Landeshauptstadt
München
Sozialreferat
Amt für Soziale
Sicherung

Bedarfsermittlung zur pflegerischen Versorgung in der Landeshauptstadt München und Sechster Marktbericht Pflege des Sozialreferats

Beschluss des Sozialausschusses vom 10.11.2016

Telefon: 0 233-48146
0 233-48354
Telefax: 0 233-48849

Sozialreferat
Amt für Soziale Sicherung
S-I-LP

Bedarfsermittlung zur pflegerischen Versorgung in der Landeshauptstadt München und Sechster Marktbericht Pflege des Sozialreferats

Bau einer Wohn- und Pflegeeinrichtung für Senioren

Empfehlung Nr. 14-20 / E 01109
der Bürgerversammlung des Stadtbezirkes 11 – Milbertshofen-Am Hart
vom 21.07.2016

Sitzungsvorlage Nr. 14-20 / V 06871

2 Anhänge und 2 Anlagen

Beschluss des Sozialausschusses vom 10.11.2016 (SB)
Öffentliche Sitzung

Kurzübersicht
zur beiliegenden Beschlussvorlage

Anlass	● Gesetzlicher Auftrag zur Pflegebedarfsermittlung (§§ 8, 9 SGB XI und Art. 68, 69 des Bayerischen Gesetzes zur Ausführung der Sozialgesetze, AGSG) ● „Bedarfsplanung zur pflegerischen Versorgung in München“, Beschluss des Sozialausschusses vom 04.05.2010, Sitzungsvorlage Nr. 08-14 / V 03977 ● „Marktbericht Pflege – Jährliche Marktübersicht über die teil- und vollstationäre pflegerische Versorgung in München. Sicherung der pflegerischen Versorgung älterer Menschen in München“, Beschluss des Sozialausschusses vom 09.10.2014, Sitzungsvorlage Nr. 14-20 / V 01023 ● Empfehlung Nr. 14-20 / E 01109 der Bürgerversammlung des Stadtbezirkes 11 – Milbertshofen-Am Hart vom 21.07.2016
Inhalt	● Rolle der Kommunen in der pflegerischen Versorgung ● Aktuelle und prognostische Daten zu Pflegebedürftigen ● Datenerhebung bei Münchner ambulanten Pflegediensten

	● Datenerhebung bei Münchner teil- und vollstationären Pflegeeinrichtungen
Gesamtkosten / Gesamterlöse	-/-
Entscheidungsvorschlag	● Das Sozialreferat wird beauftragt, im Benehmen mit dem Referat für Stadtplanung und Bauordnung (PLAN), die planungsrechtlichen Voraussetzungen für die Sicherung der benötigten Standorte für vollstationäre Pflegeeinrichtungen in den benannten Regionen zu schaffen. ● Das Sozialreferat wird beauftragt, die entsprechenden Grundstücke nach der Flächensicherung und auf der Basis fachlicher Anforderungsprofile dem Kommunalreferat zur Ausschreibung vorzuschlagen. ● Das Sozialreferat wird beauftragt, im Benehmen mit dem Referat für Stadtplanung und Bauordnung weiterhin die planungsrechtlichen Voraussetzungen für die Sicherung der benötigten Wohnflächen für ambulant betreute Pflege-Wohngemeinschaften zu schaffen. ● Das Sozialreferat wird beauftragt, im Rahmen der kommunalen Einflussmöglichkeiten weiterhin alle genannten Unterstützungsmaßnahmen zur Sicherung einer bedarfsgerechten Pflegeinfrastruktur zu ergreifen und hierbei u.a. auch einen Beitrag zur Verbesserung der Situation von beruflich Pflegenden zu leisten. ● Die Empfehlung Nr. 14-20 / E 01109 der Bürgerversammlung des Stadtbezirkes 11 – Milbertshofen-Am Hart vom 21.07.2016 ist geschäftsordnungsgemäß behandelt.
Gesucht werden kann im RIS auch unter:	● Pflegebedarfsplanungen ● Rolle der Kommunen in der pflegerischen Versorgung ● Marktbeobachtung
Ortsangabe	● 11. Stadtbezirk – Milbertshofen-Am Hart

Telefon: 0 233-48146
0 233-48354
Telefax: 0 233-48849

Sozialreferat
Amt für Soziale Sicherung
S-I-LP

**Bedarfsermittlung zur pflegerischen Versorgung
in der Landeshauptstadt München und
Sechster Marktbericht Pflege des Sozialreferats**

Bau einer Wohn- und Pflegeeinrichtung für Senioren

Empfehlung Nr. 14-20 / E 01109
der Bürgerversammlung des Stadtbezirkes 11 – Milbertshofen-Am Hart
vom 21.07.2016

Sitzungsvorlage Nr. 14-20 / V 06871

Vorblatt zum
Beschluss des Sozialausschusses vom 10.11.2016 (SB)
Öffentliche Sitzung

Inhaltsverzeichnis **Seite**

I. Vortrag der Referentin 1

Zusammenfassung 1
1. Zur Rolle der Kommunen im Pflegemarkt 3
2. Ergebnisse der Bedarfsermittlung zur pflegerischen Versorgung 7
2.1 Rahmenbedingungen für die Prognosen 8
2.2 Aktuelle und prognostische Daten zu Pflegebedürftigen 10
2.3 Strategien des Sozialreferats zur Steuerung der pflegerischen Versorgung 12
2.3.1 Notwendiger Versorgungsmix 12
2.3.2 Kontinuierliche Pflegebedarfsermittlungen 13
2.3.3 Strategien zur Sicherung von Pflegepersonal 14
3. Empfehlung Nr. 14-20 / E 01109 der Bürgerversammlung des 11. Stadtbezirkes – Milbertshofen-Am Hart 16
4. Ergebnisse des sechsten Marktberichts Pflege 17
5. Fazit 18

II. Antrag der Referentin 22

III. Beschluss 22

Empfehlung der Bürgerversammlung
des 11. Stadtbezirks- Milbertshofen-Am Hart vom 21.07.2016 Anlage 1

Stellungnahme des Facharbeitskreises Unterstützungsangebote
des Behindertenbeirats der Landeshauptstadt München Anlage 2

Bedarfsermittlung zur pflegerischen Versorgung
in der Landeshauptstadt München Anhang 1

Sechster Marktbericht Pflege des Sozialreferats Anhang 2

Telefon: 0 233-48146
0 233-48354
Telefax: 0 233-48849

Sozialreferat
Amt für Soziale Sicherung
S-I-LP

Bedarfsermittlung zur pflegerischen Versorgung in der Landeshauptstadt München und Sechster Marktbericht Pflege des Sozialreferats

Bau einer Wohn- und Pflegeeinrichtung für Senioren

Empfehlung Nr. 14-20 / E 01109
der Bürgerversammlung des Stadtbezirkes 11 – Milbertshofen-Am Hart
vom 21.07.2016

Sitzungsvorlage Nr. 14-20 / V 06871
2 Anhänge und 2 Anlagen

Beschluss des Sozialausschusses vom 10.11.2016 (SB)
Öffentliche Sitzung

I. Vortrag der Referentin

Zusammenfassung

Das Sozialreferat stellt in dieser Beschlussvorlage die zentralen Ergebnisse

- der „Bedarfsermittlung zur pflegerischen Versorgung in der Landeshauptstadt München“ (Anhang 1) und
- des „Sechsten Marktberichts Pflege des Sozialreferats“ (Anhang 2) vor.

Das Sozialreferat erfüllt mit dieser Beschlussvorlage seine gesetzliche Verpflichtung zur Vorlage von kommunalen Pflegebedarfsplanungen (§§ 8, 9 SGB XI[1] in Verbindung mit Art. 69 Abs. 1 des Gesetzes zur Ausführung der Sozialgesetze, AGSG) und setzt den Auftrag des Sozialausschusses zur jährlichen Vorlage eines Marktberichts Pflege[2] um.
Mit dieser Vorlage kommt das Sozialreferat zudem dem Auftrag aus dem Beschluss des Sozialausschusses vom 09.10.2014 („Marktbericht Pflege – Jährliche Marktübersicht über die teil- und vollstationäre pflegerische Versorgung in München – Sicherung der pflegerischen Versorgung älterer Menschen in München“)[3] nach, mit dem das Sozialreferat aufgefordert wurde, 2016 eine aktualisierte Pflegebedarfsermittlung vorzulegen.

1 Hier: Sozialgesetzbuch XI – Soziale Pflegeversicherung. Das Sozialgesetzbuch wird im folgenden Text immer mit SGB bezeichnet.
2 „Marktbericht Pflege – Jährliche Marktübersicht über die teil- und vollstationäre pflegerische Versorgung in München. Sicherung der pflegerischen Versorgung älterer Menschen in München.“, Beschluss des Sozialausschusses vom 09.10.2014, Sitzungsvorlage Nr. 14-20 / V 01023, siehe Antrag der Referentin Punkt 2
3 Sitzungsvorlage Nr. 14-20 / V 01023, siehe Antrag der Referentin Punkt 3

Darüber hinaus behandelt das Sozialreferat mit dieser Vorlage die Empfehlung Nr. 14-20 / E 01109 der Bürgerversammlung des Stadtbezirkes 11 – Milbertshofen-Am Hart vom 21.07.2016 (Anlage1).

Nach den Berechnungen des Sozialreferats wird die Zahl der Pflegebedürftigen bis zum Jahr 2025 um ca. 6.200 Personen auf dann rund 31.400 Personen ansteigen.
Vor diesem Hintergrund empfiehlt das Sozialreferat an der bestehenden Strategie der Unterstützung der pflegerischen Infrastruktur im Pflegemarkt - im Rahmen der kommunalen Möglichkeiten - festzuhalten. Der Grundsatz „ambulant vor teilstationär vor vollstationär“ findet damit in München Berücksichtigung - unter der Maßgabe, dass es weiterhin einen ausgewogenen Mix der verschiedenen Angebote und damit für alle eine möglichst passende Versorgungsform gibt.

Wie insbesondere die Erhebung des Sozialreferats bei den ambulanten Pflegediensten in München zeigt (vgl. dazu die Ausführungen im Anhang 1), ist die kommunale Unterstützung des ambulanten Pflegemarkts dringend geboten. Das Gleiche gilt auch für die teil- und vollstationäre pflegerische Versorgung in München: Für das Jahr 2025 geht das Sozialreferat von einer Versorgungslücke im Umfang von ca. 600 vollstationären Pflegeplätzen aus. Zur Deckung des entsprechenden vollstationären Bedarfs im Jahr 2025 sollen daher (zusätzlich zum bestehenden Angebot und zu bekannten Planungen) weitere städtische Flächen für ca. 600 Plätze unter Berücksichtigung des regionalen Bedarfs reserviert und vergeben werden.
Das derzeitige Angebot an vollstationären Pflegeplätzen in der Landeshauptstadt München bewegt sich seit dem Jahr 2013 auf etwa gleichem Niveau bei rund 7.600 Plätzen (vgl. Anhang 2).
Darüber hinaus hält das Sozialreferat weiter an der Strategie[4] fest, die Anregung und Begleitung weiterer innovativer Pflege- und Versorgungsformen (u.a. auch durch Anschubfinanzierungen für ambulant betreute Pflege-Wohngemeinschaften) mit kommunalen Ressourcen zu unterstützen.
Um dem aktuellen und künftigen Mangel an Pflegenden (insbesondere dem Pflegefachkräftemangel) zu begegnen, ergreift das Sozialreferat zudem auch hier die Maßnahmen, die ihm im Rahmen kommunaler Einflussmöglichkeiten zur Verfügung stehen.

Die bisherigen Ziele und Strategien haben sich als richtig und wirksam erwiesen. Die in den Bedarfsplanungen von 2004 und 2010 formulierten Zielwerte haben zu wichtigen Entwicklungen im Pflegemarkt geführt. So ist die Zahl der vollstationären Pflegeplätze in München seit 2010 um rund 500 angestiegen. Im Bereich der innovativen Versorgungsformen verfügt München inzwischen über ein Angebot von insgesamt rund

4 „Bedarfsplanung zur pflegerischen Versorgung in München“, Beschluss des Sozialausschusses vom 04.05.2010, Sitzungsvorlage Nr. 08-14 / V 03977

440 Plätzen in ambulant betreuten Wohngemeinschaften und in den Projektwohnungen von „Wohnen im Viertel“. Dem 2004 und 2010 formulierten Zielwert von 500 Plätzen, die im Jahr 2020 erreicht sein sollten, kommt dieses Angebot bereits relativ nahe.

1. Zur Rolle der Kommune im Bereich der pflegerischen Versorgung

Mit Einführung der Pflegeversicherung im Jahr 1995 entstand bundesweit ein Pflegemarkt, der die Sicherstellung der Versorgung im Sinne einer Balance von Angebot und Nachfrage regeln soll.

Die Kommunen haben zwar grundsätzlich nach § 8 SGB XI und Art. 68 AGSG eine gemeinsame (Mit-)Verantwortung mit mehreren weiteren Akteuren, z.B. den Ländern, den Pflegekassen und den Pflegeeinrichtungen, eine „leistungsfähige, regional gegliederte, ortsnahe und aufeinander abgestimmte ambulante und stationäre Versorgung der Bevölkerung zu gewährleisten“[5].

In der Realität sind die tatsächlichen Steuerungsmöglichkeiten der Kommunen innerhalb dieser „Gemengelage“ (insbesondere durch den Vorrang der Markt-Regulierungsmechanismen) an entscheidenden Stellen jedoch sehr stark eingeschränkt.

Die folgende Grafik (Grafik 1) illustriert die bestehenden Einwirkungsmöglichkeiten der Landeshauptstadt München auf die pflegerische Versorgung unter den derzeitigen gesetzlichen Rahmenbedingungen. Einflussmöglichkeiten bestehen vorrangig über:

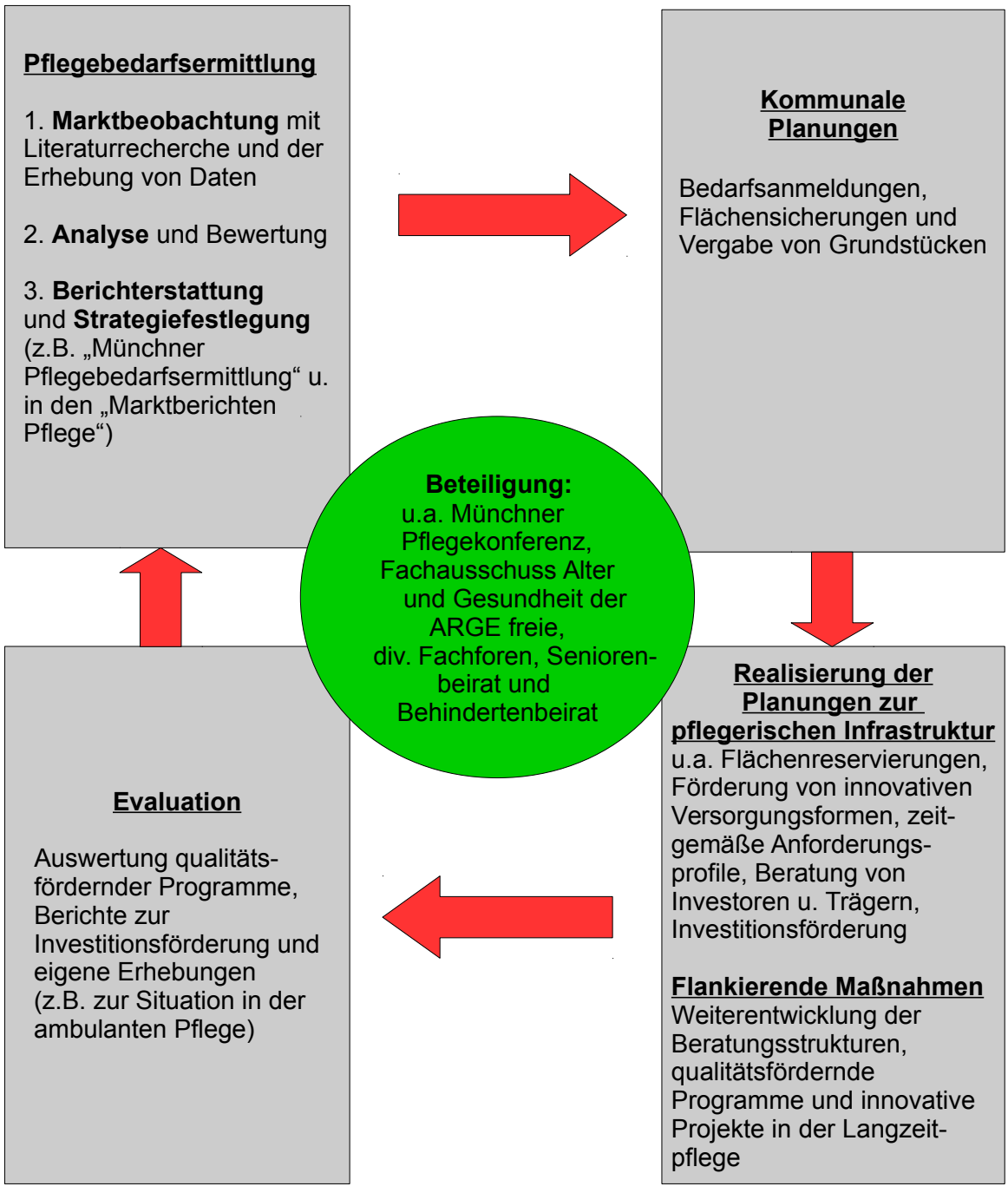
- die Zurverfügungstellung kommunaler Flächen für verschiedene pflegerische Versorgungsangebote (insbesondere für vollstationäre Pflegeeinrichtungen und ambulant betreute Wohngemeinschaften) verbunden mit qualitativen und fachlichen Anforderungen an die potentiellen Träger (über sog. „fachliche Anforderungsprofile“),
- die Investitionsförderung für stationäre Pflegeeinrichtungen
- die Anschubfinanzierung innovativer Versorgungsformen und
- die Förderung der Pflegequalität im Rahmen eigener kommunaler Zuschuss-Programme und Modellprojekte.

Dem Sozialreferat ist bewusst, dass kommunale Flächen und Haushaltsmittel nur begrenzt verfügbar sind, es hält aber eine entsprechende Verwendung angesichts der Herausforderungen im Bereich der pflegerischen Versorgung in der Stadt München für dringend geboten. Das Sozialreferat steht bei der Erarbeitung der Planungen und Konzepte in einem regelmäßigen Austausch mit Vertreterinnen

5 § 8 SGB XI: „Die Länder, die Kommunen, die Pflegeeinrichtungen und die Pflegekassen wirken unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes eng zusammen, um eine leistungsfähige, regional gegliederte, ortsnahe und aufeinander abgestimmte ambulante und stationäre pflegerische Versorgung der Bevölkerung zu gewährleisten.“
Art. 68 AGSG „.... im Freistaat Bayern eine bedarfsgerechte.... pflegerische Versorgung zu gewährleisten. Abs. 2: „Zu diesem Zweck haben die zuständigen Behörden des Freistaates, die Gemeinden, die Landkreise und die Bezirke, die Träger der Pflegeeinrichtungen und die Pflegekassen unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung eng und vertrauensvoll im Interesse der Pflegebedürftigen zusammenzuwirken.“

und Vertretern tangierter Dienststellen der Landeshauptstadt München, den Trägern der ambulanten, teil- und vollstationären Pflegeeinrichtungen sowie weiteren wichtigen Partnerinnen und Partnern.

Grafik 1: Möglichkeiten der Einwirkung der Landeshauptstadt München auf die pflegerische Versorgung



Es bleibt zum Zeitpunkt der Erstellung dieses Beschlusses noch abzuwarten, inwieweit das Pflegestärkungsgesetz III („PSG III“) die Rolle der Kommunen in der Pflege tatsächlich und nachhaltig stärken kann.
In der Kabinettsfassung des „PSG III“ vom 28.06.2016, die dem Sozialreferat zum Zeitpunkt der Erstellung dieser Beschlussvorlage vorlag, bleiben aus der Sicht des Sozialreferats die vorgesehenen Regelungen zur Stärkung der Kommunen in der Pflege weit hinter den ursprünglichen fachlichen Erwartungen zurück. Die Ausgestaltung der Modellvorhaben zur kommunalen Beratung Pflegebedürftiger sind insgesamt überkomplex mit hohen organisatorischen, finanziellen und strukturellen Hürden bei der Umsetzung verbunden. Die in der vorausgegangenen „Bund-Länder-AG“ ohnehin schon abgeschwächten Ansätze zur Stärkung der kommunalen Rolle sind im Referentenentwurf weiter reduziert worden. Dies zeigt sich insbesondere darin, dass nicht die öffentlichen Träger, sondern der Spitzenverband Bund der Pflegekassen die maßgeblichen Empfehlungen über die konkreten Voraussetzungen, Ziele und Inhalte zur Durchführung der o.g. kommunalen Modellvorhaben beschließen soll. Die kommunalen Spitzenverbände werden dabei lediglich „angehört“ (§ 123 Abs. 4 PSG III-Kabinettsfassung).
Zudem wird den Kommunen – obwohl dies grundsätzlich so vorgesehen war – kein wirksames Instrument zur Steuerung des Marktes in die Hand gegeben. Es sollen lediglich regionale Pflegeausschüsse eingerichtet werden, die (unverbindliche) Empfehlungen zur Verbesserung der Marktsituation beschließen können. Die Rolle der Kommunen in diesen Ausschüssen wird im Gesetzesentwurf zudem nicht näher spezifiziert.

Nach Auffassung des Sozialreferats ist – wie auch in vielen Fachveröffentlichungen[6] immer wieder betont wird – jedoch gerade die Kommune der Ort, an dem die Bürgerinnen und Bürger Beratung zu allen Themen des Alters, der Hilfe und Pflege nachfragen.
In der Kommune muss daher eine bedarfsgerechte Altenhilfe- und Pflegeinfrastruktur im Zusammenwirken mit allen Beteiligten (u.a. Verbände der Wohlfahrtspflege, private Pflegeanbieterinnen und -anbieter) geplant, aufgebaut und kontinuierlich weiterentwickelt werden. Hierbei ist es wichtig, dass die Kommune im Rahmen der gesetzlichen Möglichkeiten alle Instrumente zur Unterstützung des Pflegemarkts ergreift. Der Markt allein wird es nach Einschätzung des Sozialreferats nicht bewerkstelligen, dass qualitativ und quantitativ bedarfsgerechte Angebote vor Ort entstehen.

6 u.a. : Bertelsmann Stiftung (2015). Kommunale Gestaltungsmöglichkeiten bedürfnisorientierter Altenpflegestrukturen. Fachveröffentlichung anlässlich der Veranstaltung „Pflege kommunal gestalten“ am 27.April.2015 in Berlin.
Bertelsmann Stiftung, Schnitger, M., Plazek, M., Rothe, H. J. (2016) Pflege kommunal gestalten. Analysen und Konzepte aus dem Programm „LebensWerte Kommune“
Pro Alter (2014). Moderne Altenhilfe-Landschaften. Aufgaben und Herausforderungen für Kommunen., Ausg. 6, Nov./Dez.2014
Pro Alter (2015) Hilfe-Mix vorort, Ausg. 5, Nov./Dez.2015

Dies wird u.a. am nahezu vollständigen Verschwinden solitärer Kurzzeitpflegeeinrichtungen oder am bundesweit nahezu vollständigen Fehlen von Nachtpflegeplätzen deutlich.

Das Sozialreferat hält eine umfassende Ausschöpfung der wenigen gegenwärtig vorhandenen Steuerungs- und Unterstützungsmöglichkeiten im Pflegemarkt (Grafik 1) angesichts der dargestellten Situation in der pflegerischen Versorgung nach wie vor für dringend notwendig und richtig. Es handelt sich hierbei zwar grundsätzlich entweder um gesetzliche Aufgaben unter Haushaltsvorbehalt (vgl. Art. 74 AGSG, Ausführung der Sozialgesetze) oder um sogenannte „freiwillige" Leistungen im Rahmen der kommunalen Daseinsvorsorge. Diese kommen aber den Pflegebedürftigen in München zugute und die Landeshauptstadt München trägt damit zu einer bedarfsgerechten pflegerischen Infrastruktur bei.
Das Sozialreferat schöpft die Einwirkungsmöglichkeiten auf den Pflegemarkt im Rahmen der derzeitigen gesetzlichen Rahmenbedingungen damit bereits vollständig aus. Mit den in der Grafik 1 dargestellten Instrumenten werden dabei Bedarfslücken aufgezeigt und passende Strategien partizipativ ergriffen.

So wird u.a. auch auf Initiative des Sozialreferats zweimal jährlich die (seit 1997 bestehende) Münchner Pflegekonferenz[7] durchgeführt. Dort findet in einem partnerschaftlichen Miteinander ein fachlicher Austausch der Vertreterinnen und Vertreter des Sozialreferats mit

- der freien Wohlfahrtpflege,
- privaten Pflegeanbieterinnen und -anbietern,
- Vertreterinnen und Vertretern der Kassen,
- der Kassenärztlichen Vereinigung Bayern,
- dem Seniorenbeirat,
- dem Behindertenbeirat,
- dem Referat für Gesundheit und Umwelt,
- dem Kreisverwaltungsreferat (FQA),
- der Beschwerdestelle für Probleme in der Altenpflege und
- dem Landratsamt München

zu zentralen Fragen der pflegerischen Versorgung statt.

Das Sozialreferat greift in diesem Gremium insbesondere auch strittige Themen (zuletzt z.B. zur Umsetzung der neuen baulichen Vorgaben des Bayerischen Staatsministeriums für Gesundheit und Pflege vom Dezember 2015) auf und sieht sich im Rahmen der kommunalen Daseinsvorsorge der (älteren und) pflegebedürftigen Münchnerinnen und Münchner aufgerufen, im engen Zusammenwirken mit allen o.g. Beteiligten Einfluss zu nehmen. So kann die

7 https://www.muenchen.de/rathaus/Stadtverwaltung/Sozialreferat/Sozialamt/fachinformationen-pflege/pflegekonferenz.html

Münchner Pflegekonferenz Anliegen und Anfragen formulieren, die das Sozialreferat z.B. an das zuständige Ministerium auf Landesebene oder an den Bayerischen oder den Deutschen Städtetag weiterleitet. Auf diese Weise trägt das Sozialreferat mit allen Beteiligten zu einer zukunftsorientierten und bedarfsgerechten Teilhabe, Pflege und Versorgung der pflegebedürftigen Münchnerinnen und Münchner bei. Dieses Gremium mit seiner langen Tradition muss auf jeden Fall erhalten bleiben.
Ein sog. „regionaler Pflegeausschuss“, wie er im o.g. Entwurf des PSG III vorgeschlagen wurde, kann daher die langjährig bestehende, fachlich kompetente, und kooperativ geführte Münchner Pflegekonferenz des Sozialreferats nicht ersetzen.

2. Ergebnisse der Bedarfsermittlung zur pflegerischen Versorgung

Voraussetzung für die Sicherstellung einer bedarfsgerechten pflegerischen Infrastruktur ist eine solide Pflegebedarfsermittlung bzw. Pflegestrukturplanung. Schon im Juni 2015 forderte der Deutsche Städtetag: „Voraussetzung für eine kommunale Pflegestrukturplanung ist die Beobachtung, Analyse und Bewertung der demografischen Entwicklungen sowie des lokalen Pflegemarkts anhand von geeigneten Kennzahlen.“[8]

Grundsätzlich erstellt das Sozialreferat etwa alle fünf bis sechs Jahre Bedarfsplanungen bzw. -ermittlungen zur pflegerischen Versorgung (vgl. Anhang 1) und erarbeitet seit 2011 jährlich den genannten Marktbericht zur pflegerischen Versorgung (vgl. Ziffer 4 und Anhang 2), der auch diesmal wieder die Ergebnisse der diesjährigen Datenerhebung bei allen Münchner teil- und vollstationären Pflegeeinrichtungen darlegt.

Die vorliegende Pflegebedarfsermittlung (Anhang 1) liefert

- die aktuellen und prognostischen Daten zu (älteren) Menschen und Pflegebedürftigen in der Landeshauptstadt München und
- eine Übersicht über die derzeitigen Pflege- und Versorgungsangebote in der Landeshauptstadt München und die künftigen Bedarfe im ambulanten, teilstationären, vollstationären Pflegebereich, sowie im Bereich der innovativen Pflege- und Versorgungsformen.

Um das Versorgungssegment der ambulanten Pflege genauer zu analysieren, hat das Sozialreferat im Jahr 2015 eine eigene Erhebung bei ambulanten Pflegediensten mit Geschäftssitz in München durchgeführt. Die Ergebnisse dieser Erhebung sind Bestandteil der vorliegenden Pflegebedarfsermittlung.

8 Positionspapier Deutscher Städtetag „Für eine echte Stärkung der Rolle der Kommunen in der Pflege!“, 10.06.2015, S. 5

2.1 Rahmenbedingungen für die Prognosen

Das in der vorliegenden Bedarfsermittlung zur pflegerischen Versorgung in der Landeshauptstadt München verwendete Berechnungsverfahren ist inzwischen in den meisten deutschen Großstädten üblich und bewährt[9]. Es bietet daher auch eine gute Grundlage für interkommunale Vergleiche. Des Weiteren können durch dieses Verfahren die Bedarfsaussagen für die einzelnen Planungsregionen innerhalb der Landeshauptstadt München berechnet werden. Die Ergebnisse werden in entsprechenden „Regionaltabellen“ auf der Ebene der Sozialregionen dargestellt, um eine grobe Einschätzung für unterschiedliche regionale Bedarfsentwicklungen in der Stadt zu ermöglichen (vgl. Anhang 1, Bedarfsermittlung zur pflegerischen Versorgung, Kap.3).

Entsprechend der fachlichen Erfahrungen – auch aus anderen deutschen Großstädten – bilden folgende Daten die Basis für diese Pflegebedarfsermittlung:

- die aktuellen Bevölkerungsdaten des Statistischen Amts der Landeshauptstadt München (ZIMAS)[10],
- die prognostischen Bevölkerungsdaten des Referats für Stadtplanung und Bauordnung (PLAN) aus dem Demografiebericht München – Teil 1, Analyse und Bevölkerungsprognose 2013 bis 2030[11],
- die Anzahl der Leistungsempfängerinnen und -empfänger mit Leistungen aus der Pflegeversicherung nach der aktuellsten amtlichen Pflegestatistik zum Stichtag 15.12.2013, die 2015 veröffentlicht wurde und
- die Ergebnisse einer Sonderauswertung des Bayerischen Landesamts für Statistik und Datenverarbeitung.

Einige demografische Faktoren wirken sich in der Landeshauptstadt München verstärkend auf den Anstieg der Anzahl der Bürgerinnen und Bürger mit Pflegebedarfen[12] aus und müssen daher ergänzend berücksichtigt werden:

- der Anstieg der Zahl der Hochaltrigen[13] (d.h. der ab 80-Jährigen), hierbei v.a. der Anstieg der Hochaltrigen ohne deutsche Staatsbürgerschaft[14]
- der Anstieg der Anzahl der allein lebenden Hochaltrigen. Derzeit leben rund 31.000 Personen im Alter von 80 und mehr Jahren in München in Einpersonenhaushalten[15]. In der Folge der zunehmenden Singularisierung

9 vgl. u.a. Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz, Freie und Hansestadt Hamburg, Amt für Gesundheit, „Pflegerische Versorgungsstruktur, Rahmenplanung bis 2020“, Stand: Dezember 2015.
Stadt Dortmund, Sozialamt, „Bedarfsplanung für vollstationäre Pflegeeinrichtungen in Dortmund, 2015 bis 2017“, Stand: 2/2015.

10 Demografiebericht der Landeshauptstadt München: http://www.muenchen.de/rathaus/dms/Home/Stadtverwaltung/Referat-fuer-Stadtplanung-und-Bauordnung/stadtentwicklung/grundlagen/DemoBevProg2013bis2030.pdf und
LH München, Statistisches Amt, ZIMAS, Hauptwohnsitzbevölkerung, spezifische Altersgruppen, Dezember 2015

11 Demografiebericht der Landeshauptstadt München: http://www.muenchen.de/rathaus/dms/Home/Stadtverwaltung/Referat-fuer-Stadtplanung-und-Bauordnung/stadtentwicklung/grundlagen/DemoBevProg2013bis2030.pdf und
LH München, Statistisches Amt, ZIMAS, Hauptwohnsitzbevölkerung, spezifische Altersgruppen, Dezember 2015

12 Amtl. Pflegestatistik: 15.12.2013: 25.194 Leistungsempfängerinnen/-empfänger SGB XI, Berechnung S-I-LP für 2025: 31.400

13 2013: rund 63.000, Dezember 2015: rund 67.000, 2030: ca. 94.000

14 2013: rund 4.000, Dezember 2015: rund 5.500, 2030: ca. 16.000

15 Statistisches Amt LH München, ZIMAS, Dezember 2015, Haushaltsstatistik: Einpersonenhaushalte der 80-Jährigen u. Älteren

ist auch künftig mit einem Anstieg zu rechnen.
- der Anstieg der Anzahl der (älteren) Menschen mit psychischen Erkrankungen bzw. Störungen, hierbei v.a. der Anstieg der Anzahl der Menschen mit Demenzerkrankungen[16].

Obwohl Hochaltrige (d.h. ab 80-Jährige) nicht generell von Einschränkungen betroffen sind, kommt es etwa ab dem 80. Lebensjahr zu einem deutlich verstärkten Hilfe- und Pflegebedarf. Mehr als jede dritte Person, die in diesem Alter in einem Privathaushalt lebt, braucht Unterstützungsleistungen.[17]

Die Ermittlung eines künftigen, voraussichtlich eintretenden Pflege- bzw. Versorgungsbedarfs für die Landeshauptstadt München ist jedoch mit vielen Unwägbarkeiten und somit entsprechenden Ungenauigkeiten verknüpft. Einflussfaktoren, wie z.B.:

- die Annahme einer verbesserten Gesundheitssituation älterer Menschen und damit eine noch stärkere Verschiebung des Pflegebedürftigkeitsrisikos in die Phase der Hochaltrigkeit [18]
- die mögliche höhere Inanspruchnahme von Diensten und Einrichtungen, u.a. auch durch geänderte gesetzliche Voraussetzungen (z.B. durch die Einführung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs),
- die weiteren Entscheidungen des Bayerischen Staatsministeriums für Gesundheit und Pflege und deren Ausführung durch die Münchner FQA zu den Anforderungen an die vollstationären Pflegeeinrichtungen sowie
- die daraus resultierende Reaktion des Pflegemarktes wie z.B. Trägerentscheidungen u.a. bzgl. der Neuschaffung, der Reduzierung oder des Fortbestands von Diensten und Einrichtungen

können für die Zukunft nicht in Gänze vorausgesagt werden, haben allerdings sehr wohl Einfluss auf die Entwicklung des Pflegebedarfs und der Angebotsstruktur. Zudem muss der gravierende Personal- und Fachkräftemangel bei Pflegenden in diesem Zusammenhang unbedingt mit in den Blick genommen werden. Bis zum Jahr 2030 werden unter Status-quo-Bedingungen laut „Bertelsmann Pflegereport“[19] im Jahr 2030 ca. 4.240 Vollzeitkräfte in der Pflege in der Landeshauptstadt

16 Auf der Basis einer altersgruppen- und geschlechtsspezifischen Hochrechnung und unter Annahme gleichbleibender Prävalenzraten ist in München von einem Anstieg der Anzahl der ab 65-jährigen Menschen mit Demenzerkrankungen von ca. 23.400 (rund 7.800 Männer und rund 15.600 Frauen) im Jahr 2015 auf etwa 29.600 Betroffene (rund 10.600 Männer und rund 19.000 Frauen) im Jahr 2030 auszugehen. Das entspricht einer relativen Zunahme von 26,5 % (von 2015 bis 2030). Demografiebericht der Landeshauptstadt München: http://www.muenchen.de/rathaus/dms/Home/Stadtverwaltung/Referat-fuer-Stadtplanung-und-Bauordnung/stadtentwicklung/grundlagen/DemoBevProg2013bis2030.pdf und Statistisches Amt, ZIMAS, Hauptwohnsitzbevölkerung, spezifische Altersgruppen, Dezember 2015, Prävalenzgruppen nach Geschlecht und Altersgruppen getrennt berechnet, eigene Berechnungen Sozialreferat, Amt für Soziale Sicherungen, S-I-LP

17 u.a.: Wurm, S.,Saß, A.-C. (2014) Gesundheit im Alter. Pro Alter, 46 (1) 12-15, Schneekloth, U., Wahl, H.-W. (2005), MUG III

18 Nach der Kompressionsthese nimmt die Morbidität bei steigender Lebenserwartung ab. Die Zeitspanne zwischen dem Alter beim erstmaligen Ausbruch chronisch-irreversibler Erkrankung und dem späteren Sterbezeitpunkt wird kleiner. Primärprävention begründet das Hinauszögern des Ausbruchs chronischer Morbidität und damit die Kompression. Siehe hierzu u.a.: Niehaus, F. (2006) Altern und steigende Lebenserwartung.

19 Bertelsmann Pflegereport 2030, https://www.bertelsmann-stiftung.de/de/unsere-projekte/pflege-vor-ort/projektthemen/pflegereport-2030 (abgerufen am 04.07.2016)

München und weitere 2.460 im Landkreis München fehlen. Im Rahmen der kommunalen Möglichkeiten wird sich die Landeshauptstadt München hier selbstverständlich weiterhin für Verbesserungen der Rahmenbedingungen u.a. mittels Projekten (z.B. „Qualitätsoffensive stationäre Altenpflege der Landeshauptstadt München“) einsetzen. Inwieweit die Neuausrichtung der Pflegeausbildung (im Zuge des geplanten „Pflegeberufegesetzes“) Auswirkungen auf die Entwicklung der künftigen Fachkräftezahlen haben wird, ist derzeit noch nicht absehbar.

2.2 Aktuelle und prognostische Daten zu Pflegebedürftigen

Die Basis für die Ermittlung der Anzahl pflegebedürftiger Menschen in München bildet die amtliche Pflegestatistik. Diese Statistik wird aufgrund gesetzlicher Vorschriften nur alle zwei Jahre durch das Statistische Bundesamt und die jeweiligen Statistischen Landesämter erhoben und jeweils ca. ein Kalenderjahr nach Erhebung veröffentlicht. Die Einrichtungen, Träger und Versicherungsträger sind gesetzlich zur Auskunft verpflichtet.
Die aktuellste Fassung des Bayerischen Landesamtes für Statistik und Datenverarbeitung wurde im Dezember 2013 erhoben und Anfang 2015 veröffentlicht. Aktuellere Daten liegen erst wieder Anfang 2017 vor.

Tabelle 1: Empfängerinnen und Empfänger von Leistungen der Pflegeversicherung in der Landeshauptstadt München

	Pflegebedürftige in München			
Art der Leistung	**2007**	**2009**	**2011**	**2013**
private häusliche Pflege (Pflegegeld)	11.179	10.863	11.299	11.317
ambulante Pflege (= Sachleistung)	7.492	7.591	7.622	7.448
vollstationäre Pflege	5.950	6.159	6.207	6.429
Gesamt	**24.621**	**24.613**	**25.128**	**25.194**

Zum Stichtag 15. Dezember 2013 lag die Zahl der Pflegeleistungsempfängerinnen und -empfänger in der Landeshauptstadt München bei 25.194 Personen und damit seit 2007 auf weitgehend gleichbleibendem Niveau.
Das Sozialreferat erklärt sich diese Stagnation durch die folgenden Faktoren:

- Präventive Angebote werden erfolgreich angenommen.
- Pflegebedürftigkeit tritt zunehmend später und damit oft erst bei Hochaltrigen (d.h. bei den ab 80-Jährigen) ein.
- Wanderungsbewegungen: nach Berechnungen des Gesamtverbandes der Bayerischen Versicherungswirtschaft e.V. hat die Landeshauptstadt München im Jahr 2014 im Saldo rund 2.000 ab 65-jährige Einwohnerinnen

und Einwohner „verloren“ (Zu- und Wegzüge berücksichtigt). Hierbei kann vermutet werden, dass es sich z.T. auch um ältere Menschen handelt, die sich das Leben in München nicht (mehr) leisten können, insbesondere wenn sie hilfe- oder pflegebedürftig sind.

- Die beständigen kommunalen Investitionen der Landeshauptstadt München in die präventive und pflegerische Infrastruktur zahlen sich aus. Münchnerinnen und Münchnern wird ermöglicht, länger ohne pflegerische Versorgung auszukommen, da beispielsweise viele Hilfen bereits im Vorfeld von Pflegebedürftigkeit greifen.

Die Anzahl der alleine durch Angehörige versorgten Personen (= Bezieherinnen und Bezieher von Pflegegeld) und die Anzahl der Personen, die durch ambulante Pflegedienste versorgt werden, liegt im Zeitraum 2007 bis 2013 auf etwa gleichbleibendem Niveau. Die Anzahl der Leistungsempfängerinnen und -empfänger der vollstationären Pflege nimmt in diesem Zeitraum gegen den bundesweiten Trend nur leicht zu.

Für die eigenen Hochrechnungen der künftigen Zahl der Pflegebedürftigen in München für das Jahr 2025 wurde eine Sonderauswertung des Bayerischen Landesamts für Statistik und Datenverarbeitung für das Jahr 2013 und eine Sonderauswertung der aktuellen Bevölkerungsprognose des Referats für Stadtplanung und Bauordnung für den Zeitraum 2013-2025 nach Altersgruppen und Stadtbezirken angefordert.[20] Auf dieser Datengrundlage sind über die Berechnung der Anteile pflegebedürftiger Personen an der Münchner Gesamtbevölkerung im Jahr 2013 und die Anwendung dieser Quoten auf die Bevölkerungsprognose 2025 prognostische Aussagen möglich. Bis zum Jahr 2025 ist aufgrund dieser Berechnungen mit einem Anstieg der Anzahl der Leistungsempfängerinnen und -empfänger von Leistungen aus der Pflegeversicherung auf ca. 31.400 Personen zu rechnen (Tabelle 2). Das bedeutet eine Zunahme der Anzahl pflegebedürftiger Bürgerinnen und Bürger um etwa 6.200 Personen. Davon wird die Zahl der Leistungsempfängerinnen und -empfänger vollstationärer Pflege um ca. 1.600 auf 8.000 Personen im Jahr 2025 ansteigen. Gleichzeitig bedeutet dies auch, dass rund 4.600 Personen mehr als bisher eine ambulante Versorgung benötigen.
Dass im Unterschied zur bisherigen Entwicklung (2007 bis 2013) mit einer Zunahme der Anzahl der Pflegebedürftigen in München bis 2025 gerechnet werden muss, liegt vor allem an der stark wachsenden Zahl der künftigen Hochaltrigen, die ein besonders hohes Pflegebedürftigkeitsrisiko tragen.

20 a.a.O.

Tabelle 2: Prognose zur Entwicklung der pflegerischen Versorgung bis 2025[21]

	Empfängerinnen und Empfänger von Leistungen aus der Pflegeversicherung	
Art der Leistung	**2013**	**2025**
private häusliche Pflege (Pflegegeld)	11.317	ca.14.100
ambulante Pflege (= Sachleistung)	7.448	ca. 9.300
vollstationäre Pflege	6.429	ca. 8.000
Gesamt	**25.194**	**ca. 31.400**

2.3 Strategien des Sozialreferats zur Steuerung der pflegerischen Versorgung

Das Sozialreferat berücksichtigt die im Punkt 3.1 und 3.2 genannten Herausforderungen bei allen Planungen, Konzepterstellungen und -umsetzungen im Zusammenwirken mit den Trägern der Wohlfahrtspflege und weiteren Anbieterinnen und Anbietern auf dem Pflegemarkt bereits seit längerem (s.a. Grafik 1). Dabei stehen folgende Strategien im Fokus:

2.3.1 Notwendiger Versorgungsmix

Das Sozialreferat entspricht, wo es möglich ist, den Wünschen der meisten älteren Menschen, auch bei Hilfe- und/oder Pflegebedarf in ihrer eigenen Häuslichkeit zu verbleiben. Die Landeshauptstadt München setzt damit den Grundsatz „ambulant vor teilstationär vor vollstationär“ konsequent um.

Hierzu gehört auch, das Hilfe- und Pflegepotenzial pflegender Angehöriger und weiterer Bezugspersonen zu unterstützen und diese entsprechend zu beraten und zu begleiten (hierzu z.B. Weiterentwicklung der Angebote im Rahmen des „Gesamtkonzepts Münchner Altenhilfe“).

Da Angehörigenpflege in den nächsten Jahren schon alleine aufgrund gesellschaftlicher Veränderungsprozesse voraussichtlich immer schwieriger leistbar sein wird, benötigt die Landeshauptstadt München zudem weiterhin professionelle ambulante Pflegesettings, teilstationäre Pflegeangebote, quartiersgeöffnete und vernetzte vollstationäre Pflegeeinrichtungen mit modernen Konzepten, die auf die komplexen und spezifischen Bedarfslagen der Bewohnerinnen und Bewohner ausgerichtet sind.[22]

Ziel ist eine ausgewogene Mischung verschiedener Angebotsformen, die pflegebedürftigen Menschen ermöglicht, das für sie passende Angebot in München zu finden.

Der besonderen Herausforderung im häuslichen und ambulanten Bereich der

21 Bayerisches Landesamt für Statistik und Datenverarbeitung, Sonderauswertung, erhalten am 01.03.2016 Anwendung der Zahlen auf die Bevölkerungsprognose des Planungsreferats 2013-2025

22 Siehe hierzu die Anforderungsprofile des Sozialreferats, z.B.:„Städtebauliche Entwicklungsmaßnahme ACKERMANNBOGEN Netzwerk für ältere Menschen“, Anforderungsprofil für die Ausschreibung“, Beschluss des Sozialausschusses vom 11.11.2004 und der Vollversammlung vom 24.11.2004, Sitzungsvorlage Nr. 02-08 / V 05082

pflegerischen Versorgung begegnet das Sozialreferat strategisch mit einer entsprechenden finanziellen Unterstützung dieser Marktsegmente. Die städtische Investitionsförderung für ambulante Pflegedienste trägt dazu bei, dass sich ambulante Pflegedienste am Markt halten können oder neu etablieren. Zugleich vergünstigen die Investitionsförderung sowie die „Pflegeergänzenden Leistungen“ die Pflegepreise und erleichtern damit die Inanspruchnahme professioneller Pflege. Die Förderung von Fortbildungen und Schulungen der beruflich Pflegenden entlastet die Dienste finanziell und unterstützt die Qualifizierung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Die Anschubfinanzierung für innovative Versorgungsangebote ermöglicht die Vielfalt des Angebots und sorgt für Alternativen zu vollstationären Pflegeeinrichtungen.

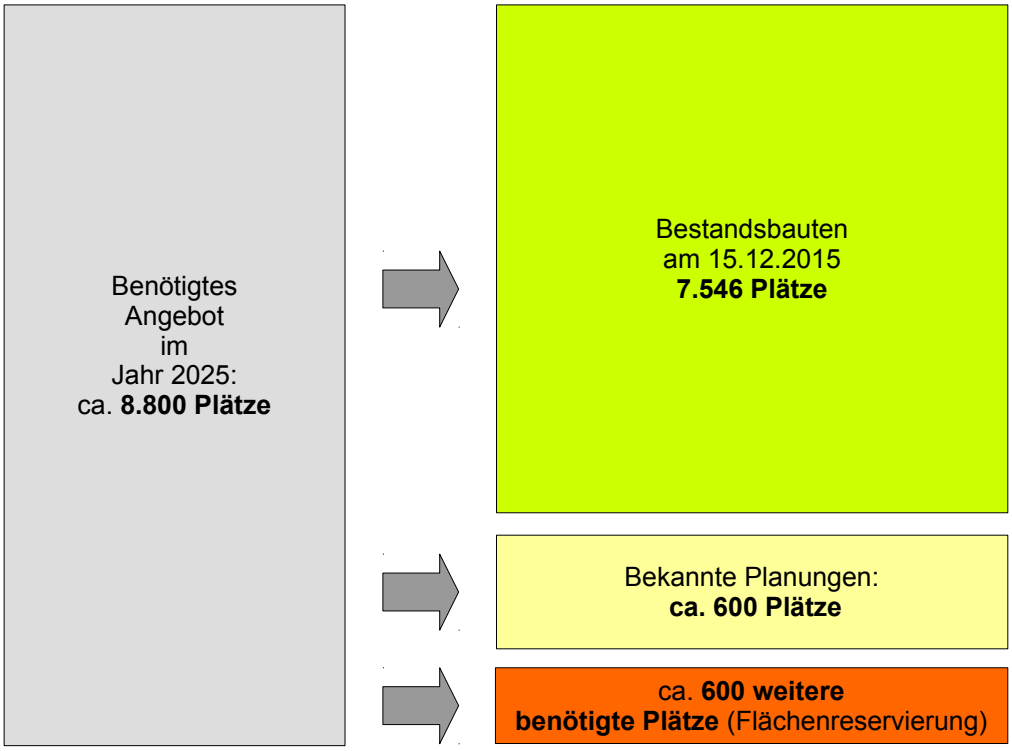
2.3.2 Kontinuierliche Pflegebedarfsermittlungen

Insbesondere vor dem Hintergrund des steigenden ambulanten Bedarfs (s.a. 2.2) müssen die Entwicklungen in der ambulanten Pflege im Rahmen einer kontinuierlichen Marktbeobachtung des Sozialreferats beobachtet und analysiert (siehe hierzu z.B. Ergebnisse einer Erhebung bei Münchner ambulanten Pflegediensten im Anhang 1 dieses Beschlusses) und durch qualitätsfördernde Programme und Investitionsförderung nach dem AGSG gestärkt werden.
Das Sozialreferat übernimmt auch künftig die Aufgabe, die Entwicklungen insbesondere auch auf dem teil- und vollstationären Pflegemarkt sowie der Kurzzeitpflege (u.a. Entwicklungen bei den Platzzahlen) engmaschig im jährlichen Marktbericht Pflege des Sozialreferats (siehe Anhang 2 des Beschlusses) zu erfassen und dann u.a. durch Flächenreservierungen, Investitionsförderungen oder durch qualitätsfördernde Programme zu unterstützen, um auf die entsprechenden Herausforderungen im Rahmen der kommunalen Möglichkeiten reagieren zu können.
Darüber hinaus begegnet das Sozialreferat besonderen fachlichen Herausforderungen (z.B. Pflegebedürftige in der Sterbephase, Menschen mit Intensiv-Pflegebedarf, Pflegebedürftige mit Migrationshintergrund - siehe hierzu Pflegebedarfsermittlung, Anhang 1) im Zusammenwirken mit den Trägern durch entsprechende spezifische Programme und Angebote, die laufend fortentwickelt werden.

Wie bereits beschrieben, geht das Sozialreferat derzeit davon aus, dass die Anzahl der pflegebedürftigen Münchnerinnen und Münchner, die auf eine vollstationäre Versorgung angewiesen sind, im Jahr 2025 auf etwa 8.000 Personen ansteigen wird. Vor dem Hintergrund nötiger Platzreserven, bekannter Belegungsquoten und weiterer zu erwartender Schwankungen empfiehlt das Sozialreferat für diese Zielgruppe bis zum Jahr 2025 ein Platzangebot von 8.800 vollstationären Pflegeplätzen aufzubauen.

Bei den im „Sechsten Marktbericht Pflege“ (Anhang 2) erhobenen 7.546 Plätzen in diesem Segment (ohne Kurzzeitpflege) und dem Sozialreferat bereits bekannten Planungen zu neu entstehenden ca. 600 Plätzen, verbleibt eine Versorgungslücke von ca. 600 weiteren Plätzen in der vollstationären Pflege. Daher wird empfohlen, diese Lücke zu schließen, indem vier weitere städtische Grundstücke zu diesem Zweck reserviert und entsprechend vergeben werden. Mit der Reservierung von vier Flächen kann einerseits eine zeitgemäße Größe der entstehenden Häuser (jeweils ca. 130 Pflegeplätze) gewährleistet werden. Andererseits besteht so – selbstverständlich in Abhängigkeit verfügbarer Grundstücke – die Möglichkeit, in den vier in 2025 voraussichtlich stark unterversorgten Sozialregionen (vgl. Anhang 2) ein entsprechendes Angebot zu schaffen.

Grafik 2: Bedarfsprognose vollstationäre Pflegeplätze 2025 und Strategie



2.3.3 Strategien zur Sicherung von Pflegepersonal

Eine sehr wichtige Aufgabe sieht das Sozialreferat darin, dem aktuellen und künftigen Mangel an beruflich Pflegenden (insbesondere Pflegefachkräftemangel) zu begegnen.

Auch wenn die Einflussmöglichkeiten der Landeshauptstadt München auf den Pflegemarkt begrenzt sind, muss weiterhin dringend für eine Verbesserung der Bezahlung der beruflich Pflegenden, eine Verbesserung der Personalausstattung

in der Pflege, eine Verbesserung der Qualifikation der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, für geeignete Kinderbetreuung und bezahlbaren Wohnraum für beruflich Pflegende plädiert werden. Das Sozialreferat hat auf die Entgelte in diesem Feld allerdings keinen Einfluss.

Das Sozialreferat fördert seit Jahren eine Reihe unterstützender Maßnahmen, um beruflich Pflegende zu binden. Die hier im Folgenden aufgeführten Maßnahmen wirken ineinander, um soweit wie möglich die Rahmenbedingungen für die beruflich Pflegenden zu verbessern[23]:

- Im ambulanten Pflegebereich sind zusätzliche Leistungen begrenzt abrechenbar („Pflegeergänzende Leistungen, PEL“), die ansonsten nicht oder ohne Vergütung erbracht würden, da sie über andere Kostenträger nicht abrechenbar sind.
- In allen Einrichtungen der Langzeitpflege werden darüber hinaus Fort- und Weiterbildungen sowie Supervisionen gefördert.
- Im vollstationären Pflegebereich bestehen die Programme „Pflegeüberleitung“ und „Heiminterne Tagesbetreuung“, die für eine Entlastung der beruflich Pflegenden sorgen und damit zu besseren Arbeitsbedingungen beitragen.
- Innovative Versorgungsformen (die durch das Sozialreferat mit einer Anschubfinanzierung unterstützt werden) stellen zudem eine Möglichkeit für beruflich Pflegende dar, in einem neuen und anders konzipierten Angebot Berufserfahrung einzubringen.
- Darüber hinaus werden städtische Grundstücke mit innovativen Konzepten des Pflegeheimbaus (Hausgemeinschaftsmodell, zeitgemäßer Umgang mit den Themen Demenz, Sterben, Öffnung ins Quartier) ausgeschrieben. Durch die Umsetzung solcher zeitgemäßer Konzepte, werden auch die Arbeitsbedingungen für Pflegende verbessert und ihnen entsprechende Wahlmöglichkeiten eröffnet.
- Die Umsetzung von aktuellen Modellprojekten, die dazu beitragen, die Rahmenbedingungen für den Pflegeberuf attraktiv und zukunftsfähig zu gestalten. Hier sind zu benennen: „Interkulturelle Öffnung der Langzeitpflege“, „Öffnung der vollstationärer Altenpflege für gleichgeschlechtliche Lebensweisen“ sowie die „Qualitätsoffensive stationäre Altenpflege“ mit dem Fokus auf der Erprobung von „Grade- und Skillmix unter Einbezug dual qualifizierter Pflegender“.
- Die auf eigene Initiative fortgeführte Förderung der Investitionskosten der Landeshauptstadt München für ambulante, teil- und vollstationäre Pflegeeinrichtungen sowie Einrichtungen der Kurzzeitpflege. Sie trägt wie

23 Download vom 01.07.2014:
http://www.muenchen.de/rathaus/Stadtverwaltung/Sozialreferat/Sozialamt/fachinformationen-pflege

die Anschubfinanzierung für innovative Versorgungsformen ebenfalls dazu bei, die Rahmenbedingungen der Dienstleisterinnen und Dienstleister zu verbessern und die Vielfalt der Angebote auch für beruflich Pflegende zu erhalten.

