



Bericht zur Pflege 2011

Impressum:

**Herausgegeben von der Kreisverwaltung Kaiserslautern
Leitstelle Älterwerden
Lauterstr.8, 67657 Kaiserslautern**

Redaktion:

**Heiko Becker
Tel: 0631/7105248
Fax: 0631/7105566
heiko.becker@kaiserslautern-kreis.de**

Inhaltsverzeichnis

1	ZIELSETZUNG UND AUFGABENFELD DER PFLEGESTRUKTURPLANUNG	4
1.1	RECHTLICHE GRUNDLAGEN	4
1.2	PFLEGEMONITORING UND DATENREPORT PFLEGE	5
2	INFRASTRUKTUR PFLEGE	5
2.1	AMBULANTE ANGEBOTE	5
2.1.1	<i>Pflegedienste</i>	5
2.1.1.1	Einzugsbereiche/Versorgungsdichte.....	5
2.1.1.2	Fachliche Schwerpunkte der ambulanten Pflegedienste	7
2.1.1.3	Personalstruktur.....	7
2.1.2	<i>Betreutes Klientel</i>	8
2.1.3	<i>Versorgungssituation</i>	9
2.1.3.1	Vernetzung mit anderen Diensten und Einrichtungen	9
2.1.3.2	Schnittstellenproblematiken	9
2.1.3.2.1	Schnittstelle ambulanter Pflegedienst/Krankenhaus	9
2.1.3.2.2	Schnittstelle ambulanter Pflegedienst/Kurzzeitpflege.....	10
2.1.3.3	Ugedeckte pflegerische Bedarfe.....	10
2.1.3.4	Kultursensible Pflege/Klienten mit Migrationshintergrund.....	11
2.2	TEILSTATIONÄRE ANGEBOTE	11
2.3	VOLLSTATIONÄRE ANGEBOTE	12
2.3.1	<i>Kurzzeitpflege</i>	12
2.3.2	<i>Dauerpflege</i>	12
2.3.2.1	Einrichtungsangaben	12
2.3.2.1.1	Pflegeplatzanzahl.....	12
2.3.2.1.2	Besonderheiten	12
2.3.2.1.3	Auslastung.....	12
2.3.2.1.4	Räumliche Verteilung.....	13
2.3.2.1.5	Fachliche Schwerpunkte.....	13
2.3.2.1.6	Überleitungsinstrumente.....	13
2.3.2.1.7	Einbindung in Standortgemeinde.....	13
2.3.2.2	Klientel.....	14
2.3.2.2.1	Pflegestufen	14
2.3.2.2.2	Primärdiagnose	14
2.3.2.2.3	Erhöhter Betreuungsaufwand/besonders aufwändige Pflege	15
2.3.2.2.4	Altersstruktur/Geschlechterverteilung	15
2.3.2.2.5	Selbstzahleranteil.....	16
2.3.2.2.6	Verweildauer	16
2.3.2.2.7	Herkunftsort.....	17
2.3.2.3	Versorgungssituation.....	19
2.3.2.3.1	Herausforderungen/Angebote kultursensible Pflege.....	19
2.3.2.3.2	Schnittstellenproblematik Pflegeeinrichtung/Krankenhaus	19
2.3.2.3.3	Wichtigste Themen in der stationären Pflege	19
2.3.2.3.4	Neue/zusätzliche Angebote.....	19
2.4	NIEDERGELASSENE ÄRZTE.....	20
2.5	UNTERSTÜTZENDE/ALTERNATIVE WOHNFORMEN.....	21
2.6	BERATUNGSSTELLEN.....	22
3	NUTZERSTRUKTUR	23
4	SOZIALSTRUKTUR.....	24
4.1	BEVÖLKERUNGSSTRUKTUR UND BEVÖLKERUNGSPROGNOSE.....	24
4.1.1	<i>Entwicklung Bevölkerungszahl</i>	24
4.1.2	<i>Entwicklung Altersverteilung</i>	25
4.1.2.1	Altersstruktur der Bevölkerung auf Verbandsgemeindeebene	26
4.1.3	<i>Pflegerelevante Grunddaten</i>	28
4.1.3.1	Allgemeines zur Entwicklung der Pflegebedürftigkeit.....	28
4.1.3.2	Versorgung der Pflegebedürftigen.....	30
5	BEDARFSPROGNOSTIK ZUR PFLEGEBEDÜRFTIGKEIT.....	32
5.1	BEDARF AN AMBULANTER VERSORGUNG.....	32
5.2	BEDARF AN STATIONÄRER VERSORGUNG.....	33

1 Zielsetzung und Aufgabenfeld der Pflegestrukturplanung

1.1 Rechtliche Grundlagen

Die Sozialleistungsträger sind verpflichtet, Sorge zu tragen, dass die zur Ausführung von Sozialleistungen erforderlichen sozialen Dienste und Einrichtungen rechtzeitig und ausreichend zur Verfügung stehen.¹

Die *pflegerische Versorgung* der Bevölkerung wird in SGB XI als gesamtgesellschaftliche Aufgabe definiert, deren Ausführung in enger Kooperation der Gebietskörperschaften und weiterer Institutionen erfolgen soll.² Die Verantwortung für die Vorhaltung einer leistungsfähigen, zahlenmäßig ausreichenden und wirtschaftlichen pflegerischen Versorgungsstruktur wird auf die Länder übertragen, welche ihrerseits durch Landesrecht weiteres (insbesondere zu Planung und Förderung von Pflegeeinrichtungen) bestimmen können.³ Das Land Rheinland-Pfalz hat hiervon durch das Landesgesetz zur Sicherstellung und Weiterentwicklung der pflegerischen Angebotsstruktur (LPflegeASG) sowie der zugehörigen Landesverordnung (LPflegeASGDVO) Gebrauch gemacht.

Die gesetzliche Grundlage für die Pflegestrukturplanung in Rheinland-Pfalz ergibt sich aus §3 LPflegeASG. Die Pflegestrukturplanung umfasst demnach die komplette „pflegerische Angebotsstruktur“ im Sinne des §1 Abs.1 LPflegeASG innerhalb der jeweiligen Gebietskörperschaft. Sie wird in drei Teilbereiche gegliedert:

1. Der vorhandene Bestand an Diensten und Einrichtungen ist zu ermitteln.
2. Es ist zu prüfen, ob durch das Versorgungsangebot hinsichtlich seiner
 - Qualität
 - Quantität und
 - Wirtschaftlichkeiteine ausreichende Bedarfsdeckung in den einzelnen Leistungsbereichen⁴ erzielt ist. Hierbei ist die Trägervielfalt zu berücksichtigen.
3. Die erforderlichen Maßnahmen zur Sicherstellung und Weiterentwicklung der pflegerischen Angebotsstruktur sind abzuleiten und umzusetzen.

Die Pflegestrukturplanung hat sich an den Grundsätzen zu orientieren, welche in §1 Abs.2 LPflegeASG formuliert sind:

- Orientierung an den Bedürfnissen der auf die Hilfen angewiesenen Menschen und ihrer Angehörigen
- Leistungsangebot ortsnah, aufeinander abgestimmt, kooperativ und unter Berücksichtigung der Trägervielfalt
- Flächendeckende Beratungsstruktur als Zugang zu den Angeboten
- Weiterentwicklung der Angebotsstruktur bei Qualitätssicherung und Wirtschaftlichkeit sowie neuer Formen von Wohnen und Pflege
- Vorrang für Prävention und Rehabilitation
- Vorrang ambulanter vor stationären Leistungen durch Weiterentwicklung von Angeboten zur Förderung von selbstständiger und selbstbestimmter Lebensführung außerhalb von Einrichtungen
- Beachtung unterschiedlicher geschlechts- oder kulturspezifischer Bedürfnisse
- Einbeziehung und Unterstützung von pflegenden Angehörigen, sozialen Netzwerken und in der Pflege bürgerschaftlich engagierter Menschen.

¹ vgl. § 17 Abs. 1 Satz 1 SGB I

² vgl. § 8 SGB XI

³ vgl. § 9 SGB XI

⁴ ambulante, teilstationäre, vollstationäre Pflege sowie komplementäre Hilfen im Vor- und Umfeld der Pflege

1.2 Pflegemonitoring und Datenreport Pflege

Das Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demographie hat in Zusammenarbeit mit verschiedenen Modellkommunen in Rheinland-Pfalz und unter wissenschaftlicher Begleitung durch das Institut für angewandte Sozialforschung „Alter.Gesellschaft.Partizipation.“, Freiburg i.B. Grundlagen zur Pflegestrukturplanung erarbeitet.⁵

Darin wird ein Pflegemonitoring vorgeschlagen, welches auf Basis eines Datenreports Pflege erstellt werden soll. Der Datenreport Pflege enthält bestimmte Indikatoren und ermöglicht somit erstmals eine landesweit einheitliche Datenerhebung und einen Vergleich der Pflegestruktur zwischen den Landkreisen und kreisfreien Städten in Rheinland-Pfalz. Eine Fortschreibung der Pflegestrukturplanung ist in Abständen von zwei Jahren auf der Basis jeweils aktueller Datenerhebungen vorgesehen. Die Grundlagen zur Pflegestrukturplanung und der Datenreport Pflege wurden in der Landesarbeitsgemeinschaft „Pflegestrukturplanung“ diskutiert und verabschiedet.

Der Datenreport Pflege sieht eine Dreiteilung der Datenbasis vor:

- Infrastruktur Pflege
- Nutzerstruktur
- Sozialstruktur

Den einzelnen Abschnitten sind bestimmte Indikatoren zugeordnet. Es werden Vorschläge zur Datenermittlung gemacht. Der vorliegende Bericht zur Pflege greift einzelne Aspekte der dreigeteilten Datenbasis auf, insbesondere die Infrastruktur Pflege und die Sozialstruktur. Weitere Berichte zur Pflege werden sich ergänzend auf die anderen Bereiche des Datenreports beziehen.

Die Erhebung der Daten zur Infrastruktur Pflege erfolgte durch eine schriftliche Befragung der Träger von ambulanten, teilstationären und stationären Pflegeangeboten. Das Erhebungsinstrument orientierte sich inhaltlich an den vorgenannten Indikatoren und Vorschlägen zur Datenermittlung. Die Erhebung wurde gemeinsam mit der Stabsstelle Sozialplanung beim Referat Soziales der Stadtverwaltung Kaiserslautern geplant und zeitgleich im Landkreis und der kreisfreien Stadt Kaiserslautern durchgeführt. Stichtag für die Datenerhebung war analog der amtlichen Pflegestatistik der 15.12.2009.

Die Fragebögen wurden im Januar 2010 verschickt; um Rückgabe bis Ende März 2010 wurde gebeten. Die Rückmeldungen erfolgten teilweise recht spät und nach mehrfachen persönlichen, telefonischen und schriftlichen Erinnerungen. Die letzten Daten im stationären Bereich lagen erst Ende April 2011 (!) vor, so dass eine abschließende Auswertung erst zu diesem Zeitpunkt erfolgen konnte. Im ambulanten Bereich wurden von einem Pflegedienst trotz mehrfacher Erinnerung keine Daten geliefert.

2 Infrastruktur Pflege

2.1 Ambulante Angebote

2.1.1 Pflegedienste

2.1.1.1 Einzugsbereiche/Versorgungsdichte

Grundsätzlich ist festzuhalten, dass in allen Ortsgemeinden des Landkreises Kaiserslautern eine Wahlmöglichkeit zwischen mindestens drei ambulanten Pflegediensten be-

⁵ Berichte aus der Pflege, Nr. 15, „Kommunale Pflegestrukturplanung - ein Handbuch für die Praxis“, herausgegeben vom Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Familie und Frauen des Landes Rheinland-Pfalz, Dezember 2010

steht. Insofern entspricht das Angebot der ambulanten pflegerischen Versorgung im Bereich der Behandlungspflege und der Grundpflege den gesetzlichen Vorgaben einer Trägervielfalt (§1 Abs. 2 Nr.2 LPflegeASG)

Dennoch gibt es beim Angebot ambulanter Pflegedienste Unterschiede in der Versorgungsdichte. Während in 30 Gemeinden im Landkreis Kaiserslautern die Bevölkerung aus den Angeboten von fünf und mehr ambulanten Pflegediensten auswählen kann, bestehen in 20 weiteren Gemeinden „nur“ Angebote von drei ambulanten Pflegediensten. Dies betrifft insbesondere die Verbandsgemeinden Enkenbach-Alsenborn, Hochspeyer, Otterbach und Otterberg.

Dieses Bild relativiert sich jedoch wieder, wenn man zusätzlich die in der Stadt Kaiserslautern und den Gebietskörperschaften im Umfeld des Landkreises Kaiserslautern ansässigen Pflegedienste mit einbezieht. Vier der ambulanten Pflegedienste mit Sitz in der Stadt Kaiserslautern bieten ihre Dienstleistungen auch im Landkreis Kaiserslautern an. Schwerpunkte sind die Verbandsgemeinden Kaiserslautern-Süd, Hochspeyer, Otterbach und Otterberg.

Innerhalb des Landkreises Kaiserslautern decken die einzelnen Pflegedienste Einzugsbereiche von unterschiedlicher Größe ab. Ein Pflegedienst mit einem speziellen fachlichen Angebot gibt als Einzugsbereich den gesamten Landkreis an. Die anderen Pflegedienste geben ihre Einzugsbereiche jeweils für Regionen von rund 47.000 bis 72.000 Einwohnern an. Die Anzahl der Mitarbeiter liegt dabei zwischen 0,23 und 0,62 pro 1000 Einwohner der jeweiligen Versorgungsregion.

Von den befragten Pflegediensten gaben zwei an, auch in der Stadt Kaiserslautern tätig zu sein. Vier bieten ihre Dienste auch in den umliegenden Gebietskörperschaften an. Schwerpunkte sind hier der Landkreis Kusel, der Kreis Südwestpfalz und der Saarpfalz-Kreis.

Zum Stichtag wurden durch die ambulanten Pflegedienste mit Sitz im Landkreis Kaiserslautern 2.182 Klienten betreut. Davon wurden 1.406 Menschen (64,4%) regelmäßig versorgt. Über 92% der Klienten hatten ihren Wohnsitz im Landkreis Kaiserslautern. Dies entspricht dem Durchschnittswert in Rheinland-Pfalz.⁶

In 845 Fällen wurden sogenannte Pflegeeinsätze nach §37 SGB XI geleistet, d.h. halbjährlich oder jährlich erfolgende Beratungsgespräche in der gewohnten Umgebung der pflegebedürftigen Menschen, die ansonsten nur durch Angehörige gepflegt werden. Auch hier wurden über 80% der Dienstleistungen für Klienten im Landkreis Kaiserslautern erbracht.

Durch ambulante Pflegedienste mit Sitz in der Stadt Kaiserslautern wurden zum Stichtag 129 pflegebedürftige Menschen aus dem Landkreis Kaiserslautern regelmäßig versorgt. Hinzu kommen 30 sogenannte Pflegeeinsätze nach §37 SGB XI.

Die Versorgung von pflegebedürftigen Menschen im Landkreis Kaiserslautern durch Pflegedienste mit Sitz außerhalb von Stadt und Landkreis Kaiserslautern spielt nur eine untergeordnete Rolle. Lediglich 0,6% der versorgten Personen wurden durch diese Pflegedienste betreut.

