeebene derzeit noch nicht verfügbar sind.

Abbildung 16: Jahressumme der Einkünfte pro Steuerpflichtigem in Euro nach Gemeinden⁹⁶

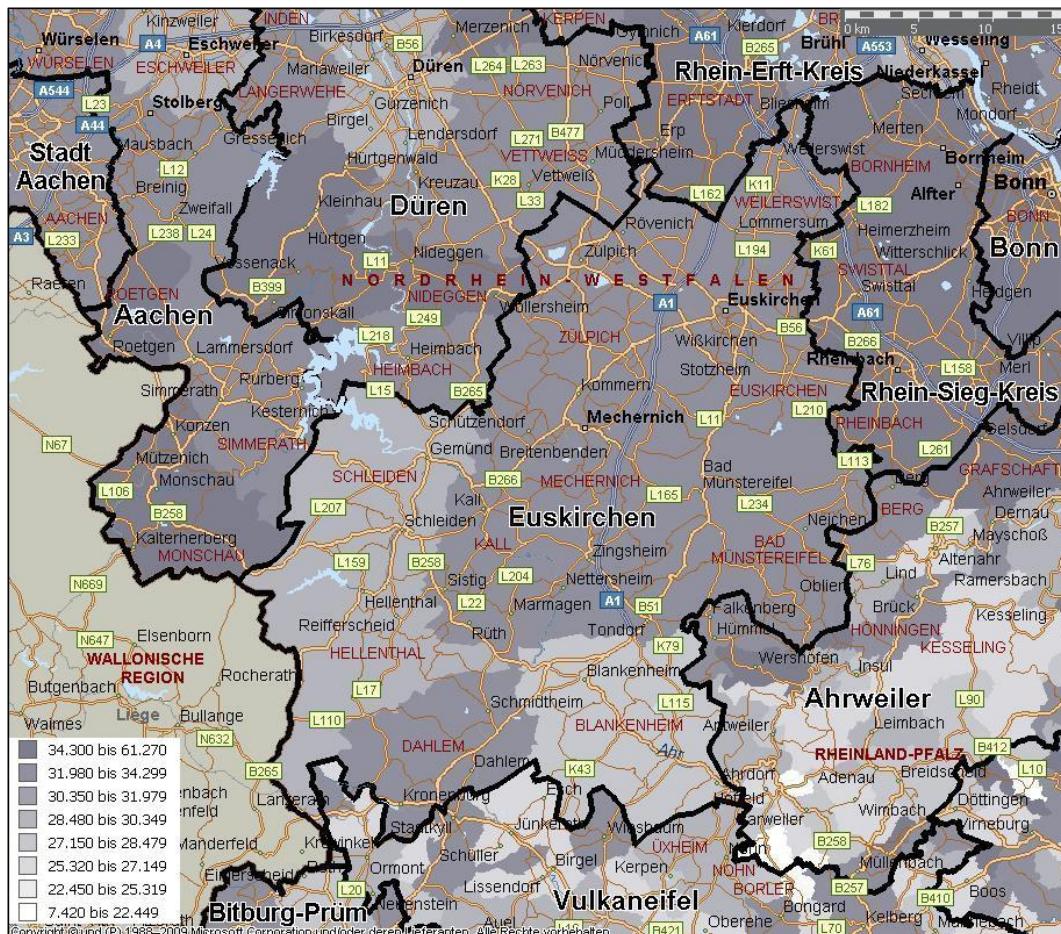


Tabelle 9: Jahressumme der Einkünfte pro Steuerpflichtigem in Euro nach Gemeinden im Jahr 2010⁹⁷

Gemeinde	Jahressumme der Einkünfte pro Steuerpflichtigem in Euro
Weilerswist	33.347
Bad Münstereifel	32.713
Nettersheim	32.468
Mechernich	32.293
Zülpich	32.198
Dahlem, bei Kall	31.819
Kall	31.736

⁹⁴ ebenda

⁹⁵ ebenda

⁹⁶ Vgl. Statistisches Bundesamt, Lohn- und Einkommenssteuerstatistik, Stand 2010, eigene Berechnungen

⁹⁷ ebenda

Gemeinde	Jahressumme der Einkünfte pro Steuerpflichtigem in Euro
Euskirchen	31.067
Schleiden	29.993
Hellenthal	28.700
Blankenheim, Ahr	27.931

7 Angebot und Nachfrage vorstationärer und teilstationärer Pflegedienstleistungen im Kreis

Damit für unterstützungs- und pflegebedürftige Menschen und ihre Angehörigen solange wie möglich ein Verbleib in der vertrauten häuslichen Umgebung möglich ist, müssen ausreichend unterstützende Angebote und Versorgungsformen vorhanden sein. Gleichzeitig muss sichergestellt sein, dass Betroffene und Angehörige auch ausreichend über die vorhandenen Dienste und Einrichtungen informiert werden. Damit jeder Ratsuchende frühzeitig die notwendigen Informationen erhält, ist eine enge Kooperation und Verzahnung aller Leistungs- und Beratungsstellen notwendig. Nur wenn Betroffenen und Angehörigen genügend Informationen über ambulante und komplementäre Hilfen zur Verfügung stehen, kann eine Inanspruchnahme stationärer Hilfen möglichst lange vermieden werden.

Die Versorgungsebenen lassen sich stufenartig darstellen und reichen von präventiven Angeboten über ambulante Leistungen und Formen Betreuten Wohnens bis hin zu teilstationärer Versorgung. Die letzte Stufe bildet die vollstationäre Versorgung in einer Pflegeeinrichtung. Aufgrund der hervorgehobenen Stellung im Alten- und Pflegegesetz Nordrhein-Westfalen ist der vollstationären Versorgung mit Kapitel 8 ab Seite 74 ein eigener Abschnitt gewidmet.

Die Basis des Versorgungssystems stellt ein umfassendes Beratungsangebot dar, damit Betroffene und deren Angehörige unter den zahlreichen zur Verfügung stehenden Pflegedienstleistungen die individuell am besten passenden aussuchen können. Beratungsangebote richten sich grundsätzlich an alle Menschen. Interessierte können sich sowohl vor Eintritt der Pflegebedürftigkeit als auch danach informieren und beraten lassen. Angebote der Begegnung und Geselligkeit i.S. einer vorstationären Unterstützungsform spielen ebenfalls eine Rolle, da sie zu einem längeren Verbleib in der Häuslichkeit beitragen können.

Um den speziellen Bedürfnissen von Menschen mit Hilfebedarf in der eigenen Häuslichkeit gerecht zu werden, besteht zum einen die Möglichkeit, die eigene Wohnung durch kleinere bauliche Anpassungsmaßnahmen bedarfsgerechter auszustatten und zuzuschneiden. Darüber hinaus kann aber auch ein Umzug in eine barrierefreie Wohnung oder ins Betreute Wohnen („Wohnen mit Service“, Seniorenwohnanlagen) gefördert werden.

Ambulante Pflegedienste unterstützen Menschen mit Hilfe- und Pflegebedarf im häuslichen Umfeld und tragen so zu deren selbstständigen Lebensführung bei. Professionelle Pflegekräfte entlasten dabei pflegende Angehörige durch die Verrichtung von Pflegetätigkeiten (Grundpflege, wie bspw. die Durchführung der Körperpflege,

Mobilisation und Nahrungsgabe; und Behandlungspflege, wie bspw. Blutzucker messen, Tabletten verabreichen und Verbandswechsel). Auch durch Anleitungen und Kursangebote können Pflegekräfte den Angehörigen fachliche und psychologische Hilfestellung geben. Mitunter werden von den ambulanten Pflegediensten neben der originär pflegerischen Tätigkeit auch ambulante komplementäre Hilfen angeboten, die der Unterstützung bei Verrichtungen im Alltag und im Haushalt dienen.

Die komplementären (ambulanten) Leistungen können sowohl von Pflegediensten im Rahmen ihres Leistungsspektrums erbracht werden als auch durch ausschließlich komplementäre Anbieter. Insbesondere gehören dazu hauswirtschaftliche Hilfen (bspw. Reinigungsarbeiten, Wäschedienst, Mahlzeitendienste), Betreuungs- und Begleitdienste und Hausnotrufdienste. Insgesamt gibt es hier eine sehr breite Palette von ergänzenden ambulanten Hilfen. Vor allem die Mahlzeitendienste („Essen auf Rädern“) und Mittagstische richten sich vorrangig an ältere Personen, da Kochen mit körperlichen oder kognitiven Einschränkungen schwerfällt und darüber oftmals soziale Kontakte gepflegt werden können.

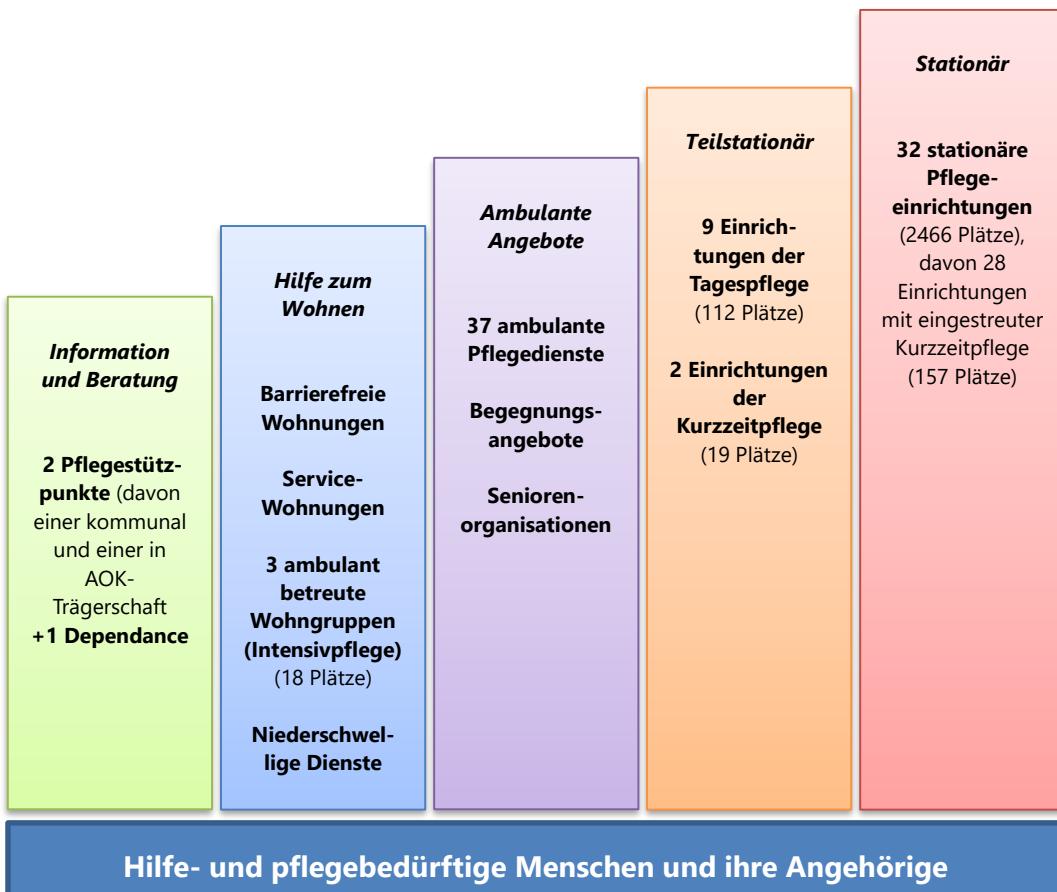
Die häusliche Pflege kann gut mit teilstationären Angeboten, wie Tagespflege, Nachtpflege oder Kurzzeitpflege kombiniert werden – je nach Bedarfslage.

Kann eine Versorgung im eigenen Zuhause dauerhaft nicht mehr sichergestellt werden, weil bspw. die Belastung für die Angehörigen zu groß geworden ist oder die Demenz zu weit fortgeschritten ist, stellt ein Umzug in eine Wohngruppe oder in ein Betreutes Wohnen die Alternative zum Heim dar.

Wenn alle vorstationären Unterstützungsformen ausgeschöpft sind, ist die letzte Option bzw. die letzte Stufe eine Unterbringung in einer vollstationären Pflegeeinrichtung. Aber nicht jedes Heim ist gleich. Eine sorgfältige Auseinandersetzung mit dem angebotenen Pflege-, Betreuungs- und Wohnkonzept ist daher empfehlenswert.

Abbildung 17 veranschaulicht das gerade beschriebene Versorgungsangebot des Kreises Euskirchen für hilfe- und pflegebedürftige Menschen.

Abbildung 17: Versorgungstruktur im Kreis Euskirchen⁹⁸



7.1 Komplementäre Hilfen

7.1.1 Information und Beratung

Um sich über alle zur Verfügung stehenden Hilfen und Angebote ausreichend informieren zu können und beraten zu lassen, sind für Pflegebedürftige und ihre Angehörigen häufig zentrale Anlaufstellen hilfreich, die den Ratsuchenden weiterhelfen. Häufig müssen Beratungsleistungen kurzfristig angeboten werden, wenn schnelle Hilfe bei einer akut veränderten Lebenssituation gefragt ist.

7.1.1.1 Zentrales Informationsbüro Pflege (Z.I.P.)

Der Kreis Euskirchen hat mit dem Z.I.P. eine trägerunabhängige Pflegeberatungsstelle gemäß § 4 des Landespflegegesetzes Nordrhein-Westfalens und § 6 des Alten- und Pflegegesetztes Nordrhein-Westfalens geschaffen, dessen Aufgabe es ist, Menschen vor Ort über Ansprüche und Unterstützungsmöglichkeiten bei Pflegebedürftigkeit neutral, umfassend und individuell zu beraten und bei Bedarf die erforderlichen Hilfen zu vermitteln.

⁹⁸ Vgl. Kreisverwaltung Euskirchen/Z.I.P., Stand 16.11.2015

Die Einrichtung besteht seit 1998 und ist der Abteilung Soziales des Kreises Euskirchen zugeordnet. Seit 2010 ist der kommunale Pflegestützpunkt des Kreises Euskirchen im Z.I.P. eingerichtet.⁹⁹

7.1.1.2 Pflegestützpunkte

Mit § 7a SGB XI wurde seit Januar 2009 ein Rechtsanspruch auf Pflegeberatung eingeführt, der für den hilfe- und pflegebedürftigen Menschen im Bedarfsfall sachkundige Unterstützung sicherstellen soll. Im Juli 2008 trat das Pflege-Weiterentwicklungsgesetz in Kraft, das u.a. die Einrichtung von Pflegestützpunkten nach § 92c SGB XI zur wohnortnahmen Beratung, Versorgung und Betreuung vorsieht. Zu den Aufgaben der Pflegestützpunkte gehören Auskunft und Beratung, Koordinierung aller wohnortnahmen Hilfs- und Unterstützungsangebote und Hilfestellung bei der Inanspruchnahme der Leistungen sowie die Vernetzung aufeinander abgestimmter Versorgungs- und Betreuungsangebote.

Im Kreis Euskirchen gibt es seit 2010 zwei Pflegestützpunkte mit insgesamt zwei Vollzeitstellen. Beide befinden sich in der Kreisstadt Euskirchen. Träger des einen ist der Kreis Euskirchen (angegliedert an das Z.I.P.), Träger des anderen die AOK Rheinland/Hamburg Regionaldirektion Rhein-Erft-Kreis – Kreis Euskirchen. Zusätzlich gibt es eine Dependance in Schleiden. Eine Beratung findet dort nur nach telefonischer Terminvereinbarung statt, da die angebotenen Beratungstage nicht ausreichend frequentiert wurden.¹⁰⁰

Des Weiteren erbringen auch ambulante Pflegedienste, Pflegeeinrichtungen, Kliniken, Rehabilitationsträger, Wohlfahrtsverbände, Kirchengemeinden, Vereine, Selbsthilfegruppen und private Anbieter Beratungsleistungen, über deren Beratungskapazität und Auslastung jedoch keine Daten zur Verfügung stehen.

In der Rahmenvereinbarung über die Einrichtung von Pflegestützpunkten in Nordrhein-Westfalen gemäß § 92 c Abs. 8 SGB XI, die am 2.5.2009 in Kraft getreten ist, wurde festgelegt, dass grundsätzlich drei Pflegestützpunkte je Kreis bzw. kreisfreier Stadt eingerichtet werden sollen.

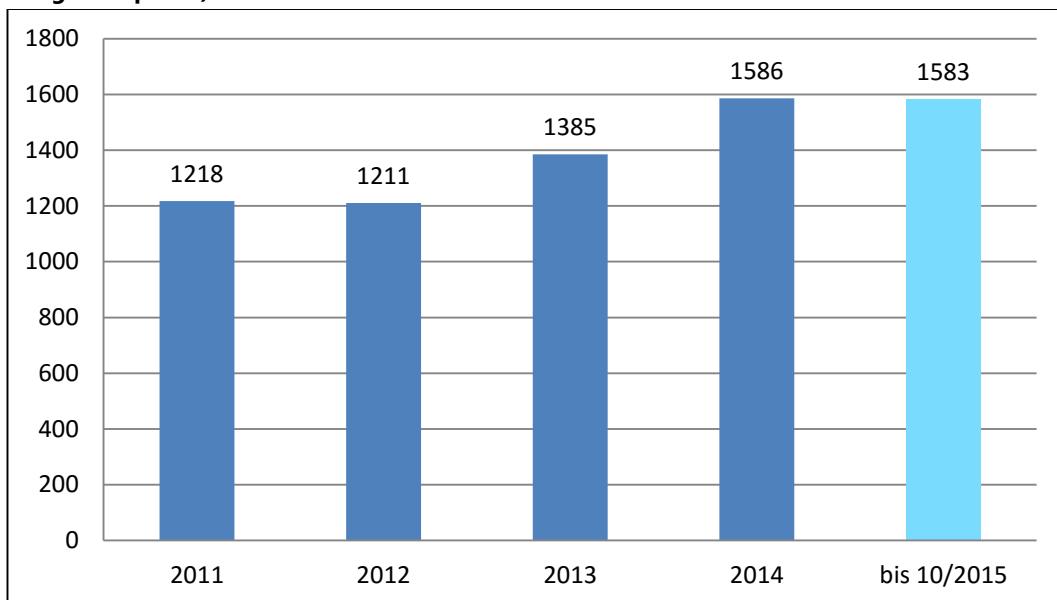
Die Evaluation der Pflegestützpunkte in Nordrhein-Westfalen ist bislang unveröffentlicht, so dass vergleichende Aussagen zu quantitativer und qualitativer Beratungsleistungen der Stützpunkte nicht möglich sind. Die Verbraucherzentrale Nordrhein-Westfalen kommt im September 2013 in einer Stellungnahme zu dem Schluss, dass „sich die seit 2009 in 24 Kreisen und kreisfreien Städten aufgebauten Pflegestützpunkte vielerorts nicht bewährt

⁹⁹ Vgl. Kreisverwaltung Euskirchen/Z.I.P., Stand 16.11.2015

¹⁰⁰ Vgl. Kreisverwaltung Euskirchen/Z.I.P., Stand 16.11.2015

[haben].¹⁰¹ Die Gutachter schließen sich diesem Urteil nicht an. Der deutliche Anstieg der Ratsuchenden in den Pflegestützpunkten seit 2012 deutet eher darauf hin, dass die Beratungsangebote nach anfänglichen Anlaufschwierigkeiten zunehmend bekannter wurden und immer besser genutzt werden.

Abbildung 18: Entwicklung der Ratsuchenden im kommunalen Pflegestützpunkt (ohne AOK-Pflegestützpunkt)¹⁰²



Geht man bei 251 Arbeitstagen 2014 in NRW von 30 Urlaubstagen aus, errechnet sich für die eine vollzeitäquivalente Mitarbeiterstelle der Pflegestützpunkte des Kreises eine Frequentierung von rund 7,2 Ratsuchenden pro Arbeitstag.

Die inhaltliche Auswertung der Statistik der Pflegestützpunkte des Kreis Euskirchen zeigt, dass die 1.586 Menschen im Jahr 2014 Anfragen zu verschiedenen Themen gestellt haben. Von insgesamt 2.597 Beratungsanfragen entfielen etwa

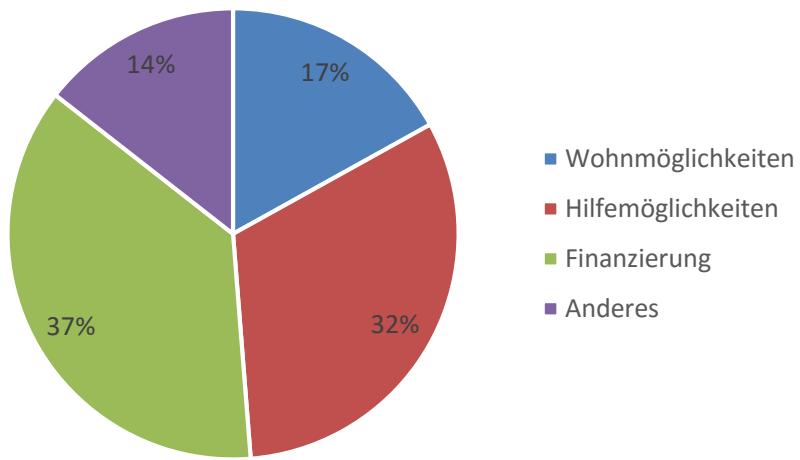
- 17 Prozent auf Informationen zu Wohnmöglichkeiten (Alten- und Pflegeheime, Altenwohnungen, alternative Wohnformen, Behinderteneinrichtungen, gerontopsychiatrische Pflegeheime, Hospiz Service-Wohnen),
- 32 Prozent auf Beratungen zu Hilfemöglichkeiten (Ambulante Pflege, ausländische Haushaltshilfen, Betreuung, Essen auf Rädern, Freizeitaktivitäten, Hausnotruf, Kurzzeit- und Verhinderungspflege, Nachtpflege, niedrigschwellige Betreuungsangebote, Selbsthilfegruppen, Tagespflege, Wohnberatung)
- 37 Prozent auf Informationen über Heimplatzfinanzierung, Pflegeversicherung, Unterhalt (Eltern) und sonstige Finanzierungsfragen und

¹⁰¹ Vgl. und Zit. Verbraucherzentrale Nordrhein-Westfalen (2013), S. 4

¹⁰² Vgl. Kreisverwaltung Euskirchen/Z.I.P., Stand 16.11.2015

- 14 Prozent auf sonstige (andere Beratungsstellen, Patientenverfügung/Vorsorgevollmacht etc.).¹⁰³

Abbildung 19: Themen von Beratungsgesprächen 2014 im Kreis Euskirchen (ohne AOK-Pflegestützpunkt)



7.1.1.3 Gerontopsychiatrische Beratungsstellen (GPB)

Für den Kreis Euskirchen bietet die gerontopsychiatrische Beratungsstelle unter der Trägerschaft der Fachklinik für Psychiatrie und Psychotherapie der MARIENBORN gGmbH in Zülpich älteren Menschen mit psychischen Störungen und ihren Angehörigen Beratung und Hilfe an. Seit dem Jahr 2010 wird das Projekt durch den Kreis Euskirchen gefördert. Die Beratungsstützpunkte befinden sich in Zülpich-Hoven im Gerontopsychiatrischen Zentrum Beratungsstelle Haus Theresia und in Nettersheim im Pflegestützpunkt MARIENBORN mobil gGmbH (Alter Bahnhof) sowie nach vorheriger Terminvereinbarung in Euskirchen in der Caritas Begegnungsstätte Cafe "Insel", in Mechernich im Seniorenzentrum Barbarahof und in Schleiden im St. Antonius Krankenhaus.¹⁰⁴ Damit wird das Beratungsangebot der Pflegestützpunkte um eine spezifische Form ergänzt.

Neben den Pflegestützpunkten und der GPB sind als Beratungsstellen im Kreis Euskirchen noch die Wohnberatung des Kreiskrankenhauses Mechernich, das Seniorenbüro der Kreisstadt Euskirchen, die Alzheimer Gesellschaft Kreis Euskirchen e.V. und der sozialpsychiatrische Dienst der Abteilung Gesundheit des Kreises Euskirchen zu nennen.

¹⁰³ Vgl. Kreisverwaltung Euskirchen/Z.I.P., Stand 16.11.2015, eigene Berechnung

¹⁰⁴ Vgl. Internetseite der Fachklinik für Psychiatrie und Psychotherapie der MARIENBORN gGmbH, www.marienborn-psychiatrie.de

7.1.2 Hilfe zum Wohnen

7.1.2.1 Barrierefreie Wohnungen (altersgerechtes Wohnen)

Eine wichtige Voraussetzung dafür, dass hilfe- und pflegebedürftige Personen so lange wie möglich zu Hause versorgt werden können, ist die Barrierefreiheit der eigenen Wohnung und ihr barrierefreier Zugang.

In Nordrhein-Westfalen ist die DIN 18040-2¹⁰⁵ (Norm zur Barrierefreiheit in Wohnungen) als gesetzliche Forderung für Wohnungen nicht zwingend technisch umzusetzen. Die Landesbauordnung NRW bestimmt in § 49 Abs. 2 Satz 1 und 2 lediglich, dass bei mehr als zwei Wohnungen im Gebäude die Wohnungen eines Geschosses barrierefrei erreichbar sein und in diesen Wohnungen die Wohn- und Schlafräume, eine Toilette, ein Bad und die Küche oder Kochnische mit dem Rollstuhl zugänglich sein müssen, aber nicht im Sinne einer DIN.

Es existieren derzeit keine örtlichen Daten über den Bestand an barrierefreien/-armen Wohnungen in Deutschland. Um dennoch die regionale Situation im Kreis Euskirchen bestimmen zu können wurden verschiedene Schätzungen zur Quantifizierung des Umfangs barrierefreier Wohneinheiten herangezogen.

So geht eine Schätzung des Kuratoriums Deutsche Altenpflege, basierend auf einer bundesweiten Repräsentativbefragung 2011 in Seniorenhäushalten (über 65 Jahre), davon aus, dass derzeit gerademal 5 Prozent der Senioren (das entspricht ca. 0,5 Mio. von ca. 11 Millionen Seniorenhäushalten) in „weitgehend barrierefreien Wohnungen“ leben.¹⁰⁶ Aufgrund der Tatsache, dass die Anforderungen an barrierefreies Wohnen unterschiedlich gehandhabt werden, wurden hier Mindestanforderungen definiert. Als „weitgehend barrierefreie Wohneinheiten“ gelten Wohnungen, die folgende Kriterien erfüllen:

- „Nicht mehr als drei Stufen zum Haus oder zum Wohnungseingang (ohne technische Hilfen zur Überwindung der Barrieren)
- Keine Stufen innerhalb der Wohnung (ohne technische Hilfen zur Überwindung der Barrieren)
- Ausreichende Bewegungsflächen und Türbreiten im Sanitärbereich
- Vorhandensein einer bodengleichen Dusche“.¹⁰⁷

Für Nordrhein-Westfalen wird ein Bestand von 307.000 „weitgehend barrierefreien Wohneinheiten“ (123.000 in Seniorenhäushalten und 184.000 barrierefreien Wohnungen,

¹⁰⁵ Die DIN 18040 wurde in der Bauordnung Nordrhein-Westfalens nicht als Technische Baubestimmung eingeführt, ist aber dennoch für die technische Umsetzung der Barrierefreiheit öffentlich zugänglicher baulicher Anlagen zu beachten, was sich aus § 3 Abs. 1 Satz 1 und 2 BauO NRW ergibt. [Quelle: NRW Bauministerium (2012), S. 8]

¹⁰⁶ Vgl. KDA, Wüstenrot-Stiftung (Hrsg.) (2014), S. 19, 20

¹⁰⁷ Zit. KDA, Wüstenrot-Stiftung (Hrsg.) (2014), S. 20

die nicht von Senioren bewohnt werden)¹⁰⁸ und ein Bedarf von 558.000 barrierearmen Wohnungen für mobilitätseingeschränkte Senioren geschätzt, so dass sich daraus eine Versorgungslücke von 251.000 barrierefreie Wohnungen ergibt (Datenbasis 2011).¹⁰⁹ Für Deutschland schätzt die Studie einen Bestand von 1.435.500, einen Bedarf von 2.555.500 und damit eine Versorgungslücke von 1.120.000 barrierefreien Wohnungen für das Jahr 2011.¹¹⁰

Die Prognos AG kommt in ihrer Studie im Auftrag der KfW Bankengruppe zu den folgenden, noch deutlich höheren Schätzungen zu Bestand und Bedarf altersgerechter Wohneinheiten in Deutschland. Da nicht jeder Seniorenhaushalt auf eine barrierefreie/-arme Wohnung angewiesen ist, haben die Autoren verschiedene Szenariomodelle zur Schätzung des altersgerechten Wohnungsbedarfs vorgenommen und den jeweiligen Bedarf nach Personengruppen differenziert.

Tabelle 10: Schätzungen zu Bestand und Bedarf altersgerechter Wohneinheiten der Prognos AG¹¹¹

Basisszenario	2013	2030
Bestand an altersgerechten Wohnungen	700.100	1.342.500
Bedarfsszenario nach Zielgruppen		
Ambulante Pflegebedürftige (mit Leistungsanspruch nach SGB XI)	1.820.000	2.350.100
Personen über 65 Jahren mit Bewegungseinschränkungen (ohne stationäre Pflegebedürftige)	2.750.800	3.592.400
Personen über 65 Jahren (ohne stationäre Pflegebedürftige)	10.143.200	13.246.400

Da es keine Hinweise gibt, dass der Bestand altersgerechter Wohnungen in Nordrhein-Westfalen oder im Kreis Euskirchen deutlich höher als im Bundesdurchschnitt ist, legen beide Studien einen weit über den Bestand hinausgehenden Bedarf an altersgerechten Wohnungen auch für den Kreis Euskirchen nahe.

7.1.2.2 Servicewohnen („Betreutes Wohnen“)

Im derzeit gültigen Wohn- und Teilhabegesetz (WTG) wird Servicewohnen definiert als „[...] Angebote, in denen die Überlassung einer Wohnung rechtlich verpflichtend mit der Zahlung eines Entgelts für allgemeine Unterstützungsleistungen wie Leistungen der hauswirtschaftlichen Versorgung, die Vermittlung von Betreuungsleistungen oder Notrufdiensten (Grundleistungen) verbunden ist, die über die Grundleistungen

¹⁰⁸ Vgl. KDA, Wüstenrot-Stiftung (Hrsg.) (2014), S. 21

¹⁰⁹ Vgl. KDA, Wüstenrot-Stiftung (Hrsg.) (2014), S. 23

¹¹⁰ Vgl. KDA, Wüstenrot-Stiftung (Hrsg.) (2014), S. 21, 23

¹¹¹ Vgl. Prognos AG (2014), S. 25

hinausgehenden Leistungen von den Nutzerinnen und Nutzern hinsichtlich des Umfangs und der Person der Leistungsanbieterin oder des Leistungsanbieters aber frei wählbar sind.“¹¹²

Die Angebote des Servicewohnens unterliegen bis auf die Anzeigepflicht nicht den Anforderungen des WTG wie z.B. die Informationspflicht, Dokumentationspflicht oder Qualitätssicherung, die der Gesetzgeber an andere Wohn- und Betreuungsangebote stellt.¹¹³ Dadurch können sich die Serviceleistungen zwischen den Anbietern in Preis, Umfang und Qualität stark unterscheiden.

In einem Objekt des Servicewohnens wird ein normaler Mietvertrag abgeschlossen und zusätzlich erhält man die Möglichkeit, verschiedene Pakete an allgemeinen Unterstützungsleistungen („Servicevertrag“, „Betreuungsvertrag“) in Anspruch zu nehmen. Diese können dann entweder als „Grundleistungen“ pauschal oder je nach Umfang der Inanspruchnahme als „Wahlleistungen“ abgerechnet werden.

Beispiele für „Wahlleistungen“ sind 24-Stunden-Rufbereitschaft, Notrufsysteme mit Sonderausstattung (z.B. Falldetektor, Funksender, Bewegungsmelder), Hol-, Bring- und Einkaufsservice, Haushaltsservice, Essen auf Rädern, Besuchs- und Begleitservice sowie Hausmeisterservice (Kleinreparaturen). Hierbei gibt es aber für die Leistungen und Abrechnungen keine rechtlichen Vorgaben, sodass diese zwischen den Anbietern sehr variieren können. Außerdem gibt es im Servicewohnen, wie in einer normalen Wohnung auch, die Möglichkeit von einem ambulanten Pflegedienst pflegerisch versorgt zu werden. Die Vorteile des Servicewohnens liegen dadurch in der eigenständigen Haushaltsführung und einem zielgruppenspezifischen Unterstützungs- und Betreuungsangebot, dass vielen Menschen Sicherheit und Kontakt zu einer Hausgemeinschaft bietet.

Im Kreis Euskirchen gibt es derzeit 489 Service-Wohnungen, die bei der Kreisverwaltung Euskirchen und dem Zentralen Informationsbüro Pflege registriert sind.¹¹⁴

Tabelle 11: Service-Wohnungen nach Gemeinde im Kreis Euskirchen (Stand: 16.11.2015)¹¹⁵

Stadt/Gemeinde	Service-Wohnungen	je 1.000 Personen über 75 Jahre
Bad Münstereifel	159	79,6
Blankenheim, Ahr	0	0
Dahlem, bei Kall	0	0
Euskirchen	171	32,0
Hellenthal	24	23,4
Kall	24	20,8

¹¹² Vgl. § 31 WTG

¹¹³ Vgl. § 32 Satz 1 WTG

¹¹⁴ Vgl. Kreisverwaltung Euskirchen/Z.I.P., Stand 16.11.2015

¹¹⁵ Vgl. Kreisverwaltung Euskirchen/Z.I.P., Stand 16.11.2015

Stadt/Gemeinde	Service-Wohnungen	je 1.000 Personen über 75 Jahre
Mechernich	62	24,5
Nettersheim	0	0
Schleiden	21	13,4
Weilerswist	0	0
Zülpich	28	14,2
Kreis Euskirchen	489	25,2

7.1.2.3 Ambulant betreute Haus- und Wohngemeinschaften

Wohngemeinschaften mit Betreuungsleistungen werden im WTG definiert als „[...] Wohn- und Betreuungsangebote, in denen mehrere ältere oder pflegebedürftige Menschen oder Menschen mit Behinderungen in einer Wohnung mit einem gemeinsamen Hausstand leben und ihnen von einem oder mehreren Leistungsanbieterinnen und Leistungsanbietern Betreuungsleistungen angeboten werden. Dies gilt nicht für Personen, die in einer Partnerschaft leben oder verwandt sind und in einem gemeinsamen Haushalt leben. Wohngemeinschaften mit Betreuungsleistungen können selbstverantwortet oder anbieterverantwortet sein.“¹¹⁶

Selbstverantwortet gilt eine Wohngemeinschaft dann, wenn rechtlich geregelt ist, dass die Wohnraumüberlassung und die Betreuungsleistungen unabhängig voneinander sind und fünf Kriterien zur Selbstverantwortung (freie Wahl des Leistungsanbieters, Ausübung des Hausrechts, freie Gestaltung der Gemeinschaftsräume, Verwaltung der gemeinschaftlichen Finanzmittel, gemeinschaftliche Gestaltung der Lebens- und Haushaltsführung) erfüllt sind.¹¹⁷

Ambulante Pflegedienste dürfen auch in selbstverantworteten Wohngemeinschaften tätig werden, sie unterliegen dann den Anforderungen an ambulante Dienste nach dem WTG.¹¹⁸

Anders ist dies bei den anbieterverantworteten Wohngemeinschaften, bei denen die rechtliche Unabhängigkeit von Wohnraumüberlassung und Betreuungsleistungen fehlt und die Kriterien zur Selbstverantwortung nicht erfüllt sind.¹¹⁹ Sie unterliegen den Anforderungen an anbieterverantwortliche Wohngemeinschaften nach dem WTG, so müssen z.B. personelle Anforderungen und eine Qualitätssicherung gewährleistet sein.