- Das „Forum Altenpflege“ des Sozialreferats bietet schließlich die Möglichkeit, aktuelle Themen zu diskutieren und untereinander auf Expertenebene in persönlichen Kontakt zu treten. Entsprechende Foren widmeten sich bereits z.B. dem Personalmanagement (www.muenchen.de/forum-altenpflege)[24].

Für weitere Maßnahmen, wie die Verbesserung der Personalschlüssel oder der Vergütungen für beruflich Pflegende sind die Kostenträger bzw. die Politik auf Bundesebene verantwortlich. Soweit als möglich nimmt die Landeshauptstadt München hier Einfluss über entsprechende Stellungnahmen an den Bayerischen und Deutschen Städtetag sowie den Deutschen Verein für öffentliche und private Fürsorge.
Unabdingbar ist es jedoch auch, das Ansehen der Pflegeberufe in der Öffentlichkeit zu verbessern. Hier ist eine sachliche Berichterstattung in den Medien unverzichtbar. Die Wirkung von Werbekampagnen und Imagekampagnen ist begrenzt, zumal viele Arbeitgeber und Berufe um Schulabgängerinnen und Schulabgänger konkurrieren.

3. Empfehlung Nr. 14-20 / E 01109 der Bürgerversammlung des 11. Stadtbezirkes – Milbertshofen-Am Hart

Die Bürgerversammlung des 11. Stadtbezirkes – Milbertshofen-Am Hart beschloss am 21.07.2016 den Antrag zum Bau einer Wohn- und Pflegeeinrichtung (stationär und ambulant) für Seniorinnen und Senioren. Begründet wurde der Antrag damit, dass in einer älter werdenden Gesellschaft eine entsprechende Einrichtung zwingend notwendig sei, zudem sollen die Menschen in Milbertshofen-Am Hart durch eine derartige Einrichtung die Möglichkeit erhalten, in ihrem Stadtteil bleiben zu können. Zu berücksichtigen seien zudem die bereits heute massiv fehlenden Pflegeplätze.

Nach Ansicht des Sozialreferats ist es grundsätzlich richtig, den Bau einer entsprechenden Einrichtung für pflegebedürftige Menschen im Stadtbezirk 11 – Milbertshofen-Am Hart anzustreben. In der mit dieser Vorlage vorgelegten Pflegebedarfsermittlung wird gerade für den Stadtbezirk 11 ein aktueller und künftiger Bedarf an entsprechenden Versorgungsstrukturen (im Umfang von 329 Plätzen bis 2025 – vgl. Anhang 1, S. 44) festgestellt. Das Sozialreferat hat sich

24 Download vom 01.07.2014: http://www.muenchen.de/rathaus/dms/Home/Stadtverwaltung/Sozialreferat/sozialamt/forum_altenpflege/2013-03-14_forum-altenpflege/Vortrag_Thiess_Forum_Altenpflege_2013-03-14.pdf

daher bereits in der Vergangenheit im Zusammenwirken mit dem Referat für Stadtplanung und Bauordnung sehr intensiv um die Sicherung geeigneter städtischer Flächen für eine vollstationäre Pflegeeinrichtung im Stadtbezirk 11 bemüht. Bislang stand eine solche Fläche allerdings noch nicht zur Verfügung. Aus diesem Grund wurde zumindest eine Fläche für eine vollstationäre Pflegeeinrichtung in dem - in direkter räumlicher Nähe zum Stadtbezirk 11 gelegenen - Planungsgebiet „Bayernkaserne“ gesichert (zum Planungsstand dieser Maßnahmen: vgl. Anhang 1, S. 51), um für die Versorgungssituation in Milbertshofen-Am Hart für eine erste Entlastung zu sorgen.
Darüber hinaus setzt sich das Sozialreferat mit dieser Vorlage weiterhin dafür ein, dass im Gebiet des Stadtbezirkes 11 zusätzlich noch eine Fläche für eine weitere Einrichtung gesichert wird, um das Angebot weiter zu verbessern.

4. Ergebnisse des sechsten Marktberichts Pflege

Neben der gesetzlichen Verpflichtung zur Vorlage von kommunalen Pflegebedarfsplanungen erfüllt das Sozialreferat auch den Auftrag des Sozialausschusses zur jährlichen Vorlage eines Marktberichts Pflege, um eine kontinuierliche Beobachtung des Pflegemarkts sicherzustellen.
Der diesjährige „Sechste Marktbericht Pflege des Sozialreferats“ (Anhang 2) weist eine Zahl von 7.575 vollstationären Pflegeplätzen (einschließlich solitärer Kurzzeitpflegeplätze) in der Landeshauptstadt München aus. Diese zum Stichtag 15.12.2015 bestehenden 7.575 Plätze waren von 7.133 Personen belegt (dies entspricht einer Auslastung von 94,2 %). So ist die Belegung im Vergleich zu den Vorjahren inzwischen wieder angestiegen. 16,0 % der 7.575 vollstationären Pflegeplätze sind spezialisierte Plätze für Menschen mit Demenzerkrankungen oder anderen psychischen Störungen bzw. Erkrankungen.
In der Landeshauptstadt München liegt der Angebotsschwerpunkt im Bereich der Kurzzeitpflege zudem nach wie vor auf den sog. „eingestreuten“ Kurzzeitpflegeplätzen. 54 der 57 vollstationären Pflegeeinrichtungen bieten diese Art der Versorgung an. Zusätzlich existieren 29 gesonderte (sog. „solitäre“) Kurzzeitpflegeplätze.
Am 15.12.2015 standen im Bereich der teilstationären Pflege (Tages- und Nachtpflege) 13 Tagespflegeeinrichtungen mit 200 Plätzen zur Verfügung. Dieses Angebot war zu 85,5 % ausgelastet. Ergänzend boten die vollstationären Pflegeeinrichtungen 53 eingestreute Tagespflegeplätze an. Nachtpflege mit einem Versorgungsvertrag nach SGB XI wird derzeit in der Landeshauptstadt München noch nicht angeboten. Dies liegt insbesondere daran, dass es bislang nur eine eingeschränkte Nachfrage nach solchen Angeboten gab und daher noch keine entsprechenden Verträge mit den Pflegekassenverbänden abgeschlossen werden konnten. Das Sozialreferat hat für den Neubau der vollstationären Pflegeeinrichtung am Ackermannbogen zwei Nachtpflegeplätze im

Anforderungsprofil zur Grundstücksvergabe vorgesehen, um die Angebotssituation zu verbessern.
Weitere Ergebnisse aus der jährlichen Datenerhebung des Sozialreferats bei den Münchner teil- und vollstationären Pflegeeinrichtungen finden sich im sechsten Marktbericht Pflege des Sozialreferats (Anhang 2).

Darüber hinaus bieten zum Stichtag 01.07.2016 rund 260 ambulante Pflegedienste entsprechende Dienstleistungen in München an. Zusätzlich dazu werden – wie oben bereits kurz ausgeführt – derzeit rund 300 Personen in alternativen Pflege- und Versorgungsformen (insbesondere in ambulant betreuten Wohngemeinschaften) pflegerisch versorgt. Hinzu kommen 139 Projektwohnungen des Projekts „Wohnen im Viertel“ mit dem Angebot eines ambulanten 24-Std-Pflegedienst und eines Wohncafés bzw. Nachbarschaftstreffs an derzeit zwölf Standorten.[25]
Damit bestehen in München derzeit Kapazitäten für rund 440 pflegebedürftige Menschen in innovativen pflegerischen Versorgungsformen, die auch bei erheblicher Pflegebedürftigkeit dazu beitragen können, eine Versorgung in vollstationären Pflegeeinrichtungen zu verzögern oder ggf. komplett zu vermeiden.

5. Fazit

Das Sozialreferat bewertet die Entwicklung des Angebots pflegerischer Versorgung in München grundsätzlich positiv, sieht jedoch weiterhin große Herausforderungen im Bereich der qualitativen Versorgung der Menschen mit Pflegebedarf und empfiehlt daher die konsequente Fortsetzung der bisherigen Maßnahmen zur Verbesserung der Pflegequalität und zur flankierenden Unterstützung des Pflegemarktes in der Landeshauptstadt München. Darüber hinaus müssen weitere Anstrengungen unternommen werden, um auch künftig genügend Versorgungskapazitäten in München zur Verfügung zu haben.

Das Sozialreferat setzt sich auch weiterhin dafür ein, dem Wunsch der meisten Menschen nach einer häuslichen Versorgung auch bei Hilfe- und Pflegebedarf zu entsprechen.
Für die Bedarfslagen, in denen eine private häusliche Pflege und Versorgung nicht (mehr) möglich ist, sollten jedoch immer auch geeignete Angebote in entsprechenden Pflege- und Versorgungsformen bzw. zeitgemäßen vollstationären Pflegeeinrichtungen in ausreichendem Umfang zur Verfügung stehen.
Das Sozialreferat ist daher der Auffassung, dass zeitgemäße neue Angebote, die die in der Beschlussvorlage genannten fachlichen Herausforderungen adäquat aufgreifen, nicht nur deshalb entstehen sollten, weil der Bedarf prognostisch weiter zunehmen wird (vgl. Anhang 1, Teil A). Das Sozialreferat geht vielmehr auch davon aus, dass sich die Nachfrage weiter kontinuierlich verändern und Antworten auf die

25 „Projekt „Wohnen im Viertel“. Informationen über rechtliche Grundlagen und Lösungsmöglichkeiten.“ Beschluss des Sozialausschusses vom 07.07.2016, Sitzungsvorlage Nr. 14-20 / V 06542

konzeptionellen Herausforderungen für die Anbieterinnen und Anbieter von Pflegeleistungen weiter an strategischer Bedeutung gewinnen werden.

Die ermittelte prognostische Versorgungslücke im Bereich der vollstationären pflegerischen Versorgung von ca. 600 Plätzen sollte nach Ansicht des Sozialreferats durch die Reservierung und Vergabe von vier zusätzlichen geeigneten kommunalen Grundstücken geschlossen werden. Auf der Basis der regionalen Berechnungen der künftigen Anzahl pflegebedürftiger Menschen (vgl. Anhang 1) sieht das Sozialreferat den höchsten Bedarf in den Regionen Milbertshofen – Am Hart, Feldmoching – Hasenbergl, Berg am Laim – Trudering – Riem und in Laim – Schwanthalerhöhe. Die Reservierung und Vergabe der o.g. Flächen sollte daher – soweit möglich – vorrangig in diesen Regionen umgesetzt werden.
Darüber hinaus empfiehlt das Sozialreferat die Fortsetzung der Unterstützung von innovativen Versorgungsformen (insbesondere Pflege-Wohngemeinschaften) um den pflegebedürftigen Menschen in München passgenau möglichst viele differenzierte Angebote zur Auswahl anbieten zu können.

Das Sozialreferat ergreift daher alle kommunalen Einwirkungsmöglichkeiten, um zugunsten der pflegebedürftigen Bürgerinnen und Bürger in München auf die pflegerische Versorgung im Rahmen der derzeitigen gesetzlichen Rahmenbedingungen einwirken zu können. Einflussmöglichkeiten bestehen neben den o.g. Flächenreservierungen und der Anschubfinanzierung innovativer Versorgungsformen vorrangig durch die Förderung der Pflegequalität im Rahmen eigener kommunaler Zuschuss-Programme und Modellprojekte. Ganz entscheidend ist die künftige Qualität neuer Angebote, da positive Entwicklungen neuer Angebote dem Markt entsprechend neue Impulse geben können. Dem Sozialreferat ist bewusst, dass kommunale Flächen und Haushaltsmittel nur begrenzt verfügbar sind, es hält aber eine entsprechende Verwendung angesichts der Herausforderungen im Bereich der pflegerischen Versorgung in der Stadt München für unerlässlich. Das Sozialreferat steht bei der Erarbeitung der Planungen und Konzepte in einem regelmäßigen Austausch mit Vertreterinnen und Vertretern tangierter Dienststellen der Landeshauptstadt München, den Trägern der ambulanten, teil- und vollstationären Pflegeeinrichtungen sowie Einrichtungen der Kurzzeitpflege, und weiteren wichtigen Partnerinnen und Partnern (z.B. mit dem Seniorenbeirat).

Das Sozialreferat liefert mit dem vorliegenden Beschluss und den Anhängen zudem wichtige Daten für das Infrastrukturprogramm München I (Qualifizierte Infrastrukturuntersuchungen) und Infrastrukturprogramm II (Handlungsprogramm Infrastruktur) des Referats für Stadtplanung und Bauordnung[26], die nach Auffassung des Sozialreferats dort entsprechend Berücksichtigung finden können.

Anhörung des Bezirksausschusses
In dieser Angelegenheit ist die Anhörung des Bezirksausschusses des 11. Stadtbezirkes vorgeschrieben (vgl. BA-Satzung, § 13, Abs. 3).
Das Gremium hat sich in seiner Sitzung am 14.09.2016 mit der Beschlussvorlage befasst und dieser einstimmig zugestimmt.

Abstimmung mit anderen Referaten und Stellen
Die Beschlussvorlage ist mit dem Kreisverwaltungsreferat („Fachstelle Pflege- und Behinderteneinrichtungen, Qualitätsentwicklung und Aufsicht – FQA, ehemals Heimaufsicht“), der Beschwerdestelle für Probleme in der Altenpflege, dem Behindertenbeirat, dem Behindertenbeauftragten, dem Koordinierungsbüro zur Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention, dem Seniorenbeirat, dem Referat für Gesundheit und Umwelt, dem Referat für Stadtplanung und Bauordnung und dem Kommunalreferat abgestimmt.
Darüber hinaus ist die Beschlussvorlage mit dem Bezirk Oberbayern und dem Fachausschuss Alter und Gesundheit der Arbeitsgemeinschaft der freien Wohlfahrtspflege in München abgestimmt.

Die Stellungnahme des Facharbeitskreises Unterstützungsangebote des Behindertenbeirats der Landeshauptstadt München ist der Beschlussvorlage als Anlage 2 beigefügt. Das Sozialreferat bedankt sich für die Stellungnahme und die entsprechenden fachlichen Anmerkungen und teilt hierzu ergänzend Folgendes mit:

Zu 1.
Wie in der Beschlussvorlage beschrieben, ist die fehlende Versorgung mit Nachtpflegeplätzen in München problematisch. Den Vorschlägen des Facharbeitskreises Unterstützungsangebote des Behindertenbeirats kommt das Sozialreferat, soweit möglich, gerne nach: Das Sozialreferat wird das Thema „Nachtpflege“ in die entsprechenden Fachgremien mit den Beratungseinrichtungen einbringen. Zudem ist das Sozialreferat gerne bereit die Problematik gemeinsam mit dem Behindertenbeirat in der Münchner Pflegekonferenz zu thematisieren.

26 „Infrastrukturprogramm München I: Qualifizierte Infrastrukturuntersuchungen, Infrastrukturprogramm München II: Handlungsprogramm Infrastruktur“, Beschluss der Vollversammlung des Stadtrates vom 25.02.2016, Sitzungsvorlage Nr. 14-20 / V 04903, Neufassung vom 17.02.2016

Zu 2.
Das Sozialreferat ist, wie der Behindertenbeirat, der Meinung, dass das „Arbeitgebermodell“ einen wertvollen Beitrag zur Versorgung und Teilhabe von Menschen mit Behinderungen in München leistet und dabei insbesondere eine selbstbestimmte Lebensführung unterstützt. Die darin enthaltenen pflegerischen Anteile sind nach Ansicht des Sozialreferats Teil der häuslichen und ambulanten pflegerischen Versorgungsformen in München, die im Rahmen der Vorlage in Grundzügen dargestellt werden. Eine eigene Auseinandersetzung mit dem „Arbeitgebermodell“ fand nur deshalb nicht statt, um die bereits sehr vielschichtige Vorlage nicht noch weiter auszudifferenzieren. Selbstverständlich ist das Sozialreferat weiterhin der Ansicht, dass das „Arbeitgebermodell“ für die Inklusion von Menschen mit Behinderungen einen wichtigen Ansatz darstellt, der auch weiterhin unterstützt werden wird.

Dem Korreferenten, Herrn Stadtrat Müller, dem Verwaltungsbeirat, Herrn Stadtrat Utz, der Stadtkämmerei, dem Referat für Stadtplanung und Bauordnung, dem Kommunalreferat, dem Kreisverwaltungsreferat (Fachstelle für Pflege- und Behinderteneinrichtungen–Qualitätsentwicklung und Aufsicht, FQA), der Beschwerdestelle für Probleme in der Altenpflege, dem Referat für Gesundheit und Umwelt, der Frauengleichstellungsstelle, dem Sozialreferat/Stelle für interkulturelle Arbeit, dem Behindertenbeirat, dem Behindertenbeauftragten, dem Koordinierungsbüro zur Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention, dem Migrationsbeirat, dem Seniorenbeirat, dem Vorsitzenden, den Fraktionssprecherinnen und Fraktionssprechern, der/dem Kinder- und Jugendbeauftragten des Stadtbezirkes 11 ist ein Abdruck der Sitzungsvorlage zugeleitet worden.

II. Antrag der Referentin

1. Das Referat für Stadtplanung und Bauordnung sowie das Kommunalreferat werden gebeten, das Sozialreferat bei der Standortsuche für die benötigten vollstationären Pflegeeinrichtungen zu unterstützen. Dabei werden sowohl städtische als auch nichtstädtische Grundstücke berücksichtigt. Das Sozialreferat stellt die für die Grundstückssuche erforderlichen konkreten Anforderungen im Rahmen eines Nutzerbedarfsprogramms zur Verfügung. Das Referat für Stadtplanung und Bauordnung wird zudem gebeten, zu gegebener Zeit die für die Realisierung des Projektes erforderlichen bauplanungsrechtlichen Ausweisungen vorzunehmen und die entsprechenden Verfahren einzuleiten.

2. Das Referat für Stadtplanung und Bauordnung sowie das Kommunalreferat werden gebeten, das Sozialreferat bei der Standortsuche und Sicherung für die benötigten Wohnflächen für ambulant betreute Wohngemeinschaften zu unterstützen. Das Sozialreferat stellt die für die Flächensicherung erforderlichen konkreten Anforderungen im Rahmen eines Nutzerbedarfsprogramms zur Verfügung.

3. Das Sozialreferat wird beauftragt, im Rahmen der kommunalen Einflussmöglichkeiten weiterhin alle genannten Unterstützungsmaßnahmen zur Sicherung einer bedarfsgerechten Pflegeinfrastruktur zu ergreifen und hierbei u.a. auch einen Beitrag zur Verbesserung der Situation von beruflich Pflegenden zu leisten.

4. Die Empfehlung Nr. 14-20 / E 01109 der Bürgerversammlung des Stadtbezirkes 11 – Milbertshofen-Am Hart vom 21.07.2016 ist geschäftsordnungsgemäß behandelt.

5. Die Beschlussvorlage unterliegt nicht der Beschlussvollzugskontrolle.

III. Beschluss
nach Antrag

Der Stadtrat der Landeshauptstadt München

Die Vorsitzende — Die Referentin

Christine Strobl
Bürgermeisterin

Dorothee Schiwy
Berufsm. Stadträtin

IV. Abdruck von I. mit III.
über D-II-V/SP
an das Direktorium – Dokumentationsstelle
an die Stadtkämmerei
an das Revisionsamt
z.K.

IV. Wv. Sozialreferat

1. Die Übereinstimmung vorstehenden Abdrucks mit der beglaubigten Zweitschrift wird bestätigt.

2. **An das Direktorium**
An das Sozialreferat, S-III-MI/IK
An das Referat für Gesundheit und Umwelt
An das Referat für Stadtplanung und Bauordnung (PLAN-HA11-2, HAI-21)
An das Kommunalreferat
An das Kreisverwaltungsreferat (Fachstelle für Pflege- und Behinderteneinrichtungen-Qualitätsentwicklung und Aufsicht, FQA – ehemals Heimaufsicht)
An die Beschwerdestelle für Probleme in der Altenpflege
An die Koordinierungsstelle für gleichgeschlechtliche Lebensweisen
An den Seniorenbeirat
An den Behindertenbeirat
An den Behindertenbeauftragten
An den Migrationsbeirat
An die Frauengleichstellungsstelle
An die Koordinierungsstelle zur Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention
An den Vorsitzenden, die Fraktionssprecherinnen und -sprecher, die/den Kinder- und Jugendbeauftragten des 11. Stadtbezirkes
An S-I-LP (10x)
z.K.

Am

I.A.

Bürgerversammlung des 11. Stadtbezirkes am 21. 07. 2016

Bitte Wortmeldezettel vollständig und gut leserlich ausfüllen und umseitige Erläuterungen beachten!

☒ **Antrag** (zur Abstimmung) ☐ **Anfrage** (keine Abstimmung)

Möchten Sie mündlich vortragen? ☒ ja ☒ nein

Persönliche Angaben

Name:	Zukunft Am Hart	Vorname:	Frenzel	Staatsangehörigkeit:	D
Straße, Nr.:	Thalhofers. 7	PLZ,Ort:	80937 M	Telefon: (Angabe freiwillig)	
Unterschrift:					

Sind Sie mit einer Veröffentlichung Ihrer **persönlichen Angaben** auf diesem **Wortmeldezettel** und auf den von Ihnen evtl. beigefügten **Unterlagen** – auch im Internet – einverstanden? ☒ ja ☐ nein

Hinweis: Unabhängig von Ihrem Einverständnis zur Veröffentlichung Ihrer persönlichen Angaben wird der **übrige Inhalt** dieses Wortmeldezettels **einschließlich evtl. beigefügter Unterlagen** im Internet veröffentlicht.

Wohnen Sie im Stadtbezirk? ☒ ja ☐ nein

Haben Sie einen Gewerbebetrieb bzw. eine berufliche Niederlassung im Stadtbezirk? ☐ ja ☒ nein

Diskussionsthemen in Stichworten:

1. Senioreneinrichtung
2.
3.

Text des Antrages / der Anfrage (**Bitte formulieren Sie einen Antrag so, dass er mit "ich stimme zu" oder "ich stimme nicht zu" beantwortet werden kann**):

Antrag: Bau einer Wohn- und Pflegeeinrichtung (stationär und ambulant) für Senioren

Begründung:

In einer älter werdenden Gesellschaft ist die Errichtung eine entsprechenden Einrichtung zwingend notwendig.
Insbesondere unter der Berücksichtigung der schon heute massiv fehlenden Pflegeplätze. Die Menschen sollten die Möglichkeit habe in "ihrem" Stadtteil bleiben zu können. Dies wäre auch für die Angehörigen eine erhebliche Erleichterung.

Raum für Vermerke des Direktoriums - ***Bitte nicht beschriften*** -

☐ ohne Gegenstimme angenommen
☐ mit Mehrheit angenommen
☐ ohne Gegenstimme abgelehnt
☐ mit Mehrheit abgelehnt

Anlage 2

Behinderten Beirat
der Landeshauptstadt München

Landeshauptstadt München, Behindertenbeirat,
FAK Unterstützungsangebote, Burgstr. 4, 80331 München

Sozialreferat,
Amt für Soziale Sicherung
S-I-LP (Planung)

Facharbeitskreis Unterstützungsangebote

Vorsitzende:

Burgunderstr. 5, 80804 München
Telefon:
E-Mail:

Geschäftsstelle:
Burgstr. 4, 80331 München
Telefon: 089 / 233 – 211 79
Telefax: 089 / 233 – 212 66
E-Mail:
behindertenbeirat.soz@muenchen.de

Ihr Schreiben vom	Ihr Zeichen	Datum
		07.09.2016

Stellungnahme zur Beschlussvorlage „Bedarfsermittlung zur pflegerischen Versorgung in der Landeshauptstadt München"
Beschluss des Sozialausschusses am 13.10.2016

Seitens des Facharbeitskreises Unterstützungsangebote im Behindertenbeirat, erachten wir folgende Anmerkungen zur oben genannten Beschlussvorlage für wichtig:

1. **Zu Punkt 2.5.3.** der Beschlussvorlage:
   Der Facharbeitskreis möchte der Problematik Nachdruck verleihen, die auch im Beschlussvorlagentext Erwähnung findet, nämlich dass die in § 28 Absatz 1 Nr. 6 SGB XI und § 41 SGB XI gesetzlich zugesicherte Leistung der sogenannten „Nachtpflege" in der Praxis derzeit so gut wie nicht genutzt werden kann.

   Die Nachtpflege ist als teilstationäre Leistung konzipiert und muss daher in einer Einrichtung erbracht bzw. in Anspruch genommen werden. Hierfür wird von den Pflegekassen ein gesonderter, zusätzlicher monatlicher Geldbetrag zur Verfügung gestellt. Die Nachtpflege soll die Pflegepersonen entlasten und dadurch die Möglichkeit erhalten, dass der pflegebedürftige Mensch ansonsten weitgehend im privaten Rahmen unterstützt und versorgt wird.

   Ähnlich, wie bei der Problematik der „Tagespflege", nur noch radikaler, gibt es aus wirtschaftlichen Gründen kaum Anbieter von Nachtpflege-Plätzen. Nur wenige bis sehr wenige Menschen auf der Nachfrage-Seite (Angehörige, Freunde) kennen die gesetzliche Möglichkeit zur Nachtpflege. Somit bleibt die Nachfrage sehr gering und Einrichtungsträger schaffen, wegen schwer kalkulierbarer Nachfrage und Auslastung, kaum Angebote. Der anonyme „Marktmechanismus" versagt.

   „Ambulant vor teilstationär bzw. teilstationär vor stationär" ist der Grundsatz bei der Gewährung und Erbringung von Leistungen aus diesem Gesetz (§ 3, SGB , Art. 1 SGB XII).

   Diesem Grundsatz widerspricht es, dass § 41 SGB XI die Leistung „Nachtpflege" ausschließlich als teilstationäre Leistung beschreibt und somit der ersten Ausführungsebene, den Pflegekassen, erlaubt entsprechende Leistungsangebote von ambulanten Diensten zur Nachtpflege und deren Finanzierung abzulehnen.

Somit müssen pflegebedürftige Menschen und deren Angehörige quasi auf diese Leistung verzichten, obwohl sie gesetzlich ausdrücklich angeboten wird.

Lediglich folgende Lösungsansätze für diese Problematik sieht der Facharbeitskreis:

a) verstärkte Hinweise auf die gesetzliche Möglichkeit der Nachtpflege in den Pflegeberatungsstellen der Stadt und der freien Träger.
b) Besprechung des Themas in der Münchner Pflegekonferenz

2. **Zu Punkt 2.5.4.** Der der Beschlussvorlage:
Obwohl das Thema Pflege nur ein Teilaspekt der „persönlichen Assistenz" ist, und somit im „Arbeitgebermodell" ebenfalls nur eine Teilleistung darstellt, wird doch, gerade auch in München, ein nicht unerheblicher Teil an „Pflege" in dieser Form organisiert und bereitgestellt. Gleichwohl findet diese Organisationsform der Unterstützung keinerlei Erwähnung im Beschlussvorlagentext, was wir als inhaltlichen Mangel wahrnehmen.

   Auch gerade bezüglich der derzeitigen und auch zukünftigen Vielfalt von möglichen Organisationsformen von (auch pflegerischen) Unterstützungsleistungen, sollte das Arbeitgeber- bzw. Assistenzmodell nicht aus dem Blick geraten.

   Diese Organisationsform der Unterstützung bietet auch einen Lösungsansatz für die, auf Seite 56 in den Absätzen 2 und 4 beschriebene Problematik. Verschiedenste Unterstützungsleistungen aus verschiedensten gesetzlichen Finanzierungsquellen sollen in der täglichen Praxis örtlich und zeitlich flexibel, entsprechend der selbstbestimmten Lebensführung des Menschen mit Behinderungen, erbracht werden. Im Arbeitgeber- bzw. Assistenzmodell ist dies in vielen Fällen langjährige Praxis und möglich.

Für den Facharbeitskreis Unterstützungsangebote

gez. gez.

Arbeitsgemeinschaft der freien Wohlfahrtspflege München
Federführung: Caritas – Geschäftsführung der Caritaszentren München Stadt / Land

Stellungnahme der ARGE freie München zur Sitzungsvorlage Nr. 14-20 / V 06871

Bedarfsermittlung zur pflegerischen Versorgung in der Landeshauptstadt München

und

Sechster Marktbericht Pflege des Sozialreferats

Die Arbeitsgemeinschaft der freien Wohlfahrtspflege begrüßt im Grundsatz die durch die Landeshauptstadt München in der Beschlussvorlage formulierten Strategien und Planungen

- zur Förderung von innovativen Pflege- und Versorgungsformen,
- zur Sicherung von Grundstücksflächen um den prognostizierten Versorgungslücken vorzubauen, und
- zur Fortführung von Unterstützungsmaßnahmen, insbesondere von Personalsicherungsmaßnahmen, zur Sicherung einer bedarfsgerechten Pflegeinfrastruktur.

Durch die fortgesetzt hohe Beteiligung der Einrichtungen zeigt sich nicht nur deutlich das sehr große Interesse gehört zu werden, sondern auch der Wunsch der Träger, den negativen Entwicklungen entgegen zu wirken.

Besonders hervorzuheben sind die Absicht und die erlebte Praxis des Sozialreferates mit allen Beteiligten eine bedarfsgerechte Altenhilfe- und Pflegeinfrastruktur weiterzuentwickeln, zumal gerade nicht auf eine Selbstregulierungskraft „des Marktes“ vertraut werden kann. Über verschiedene, zum Teil schon länger etablierte Maßnahmen des Sozialreferats (Gesamtkonzept Münchner Altenhilfe, Pflegeergänzende Leistungen in amb. Pflege, Pflegeüberleitung und Heiminterne Tagesbetreuung, Anschubfinanzierungen für Innovative Pflege- und Versorgungsformen, Förderung der Investitionskosten der Landeshauptstadt München für ambulante, teil- und vollstationäre Pflegeeinrichtungen, …) gleicht die Landeshauptstadt München jene Lücken aus, die auf Bundesebene auch mit dem PSG II - und nach gegenwärtigem Stand weiterhin mit dem PSG III – offen bleiben.

Auch die Förderung von innovativen Wohnformen trägt vor allem mit Blick auf die nötige und zeitgemäße Angebotsdifferenzierung zu einer Stabilisierung und zukunftsorientierten Weiterentwicklung der pflegerischen Versorgung bei. Hier gilt es aber vor allem auch mit kommunaler Unterstützung die Reduzierung der leistungs- und ordnungsrechtlichen Hürden voranzutreiben.

<u>noch offene Fragestellungen und Bedarfe:</u>

1. Ambulante Pflege und Versorgung:

- Die Vorlagen nehmen für die Perspektive der ambulanten Pflege kaum Bezug zum neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff. Es werden daraus weder qualitative noch quantitative Konsequenzen abgeleitet. Die ARGE freie begrüßt es, dass alle bereits bestehenden Maßnahmen fortgeführt werden sollen. Wie aber sieht die

weiterführende und zukunftsweisende Planung der Landeshauptstadt vor diesem Hintergrund aus?

- Das Thema der Personalgewinnung wird zwar angesprochen, es werden auch kommunale Lösungsansätze vorgestellt, allerdings bleiben die Antworten sehr vage und es wird darauf verwiesen, dass der kommunale Einfluss sehr gering ist und keine konkret umsetzbaren Vorschläge und Vorhaben benannt, die kommunal zu Verbesserungen führen könnten. Gleichzeitig ist zu beklagen, dass der kommunale Anbieter einseitig seine Marktposition zum Vorteil für die eigenen Dienste nutzt und die Einrichtungen der freien Wohlfahrtspflege damit aktiv benachteiligt.
- Der Bedarf an hauswirtschaftlicher Versorgung (insbes. in Singlehaushalten) ist erheblich gestiegen. Hierzu müssen umgehend Lösungen entwickelt werden, wie möglich Anbieter / Träger rechtlich sicher und kostendeckend Versorgungsleistungen anbieten können, die zugleich für vor allem einkommensschwache SeniorInnen den Abruf der benötigten Leistung möglich machen.

2. Stationäre Pflege:

- Der im ambulanten Bereich erwähnte Mangel an Fachkräften besteht auch im stationären Bereich.
- <u>Veränderungen durch das PSG II</u>
  Durch die neue Bewertung der „ Pflegebedürftigkeit“ ist damit zu rechnen, dass stationäre Einrichtungen künftig vermehrt SeniorInnen mit intensiverem Pflegebedarf aufnehmen werden.
  Gleichwohl steigen die Kostenerstattungen für die ambulante und niedrigschwellige Versorgung und stärken damit den politischen Willen „ambulant vor stationär“. Die erheblich verbesserten Pflegekassenleistungen im ambulanten und teilstationären Bereich, werden vermutlich mittelfristig auch zu einem Rückgang der Pflegegrade 2 und 3 im stationären Bereich beitragen. [Altenheim (2016-09):42]

  Dennoch kann die politische Intention nur dann funktionieren, wenn ausreichend alternative Wohnformen und ambulante Versorgungsangebote zur Verfügung stehen. „Bei unveränderten Versorgungsstrukturen wird der Bedarf an professionellen Pflegekräften weiter steigen und die Kapazitäten in Pflegeheimen müssten ausgeweitet werden.“ Bertelsmann Stiftung (2012): Themenreport *„Pflege 2030“: 76*

  In Einrichtungen der vollstationären Altenhilfe werden zukünftig folglich überwiegend Menschen mit einem hohen Grad an demenzieller Veränderung, erheblichem Aufwand an Pflege und palliativ zu versorgende Bewohner zu pflegen und betreuen sein. Hierbei ist es wichtig, dass der Fokus nach wie vor auf Leben und Wohnen gerichtet bleibt.

  Um den vielfältigen Anforderungen der unterschiedlichen Versorgungsgruppen gerecht zu werden, bedarf es auch im vollstationären Bereich differenzierter Angebote. Bisherige Konzeptionen müssen sowohl fachlich als auch baulich neu überdacht und entsprechend den Anspruchsgruppen angepasst werden. Der Um- bzw. Neubau von stationären Einrichtungen ist zwar durch die gesetzlichen Anforderungen der baulichen Mindestvorgaben (AV PfleWoqG) eingeleitet worden, allerdings wurde billigend in Kauf genommen, dass dadurch Heimplätze reduziert werden, was dem aktuellen Stand der Entwicklung eines steigenden Bedarfs an Pflegeplätzen widerspricht. tz 31.08.2016

Denn nach aktueller Datenlage besteht für München die Prognose, dass bis zum Jahre 2025 die Zahl der Pflegebedürftigen in der vollstationären Altenhilfe auf 8000 Personen ansteigen wird. Bayerischen Landesamts für Statistik und Datenverarbeitung, Sonderauswertung 2013-2025 Die Sicherung von Grundstücksflächen ist demgegenüber der richtige Weg, um den prognostizierten Versorgungslücken vorzubauen.

Die Investitionsförderungen für Träger der stationären Altenhilfe sind somit weiterhin unbedingt aufrechtzuerhalten und darüber hinaus auszubauen.
Anschubfinanzierungen innovativer Versorgungsformen sollten sich auch auf den vollstationären Bereich erstrecken, der damit die Möglichkeit bekommt, innerhalb des Pflegeheims unterschiedliche Lebenswelten bedarfsorientiert zu konzipieren und anzubieten. Denn trotz desselben Pflegegrads zweier Bewohner bedeutet dies weder gleiche Diagnose noch gleichen Versorgungsbedarf.

Mit dem Fokus des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs auf Prävention, also dem Erhalt von Selbständigkeit und Fähigkeiten pflegebedürftiger Menschen, muss die Fachlichkeit von Pflege- und Betreuungspersonal neu justiert werden. Dies kann nicht von heute auf morgen passieren, sondern bedarf Befähigung und Begleitung all desjenigen Personals, das an der Versorgung von Bewohnern beteiligt ist. Eingefahrene Denk- und Handlungsmuster müssen überwunden und die Bereitschaft zur bereichsübergreifenden Kommunikation und Kooperation geschaffen bzw. intensiviert werden. Die dauerhafte Sicherung hoher Fachkompetenz benötigt u.a. Ressourcen für Schulung, Begleitung, Reflexion und Wissensgenerierung. Kelleter, H. 17.09.2015
Der Ausbau von Fachkompetenz hinsichtlich Gerontopsychiatrie, palliativer Versorgung, und Expertisen in weiteren medizinisch-pflegerischen Bereichen wird unerlässlich. Damit einhergehend kann auch die Notwendigkeit von akademisiertem Pflegefachpersonal nicht mehr ausgeblendet werden. Den Einrichtungen steht durch das neue PSG II also ein umfangreicher Organisations- und Personalentwicklungs-bedarf bevor. Aus diesem Grund sollte zur Gewährleistung einer qualitativ hochwertigen Pflege Zuschussprogramme und Modellprojekte sowohl weitergeführt, als auch ausgebaut werden.[1]

Zunehmend bedeutsam wird der steigende Anteil von Mitarbeitenden mit Migrationshintergrund. Geeignete Fortbildungen sind zur Förderung der Integration in den Betrieb zu konzipieren, anzubieten und zu finanzieren.

[1] Literatur:

Bayerisches Landesamt für Statistik und Datenverarbeitung, Sonderauswertung (Erhalt am 01.03.2016) Anwendung der Zahlen auf die Bevölkerungsprognose des Planungsreferats 2013-2025, in: Entwurf Sitzungsvorlage Nr. 14-20 / V, Sozialreferat Amt für Soziale Sicherung Stadt München.
Bertelsmann Stiftung (2012): Themenreport „Pflege 2030“, S. 76
Kelleter, H. (17.09.2015): Outcome zur evidenzbasierten Steuerung in der Langzeitpflege - Wirkungen im Projekt EQisA DiCV Köln, Präsentation.18. Jahrestagung der DeGEval Speyer, Folie 13.
Richter, R. et al. (2016): Den Herausforderungen strategisch begegnen, in Altenheim 2016-09, S. 42
http://www.tz.de/muenchen/stadt/neue-standards-pflegeheimen-mehr-platz-aber-weniger-plaetze-6706663.html

Fazit:

- Die Investitionsförderungen für Träger der stationären Altenhilfe sind weiterhin ein wichtiges Mittel, um die Zunahme des Pflegebedarfs decken zu können.

- Die ARGE freie fordert, dass die FQA dazu angehalten werden soll, die Entscheidungsspielräume bei der Ausführung des PflewoqG zu nutzen, um:
    - nicht gegen den wachsenden Bedarf an stationären Versorgungsplätzen zu arbeiten,
    - nicht den Abbau von Plätzen oder die Schließung von Einrichtungen durch Auflagen zu erwirken, und
    - die Belastung der NutzerInnen, die auf stationäre Pflege angewiesen sind, nicht durch unverhältnismäßige bauliche Auflagen für Einrichtungen zu vergrößern.

- Die Förderung von innovativen Wohnformen wird immer wichtiger, um die unterschiedlichen Bedarfe decken zu können. Gleichzeitig drohen einige der Innovationen an formal-rechtlichen Grenzen zu scheitern. Die ARGE freie erwartet sich von der FQA - und somit von der LHM - , diese vielfältigen Anstrengungen in der Entwicklung innovativer Wohnformen aktiv zu unterstützen und aufzuzeigen, was alles möglich ist bzw. was alles an Ermessensspielräumen genutzt werden könnte.

  Die Attraktivität des Pflegeberufs definiert sich nicht nur über das Aufgabenspektrum und die soziale Anerkennung, sondern auch danach, welchen Lebensstandard sich die Pflegekräfte in Anbetracht der beruflichen Belastung leisten können. Die Pflegekräfte müssen deutlich besser bezahlt werden. Dabei muss jede Wettbewerbsverzerrung vermieden werden, insbesondere dass die freien Träger nicht durch die besseren Konditionen des stadt-eigenen Anbieters benachteiligt werden. Nachdem bis 2030 für München Stadt und Landkreis erwartet wird, dass rund 6700 Pflegevollzeitkräfte bei Status-quo-Bedingungen fehlen werden, braucht München dringend Wohnraum, um Fachkräften nicht nur das Arbeiten sondern auch das Leben in München zu ermöglichen. Durch die Überalterung im ländlichen Bereich werden dort, wo Wohnraum bezahlbar ist, vermehrt konkurrierende attraktive Arbeitsplätze für Fachkräfte entstehen. Zudem ist eine fachliche Förderung von Pflegepersonen zur Deckung des Bedarfs unerlässlich. Diese ist sowohl im Bereich Integration von ausländischen Pflegekräften als auch durch Schaffung und von zusätzlichen Ausbildungsplätzen in der Pflege erforderlich.
- Die Pflegeanforderungen im stationären und auch im ambulanten Bereich werden deutlich komplexer werden und auf diese neuen Anforderungen müssen die Fachkräfte qualifiziert werden. Die kommunale Förderung der Fortbildung und Qualifizierung der Fachkräfte ist angesichts dieser steigenden Anforderungen bei demenziell Erkrankten, zunehmend palliativ zu Betreuenden und durch die neuen Maßgaben des Pflegestärkungsgesetz II und III noch weiter auszubauen.

München, 07.10.2016

Norbert J. Huber

Telefon: 0 233-48146
0 233-48354
Telefax: 0 233-48849

Sozialreferat
Amt für Soziale Sicherung
S-I-LP

Bedarfsermittlung zur pflegerischen Versorgung in der Landeshauptstadt München

Anhang 1 der Sitzungsvorlage Nr. 14-20 / V 06871

4 Anlagen

Inhaltsverzeichnis **Seite**

Teil A:	**Pflegebedarfsermittlung – quantitativer Teil**	**1**
1.	Hintergrund der Pflegebedarfsermittlung	1
1.1	Einordnung	1
1.2	Übersicht	2
1.3	Rückblick auf die Pflegebedarfsplanungen 2004 und 2010	4
1.4	Ergebnisse der Pflegebedarfsermittlung 2016	5
2.	Aktuelle und künftige Pflegebedürftigkeit in der LH München	8
2.1	Statistische und methodische Grundlagen	8
2.2	Bevölkerungsentwicklung	9
2.2.1	Bevölkerungsprognose	10
2.2.2	Entwicklung der älteren Bevölkerung ab 65 Jahren	11
2.2.3	Entwicklung der älteren Einwohnerinnen und Einwohner ohne deutsche Staatsangehörigkeit	12
2.3	Aktuelle und prognostische Anzahl und Verteilung der Menschen mit Pflegebedarf	13
2.4	Aktuelle und prognostische Anzahl der Menschen mit Demenzerkrankungen in der LH München	23
2.5	Bereiche und Marktsegmente der pflegerischen Versorgung in der LH München	24
2.5.1	Private häusliche Pflege	25
2.5.2	Ambulante Pflege	26
2.5.2.1	Grundinformationen zu ambulanten Pflegediensten	26
2.5.2.2	Ergebnisse der Erhebung des Sozialreferats bei ambulanten Pflegediensten mit Geschäftssitz in München	27
2.5.3	Tages- und Nachtpflege	37
2.5.4	Pflegerische Versorgung in innovativen Pflege- und Versorgungsformen	38
2.5.5	Vollstationäre Pflegeangebote	39

3.	Regionale Aspekte der pflegerischen Versorgung in der LH München	41
4.	Wichtigste Ergebnisse zur pflegerischen Infrastruktur aus dem Münchner Umland	46
5.	Vorschlag zur Sicherung städtischer Flächen für vollstationäre Pflegeeinrichtungen	49
Teil B:	**Besondere qualitative Herausforderungen in der Pflege**	**53**
1.	Die Pflege von Menschen mit Demenzerkrankungen und anderen psychischen Störungen	53
1.1	Häufigkeiten, Vorkommen und Erscheinungsbilder	53
1.2	Stand und Perspektive des Versorgungsangebots	54
2.	Die Pflege von Menschen mit Behinderungen	55
3.	Die Pflege von Menschen mit Migrationshintergrund	57
4.	Die Pflege von Menschen mit gleichgeschlechtlicher Identität	58
5.	Die Pflege von Menschen mit außerklinischem Intensivpflegebedarf	58
6.	Hospiz- und Palliativversorgung	61
7.	Strategien zur Sicherung von Pflegepersonal	63
Fazit und Empfehlungen zur Pflegebedarfsermittlung (Teil A und B)		**65**

Fragebogen „Ambulante Pflegedienste in München Datenabfrage zum Stichtag: 15.12.2014“	Anlage 1
Definition Migrationshintergrund	Anlage 2
Karte „Vollstationäre Pflegeeinrichtungen Bestand und Planungen“	Anlage 3
Stellungnahme der Fachstelle „Pflege- und Behinderten-einrichtungen, Qualitätsentwicklung und Aufsicht“ im Kreisverwaltungsreferat (FQA, ehemals Heimaufsicht) vom 04.04.2016	Anlage 4

Telefon: 0 233-48146
0 233-48354
Telefax: 0 233-48849

Sozialreferat
Amt für Soziale Sicherung
S-I-LP

Bedarfsermittlung zur pflegerischen Versorgung in der Landeshauptstadt München

Anhang 1 der Sitzungsvorlage Nr. 14-20 / V 06871
4 Anlagen

Teil A: Pflegebedarfsermittlung – quantitativer Teil

1. Hintergrund der Pflegebedarfsermittlung

1.1 Einordnung

Grundsätzlich erstellt das Sozialreferat selbst und daher kostenneutral etwa alle fünf bis sechs Jahre eine Bedarfsermittlung zur pflegerischen Versorgung und erarbeitet parallel seit 2011 einen jährlichen Marktbericht zur pflegerischen Versorgung, der insbesondere die Ergebnisse der alljährlichen Datenerhebung bei allen Münchner teil- und vollstationären Pflegeeinrichtungen darlegt.

Der gesetzliche Auftrag zur Erstellung kommunaler Pflegebedarfsermittlungen liegt in den §§ 8, 9 SGB XI[1] in Verbindung mit Art. 69 Abs. 1 AGSG (Gesetz zur Ausführung der Sozialgesetze). Darüber hinaus wurde das Sozialreferat durch den Beschluss des Sozialausschusses vom 09.10.2014 („Marktbericht Pflege – Jährliche Marktübersicht über die teil- und vollstationäre pflegerische Versorgung in München. Sicherung der pflegerischen Versorgung älterer Menschen in München“)[2] beauftragt im Jahr 2016 eine neue Pflegebedarfsermittlung für die Landeshauptstadt München vorzulegen. Diesem Auftrag kommt das Sozialreferat mit dem vorliegenden Bericht nach[3].

1 Hier: Sozialgesetzbuch XI – Soziale Pflegeversicherung. Das Sozialgesetzbuch wird im folgenden Text immer mit SGB bezeichnet.
2 Sitzungsvorlage Nr. 14-20 / V 01023
3 u.a.: „Pflegerische Versorgung älterer Menschen in München – Bedarfsplanung vollstationäre Pflegeplätze und alternative Versorgungsformen“, Beschluss des Sozialausschusses vom 17.06.2004, Sitzungsvorlage Nr. 02-08 / V 04279, „Bedarfsplanung zur pflegerischen Versorgung in München“, Beschluss des Sozialausschusses vom 04.05.2010, Sitzungsvorlage Nr. 08-14 / V 03977, „Fünfter Marktbericht Pflege – Jährliche Marktübersicht über die teil- und vollstationäre pflegerische Versorgung in München“, Bekanntgabe in der Sitzung des Sozialausschusses vom 17.09.2015, Sitzungsvorlage Nr. 14-20 / V 03908“ und „Marktberichte Pflege“ des Sozialreferats der Jahre 2011-2014: Sitzungsvorlagen Nr. 08-14 / V 07954 , 08-14 / V 10278, Nr. 08-14 / V 12848, Nr. 14-20 / V 01023

1.2 Übersicht

Die vorliegende Pflegebedarfsermittlung liefert:

- die aktuellen und prognostischen Daten zu Menschen mit Pflegebedarf in der Landeshauptstadt München (bzw. Leistungsempfängerinnen und -empfängern von Leistungen aus der Pflegeversicherung) und ergänzend
- die aktuellen und prognostischen Daten zu (älteren) Menschen, und dabei auch zu älteren Menschen ohne deutsche Staatsbürgerschaft
- die aktuellen und prognostischen Daten zu (älteren) Menschen mit Demenzerkrankungen
- die Darstellung der derzeitigen Pflege- und Versorgungsangebote in der Landeshauptstadt München und die künftigen Bedarfe im ambulanten, teil- und vollstationären Pflegebereich, sowie im Bereich der innovativen Pflege- und Versorgungsformen.

Um das Versorgungssegment der ambulanten Pflege genauer zu analysieren, hat das Sozialreferat im Jahr 2015 eine eigene Erhebung bei Münchner ambulanten Pflegediensten durchgeführt. Die Ergebnisse dieser Erhebung sind ebenfalls Bestandteil der vorliegenden Pflegebedarfsermittlung.

Für die vorliegende Pflegebedarfsermittlung wurden die Zahlen des Statistischen Amts der Landeshauptstadt München (ZIMAS)[4], die Ergebnisse der Bevölkerungsprognose des Planungsreferats (2013-2030), sowie gerontologische und pflegewissenschaftliche Fachveröffentlichungen analysiert und entsprechend berücksichtigt.
Einige demografische Veränderungen in der Landeshauptstadt München wirken sich tendenziell verstärkend auf den Anstieg der Anzahl der Bürgerinnen und Bürger mit Pflegebedarf aus[5] .

Hierbei ist:

- der Anstieg der Zahl der Hochaltrigen[6] (d.h. der ab 80Jährigen),
- der Anstieg der Anzahl Hochaltriger ohne deutsche Staatsbürgerschaft[7],
- der Anstieg der Anzahl der allein lebenden Hochaltrigen[8]
- und der Anstieg der Anzahl der (älteren) Menschen mit psychischen Veränderungen / Störungen und hierbei v.a. der Anstieg der Anzahl der Menschen mit Demenzerkrankungen[9] von entsprechender Bedeutung.

4 Demografiebericht der Landeshauptstadt München: http://www.muenchen.de/rathaus/dms/Home/Stadtverwaltung/Referat-fuer-Stadtplanung-und-Bauordnung/stadtentwicklung/grundlagen/DemoBevProg2013bis2030.pdf und LH München, Statistisches Amt, ZIMAS, Hauptwohnsitzbevölkerung, spezifische Altersgruppen, Stand: Dezember 2015

5 Amtl. Pflegestatistik: 15.12.2013: 25.194 Leistungsempfängerinnen u. -empfänger SGB XI, Berechnung S-I-LP 2025: 31.400

6 2013: rund 63.000, Dezember 2015: rund 67.000, 2030: ca. 94.000

7 2013: rund 4.000, Dezember 2015: rund 5.500, 2030: ca. 16.000

8 LH München, Statistisches Amt, ZIMAS, Haushaltsstatistik: 31.000 ab 80Jährige in Einpersonenhaushalten, Stand: Dezember 2015, In der Folge der zunehmenden Singularisierung ist auch hier künftig mit einem Anstieg zu rechnen.

9 Auf der Basis einer altersgruppen- und geschlechtsspezifischen Hochrechnung und unter Annahme gleichbleibender

Obwohl Hochaltrige (d.h. ab 80Jährige) nicht generell von Einschränkungen betroffen sind, kommt es ab etwa dem 85. Lebensjahr zu einem deutlich verstärkten Hilfe- und Pflegebedarf. Mehr als jede dritte Person, die in diesem Alter in einem Privathaushalt lebt, braucht Unterstützungsleistungen.[10]

Das Sozialreferat der Landeshauptstadt München berücksichtigt diese Herausforderungen bei allen Planungen und Konzepten im Zusammenwirken mit den Trägern der Wohlfahrtspflege und weiteren Anbieterinnen und Anbietern am Pflegemarkt bereits seit längerer Zeit im Sinne einer kontinuierlichen sozialpolitischen Strategie der Landeshauptstadt München.
Entsprechend der Erkenntnisse aus Fachveröffentlichungen[11] wurde seitens des Sozialreferats daher immer versucht, alles dazu beigetragen, den Wünschen der meisten älteren Menschen, auch bei Hilfe- und/oder Pflegebedarf in ihrer eigenen Häuslichkeit zu verbleiben, zu entsprechen. Der Grundsatz „ambulant vor teilstationär vor vollstationär“ bzw. „ambulant wo möglich, stationär wo geboten“ findet daher entsprechend Berücksichtigung.
Da aber Angehörigenpflege und informelle Pflegesettings in den nächsten Jahren aufgrund familialer Veränderungen fragiler und quantitativ abnehmen werden, benötigt die Landeshauptstadt München weiterhin zusätzlich professionelle ambulante Pflegesettings, teilstationäre Pflegeangebote und kleinere (quartiersgeöffnete und vermetzte) vollstationäre Pflegeeinrichtungen mit modernen Konzepten (und ca. 130 Plätzen), die auf die komplexen und spezifischen Bedarfslagen der derzeitigen Bewohnerinnen und Bewohner ausgerichtet sind.[12]
Bis zum Jahr 2030 werden unter Status-quo-Bedingungen laut Bertelsmann Pflegereport 2030 ungefähr 4.240 Vollzeitkräfte in der Pflege in der Landeshauptstadt München und weitere 2.460 im Landkreis München fehlen.[13] Im Rahmen der kommunalen Möglichkeiten setzt sich die Landeshauptstadt München daher weiterhin für Verbesserungen für Pflegende ein.

Prävalenzraten ist in München von einem Anstieg der Anzahl der ab 65jährigen Menschen mit Demenzerkrankungen von ca. 23.400 (rund 7.800 Männer und rund 15.600 Frauen) im Jahr 2015 auf etwa 29.600 Betroffene (rund 10.600 Männer und rund 19.000 Frauen) im Jahr 2030 auszugehen. Das entspricht einer relativen Zunahme von 26,5 % (von 2015 bis 2030). Demografiebericht der Landeshauptstadt München: http://www.muenchen.de/rathaus/dms/Home/Stadtverwaltung/Referat-fuer-Stadtplanung-und-Bauordnung/stadtentwicklung/grundlagen/DemoBevProg2013bis2030.pdf und Statistisches Amt, ZIMAS, Hauptwohnsitzbevölkerung, spezifische Altersgruppen, Dezember 2015, Prävalenzgruppen nach Geschlecht und Altersgruppen getrennt berechnet, eigene Berechnungen Sozialreferat, Amt für Soziale Sicherungen, S-I-LP

10 u.a.: Wurm, S.,Saß, A.-C. (2014) Gesundheit im Alter. Pro Alter, 46 (1) 12-15, Schneekloth, U., Wahl, H.-W. (2005), MUG III

11 u.a.:LH München, Referat für Stadtplanung und Bauordnung, Sozialreferat (2015) Perspektive München, Analyse, Älterwerden in München. Abschlussbericht im Auftrag der LH München (Weeber + Partner, Institut für Stadtplanung und Sozialforschung, Stuttgart/Berlin), S. 147: Für 92 % der Befragten ist der Verbleib in der eigenen Wohnung wünschenswert.