Die Zahl der regelmäßig versorgten Klienten pro Pflegedienst liegt zwischen 102 und 415 Personen. Ein Pflegedienst mit fachlicher Spezialisierung betreut regelmäßig nur einen Klienten. Der Arbeitsschwerpunkt bei diesem Pflegedienst liegt in der Durchführung von Pflegeeinsätzen nach §37 SGB XI. Durchschnittlich werden im Landkreis Kaiserslautern rund 175 Klienten pro Pflegedienst versorgt.

⁶ Statistisches Landesamt Rheinland-Pfalz (Hrsg.): Gutachten „Pflegestatistik 2009 - Auswertung zum (früheren) Wohnort der Pflegebedürftigen“; Bad Ems, Februar 2011, Seite 21

2.1.1.2 Fachliche Schwerpunkte der ambulanten Pflegedienste

Bei den ambulanten Pflegediensten wurden fachliche Schwerpunkte und Spezialisierungen sowie sonstige/ergänzende Leistungen abgefragt. Die Angaben zu diesen Leistungen, welche teilweise über die „normale“ Grund- und Behandlungspflege hinausgehen, wurden durch Internetrecherchen bei den ambulanten Pflegediensten ergänzt und sind nachstehend, sortiert nach Verbandsgemeinden, aufgeführt (Tabelle 1).

Tabelle 1: Fachliche Schwerpunkte der ambulanten Pflegedienste nach Verbandsgemeinden

Verbandsgemeinde	Angebot												
	Verhinderungs-/Familienpflege	amb. intensivmed. Versorgung	amb. Beatmungspflege	Betreuung Demenzkranke	Haushaltsassistenz	Menueservice	Hausnotruf	Wäsche-/Hausmeisterservice	Fußpflege	mobiler Friseur	körperl./geistig behinderte Kinder	Moderne Wundversorgung	Hol-/Bring-/Fahrdienste
Bruchmühlbach-Miesau	x			x	x	x	x	x			x	x	x
Enkenbach-Alsenborn	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Hochspeyer	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Kaiserslautern-Süd	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Landstuhl	x			x	x	x	x	x			x	x	x
Otterbach	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Otterberg	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Ramstein-Miesenbach	x			x	x	x	x	x			x	x	x
Weilerbach	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x

2.1.1.3 Personalstruktur

Durch die ambulanten Pflegedienste wurden zum Stichtag 154,69 Vollzeitstellen unterhalten. Hierbei handelt es sich um Vollzeitäquivalenz, d.h. Teilzeitstellen und geringfügige Beschäftigung wurden auf Vollzeitstellen umgerechnet.

Die Aufteilung der Mitarbeiter in die verschiedenen Berufsgruppen ist aus Abbildung 1 zu entnehmen. Die Fachkräftequote⁷ im Bereich der Dienstleistungen nach SGB V und SGB XI liegt bei durchschnittlich 82% und bewegt sich zwischen 58,9% und 99,4%.

Setzt man die Anzahl der betreuten Klienten in Relation zur Anzahl der Vollzeitstellen, betreut ein Mitarbeiter in den ambulanten Pflegediensten rechnerisch zwischen fünf (4,89) und 14 (13,7) Klienten.

Für die Berechnung des Versorgungsquotienten wurden die Angaben der ambulanten Pflegedienste zu 149,7 Vollzeitstellen berücksichtigt, bei denen von einer Außendiensttätigkeit ausgegangen werden kann. Es ergibt sich kreisweit ein Versorgungsquotient von 0,58 Personen/Arbeitsstunde⁸.

⁷ Zur Berechnung der Fachkräftequote wurden herangezogen: Pflegedienstleitung, exam. Alten-/Krankenpflege, exam. Kinderkrankenpflege, hauswirtschaftliche Fachkräfte.

⁸ Der Versorgungsquotient berechnet sich aus der Kreisbevölkerung, geteilt durch die Gesamtarbeitsstunden der im Außendienst tätigen Pflegedienstmitarbeiter. Zur Berechnung s. „Berichte aus der Pflege Nr.15, Kommunale Pflegestrukturplanung - Ein Handbuch für die Praxis -, Hrsg. MASGFF Rheinland-Pfalz, S. 40

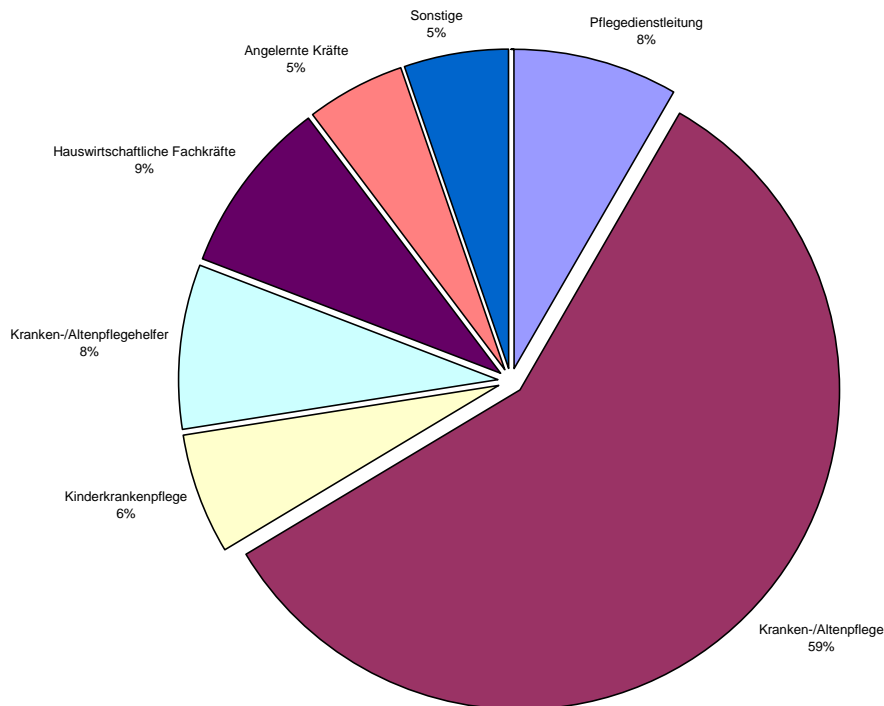


Abbildung 1: Verteilung der Berufsgruppen bei den Beschäftigten ambulanter Pflegedienste

2.1.2 Betreutes Klientel

Zu den Klienten der ambulanten Pflegedienste wurden verschiedene Datenquellen ausgewertet:

- Daten aus der Befragung der ambulanten Pflegedienste im Landkreis Kaiserslautern (umfassen alle Klienten, unabhängig von der Pflegestufe)
- Daten des statistischen Landesamtes Rheinland-Pfalz aus der Pflegestatistik 2009 (umfassen nur die im Sinne des SGB XI pflegebedürftigen Klienten)

Da bei den Daten des statistischen Landesamtes Daten von lediglich 48,3% der durch ambulante Dienste versorgten Klienten mit regionalem Bezug vorliegen, ist eine weitergehende Auswertung nicht möglich.⁹ Es konnten nur die landesweiten Durchschnittswerte in die Betrachtung mit einbezogen werden.

Die Altersstruktur der durch ambulante Pflegedienste versorgten Personen ergibt sich aus *Abbildung 2*. Das Balkendiagramm zeigt die Anteile der einzelnen Altersgruppen an allen Klienten, getrennt nach Geschlecht. Das Liniendiagramm zeigt die Altersstruktur der Bevölkerung im Landkreis Kaiserslautern.

Die meisten Klienten der ambulanten Pflegedienste sind demnach zwischen 70 und 89 Jahre alt (mehr als 60%), wobei die 80-89jährigen Klienten am häufigsten vertreten sind.

⁹ Statistisches Landesamt Rheinland-Pfalz (Hrsg.), a.a.O.; Seite 18

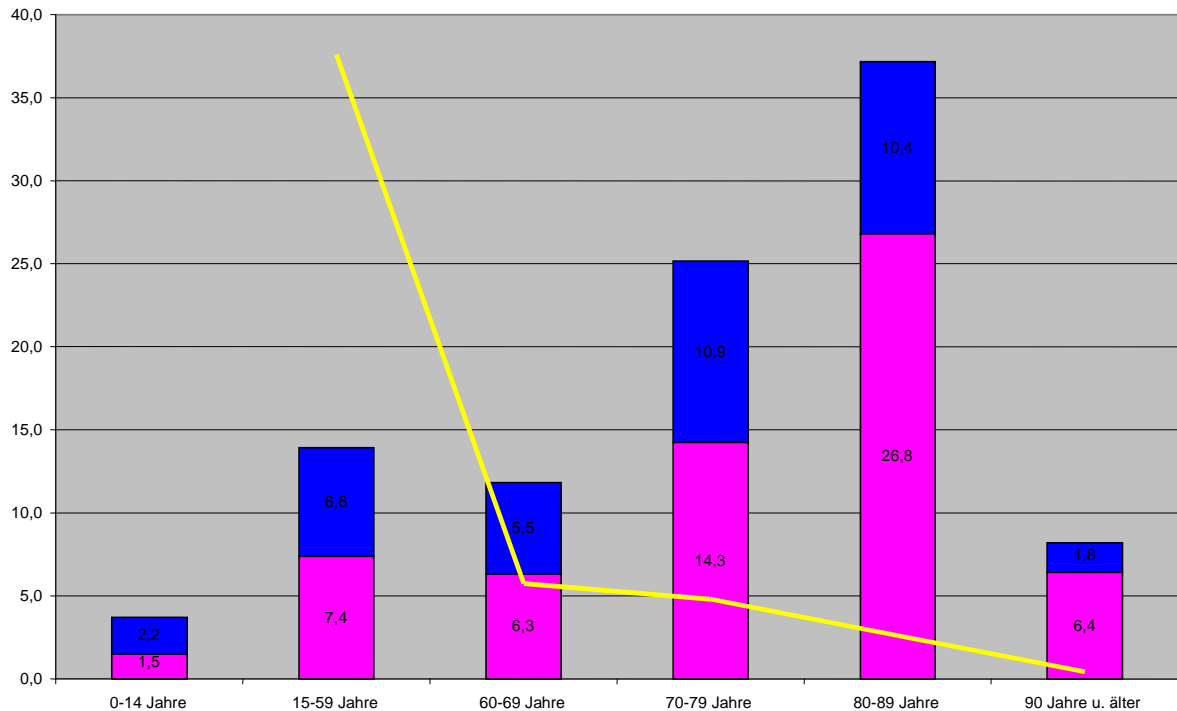


Abbildung 2: Altersverteilung der Klienten ambulanter Pflegedienste und der Gesamtbevölkerung

Die Anteile der ambulant versorgten Menschen an der Gesamtbevölkerung differieren erheblich zwischen den einzelnen Altersgruppen:

- bei den 70-79jährigen jede/r Zwanzigste
- bei den 80-89jährigen jede/r Fünfte
- bei den über 90jährigen jede/r Dritte

Bei den ambulant versorgten Personen stellen die Frauen die größere Klientengruppe dar. Fast $\frac{3}{4}$ der Klienten ambulanter Pflegedienste sind weiblich.

2.1.3 Versorgungssituation

2.1.3.1 Vernetzung mit anderen Diensten und Einrichtungen

Die ambulanten Pflegedienste wurden um eine Einschätzung zur Vernetzung mit anderen Einrichtungen und Diensten im Bereich der Pflege befragt. Es zeigt sich bei der Auswertung eine „Tendenz zur Mitte“: $\frac{1}{4}$ der Pflegedienste schätzt die Vernetzung gut bis sehr gut ein. Für die Hälfte der Pflegedienste ist die Vernetzung befriedigend bis ausreichend. $\frac{1}{4}$ der Pflegedienste sieht die Vernetzung als mangelhaft oder ungenügend. Die vergebene Durchschnittsnote liegt bei 3,5.

2.1.3.2 Schnittstellenproblematiken

Die Schnittstellen der Pflegeüberleitung zu Krankenhaus oder Kurzzeitpflege wurden von den Pflegediensten bewertet.

2.1.3.2.1 Schnittstelle ambulanter Pflegedienst/Krankenhaus

Bei der Überleitung aus dem Krankenhaus (sechs Pflegedienste haben die Frage beantwortet) zeigt sich in der Bewertung wieder eine „Tendenz zur Mitte“. Die Durchschnittsnote liegt bei 3,5. Durch Auswertung der Anmerkungen ergibt sich ein etwas differenzierteres Bild. Wenn die Pflegeüberleitung eingeschaltet ist, wird die Zu-

sammenarbeit beispielsweise als hervorragend beschrieben. Die direkte Entlassung von den Stationen hingegen wird als eher schlecht eingeschätzt. Kritisch angemerkt wurde insbesondere:

- kurzfristige Entlassung
- Fehlen zeitnaher Hausbesuche der Hausärzte mit schriftlicher Veranlassung/Verordnung notwendiger Therapiemaßnahmen
- Entlassung zu „unpassenden“ Zeiten (nicht kompatibel mit hausärztlichen Sprechstundenzeiten/Öffnungszeiten der Apotheken)
- Verordnungs- und Genehmigungsszenarien der Kassen
- Unzureichende/zu späte Information an Pflegedienst durch Patienten/Angehörige, die sich selbst um die Anschlussversorgung kümmern wollen

Zur Verbesserung der Situation wurde vorgeschlagen:

- bessere Kommunikationsstrukturen
- Besetzung der Pflegeüberleitungsstellen mit praxiserfahrenen MA aus der ambulanten Pflege
- Verpflichtende Einrichtung eines Entlassmanagements
- Gesondert ausgewiesene Finanzierung dieser Schnittstellenarbeit (Angebot der Übernahme durch die ambulante Pflege bei Sicherung der Finanzierung)

2.1.3.2.2 Schnittstelle ambulanter Pflegedienst/Kurzzeitpflege

Bei der Überleitung aus der Kurzzeitpflege (sechs Pflegedienste haben die Frage beantwortet) zeigt sich in der Bewertung ein uneinheitliches Bild mit Tendenz zu einer geringeren Zufriedenheit. Die Durchschnittsnote liegt bei 3,8.

Kritisch angemerkt wurde insbesondere:

- Fehlende Kenntnis der Abläufe in der ambulanten Pflege bei Beschäftigten der stationären Einrichtungen (fehlende oder unzureichende Information)
- Einseitiger Informationsfluss (fehlende oder nur auf Nachfrage erfolgende Reaktion)
- Fehlendes Entlassmanagement
- Angehörige, die eine Überleitung selbst in die Hand nehmen wollen, damit dann aber überfordert sind (Informationen kommen nicht an)
- Erforderliche Informationen werden evtl. innerhalb der Einrichtung nicht an Fachkräfte weitergegeben

Zur Verbesserung der Situation wurde vorgeschlagen:

- Bessere Kommunikationsstrukturen
- Gesondert ausgewiesene Finanzierung dieser Schnittstellenarbeit (Angebot der Übernahme durch die ambulante Pflege bei Sicherung der Finanzierung)
- Übertragung der Überleitung an praxiserfahrenen MA aus der ambulanten Pflege
- Verpflichtende Einrichtung eines Entlassmanagements (Entlassungstag steht i.d.R. fest)
- Leben/umsetzen vorhandener Absprachen, Vorgaben und Strukturen

2.1.3.3 Ungedeckte pflegerische Bedarfe

Die Frage nach möglichen ungedeckten Bedarfen haben acht Pflegedienste beantwortet. Fünf hiervon sehen ungedeckte Bedarfe. Diese sind insbesondere:

- Kurzfristig zu bekommende Kurzzeitpflegebetten, insbesondere bei demenzkranken und psychisch auffälligen Klienten
- Kostengünstige Fahrdienste für Rollstuhlfahrer

- 24-Std.-Betreuung im häuslichen Umfeld (deutschsprachig, bei Qualifikation und Überbau rechtlicher Dokumentationsanforderungen wie bei osteuropäischen Helfern)
- Demenzbetreuung nach §45 SGB XI mit zu hohen Anforderungen für Kassenzulassung (alternativ: regionale Angebote durch Helferkreise in Gemeindegärten, Pfarrheimen, usw.)