Konzeptionell können Wohngemeinschaften ganz unterschiedlich ausgerichtet sein. So stehen einige Wohngruppen allen Menschen offen und andere richten sich an spezielle

¹¹⁶ Vgl. § 24 Satz 1 WTG

¹¹⁷ Vgl. § 24 Satz 2 WTG

¹¹⁸ Vgl. § 25 Satz 2 WTG

¹¹⁹ Vgl. § 24 Satz 3 WTG

Zielgruppen, wie beispielsweise Menschen mit Demenz, beatmungspflichtige Patienten oder Schlaganfallpatienten. Charakteristisch für die Wohnform ist, dass die Wohngemeinschaft meistens kleiner und familiärer ist als in einem Pflegeheim.

Die Gründung von ambulanten Wohngruppen wird seit dem 1. Januar 2013 durch das Pflege-Neuausrichtungs-Gesetz (PNG) mit einer Anschubfinanzierung von 2.500 Euro pro Bewohner, maximal 10.000 Euro pro Wohngruppe, durch die Pflegekassen gefördert.¹²⁰ Des Weiteren erhalten Pflegebedürftige in ambulant betreuten Wohngruppen einen pauschalen Zuschlag in Höhe von 200 Euro pro Monat, wenn die Pflege- und Betreuungsleistungen frei gewählt werden können, in der Wohngemeinschaft regelmäßig mindestens drei Pflegebedürftige leben, eine Pflegekraft tätig ist und weitere Kriterien erfüllt sind.¹²¹

Im Kreis Euskirchen gibt es im Jahr 2015 drei ambulant betreute Wohngemeinschaften mit insgesamt 18 Plätzen. Ein Modellprojekt für „Wohnen im Alter“ ist das 2013 neu gebaute Mehrgenerationenhaus in Euskirchen, das vom Verein „Z.I.E.L - Zusammen in Euskirchen leben“ initiiert wurde und zum Ziel hat, dass durch nachbarschaftliche Hilfe alle in der Hausgemeinschaft profitieren und so z.B. auch ältere Menschen länger zu Hause leben können.

Tabelle 12: Ambulant betreute Haus- und Wohngemeinschaften Kreis Euskirchen (Stand: 16.11.2015)¹²²

Stadt/Gemeinde	Haus- und Wohngemeinschaften	darin Plätze	je 1.000 Personen über 75 Jahre
Bad Münstereifel	1	6	3,0
Blankenheim, Ahr	0	0	0
Dahlem, bei Kall	0	0	0
Euskirchen	0	0	0
Hellenthal	0	0	0
Kall	1	5	4,3
Mechernich	0	0	0
Nettersheim	1	7	8,3
Schleiden	0	0	0
Weilerswist	0	0	0
Zülpich	0	0	0
Kreis Euskirchen	3	18	0,9

7.1.3 Zusätzliche Betreuungs- und Entlastungsleistungen nach § 45b SGB XI und komplementäre Hilfen

Zusätzliche Betreuungs- und Entlastungsleistungen nach § 45b SGB XI richten sich sowohl an Menschen ohne festgestellte Pflegestufe als auch an Menschen mit Pflegestufe I bis III,

¹²⁰ Vgl. § 45e PNG

¹²¹ Vgl. § 38a Satz 1 und Satz 2 PNG

¹²² Vgl. Kreisverwaltung Euskirchen/Z.I.P., Stand 16.11.2015

die vorrangig noch in der eigenen Häuslichkeit leben. Auch Pflegebedürftige ohne erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz können zusätzliche Betreuungs- und Entlastungsleistungen in Anspruch nehmen. Der Anspruch beträgt 104 Euro monatlich (Grundbetrag), bzw. 208 Euro monatlich (erhöhter Betrag), wobei eine Einzelfallprüfung durch den MDK erfolgt. Dieser Betrag ist vom Versicherten für Leistungen im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme der teilstationären Pflege, der Kurzzeitpflege, für Angebote der allgemeinen Anleitung und Betreuung, sowie für die hauswirtschaftliche Versorgung durch Pflegedienste (keine Grundpflege) oder für die nach § 45c SGB XI geförderten/förderfähigen niedrigschwelligen Betreuungs- und Entlastungsangebote einzusetzen (Kostenerstattung, keine Auszahlung).¹²³

Soweit der monatliche Leistungsbetrag für ambulante Pflegesachleistungen nicht voll ausgeschöpft wird, kann der nicht verwendete Betrag (maximal 40 Prozent der jeweiligen Pflegestufe) für Leistungen niedrigschwelliger Betreuungs- und Entlastungsangebote verwendet werden.¹²⁴

Zu den niedrigschwellingen Betreuungs- und Entlastungsangeboten nach § 45c SGB XI gehören die Betreuung von Pflegebedürftigen in Gruppen oder im häuslichen Bereich, die Erbringung von haushaltsnahen Dienstleistungen sowie die Beratung und Entlastung pflegender Angehöriger durch Alltagsbegleitung, Pflegebegleitung, organisatorische Hilfestellungen und andere Maßnahmen.¹²⁵

Zu den komplementären Diensten zählen ergänzende und unterstützende Alltagshilfen im vorpflegerischen Bereich, die bei der Verrichtung des Alltags helfen und damit die selbständige Lebensführung unterstützen. Während die Pflegedienste die pflegerische Grundversorgung in den Bereichen Körperpflege, Ernährung und Mobilität sicherstellen, erweitern komplementäre Dienste das Angebot bspw. um hauswirtschaftliche Hilfen (z.B. Einkaufshilfe, Essen auf Rädern), psychosoziale Begleitdienste (z.B. Begleitung zum Arzt, zum Friseur, zur Behörde) oder Hausnotrufdienste.

Die Dienste können von ambulanten Pflegediensten, Sozialstationen, Nachbarschaftshilfen, Vereinen und anderen Akteuren erbracht werden, sodass eine aktuelle Auflistung aller Angebote nicht möglich ist. Die Kosten mit der Kranken- oder Pflegekasse abrechnen kann der Anbieter allerdings nur, wenn er eine gesetzliche Zulassung hat. Die Anerkennung der niedrigschwellingen Angebote erfolgt im Kreis Euskirchen durch die Bezirksregierung Düsseldorf. Darüber hinaus bieten viele ihre Hilfe auch ehrenamtlich an.

¹²³ Vgl. § 45b Abs. 1 SGB XI

¹²⁴ Vgl. § 45b Abs. 3 SGB XI

¹²⁵ Vgl. § 45c Abs. 3 und Abs. 3a SGB XI

Tabelle 13 zeigt die 12 bei der Kreisverwaltung/Z.I.P. registrierten Anbieter von Essen auf Rädern, die alle einen sehr unterschiedlichen Einzugsbereich haben. Manche beliefern ausschließlich ein paar Ortsteile um den eigenen Standort herum, andere mehrere Gemeinden. Auch hier sind letztendlich nicht alle Angebote erfasst, so dass eine Unterschätzung anzunehmen ist. So fehlen beispielsweise die Angebote der stationären Mittagstische (manche Pflegeheime bieten auch für Gäste warme Mahlzeiten an).

Tabelle 13: Anbieter von Essen auf Rädern nach Gemeinde im Kreis Euskirchen (Stand: 16.11.2015)¹²⁶

Stadt/Gemeinde	Essen auf Rädern	je 1.000 Personen über 75 Jahre
Bad Münstereifel	2	1,0
Blankenheim, Ahr	0	0
Dahlem, bei Kall	0	0
Euskirchen	4	0,7
Hellenthal	0	0
Kall	0	0
Mechernich	2	0,8
Nettersheim	0	0
Schleiden	1	0,6
Weilerswist	2	1,3
Zülpich	2	1,0
Kreis Euskirchen	13	0,7

Haushaltsnahe Dienstleistungen werden von den meisten ambulanten Pflegediensten im Kreis Euskirchen und von den Mobilen Sozialen Diensten der Wohlfahrtverbände angeboten. Auch halten die Anbieter niedrigschwelliger Angebote nach § 45 b SGB XI haushaltsnahe Dienstleistungen vor. Eine genaue Angabe kann aufgrund fehlender Daten nicht gemacht werden.

Im Kreis Euskirchen werden bspw. folgende zusätzliche Betreuungsleistungen nach § 45b SGB XI von unterschiedlichen Akteuren angeboten:

- Besuchsdienste bzw. Einzelbetreuung im häuslichen Bereich (Unterhaltung, Training von Alltagskompetenzen, Biografiearbeit, Validation, Gedächtnistraining, Vorlesen, Kochen, Handarbeit, Werken etc.)
- Begleitservice, Unterstützung bei Behördengängen, Spaziergänge
- Fahrdienst zu Beschäftigungen/Veranstaltungen
- Angehörigengruppen
- Beratung in der Auseinandersetzung mit der Erkrankung
- Information über Hilfsangebote
- Qualifizierung freiwilliger Helfer

¹²⁶ Datenquellen: Vgl. Kreisverwaltung Euskirchen/Z.I.P., Stand 16.11.2015; Statistisches Bundesamt, Fortschreibung des Bevölkerungsstandes (Basis Zensus 2011), Bevölkerungsstand; eigene Berechnungen

- Hundebesuchsdienst.¹²⁷

Zu den niedrigschwlligen Angeboten zählen auch die Begegnungsangebote, wie z.B. das Servicezentrum Demenz und das „Café Insel“ des Caritasverbandes Euskirchen, die Beratungsstelle Demenz des Diakonischen Werkes Euskirchen und das „Café Kompass“ oder der „VIVANT-Treff“ in Mechernich, Weilerswist und Zülpich. Diese Orte der Begegnung ermöglichen einen Austausch und ein geselliges Zusammensein von Gleichbetroffenen und die Förderung von Ressourcen durch eine gemeinsame Freizeitgestaltung.

Zu Begegnung und Geselligkeit tragen auch Seniorenenclubs, selbstorganisierte Gruppen und Initiativen und Vereine, wie z.B. die Alzheimer Gesellschaft Kreis Euskirchen e. V. die Projekte „Woche der Generationen“ oder „Leihoma/Leihopa“ der Demografie-Initiative Kreis Euskirchen bei.

Nicht unerwähnt soll auch die Beschäftigung von ausländischen Haushaltshilfen bleiben, deren Umfang auf Grund von nicht selten nur halb legalen Beschäftigungsverhältnissen statistisch nur unzureichend erfasst wird.

Ob die Versorgung mit pflegeergänzenden und niederschwlligen Diensten im Kreis Euskirchen ausreichend ist, kann nur schwer beurteilt werden. Dafür sind die Angebote zu vielfältig, genauso wie Umfang, Qualität und Preise der Angebote. Neben den registrierten ambulanten Pflegediensten gibt es auf dem Markt schlichtweg zu viele nicht registrierte Anbieter. Mit großer Sicherheit kann jedoch davon ausgegangen werden, dass es sich um einen Wachstumsmarkt handelt, der in Zukunft weiter an Bedeutung gewinnen wird.

7.2 Ambulante Wohn- und Pflegeangebote

Damit hilfe- und pflegebedürftige Menschen so lange wie möglich in ihrem eigenen Zuhause und ihrem gewohnten Umfeld bleiben können, ist es unabdingbar, dass Angehörigenpflege sowie ggf. Nachbarschaftshilfe oder ehrenamtliche Hilfe mit professionellen ambulanten Diensten kombiniert werden kann. Professionelle Pflege kann pflegende Angehörige entlasten und zur Einhaltung pflegerischer Standards beitragen. Nur durch die Verzahnung von informeller privater Pflege und professioneller ambulanter Pflege kann langfristig eine adäquate und sichere häusliche Versorgung gelingen.

Zu diesem Zweck können Pflegebedürftige Leistungen der Pflegeversicherung in Anspruch nehmen. Konkret werden dabei die vom Pflegedienst erbrachten Pflegeleistungen der Grundpflege, Hauswirtschaft und häuslichen Betreuung als Pflegesachleistungen nach § 36 SGB XI abgerechnet. Es ist aber auch möglich, anstelle der Sachleistungen Pflegegeld für

¹²⁷ Vgl. Kreisverwaltung Euskirchen/Z.I.P., Stand 16.11.2015

selbst beschaffte Pflegehilfen nach § 37 SGB XI zu beantragen. Für beide Varianten hat der Gesetzgeber nach Pflegestufen differenzierte Höchstgrenzen festgelegt.

Seit dem 1. Januar 2015 gelten folgende Beträge:

Tabelle 14: Leistungen der Pflegeversicherung für häusliche Pflege

Pflegestufe	Pflegesachleistung pro Kalendermonat nach § 36 SGB XI (mit eingeschränkter Alltagskompetenz nach § 45a SGB XI)	Pflegegeld pro Kalendermonat nach § 37 SGB XI (mit eingeschränkter Alltagskompetenz nach § 45a SGB XI)
Pflegestufe 0	- (231 Euro)	- (123 Euro)
Pflegestufe 1	468 Euro (689 Euro)	244 Euro (316 Euro)
Pflegestufe 2	1.144 Euro (1.298 Euro)	458 Euro (545 Euro)
Pflegestufe 3	1.612 Euro (1.612 Euro)	728 Euro (728 Euro)
in Härtefällen	1.995 Euro (1.995 Euro)	728 Euro (728 Euro)

Nach § 38 SGB XI besteht die Möglichkeit die Sachleistung und die Geldleistung zu kombinieren, wenn die Pflegesachleistungen nicht zu 100 Prozent ausgeschöpft wurden. Außerdem können zusätzliche Betreuungs- und Entlastungsleistungen in Höhe von bis zu 104 Euro pro Monat (Grundbetrag) für alle Leistungsbezieher oder 208 Euro pro Monat (erhöhter Betrag)¹²⁸ in Anspruch genommen werden, wenn ein erheblicher Bedarf an allgemeiner Betreuung und Beaufsichtigung (bei Vorliegen einer erheblich eingeschränkten Alltagskompetenz) nach § 45a SGB XI gegeben ist.

Pflegebedürftige können sich zwischen vielen verschiedenen Leistungen, Hilfestellungen und Absicherungen, die die Pflege in der eigenen Häuslichkeit sicherstellen und erleichtern sollen, entscheiden. Dabei leisten ambulante Pflegedienste pflegerische und hauswirtschaftliche Leistungen nach SGB XI und SGB V (häusliche Krankenpflege) sowie auch niederschwellige und pflegeergänzende Hilfen.

Im September 2015 gibt es im Kreis Euskirchen 37¹²⁹ ambulante Pflegedienste bei 19.442¹³⁰ Personen über 75 Jahren. Über die Behandlungskapazitäten sagt die Anzahl der Pflegedienste jedoch weniger aus als die Anzahl der dort beschäftigten Mitarbeiter. Während zwischen 2009 und 2013 die Anzahl der Pflegedienste von 31 auf 33 zunahm (+6,5%) nahm im gleichen Zeitraum die Zahl der Mitarbeiter/innen in den ambulanten Pflegediensten im Kreis Euskirchen von 532 auf 652 zu (+22,6%).¹³¹ Die Pflegekapazitäten

¹²⁸ Vgl. § 45b SGB XI

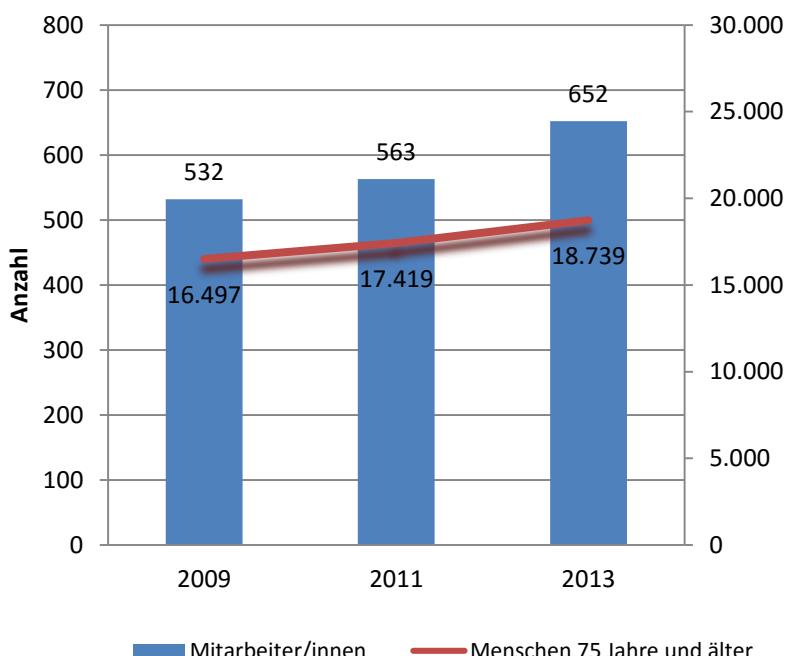
¹²⁹ Vgl. Kreisverwaltung Euskirchen/Z.I.P., Stand 16.11.2015

¹³⁰ Vgl. IT.NRW (2015b), Bevölkerungsvorausberechnung

¹³¹ Vgl. Statistisches Bundesamt, Pflegestatistik, Stand 31.12.2013

sind streng genommen aber nur dann im selben Umfang gestiegen, wenn sich weder der Umfang der Verwaltungsaufgaben noch die Teilzeitarbeit relativ verändert hat. Angaben über vollzeitäquivalente Beschäftigungsverhältnisse werden statistisch leider nicht erfasst, so dass eine Bereinigung hier nicht möglich ist. Geht man vereinfachend davon aus, dass beide Größen relativ unverändert sind, errechnet sich aus der Personalsteigerung auch bezogen auf die ebenfalls gestiegene Anzahl der Menschen über 75 Jahren eine verbesserte Versorgungslage. Die Relation von 75jährigen und älteren Menschen zu den beschäftigten Pflegekräften stieg von 3,2 im Jahr 2009 auf 3,5 im Jahr 2013.

Abbildung 20: Personal in ambulanten Pflegediensten im Kreis Euskirchen¹³²



Im Juni 2015 wurden im Kreis Euskirchen 37 Pflegedienste registriert.

Tabelle 15/Abbildung 21 und Tabelle 15 liefern einen Überblick über die Verteilung der ambulanten Pflegedienste im Kreis Euskirchen. Insgesamt haben 26 Dienste ihren Sitz im Nordosten des Kreises (davon 10 in der Stadt Euskirchen, 6 in Mechernich, jeweils 4 in Bad Münstereifel und Zülpich sowie 2 in Weilerswist) und 11 Dienste im Südwesten (davon 4 in Kall, 4 in Schleiden und jeweils einen in Blankenheim, Hellenthal und Nettersheim). Ebenfalls im Südwesten aber ohne ansässigen Pflegedienst ist die Gemeinde Dahlem.¹³³

¹³² Vgl. Statistisches Bundesamt, Pflegestatistik, Stand 31.12.2013

¹³³ Vgl. Kreisverwaltung Euskirchen/Z.I.P., Stand 16.11.2015

Abbildung 21: Verteilung ambulanter Pflegedienste und Anzahl der Menschen mit 75 und mehr Lebensjahren pro stationärem Pflegebett im Kreis Euskirchen¹³⁴

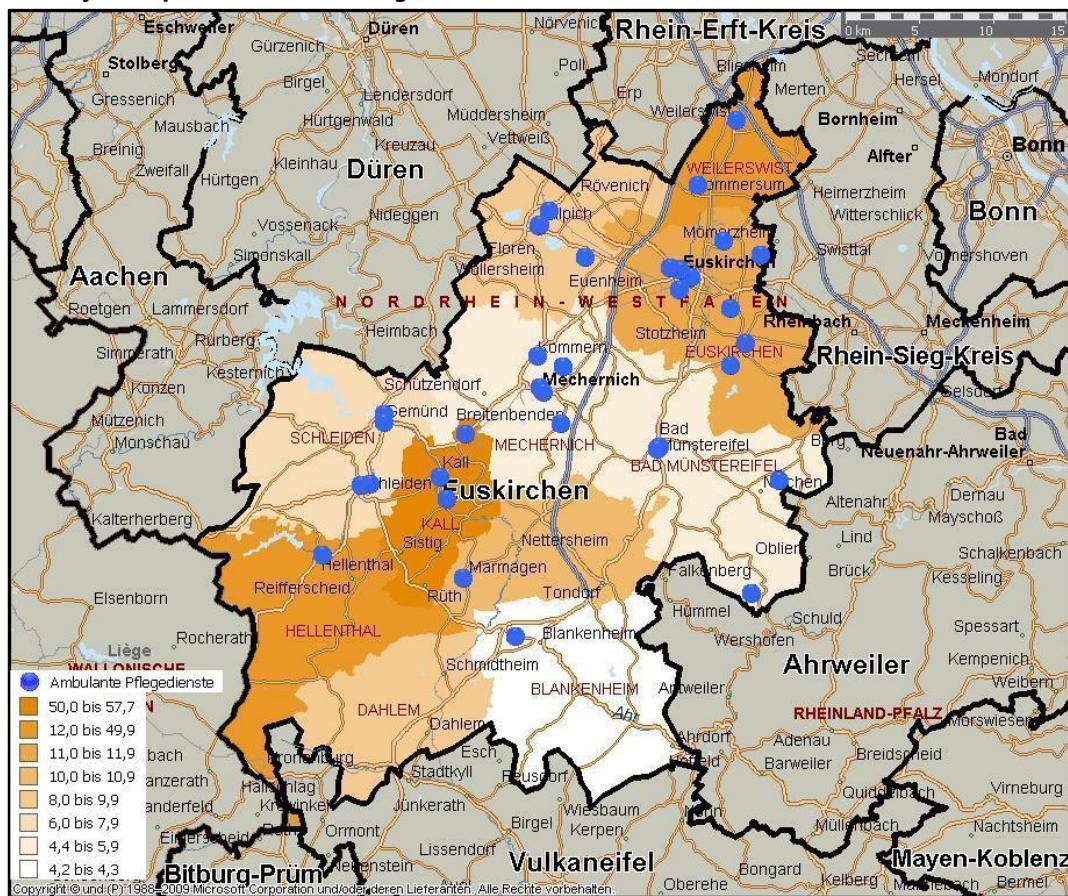


Tabelle 15: Ambulante Pflegedienste nach Gemeinde (Stand: 16.11.2015)¹³⁵

Stadt/Gemeinde	Dienste insgesamt	in %	davon privat	Dienste je 1000 Personen über 75 Jahre
Bad Münstereifel	4	10,8	3	2,0
Blankenheim, Ahr	1	2,7	0	1,0
Dahlem, bei Kall	0	0,0	0	0,0
Euskirchen	10	27,0	8	1,9
Hellenthal	1	2,7	1	1,0
Kall	4	10,8	4	3,5
Mechernich	6	16,2	3	2,4
Nettersheim	1	2,7	1	1,2
Schleiden	4	10,8	1	2,6
Weilerswist	2	5,4	1	1,3
Zülpich	4	10,8	3	2,0
Kreis Euskirchen	37	100	25	1,9

¹³⁴ Vgl. Kreisverwaltung Euskirchen/Z.I.P., Stand 16.11.2015, eigene Darstellung

¹³⁵ Datenquellen: Vgl. Kreisverwaltung Euskirchen/Z.I.P., Stand 16.11.2015; Vgl. Statistisches Bundesamt, Fortschreibung des Bevölkerungsstandes (Basis Zensus 2011), Bevölkerungsstand; eigene Berechnungen

Die Kartendarstellung und die Tabelle zeigen, dass die verzeichneten Hauptsitze der Pflegedienste ungleichmäßig über das Kreisgebiet verteilt sind. Da Pflegedienste oftmals über Stadt- und Gemeindegrenzen hinweg Leistungen erbringen, muss dies kein Problem darstellen. So geben beispielsweise drei Pflegedienste die Gemeinde Dahlem als Einsatzort an, obwohl hier kein Pflegedienst ansässig ist.¹³⁶ Eine Berechnung der Versorgungsquoten auf Gemeindeebene erscheint daher nicht sinnvoll.

Im Jahr 2013 kamen auf die 652 Mitarbeiter der 33 Pflegedienste 1.603 eingestufte Pflegebedürftige mit Sachleistungsbezug und 4.037 Empfänger von Pflegegeld, wobei nicht erfasst ist, wie viele Pflegegeldempfänger Leistungen ambulanter Dienste in Anspruch genommen haben. Eindeutig berechnen lässt sich jedoch die Relation von Mitarbeiter zu Anspruchsberechtigten. Sie betrug 2013 8,7 Mitarbeiter pro Anspruchsberechtigtem, 2011 9,4 und 2009 8,5.¹³⁷

Im überregionalen Vergleich wird deutlich, dass die Belastung überdurchschnittlich hoch ist. Die Vergleichswerte für den Regierungsbezirk Köln lagen 2013 bei 7,6 und für Nordrhein-Westfalen bei 6,3 Anspruchsberechtigten pro Mitarbeiter eines ambulanten Dienstes.¹³⁸ Nochmals sei darauf hingewiesen, dass hier nicht berücksichtigt wird, ob der Mitarbeiter eines ambulanten Pflegedienstes Vollzeit, Teilzeit oder als geringfügig Beschäftigter arbeitet. Die Teilzeitquote ist in der Pflegebranche besonders hoch. Im Jahr 2013 lag sie bei den Beschäftigten in ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen (ohne geringfügig Beschäftigte) bei 45,4 Prozent im Kreis Euskirchen und bei 49,5 Prozent in Nordrhein-Westfalen.¹³⁹ Der Kennziffernvergleich sollte mithin nur vorsichtig interpretiert werden.

Der Kreis Euskirchen verfügt darüber hinaus über Palliativ-Pflegedienste, ambulante Hospizdienste, stationäre Hospize sowie eine Palliativstation im Krankenhaus Marien-Hospital Euskirchen.¹⁴⁰

Die Anzahl der Neugründungen von ambulanten Pflegediensten im Kreis Euskirchen lässt auf einen attraktiven Anbietermarkt schließen. Nicht auszuschließen ist jedoch, dass hier im Laufe der Zeit noch eine Marktbereinigung stattfinden wird. Ein ernsthaftes Problem stellt der Personal- und Fachkräftemangel im Pflegebereich dar. Vertreter von Pflegediensten

¹³⁶ Vgl. Kreisverwaltung Euskirchen/Z.I.P., Stand 16.11.2015; Vgl. Statistisches Bundesamt, Fortschreibung des Bevölkerungsstandes (Basis Zensus 2011), Bevölkerungsstand; eigene Berechnungen

¹³⁷ Vgl. Statistisches Bundesamt, Pflegestatistik, Stand 31.12.2013, 31.12.2011, 31.12.2009, eigene Berechnungen

¹³⁸ Vgl. Statistisches Bundesamt, Pflegestatistik, Stand 31.12.2013, 31.12.2011, 31.12.2009, eigene Berechnungen

¹³⁹ Vgl. IT.NRW, Pflegeeinrichtungen und Beschäftigte in Pflegeeinrichtungen in Nordrhein-Westfalen, Stand 15.12.2013

¹⁴⁰ Vgl. vdek (2015a)

berichten immer häufiger, dass sie eine adäquate pflegerische Versorgung nicht mehr gewährleisten können und die Übernahme neuer Patienten ablehnen müssen¹⁴¹.

Aufgrund des demografischen Wandels (Kapitel 3.1) und dem Rückgang des informellen Pflegepotentials (Kapitel 3.4) ist davon auszugehen, dass die Inanspruchnahme von ambulanten Pflegeleistungen auch zukünftig weiter ansteigen wird. Auch wegen der wachsenden Bedeutung vorstationärer Pflegealternativen werden perspektivisch mehr ältere Menschen mit Pflegebedürftigkeit auf ambulante Pflegedienste angewiesen sein als heute.

Die ambulanten Pflegedienste müssen sich dabei auch auf eine Zunahme von pflegebedürftigen Menschen mit Migrationshintergrund einstellen. Zu rechnen ist desweiteren mit einer anhaltenden Zunahme der psychischen Erkrankungen, der chronischen Erkrankungen und der Schwerstpfegebedürftigkeit durch Multimorbidität im Alter, aber vor allem mit der starken Zunahme der Demenzerkrankungen¹⁴².

7.3 Teilstationäre Wohn- und Pflegeangebote

Einrichtungen der Tagespflege nach § 41 SGB XI bieten hilfe- und pflegebedürftigen Menschen die Möglichkeit, sich während des Tages stundenweise pflegerisch professionell versorgen zu lassen, während die restliche Zeit die Angehörigen die Aufgaben übernehmen. Dadurch sollen in erster Linie die Angehörigen entlastet werden, die die Pflege in der übrigen Zeit sicherstellen und so einen wichtigen Beitrag dazu leisten, dass der Pflegebedürftige möglichst lange im eigenen Zuhause leben kann. Die teilstationäre Pflege umfasst auch die Beförderung des Pflegebedürftigen zur Einrichtung und zurück. Die Tagespflege kann an einem oder an mehreren Tagen in der Woche in Anspruch genommen werden, je nach Bedarf. In der Regel haben Tagespflegeeinrichtungen an den Werktagen von morgens bis abends geöffnet.

Die Nachtpflege stellt als Pendant zur Tagespflege das entsprechende Angebot für die Nacht dar. Hier geht es um die Pflege und Betreuung während der Nachtstunden. Jedoch werden Nachtpflegen bislang selten angeboten und nachgefragt.

Die teilstationären Pflegeangebote haben sich in den letzten Jahren stark entwickelt. Im Jahr 2013 nahmen 57.216 Pflegebedürftige und deren Angehörige in Deutschland Leistungen für die teilstationäre Pflege in Anspruch. Das entsprach einem Zuwachs von über 45 Prozent im Vergleich zum Jahr 2009.¹⁴³

¹⁴¹ Vgl. bpa (2014), S. 2

¹⁴² Vgl. bpa (2014), S. 2

¹⁴³ Vgl. Statistisches Bundesamt, Pflegestatistik, Stand 31.12.2013, eigene Berechnung

Bei der Inanspruchnahme der Tages- und Nachtpflege übernimmt die Pflegekasse des versicherten Pflegebedürftigen die Aufwendungen für die pflegerische Grundversorgung, die soziale Betreuung und die medizinische Behandlungspflege im Rahmen der teilstationären Pflege. Tabelle 16 gibt über den Anspruch auf teilstationäre Pflege nach Pflegestufen Auskunft.