12 Siehe hierzu die Anforderungsprofile des Sozialreferats, z.B.:„Städtebauliche Entwicklungsmaßnahme ACKERMANNBOGEN Netzwerk für ältere Menschen“, Anforderungsprofil für die Ausschreibung“, Beschluss des Sozialausschusses vom 11.11.2004 und der Vollversammlung vom 24.11.2004, Sitzungsvorlage Nr. 02-08 / V 05082

13 Bertelsmann Pflegereport 2030, https://www.bertelsmann-stiftung.de/de/unsere-projekte/pflege-vor-ort/projektthemen/pflegereport-2030 (abgerufen am 04.07.2016)

1.3 Rückblick auf die Pflegebedarfsplanungen 2004 und 2010

Mit den bisherigen Beschlüssen zur Münchner Pflegebedarfsplanung aus den Jahren 2004 und 2010[14] hat der Sozialausschuss des Münchner Stadtrats die Strategie festgelegt, mit der - im Rahmen des kommunalen Gestaltungsspielraums - auf die aktuelle und prognostische Anzahl der Münchner Bürgerinnen und Bürgern mit Pflegebedarf mit geeigneten Planungen im Versorgungssystem reagiert werden sollte.

Mit dem erstgenannten Beschluss wurde das Sozialreferat beauftragt, den 2004 festgestellten Bedarf von 1.300 zusätzlichen vollstationären Pflegeplätzen bis zum Jahr 2015 zu jeweils 50% über vollstationäre und alternative Versorgungsangebote zu decken.

In der „Bedarfsplanung zur pflegerischen Versorgung in München“ aus dem Jahr 2010[15] wurde diese Strategie bestätigt und berechnet, dass bis 2020 insgesamt weitere 1.000 Plätze zur Versorgung pflegebedürftiger Bürgerinnen und Bürger in München zusätzlich benötigt werden. Die 2004 prognostizierte Versorgungslücke konnte seinerzeit bereits um rund 300 Plätze reduziert werden.

Das Sozialreferat schlug 2010 dementsprechend vor, die schon schon 2004 beschlossene Strategie, zur Deckung dieses Bedarfs zu jeweils 50% mit vollstationären und mit alternativen Pflege- und Versorgungsangeboten weiter beizubehalten.

Zur Deckung des entsprechenden vollstationären Bedarfs von rund 500 Plätzen sollten die bereits gesicherten bzw. in Flächensicherung befindlichen städtischen Grundstücke aus dem Auftrag von 2004, unter Berücksichtigung des regionalen Bedarfs und des jeweiligen Planungsstands der Projekte verwendet werden. Zusätzlich schlug das Sozialreferat vor, dass für die 500 Plätze in alternativen Versorgungsformen entsprechende Angebote (wie insbesondere ambulant betreute Wohngemeinschaften) angeregt werden sollten.

Seit 2010 konnte damit das Angebot in der vollstationären Pflege (u.a. auch durch die Reservierung und Vergabe kommunaler Flächen für derartige Einrichtungen in München) um weitere rund 500 Pflegeplätze erhöht werden. Zudem besteht in München inzwischen ein Bestand von ca. 440 Plätzen in innovativen ambulanten Versorgungsformen (in ambulant betreuten Pflege-Wohngemeinschaften und in den Projektwohnungen von „Wohnen im Viertel“). Der damaligen Zielzahl von 500 Plätzen in solchen Versorgungsformen kommt das inzwischen bestehende Angebot damit bereits relativ nahe. Damit hat sich die bisherige Strategie als richtig und wirksam erwiesen. Das Sozialreferat plädiert deshalb für eine Fortsetzung

14 „Pflegerische Versorgung älterer Menschen in München – Bedarfsplanung vollstationäre Pflegeplätze und alternative Versorgungsformen“, Beschluss des Sozialausschusses vom 17.06.2004, Sitzungsvorlage Nr. 02-08 / V 04279, „Bedarfsplanung zur pflegerischen Versorgung in München“, Beschluss des Sozialausschusses vom 04.05.2010, Sitzungsvorlage Nr. 08-14 / V 03977,

15 „Bedarfsplanung zur pflegerischen Versorgung in München“, Beschluss des Sozialausschusses vom 04.05.2010, Sitzungsvorlage Nr. 08-14 / V 03977, v. a. S. 4-5, 22-24

dieses Weges.

1.4 Ergebnisse der Pflegebedarfsermittlung 2016

Das Sozialreferat hält vorrangig folgende Ergebnisse aus der vorliegenden Pflegebedarfsermittlung für relevant:

- Im Jahr 2025 werden rund 31.400 Menschen pflegebedürftig nach dem SGB XI sein. Das bedeutet eine Zunahme der Anzahl pflegebedürftiger Bürgerinnen und Bürger um ca. 6.200 Personen im Vergleich zum Stand der letzten amtlichen Pflegestatistik aus dem Jahr 2013. Die Leistungsempfängerinnen und -empfänger vollstationärer Pflege werden dabei um ca. 1.600 auf 8.000 Personen im Jahr 2025 ansteigen (siehe unten, Tabelle 4).

- Das Sozialreferat geht auf dieser Basis davon aus, dass damit im Jahr 2025 ein Bestand von rund 8.800 vollstationären Plätzen benötigt wird, da grundsätzlich Überkapazitäten bzw. Auslastungsschwankungen mitberücksichtigt werden müssen (dem Zielwert von ca. 8.800 Plätzen wird eine Auslastung von ca. 90 % zugrunde gelegt, wodurch die benötigte Zahl der Plätze um 10% über der Anzahl der potentiell Pflegebedürftigen liegen sollte).

- Dem Sozialreferat sind aus der jährlichen Erhebung für den Sechsten Marktbericht Pflege des Sozialreferats zum Stichtag 15.12.2015 insgesamt 7.546 vollstationäre Pflegeplätze (ohne solitäre Kurzzeitpflegeplätze) bekannt. Des weiteren sind dem Sozialreferat Planungen im Umfang von rund 600 Plätzen bis zum Jahr 2025 bekannt. Die 7.546 vollstationären Pflegeplätze in den Bestandsbauten können sich durch weitere Umbau- oder Renovierungsmaßnahmen u.a. aufgrund der o.g. AVPfleWoqG bis zum Jahr 2025 ggf. noch reduzieren. Nach derzeitigem Stand geht das Sozialreferat jedoch von rund 8.150 Plätzen aus, die im Jahr 2025 voraussichtlich zur Verfügung stehen werden (siehe Grafik 1).
  Dies bedeutet, dass im Jahr 2025 vermutlich noch eine Deckungslücke von ca. 600 Plätzen bestehen wird.

- Das Sozialreferat hält daher an der Strategie fest, alle kommunalen Steuerungsmöglichkeiten zu ergreifen und dazu beizutragen, dass dem berechneten Bedarf von ca. 8.800 Plätzen in vollstationären Pflegeeinrichtungen ein entsprechendes Angebot gegenüber steht. Dazu sollen neben der Reservierung von vier weiteren kommunalen Grundstücken für vollstationäre Pflegeeinrichtungen auch weiterhin Plätze

in innovativen Pflege- und Versorgungsformen (hier: v.a. ambulant betreute Pflege- oder Demenz-Wohngemeinschaften) angeregt werden. Derzeit stehen rund 440 Plätze in ambulant betreuten Pflege - oder Demenz-Wohngemeinschaften und Projektwohnungen „Wohnen im Viertel“ zur Verfügung[16].

Eine Betrachtung der aktuellen pflegerischen Infrastruktur und ihrer Auslastung lässt den Schluss zu, dass die pflegerische Versorgung in der Landeshauptstadt München derzeit noch adäquat auf die Anforderungen reagieren kann. Die Anwendung der Pflegequoten auf die prognostisch zu erwartende Bevölkerung und die Analyse der derzeit bekannten Planungen macht deutlich, dass die bisherige Strategie in die richtige Richtung geht und der angestrebte Ausbau von Pflegeplätzen auf städtischen Flächen weiterhin benötigt wird. Gleichzeitig zeichnen sich derzeit Herausforderungen in der Pflege ab, die eine Entwicklung tragfähiger neuer Konzepte notwendig machen, um auch in Zukunft eine bedarfsgerechte Versorgung gewährleisten zu können. Um auf die prognostizierten Bedarfe zu reagieren, verfolgt das Sozialreferat weiterhin den Grundsatz „ambulant vor teilstationär vor vollstationär“ bzw. „ambulant wo möglich, stationär wo geboten“.

Das Sozialreferat setzt dabei bei der Unterstützung und Förderung der genannten Marktsegmente unterschiedliche Akzente mit folgender Zielrichtung:

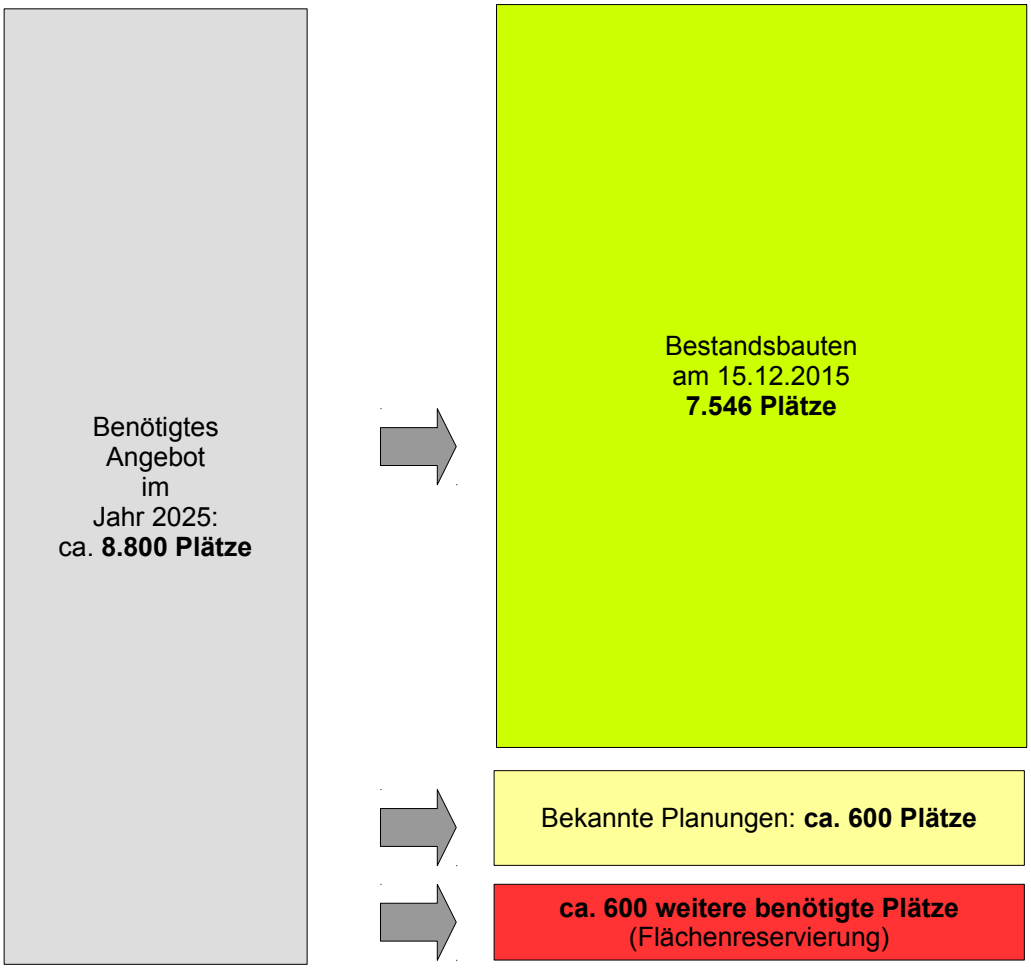
- das Hilfe- und Pflegepotenzial und die Beratung und Begleitung pflegender Angehöriger und weiterer Bezugspersonen wird weiterhin unterstützt (hierzu z.B. Weiterentwicklung der Beratungsangebote im Rahmen des Gesamtkonzepts Münchner Altenhilfe),
- die Entwicklungen in der ambulanten Pflege werden im Rahmen einer kontinuierlichen Marktbeobachtung des Sozialreferats weiter verfolgt und durch qualitätsfördernde Programme und Investitionsförderung nach dem AGSG mit Qualitätskriterien gestärkt,
- Die Anregung und Förderung weiterer innovativer Pflege- und Versorgungsformen (u.a. auch durch Anschubfinanzierungen und die Etablierung des „Qualitätsforums der ambulant betreuten Pflege- oder Demenz-Wohngemeinschaften“) wird fortgesetzt,
- die Entwicklungen insbesondere auch auf dem teil- und vollstationären Pflegemarkt (u.a. Entwicklungen bei den Platzzahlen) werden engmaschig im jährlichen Marktbericht Pflege des Sozialreferats erfasst, dargestellt und u.a. durch Investitionsförderungen oder durch qualitätsfördernde

16 Bayerisches Landesamt für Statistik und Datenverarbeitung (2014). Statistische Berichte. Einrichtungen für ältere Menschen in Bayern 2012 und ambulant betreute Wohngemeinschaften in Bayern 2013, S.47 und Informationen aus der Fachstelle Pflege- und Behinderteneinrichtungen – Qualitätsentwicklung und Aufsicht (FQA, ehemals Heimaufsicht) im Kreisverwaltungsreferat vom 04.04.2016

Programme unterstützt, um auf die großen Herausforderungen (komplexe Problemlagen bei den Pflegebedürftigen, Fachkräftemangel bei Pflegenden in der Landeshauptstadt München, Unterstützung bei Qualitätsentwicklungen etc.) im Rahmen der kommunalen Möglichkeiten reagieren zu können.

Das bis zum Jahr 2025 benötigte Angebot von ca. 8.800 Plätzen in vollstationären Pflegeeinrichtungen setzt sich aus dem aktuellen Bestand von 7.546 Plätzen, den bislang bekannten Planungen im Umfang von ca. 600 Plätzen und den dann noch benötigten weiteren 600 Plätzen zusammen. Um diese Deckungslücke zu schließen, sollten daher entsprechende Flächenreservierungen vorgenommen werden.

Grafik 1: Bedarfsprognose vollstationäre Pflegeplätze 2025 und Strategie



2. Aktuelle und künftige Pflegebedürftigkeit in der Landeshauptstadt München

2.1 Statistische und methodische Grundlagen

Entsprechend der Erfahrungen aus anderen großen Städten[17] bilden folgende Daten die Basis für diese Pflegebedarfsermittlung:

- aktuelle Bevölkerungsdaten des Statistischen Amts der Landeshauptstadt München

- prognostische Bevölkerungsdaten des Referats für Stadtplanung und Bauordnung (PLAN) aus dem Demografiebericht München – Teil 1, Analyse und Bevölkerungsprognose 2013 bis 2030

- die Anzahl der Leistungsempfängerinnen und -empfänger mit Leistungen aus der Pflegeversicherung nach der aktuellsten verfügbaren, amtlichen Pflegestatistik zum Stichtag 15.12.2013, die 2015 veröffentlicht wurden und die Ergebnisse einer Sonderauswertung des Bayerischen Landesamts für Statistik und Datenverarbeitung.

- Mitberücksichtigt werden müssen auch die aktuellen und prognostischen Daten zu Bürgerinnen und Bürgern mit Demenzerkrankungen, da bei fortgeschrittenen Erkrankungen i.d.R. auch mit Hilfe- und Pflegebedürftigkeit gerechnet werden muss.

Es muss betont werden, dass die Ermittlung eines erst künftig eintretenden Pflege- bzw. Versorgungsbedarfs für die Landeshauptstadt München mit vielen Unwägbarkeiten und somit auch mit Ungenauigkeiten verknüpft ist.
Einflussfaktoren, wie z.B.:

- die mögliche Verbesserung des Gesundheitszustandes älterer Menschen, u.a. auch aufgrund des Erfolgs präventiver Angebote und damit eine noch stärkere Verschiebung des Pflegebedürftigkeitsrisikos in die Phase der Hochaltrigkeit („Kompression der Morbidität“[18]),

- der Umfang der Inanspruchnahme von Diensten und Einrichtungen,

- die Umsetzung der baulichen Anforderungen aus der AVPfleWoqG an die vollstationären Pflegeeinrichtungen (in Abstimmung mit der Fachstelle für

17 u.a. Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz, Freie und Hansestadt Hamburg, Amt für Gesundheit, „Pflegerische Versorgungsstruktur, Rahmenplanung bis 2020“, Stand: Dezember 2015.
Stadt Dortmund, Sozialamt, „Bedarfsplanung für vollstationäre Pflegeeinrichtungen in Dortmund, 2015 bis 2017“, Stand: 2/2015.

18 Nach der Kompressionsthese nimmt die Morbidität bei steigender Lebenserwartung ab. Die Zeitspanne zwischen dem Alter beim erstmaligen Ausbruch chronisch-irreversibler Erkrankung und dem späteren Sterbezeitpunkt wird kleiner. Primärprävention begründet das Hinauszögern des Ausbruchs chronischer Morbidität und damit die Kompression. Siehe hierzu u.a.: Niehaus, F. (2006) Altern und steigende Lebenserwartung.

Qualitätsentwicklung und Aufsicht im Kreisverwaltungsreferat [FQA, ehemals Heimaufsicht]) und damit der Fortbestand oder das Wegfallen von vollstationären Plätzen (siehe Anlage 4),

- Marktgeschehnisse, z.B. Trägerentscheidungen u.a. bzgl. der Neuschaffung bzw. des (Fort-)Bestands von Diensten und Einrichtungen bzw. Plätzen

können nicht vollumfänglich für die Zukunft vorausgesagt werden, fließen aber sehr wohl in die Entwicklung des tatsächlichen Pflegebedarfs und der Angebotsstruktur in den verschiedenen Settings ein.

Das hier verwendete Berechnungsverfahren ist inzwischen in den meisten deutschen Großstädten üblich bzw. bewährt[19] und bietet daher auch eine gute Grundlage für interkommunale Vergleiche.
Des Weiteren können durch dieses Verfahren Bedarfsaussagen für die Planungsregionen innerhalb der Landeshauptstadt München berechnet werden. Die Ergebnisse werden in entsprechenden „Regionaltabellen“ auf der Ebene der Sozialregionen dargestellt, um eine grundsätzliche grobe Einschätzung für unterschiedliche regionale Bedarfsentwicklungen in der Stadt zu ermöglichen (vgl. Kap. 3).

2.2 Bevölkerungsentwicklung

Rund 1,52 Mio Menschen waren im Dezember 2015[20] mit Hauptwohnsitz in München gemeldet. Etwa 265.600 Personen sind 65 Jahre und älter. Ihr Anteil an der Gesamtbevölkerung liegt bei 17,5 %. Etwa 67.000 Personen sind 80 Jahre und älter. Ihr Anteil an der Gesamtbevölkerung liegt bei 4,4 %.
Etwa 42.700 ab 65-Jährige Personen und etwa 5.500 ab 80-Jährige Personen haben keine deutsche Staatsangehörigkeit. Rund 70.700 Personen ab 65 Jahren, und davon ca. 13.400 ab 80Jährige haben einen Migrationshintergrund.[21]

19 vgl. u.a. Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz, Freie und Hansestadt Hamburg, Amt für Gesundheit, „Pflegerische Versorgungsstruktur, Rahmenplanung bis 2020“, Stand: Dezember 2015.
Stadt Dortmund, Sozialamt, „Bedarfsplanung für vollstationäre Pflegeeinrichtungen in Dortmund, 2015 bis 2017“, Stand: 2/2015.

20 Statistisches Amt LH München, Hauptwohnsitzbevölkerung, Dezember 2015, eigene Berechnungen S-I-LP, Hauptwohnsitzbevölkerung beinhaltet Heimbewohnerinnen und Heimbewohner, siehe Tabelle 1

21 LH München, Statistisches Amt, ZIMAS, Hauptwohnsitzbevölkerung mit Migrationshintergrund nach Alter, Stand: Mai 2015, neuere Zahlen waren zum Zeitpunkt der Erstellung der Kurzinformation vom Statistischen Amt nicht verfügbar

Tabelle 1: Hauptwohnsitzbevölkerung in der Landeshauptstadt München (Stand: Dezember 2015, ZIMAS)[22]

		Hauptwohnsitzbevölkerung in der LH Mü, beinhaltet Heimbewohnerinnen und Heimbewohner						
		Statistisches Amt, LH Mü, ZIMAS, Stand: Dezember 2015						
		Deutsche			Einwohnerinnen und -wohner o.dt.Staatsb.			Zusammen
LH Mü	Altersklasse	männlich	weiblich	zusammen	männlich	weiblich	zusammen	
	0-17 J.	93.170	88.994	182.164	22.198	19.236	41.434	223.598
	18-64 J.	345.982	351.245	697.227	175.832	159.414	335.246	1.032.473
	65-79 J.	70.735	90.608	161.343	19.452	17.775	37.227	198.570
	80 J. u.ä.	21.546	40.007	61.553	2.754	2.730	5.484	67.037
	Gesamt	531.433	570.854	1.102.287	220.236	199.155	419.391	**1.521.678**
	Anzahl spez. Gruppen ab 65Jäh	92.281	130.615	222.896	22.206	20.505	42.711	265.607
	Anteil spez. Gruppen ab 65JährigeranGesamt in %, ger.	17,4%	22,9%	20,2%	10,1%	10,3%	10,2%	**17,5%**
	Anzahl spez.Gruppen ab 80Jäh	21.546	40.007	61.553	2.754	2.730	5.484	67.037
	Anteil spez. Gruppen ab 80JährigeranGesamt in %, ger.	4,1%	7,0%	5,6%	1,3%	1,4%	1,3%	**4,4%**

2.2.1 Bevölkerungsprognose

Das Referat für Stadtplanung und Bauordnung hat für den Zeitraum 2013-2030 eine neue Bevölkerungsprognose[23] erarbeitet. Die Prognose wurde auf der Basis der sog. „Wohnberechtigten“ (d.h. der Personen mit Haupt- oder Nebenwohnsitz in der Landeshauptstadt München) erstellt.

Die Bevölkerung der Landeshauptstadt München wird von 1,49 Mio Wohnberechtigten im Jahr 2013 auf ca. 1,72 Mio im Jahr 2030 ansteigen.

➔ absoluter Anstieg um etwa 230.350 Wohnberechtigte

➔ Wachstum um 15,4%

➔ Wachstumsrate von 0,8 % pro Jahr

In der folgenden Tabelle 2 handelt es sich um die prognostisch berechneten Originaldaten aus dem Planungsreferat in gerundeter Form.

22 Statistisches Amt LH München, Hauptwohnsitzbevölkerung, Dezember 2015, eigene Berechnungen S-I-LP, Hauptwohnsitzbevölkerung beinhaltet Heimbewohnerinnen und Heimbewohner

23 Hochrechnung auf Basis der Bevölkerungsprognose des Referats für Stadtplanung und Bauordnung (2015): Demografiebericht München - Teil 1. Analyse und Bevölkerungsprognose 2013 bis 2030, eigener Tabellenband Planungsprognose 2013-2030 zu Altersgruppen, Geschlecht und Staatsangehörigkeit, Berechnungen Sozialreferat, Amt für Soziale Sicherung, S-I-LP

Tabelle 2: Bevölkerungsprognose 2013-2030[24]
Wohnberechtigte nach Altersgruppen, Staatsangehörigkeit und Geschlecht

Prognostizierte Anzahl der Einwohnerinnen u. Einwohner im Jahr 2030 (sog. Wohnberechtigte)						
	Deutsche		Einwohnerinnen u. Einwohner o.dt. Staatsb.		Gesamt	
Altersgruppe	männlich	weiblich	männlich	weiblich	Anzahl	Anteil von Summe (%)
0 -17 J.	106.600	101.700	19.400	17.600	244.200	14,2%
18 -64 J.	398.800	390.700	199.100	187.500	1.176.000	68,3%
65 -79 J.	74.900	86.600	22.800	24.500	208.700	12,1%
80 J. u.ä.	30.400	47.600	7.600	8.500	94.000	5,5%

2.2.2 Entwicklung der älteren Bevölkerung ab 65 Jahren

Was die Entwicklung der älteren Bevölkerung ab 65 Jahren betrifft, so sind nach der genannten Planungsprognose 2013 bis 2030 folgende Prozesse und Veränderungen wahrscheinlich:

Wohnberechtigte ab 65 Jahren

Die Anzahl der ab 65-Jährigen wird insgesamt um etwa 15% ansteigen, von etwa 263.000 im Jahr 2013 auf etwa 303.000 im Jahr 2030, d.h. eine absolute Zunahme der Anzahl der ab 65-Jährigen um etwa 40.000 Wohnberechtigte.
Allerdings ist hier anzumerken, dass der absolute Anstieg vor allem auf den Anstieg der Anzahl der Hochaltrigen ab 80 Jahren zurückzuführen ist. Die Anzahl der Personen in der Altersgruppe der 65- bis 79-Jährigen steigt im gesamten Zeitraum nur leicht an.
Folgende Differenzierungen hinsichtlich der Entwicklung der Altersgruppen sind deshalb zu beachten:

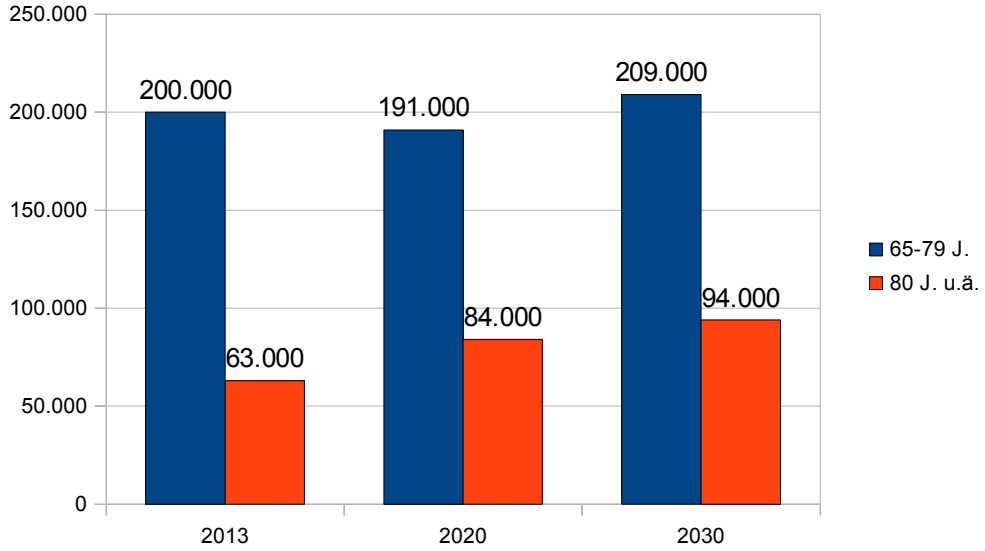
- Wohnberechtigte von 65 bis 79 Jahren: die absolute Anzahl der 65- bis 79-Jährigen fällt sogar von 2013 bis 2020 und steigt dann bis 2030 nur leicht an.
- Wohnberechtigte ab 80 Jahren: die Zahl der ab 80-Jährigen steigt bis 2030 kontinuierlich und stark an (von etwa 63.000 im Jahr 2013 auf etwa 94.000 im Jahr 2030 - das entspricht einem prozentualen Anstieg um 49%.
- Zwei Drittel des gesamten Anstiegs der Anzahl Hochaltriger sind bereits bis zum Jahr 2020 vollzogen

Was die Altersstruktur betrifft, so ergeben sich trotz des absoluten Anstiegs nur teilweise Veränderungen:

24 Die prognostizierte gesamte Anzahl der Hauptwohnsitzbevölkerung (siehe Tabelle 2: „Gesamt“) wurde vom Referat für Stadtplanung und Bauordnung (PLAN) eigens hochgerechnet. Sie ergibt sich nicht aus der Summe der prognostizierten deutschen (weiblichen und männlichen) Hauptwohnsitzbevölkerung und der Summe der (weiblichen und männlichen) Hauptwohnsitzbevölkerung ohne deutsche Staatsbürgerschaft.

- der Anteil der ab 65-Jährigen an der Gesamtbevölkerung bleibt bis 2030 auf gleichem Niveau (17,6 % im Jahr 2013 und 17,6 % im Jahr 2030)
- der Anteil der Hochaltrigen, d.h. der ab 80-Jährigen, an der Gesamtbevölkerung steigt jedoch kontinuierlich an (von 4,2 % im Jahr 2013 auf 5,5 % im Jahr 2030)

Diagramm 1: Bevölkerungsprognose des Referats für Stadtplanung und Bauordnung 2013 - 2030, sog. Wohnberechtigte, spezifische Altersgruppen



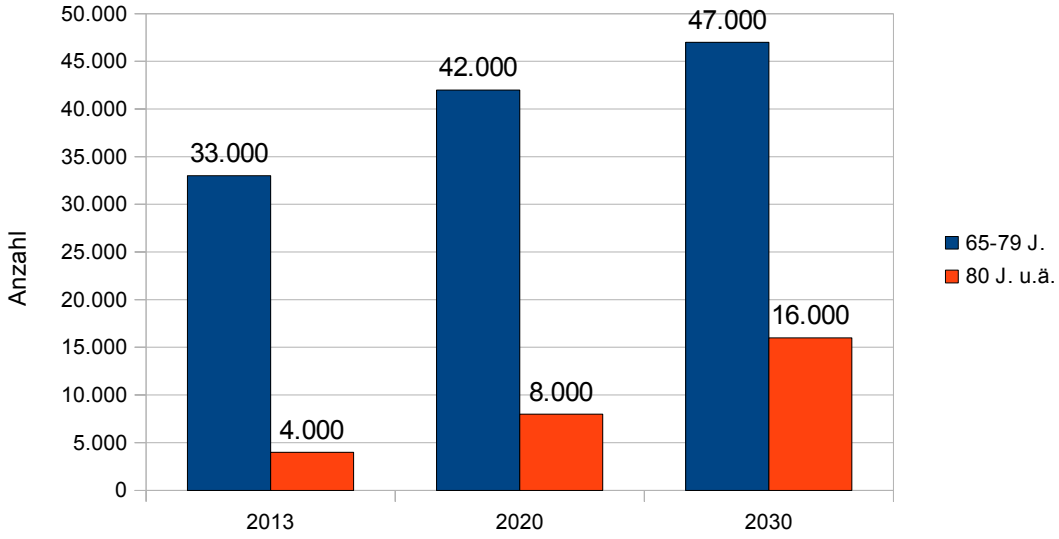
Bevölkerungsprognose 2013 bis 2030, Referat für Stadtplanung und Bauordnung, Wohnberechtigte, spezifische Altersgruppen, Daten des Referats für Stadtplanung und Bauordnung, Berechnungen S-I-LP, gerundete Daten

2.2.3 Entwicklung bei älteren Einwohnerinnen und Einwohnern ohne deutsche Staatsangehörigkeit

Die Anzahl der Wohnberechtigten ohne deutsche Staatsangehörigkeit ab 65 Jahre wird bis zum Jahr 2030 sehr deutlich um ca. 24.000 Wohnberechtigte (d.h. um etwa 56%) ansteigen, von etwa 37.000 im Jahr 2013 auf etwa 63.000 im Jahr 2030. Das bedeutet, dass fast 2/3 des gesamten Anstiegs der Anzahl aller ab 65-Jährigen auf einen Anstieg der Anzahl der Wohnberechtigten ohne deutsche Staatsangehörigkeit zurückzuführen ist.

Was die Hochaltrigen ohne deutsche Staatsangehörigkeit betrifft, so steigt die Anzahl der ab 80-Jährigen ohne deutsche Staatsangehörigkeit von etwa 4.000 im Jahr 2013 sehr stark auf 16.000 im Jahr 2030 an .

Diagramm 2: Bevölkerungsprognose des Referats für Stadtplanung und Bauordnung 2013 - 2030,sog. Wohnberechtigte o.dt. Staatsbürgerschaft, spezifische Altersgruppen



Bevölkerungsprognose 2013-2030, Referat für Stadtplanung und Bauordnung, Wohnberechtigte
Daten des Referats für Stadtplanung und Bauordnung, Berechnungen S-I-LP, gerundete Daten

2.3 Aktuelle und prognostische Anzahl und Verteilung der Menschen mit Pflegebedarf

Immer wieder weisen aktuelle Studien auf die wachsende Anzahl der Pflegebedürftigen (bzw. Leistungsempfängerinnen und -empfänger von Leistungen aus der Pflegeversicherung, SGB XI) hin und dabei insbesondere auch auf erhebliche Unterschiede in der bundes- und bayernweiten regionalen Verteilung.

So betonte schon im Jahr 2013 der Bertelsmann Pflegereport 2030[25], dass der Pflegebedarf um 50 Prozent steigen wird, regional sehr unterschiedlich verteilt ist und mit einem erheblichen Fachkräfte-Mangel zu rechnen sein wird: „Waren im Dezember 2009 in Deutschland 2,34 Millionen Menschen pflegebedürftig im Sinne der Pflegeversicherung, wird sich die Zahl der Pflegebedürftigen bis ins Jahr 2030 auf 3,4 Millionen und bis 2050 sogar auf 4,5 Millionen erhöhen.“

Die Basis für die Ermittlung der Anzahl pflegebedürftiger Menschen in der Landeshauptstadt München in dieser vorliegende Pflegebedarfsermittlung bildet die Bayerische Amtliche Pflegestatistik[26]. Diese Statistik wird aufgrund gesetzlicher

25 https://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/BSt/Presse/imported/downloads/xcms_bst_dms_36958_36959_2.pdf
26 Bayerisches Landesamt für Statistik und Datenverarbeitung (2015): Statistische Berichte. Pflegeeinrichtungen, ambulante sowie stationäre und Pflegegeldempfänger in Bayern. Ergebnisse der Pflegestatistik. Stand 15. bzw. 31. Dezember 2013. online unter: https://www.statistik.bayern.de/veroeffentlichungen/epaper.php?pid=42227&t=1

Vorschriften nur im Abstand von zwei Jahren durch das Statistische Bundesamt und die jeweiligen Statistischen Landesämter erhoben und jeweils ca. ein Kalenderjahr nach Erhebung veröffentlicht. Die Einrichtungen, Träger und Versicherungsträger sind gesetzlich zur Auskunft verpflichtet.
Die letzte amtliche Erhebung des Bayerischen Landesamtes für Statistik und Datenverarbeitung fand im Dezember 2013 statt. Die Daten wurden Anfang 2015 veröffentlicht. Aktuellere Daten liegen erst wieder Anfang 2017 vor. Die hier verwendeten Zahlen sind somit die aktuellsten und belastbarsten Zahlen zu diesem Leistungsgebiet.
Insgesamt lebten in München zum Stand der letzten Erhebung 25.194 Menschen, die pflegebedürftig im Sinne des Pflegeversicherungsgesetzes (SGB XI) sind. Davon stellten 11.317 Personen (44,9 %) ihre Versorgung durch pflegende Angehörige (oder andere Personen des persönlichen sozialen Umfeldes) sicher, 7.448 Menschen (29,6 %) wurden ganz oder teilweise durch professionelle ambulante Pflegedienste versorgt und 6.429 (25,5 %) nahmen Leistungen in vollstationären Einrichtungen in Anspruch.
Im Folgenden (Tabelle 3 und 4) werden frühere, aktuelle und die prognostischen Zahlen der Bürgerinnen und Bürger mit Pflegebedarf in der Landeshauptstadt München genauer dargestellt.

Tabelle 3: Empfängerinnen und Empfänger von Leistungen der Pflegeversicherung in der Landeshauptstadt München

	Empfängerinnen und Empfänger von Leistungen aus der Pflegeversicherung			
Art der Leistung	**2007**	**2009**	**2011**	**2013**
Private häusliche Pflege (Pflegegeld)	11.179	10.863	11.299	11.317
Ambulante Pflege (= Sachleistung)	7.492	7.591	7.622	7.448
vollstationäre Pflege	5.950	6.159	6.207	6.429
Gesamt	**24.621**	**24.613**	**25.128**	**25.194**

Bayerisches Landesamt für Statistik und Datenverarbeitung (2008, 2010, 2012, 2015): Statistische Berichte. Pflegeeinrichtungen (ambulante sowie stationäre) und Pflegegeldempfänger in Bayern. Ergebnisse der Pflegestatistik Stand 15. bzw. 31. Dezember 2007, 2009, 2011 und 15. bzw. 31. Dezember 2013[27]

Tabelle 3 zeigt die Entwicklung der Zahlen für München von 2007 bis 2013. Die Übersicht zeigt, dass die absolute Zahl der Menschen mit Pflegebedarf in München im betrachteten Zeitraum nur leicht angestiegen ist (um 573 Personen).

27 Bei der Erhebung der Daten für das Jahr 2009 hat das Statistische Bundesamt eine Veränderung bzgl. der Ausweisung von Personen mit Tages-/Nachtpflege vorgenommen, die zu einer minimalen Veränderung in den Daten und damit der Vergleichbarkeit führt.

Seit Jahren bleibt die Gesamtzahl der Pflegeleistungsempfängerinnen und -empfänger in der Landeshauptstadt München damit auf ähnlichem Niveau.[28] Das Sozialreferat geht davon aus, dass diese Situation durch die folgenden Faktoren zu erklären ist:

- Präventive Angebote werden erfolgreich angenommen,
- Pflegebedürftigkeit tritt viel später ein (sog. „Kompression der Morbidität“), oft erst bei Hochaltrigen (d.h. ab 80 Jährigen).
- Wanderungsbewegungen: Wie u.a. auch der Gesamtverband der Bayerischen Versicherungswirtschaft e.V. aufzeigt, verlor die Landeshauptstadt München z.B. im Jahr 2014 im Saldo rund 2.000 ab 65jährige Einwohnerinnen und Einwohner (Zu- und Wegzüge berücksichtigt). Hierbei kann nur vermutet werden, dass es sich um ältere Menschen handelt, die sich das Leben in der Landeshauptstadt München nicht (mehr) leisten können, insbesondere auch wenn sie einen Hilfe - und/oder Pflegebedarf haben.

Die Anzahl der alleine durch Angehörige versorgten Personen (Pflegegeld) und die Anzahl der Personen, die durch ambulante Pflegedienste versorgt werden, liegt im Zeitraum 2007 bis 2013 auf etwa gleichbleibendem Niveau. Die Anzahl der Leistungsempfängerinnen und -empfänger der vollstationären Pflege nimmt in diesem Zeitraum leicht zu.

Für das Jahr 2025 wurde eine Sonderauswertung des Bayerischen Landesamts für Statistik und Datenverarbeitung und eine Sonderauswertung der aktuellen Bevölkerungsprognose des Referats für Stadtplanung und Bauordnung (PLAN) 2013-2025 nach Altersgruppen und Stadtbezirken angefordert und auf die Zahlen des Bayerischen Landesamts angewandt. Für das Jahr 2025 ist aufgrund dieser Berechnungen mit einem Anstieg der Anzahl der Leistungsempfängerinnen und -empfänger von Leistungen aus der Pflegeversicherung auf ca. 31.400 Personen zu rechnen. Dies entspricht einer Zunahme um 6.200 Personen in diesem Zeitraum. Überträgt man dieses Ergebnis auf die verschiedenen Leistungsbereiche ergibt sich künftig folgende Verteilung:

28 Im Gegensatz dazu steigt die Anzahl der Pflegebedürftigen z.B. in Berlin an, vgl: www.berlin.de Landespflegeplan Berlin: „112.509 Berliner sind aktuell pflegebedürftig. Das ist ein Zuwachs von 39 Prozent. Drei Viertel der Pflegebedürftigen werden zu Hause gepflegt.“ In: CAREkonkret, Ausgabe 26, 24.06.2016, S. 12

Tabelle 4: Prognose zur Entwicklung der pflegerischen Versorgung bis 2025[29]

	Empfängerinnen und Empfänger von Leistungen aus der Pflegeversicherung (Anzahl Personen)	
Art der Leistung	**2013**	**2025**
Private häusliche Pflege (Pflegegeld)	11.317	ca.14.100
Ambulante Pflege (= Sachleistung)	7.448	ca. 9.300
vollstationäre Pflege	6.429	ca. 8.000
Gesamt	**25.194**	**ca. 31.400**

Dem für die Bedarfsermittlung angegebenen Zielwert von ca. 8.800 Pflegeplätzen (vgl. Grafik 1) für die o.g. etwa 8.000 Personen wird eine prognostizierte Auslastung von ungefähr 90 % des entsprechenden Angebots zugrunde gelegt.

Da die veröffentlichten Daten der Pflegestatistik des Bayerischen Landesamtes für Statistik und Datenverarbeitung auf der Ebene der Landkreise und kreisfreien Städte keine weiteren Strukturdaten, wie insbesondere zum Alter, zur Geschlechterrelation und zum Migrationshintergrund der Pflegebedürftigen ausweisen, hat das Sozialreferat hierzu eine Sonderauswertung der Datensätze zu den genannten Merkmalen beim Bayerischen Landesamt angefordert. Das Landesamt stellte der Stadt daraufhin Daten zur Verfügung, die zumindest die Zahl der Menschen mit Pflegebedarf in den einzelnen Altersjahrgängen und nach Geschlecht ausweisen. Daten zur Nationalität oder gar zum Migrationshintergrund der Menschen mit Pflegebedarf konnten allerdings nicht, wie vom Sozialreferat gewünscht, zur Verfügung gestellt werden. Dieser Umstand wurde mit der Tatsache erklärt, dass entsprechende Daten in der Statistik nicht abgefragt und somit auch nicht ausgewiesen werden.

Von den zum Stichtag 31.12.2013 insgesamt 25.194 pflegebedürftigen Menschen in München waren 1.126 Menschen unter 18 Jahren . Dies entspricht einer Quote von 4,5% aller Pflegebedürftigen in München. Weitere 2.894 pflegebedürftige Menschen sind zwischen 18 und 59 Jahre alt (11,5%). 21.174 Pflegebedürftige (oder 84,0%) sind 60 Jahre und älter.

29 Bayerisches Landesamt für Statistik und Datenverarbeitung, Sonderauswertung, erhalten am 01.03.2016
Anwendung der Zahlen auf die Bevölkerungsprognose der Planungsreferat 2013-2025 (Sonderauswertung des PLAN für das Sozialreferat vom 02.03.2016)

Von den 25.194 Pflegebedürftigen in München sind 64,0 % Frauen und 36,0 % Männer. Die Geschlechterrelation variiert stark nach dem Alter der Pflegebedürftigen. Bei den unter 18-Jährigen überwiegt mit 59,9 % der Anteil der männlichen Pflegebedürftigen. Bei den 18- bis 59-jährigen Pflegebedürftigen ist die Verteilung nahezu gleich. In der Altersgruppe der über 60-Jährigen verschiebt sich die Verteilung deutlich zugunsten der Frauen (67,5 %). Bei den über 80-Jährigen liegt der Anteil der Frauen mit rund 75 % noch einmal höher.
Die 80-Jährigen oder Älteren machen mit einem Anteil von 54,4 % mehr als die Hälfte aller Pflegebedürftigen aus.

Bei einer Bevölkerungszahl von 1.492.677 am 31.12.2013 waren zu diesem Zeitpunkt rund 1,7% der Münchner Bevölkerung pflegebedürftig im Sinne des SGB XI. Die Wahrscheinlichkeit, pflegebedürftig zu werden, ist jedoch in verschiedenen Altersgruppen sehr unterschiedlich und steigt mit dem Lebensalter an: Bei den 0-59-Jährigen sind lediglich 0,3 % pflegebedürftig, bei den 60-79-Jährigen 2,7 %. Die Wahrscheinlichkeit pflegebedürftig zu werden steigt insbesondere ab dem 80. Lebensjahr stark an: von den 62.868 Menschen, die 80 Jahre und älter sind, ist mehr als jeder Fünfte pflegebedürftig (13.694 Personen oder 21,8%).

Die Daten zum Alter und zum Geschlecht der Pflegebedürftigen, die das Sozialreferat vom Statistischen Landesamt erhalten hat, weisen folgende Verteilung auf (siehe Tabelle 5):

Tabelle 5: Verteilung der Pflegebedürftigen in München nach Alter und Geschlecht am 31.12.2013

Alter in Jahren	Pflegebedürftige					
	Frauen		Männer		gesamt	
	Anzahl	Anteil (%)	Anzahl	Anteil (%)	Anzahl	Anteil an der Alters-gruppe (%)
0-17	451	40,1	675	59,9	1.126	4,5
18-59	1.382	47,8	1.512	52,2	2.894	11,5
60+	14.295	67,5	6.879	32,5	21.174	84,0
davon 80+	*10.231*	*74,7*	*3.463*	*25,3*	*13.694*	*54,4*
gesamt	16.128	64,0	9.066	36,0	25.194	100,0

Neben den Zahlen der Pflegebedürftigen nach SGB XI ist es wichtig, auch die Daten der Leistungsbezieherinnen und -bezieher nach SGB XII zu betrachten.

Die Bevölkerungsdaten und Zahlen zu den Leistungsbezieherinnen und -beziehern nach SGB XII - Individuelle Hilfe bei Pflegebedürftigkeit (Stand 31.12.2013 und 31.12.2015, Daten des Sozialreferates, Amt für Soziale Sicherung, Abteilung S-I-LS, Tabelle Nr. 7 ff.) zeigen, dass Frauen nicht nur – wie zu erwarten – in absoluten Zahlen häufiger Hilfe zur Pflege in Anspruch nehmen, sondern auch relativ in allen Altersklassen (jeweils gemessen an ihrem Anteil an der Bevölkerung).
Betrachtet man die Leistungsbezieherinnen und -bezieher nach Staatsbürgerschaft, fällt auf, dass der Anteil der ab 80Jährigen Leistungsbezieherinnen und -bezieher ohne deutsche Staatsbürgerschaft besonders hoch ist (siehe Tabelle 9a und 9b).

Tabelle 6a und 6b: Individuelle Hilfen bei Pflegebedürftigkeit – weibliche Leistungsbezieherinnen in den Jahren 2013 und 2015

Tab. 6a		**2013**			
Personen-gruppe	Gesamt	0-17 J.	18-64 J.	65-79 J.	80+
Bevölke-rung	745.857	102.995	495.380	107.013	40.469
Anz. d. Leistungs-bezieher	1.206	0	329	419	458
Anteil an der ver-gleichb. Bev.gr	0,16%	0,00%	0,07%	0,39%	1,13%

Tab. 6b		**2015**			
Personen-gruppe	Gesamt	0-17 J.	18-64 J.	65-79 J.	80+
Bevölke-rung	770.009	108.230	510.659	108.383	42.737
Anz. d. Leistungs-bezieher	1353	1	332	511	509
Anteil an Bev.gr	0,18%	0,00%	0,07%	0,47%	1,19%

Tabelle 7a und 7b: Individuelle Hilfe bei Pflegebedürftigkeit – männliche Leistungsbezieher in den Jahren 2013 und 2015

Tab. 7a		**2013**			
Personen-gruppe	Gesamt	0-17 J.	18-64 J.	65-79 J.	80+
Bevölke-rung	719.105	108.068	499.632	89.729	21.676
Anz. d. Leistungs-bezieher	807	3	332	309	163
Anteil an der vergl.b. Bev.gr	0,11%	0,00%	0,07%	0,34%	0,75%

Tab. 7b		**2015**			
Personen-gruppe	Gesamt	0-17 J.	18-64 J.	65-79 J.	80+
Bevölke-rung	751.669	115.368	521.814	90.187	24.300
Anz. d. Leistungs-bezieher	904	1	336	343	224
Anteil an der vergl.b. Bev.gr	0,12%	0,00%	0,06%	0,38%	0,92%

Tabelle 8a und 8b: Individuelle Hilfe bei Pflegebedürftigkeit – Leistungsbezieherinnen und -bezieher mit deutscher Staatsangehörigkeit in den Jahren 2013 und 2015

Tab. 8a		**2013**			
Personen-gruppe	Gesamt	0-17 J.	18-64 J.	65-79 J.	80+
Bevöl-kerung	1.092.161	174.264	695.913	164.145	57.839
Anz. d. Leistungs-bezieher	1.250	1	526	417	306
Anteil an der vergl.b. Bev.gr	0,11%	0,00%	0,08%	0,25%	0,53%

Tab. 8b		2015			
Personen-gruppe	Gesamt	0-17 J.	18-64 J.	65-79 J.	80+
Bevöl-kerung	1.102.287	182.164	697.227	161.343	61.553
Anz. d. Leistungs-bezieher	1.340	0	523	476	341
Anteil an der vergl.b. Bev.gr	0,12%	0,00%	0,08%	0,30%	0,55%

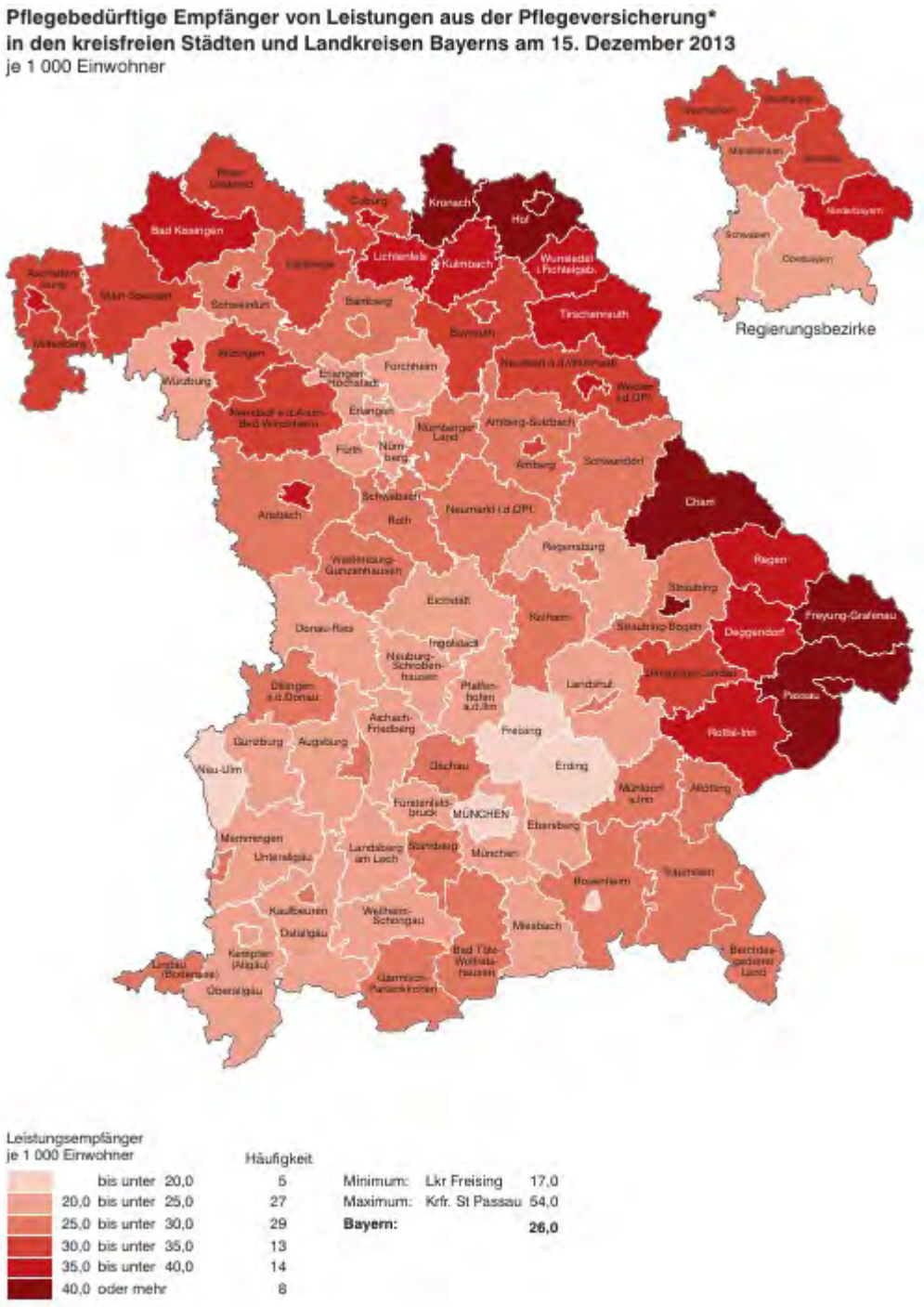
Tabelle 9a und 9b: Individuelle Hilfe bei Pflegebedürftigkeit – Leistungsbezieherinnen und -bezieher ohne deutsche Staatsangehörigkeit in den Jahren 2013 und 2015

Tab. 9a		2013			
Personen-gruppe	Gesamt	0-17 J.	18-64 J.	65-79 J.	80+
Bevöl-kerung	372.801	36.799	299.099	32.597	4.306
Anz. d. Leistungs-bezieher	763	2	135	311	315
Anteil an der vergl.b. Bev.gr	0,20%	0,01%	0,05%	0,95%	7,32%

Tab. 9b		2015			
Personen-gruppe	Gesamt	0-17 J.	18-64 J.	65-79 J.	80+
Bevöl-kerung	419.391	41.434	335.246	37.227	5.484
Anz. d. Leistungs-bezieher	929	2	145	385	397
Anteil an der vergl.b. Bev.gr	0,22%	0,00%	0,04%	1,03%	7,24%

Werden Anzahl und Verteilung der Menschen mit Pflegebedarf um eine räumliche Perspektive ergänzt, zeigen sich zum Teil deutliche regionale Verteilungsunterschiede. Die nachfolgende Grafik illustriert, dass bezüglich der Anzahl der Empfängerinnen und Empfänger von Leistungen aus der Pflegeversicherungen in den kreisfreien Städten und Landkreisen Bayerns erhebliche Unterschiede bestehen.

Grafik 2: Regionale Unterschiede bei den Leistungsempfängerinnen und -empfänger von Leistungen aus der Pflegeversicherung in Bayern



Anhand der Grafik wird deutlich, dass die Landeshauptstadt München, die Landkreise Freising, Erding, sowie Neu-Ulm und die Stadt Rosenheim offenbar die geringste Anzahl von Leistungsempfängerinnen und -empfängern je 1.000 Einwohnerinnen und Einwohnern aufweisen (unter 20,0 pro 1.000 Einwohnerinnen und Einwohner).