Wenn man die Angaben zu den ungedeckten pflegerischen Bedarfen in Relation zu den Einzugsbereichen der ambulanten Pflegedienste setzt, ergibt sich das in Tabelle 2 zusammengestellte Bild.

Tabelle 2: Ungedekte Bedarfe (mit „x“ gekennzeichnet) nach Einzugsbereichen der ambulanten Pflegedienste

Verbandsgemeinde	Angebot			
	Kurzfristige KZP-Betten für demenzkranke / psych. auffällige Klienten	Kostengünstige Fahrdienste für Rollstuhlfahrer	Deutschsprachige 24-Std.-Betreuung ohne hohe formelle Anforderungen	Demenzbetreuung ohne hohe formelle Anforderungen
Bruchmühlbach-Miesau		x	x	x
Enkenbach-Alsenborn	x	x		
Hochspeyer	x	x		
Kaiserslautern-Süd	x	x	x	x
Landstuhl		x	x	x
Otterbach	x	x		
Otterberg	x	x		
Ramstein-Miesenbach		x	x	x
Weilerbach	x	x	x	

2.1.3.4 Kultursensible Pflege/Klienten mit Migrationshintergrund

Bei der Frage nach besonderen Herausforderungen durch Klienten mit Migrationshintergrund haben sieben Pflegedienste geantwortet. Nur ein Pflegedienst sieht besondere Herausforderungen als gegeben, ohne diese jedoch näher zu beschreiben. Ein Pflegedienst hält spezielle Angebote in Form der Beratung in türkischer und russischer Sprache vor. Die Thematik kultursensible Pflege scheint demnach in der ländlichen Struktur des Landkreises Kaiserslautern zumindest im Bereich der professionellen ambulanten Pflege nur von geringer Bedeutung zu sein.

2.2 Teilstationäre Angebote

Im Landkreis Kaiserslautern sind, angegliedert an drei stationäre Pflegeeinrichtungen, insgesamt acht Plätze für Tagespflege und fünf Plätze für Nachtpflege vorhanden. Alle Einrichtungen bieten einen Fahrdienst zu festgelegten Preisen an.

Die Nutzung erfolgt in unterschiedlicher Intensität. Das Angebot ist nach Angaben aus Betreiberkreisen allerdings in der Bevölkerung offensichtlich noch nicht im erforderlichen Umfang bekannt. Als weitere mögliche Ursache für eine relativ geringe Nutzung wird der Aufwand für die Angehörigen angesehen, welcher mit dem häufigen Wechsel des Aufenthaltsortes der pflegebedürftigen Menschen verbunden ist. Durch die verbesserten Leistungen der Pflegeversicherung für Tages- und Nachtpflegeangebote ist mit einer vermehrten Nutzung und damit einhergehend einer Ausweitung des Angebots zu rechnen.

2.3 Vollstationäre Angebote

2.3.1 Kurzzeitpflege

Im Landkreis Kaiserslautern sind 75 Plätze zur Kurzzeitpflege vorhanden. Hiervon sind 50 Plätze an Einrichtungen der vollstationären Dauerpflege angebunden und werden dort meist als eingestreute Plätze geführt. 25 Plätze werden als eigenständige Kurzzeitpflegeeinrichtung eines Trägers geführt. Die Angebote der Kurzzeitpflege werden überwiegend zur Entlastung der pflegenden Angehörigen oder zur Überbrückung nach Krankenhausaufenthalten genutzt.

2.3.2 Dauerpflege

2.3.2.1 Einrichtungsangaben

2.3.2.1.1 Pflegeplatzanzahl

In den Einrichtungen mit Sitz im Landkreis wurden zum Erhebungszeitpunkt 861 Plätze zur vollstationären Dauerpflege gemeldet. Diese wurden von 10 Einrichtungen angeboten. Zwei weitere Einrichtungen sind nach Beginn der Erhebung eröffnet worden, wurden daher bei der Befragung nicht berücksichtigt. Die Gesamtzahl der stationären Pflegeplätze hat sich durch diese Neueröffnungen und Umstrukturierungen in bestehenden Einrichtungen erneut verändert. Eine weitere Einrichtung befindet sich in der Planungs-/Umsetzungsphase.

2.3.2.1.2 Besonderheiten

Eine Einrichtung hat bis 2007 ausschließlich Männer aufgenommen. Historisch bedingt handelte es sich hierbei überwiegend um Menschen, die aus schwierigen sozialen Verhältnissen stammen und in anderen Wohnformen/Einrichtungen auf Dauer nicht zurecht kommen. Diese „spezialisierte“ Ausrichtung der stationären Pflegeeinrichtung wirkt sich auch auf die Umfrageergebnisse aus und wird bei der Darstellung -wo erforderlich- entsprechend berücksichtigt.

2.3.2.1.3 Auslastung

Die Auslastung der Einrichtungen liegt zum Erhebungstichtag zwischen 59% und 99,4% und beträgt durchschnittlich 87,2%. Die durchschnittliche Auslastung aller stationären Einrichtungen im Landkreis Kaiserslautern ist in den letzten fünf Jahren gesunken. Die in der Vergangenheit vorhandenen Wartelisten sind aktuell nur noch vereinzelt vorhanden und ein gewünschter Pflegeplatz kann meist kurzfristig zur Verfügung gestellt werden.

2.3.2.1.4 Räumliche Verteilung

Die räumliche Verteilung im Landkreis Kaiserslautern ergibt sich aus Tabelle 3:

Tabelle 3: Verteilung stationärer Pflegeplätze nach Verbandsgemeinde

Verbandsgemeinde	Anzahl Einrichtungen	Plätze für Dauerpflege
Bruchmühlbach-Miesau	3	342
Enkenbach-Alsenborn	2	225
Hochspeyer	0	0
Kaiserslautern-Süd	2	65
Landstuhl	2	134
Otterbach	1	96
Otterberg	1	68
Ramstein-Miesenbach	1	20
Weilerbach	1	74

Die nach der Befragung eröffneten Einrichtungen in Bruchmühlbach-Miesau und Otterberg sind in dieser Tabelle bereits mit berücksichtigt. Veränderungen durch Umstrukturierungen sind nicht abgebildet.

Zusätzlich zu den vorhandenen stationären Pflegeplätzen im Landkreis Kaiserslautern waren zum Erhebungsstichtag in der kreisfreien Stadt Kaiserslautern noch 1.261 Plätze vorhanden. Auch hier hat sich die Platzzahl durch Neu- und Umbauten bestehender Einrichtungen zwischenzeitlich auf 1.321 Plätze erhöht.

2.3.2.1.5 Fachliche Schwerpunkte

Vier der zehn Einrichtungen haben angegeben, dass sie fachliche Schwerpunkte, Spezialisierungen oder besondere Angebote vorhalten. Diese gliedern sich wie folgt auf:

- Pflege bei Wachkoma/appallischem Syndrom
- Pflege bei Demenz
- beschützender Bereich
- Bewohner mit überwiegend psychosozialen Hilfebedarf (Obdachlose, Suchtmittelabhängige, Straftatlassene, psychisch Kranke, alte Menschen) und/oder pflegerischem Hilfebedarf

2.3.2.1.6 Überleitungsinstrumente

Alle befragten Einrichtungen nutzen standardisierte Überleitungsinstrumente bei einem Wechsel z.B. ins Krankenhaus. Die übersendeten Exemplare sind sehr vielfältig und unterschiedlich in Umfang und Inhalt. Sie reichen von einrichtungsintern entwickelten Formularen, teilweise ergänzt um standardisierte Formblätter bis hin zu einheitlichen Pflegeüberleitungsbögen.

2.3.2.1.7 Einbindung in Standortgemeinde

Neun der zehn befragten Einrichtungen gaben an, Angebote vorzuhalten, die auf eine Einbindung der Standortgemeinde bzw. des sozialen Umfelds gerichtet sind. Die An-

gebote sind sehr vielfältig und werden nachfolgend zu Gruppen zusammengefasst dargestellt.

- Öffentliche Veranstaltungen innerhalb der Einrichtung (Gottesdienste, Konzerte, Aufführungen, Feste) mit Vereinen, Schulen, Kindergärten
- Teilnahme von Bewohnern an Veranstaltungen in der Standortgemeinde
- Integrierte öffentliche Gastronomie
- Integration von ehrenamtlichem Engagement aus Schulen, kirchlichen Gruppierungen und Privatpersonen in die Einrichtung
- Beschäftigungsangebote für Senioren aus der Standortgemeinde
- Auslieferung von Essen auf Rädern in der Standortgemeinde und dem näheren Umfeld

2.3.2.2 Klientel

Hinsichtlich der Belegung durch pflegebedürftige Menschen ergibt sich folgendes Bild:

2.3.2.2.1 Pflegestufen

Für 759 Personen wurden Angaben zur Pflegestufe gemacht. Die Verteilung der Pflegestufen ergibt sich aus *Abbildung 3*. Eine Einbeziehung der Alten-, Pflege- und Übergangsheime Schernau führt zu einer Verschiebung hin zu geringerer Pflegebedürftigkeit. Insbesondere der Anteil von BewohnerInnen ohne Pflegestufe nimmt dann deutlich zu.

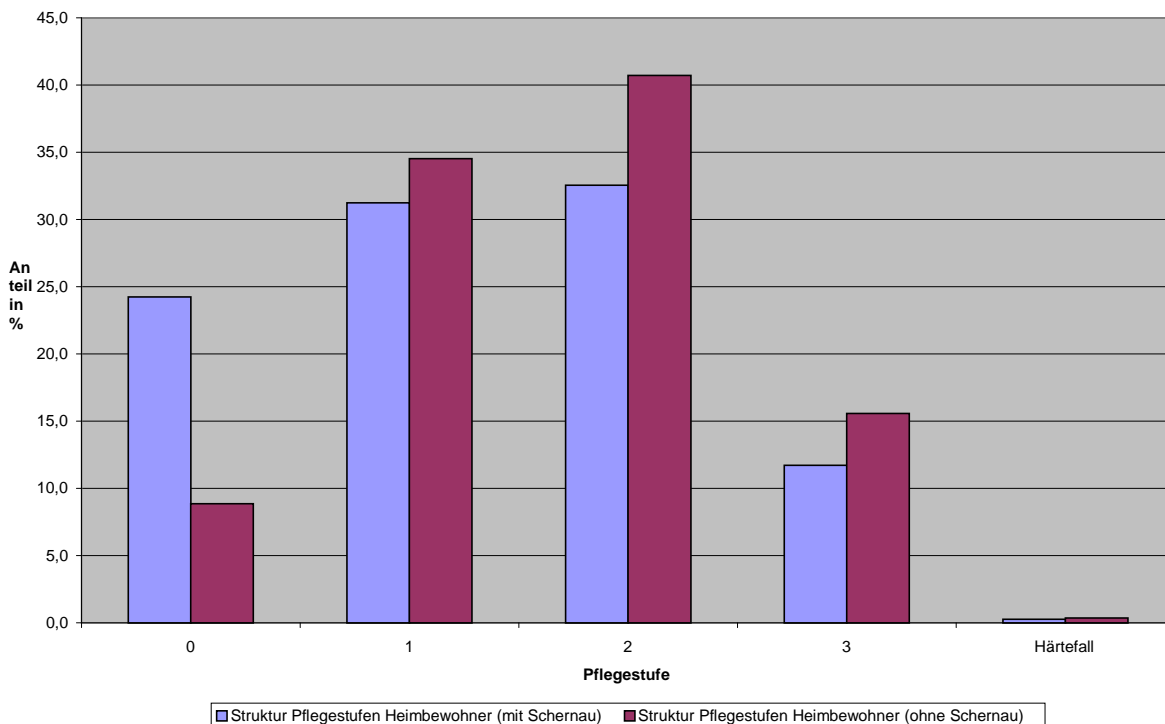


Abbildung 3: Verteilung Pflegestufen bei stationärer Versorgung

2.3.2.2.2 Primärdiagnose

Bei den stationären Pflegeeinrichtungen wurden die Primär Diagnosen der Bewohner abgefragt. Dabei waren auch Mehrfachangaben möglich. Von den 856 angegebenen Diagnosen wurden Herz-/Kreislaufkrankungen am häufigsten genannt (29,1% der angegebenen Diagnosen). Weitere häufige Diagnosen waren gerontopsychiatrische

Erkrankungen (28,4% der angegebenen Diagnosen) und sonstige somatische Erkrankungen (25,5% der angegebenen Diagnosen).

2.3.2.2.3 Erhöhter Betreuungsaufwand/besonders aufwändige Pflege

106 Bewohner stationärer Pflegeeinrichtungen (13,9%) hatten zum Erhebungsstichtag einen durch den MDK bestätigten erheblichen Betreuungsbedarf nach §45a Abs.2 SGB XI. Acht der zehn stationären Einrichtungen gaben an, Bewohner mit entsprechendem Bedarf zu betreuen, wobei der Anteil an der jeweiligen Bewohneranzahl der Einrichtung zwischen 0,5% und 43,1% lag.

Eine besonders aufwändige Pflege, beispielsweise wegen einer vorliegenden MRSA-Infektion, wurde von vier Einrichtungen bei insgesamt 10 Personen (1,3% aller Bewohner) gemeldet. Der Anteil der Bewohner mit entsprechend aufwändigem Versorgungsbedarf lag bei den entsprechenden Einrichtungen zwischen 1,5% und 16,7%.

2.3.2.2.4 Altersstruktur/Geschlechterverteilung

Zu Altersstruktur und Geschlechterverteilung lagen Angaben von 758 Bewohnern vor. In den stationären Einrichtungen im Landkreis Kaiserslautern lebten zum Erhebungszeitpunkt 427 Frauen, die damit den überwiegenden Anteil der stationär versorgten pflegebedürftigen Menschen ausmachen (56,3%). Nimmt man die -in der Vergangenheit ausschließlich für Männer eingerichteten- Alten-, Pflege- und Übergangsheime Schernau aus der Betrachtung heraus, erhöht sich der Anteil der Frauen auf 75%.

In den stationären Pflegeeinrichtungen leben überwiegend hochbetagte Personen, d.h. Menschen im Alter von über 80 Jahren. Abbildung 4 verdeutlicht die Altersstruktur der Bewohner von Pflegeeinrichtungen. Bemerkenswert ist, dass der Anteil hochbetagter Personen zwischen 9,8% und 96% variiert. Bei dieser Betrachtung zeigen sich deutliche Verschiebungen der Altersstruktur hin zu jüngeren Altersgruppen, wenn man die Bewohner der Alten-, Pflege- und Übergangsheime Schernau mit einbezieht.