Tabelle 16: Anspruch auf teilstationäre Pflege (Gesamtwerte ab 01.01.2015)¹⁴⁴

Pflegestufe	Pflegegeld pro Kalendermonat nach § 41 SGB XI (mit eingeschränkter Alltagskompetenz nach § 45a SGB XI)
Pflegestufe 0	- (231 Euro)
Pflegestufe 1	468 Euro (689 Euro)
Pflegestufe 2	1.144 Euro (1.298 Euro)
Pflegestufe 3	1.612 Euro (1.612 Euro)
in Härtefallen	- (-)

Der Versicherte kann die zusätzlichen Betreuungs- und Entlastungsleistungen nach § 45b SGB XI (104 bzw. 208 Euro monatlich) auch auf die im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme von Leistungen der Tages- und Nachtpflege anwenden, womit sich die Leistungsbeträge nochmals erhöhen lassen.¹⁴⁵

Die teilstationäre Tages- und Nachtpflege kann der Pflegebedürftige zusätzlich zu Pflegesachleistungen, Pflegegeld oder der Kombinationsleistung nach § 38 SGB XI in Anspruch nehmen. Eine Anrechnung auf diese Ansprüche erfolgt nicht mehr.¹⁴⁶

7.3.1 Tagespflege

Nach der Pflegestatistik haben 2009 39 Pflegebedürftige, die Leistungen aus der sozialen Pflegeversicherung erhalten haben, teilstationäre Pflegesachleistungen im Kreis Euskirchen in Anspruch genommen, 2011 waren es 62 und im Jahr 2013 bereits 94. Das bedeutet einen Zuwachs von über 140 Prozent seit 2009 – die privat Versicherten und Selbstzahler noch nicht mit eingerechnet.¹⁴⁷ Aktuell stehen neun Tagespflegeeinrichtungen mit insgesamt 112 Plätzen zur Verfügung. In Planung ist eine weitere Tagespflegeeinrichtung mit 15 Plätzen im Stadtteil Kommern der Stadt Mechernich für 2016.¹⁴⁸

¹⁴⁴ Vgl. § 41 Abs. 2 SGB XI

¹⁴⁵ Vgl. § 45b Abs. 1 und 1a SGB XI

¹⁴⁶ Vgl. § 45 Abs. 3 SGB XI

¹⁴⁷ Vgl. Statistisches Bundesamt, Pflegestatistik, Stand:31.12.2013, eigene Berechnung

¹⁴⁸ Vgl. Kreisverwaltung Euskirchen/Z.I.P., Stand 16.11.2015

Abbildung 22: Tagespflegeplätze im Kreis Euskirchen¹⁴⁹

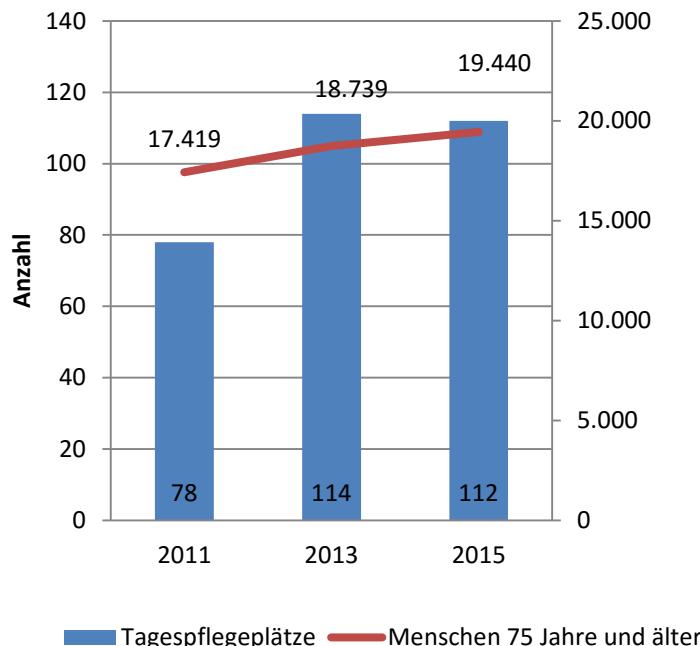


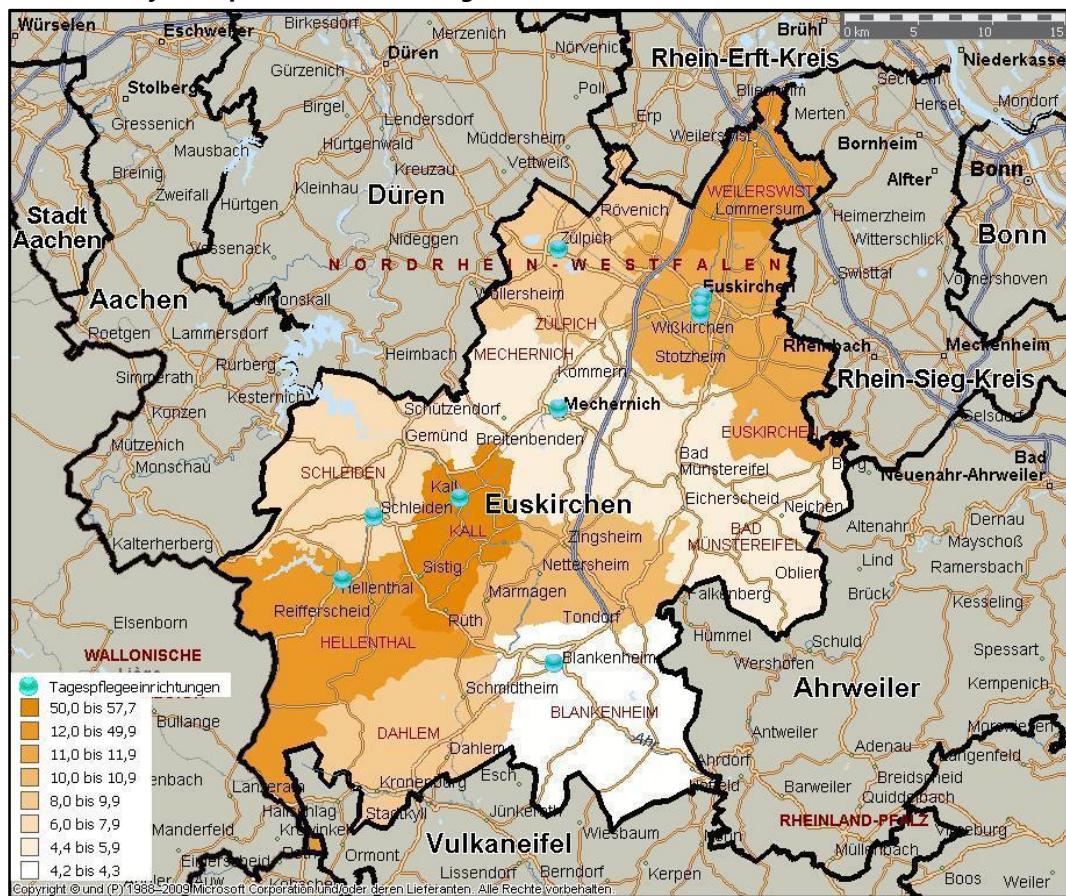
Tabelle 17: Tagespflegeeinrichtungen und -plätze nach Gemeinde (Stand: 16.11.2015)¹⁵⁰

Stadt/Gemeinde	Einrichtungen insgesamt	Plätze insgesamt	Plätze je 1.000 Personen über 75 Jahre
Bad Münstereifel	0	0	0
Blankenheim, Ahr	1	14	14,0
Dahlem, bei Kall	0	0	0
Euskirchen	3	42	7,8
Hellenthal	1	12	11,7
Kall	1	10	8,7
Mechernich	1	12	4,7
Nettersheim	0	0	0
Schleiden	1	11	7,0
Weilerswist	0	0	0
Zülpich	1	11	5,6
Kreis Euskirchen	9	112	5,8

¹⁴⁹ Vgl. Kreisverwaltung Euskirchen/Z.I.P., Stand 16.11.2015; Vgl. Statistisches Bundesamt, Fortschreibung des Bevölkerungsstandes (Basis Zensus 2011), Bevölkerungsstand; eigene Berechnungen

¹⁵⁰ Vgl. Kreisverwaltung Euskirchen/Z.I.P., Stand 16.11.2015; Vgl. Statistisches Bundesamt, Fortschreibung des Bevölkerungsstandes (Basis Zensus 2011), Bevölkerungsstand; eigene Berechnungen

Abbildung 23: Verteilung Tagespflegeeinrichtungen und Anzahl der Menschen mit 75 und mehr Lebensjahren pro stationärem Pflegebett¹⁵¹



Nicht nur aus demographischen Gründen und der Stärkung der vorstationären Pflegealternativen wird die Nachfrage nach Tagespflegeangeboten vermutlich steigen. Seit Januar 2015 ist der finanzielle Anreiz für die Inanspruchnahme von Tages-/Nachtpflegen zudem vom Gesetzgeber verstärkt worden – durch die Nichtanrechnung auf ambulante Pflegeleistungen.

7.3.2 Nachtpflege

Im Kreis Euskirchen gibt es derzeit kein Angebot zur Nachtpflege. Dem Aufbau einer Nachtpflege sollte auch keine Priorität eingeräumt werden. In der Statistik der Pflegestützpunkte des Kreises zeigt sich, dass sich statistisch betrachtet gerade 0,67 Menschen pro Monat über Nachtpflegeangebote informieren. Zum Vergleich: Über das Angebot der Tagespflege informieren sich rund elf Mal mehr Menschen pro Monat.

¹⁵¹ Vgl. Kreisverwaltung Euskirchen/Z.I.P., Stand 16.11.2015, eigene Darstellung

7.4 Kurzzeitpflege

Kurzzeitpflege nach § 42 SGB XI kann in Anspruch genommen, wenn die häusliche oder teilstationäre Pflege vorübergehend nicht möglich oder nicht ausreichend ist.¹⁵² Die Pflegekassen gewähren dafür bis zu vier Wochen pro Kalenderjahr und einen Leistungsbetrag von bis zu 1.612 Euro im Kalenderjahr.¹⁵³ Damit richtet sich das Angebot vor allem an die pflegenden Angehörigen, die beispielsweise durch Erholungsurlaub, Krankheit oder aus anderen Gründen über einen bestimmten Zeitraum die Pflege nicht übernehmen können. Der Leistungsbetrag kann dann auf 3.224 Euro im Kalenderjahr erhöht und auf bis zu acht Wochen ausgedehnt werden, wenn der Anspruch der Kurzzeitpflege auf den Leistungsbetrag für eine Verhinderungspflege nach § 39 Abs. 1 Satz 3 SGB XI angerechnet wird.¹⁵⁴

Ein Anspruch auf Kurzzeitpflege besteht auch, wenn der Pflegebedürftige nach einer stationären Behandlung nicht oder noch nicht im erforderlichen Umfang zu Hause gepflegt werden kann.¹⁵⁵

Im Kreis Euskirchen stehen derzeit 176 Kurzzeitpflegeplätze zur Verfügung, davon 19 Plätze in zwei Einrichtungen als originäre Plätze und 157 Plätze in 28 Pflegeheimen als flexible Plätze innerhalb der Dauerpflege (eingestreute Kurzzeitpflege).¹⁵⁶ Damit liegt die Anzahl der Kurzzeitpflegeplätze im Kreis Euskirchen bei 9,1 Plätzen pro 1.000 Personen im Alter von 75 und mehr Lebensjahren.

Die Abbildung 24 zeigt die Entwicklung der Kurzzeitpflegeplätze im Kreis Euskirchen seit 2011. Die Anzahl der originären Plätze blieb mit 19 Plätzen seitdem unverändert, während die eingestreute Kurzzeitpflege im Landkreis von 134 auf 157 Plätze (+17,2%, 23 Plätze absolut) erweitert wurde.

¹⁵² Vgl. § 42 Abs. 1 SGB XI

¹⁵³ Vgl. § 42 Abs. 2 Satz 2 SGB XI

¹⁵⁴ Vgl. § 42 Abs. 2 Satz 3 SGB XI

¹⁵⁵ Vgl. § 42 Abs. 1 SGB XI

¹⁵⁶ Vgl. Kreisverwaltung Euskirchen/Z.I.P., Stand 16.11.2015

Abbildung 24: Kurzzeitpflegeplätze im Kreis Euskirchen¹⁵⁷

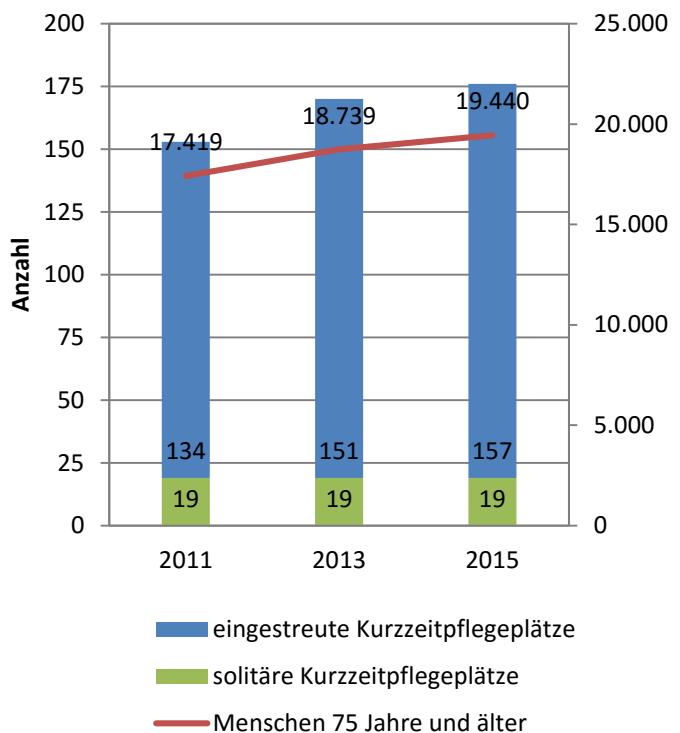


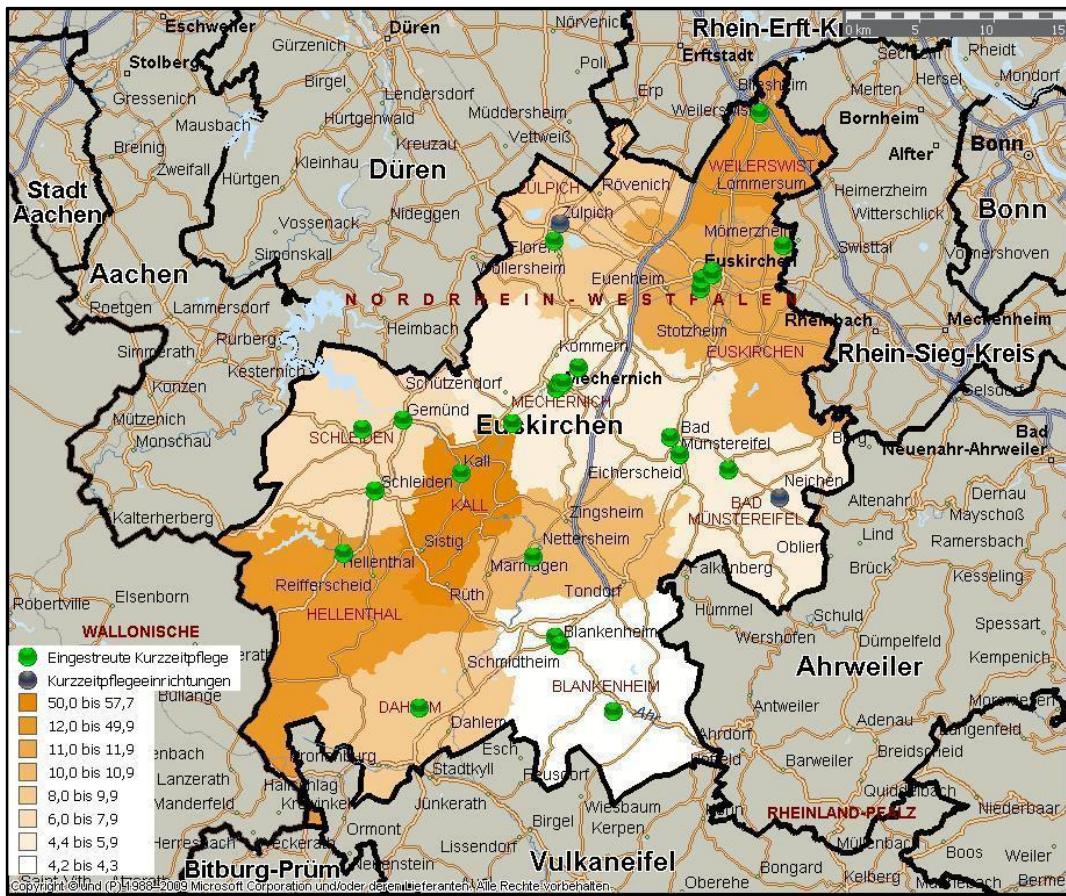
Tabelle 18: Kurzzeitpflege (Stand: 16.11.2015)¹⁵⁸

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

¹⁵⁷ Vgl. Kreisverwaltung Euskirchen/Z.I.P., Stand 16.11.2015; Vgl. Statistisches Bundesamt, Fortschreibung des Bevölkerungsstandes (Basis Zensus 2011), Bevölkerungsstand; eigene Berechnungen

¹⁵⁸ Vgl. Kreisverwaltung Euskirchen/Z.I.P., Stand 16.11.2015; Vgl. Statistisches Bundesamt, Fortschreibung des Bevölkerungsstandes (Basis Zensus 2011), Bevölkerungsstand; eigene Berechnungen

Abbildung 25: Verteilung der Kurzpflegeeinrichtungen und stationären Pflegeheime mit eingestreuter Kurzzeitpflege und Anzahl der Menschen mit 75 und mehr Lebensjahren pro stationärem Pflegebett¹⁵⁹



Die Nachfrage nach Kurzzeitpflegeplätzen unterliegt häufig saisonalen Schwankungen, einer urlaubsbedingt höheren Nachfrage in den Sommermonaten steht regelmäßig eine geringere Nachfrage im Winter gegenüber. Für Pflegeeinrichtungen ist es häufig wirtschaftlich attraktiv, in freien Zimmern der Dauerpflege Kurzzeitpflege anzubieten.¹⁶⁰ Ein weiterer Vorteil liegt darin, dass die Pflegebedürftigen, die Kurzzeitpflege in Anspruch nehmen, auf diese Weise das Pflegeheim besser kennenlernen können (bspw. das Personal, das Essen, die Beschäftigungsangebote, die Ausstattung und die Atmosphäre des Hauses) und vielen fällt dann die Entscheidung in ein Heim zu ziehen leichter, weil sie bereits (positive) Erfahrungen dort gemacht haben. Heimbetreiber können durch das Anbieten der Kurzzeitpflege zudem einen Wettbewerbsvorteil generieren, wenn es gelingt, den Aufenthalt für den Pflegebedürftigen so angenehm zu gestalten, dass dieser das Heim weiterempfiehlt bzw. selbst dauerhaft einzieht.

¹⁵⁹ Vgl. Kreisverwaltung Euskirchen/Z.I.P., Stand 16.11.2015, eigene Darstellung

¹⁶⁰ Vgl. Niewohner (2010), S. 91

8 Angebot und Nachfrage vollstationärer Pflegebetten im Kreis

Zum Jahresende 2013 standen den 171.747¹⁶¹ vollstationären Pflegebetten in Nordrhein-Westfalen 1.801.505¹⁶² 75-Jährige und Ältere gegenüber. Pro 100 Einwohner über 74 Jahren wurden in Nordrhein-Westfalen im Jahr 2013 demnach statistisch 9,5 vollstationäre Pflegebetten vorgehalten, im Kreis Euskirchen waren es dagegen 12,9 Betten.¹⁶³

Tabelle 19 zeigt neben der Versorgungsdichte mit dem Kehrwert der Versorgungsdichte eine anschaulichere Größe, nämlich die Anzahl der 75jährigen und älteren Menschen, für die rechnerisch ein vollstationäres Pflegebett vorgehalten wird. Dargestellt sind neben dem Kreis Euskirchen die angrenzenden Kreise, wobei Ahrweiler, Eifelkreis Bitburg-Prüm, Mayen-Koblenz und Vulkaneifel zu Rheinland-Pfalz gehören. Es wird deutlich, dass bezogen auf die Anzahl älterer Einwohner im Kreis Euskirchen mit Abstand die meisten vollstationären Pflegebetten vorgehalten werden.

Tabelle 19: Versorgungsdichte und Anzahl der Menschen über 74 pro vollstationärem Pflegebett im Kreis Euskirchen und den angrenzenden Kreisen (Dezember 2013)¹⁶⁴

Kreis / kreisfreie Stadt	Versorgungsdichte: vollstationäre Pflegebetten pro 100 Einwohner über 74 Jahren	Einwohner ab 75 Jahre pro vollstationärem Pflegebett
Eifelkreis Bitburg-Prüm	7,62	13,12
Rhein-Erft-Kreis	8,23	12,15
Rhein-Sieg-Kreis	8,79	11,37
Mayen-Koblenz, Landkreis	8,93	11,20
NRW	9,53	10,49
Städteregion Aachen (einschl. Stadt Aachen)	9,70	10,30
Bonn, Kreisfreie Stadt	10,21	9,80
Düren, Kreis	10,66	9,38
Ahrweiler, Landkreis	10,75	9,30
Vulkaneifel, Landkreis	11,04	9,06
Euskirchen, Kreis	12,93	7,73

Die Abbildung 26 und Tabelle 20 zeigen die Anzahl älterer Menschen pro Pflegebett in den Städten und Gemeinden des Kreis Euskirchen basierend auf den aktuellen Daten der Kreisverwaltung Euskirchen und der Bevölkerungsvorausberechnung des statistischen Landesamtes Nordrhein-Westfalens für 2015.

¹⁶¹ Vgl. Statistisches Bundesamt, Pflegetatistik, Stand 31.12.2013

¹⁶² Vgl. Statistisches Bundesamt, Fortschreibung des Bevölkerungsstandes, Stand 31.12.2013 (basierend auf Zensus 2011)

¹⁶³ Vgl. Statistisches Bundesamt, Pflegetatistik, Stand 31.12.2013; Vgl. Statistisches Bundesamt, Fortschreibung des Bevölkerungsstandes, Stand 31.12.2013 (basierend auf Zensus 2011); eigene Berechnung

¹⁶⁴ Ebenda

Abbildung 26: Verteilung der stationären Pflegeheime und Anzahl der Menschen mit 75 und mehr Lebensjahren pro stationärem Pflegebett im Kreis Euskirchen¹⁶⁵

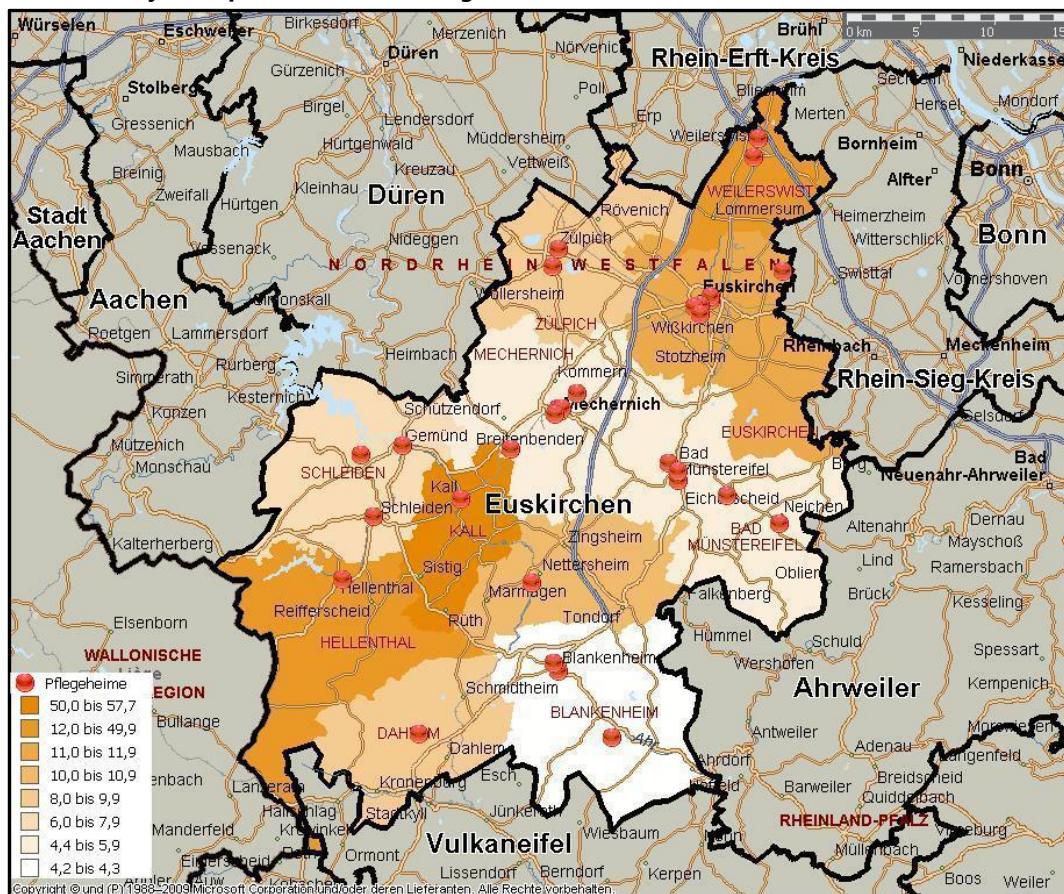


Tabelle 20: Versorgungsdichte und ältere Menschen pro Pflegebett im Kreis Euskirchen nach Städte und Gemeinden (2015)¹⁶⁶

Stadt / Gemeinde	Versorgungsdichte (vollstationäre Pflegebetten pro 100 Einwohner über 74 Jahren)	Einwohner über 74 Jahre pro vollstationärem Pflege- bett
Blankenheim, Ahr	23,35	4,28
Mechernich	22,51	4,44
Bad Münstereifel	18,32	5,46
Schleiden	14,18	7,05
Zülpich	12,23	8,18
Dahlem, b Kall	11,43	8,75
Nettersheim	9,42	10,62
Euskirchen	8,99	11,13
Weilerswist	8,05	12,43
Hellenthal	7,42	13,47
Kall	1,73	57,70

Im Jahr 2015 wurden im Kreis Euskirchen statistisch für 7,88 Einwohner über 74 Jahren ein Pflegebett vorgehalten, geringfügig mehr als 2013.¹⁶⁷ Auffallend ist jedoch die extrem

¹⁶⁵ Vgl. IT.NRW (2015b), Bevölkerungsvorausberechnung Analyse 2014-2040 (basierend auf Zensus 2011), Stand 01.01.2015; Vgl. Kreisverwaltung Euskirchen/Z.I.P., Stand 16.11.2015; eigene Berechnung

¹⁶⁶ Ebenda

¹⁶⁷ Vgl. IT.NRW (2015b), Bevölkerungsvorausberechnung Analyse 2014-2040 (basierend auf Zensus 2011), Stand 01.01.2015; Vgl. Kreisverwaltung Euskirchen/Z.I.P., Stand 16.11.2015; eigene Berechnung

ungleiche Verteilung der Pflegekapazitäten im Kreis: In Kall, wo 2015 für 1.154 Menschen über 74 Jahre nur 20 vollstationäre Pflegebetten zur Verfügung stehen, teilen sich mehr als 13-mal mehr ältere Menschen ein Pflegebett wie in Blankenheim. Die Versorgungsdichte in den Städten und Gemeinden des Kreises schwankt mithin zwischen 1,73 Prozent und 23,35 Prozent. Während den älteren Menschen in Kall weit weniger Betten als durchschnittlich zur Verfügung stehen, gilt für Blankenheim und Mechernich und mit Einschränkungen auch noch für Bad Münstereifel das Gegenteil.

8.1 Einführung in die ökonometrische Nachfrageschätzung

Die Modelle zur Schätzung der Nachfrage nach stationären Pflegebetten beruhen auf linearen, multiplen Regressionsanalysen. Einfach gesprochen wird mit Hilfe von Regressionsanalysen versucht, auf der Grundlage von Daten aus Gemeinden, in denen statistische Angaben über die Belegung vorhandener stationärer Pflegebetten vorliegen, ein Muster zwischen der Anzahl belegter Betten und den vor Ort gegebenen Rahmenbedingungen zu finden. So ist beispielsweise auf jeden Fall zu erwarten, dass ein Zusammenhang zwischen der Anzahl der belegten stationären Pflegebetten und der Anzahl älterer Menschen vor Ort besteht. Gleichzeitig hängt die Nachfrage aber auch von anderen Faktoren ab, so dass allein die Konzentration auf eine Variable, wie beispielsweise die Anzahl älterer Menschen, nicht ausreichend sein kann. Mit einer multiplen Regressionsanalyse kann selbst bei einer Vielzahl einflussnehmender Variablen der Einfluss einer jeden einzelnen Variablen berechnet werden. Im Ergebnis erhält man eine Schätzgleichung nach dem Format

$$\text{Geschätzte Anzahl Heimbewohner} = y * \text{ältere Menschen} - z * \text{informelles Pflegepotential} + \dots + \dots$$

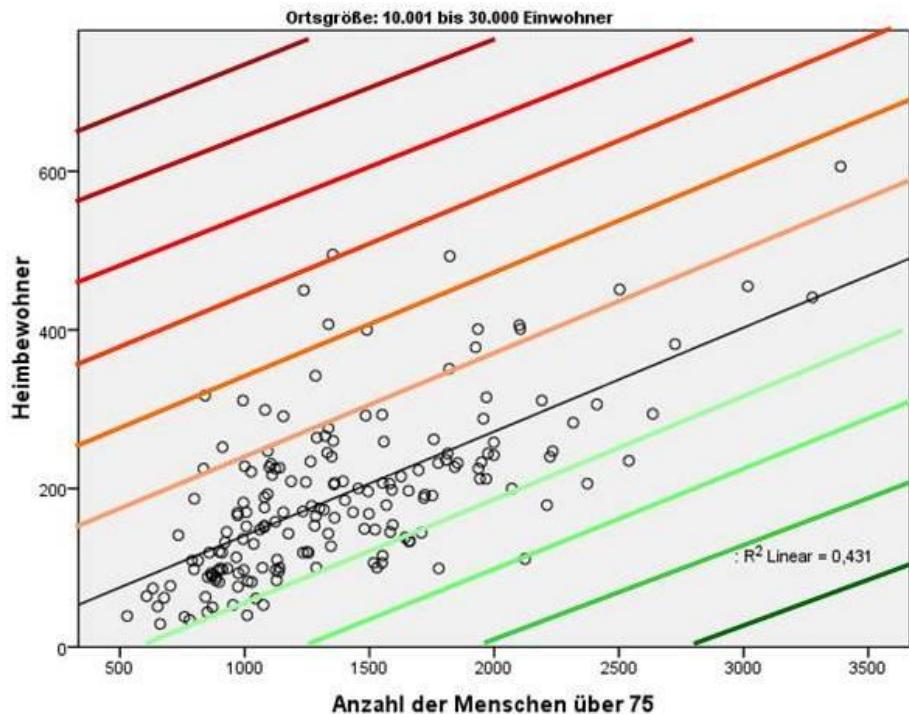
Die Schätzung der Koeffizienten y und z beruht dabei auf dem Einfluss, den die Variablen *Anzahl älterer Menschen* und *informelles Pflegepotential* im Durchschnitt aller der Berechnung zugrunde gelegten Gebietskörperschaften haben.

Ceteris paribus gilt: Je stärker der geschätzte Bedarf von der tatsächlichen Anzahl bereitgestellter oder belegter Pflegebetten nach oben abweicht, desto größer ist die gegenwärtige Versorgungslücke.

Die folgende Abbildung verdeutlicht dies grafisch für den vereinfachten Fall mit nur einer Einflussgröße und den Heimbewohnern 2009 in bayerischen Kleinstädten mit 10 bis 30 tausend Einwohnern: Die schwarze, mitten durch die Punktewolke gehende Gerade ist die mathematisch ermittelte Regressionsgerade, also der durchschnittliche Zusammenhang zwischen der Anzahl an Menschen über 74 Jahren und der Anzahl an Heimbewohnern. Je weiter die tatsächliche Heimbewohnerzahl unter der vermuteten liegt, je weiter also ein Punkt unter der Regressionsgeraden liegt, desto stärker kann dies als Hinweis auf einen

zusätzlichen Bedarf an Heimplätzen gedeutet werden. In der Abbildung sind diese Bereiche grün gekennzeichnet. Rot schraffiert ist dagegen der Bereich, in dem die Zahl der Heimbewohner bereits heute die erwartete Anzahl übertrifft.

Abbildung 27: Erklärung der Heimbewohnerzahl mit nur einer Variablen



Tatsächlich wird ein leicht abgewandeltes Modell berechnet, bei dem nicht die Anzahl der Heimbewohner erklärt wird, sondern der Anteil der Heimbewohner an den Menschen über 75 Jahren in einer Gemeinde. Diese Methode hat den Vorteil, dass sie relativ unabhängig von der Ortsgröße eine gemeinsame Berechnung für Gemeinden ermöglicht und das Bestimmtheitsmaß nicht übermäßig durch die Anzahl der älteren Menschen und die Ortsgröße getrieben wird.

Für die Berechnungen wurden alle bundesweit verfügbaren Daten über stationäre Pflegeeinrichtungen in allen Bundesländern sowie verschiedenste weitere Statistiken aus vier Jahren zusammengetragen:

- Die Pflegestatistik 2011 und 2013¹⁶⁸
- Die Arbeitslosenstatistik 2010-2013¹⁶⁹
- Die Bevölkerungsstatistik 2010-2013¹⁷⁰

¹⁶⁸ Statistisches Bundesamt

¹⁶⁹ Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung der Bundesagentur für Arbeit

¹⁷⁰ Statistische Ämter der Länder

- Stationäre Einrichtungen für ältere Menschen und ambulant betreute Wohngemeinschaften in Bayern 2010 und 2012¹⁷¹
- Einkommensteuerstatistik 2010-2013¹⁷²

Der Datensatz umfasst in den vier Jahren 1.691 Gemeinden mit Pflegeheimen, nach Ausschluss aller Gemeinden mit weniger als 2000 Einwohnern und Bereinigung um Extremwerte verbleiben 1.121 Gemeinden im Sample.

Die zum Einsatz kommenden Variablen werden dabei so ausgewählt, dass einerseits der Erklärungsgehalt gemessen am korrigierten Bestimmtheitsmaß R^2 maximiert wird und andererseits der Standardfehler so klein wie möglich gehalten wird. Bei einer Irrtumswahrscheinlichkeit von mehr als 5 Prozent wurden die betreffenden Variablen aus dem Modell entfernt. Die verbleibenden Variablen sind jedoch alle sogar auf dem 1 Prozent Niveau signifikant. Sowohl der Goldfeld-Quandt Test als auch einfache Residuenplots stützen die (naheliegende) Vermutung heteroskedastisch verteilter Störgrößen. Mit anderen Worten sinkt die Varianz des Schätzfehlers mit zunehmender Ortsgröße. Verwunderlich ist dies nicht, schließlich kann in kleinen Städten bereits eine Hand voll Pflegebedürftiger mehr als geschätzt zu deutlichen Abweichungen des tatsächlichen Anteils der Heimbewohner an den älteren Einwohnern im Vergleich zum geschätzten führen, während dies in einer Großstadt an dieser Anteilsgröße erst viele Stellen hinter dem Komma abzulesen wäre. Werden bei heteroskedastischen Residuen keine Gegenmaßnahmen ergriffen, sind die Grundannahmen der linearen Regression verletzt. Die geschätzten Werte sind nicht mehr effizient und die Irrtumswahrscheinlichkeiten werden aufgrund von verzerrten Standardfehlern falsch ausgewiesen. Um dem zu begegnen wurde das Sample durch eine geeignete Korrekturvariable¹⁷³ gewichtet. Im vorliegenden Fall wird zuerst die Regressionsgleichung ohne Korrektur geschätzt. Anschließend wird der natürliche Logarithmus der quadrierten Residuen dieser Schätzung über die Anzahl der Menschen über 74 pro Gemeinde (Alte) regressiert. Der so gewonnene Regressionskoeffizient β wird in dem Korrekturfaktor $k = (Alte)^{\frac{2}{\sqrt{\beta}}} - 1$ verarbeitet, mit dem alle Beobachtungen vor der endgültigen Regression multipliziert werden.

¹⁷¹ Bayerisches Landesamt für Statistik und Datenverarbeitung

¹⁷² Statistisches Bundesamt

¹⁷³ Zur theoretischen Herleitung der Bestimmung des geeigneten Gewichtungsfaktors bei Heteroskedastizität sei auf beliebige Lehrbücher der Ökonometrie verwiesen.

Tabelle 21: Zusammenfassung des Modells

R	R-Quadrat	Korrigiertes R-Quadrat	Standardfehler des Schätzers
0,780a	0,6084	0,6056	0,1498

Abhängige Variable: Pflegebedürftige in stationärer Dauerpflege einer Gemeinde dividiert durch Einwohner im Alter von 75 und älter multipliziert mit k

Tabelle 22: Koeffizienten des Modells

Variablen	Nicht standardisierte Koeffizienten		Standardisierte Koeffizienten	T Statistik	Signifikanz / P-Value
	Regressions-koeffizient	Standard-fehler	Beta		
Konstante	0,2394	0,0353		6,7793	0,0000
Frauenanteil im Verhältnis zur Bevölkerung 75+	0,2004	0,0154	1,0711	12,9708	0,0000
Kreisfreie Stadt (Dummy)	-0,0113	0,0064	-0,1716	-1,7622	0,0783
Versorgungsdichte im Umland der Gemeinde	-0,2037	0,0509	-0,1940	-3,9991	0,0001
Einwohnerdichte	-4,2 E-6	0,0000	-0,1187	-3,0383	0,0024
Vollauslastung 99%	-0,0100	0,0026	-0,0737	-3,8348	0,0001
Frauen 45-65 Jahre im Verhältnis zur Bevölkerung 75+	-0,0233	0,0036	-0,2685	-6,5479	0,0000
Wanderungssaldo der Bevölkerung 65 auf Kreisebene im Verhältnis zur Bevölkerung 75+	0,0340	0,0098	0,0773	3,4530	0,0006
Arbeitslosengeldempfänger SGB II im Verhältnis zur Bevölkerung 75+	0,0349	0,0123	0,0778	2,8330	0,0047

Abhängige Variable: Pflegebedürftige in stationärer Dauerpflege einer Gemeinde dividiert durch Einwohner im Alter von 75 und älter multipliziert mit k

8.1.1 Erläuterung der Einflussgrößen: Frauenanteil der potentiell Pflegebedürftigen

Durch die Berücksichtigung des Frauenanteils an der Bevölkerung 75+ wird die geschlechtsspezifische Zusammensetzung der Altersgruppe über 74 Jahren modelliert. Wie bereits in Abschnitt 3.2 erwähnt, weisen Frauen eine deutlich höhere Heimeintrittswahrscheinlichkeit auf als Männer. Je höher der Anteil der Frauen an allen Einwohnern über 74 Jahren, desto höher die Nachfrage nach stationären Pflegebetten.

