

An die
Mitglieder des Sozial- und Gesundheitsausschusses

nachrichtlich:

An die
stv. Mitglieder des Sozial- und Gesundheitsausschusses
und die Kreistagsabgeordneten,
die nicht dem Sozial- und Gesundheitsausschuss angehören

An den Landrat und die Dezernenten

Einladung
zur 2. Sitzung
des Sozial- und Gesundheitsausschusses
(XVI. Wahlperiode)

am Donnerstag, dem 20.11.2014, um 17:00 Uhr

Kreishaus Grevenbroich
Kreissitzungssaal (1. Etage)
Auf der Schanze 4, 41515 Grevenbroich
(Tel. 02181/601-2171 und -2172)

TAGESORDNUNG:

Öffentlicher Teil:

1. Feststellung der ordnungsgemäß erfolgten Einladung und der Beschlussfähigkeit
2. GEPA NRW
Vorlage: 50/0324/XVI/2014
3. Erstes Pflegestärkungsgesetz
Vorlage: 50/0327/XVI/2014
4. Ausländische Flüchtlinge und Asylbewerber
Vorlage: 50/0328/XVI/2014
5. Palliativversorgung und Hospizarbeit im Rhein-Kreis Neuss
Vorlage: 53/0330/XVI/2014

6. Mitteilungen
 - 6.1. Bericht über die Zusammenarbeit der Flankierenden Dienste, des Gesundheitsamtes des Rhein-Kreises Neuss und des Jobcenters Rhein-Kreis Neuss 2013
Vorlage: 50/0326/XVI/2014
7. Anfragen
 - 7.1. Novelle der Trinkwasserverordnung-Anfrage der SPD-Kreistagsfraktion
Vorlage: 53/0247/XVI/2014
 - 7.2. Beratung /Prävention bei HIV-Infektion / Erkrankung im Rhein-Kreis Neuss - Anfrage Fraktion Die Linke / Piraten
Vorlage: 53/0321/XVI/2014

Nichtöffentlicher Teil:

1. Hilfe zur Pflege in Einrichtungen / Kündigung des Heimplatzes in einem Einzelfall
Vorlage: 50/0329/XVI/2014

Hans-Ulrich Klose

Dr. Hans-Ulrich Klose
Vorsitzender

Für die Vorbesprechungen stehen den Fraktionen in der Zeit von 16.00 - 17.00 Uhr folgende Räume im Sitzungsbereich des **Kreishauses Grevenbroich** zur Verfügung:

CDU-Fraktion:	<u>Besprechungsraum V/VI</u> 1. Etage 02181/601-2050/2060
SPD-Fraktion:	<u>Besprechungsraum I</u> Erdgeschoss 02181/601-2110
Fraktion Bündnis 90/Die Grünen:	<u>Besprechungsraum IV</u> Erdgeschoss 02181/601-2140
FDP-Fraktion:	<u>Besprechungsraum III</u> Erdgeschoss 02181/601-2130
Die Linke/Piraten-Fraktion:	<u>Besprechungsraum II</u> Erdgeschoss 02181/601-2120

Fraktion UWG/Die Aktive

Besprechungsraum 0.02
Erdgeschoss
02181/601-1117

Parkplätze stehen in der Tiefgarage des Kreishauses Grevenbroich, Einfahrt "Am Ständehaus", zur Verfügung.

Es wird ausdrücklich darauf hingewiesen, dass das Parken auf dem Rondell vor dem Haupteingang des Kreishauses Grevenbroich nicht gestattet ist!