2.4 Aktuelle und prognostische Anzahl der Menschen mit Demenzerkrankungen in der Landeshauptstadt München

In Deutschland leben gegenwärtig etwa 1,5 Millionen Menschen, die von einer Demenzerkrankung betroffen sind, zwei Drittel von ihnen leiden an einer Alzheimer-Erkrankung. Bis zum Jahr 2050 wird sich nach Vorausberechnungen der Bevölkerungsentwicklung die Anzahl der Betroffenen auf 3,0 Millionen erhöhen, sofern kein Durchbruch in der Therapie gelingt.[30]

„In Bayern gibt es gegenwärtig rund 220.000 Menschen mit Demenz. Bis zum Jahr 2020 ist einem Anstieg auf circa 270.000 zu rechnen, wenn das Erkrankungsrisiko auf dem bisherigen Niveau bleibt. Bis zum Jahr 2032 würde sich demnach die Zahl der Demenzkranken sogar um 50 Prozent auf rund 340.000 erhöhen. 70 Prozent der Betroffenen werden derzeit zu Hause gepflegt – die übrigen leben in Pflegeheimen, einige auch in ambulant betreuten Wohngemeinschaften.“[31]

Die Wahrscheinlichkeit, an einer Demenz zu erkranken, nimmt mit dem Lebensalter zu:

- Zwei Drittel aller Demenzerkrankten haben bereits das 80. Lebensjahr vollendet.
- In der Altersgruppe der 65-69Jährigen sind lediglich 1,6 % betroffen.
- Von den 80-84Jährigen sind bereits 15,6% an einer Demenz erkrankt
- Bei den 90Jährigen und Älteren haben denn insgesamt 41,0% eine Demenzerkrankung.

Wendet man die o.g. Prävalenz-Statistik auf München an, lebten Ende des Jahres 2015 (Stand: Dezember 2015) geschätzt ca. 23.400 ab 65Jährige mit einer Demenzerkrankung im Stadtgebiet, davon rund 7.800 Männer und 15.600 Frauen. Die höhere absolute Anzahl von Frauen ist vorwiegend auf deren höhere Lebenserwartung zurückzuführen.

30 Deutsche Alzheimer Gesellschaft (2014): Das Wichtigste 1: Die Häufigkeit von Demenzerkrankungen: http://www.deutsche-alzheimer.de/fileadmin/alz/pdf/factsheets/infoblatt1_haeufigkeit_demenzerkrankungen_dalzg.pdf

31 Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege, Pressemitteilung vom 25.03.2016. Huml: Gesellschaft muss sich verstärkt auf Demenzkranke einstellen – Bayerns Gesundheits- und Pflegeministerin fordert mehr Verständnis für Betroffene und Angehörige.

Auf der Basis einer altersgruppen- und geschlechtsspezifischen Hochrechnung und unter Annahme gleichbleibender Prävalenzraten ist in München von einem Anstieg der Anzahl der ab 65jährigen Menschen mit Demenzerkrankungen von ca. 23.400 (rund 7.800 Männer und rund 15.600 Frauen) im Jahr 2015 auf etwa 29.600 Betroffene (rund 10.600 Männer und rund 19.000 Frauen) im Jahr 2030 auszugehen. Das entspricht einer relativen Zunahme von 26,5 % (von 2015 bis 2030).[32]

In den nachfolgenden Kapiteln wird aufgezeigt, welche Versorgungs- und Pflegeangebote in der Landeshauptstadt München insgesamt, aber u.a. auch für Menschen mit Demenzerkrankungen zur Verfügung stehen.

2.5 Bereiche und Marktsegmente der pflegerischen Versorgung in der Landeshauptstadt München

Wie in Kapitel 2.3 bereits ausgeführt, stellen von den 25.194 pflegebedürftigen Menschen in München 11.317 Personen (44,9 %) ihre Versorgung durch pflegende Angehörige (oder andere Personen des persönlichen sozialen Umfeldes) sicher und erhalten dazu das sog. „Pflegegeld für häusliche Pflege“. 7.448 Menschen (29,6 %) wurden ganz oder teilweise durch professionelle ambulante Pflegedienste versorgt. Sie nehmen „Pflegesachleistungen für häusliche Pflege“ oder ggf. auch „Kombinationsleistungen“ (z.B. Kombination von Pflegegeld und Pflegesachleistung für häusliche Pflege) in Anspruch. 6.429 (25,5 %) Pflegebedürftige nahmen Leistungen in vollstationären Einrichtungen in Anspruch.

Diese Zahlen verdeutlichen, dass in der Landeshauptstadt München nach wie vor der überwiegende Teil der pflegebedürftigen Menschen (rund 75 %) zu Hause gepflegt und versorgt wird.

Es muss grundsätzlich darauf hingewiesen werden, dass die Pflegeversicherung auch im Rahmen der Weiterentwicklung durch die Pflegestärkungsgesetze I bzw. II und trotz aller Verbesserung insbesondere für Menschen mit Demenzerkrankungen eine sog. „Teilkaskoversicherung“ bleibt und mit den Leistungen aus der Pflegeversicherung finanziell keine vollumfängliche Versorgung z.B. im ambulanten und/oder teilstationären Pflegebereich sichergestellt werden kann.

32 Deutsche Alzheimer Gesellschaft (2014): Das Wichtigste 1: Die Häufigkeit von Demenzerkrankungen: http://www.deutsche-alzheimer.de/fileadmin/alz/pdf/factsheets/infoblatt1_haeufigkeit_demenzerkrankungen_dalzg.pdf
Demografiebericht der Landeshauptstadt München: http://www.muenchen.de/rathaus/dms/Home/Stadtverwaltung/Referat-fuer-Stadtplanung-und-Bauordnung/stadtentwicklung/grundlagen/DemoBevProg2013bis2030.pdf
Statistisches Amt, ZIMAS, Hauptwohnsitzbevölkerung, spezifische Altersgruppen, Dezember 2015, Prävalenzgruppen nach Geschlecht und Altersgruppen getrennt berechnet, eigene Berechnungen Sozialreferat, Amt für Soziale Sicherungen, S-I-LP

2.5.1 Private häusliche Pflege

Die Betreuung hilfe- und pflegebedürftiger Angehöriger bringt erhebliche Belastungen mit sich (vgl. Beschluss des Sozialausschuss „Pflege zu Hause II - Situation der pflegenden Angehörigen“ vom 06.07.2006). In den meisten Fällen übernehmen oft ebenfalls (hoch-)betagte und ggf. gesundheitlich beeinträchtigte Ehepartnerinnen und -partner oder (Schwieger-)Töchter (seltener Söhne) diese Form der Versorgung[33]. Mit Fortschreiten der Versorgungsintensität steigen in der Regel auch die Belastungen und führen die Betreuenden in vielen Fällen über ihre persönlichen Grenzen. Psychische und psychosomatische Erkrankungen sind bei pflegenden Angehörigen häufige Folge dieser andauernden Überforderung. Sich auf die Begleitung und Versorgung eines pflegebedürftigen Angehörigen einzulassen, ist eine enorme Herausforderung und ein langer Prozess der Verantwortung - gerade bei Menschen mit Demenzerkrankung.

Die Einführung einer sog. „Pflegezeit“ im Zuge der Reform der Pflegeversicherung hat nach Einschätzung des Sozialreferats, wie erwartet, noch zu keiner spürbaren Veränderung im Bereich der Angehörigenpflege geführt. Da während dieser Freistellung kein finanzieller Ausgleich für die Pflegenden vorgesehen ist, bietet diese Regelung insbesondere für berufstätige pflegende Angehörige nur eine sehr eingeschränkte Perspektive.
Angesichts des hohen Einsatzes von pflegenden Angehörigen wird auch deutlich, welche Schwierigkeiten sich für diejenigen Pflegebedürftigen ergeben, die ihre Versorgung allein, ohne Angehörige bewerkstelligen müssen. Das Sozialreferat hat bereits mehrfach darauf hingewiesen, dass es zu den wesentlichen Konstruktionsfehlern des Pflegeversicherungsgesetzes und auch jetzt in der Folge in den Pflegestärkungsgesetzen gehört, dass für die Sicherstellung der Versorgung wie selbstverständlich von der Möglichkeit der Angehörigenpflege ausgegangen wurde. Angesichts einer nicht unerheblichen Zahl allein lebender älterer Menschen stößt dieses Prinzip jedoch auch zunehmend an Grenzen.

Die Landeshauptstadt München und die Verbände der freien Wohlfahrtspflege haben zur Verbesserung der Versorgungssituation in München gemeinsam ein differenziertes Angebot unterschiedlichster Beratungsangebote, Dienste und Hilfen aufgebaut, die Pflegebedürftige und pflegende Angehörige unterstützen, und das derzeit im Rahmen des Gesamtkonzepts Münchner Altenhilfe weiterentwickelt wird. Hierzu zählen insbesondere die 13 Fachstellen häusliche Versorgung in den Sozialbürgerhäusern, die 32 Alten- und Service-Zentren (ASZ bzw. *ASZplus*, u.a. mit Betreuungsgruppen und Tagesbetreuung zur Entlastung pflegender Angehöriger), die Beratungsstellen der Verbände der freien Wohlfahrtspflege, die Beratungsstelle Demenz der Alzheimer-Gesellschaft München und die

33 Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend: „Hilfe- und Pflegebedürftige in Privathaushalten –MuG III“ (2004).

Beratungsstelle Rosa Alter der Münchner Aids-Hilfe, die Fachstellen für pflegende Angehörige im Bayerischen Netzwerk Pflege, die Angebote der Wohnberatung und Wohnungsanpassung (in den ASZ und durch den Verein Stadtteilarbeit e.V.) und die Förderung pflegeergänzender Leistungen in der ambulanten Pflege.

2.5.2 Ambulante Pflege

2.5.2.1 Grundinformationen zu ambulanten Pflegediensten

In München existieren derzeit rund 260 ambulante Pflegedienste.[34]
Wie schon im Kapitel 2.3 dargelegt, ist der Anteil der vollstationär versorgten Pflegebedürftigen in der Landeshauptstadt München im Vergleich zu anderen Städten etwas geringer - insbesondere zugunsten der ambulanten Versorgung durch ambulante Pflegedienste.
Folgende Faktoren spielen hierbei eine Rolle:

- Der Pflegemarkt bzgl. der ambulanten Pflegedienste ist stark in Bewegung. Oft erfährt das Sozialreferat wöchentlich von der Arbeitsgemeinschaft der Pflegekassenverbände in Bayern[35] von Veränderungen der Verträge (neue Vertragsabschlüsse, Auflösung von Versorgungsverträgen etc.).
- Anders als im ländlichen Raum bieten die ambulanten Dienste in der Landeshauptstadt München ihre Versorgung im Stadtbezirk ihrer Geschäftsstelle und sehr oft auch darüber hinaus an. So kann man durchaus von einer flächendeckend Versorgung durch die ambulanten Dienste in der Landeshauptstadt München sprechen. Außerdem können die ambulanten Pflegedienste z.T. Rund-um-die-Uhr-Versorgung anbieten, weshalb u.a. eine Aufnahme in vollstationäre Pflegeeinrichtungen häufiger hinausgezögert oder ggf. auch vermieden werden kann.
- Da der Anteil allein lebender (auch älterer) Menschen sehr hoch ist, gewinnt die ambulante pflegerische Versorgung verstärkt an Bedeutung und muss daher von der Kommunen unterstützt und z.B. durch Investitionsförderung und durch Qualitätsentwicklungsmaßnahmen gefördert werden
- Alternative ambulante Versorgungsformen, die das fehlende familiäre Pflegepotenzial kompensieren können, sind notwendig, wenn der Grundsatz „ambulant vor teilstationär vor stationär“ weiter verfolgt werden soll. In München hat sich auch durch die Unterstützung des Sozialreferats ein ergänzendes Angebot ambulant betreuter Pflegewohngemeinschaften und weiterer Versorgungskonzepte entwickelt, das dazu beitragen kann den Einzug in eine vollstationäre Einrichtung zu verzögern oder zu vermeiden.

34 Adressenpool der Sozialreferats, Amt für Soziale Sicherung, S-I-LP, laufende Aktualisierungen aufgrund der Meldungen der Arbeitsgemeinschaft der Pflegekassenverbände in Bayern (verantwortliche Stelle: AOK Bayern, Die Gesundheitskasse Zentrale, Gärtnersleite 14, 96450 Coburg), Stand: 01.07.2016
35 Arbeitsgemeinschaft der Pflegekassenverbände in Bayern, verantwortliche Stelle: AOK Bayern, Die Gesundheitskasse, Zentrale, Gärtnersleite 14, 96450 Coburg

Im Folgenden werden die wichtigsten Ergebnisse der eigenen Erhebung des Sozialreferats bei Münchner ambulanten Pflegediensten vorgestellt.

2.5.2.2 Ergebnisse der Erhebung des Sozialreferats bei ambulanten Pflegediensten mit Geschäftssitz in München

Auch im Marktsegment der ambulanten Pflegedienste versucht die Landeshauptstadt München mit den verbliebenen Einflussmöglichkeiten der Kommune (siehe Grafik 1 des Beschlusses) durch unterstützende qualitätsfördernde Programme und Investitionsförderung zu einer „leistungsfähigen, regional gegliederten, ortsnahen und aufeinander abgestimmten ambulanten und stationären pflegerischen Versorgung der Bevölkerung“ (§ 8 SGB XI i.V.m. Art. 68 AGSG) beizutragen.
Neben der turnusmäßigen Erhebung durch Telefoninterviews bei allen Münchner teil- und vollstationären Pflegeeinrichtungen für den jährlichen Marktbericht Pflege des Sozialreferats entschied sich das Sozialreferat für die vorliegende Pflegebedarfsermittlung eine eigene schriftliche Erhebung bei Münchner ambulanten Pflegediensten durchzuführen. Nur so können die Besonderheiten des ambulanten Pflegemarkts genauer erfasst und analysiert und in der Folge Schlussfolgerungen für Maßnahmen des Sozialreferats zur Qualitätsentwicklung bzw. -förderung ergriffen werden. Es handelte sich um eine Vollerhebung zum Stichtag 15.12.2014, die mittels deskriptiver Statistik (SPSS, Excel) ausgewertet wurde.

Nach einem Pretest wurde der Fragebogen des Sozialreferats (siehe Anlage 1) am 30.04.2015 an alle damals in München registrierten 243 Münchner ambulanten Pflegedienste ausgesandt.

123 Antwortschreiben mit ausgefüllten Fragebögen gingen bis Mai 2015 im Sozialreferat ein. Damit erzielte das Sozialreferat eine vergleichsweise hohe Rücklaufquote von 50,6 %. In der Studie „Pflege-Thermometer 2015“ des Deutschen Instituts für angewandte Pflegeforschung e.V., die auf einer bundesweiten Befragung von Leitungskräften zur Situation der Pflege und Patientenversorgung in der ambulanten Pflege beruht, wurde z.B. nur eine Rücklaufquote von 13 % erreicht.

Das Sozialreferat bedankt sich ausdrücklich für die aktive Mitwirkung so vieler Münchner ambulanter Pflegedienste an dieser Erhebung.

Letztendlich lag der Erhebung des Sozialreferats bei den Münchner ambulanten

Pflegediensten eine maximale Grundgesamtheit von 122 Fragebögen zugrunde.[36] Manche Ergebnisse konnten nicht verwertet werden, da Daten unvollständig oder aufgrund von eindeutig zu erkennenden Missverständnissen nicht vergleichbar waren.

Die wichtigsten Ergebnisse werden im Folgenden vorgestellt:

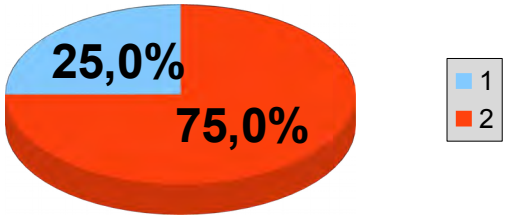
a) Trägerschaften der Münchner ambulanten Pflegedienste

Im April 2015 waren dem Sozialreferat auf Grundlage der Informationen der Arbeitsgemeinschaft der Pflegekassen-Verbände in Bayern (Coburg) 243 ambulante Pflegedienste mit Geschäftssitz in München bekannt, die über einen Versorgungsvertrag nach SGB XI verfügten. Diese Dienste wurden alle angeschrieben.[37]

Zur Frage 1 (Trägerschaften) konnten 112 Fragebögen ausgewertet werden.

- 25,0 % der 112 bei dieser Frage zu berücksichtigten Pflegedienste gehören zu einem Wohlfahrtsverband, einem weiteren kirchlichen Träger oder zur MÜNCHENSTIFT GmbH (1)
- 75,0 % der 113 hier einbezogenen Pflegedienste sind privat-gewerblich tätig (2)

Diagramm 3: Trägerschaften der befragten Münchner ambulanten Pflegedienste



1 ambulante Pflegedienste der MÜNCHENSTIFT GmbH, der Wohlfahrtsverbände, weiterer kirchlicher Träger, gemeinnütziger Stiftungen (Anzahl: 28)

2 private ambulante Pflegedienste (Anzahl: 84)

Somit bildeten die zurückgesendeten Fragebögen in etwa die Aufteilung bzgl. der Trägerschaften der ambulanten Pflegedienste zum Zeitpunkt der Erhebung ab

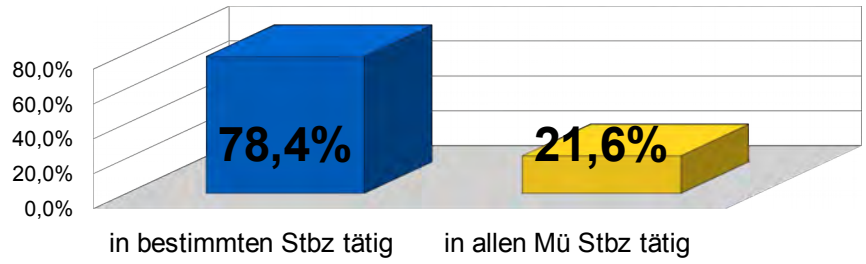
36 Ein Pflegedienst gab an, dass er zum Stichtag 15.12.2014 noch nicht über einen Versorgungsvertrag verfügte. So konnten die Angaben dieses Pflegedienstes nicht in der Auswertung berücksichtigt werden. Bei fünf der ausgefüllten Fragebögen fehlte die Beantwortung der ersten Seite. Außerdem beantworteten manche ambulante Pflegedienste einzelne Fragen nicht. Deswegen musste das Sozialreferat bei der Auswertung zu jeder Frage jeweils die genaue vorliegende Grundgesamtheit angeben.

37 Die Bayerische amtliche Pflegestatistik (Bayerisches Landesamt für Statistik (2015). Statistische Berichte. Pflegeeinrichtungen, ambulante sowie stationäre und Pflegegeldempfänger in Bayern. Ergebnisse der amtlichen Pflegestatistik. Stand: 15 bzw. 31. Dezember 2013, veröffentlicht: Januar 2015) erscheint nur alle zwei Jahre und wird jeweils etwa ein bis eineinhalb Jahre später veröffentlicht. Zum Stichtag 15.12.2013 wurde hier 219 Münchner ambulante Pflegedienste angegeben. Das Sozialreferat griff für die eigene Erhebung auf die genannten aktuelleren Daten zurück.

(20,7% zu 79,3% - Stand 15.12.2014).

b) Einzugsgebiete der Münchner ambulanten Pflegedienste
Von den hier 116 auswertbaren Fragebögen machten die ambulanten Pflegedienste zu ihren Einzugsgebieten folgende Angaben:
91 Dienste, d.h. 78,4 %, versorgten Kundinnen und Kunden nur in bestimmten Stadtbezirken, 25 ambulante Pflegedienste (d.h. 21,6 %) waren stadtweit tätig:

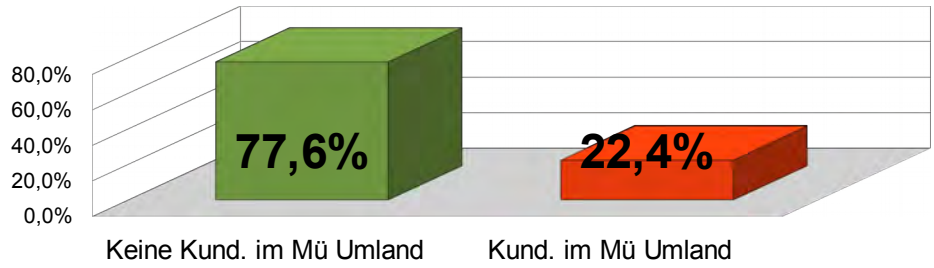
Diagramm 5: Einzugsgebiet der ambulanten Pflegedienste im Stadtgebiet



Des weiteren wurden die ambulanten Pflegedienste gefragt, in welchen Stadtbezirken sie Menschen mit Pflegebedarf versorgten - unabhängig davon, in welchem Stadtbezirk ihre Geschäftsstelle den Geschäftssitz hatte. Aus den Ergebnissen zu dieser Frage lässt sich schließen, dass in jedem Stadtbezirk der Landeshauptstadt München am Stichtag grundsätzlich eine ausreichende Anzahl an ambulanten Pflegediensten tätig war (mindestens 35, maximal 55 ambulante Pflegedienste je Stadtbezirk). Über die Qualität der Versorgung wird mit dieser Frage keine Aussage getroffen.

c) Tätigkeit der Pflegedienste im Münchner Umland
Außerdem wiesen 26 der hier antwortenden 116 ambulanten Pflegedienste darauf hin, dass sie Kundinnen und Kunden im Münchner Umland versorgen (22,4 %),

Diagramm 6: Einzugsgebiet im Münchner Umland



d) Pflegebedürftige Kundinnen und Kunden

Am Stichtag versorgten die erfassten Münchner ambulanten Pflegedienste 7.242 Kundinnen und Kunden. Die Anzahl der Kundinnen und Kunden betrug im Mittelwert 61,9 Kundinnen und Kunden. Minimal wurden drei, maximal 234 Kundinnen und Kunden versorgt.

Wie das folgende Diagramm darlegt, versorgten:

- 17 ambulante Pflegedienste (14,0%) über 100 Kundinnen und Kunden,
- 34 Dienste 51 bis 100 Kundinnen und Kunden (28,1%),
- 44 Dienste 26 bis 50 Kundinnen und Kunden (36,4%) und
- 26 Dienste bis zu 25 Kundinnen und Kunden (21,5%)

Diagramm 7: Anzahl der versorgten Kundinnen und Kunden (Prozent)

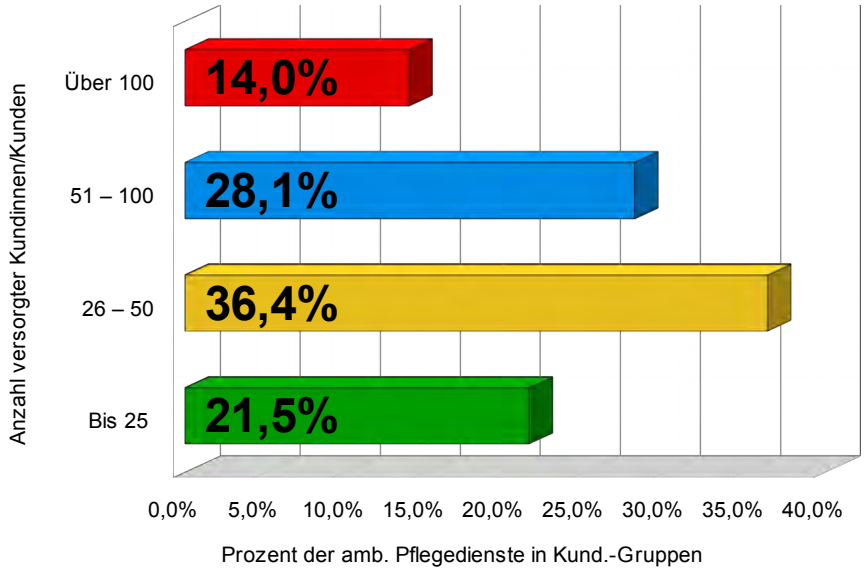


Diagramm 7 verdeutlicht, dass am Stichtag nur 14 % der erfassten ambulanten Pflegedienste über 100 Pflegebedürftige versorgten. Die höchste Anzahl von Pflegediensten war der Gruppe zuzuordnen, die 26-50 Bürgerinnen und Bürger mit Hilfe- und/oder Pflegebedarf betreuten.

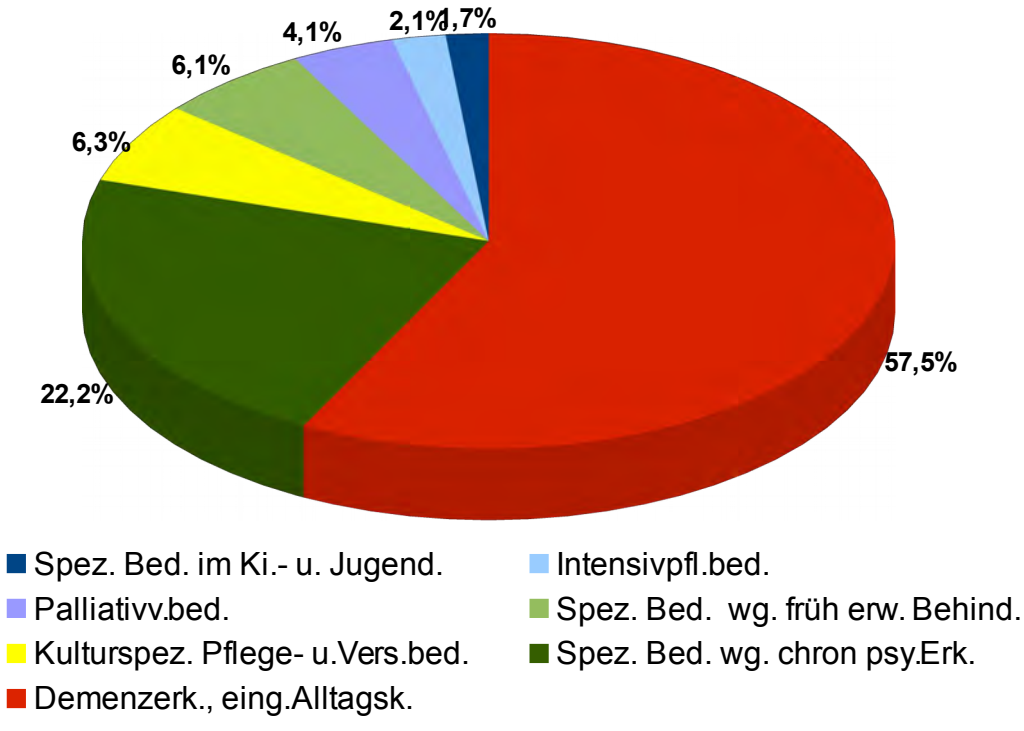
e) Kundinnen und Kunden mit Migrationshintergrund

Im Anhang des Fragebogens des Sozialreferats wurde die Definition der Landeshauptstadt München zu Migrationshintergrund als Grundlage zur Beantwortung der Frage 3 beigefügt. 95 ambulante Pflegediensten konnten zu dieser Frage eine Aussage machen. Von den 6.016 Kundinnen und Kunden, die diese 95 Dienste versorgten, hatten 769 Kundinnen und Kunden einen Migrationshintergrund. Der Anteil der Kundinnen und Kunden mit Migrationshintergrund an allen Kundinnen und Kunden der erfassten Dienste lag somit bei 12,8 %. Er variierte sehr stark, lag zwischen 0 und 97%.

f) Spezifische Bedarfe der Kundinnen und Kunden

Von den 7.242 Kundinnen und Kunden, die am Stichtag von den hier jeweils erfassten Pflegediensten versorgt wurden, wiesen 3.188 (d.h. 44 %) spezifische Pflege- und Versorgungsbedarfe auf. Das folgende Diagramm 8 zeigt die Verteilung der unterschiedlichen spezifischen Bedarfe:

Diagramm 8: Spezifische Versorgungsbedarfe



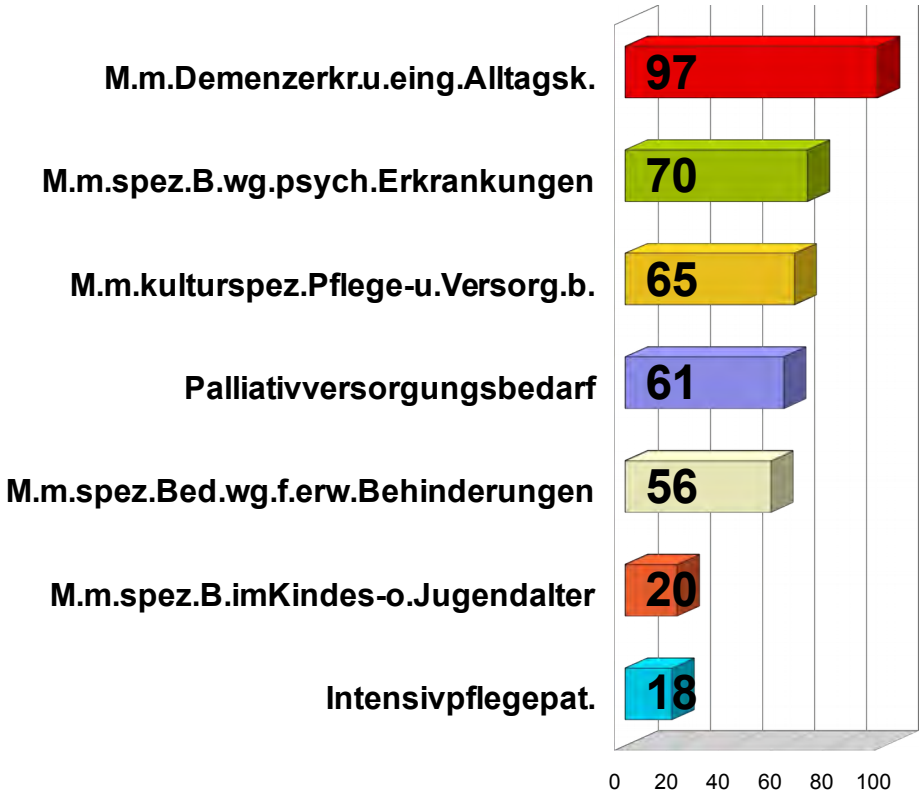
g) Spezielle Leistungen bei spezifischen Bedarfen

Nachdem die ambulanten Pflegedienste Pflegebedürftige mit spezifischen Bedarfen versorgen, bieten sie i.d.R. auch spezielle Leistungen bei solchen Bedarfen an (siehe Anlage 1, Fragebogen, Frage 5)

In einer eigenen Frage (Zusatzfrage zu Frage 8.1) wurde erhoben, ob der Pflegedienst kultursensible Pflege und Versorgung leisten kann. Dies bejahten 90,4 % der Dienste (Grundgesamtheit hier: N=121).

Am häufigsten wurden spezielle Leistungen für Menschen mit Demenzerkrankungen und eingeschränkter Alltagskompetenz erbracht (97 Dienste gaben dies an). Die anderen Leistungen sind aus dem folgenden Diagramm ersichtlich:

Diagramm 9: Spezielle Leistungen bei spezifischen Bedarfen für Menschen mit den entsprechenden Versorgungsbedarfen



h) Nachfrage nach solitärer Nachtpflege

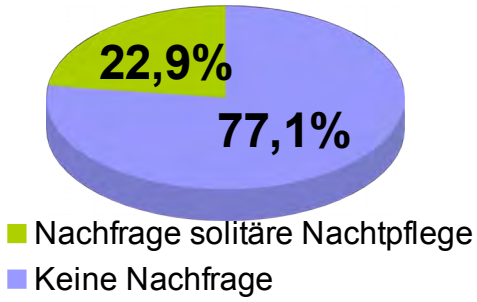
Wenn pflegende Angehörige eine Entlastung zu Nachtzeiten benötigen, ist es insbesondere für Tagespflegegäste mit Demenzerkrankungen besonders hilfreich in der ihnen vertrauten Tagespflegeeinrichtung ggf. auch nachts versorgt zu werden. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter und das Setting in der Tagespflegeeinrichtung sind den Tagespflegegästen mit Demenz vertraut. Kurzzeitpflege in einer für sie fremden vollstationären Pflegeeinrichtung ist i.d.R. keine geeignete Alternative.

Nach wie vor kann in der Landeshauptstadt München keine der Tagespflegeeinrichtungen am Stichtag Nachtpflege mit Versorgungsvertrag nach SGB XI anbieten. Alle befragten Leitungen betonen, dass die Tagespflegeeinrichtungen dieses Angebot trotz einer gewissen Nachfrage nicht wirtschaftlich erbringen können. Bei der Bebauung des städtischen Grundstücks am Ackermannbogen sind zwei Nachtpflegeplätze mit Versorgungsvertrag vorgesehen.

Im „Fünften Marktbericht Pflege“ des Sozialreferats[38] wurde bereits bei teil- und vollstationären Pflegeeinrichtungen erhoben, ob in diesen Einrichtungen solitäre Nachtpflegeplätze mit Versorgungsvertrag nach § 72 SGB XI am Stichtag 15.12.2014 nachgefragt wurden.
Nur drei der damals 56 vollstationären Pflegeeinrichtungen und fünf der damals 13 Tagespflegeeinrichtungen berichteten von einer Nachfrage im Umfang von 1-9 Anfragen im Jahr. Eine Tagespflegeeinrichtung nannte eine Nachfrage im Umfang von 10 oder mehr als 10 Anfragen pro Jahr in diesem Marktsegment.
Zwei Einrichtungsleitungen vollstationärer Pflegeeinrichtungen vermuteten, dass sich Pflegebedürftige und ihre Bezugspersonen bzgl. solcher spezifischen Angebote eher bei Beratungsstellen für ältere Menschen und ihre Angehörigen erkundigen würden. Außerdem seien Vielen solche Angebote nach wie vor nicht bekannt.
Um das Bild zu ergänzen, wurden auch die ambulanten Pflegedienste zu diesem Thema befragt.
Die Erhebung des Sozialreferats bei ambulanten Pflegediensten zum Stichtag 15.12.2014 ergab auch hier eine geringe Nachfrage nach solitären Nachtpflegeplätzen (N= 118). 27 Pflegedienste bejahten diese Nachfrage, 91 erklärten, dass solitäre Nachtpflege bei ihnen nicht nachgefragt wurde.

38 „Fünfter Marktbericht Pflege des Sozialreferats – Jährliche Marktübersicht über die teil- und vollstationäre pflegerische Versorgung in München“, Bekanntgabe in der Sitzung des Sozialausschusses vom 17.09.2015, Sitzungsvorlage Nr. 14-20 / V 03908, S. 18

Diagramm 10: Nachfrage nach solitärer Nachtpflege



Den Umfang der Nachfrage nach solitärer Nachtpflege bezifferten 22 ambulante Pflegedienste mit 1-9 Anfragen pro Jahr, vier Pflegedienste mit 10 oder mehr Anfragen pro Jahr.

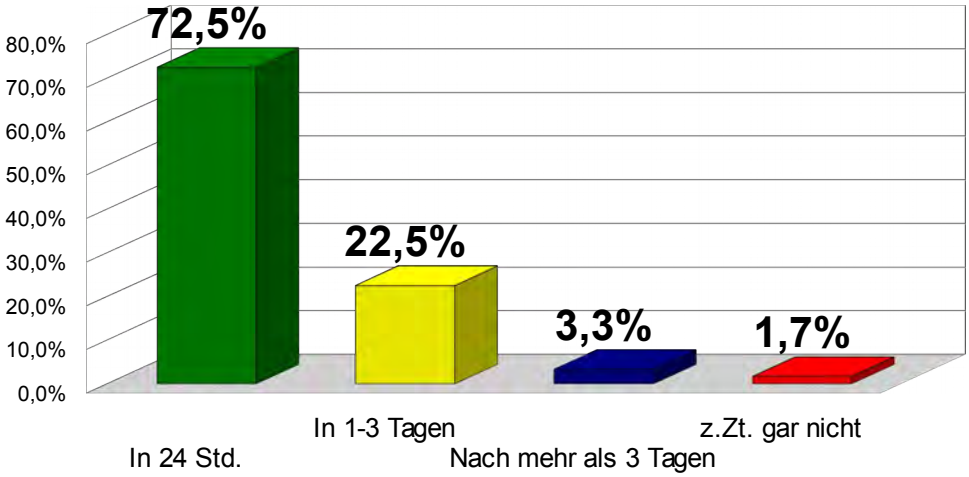
Es ist zu erkennen, dass bei ambulanten Pflegediensten dieses spezifische Angebot etwas häufiger nachgefragt wird als bei teil- und vollstationären Pflegeeinrichtungen. Mit hoher Wahrscheinlichkeit trifft die Vermutung der Einrichtungsleitungen der vollstationären Pflegeeinrichtungen (s. oben) auch für das Marktsegment „ambulante Pflege“ zu: Solche sehr spezifischen Angebote wie das der solitären Nachtpflege sind in der Bevölkerung häufig nicht bekannt und werden dann eher an Beratungsstellen für ältere Menschen und ihre Bezugspersonen nachgefragt.

i) Zeitraum der Übernahme der Versorgung

In der Frage 7 wurde danach gefragt, wie schnell der Pflegedienst, eine neue Kundin / einen neuen Kunden übernehmen kann (N= 120):

- 87 Dienste können innerhalb von 24 Stunden die Versorgung einer neuen Pflegebedürftigen / eines neuen Pflegebedürftigen übernehmen (72,5%).
- 27 Dienste übernehmen in ein bis drei Tagen (22,5%) und
- vier Dienste übernehmen nach mehr als drei Tagen (3,3%) die Versorgung und Pflege.
- Nur zwei Dienste gaben an, dass sie derzeit gar keine neuen Kundinnen und Kunden versorgen können (1,7%).

Diagramm 11: Zeitliche Rahmenbedingungen für die Übernahme der Versorgung neuer Pflegebedürftiger durch die ambulanten Pflegedienste

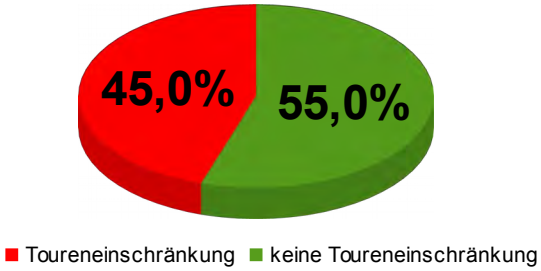


Im Zusammenhang mit dem unter dem nachfolgenden Punkt dargestellten Aspekt, dass viele Dienste aus Personalmangel ihre Touren einschränken müssen, gewinnt dieses Ergebnis besondere Bedeutung. Es ist davon auszugehen, dass viele Münchner ambulante Pflegedienste mit hohem Engagement offenbar schnellstmöglich die Versorgung und Pflege der Münchner Bürgerinnen und Bürger übernehmen, obwohl sie sehr schwierigen Rahmenbedingungen (insbesondere Fachkräftemangel bei Pflegenden) ausgesetzt sind.

j) Toureneinschränkungen

In der Frage 11 wurde erhoben, ob die ambulanten Pflegedienste aufgrund von Personalmangel ihre Touren im Jahr 2014 einschränken mussten (N= 120). Hier gaben 54 ambulante Pflegedienste an, dass dies der Fall war, 66 Dienste mussten keine Toureneinschränkungen wegen Personalmangels vornehmen.

Diagramm 12: Toureneinschränkungen wegen Personalmangel



k) Personalgewinnung

Von besonderem Interesse ist das Thema der Personalgewinnung. Die ambulanten Pflegedienste wurden gefragt, ob sie am Stichtag 15.12.2014 die Fachkraft-Stellen (N=120) und die Pflegehilfskraft-Stellen (N=118) länger nicht besetzen konnten.

Hierbei ergab sich folgendes Bild:

66,9% der befragten Pflegedienste gaben an, dass sie ihre Pflegefachkraftstellen länger nicht besetzen konnten. 38,8% der befragten Pflegedienste gaben zudem an, dass sie auch ihre Pflege**hilfs**kraft-Stellen länger nicht besetzen konnten.

In den nachfolgenden Diagrammen 13 und 14 wird die Dauer der Stellenbesetzungen illustriert. Die lange Dauer, bis Pflegefachkraftstellen in der Landeshauptstadt München bei den an der Erhebung beteiligten Pflegediensten wieder besetzt sind, ist frappierend. Die befragten ambulanten Pflegedienste benötigen mindestens vier Wochen, bis sie ihre Fachkraftstellen wieder besetzen können.

Auch wenn die Landeshauptstadt München nur wenig Einflussmöglichkeiten auf den Pflegemarkt hat, kann dieses Ergebnis nicht unbeachtet bleiben. Die Landeshauptstadt München sollte die Anstrengungen, die kommunal möglich sind, unternehmen, um dem aktuellen und künftigen Pflegefachkraftmangel zu begegnen (z.B. preisgünstiger Wohnraum für Pflegende, Unterstützung der Träger bei der Sicherstellung der Kinderbetreuung für Pflegende, Förderprogramme für Schulungen, um die Attraktivität der Pflegeberufe zu erhöhen).

Diagramm 13: Dauer der Stellenbesetzung bei Pflegefachkräften (N=81)

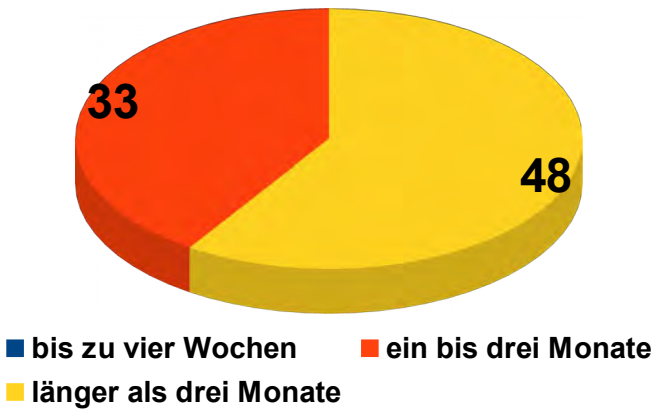
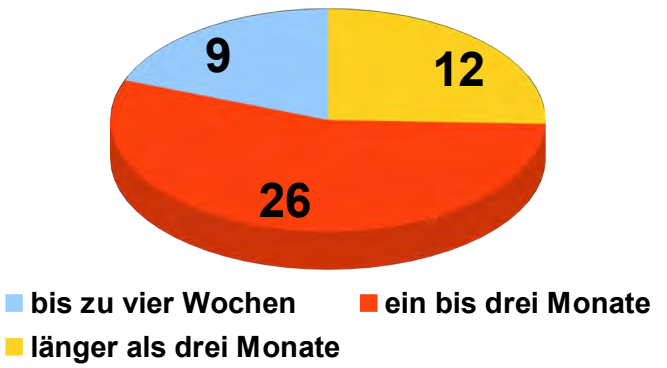


Diagramm 14: Dauer der Stellenbesetzung bei Pflegehilfskräften (N=47)



Die Besetzung der Hilfskraft-Stellen scheint weniger dramatisch zu sein.
Bei diesen Ergebnissen ist allerdings zu beachten, dass nur ein kleiner Teil der ambulanten Pflegediensten zu dieser Frage Stellung nahm.

2.5.3 Tages- und Nachtpflege

Entsprechend der Adressenübersicht des Sozialreferats gibt es in München aktuell 12 Einrichtungen mit 185 Plätzen, die Tagespflege nach dem SGB XI anbieten. Angebot und Nachfrage bleiben in diesem Segment seit einigen Jahren auf einem relativ vergleichbaren Niveau. Seit dem 01.01.2015 haben die Versicherten neben dem Anspruch auf ambulante Pflegesachleistungen bzw. neben dem Anspruch auf Pflegegeld für häusliche Pflege einen zusätzlichen vollumfänglichen Leistungsanspruch auf Leistungen der Tages- und Nachtpflege gegenüber der Pflegeversicherung.
Bislang hat diese seit langem vom Sozialreferat geforderte Leistungsausweitung allerdings noch zu keinem spürbaren Zuwachs an entsprechenden Versorgungskapazitäten geführt.
Neben solitären Tagespflegeplätzen (Einrichtungen, die für 15 bis 20 Personen ausschließlich Tagespflege anbieten) sind seit Herbst 2009 auch sog. „eingestreute“ Tagespflegeplätze in vollstationären Pflegeeinrichtungen möglich. Hierbei können Pflegebedürftige tagsüber durch eine vollstationäre Pflegeeinrichtung betreut werden.
Ausschließliche Nachtpflege-Angebote sind in München aufgrund der geringen Nachfrage bislang nicht mit Versorgungsvertrag nach SGB XI entstanden. Es gibt derzeit jedoch zwei Tagespflegeeinrichtungen, die eine Nachtbetreuung für Selbstzahlerinnen und Selbstzahler anbieten (ein Teil der Kosten ist dabei über die sog. „Verhinderungspflege“ abrechenbar). Dies entspricht den bundesweiten Markterfahrungen, die eine nur marginale Umsetzung dieses Angebotstyps belegen.
Im ambulanten Pflegebereich gibt es jedoch Angebote der „Rund-um-die-Uhr-

Versorgung“, die hier eine mögliche Nachfrage decken können (vgl. auch Anhang 2 – Marktbericht Pflege).

2.5.4 Pflegerische Versorgung in innovativen Pflege- und Versorgungsformen

Mit Einführung des „Gesetzes zur Regelung der Pflege-, Betreuungs- und Wohnqualität im Alter und bei Behinderung (Bayerisches Pflege- und Wohnqualitätsgesetz bzw. PfleWoqG)“ im Jahr 2008 galt eine neue Differenzierung der unterschiedlichen Pflege- und Wohnkonzepte.
Grundsätzlich wird zwischen „stationären Einrichtungen“ (Art. 2 Abs.1 PfleWoqG) auf der einen und „sonstigen Wohnformen“ (Art. 2 Abs. 2,3,4 PfleWoqG) auf der anderen Seite unterschieden.
Im Bereich der „sonstigen Wohnformen“ wird weiter differenziert zwischen:

- „Einrichtungen des betreuten Wohnens“,
- „ambulant betreuten Wohngemeinschaften“,
- „ambulant betreuten Wohngruppen“ und
- „therapeutischen Wohngruppen“ (d. h. „ambulant betreute Wohngruppen für Menschen mit seelischer Behinderung“).

„Betreutes Wohnen“ und „therapeutische Wohngruppen“ fallen nicht in den Anwendungsbereich des PfleWoqG (Art. 2, Abs. 2 und Abs. 4 Satz 5).
Im Unterschied dazu findet das PfleWoqG bei „ambulant betreuten Wohngemeinschaften“ und „betreuten Wohngruppen“ unmittelbare Anwendung (Art. 2, Abs. 3,4).
Für die Versorgung von pflegebedürftigen Menschen kommt in München v. a. den ambulant betreuten Wohngemeinschaften eine besondere Bedeutung zu.
Die Grundlage für den Aufbau dieses für München relativ neuen Versorgungsangebotes bilden der Beschluss des Sozialhilfeausschusses vom 24.06.2004 zur Pflegebedarfsplanung und der Beschluss des Sozialausschusses vom 07.07.2005 und der Vollversammlung vom 27.07.2005 zum Konzept zur pflegerischen Versorgung in München. Mit diesen beiden Beschlüssen wurde festgelegt, dass die Hälfte des 2004 errechneten (Pflege-)Bedarfs mit alternativen Versorgungskonzepten (und hier insbesondere durch die Schaffung ambulant betreuter Demenz- bzw. Pflegewohngemeinschaften gedeckt werden soll. Dies wurde in der Bedarfsplanung zur pflegerischen Versorgung im Jahr 2010 weiterverfolgt und bedeutete damit den Auftrag den Aufbau entsprechender ambulanter Versorgungsangebote für rund 500 pflegebedürftige Menschen in München bis zum Jahr 2020 zu unterstützen.
Dieser Zielzahl steht aktuell ein Angebot von rund 300 Plätzen in etwa 40 ambulant betreuten Pflegewohngemeinschaften und ca. 139 Plätzen in Projektwohnungen „Wohnen im Viertel“ gegenüber[39]. Obwohl das Sozialreferat über keinen unmittelbaren Einfluss verfügt, um solche Angebote selbst zu schaffen, hat

39 u.a.: „Projekt „Wohnen im Viertel“. Information über rechtliche Grundlagen und Lösungsmöglichkeiten“, Beschluss des Sozialausschusses vom 07.07.2016, Sitzungsvorlage Nr. 14-20 / V 06542

insbesondere die Unterstützung der verschiedenen Initiativen durch eine Anschubfinanzierung dazu beigetragen, dass es dieses Angebot in München inzwischen in einem relevanten Umfang gibt. Das Sozialreferat empfiehlt daher, an der eingeschlagenen Strategie festzuhalten und die entsprechenden Haushaltsmittel weiterhin für die Anregung der genannten ambulanten Versorgungsformen einzusetzen.

Das Angebot der ambulant betreuten Wohngemeinschaften richtet sich an verschiedene Zielgruppen pflegebedürftiger Menschen in München, v.a. an:

- Menschen mit Pflegebedarf infolge einer Demenzerkrankung oder infolge anderer psychischer Veränderungen oder Störungen,
- Menschen mit Pflegebedarf infolge einer somatischen Erkrankung,
- Menschen mit Pflegebedarf infolge einer Behinderung,
- Menschen mit Pflegebedarf mit Migrationshintergrund,
- Menschen mit Pflegebedarf mit gleichgeschlechtlicher Identität sowie transgender[40] lebende Menschen mit Pflegebedarf.

Dass es von diesen neuen Versorgungsformen kein noch größeres Angebot gibt, liegt zum einen daran, dass das Sozialreferat nur begrenzten Einfluss auf die tatsächliche Schaffung und Entstehung von Versorgungsangeboten im „Pflegemarkt“ hat und zum anderen, dass die Umsetzung dieser Angebote für Vermieterinnen und Vermieter und häusliche Pflege- bzw. Betreuungsdienste auch mit einer Reihe leistungs- und ordnungsrechtlicher Hürden verbunden ist. Das Versorgungsangebot im Bereich der häuslichen Pflege- und Betreuungsformen hat sich durch die neuen Wohngemeinschaften allerdings insgesamt deutlich ausdifferenziert und bietet pflegebedürftigen Menschen in München zunehmend die erwünschten Versorgungsalternativen. Diese Entwicklung entspricht damit eindeutig der o.g. sozialpolitischen Intention.

2.5.5 Vollstationäre Pflegeangebote

a. Kurzzeitpflege

Im Bereich der Kurzzeitpflege bestehen derzeit in zwei Einrichtungen insgesamt 29 sog. „solitäre“ Pflegeplätze (das heißt Plätze in Einrichtungen, die ausschließlich Kurzzeitpflege für ca. 15 Personen anbieten). Darüber hinaus bieten die meisten vollstationären Pflegeeinrichtungen in München sog. „eingestreute“ Kurzzeitpflegeplätze an. Dies bedeutet, dass die jeweilige Einrichtung mit den Pflegekassen einen Versorgungsvertrag (nach § 72 SGB XI) für den Bereich Kurzzeitpflege abgeschlossen hat und somit im Falle freier Kapazitäten im „Dauerpflegebereich“ auch Pflegebedürftige für eine befristete Zeit aufnehmen

40 www. wikipedia.org/wiki/Transgender: Transgender „ist einerseits eine Bezeichnung für Menschen, die sich mit der Geschlechterrolle, die ihnen üblicherweise bei der Geburt, in der Regel anhand der äußeren Geschlechtsmerkmale, zugewiesen wurde, nur unzureichend oder gar nicht beschrieben fühlen, und andererseits eine Selbstbezeichnung für Menschen, die sich mit ihren primären und sekundären Geschlechtsmerkmalen nicht oder nicht vollständig identifizieren können.“

kann. Ein wesentlicher Nachteil dieser Lösung ist die weniger auf die spezifischen Versorgungsbedürfnisse von Kurzzeitpflegegästen ausgerichtete Konzeption dieses Angebotes. Zudem gibt es im Zusammenhang mit der genannten Flexibilität keinen verlässlichen Bestand an entsprechenden „Plätzen".
Das Angebot fester („solitärer") Kurzzeitpflegeplätze verharrt weiterhin auf sehr niedrigem quantitativen Niveau. Die Hauptursache für diesen Zustand ist die stark begrenzte wirtschaftliche Attraktivität dieses Angebotes für Träger und Investoren. Dies liegt in den finanziellen Rahmenbedingungen des Gesetzes begründet. Entsprechende Einrichtungen der Kurzzeitpflege tragen ein hohes finanzielles Risiko aufgrund der für die Refinanzierung des Betriebes benötigten hohen Auslastung und eines erhöhten Akquisitions- und Betreuungsaufwands (durch den stetigen Wechsel der Kurzzeitpflegegäste). Gerade aber die Auslastung dieses Angebotes ist vielen (auch saisonalen) Schwankungen unterworfen und damit häufig im Jahresmittel insgesamt zu gering. An diesem Umstand hat auch die aktuelle Reform der Pflegeversicherung nichts geändert.

b. Vollstationäre Pflege

In der Studie „Älterwerden in München"[41] wurde den Befragten auch eine Frage danach gestellt, worauf sie bei der Wahl einer vollstationären Pflegeeinrichtung besonders achten würden. Die Pflegequalität der Einrichtung besitzt demzufolge die allerhöchste Priorität. Außerdem sind der Wunsch nach einem Einzelzimmer (78%), und die bauliche Gestaltung der Einrichtung wichtige Faktoren, die zeigen, dass neuere Heimkonzeptionen[42] für die Menschen zunehmend an Bedeutung gewinnen.

Laut amtlicher Pflegestatistik haben zum Stichtag 15.12.2013 in München 6.429 Menschen Leistungen der vollstationären Pflege, davon 6.292 in Dauerpflege in Anspruch genommen[43].
Da dieser Versorgungsbereich quantitativ grundsätzlich immer gewissen Schwankungen unterworfen ist (bauliche Veränderungen von Einrichtungen, Neubauten, Schließungen etc.) und die Erhebung des Bayerischen Landesamtes ausschließlich den Zustand zu einem konkreten Stichtag (15. bzw. 31.12.2013) abbildet und dieser immer erst etwa ein bis eineinhalb Jahre später berichtet werden kann, hat sich das Sozialreferat entschlossen, erstmalig zum 01.12.2011 einen jährlichen Marktbericht Pflege[44] zu erstellen. Dieser basiert im Wesentlichen auf einer jährlichen Daten-Vollerhebung bei allen Münchner teil- und vollstationären

41 LH München, Referat für Stadtplanung und Bauordnung, Sozialreferat (2015) Perspektive München, Analyse, Älterwerden in München. Abschlussbericht im Auftrag der LH München (Weeber + Partner, Institut für Stadtplanung und Sozialforschung, Stuttgart/Berlin), S. 146
42 Vgl. Michell-Auli, Sowinski 2012, Netzwerk: Soziales neu gestalten 2009.
43 Bayerisches Landesamt für Statistik und Datenverarbeitung (2015) „ Statistische Berichte. Pflegeeinrichtungen, ambulante sowie stationäre und und Pflegegeldempfänger in Bayern. Ergebnisse der Pflegestatistik", Stand: 15. bzw. 31.12.2013
44 „Marktbericht Pflege – Jährliche Marktübersicht über die pflegerische Versorgung.", Bekanntgabe in der Sitzung des Sozialausschusses vom 01.12.2011, Sitzungsvorlage Nr. 08-14 / V 07954

Pflegeeinrichtungen.
Im Sechsten Marktbericht Pflege, der als Anhang 2 dem Beschluss der „Bedarfsermittlung zur pflegerischen Versorgung in der Landeshauptstadt München und Sechster Marktbericht Pflege“ beigefügt wurde, ergab sich zum Stichtag 15.12.2015 eine Anzahl von 7.575 vollstationären Pflegeplätzen, wobei hier – wie in den Vorjahren - die (29 solitären) Kurzzeitpflegeplätze mit eingerechnet wurden. Die Marktberichte Pflege des Sozialreferats bilden jährlich die Platzzahlen und die Belegungsquoten ab. So stieg die Anzahl der vollstationären Pflegeplätze in der Landeshauptstadt München seit dem Jahr 2010 von 7.052 kontinuierlich an.
Von den o.g. 7.575 vollstationären Pflegeplätzen sind 1.218 spezifische vollstationäre Pflegeplätze für dementiell erkrankte Menschen und Menschen mit psychischen Veränderungen oder Störungen. Damit sind inzwischen rund 16,0% aller vollstationären Pflegeplätze in München auf die genannten Zielgruppen ausgerichtet. Im Vergleich zu 2004 ist somit eine Verdreifachung der vollstationären Plätze mit spezifischen Versorgungsangeboten für Menschen mit Demenzerkrankungen und für Menschen mit psychischen Veränderungen festzustellen. Aus Sicht des Sozialreferats belegt diese Entwicklung, dass die Träger der vollstationären Pflegeeinrichtungen in München bereits auf die im Teil B dieser Vorlage dargestellten fachlichen Herausforderungen reagieren.