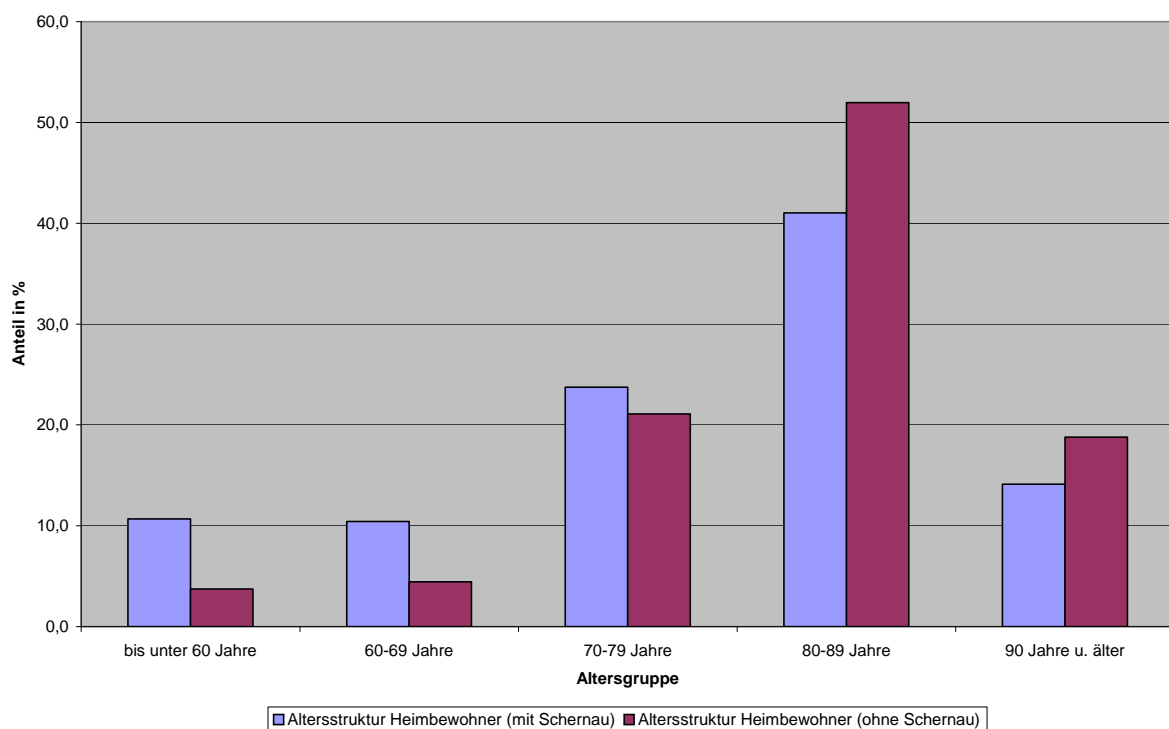


Abbildung 4: Altersstruktur bei stationärer Versorgung

Betrachtet man die Altersgruppen der Gesamtbevölkerung, differieren die Anteile der stationär versorgten Menschen erheblich. So wird

- bei den 70-79jährigen jede/r Fünzigste
- bei den 80-89jährigen jede/r Dreizehnte
- bei den über 90jährigen jede/r Fünfte stationär versorgt.

2.3.2.2.5 Selbstzahleranteil

In den befragten Einrichtungen lebten zum Erhebungszeitpunkt 368 (48,4%) Personen, die keine Leistungen eines Sozialhilfeträgers in Anspruch nehmen. Die Finanzierung der stationären Versorgung erfolgt hier über Leistungen der Pflegekasse nach SGB XI und eigene finanzielle Mittel. 390 Personen waren auf Leistungen im Rahmen der Hilfe zur Pflege nach dem SGB XII angewiesen. Da pflegebedürftige Personen auch aus anderen Gebietskörperschaften oder ohne gewöhnlichen Aufenthaltsort in den stationären Pflegeeinrichtungen im Landkreis Kaiserslautern aufgenommen werden, ist der Landkreis als örtlicher Sozialhilfeträger nicht in allen Fällen finanziell beteiligt.

Ohne Berücksichtigung der Alten-Pflege- und Übergangsheime Schernau beträgt der Anteil der BewohnerInnen, die keine Leistungen eines Sozialhilfeträgers in Anspruch nehmen (sogenannte Selbstzahler) 62%. Bei den einzelnen Pflegeeinrichtungen variiert der Anteil der Selbstzahler stark zwischen 8,8% und 100%.

2.3.2.2.6 Verweildauer

Die Verweildauer gibt Auskunft darüber, wie lange die innerhalb eines Jahres ausgeschiedenen Bewohner in Pflegeheimen lebten. Die Auswertung basiert auf den Angaben zu 363 Personen, die zwischen 16.12.2008 und 15.12.2009 aus den Einrichtungen ausgeschieden sind. Innerhalb eines Jahres sind somit 47,9% der Bewohner ausgeschieden. Erhebungen anderer Gebietskörperschaften¹⁰ haben ergeben, dass für den weit überwiegenden Teil der Bewohner die stationäre Pflegeeinrichtung der letzte Wohnort war, sie sind dort verstorben. Dies dürfte auch auf den Landkreis Kaiserslautern zutreffen.

Eine differenzierte Betrachtung der Verweildauer ergibt sich aus Abbildung 5.

¹⁰ Landeshauptstadt Mainz, Dezernat für Soziales, Jugend, Wohnen, Finanzen, Beteiligungen, Steuern und Abgaben (Hrsg.), Bericht zur Pflegestruktur, „Älter werden in Mainz“, Juli 2008, Seite 28f.

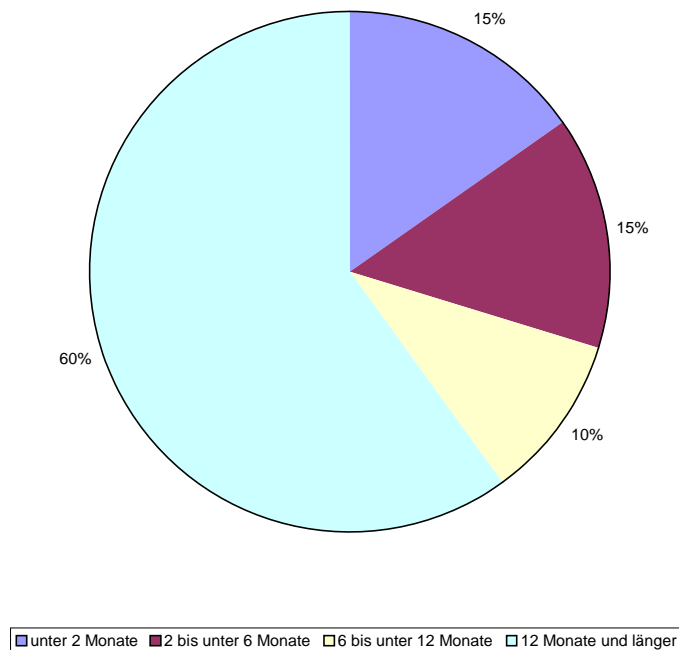


Abbildung 5: Verweildauer der in den letzten 12 Monaten in stationärer Versorgung ausgeschiedenen Bewohnerinnen/Bewohner

2.3.2.2.7 Herkunftsort

Im Rahmen der Versorgung in stationären Pflegeeinrichtungen steht ein wohnortnahes Versorgungsangebot im Vordergrund. Die pflegebedürftigen Menschen sollen -sofern eine ambulante Versorgung im gewohnten Umfeld nicht mehr ausreicht-, möglichst in der Nähe ihres bisherigen Wohnortes ein entsprechendes Angebot erhalten. Damit sollen die bestehenden sozialen Kontakte weitgehend erhalten werden. Es gibt allerdings noch andere Faktoren, welche den Ort der stationären pflegerischen Versorgung bestimmen. So findet bei einem Umzug in ein Pflegeheim häufig ein Ortswechsel in die Nähe der Wohnorte von Kindern/sonstigen Verwandten statt. Menschen, die schon sehr lange in Einrichtungen der Eingliederungshilfe, teilweise weit entfernt von ihren Herkunftsorten, leben, verbleiben bei einem Wechsel von der Eingliederungshilfeeinrichtung in eine Pflegeeinrichtung zumeist in der Nähe des bisherigen tatsächlichen Aufenthaltsortes.

Zur Herkunft der Bewohner wurden verschiedene Datenquellen ausgewertet:

- Daten aus der Befragung der stationären Pflegeeinrichtungen im Landkreis Kaiserslautern (umfassen alle Bewohnerinnen und Bewohner von Pflegeeinrichtungen, unabhängig von der Pflegestufe)
- Daten des statistischen Landesamtes Rheinland-Pfalz aus der Pflegestatistik 2009 (umfassen nur die im Sinne des SGB XI pflegebedürftigen Bewohnerinnen und Bewohner von Pflegeeinrichtungen)¹¹
- Daten der Hilfe zur Pflege in Einrichtungen nach dem SGB XII (umfassen nur die sozialhilfebedürftigen Bewohnerinnen und Bewohner von Pflegeeinrichtungen, unabhängig von der Pflegestufe)

¹¹ Statistisches Landesamt Rheinland-Pfalz (Hrsg.): Gutachten „Pflegestatistik 2009 - Auswertung zum (früheren) Wohnort der Pflegebedürftigen“; Bad Ems, Februar 2011, Seite 21

- **Befragung der stationären Pflegeeinrichtungen im Landkreis Kaiserslautern**
Hinsichtlich der Herkunftsorte der Bewohner von stationären Pflegeeinrichtungen liegen uns Daten von 733 Personen vor. Abbildung 6 verdeutlicht die Herkunft der Bewohner stationärer Pflegeeinrichtungen. Es wird deutlich, dass bei einer Betrachtung ohne die Alten-, Pflege- und Übergangsheime Schernau lediglich eine Verschiebung zwischen den Personen aus dem Landkreis Kaiserslautern und aus sonstigen Kommunen stattfindet, während der Anteil der Bewohner aus der Stadt Kaiserslautern fast unverändert bleibt. Bemerkenswert ist, dass rund jeder dritte Bewohner einer stationären Pflegeeinrichtung aus einem Landkreis/einer kreisfreien Stadt außerhalb der Versorgungsregion Landkreis und Stadt Kaiserslautern stammt.

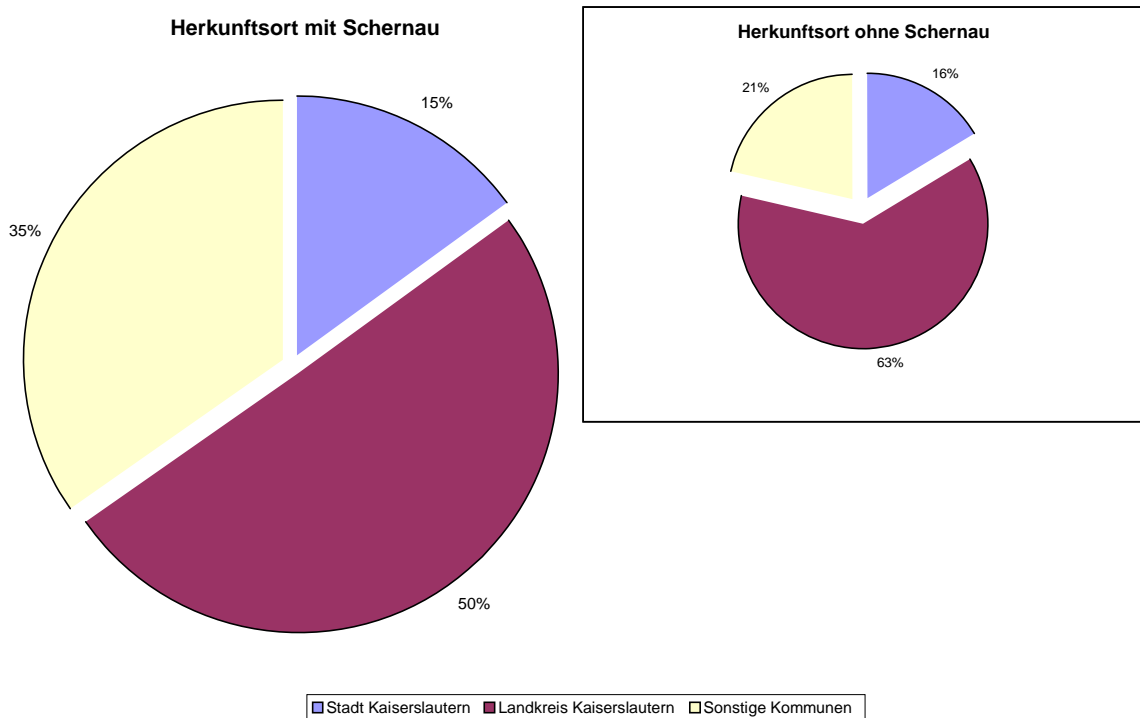


Abbildung 6: Herkunftsort bei stationärer Versorgung

- **Statistik im Rahmen der Hilfe zur Pflege nach dem SGB XII** Die nachstehenden Angaben beziehen sich ausschließlich auf stationär versorgte Menschen, welche Hilfe zur Pflege nach dem SGB XII durch den Landkreis Kaiserslautern erhalten. Angaben zum gewöhnlichen Aufenthaltsort (Herkunftsort vor Aufnahme in der Pflegeeinrichtung) und zum tatsächlichen Aufenthaltsort (Standort der Pflegeeinrichtung) wurden in 197 Fällen erhoben. Die Auswertung der Daten ergab, dass mehr als 1/5 der erfassten Bewohner stationärer Pflegeeinrichtungen direkt in ihrem Heimatort versorgt werden. 1/3 in lebt in einer Einrichtung bis zu 10 Km vom Heimatort. Eine wohnortnahe Versorgung ist somit für rund die Hälfte der erfassten Bewohner gegeben. Knapp 1/4 der betroffenen Personen lebt in einer Pflegeeinrichtung zwischen 11 und 20 Km vom Heimatort. Die restlichen Personen verteilen sich auf weiter entfernte Einrichtungen im gesamten Bundesgebiet. Hier spielen die zu Anfang genannten Gründe für die Wahl des Einrichtungortes eine Rolle.

- **Daten des statistischen Landesamtes Rheinland-Pfalz im Rahmen der Pflegestatistik** Die Pflegeeinrichtungen im Landkreis Kaiserslautern werden zu rund 65% von pflegebedürftigen Menschen aus dem Landkreis genutzt. Dieser Wert liegt deutlich unter dem Landesdurchschnitt (rd. 72%) und stellt bei den Landkreisen in Rheinland-Pfalz einen der niedrigsten Werte dar.
Knapp 72% der stationär versorgten Menschen aus dem Landkreis Kaiserslautern sind auch in einer Pflegeeinrichtung im Landkreis Kaiserslautern untergebracht. Auch hier liegt der Landkreis unter dem Landesdurchschnitt (rd. 80%). Bei den rheinland-pfälzischen Landkreisen haben nur fünf eine noch niedrigere regionale Versorgungsquote.

2.3.2.3 Versorgungssituation

2.3.2.3.1 Herausforderungen/Angebote kultursensible Pflege

Lediglich zwei von zehn stationären Pflegeeinrichtungen sehen in der Betreuung von Menschen mit Migrationshintergrund eine besondere Herausforderung. Diese bestehen nach den Angaben in Form von sprachlichen Herausforderungen (genannt werden insbesondere russische und englische Sprachkenntnisse) sowie im Umgang mit weiblichem Personal.

Beide Einrichtungen unterhalten auch entsprechende Angebote wie z.B. mehrsprachige Mitarbeiter aus dem jeweiligen Kulturkreis oder besondere Speiseangebote bei Bedarf.