Sitzungsvorlage-Nr. 50/0324/XVI/2014

Gremium	Sitzungstermin	Behandlung
Sozial- und Gesundheitsausschuss		öffentlich

**Tagesordnungspunkt:
GEPA NRW**

Sachverhalt:

Am 01. Oktober 2015 hat der Landtag mit breiter Mehrheit das „Gesetz zur Entwicklung und Stärkung einer demographiefesten, teilhabeorientierten Infrastruktur und zur Weiterentwicklung und Sicherung der Qualität von Wohn- und Betreuungsangeboten für ältere Menschen, Menschen mit Behinderungen und ihre Angehörigen (GEPA NRW)“ beschlossen. Dieses Artikelgesetz beinhaltet eine Novellierung des Landespflegegesetzes (Artikel 1) in Form des „Gesetzes zur Weiterentwicklung des Landespflegerechtes und Sicherung einer unterstützenden Infrastruktur für ältere Menschen, pflegebedürftige Menschen und deren Angehörige (Alten- und Pflegegesetz Nordrhein-Westfalen - APG NRW)“ und des „Wohn- und Teilhabegesetzes (WTG)“ (Artikel 2). Die Verwaltung wird in der Sitzung die wesentlichen neuen Inhalte des APG und des WTG darstellen.

Gemäß § 7 Abs. 1 APG NRW haben die Kreise und kreisfreien Städte eine „Örtliche Planung“ zu erstellen, die den Bestand und den Bedarf an Angeboten der pflegerischen Versorgung gegenüberstellen soll. Von der in § 7 Abs. 5 APG NRW enthaltenen Verordnungsermächtigung zur Regelung konkreter Vorgaben an die örtliche Planung hat das Land Nordrhein-Westfalen in der am 23.10.2014 in Kraft getretenen Durchführungsverordnung keinen Gebrauch gemacht.

Der Rhein-Kreis Neuss hat im November 2013 durch ein Gutachten der Institut for Health Care Business GmbH (hcb), Essen, ein Gutachten erarbeiten lassen, das als Örtliche Planung genutzt werden konnte. Diese Gutachten entsprach bereits zum damaligen Zeitpunkt den inhaltlichen Vorgaben des nunmehr geltenden § 7 Abs. 1 APG NRW.

Das Gutachten beruht auf den Ende 2013 aktuellsten verfügbaren Daten der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder, die dort auf Grundlage des SGB XI erhoben worden sind. Es berechnet auf Grundlage der Bevölkerungsdaten und der Pflegequoten die Nachfrage nach ambulanten und stationären Pflegeleistungen bis zum Jahr 2020.

Die Gegenüberstellung von Bestand, geplanten Neubauten und dem aus dem Gutachten abgeleiteten Bedarf weist für das Kreisgebiet im Jahr 2015 einen Überhang von insgesamt 564 vollstationären Pflegeplätzen auf!

	Bestand	Planung	Bedarf	Saldo*
Dormagen	548	0	509	39
Grevenbroich	499	280	482	297
Jüchen	205	0	164	41
Kaarst	291	0	375	-84
Korschenbroich	241	80	251	70
Meerbusch	554	0	493	61
Neuss	1104	120	1142	82
Rommerskirchen	160	0	102	58
Rhein-Kreis Neuss	3602	480	3518	564

*: Positive Zahlen bedeuten einen Überhang an Pflegeplätzen, negative Zahlen weisen einen Bedarf aus.

Setzt sich die demografische Entwicklung fort und bleiben auch die übrigen Faktoren stabil, würde sich im Rhein-Kreis Neuss bis zum Jahr 2020 ein Bedarf von lediglich 36 Pflegeplätzen ergeben! Somit werden, sofern alle Bauplanungen abgeschlossen sind, schon im Jahr 2015 so viele Pflegeplätze vorhanden sein, wie erst im Jahr 2020 benötigt werden.

Das Gutachten und die Pflegebedarfsplanungen wurde dem Sozial- und Gesundheitsausschuss des Kreistages mit der Einladung zur 19. Sitzung am 13.02.2014 vorgelegt. Darüber hinaus wurden sie in der 2. Sitzung der Konferenz für Gesundheit, Pflege und Alter am 03. Juni 2014 durch die Verwaltung dargestellt und fachlich diskutiert.

Eine Pflegebedarfsplanung erlangt nur dann den Status einer Örtlichen Planung nach § 7 APG NRW, wenn dies durch einen Kreistagsbeschluss festgelegt wird. Der Beschluss ist jährlich zu wiederholen; die Planung ist in der Konferenz für Gesundheit, Pflege und Alter ebenfalls jährlich zu thematisieren.