8.1.2 Erläuterung der Einflussgrößen: Kreisfreie Stadt

Kreisfreie Städte bringen in der Regel eine andere Agglomerationsstruktur in ihrem Umland mit als dies nichtkreisfreie Gemeinden tun. Sie sind in der Regel nicht nur größer als die Städte und Gemeinden im direkten Umfeld, sie haben häufig auch eine höhere Dichte und bessere Verfügbarkeit vorstationärer Pflegehilfen. Die Regressionsergebnisse bestätigen die Vermutung, dass dies c.p. zu einer leicht geringeren Nachfrage nach stationären Pflegeplätzen führt.

8.1.3 Erläuterung der Einflussgrößen: Der Wettbewerbsdruck im Umfeld

Die Nachfrage nach stationären Pflegebetten an einem Ort kann nicht unabhängig vom Angebot der Mitbewerber geschätzt werden. Je weniger Pflegebetten im Umland einer Gemeinde vorgehalten werden, desto größer ist der zu erwartende Zustrom von Pflegebedürftigen aus benachbarten Ortschaften. Gleichzeitig gilt, dass bei einer hohen Versorgungsdichte im Landkreis auch mit einem stärkeren Konkurrenzdruck zu rechnen ist. Als Maß für den Wettbewerbsdruck werden die außerhalb der Gemeinde in Nachbargemeinden vorgehaltenen Pflegebetten zu den dort lebenden Menschen über 74 Jahren ins Verhältnis gesetzt. Die Berechnungen zeigen das erwartete Ergebnis: Je höher die Versorgungsdichte im Umfeld, desto geringer die Nachfrage nach Pflegeplätzen am Ort.

8.1.4 Erläuterung der Einflussgrößen: Einwohnerdichte

Die Einwohnerdichte ist ein guter Indikator für die Agglomerationsstärke einer Gemeinde. Für die Nachfrage nach Pflegeplätzen kann dies mehrere Auswirkungen haben. Zum einen steigt mit der Besiedlungsdichte typischerweise auch das Angebot an ambulanten Pflegeleistungen. Zum anderen leben die eigenen Kinder häufig selbst nicht mehr in der elterlichen Gemeinde auf dem Land, sondern in größeren Städten, wo mehr Arbeitsplätze vorhanden sind. Die häusliche Pflege durch die eigenen Kinder würde dann häufiger in dichter besiedelten Gebieten erfolgen können. Je mehr Menschen pro Quadratkilometer leben, desto weniger Pflegebetten werden nachgefragt.

8.1.5 Erläuterung der Einflussgrößen: Vollauslastung

Ebenfalls berücksichtigt wird eine Dummy-Variable als Indikator für die Vollauslastung der Kapazitäten in der Gemeinde. Eine Dummy-Variable ist eine binäre Variable, die nur die zwei Werte 1 und 0 annehmen kann. Sie hat den Wert 1, wenn die Auslastung der Bettenkapazitäten einer Gemeinde über 99 Prozent liegt und den Wert 0, wenn die Auslastung darunterliegt. Der Koeffizient der Variable sollte stets ein negatives Vorzeichen haben, um damit die Abweichung der geschätzten von der tatsächlichen Nachfrage auszugleichen, wann immer Kapazitätsgpässe verhindern, dass alle Menschen, die gerne einen Pflegeplatz hätten, auch einen bekommen können. Ohne die Berücksichtigung dieser Variable könnte nur dann der Einfluss der anderen Faktoren fehlerfrei berechnet werden, wenn in keiner Gemeinde alle Betten belegt wären. Nur dann würde die Nachfrage tatsächlich in jeder Höhe durch die modellierten Einflussfaktoren bestimmt und nicht von exogen gegebenen Kapazitätsgrenzen gekappt. Ohne die Berücksichtigung dieser Variable würde der Einfluss jeder einzelnen berücksichtigten Größe unterschätzt und infolgedessen ein zu geringer Gesamtbedarf geschätzt. Mit gewisser Vorsicht könnte der Betrag des

Koeffizienten (0,010 also 1 Prozent) als Anteil der Pflegebedürftigen an den Menschen über 74 Jahren interpretiert werden, die in Gemeinden mit voll ausgelasteten Pflegeeinrichtungen im Durchschnitt zusätzliche Pflegebetten nachfragen würden, wenn freie Betten vorhanden wären.

8.1.6 Erläuterung der Einflussgrößen: Informelles Pflegepotential

Wird die Pflege männlicher Pflegebedürftiger im häuslichen Rahmen durch Angehörige erbracht, sind es meist Frauen, die die Pflegeleistung erbringen. Am häufigsten ist die Pflegeperson die Ehefrau des Pflegepatienten, an zweiter Stelle kommt die Tochter oder die Schwiegertochter des Pflegebedürftigen. Ist die Partnerin selbst schon zu alt oder die Tochter an einen anderen Ort verzogen, steigt die Wahrscheinlichkeit einer stationären Unterbringung. Als Indikator für die Größe des informellen Pflegepotentials in einer Gemeinde dient die Anzahl der dort lebenden Frauen im Alter zwischen 45 und 65 Jahren bezogen auf die Anzahl der älteren Menschen (75 Jahre und älter).

8.1.7 Erläuterung der Einflussgrößen: Arbeitslose nach SGB II

Die Berücksichtigung der Arbeitslosenzahlen dient dem Ziel, die sozioökonomische Situation der Kindergeneration abzubilden. Verallgemeinernd kann davon ausgegangen werden, dass Arbeitslosigkeit zu Einkommenseinbußen führt und den finanziellen Spielraum der Betroffenen stark einschränkt. Zwei diametral entgegengesetzte pflegerelevante Reaktionen sind mit Hinblick auf die angespannte Einkommenssituation denkbar: einerseits pflegen arbeitslose Kinder ihre Eltern häufiger selbst als sonst, weil es ihre Zeit zulässt und das von der Pflegeversicherung der Eltern gezahlte Pflegegeld nicht auf die Lohnersatzleistungen angerechnet wird und so zu einem Nebenverdienst verhilft. Stationäre Pflegebetten würden in diesem Fall in Regionen mit hoher Arbeitslosigkeit seltener in Anspruch genommen werden. Andererseits wäre aber auch denkbar, dass gerade wegen des geringen Einkommens häufiger stationäre Pflegeleistungen in Anspruch genommen werden, da die in Pflegeeinrichtungen normalerweise zu erbringenden finanziellen Eigenbeteiligungen häufiger vom Staat übernommen werden. Die vollstationäre Heimpflege von mittellosen Eltern führt nur dann zu Kosten bei deren Kindern, wenn diese über ein Einkommen verfügen, das oberhalb bestimmter Freigrenzen liegt. Dies dürfte gerade bei Langzeitarbeitslosen seltener der Fall sein.

Zur besseren Vergleichbarkeit der Pflegestatistiken aus verschiedenen Jahren wurden die Arbeitslosenzahlen vor der Berechnung mit Hilfe der Jahresschnittswerte normiert. Der Koeffizient der Variablen *Arbeitslosengeldempfänger nach SGB II im Verhältnis zur Bevölkerung im Alter von 75 und mehr Lebensjahren* ist positiv. Somit steigt die Nachfrage

nach Pflegebetten mit der Anzahl der Empfänger von Arbeitslosengeld II (Hartz IV Leistungen).

8.1.8 Erläuterung der Einflussgrößen: Wanderungssaldo - Die Attraktivität der Region für Ältere

Wie in Kapitel 4.3 erörtert, sind Wanderungsbewegungen ein Erklärungsfaktor für die Veränderung der Alterszusammensetzung der Bevölkerung in der Zukunft. Je stärker sich die Bevölkerungsstruktur der jedes Jahr per Saldo zu- oder abwandernden Menschen von der Stammbevölkerung unterscheidet, sei es in Alter, Anzahl der Kinder, finanziellem Hintergrund oder anderen Merkmalen, desto schneller wird sich die Struktur der Gesellschaft verändern und mit ihr der Bedarf an Pflegeleistungen. Der durchschnittliche Wanderungssaldo der Menschen ab 65 Jahren aus den letzten fünf Jahren ist ein Indikator für die Attraktivität der Region für ältere Menschen. Der Wanderungssaldo ist die Differenz aus allen zu- und fortgezogenen 65-jährigen und älteren Menschen. Eine Region kann für alte Menschen aus verschiedenen Gründen attraktiv sein. Denkbar ist beispielsweise, dass altersspezifische Freizeitmöglichkeiten, fußläufige Einkaufsmöglichkeiten, spezielle Kurangebote, Angebote des öffentlichen Personennahverkehrs oder auch schlicht die Attraktivität der Landschaft eine Rolle spielt. Der positive Koeffizient zeigt, dass der Bedarf an stationären Pflegebetten umso höher ausfällt, je mehr Personen im Alter von über 64 Jahren per Saldo in einen Landkreis zuwandern. Es ist davon auszugehen, dass sich dahinter nicht nur aktuelle, sondern auch zeitverschobene Einflüsse verbergen.

8.2 Schätzung der zukünftigen Nachfrage

Mit Hilfe der oben gewonnenen Schätzgleichung ist es grundsätzlich nicht nur möglich, den gegenwärtigen Bedarf an Pflegebetten abzuschätzen, auch der zukünftige Bedarf kann projiziert werden. Die erwarteten Einwohnerzahlen stehen differenziert nach Altersgruppen bis zum Jahr 2040 durch die regionalisierte Bevölkerungsvorausberechnung des statistischen Landesamtes von Nordrhein-Westfalen – Information und Technik Nordrhein-Westfalen – zur Verfügung. Für andere Variablen müssen jedoch auf Basis plausibler Annahmen Werte geschätzt werden. Man weiß weder heute, wie hoch die Arbeitslosenzahlen in einem Landkreis in Zukunft sein werden, noch liegen Informationen über Wanderungssalden vor. Mehr als eine sachverständige Näherung darf daher von den Zukunftsprojektionen nicht erwartet werden. Zu zahlreich sind die Annahmen, die getroffen werden müssen, um für jede der Variablen in der Schätzgleichung Werte zu erhalten.

Für die von uns vorgenommene Zukunftsprojektion werden folgende Annahmen getroffen:

- Der durchschnittliche Wanderungssaldo der letzten fünf Jahre der 65-Jährigen und Älteren im Landkreis bleibt konstant.
- Die Anzahl der Empfänger von Leistungen nach dem SGB II bezogen auf das Erwerbspersonenpotential bleibt konstant.
- Die Einwohnerdichte bleibt konstant.

Setzt man die Werte in die Gleichung zur Schätzung des Bedarfs ein, erhält man direkt die Schätzung des zukünftigen Pflegebedarfs nach der Medikalisierungshypothese. Die altersspezifischen Pflegewahrscheinlichkeiten werden dabei unverändert auch für die Zukunft unterstellt. Aus diesem Grund ist in dieser Projektion bei Gültigkeit der getroffenen Annahmen ein oberer Schätzer des Erwartungsbedarfs zu sehen.

Die Kompressionshypothese führt zu einer Verschiebung der altersspezifischen Pflegewahrscheinlichkeiten um die gestiegene Lebenserwartung. Wenn sich die mittlere Lebenserwartung von Männern und Frauen bis zum Jahr 2040 wie vermutet um rund drei Jahre erhöht¹⁷⁴, bedeutet dies näherungsweise, dass 2040 Menschen ab 78 Jahren dieselbe Pflegewahrscheinlichkeit aufweisen wie heute Menschen ab 75 Jahren. Genauso wie heute alle Modelle das Pflegerisiko von unter 75-Jährigen vernachlässigen, können zukünftig unter 78-Jährige vernachlässigt werden. Der geringe Anteil der tatsächlich vorhandenen jüngeren Pflegefälle fließt in den Modellen in die Konstante ein. Die Kompressionshypothese kann als theoretische Grundlage zur Bestimmung eines unteren Schätzers für den künftigen erwarteten Pflegebedarf verstanden werden.

8.3 Grenzen der mathematischen Bedarfsschätzung

Es gehört zum Wesen einer Schätzung, dass es keine Garantie dafür geben kann, dass sich die Wirklichkeit wie angenommen entwickelt. Der tatsächliche Bedarf wird vom geschätzten mal nach oben, mal nach unten abweichen. Die Schätzwerte spiegeln stets das wider, was auf Basis der in anderen Gebietskörperschaften Deutschlands ermittelten Zusammenhänge zwischen Belegung und Bevölkerungsstruktur zu erwarten ist. Je mehr nicht modellierte Größen wie beispielsweise die spezifische geographische Lage eines Standorts vom statistischen Durchschnitt abweichen, desto größer können die tatsächlichen Abweichungen von den geschätzten Bedarfzahlen sein.

Mit dem ökonometrischen Schätzverfahren können durch den Vergleich von geschätzter und tatsächlicher Nachfrage Gemeinden identifiziert werden, in denen die Zahl belegter

¹⁷⁴ Veränderung der ferneren Lebenserwartung im Alter von 65 Jahren bei Annahme L2, vgl. Statistisches Bundesamt (2015c), S. 36

Betten – gemessen an den sonst üblichen Belegungsmustern – ungewöhnlich hoch ist. Warum dies so ist, können sie nicht erklären. Möglicherweise liefern auch die empirisch nicht quantifizierbaren Größen, die naturgemäß nicht in die Schätzung mit einfließen können, eine Erklärung. Subjektive Empfindungen über die Schönheit oder die Lage eines Hauses, die Freundlichkeit des Personals, die Beliebtheit der Heimleitung, der praktizierte Personalschlüssel, besonders attraktive regionale Angebote zur ambulanten Pflege und Ähnliches können im Einzelfall ein wichtiger Erklärungsfaktor dafür sein, warum die tatsächliche Nachfrage nach Pflegeplätzen in einer bestimmten Gemeinde von der geschätzten abweicht.

8.4 Ergebnisse der regionalen Bedarfsschätzungen

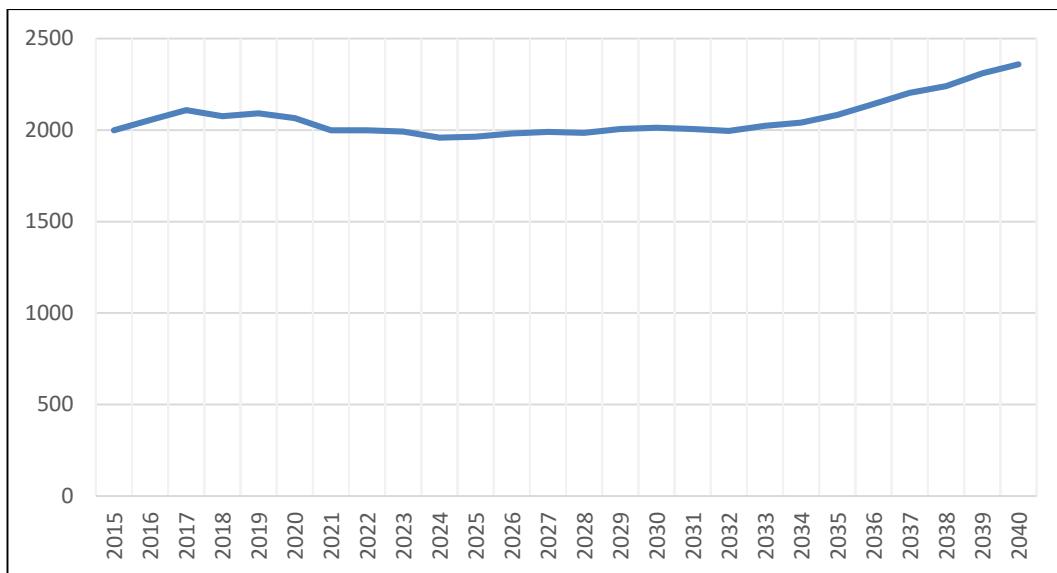
In diesem Abschnitt werden zunächst die vollstationären Pflegeeinrichtungen mit ihrem Einzugsgebiet dargestellt. Dazu wurde um jedes Pflegeheim eine Isochrone erstellt, die alle Orte markiert, von denen aus das jeweilige Pflegeheim 15 Fahrminuten mit dem PKW entfernt ist. Die Fahrzeit wurden mit der Routenplanungssoftware MapPoint ermittelt. Damit ist nach unserer Einschätzung das primäre Einzugsgebiet einer Pflegeeinrichtung umschrieben, da die Angehörigen der Pflegebedürftigen wegen der längeren Anfahrt sonst häufig auf ein näher gelegenes Heim drängen.

Für jede Stadt und jede Gemeinde des Kreises Euskirchen wurden die Ergebnisse der Regressionsanalyse mit den regionalen Rahmendaten verknüpft umso den Bedarf an vollstationären Pflegebetten differenziert nach Medikalisierungs- und Kompressionshypothese bis ins Jahr 2040 darstellen zu können.

8.4.1 Bad Münstereifel

Für die Nachfrage nach stationären Pflegeplätzen ist die Anzahl der älteren Menschen zwar nur eine von vielen, jedoch eine besonders wichtige Größe, weshalb ihr Verlauf gesondert dargestellt werden soll. Abbildung 28 zeigt, wie sich nach Einschätzung von IT.NRW die Anzahl älterer Menschen in Bad Münstereifel in den nächsten Jahren entwickeln wird.

Abbildung 28: Erwartete Anzahl 75jähriger und Älterer von 2015 bis 2040 in Bad Münstereifel¹⁷⁵



Die folgende Tabelle zeigt die vorhandenen vollstationären Pflegeeinrichtungen in Bad Münstereifel mit ausgewählten Kennzahlen und ihrer Auslastung.¹⁷⁶

Tabelle 23: Vollstationäre Pflegeeinrichtungen in Bad Münstereifel

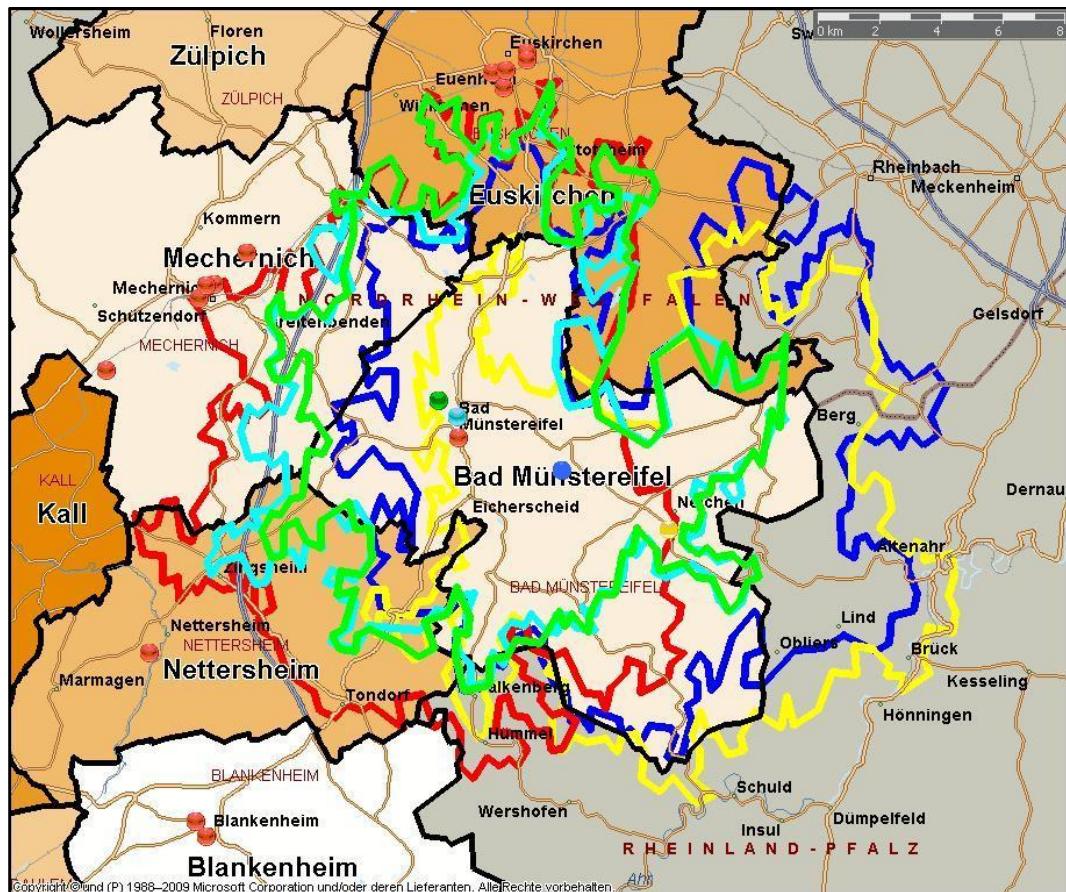
Nr.	Pflegeheim	Vollstationäre Pflegeplätze		Auslastung	MDK Note	MDK Qualitäts-Prüfung am
		gesamt	davon frei			
1	Marienheim Haus für Senioren	93	5	94,6	1,0	11.11.2014
2	Seniorenzentrum "Otterbach"	80	17	78,8	1,1	28.10.2014
3	Wohnanlage "Am Alten Stadttor"	80	12	85,0	1,4	17.07.2014
4	Senioreneinrichtung "Haus Johanna"	28	1	96,4	1,1	08.10.2014
5	Seniorenheim Haus Hardt St. Josef	85	1	98,8	1,1	26.08.2014
Insgesamt		366				

¹⁷⁵ IT.NRW (2015) Gemeindemodellrechnung, Basisvariante 2014-2040. Die Basisvariante schließt erwartete Wanderungsbewegungen bereits ein.

¹⁷⁶ Die stationären Einrichtungen wurden von der Kreisverwaltung mit Stand November 2015 mitgeteilt. Die Angabe zu den vorgehaltenen und belegten Pflegeplätzen (und damit die Auslastung) sind dem MDK Prüfbericht vom genannten Datum entnommen.

Nachstehende Kartendarstellung zeigt diese Einrichtungen mitsamt ihrem typischen Einzugsgebiet (15 Minuten Fahrzeit-Isochrone).

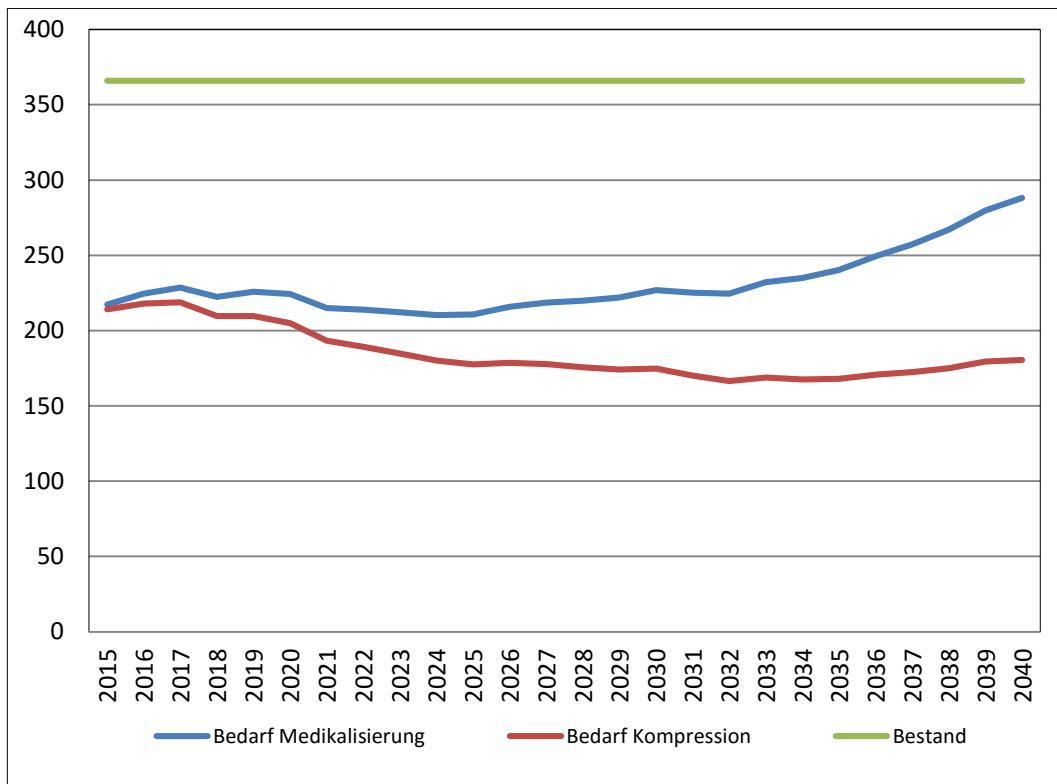
Abbildung 29: 15-Minuten-Isochrone um die Pflegeheime in Bad Münstereifel



Es zeigen sich keinerlei Flächen innerhalb der Gemeindegrenzen, von denen nicht wenigstens eine Pflegeeinrichtung gut zu erreichen ist. Vielmehr wird deutlich, dass sich die Einzugsbereiche der Pflegeeinrichtungen in Bad Münstereifel sowohl in Nachbargemeinden des Landkreises als auch in benachbarte Kreise hin erstrecken.

Die Ergebnisse unserer Berechnungen sind in der folgenden Abbildung dargestellt.

Abbildung 30: Geschätzte Entwicklung der Nachfrage nach vollstationären Pflegeplätzen bis 2040 in Bad Münstereifel



Die nachstehende Tabelle gibt die der Graphik zugrundeliegenden Werte wieder sowie die sich jährlich errechnenden Mehr- (positive Werte) und Minderbedarfe (negative Werte).

Tabelle 24: Geschätzte Entwicklung der Nachfrage nach vollstationären Pflegeplätzen bis 2040 in Bad Münstereifel

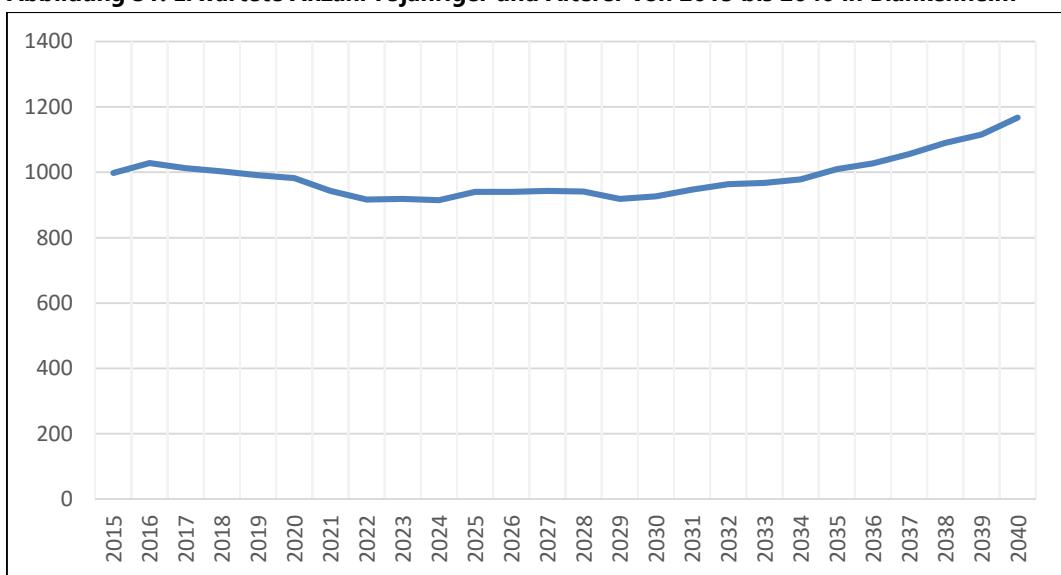
Jahr	Bedarf Medikalisierung	Bedarf Kompression	Mehrbedarf Medikalisierung	Mehrbedarf Kompression
2015	217	213	-149	-152
2016	224	217	-142	-148
2017	229	217	-137	-147
2018	222	207	-144	-156
2019	226	206	-140	-156
2020	224	201	-142	-161
2021	215	189	-151	-173
2022	214	185	-152	-177
2023	212	181	-154	-181
2024	210	176	-156	-186
2025	211	173	-155	-188
2026	216	174	-150	-187
2027	219	173	-147	-188
2028	220	171	-146	-190
2029	222	170	-144	-192
2030	227	170	-139	-191
2031	225	166	-141	-196

Jahr	Bedarf Medikalisierung	Bedarf Kompression	Mehrbedarf Medikalisierung	Mehrbedarf Kompression
2032	224	162	-142	-200
2033	232	165	-134	-197
2034	235	164	-131	-198
2035	240	165	-126	-198
2036	249	168	-117	-195
2037	257	170	-109	-194
2038	267	174	-99	-191
2039	280	179	-86	-187
2040	288	181	-78	-185

8.4.2 Blankenheim

Für die Nachfrage nach stationären Pflegeplätzen ist die Anzahl der älteren Menschen zwar nur eine von vielen, jedoch eine besonders wichtige Größe, weshalb ihr Verlauf gesondert dargestellt werden soll. Abbildung 31 zeigt, wie sich nach Einschätzung von IT.NRW die Anzahl älterer Menschen in Blankenheim in den nächsten Jahren entwickeln wird.

Abbildung 31: Erwartete Anzahl 75jähriger und Älterer von 2015 bis 2040 in Blankenheim¹⁷⁷



¹⁷⁷ IT.NRW (2015) Gemeindemodellrechnung, Basisvariante 2014-2040. Die Basisvariante schließt erwartete Wanderungsbewegungen bereits ein.

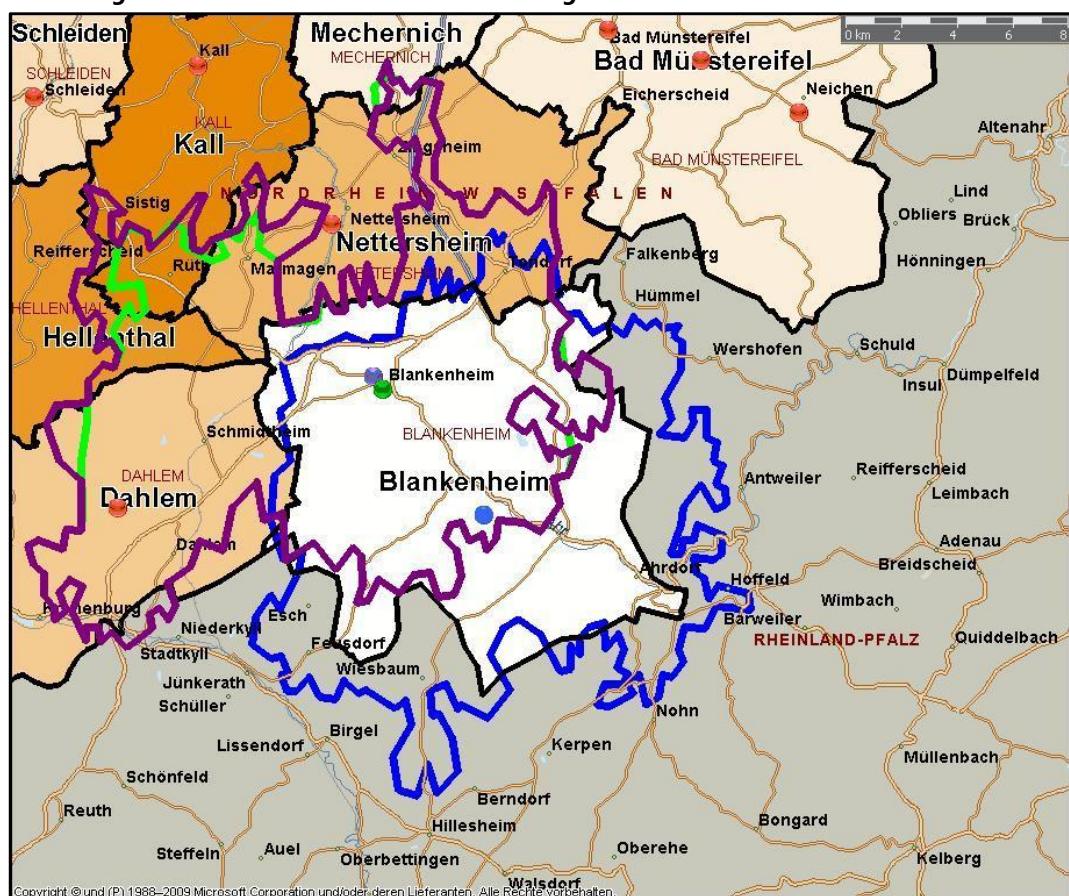
Die folgende Tabelle zeigt die vorhandenen vollstationären Pflegeeinrichtungen in Blankenheim mit ausgewählten Kennzahlen und ihrer Auslastung.¹⁷⁸

Tabelle 25: Vollstationäre Pflegeeinrichtungen in Blankenheim

Nr.	Pflegeheim	Vollstationäre Pflegeplätze		Auslastung	MDK Note	MDK Qualitäts-Prüfung am
		gesamt	davon frei			
1	Haus Effata	68	9	86,8	1,2	27.08.2014
2	Clemens-Josef-Haus	85	0	100,0	1,1	21.10.2014
3	Seniorenhaus-gemeinschaften St. Josef & Aegidius	80	1	98,8	1,4	27.05.2015
	Insgesamt	233				

Nachstehende Kartendarstellung zeigt diese Einrichtungen mitsamt ihrem typischen Einzugsgebiet (15 Minuten Fahrzeit-Isochrone).

Abbildung 32: 15-Minuten-Isochrone um die Pflegeheime in Blankenheim



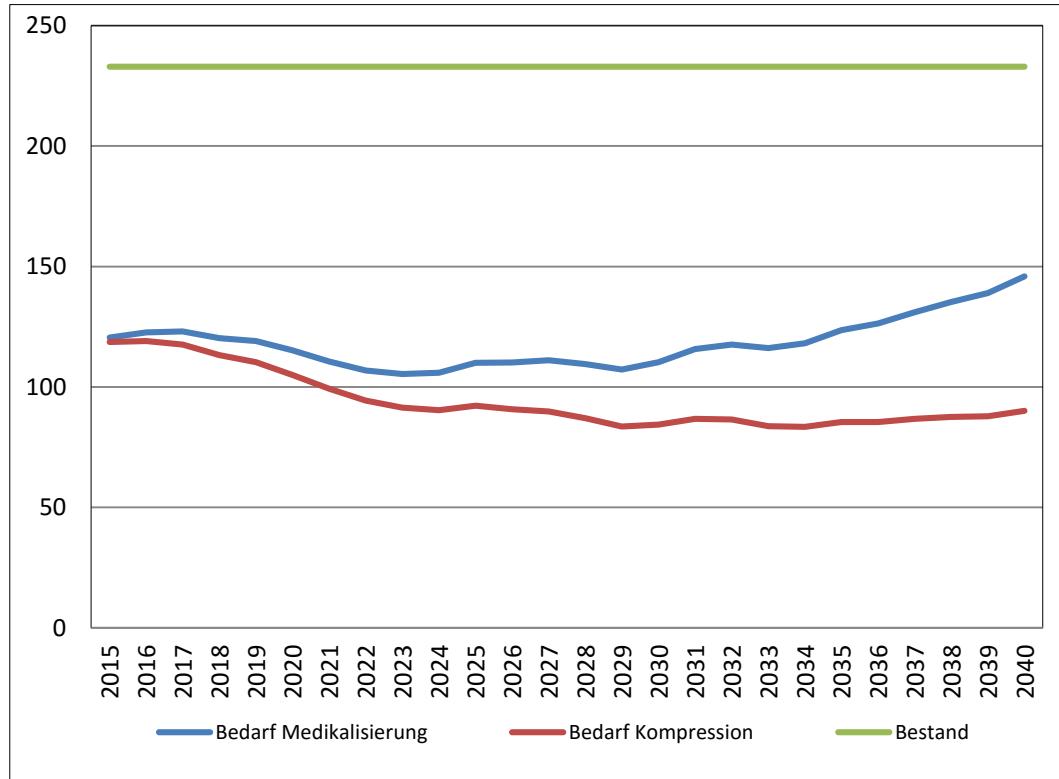
Es zeigen sich keinerlei Flächen innerhalb der Gemeindegrenzen, von denen nicht wenigstens eine Pflegeeinrichtung gut zu erreichen ist. Vielmehr wird deutlich, dass sich die

¹⁷⁸ Die stationären Einrichtungen wurden von der Kreisverwaltung mit Stand November 2015 mitgeteilt. Die Angabe zu den vorgehaltenen und belegten Pflegeplätzen (und damit die Auslastung) sind dem MDK Prüfbericht vom genannten Datum entnommen.