3. Regionale Aspekte der pflegerischen Versorgung in der Landeshauptstadt München

Im Zuge der fortschreitenden Dezentralisierung und Regionalisierung sozialer Dienstleistungen in München gewinnen raumbezogene Planungsaussagen im Bereich der pflegerischen Versorgungsangebote weiter an Bedeutung. Aus diesem Grund wurden schon in der Pflegebedarfsplanung aus dem Jahr 2010[45] regionale Aussagen zur pflegerischen Versorgungssituation und -perspektive in München in die Planungen aufgenommen.
Um die regionalen Bedarfsaussagen beizubehalten und eine Vergleichbarkeit zu ermöglichen, hat das Sozialreferat für die vorliegende Bedarfsplanung diesen Ansatz beibehalten. Da Daten zu den pflegebedürftigen Bürgerinnen und Bürgern nur für die Gesamtstadt zur Verfügung stehen[46] forderte das Sozialreferat beim Bayerischen Landesamt für Statistik und Datenverarbeitung im Rahmen einer Sonderauswertung eine Aufschlüsselung der Pflegebedürftigen nach Altersjahrgängen und Geschlecht an. Mit diesen Daten konnten entsprechende Quoten pro Altersjahrgang gebildet werden, die auf die Bevölkerungsdaten der Sozialregionen angewendet wurden.

Diese Methodik der Bedarfsberechnung wird in dieser Form inzwischen von vielen

45 „Bedarfsplanung zur pflegerischen Versorgung in München“, Beschluss des Sozialausschusses vom 04.05.2010, Sitzungsvorlage Nr. 08-14 / V 03977
46 Vgl. Die amtliche Pflegestatistik des Bayerischen Landesamtes für Statistik und Datenverarbeitung

Kommunen[47] praktiziert und hat sich als anerkannter Prognoseweg erwiesen.

Pflegebedürftige (bzw. ihre Angehörigen oder gesetzlichen Vertreterinnen und Vertreter), die einen Platz in einer vollstationären Einrichtung benötigen, wählen diesen (wie oben dargestellt) nach ganz unterschiedlichen Kriterien aus. Ihnen sollte bei einem Umzug in eine vollstationäre Pflegeeinrichtung grundsätzlich der Verbleib im vertrauten (sozialen) Umfeld ermöglicht werden, obwohl dies natürlich nicht das einzige Entscheidungskriterium für die Wahl der geeigneten Einrichtung ist.
Die Studie „Älter werden in München“[48] ging daher der Frage nach den Kriterien zur Auswahl genauer nach. 61 % der Befragten (n=2.304) gaben an, dass sich die vollstationäre Pflegeeinrichtung (bzw. das Heim) zur Hauptsache in München sein sollte, nur 40% legen Wert darauf, dass die Einrichtung in ihrem Stadtviertel lokalisiert sein sollte. Die unmittelbare räumliche Platzierung ist damit nicht in allen Fällen vorrangig – wichtig ist allerdings die Besuchbarkeit und damit auch ggf. die Nähe der Einrichtung zum Wohnort der Angehörigen. Es spricht zudem einiges dafür, dass der Wunsch nach stadtviertelsnahen Lösungen vor allem dann steigt, wenn die Menschen nicht nur an klassische Pflegeheime denken, sondern gerade neuere Konzepte von Wohnpflegeformen in Betracht kommen – mit Quartiersbezug, bürgerschaftlicher Einbindung und kleineren Größenordnungen.[49]

Das Sozialreferat erachtet daher eine möglichst gute Erreichbarkeit der Versorgungseinrichtungen für die Besuchenden als wichtiges Standortkriterium. Vor diesem Hintergrund hat sich das Sozialreferat entschlossen, den Ansatz regionaler Versorgungs- und Planungsaussagen im Rahmen der aktuellen Pflegebedarfsplanung weiterhin aufzunehmen und entsprechend weiter zu entwickeln. Die relevante Raumgröße, die das Sozialreferat diesen Überlegungen zugrunde legt, bilden - wie bisher - die 13 Sozialregionen.
In der Tabelle 11 wird die künftig zu erwartende Versorgungssituation in den 13 Sozialregionen abgebildet. Die Berechnungen fußen auf der jeweiligen Bevölkerungssituation in den 25 Stadtbezirken (für 2025 auf der entsprechenden Stadtbezirksprognose von 2013 des Referats für Stadtplanung und Bauordnung). Auf dieser Basis wurde anhand der gesamtstädtischen Verteilung der Pflegebedürftigen nach Altersgruppen (Quoten) die Anzahl der pflegebedürftigen Menschen je Stadtbezirk (in Abhängigkeit der Alterszusammensetzung der jeweiligen Bezirksbevölkerung) errechnet. Hinsichtlich der Prognoserechnung für

47 vgl. u.a. Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz, Freie und Hansestadt Hamburg, Amt für Gesundheit, „Pflegerische Versorgungsstruktur, Rahmenplanung bis 2020“, Stand: Dezember 2015.
Stadt Dortmund, Sozialamt, „Bedarfsplanung für vollstationäre Pflegeeinrichtungen in Dortmund, 2015 bis 2017“, Stand: 2/2015.
48 LH München, Referat für Stadtplanung und Bauordnung, Sozialreferat (2015) Perspektive München, Analyse, Älterwerden in München. Abschlussbericht im Auftrag der LH München (Weeber + Partner, Institut für Stadtplanung und Sozialforschung, Stuttgart/Berlin), S. 146
49 a.a.O., S. 145

2025 muss zudem angemerkt werden, dass es sich bei den ermittelten Zahlen um rechnerische Annäherungswerte handelt, da die tatsächliche Zahl künftig zu versorgender Menschen naturgemäß nicht exakt vorhergesagt werden kann. Die Zahlen der Stadtbezirke wurden anschließend zu Werten für die 13 Planungsregionen zusammengefasst und dem künftig zu erwartenden Platzangebot in vollstationären Einrichtungen in der jeweiligen Region gegenübergestellt. Auf dieser Basis wurde anschließend ermittelt, ob das geplante Versorgungsangebot die Zahl der ermittelten (künftigen) Nutzerinnen und Nutzer über- oder unterschreitet.
Um eine möglichst genaue Prognose über die Entwicklung der Versorgung in den Regionen abbilden zu können, wurden für die regionale Bedarfsprognose bis 2025 neben der regionalen Bevölkerungsentwicklung auch die bereits bekannten Planungen unterschiedlicher Träger berücksichtigt. Dabei handelt es sich um folgende Standorte:

Tabelle 10: Bekannte Planungen für vollstationäre Pflegeeinrichtungen in München

Stbz.	**Einrichtung oder Standort**	**Platzzuwachs / -abnahme**
4	Ackermannbogen	+119
12	Saul-Eisenberg	-45
12	Bayernkaserne	+130
5	Grillparzer-/Einsteinstr.	+216
13	Prinz-Eugen-Kaserne	+86
12	Cosimastr	+ (noch offen)
17	Föhrengarten	+134
17	Sozialzentrum Giesing	-87
23	Franz-Nißl-Str.	+174
23	Manzostr.	-261
22	Freiham	+130
Gesamt		**+596**

Tabelle 11: Prognostische Verteilung des Bedarfs nach Sozialregionen (2025)

Sozialregionen	**Pflege-bedürftige insgesamt**	**davon: potenzielle Nutzerinnen und Nutzer vollstationärer Angebote** (25,52%)	**Voraussicht-liches Angebot voll-stationärer Plätze in der Region[a]**	**Unter-/ Überdeckung**
				Unterdeckung
Neuhausen, Moosach (Stadtbezirke 9, 10)	2.905	741	711	Unterdeckung 30 Plätze
Au-Haidhausen, Bogenhausen (Stadtbezirke 5, 13)	3.027	772	718	Unterdeckung 54 Plätze
Hadern, Fürstenried, Forstenried... (Stadtbezirke 19,20)	3.913	999	936	Unterdeckung 63 Plätze
Sendling, Sendling-Westpark, (Stadtbezirke 6, 7)	1.828	466	391	Unterdeckung 75 Plätze
Laim, Schwanthaler Höhe, (Stadtbezirke 8, 25)	1.653	422	241	Unterdeckung 181 Plätze
Berg am Laim, Trudering, Riem (Stadtbezirke 14, 15)	2.293	585	393	Unterdeckung 192 Plätze
Feldmoching, Hasenbergl, (Stadtbezirk 24)	1.416	361	169	Unterdeckung 192 Plätze
Milbertshofen, Am Hart (Stadtbezirk 11)	1.291	329	0	Unterdeckung 329 Plätze
				Überdeckung
Pasing, Ober-/Untermenzing, Allach, Lochhausen (Stadtbezirke 21,22,23)	3.749	957	958	Überdeckung 1 Platz
Ramersdorf, Perlach (Stadtbezirk 16)	2.850	727	776	Überdeckung 49 Plätze
Mitte (Stadtbezirke 1,2,3)	1.556	397	517	Überdeckung 120 Plätze
Schwabing, Freimann (Stadtbezirke 4, 12)	2.786	711	1.165	Überdeckung 454 Plätze
Giesing, Harlaching (Stadtbezirke 17, 18)	2.109	538	1.167	Überdeckung 629 Plätze
Gesamt	**31.376**	**8.005**	**8.142**	**+137 Plätze**

[a] Datengrundlage für die Prognose vollstationärer Pflegeplätze sind hier die Ergebnisse des Sechsten Marktberichts Pflege (Stand der Platzzahlen: 15.12.2015) und die dem Sozialreferat bekannten Planungen freier und privater Träger (s. Tabelle 10)

Der Tabelle11 sind Unter- und Überdeckungen zu entnehmen. Wichtig ist, dass bei dieser sozialregionsbezogenen Sichtweise, die o.g. Erkenntnisse aus der Studie „Älter werden in München“ im Blick behalten werden müssen:
Es wählen eben nicht alle pflegebedürftigen Bürgerinnen und Bürger eine vollstationäre Pflegeeinrichtung in dem Stadtbezirk, in dem sie vor dem Einzug wohnten. So sollte die sozialregionsbezogene Sichtweise vorrangig unter dem Aspekt eine Rolle spielen, dass insbesondere den markantesten Unterdeckungen (in Milbertshofen, – Am Hart, Feldmoching – Hasenbergl, Berg am Laim – Trudering – Riem und Laim - Schwanthalerhöhe) durch entsprechende regionsbezogene Reservierungen von städtischen Flächen begegnet wird.

Wichtig ist auch, dass das in Spalte 4 angegebene Angebot an vollstationären Pflegeplätzen keinesfalls als festes bestehendes Angebot bewertet werden darf. Die vollstationären Pflegeeinrichtungen unterliegen der Ausführungsverordnung zum Pflege- und Wohnqualitätsgesetz (AVPfleWoqG, in Kraft getreten am 01.09.2011). Sie müssen im Moment z.T. enorme Kraftanstrengungen unternehmen, um die Anforderungen zu erfüllen. Es kann durchaus sein, dass einzelnen Träger - selbst wenn sie von der Fachstelle „Pflege- und Behinderteneinrichtungen, Qualitätsentwicklung und Aufsicht“ im Kreisverwaltungsreferat (FQA, ehemals Heimaufsicht) eine Angleichungsfristverlängerung oder eine Befreiung von einzelnen Anforderungen aus verschiedenen Gründen erhalten - aus wirtschaftlichen Gründen, ihre Einrichtungen vom Pflegemarkt nehmen[50].
Die FQA (Heimaufsicht) im Kreisverwaltungsreferat hat am 04.04.2016 zu der Entwicklung bei den Münchner vollstationären Pflegeeinrichtungen für diese Bedarfsermittlung zur pflegerischen Versorgung Stellung genommen (siehe Anlage 4). In einer Information der Regierung von Oberbayern vom 29.04.2016 wurde anhand eines Rechenbeispiels klar dargelegt, dass es [bei den FQAs in Oberbayern] bisher unterschiedlichen Auffassungen gab. In Zukunft stellt nun die Einzelzimmerquote (Anzahl der Einzelzimmer in Bezug auf die gesamte Anzahl aller Zimmer einer vollstationären Pflegeeinrichtung) die Richtlinie für die Prüfung nach AVPfleWoqG dar. Eine abschließende Festlegung, welche Bezugsgröße dann tatsächlich durch die FQA zugrunde gelegt wird, ist momentan noch in Klärung. Das Sozialreferat wird die Entwicklung weiter beobachten und den Stadtrat entsprechend informieren (wie zuletzt in der Sitzung des Sozialausschuss am 07.07.2016 – Sitzungsvorlage Nr. 14 – 20 / V 06113).

50 Siehe hierzu: „Neue Standards für Pflegeheime und deren Auswirkungen auf die Versorgungssicherheit in München.“, Beschluss des Sozialausschusses vom 07.07.2016, Sitzungsvorlage Nr. 14-20 / V 06113; bisher ist der FQA kein derartiger Fall bekannt.

4. Wichtigste Ergebnisse zur pflegerischen Infrastruktur aus dem Münchner Umland

In der vorliegenden Bedarfsermittlung zur pflegerischen Versorgung wird bei der Darstellung der Angebote der pflegerischen Infrastruktur auch das Münchner Umland mit betrachtet. Es wurden daher Stellungnahmen aus dem:

- Landratsamt München für den LK München
- Landratsamt Starnberg für den LK Starnberg
- Landratsamt Fürstenfeldbruck für den LK Fürstenfeldbruck und
- Landratsamt Dachau für den LK Dachau

angefordert und hierzu auch z.B. angefragt, wie viele Münchnerinnen und Münchner sich für den Umzug in eine vollstationäre Pflegeeinrichtung im Münchner Umland entschlossen haben.
Die wichtigsten Ergebnisse werden hier kurz vorgestellt und diskutiert. Das Sozialreferat hat eigens eine Karte (Grafik 3) mit den vollstationären Pflegeeinrichtungen der Landeshauptstadt München und des Münchner Umlands erarbeitet, um die regionale Verteilung der vollstationären Pflegeeinrichtungen in München und im Münchner Umland zu verdeutlichen.
Es muss bei der Betrachtung mit berücksichtigt werden, dass einige Pflegebedürftige auch durchaus einen vollstationären Pflegeplatz im Münchner Umland wählen, insbesondere wenn dort ihre Angehörigen und Bezugspersonen leben. Der Preis (Pflegekosten, Unterkunft und Verpflegung) ist hier nicht das Hauptkriterium, da es im Münchner Umland genau wie in der Landeshauptstadt München vollstationäre Pflegeeinrichtungen in allen Preisgruppen zu finden gibt.
Aus dem Landratsamt Starnberg wurde bei einer Abfrage der dortigen vollstationären Pflegeeinrichtungen rückgemeldet, dass etwa 1/7 der Plätze von Münchnerinnen und Münchnern genutzt werden. Zur Begründung wurde u.a. angegeben, dass die vollstationären Pflegeeinrichtungen in der Landeshauptstadt München nicht passend waren, dass aus Qualitätsgründen ein Umzug aus einer Münchner Einrichtung in den LK Starnberg erfolgte, dass in München kein entsprechender Platz zur Verfügung stand oder dass die Nähe zu den im LK Starnberg lebenden Familienangehörigen einen Umzug in eine der dortigen Einrichtungen nach sich gezogen hat.
Aus dem Landratsamt Dachau wurde berichtet, dass Einwohnerinnen und Einwohner aus Allach gerne eine vollstationäre Pflegeeinrichtung im LK Dachau aussuchen, da Karlsfeld z.T. nur wenige hundert Meter von deren vorherigen Hauptwohnsitz entfernt liegt. Andere Bewohnerinnen und Bewohner wählten eine vollstationäre Pflegeeinrichtung im LK Dachau wegen des „guten Rufs“ der entsprechenden Einrichtung oder weil die Angehörigen/Kinder in Karlsfeld oder Dachau oder Ludwigsfeld leben, zum Teil auch, weil Bekannte ebenfalls in der

entsprechenden Einrichtung wohnen.
Das Landratsamt München und das Landratsamt Fürstenfeldbruck konnten keine aktuellen Angaben zu den Gründen machen, weshalb Münchnerinnen und Münchner eine vollstationäre Pflegeeinrichtung in ihrem Landkreis wählten.

Die nachfolgende Karte illustriert die Standorte der Münchner vollstationären Pflegeeinrichtungen und der vollstationären Pflegeeinrichtungen des Münchner Umlands.

Im Kapitel 6 dieser Vorlage wird das Sozialreferat nun neben Vorschlägen zur Umsetzung bereits weit fortgeschrittener Planungen (u. a. auf der Basis des Auftrages aus dem Beschluss zum „Konzept zur pflegerischen Versorgung“ aus dem Jahr 2005) auch konkrete Vorschläge zur Sicherung geeigneter städtischer Flächen für Standorte von zeitgemäßen vollstationären Pflegeeinrichtungen in den Regionen mit dem höchsten Handlungsbedarf unterbreiten.

Grafik 3: Vollstationäre Pflegeeinrichtungen in der Landeshauptstadt München und im Münchner Umland (Karte erarbeitet im Sozialreferat)

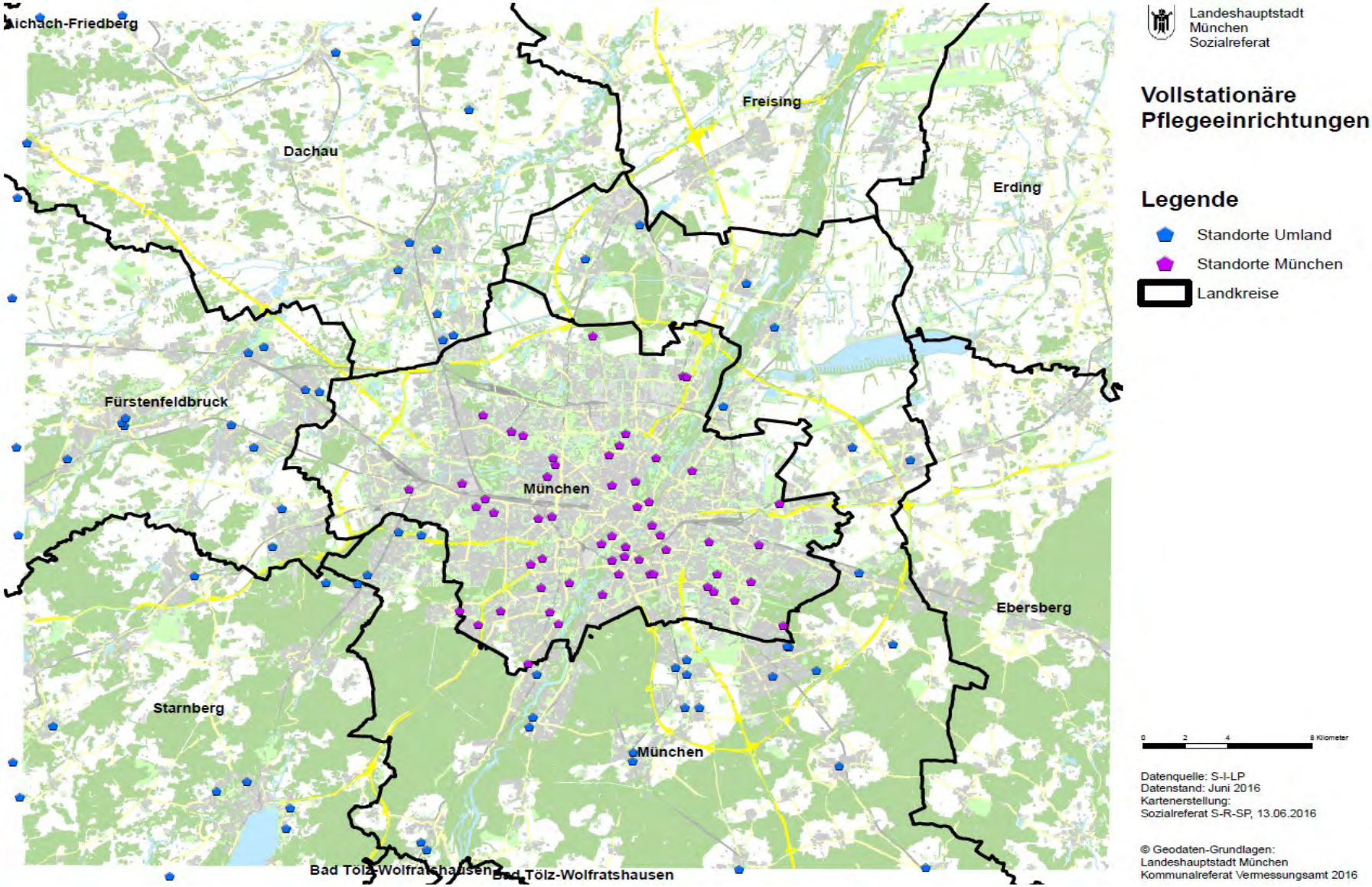


Tabelle 12: Pflegerische Infrastruktur im Münchner Umland (Stand: Frühjahr 2016, eingestreute Plätze wurden hier nicht aufgenommen)

Landkreis	Anzahl					
	Vollstat. Pflege-einrich-tungen	Vollstat. Pflege-plätze	Solitäre Kurzzeit-pflege-plätze	Tages-pflege-plätze	Nacht-pflege-plätze	Ambulante Pflege-dienste
LK München	31	3.369	0	95	0	29
Starnberg	11	1.071	0	39	0	28
FFB	16	1.801	30	219	0	29[a]
Dachau	13	1.567	0	16	0	18
Summe Münchner Umland	**71**	7.808	30	369	0	104

[a] *Quelle: Amtliche Pflegestatistik 2013, Zahlen werden im LRA FFB nicht vorgehalten*

5. Vorschlag zur Sicherung städtischer Flächen für vollstationäre Pflegeeinrichtungen

Im Rahmen des eingangs genannten Auftrages zur Sicherung städtischer Flächen für zeitgemäße vollstationäre Pflegeeinrichtungen aus dem Jahr 2005 und 2010[51] hat das Sozialreferat zusammen mit dem Referat für Stadtplanung und Bauordnung eine Reihe von Standorten geprüft und einige Flächen für eine entsprechende Nutzung in die Flächensicherung eingebracht. Hier werden zunächst die bereits im Bau befindlichen Standorte vollstationärer Pflegeeinrichtungen vorgestellt:

51 u.a.: „Pflegerische Versorgung älterer Menschen in München – Bedarfsplanung vollstationärer Pflegeplätze und alternativer Versorgungsformen, Beschluss des Sozialausschusses vom 07.07.2005 und der Vollversammlung am 27.07.2005:
„Bedarfsplanung zur pflegerischen Versorgung in München, Beschluss des Sozialausschusses vom 04.05.2010, Sitzungsvorlage Nr. 08-14 / V 03977
„Investitionsförderung nach dem AGSG von teil- und vollstationären Einrichtungen und Einrichtungen der Kurzzeitpflege. Jährlicher Bericht. Vollzug von August 2014 mit August 2015. Projekte für die folgenden Jahre.“, Beschluss des Sozialausschusses vom 03.12.2015, Sitzungsvorlage Nr. 14-20 / V 04362

Tabelle 13: Bereits im Bau befindliche vollstationäre Pflegeeinrichtungen

Stadtbezirk(e)-Nr.	Sozialregion	Standort	Derzeitiger Planungsstand
4	Schwabing-West/ Schwabing - Freimann	„Ackermannbogen“ (Träger nach öffentlicher Ausschreibung) BPLAN Nr. 1905 e	Bauträgerempfehlung für das städtische Grundstück wurde durch den Sozialausschuss vom 03.05.2012 (Vollversammlung 16.05.2012, Sitzungsvorlage Nr. 08-14 / V08961) in nicht-öff. Sitzung beschlossen. Erbaurechtsvertrag mit Hanseatischer Gesellschaft für Seniorenheime mbH & Co.KG (HBB) abgeschlossen, fachliches Konzept mit Sozialreferat abgestimmt, 119 vollstationäre Pflegeplätze, 15 Tagespflegeplätze, 2 Nachtpflegeplätze, Baugenehmigung liegt vor, Bau ist im Gange
5	Au – Haidhausen; Bogenhausen	„Grillparzer-/ Einsteinstraße“ , öffentlicher Ausschreibung); Nachnutzung des Grundstück ehemaliges Luise-Kiesselbach-Haus;	Bauträgerempfehlung für das städtische Grundstück wurde durch den Sozialausschuss vom 11.04.2013 (Vollversammlung 02.05.2014, Sitzungsvorlage Nr. 08-14 / V 11376) in nicht-öff. Sitzung beschlossen. Erbaurechtsvertrag mit Hanseatischer Gesellschaft für Seniorenheime mbH & Co.KG (HBB) abgeschlossen, nach Klärung der Förderung an das Projekt wurde zwischenzeitlich Bauantrag eingereicht. 216 vollstationäre Pflegeplätze und 32 Wohnungen im Betreuten Wohnen werden entstehen.

Die folgende Tabelle listet die gesicherten Flächen für geplante vollstationäre Pflegeeinrichtungen auf.

Tabelle 14: Gesicherte Flächen / Standorte für vollstationäre Pflegeeinrichtungen (u.a. gem. Aufträgen aus 2005 und 2010)

Stadtbezirk(e)-Nr.	Sozialregion	Standort	Derzeitiger Planungsstand
12	Schwabing-West / Schwabing - Freimann	„Bayernkaserne“	Standort neu angemeldet 07/2009 und gesichert, Größe und Konzept werden voraussichtlich in 2017 festgelegt, Grundstück ist laut PLAN (Aussage vom 19.01.2016) etwa ab 2018 bebaubar
23	West	„Freiham-Nord“	Strukturkonzept; Bedarfsanmeldung berücksichtigt (Beschluss Planungsausschuss vom 27.06.2007) Gemeinbedarfsfläche Pflege wird im BPLAN konkretisiert Grundstück ist laut PLAN (Aussage vom 19.01.2016) etwa ab 2018 bebaubar
13	Au – Haidhausen; Bogenhausen	„Prinz-Eugen-Kaserne“ BPLAN 2016	Eckdatenbeschluss mit Struktur-konzept, Aufstellungsbeschluss 07.11.2007, Mit Schreiben vom 05.04.2011 beantragte die Israelitische Kultusgemeinde München und Oberbayern Mittel zur Sanierung des Saul-Eisenberg-Seniorenheims. Eine Sanierung des Bestandsbaus ist nicht mehr möglich, passendes Grundstück im Prinz-Eugen-Park, hier insgesamt 86 vollstationäre Pflegeplätze geplant (57 Ersatzplätze für Saul-Eisenberg-Seniorenheim)
23	West	Franz-Nißl-Straße (Ersatzbau)	Ersatzbau für die MÜNCHENSTIFT GmbH – Hans -Sieber-Haus (Manzostraße)
17	Giesing	Haus am Föhren-garten (Ersatzbau)	Ersatzbau für das AWO Sozialzentrum Giesing (Wegfall von 87 Plätzen) , 135 vollstationäre Pflegeplätze, Baugenehmigung wurde bereits erteilt, Baubeginn ist erfolgt.

In einer Übersichtskarte zu dieser Beschlussvorlage, sind die bestehenden und die momentan geplanten Standorte ersichtlich. (siehe Anlage 3).

Das Sozialreferat schlägt vor, zusätzlich zu den o.g. Entwicklungen und Planungen noch vier weitere städtische Flächen für vollstationäre Pflegeeinrichtungen zu reservieren. Dies sollte – soweit möglich – vorrangig in den folgenden Regionen mit der höchsten prognostizierten Unterdeckung mit vollstationären Pflegeplätzen geschehen:

- Milbertshofen – Am Hart
- Feldmoching – Hasenbergl
- Berg am Laim – Trudering – Riem
- Laim - Schwanthalerhöhe

Das Sozialreferat empfiehlt, die Angebote, die unabhängig von der Strategie einer aktiven Einflussnahme auf regionale Ausgewogenheit und zeitgemäße Konzeption der Angebote zusätzlich im freien Markt entstehen, nicht aktiv in die Standortplanungen einzubeziehen, da bezüglich der tatsächlichen Realisierung, regionalen Lage und inhaltlichen Konzeption dieser Planungen keinerlei Einflussnahme von Seiten des Sozialreferats möglich ist. Die Entwicklung von 2010 bis heute hat zudem gezeigt, dass parallel immer auch Angebote aus unterschiedlichen Gründen wegfallen können oder ihre Platzzahlen reduzieren (z.B. durch die möglichen Auswirkungen der Umsetzung der AVPfleWoqG). Die entsprechende Entwicklung wird im Rahmen der regelmäßigen Marktbeobachtung durch das Sozialreferat laufend überprüft und dem Stadtrat vorgelegt . Somit ist sichergestellt, dass zeitnah auf entsprechende Veränderungen von Angebot und Nachfrage reagiert werden kann.

Teil B: Besondere qualitative Herausforderungen in der Pflege

Im Beschluss „Bedarfsplanung zur pflegerischen Versorgung in der Landeshauptstadt München“ aus dem Jahr 2010[52] wurden die besonderen fachlichen Herausforderungen in der Pflege ausführlich dargestellt. Insbesondere die Berücksichtigung der besonderen Pflegebedarfe von

- Menschen mit Demenzerkrankungen oder anderen psychischen Störungen/Erkrankungen,
- Menschen mit Behinderungen,
- Menschen mit Migrationshintergrund,
- Geschlechtergerechtigkeit in der Pflege,
- Menschen mit gleichgeschlechtlicher Identität,
- Menschen mit außerklinischem Intensivpflegebedarf und
- Menschen in der Sterbephase
-

wurden dabei hervorgehoben.

Um Wiederholungen zu vermeiden, sei an dieser Stelle auf diesen Beschluss verwiesen. An dieser Stelle werden daher nur exemplarisch einige zentrale Aspekte, die neue gesetzliche Rahmenbedingungen und neue Ansätze in der Landeshauptstadt München berücksichtigen, herausgegriffen. Darüber hinaus werden auch die Strategien des Sozialreferats zur Sicherung von Pflegepersonal in München nochmals kurz zusammengestellt.

1. Die Pflege von Menschen mit Demenzerkrankungen bzw. anderen psychischen Störungen

Die Pflege und Versorgung von Menschen mit einer Demenzerkrankung[53] bzw. mit anderen psychischen Veränderungen oder Störungen stellt eine besonders große Herausforderung für pflegende Angehörige und weitere Bezugspersonen, aber auch von Pflegeeinrichtungen dar und spielt damit auch für die künftige Gestaltung der entsprechenden pflegerischen Infrastrukturangebote eine wichtige Rolle. Aus diesem Grund wird im Rahmen der Bedarfsplanung auf diese Zielgruppe entsprechend eingegangen.

1.1 Häufigkeiten, Vorkommen und Erscheinungsbilder

Fachleute gehen davon aus, dass 60 bis 80 % aller Bewohnerinnen und Bewohner in vollstationären Pflegeeinrichtungen von einer psychischen Störung betroffen sind. Dazu zählen insbesondere organische Störungen (z. B. Alzheimer Demenz,

52 Beschluss des Sozialausschusses vom 04.05.2010, Sitzungsvorlage Nr. 08-14 / V 03977
53 Siehe hierzu auch Kap. 2.4

vaskuläre Demenz), affektive (die Stimmungslage betreffende) Störungen, schizophrene Störungen, Suchterkrankungen und Persönlichkeits- bzw. neurotische Störungen. Die entsprechenden wissenschaftlichen Untersuchungen verdeutlichen zudem, dass der Anteil von Menschen mit psychischen Störungen in Heimen in Zukunft weiter zunehmen wird.[54]

1.2 Stand und Perspektive des Versorgungsangebots

Verbleiben die Betroffenen in der eigenen Häuslichkeit, führt dies bei pflegenden Angehörigen und weiteren Bezugspersonen auf Dauer häufig zu Überforderungssituationen. Trotz vorhandener ambulanter Unterstützungssysteme (Pflegedienste, niedrigschwellige Betreuungsangebote nach § 45b SGB XI – insbesondere Helferinnen- und Helferkreise, gerontopsychiatrische Dienste etc.) ist aufgrund der Komplexität der Probleme und der hohen psychischen Belastungen ein Verbleib in der eigenen Häuslichkeit auf Dauer oft nicht mehr aufrechtzuerhalten. In diesen Fällen wird z. B. die Betreuung und Pflege in einer geeigneten ambulanten Pflege- oder Versorgungsform oder in einer vollstationären (in der Regel spezialisierten) Pflegeeinrichtung erwogen.

Wie bereits geschildert sind von den insgesamt 7.575 vollstationären Pflegeplätzen 1.218 spezifische vollstationäre Pflegeplätze für dementiell erkrankte Menschen und Menschen mit psychischen Veränderungen oder Störungen.
Nach Ansicht des Sozialreferats ist es fachlich notwendig, neben der Schaffung alternativer Versorgungsformen (hier: z.B. ambulant betreute Wohngemeinschaften, s.o.), auch zeitgemäße vollstationäre Versorgungsangebote weiter auszubauen. Die Ausschreibung städtischer Grundstücke in Verbindung mit einem entsprechenden fachlichen Anforderungsprofil ist für die Landeshauptstadt München der entscheidende Ansatzpunkt, um unmittelbaren Einfluss auf die dringend nötige fachliche Weiterentwicklung und Schwerpunktsetzung der Pflegeangebote in München Einfluss zu nehmen und so den dargestellten Entwicklungen zu entsprechen.
Grundsätzlich sind aus fachlicher Sicht[55] spezialisierte vollstationäre Versorgungsangebote für Menschen mit Demenzerkrankungen bzw. mit psychischen Veränderungen/Störungen den integrativen Ansätzen vorzuziehen (bei „integrativen“ Betreuungsformen leben Demenzkranke und Nicht-Demenzkranke in denselben Pflegebereichen – dies führt für die Bewohnerinnen und Bewohner sowie die Pflegenden immer wieder zu einer Reihe von belastenden Situationen und Konflikten).

---

54 Hirsch, R. D., Kastner, U. (2004). „Heimbewohner mit psychischen Störungen – eine Expertise“, Köln: Kuratorium Deutsche Altershilfe und www.kda.de/news-detail/items/archiv_196.html – Pressemitteilung 7.Juni.2004

55 Beschluss des Sozialausschusses vom 12.11.2009 „Besondere stationäre Demenzbetreuung in Münchner Pflegeheimen sowie Angebote für frühdiagnostizierte Demenzerkrankte – Die Alzheimer-Krankheit“, S. 4-6, sowie Weyerer, S., Schäufele, M., et al. (2006). Demenzkranke Menschen in Pflegeeinrichtungen. Besondere und traditionelle Versorgung im Vergleich. Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer.

Neben der weiteren Schaffung von ambulant betreuten Wohngemeinschaften (vgl. Teil A, 2.3.4.) sollte aus diesem Grund für die weitere Versorgung von Menschen mit den o.g. Krankheitsbildern insbesondere auch eine Ausweitung der sog. „stationären Hausgemeinschaften“ oder „gerontopsychiatrischen Wohngruppen“ im vollstationären Pflegebereich (im Sinne der so genannten „5. Generation KDA-Quartiershäuser. Ansätze zur Neuausrichtung von Alten- und Pflegeheimen“[56]), angestrebt werden. Für schwerst dementiell erkrankte Bewohnerinnen und Bewohner sollte zudem eine Ausweitung hochspezialisierter Pflegeeinrichtungen (wie z. B. „qualitätsgeleitete Pflegeoasen“[57]) realisiert werden.

2. Die Pflege von Menschen mit Behinderungen

Im Aktionsplan der Landeshauptstadt München zur Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention ist im Handlungsfeld 2 „Gesundheit, Rehabilitation, Prävention, Pflege“ die Maßnahme 12 „Pflegeangebote für gehörlose Menschen“ beschrieben. Eine Arbeitsgruppe unter Federführung der Fachabteilung Altenhilfe und Pflege im Sozialreferat wurde beauftragt, den Bedarf zu erfassen, bestehende Angebote zu koordinieren und ggf. weiterzuentwickeln. Zur Arbeitsgruppe gehören der Gehörlosenverband München Umland e.V. (GMU), der Bayerische Landesverband für die Wohlfahrt Gehörgeschädigter (BLWG) als Vertretung der Betroffenenverbände und der Sozialdienst für Gehörlose im Sozialbürgerhaus Laim – Schwanthalerhöhe. Die Arbeitsgruppe hat in der Münchner Pflegekonferenz über die Situation gehörloser pflegebedürftiger Menschen informiert und einen Kontakt zu drei ambulanten Pflegediensten, die Erfahrung im Umgang mit gehörlosen Patientinnen und Patienten haben, aufgebaut. Um Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von ambulanten Pflegediensten in München im Umgang mit gehörlosen Menschen zu unterstützen, wird für Herbst/Winter 2016/2017 eine entsprechende Fortbildung geplant.

Im Zuge der Erstellung von Pflegebedarfsplanungen ergibt sich auch die unmittelbare Notwendigkeit zu einer differenzierten Auseinandersetzung mit den (pflegerischen) Bedarfslagen von Menschen mit lebenslanger Behinderung[58] (aller Altersgruppen und Arten von Behinderungen).

Die äußerst heterogenen Anforderungen an die pflegerische Versorgung von Menschen mit Behinderungen werden insbesondere dann deutlich, wenn man sich die unterschiedlichen Einschränkungen und Lebenslagen von Menschen mit

56 Kuratorium Deutsche Altershilfe, Michell-Auli, P., Sowinski, Ch. (2013). Die 5.Generaion: KDA-Quartiershäuser. Ansätze zu einer Neuausrichtung von Alten- und Pflegeheimen.“, 2. überarb. Und erw. Aufl.

57 Beschluss des Sozialausschusses vom 12.11.2009 „Besondere stationäre Demenzbetreuung in Münchner Pflegeheimen sowie Angebote für frühdiagnostizierte Demenzerkrankte – Die Alzheimer-Krankheit“, analog der Empfehlungen des Kuratoriums Deutsche Altershilfe (KDA) Köln und weiterer wissenschaftlicher Erkenntnisse (z. B. aufschwungalt, München, Demenz Support, Stuttgart). Eine qualitätsgeleitete Pflegeoase ist eine spezialisierte Versorgungsform für schwerst dementiell Erkrankte. „Die qualitätsgeleitete Pflegeoase: ein neuer Weg zur Begleitung von Menschen mit Demenz in ihrer letzten Lebensphase“, Fachzeitschrift „pro Alter“ des KDA, 2/2009, S. 46 ff

58 Von einer lebenslangen Behinderung spricht man, wenn die Behinderung bis zum 35. Lebensjahr erworben wird, weil danach Berufsfindung, Einstieg ins Erwerbsleben und Familiengründung – Ereignisse, die sich stark auf Teilhabemöglichkeiten im Alter auswirken – weitgehend abgeschlossen sind vgl. Dieckmann, F. et. al. (2015). Die Lebenssituation älterer Menschen mit lebenslanger Behinderung in Nordrhein-Westfalen.

unterschiedlichen Behinderungen vor Augen führt. So sind z.B. gehörlose Menschen vorrangig auf Rahmenbedingungen angewiesen, die ihnen eine reibungslose Kommunikation mit den Pflegenden gewährleisten. Bei körper- bzw. mobilitätsbehinderten Menschen bestehen Anforderungen u.a. im Bereich der Barrierefreiheit in baulicher Hinsicht, anders als bei Menschen mit einer geistigen Behinderung, für die insbesondere ein erhöhter Personalaufwand für Betreuung, Anleitung und Tagesstrukturierung notwendig ist.

Für die Zukunft ist auch in der Landeshauptstadt München mit einer steigenden Anzahl älterer Menschen mit lebenslangen Behinderungen zu rechnen. Auf diese neue Zielgruppe und ihre spezifischen Bedarfe müssen sich sowohl Einrichtungen der Behinderten-, als auch der Altenhilfe und Langzeitpflege einstellen.
Gleichzeitig muss zwangsläufig auch nach den spezifischen Pflegebedarfen von Kindern, Jugendlichen und jüngeren Erwachsenen mit Behinderungen gefragt werden. Gerade hier bestehen beispielsweise erhebliche Anforderungen an die zeitliche und räumliche Flexibilität. Dies wird insbesondere dann deutlich, wenn sich die Betroffenen in schulischer bzw. beruflicher Ausbildung befinden oder berufstätig sind. Pflegeleistungen müssen hier oft unabhängig von Zeit und Ort und nach individuell ganz unterschiedlichen Voraussetzungen erbracht werden. Eine Abgrenzung zwischen den Leistungen wie z.B. der Pflege nach SGB XI oder SGB XII, der Eingliederungshilfe nach dem SGB XII oder Arbeitsassistenz/Teilhabe am Arbeitsleben nach SGB IX i.V.m. SchwbAV ist hier in der Leistungserbringung teilweise nur sehr schwer herzustellen und führt in der Praxis zu erheblichen Problemen.
Es ist daher aus Sicht des Sozialreferats nicht nachvollziehbar, dass der Bundesgesetzgeber auch im Zuge der aktuellen Pflegereform (PSG III) nach wie vor daran festhält, dass Menschen mit Behinderungen, die in Einrichtungen der Behindertenhilfe Anspruch auf Leistungen der Pflegeversicherung haben, lediglich einen geringen Pauschalbetrag erhalten (§ 43a SGB XI). In der am 28.06.2016 beschlossenen Kabinettsfassung wurde diese Regelung nun sogar auf ambulante Versorgungsformen in der Behindertenhilfe ausgeweitet.

Gerade vor dem Hintergrund der UN-Behindertenrechtskonvention wird deutlich, in welchem Umfang die Belange von Menschen mit Behinderungen als Querschnittsthema aus gesamtgesellschaftlicher Sicht betrachtet werden müssen. Die Forderung nach Inklusion von Menschen mit Behinderungen in alle gesellschaftlichen Bereiche birgt auch die Konsequenz, dass adäquate Rahmenbedingungen unter anderem auch im Zusammenhang mit der pflegerischen Versorgung von Menschen mit Behinderungen zur Verfügung gestellt werden müssen. Die Voraussetzungen des SGB XI entsprechen gerade in diesem Zusammenhang in einigen Teilen nicht den tatsächlichen Bedarfslagen der jüngeren pflegebedürftigen Menschen mit Behinderungen.

3. Die Pflege von Menschen mit Migrationshintergrund

Eine Sonderauswertung des Integrationsbarometers zum Thema Pflege[59] ergab, dass sich zwar grundsätzlich die Bedürfnisse von Migrantinnen und Migranten hinsichtlich der Pflegebedürfnisse nicht gravierend unterscheiden, dass es aber „spezifische Wünsche ….bei der Religionszugehörigkeit und dem Geschlecht der Pflegekräfte“ gäbe. So würden sich entsprechend dieser Studie „27 Prozent der Muslime eine Pflegekraft mit gleicher Religion wünschen. Bei christlichen Befragten sind es nur neun Prozent. 74 Prozent der muslimischen Frauen wollen im Alter auch von einer Frau gepflegt werden. Bei christlichen Frauen wünschen dies 51 Prozent. …. Zu einer interkulturellen Öffnung gehöre es [u.a.] Arbeitskräfte mit Migrationshintergrund zu gewinnen“ und zu schulen. „Die Curricula der Pflegefachberufe beinhalten zwar zumeist Aspekte kultursensibler Pflege, sind aber von Bundesland zu Bundesland verschieden, kritisiert der Sachverständigenrat. …. Zwei weitere markante Aspekte von Kultursensibilität seien die Einrichtung von Gebetsräumen und die Einführung und systematische Kennzeichnung verschiedener Ernährungsangebote. Wo es nicht möglich sei, für verschiedene Religionen und Konfessionen jeweils geeignete Gebetsräume zur Verfügung zu stellen, könne ein neutraler Gebetsraum eingerichtet werden.“

Wie eingangs bereits dargestellt, wird die Anzahl der sog. Wohnberechtigten ohne deutsche Staatsangehörigkeit ab 65 Jahre in der Landeshauptstadt München zum Jahr 2030 sehr deutlich um ca. 24.000 Wohnberechtigte (d.h. um etwa 56%) auf ca. 63.000 Personen ansteigen. Das bedeutet, dass etwa 2/3 des gesamten Anstiegs der Anzahl aller ab 65-Jährigen auf einen Anstieg der Anzahl der Wohnberechtigten ohne deutsche Staatsangehörigkeit zurückzuführen ist.
Was die Hochaltrigen ohne deutsche Staatsangehörigkeit betrifft, so steigt die Anzahl der ab 80-Jährigen ohne deutsche Staatsangehörigkeit von etwa 4.000 im Jahr 2013 sehr stark auf 16.000 im Jahr 2030 an.

Da bei Hochaltrigen die Wahrscheinlichkeit deutlich zunimmt, dass sie von Hilfe- und/oder Pflegebedarf betroffen sind, müssen in der Landeshauptstadt München neben zielgruppenübergreifenden Angeboten in der Beratung und Pflege auch noch mehr zielgruppenspezifische Angebote für Menschen mit Pflegebedarf und Migrationshintergrund bereitgehalten werden.

Der Sechste Marktbericht Pflege (Anhang 2) verdeutlicht, wie u.a. durch die Rahmenkonzeption 2014-2020 „Interkulturelle Öffnung in der Langzeitpflege“ die Anzahl der Angebote speziell für Menschen mit Migrationshintergrund in der teil- und in der vollstationären Pflege deutlich gestiegen ist. Diese differenzierten Ergebnisse des Sechsten Marktberichts Pflege des Sozialreferats illustrieren, dass

59 www.svr-migration.de/publikationen/ und „Studie: Bedürfnisse von pflegebedürftigen Menschen mit Migrationshintergrund noch zu wenig berücksichtigt. In den Einrichtungen gibt es noch viel zu tun.“ In: CAREkonkret, Ausgabe 49, 04.12.2015

in der Landeshauptstadt München etliche der Anbieterinnen und Anbieter der teil- und vollstationären Pflegeeinrichtungen die in der o.g. Studie geforderten Aspekten einer interkulturellen Öffnung bereits umgesetzt haben (z.B. die Einrichtung von Räumen der Stille bzw. Gebetsräumen für verschiedene Religionen, die Bereithaltung von spezifischen Essensangeboten, wie z.B. Halal oder koscheren Speisen).[60]
Die vom Stadtrat beschlossene Rahmenkonzeption zur Interkulturellen Öffnung der Langzeitpflege in München befindet sich - begleitet von einem Projektbeirat - in der Umsetzung[61]. Im Baustein 1 haben sich in unterschiedlichen Regionen fünf Heimträger zur Kooperation bereit erklärt. In insgesamt sieben vollstationären Pflegeeinrichtungen wird das Projekt mit unterschiedlichen Schwerpunkten verfolgt. Die Interkulturelle Öffnung der Häuser erfolgt u.a. über Personalentwicklungsmaßnahmen, Organisationsentwicklung sowie bauliche Veränderungen. Zurzeit wird der Baustein 2, der spezifische Qualifizierungsmaßnahmen für beruflich Pflegende in ambulanten, teil- und vollstationären Pflegeeinrichtungen vorsieht, vorbereitet. U.a. sollen Dienstleistungen migrationssensibel angepasst werden und die transkulturelle Kompetenz der Mitarbeitenden gefördert werden. Mit der Informationskampagne „Brücken bauen“, die DER PARITÄTISCHE Bayern Bezirksverband Oberbayern durchführt, sollen insbesondere Zugangsbarrieren zu Begegnungs-, Beratungs- und Unterstützungsangeboten im Alter und bei Pflegebedürftigkeit abgebaut und der Zugang zu gesetzlichen Leistungen verbessert werden. In einer ersten Veranstaltung wurde das Projekt einer breiten Öffentlichkeit präsentiert, eine zweite, die sich an Fachpersonen richtet, ist in Vorbereitung.

4. Die Pflege von Menschen mit gleichgeschlechtlicher Identität

In einem weiteren Projekt widmet sich die Fachabteilung Altenhilfe und Pflege im Sozialreferat der Öffnung der vollstationären Pflege für die LGBTIQ-Community[62], d.h. für Menschen mit lesbischer, schwuler und anderer Lebensform. **I**n Zusammenarbeit mit der Koordinierungsstelle für gleichgeschlechtliche Lebensweisen sowie einigen der Beratungsstellen der Community wird ein erstes Pilotprojekt durchgeführt. Mit den Projektbeteiligten wurden Schulungskonzepte entwickelt bzw. fortgeschrieben und bei der MÜNCHENSTIFT GmbH angeboten.

5. Die Pflege von Menschen mit außerklinischem Intensivpflegebedarf

Das Referat für Gesundheit und Umwelt (SG Koordination Versorgung und Pflege, RGU-GVO43) berichtet für das Jahr 2016 zur Situation der Bürgerinnen und Bürger mit außerklinischem Intensivpflegebedarf („Langzeitbeatmeten Menschen“) wie folgt:

60 Siehe u.a. auch „Münchner Heim eröffnet muslimischen Wohnbereich. Heim setzt auf Vertrauensbildung bei Muslimen.“ In: CAREkonkret, Ausgabe 49, 04.12.2015
61 www.muenchen.de/ik-pflege
62 LBGTQ-Community steht für Lesbisch Schwul Bi Trans Inter Queer - Community

„Die Versorgung beatmeter Patientinnen und Patienten außerhalb von Kliniken nimmt zu und wird in Zukunft eine immer größere Rolle spielen. Schätzungen zufolge leben in München circa 300 Menschen, die über einen längeren Zeitraum auf eine außerklinische Beatmung angewiesen sind. Es ist ein Anstieg von Beatmungspatientinnen und -patienten um jährlich fast 10% zu verzeichnen. Dabei ist künftig mit einem weiteren, deutlichen Anstieg der Betroffenen v.a. von alten und schwerkranken Menschen deutschlandweit zu rechnen. Dieses ist bedingt durch die demographische Entwicklung (steigendes Lebensalter, mehr Begleiterkrankungen), Zunahme von Lungenerkrankungen, Fortschritte in der Intensivmedizin und vermehrt durchgeführte Operationen im höheren Lebensalter. Die Entwöhnung von der künstlichen Beatmung gestaltet sich in dieser Situation häufig schwierig. Ähnliche Entwicklungen sind in den USA durch Studien belegt.[63] Entsprechend werden in Zukunft immer mehr alte und schwerkranke Menschen beatmet werden und auch bei den langzeitbeatmeten Kindern ist aufgrund des medizinischen Fortschritts der Bedarf an außerklinischer Intensivversorgung ansteigend.

Grundsätzlich kann es bei ca. 10% der Patientinnen und Patienten, die während einer intensivmedizinischen Versorgung auf einer Intensivstation künstlich beatmet werden, zu einem schwierigen und längerfristigen Entwöhnungsprozess von der Beatmungsmaschine bzw. zu einer Langzeitbeatmung kommen. In solchen Fällen ist es empfehlenswert, die Patientinnen und Patienten in ein Weaningzentrum zu verlegen.
Ein Weaningzentrum ist ein Krankenhaus, das sich auf die Entwöhnung beatmeter Patientinnen und Patienten vom Beatmungsgerät spezialisiert hat. Hier gelingt es, einen Großteil der Patientinnen und Patienten in relativ kurzer Zeit (meist 10 bis 30 Tage) von der Beatmung zu entwöhnen, in 15 bis 30% der Fälle gelingt es leider nicht. In diesen Fällen besteht die Möglichkeit, die maschinelle Beatmung außerklinisch fortzusetzen.

Dank moderner Medizin ist es möglich, dass immer mehr künstlich beatmete Menschen im eigenen Zuhause, in ambulant betreuten Wohngemeinschaften oder in (voll-)stationären Pflegeeinrichtungen versorgt werden können. Die Auswahl einer geeigneten außerklinischen Versorgungsform hängt in erster Linie vom Wunsch der Patientin/ des Patienten und deren bzw. dessen familiären Ressourcen ab. Es handelt sich hierbei um eine äußerst komplexe Versorgungsform, die hohe Anforderungen an die Pflegepersonen und Ärztinnen und Ärzte stellt. Eine mangelnde qualifizierte Versorgung im Bereich der Beatmung kann die Lebensqualität der Menschen erheblich beeinträchtigen und schnell lebensgefährlich werden. In der Versorgung von beatmeten Menschen braucht es

63 Gillissen, A./ Welte, T. (2014): Weißbuch Lunge 2014 – Herausforderungen, Zukunftsperspektiven, Forschungsansätze – Zur Lage und Zukunft der Pneumologie in Deutschland.

daher zwingend hohe fach- und beatmungsspezifische Qualifikationen.

Das Referat für Gesundheit und Umwelt hat im Juni 2014 zusammen mit verschiedenen Münchner Versorgungseinrichtungen eine Bestandsaufnahme in der außerklinischen Intensivversorgung durchgeführt. Die Ergebnisse sind folgende:
Die außerklinische Intensivversorgung im Stadtgebiet München ist mengenmäßig gut aufgestellt. Für Erwachsene gibt es mittlerweile ca. 30 ambulante Intensivpflegedienste, ca. 20 ambulant betreute Wohngemeinschaften für intensivpflegebedürftige Menschen und 3 vollstationäre Pflegeeinrichtungen mit Beatmungskompetenz. Laut dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung in Bayern (MDK Bayern) besteht derzeit in Stadtgebiet München kein Mangel an ambulanten Intensivpflegediensten und Plätzen in ambulant betreuten Wohngemeinschaften für intensivpflegebedürftige Menschen. Einen quantitativen und qualitativen Verbesserungsbedarf sieht der MDK Bayern hingegen im Bereich der vollstationären Pflegeeinrichtungen mit Beatmungskompetenz. Den vollstationären Pflegeeinrichtungen fehlt bislang die Spezialisierung für langzeitbeatmete Bewohnerinnen und Bewohnern. Es mangelt an ausreichend qualifiziertem Pflegefachpersonal sowie an den baulichen und technischen Voraussetzungen.