2.3.2.3.2 Schnittstellenproblematik Pflegeeinrichtung/Krankenhaus

Die Zusammenarbeit mit den Krankenhäusern bei Verlegungen von Bewohnern wird von der Hälfte der Einrichtungen als positiv beschrieben. Die andere Hälfte schätzt die Zusammenarbeit als ausreichend bis mangelhaft ein.

Als problematisch wird die unzureichende Versorgung der Bewohner im Krankenhaus beschrieben.

Die Verbesserungsvorschläge der Einrichtungen sehen Lösungsmöglichkeiten in einer Personalaufstockung bei den Krankenhäusern, einer verbesserten Kommunikation und einer klaren Zuständigkeitsregelung für die Kontakte zu den Krankenhäusern

2.3.2.3.3 Wichtigste Themen in der stationären Pflege

Alle befragten Einrichtungen haben die Hauptthemen der stationären Pflege beschrieben.

Schwerpunkte sind die Finanzierung der Leistungen und qualifizierter, leistungsfähiger Berufsnachwuchs bei gleichzeitigem Fachkräftemangel.

Weitere Themen sind

- Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität
- Palliativversorgung
- Wachsende Dokumentationsanforderungen
- Schwarzarbeit

2.3.2.3.4 Neue/zusätzliche Angebote

Angaben zu neuen oder zusätzlichen Angeboten haben zwei Einrichtungen gemacht. Eine Einrichtung plant ein Tagespflegeangebot und eine ambulante gerontopsychiatrische Betreuung. Eine weitere Einrichtung möchte ein Angebot für Bewohner mit erheblichem Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung nach §87b SGB XI entwickeln.

2.4 Niedergelassene Ärzte

Die Daten dieses Abschnitts wurden im Wesentlichen aus dem Versorgungsatlas Rheinland-Pfalz 2009/2010¹² entnommen und mit Daten aus der Bevölkerungsstatistik ergänzt.

Tabelle 4: Haus- und Fachärztdichte nach Verbandsgemeinden

Verbandsgemeinde	Anzahl Hausärzte	Anzahl Fachärzte	Einwohner	EW pro Hausarzt	EW pro Facharzt
Bruchmühlbach-Miesau	7 (6)	1	11.250	1.607	11.250
Enkenbach-Alsenborn	6 (7)	8	13.443	2.241	1.680
Hochspeyer	5 (4)	4	7.107	1.421	1.777
Kaiserslautern-Süd	11 (9)	0	11.227	1.021	-
Landstuhl	11 (9)	29	17.115	1.556	590
Otterbach	10 (8)	0	9.884	988	-
Otterberg	8 (5)	4	9.812	1.227	2.453
Ramstein-Miesenbach	11 (10)	13	18.170	1.652	1.398
Weilerbach	12 (11)	5	14.965	1.247	2.993
Landkreis	81 (71)	64	112.973	1.395	1.765
Land RLP				1.345	1.134

Die Versorgung mit ärztlichen Leistungen spielt in einer alternden Bevölkerung eine große Rolle. Erhebungen haben ergeben, dass im Alter von 18 bis 69 Jahren in zwölf Monaten durchschnittlich zwischen 3,5 und 5,3 Kontakte zum Hausarzt erfolgten. Ab einem Alter von über 70 Jahren steigt die Anzahl der Arztkontakte auf durchschnittlich 9,4 an.¹³

Unter dem Begriff der Hausärzte wurden die Fachärzte für Allgemeinmedizin, die hausärztlichen Internisten und die Kinderärzte zusammengefasst. Alle anderen Fachrichtungen wurden dem Begriff der Fachärzte zugeordnet.¹⁴

Insgesamt haben 81 Hausärzte und 64 Fachärzte ihre Praxen im Landkreis Kaiserslautern. Die hausärztliche Versorgungsdichte ist im Landkreis Kaiserslautern recht unterschiedlich verteilt. Während sie bei den Hausärzten zwischen 988 und 2.241 Einwohnern pro Arzt variiert, liegt sie bei den Fachärzten zwischen 590 und 11.250 Einwohnern pro Arzt. In zwei Verbandsgemeinden des Landkreises Kaiserslautern (Kaiserslautern-Süd und Otterbach) gibt es keine Facharztpraxis.

Insbesondere bei den Fachärzten ist eine Tendenz zur Konzentration der Praxen in Mittel- und Oberzentren erkennbar. Für den Landkreis Kaiserslautern spielt hier die Sickingenstadt Landstuhl mit 29 Fachärzten eine große Rolle. Darüber hinaus dürfte von vielen Einwohnern des Landkreises das Facharztangebot in der kreisfreien Stadt Kaisers-

¹² Kassenärztliche Vereinigung Rheinland-Pfalz (Hrsg.). „Versorgungsatlas Rheinland-Pfalz“, Versorgungs-survey/Berufsmonitoring/Hochrechnungen, Mainz 2009

¹³ Versorgungsatlas Rheinland-Pfalz, a.a.O., S.25

¹⁴ Versorgungsatlas Rheinland-Pfalz, a.a.O., S. 13

lautern genutzt werden. Dort ist die Versorgungsdichte mit 165 Facharztpraxen deutlich höher.

Die Prognosen für das Jahr 2020 zeigen: Es ist mit einem Rückgang der Anzahl von Hausarztpraxen zwischen 10% und 15% zu rechnen.

Die Frage, wo sich die Bewohner der Verbandsgemeinden ärztlich versorgen lassen und ob ein alle wichtigen Bereiche abdeckendes, medizinisches Angebot in einer angemessenen Entfernung zu erreichen ist¹⁵, müsste über gesonderte Erhebungen und Auswertungen -ggf. in Zusammenarbeit mit der Kassenärztlichen Vereinigung und unter Nutzung der dort vorhandenen Daten- beantwortet werden.

Das Angebot von Hausbesuchen gewinnt bei den älteren, in der Regel von eingeschränkter Mobilität betroffenen, Menschen besondere Bedeutung, wobei die meisten Menschen in Rheinland-Pfalz die Arztpraxen selbstständig aufsuchen können.¹⁶ Der Anteil der Menschen, die zur Durchführung eines Arztbesuches auf andere angewiesen sind, ist bei den über 70jährigen besonders hoch. Viele hiervon sind auf den ÖPNV angewiesen oder werden von Bekannten und Verwandten zum Arzt gefahren.¹⁷

Als problematisch erweist sich die eingeschränkte Mobilität insbesondere bei Facharztterminen, da hier meist keine Hausbesuche durchgeführt werden oder die anstehenden Untersuchungen nur in den Praxisräumen möglich sind. Die Erreichbarkeit der Arztpraxen innerhalb eines angemessenen Zeitraumes ist von entscheidender Bedeutung für eine ausreichende ärztliche Versorgung insbesondere der mobilitätseingeschränkten Bevölkerungsteile.

Bei der hausärztlichen Versorgung wird die als angemessen angesehene Wegezeit mit rund 18 Minuten angegeben. Bei Fachärzten besonderer Fachrichtungen werden Wegezeiten von bis zu 30 Minuten als noch akzeptabel eingeschätzt.¹⁸

Die Bevölkerung selbst beurteilt die wohnortnahe medizinische Versorgung überwiegend positiv. Die Ergebnisse für den Landkreis Kaiserslautern bewegen sich hier im landesweiten Durchschnitt.¹⁹

2.5 Unterstützende/alternative Wohnformen

Unter dem Begriff der unterstützenden oder alternativen Wohnformen werden im vorliegenden Bericht Angebote des sog. „betreuten Wohnens“ -insbesondere für ältere Menschen- erfasst. Andere Begrifflichkeiten hierfür sind „Seniorenwohnen“ oder „Servicewohnen“. Die Begrifflichkeiten und erst recht die inhaltliche Ausgestaltung sind sehr unterschiedlich. Einen Orientierungsrahmen bietet die Dienstleistungsnorm DIN 77800, durch welche die Qualitätsanforderungen an Anbieter der Wohnform „Betreutes Wohnen für ältere Menschen“ formuliert werden. Die entsprechende Zertifizierung erfolgt für die Anbieter jedoch auf freiwilliger Basis.

Weitere alternative Wohnformen, wie etwa ambulant betreute Pfl egewohnngemeinschaften oder selbstorganisierte Wohngemeinschaften hilfebedürftiger älterer

¹⁵ Versorgungsatlas Rheinland-Pfalz, a.a.O., S.61ff

¹⁶ Versorgungsatlas Rheinland-Pfalz, a.a.O., S.25; demnach gaben 92% der Befragten an, bei Arztbesuchen selbst mobil zu sein (mit eigenem Fahrzeug, zu Fuß)

¹⁷ Versorgungsatlas Rheinland-Pfalz, a.a.O., S.26

¹⁸ Versorgungsatlas Rheinland-Pfalz, a.a.O., S.27 und S. 32

¹⁹ Versorgungsatlas Rheinland-Pfalz, a.a.O., S.28f

Menschen haben sich im Landkreis Kaiserslautern bislang nicht etabliert oder bestehen auf rein privater Basis und sind daher als solche nicht bekannt.

Als wesentlicher Aspekt eines betreuten Wohnens kann die -weitgehend- barrierefrei gestaltete Wohnumgebung angesehen werden. Daneben werden verschiedene Serviceleistungen angeboten, die im Bereich Sicherheit, allgemeine Betreuung und niedrigschwelliger Unterstützung angesiedelt sind. Diese Serviceleistungen werden durch einen Service- oder Betreuungsvertrag festgelegt und mit einem monatlichen Pauschalbetrag vergütet. Beispielhaft seien hier einige Serviceleistungen genannt:

- Hausnotruf
- Beratungs- und Unterstützungsangebot
- Teilnahme an Gemeinschaftsveranstaltungen
- Begrenzte hauswirtschaftliche/grund-/behandlungspflegerische Hilfen

Über die automatisch per Betreuungsvertrag mit Einzug in das betreute Wohnen vereinbarten Grundserviceleistungen hinaus stehen den Bewohnern individuell zu vereinbarende Wahlleistungen zur Verfügung.

Im Landkreis Kaiserslautern stehen in Otterberg, Queidersbach, Trippstadt und Weilerbach Wohnungen zur Verfügung, die dem Bereich Servicewohnen/betreutes Wohnen zugeordnet werden können. Eine umfangreichere Berichterstattung über diese Angebote ist für den nächsten Bericht zur Pflege vorgesehen.

2.6 Beratungsstellen

Beratung und Unterstützung für pflegebedürftige Menschen und deren Angehörige werden im Landkreis Kaiserslautern durch verschiedene Stellen angeboten.

- die bei der Kreisverwaltung angesiedelte Leitstelle Älterwerden
- die Pflegestützpunkte in Landstuhl, Otterberg, Weilerbach
- die Beratungsstellen in kirchlicher Trägerschaft (Caritas, Diakonie)
- die Beratungsstellen des VdK und des SoVD
- die zahlreichen Selbsthilfegruppen (z.B. Demenz-Alzheimer-SHG, Parkinson-SHG)
- ...

Die ambulanten Pflegedienste und stationären Einrichtungen bieten ebenfalls Beratung und Unterstützung an.

Einige Beratungsstellen haben ihren Sitz in der kreisfreien Stadt Kaiserslautern. Die Beratungstätigkeit erstreckt sich auch auf den Landkreis Kaiserslautern und zum Teil darüber hinaus. In vielen Beratungsstellen wird auf Wunsch auch eine aufsuchende Beratung in der häuslichen Umgebung der Hilfesuchenden angeboten.

3 Nutzerstruktur

Insbesondere in Bezug auf die Daten der Nutzerstruktur ist ein kleinräumlicher Bezug vorgesehen. Diese Daten werden hauptsächlich durch die amtliche Pflegestatistik erhoben, welche um eine freiwillige Erhebungskomponente zur kleinräumlichen Zuordnung der Daten ergänzt wurde. Aus Gründen der Erhebungsvereinfachung wurden hierfür die Postleitzahlenbezirke der (früheren) Wohnorte von pflegebedürftigen Menschen festgelegt. Die 50 Ortsgemeinden im Landkreis Kaiserslautern werden durch diese Festlegung zu 30 Postleitzahlenbezirken zusammengefasst. Diese umfassen folglich teilweise mehrere Ortsgemeinden und in einigen Bereichen auch Ortsgemeinden aus zwei Verbandsgemeinden. Tabelle 5 zeigt die Postleitzahlenbezirke und die zugehörigen Ortsgemeinden und Verbandsgemeinden.

Die vom statistischen Landesamt 2009 erhobenen Daten basieren teilweise auf sehr geringen Rücklaufquoten und lassen daher nur in Teilbereichen eine Auswertung zu. Für den Landkreis Kaiserslautern konnten nur die Daten der stationären Einrichtungen in eine ausführlichere Betrachtung einbezogen werden, da nur hier die Rücklaufquote eine ausreichende Validität der Daten ermöglichte. Das vorhandene Datenmaterial wurde vom statistischen Landesamt bisher nur auf Ebene des Landkreises ausgewertet. Derzeit wird auf Landesebene geklärt, ob und in welchem Umfang evtl. „Rohdatensätze“ an die jeweiligen Landkreise und kreisfreien Städte geliefert werden können, um dann vor Ort Auswertungen mit kleinräumlichem Bezug (auf Ebene der erhobenen Postleitzahlen) zu ermöglichen.

Tabelle 5: Zuordnung der Orts-/Verbandsgemeinden zur Postleitzahlenbezirken

PLZ-Bezirk	Ortsgemeinde	Verbandsgemeinde	PLZ-Bezirk	Ortsgemeinde	Verbandsgemeinde
66849	Landstuhl	Landstuhl			
66851	Bann	Landstuhl	67685	Erzenhausen	Weilerbach
	Hauptstuhl	Landstuhl		Eulennis	
	Linden	Kaiserslautern-Süd		Schwedelbach	
	Mittelbrunn	Landstuhl		Weilerbach	
	Oberarnbach	Landstuhl	67686	Mackenbach	Weilerbach
Queidersbach	Kaiserslautern-Süd	67688	Rodenbach	Weilerbach	
66862	Kindsbach	Landstuhl	67691	Hochspeyer	Hochspeyer
66877	Ramstein-Miesenbach	Ramstein-Miesenbach	67693	Fischbach	Hochspeyer
66879	Kollweiler	Weilerbach	67697	Waldleinig	Hochspeyer
	Kottweiler-Schwanden	Ramstein-Miesenbach	67697	Otterberg	Otterberg
	Niedermohr	Ramstein-Miesenbach	67699	Heiligenmoschel	Otterberg
	Reichenbach-Steegen	Weilerbach	Schneckenhausen	Otterberg	
Steinwenden	Ramstein-Miesenbach	67700	Niederkirchen	Otterberg	
66882	Hütschenhausen	Ramstein-Miesenbach	67701	Schallodenbach	Otterberg
66892	Bruchmühlbach-Miesau	Bruchmühlbach-Miesau	67705	Stelzenberg	Kaiserslautern-Süd
66894	Gerhardsbrunn	Bruchmühlbach-Miesau	Trippstadt	Kaiserslautern-Süd	
	Lamborn		67706	Krickenbach	Kaiserslautern-Süd
	Langwieden		67707	Schopp	Kaiserslautern-Süd
	Martinshöhe		67731	Otterbach	Otterbach
67468	Frankenstein	Hochspeyer	67732	Hirschhorn	Otterbach
67677	Enkenbach-Alsenborn	Enkenbach-Alsenborn	67734	Katzweiler	Otterbach
67678	Mehlingen	Enkenbach-Alsenborn	Sulzbachtal	Otterbach	
67680	Neuhemsbach	Enkenbach-Alsenborn	67735	Mehlbach	Otterbach
67681	Sembach	Enkenbach-Alsenborn	67737	Frankelbach	Otterbach
			Olsbrücken	Otterbach	

Da im Fachbereich 4.2 -Sozialhilfe- eine neue Software eingeführt wurde, ist eine EDV-gestützte Auswertung der Daten zu Hilfeempfängern von bestimmten Leistungen nach dem SGB XII frühestens zum 15.12.2011 (nächster Stichtag der Pflegestatistik) möglich. Beide Aspekte sollen in den nächsten Berichten zur Pflege berücksichtigt werden.