Einzungsbereiche der Pflegeeinrichtungen in Blankenheim sowohl in Nachbargemeinden des Landkreises als auch in benachbarte Kreise hin erstrecken.

Die Ergebnisse unserer Berechnungen sind in der folgenden Abbildung dargestellt.

Abbildung 33: Geschätzte Entwicklung der Nachfrage nach vollstationären Pflegeplätzen bis 2040 in Blankenheim



Die nachstehende Tabelle gibt die der Graphik zugrundeliegenden Werte wieder sowie die sich jährlich errechnenden Mehr- (positive Werte) und Minderbedarfe (negative Werte).

Tabelle 26: Geschätzte Entwicklung der Nachfrage nach vollstationären Pflegeplätzen bis 2040 in Blankenheim

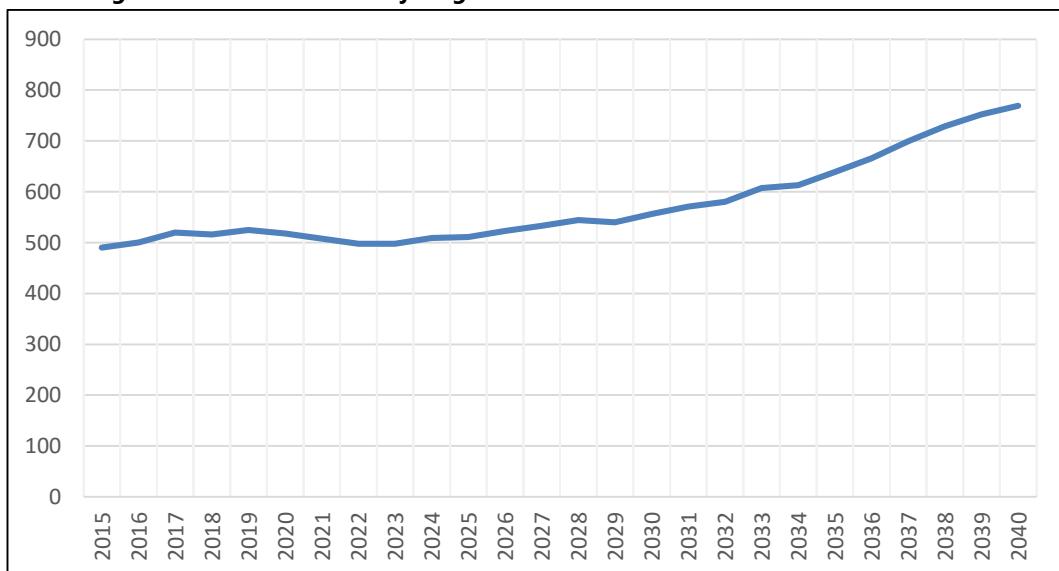
Jahr	Bedarf Medikalisierung	Bedarf Kompression	Mehrbedarf Medikalisierung	Mehrbedarf Kompression
2015	120	119	-113	-114
2016	123	119	-110	-114
2017	123	118	-110	-115
2018	120	113	-113	-120
2019	119	110	-114	-123
2020	115	105	-118	-128
2021	111	99	-122	-134
2022	107	94	-126	-139
2023	105	91	-128	-142
2024	106	90	-127	-143
2025	110	92	-123	-141
2026	110	91	-123	-142
2027	111	90	-122	-143
2028	110	87	-123	-146

Jahr	Bedarf Medikalisierung	Bedarf Kompression	Mehrbedarf Medikalisierung	Mehrbedarf Kompression
2029	107	84	-126	-149
2030	110	84	-123	-149
2031	116	87	-117	-146
2032	118	86	-115	-147
2033	116	84	-117	-149
2034	118	83	-115	-150
2035	124	85	-109	-148
2036	126	85	-107	-148
2037	131	87	-102	-146
2038	135	88	-98	-145
2039	139	88	-94	-145
2040	146	90	-87	-143

8.4.3 Dahlem

Für die Nachfrage nach stationären Pflegeplätzen ist die Anzahl der älteren Menschen zwar nur eine von vielen, jedoch eine besonders wichtige Größe, weshalb ihr Verlauf gesondert dargestellt werden soll. Abbildung 34 zeigt, wie sich nach Einschätzung von IT.NRW die Anzahl älterer Menschen in Dahlem in den nächsten Jahren entwickeln wird.

Abbildung 34: Erwartete Anzahl 75jähriger und Älterer von 2015 bis 2040 in Dahlem¹⁷⁹



¹⁷⁹ IT.NRW (2015) Gemeindemodellrechnung, Basisvariante 2014-2040. Die Basisvariante schließt erwartete Wanderungsbewegungen bereits ein.

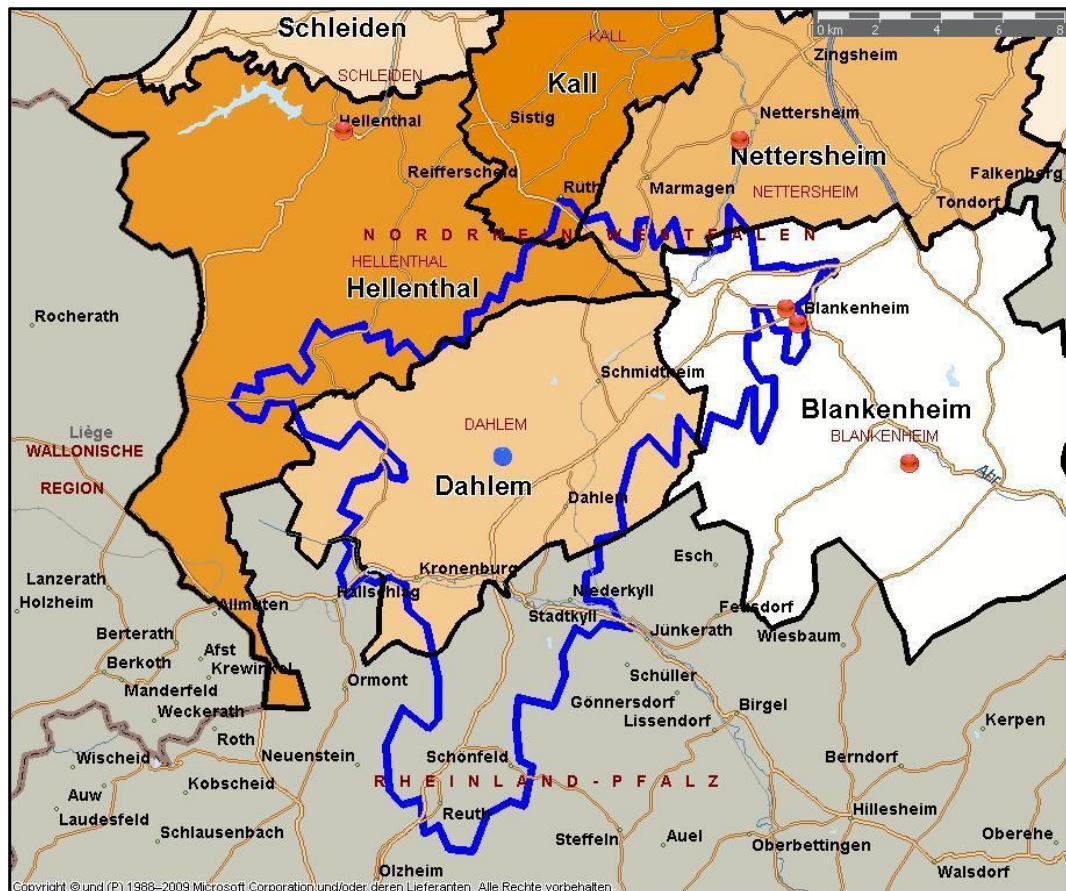
Die folgende Tabelle zeigt die derzeit vorhandene vollstationäre Pflegeeinrichtung in Dahlem mit ausgewählten Kennzahlen und ihrer Auslastung.¹⁸⁰

Tabelle 27: Vollstationäre Pflegeeinrichtungen in Dahlem

Nr.	Pflegeheim	Vollstationäre Pflegeplätze		Auslastung	MDK Note	MDK Qualitäts-Prüfung am
		gesamt	davon frei			
1	Haus Marienhöhe	56	9	83,9	1,0	01.10.2014
Insgesamt		56				

Nachstehende Kartendarstellung zeigt diese Einrichtung mitsamt ihrem typischen Einzugsgebiet (15 Minuten Fahrzeit-Isochrone).

Abbildung 35: 15-Minuten-Isochrone um die Pflegeheime in Dahlem

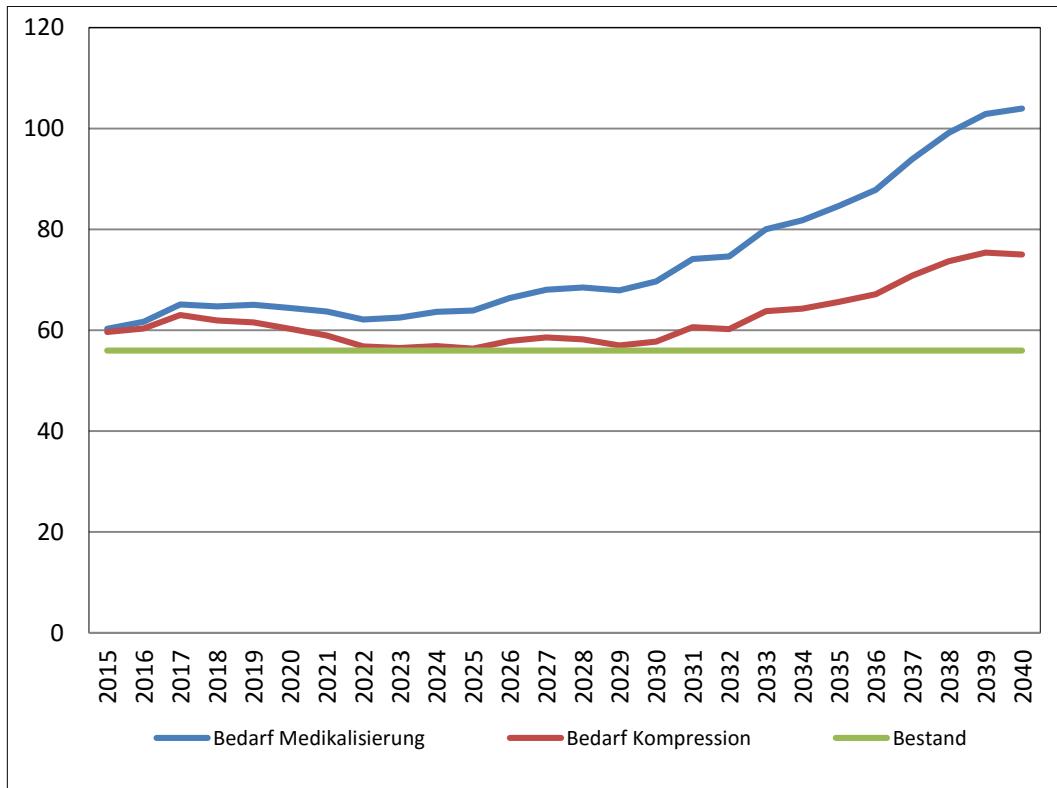


Es zeigen sich so gut wie keine Flächen innerhalb der Gemeindegrenzen, von denen die Pflegeeinrichtung nicht gut zu erreichen ist. Vielmehr wird deutlich, dass sich die Einzugsbereiche der Pflegeeinrichtungen in Dahlem sowohl in Nachbargemeinden des Landkreises als auch weit in das benachbarte Bundesland nach Rheinland-Pfalz hin erstrecken.

¹⁸⁰ Die stationären Einrichtungen wurden von der Kreisverwaltung mit Stand November 2015 mitgeteilt. Die Angabe zu den vorgehaltenen und belegten Pflegeplätzen (und damit die Auslastung) sind dem MDK Prüfbericht vom genannten Datum entnommen.

Die Ergebnisse unserer Berechnungen sind in der folgenden Abbildung dargestellt.

Abbildung 36: Geschätzte Entwicklung der Nachfrage nach vollstationären Pflegeplätzen bis 2040 in Dahlem



Die nachstehende Tabelle gibt die der Graphik zugrundeliegenden Werte wieder sowie die sich jährlich errechnenden Mehr- (positive Werte) und Minderbedarfe (negative Werte).

Tabelle 28: Geschätzte Entwicklung der Nachfrage nach vollstationären Pflegeplätzen bis 2040 in Dahlem

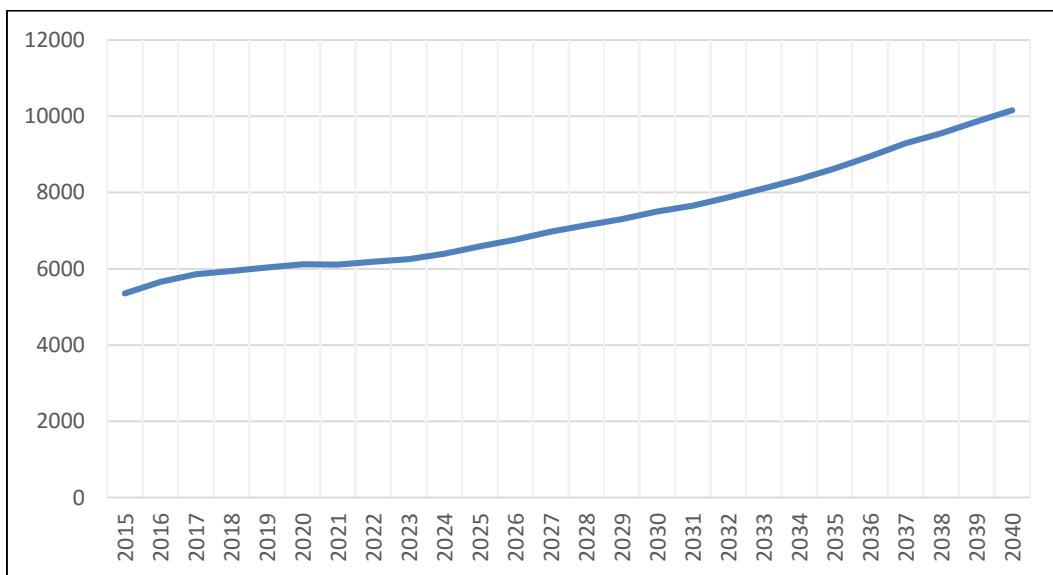
Jahr	Bedarf Medikalisierung	Bedarf Kompression	Mehrbedarf Medikalisierung	Mehrbedarf Kompression
2015	60	60	4	4
2016	62	60	6	4
2017	65	63	9	7
2018	65	62	9	6
2019	65	62	9	6
2020	64	60	8	4
2021	64	59	8	3
2022	62	57	6	1
2023	63	56	7	0
2024	64	57	8	1
2025	64	56	8	0
2026	66	58	10	2
2027	68	59	12	3
2028	68	58	12	2
2029	68	57	12	1
2030	70	58	14	2
2031	74	61	18	5

Jahr	Bedarf Medikalisierung	Bedarf Kompression	Mehrbedarf Medikalisierung	Mehrbedarf Kompression
2032	75	60	19	4
2033	80	64	24	8
2034	82	64	26	8
2035	85	66	29	10
2036	88	67	32	11
2037	94	71	38	15
2038	99	74	43	18
2039	103	75	47	19
2040	104	75	48	19

8.4.4 Euskirchen

Für die Nachfrage nach stationären Pflegeplätzen ist die Anzahl der älteren Menschen zwar nur eine von vielen, jedoch eine besonders wichtige Größe, weshalb ihr Verlauf gesondert dargestellt werden soll. Abbildung 37 zeigt, wie sich nach Einschätzung von IT.NRW die Anzahl älterer Menschen in Euskirchen, Stadt in den nächsten Jahren entwickeln wird.

Abbildung 37: Erwartete Anzahl 75jähriger und Älterer von 2015 bis 2040 in Euskirchen, Stadt¹⁸¹



Die folgende Tabelle zeigt die vorhandenen vollstationären Pflegeeinrichtungen in Euskirchen mit ausgewählten Kennzahlen und ihrer Auslastung.¹⁸²

¹⁸¹ IT.NRW (2015) Gemeindemodellrechnung, Basisvariante 2014-2040. Die Basisvariante schließt erwartete Wanderungsbewegungen bereits ein.

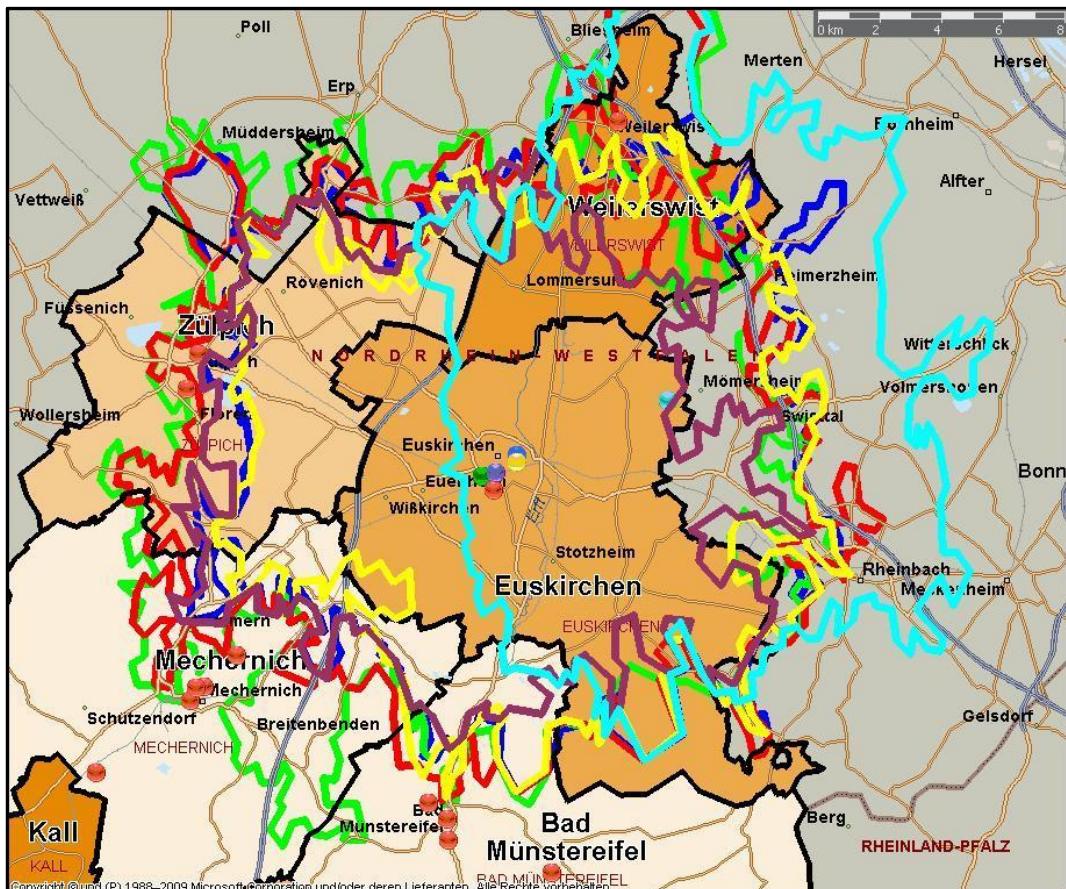
¹⁸² Die stationären Einrichtungen wurden von der Kreisverwaltung mit Stand November 2015 mitgeteilt. Die Angabe zu den vorgehaltenen und belegten Pflegeplätzen (und damit die Auslastung) sind dem MDK Prüfbericht vom genannten Datum entnommen.

Tabelle 29: Vollstationäre Pflegeeinrichtungen in Euskirchen

Nr.	Pflegeheim	Vollstationäre Pflegeplätze		Auslastung	MDK Note	MDK Qualitäts-Prüfung am
		gesamt	davon frei			
1	Seniorenheim Dom-Esch	32	2	93,8	1,6	26.11.2014
2	Altenzentrum Euskirchen Haus Theodor Roevenich	91	3	96,7	1,0	18.08.2014
3	Seniorenheim Haus Veybach	140	20	85,7	1,6	29.01.2015
4	Altenzentrum Euskirchen Haus Therese Stemmler	48	1	97,9	1,0	05.11.2014
5	Senioren-Park carpe diem Euskirchen Max-Ernst-Haus & Geronto	90	2	97,8	1,2	01.06.2015
6	Integra Seniorenpflegezentrum Euskirchen	80	-	-	-	noch nicht veröffentlicht, da neu eröffnet in 03/2015
Insgesamt		481				

Nachstehende Kartendarstellung zeigt diese Einrichtungen mitsamt ihrem typischen Einzugsgebiet (15 Minuten Fahrzeit-Isochrone).

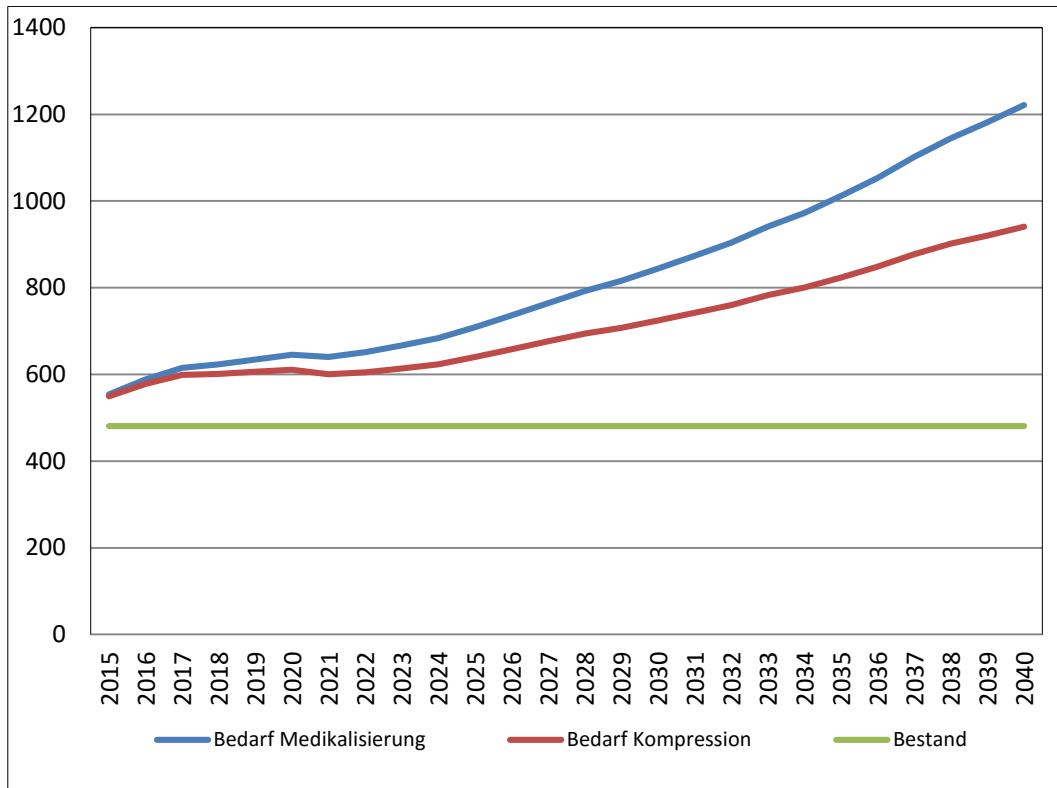
Abbildung 38: 15-Minuten-Isochrone um die Pflegeheime in Euskirchen



Es zeigen sich kaum Flächen innerhalb der Gemeindegrenzen, von denen nicht wenigstens eine Pflegeeinrichtung gut zu erreichen ist. Vielmehr wird deutlich, dass sich die Einzugsbereiche der Pflegeeinrichtungen in Euskirchen, Stadt sowohl in Nachbargemeinden des Landkreises als auch in benachbarte Kreise hin erstrecken.

Die Ergebnisse unserer Berechnungen sind in der folgenden Abbildung dargestellt.

Abbildung 39: Geschätzte Entwicklung der Nachfrage nach vollstationären Pflegeplätzen bis 2040 in Euskirchen, Stadt



Die nachstehende Tabelle gibt die der Graphik zugrundeliegenden Werte sowie die sich jährlich errechnenden Mehr- (positive Werte) und Minderbedarfe (negative Werte).

Tabelle 30: Geschätzte Entwicklung der Nachfrage nach vollstationären Pflegeplätzen bis 2040 in Euskirchen, Stadt

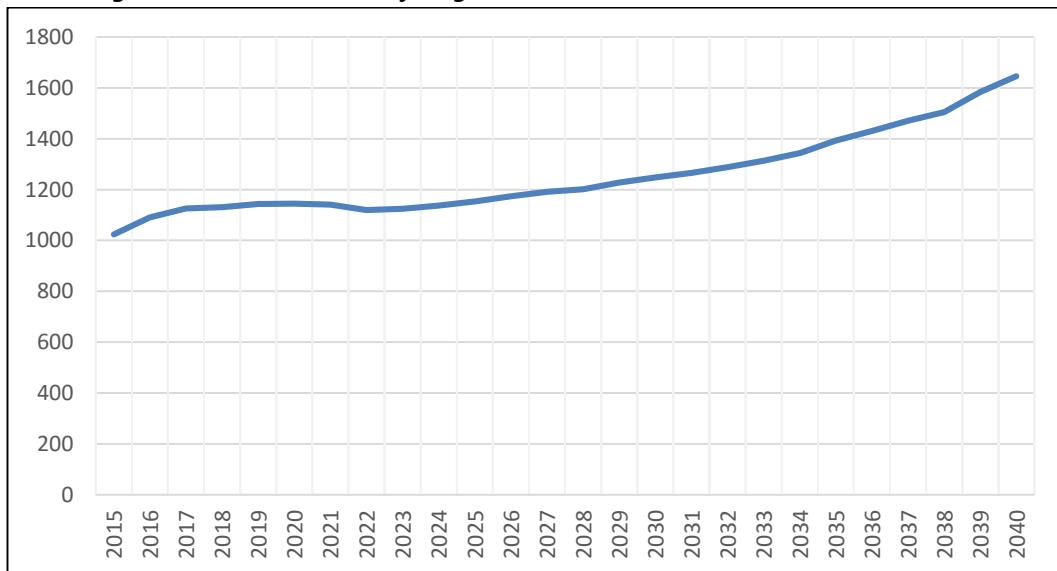
Jahr	Bedarf Medikalisierung	Bedarf Kompression	Mehrbedarf Medikalisierung	Mehrbedarf Kompression
2015	554	549	73	68
2016	589	579	108	98
2017	615	599	134	118
2018	623	601	142	120
2019	634	606	153	125
2020	645	611	164	130
2021	640	600	159	119
2022	651	605	170	124
2023	667	614	186	133
2024	684	623	203	142
2025	709	640	228	159
2026	736	658	255	177
2027	764	676	283	195
2028	792	694	311	213
2029	816	708	335	227
2030	844	724	363	243
2031	873	742	392	261

Jahr	Bedarf Medikalisierung	Bedarf Kompression	Mehrbedarf Medikalisierung	Mehrbedarf Kompression
2032	904	760	423	279
2033	941	783	460	302
2034	973	801	492	320
2035	1012	824	531	343
2036	1053	848	572	367
2037	1102	878	621	397
2038	1145	902	664	421
2039	1182	920	701	439
2040	1221	940	740	459

8.4.5 Hellenthal

Für die Nachfrage nach stationären Pflegeplätzen ist die Anzahl der älteren Menschen zwar nur eine von vielen, jedoch eine besonders wichtige Größe, weshalb ihr Verlauf gesondert dargestellt werden soll. Abbildung 40 zeigt, wie sich nach Einschätzung von IT.NRW die Anzahl älterer Menschen in Hellenthal in den nächsten Jahren entwickeln wird.

Abbildung 40: Erwartete Anzahl 75jähriger und Älterer von 2015 bis 2040 in Hellenthal¹⁸³



¹⁸³ IT.NRW (2015) Gemeindemodellrechnung, Basisvariante 2014-2040. Die Basisvariante schließt erwartete Wanderungsbewegungen bereits ein.

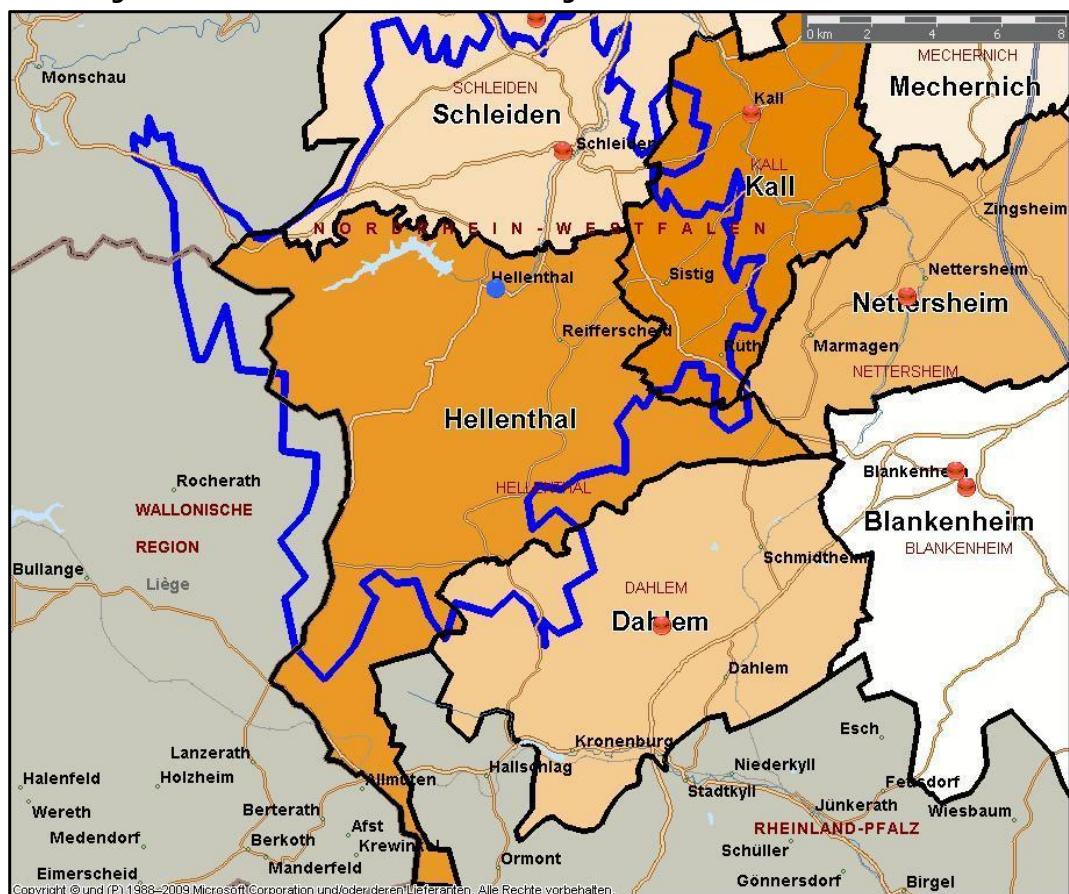
Die folgende Tabelle zeigt die in Hellenthal vorhandene vollstationäre Pflegeeinrichtung mit ausgewählten Kennzahlen und ihrer Auslastung.¹⁸⁴

Tabelle 31: Vollstationäre Pflegeeinrichtungen in Hellenthal

Nr.	Pflegeheim	Vollstationäre Pflegeplätze		Auslastung	MDK Note	MDK Qualitäts-Prüfung am
		gesamt	davon frei			
1	Senioren-Park carpe diem Hellenthal	76	47	38,2	1,1	14.10.2014
Insgesamt		76				

Nachstehende Kartendarstellung zeigt diese Einrichtungen mitsamt ihrem typischen Einzugsgebiet (15 Minuten Fahrzeit-Isochrone).

Abbildung 41: 15-Minuten-Isochrone um die Pflegeheime in Hellenthal

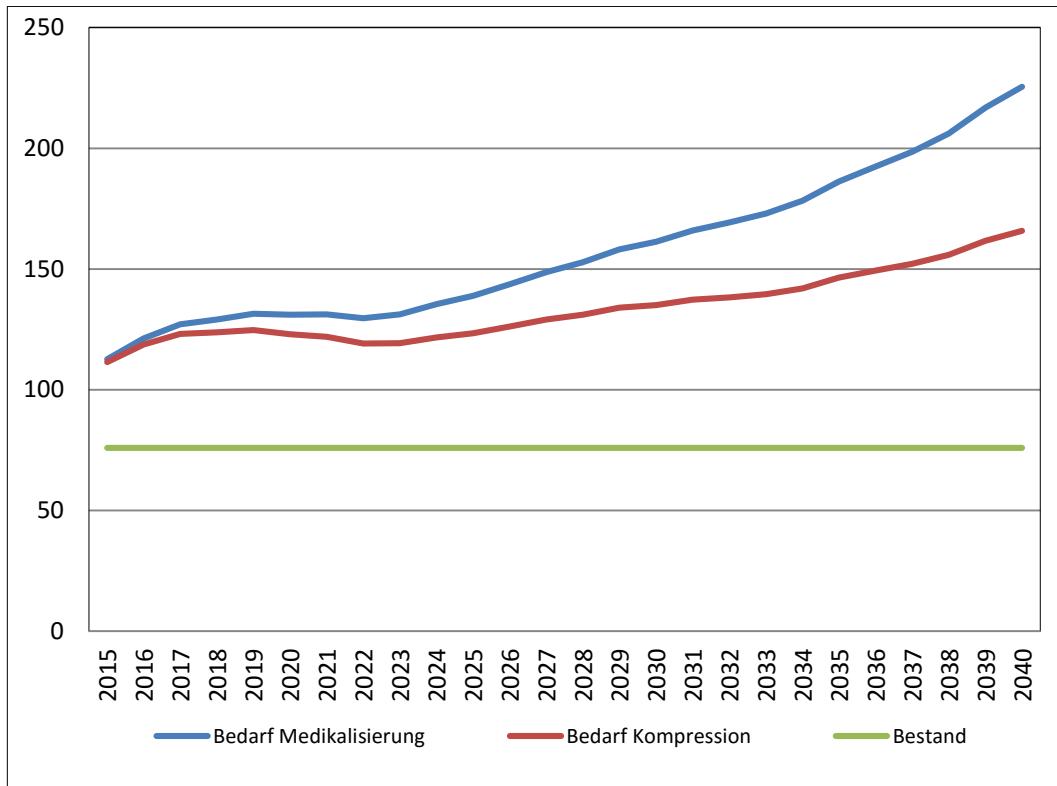


Es zeigen sich sowohl im südlichen Zipfel als auch an der Gemeindegrenze zu Dahlem kleinere Flächen innerhalb der Gemeindegrenzen, von denen die Pflegeeinrichtung weniger gut zu erreichen ist. Gleichzeitig wird deutlich, dass sich der Einzugsbereich der Pflegeeinrichtung in Hellenthal bedingt durch die Randlage weit in das Stadtgebiet von Schleiden, aber auch nach Kall erstreckt.