Im Rahmen dieser Bestandsaufnahme des Referats für Gesundheit und Umwelt wurden gleichzeitig eine Reihe von Problemen und Handlungsbedarfen in der Versorgung von langzeitbeatmeten Menschen erfasst. Diese sind z.B.:

- **Geringe Weaningkapazitäten in München**

In München und im Münchner Umland existieren 2014 nur drei Weaningbetten im Klinikum Harlaching, die situationsbedingt geschaffen wurden und mit der Kapazität der Akutversorgung konkurrierten, sowie das Weaningzentrum der Asklepios Fachklinik München-Gauting mit 15 Weaningbetten.
Laut der Asklepios Fachklinik München-Gauting und dem Städtischen Klinikum München GmbH reichen die vorhandenen Weaning-Kapazitäten in München bei weitem nicht aus.
Handlungsbedarf besteht darin, für ausreichend Weaning-Kapazitäten in der Stadt München zu sorgen. Anfang 2016 wurden die Weaningkapazitäten aufgestockt und sechs eigenständige Weaningbetten im Klinikum Harlaching eingerichtet .

- **Keine einheitlichen Qualitätsstandards in der außerklinischen Intensivversorgung**

In Bayern gibt es keine gesetzlichen Vorgaben für einheitliche Qualitätsstandards in der außerklinischen Intensivversorgung. Es gibt keine gesetzlichen Vorgaben zur Qualifikation der Pflegepersonen in der Versorgung von langzeitbeatmeten

Menschen. Es existieren keine speziellen Zulassungsvoraussetzungen für ambulante Intensivpflegedienste. Die Folge sind starke Qualitätsunterschiede bis hin zu gravierenden Qualitätsproblemen in der pflegerischen Versorgung.
Um einen einheitlichen Versorgungsgrad zu erreichen, sind dringend verbindliche Rahmenbedingungen und Richtlinien zur bundesweiten Qualitätssicherung in der außerklinischen Intensivversorgung zu fordern. Das „Hygiene-Netzwerk Pflege München“ hat zum Thema Hygiene entsprechende Informationen und Vorgaben erarbeitet und im Internet veröffentlicht.

- **Mangelnde strukturierte ambulante ärztliche Versorgung**

Für die Patientinnen und Patienten in der außerklinischen Intensivversorgung steht bislang keine strukturierte ambulante ärztliche Betreuung zur Verfügung. Laut Rückmeldungen ist bei den Hausärztinnen und Hausärzten, bis auf wenige Ausnahmen, keine ausreichende Beatmungskompetenz vorhanden. Zudem ist die aufwendige ärztliche Betreuung von außerklinischen Intensivpatientinnen und Intensivpatienten in den Vergütungssystemen der Krankenkassen nicht adäquat abgebildet. Dies führt u.a. dazu, dass regelmäßige Hausbesuche fehlen.
Notwendig ist eine strukturierte ambulante ärztliche Betreuung. Hierzu bedarf es einer Weiterentwicklung der ärztlichen Kompetenzen in Bezug auf Beatmung und eine verbesserte Verzahnung ambulanter und stationärer Versorgungsstrukturen. Weitere Ansätze sind die Schaffung eines Spezialteams, das regelmäßig Hausbesuche bei den langzeitbeatmeten Patientinnen und Patienten durchführt und die Integration der Telemedizin in die Versorgung vor Ort z.B. in Form von Videovisiten. Darüber bedarf es einer angemessenen Honorierung für ärztliche Hausbesuche.

6. Hospiz- und Palliativversorgung

Besonders in der Sterbephase benötigen Pflegebedürftige spezielle Formen der Pflege und Betreuung unabhängig davon, ob die Betreffenden in der eigenen Häuslichkeit, in speziellen Pflege- und Versorgungsformen oder in einer vollstationären Pflegeeinrichtung leben. Dieser fachlichen Herausforderung wurde in den letzten Jahren vermehrt Rechnung getragen und sie muss weiterhin sowohl in der ambulanten Betreuung Pflegebedürftiger als auch im stationären Setting mit modernen Konzepten Berücksichtigung finden.

Erstmals für den Stichtag 15.12.2013 erhob das Sozialreferat im jährlichen Marktbericht Pflege[64] die Situation bzgl. spezieller Angebote für Bewohnerinnen und Bewohner (auch Tagespflegegäste) in der Sterbephase. Die Erhebung zum Thema Hospiz- und Palliativversorgung insbesondere in der vollstationären Pflege wurde in den darauffolgenden Datenabfragen für die Marktberichte Pflege

64 „Marktbericht Pflege – Jährliche Marktübersicht über die teil- und vollstationäre pflegerische Versorgung in München. Sicherung der pflegerischen Versorgung älterer Menschen in München“, Beschluss des Sozialausschusses vom 09.10.2014, Sitzungsvorlage Nr. 14-20 / V 01023

beibehalten und um die Qualifikationen der Mitarbeitenden in diesem Bereich ergänzt. So sei an dieser Stelle für die aktuellen Ergebnisse in diesem Bereich auf den Sechsten Marktbericht Pflege des Sozialreferats im Anhang 2 verwiesen. Das PSG II sieht für vollstationäre Pflegeeinrichtungen einen einrichtungseinheitlichen Eigenanteil im Pflegesatz vor. Dadurch wird sich die Zusammensetzung der Bewohnerinnen und Bewohner vollstationärer Pflegeeinrichtungen künftig vermutlich deutlich verändern. Stärker als bisher wird es daher um die zeitintensive Versorgung und Betreuung schwerst demenzkranker Menschen sowie von Menschen in ihrer letzten Lebensphase (vorwiegend in den Pflegegraden 3 bis 5) gehen.

Das Referat für Gesundheit und Umwelt (SG Koordination Versorgung und Pflege, RGU-GVO43) berichtet zum Thema Hospiz- und Palliativversorgung in der Landeshauptstadt München wie folgt (Stand: 23.03.2016):

„Die Landeshauptstadt München ist Mitunterzeichnerin der „Charta für die Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen“ und sieht sich deren Zielen verpflichtet. So wurde laut Stadtratsantrag vom 17.12.2014 das Münchner Hospiz- und Palliativnetzwerk ins Leben gerufen, das am Referat für Gesundheit und Umwelt angebunden ist.

Die Leistungen für die ambulante und stationäre Versorgung von Bürgerinnen und Bürgern in München mit einer fortschreitenden nicht heilbaren Erkrankung sind umfangreich und vielseitig. Neben der allgemeinen Hospiz- und Palliativberatung und -begleitung durch ambulante Hospizdienste gibt es in München mittlerweile fünf sogenannte SAPV-Teams (Spezialisierte Ambulante Palliative Versorgung), die eine hochqualifizierte palliativmedizinische Behandlung im eigenen Zuhause beziehungsweise in vollstationären Pflegeheimen oder Einrichtungen der Behindertenhilfe sicherstellen können.

Zudem leisten die palliativ-geriatrischen Dienste der Münchner Hospizvereine einen wichtigen Beitrag zur Versorgung und zur Verbesserung der Lebensqualität von alten Menschen mit schweren Erkrankungen und den daraus folgenden Symptomen.

Schwerstkranke Kinder und ihre Familien, die daheim medizinisch, pflegerisch und sozialpädagogisch begleitet werden möchten, haben Anspruch auf die Unterstützung durch ambulante Kinderhospizdienste und Spezialisierte Ambulante Palliativ-Pädiatrische Versorgungsteams. In München steht ein SAPPV-Team zur Verfügung, welches an das Kinderpalliativzentrum der LMU München angegliedert ist. Hier eröffnet in diesem Jahr eine Kinderpalliativstation mit neun Betten. Anfang 2016 trat das neue Hospiz- und Palliativ-Gesetz in Kraft, das einen

Schwerpunkt auf den Ausbau der allgemeinen und der spezialisierten Palliativversorgung legt. So sollen die ambulanten Hospizdienste finanziell gestärkt und die Versorgungsstrukturen insgesamt bedarfsgerecht ausgebaut werden.

Allgemein besteht damit ein gesetzlicher Anspruch auf eine gesundheitliche Versorgungsplanung in der letzten Lebensphase, was die konkrete Einbeziehung des Hospiz- und Palliativgedankens in die Regelversorgung fördern soll.

Erst ab 2017 werden sich erste Aussagen über die tatsächliche Wirksamkeit der beschlossenen Maßnahmen treffen lassen“.

7. Strategien zur Sicherung von Pflegepersonal

Eine zentrale Aufgabe sieht das Sozialreferat darin, dem aktuellen und künftigen Mangel an Pflegenden (insbesondere Pflegefachkräftemangel) zu begegnen. Auch wenn die Einflussmöglichkeiten der Landeshauptstadt München auf den Pflegemarkt begrenzt sind, muss weiterhin dringend u.a. für eine Verbesserung der Bezahlung der Pflegenden, eine Verbesserung der Personalausstattung in der Pflege, eine Verbesserung der Qualifikation der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, für geeignete Kinderbetreuung und bezahlbaren Wohnraum für Pflegende plädiert werden. Das Sozialreferat hat auf die Entgelte in diesem Feld allerdings keinen Einfluss.

Die zuständige Fachabteilung des Sozialreferates im Amt für Soziales Sicherung (S-I-AP4) fördert seit Jahren eine Reihe unterstützender Maßnahmen, um beruflich Pflegende zu binden. Die hier im Folgenden aufgeführten Maßnahmen wirken ineinander, um soweit wie möglich die Rahmenbedingungen für die beruflich Pflegenden zu verbessern.[65]:

- Im ambulanten Pflegebereich sind zusätzliche Leistungen begrenzt abrechenbar („Pflegeergänzende Leistungen, PEL“), die ansonsten unterbleiben oder in der Freizeit zu erbringen wären, da sie über andere Kostenträger nicht abrechenbar sind.
- In allen Einrichtungen der Langzeitpflege werden darüber hinaus Fort- und Weiterbildungen sowie Supervisionen gefördert.
- Im vollstationären Pflegebereich bestehen die Programme „Pflegeüberleitung“ und „Heiminterne Tagesbetreuung“, die für eine Entlastung der beruflich Pflegenden sorgen und damit zu besseren Arbeitsbedingungen beitragen.
- Innovative Pflege- und Versorgungsformen (die durch das Sozialreferat mit einer Anschubfinanzierung unterstützt werden) stellen zudem eine

65 Download vom 01.07.2014:
http://www.muenchen.de/rathaus/Stadtverwaltung/Sozialreferat/Sozialamt/fachinformationen-pflege

Möglichkeit für beruflich Pflegende dar, in einem neuen und anders konzipierten Angebot Berufserfahrung einzubringen.

- Darüber hinaus werden städtische Grundstücke mit innovativen Konzepten des Pflegeheimbaus (Hausgemeinschaftsmodell, zeitgemäßer Umgang mit den Themen Demenz, Sterben, Öffnung ins Quartier) ausgeschrieben. Durch die Umsetzung solcher zeitgemäßen Konzepte, werden auch die Arbeitsbedingungen für Pflegende verbessert und Ihnen entsprechende Wahlmöglichkeiten eröffnet.
- Auch die Umsetzung von aktuellen Modellprojekten soll dazu beitragen, die Rahmenbedingungen für den Pflegeberuf attraktiv und zukunftsfähig zu gestalten. Hier sind zu benennen: „Interkulturelle Öffnung der Langzeitpflege“, „Öffnung der vollstationären Altenpflege für gleichgeschlechtliche Lebensweisen“ sowie die „Qualitätsoffensive stationäre Altenpflege mit dem Fokus auf die Erprobung von Grade- und Skillmix unter Einbezug dual qualifizierter Pflegender“.
- Die Förderung der Investitionskosten der Landeshauptstadt München für ambulante, teil- und vollstationäre Pflegeeinrichtungen sowie Einrichtungen der Kurzzeitpflege trägt wie die Anschubfinanzierung für innovative Versorgungsformen ebenfalls dazu bei, die Rahmenbedingungen der Dienstleisterinnen und Dienstleister zu verbessern und die Vielfalt der Angebote auch für beruflich Pflegende zu erhalten.
- Das „Forum Altenpflege“ des Sozialreferats bietet schließlich die Möglichkeit, aktuelle Themen zu diskutieren und untereinander auf Expertenebene in persönlichen Kontakt zu treten. Entsprechende Foren widmeten sich bereits z.B. dem Personalmanagement (www.muenchen.de/forum-altenpflege)[66].

Für weitere Maßnahmen, wie die Verbesserung der Personalschlüssel oder der Vergütungen für beruflich Pflegende sind die Kostenträger bzw. die Politik auf Bundesebene verantwortlich. Soweit als möglich nimmt die Landeshauptstadt München hier entsprechenden Einfluss über entsprechende Stellungnahmen an den Bayerischen und Deutschen Städtetag sowie den Deutschen Verein für öffentliche und private Fürsorge.

Unabdingbar ist es jedoch auch, das Ansehen der Pflegeberufe in der Öffentlichkeit zu verbessern. Hier ist eine sachliche Berichterstattung in den Medien unverzichtbar. Die Wirkung von Werbekampagnen und Imagekampagnen ist begrenzt, zumal viele Arbeitgeber und Berufe um Schulabgängerinnen und Schulabgänger konkurrieren.

66 Download vom 01.07.2014: http://www.muenchen.de/rathaus/dms/Home/Stadtverwaltung/Sozialreferat/sozialamt/forum_altenpflege/2013-03-14_forum-altenpflege/Vortrag_Thiess_Forum_Altenpflege_2013-03-14.pdf

Fazit und Empfehlungen zur Pflegebedarfsermittlung (Teil A und B)

Das Sozialreferat setzt sich weiterhin dafür ein, dem Wunsch der meisten älteren Menschen nach einer häuslichen Versorgung auch bei Hilfe- und Pflegebedarf zu entsprechen.
Für die Bedarfslagen, in denen eine private häusliche Pflege und Versorgung nicht (mehr) möglich ist, sollten jedoch immer auch geeignete Angebote in entsprechenden Pflege- und Versorgungsformen bzw. zeitgemäßen vollstationären Pflegeeinrichtungen in ausreichendem Umfang zur Verfügung stehen.
Das Sozialreferat ist der Auffassung, dass zeitgemäße neue Angebote, die die in der Beschlussvorlage genannten fachlichen Herausforderungen adäquat aufgreifen, nicht nur deshalb entstehen sollten, weil der Bedarf prognostisch weiter zunehmen wird (vgl. Anhang 1, Teil A). Das Sozialreferat geht vielmehr auch davon aus, dass sich die Nachfrage weiter kontinuierlich verändern und Antworten auf die konzeptionellen Herausforderungen für die Anbieterinnen und Anbieter von Pflegeleistungen weiter an strategischer Bedeutung gewinnen werden.

Die ermittelte prognostische Versorgungslücke im Bereich der vollstationären pflegerischen Versorgung von ca. 600 Plätzen, soll nach Ansicht des Sozialreferats durch die Reservierung und Vergabe von vier zusätzlichen geeigneten kommunalen Grundstücken geschlossen werden. Auf der Basis der regionalen Berechnungen der künftigen Anzahl pflegebedürftige Menschen sieht das Sozialreferat den höchsten Bedarf in den Regionen

- Milbertshofen – Am Hart,
- Feldmoching – Hasenbergl,
- Berg am Laim – Trudering – Riem
- und in Laim – Schwanthalerhöhe.

Die Reservierung und Vergabe der o.g. Flächen sollte daher – soweit möglich – vorrangig in diesen Regionen umgesetzt werden.

Darüber hinaus empfiehlt das Sozialreferat die Fortsetzung der Unterstützung von innovativen ambulanten Versorgungsformen (insbesondere Pflegewohngemeinschaften), um den pflegebedürftigen Menschen in München möglichst viele differenzierte Angebote zur Auswahl anbieten zu können.

Das Sozialreferat ergreift daher alle - wenn auch sehr begrenzten - kommunalen Einwirkungsmöglichkeiten auf die pflegerische Versorgung (Pflegemarkt) im Rahmen der derzeitigen gesetzlichen Rahmenbedingungen. Einflussmöglichkeiten bestehen neben den o.g. Flächenreservierungen und der Anschubfinanzierung innovativer Versorgungsformen vorrangig durch die Förderung der Pflegequalität

im Rahmen eigener kommunaler Zuschuss-Programme und Modellprojekte. Ganz entscheidend ist die künftige Qualität neuer Angebote, da positive Entwicklungen neuer Angebote dem Markt entsprechend neue Impulse geben können. Dem Sozialreferat ist bewusst, dass kommunale Flächen und Haushaltsmittel nur begrenzt verfügbar sind, es hält aber eine entsprechende Verwendung angesichts der Herausforderungen im Bereich der pflegerischen Versorgung in unserer Stadt für unerlässlich. Das Sozialreferat steht bei der Erarbeitung der Planungen und Konzepte in einem regelmäßigen Austausch mit Vertreterinnen und Vertretern tangierter Dienststellen der Landeshauptstadt München, den Trägern der ambulanten, teil- und vollstationären Pflegeeinrichtungen, und weiteren wichtigen Partnerinnen und Partnern.

Anhang 1 - Anlagen

Fragebogen „Ambulante Pflegedienste in München Datenabfrage zum Stichtag: 15.12.2014“	Anlage 1
Definition Migrationshintergrund	Anlage 2
Karte „Vollstationäre Pflegeeinrichtungen Bestand und Planungen“	Anlage 3
Stellungnahme der Fachstelle „Pflege- und Behinderten-einrichtungen, Qualitätsentwicklung und Aufsicht“ im Kreisverwaltungsreferat (FQA, ehemals Heimaufsicht) vom 04.04.2016	Anlage 4

Landeshauptstadt
München
Sozialreferat

Ambulante Pflegedienste in München
Datenabfrage zum Stichtag: 15.12.2014

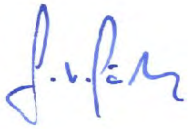
Sehr geehrte Damen und Herren,

dem Sozialreferat der LH München ist es ein großes Anliegen, Pflegeeinrichtungen - so auch Ihren ambulanten Pflegedienst - in ihrer Qualitätsentwicklung und -sicherung zu unterstützen. Das geschieht u.a. mit Förderprogrammen und Investitionsförderung.
Das Sozialreferat hat aufgrund des Art. 69 Abs. 1 des Bayerischen Gesetzes zur Ausführung der Sozialgesetze (AGSG) einen gesetzlichen Auftrag zur Erstellung kommunaler Pflegebedarfsplanungen und nimmt deshalb kontinuierliche Datenabfragen im ambulanten, teil- und vollstationären Bereich vor. Außerdem können durch diese Datenerhebungen Entwicklungen der professionellen Pflege in der LH München besser eingeschätzt werden. Sie stellen eine notwendige Ergänzung zur amtlichen Pflegestatistik dar, die nur alle zwei Jahre erscheint und lediglich Grundinformationen zu Pflegeeinrichtungen liefert. So erarbeitet das Sozialreferat z. B. seit 2010 einen jährlichen Marktbericht zur teil- und vollstationären pflegerischen Versorgung[1], der immer im Münchner Stadtrat eingebracht wird.
Über die Situation in der ambulanten Pflege liegen bisher nur wenige Informationen vor. Deshalb soll künftig (ca. alle vier bis fünf Jahre) auch eine Datenabfrage bei ambulanten Pflegediensten durchgeführt werden. Das Sozialreferat, Amt für Soziale Sicherung, bittet Sie daher, aktiv an der vorliegenden Erhebung bei allen **Münchner ambulanten Pflegediensten** (Stichtag 15.12.2014) mitzuwirken. Der Mehrwert für Ihren Dienst liegt in differenzierten Ergebnissen über das Marktgeschehen in der LH München, die eine solide Basis für zukünftige Strategien Ihres Trägers/Unternehmens im Pflegemarkt darstellen können.
Da nur die Teilnahme von möglichst vielen ambulanten Pflegediensten einen guten Überblick über die Versorgung der Münchnerinnen und Münchner und valide Daten ermöglichen können, **sind wir auf die Unterstützung jedes einzelnen Dienstes angewiesen.**

Bitte füllen Sie den Fragebogen aus und senden Sie ihn - anonym - ohne Angabe Ihres Absenders spätestens bis zum 30.05.2015 an:
Sozialreferat, Amt für Soziale Sicherung
Stabsstelle Planung S-I-LP, z. Hd. Frau Birgit Greger
Orleansplatz 11, 81667 München
Ein frankierter Rückumschlag liegt bei!

Wenn Sie **Fragen** haben, wenden Sie sich bitte an:
Frau Greger Tel. 233-48146, E-Mail: birgit.greger@muenchen.de
(oder an Herrn Stoll, Tel. 233-48376, E-Mail: david.stoll@muenchen.de).

Die Ergebnisse dieser Erhebung werden dem Stadtrat in der nächsten Pflegebedarfsermittlung voraussichtlich im Jahr 2016 vorgestellt und stehen dann auch im Internet zur Verfügung. Wir hoffen, dass die Ergebnisse auch Ihnen einen Überblick über den Münchner ambulanten Pflegemarkt vermitteln.
Wir bedanken uns ganz herzlich für Ihre Teilnahme!



Gertraud von Gaessler, Amtsleitung, Amt für Soziale Sicherung

1 „Marktbericht Pflege – Jährliche Marktübersicht über die teil- und vollstationäre pflegerische Versorgung in München. Sicherung der pflegerischen Versorgung älterer Menschen in München.“, Beschluss des Sozialausschusses vom 09.10.2014, Sitzungsvorlage Nr. 14-20 / V 01023, http://www.muenchen.de/rathaus/Stadtverwaltung/Sozialreferat/Sozialamt/fachinformationen-pflege/marktbericht_pflege.html

1. Trägerschaft (bitte 1.1 oder 1.2 ankreuzen) **Nach § 89 SGB XI ist unser ambulanter Pflegedienst**	
1.1 in der Trägerschaft eines Wohlfahrtverbands und/oder eines kirchlichen Trägers oder der MÜNCHENSTIFT GmbH	☐
1.2 ein privat-gewerblicher Pflegedienst	☐

2. Einzugsgebiet des ambulanten Pflegedienstes	
2.1 Der ambulante Pflegedienst war am 15.12.2014 in allen Stadtbezirken in München tätig	**Ja** ☐ **Nein** ☐
Wenn Frage 2.1 mit „nein" beantwortet wurde, dann hier weiter: **2.2 Der ambulanter Pflegedienst ist tätig im: (mehrere Kreuze möglich!)**	
☐ Stadtbezirk 1 Altstadt – Lehel	
☐ Stadtbezirk 2 Ludwigsvorstadt – Isarvorstadt	
☐ Stadtbezirk 3 Maxvorstadt	
☐ Stadtbezirk 4 Schwabing – West	
☐ Stadtbezirk 5 Au- Haidhausen	
☐ Stadtbezirk 6 Sendling	
☐ Stadtbezirk 7 Sendling – Westpark	
☐ Stadtbezirk 8 Schwanthaler Höhe	
☐ Stadtbezirk 9 Neuhausen – Nymphenburg	
☐ Stadtbezirk 10 Moosach	
☐ Stadtbezirk 11 Milbertshofen – am Hart	
☐ Stadtbezirk 12 Schwabing – Freimann	
☐ Stadtbezirk 13 Bogenhausen	
☐ Stadtbezirk 14 Berg am Laim	
☐ Stadtbezirk 15 Trudering – Riem	
☐ Stadtbezirk 16 Ramersdorf – Perlach	
☐ Stadtbezirk 17 Obergiesing – Fasangarten	
☐ Stadtbezirk 18 Untergiesing – Harlaching	
☐ Stadtbezirk 19 Thalkirchen – Obersendling – Fürstenried – Forstenried – Solln	
☐ Stadtbezirk 20 Hadern	
☐ Stadtbezirk 21 Pasing – Obermenzing	
☐ Stadtbezirk 22 Aubing – Lochhausen – Langwied	
☐ Stadtbezirk 23 Allach – Untermenzing	
☐ Stadtbezirk 24 Feldmoching – Hasenbergl	
☐ Stadtbezirk 25 Laim	
2.3 Der ambulante Pflegedienst hatte am 15.12.2014 auch Kundinnen und Kunden im Münchner Umland / außerhalb von München	**Ja** ☐ **Nein** ☐

3. Kundinnen und Kunden		Anzahl am 15.12.2014
Gesamtzahl der Kundinnen und Kunden des ambulanten Pflegedienstes mit Vertrag (SGB V und/oder SGB XI)		
	Davon: Kundinnen/Kunden mit Migrationshintergrund (s. Anhang)	

4. Zuordnung dieser Kundinnen und Kunden zu spezifischen Bedarfen (Mehrfachantworten möglich)	Anzahl der jeweiligen pflegebedürftigen Personen am 15.12.2014
4.1 Pflegebedürftige mit Intensivpflegebedarf (z.B. beatmungspflichtige Personen mit Pflegebedarf)	
4.2 Pflegebedürftige mit früh erworbenen Behinderungen	
4.3 Pflegebedürftige mit Palliativversorgung (insbesondere: spezialisierte ambul. Palliativversorgung SAPV, allg. ambul. Palliativvers. AAPV)	
4.4 Pflegebedürftige mit einer Demenzerkrankung (mit eingeschränkter Alltagskompetenz nach SGB XI)	
4.5 Pflegebedürftige mit einer chronischen psychischen Erkrankung (z.B. Depression, Suchterkrankung)	
4.6 Pflegebedürftige Kinder und/oder Jugendliche	
4.7 Pflegebedürftige mit Migrationshintergrund und mit speziellem Bedarf, wie z.B. kultursensiblem und/oder muttersprachlichem Versorgungsbedarf	

5. Spezielle Leistungen für die Kundinnen und Kunden (Stichtag 15.12.2014): Der Pflegedienst bietet spezielle Leistungen zur pflegerischen Versorgung von Pflegebedürftigen.....	
5.1 mit Intensivpflegebedarf	**Ja ☐ Nein ☐**
5.2 mit früh erworbenen Behinderungen	**Ja ☐ Nein ☐**
5.3 mit Palliativversorgung	**Ja ☐ Nein ☐**
5.4 mit einer Demenzerkrankung	**Ja ☐ Nein ☐**
5.5 mit einer chronischen psychischen Erkrankung (z.B. Depression, Suchterkrankung)	**Ja ☐ Nein ☐**
5.6 im Kindes- oder Jugendalter	**Ja ☐ Nein ☐**
5.7 mit Migrationshintergrund	**Ja ☐ Nein ☐**

6. Nachfrage nach solitären Nachtpflegeplätzen mit Versorgungsvertrag (§ 72 SGB XI)		
Werden in Ihrer Einrichtung solitäre Nachtpflegeplätze nachgefragt?		**Ja ☐ Nein ☐**
	Wenn ja: In welchem Umfang fragen Interessentinnen und Interessenten solitäre Nachtpflegeplätze nach?	**☐ etwa eine bis 9 Anfragen pro Jahr** **☐ 10 oder mehr als 10 Anfragen pro Jahr**

7. Zeitraum der Übernahme der Versorgung neuer Kundinnen/Kunden nach einer Anfrage
☐ innerhalb von 24 Stunden
☐ in ein bis drei Tagen
☐ nach mehr als drei Tagen
☐ Der Pflegedienst kann Versorgung neuer Kundinnen/Kunden z.Zt. gar nicht übernehmen.

8. Beim ambulanten Pflegedienst waren am 15.12.2014 angestellt:	Anzahl der jeweiligen MA - rechn. Vollzeitkräfte	
8.1 Gesamtzahl der pflegenden Mitarbeiterinnen/-arbeiter		
Davon: Mitarbeiterinnen/-arbeiter mit Migrationsh. (s. Anhang)		
Kann der ambulante Pflegedienst kultursensible Pflege und Versorgung leisten?	**Ja ☐ Nein ☐**	
8.2 Im ambulanten Pflegedienst waren die folgenden Berufsgruppen angestellt:	**Anzahl der jeweiligen MA - rechn. Vollzeitkräfte**	
8.2.1 Altenpfleger/-in		
8.2.2 Staatlich geprüfte/-r Pflegefachhelfer/in Altenpflege		
8.2.3 Krankenschwester / -pfleger bzw. Gesundheits- und Krankenpfleger/-in		
8.2.4 Pflegefachhelfer/in Krankenpflege bzw. Gesundheits- und Krankenpflegehelferin / -helfer		
8.2.5 Kinderkrankenschwester / Kinderkrankenpfleger bzw. Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin / -pfleger		
8.2.6 Gesundheits- und Krankenpfleger/in (mit generalistischer Ausbildung)		
8.2.7 Betreuungskräfte (für Leistungen nach § 124 SGB XI)		
8.2.8 Hilfskräfte in der Hauswirtschaft		
8.2.9 Mitarbeiter/-innen ohne tätigkeitsspezifische Ausbildung		

8.3 Pflegende in Ausbildung am 15.12.2014	Anzahl der Ausbildungs-plätze (Angebot)	Anzahl besetzter Ausbil-dungspl.
8.3.1 Altenpflege (dreijährig)		
8.3.2 Gesundheits- und Krankenpflege		
8.3.3 Gesundheits- und Kinderkrankenpflege		
8.3.4 Gesundheits- und Krankenpflege (generalistische Ausbildung)		
8.3.5 Dualer Bachelorstudiengang Pflege		
8.3.6 Pflegefachhelferin / Pflegefachhelfer Altenpflege		
8.3.7 Pflegefachhelferin / Pflegefachhelfer Krankenpflege		
8.3.7 Praktikumsplätze Altenpflege (für vollstat.)		
8.3.8 Praktikumsplätze für Gesundheits- bzw. Krankenpflege		
8.3.9 Wenn Sie derzeit keine Ausbildungsplätze anbieten können – Warum?		

9. Im ambulanten Pflegedienst waren Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter am 15.12.2014 mit folgenden Fort- bzw. Weiterbildungen beschäftigt (bezogen auf rechnerische Vollzeitkräfte)	
9.1 Palliative Care	**Anzahl der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter**
9.1.1 Fortbildung (unter 160 Stunden, i.d.R. 40 Stunden)	
9.1.1 Weiterbildung mit 160 Stunden	
9.1.2 Weiterbildung über 160 Stunden	
9.2. Hygienefachkraft	**Anzahl der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter**
9.2.1 Weiterbildung bis zu 200 Stunden	
9.2.2 Weiterbildung über 200 Stunden	
9.3 Gerontopsychiatrische Fachkraft	**Anzahl der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter**
9.3.1 Weiterbildung mit Projektarbeit und bis zu 600 Stunden	
9.3.2 Umfassendere Weiterbildung mit über 600 Stunden	
9.4 Anästhesie / Intensivpflege	**Anzahl der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter**
9.4.1 Weiterbildung mit bis 1500 Stunden	
9.4.2 Weiterbildung über 1500 Stunden	

10. Personalgewinnung		
10.1	Konnten im Jahr 2014 Stellen für Pflegefachkräfte länger nicht besetzt werden?	Ja ☐ Nein ☐
	Wenn Frage 10.1 mit „Ja“ beantwortet wurde, dann hier weiter: 10.2 Wie lange dauerte es, bis Sie diese Stellen wieder besetzen konnten?	
	☐ bis zu vier Wochen	
	☐ ein bis drei Monate	
	☐ länger als drei Monate	
10.3	Konnten im Jahr 2014 Stellen für Pflegehilfskräfte länger nicht besetzt werden?	Ja ☐ Nein ☐
	Wenn Frage 10.3 mit „Ja“ beantwortet wurde, dann hier weiter: 10.4 Wie lange dauerte es, bis diese Stellen wieder besetzt werden konnten?	
	☐ bis zu vier Wochen	
	☐ ein bis drei Monate	
	☐ länger als drei Monate	

11. Mussten Sie im Jahr 2014 aufgrund von Personalmangel Ihr Angebot (Touren) einschränken?	Ja ☐ Nein ☐

12. Gibt es etwas, das Sie uns mitteilen möchten?

Nochmals vielen Dank für das Ausfüllen und Zurücksenden!

IV. Ein Überblick in Zahlen

Aus:
Landeshauptstadt München, Sozialreferat,
Stelle für interkulturelle Arbeit (Hrsg.) (2011).
Interkultureller Integrationsbericht 2010 der Landeshauptstadt München. München lebt Vielfalt.
Seite 41
(siehe auch: www.muenchen.de/interkult)

Migrationshintergrund ein Exkurs

Die Landeshauptstadt München definiert Migrationshintergrund wie folgt:

Zur Gruppe der Menschen mit Migrationshintergrund gehören:[14]

„a) Ausländerinnen und Ausländer

Dies ist ein juristischer Begriff, der definiert, dass ein Mensch keine deutsche Staatsangehörigkeit besitzt. Der Begriff sagt nichts aus über die Verweildauer in Deutschland (auch über mehrere Generationen).

b) Deutsche mit Migrationshintergrund

Das sind Menschen mit deutscher Staatsangehörigkeit, die selbst nach 1955[15] zugewandert sind, sei es durch Aus- und Übersiedlung, Arbeitsmigration, Familiennachzug oder Flucht.

Darüber hinaus sind es Personen, bei denen mindestens ein Elternteil nach 1955 zugewandert ist. Dazu gehören beispielsweise Kinder aus binationalen Ehen und ‚Optionskinder'[16]."

Diese Definition entspricht weitgehend dem Mikrozensus 2005. Die Münchner Daten sind damit gut mit Daten des Mikrozensus vergleichbar.

Die Definition enthält eine Abweichung vom Mikrozensus, die sich aber nur geringfügig auf die absoluten Zahlen auswirkt und von daher nicht ins Gewicht fällt. Der Mikrozensus 2005 zieht die zeitliche Grenze der Zuwanderung im Jahr 1950, um die später Zugewanderten von den Flüchtlingen und Vertriebenen infolge des 2. Weltkriegs zu unterscheiden, bei denen von einer Angleichung der Lebensverhältnisse auszugehen ist. Die Landeshauptstadt München orientiert sich in Bezug auf die zeitliche Grenzziehung am Jahr 1955, so wie es das Zensusgesetz 2011 vorsieht. Dies ist Befragten besser zu vermitteln, da Deutschland 1955 den ersten Anwerbevertrag mit Italien abschloss.

In vielen Bereichen stehen allerdings nur Daten nach Staatsangehörigkeit zur Verfügung, die hilfsweise verwendet werden. Auch zur Fortschreibung von Zeitreihen ist die Staatsbürgerschaft in vielen Fällen unerlässlich.

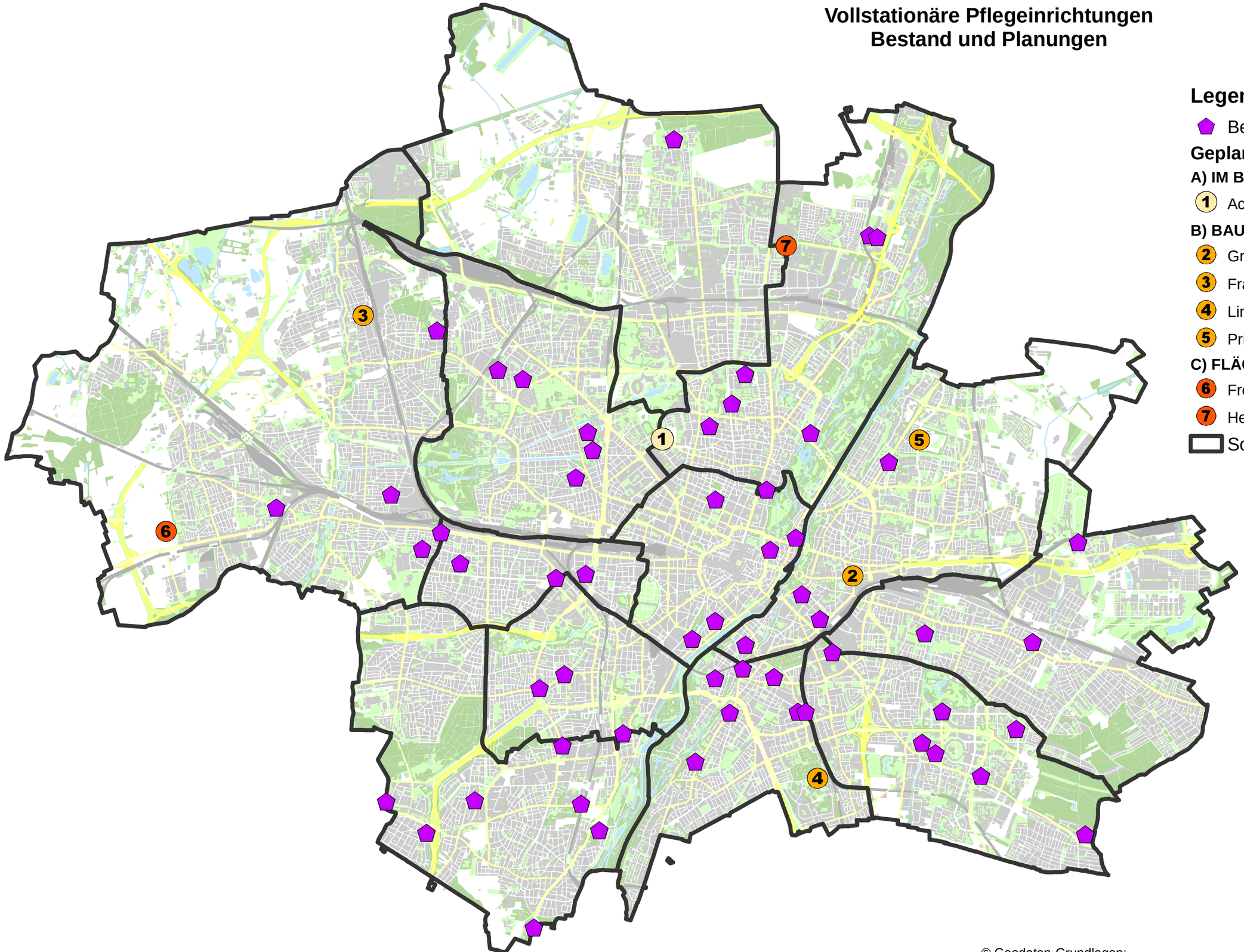
[14] Diese Definition wurde am 07.10.2009 einstimmig von der Vollversammlung des Münchner Stadtrates als Grundlage für künftige Datenerhebungen beschlossen. (Interkultureller Integrationsbericht der Landeshauptstadt München, Indikator: kommunalpolitische Mandate von Menschen mit Migrationshintergrund.

[15] In das Gebiet der heutigen Bundesrepublik

[16] Optionskinder sind Kinder ausländischer Eltern, die durch das Staatsangehörigkeitsgesetz aus dem Jahr 2000 automatisch die deutsche Staatsangehörigkeit erhalten, wenn ein Elternteil mindestens acht Jahre rechtmäßig in Deutschland lebt. Diese Kinder werden Optionskinder genannt, da sie sich mit Erreichen der Volljährigkeit zwischen der deutschen und der ausländischen Staatsangehörigkeit entscheiden müssen.

Vollstationäre Pflegeinrichtungen
Bestand und Planungen

Landeshauptstadt
München
Sozialreferat



Legende

- Bestand

Geplante Standorte

A) IM BAU

1 Ackermannbogen

B) BAUPLANUNG ERFOLGT

2 Grillparzer-/Einsteinstr.
3 Franz-Nißl-Str. (ERSATZBAU)
4 Lincolnstr. (ERSATZBAU)
5 Prinz-Eugen-Kaserne (ERSATZBAU)

C) FLÄCHENRESERVIERUNG

6 Freiham
7 Heidemannstr. (Bayernkaserne)

Sozialregionen

0 1.150 2.300 Meter

© Geodaten-Grundlagen:
Landeshauptstadt München
Kommunalreferat Vermessungsamt 2014

Datenquelle: S-I-LP
Datenstand: April 2015
Kartenerstellung:
Sozialreferat S-Z-SP, 01.06.2016

Datum: 04.04.2016
Telefon: 0 233-
Telefax: 0 233-
Frau

Kreisverwaltungsreferat
Hauptabteilung I
Sicherheit und
Ordnung.Gewerbe
FQA / Heimaufsicht
KVR-I/24

Anlage 4
Stellungnahme des KVR (FQA)

E-Mail vom 01.03.2016-
Anfrage zur Pflegebedarfsermittlung

Sehr geehrte Frau

obwohl sich die Situation seit unserem gemeinsamen Workshop im Juni 2015 noch nicht wesentlich geändert hat, möchte ich zu den in Ihrer Anfrage vom 01.03.2016 enthaltenen Fragen zusammenfassend wie folgt Stellung nehmen:

Die FQA/Heimaufsicht hat zwischenzeitlich mit 20 der insgesamt 59 stationären Altenhilfeeinrichtungen sogenannte Erstgespräche bzw. Bestandsaufnahmen durchgeführt.

Als kritisch sehen wir derzeit insbesondere diejenigen Einrichtungen an, bei denen die Zimmer keinerlei eigene Sanitärräume (hier handelt es sich um die Einrichtung Entenbachstr. sowie ein Teil der Einrichtung Preysingstr.) aber auch Einrichtungen, deren Zimmergrößen die geforderten Mindestanforderungen von 14m² bei Einzelzimmern bzw. 20 m² bei Doppelzimmern nicht erfüllen bzw. erheblich unterschreiten (wie z.B. die Einrichtung Seniorenresidenz in der Grünwalder Str.).
In diesem Zusammenhang möchten wir auf die Ausführungen des Bayerischen Staatsministerium für Gesundheit und Pflege vom 28.12.2015 hinweisen, demzufolge für Zimmergrößen, die sich unter 12 m² für Einzel- bzw. 18 m² für Doppelzimmer bewegen, grundsätzlich keine Befreiungen in Betracht kommen können. Hier wäre lediglich eine Verlängerung der Anpassungsfrist, die bis zum Auszug der jeweiligen Bewohnerinnen und Bewohner reichen kann, möglich.

Im Gegensatz zu den ministeriellen Vollzugshinweisen aus 2013, die für Bestandsbauten weder zu der Frage des R- Anteils noch bei der Einzelplatzquote generellen Vorgaben enthielt, sondern eine flexible Vorgehensweise der FQA, die sich an den Möglichkeiten der Bestandseinrichtungen orientieren musste, zuließ, konkretisiert das Schreiben vom 28.12.2015 diese Anforderungen nun dahingehend, dass auch bei Bestandsbauten grundsätzlich ein R-Anteil von 25 % und ein Einzelplatzanteil von 75 % umzusetzen ist.
An unserem bisherigen Einschätzungen, wonach wir einen Einzelwohnplatzanteil von 55 % für Bestandsbauten als angemessen erachtet haben, werden wir somit nicht mehr festhalten können.

Wie in unserer Stellungnahme an S-I-IP 4 vom 27.11.2015 dargestellt, sind wir im Zusammenhang mit der Erfüllung eines angemessenen Einzelwohnplatzanteils (von ca. 55 %) bisher davon ausgegangen, dass es bei ca. 6 Einrichtungen zu einer gewissen Reduzierung der Platzzahlen kommen wird.
Zu den Auswirkungen des nun zugrunde zu legenden 75 % Anteils können wir noch keine verlässliche Aussage treffen.

Insgesamt lassen die bisher nur mit den Trägern von ca. einem Drittel aller Einrichtungen geführten Abstimmungsprozesse auch zum jetzigen Zeitpunkt noch keine seriösen Schätzungen über den Umfang eines zu erwartenden Platzabbaus zu, da uns noch nicht bekannt ist, ob z.B. durch Ersatz- bzw. Erweiterungsbauten eine Kompensation möglich bzw. geplant ist.

Bislang wurden vier Anträge nach § 50 Abs.2 AVPfleWoqG aufgrund der geringfügig unterschrittenen Mindestgröße einiger Einzelzimmer sowie für ein Verfügungszimmer, welches keinen unmittelbaren Zugang zu einem Sanitärraum hatte, gestellt und genehmigt.
Zwei weitere Anträge auf Befreiung, denen technische Unmöglichkeit bzw. wirtschaftlicher Unzumutbarkeit zugrunde lag, wurden ebenfalls genehmigt.

Zwei neuere Anträge beinhalten sowohl die Verlängerung der Anpassungsfrist als auch den Wunsch nach Befreiung von bestimmten Anforderungen der AVPfleWoqG.
Hier befinden wir uns gerade in der Abstimmungsphase mit dem Träger.
Ein Befreiung aus Gründen des Denkmalschutzes wurde bislang noch nicht erteilt; ist jedoch (für einige Einrichtungen) durchaus vorstellbar.
Ob und inwieweit jedoch Belange des Denkmalschutzes eine Umsetzung der baulichen Mindestvorgaben im Inneren eines Gebäudes z.B. eine Erhöhung der Einzelwohnplatzquote unmöglich machen sollte, kann zum gegenwärtigen Zeitpunkt noch nicht abschließend beurteilt werden.

Umbauten bzw. Ersatzbauten wurden von einigen Trägern in Erwägung gezogen; inwieweit diese realisiert werden können und welchen Auswirkungen diese auf die Platzahlen haben werden kann von unserer Seite ebenfalls noch nicht beantwortet werden.

Wie bereits in unserer Stellungnahme vom November ausgeführt, sind detailliertere Ausführungen unseres Erachtens erst gegen Ende August 2016 möglich, da die Träger bis 31.08.2016 ihre formellen Anträge auf Befreiung oder Verlängerung der Anpassungsfrist gestellt haben müssen und wir davon ausgehen, bis zu diesem Zeitpunkt dann auch alle Bestandsaufnahmen und Planspiele bezüglich etwaiger Ersatz- bzw. Umbauplanungen abgeschlossen sein werden.

In Beantwortung ihrer Nachfrage bezüglich der ambulant betreuten Wohngemeinschaften lege ich unsere aktuelle Bestandsliste, mit den bei uns angezeigten ambulanten Wohngemeinschaften bei. Weitere Planungen sind uns derzeit nicht bekannt.
Zwar haben wir immer wieder Anfragen von potentiellen Initiatoren, zumeist von Pflegedienstbetreibern. Dies werden jedoch nach entsprechender rechtlicher Beratung der gesetzlichen Voraussetzungen zur weiteren Begleitung bzw. zur Abklärung einer möglichen Anschubfinanzierung an S-I-AP4, weiterverwiesen.

Ich bedauere, dass unsere Stellungnahme zum jetzigen Zeitpunkt noch nicht aussagekräftiger ist und hoffe, Sie können zumindest Teile hiervon verwerten.

Mit freundlichen Grüßen,

Telefon: 0 233-48146
0 233-48354
Telefax: 0 233-48849

Sozialreferat
Amt für Soziale Sicherung
S-I-LP

Sechster Marktbericht Pflege des Sozialreferats

Anhang 2 der Sitzungsvorlage Nr. 14-20 / V 06871

4 Anlagen

Inhaltsverzeichnis **Seite**

1. Hintergrund des Marktberichts 1

2. Ergebnisse der Datenabfrage zum Stichtag 15.12.2015 2

2.1 Gesamtzahl der vollstationären Pflegeplätze und Trägerschaften der vollstationären Pflegeeinrichtungen in München 2
2.2 Differenzierung der vollstationären Pflegeplätze mit Versorgungsvertrag und der Belegung am Stichtag 15.12.2015 3
2.3 Neuaufnahmen, Wechsel und Ausscheiden im Jahr 2015 6
2.4 Entwicklungen bei den Mischeinrichtungen 7
2.5 Einzelwohnplatzanteil in Münchner vollstationären Pflegeeinrichtungen (Anforderungen aus der AV PfleWoqG) 9
2.6 Darstellung spezialisierter vollstationärer Versorgungsangebote in München 14
2.6.1 Vollstationäre Pflegeplätze für Menschen mit Demenzerkrankungen oder anderen psychischen Störungen / Erkrankungen 14
2.6.2 Vollstationäre Pflegeplätze für Menschen mit weiteren spezifischen Bedarfen 16
2.7 Kurzzeitpflege 17
2.8 Aktuelle Situation in der teilstationären Pflege (Tages- und Nachtpflege) 18
2.8.1 Tagespflege 18
2.8.2 Nachtpflege 21

3. Spezielle Angebote für Bewohnerinnen und Bewohner bzw. für Tagespflegegäste mit Migrationshintergrund 21

3.1 Soziale Aktivitäten und spezielle Leistungen für Bewohnerinnen und Bewohner mit Migrationshintergrund in vollstationären Pflegeeinrichtungen 22
3.2 Religiöse Angebote für Bewohnerinnen und Bewohner mit Migrationshintergrund 23
3.3 Planungen und Anmerkungen zu speziellen Angeboten für Bewohnerinnen und Bewohner mit Migrationshintergrund 24
3.4 Soziale Aktivitäten, spezielle Leistungen (Waschungen, Speisen), religiöse Angebote und Planungen für Tagespflegegäste mit Migrationshintergrund in teilstationären Pflegeeinrichtungen 24

4. Bezugspflege 25

5. Fort- und Weiterbildungen 25

6. Bedarf an Fort- und Weiterbildungen 28

7. Pflegende in Ausbildung in vollstationären Pflegeeinrichtungen 30

8. Neuer Nachtwachenschlüssel 32

9. Spezielle Angebote für Bewohnerinnen und Bewohner bzw. Tagespflegegäste mit Suchterkrankungen 33

10. Fazit 36

Anlagen:

Fragebogen für die jährliche telefonische Stichtagserhebung (Stichtag 15.12.2015) Anlage 1

Definition Migrationshintergrund Anlage 2

Karte „Vollstationäre Pflegeeinrichtungen (Bestand)“ Anlage 3

Karte „Solitäre Tagespflegeeinrichtungen nach SGB XI“ Anlage 4

Telefon: 0 233-48146
0 233-48354
Telefax: 0 233-48849

Sozialreferat
Amt für Soziale Sicherung
S-I-LP

Sechster Marktbericht Pflege des Sozialreferats

Anhang 2 zur Sitzungsvorlage Nr. 14-20 / V 06871
4 Anlagen

Anhang 2
Sechster Marktbericht Pflege des Sozialreferats

1. Hintergrund des Marktberichts Pflege

Voraussetzung für die Wahrnehmung einer aktiven kommunalen Rolle im Bereich der pflegerischen Versorgung ist nach Auffassung des Sozialreferats der Landeshauptstadt München insbesondere die Beobachtung, Analyse und Bewertung der demografischen Entwicklungen sowie des lokalen Pflegemarkts anhand von geeigneten Kennzahlen.[1] Der gesetzliche Auftrag hierzu liegt - wie für die Pflegebedarfsermittlung - in den §§ 8, 9 SGB XI[2] in Verbindung mit Art. 69 Abs. 1 AGSG (Gesetz zur Ausführung der Sozialgesetze).
Daher erstellt das Sozialreferat neben der umfassenden Pflegebedarfsermittlung zur ambulanten, teil- und vollstationären pflegerischen Versorgung (s. Anhang 1)[3], seit 2011 einen jährlichen Marktbericht Pflege.[4].

Die ersten fünf Marktberichte Pflege des Sozialreferats wurden in den Sitzungen des Sozialausschusses am 01.12.2011, am 08.11.2012, am 14.11.2013, am 09.10.2014 und am 17.09.2015 bekannt gegeben bzw. beschlossen.[5]

Wie in den Vorjahren legt auch der vorliegende Sechste Marktbericht Pflege des Sozialreferats die aktuellen Ergebnisse der jährlichen Datenerhebung zu Entwicklungen im teil- und vollstationären Pflegemarkt dar. Er erfasst alljährlich insbesondere die Anzahl der vollstationären Pflegeplätze mit Versorgungsvertrag nach SGB XI (Pflegeversicherung), sowie die Anzahl der Plätze in den Versorgungsbereichen für Menschen mit spezifischen Pflegebedarfen.

1 u.a.: Positionspapier Deutscher Städtetag „Für eine echte Stärkung der Rolle der Kommunen in der Pflege!“, 10.06.2015, S. 5
2 Hier: Sozialgesetzbuch XI - Soziale Pflegeversicherung. Das Sozialgesetzbuch wird im Folgenden mit SGB bezeichnet.
3 u.a.: „Pflegerische Versorgung älterer Menschen in München – Bedarfsplanung vollstationäre Pflegeplätze und alternative Versorgungsformen“, Beschluss des Sozialausschusses vom 17.06.2004, Sitzungsvorlage Nr. 02-08 / V 04279, „Bedarfsplanung zur pflegerischen Versorgung in München“, Beschluss des Sozialausschusses vom 04.05.2010, Sitzungsvorlage Nr. 08-14 / V 03977,
4 „Marktbericht Pflege – Jährlicher Marktbericht über die teil- und vollstationäre pflegerische Versorgung in München. Sicherung der pflegerischen Versorgung älterer Menschen in München, Beschluss des Sozialausschusses vom 09.10.2014, Sitzungsvorlage Nr. 14-20 / V 01023, siehe Antrag der Referentin, Punkt 3
5 „Fünfter Marktbericht Pflege – Jährliche Marktübersicht über die teil- und vollstationäre pflegerische Versorgung in München“, Bekanntgabe in der Sitzung des Sozialausschusses vom 17.09.2015, Sitzungsvorlage Nr. 14-20 / V 03908 und „Marktberichte Pflege“ des Sozialreferats der Jahre 2011-2014: Sitzungsvorlagen Nr. 08-14 / V 07954 , 08-14 / V 10278, 08-14 / V 12848, 14-20 / V 01023

Darüber hinaus werden die Ergebnisse zu aktuellen Fragestellungen vorgestellt. In diesem Jahr sind dies die Ergebnisse der Fragen zur Bezugspflege, zum Ist-Stand und zum Bedarf an Fort- und Weiterbildungen der Mitarbeitenden, zum neuen Nachtwachen-Schlüssel und zu speziellen Angeboten für Bewohnerinnen und Bewohnern bzw. Tagespflegegästen mit Suchterkrankungen.

Die diesjährige Erhebung in telefonischen Interviews bezog sich bei den vollstationären Pflegeeinrichtungen auf den Stichtag 15.12.2015 und wurde mit den jeweiligen Einrichtungsleitungen bzw. den Referentinnen und Referenten für stationäre Altenpflege der Wohlfahrtsverbände im März und April 2016 durchgeführt. Bei den teilstationären Pflegeeinrichtungen wurden wieder vier Stichtage (13.03., 15.06., 16.09., 15.12.2015) zugrunde gelegt, um ein differenziertes Bild zur Belegung in der Tagespflege aufzeigen zu können.
Der im Februar 2016 zur Vorbereitung auf die Telefoninterviews vorab versandte Fragebogen liegt diesem Anhang 2 bei (Anlage 1 und 2).

Auch in diesem Jahr kam es in den 75 durchgeführten Telefoninterviews[6] wieder zu einem intensiven fachlichen Austausch mit den Einrichtungsleitungen bzw. den Trägervertreterinnen und -vertretern.

Ausnahmslos alle teil- und vollstationären Münchner Pflegeeinrichtungen wirkten aktiv an der Erhebung des Sozialreferats mit, wodurch diesmal wieder höchst valide Daten gewonnen werden konnten. Das Sozialreferat bedankt sich daher bei allen Beteiligten auch in diesem Jahr ausdrücklich für die kontinuierliche und vertrauensvolle Zusammenarbeit.

Wie in den Vorjahren beschäftigt sich der Marktbericht Pflege ausschließlich mit der quantitativen Versorgungssituation in diesem Fachbereich und trifft keine Aussagen zur Qualität der pflegerischen Versorgung in München.