4 Sozialstruktur

4.1 Bevölkerungsstruktur und Bevölkerungsprognose

4.1.1 Entwicklung Bevölkerungszahl

Das derzeitige Geburtenverhalten der Bevölkerung der Bundesrepublik führt in den nächsten Jahren zu einer sinkenden Bevölkerungszahl und damit verbunden zu einer Alterung der Bevölkerung.²⁰

Für den Landkreis Kaiserslautern ergibt sich aus den Prognosen eine Verringerung der Bevölkerungszahl bis zum Jahr 2050 um 27,7% im Vergleich zur Bevölkerungszahl im Jahr 2000.²¹ Ein Vergleich mit der Entwicklung der Bevölkerung der Bundesrepublik, des Landes Rheinland-Pfalz sowie der landesplanerischen Region Westpfalz²² ergibt sich aus Abbildung 7.

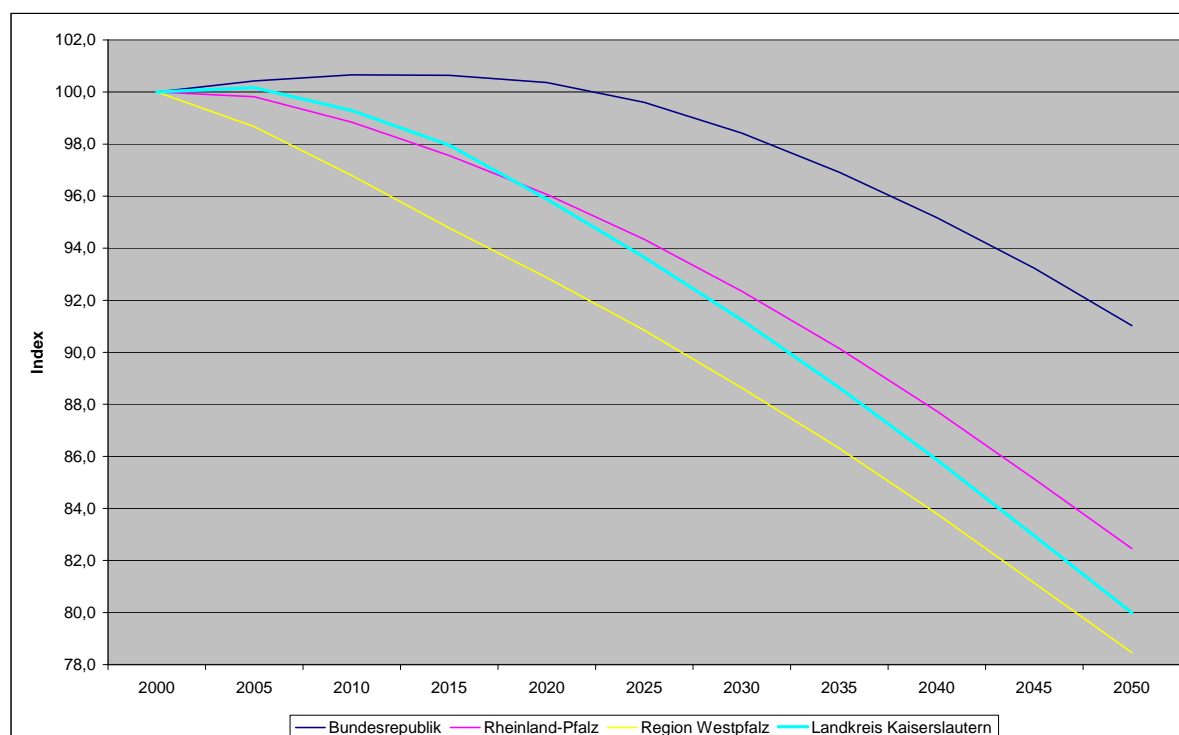


Abbildung 7: Bevölkerungsentwicklung, Vergleich Bund-Land-Region-Landkreis

Es wird deutlich, dass der Bevölkerungsrückgang im Landkreis Kaiserslautern nach dieser Prognose stärker ausfällt als im Landes- oder Bundesdurchschnitt. Lediglich die landesplanerische Region Westpfalz weist in ihrer Gesamtheit einen noch deutlicheren Bevölkerungsrückgang auf.

Allerdings ist davon auszugehen, dass über einen so langen Zeitraum von fünf Jahrzehnten die Anpassung an sinkende Einwohnerzahlen nicht das zentrale Problem darstellt. Die Problematik ergibt sich erst in Kombination mit den zeitgleich erfolgenden altersstrukturellen Verschiebungen.²³

²⁰ Statistisches Bundesamt 2003, 10. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung, S. 10

²¹ Statistisches Landesamt Rheinland-Pfalz; Rheinland-Pfalz 2050, II. Auswirkungen der demographischen Entwicklung

²² Die landesplanerische Region Westpfalz umfasst die kreisfreien Städte Kaiserslautern, Pirmasens, Zweibrücken sowie die Landkreise Donnersbergkreis, Südwestpfalz, Kusel und Kaiserslautern

²³ s. auch Sammelrundschriften 3 vom 30.01.2007 des Landkreistages Rheinland-Pfalz

4.1.2 Entwicklung Altersverteilung

Die Alterung der Bevölkerung wird unter anderem durch eine Verringerung des Sterblichkeitsniveaus hervorgerufen, welches seine Ursache in Fortschritten von Gesundheitswesen, Hygiene, Ernährung, Wohnsituation und Arbeitsbedingungen sowie gestiegenem materiellem Wohlstand hat.²⁴ Das statistische Bundesamt führt aus: „Mit Blick auf die bisherige Entwicklung in Deutschland und die Lebenserwartung in anderen entwickelten Staaten der Welt kann angenommen werden, dass weitere Verbesserungen in der medizinischen und sozialen Versorgung der Bevölkerung und gesundheitsbewusste Lebensweisen künftig in Deutschland zu einem weiteren Anstieg der Lebenserwartung führen.“²⁵ Allerdings muss mit einem insgesamt langsameren Anstieg der Lebenserwartung im Vergleich zur Entwicklung der vergangenen Jahrzehnte gerechnet werden, da die Verbesserungspotentiale in gewissen Altersjahren ausgeschöpft sind bzw. keine gravierenden Veränderungen mehr erwartet werden können.²⁶

Von Bedeutung für die Entwicklung der nächsten 10 bis 20 Jahre wird auch die sogenannte „fernere Lebenserwartung“ der jeweiligen Altersgruppen sein. Diese wird sich nach den Prognosen des statistischen Bundesamtes im Vergleich zu heute bis zum Jahr 2050 beispielsweise bei den über 60jährigen Menschen nochmals erhöhen.²⁷

Der aktuelle Altersaufbau der Bevölkerung wirkt sich auf die Entwicklung der nächsten Jahrzehnte aus. Die geburtenstarken Jahrgänge rücken bis ins Jahr 2020 ins höhere Alter vor.

Zugleich mit dem Rückgang der Gesamtbevölkerung ist also auch eine Steigerung des Anteils älterer Menschen in den nächsten Jahrzehnten absehbar. Die Entwicklungen in diesem Bereich werden insbesondere bei der Altersgruppe der über 75-jährigen deutlich (siehe Abbildung 8).

²⁴ Statistisches Bundesamt 2003, a.a.O., S. 13

²⁵ Statistisches Bundesamt 2003, a.a.O., S. 19

²⁶ Statistisches Bundesamt 2003, a.a.O., S. 19

²⁷ Statistisches Bundesamt 2003, a.a.O., S. 20

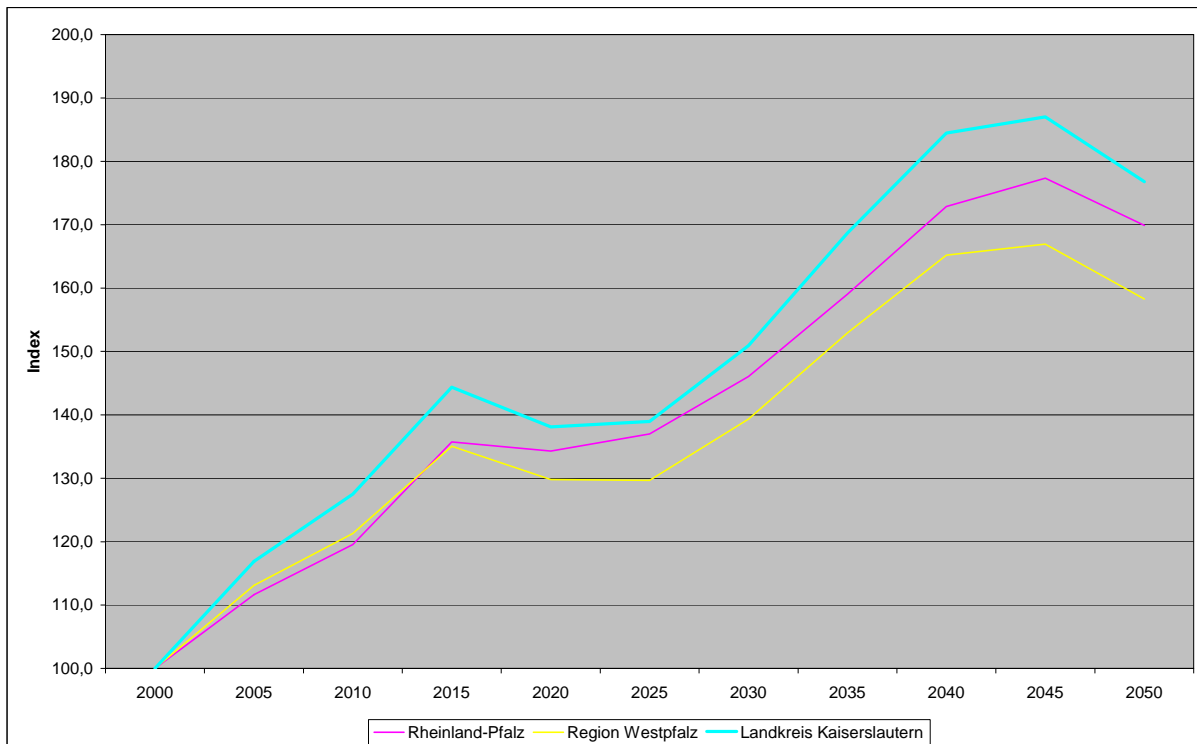


Abbildung 8: Entwicklung der Altersgruppe der über 75jährigen, Vergleich Land-Region-Landkreis

Hier zeigt sich im Vergleich mit den prognostizierten Entwicklungen auf Landesebene und in der Region Westpfalz ein deutlich höherer Anteil an Menschen über 75 Jahre im Landkreis Kaiserslautern.

Die Entwicklung der Altersstruktur hat auch Einfluss auf das sogenannte Angehörigenpflegepotenzial²⁸. Im Landkreis Kaiserslautern lag das Angehörigenpflegepotenzial 2010 bei 1:2,95. Dies bedeutet, es kommen auf eine Person über 70 Jahre 2,95 Personen im Alter zwischen 40 und 69 Jahren. Angehörige dieser Altersgruppe übernehmen hauptsächlich die pflegerische Versorgung im familiären Umfeld.

Auf Grund der sich verändernden Altersstruktur und der niedrigeren Geburtenzahlen in den nachfolgenden Altersgruppen wird sich das Angehörigenpflegepotenzial verringern.

4.1.2.1 Altersstruktur der Bevölkerung auf Verbandsgemeindeebene

Informationen über die Bevölkerungsentwicklung, insbesondere die Altersstruktur sind auch kreisintern, auf Ebene der Verbandsgemeinden von Interesse. Hierdurch können regionale Schwerpunkte der Belange älterer und hochbetagter Menschen aufgezeigt werden. Wie die Ausführungen im Weiteren ergeben (s.u.), steigt das Risiko der Pflege- und Hilfebedürftigkeit ab einem Alter von etwa 80 Jahren stark an. Nachstehende Abbildungen liefern somit einen Hinweis auf die *derzeitige* Altersstruktur und die damit verbundenen möglichen Bedarfslagen (Altersgruppe der jetzt über 80jährigen Einwohner) (Abbildung 9). Ferner kann eine bedingte Prognose der Altersstruktur und der möglichen Bedarfslagen in 10 bis 20 Jahren erfolgen (Altersgruppe der jetzt 60-79jährigen Einwohner) (Abbildung 10)

²⁸ Mit dem Begriff Angehörigenpflegepotenzial wird hier das Verhältnis der über 70jährigen zu den 40-69jährigen einer Gebietskörperschaft bezeichnet.