¹⁸⁴ Die stationären Einrichtungen wurden von der Kreisverwaltung mit Stand November 2015 mitgeteilt. Die Angabe zu den vorgehaltenen und belegten Pflegeplätzen (und damit die Auslastung) sind dem MDK Prüfbericht vom genannten Datum entnommen.

Die Ergebnisse unserer Berechnungen sind in der folgenden Abbildung dargestellt.

Abbildung 42: Geschätzte Entwicklung der Nachfrage nach vollstationären Pflegeplätzen bis 2040 in Hellenthal



Die nachstehende Tabelle gibt die der Graphik zugrundeliegenden Werte sowie die sich jährlich errechnenden Mehr- (positive Werte) und Minderbedarfe (negative Werte).

Tabelle 32: Geschätzte Entwicklung der Nachfrage nach vollstationären Pflegeplätzen bis 2040 in Hellenthal

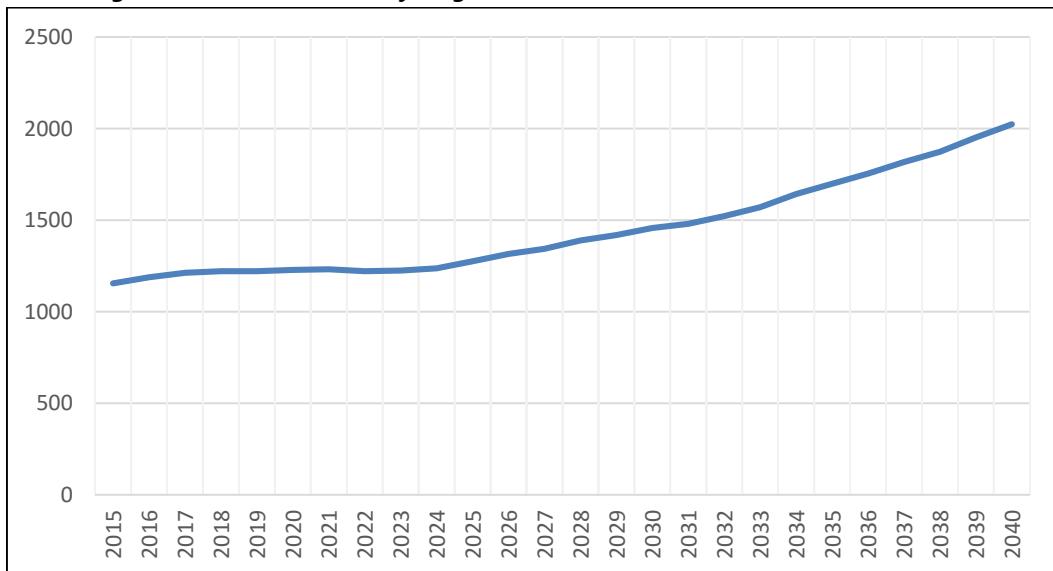
Jahr	Bedarf Medikalisierung	Bedarf Kompression	Mehrbedarf Medikalisierung	Mehrbedarf Kompression
2015	113	112	37	36
2016	121	119	45	43
2017	127	123	51	47
2018	129	124	53	48
2019	131	125	55	49
2020	131	123	55	47
2021	131	122	55	46
2022	130	119	54	43
2023	131	119	55	43
2024	135	122	59	46
2025	139	123	63	47
2026	144	126	68	50
2027	149	129	73	53
2028	153	131	77	55
2029	158	134	82	58
2030	161	135	85	59
2031	166	137	90	61

Jahr	Bedarf Medikalisierung	Bedarf Kompression	Mehrbedarf Medikalisierung	Mehrbedarf Kompression
2032	169	138	93	62
2033	173	140	97	64
2034	178	142	102	66
2035	186	146	110	70
2036	192	149	116	73
2037	199	152	123	76
2038	206	156	130	80
2039	217	162	141	86
2040	225	166	149	90

8.4.6 Kall

Für die Nachfrage nach stationären Pflegeplätzen ist die Anzahl der älteren Menschen zwar nur eine von vielen, jedoch eine besonders wichtige Größe, weshalb ihr Verlauf gesondert dargestellt werden soll. Abbildung 43 zeigt, wie sich nach Einschätzung von IT.NRW die Anzahl älterer Menschen in Kall in den nächsten Jahren entwickeln wird.

Abbildung 43: Erwartete Anzahl 75jähriger und Älterer von 2015 bis 2040 in Kall¹⁸⁵



¹⁸⁵ IT.NRW (2015) Gemeindemodellrechnung, Basisvariante 2014-2040. Die Basisvariante schließt erwartete Wanderungsbewegungen bereits ein.

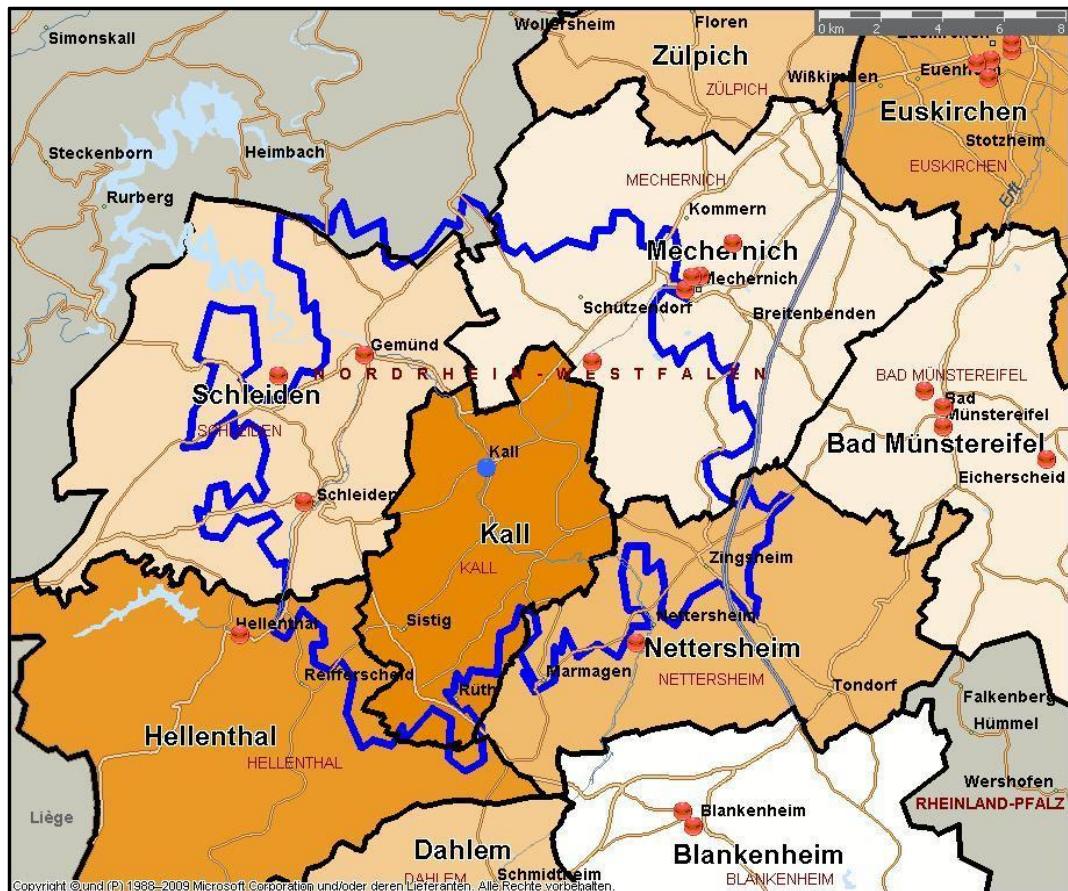
Die folgende Tabelle zeigt die in Kall vorhandene vollstationäre Pflegeeinrichtung mit ausgewählten Kennzahlen und ihrer Auslastung.¹⁸⁶

Tabelle 33: Vollstationäre Pflegeeinrichtungen in Kall

Nr.	Pflegeheim	Vollstationäre Pflegeplätze		Auslastung	MDK Note	MDK Qualitäts-Prüfung am
		gesamt	davon frei			
1	EvA Pflegewohnhaus Kall	20	0	100,0	1,0	13.01.2015
Insgesamt		20				

Nachstehende Kartendarstellung zeigt diese Einrichtungen mitsamt ihrem typischen Einzugsgebiet (15 Minuten Fahrzeit-Isochrone).

Abbildung 44: 15-Minuten-Isochrone um die Pflegeheime in Kall

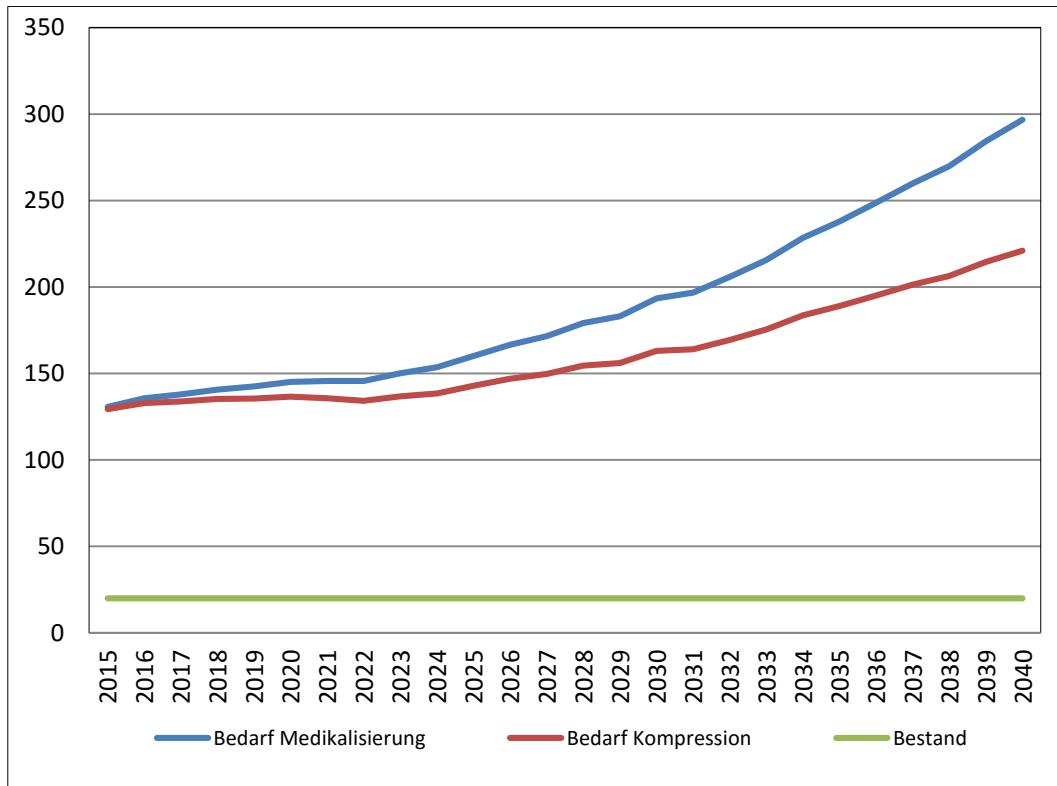


Es zeigen sich lediglich an der südöstlichen Gemeindegrenze zu Nettersheim kleinere Flächen innerhalb der Gemeindegrenzen, von denen die Pflegeeinrichtung weniger gut zu erreichen ist. Diese Flächen werden jedoch sehr gut durch die Pflegeeinrichtung in Nettersheim abgedeckt. Des Weiteren wird deutlich, dass sich der Einzugsbereich der Pflegeeinrichtung in Kall weit in die Nachbargemeinden Schleiden und Mechernich erstreckt.

¹⁸⁶ Die stationären Einrichtungen wurden von der Kreisverwaltung mit Stand November 2015 mitgeteilt. Die Angabe zu den vorgehaltenen und belegten Pflegeplätzen (und damit die Auslastung) sind dem MDK Prüfbericht vom genannten Datum entnommen.

Die Ergebnisse unserer Berechnungen sind in der folgenden Abbildung dargestellt.

Abbildung 45: Geschätzte Entwicklung der Nachfrage nach vollstationären Pflegeplätzen bis 2040 in Kall



Die nachstehende Tabelle gibt die der Graphik zugrundeliegenden Werte sowie die sich jährlich errechnenden Mehr- (positive Werte) und Minderbedarfe (negative Werte).

Tabelle 34: Geschätzte Entwicklung der Nachfrage nach vollstationären Pflegeplätzen bis 2040 in Kall

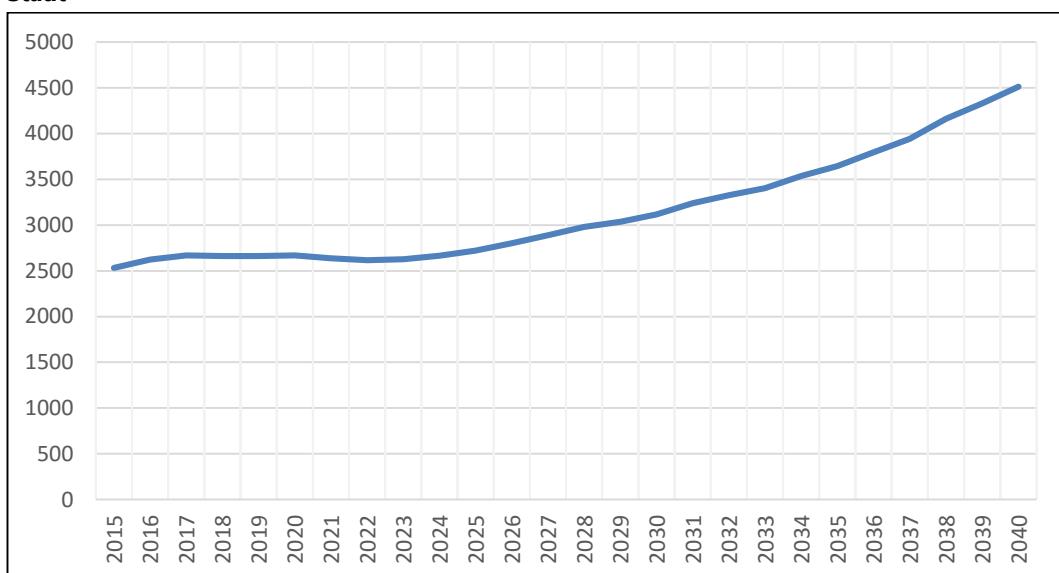
Jahr	Bedarf Medikalisierung	Bedarf Kompression	Mehrbedarf Medikalisierung	Mehrbedarf Kompression
2015	131	129	111	109
2016	136	133	116	113
2017	138	134	118	114
2018	141	135	121	115
2019	143	136	123	116
2020	145	137	125	117
2021	146	136	126	116
2022	146	134	126	114
2023	150	137	130	117
2024	154	139	134	119
2025	160	143	140	123
2026	167	147	147	127
2027	172	150	152	130
2028	179	155	159	135
2029	183	156	163	136
2030	193	163	173	143
2031	197	164	177	144

Jahr	Bedarf Medikalisierung	Bedarf Kompression	Mehrbedarf Medikalisierung	Mehrbedarf Kompression
2032	206	169	186	149
2033	216	175	196	155
2034	228	184	208	164
2035	238	189	218	169
2036	249	195	229	175
2037	260	201	240	181
2038	270	206	250	186
2039	284	215	264	195
2040	297	221	277	201

8.4.7 Mechernich

Für die Nachfrage nach stationären Pflegeplätzen ist die Anzahl der älteren Menschen zwar nur eine von vielen, jedoch eine besonders wichtige Größe, weshalb ihr Verlauf gesondert dargestellt werden soll. Abbildung 46 zeigt, wie sich nach Einschätzung von IT.NRW die Anzahl älterer Menschen in Mechernich, Stadt in den nächsten Jahren entwickeln wird.

Abbildung 46: Erwartete Anzahl 75jähriger und Älterer von 2015 bis 2040 in Mechernich, Stadt¹⁸⁷



¹⁸⁷ IT.NRW (2015) Gemeindemodellrechnung, Basisvariante 2014-2040. Die Basisvariante schließt erwartete Wanderungsbewegungen bereits ein.

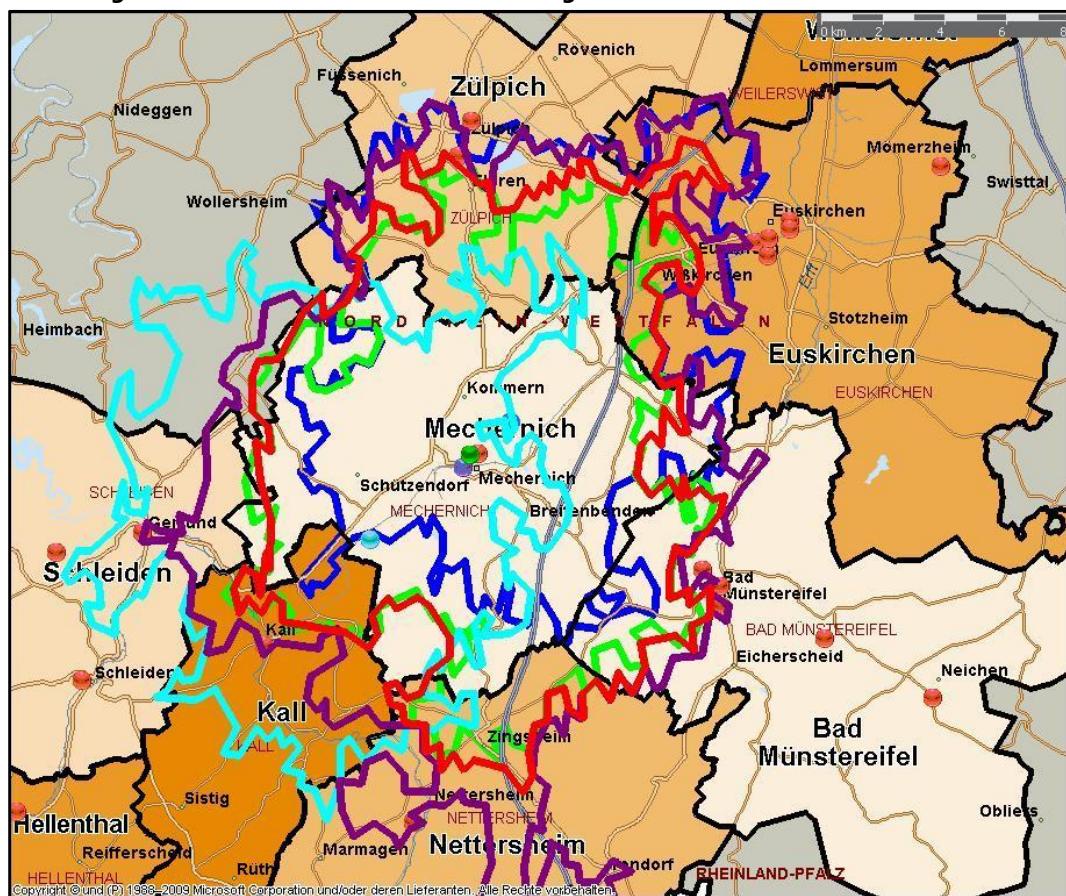
Die folgende Tabelle zeigt die vorhandenen vollstationären Pflegeeinrichtungen in Mechernich mit ausgewählten Kennzahlen und ihrer Auslastung.¹⁸⁸

Tabelle 35: Vollstationäre Pflegeeinrichtungen in Mechernich, Stadt

Nr.	Pflegeheim	Vollstationäre Pflegeplätze		Auslastung	MDK Note	MDK Qualitäts-Prüfung am
		gesamt	davon frei			
1	Alten- und Pflegeheim "Sonnenhof"	38	4	89,5	1,0	14.01.2015
2	Casa in Silva	55	5	90,9	1,4	03.09.2014
3	Haus Agnes Bertram	119	19	84,0	1,0	28.04.2014
4	Communio in Christo	153	37	75,8	1,0	12.01.2015
5	Senioren- und Pflegeheim Falkenhorst	52	0	100,0	1,8	26.08.2014
6	Stiftung Carl Kreuser jun.	88	6	93,2	1,4	26.08.2014
7	Barbarahof	65	0	100,0	1,0	24.11.2014
Insgesamt		570				

Nachstehende Kartendarstellung zeigt diese Einrichtungen mitsamt ihrem typischen Einzugsgebiet (15 Minuten Fahrzeit-Isochrone).

Abbildung 47: 15-Minuten-Isochrone um die Pflegeheime in Mechernich

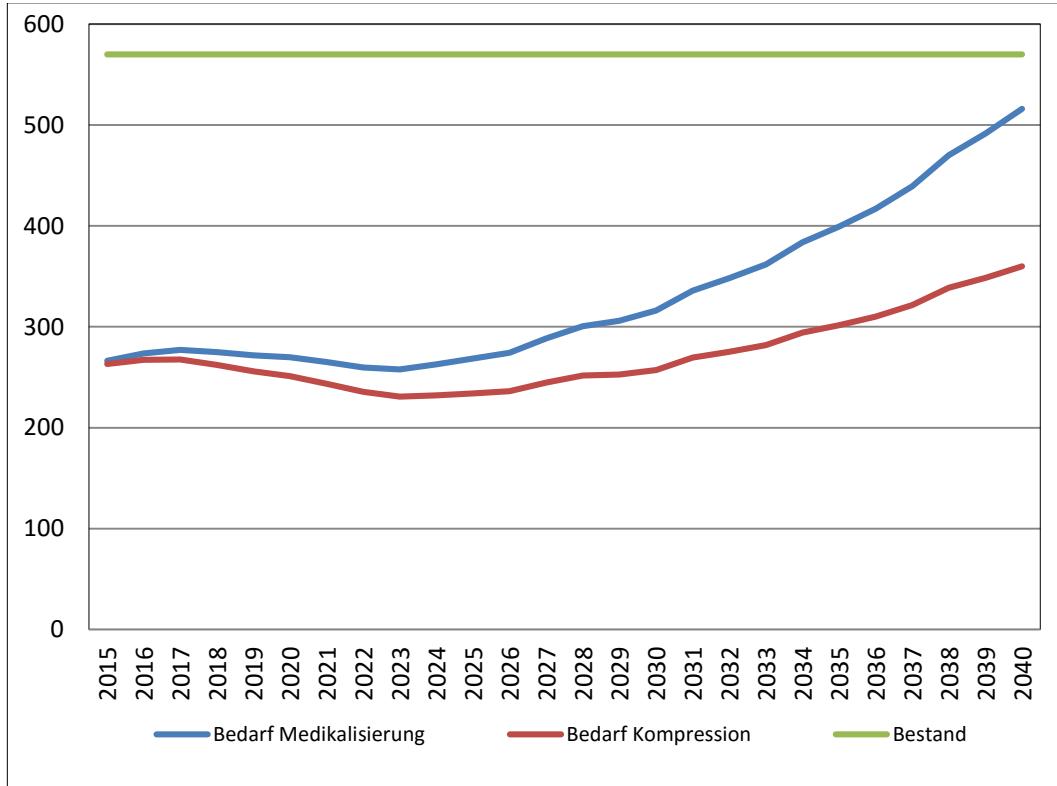


¹⁸⁸ Die stationären Einrichtungen wurden von der Kreisverwaltung mit Stand November 2015 mitgeteilt. Die Angabe zu den vorgehaltenen und belegten Pflegeplätzen (und damit die Auslastung) sind dem MDK Prüfbericht vom genannten Datum entnommen.

Es zeigen sich keinerlei Flächen innerhalb der Gemeindegrenzen, von denen nicht wenigstens eine Pflegeeinrichtung gut zu erreichen ist. Vielmehr wird deutlich, dass sich die Einzugsbereiche der Pflegeeinrichtungen in Mechernich weit in alle Nachbargemeinden des Kreises erstrecken.

Die Ergebnisse unserer Berechnungen sind in der folgenden Abbildung dargestellt.

Abbildung 48: Geschätzte Entwicklung der Nachfrage nach vollstationären Pflegeplätzen bis 2040 in Mechernich, Stadt



Die nachstehende Tabelle gibt die der Graphik zugrundeliegenden Werte sowie die sich jährlich errechnenden Mehr- (positive Werte) und Minderbedarfe (negative Werte).

Tabelle 36: Geschätzte Entwicklung der Nachfrage nach vollstationären Pflegeplätzen bis 2040 in Mechernich, Stadt

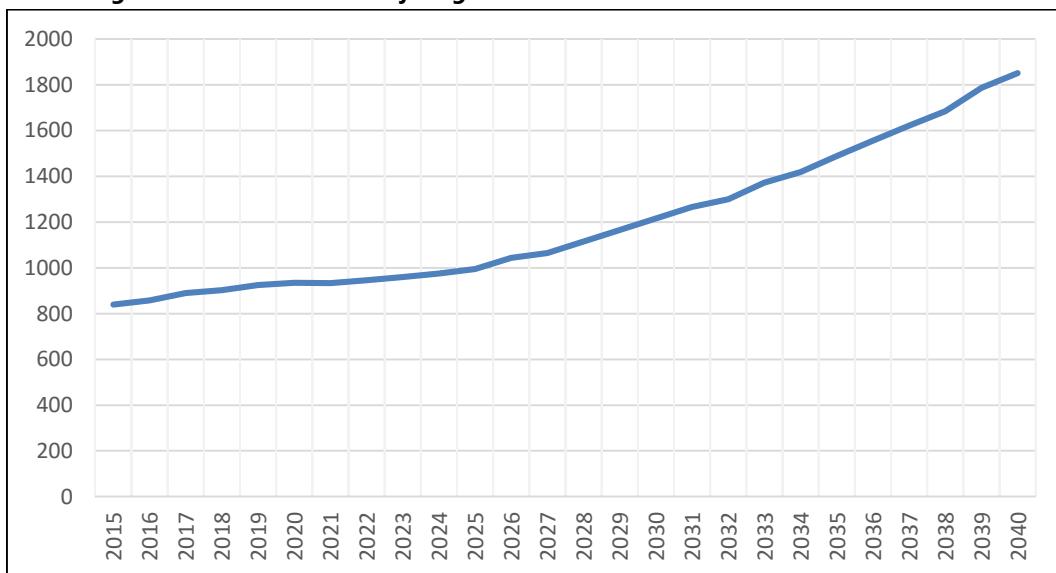
Jahr	Bedarf Medikalisierung	Bedarf Kompression	Mehrbedarf Medikalisierung	Mehrbedarf Kompression
2015	266	263	-304	-307
2016	274	267	-296	-303
2017	277	268	-293	-302
2018	275	262	-295	-308
2019	272	256	-298	-314
2020	270	251	-300	-319
2021	265	244	-305	-326
2022	260	235	-310	-335
2023	258	231	-312	-339
2024	263	232	-307	-338
2025	269	234	-301	-336
2026	274	236	-296	-334

Jahr	Bedarf Medikalisierung	Bedarf Kompression	Mehrbedarf Medikalisierung	Mehrbedarf Kompression
2027	288	245	-282	-325
2028	301	252	-269	-318
2029	306	253	-264	-317
2030	316	257	-254	-313
2031	336	269	-234	-301
2032	348	275	-222	-295
2033	362	282	-208	-288
2034	384	294	-186	-276
2035	399	302	-171	-268
2036	417	310	-153	-260
2037	439	322	-131	-248
2038	470	339	-100	-231
2039	492	349	-78	-221
2040	516	360	-54	-210

8.4.8 Nettersheim

Für die Nachfrage nach stationären Pflegeplätzen ist die Anzahl der älteren Menschen zwar nur eine von vielen, jedoch eine besonders wichtige Größe, weshalb ihr Verlauf gesondert dargestellt werden soll. Abbildung 49 zeigt, wie sich nach Einschätzung von IT.NRW die Anzahl älterer Menschen in Nettersheim in den nächsten Jahren entwickeln wird.

Abbildung 49: Erwartete Anzahl 75jähriger und Älterer von 2015 bis 2040 in Nettersheim¹⁸⁹



¹⁸⁹ IT.NRW (2015) Gemeindemodellrechnung, Basisvariante 2014-2040. Die Basisvariante schließt erwartete Wanderungsbewegungen bereits ein.

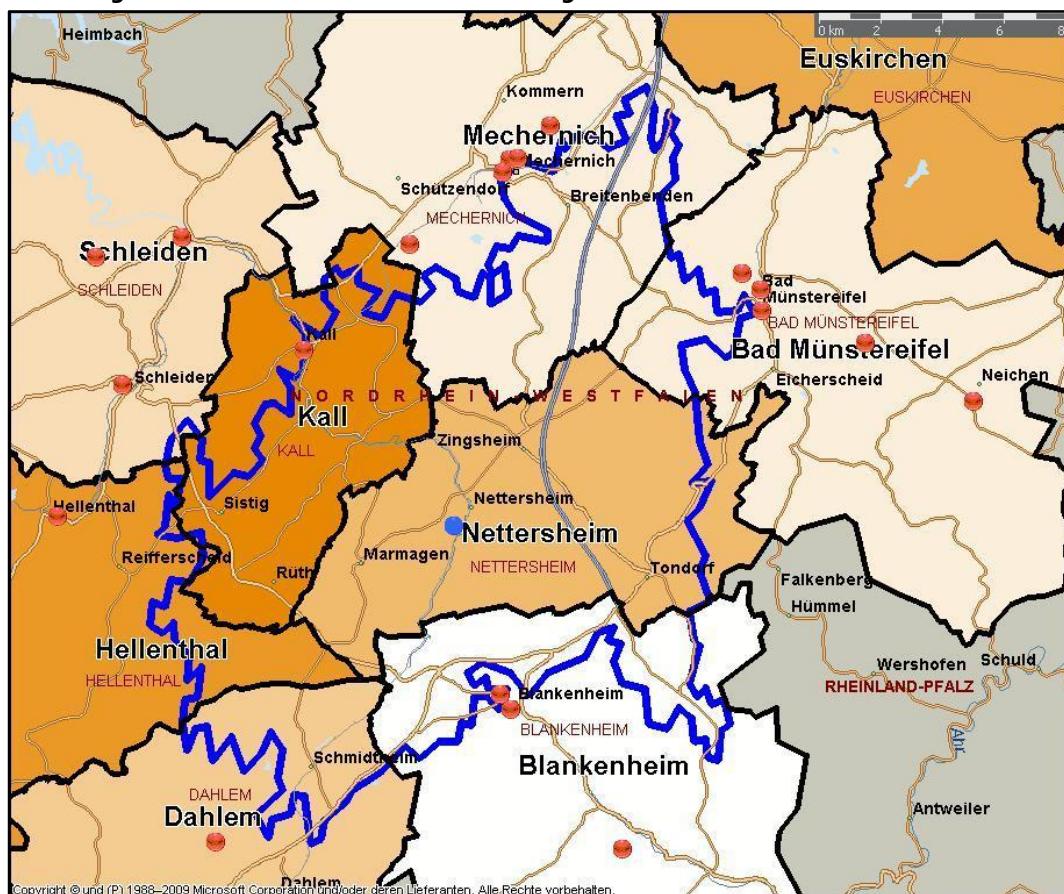
Die folgende Tabelle zeigt die in Nettersheim vorhandene Pflegeeinrichtung mit ausgewählten Kennzahlen und ihrer Auslastung.¹⁹⁰

Tabelle 37: Vollstationäre Pflegeeinrichtungen in Nettersheim

Nr.	Pflegeheim	Vollstationäre Pflegeplätze		Auslastung	MDK Note	MDK Qualitäts-Prüfung am
		gesamt	davon frei			
1	Pflegezentrum St. Hermann-Josef	79	7	91,1	1,0	05.11.2014
Insgesamt		79				

Nachstehende Kartendarstellung zeigt diese Einrichtung mitsamt ihrem typischen Einzugsgebiet (15 Minuten Fahrzeit-Isochrone).

Abbildung 50: 15-Minuten-Isochrone um die Pflegeheime in Nettersheim

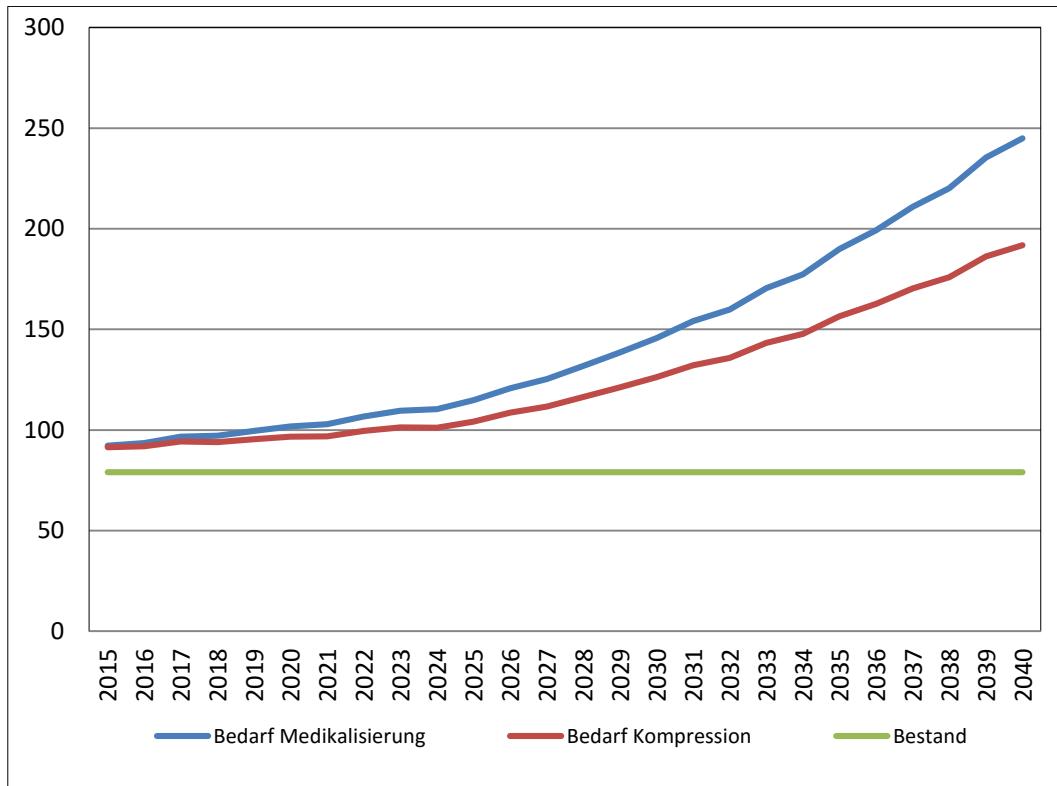


Es zeigen sich keinerlei Flächen innerhalb der Gemeindegrenzen, von denen die Pflegeeinrichtung nicht gut zu erreichen ist. Vielmehr wird deutlich, dass bedingt durch die gute Verkehrsanbindung der Einzugsbereich der Pflegeeinrichtungen in Nettersheim sich weit in die Nachbargemeinden erstreckt.