2. Ergebnisse der Datenabfrage zum Stichtag 15.12.2015

2.1 Gesamtzahl der vollstationären Pflegeplätze und Trägerschaften der vollstationären Pflegeeinrichtungen in München

Die Datenabfrage des Sozialreferats ergibt zum Stichtag 15.12.2015 in München 57 vollstationäre Pflegeeinrichtungen mit Versorgungsvertrag nach § 72 SGB XI, die insgesamt 7.575 vollstationäre Pflegeplätze anbieten. (siehe Anlage 3, Karte)
Von diesen 57 vollstationären Pflegeeinrichtungen mit 7.575 vollstationären Pflegeplätzen bieten (siehe Diagramm 1):

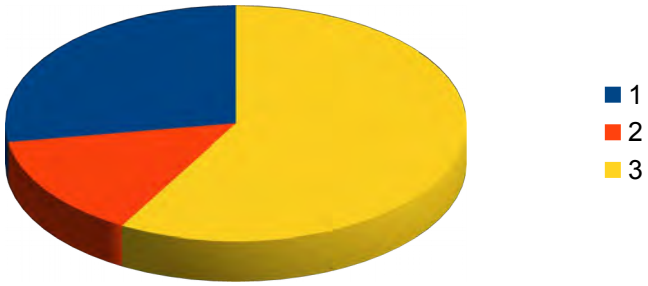
6 75 Einrichtungen: 57 vollstationäre Pflegeeinrichtungen (einschließlich solitärer Kurzzeitpflegeeinrichtungen), eine spezielle Kurzzeitpflegeeinrichtung für Menschen mit mehrfachen und geistigen Behinderungen, zwei vollstationäre Hospize, 13 solitäre Tagespflegeeinrichtungen (alle mit Versorgungsvertrag nach SGB XI).

- neun vollstationäre Pflegeeinrichtungen der MÜNCHENSTIFT GmbH
  2.088 Plätze an
  (Marktanteil an allen vollstationären Pflegeplätzen: rund 28 %),

- 37 Einrichtungen der freien Wohlfahrtsverbände, weiterer kirchlicher Einrichtungen oder gemeinnütziger Stiftungen 4.410 Plätze an
  (Marktanteil: rund 58 %) und

- elf vollstationäre Pflegeeinrichtungen der privat-gewerblichen Träger
  1.077 Plätze an
  (Marktanteil: rund 14 %).

Diagramm 1: Verteilung der Marktanteile vollstationärer Pflegeplätze mit Versorgungsvertrag nach SGB XI bzgl. der Trägerschaften in München



1 = Vollstationäre Pflegeeinrichtungen der MÜNCHENSTIFT GmbH mit 2.088 Plätzen (rund 28%)
2 = Vollstationäre Pflegeeinrichtungen der privat-gewerblicher Träger mit 1.077 Plätzen (rund 14 %)
3 = Vollstationäre Pflegeeinrichtungen der Träger der freien Wohlfahrtspflege, weiterer kirchlicher Träger oder gemeinnütziger Stiftungen mit 4.410 Plätzen (rund 58 %)

2.2 Differenzierung der vollstationären Pflegeplätze mit Versorgungsvertrag und der Belegung am Stichtag 15.12.2015

Die Anzahl der vollstationären Pflegeplätze mit Versorgungsvertrag nach § 72 SGB XI pendelt sich mit 7.575 Plätzen seit dem Jahr 2013 auf etwa gleichem Niveau von rund 7.600 Plätzen ein (siehe Tabelle 1). Von den 7.575 Plätzen sind 29 feste (solitäre) Kurzzeitpflegeplätze (siehe 2.6). Unverändert zu den Vorjahren werden 293 der (jetzt) 7.575 Plätze ausschließlich an Frauen vergeben. Diese Plätze befinden sich in Einrichtungen, die sich speziell an Frauen richten.
Es gibt eine vollstationäre Pflegeeinrichtung in München[7], die zum Stichtag 37

7 „Anforderungsprofil für die Ausschreibung des Grundstücks Appenzeller Straße“, Beschluss der Vollversammlung vom 15.12.2004, Sitzungsvorlage-Nr. 02-08 / V 05245

ihrer 133 vollstationären Pflegeplätze in Hausgemeinschaften nach dem Prinzip der 4. Generation der Pflegeheime[8] organisiert hat, unabhängig davon, ob die Bewohnerinnen und Bewohner von einer psychischen Veränderung oder Störung betroffen sind oder nicht. Die Umsetzung des Hausgemeinschaftsmodells in weiteren Bereichen dieser Einrichtung ist in den kommenden Jahren geplant.

Entsprechend der früheren Marktberichte des Sozialreferats sind hier ergänzend wieder die zwei Münchner vollstationären Hospize zu nennen. Sie verfügen über einen Versorgungsvertrag nach § 39a Abs. 1 Satz 4 SGB V, der einen Versorgungsvertrag nach § 72 SGB XI mit einschließt. Die beiden Hospize bieten zum Stichtag am 15.12.2015 nach wie vor insgesamt 28 Plätze an.

Seit der letzten Erhebung des Sozialreferats zum Stichtag 15.12.2014 wurde eine Pflegeeinrichtung mit 72 vollstationären Pflegeplätzen und weiteren Angeboten neu eröffnet.
Vor allem strukturelle Umwandlungen in den Einrichtungen (Wohnbereichsplätze in „stationärer Einrichtung“ nach Art. 2 Abs. 1 PfleWoqG werden häufig in vollstationäre Pflegeplätze mit Versorgungsvertrag umgewandelt), Umbauten, Neubauten oder Sanierungsmaßnahmen sind Gründe für Veränderungen bei den Platzzahlen. Die Münchner vollstationären Pflegeeinrichtungen müssen die Anforderungen aus der Ausführungsverordnung zum Pflege- und Wohnqualitätsgesetz (AVPfleWoqG, in Kraft getreten am 01.09.2011) und somit bestimmte Einzelzimmerquoten (bzw. früher Einzelwohnplatzanteile) erfüllen, d.h. mehr Einzelzimmer bereitstellen und daher oft Platzzahlen reduzieren (siehe Punkt 2.4 und Bedarfsermittlung zur pflegerischen Versorgung in der Landeshauptstadt München, Anhang 1, Kap. 4).

8 Bundesministerium für Gesundheit u. KDA (2001). Hausgemeinschaften - Die 4. Generation des Altenpflegeheimbaus, Michell-Auli, P. , Sowinski, Ch. (2013). Die 5. Generation: KDA-Quartiershäuser. Köln: KDA, 2. überarb. u. erw. Aufl., S. 18-22

Tabelle 1: Entwicklung der Anzahl der vollstationären Pflegeplätze in München (einschließlich der solitären Kurzzeitpflegeplätze) und Belegung[9]

Erhebungsjahr	Anzahl der vollstationären Pflegeplätze mit Versorgungs-vertrag nach SGB XI	Belegung
2010	7.052	95,2%
2011	7.282	92,6%
2012	7.416	91,5%
2013	7.612	90,4%
2014	7.591	91,7%
2015	7.575	94,2%

Wie anhand der Tabelle 1 deutlich wird, lag die Belegung am 15.12.2015 in allen Münchner vollstationären Pflegeeinrichtungen bei rund 94,2 % und liegt damit im Vergleich zu den Vorjahren auf weitgehend ähnlichem Niveau. Die derzeit gültige amtliche Bundes-Pflegestatistik nennt zum Stichtag 15.12.2013 dagegen eine Auslastungsquote in vollstationären Pflegeeinrichtungen in ganz Deutschland von 88 %.[10]

Die 7.133 am Stichtag belegten vollstationären Pflegeplätze waren an 1.895 Männer (rund 27 %) und an 5.238 Frauen (rund 73 %) vergeben. Die Geschlechter-Verteilung ist damit im Vergleich zu den letzten Stichtagserhebungen nahezu gleich geblieben.

Zum Stichtag 15.12.2015 verfügten 447 Bewohnerinnen und Bewohner (d.h. rund 6,3 %) über einen Migrationshintergrund[11]. Damit steigt im Vergleich zu den Vorjahren ab 2013 sowohl die Anzahl als auch der Anteil der Bewohnerinnen und Bewohner mit Migrationshintergrund an allen Bewohnerinnen und Bewohnern ganz leicht an (2013: 312, d.h. 4,5 %, 2014: 352, d.h. 5,1 %). Die folgende Tabelle illustriert die Entwicklung:

9 Der Erhebungsstichtage der Datenabfragen des Sozialreferats wurden immer auf den 15.12. des jeweiligen Jahres festgelegt - entsprechend der Erhebungszeitpunkte des Bayerischen Landesamts für Statistik und Datenverarbeitung (z. B.: Bayerisches Landesamt für Statistik und Datenverarbeitung (2015). Statistische Berichte. Pflegeeinrichtungen, ambulante sowie stationäre und Pflegegeldempfänger in Bayern. Ergebnisse der Pflegestatistik. Stand: 15. bzw. 31.Dezember 2013) In allen Erhebungsjahren – so auch zum Stichtag: 15.12.2014 - wirkten mit einer Ausnahme zum Stichtag 15.12.2012 - alle Münchner teil- und vollstationären Pflegeeinrichtungen mit (valide Datenbasis).

10 Statistisches Bundesamt (2015). Pflegestatistik 2013, Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung Deutschlandergebnisse, S. 18. Die nächste amtliche Bundes-Pflegestatistik wird voraussichtlich im Jahr 2017 erscheinen.

11 In den Telefoninterviews wurde ab dem Stichtag 15.12.2011 nach Bewohnerinnen und Bewohnern mit Migrationshintergrund gefragt und die Definition aus dem „Interkultureller Integrationsbericht - München lebt Vielfalt“ des Sozialreferats der der LH München von 2011 mit dem Fragebogen ausgesandt (siehe Anlage 2).

Tabelle 2: Entwicklung der Anzahl der Bewohnerinnen und Bewohner mit Migrationshintergrund und deren Anteil an der gesamten Bewohnerschaft

Erhebungsjahr (Stichtag: jeweils 15.12.)	Anzahl der Bewohnerinnen und Bewohner mit Migrationshintergrund	Anteil der Bewohnerinnen und Bewohner mit Migratonshintergrund (gerundet)
2011	303	4,5%
2012	349	5,2%
2013	312	4,5%
2014	352	5,1%
2015	447	6,3%

In zehn der 57 vollstationären Münchner Pflegeeinrichtungen liegt am Stichtag der Anteil der Bewohnerinnen und Bewohner mit Migrationshintergrund bei über 10 % (2014: in acht der damals 56 vollstationären Pflegeeinrichtungen).

Es sei noch ergänzt, dass die beiden Hospize am 15.12.2015 eine Belegung von rund 85,7 % aufwiesen und zwei Patientinnen und Patienten mit Migrationshintergrund versorgten.[12]

2.3 Neuaufnahmen, Wechsel und Ausscheiden im Jahr 2015

Das Sozialreferat wollte mit dieser Frage die Situation in den teil- und vollstationären Pflegeeinrichtungen bzgl. Aufnahmen, Umzügen, Ausscheiden und Versterben der Bewohnerinnen und Bewohner bzw. der Tagespflegegäste einmalig quantifizieren. Für die Bearbeitung und Beantwortung im Telefoninterview dieser Frage bedankt sich das Sozialreferat besonders bei allen Mitwirkenden. Dem Sozialreferat war bewusst, dass die Aufbereitung dieser Daten für die teil- und vollstationären Pflegeeinrichtungen z.T. viel Aufwand bedeutete.

In allen Münchner vollstationären Pflegeeinrichtungen wurden im Jahr 2015 neu 2.642 Langzeitpflege-Bewohnerinnen und -Bewohner aufgenommen. Zusätzlich wurden 1.947 reine Kurzzeitpflegegäste aufgenommen, die nach Beendigung ihres Kurzzeitpflegeaufenthalts in der jeweiligen vollstationären Pflegeeinrichtung das Haus wieder verließen. Darüber hinaus wurden 1.057 Kurzzeitpflegegäste aufgenommen, die nach Beendigung ihres Kurzzeitpflegeaufenthalts in der jeweiligen vollstationären Pflegeeinrichtung als Langzeitbewohnerin bzw. -bewohner verblieben.
So ergaben sich insgesamt im Jahr 2015 in allen Münchner vollstationären

12 Aus Datenschutzgründen wird die Belegung der einzigen Kurzzeitpflegeeinrichtung für Menschen mit mehrfachen und geistigen Behinderungen und Pflegebedarf nicht einzeln aufgeführt.

Pflegeeinrichtungen 5.711 Neuaufnahmen.[13]
Die Einzel-Ergebnisse der Einrichtungsleitungen der Münchner vollstationären Pflegeeinrichtungen führten zu einem Gesamtergebnis von 2.483 verstorbenen Langzeitbewohnerinnen und -bewohnern und einem Gesamtergebnis von 2.054 ausgeschiedenen Bewohnerinnen und Bewohner (z.B. wegen der Beendigung des Kurzzeitpflegeaufenthalts oder wegen eines Umzugs in ein anderes Haus oder zurück in die private Häuslichkeit).
So ergab sich für das Jahr 2015 insgesamt eine Zahl von 4.602 Bewohnerinnen und Bewohner, die in allen Münchner vollstationären Pflegeeinrichtungen ausgeschieden oder verstorben sind.
Die große Differenz der Gesamtzahlen bei Neuaufnahmen und Ausgeschiedenen bzw. Verstorbenen erklärt sich nach den Angaben der Einrichtungsleitungen, dadurch, dass im Dezember sowohl sehr viele Kurzzeitpflegegäste als auch sehr viele neue Langzeitbewohnerinnen und -bewohner in den Häusern aufgenommen wurden.

In den Hospizen kam es zu 399 Neuaufnahmen im Jahr 2015, insgesamt 383 Patientinnen und Patienten verstarben, acht schieden aus anderen Gründen aus.

Insgesamt verdeutlichen diese Zahlen einmal mehr, welche enormen Leistungen die vollstationären Pflegeeinrichtungen mit der Belegung erbringen müssen, aber auch welche enorme Anstrengungen sie u.a. auch durch die hohe Anzahl an Bewohnerinnen und Bewohner in der Sterbephase (bzw. in den Hospizen Patientinnen und Patienten) leisten müssen.

Auch die Tagespflegeeinrichtungen sind durch Neuaufnahmen, Wechsel und Ausscheiden ihrer Tagespflegegäste sehr gefordert.
Im Jahr 2015 waren 203 neu aufgenommene Tagespflegegäste in allen 13 Tagespflegeeinrichtungen zu verzeichnen (Vertragsabschlüsse). Ausgeschieden (in seltenen Fällen verstorben) sind im gleichen Jahr 187 Tagespflegegäste (Vertragsbeendigungen).

2.4 Entwicklungen bei den Mischeinrichtungen

Am Stichtag 15.12.2015 handelt es sich bei 37 der 57 vollstationären Pflegeeinrichtungen um sog. „Mischeinrichtungen“[14]. Diese Einrichtungen stellen

13 Eine vollstationäre Einrichtung konnte nur eine Angabe zu allen aufgenommenen und allen ausgeschiedenen Bewohnerinnen und Bewohnern machen. Diese Zahlen (je 65) wurden bei der jeweiligen Gesamtzahl mit einberechnet.

14 „Mischeinrichtungen bieten … neben Leistungen nach dem SGB XI auch Leistungen aufgrund anderer Rechtsgrundlagen, beispielsweise nach dem SGB V“ - aus: Bayerisches Landesamt für Statistik und Datenverarbeitung (2015). Statistische Berichte. Pflegeeinrichtungen, ambulante sowie stationäre und Pflegegeldempfänger in Bayern. Ergebnisse der Pflegestatistik, Stand: 15. bzw. 31.12.2013, S. 8., s.a.: Ausgabe Stand: 15.12.2009 bzw. 31.12.2009, S. 6.: „bzw. betreiben im stationären Bereich z. B. auch Betreutes Wohnen oder ein Altenheim.“ Einige Träger stellen zudem sog. „situative Pflegeplätze“ (dazu: spezielle Verträge) bereit. Sie können diese situative Pflegeplätze ggf. auch als Wohnbereichsplätze anbieten. Am Stichtag 15.12.2015 gab es in der LH München rund 200 solcher variablen Plätze. In der Regel werden diese Plätze als vollstationäre Plätze vergeben und daher im Marktbericht Pflege des Sozialreferats bei diesen einberechnet.

neben vollstationären Pflegeplätzen mit Versorgungsvertrag nach SGB XI insbesondere

- Wohnbereichsplätze in „stationärer Einrichtung“ nach Art. 2 Abs. 1 PfleWoqG (früher als „Altenheimsplätze“ bezeichnet)
- oder angeschlossenes sog. „Betreutes Wohnen“

bereit.

In 12 Mischeinrichtungen stehen zusätzlich zu den 7.575 vollstationären Pflegeplätzen in der LH München rund 490 Plätze im sog. Wohnbereich in „stationärer Einrichtung“ (Art. 2 Abs. 1 PfleWoqG) zur Verfügung. Nach wie vor planen mehrere Einrichtungen eine Reduzierung bzw. Auflösung dieses Versorgungsangebots.

16 Mischeinrichtungen bieten zudem sog. „Betreutes Wohnen“ in Senioren-Appartements oder Senioren-Wohnungen an. Diese Wohnform ist hier angeschlossen an die jeweilige vollstationäre Pflegeeinrichtung, aber organisatorisch in der Regel völlig unabhängig. Mit diesem zusätzlichen Angebot, das nicht dem PfleWoqG nach Art. 2 Abs. 2 und somit auch nicht der Erfassung und Kontrolle der FQA (Fachstelle Pflege- und Behinderteneinrichtungen, Qualitätsentwicklung und Aufsicht im Kreisverwaltungsreferat, ehemals Heimaufsicht)[15] unterliegt, ergänzen die Einrichtungen ihr Angebot. Am 15.12.2015 stehen hier rund 2.000 Plätze in Appartements oder Wohnungen zur Verfügung. „Betreutes Wohnen“ wird nach wie vor stark nachgefragt, wohingegen die Plätze im „klassischen“ Wohnbereich in „stationärer Einrichtung“ (ehemals Altenheim) im Verlauf der letzten Jahre zurückgehen (siehe Tabelle 3).
Da „Betreutes Wohnen“ aus den genannten Gründen nicht systematisch erfasst werden kann, ist unklar, wie viele Plätze im ausschließlichen „Betreuten Wohnen“ über das hier dargestellte Angebot hinaus (nicht angeschlossen an vollstationäre Pflegeeinrichtungen) in der LH München insgesamt bestehen.

15 Die Fachstelle Pflege- und Behinderteneinrichtungen, Qualitätsentwicklung und Aufsicht im Kreisverwaltungsreferat, ehemals Heimaufsicht, wird im folgenden Text immer mit FQA abgekürzt.

Tabelle 3: Entwicklung der Anzahl der Plätze im „Wohnbereich“ (ehemals Altenheim) und der Anzahl der Plätze im „Betreuten Wohnen“ (gerundet)

Erhebungs-jahr[16]	Anzahl der Plätze im Wohnbereich in stationärer Einrichtung (Art. 2 Abs.1 PfleWoqG)	Anzahl der Plätze im angeschlossenen „Betreuten Wohnen“ unterliegt nicht dem PfleWoqG (Art. 2 Abs. 2 PfleWoqG)
2010	1.500	800
2011	1.170	1.160
2012	530	1.930
2013	540	1.960
2014	510	2.010
2015	490	2.000

Zwei Mischeinrichtungen verfügen sowohl über einen Wohnbereich in „stationärer Einrichtung“ als auch über „Betreutes Wohnen“.
Zwölf Münchner vollstationäre Pflegeeinrichtungen verfügen am Stichtag über einen „Gesamtversorgungsvertrag“ nach § 72 Abs. 2 SGB XI. Dieser Vertrag ermöglicht es, „für mehrere oder alle selbständig wirtschaftenden Einrichtungen (§ 71 Abs. 1 und 2 SGB XI) eines Einrichtungsträgers, die vor Ort organisatorisch miteinander verbunden sind, … einen einheitlichen Versorgungsvertrag (Gesamtversorgungsvertrag)“[17] abzuschließen. „Selbständig wirtschaftenden Einrichtungen“ sind hier ambulante Pflegedienste, teil- oder vollstationäre Pflegeeinrichtungen (§ 71, Abs. 1 und 2 SGB XI).
So haben die Pflegeeinrichtungsträgerinnen und -träger die Möglichkeit, ihren Personaleinsatz zwischen (teil-)stationären und ambulanten Angeboten flexibler zu regeln und ein durchgängiges Versorgungssystem für die Pflegebedürftigen sicherzustellen.

2.5 Einzelwohnplatzanteil in Münchner vollstationären Pflegeeinrichtungen (Anforderung aus der AVPfleWoqG)

Die letzten drei Marktberichte Pflege des Sozialreferats[18] und zuletzt eine aktuelle Beschlussvorlage des Sozialreferats[19] beschäftigten sich auch mit den Auswirkungen der Verordnung zur Ausführung des Pflege- und Wohnqualitätsgesetzes (AVPfleWoqG), die am 01.09.2011 in Kraft trat. Aus dieser

16 Der Erhebungszeitpunkt bzgl. der vollstationären Pflegeplätze war auch hier der 15.12. des jeweiligen Jahres entsprechend der Erhebungszeitpunkte des Bayerischen Landesamts für Statistik und Datenverarbeitung.
17 Aus: § 72 Abs. 2 SGB XI
18 „Fünfter Marktbericht Pflege“, Sitzungsvorlage Nr. 14-20 /V 03908, (Kap. 2.4) „Marktbericht Pflege“, Sitzungsvorlage Nr. 14-20 / V 01023 (Kap. 2.4) u. Sitzungsvorlage Nr. 08-14 / V 12848 (Kapitel 2.5)
19 „Neue Standards für Pflegeheime und deren Auswirkungen auf die Versorgungssicherheit in München“. Beschluss des Sozialausschusses vom 07.07.2016, Sitzungsvorlage Nr. 14-20 / V 06113

Verordnung ergeben sich u.a. „bauliche Mindestanforderungen“ an die vollstationären Pflegeeinrichtungen, so z.B. auch Anforderungen an die sog. „Wohnplätze“ (§ 4 AVPfleWoqG).
Schon seit 2004 plädiert das Sozialreferat (genauso wie die FQA, zuständige Ministerien, Behörden und die Fachöffentlichkeit[20]) für eine Erhöhung der Anzahl der Einzelzimmer in (voll-)stationären Pflegeeinrichtungen. In Anforderungsprofilen bei Grundstücksvergaben für vollstationäre Pflegeeinrichtungen wurde daher vom Sozialreferat ein Einzelzimmeranteil von 80 % gefordert.[21] Seit 2008 wird auch im Rahmen der Investitionsförderung (Richtlinien) ein Einzelzimmeranteil von ca. 80 % für Neu- und Ersatzbauten zugrunde gelegt.[22]
Die Verordnung zur Ausführung des Pflege- und Wohnqualitätsgesetzes schreibt im § 4 Abs. 3 AVPfleWoqG vor, dass „in den stationären Einrichtungen […] ein angemessener Anteil der Wohnplätze als Einzelwohnplätze ausgestattet sein muss“. Nach der Begründung zur AVPfleWoqG[23] gilt im Regelfall ein Einzelzimmer-Anteil von 75 % [bei Neubauten] als angemessen.

Wie die FQA der LH München in ihrer Stellungnahme vom 04.04.2016 (siehe Bedarfsermittlung zur pflegerischen Versorgung in der LH München, Anhang 1, Anlage 4) erläutert, gilt entsprechend eines Schreibens des Bayerischen Staatsministeriums vom 28.12.2015, dass nun neu bei Neubauten sowie bei Bestandsbauten[24] jeweils ein Einzel(wohn)platzanteil von 75 % zugrunde gelegt wird.

In der Umsetzung der AVPfleWoqG gab es zwischen den Heimaufsichten in Oberbayern unterschiedliche Auslegungen, ob als Bezugsgröße die Anzahl aller Plätze einer vollstationären Pflegeeinrichtung oder die Anzahl alle Zimmer für die Berechnung des Einzelwohnplatzanteils zugrunde gelegt wird.

Wie schon im Marktbericht Pflege des Sozialreferats vom 14.11.2013 erläutert[25], sei hier noch einmal anhand eines Beispiels auf die unterschiedlichen Auswirkungen des Einzelzimmeranteils (der Einzelzimmerquote) und des

20 u.a.: Lang F.R. et al., Institut für Psychogerontologie Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg (2007). Das Einzelzimmer im Alten- und Pflegeheim. Abschlussbericht im Auftrag des Bayerischen Staatsministeriums für Arbeit, Sozialordnung, Familie und Frauen. Schmieg P., Institut für Gebäudelehre und Entwerfen: Sozial- und Gesundheitsbauten, Fakultät Architektur, Dresden (2009). Einzel- und Doppelzimmer in stationären Altenpflegeeinrichtungen. Studie im Auftrag des Bayerischen Staatsministeriums für Arbeit, Sozialordnung, Familie und Frauen.

21 z. B. „Anforderungsprofil für die Ausschreibung des Grundstücks Appenzeller Straße“, Beschluss der Vollversammlung vom 15.12.2004, Sitzungsvorlage Nr. 02-08 / V 05245.

22 u.a.: „Neue Standards für Pflegeheime und deren Auswirkungen auf die Versorgungssicherheit in München“. Beschluss des Sozialausschusses vom 07.07.2016, Sitzungsvorlage Nr. 14-20 / V 06113, „Investitionsförderung nach dem AGSG von teil- und vollstationären Pflegeeinrichtungen und Einrichtungen der Kurzzeitpflege“, Beschluss des Sozialausschusses vom 04.12.2015, Sitzungsvorlage Nr. 14-20 / V 04362

23 Begründung zu § 4 Abs. 3 AVPfleWoqG (S. 13)

24 „Neubauten“ sind Einrichtungen, die nach dem 01.09.2011 eine Baugenehmigung erhalten haben. „Bestandsbauten“ sind bei Inkrafttreten der AVPfleWoqG (01.09.2011) schon in Betrieb oder für sie wurde vor diesem Termin eine Baugenehmigung bereits beantragt (§ 10 AVPfleWoqG u. Begründung zu § 4 Abs. 3 AVPfleWoqG, S. 12 u. S. 13).

25 „Marktbericht Pflege – Jährliche Marktübersicht über die teil- und vollstationäre pflegerische Versorgung in München. Bekanntgabe in der Sitzung des Sozialausschusses vom 14.11.2013, Sitzungsvorlage Nr. 08-14 / 12848, S. 8

Einzel(wohn)platzanteil hingewiesen:
Ein Haus bietet 120 vollstationäre Pflegeplätze in 80 Einzelzimmern und 20 Doppelzimmern, d. h. in 100 Zimmern an.
Hier ergibt sich ein Einzelzimmeranteil (bezogen auf die Gesamtzahl der Zimmer) von 80 %, wohingegen sich ein Einzel(wohn)platzanteil (bezogen auf die Gesamtzahl der Plätze = 120) von 66,7 % (gerundet) ergibt.
So wäre in diesem Beispiel der o.g. Einzelzimmeranteil (die Einzelzimmerquote) von 75 % erfüllt, nicht aber ein entsprechender Einzel(wohn)platzanteil von 75 %.

In einer Information der Regierung von Oberbayern vom 29.04.2016 wurde anhand eines Rechenbeispiels klar dargelegt, dass es [bei den FQAs in Oberbayern] bisher unterschiedlichen Auffassungen gab. In Zukunft stellt nun die Einzelzimmerquote (Anzahl der Einzelzimmer in Bezug auf die gesamte Anzahl aller Zimmer einer vollstationären Pflegeeinrichtung) die Richtlinie für die Prüfung nach AVPfleWoqG dar.

Am 12.07.2016 fragte das Sozialreferat bei der FQA im Kreisverwaltungsreferat nach, „ob jetzt immer von einem Einzelzimmeranteil von 75% bei den Prüfungen nach AVPfleWoqG ausgegangen wird.“ Außerdem bat das Sozialreferat um eine Einschätzung - falls die FQA sich in dieser Frage noch in einem Entscheidungsprozess befindet - ab wann hier mit einer Festlegung für das Vorgehen zu rechnen ist.
Die FQA antwortete am 19.07.2016, dass sie plane „hier zeitnah an das Ministerium für Gesundheit und Pflege heranzutreten, um die Auswirkungen [der neuen Vorgaben] und die „Unstimmigkeiten in den Berechnungen“ noch einmal zu verdeutlichen. Eine Ankündigung, ab wann hier mit einer eindeutigen Festlegung der Münchner FQA zu rechnen ist, konnte noch nicht getroffen werden.

Die Datenabfrage zum Stichtag 15.12.2015 ergibt, dass die Einzelzimmerquote (bezogen auf die gesamte Zahl der Zimmer) in allen Münchner vollstationären Pflegeeinrichtungen bei 77, 4 % lag – die Quote bezogen auf alle Wohnplätze jedoch nur bei 63,1% (in den Vorjahren wurde in den Marktberichten Pflege immer - entsprechend der bisherigen Prüfgrundlage der FQA - der Einzelwohnplatzanteil dargestellt[26]).
Die folgende Tabelle stellt die Ergebnisse der Stichtagserhebungen der letzten Jahre im Überblick dar. Wie diese Tabelle 4 zeigt, pendelt sich die Einzelzimmerquote aller Münchner vollstationären Pflegeeinrichtungen knapp über 75 % ein. Die Hospize, die über eine Einzelzimmerquote (und einen Einzelwohnplatzanteil) von 100 % verfügen, wurden hier nicht berücksichtigt.

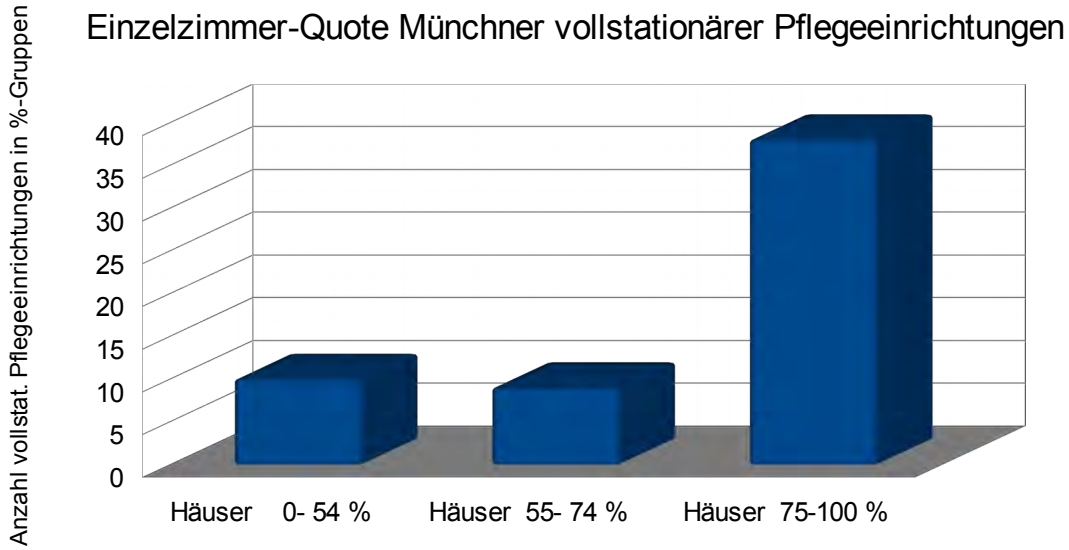
26 Der Einzelwohnplatzanteil lag am Stichtag 15.12.2015 in den 57 Münchner vollstationären Pflegeeinrichtungen bei 63,1% .

Tabelle 4: Einzelwohnplatzanteile und Einzelzimmerquoten in den Münchner vollstationären Pflegeeinrichtungen in zeitlicher Entwicklung

Jahr[27]	Einzelwohnplatzanteil aller Münchner vollstationären Pflegeeinrichtungen (bezogen auf Plätze)	Einzelzimmerquote aller Münchner vollstationären Pflegeeinrichtungen (bezogen auf Zimmer)
2012	62,1%	76,6%
2013	61,8%	76,4%
2014	63,0%	77,3%
2015	63,1%	77,4%

19 der 57 vollstationären (d.h. 33,3 % der vollstationären Pflegeeinrichtungen) erfüllen die Einzelzimmerquote / den Einzelzimmeranteil (bezogen auf die Gesamtzahl aller 6.179 Zimmer) von 75 % nicht. Zehn dieser genannten 19 vollstationäre Pflegeeinrichtungen liegen sogar unter 55 % bzgl. ihrer Einzelzimmerquote (siehe Diagramm 2).[28]

Diagramm 2: Einzelzimmerquote in den Münchner vollstationären Pflegeeinrichtungen am 15.12.2015



27 Auch hier wurde jeweils der Stichtag 15.12. zugrunde gelegt.

28 30 der 57 vollstationären (d.h. 52,6 % der Einrichtungen) würden zum Stichtag 15.12.2015 den – jetzt ja nicht mehr geforderten - Einzelwohnplatzanteil von 75 % nicht erfüllen. Dies zeigt, dass durch die Zugrundelegung eines Einzelwohnplatzanteils von 75 % deutlich mehr Münchner vollstationäre Pflegeeinrichtungen entsprechende Maßnahmen (z.B. Anträge an FQA und in der Folge Umbaumaßnahmen) ergreifen müssten.

Vollstationäre Pflegeeinrichtungen, die die Anforderungen der AVPfleWoqG nicht erfüllen (z.B. die geforderte Einzelzimmerquote), haben mit Inkrafttreten der Verordnung am 01.09.2011 eine Frist zur Angleichung von fünf Jahren, bis zum 31.08.2016. Sie konnten bei der FQA einen Antrag auf Verlängerung der Angleichungsfrist stellen. Nach § 10 AVPfleWoqG kann dieser Antrag „frühestens ein Jahr vor Ablauf der Fünf-Jahres-Frist eingereicht“ werden, d.h. ab 01.09.2015. Außerdem kann auch ein Antrag auf Befreiungen und Abweichungen von den baulichen Mindestanforderungen nach § 50 AVPfleWoqG gestellt werden. Eine Reihe von Einrichtungsleitungen bzw. Trägervertretungen haben sich bereits mit der FQA in Verbindung gesetzt und lassen derzeit Gutachten (mit Kostenplänen) zu den geforderten Baumaßnahmen erstellen (siehe Stellungnahme der FQA, Anhang 1, Pflegebedarfsermittlung, Kap. 4). Sie müssen i.d.R. Umbaumaßnahmen oder Ersatzbaumaßnahmen mit den entsprechenden Kosten ins Auge fassen.

Hinsichtlich der Konsequenzen der Anforderungen aus der AVPfleWoqG sei hier auch nochmals auf den Beschluss des Sozialausschusses vom 07.07.2016 „Neue Standards für Pflegeheime und deren Auswirkungen auf die Versorgungssicherheit in München“, sowie auf die Beschlüsse zum Thema „Investitionsförderung nach dem AGSG von teil- und vollstationären Pflegeeinrichtungen und Einrichtungen der Kurzzeitpflege“ 03.12.2015, 04.12.2014 und 05.12.2013 und auf den Beschluss vom 05.12.2013 „Finanzielle Auswirkungen neuer Standards in der Pflege“ verwiesen.[29]
Die Landeshauptstadt München investierte im Rahmen der Investitionsförderung in den Jahren 1998 bis Juli 2016 in insgesamt 43 Einrichtungen für Modernisierungen, Um- und Neubauten 56.207.931,80 Euro und förderte hiermit u.a. auch die Schaffung von Einzelzimmern und somit die Erhöhung des Einzelwohnplatzanteils[30].

Das Sozialreferat engagiert sich weiterhin in einem engen und kooperativen Kontakt mit der FQA, um auf Veränderungen des Pflegemarkts (z.B. Wegfall von vollstationären Pflegeplätzen) vorbereitet zu sein. Allerdings kann das Sozialreferat nur mit den mehrfach dargestellten, eingeschränkte kommunalen Einwirkungsmöglichkeiten reagieren (z.B. Reservierung von Grundstücken zur Sicherung der pflegerischen Versorgung in der LH München und Förderung von Investitionen für vollstationäre Pflegeeinrichtungen und Einrichtungen der Kurzzeitpflege bei Neu- und Ersatzbauten sowie Modernisierungen). Die derzeit geplanten Standorte künftiger Münchner vollstationärer Pflegeeinrichtungen sind in einer Karte im Anhang beigefügt (siehe Pflegebedarfsermittlung, Anhang 1, Anlage 3).

29 Siehe: Sitzungsvorlagen Nr. 14-20 / V 06113, 14-20 / 04362, 14-20 / V 01612, Nr. 08-14 / V 13261 und Nr. 08-14 / V 13220
30 Sitzungsvorlage Nr. 14-20 / V 04362

2.6 Darstellung spezialisierter vollstationärer Versorgungsangebote in München

In früheren Datenerhebungen für die Marktberichte des Sozialreferats wurde herausgestellt, dass Münchner vollstationäre Pflegeeinrichtungen ihr Angebot immer stärker auf Bewohnerinnen und Bewohner mit spezifischen Pflegebedarfen zuschneiden. Diese Entwicklung ist auch weiterhin eindeutig festzustellen.

2.6.1 Vollstationäre Pflegeplätze für Menschen mit Demenzerkrankungen oder anderen psychischen Störungen / Erkrankungen

Am 15.12.2015 beträgt die Gesamtzahl aller vollstationären Pflegeplätze mit Versorgungsvertrag nach SGB XI für Menschen mit Demenzerkrankungen und / oder mit anderen psychischen Störungen / Erkrankungen 1.218 Plätze.
So sind inzwischen 16,0 % aller vollstationären Pflegeplätze in München auf diese spezifischen Bedarfe ausgerichtet.
Die Tabelle 5 stellt die Ergebnisse der Bedarfsplanungen zur pflegerischen Versorgung in München aus den Jahren 2004 und 2009 und die Ergebnisse der ersten fünf Marktberichte Pflege des Sozialreferats[31] zusammen und ergänzt das Ergebnis der aktuellen Erhebung zum Stichtag 15.12.2015:

Tabelle 5: Entwicklung der Gesamtzahl der spezifischen vollstationären Pflegeplätze für Menschen mit Demenzerkrankungen und/oder anderen psychischen Störungen / Erkrankungen

Erhebungsjahr[32]	Gesamtzahl der gerontopsychiatrischen vollstationären Pflegeplätze
2004	394
2009	788
2010	889
2011	985
2012	1.023
2013	1.110
2014	1.231
2015	1.218

Die Tabelle 5 illustriert eindeutig die Zunahme der gesamten Anzahl der Münchner gerontopsychiatrischen Pflegeplätze 2004 - 2014. Lediglich vom Jahr 2014 auf

31 Siehe Fußnote 5
32 Der Erhebungszeitpunkt bzgl. der genannten Plätze war immer der 15.12. des jeweiligen Jahres entsprechend der Erhebungszeitpunkte des Bayerischen Landesamts für Statistik und Datenverarbeitung.

2015 ist ein geringfügiger Rückgang der Anzahl aller gerontopsychiatrischen Plätze festzustellen. Träger, Anbieterinnen und Anbieter bauen entsprechend der fachlichen Herausforderungen kontinuierlich Angebote für Menschen mit spezifischen Pflegebedarfen auf und entwickeln diese weiter.

Von diesen 1.218 vollstationären Pflegeplätzen waren 749 offene gerontopsychiatrische Plätze (siehe Tabelle 5).
Wie die Tabelle 5 verdeutlicht, sind die genannten 749 Plätze aufzuteilen in:

- 52 Plätze in vollstationären Hausgemeinschaften,
- 234 Plätze des sog. „Drei-Welten-Modells“[33],
- 463 Plätze in offenen gerontopsychiatrischen Wohngruppen.

Festzustellen ist, dass die Anzahl der Plätze in offenen gerontopsychiatrischen Wohngruppen im Vergleich zu den Stichtagen der letzten Jahre schwankt (siehe Tabelle 6). Die Anzahl der beschützenden gerontopsychiatrischen Plätze mit Versorgungsvertrag nach SGB XI (mit sog. „Unterbringungsbeschluss“, in 17 Einrichtungen) beträgt 469.
Die Tabelle 5 fächert die genannten Angebote in den Münchner vollstationären Pflegeeinrichtungen im Detail auf:

33 Das „Drei-Welten-Modell“, das in der Schweiz von Dr. Christoph Held eingeführt wurde, beruht darauf, dass demenzkranke Menschen im Verlauf ihrer Erkrankung drei Erlebenswelten durchlaufen. So werden je nach Verlaufsphase phasengerecht gestaltete Wohn- und Lebensräume und speziell angepasste Betreuungs- und Pflegekonzepte vorgeschlagen. Für die dritte Phase wird als geeignete Wohnform eine Pflegeoase vorgesehen. Eine „Pflegeoase“ ist eine spezialisierte Versorgungsform für schwerst dementiell Erkrankte, siehe u. a.: „Besondere stationäre Demenzbetreuung in Münchner Pflegeheimen sowie Angebote für frühdiagnostizierte Demenzerkrankte – Die Alzheimer-Krankheit“, Beschluss des Sozialausschusses vom 12.11.2009, Sitzungsvorlage-Nr. 08-14 / V 03015, S. 6-9, „Die qualitätsgeleitete Pflegeoase: ein neuer Weg zur Begleitung von Menschen mit Demenz in ihrer letzten Lebensphase“, In: Fachzeitschrift „pro Alter“ des KDA, 2/2009, S. 46 ff., Weyerer et al. (2006). Demenzkranke Menschen in Pflegeeinrichtungen, Stuttgart: Kohlhammer, Held, Ch., Ermini-Fünfschilling, D. (2004). Das demenzgerechte Heim. Basel: Karger.

Tabelle 6: Vollstationäre Pflegeplätze für Menschen mit Demenzerkrankungen und/oder anderen psychischen Störungen / Erkrankungen[34]

Plätze n. Angebotsformen	Platzzahl 2010 Stichtag 15.12.10	Platzzahl 2011 Stichtag 15.12.11	Platzzahl 2012 Stichtag 15.12.12	Platzzahl 2013 Stichtag 15.12.13	Platzzahl 2014 Stichtag 15.12.14	Platzzahl 2015 Stichtag 15.12.15
Hausgemeinschaften	52	76	52	52	52	52
Wohngruppen III-Welten Modell mit Pflegeoase-Plätzen[35]	244	244	139	299	299	234
Offene gerontopsych. Wohngrup.	180	268	461	312	397	463
Beschütz. Bereiche m. Unterbri.beschl.	413	397	371	447	483	469
Gesamt	**889**	**985**	**1.023**	**1.110**	**1.231**	**1.218**

2.6.2 Vollstationäre Pflegeplätze für Menschen mit weiteren spezifischen Bedarfen

Über die in 2.5.1 genannten Angebote hinaus stehen zum Stichtag 15.12.2015 in München 159 vollstationäre Pflegeplätze mit Versorgungsvertrag nach SGB XI für Menschen mit weiteren spezifischen Bedarfen zur Verfügung. Deren Anzahl ist im Vergleich zum Vorjahr nahezu gleich geblieben[36]:

34 Einige vollstationäre Pflegeeinrichtungen erweitern ihre Angebote für Menschen mit Demenzerkrankungen und/oder anderen psychischen Störungen / Erkrankungen oder nehmen bei diesen Angeboten konzeptionelle Weiterentwicklungen und somit Umbenennungen vor. So kommt es zu den in der Tabelle abgebildeten Veränderungen bei den Platzzahlen.
35 Siehe Fußnote 33
36 u.a.: 15.12.2011: 101 Plätze, 15.12.2012: 148 Plätze, 15.12.2013: 148 Plätze, 15.12.2014: 158 Plätze

Tabelle 7: Übersicht über die vollstationären Pflegeplätze für Menschen mit weiteren spezifischen Bedarfen am 15.12.2014

Aufteilung der genannten Pflegeplätze (Angebotsformen)	Platzzahl 2015
Plätze für jüngere Schwer- u. Schwerstpflegebedürftige (unter 60 J.)	45
Plätze für Menschen im Wachkoma (Rehaphase F)	27
Plätze für Menschen mit neurologischen Erkrankungen	24
Plätze für Menschen mit Multipler Sklerose	25
Plätze in vollstationären Hospizen für sterbende und schwerkranke Patientinnen und Patienten	28
Plätze für Menschen mit Intensivpflegebedarf	10
Gesamt	**159**

Das Angebot für Menschen mit neurologischen Erkrankungen richtet sich an Personen mit Erkrankungen, die entweder das zentrale oder das periphere Nervensystem betreffen (z.B. Bewohnerinnen und Bewohner mit einer Querschnittslähmung, mit Multipler Sklerose oder nach einem Schlaganfall).

Das Angebot für Menschen mit Intensivpflegebedarf gilt für beatmungspflichtige Bewohnerinnen und Bewohnern und Tracheostoma-Patientinnen und Patienten, z.T. auch für Bewohnerinnen und Bewohnern im Wachkoma.

2.7 Kurzzeitpflege

In der Kurzzeitpflege muss zwischen sog. „solitären“ Plätzen (Angebot und Belegung ausschließlich für bzw. mit Kurzzeitpflegegäste) und „eingestreuten“ Plätzen, die von der jeweiligen vollstationären Pflegeeinrichtung flexibel als Kurzzeitpflegeplätze oder als vollstationäre Dauer- bzw. Langzeitpflegeplätze vergeben werden können, unterschieden werden.
Die „eingestreuten“ Kurzzeitpflegeplätze haben sich inzwischen bundesweit fest etabliert und die sog. „solitären“ Einrichtungen zunehmend zurückgedrängt. Auch in der Landeshauptstadt München liegt der Angebotsschwerpunkt in der Kurzzeitpflege weiterhin bei sog. „eingestreuten“ Plätzen: In 54 der 57 vollstationären Pflegeeinrichtungen gibt es solche „eingestreuten“ Kurzzeitpflegeplätze.
Das Platzangebot im Bereich der beschützenden „eingestreuten“ Kurzzeitpflegeplätze ist gestiegen, auch wenn diese Plätze nach Auskunft der Einrichtungen nur gelegentlich nachgefragt werden und diese Plätze oft als beschützende Dauerpflegeplätze vergeben sind.

Zum Stichtag bieten 14 der 57 vollstationären Pflegeeinrichtungen inzwischen (ausschließlich „eingestreute“) beschützende Kurzzeitpflegeplätze an (17 der vollstationären Pflegeeinrichtungen verfügen über beschützende Bereiche).
In den Vorjahren gestaltete sich die Angebotssituation wie folgt:

- 2010: eine von 53,
- 2011: vier von 53,
- 2012: 13 von 55,
- 2013: 14 von 56
- 2014: 16 von 56 Münchner vollstationären Pflegeeinrichtungen boten eingestreute beschützende Kurzzeitpflegeplätze an.

Nur zwei Einrichtungen stellen zum 15.12.2015 insgesamt 29 „solitäre“ Kurzzeitpflegeplätze mit Versorgungsvertrag nach SGB XI zur Verfügung. Diese zwei Kurzzeitpflegeeinrichtungen sind jeweils an eine vollstationäre Pflegeeinrichtung angebunden.

2.8 Aktuelle Situation in der teilstationären Pflege (Tages- und Nachtpflege)

Wenn Menschen teilstationäre Pflege in Anspruch nehmen, bedeutet dies, dass sie tagsüber (oder ggf. nachts) eine entsprechende Einrichtung besuchen und dort versorgt werden, jedoch nach wie vor in ihrer eigenen privaten Häuslichkeit wohnen und leben.

2.8.1 Tagespflege

Im Bereich der Tagespflege muss auch zwischen sog. „solitären“ und „eingestreuten“ Plätzen unterschieden werden. Eingestreute Tagespflegeplätze (auch mit Versorgungsvertrag nach SGB XI) werden in den Pflegebereichen einiger vollstationärer Pflegeeinrichtungen vorgehalten.
Im Dezember 2015 standen in der LH München 200 Plätze in sog. solitären Tagespflegeeinrichtungen zur Verfügung. Tagespflegeplätze in solitären Tagespflegeeinrichtungen mit Versorgungsvertrag nach SGB XI werden nur von Tagespflegegästen genutzt. Sechs dieser 13 Münchner Tagespflegeeinrichtungen sind an vollstationäre Pflegeeinrichtungen angeschlossen.

Tabelle 8: Platzzahlen in Münchner Tagespflegeeinrichtungen

Erhebungsjahr[37]	Anzahl verfügbarer Tagespflegeplätze	Anzahl der Tages-pflege-Einrichtungen
2009	160	12
2010	188	13
2011	189	13
2012	193	13
2013	183	12
2014	195	13
2015	200	13

Das Sozialreferat erhebt seit 2013 die Belegung in der Tagespflege an vier Stichtagen. Die Stichtage wurden in etwa dreimonatlichen Abständen und an unterschiedlichen Wochentagen festgelegt. So kann auch in diesem Jahr wieder ein etwas differenzierteres Bild zur Belegung der Tagespflege dargelegt werden.

Am Stichtag 13.03., 15.06. und 16.09.2015 standen in der LH München 13 Tagespflegeeinrichtungen mit insgesamt 195 Plätzen zur Verfügung. Am 15.12.2015 existierten 13 Tagespflegeeinrichtungen mit jeweils 200 solitären Plätzen (siehe auch Anlage 4)[38], da eine Einrichtung ihr Angebot um fünf Plätze erhöht hat.

37 Der Erhebungszeitpunkt bzgl. der genannten Plätze war immer der 15.12. des jeweiligen Jahres entsprechend der Erhebungszeitpunkte des Bayerischen Landesamts für Statistik und Datenverarbeitung.
38 Anlage 6: Karte Münchner solitäre Tagespflegeeinrichtungen nach SGB XI (Stand: Juli 2015)

Tabelle 9: Belegung in Münchner Tagespflegeeinrichtungen 2015 (gerundete Prozentangaben)

Stichtagsinformationen	13.03.15	15.06.15	16.09.14	15.12.15
Anzahl der TP- Plätze	195	195	195	200
Anzahl TP-Gäste	161	164	166	170
Belegungsquote	82,6%	84,1%	85,1%	85,0%
Prozentanteil Männer an TP-Gästen	39,1%	38,4%	33,7%	43,5%
Prozentanteil Frauen an TP-Gästen	60,9%	61,6%	66,3%	56,5%
Anzahl der TP-Gäste mit Migrationshintergrund	5	5	9	8
Prozentanteil TP-Gäste mit Migrationshintergrund an TP-Gästen	3,1%	3,0%	5,4%	4,7%

Wie aus Tabelle 9 deutlich wird, schwankt die Belegung an verschiedenen Stichtagen.
Die Tagespflegeeinrichtungen klagen nach wie vor über schwierige gesetzliche Rahmenbedingungen, die eine wirtschaftliche Erbringung des Angebots erschweren und hoffen sehr, dass die Verbesserungen durch das Pflegestärkungsgesetz, das eine gleichzeitige und anrechnungsfreie Inanspruchnahme von Leistungen für ambulante Pflege und teilstationären Leistungen (Tages-/bzw. Nachtpflege) ermöglicht, sich positiv auf die Nachfrage nach den Angeboten der Tagespflegeeinrichtungen auswirkt.[39]
Außerdem verdeutlicht Tabelle 9, dass der Anteil der Tagespflegegäste mit Migrationshintergrund an allen Tagespflegegästen noch eher gering ist. Durch die vielfältigen, auch vom Sozialreferaten geförderten (Beratungs-)Angebote für ältere Menschen mit Migrationshintergrund und Hilfe- bzw. Pflegebedarf, wird das Tagespflegeangebot jedoch zunehmend bekannter werden und in diesem Zuge ggf. auch dazu beitragen, dass die entsprechende Inanspruchnahme steigt.
Die sog. „eingestreuten Tagespflegeplätze“ werden in Pflegebereichen einiger

39 In den Telefon-Interviews erwähnten auch bei der diesjährigen Datenerhebung einige Tagespflege-Leiter bzw. Leiterinnen, dass Tagespflege-Angebote generell unter den derzeitigen gesetzlichen Rahmenbedingungen (Pflegeversicherung) nach wie vor nur sehr schwer wirtschaftlich zu führen sind (Auslastung).
Das Sozialreferat hat auf die Situation der Tagespflegeeinrichtungen immer wieder aufmerksam gemacht, siehe u.a.: „Bedarfsplanung zur pflegerischen Versorgung in München“, Beschluss des Sozialausschusses vom 04.05.2010, Sitzungsvorlage Nr. 08-14 / V 03977, S.12, „Marktbericht Pflege - Jährliche Marktübersicht über die pflegerische Versorgung in München“, Bekanntgabe in der Sitzung des Sozialausschusses vom 01.12.2011, Sitzungsvorlage Nr. 08-14 / V 07954, S. 8-9, 15-18.

vollstationärer Pflegeeinrichtungen angeboten. So gibt es neben dem Angebot an „solitären“ Tagespflegeplätzen in München insgesamt 53 „eingestreute“ Tagespflegeplätze in neun vollstationären Pflegeeinrichtungen.
Diese Platzzahl ist im Vergleich zum Jahr 2014 wieder leicht gesunken

- 2011 und 2012: 63 „eingestreute“ Tagespflegeplätze,
- 2013: 45 „eingestreute“ Tagespflegeplätze
- 2014: 68 „eingestreute“ Tagespflegeplätze

2.8.2 Nachtpflege

Wenn pflegende und versorgende Angehörige oder weitere Bezugspersonen eine Entlastung zu Nachtzeiten benötigen, ist es insbesondere für Tagespflegegäste mit Demenz besonders hilfreich in der ihnen vertrauten Tagespflegeeinrichtung ggf. auch nachts versorgt und gepflegt zu werden. Die Mitarbeitenden und das Setting in der Tagespflegeeinrichtung sind den Tagespflegegästen mit Demenz vertraut. Kurzzeitpflege in einer für sie fremden vollstationären Pflegeeinrichtung ist i.d.R. keine geeignete Alternative.

Nach wie vor kann keine der Tagespflegeeinrichtungen am Stichtag Nachtpflege mit Versorgungsvertrag nach SGB XI anbieten. Alle befragten Leitungen betonen, dass die Tagespflegeeinrichtungen dieses Angebot trotz einer gewissen Nachfrage nicht wirtschaftlich erbringen können.
Am Stichtag boten zwei Tagespflegeeinrichtungen lediglich für Selbstzahlerinnen und Selbstzahler[40] Nachtbetreuung für ihre Tagespflegegäste an. Hier sind bei Bedarf in einer Einrichtung sechs und in der anderen genannten Einrichtung acht Nachtbetreuungsplätze vorhanden.
Mit der Grundstücksvergabe am Ackermannbogen ist gemäß Anforderungsprofil die Schaffung von zwei Nachtpflegeplätzen mit Versorgungsvertrag nach SGB XI verbunden.[41]

3. Spezielle Angebote für Bewohnerinnen und Bewohner bzw. für Tagespflegegäste mit Migrationshintergrund

Die im Folgenden dargelegten Ergebnisse der diesjährigen Datenabfrage des Sozialreferats[42] verdeutlichen, dass etliche vollstationäre Pflegeeinrichtungen in der LH München in verschiedenen Bereichen ihre interkulturelle Öffnung vorangetrieben und inzwischen begonnen haben, spezifische Angebote bereitzustellen (siehe ab Punkt 3.1).