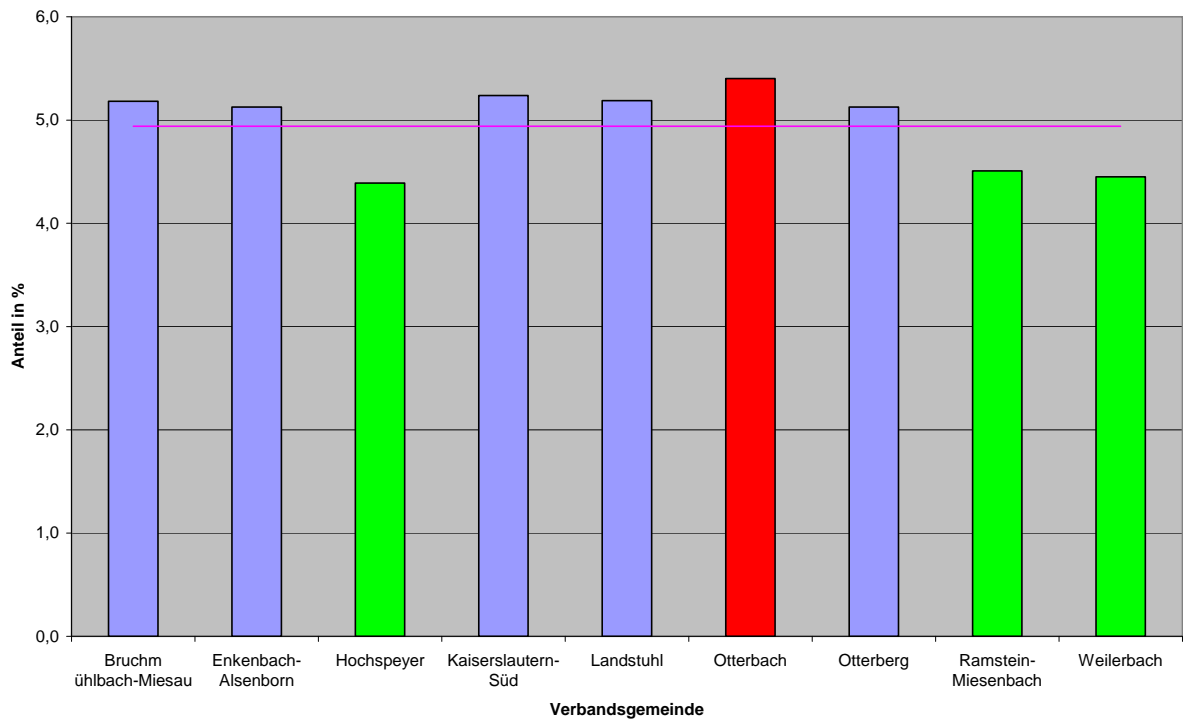


Abbildung 9: Anteil der 80jährigen an der Gesamtbevölkerung in den Verbandsgemeinden

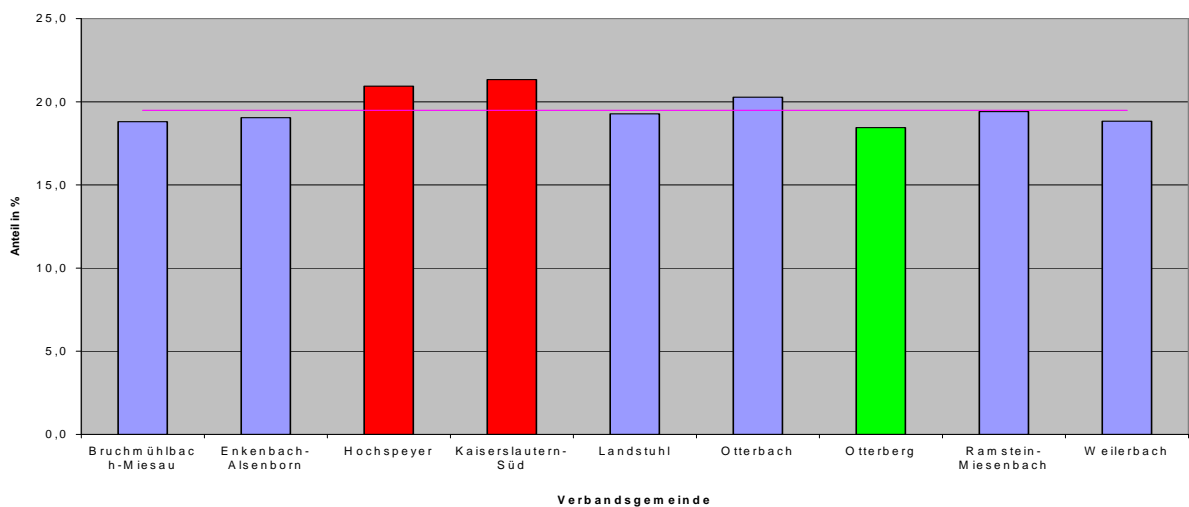


Abbildung 10: Anteil der 60-79jährigen an der Gesamtbevölkerung in den Verbandsgemeinden

Die rot markierten Säulen kennzeichnen Verbandsgemeinden mit überdurchschnittlich hohen Anteilen²⁹ an der jeweiligen Bevölkerungsgruppe, die grün markierten Säulen kennzeichnen Verbandsgemeinden mit auffallend niedrigen Anteilen an der jeweiligen Bevölkerungsgruppe.

²⁹ Überdurchschnittlich hohe Anteile liegen über einem Wert, der sich aus Mittelwert plus mittlere Abweichung errechnet. Auffallend niedrige Anteile liegen unter einem Wert, der sich aus Mittelwert minus mittlere Abweichung errechnet.

4.1.3 Pflegerelevante Grunddaten

4.1.3.1 Allgemeines zur Entwicklung der Pflegebedürftigkeit³⁰

Pflegebedürftigkeit und Alter werden in der Gesellschaft noch immer sehr schnell synonym gesetzt. In aktuellen Studien hat sich gezeigt, dass mittlerweile die Lebensphase zwischen dem 65. und 80. Lebensjahr eine größere Ähnlichkeit mit dem mittleren Erwachsenenalter hat. Diese Lebensphase ist heute von mehrheitlich hoher Gesundheit, hoher funktionaler Kompetenz und hoher außerhäuslicher Mobilität, also einem insgesamt aktiven Lebensstil gekennzeichnet. Sicherlich steigt der Anteil der hilfe- und pflegebedürftigen Menschen auch in jener Altersgruppe im Vergleich zur Gesamtbevölkerung leicht an, eine deutliche Erhöhung des Anteils hilfe- und pflegebedürftiger Menschen zeichnet sich jedoch erst ab der Altersgruppe der über 80jährigen ab.³¹

Ein Überblick der Pflegequote innerhalb verschiedener Altersgruppen ergibt sich aus Abbildung 11.

Unbestritten ist, dass die Erfahrung des Eintritts von Hilfe- und Pflegebedarf im Alter als krisenhaftes Ereignis anzusehen ist, bei welchem die Bewältigungsstrategien der Betroffenen und der Angehörigen sehr leicht an ihre Grenzen kommen. Die psychische Bewältigung dieser Krise wird sich in Zukunft in Anbetracht der zunehmend aktiven älteren Menschen sicherlich als deutlich schwieriger darstellen.³² Allerdings zeigt sich, dass ein Hilfe- oder Pflegebedarf nicht primär Folge von Alter oder körperlicher/psychischer Erkrankung ist, sondern sich als prozesshaft entwickelnde Wechselwirkung zwischen eingetretenen Verlusten im Bereich Gesundheit mit einer Vielzahl von extra-/intraindividuellen Ressourcen und -begrenzungen darstellt.³³

In diesem Zusammenhang nimmt die aktuelle Diskussion um das Thema Demenz einen besonderen Stellenwert ein. Die Demenz in ihrer unterschiedlichen Ausprägung stellt einen wesentlichen Faktor für o.a. Verluste im Bereich Gesundheit dar, welche zur Entwicklung von Pflegebedürftigkeit beitragen können.

³⁰ Die Angaben in der Pflegestatistik beziehen sich lediglich auf Personen, die durch den MDK in eine Pflegestufe nach dem SGB XI eingestuft wurden. Nicht erfasst wurden Personen, die den im Sinne des SGB XI erforderlichen Mindestumfang an Pflegebedarf nicht aufweisen. Diese können für statistische Auswertungen auf Ebene der Gebietskörperschaft lediglich erfasst werden, soweit sie Hilfen nach den §§ 61ff SGB XII erhalten.

³¹ vgl. U. Schneekloth/H.W. Wahl (Hrsg.): Möglichkeiten und Grenzen selbstständiger Lebensführung in privaten Haushalten (MuG III), S. 15f

³² MuG III, S. 21

³³ MuG III, S. 27

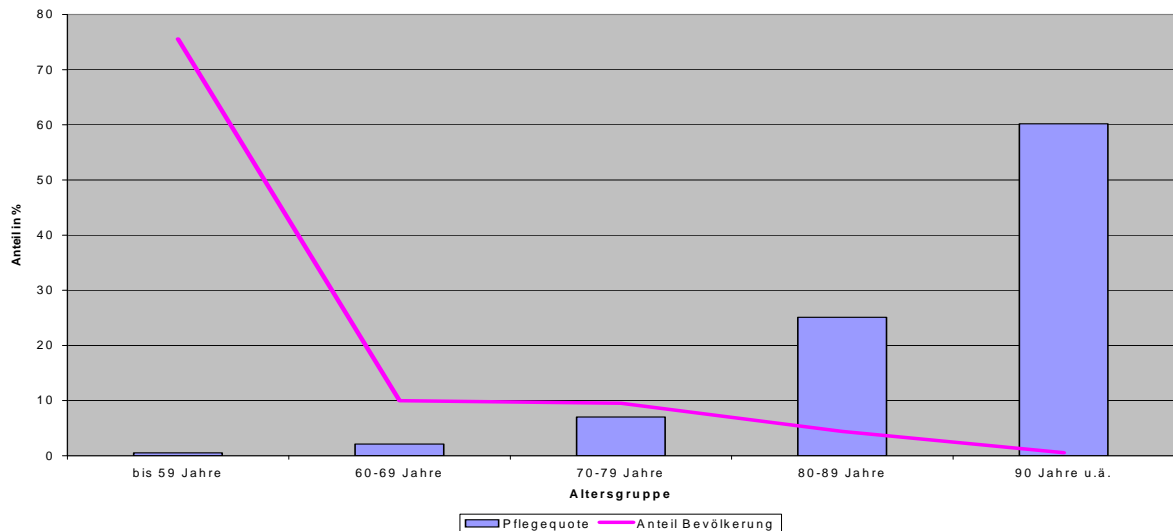


Abbildung 11: Pflegequoten und Bevölkerungsanteil nach Altersgruppen

Die Seniorinnen und Senioren sind aber weder pflegebedürftiger als früher, noch hat sich der Bedarf in nennenswertem Umfang verringert. Die wachsende Zahl der Pflegebedürftigen hängt mit der in der Bundesrepublik insgesamt gewachsenen Zahl der älteren bzw. hochbetagten Menschen im Alter ab 80 Jahren zusammen.³⁴

Andere Autoren sehen die Entwicklung der Pflegebedürftigkeit auch insgesamt weniger dramatisch: „Wenn die Möglichkeiten der Prävention auf allen Gebieten genutzt und Unterstützungsnetzwerke geschaffen werden von denen, die heute aktiv an diesen Maßnahmen mitarbeiten können, dann sieht die Versorgung der Alten in 30 Jahren ... nicht so schlecht aus, wie es bisher den Anschein hat.“³⁵

Nach Vorausberechnungen des statistischen Bundesamtes wird der Anteil von pflegebedürftigen Menschen an der Gesamtbevölkerung (Pflegequote) bis zum Jahr 2020 bis auf 3,4 % steigen.³⁶ Dies bedeutet trotz des prognostizierten Bevölkerungsrückgangs insgesamt eine Steigerung der Anzahl pflegebedürftiger Menschen. Im Jahr 2020 würden bei zutreffender Prognose rund 3.700 Menschen im Landkreis Kaiserslautern im Sinne des SGB XI pflegebedürftig sein.

Der Anteil pflegebedürftiger Menschen im Landkreis Kaiserslautern bewegt sich nach den Erhebungen des statistischen Bundesamtes zwischen 2,3 % (im Jahr 2005) und 2,4% (in den Jahren 2003 und 2007).³⁷ Aktuell beträgt der Anteil pflegebedürftiger Menschen im Landkreis Kaiserslautern 2,5%.³⁸

³⁴ vgl. MuG III, S. 63f

³⁵ vgl. Prof. Dr. I Füsgen/Prof. Dr. Hans Rüdiger Vogel (Hrsg.): Dokumentation zum 15. Workshop des „Zukunftsforum Demenz“ vom 09.07.2004: Demenz - Prävention vor Pflege, S. 4

³⁶ Statistisches Bundesamt 2003; Sozialhilfe in Deutschland 2003; S. 41

³⁷ Statistisches Bundesamt 2005; Pflegestatistik 2005 – Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung: Kreisvergleich; S.21; Statistisches Bundesamt 2007, Pflegestatistik 2007 - Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung: Kreisvergleich; S.25

³⁸ Statistisches Landesamt Rheinland-Pfalz; Pflegeeinrichtungen und Pflegegeldempfänger - Ergebnisse der Pflegestatistik 2009; S.35; Website des Statistischen Landesamtes Rheinland-Pfalz; www.infothek.statistik.rlp.de/neu/MeineHeimat/detailInfo.aspx?topic=3&id=3150&key=07335&l=1; Bevölkerungsstand bezogen auf die Hauptwohnung zum 31.12.2009; eigene Berechnungen

Betrachtet man die Pflegequote auf regionaler Ebene (Region Westpfalz), zeigt sich, dass zum Stichtag der Pflegestatistik 2007 der Landkreis Kaiserslautern nach der Stadt Kaiserslautern (2,1%) die geringste Pflegequote hat. Die höchste Pflegequote hat die kreisfreie Stadt Pirmasens aufzuweisen (3,1%). Es wird ein grundsätzlicher Zusammenhang zwischen dem Anteil der Bevölkerung über 75 Jahre und der Pflegequote deutlich (siehe Abbildung 12).

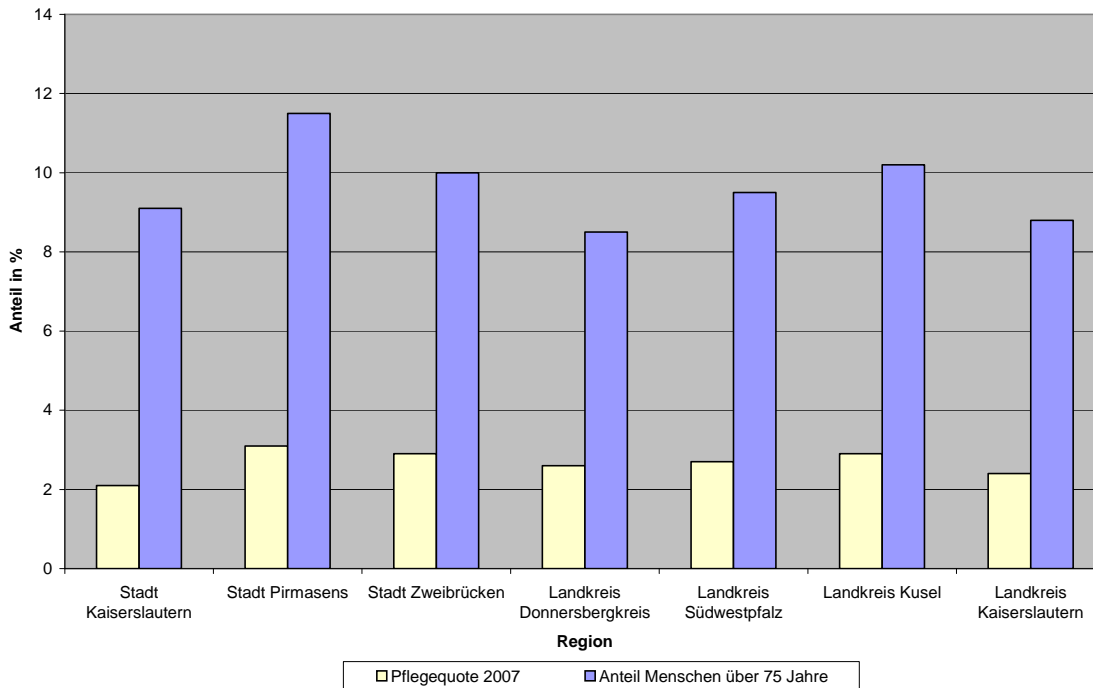


Abbildung 12: Pflegequoten und Anteil älterer Menschen, Vergleich Region Westpfalz

4.1.3.2 Versorgung der Pflegebedürftigen

Von den rund 2.650 Pflegebedürftigen im Landkreis Kaiserslautern wurden rund 77% in der eigenen Wohnumgebung gepflegt. Dabei betrug der Anteil der Pflegegeldempfänger, d.h. der pflegebedürftigen Menschen, welche ihre Pflege beispielsweise über Angehörige organisieren, rund 71%. Dieser Anteil ist seit der Pflegestatistik 2003 jedoch leicht rückläufig. Der Anteil an häuslicher Pflege ist im Vergleich zum Bundes-, Landes- und Regionalwert hoch, wie Abbildung 13 zeigt.