¹⁹⁰ Die stationären Einrichtungen wurden von der Kreisverwaltung mit Stand November 2015 mitgeteilt. Die Angabe zu den vorgehaltenen und belegten Pflegeplätzen (und damit die Auslastung) sind dem MDK Prüfbericht vom genannten Datum entnommen.

Die Ergebnisse unserer Berechnungen sind in der folgenden Abbildung dargestellt.

Abbildung 51: Geschätzte Entwicklung der Nachfrage nach vollstationären Pflegeplätzen bis 2040 in Nettersheim



Die nachstehende Tabelle gibt die der Graphik zugrundeliegenden Werte sowie die sich jährlich errechnenden Mehr- (positive Werte) und Minderbedarfe (negative Werte).

Tabelle 38: Geschätzte Entwicklung der Nachfrage nach vollstationären Pflegeplätzen bis 2040 in Nettersheim

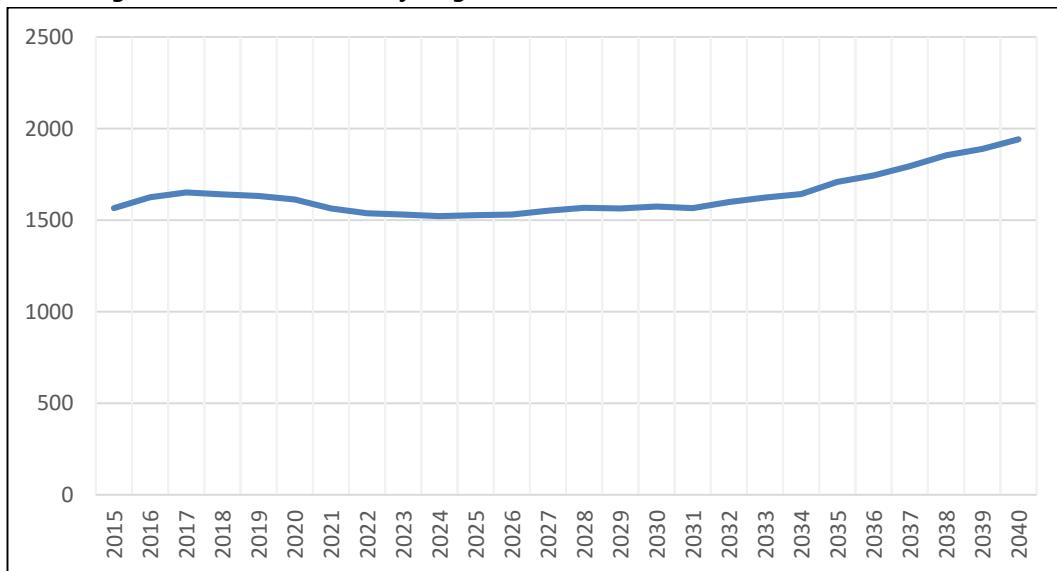
Jahr	Bedarf Medikalisierung	Bedarf Kompression	Mehrbedarf Medikalisierung	Mehrbedarf Kompression
2015	92	91	13	12
2016	94	92	15	13
2017	97	94	18	15
2018	97	94	18	15
2019	100	95	21	16
2020	102	97	23	18
2021	103	97	24	18
2022	107	100	28	21
2023	110	101	31	22
2024	110	101	31	22
2025	115	104	36	25
2026	121	109	42	30
2027	125	112	46	33
2028	132	116	53	37
2029	138	121	59	42
2030	146	126	67	47
2031	154	132	75	53

Jahr	Bedarf Medikalisierung	Bedarf Kompression	Mehrbedarf Medikalisierung	Mehrbedarf Kompression
2032	160	136	81	57
2033	170	143	91	64
2034	177	148	98	69
2035	190	157	111	78
2036	199	163	120	84
2037	211	170	132	91
2038	220	176	141	97
2039	235	186	156	107
2040	245	192	166	113

8.4.9 Schleiden

Für die Nachfrage nach stationären Pflegeplätzen ist die Anzahl der älteren Menschen zwar nur eine von vielen, jedoch eine besonders wichtige Größe, weshalb ihr Verlauf gesondert dargestellt werden soll. Abbildung 52 zeigt, wie sich nach Einschätzung von IT.NRW die Anzahl älterer Menschen in Schleiden in den nächsten Jahren entwickeln wird.

Abbildung 52: Erwartete Anzahl 75jähriger und Älterer von 2015 bis 2040 in Schleiden¹⁹¹



¹⁹¹ IT.NRW (2015) Gemeindemodellrechnung, Basisvariante 2014-2040. Die Basisvariante schließt erwartete Wanderungsbewegungen bereits ein.

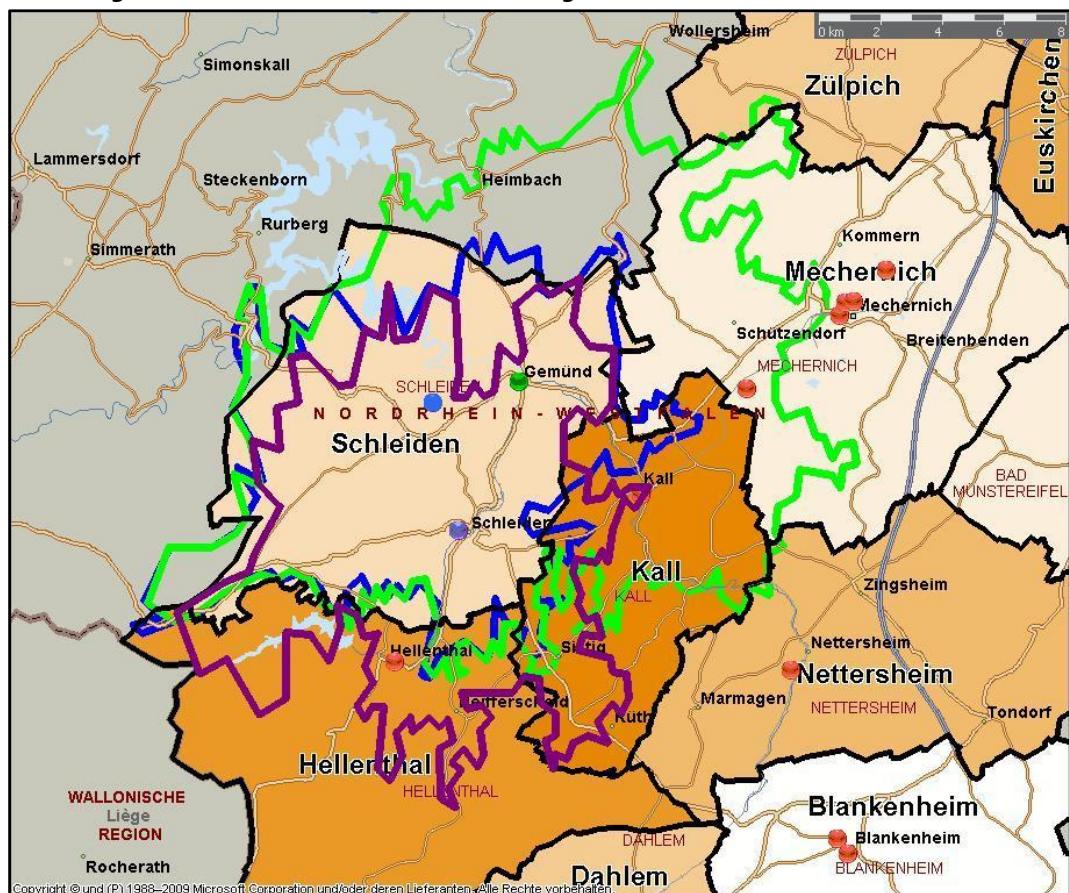
Die folgende Tabelle zeigt die vorhanden vollstationären Pflegeeinrichtungen in Schleiden mit ausgewählten Kennzahlen und ihrer Auslastung.¹⁹²

Tabelle 39: Vollstationäre Pflegeeinrichtungen in Schleiden

Nr.	Pflegeheim	Vollstationäre Pflegeplätze		Auslastung	MDK Note	MDK Qualitäts-Prüfung am
		gesamt	davon frei			
1	Stiftung Ev. Alten- und Pflegeheim Gemünd	93	1	98,9	1,1	14.01.2015
2	Altenheim Kloster Maria Hilf	27	1	96,3	1,2	04.08.2014
3	Liebfrauenhof Schleiden	102	0	100,0	1,0	23.03.2015
Insgesamt		222				

Nachstehende Kartendarstellung zeigt diese Einrichtungen mitsamt ihrem typischen Einzugsgebiet (15 Minuten Fahrzeit-Isochrone).

Abbildung 53: 15-Minuten-Isochrone um die Pflegeheime in Schleiden



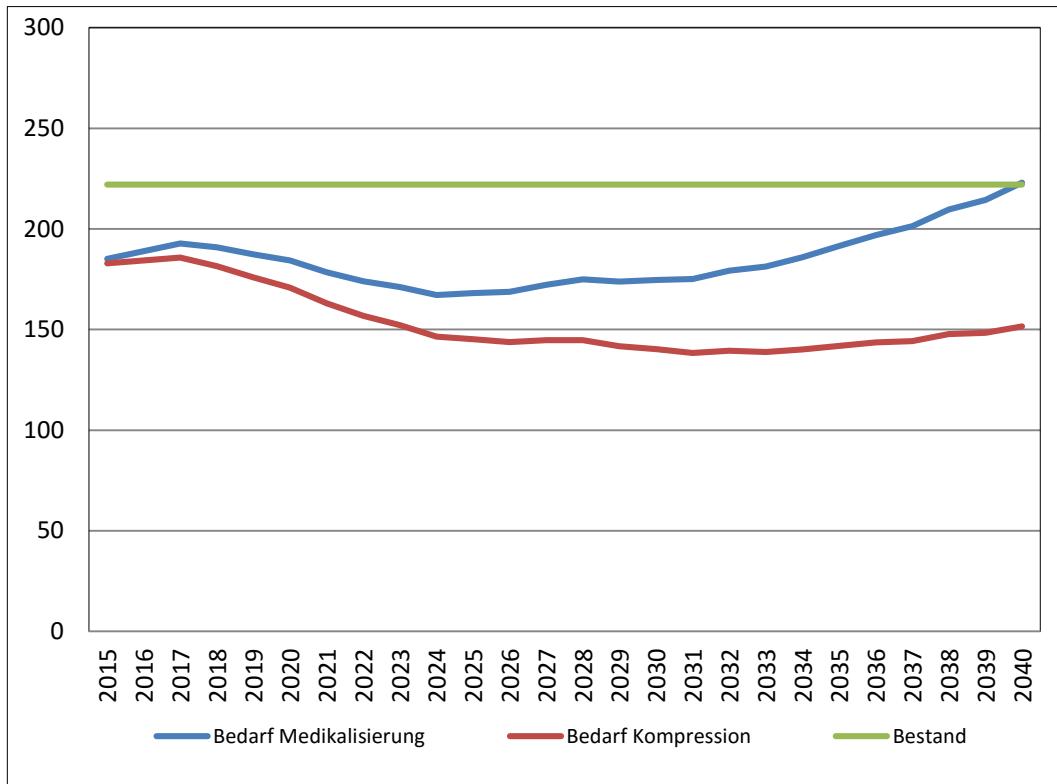
Es zeigen sich keinerlei besiedelte Flächen innerhalb der Gemeindegrenzen, von denen nicht wenigstens eine Pflegeeinrichtung gut zu erreichen ist. Vielmehr wird deutlich, dass

¹⁹² Die stationären Einrichtungen wurden von der Kreisverwaltung mit Stand November 2015 mitgeteilt. Die Angabe zu den vorgehaltenen und belegten Pflegeplätzen (und damit die Auslastung) sind dem MDK Prüfbericht vom genannten Datum entnommen.

sich die Einzugsbereiche der Pflegeeinrichtungen in Schleiden auch in Nachbargemeinden des Kreises erstrecken.

Die Ergebnisse unserer Berechnungen sind in der folgenden Abbildung dargestellt.

Abbildung 54: Geschätzte Entwicklung der Nachfrage nach vollstationären Pflegeplätzen bis 2040 in Schleiden



Die nachstehende Tabelle gibt die der Graphik zugrundeliegenden Werte sowie die sich jährlich errechnenden Mehr- (positive Werte) und Minderbedarfe (negative Werte).

Tabelle 40: Geschätzte Entwicklung der Nachfrage nach vollstationären Pflegeplätzen bis 2040 in Schleiden

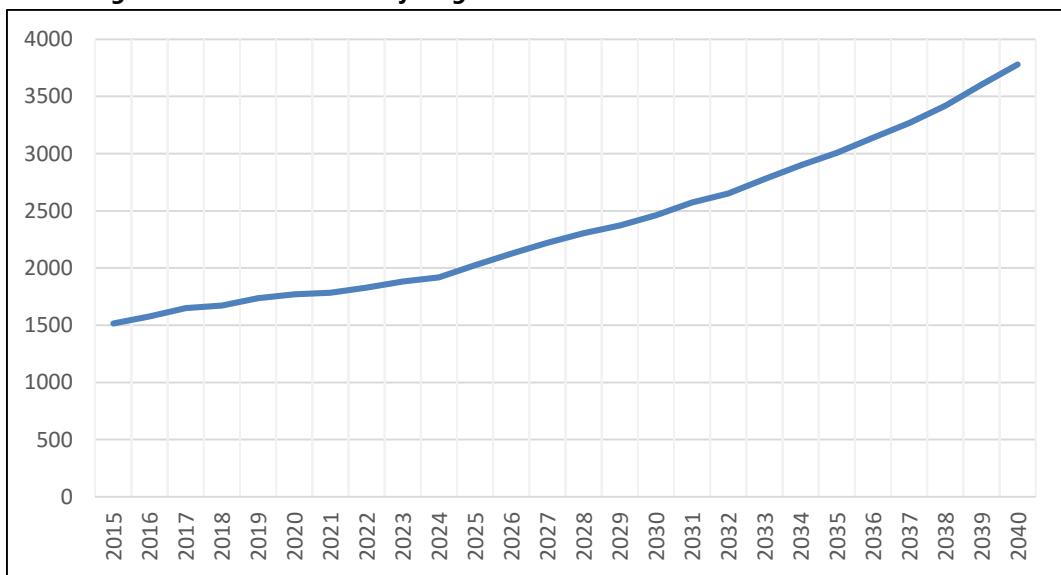
Jahr	Bedarf Medikalisierung	Bedarf Kompression	Mehrbedarf Medikalisierung	Mehrbedarf Kompression
2015	185	182	-37	-40
2016	189	183	-33	-39
2017	193	184	-29	-38
2018	191	180	-31	-42
2019	187	174	-35	-48
2020	184	169	-38	-53
2021	178	161	-44	-61
2022	174	154	-48	-68
2023	171	150	-51	-72
2024	167	144	-55	-78
2025	168	143	-54	-79
2026	169	141	-53	-81
2027	172	142	-50	-80
2028	175	142	-47	-80

Jahr	Bedarf Medikalisierung	Bedarf Kompression	Mehrbedarf Medikalisierung	Mehrbedarf Kompression
2029	174	139	-48	-83
2030	175	138	-47	-84
2031	175	136	-47	-86
2032	179	137	-43	-85
2033	181	137	-41	-85
2034	186	138	-36	-84
2035	191	140	-31	-82
2036	197	142	-25	-80
2037	201	143	-21	-79
2038	210	147	-12	-75
2039	214	148	-8	-74
2040	223	152	1	-70

8.4.10 Weilerswist

Für die Nachfrage nach stationären Pflegeplätzen ist die Anzahl der älteren Menschen zwar nur eine von vielen, jedoch eine besonders wichtige Größe, weshalb ihr Verlauf gesondert dargestellt werden soll. Abbildung 55 zeigt, wie sich nach Einschätzung von IT.NRW die Anzahl älterer Menschen in Weilerswist in den nächsten Jahren entwickeln wird.

Abbildung 55: Erwartete Anzahl 75jähriger und Älterer von 2015 bis 2040 in Weilerswist¹⁹³



¹⁹³ IT.NRW (2015) Gemeindemodellrechnung, Basisvariante 2014-2040. Die Basisvariante schließt erwartete Wanderungsbewegungen bereits ein.

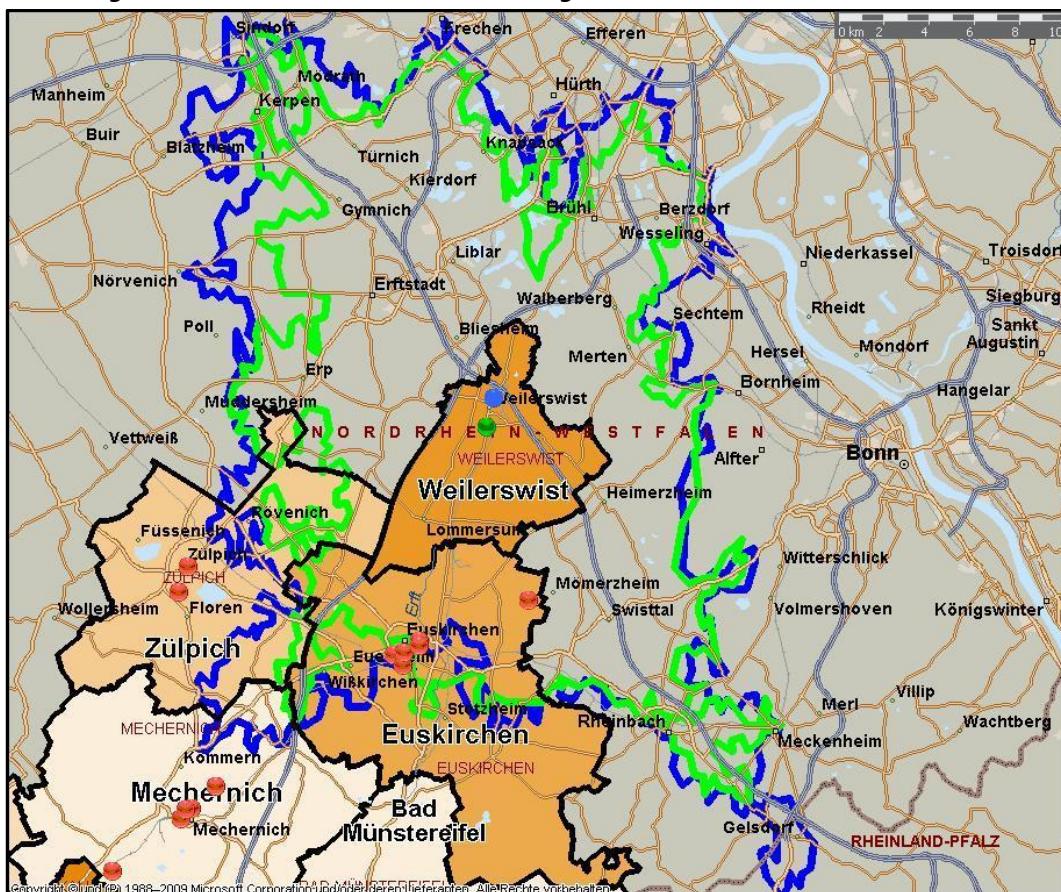
Die folgende Tabelle zeigt die vorhanden vollstationären Pflegeeinrichtungen in Weilerswist mit ausgewählten Kennzahlen und ihrer Auslastung.¹⁹⁴

Tabelle 41: Vollstationäre Pflegeeinrichtungen in Weilerswist

Nr.	Pflegeheim	Vollstationäre Pflegeplätze		Auslastung	MDK Note	MDK Qualitäts-Prüfung am
		gesamt	davon frei			
1	Altenzentrum Weilerswist AWO	122	2	98,4	1,0	02.09.2014
2	ab 1.1.2016: Stella Vitalis	80				noch nicht veröffentlicht
Insgesamt		202				

Nachstehende Kartendarstellung zeigt diese Einrichtungen mitsamt ihrem typischen Einzugsgebiet (15 Minuten Fahrzeit-Isochrone).

Abbildung 56: 15-Minuten-Isochrone um die Pflegeheime in Weilerswist

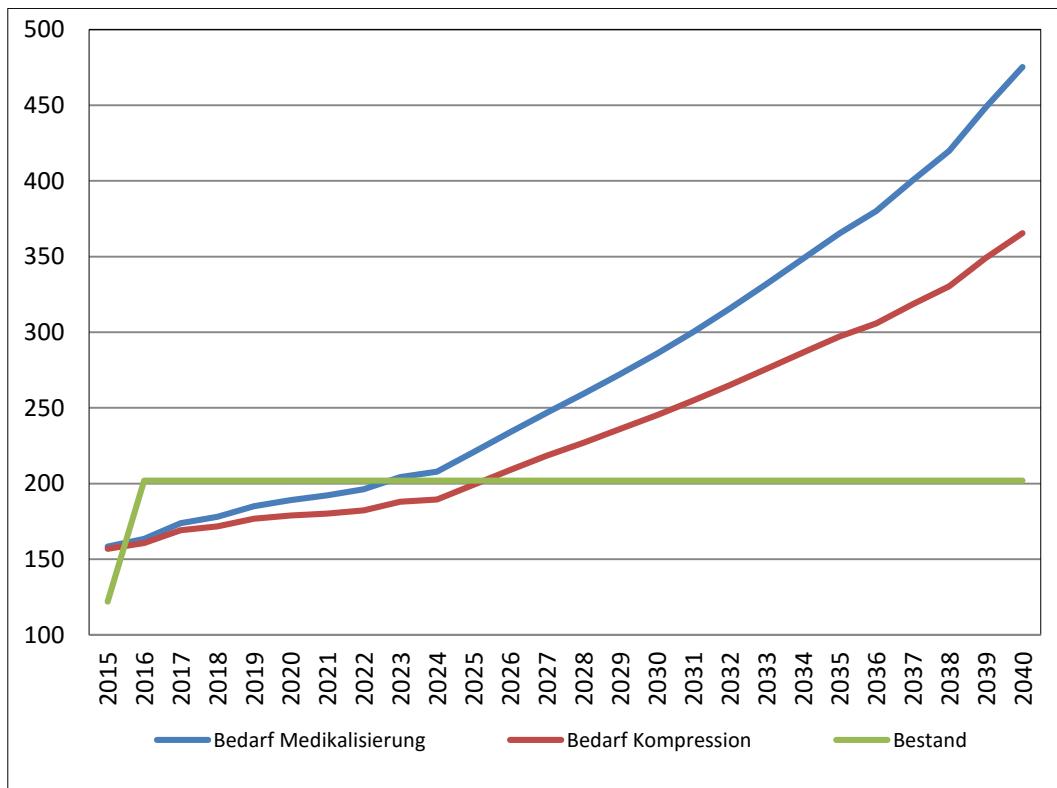


Es zeigen sich keinerlei Flächen innerhalb der Gemeindegrenzen, von denen nicht wenigstens eine Pflegeeinrichtung gut zu erreichen ist. Vielmehr wird deutlich, dass sich die Einzugsbereiche der Pflegeeinrichtungen in Weilerswist sowohl in Nachbargemeinden des Kreises Euskirchen als auch in benachbarte Kreise hin erstrecken.

¹⁹⁴ Die stationären Einrichtungen wurden von der Kreisverwaltung mit Stand November 2015 mitgeteilt. Die Angabe zu den vorgehaltenen und belegten Pflegeplätzen (und damit die Auslastung) sind dem MDK Prüfbericht vom genannten Datum entnommen.

Die Ergebnisse unserer Berechnungen sind in der folgenden Abbildung dargestellt.

Abbildung 57: Geschätzte Entwicklung der Nachfrage nach vollstationären Pflegeplätzen bis 2040 in Weilerswist



Die nachstehende Tabelle gibt die der Graphik zugrundeliegenden Werte sowie die sich jährlich errechnenden Mehr- (positive Werte) und Minderbedarfe (negative Werte).

Tabelle 42: Geschätzte Entwicklung der Nachfrage nach vollstationären Pflegeplätzen bis 2040 in Weilerswist

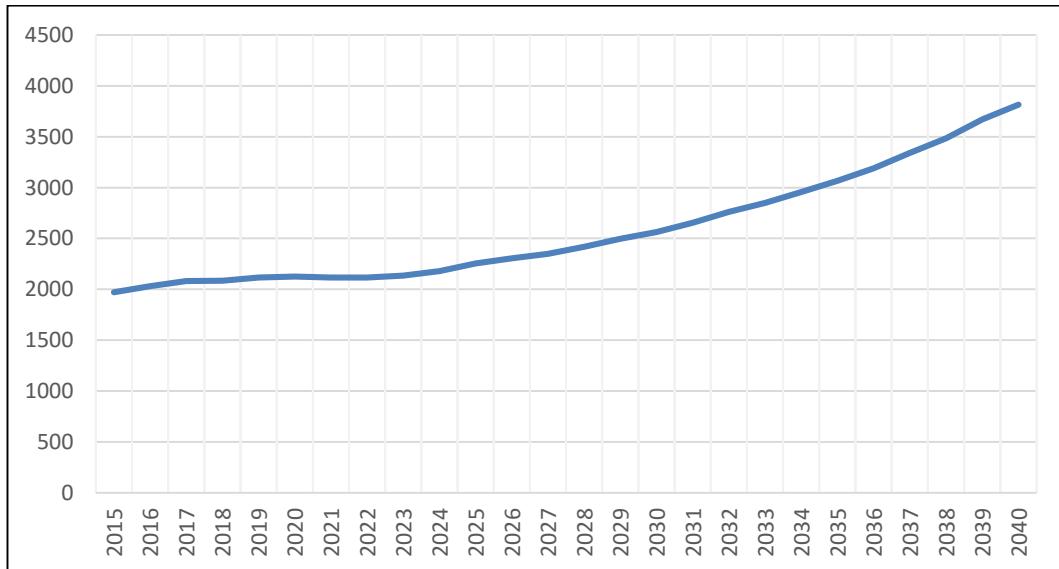
Jahr	Bedarf Medikalisierung	Bedarf Kompression	Mehrbedarf Medikalisierung	Mehrbedarf Kompression
2015	158	157	36	35
2016	164	161	-38	-41
2017	174	169	-28	-33
2018	178	172	-24	-30
2019	185	177	-17	-25
2020	189	179	-13	-23
2021	192	180	-10	-22
2022	196	182	-6	-20
2023	204	188	2	-14
2024	208	189	6	-13
2025	221	199	19	-3
2026	234	209	32	7
2027	247	218	45	16
2028	259	227	57	25
2029	272	236	70	34
2030	286	245	84	43
2031	300	255	98	53

Jahr	Bedarf Medikalisierung	Bedarf Kompression	Mehrbedarf Medikalisierung	Mehrbedarf Kompression
2032	316	265	114	63
2033	332	276	130	74
2034	348	287	146	85
2035	365	297	163	95
2036	380	306	178	104
2037	400	319	198	117
2038	420	330	218	128
2039	449	349	247	147
2040	475	366	273	164

8.4.11 Zülpich

Für die Nachfrage nach stationären Pflegeplätzen ist die Anzahl der älteren Menschen zwar nur eine von vielen, jedoch eine besonders wichtige Größe, weshalb ihr Verlauf gesondert dargestellt werden soll. Abbildung 58 zeigt, wie sich nach Einschätzung von IT.NRW die Anzahl älterer Menschen in Zülpich, Stadt in den nächsten Jahren entwickeln wird.

Abbildung 58: Erwartete Anzahl 75jähriger und Älterer von 2015 bis 2040 in Zülpich¹⁹⁵



¹⁹⁵ IT.NRW (2015) Gemeindemodellrechnung, Basisvariante 2014-2040. Die Basisvariante schließt erwartete Wanderungsbewegungen bereits ein.

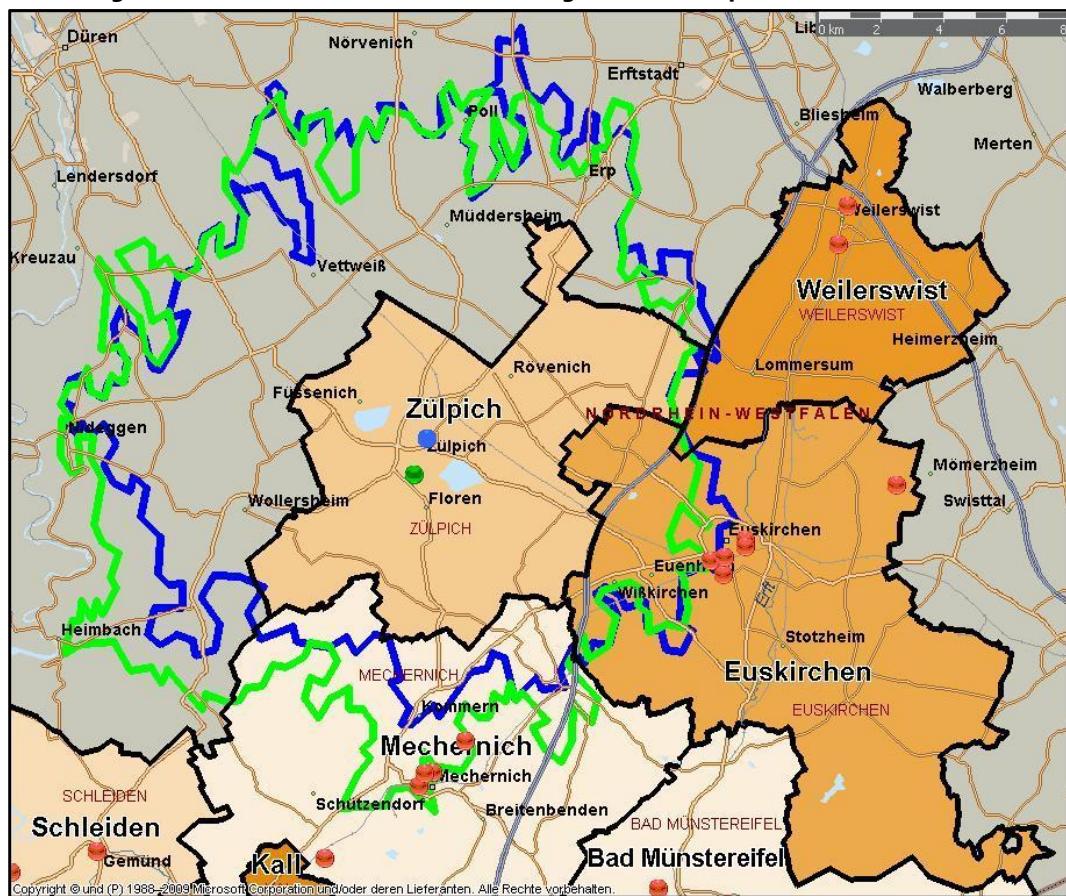
Die folgende Tabelle zeigt die vorhanden vollstationären Pflegeeinrichtungen in Zülpich, mit ausgewählten Kennzahlen und ihrer Auslastung.¹⁹⁶

Tabelle 43: Vollstationäre Pflegeeinrichtungen in Zülpich

Nr.	Pflegeheim	Vollstationäre Pflegeplätze		Auslastung	MDK Note	MDK Qualitäts-Prüfung am
		gesamt	davon frei			
1	Brabenderstift im GZZ	61	0	100,0	1,0	27.04.2015
2	Altenzentrum St. Elisabeth	180	1	99,4	1,0	18.05.2015
Insgesamt		241				

Nachstehende Kartendarstellung zeigt diese Einrichtungen mitsamt ihrem typischen Einzugsgebiet (15 Minuten Fahrzeit-Isochrone).

Abbildung 59: 15-Minuten-Isochrone um die Pflegeheime in Zülpich

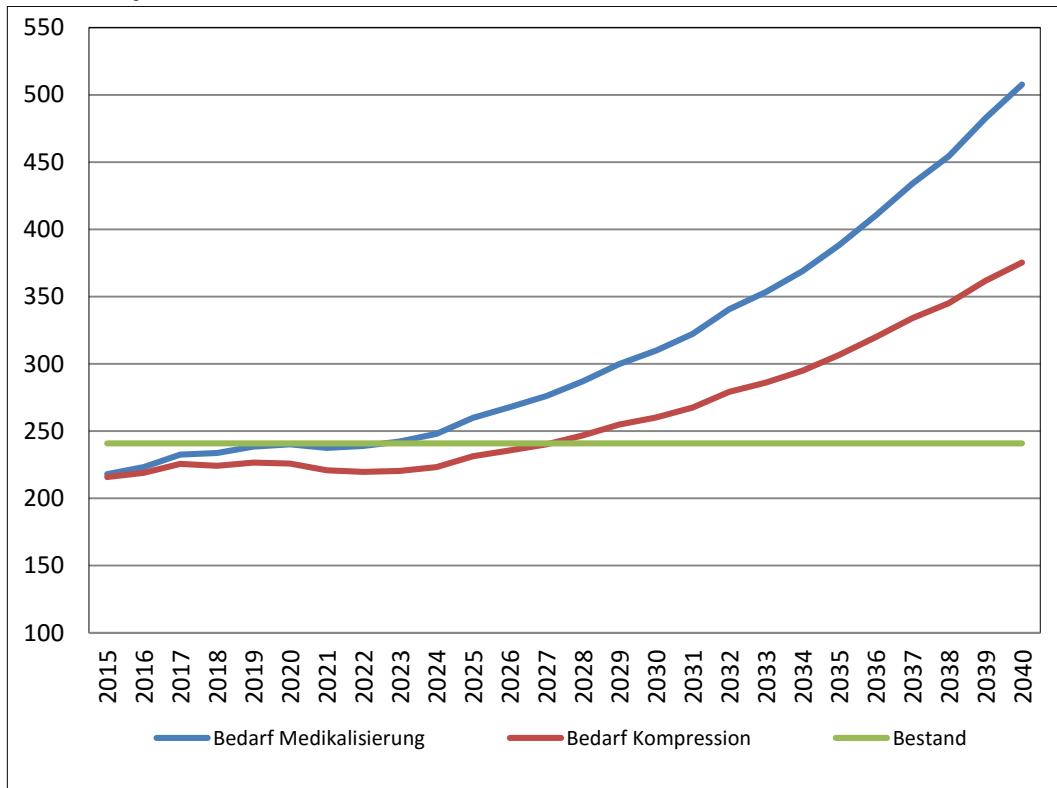


Es zeigen sich keinerlei Flächen innerhalb der Gemeindegrenzen, von denen nicht wenigstens eine Pflegeeinrichtung gut zu erreichen ist. Vielmehr wird deutlich, dass sich die Einzugsbereiche der Pflegeeinrichtungen in Zülpich weit in die Nachbargemeinden des Kreises Düren erstrecken.