40 Nachtbetreuung ist ggf. auch als Verhinderungspflege mit der Pflegekasse abrechenbar
41 „Städtebauliche Entwicklungsmaßnahme ACKERMANNBOGEN Netzwerk für ältere Menschen“, Anforderungsprofil für die Ausschreibung“, Beschluss des Sozialausschusses vom 11.11.2004 und der Vollversammlung vom 24.11.2004, Sitzungsvolage-Nr. 02-08 / V 05082
42 57 vollstationäre Pflegeeinrichtungen, eine spezielle Kurzzeitpflegeeinrichtung für Menschen mit Behinderungen und zwei Hospize wurden zum Fragenkomplex „Spezielle Angebote für Bewohnerinnen und Bewohner mit Migrationshintergrund“ in den Telefoninterviews befragt.

Am Stichtag 15.12.2015 hatten 447 der 7.133 Bewohnerinnen und Bewohnern in den 57 Münchner vollstationären Pflegeeinrichtungen einen Migrationshintergrund, d.h. 6,3 % - siehe auch Punkt 2.2).

In den Tagespflegeeinrichtungen wurden an den vier Stichtagen zwischen 3,0 bis 5,4 % Tagespflegegäste mit Migrationshintergrund versorgt (siehe auch Tabelle 9). Die Notwendigkeit der interkulturellen Öffnung von Pflegeeinrichtungen hat das Sozialreferat bereits 2013 thematisiert und mit der Stadtratsreise vom 29.02. bis 01.03.2013 zu interkulturell geöffneten vollstationären Pflegeeinrichtungen nach Frankfurt und Duisburg eingeleitet. Diese wird mit der „Rahmenkonzeption zur interkulturellen Öffnung in der Langzeitpflege in München“[43] entscheidend unterstützt und qualitätsgesichert begleitet.
Vom Sozialreferat werden sieben Modellprojekt-Einrichtungen bei fünf verschiedenen Trägerinnen und Trägern in der vollstationären Langzeitpflege (Baustein 1, siehe Anlage 5, Karte) gefördert. Weitere vollstationäre, sowie teilstationäre und ambulante Einrichtungen sollen zukünftig im weiteren Baustein 2 in ihrer interkulturellen Öffnung (auch finanziell) unterstützt werden. Ebenso wurde eine intensive Kooperation mit Migrantinnen- bzw. Migranten-Communities (Baustein 3) begonnen.

Insgesamt ist der folgende aktuelle Stand bzgl. der verschiedenen Angebote festzustellen:

3.1 Soziale Aktivitäten und spezielle Leistungen für Bewohnerinnen und Bewohner mit Migrationshintergrund in vollstationären Pflegeeinrichtungen

Die Einrichtungsleitungen bzw. die Referentinnen und Referenten für stationäre Altenhilfe der freien Wohlfahrtspflege teilten mit, ob sie soziale Aktivitäten oder spezielle Leistungen (z.B. Waschungen, Speisen) für Bewohnerinnen und Bewohner mit Migrationshintergrund anbieten (Frage 8.1 u. 8.2 im Fragebogen, Anlage 1).
Zum Stichtag konnten inzwischen schon 21 der 57 vollstationären Pflegeeinrichtungen in München und zusätzlich die beiden Hospize soziale Aktivitäten und spezielle Leistungen für Bewohnerinnen und Bewohner mit Migrationshintergrund bereit stellen (2011: 4 von 53, 2012: 7 von 54 erfassten Einrichtungen, 2013: 12 von 56 Einrichtungen, 2014: 19 von 56 Einrichtungen).

Die Einrichtungsleitungen berichteten u.a. von folgende Angebotsformen:

- Kultur- bzw. migrationsspezifische Begleitung und Aktionen (z.B. situative Einzel- und Gruppenangebote, wie z.B. türkischer Kaffenachmittag, migrations-/

43 „Rahmenkonzeption 2014-2020 zur interkulturellen Öffnung in der Langzeitpflege in München. Konsequenzen aus der Stadtratsexkursion interkulturell geöffnete Altenhilfe“, Beschluss des Sozialausschusses vom 05.12.2013, Sitzungsvorlage-Nr. 08-14 / V 13291

kulturspezifische Feste (z.B. Zuckerfest), ein Gesprächskreis für Bewohnerinnen und Bewohner mit russischem Migrationshintergrund, ein türkischsprachiger Besuchsdienst, russisch- bzw. türkischsprechende Ehrenamtliche)

- bei Bedarf russischsprachige und migrationsspezifische ärztliche Versorgung
- flexible Angebotsformen je nach Migrationshintergrund (in den beiden Hospizen z.B. auch Einsatz von Dolmetscherdiensten, kulturspezifische Einzelangebote)
- 41 der 60 Einrichtungen[44] konnten spezielle Leistungen für Bewohnerinnen und Bewohner mit Migrationshintergrund bereitstellen.
  11 vollstationäre Pflegeeinrichtungen bieten dabei bei Bedarf spezielle Waschungen für die Bewohnerinnen und Bewohner entsprechend der migrations- bzw. religionsspezifischen Bedürfnisse an.
  Eine spezielle Essenszubereitung entsprechend des Migrations- bzw. Glaubenshintergrunds der Bewohnerinnen und Bewohner (halal oder koscher) wird inzwischen bereits in 19 Einrichtungen (bei Bedarf) bereitgestellt.
  (2013: fünf Einrichtungen, 2014: zehn Einrichtungen)

3.2 Religiöse Angebote für Bewohnerinnen und Bewohner mit Migrationshintergrund

Darüber hinaus wurde abgefragt, ob am Stichtag religiöse Angebote speziell für Bewohnerinnen und Bewohner mit Migrationshintergrund zur Verfügung gestanden hatten.

Inzwischen boten schon 25 vollstationäre Pflegeeinrichtungen in München (2011 und 2012: nur eine Einrichtung, 2013: drei Einrichtungen, 2014: 13 Einrichtungen) entsprechende Angebote an. Hier wurden z.B. entsprechend der Glaubenshintergründe gestaltete Räume der Stille, religiöse Angebote für Menschen mit jüdischem Glaubenshintergrund, Besuche in einer Moschee, intensive Kontaktpflege zu einem Imam, Zusammenarbeit mit einer muslimischen Gemeinde, russisch-orthodoxe Glaubens- und Gesprächs-Kreise, spezifische Glaubenstreffen je nach Glaubens- und Migrationshintergrund und Zusammenarbeit mit einer hinduistischen sowie mit einer chinesisch-lutherischen Gemeinde genannt.

Außerdem konnten nach wie vor die beiden Hospize religiöse Angebote für die Patientinnen und Patienten vorhalten (z.B. mehrsprachige und glaubensbezogene Hospizhelferinnen und -helfer, Berücksichtigung der jeweiligen Glaubens- und Bestattungsrituale).

44 57 vollstationäre Pflegeeinrichtungen, eine Kurzzeitpflegeeinrichtungen für Menschen mit Behinderungen und zwei Hospize wurden zu diesem Thema befragt.

3.3 Planungen und Anmerkungen zu speziellen Angeboten für Bewohnerinnen und Bewohner mit Migrationshintergrund

Über die inzwischen enorm gewachsene Anzahl an Angeboten speziell für Bewohnerinnen und Bewohner mit Migrationshintergrund hinaus planen die vollstationären Pflegeeinrichtungen immer noch neue Aktivitäten in diesem Bereich.

So sind künftig in noch drei weiteren vollstationären Pflegeeinrichtungen neue Räume der Stille vorgesehen, die (unterschiedliche) glaubensspezifische Bedarfe berücksichtigen werden. Ein Träger begann im Jahr 2015 mit einem Projekt zur „konsequenten Bewohnerorientierung". Hierbei fließen migrationsspezifische Aspekte jetzt noch stärker ein.
Viele Einrichtungsleitungen betonten, dass sie als Modelleinrichtung oder in anderer Form an der Umsetzung der „Rahmenkonzeption 2014-2020 zur interkulturellen Öffnung in der stationären Langzeitpflege" des Sozialreferats mitwirken und laufend Planungen vorgenommen werden. Es wird dabei nach wie vor sehr positiv bewertet, dass die Landeshauptstadt München entsprechende Fördermittel hierzu bereitstellt und so eine Weiterentwicklung in diesem Bereich auch finanziell unterstützt.

3.4 Soziale Aktivitäten, spezielle Leistungen (Waschungen, Speisen), religiöse Angebote und Planungen für Tagespflegegäste mit Migrationshintergrund in teilstationären Pflegeeinrichtungen

Vier von 13 Tagespflegeeinrichtungen hielten am Stichtag 15.12.2014 soziale Aktivitäten oder weitere Angebote für Tagespflegegäste mit Migrationshintergrund bereit (2011: eine von 13, 2012: drei von 13, 2013: vier von 12, 2014: sieben von 13).

Die Einrichtungsleitungen berichteten von den folgenden Angeboten:

- Einzel- oder Gruppenangebote für Tagespflegegäste mit Migrationshintergrund
- Kontakt zu Kulturzentren
- Dolmetscherdienste
- Bereitstellung von Zeitschriften entsprechend des jeweiligen Migrationshintergrunds der Tagespflegegäste (z.B. in zwei verschiedenen TP-Einrichtungen Zeitungen in spanischer, russischer oder türkischer Sprache)
- Begleitung durch eine spanisch-sprechende Ergotherapeutin
- Eine Einrichtung bot nach wie vor eine Kochgruppe für Tagespflegegäste mit türkischem Migrationshintergrund an.

Darüber hinaus konnten sechs der 13 Tagespflegeeinrichtungen spezielle Leistungen (Waschungen, spezifische Essensangebote) für Tagespflegegäste mit Migrationshintergrund bereit stellen. Hierzu wurden v.a. die Berücksichtigung einer migrationsspezifischen Essensversorgung genannt.

Zudem wurden inzwischen schon bei fünf der 13 Tagespflegeeinrichtungen religiöse Angebote speziell für Tagespflegegäste mit Migrationshintergrund entsprechend der jeweiligen Glaubenshintergründe vorgehalten (2011: keine, 2012 und 2013: eine Einrichtung, 2014: drei Einrichtungen). So gab es zum Stichtag z.B.:

- das Angebot mit Seelsorgern verschiedener Glaubensrichtungen einen Kontakt herzustellen,
- das Angebot, einen Therapieraum als Gebetsraum zu nutzen,
- einen muslimischen Gebetskreis
- das Angebot zur Begleitung bei Moscheebesuchen
- das Angebot religiöser Gebetsgruppen je nach Glaubenshintergrund

4. Bezugspflege

Bei der Datenerhebung des Sozialreferats wurde einmalig die Frage aufgenommen, ob die vollstationäre Pflegeeinrichtung zum Stichtag nach einem Bezugspflegesystem[45] arbeitet und wie der Grad der Umsetzung eingeschätzt wird.

55 der 57 vollstationären Pflegeeinrichtungen arbeiteten am Stichtag nach einem Bezugspflegesystem. Zwei Einrichtungen gaben an, dies in einzelnen Bereichen ihres Hauses, aber nicht vollumfänglich bewerkstelligen zu können.
Von den 55 Einrichtungen, die das Bezugspflegesystem umsetzen, wurde für 30 Einrichtungen der Grad der Umsetzung mit „hoch“ bewertet, bei 22 mit „mittel, tendenziell eher hoch, bei 3 mit „mittel, tendenziell eher niedrig“.
Diese Ergebnisse zeigen auf, dass die Münchner vollstationären Pflegeeinrichtungen Bezugspflege in hohem Maße umsetzen.

5. Fort- und Weiterbildungen

Das Sozialreferat hat ein großes Interesse daran, dass die Mitarbeitenden in den vollstationären Pflegeeinrichtungen sich immer mehr auf die spezifischen Pflegebedarfe der Bewohnerinnen und Bewohner einstellen. So wurde erstmalig in der Datenerhebung zum Stichtag 15.12.2015 erfragt, welche verschiedenen Weiter- bzw. Fortbildungen die Mitarbeitenden bereits abgeschlossen hatten. Schon in früheren Marktbericht Pflege des Sozialreferats wurde hierzu die Fort- und Weiterbildungen im Palliative Care-Bereich erfasst. Dies wurde beibehalten

45 „Bezugspflege beschreibt eine ganzheitlich orientierte Vorgehensweise innerhalb der Arbeitsorganisation der Kranken- und Altenpflege, bei der die Zuordnung einer Pflegekraft zu einer bestimmten Gruppe Pflegebedürftiger den Arbeitsablauf innerhalb einer Pflegeeinheit strukturiert.“ (Wikipedia, abgerufen am 04.07.2016)

und um Hygiene-Fachkraft-Weiterbildungen, gerontopsychiatrische Weiterbildungen und um Fortbildungen im Bereich kultursensible Pflege ergänzt. Die Ergebnisse im Einzelnen verdeutlichen die folgenden Tabellen:

Tabelle 10: Absolvierte Fort- und Weiterbildungen im Bereich Palliative Care in vollstationären Pflegeeinrichtungen

Weiterbildungs- oder Fortbildungsart	**Absolvierte Fort- oder Weiterbildungen in Palliative Care**				
	Palliative Care-Fortbildung (24 Std.)	Palliative Care-Fortbildung (40 Std.)	Palliative Care-Weiterbildung (160 Std. bzw. mehr als 160 Std.)	Palliative Care-Weiterbildung (300 Std.)	Palliative Care-Weiter- oder Fortbildung (anderer Zeitumfang)
15.12.13					
Anzahl der Mitarbeitenden (Vollzeitäquivalente - VzÄ)	**26**	**1**	**108**	**1**	**1 (380 Std.)** **1 (118 Std.)** **1 (42 Std.)**
15.12.14					
Anzahl der Mitarbeitenden (VzÄ)	**108**	**19**	**121**	**3**	**2 Palliative-Care-Master-Studiengang** **1 (720 Std.)** **1 (200 Std.)** **8 (56 Std.)** **14 (16 Std.)** **viele: Tages-Schulungen**
15.12.2015					
Anzahl der Mitarbeitenden (VzÄ)	**82**	**74,8**	**123,5** (davon: 41,1 Mitarb. in den Hospizen), **17,0** (absolvierten WB über 160 Std.)	**17**	**1 Palliative-Care-Master Studiengang,** **1 (720 Std)** **14 (16 Std.)** **228 (8 Std.)** **80 (4 Std.)**

Die Anzahl der Mitarbeitenden, die Fort- oder Weiterbildungen im Palliative Care Bereich absolviert haben, stieg in den letzten Jahren an. Das ist eine dringend gebotene Entwicklung, damit die vollstationären Pflegeeinrichtungen sich noch mehr auf die Bedarfe der schwerkranken und sterbenden Bewohnerinnen und Bewohner ausrichten können.
Wichtig ist allerdings bei diesem Ergebnis, dass die Hospize die Anzahl der Mitarbeitenden mit einer abgeschlossenen Palliative Care Weiterbildung deutlich erhöhen, daher wurden sie in dieser Erhebung eigens ausgewiesen. Auch die Palliative Care Weiterbildungen mit hohem Zeitumfang und der Palliative Care Master Studiengang wurden von Mitarbeitenden der Hospize absolviert.

Die Münchner vollstationären Pflegeeinrichtungen sind sich der hohen Bedeutung der palliativen Versorgung bewusst und halten dementsprechend hierzu Angebote bereit. Wie auch heuer bei den Telefoninterviews betont wurde, legen die Leitungen sehr viel Wert darauf, dass ihre Mitarbeitenden in Palliative Care geschult sind und künftig noch mehr Mitarbeitende an solchen Schulungen teilnehmen. Palliative-Care-Schulungen werden vom Sozialreferat teilgefördert.

Im Folgenden wird auf die Anzahl der Mitarbeitenden mit absolvierter Weiterbildung zur Hygienefachkraft eingegangen (Tabelle 11). Hierzu ist zu ergänzen, dass in allen Münchner vollstationären Pflegeeinrichtungen zusätzlich zu den in der Tabelle aufgeführten Mitarbeitenden mit einer Hygienefachkraft-Weiterbildung externe Hygienebeauftragte im Umfang von 8,75 VZÄ tätig sind.

Tabelle 11: Absolvierte Weiterbildungen zur Hygienefachkraft

Weiterbildungs- oder Fortbildungsart	**Absolvierte Weiterbildung als Hygienefachkraft**	
	Weiterbildung bis zu 200 Std.	Weiterbildung über 200 Std.
15.12.2015		
Anzahl der Mitarbeitenden (VzÄ)	51,2	14

Des weiteren wurde erhoben, wie viele Mitarbeitende Weiterbildungen im gerontopsychiatrischen Bereich am Stichtag 15.12.2015 bereits absolviert hatten. Hier ergab sich folgendes Bild (siehe Tabelle 12):

Tabelle 12: Absolvierte Weiterbildungen zur gerontopsychiatrischen Fachkraft

Weiterbildungs- oder Fortbildungsart	Absolvierte Weiterbildung als gerontopsychiatrische Fachkraft	
	Weiterbildung mit bis zu 600 Std.	Weiterbildung mit über 600 Std.
15.12.2015		
Anzahl der Mitarbeitenden (VzÄ)	189,3	87

Interessant sind auch die Ergebnisse hinsichtlich Fortbildungen im Bereich kultursensible Pflege / interkulturelle Fortbildungen. Insgesamt 96 Mitarbeitende haben ein solches Angebot wahrgenommen, jedoch mit unterschiedlichem Stundenumfang: Eine Mitarbeitende hatte eine Fortbildung im Umfang von 24 Stunden, vier Mitarbeitende Fortbildungen im Umfang von 16 Stunden, eine Mitarbeitenden eine Fortbildung im Umfang von neun Stunden, zehn Mitarbeitende Fortbildungen im Umfang von acht Stunden und 80 eine kleine Grundlagen-Schulung im Umfang von drei Stunden absolviert. Diese Frage erfasste nicht die Schulungen, die im Rahmen der bereits o.g. „Rahmenkonzeption zur interkulturellen Öffnung“ des Sozialreferats durchgeführt wurden.
Diese Ergebnisse zeigen deutlich, dass die Münchner vollstationären Pflegeeinrichtungen sich hier verstärkt auf Bedarfe der Bewohnerinnen und Bewohner mit Migrationshintergrund einstellen

6. Bedarf an Fort- und Weiterbildungen

In Frage 11 des Fragebogens (siehe Anlage 1) wurde abgefragt, ob die Mitarbeitenden der teil- und vollstationären Pflegeeinrichtungen grundsätzlich aktuell einen dringenden (weiteren) Bedarf an Fort- oder Weiterbildungen haben und wie viele Mitarbeitende in den jeweiligen Häusern dringend Schulungen bräuchten.

Die folgende Tabelle illustriert das Ergebnis für die vollstationären Pflegeeinrichtungen.

Tabelle 13: Bedarf an Fort- und Weiterbildungen in der Langzeitpflege

	Genannter Bedarf an Fort- oder Weiterbildungen im Bereich				
Weiterbildungs- oder Fortbildungsart	**Palliative Care**	**Hygiene**	**Gerontopsychiatrie**	**Interkulturelle Öffnung kultursensible Pflege**	**Andere Bedarfe**
Anzahl der Einrichtungen mit Bedarf	45	30	39	20	36
Geschätzte Anzahl der Mitarbeitenden mit Schulungsbedarf	315	288	252	91	Sehr unterschiedlich je nach weiterem Bedarf

Tabelle 13 verdeutlicht, dass die Einrichtungen den höchsten Bedarf an weiteren Fort- oder Weiterbildungen im Bereich Palliative Care sehen (45 von 57 Einrichtungen bekunden hier einen Bedarf.)
39 von 57 vollstationären Pflegeeinrichtungen sehen zudem einen weiteren dringenden Bedarf an Fortbildungen für ihre Mitarbeitenden im Bereich Gerontopsychiatrie.
Die hohe Anzahl von Mitarbeitenden, die im Bereich Hygiene geschult werden sollten, kam insbesondere durch die Angabe einer Einrichtungsleitung zustande, die 90 Mitarbeitende in diesem Bereich für dringend schulungsbedürftig hält.

Als weitere dringende Bedarfe wurden u.a. Schulungen in den Bereichen Mobilisation, zum neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff, zu Mitarbeiter-Gesundheitsförderung, Schmerzmanagement oder im Beratungsbereich genannt.

Die Leitungen der Hospize gaben an, dass in ihren Einrichtungen bereits sehr viele Fortbildungen absolviert wurden und werden, sie daher darüber hinaus nicht unbedingt einen dringenden weiteren Schulungsbedarf hätten. Am häufigsten wird hier ein Bedarf an Schulungen im Bereich kultursensibler Pflege / Interkultureller Öffnung genannt.
Bei den Tagespflegeeinrichtungen wird der höchste aktuelle und dringende Bedarf an weiteren Schulungen im Bereich Gerontopsychiatrie gesehen (7 von 13

Tagespflegeeinrichtungen sehen hier einen Bedarf und schätzen, dass etwa 19 Mitarbeitende hier Schulungen brauchen könnten.)

7. Pflegende in Ausbildung in vollstationären Pflegeeinrichtungen

Bei der Datenerhebung des Sozialreferats für den Marktbericht Pflege wurde zum Stichtag 15.12.2011 erstmalig eine Frage nach der Anzahl der jeweiligen Ausbildungsplätze in den vollstationären Pflegeeinrichtungen berücksichtigt. Diese Frage wurde auch heuer wieder aufgenommen, um die Ausbildungssituation kontinuierlich zu beobachten (siehe Tabelle 14).
Zum Stichtag 15.12.2015 konnten nur zwei der 57 vollstationären Pflegeeinrichtungen (2014: drei der 56 vollstationären Pflegeeinrichtungen) keine Ausbildungsplätze anbieten. Alle anderen Einrichtungen boten unterschiedliche Ausbildungsplätze an und konnten die vorhandenen Plätze überwiegend besetzen. Die Münchner vollstationären Pflegeeinrichtungen bauten ihr Angebot an Ausbildungsplätzen im Vergleich zum Vorjahr nochmals weiter aus.
Am 15.12.2015 gab es in München inzwischen insgesamt 844 Ausbildungsplätze in den vollstationären Pflegeeinrichtungen, davon waren 76,8 % besetzt.

Tabelle 14: Anzahl der angebotenen und besetzten Ausbildungsplätze in vollstationären Pflegeeinrichtungen am 15.12.2011, 2012, 2013, 2014 u.2015

Ausbildungsart	Examinierte Altenpflegerin bzw. -pfleger	Pflege-fachhelferin bzw. -helfer (einjährig)	Dualer Pflege-studien-gang[46]	Gesundheits- u. Krankenpflegerin bzw. -pfleger (generalistische Ausbildung)
15.12.2011				
Ausbildungs-plätze (Gesamt: 532)	**399**	**100**	**22**	**11**
Davon: besetzt (Gesamt: 452)	*348*	*84*	*15*	*5*
15.12.2012				
Ausbildungs-*plätze* (Gesamt: 650)	**467**	**132**	**28**	**23**
Davon: besetzt (Gesamt: 479)	*362*	*89*	*16*	*12*
15.12.2013				
Ausbildungs-*plätze* (Gesamt: 722)	***513***	***151***	***29***	***29***
Davon: besetzt (Gesamt: 568)	*439*	*100*	*12*	*17*
15.12.2014				
Ausbildungs-*plätze* (Gesamt: 766)	**534**	**164**	**34**	**34**
Davon: besetzt (Gesamt: 592)	*468*	*87*	*19*	*18*
15.12.2015				
Ausbildungs-*plätze* (Gesamt: 844)	**617**	**153**	**34**	**40**
Davon: besetzt (Gesamt: 648)	*555*	*61*	*10*	*22*

Zum Redaktionsschluss des vorliegenden Marktberichts Pflege des Sozialreferats

46 Das duale Studium verknüpft in 4,5 Jahren ein akademisches Studium mit der beruflichen Ausbildung in einem Pflegeberuf.

lag der Referenten-Entwurf für ein Pflegeberufe-Gesetz zu einer generalistischen Pflegeausbildung immer noch nicht vor. Es ist derzeit unklar, ob der Bundestag noch 2016 über die Reform entscheiden wird[47]. In diesem Zusammenhang wird auch die Entwicklung der Ausbildung „Altenpflege“ weiter zu verfolgen sein.

Die Weiterentwicklung der Pflegeberufe, z.B. berufliche Perspektiven für akademisch qualifizierte Pflegende wird durch das Projekt „Qualitätsoffensive stationäre Altenpflege“ des Sozialreferats unterstützt.
Aufgrund dieser laufenden Entwicklungen wird die Ausbildungssituation im Münchner Pflegemarkt im Marktbericht Pflege des Sozialreferats auch in Zukunft im Detail weiter beobachtet werden.

8. Neuer Nachtwachenschlüssel[48]

Das Bayerische Gesundheits- und Pflegeministerium hat einen neuen Nachtwachenschlüssel festgelegt.
Die Einhaltung des nächtlichen Betreuungsschlüssels in Bayern wird seit 01.01.2016 flächendeckend durch die Fachstellen Pflege- und Behinderteneinrichtungen – Qualitätsentwicklung und Aufsicht überprüft.

Bei mindestens drei der im Folgenden genannten Kriterien wurde ein Nachtwachenschlüssel von 1:30 festgelegt. Sollten weniger als drei Kriterien (oder auch keines) erfüllt sein, reicht ein Nachtwachenschlüssel von 1:40 aus.
Die Kriterien sind:

- Anzahl der Bewohnerinnen und Bewohner mit Pflegestufe II und III überwiegt
- hohe Anzahl an mobilitätseingeschränkten Bewohnerinnen und Bewohnern
- Erkenntnisse über Unruhezustände – hohe Anzahl an Bewohnerinnen und Bewohnern in diesem Bereich
- Die Einrichtung erstreckt sich auf mehr als ein Gebäude
- Die Einrichtung erstreckt sich über mehr als zwei Geschosse

Es wird von einer Nachtzeit von 22 Uhr bis 6 Uhr ausgegangen.

Das Sozialreferat wollte im Rahmen der diesjährigen Datenerhebung zum Stichtag 15.12.2016 eine erste Einschätzung erlangen, ob der neue Nachtwachen-Schlüssel bereits umgesetzt wird. Hierbei ergab sich folgendes Ergebnis:
52 der 57 vollstationären Pflegeeinrichtungen haben den neuen Nachtwachenschlüssel bereits umgesetzt. 20 Einrichtungsleitungen gehen dabei

47 u.a.: „Das Aus für die Altenpflege?“, CARE KONKRET, 12.06.2015, Ausgabe 24, „Komplexes Vorhaben mit zahlreichen Risiken“, CARE KONKRET, 19.06.2015, Ausgabe 25
48 s. u.a.: www..bayern.landtag.de/aktuelles/sitzungen „Gesundheitsausschuss diskutiert Nachtwachenschlüssel in bayerischen Pflegeeinrichtungen“, Beitrag von David Lohmann, Dienstag, 10. November.2015,, abgerufen am 20.07.2016

davon aus, dass in ihrer vollstationären Pflegeeinrichtung ein Nachtwachenschlüssel von 1:30 erforderlich ist.
Darüber hinaus betonen ergänzend sieben Münchner Einrichtungsleitungen, dass sie – obwohl der Schlüssel von 1:40 ausreichen würde – freiwillig aus fachlicher Überzeugung einen Schlüssel von 1:30 oder besser umgesetzt haben.

9. Spezielle Angebote für Bewohnerinnen und Bewohner bzw. Tagespflegegäste mit Suchterkrankungen

Suchterkrankungen insbesondere in den vollstationären Pflegeeinrichtungen stellen die Mitarbeitenden vor enorme Herausforderungen.

Etliche Fachveröffentlichungen und Studien belegen, dass belastbare Zahlen, wie viele Bewohnerinnen und Bewohner von Suchterkrankungen betroffen sind, nur schwer zu erlangen sind. Schätzungen gehen von 7,5 bis 26 Prozent der Bewohnerinnen und Bewohner mit Alkoholmissbrauch oder Abhängigkeit aus. So wird u.a. das groß angelegte Forschungsprojekt „Sanopsa“ (Sucht im Alter – Netz- und netzwerkbasierte Optimierung der ambulanten und stationären Pflege; Prof. Dr. Tanja Hoff) der Katholischen Hochschule Nordrhein-Westfalen diesen Fragen nachgehen. Ziel dieses Projekts ist es, eine Verbesserung der Versorgung älterer suchtkranker Menschen in der ambulanten Pflege und in der Langzeitpflege zu erreichen.[49]
Im Rahmen der Fachveranstaltung der Münchner Caritas zum Thema „Sucht im Alter. Fachveranstaltung zur Vernetzung zwischen Medizin, Psychotherapie, Alten- und Suchthilfe“ am 04.03.2015 in der Pfarrei Sankt Bonifaz wurden u.a. die Forschungsergebnisse aus dem INTERREG-Projekt „Alter und Sucht“ vorgestellt. Diese Studie verdeutlichte u.a., dass eindeutig alkoholabhängige Bewohnerinnen und Bewohner aus Senioreneinrichtungen von 60 % der Mitarbeitenden leider falsch als abstinent eingeschätzt wurden. Dies belegt u.a. auch, dass in den vollstationären Pflegeeinrichtungen künftig noch mehr Aufklärungsbedarf über Suchterkrankungen besteht.

Es wurde daher zusammen mit dem Referat für Gesundheit und Umwelt (RGU-GVO31) ein Fragenkomplex für die diesjährige Datenerhebung des Sechsten Marktberichts Pflege erarbeitet.

Im Fragebogen wurde zur Definition von Suchterkrankungen und Suchtgefährdungen in der Fußnote angemerkt:
„Es geht hier lediglich um eine erste, ganz grobe Einschätzung des Auftretens von Suchterkrankungen und Suchtgefährdungen in der teil- bzw. vollstationären Einrichtung, d.h. um eine Annäherung an das Themengebiet. Die Beantwortenden

49 U.a.: „Suchterkrankungen im Pflegeheim: Welche Aufgabe hat die Pflege und was sind die Herausforderungen im Umgang mit betroffenen Bewohnern? Wenn es nicht mehr ohne geht.“ In: CAREkonkret, Ausgabe 26 vom 24.06.2016

stellen weder Diagnosen bei den Betreffenden, noch nehmen sie Stigmatisierungen vor.
„Der Begriff „Sucht“ wurde in der wissenschaftlichen Fachliteratur der vergangenen Jahre weitgehend durch die Begriffe “Abhängigkeit“ und “Missbrauch“ ersetzt. (...) Unter Sucht versteht man eine Krankheit, die durch das unbeherrschbare Verlangen nach bestimmten Substanzen wie Alkohol oder Drogen [d.h. auch Medikamente] (stoffgebundene Abhängigkeit) oder auch Tätigkeiten wie Spielen oder Arbeiten (stoffungebundene oder Tätigkeitssüchte) charakterisiert ist. Drogenkonsum verschafft eine zeitweise Leistungserhöhung, Angst- und Schmerzfreiheit, Entspannung oder seelische und körperliche Grenzerfahrungen. Außerdem verhelfen Suchtmittel zu einer zeitweisen Flucht aus drückender Realität. (...) Die Folgen der Sucht sind nicht nur seelische, sondern zum Teil auch schwere körperliche Erkrankungen. Suchtkrankheiten sind daher in der Regel behandlungsbedürftig.“ (http://www.jameda.de/krankheiten-lexikon/suchterkrankungen, abgerufen 04.01.2016)

Die Leitungen aller vollstationären Pflegeeinrichtungen gaben zusammen eine Anzahl von 1.013 Bewohnerinnen und Bewohnern in der LH München (geschätzte Zahlen in den Einrichtungen), die sie als suchtgefährdet oder suchtkrank einschätzen.
Die Leitungen von 37 der 57 vollstationären Pflegeeinrichtungen sehen einen Bedarf an Unterstützung für Bewohnerinnen und Bewohner, die sie als suchtgefährdet oder suchtkrank einschätzen.

Des weiteren wurden die Leitungen gefragt, welche Angebote der Suchthilfe ihrer Auffassung nach hilfreich wären. Die Tabelle 15 legt die Detailergebnisse dazu dar:

Tabelle 15: Hilfreich bewertete Angebote im Bereich der Suchthilfe

	Angebote der Suchthilfe				
	Schulungen für Mitarbeitende	**Informationsangebote für Bew.**	**Sprechstunden der Suchtberatungsstellen in den Pflegeeinri.**	**Fallberatung durch Suchtberatungsstellen**	**Andere Bedarfe**
Anzahl der Einrichtungen mit Bedarf	40	33	22	40	17
Geschätzte Anzahl der Mitarbeitenden mit Schulungsbedarf	1074				

Tabelle 15 zeigt, dass 40 der 57 vollstationären Pflegeeinrichtungen einen Schulungsbedarf zum Thema Suchtgefährdung und Suchterkrankung sehen. Insgesamt wurden von allen vollstationären Pflegeeinrichtungen 1.074 Mitarbeitenden genannt, die hier an Schulungen teilnehmen sollten.
Weiterhin wurde eine Fallberatung durch Suchtberatungsstellen in Form einer Unterstützung für die Mitarbeitenden von 40 Einrichtungsleitungen als hilfreich bewertet. Sprechstunden der Suchtberatungsstellen in den vollstationären Pflegeeinrichtungen schätzen nur 22 Einrichtungsleitungen als hilfreich ein. Etliche Einrichtungsleitungen vermuteten hierzu, dass diese aus Tabugründen vermutlich kaum angenommen werden würden. Als weitere erforderliche Angebote wurden insbesondere Informations- und Beratungsangebote für Angehörige benannt.

Die 13 Tagespflegeeinrichtungen vermuteten, dass etwa elf ihrer Tagespflegegäste zum Stichtag als suchtgefährdet oder suchtkrank bezeichnet werden könnten. Sieben Tagespflegeeinrichtungen schätzten Schulungen in diesem Bereich als hilfreich ein und benannten insgesamt 16 Mitarbeitende die hier einen Schulungsbedarf hätten. Die Leitungen von elf Tagespflegeeinrichtungen bewerteten Sprechstunden der Suchtberatungsstellen - aus den gleichen Gründen wie die Einrichtungsleitungen der vollstationären Pflegeeinrichtungen - nicht als hilfreich. Auch drei Leitungen der Tagespflegeeinrichtungen erachteten Beratungs- und Informationsangebote zum Thema Suchtgefährdung und Suchterkrankungen für Angehörige als wichtig.

10. Fazit

Der vorliegende sechste Marktbericht Pflege des Sozialreferats zeigt die aktuelle Marktsituation im teil- und vollstationären Pflegebereich auf. Das Sozialreferat führt die jährliche Berichterstattung entsprechend des Beschlusses des Sozialausschusses vom 09.10.2014 fort, um die kontinuierlichen Entwicklungen des Münchner Pflegemarktes weiterhin zu beobachten und zu dokumentieren.[50] Die nächste Datenerhebung bei teil- und vollstationären Pflegeeinrichtungen wird im März / April 2017 durchgeführt. Die Ergebnisse werden dem Sozialausschuss wieder ca. ein halbes Jahr nach der Erhebung bekannt gegeben.

50 Marktbericht Pflege – Jährliche Marktübersicht über die teil- und vollstationäre pflegerische Versorgung in München. Sicherung der pflegerischen Versorgung älterer Menschen in München“, Beschluss des Sozialausschusses vom 09.10.2014, Sitzungsvorlage Nr. 14-20 / V 01023

Anhang 2 - Anlagen

Fragebogen für die jährliche telefonische Stichtagserhebung (Stichtag 15.12.2015)	Anlage 1
Definition Migrationshintergrund	Anlage 2
Karte „Vollstationäre Pflegeeinrichtungen (Bestand)“	Anlage 3
Karte „Solitäre Tagespflegeeinrichtungen nach SGB XI“	Anlage 4

Landeshauptstadt
München
Sozialreferat

Datenabfrage bei Münchner teil- und vollstationären Pflegeeinrichtungen

Fragebogen für die jährliche, telefonische Stichtagserhebung (Stichtag: 15.12.2015) Durchführung: März/April 2016

Amt für Soziale Sicherung, Stabsstelle Planung S-I-LP Tel. 233-48146 (oder 233-48376)

Name der Einrichtung:
Adresse:
Zentrale Telefonnummer (für Kundinnen und Kunden):
Zentrale Faxnummer (für Kundinnen und Kunden):
Website:
Email-Adresse:
Träger/Dachverband:
Evt. weitere Daten:

1. Vollstationäre Pflegeplätze	Gesamtzahl Plätze 15.12.15
1.1 Vollstationäre Pflegeplätze (nach Art. 2, Abs. 1 PfleWoqG und mit Versorgungsvertrag nach § 72 SGB XI)	
1.2 Besteht ein Gesamtversorgungsvertrag (§ 72, Abs. 2 SGB XI)?	**Ja ☐ Nein ☐**

2. Von den vollstationären Pflegeplätzen (unter 1.) sind :			Anzahl Plätze am 15.12.15
2.1 Vollstationäre Pflegeplätze (ohne konzeptionellen Schwerpunkt, d. h. Allgemeinpflege)			
2.2 Vollstationäre Pflegeplätze in (stationären) Hausgemeinschaften: Sind diese Plätze in stationären Hausgemeinschaften nur für Bewohnerinnen/Bewohner, die von gerontopsychiatrischen Veränderungen / Erkrankungen betroffen sind, vorgesehen? Ja ☐ Nein ☐			
2.3 Offene (gerontopsychiatrische) vollstationäre Pflegeplätze			
	Von 2.3 sind: **a)** Plätze in offenen, gerontopsychiatrischen Wohngruppen		
	Von 2.3 sind: **b)** Plätze in Wohngruppen nach dem III-Welten-Modell (I. Welt des III-Welten-Modells)		
	Von 2.3 sind: **c)** Plätze in Wohngruppen nach dem III-Welten-Modell (II. Welt des III-Welten-Modells)		
	Von 2.3 sind: **d)** Plätze in Pflegeoasen (III. Welt des III-Welten-Modells)		
	Von 2.3 sind: **e)** Plätze in ..... …..... …..... **(Bezeichnung!)**		
2.4 Beschützende vollstationäre Pflegeplätze (gerichtlicher Beschluss, geschlossen)			
2.5 Vollstationäre Pflegeplätze für weitere Zielgruppen, z. B. Plätze für			
	2.5 a) Wachkomapatientinnen u. -patienten (Rehaphase F)		
	2.5 b) Menschen mit Multipler Sklerose		
	2.5 c) Menschen mit Intensivpflegebedarf		
	2.5 d) Menschen mit Migrationshintergrund[1]		
	2.5 e) weitere Zielgruppen mit spezifischen Pflegebedarfen, welche? …..... **(Bezeichnung!)**		
2.6 Kurzzeitpflegeplätze		**Vorhanden?**	
	Von 2.6 sind: a) solitäre Kurzzeitpflegeplätze	**Ja ☐ Nein ☐**	
	Von 2.6 sind: b) eingestreute Kurzzeitpflegeplätze	**Ja ☐ Nein ☐**	
	Von 2.6 sind: c) solitäre beschützende KZP-Plätze	**Ja ☐ Nein ☐**	
	Von 2.6 sind: d) eingestreute beschützende KZP-Plätze	**Ja ☐ Nein ☐**	

1 Definition siehe Anhang dieses Fragebogens

3. Einzelzimmer in der vollstationären Pflegeeinrichtung	
Gesamtzahl der Einzelzimmer in der vollstationären Pflegeeinrichtung	

4. Teilstationäre Pflegeplätze mit Versorgungsvertrag u. Zulassung nach § 72 SGB XI 4.1 Solitäre TP-/NP-Plätze	Vorhanden?	Anzahl Plätze 13.03.15			
4.1.1 Solitäre Tagespflegeplätze					
4.1.2 Solitäre Nachtpflegeplätze	Ja ☐ Nein ☐				

4.2 Eingestreute Tages- bzw. Nachtpflegeplätze	Vorhanden?	
4.2.1 Eingestreute Tagespflegeplätze	Ja ☐ Nein ☐	
4.2.2 Eingestreute Nachtpflegeplätze		

5. Belegung der voll- bzw. teilstationären Pflegeplätze	Anzahl Bewohner/innen am 15.12.15	Anzahl der TP-Gäste am 13.03.15	Anzahl der TP-Gäste am 15.06.15	Anzahl der TP-Gäste am 16.09.15	Anzahl der TP-Gäste am 15.12.2015
5.1 Gesamtzahl der Bew. bzw. TP-Gäste (=beleg. Plätze)					
hiervon sind jeweils:					
5.2 Männer					
5.3 Frauen					
5.4 mit Migrationshintergrund[2]					

6. Neuaufnahmen, Wechsel und Ausscheiden	im Jahr 2015
6.1 Anzahl neu eingezogener Langzeitpflege-Bewohnerinnen / Bewohner (aus der privaten Häuslichkeit oder aus dem Krankenhaus kommend)	
6.2 Anzahl neu eingezogener reiner Kurzzeitpflegegäste	
6.3 Anzahl neuer Kurzzeitpflegegäste, die dann in Langzeitpflege übergingen	
6.4 Anzahl verstorbener Langzeitpflege-Bewohnerinnen / Bewohner	
6.5 Anzahl ausgeschiedener Bewohnerinnen und Bewohner (z. B. wg. Beendigung des Kurzzeitpflegeauftenhalts, Umzug in ein anderes Haus)	
6.6 Anzahl neu aufgenommenen TP-Gäste 2015 (Vertragsabschlüsse)	
6.7 Anzahl ausgeschiedener TP-Gäste 2015 (Vertragsbeendigungen)	

2 Definition siehe Anhang dieses Fragebogens

7. Bei Mischeinrichtungen[3]	**Anzahl der Plätze 15.12.15**
7.1 Wohnbereich in stationärer Einrichtung Art. 2, Abs. 1 PfleWoqG	
7.2 Weitere Angebote? Welche?.....	

8. Spezielle Angebote für Bewohnerinnen und Bewohner bzw. Tagespflegegäste mit Migrationshintergrund[4] (Stichtag 15.12.15)	
8.1 Soziale Aktivitäten speziell für Bewohnerinnen oder Bewohner bzw. TP-Gäste mit Migrations-hintergrund	**Ja ☐ Nein ☐** **Wenn ja, welche?**
8.2 Werden spezielle Leistungen (z. B. Waschungen, Speisen) erbracht?	**Ja ☐ Nein ☐** **Welche?**
8.3 Religiöse Angebote speziell für Menschen mit Migrationshintergrund	**Ja ☐ Nein ☐** **Wenn ja, für welche Glaubensrichtung/en?** **Welche Angebote (auch räumliche Angebote)?**
8.4 Gibt es **Planungen** zu Angeboten speziell für Bewohnerinnen und Bewohner bzw. für Tagespflegegäste mit Migrationshintergrund?	**Ja ☐ Nein ☐** **Wenn ja, welche?**
8.5 ggf. weitere Anmerkungen	

9. Bezugspflege (Stichtag 15.12.15)		
9.1 Arbeitet die vollstationäre Pflegeeinrichtung nach dem Bezugspflegesystem?		**Ja ☐** **In einzelnen Bereichen der Einrichtung ☐** **Nein ☐**
	9.2 Wenn Sie mit „Ja“ geantwortet haben: Wie schätzen Sie den Grad der Umsetzung in Ihrer Einrichtung ein?	**☐ Hoch** **☐ mittel, tendenziell eher hoch** **☐ mittel, tendenziell eher niedrig** **☐ niedrig**

3 „*Mischeinrichtungen bieten … neben Leistungen nach dem SGB XI auch Leistungen aufgrund anderer Rechtsgrundlagen an, beispielsweise nach SGB V (gesetzliche Krankenversicherung)“ … „bzw. [betreiben] im stationären Bereich z. B. … ein Altenheim*“: Definitionen aus: Bayerischen Landesamts für Statistik und Datenverarbeitung (2015). Statistische Berichte: Pflegeeinrichtungen, ambulante sowie stationäre und Pflegegeldempfänger in Bayern, Stand: 15. bzw. 31. Dezember 2013, S.7, s.a. „Statistische Berichte: Pflegeeinrichtungen, ambulante sowie stationäre und Pflegegeldempfänger in Bayern.“ Stand: 15. bzw. 31. Dezember 2009, S. 4

4 Definition siehe Anhang dieses Fragebogens

10.1.1 **Weiterbildung bis zu 160 Stunden**	
10.1.2 **Weiterbildung über 160 Stunden**	
10.2.1 Palliative Care **24 Stunden-Fortbildung**	
10.2.2 Palliative Care **40 Stunden-Fortbildung**	
10.2.3 Palliative Care **300 Stunden-Weiterbildung**	
10.2.4 Palliative Care Fortbildung oder Weiterbildung **mit einem anderem Zeitumfang? Welcher?** .....**Stunden**	
10.2.1 **Weiterbildung bis zu 200 Stunden**	
10.2.2 **Weiterbildung über 200 Stunden**	
10.3.1 **Weiterbildung mit Projektarbeit und bis zu 600 Std.**	
10.3.2 **Noch umfassendere Weiterbildung mit über 600 Std.**	
10.4 Kultursensible Pflege / Interkulturelle Fortbildungen	

11. Bedarf an Weiterbildungen oder Fortbildungen: Haben die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter Ihrer Einrichtung aktuell einen dringenden (weiteren) Bedarf an Weiterbildungen oder Fortbildungen im Bereich?	
11.1 Palliative Care?	
11.2 Hygiene?	
11.3 Gerontopsychiatrie?	
11.4 Interkulturelle Öffnung?[5]	
11.5 **Andere Bedarfe? Welche?**.....	

5 Hier nicht erfassen: Bedarf der acht Modelleinrichtungen der Rahmenkonzeption „Interkulturelle Öffnung der stationären Langzeitpflege“

12. Pflegende in Ausbildung	Anzahl der jeweiligen Ausbildungsplätze am 15.12.15	Anzahl der besetzten Ausbildungsplätze am 15.12.15
12.1 Altenpflege (3-jährig)		
12.2 Gesundheits- und Krankenpflege (generalistische Ausbildung)		
12.3 Dualer Bachelorstudiengang Pflege		
12.4 Pflegefachhelferin und Pflegefachhelfer		

13. Neuer Nachtwachen-Schlüssel (Situation am Stichtag: 15.12.2015)	
13.1 Hat Ihre vollstationäre Pflegeeinrichtung zum Stichtag den neuen „Nachtwachen-Schlüssel“ umgesetzt?	**Ja ☐ Nein ☐**
13.2 Ist in Ihrer Einrichtung wg. der Indikatoren der Nachtwachen-Schlüssel 1:30 erforderlich?	**Ja ☐ Nein ☐**

14.	Spezielle Angebote für Bewohnerinnen und Bewohner bzw. Tagespflegegäste mit Suchterkrankungen (Stichtag 15.12.15)	
14.1	Wie viele Bewohnerinnen/Bewohner bzw. TP-Gäste in Ihrer Einrichtung schätzen Sie in etwa als suchtgefährdet oder suchtkrank ein?[6]	**Anzahl: ca.?**
14.2	Sehen Sie einen Bedarf an Unterstützung für Bewohnerinnen/Bewohner bzw. TP-Gäste, die Sie als suchtgefährdet / suchtkrank einschätzen?	**Ja ☐ Nein ☐**
14.3	**Welche Angebote der Suchthilfe wären Ihrer Auffassung nach hilfreich?**	
14.3.1	Schulungen für Mitarbeitende Für wie viele Mitarbeitende sehen Sie in etwa einen Bedarf an Schulungen zu diesem Thema?	**Ja ☐ Nein ☐** **Anzahl: ca.?**
14.3.2	Informationsangebote für Bewohnerinnen/Bewohner bzw. TP-Gäste	**Ja ☐ Nein ☐**
14.3.3	Sprechstunden der Suchtberatungsstellen in den teil- und vollstationären Pflegeeinrichtungen	**Ja ☐ Nein ☐**
14.3.4	Fallberatung durch Suchtberatungsstellen	**Ja ☐ Nein ☐**
14.3.5	**Weitere erforderliche Angebote ? Welche?**	
.....		
.....		
.....		

6 **Es geht hier lediglich um eine erste, ganz grobe Einschätzung des Auftretens von Suchterkrankungen und Suchtgefährdungen in der teil- bzw. vollstationären Einrichtung, d.h. um eine Annäherung an das Themengebiet. Die Beantwortenden stellen weder Diagnosen bei den Betreffenden, noch nehmen sie Stigmatisierungen vor.**
Definition z.B.: „Der Begriff „Sucht“ wurde in der wissenschaftlichen Fachliteratur der vergangenen Jahre weitgehend durch die Begriffe “Abhängigkeit“ und “Missbrauch“ ersetzt. .... Unter Sucht versteht man eine Krankheit, die durch das unbeherrschbare Verlangen nach bestimmten Substanzen wie Alkohol oder Drogen [d.h. auch Medikamente] (stoffgebundene Abhängigkeit) oder auch Tätigkeiten wie Spielen oder Arbeiten (stoffungebundene oder Tätigkeitssüchte) charakterisiert ist. Drogenkonsum verschafft eine zeitweise Leistungserhöhung, Angst- und Schmerzfreiheit, Entspannung oder seelische und körperliche Grenzerfahrungen. Außerdem verhelfen Suchtmittel zu einer zeitweisen Flucht aus drückender Realität. … Die Folgen der Sucht sind nicht nur seelische, sondern zum Teil auch schwere körperliche Erkrankungen. Suchtkrankheiten sind daher in der Regel behandlungsbedürftig.“ (http://www.jameda.de/krankheiten-lexikon/suchterkrankungen, abgerufen 04.01.2016)

IV. Ein Überblick in Zahlen

Aus:
Landeshauptstadt München, Sozialreferat,
Stelle für interkulturelle Arbeit (Hrsg.) (2011).
Interkultureller Integrationsbericht 2010 der Landeshauptstadt München. München lebt Vielfalt.
Seite 41
(siehe auch: www.muenchen.de/interkult)

Migrationshintergrund ein Exkurs

Die Landeshauptstadt München definiert Migrationshintergrund wie folgt:

Zur Gruppe der Menschen mit Migrationshintergrund gehören:[14]

„a) Ausländerinnen und Ausländer

Dies ist ein juristischer Begriff, der definiert, dass ein Mensch keine deutsche Staatsangehörigkeit besitzt. Der Begriff sagt nichts aus über die Verweildauer in Deutschland (auch über mehrere Generationen).

b) Deutsche mit Migrationshintergrund

Das sind Menschen mit deutscher Staatsangehörigkeit, die selbst nach 1955[15] zugewandert sind, sei es durch Aus- und Übersiedlung, Arbeitsmigration, Familiennachzug oder Flucht.

Darüber hinaus sind es Personen, bei denen mindestens ein Elternteil nach 1955 zugewandert ist. Dazu gehören beispielsweise Kinder aus binationalen Ehen und ‚Optionskinder'[16]."

Diese Definition entspricht weitgehend dem Mikrozensus 2005. Die Münchner Daten sind damit gut mit Daten des Mikrozensus vergleichbar.

Die Definition enthält eine Abweichung vom Mikrozensus, die sich aber nur geringfügig auf die absoluten Zahlen auswirkt und von daher nicht ins Gewicht fällt. Der Mikrozensus 2005 zieht die zeitliche Grenze der Zuwanderung im Jahr 1950, um die später Zugewanderten von den Flüchtlingen und Vertriebenen infolge des 2. Weltkriegs zu unterscheiden, bei denen von einer Angleichung der Lebensverhältnisse auszugehen ist. Die Landeshauptstadt München orientiert sich in Bezug auf die zeitliche Grenzziehung am Jahr 1955, so wie es das Zensusgesetz 2011 vorsieht. Dies ist Befragten besser zu vermitteln, da Deutschland 1955 den ersten Anwerbevertrag mit Italien abschloss.

In vielen Bereichen stehen allerdings nur Daten nach Staatsangehörigkeit zur Verfügung, die hilfsweise verwendet werden. Auch zur Fortschreibung von Zeitreihen ist die Staatsbürgerschaft in vielen Fällen unerlässlich.

[14] Diese Definition wurde am 07.10.2009 einstimmig von der Vollversammlung des Münchner Stadtrates als Grundlage für künftige Datenerhebungen beschlossen. (Interkultureller Integrationsbericht der Landeshauptstadt München, Indikator: kommunalpolitische Mandate von Menschen mit Migrationshintergrund.

[15] In das Gebiet der heutigen Bundesrepublik

[16] Optionskinder sind Kinder ausländischer Eltern, die durch das Staatsangehörigkeitsgesetz aus dem Jahr 2000 automatisch die deutsche Staatsangehörigkeit erhalten, wenn ein Elternteil mindestens acht Jahre rechtmäßig in Deutschland lebt. Diese Kinder werden Optionskinder genannt, da sie sich mit Erreichen der Volljährigkeit zwischen der deutschen und der ausländischen Staatsangehörigkeit entscheiden müssen.

Vollstationäre Pflegeinrichtungen München

Landeshauptstadt
München
Sozialreferat

Legende

- Standorte
- Stadtbezirk

Feldmoching-Hasenbergl
Allach-Untermenzing
Milbertshofen-Am Hart
Schwabing-Freimann
Moosach
Aubing-Lochhausen-Langwied
Schwabing-West
Neuhausen-Nymphenburg
Pasing-Obermenzing
Maxvorstadt
Bogenhausen
Schwanthaler-höhe
Altstadt-Lehel
Laim
Ludwigs-vorstadt-Isarvorstadt
Au-Haidhausen
Berg am Laim
Trudering-Riem
Hadern
Sendling-Westpark
Sendling
Ramersdorf-Perlach
Untergiesing-Harlaching
Ober-giesing
Thalkirchen-Obersendling-Forstenried-Fürstenried-Solln

0 1.150 2.300 Meter

© Geodaten-Grundlagen:
Landeshauptstadt München
Kommunalreferat Vermessungsamt 2014

Datenquelle: S-I-LP
Datenstand: April 2015
Kartenerstellung:
Sozialreferat S-Z-SP, 01.06.2016

Landeshauptstadt
München
Sozialreferat

Solitäre Tagespflegeeinrichtungen nach SGB XI

Nord

Schwabing-
Freimann

West

Neuhausen-
Nymphenburg-
Moosach

Au-Haidhausen -
Bogenhausen

Laim-
Schwanthaler-
höhe

Mitte

Berg am Laim - Trudering-Riem

Sendling/-Westpark

Giesing-
Harlaching

Ramersdorf-Perlach

Süd

Legende

Standorte

1 Burgkmairstraße
2 Eisvogelweg
3 Ganghoferstraße
4 Höcherstraße
5 Kirchenstraße
6 Landsberger Straße
7 Mitterfeldstraße
8 Murnauer Straße
9 Neideckstraße
10 Plievierpark
11 Rümannstraße
12 Wolfratshauser Straße
Sozialregionen

0 0,5 1 2 Kilometer

© Geodaten-Grundlagen:
Landeshauptstadt München
Kommunalreferat Vermessungsamt 2014

Datenquelle: S-I-LP
Stand: April 2016
Kartenerstellung:
Sozialreferat S-Z-SP, 21.04.2016