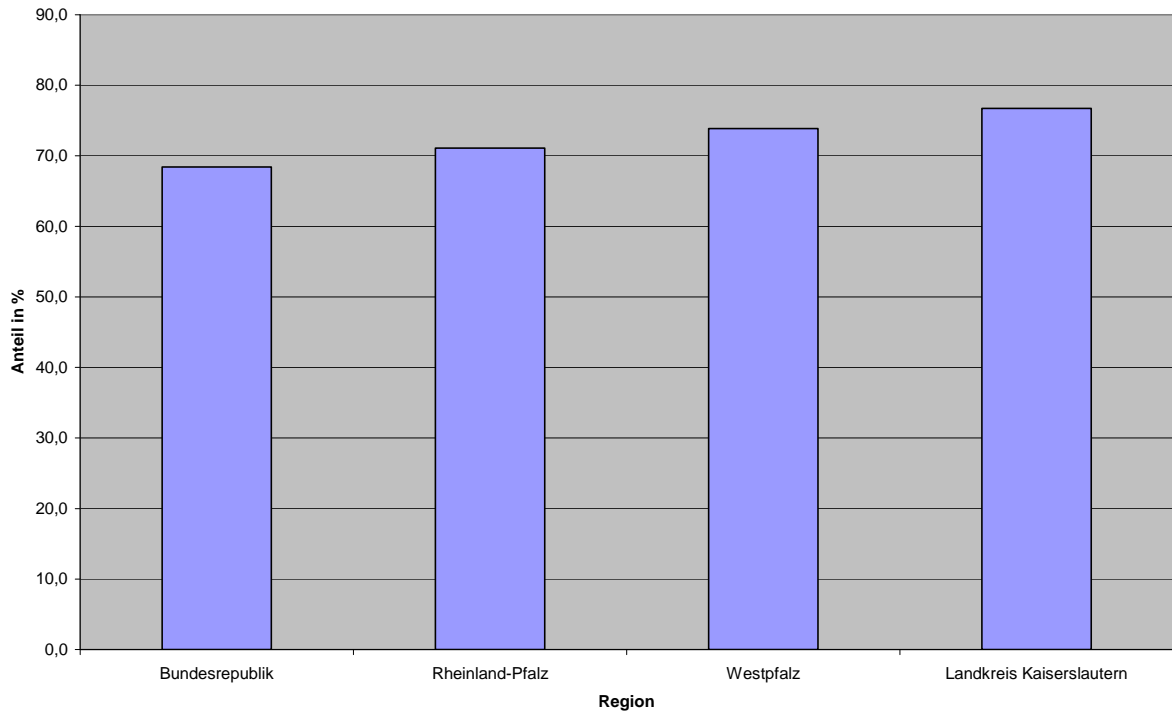


Abbildung 13: Anteil häuslicher Pflege, Vergleich Bund-Land-Region-Landkreis

Die Hauptlast der „Angehörigenpflege“ liegt noch immer bei den Ehefrauen, Töchtern und Schwiegertöchtern von pflegebedürftigen Personen. Diese übernehmen zu 73% die Pflege der Angehörigen in deren häuslichem Umfeld.³⁹ Im Zusammenhang mit dem zurückgehenden Angehörigenpflegepotenzial (s.o.) werden zukünftig voraussichtlich weniger pflegebedürftige Menschen ausschließlich durch Angehörige gepflegt werden können.

Zugleich zeigt die Studie MuG III, dass nur 16% der Hauptpflegepersonen regelmäßig entlastende Beratungs- oder sonstige Unterstützungsangebote wahrnehmen. 37% der Hauptpflegepersonen nutzen diese Angebote ab und an. Das bedeutet, dass fast die Hälfte aller pflegenden Angehörigen nicht in ein unterstützendes und entlastendes Netzwerk eingebunden ist. Als Forderung hieraus leiten Schneekloth/Wahl ab: „Im Sinne der gewünschten Stabilisierung der familiären Pflegepotenziale erscheint es für die Zukunft unbedingt geboten, diese offensichtliche Lücke durch einen zielgerichteten Ausbau von niederschweligen Beratungs-, Qualifizierungs- und Unterstützungsangeboten für pflegende Angehörige zu schließen“.⁴⁰ Die rechtlichen Grundlagen hierfür wurden durch das Landesgesetz zur Sicherstellung und Weiterentwicklung der pflegerischen Angebotsstruktur (LPflegeASG), der dazu ergangenen Durchführungsverordnung (LPflegeASGDVO) sowie der Weiterentwicklung der Beratungs- und Koordinierungsstellen zu Pflegestützpunkten geschaffen.

Der Anteil pflegebedürftiger Menschen, welche in stationären Einrichtungen betreut werden, ist vergleichsweise gering. Im regionalen Vergleich steht der Landkreis Kaiserslautern nach den Landkreisen Südwestpfalz und Kusel an dritter Stelle, was die Häufigkeit *häuslicher* Pflege angeht.

³⁹ vgl. MuG III, S.40

⁴⁰ MuG III, S.79

Die stationären Pflegeeinrichtungen im Landkreis Kaiserslautern waren zum Stichtag 31.12.2007 lediglich zu 68,9% mit nach SGB XI pflegebedürftigen Menschen belegt. Diese geringe Auslastung stellt auch bundesweit einen der niedrigsten Werte dar. Hierbei ist jedoch zu beachten, dass die stationären Pflegeeinrichtungen nicht nur von Menschen bewohnt werden, die im Sinne des SGB XI pflegebedürftig sind. Die tatsächliche Auslastung liegt meist deutlich höher und wurde bei den Ergebnissen der Befragung stationärer Pflegeeinrichtungen bereits dargestellt.

Wenn man die aktuellen Studien zur Pflegesituation in der Bundesrepublik betrachtet, zeigt sich eine Tendenz hin zu professioneller Pflege und weg von der reinen „Angehörigenpflege“. Dies wird sich in den nächsten Jahrzehnten nach den Einschätzungen aktueller Erhebungen auch fortsetzen. Ursachen für dieses schwindende „Angehörigenpflegepotenzial“ werden in der stagnierenden Geburtenrate, der geschätzten zukünftig höheren Erwerbsquote von Frauen und der zunehmenden räumlichen Entfernung zwischen Familienangehörigen gesehen.⁴¹ Hinzu kommt die steigende Zahl von allein lebenden Pflegebedürftigen.

5 Bedarfsprognostik zur Pflegebedürftigkeit

Der Bedarf an pflegerischer Versorgung ist abhängig von einer Vielzahl von Faktoren bzw. Indikatoren. Neben der Alters- und Geschlechtsstruktur spielt die Entwicklung der Familien- und der Haushaltsstrukturen und das zukünftig zu erwartende häusliche Pflegepotential eine Rolle. Ferner müssen die Entwicklung der Pflegebedürftigkeit im Kontext der zunehmenden Hochaltrigkeit der Pflegebedürftigen, die Hilfe- und Pflegeintensität, die Hilfe- und Pflegehäufigkeit sowie die Inanspruchnahmequote auf die zukünftigen Jahre fortgeschrieben werden. Schätzungen des künftigen Anteils der Pflegebedürftigen sind vorsichtig vorzunehmen: Schon die Älteren von heute sind in einem höheren Alter viel gesünder und verfügen über bessere Ressourcen, als es die vorhergehenden Generationen im gleichen Alter waren, und dieser Trend wird sich fortsetzen. Eine Bedarfsprognostik ausschließlich über die Altersstruktur der Bevölkerung und die in den einzelnen Altersgruppen vorhandenen Pflegebedürftigkeitsquoten hat daher auch eine eingeschränkte Aussagefähigkeit. Sie kann allerdings Anhaltspunkte für die Entwicklung geben. Letztendlich entscheidet auch ganz wesentlich die zukünftige Finanzierung der Pflege über die Entwicklung auf diesem Sektor. Eine Bedarfsberechnung ist insofern nur ein Szenario, welches sich durch Abweichung von einem oder mehreren Faktoren im Laufe des Hochrechnungszeitraumes im Ergebnis deutlich verändern kann.

5.1 Bedarf an ambulanter Versorgung

Die in der Befragung der ambulanten Dienste erfassten Bedarfe beziehen sich zum einen auf derzeit fehlende Angebote in den jeweiligen Einzugsbereichen der ambulanten Dienste.

Aus der Befragung der ambulanten Dienste wurde die Inanspruchnahmequote innerhalb einzelner Altersgruppen der Bevölkerung für ambulante Dienste errechnet. Die Inanspruchnahmequote wird in einem weiteren Schritt auf die prognostizierte Bevölkerungsentwicklung der jeweiligen Altersgruppen angewandt.

Demnach ergibt sich für das Jahr 2020 ein Bedarf an ambulanter Versorgung für 3.439 Menschen. Davon werden bei gleichen Voraussetzungen 2.215 Personen regelmäßig durch ambulante Dienste versorgt und in 1.224 Fällen sogenannte Pflegeeinsätze nach

⁴¹ MuG III, S.41

§37 SGB XI geleistet. Da der Anteil der Pflegegeldempfänger rückläufig ist⁴², ist mit einem höheren Anteil regelmäßig versorgter Klienten und einer damit einhergehenden Verschiebung der Klientenzahlen zu rechnen. Die Auswertung von Daten des statistischen Landesamtes zur Zahl der Pflegegeldempfänger wird hier noch eine genauere Betrachtung ermöglichen.

5.2 Bedarf an stationärer Versorgung

Der Bedarf an stationären Dauerpflegeplätzen scheint derzeit unterhalb der vorhandenen Kapazitäten zu liegen. Insgesamt wurden die stationären Pflegeeinrichtungen in den letzten Jahren weniger nachgefragt. Als Gründe hierfür werden u.a. die -oftmals illegal beschäftigten- Hilfen aus den osteuropäischen Nachbarstaaten genannt. Diese sind mit relativ geringem finanziellem Aufwand für die Betroffenen und deren Angehörige rund um die Uhr im Wohnumfeld der pflege- und betreuungsbedürftigen Menschen präsent, wohingegen die Unterbringung in einer stationären Pflegeeinrichtung trotz der dann deutlich höheren Leistungen der Pflegekassen auch mit höheren finanziellen Verpflichtungen für die Betroffenen und deren Angehörige verbunden sein können.

Zum Erhebungszeitpunkt lebten 184 Personen in stationären Pflegeeinrichtungen, die keine Leistungen der Pflegekassen erhielten. Im Sinne des Grundsatzes „ambulant vor stationär“ sind hier die Gründe für einen Umzug in eine stationäre Pflegeeinrichtung zu hinterfragen und daraus ggf. erforderliche ambulante Angebote zu entwickeln. Der größte Anteil dieser Personen lebt in einer Einrichtung, die zwar als Pflegeeinrichtung zugelassen ist, historisch bedingt aber überwiegend von einem nicht klassisch pflegebedürftigen Klientel bewohnt wird. Betreuung und Versorgung im psychosozialen Bereich stellen die in diesen Fällen mit den vorhandenen ambulanten Angeboten nicht zu bewältigenden Herausforderungen dar, welche zu einer stationären Aufnahme führen.

Die durchschnittliche Auslastung der stationären Pflegeeinrichtungen ist seit einigen Jahren rückläufig. Zum Erhebungszeitpunkt lag die Jahresauslastung bei acht von elf stationären Einrichtungen unter 95%. Die Pflegesätze gehen von einer Auslastung in vorgenannter Höhe aus, d.h. unterhalb des Wertes müssen die Einrichtungen mit Mindereinnahmen rechnen. Zum Erhebungszeitpunkt standen in den stationären Einrichtungen 101 freie Pflegeplätze (rund 12%) zur Verfügung. Die Entwicklung wird durch weitere Datenerhebungen zu betrachten sein.

Die Verweildauer der pflegebedürftigen Menschen innerhalb von Einrichtungen ist ein Aspekt für die Planung des zukünftigen Bedarfs an stationären Pflegeplätzen. Ein Teil der Pflegeplätze steht mehrmals pro Jahr zur Verfügung, da die pflegebedürftigen Menschen häufig erst recht spät in eine stationäre Einrichtung wechseln und sich oft nur für kurze Zeit dort aufhalten. Bei einer Aufenthaltsdauer von weniger als zwölf Monaten ist der Pflegeplatz daher mehrfach pro Jahr verfügbar. Nach den Ergebnissen der Befragung stationärer Einrichtungen zur Verweildauer konnten pro Jahr 1.332 Menschen mit einem stationären Pflegebedarf einen Platz in einer Einrichtung erhalten. Inwiefern sich Veränderungen bei der Verweildauer ergeben, muss über das Pflege-monitoring im Rahmen regelmäßiger Erhebungen ermittelt werden. Erhebungsergebnisse anderer Gebietskörperschaften deuten darauf hin, dass sich die durchschnittliche

⁴² Der Anteil von Pflegegeldempfängern sank innerhalb von 10 Jahren von 53,5% auf 49,8%; Statistisches Bundesamt: Pflegestatistik - Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung - Ländervergleich - Pflegebedürftige 1999 bis 2009

Verweildauer in den stationären Einrichtungen in den letzten Jahren deutlich verringert hat.⁴³

Ebenfalls aus der Befragung der stationären Einrichtungen wurde die aktuelle Inanspruchnahmequote innerhalb einzelner Altersgruppen der Bevölkerung für stationäre Einrichtungen errechnet. Die Inanspruchnahmequote wird in einem weiteren Schritt auf die prognostizierte Bevölkerungsentwicklung der jeweiligen Altersgruppen angewandt. Demnach ergibt sich für das Jahr 2020 ein Bedarf an stationären Pflegeplätzen für 1.146 Menschen.

Die derzeitige tatsächliche Platzzahl liegt darunter; das durch die Möglichkeit einer Mehrfachbelegung in Folge geringer Verweildauer vorhandene tatsächliche Angebot von belegbaren Pflegeplätzen liegt darüber. Wie sich die Zahlen in Anbetracht der erfolgten aber noch nicht erfassten Neueröffnungen und Umstrukturierungen entwickeln, wird im Rahmen des Pflegemonitorings zu beobachten sein.

⁴³ Landeshauptstadt Mainz, Dezernat für Soziales, Jugend, Wohnen, Finanzen, Beteiligungen, Steuern und Abgaben (Hrsg.), Bericht zur Pflegestruktur, „Älter werden in Mainz“, Juli 2008, Seite 28f.

Table of Contents

Abbildung 1: Distribution of professional groups among employees of ambulatory care services.....	8
Abbildung 2: Age distribution of clients of ambulatory care services and the total population	9
Abbildung 3: Distribution of care levels in stationary care.....	14
Abbildung 4: Age structure in stationary care	15
Abbildung 5: Length of stay in stationary care.....	17
Abbildung 6: Place of origin in stationary care	18
Abbildung 7: Population development, comparison Bund-Land-Region-Landkreis	24
Abbildung 8: Development of the age group over 75, comparison Land-Region-Landkreis.....	26
Abbildung 9: Share of 80-year-olds in the total population in the association municipalities.....	27
Abbildung 10: Share of 60-79-year-olds in the total population in the association municipalities	27
Abbildung 11: Care ratios and population share by age groups.....	29
Abbildung 12: Care ratios and share of older people, comparison Region Westpfalz	30
Abbildung 13: Share of home care, comparison Bund-Land-Region-Landkreis.....	31
Tabelle 1: Specialized focus areas of ambulatory care services by association municipalities.....	7
Tabelle 2: Unmet needs by catchment areas of ambulatory care services.....	11
Tabelle 3: Distribution of stationary care places by association municipality	13
Tabelle 4: Household and specialist densities by association municipalities.....	20
Tabelle 6: Assignment of local/association municipalities to postal districts	23