¹⁹⁶ Die stationären Einrichtungen wurden von der Kreisverwaltung mit Stand November 2015 mitgeteilt. Die Angabe zu den vorgehaltenen und belegten Pflegeplätzen (und damit die Auslastung) sind dem MDK Prüfbericht vom genannten Datum entnommen.

Die Ergebnisse unserer Berechnungen sind in der folgenden Abbildung dargestellt.

Abbildung 60: Geschätzte Entwicklung der Nachfrage nach vollstationären Pflegeplätzen bis 2040 in Zülpich



Die nachstehende Tabelle gibt die der Graphik zugrundeliegenden Werte sowie die sich jährlich errechnenden Mehr- (positive Werte) und Minderbedarfe (negative Werte).

Tabelle 44: Geschätzte Entwicklung der Nachfrage nach vollstationären Pflegeplätzen bis 2040 in Zülpich

Jahr	Bedarf Medikalisierung	Bedarf Kompression	Mehrbedarf Medikalisierung	Mehrbedarf Kompression
2015	218	216	-23	-25
2016	223	219	-18	-22
2017	233	226	-8	-15
2018	234	224	-7	-17
2019	239	227	-2	-14
2020	240	226	-1	-15
2021	237	221	-4	-20
2022	239	220	-2	-21
2023	242	220	1	-21
2024	248	223	7	-18
2025	260	231	19	-10
2026	268	236	27	-5
2027	276	240	35	-1
2028	287	247	46	6
2029	300	255	59	14
2030	310	260	69	19
2031	322	267	81	26

Jahr	Bedarf Medikalisierung	Bedarf Kompression	Mehrbedarf Medikalisierung	Mehrbedarf Kompression
2032	341	279	100	38
2033	353	286	112	45
2034	369	295	128	54
2035	388	306	147	65
2036	410	320	169	79
2037	434	334	193	93
2038	454	345	213	104
2039	483	362	242	121
2040	508	375	267	134

8.5 Bauvorhaben in benachbarten Kreisen

Das Alten- und Pflegegesetz Nordrhein-Westfalen sieht die die Einbeziehung der benachbarten Kreise vor. Aus diesem Grund wurden die Kreisverwaltungen der Nachbarkreise kontaktiert und gebeten, Auskunft über bekannte Planungen zu Neubauten oder Erweiterungsbauten von stationären Pflegeeinrichtungen in einer Entfernung von bis zu 10 Kilometern zur gemeinsamen Grenze mit dem Kreis Euskirchen zu nennen. Die folgende Tabelle fasst die Auskünfte der Nachbarkreise zusammen.

Tabelle 45: geplante Neubauten oder Erweiterungen von Pflegeheimen an der Landkreisgrenze zu Euskirchen (Stand: 28.09.2015)¹⁹⁷

Kreis / kreisfreie Stadt	geplante Neubauten oder Erweiterungen von Pflegeheimen an der Landkreisgrenze zu Euskirchen (ca. 10 km)
Städteregion Aachen (einschl. Stadt Aachen)	Erweiterung eines Pflegeheims um 38 Plätze in Simmerath. Auskunft: Herr Xhonneux, Städteregion Aachen (Pflegeplanung)
Düren, Kreis	Erweiterung eines Pflegeheims um 10 Plätze und einer Tagespflege (16 Plätze) in Nideggen. Auskunft: Frau Franken, Kreisverwaltung Düren (Pflegeberatung)
Rhein-Erft-Kreis	Erweiterung eines Pflegeheims um 30 Plätze in Erftstadt. Auskunft: Frau Huck, Amt für Familien, Senioren und Soziales (Pflegeplanung und Pflegeberatung)
Rhein-Sieg-Kreis	Neubau von zwei 80-Betten-Häusern in Heimerzheim und in Buschhoven ist geplant. In Bornheim ist ein 80-Betten-Haus für 2017 geplant. Auskunft: Frau Milde, Sozialamt Grundsatz- und Planungsaufgaben (Pflegeplanung)
Ahrweiler, Landkreis	Nichts bekannt. Auskunft: Herr Porz, Kreisverwaltung Ahrweiler
Vulkaneifel, Landkreis	Nichts bekannt. Auskunft: Frau Sarnes, Pflegestützpunkt Daun
Eifelkreis Bitburg-Prüm	Nichts bekannt. Auskunft: Frau Schuster, Kreisverwaltung (Pflegestrukturplanung)

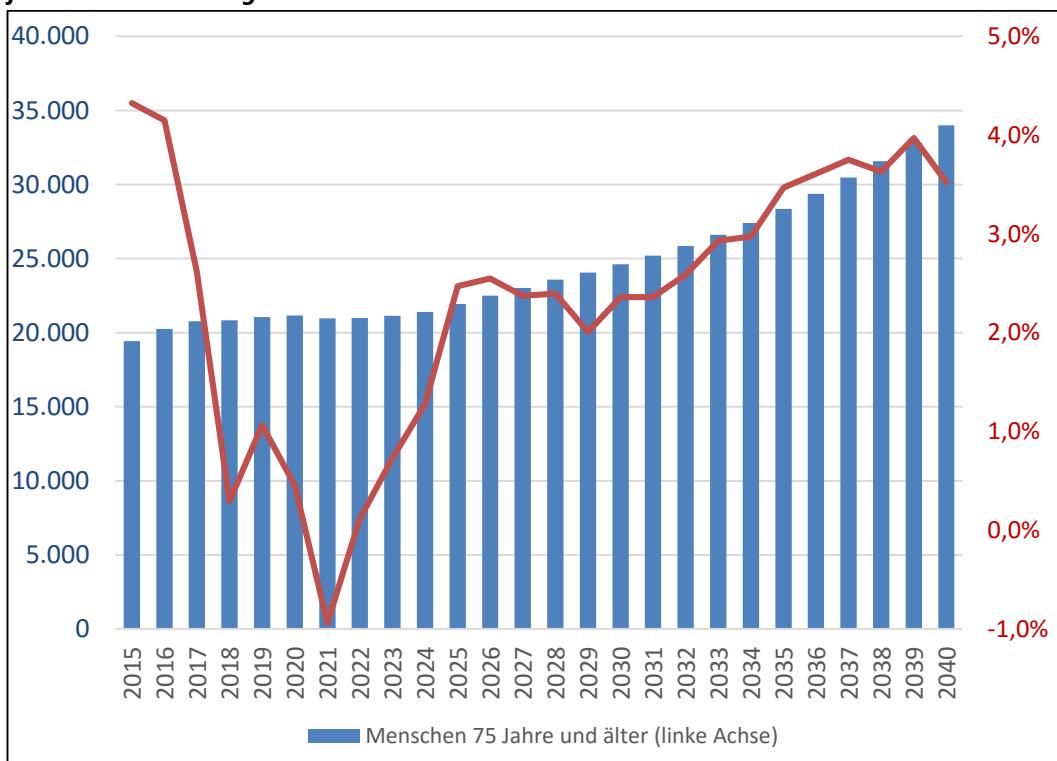
¹⁹⁷ Die Angaben basieren auf den telefonischen Auskünften am 28.09.2015 der in der Tabelle genannten Ansprechpartner in den jeweiligen Kreisverwaltungen bzw. Pflegestützpunkten.

9 Zusammenfassende Empfehlung

9.1 Vor- und teilstationäre Pflegeangebote

Mit Ausnahme des Jahres 2021 geht IT.NRW in den Bevölkerungsvorausberechnungen von einer jährlichen Zunahme der Menschen im Alter von 75 und mehr Jahren aus. Abbildung 61 zeigt in blauen Balken auf der linken Ordinate die Anzahl der älteren Menschen im Kreis und auf der rechten Ordinate das jährliche Wachstum dieser Bevölkerungsgruppe in Prozent.

Abbildung 61: Bevölkerungsprognose Menschen 75 Jahre und älter 2015 bis 2040 und die jährliche Veränderung in Prozent für den Kreis Euskirchen¹⁹⁸



Die jährliche prozentuale Zunahme älterer Menschen kann als absolute Untergrenze für den jährlichen zusätzlichen Bedarf an vorstationären Pflegeleistungen gesehen werden. Tatsächlich ist davon auszugehen, dass die Nachfrage nach vorstationären Leistungen in stärkerem Ausmaß zunimmt. Gründe dafür sind zum einen die in Abschnitt 2.3 dargestellten Versorgungswünsche der Bevölkerung, die klar in Richtung ambulant vor stationär zielen, zum anderen die beispielsweise im „Masterplan altengerechte Quartiere“ durch die nordrhein-westfälische Politik eindeutig erklärte Absicht, die individuelle Selbstbestimmung des pflegebedürftigen Bürgers über seine Wohnform zu stärken. Gerade durch dieses sich wechselseitig beeinflussende Zusammenspiel von Bürgerwillen und Politik

¹⁹⁸ Vgl. Statistisches Bundesamt, Fortschreibung des Bevölkerungsstandes (Basis Zensus 2011), eigene Berechnung, eigene Darstellung

kann eine sich selbst verstärkende Dynamik in Gang gesetzt werden, die jedoch nur schwer zu prognostizieren ist.

9.2 Stationäre Pflegeangebote

In gewachsenen Gemeindestrukturen ist kaum zu erwarten, dass die Verteilung der Pflegeeinrichtungen im theoretischen Sinne optimal ist. Daher ist auch nicht generell ein Problem darin zu sehen, wenn in einer Gemeinde weniger stationäre Pflegebetten als für die ortsansässigen Bewohner benötigt angeboten werden, solange in den gut erreichbaren Nachbargemeinden mehr angeboten wird, als für die dort ansässigen Menschen ausreichend gewesen wäre. Es spricht jedoch einiges dafür, die Ungleichverteilung der Angebote nicht aus dem Auge zu verlieren und darauf zu achten, die bestehenden Ungleichgewichte in der Verteilung bei Neubauten nicht zu verstärken, sondern durch geschickte Standortwahl, wenn möglich eher zu entschärfen.

Tabelle 46 fasst das derzeitige Angebot im Kreis zusammen und stellt es dem berechneten Bedarf gegenüber. Es wird deutlich, dass per Saldo 2015 deutlich mehr stationäre Pflegekapazitäten zur Verfügung stehen, als in Kenntnis der relevanten Zusammenhänge aus anderen deutschen Gemeinden notwendig wäre.

Tabelle 46: Geschätzte Entwicklung der Nachfrage nach vollstationären Pflegeplätzen in 2015 in den Gemeinden/Städten und im Kreis Euskirchen gesamt

Gemeinde/Stadt	Bestand zum Dez. 2015	Bedarf Medikalisierung 2015	Bedarf Kompression 2015	Mehr-/ Minderbedarf Medikalisierung 2015	Mehr-/ Minderbedarf Kompression 2015
Bad Münstereifel	366	217	213	-149	-152
Blankenheim	233	120	119	-113	-114
Dahlem	56	60	60	4	4
Euskirchen	481	554	549	73	68
Hellenthal	76	113	112	37	36
Kall	20	131	129	111	109
Mechernich	570	266	263	-304	-307
Nettersheim	79	92	91	13	12
Schleiden	222	185	182	-37	-40
Weilerswist	122	158	157	36	35
Zülpich	241	218	216	-23	-25
Kreis Euskirchen	2466	2114	2091	-352	-374

Bis 2040 wendet sich dies jedoch ins Gegenteil. Nach unseren Berechnungen werden die heute zur Verfügung stehenden Pflegeplätze die zu erwartende Nachfrage 2040 wahrscheinlich nicht decken können. Nur bei vollständiger Gültigkeit der Kompressionshypothese könnte das Angebot ausreichend sein. Davon ist jedoch genau so

wenig auszugehen, wie von einer 100prozentigen Gültigkeit der Medikalisierungshypothese.¹⁹⁹

Zu beachten ist sowohl 2015 als auch 2040, dass die ungünstige Verteilung der Pflegeeinrichtungen insgesamt ein größeres Angebot erfordert als bei einer gleichmäßigen Verteilung. Freie Kapazitäten einer Gemeinde am einen Rand des Kreises können nicht mit Minderkapazitäten am gegenüberliegenden Rand verrechnet werden.

Tabelle 47: Geschätzte Entwicklung der Nachfrage nach vollstationären Pflegeplätzen in 2040 in den Gemeinden/Städten und im Kreis Euskirchen gesamt

Gemeinde/Stadt	Erwarteter Bestand zum Jan. 2016	Bedarf Medikalisierung 2040	Bedarf Kompression 2040	Mehr-/ Minderbedarf Medikalisierung 2040	Mehr-/ Minderbedarf Kompression 2040
Bad Münstereifel	366	288	181	-78	-185
Blankenheim	233	146	90	-87	-143
Dahlem	56	104	75	48	19
Euskirchen	481	1221	940	740	459
Hellenthal	76	225	166	149	90
Kall	20	297	221	277	201
Mechernich	570	516	360	-54	-210
Nettersheim	79	245	192	166	113
Schleiden	222	223	152	1	-70
Weilerswist	202	475	366	273	164
Zülpich	241	508	375	267	134
Kreis Euskirchen	2546	4248	3118	1702	572

Ein unmittelbarer Handlungsbedarf ist aus gutachterlicher Sicht somit zum jetzigen Zeitpunkt nicht vorhanden. Bis zum Jahr 2040 sollten vor allem in der Stadt Euskirchen und in Kall zusätzliche Kapazitäten aufgebaut werden.

¹⁹⁹ Vergleiche dazu die Ausführungen in Kapitel 5.

10 Anhang: Ökonometrisches Glossar

10.1 Adjustiertes Bestimmtheitsmaß

Lässt man die Zahl unabhängiger Variablen bei gleichbleibender Zahl der Beobachtungen langsam steigen, so steigt definitionsgemäß auch das Bestimmtheitsmaß. Für den Grenzfall, dass die Zahl der Beobachtungen genau der Zahl der unabhängigen Variablen entspricht ergibt sich für das Bestimmtheitsmaß der Wert Eins. Diesen Effekt versucht das adjustierte Bestimmtheitsmaß auszugleichen, indem es das Bestimmtheitsmaß R^2 unter Berücksichtigung der Anzahl der Beobachtungen und der Variablen nach unten korrigiert.

Für das adjustierte Bestimmtheitsmaß gilt:

$$R_{adj.}^2 = 1 - (1 - R^2) \frac{n-1}{n-v}$$

mit n Anzahl der Beobachtungen

 v Anzahl der Variablen

10.2 Standardisierter Regressionskoeffizient (Beta Wert)

Die Höhe des Regressionskoeffizienten einer unabhängigen Variablen alleine lässt für alle Fälle, in denen er einen von Null verschiedenen Wert annimmt, keinen Rückschluss auf die relative Wichtigkeit des Einflusses der betreffenden Variablen zu. Ursache dafür sind in erster Linie die zumeist verschiedenen Dimensionen der in eine Regression einfließenden Variablen, aber auch die unterschiedlichen Streuungen der exogenen Variablen einerseits und der endogenen Variable andererseits. Wenn also ermittelt werden soll, welche der erklärenden Variablen den größten Einfluss auf die endogene Variable hat, könnten vor einer Regression alle Variablen auf den Mittelwert Null und die Standardabweichung 1 standardisiert werden. Zweckmäßiger ist allemal die nachträgliche Berechnung von standardisierten Regressionskoeffizienten mit

$$b_j^{stand.} = b_j \frac{\sigma_{X_j}}{\sigma_Y}$$

mit: X_j exogene Variable j

b_j Regressionskoeffizient der exogenen Variable j

 Y endogene Variable

10.3 Partieller Korrelationskoeffizient

Der partielle Korrelationskoeffizient (quadriert spricht man auch vom partiellen Bestimmtheitsmaß) gibt an, welcher Teil der durch die übrigen unabhängigen Variablen X_j

$(j \neq k)$ nicht erklärten Varianz der abhängigen Variable Y von der untersuchten Variable X_k erklärt wird, nachdem diese um den Einfluss der übrigen unabhängigen Variablen bereinigt wurde. Technisch berechnet er sich als der Korrelationskoeffizient aus den Residuen, die sich aus einer Regression der endogenen Variablen auf alle exogenen Variablen mit Ausnahme der zu untersuchenden Variablen ergeben und den Residuen aus der Regression der untersuchten erklärenden Variable auf alle anderen erklärenden Variablen.

Je geringer das partielle Bestimmtheitsmaß einer Variablen ist, desto weniger trägt diese bei gegebenem Erklärungsgehalt von anderen Variablen zur Erklärung der gesamten Streuung bei.

Literaturverzeichnis

- Allinger, Lüdeke, Siebenschuh et altri (2013), *Pflegeregion Egrensis – Grenzüberschreitende Zusammenarbeit in der Altenpflege*
- Altenpflege-Monitor (2010): *Passt Ihr Angebot auch morgen noch zur Nachfrage? Veränderung der Kundenwünsche aus fünf Jahren Deutscher Altenpflege-Monitor*, Juni 2010, http://www.konzept-und-markt.com/tl_files/PDFs/Vortraege/Vortrag%20Veraenderungen%20der%20Kundenwunsche%20aus%20fuenf%20Jahren%20Deutscher%20Altenpflege-Monitor%20Juni%202010.pdf [abgerufen am 14.09.2015]
- Bayerisches Landesamt für Statistik und Datenverarbeitung (2011): *Zensusdatenbank. Zensus 2011 der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder.*
- Blaumeiser, Heinz / Blinkert, Baldo / Klie, Thomas (2001): *Zwischen Heim und daheim. Die Munderkingen-Studie zum Wandel pflegekultureller Orientierungen*, in: SWS-Rundschau 41(4), S. 405-419
- Blinkert, Baldo / Klie, Thomas (2000): *Pflegekulturelle Orientierungen und soziale Milieus. Ergebnisse einer Untersuchung über die sozialstrukturelle Verankerung von Solidarität*, in: Sozialer Fortschritt 49(10), S. 237-245
- Blinkert, Baldo / Klie, Thomas (2004a): *Solidarität in Gefahr? Pflegebereitschaft und Pflegebedarfentwicklung im demografischen und sozialen Wandel – Die „Kasseler Studie“*, Hannover 2004
- Blinkert, Baldo / Klie, Thomas (2008): *Die Versorgungssituation pflegebedürftiger Menschen vor dem Hintergrund von Bedarf und Chancen*, in: Soziale Ungleichheit und Pflege. Beiträge sozialwissenschaftlich orientierter Pflegeforschung, hrsg. v. Ullrich, Bauer / Andreas, Büscher, 1. Auflage, Wiesbaden 2008, S. 238-255
- Borchert, Lars (2008): *Soziale Ungleichheit und Gesundheitsrisiken älterer Menschen. Eine empirische Längsschnittanalyse unter Berücksichtigung von Morbidität, Pflegebedürftigkeit und Mortalität*, hrsg. v. Ilona, Ostner / Wolfgang, Voges, Augsburg 2008
- Börsch-Supan, Axel / Spieß, Katharina (1995): *Privathaushalt oder Heim? Bestimmungsfaktoren der Institutionalisierung älterer Menschen*, Diskussionspapier Nr. 516 des Instituts für Volkswirtschaftslehre und Statistik der Universität Mannheim, Mannheim 1995
- bpa (2014): *Stellungnahme des Bundesverbandes privater Anbieter sozialer Dienste e.V. (bpa) zum Hearing im Gesundheitsausschuss des Landtages NRW am 29.08.2014 in Verbindung mit dem Entwurf einer Verordnung zur Ausführung des Alten und Pflegegesetzes NRW und nach § 92 SGB XI (APG DVO NRW), Vorlage 16/1795*, http://www.bpa.de/fileadmin/user_upload/MAIN-dateien/NW/SN_zum_Hearing_im_Landtag_am_29-8-14_Endfassung_3.pdf [abgerufen am 10.08.2015]
- Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung (2008): *Bevölkerung. Daten, Fakten, Trends zum demographischen Wandel in Deutschland*, Wiesbaden 2008
- Compass (2010): *Compass-Versichertenbefragung - Studie zu Erwartungen und Wünschen der PPV-Versicherten an eine qualitativ gute Pflege und an die Absicherung bei Pflegebedarf*, 29. April 2010, <http://www.paritaet-alsofpfleg.de/index.php/downloadsnew/pflegerische-versorgung/qualitaetsentwicklung/1773-compass-versichertenbefragung/file> [abgerufen am 14.09.2015]

- Dallinger, Ursula (1997): *Erwerbstätige Pflegepersonen älterer hilfe- und pflegebedürftiger Menschen in der Bundesrepublik Deutschland: Partizipation im und Ausscheiden aus dem Erwerbsleben*, in: *Vereinbarkeit von Erwerbstätigkeit und Pflege*, hrsg. v. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Schriftenreihe des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Band 106/1, Stuttgart 1997, S. 111-157
- Dinkel, Reiner Hans (1999): *Demographische Entwicklung und Gesundheitszustand. Eine empirische Kalkulation der Healthy Life Expectancy für die Bundesrepublik auf der Basis von Kohortendaten*, in: *Gesundheit – unser höchstes Gut?* hrsg. v. Heinz, Häfner, Berlin / Heidelberg 1999, S.61-83
- Dittmann, Jörg (2008): *Deutsche zweifeln an der Qualität und Erschwinglichkeit stationärer Pflege. Einstellungen zur Pflege in Deutschland und Europa*, in: *Informationsdienst Soziale Indikatoren*, 2008(40), S. 1-6
- Eurostat Online-Datenbank (2013): *Erwerbstägenquoten nach Geschlecht, Altersgruppen (20-64) und Staatsangehörigkeit*,
http://epp.eurostat.ec.europa.eu/tgm/refreshTableAction.do?tab=table&plugin=1&page=t2020_10&language=de [abgerufen am 14.09.2015]
- Fetzer, Stefan (2005): *Determinanten der zukünftigen Finanzierbarkeit der GKV: Doppelter Alterungsprozess, Medikalisierungs- vs. Kompressionsthese und medizinisch-technischer Fortschritt*, Diskussionsbeitrag Nr. 130 des Instituts für Finanzwissenschaft der Albert-Ludwigs-Universität Freiburg, Freiburg 2005
- Fries, James F. (1980): *Aging, natural death and the compression of morbidity*, in: *The New England Journal of Medicine* 303(3), S. 130-135
- Fries, James F. (2000): *Compression of morbidity in the elderly*, in: *Vaccine* 18(16), S. 1584-1589
- Generali Altersstudie (2013): *Wohnen und Mobilität*, <http://www.generalialtersstudie.de/online/portal/gdinternet/altersstudie/content/815252/831512> [abgerufen am 14.09.2015]
- Gilberg, Reiner (2000): *Hilfe- und Pflegebedürftige im höheren Alter. Eine Analyse des Bedarfs und der Inanspruchnahme von Hilfeleistungen*, Studien und Berichte des Max-Planck-Instituts für Bildungsforschung, Band 68, Diss., Berlin 2000
- Häcker, Jasmin / Raffelhäuschen, Bernd (2007): *Zukünftige Pflege ohne Familie: Konsequenzen des „Heimsog-Effekts“*, in: *Zeitschrift für Sozialreform* 53(4), S. 391-422
- Heinzel-Gutenbrunner, Monika (2001): *Einkommen, Einkommensarmut und Gesundheit*, in: *Sozial-Epidemiologie. Eine Einführung in die Grundlagen, Ergebnisse und Umsetzungsmöglichkeiten*, hrsg. v. Andreas, Mielck / Kim, Bloomfield, Weinheim/München 2001, S. 39-49
- Helmert, Uwe (2003): *Soziale Ungleichheit und Krankheitsrisiken*, hrsg. v. Ilona, Ostner / Wolfgang, Voges, Augsburg 2003
- Hof, Bernd (2001): *Auswirkungen und Konsequenzen der demographischen Entwicklung für die gesetzliche Kranken- und Pflegeversicherung. Gutachten im Auftrag des Gesamtverbandes der Deutschen Versicherungswirtschaft e.V. und des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V.*, hrsg. v. Verband der privaten Krankenversicherung e.V., Köln 2001
- IT.NRW (2009): *Statistische Analysen und Studien, Band 60. Vorausberechnung der Bevölkerung in den kreisfreien Städten und Kreisen Nordrhein-Westfalens. 2008-/2030/2050*, Düsseldorf 2009
- IT.NRW (2012): *Statistische Analysen und Studien, Band 72. Vorausberechnung der Bevölkerung in den kreisfreien Städten und Kreisen Nordrhein-Westfalens. 2011-/2030/2050*, Düsseldorf 2012

- IT.NRW (2013): *Zu-/Fortgezogene über die Gemeinde-, Kreis-, Landesgrenzen*, 2013
- IT.NRW (2015a): *Bevölkerungsstand: Bevölkerung nach Geschlecht und Altersgruppen – Stichtag 31.12.* – regionale Tiefe: Gemeinden, Samt-/Verbandsgemeinden – generierbare Tabelle unter <https://www.landesdatenbank.nrw.de> [abgerufen am 14.08.2015]
- IT.NRW (2015b): *Bevölkerungsvorausberechnung - Gemeindemodellrechnung 2014 bis 2040 - Basis - nach Altersjahren und Geschlecht*, generierbare Tabelle unter <https://www.landesdatenbank.nrw.de> [abgerufen am 14.08.2015]
- Infratest Sozialforschung (2003): *Hilfe- und Pflegebedürftige in Privathaushalten in Deutschland 2002. Schnellbericht. Erste Ergebnisse der Repräsentativerhebung im Rahmen des Forschungsprojekts „Möglichkeiten und Grenzen einer selbstständigen Lebensführung hilfe- und pflegebedürftiger Menschen in Privathaushalten“ (MuG 3)*, München 2003
- Infratest Sozialforschung (2006): *Hilfe- und Pflegebedürftige in Alteneinrichtungen 2005. Schnellbericht zur Repräsentativerhebung im Forschungsprojekt „Möglichkeiten und Grenzen selbstständiger Lebensführung in Einrichtungen“ (MuG IV)*, München 2006
- Infratest Sozialforschung (2011): *Abschlussbericht zur Studie „Wirkungen des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes“*, München, 2009
- Jacobzone, Stephane / Cambois, Emmanuelle / Robine, Jean-Marie (2000): *Is the health of older persons in OECD countries improving fast enough to compensate for population ageing?* in: *OECD Economic Studies* 30(1), S. 149-190
- KDA, Wüstenrot-Stiftung (Hrsg.) (2014): *Wohnatlas - Rahmenbedingungen der Bundesländer - Teil 1: Bestandsanalyse und Praxisbeispiele*; Kuratorium Deutsche Altershilfe / Wüstenrot Stiftung
- Klein, Thomas (1998): *Der Heimeintritt alter Menschen und Chancen seiner Vermeidung. Ergebnisse einer Repräsentativerhebung in den Einrichtungen stationärer Altenhilfe*, in: *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 31(6), S. 407-416
- Klein, Thomas / Unger, Rainer (2001): *Einkommen, Gesundheit und Mortalität in Deutschland, Großbritannien und den USA*, in: *Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie*, 53(1), S. 96-110
- Mager, Hans-Christian (2002): *Informelle Pflege(sicherungs)arrangements: Ökonomische Aspekte komplexer Generationenbeziehungen*, in: *Lebensqualität im Alter. Generationenbeziehungen und öffentliche Servicesysteme im sozialen Wandel*, hrsg. v. Andreas, Motel-Klingebiel / Hans-Joachim, v. Kondratowitz / Clemens, Tesch-Römer, Opladen 2002, S. 95-127
- Mager, Hans-Christian / Eisen, Roland (2002): *Noch ist die häusliche Pflege Familiensache. Die Pflegeversicherung und ihre Folgen*, in: *Forschung Frankfurt* 2002(1-2), S. 14-21
- Meller, Ingeborg / Fichter, Manfred / Schröppel, Hildegard (2000): *Institutionelle Versorgung bei Hochbetagten. Ergebnisse der Münchener Hochbetagten-Studie*, in: *Fortschritte Neurologie Psychiatrie* 68(6), S.270-277
- Niehaus, Frank (2006): *Alter und steigende Lebenserwartung. Eine Analyse der Auswirkung auf die Gesundheitsausgaben*, Diskussionspapier Nr. 5 des Wissenschaftlichen Instituts der PKV, Köln 2006
- Niewohner, Silke (2010): *Auch pflegende Angehörige brauchen mal eine Auszeit – Kurzzeitpflege als Alternative*, In: *Die BKK* 02/2010, S. 88-92
- NRW Bauministerium (2012): *Niederschrift über die Dienstbesprechung mit den Bauaufsichtsbehörden im Februar und März 2012*, http://www.aknw.de/fileadmin/user_upload/Arbeitshilfen/niederschrift_dienstbesprechung_bauaufsichtsbehoerden_2012.pdf, [abgerufen am 25.08.2015]

Peuckert, Rüdiger (2008): *Familienformen im sozialen Wandel*, 7. vollständig überarbeitete Auflage, Wiesbaden 2008

Prognos AG (2014): *Endbericht Evaluation des KfW-Programms Altersgerecht Umbau*, http://www.prognos.com/uploads/tx_atwpubdb/140729_Evaluation-KfW-Programm-Altersgerecht-Umbauen.pdf [abgerufen am 25.08.2015]

Rothgang, Heinz (2001): *Finanzwirtschaftliche und strukturelle Entwicklungen in der Pflegeversicherung bis 2040 und mögliche alternative Konzepte. Endbericht zu einer Expertise für die Enquête-Kommission „Demographischer Wandel“ des Deutschen Bundestags*, Bremen 2001

Rothgang, Heinz (2005): *Demographischer Wandel und Pflege(ver)sicherung*, in: *Sozialstaat und demographischer Wandel. Herausforderungen für Arbeitsmarkt und Sozialversicherung*, hrsg. v. Judith, Kerschbaumer / Wolfgang, Schroeder, Wiesbaden 2005, S. 119-146

Rothgang, Heinz et al. (2008): *Finanzielle Auswirkungen der Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und des dazugehörigen Assessments für die Sozialhilfeträger und die Pflegekassen. Ergänzungsprojekt zum Modellprojekt „Entwicklung und Erprobung eines neuen Begutachtungsinstruments zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit“*. Abschlussbericht, Bremen 2008

Sauvaget, Catherine et al. (1999): *Trends in dementia-free life expectancy among elderly members of a large health maintenance organization*, in: *International Journal of Epidemiology* 28(6), S. 1110-1118.

Schneekloth, Ulrich (2005): *Entwicklungstrends beim Hilfe- und Pflegebedarf in Privathaushalten. Ergebnisse der Infratest-Repräsentativerhebung*, in: Möglichkeiten und Grenzen selbstständiger Lebensführung in privaten Haushalten (MuG III). Repräsentativbefunde und Vertiefungsstudien zu häuslichen Pflegearrangements, Demenz und professionellen Versorgungsangeboten. Integrierter Abschlussbericht, hrsg. v. Ulrich, Schneekloth / Hans-Werner, Wahl, München 2005, S. 55-98

Schneekloth, Ulrich / Müller, Udo (2000): *Wirkungen der Pflegeversicherung*, Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Band 127, hrsg. v. Bundesministerium für Gesundheit, Baden-Baden 2000

Schneekloth, Ulrich / v. Törne, Ingolf (2007): *Entwicklungstrends in der stationären Versorgung. Ergebnisse der Infratest-Repräsentativerhebung*, in: Möglichkeiten und Grenzen selbstständiger Lebensführung in stationären Einrichtungen (MuG IV). Demenz, Angehörige und Freiwillige, Versorgungssituation sowie Beispielen für „Good Practice“, hrsg. v. Ulrich, Schneekloth / Hans Werner, Wahl, S. 53-168

Schneekloth, Ulrich et al. (1996): *Hilfe- und Pflegebedürftige in privaten Haushalten. Endbericht*, Schriftenreihe des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Band 111.2, hrsg. v. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Stuttgart 1996

Statistische Ämter des Bundes und der Länder (2007): *Demografischer Wandel in Deutschland*. Heft 1. Bevölkerungs- und Haushaltsentwicklung im Bund und in den Ländern, Wiesbaden 2007

Statistische Ämter des Bundes und der Länder (2010): *Demografischer Wandel in Deutschland*. Heft 2. Auswirkungen auf Krankenhausbehandlungen und Pflegebedürftige im Bund und in den Ländern, Wiesbaden 2010

Statistisches Bundesamt (2004): *Junge Menschen starten immer später ins Berufsleben*, Pressemitteilung Nr. 329 vom 09.08.2004

Statistisches Bundesamt (2008a): *Mikrozensus. Bevölkerung und Erwerbstätigkeit. Stand und Entwicklung der Erwerbstätigkeit. Band 2: Deutschland*, Wiesbaden 2008

- Statistisches Bundesamt (2009a): *Bevölkerung und Erwerbstätigkeit – Natürliche Bevölkerungsbewegung, Fachserie 1 Reihe 1.1*, Wiesbaden 2009
- Statistisches Bundesamt (2013): *Pflegestatistik 2011: Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung – Deutschlandergebnisse*, Wiesbaden 2013
- Statistisches Bundesamt (2015a): *Pflegestatistik 2013: Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung – Deutschlandergebnisse*, Wiesbaden 2015
- Statistisches Bundesamt (2015b): *Statistik der Sozialhilfe – Hilfe zur Pflege 2012*, Wiesbaden 2015
- Statistisches Bundesamt (2015c): *Bevölkerung Deutschlands bis 2060 – 13. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung*, Wiesbaden 2015
- Verbraucherzentrale Nordrhein-Westfalen (2013): *Stellungnahme zur Anhörung des Ausschusses für Arbeit, Gesundheit und Soziales zum „Entwurf eines Gesetzes zur Entwicklung und Stärkung einer demographiefesten, 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)“(Drucksache 16/3388) am 12./13. September 2013 im Landtag*
- Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek) (2015a): *Pflegelotse*. URL: www.pflegelotse.de. [abgerufen am 28.09.2015]
- Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek) (2015b): *Versorgungsangebote für Palliativ-Patientinnen und Patienten im Kreis Euskirchen*, http://www.vdek.com/LVen/NRW/Service/Pflegeversicherung/Palliativversorgung/_jcr_content/par/columns/parColumn1/download_12/file.res/Euskirchen.pdf [abgerufen am 11.08.2015]
- Verbrugge, Lois M. (1984): *Longer life but worsening health? Trends in health and mortality of middle-aged and older persons*, in: Milbank Memorial Fund Quarterly, 62(3), S. 475-519
- Voges, Wolfgang / Borchert, Lars (2008): *Soziale Ungleichheit und Heimkarriere bei Älteren*, in: Soziale Ungleichheiten und kulturelle Unterschiede in Lebenslauf und Alter. Fakten, Prognosen und Visionen, hrsg. v. Harald, Künemund / Klaus, Schroeter, 1. Auflage, Wiesbaden 2008, S. 195-220
- Wehler, Hans-Ulrich (2008): Bundesrepublik und DDR. 1949-1990, Deutsche Gesellschaftsgeschichte, Bd. 5, München 2008