Das neue APG NRW räumt den Kreisen und kreisfreien Städten in NRW in § 11 wieder die Möglichkeit ein, die Investitionskostenförderung neu entstehender Pflegeeinrichtungen an eine Bedarfsbestätigung zu knüpfen. Damit wird eine langjährige Forderung des Rhein-Kreises Neuss erfüllt!

Die Voraussetzungen für die Erteilung von Bedarfsbestätigungen sind in § 11 Abs. 7 APG NRW wie folgt normiert:

1. es muss eine Örtliche Planung im Sinne von § 7 Abs. 6 APG NRW vorliegen
2. der örtliche Träger der Sozialhilfe muss ausdrücklich bestimmen, dass für seinen Zuständigkeitsbereich Bedarfsaussagen notwendig sind, um in den Genuss einer Investitionskostenförderung zu gelangen
3. in der Bestimmung nach Punkt 2 ist festzulegen, ob Maßstab für die Bedarfsfeststellung alleine der Gesamtbedarf im örtlichen Zuständigkeitsbereich sein soll oder auch ein in der örtlichen Planung ausdrücklich ausgewiesener sozialräumlicher Bedarf Grundlage sein kann

Da die Pflegebedarfsanalyse der Institut for Health Care Buisness GmbH alle Voraussetzungen einer Örtlichen Planung erfüllt und diese bereits in der Konferenz für Gesundheit, Pflege und Alter beraten wurde kann der Kreistag den Beschluss fassen, das Gutachten in eine Örtliche Planung nach § 7 Abs. 6 APG NRW zu überführen. Hierdurch wäre im Rhein-Kreis Neuss die Voraussetzung geschaffen, durch das Aussprechen von Bedarfsbestätigungen das ungehemmte Wachstum an stationären Pflegeeinrichtungen zumindest für die weitere Zukunft ausschließen zu können.

Der Kreistag hat kraft Gesetzes die Beschlüsse jährlich neu zu fassen, damit sie ihre Wirkung behalten. Die Verwaltung beabsichtigt, spätestens im Jahr 2016 durch ein neues Gutachten die Entwicklung des Pflegemarktes im Rhein-Kreis Neuss auf dem dann aktuell verfügbaren Datenbestand erneut zu untersuchen.

Beschlussempfehlung:

Der Sozial- und Gesundheitsausschuss empfiehlt dem Kreistag, gemäß § 7 Abs. 6 APG NRW das Gutachten „Pflegebedarfsanalyse Rhein-Kreis Neuss“ der Institut for Health Care Buisness GmbH vom November 2013 als Örtliche Planung im Sinne des § 7 Abs. 1 APG NRW zu beschließen.

Die Verwaltung wird beauftragt, das Gutachten und den Beschluss des Kreistages gemäß § 7 Abs. 6 Satz 1 APG NRW öffentlich bekannt zu machen.

Der Sozial- und Gesundheitsausschuss empfiehlt dem Kreistag weiterhin folgendes zu bestimmen: Gemäß § 11 Abs. 7 APG NRW ist eine Förderung für vollstationäre Pflegeeinrichtungen im Sinne des § 14 AGP NRW, die im Rhein-Kreis Neuss neu entstehen und zusätzliche Plätze schaffen sollen, davon abhängig, dass für diese Einrichtungen auf der Grundlage der örtlich verbindlichen Bedarfsplanung nach § 7 Abs. 6 APG NRW ein Bedarf bestätigt wird (Bedarfsbestätigung). Maßstab für die Bedarfsfeststellung ist alleine der Gesamtbedarf im Rhein-Kreis Neuss.

Die Verwaltung wird beauftragt, diesen Beschluss des Kreistages gemäß § 11 Abs. 7 Satz 2 APG NRW öffentlich bekannt zu machen.

Pflegebedarfsanalyse Rhein-Kreis Neuss

Dr. Roman Mennicken

28. November 2013

Inhalt

Zusammenfassung.....	1
1. Einleitung und Datengrundlage.....	2
2. Pflegebedürftige in Deutschland	2
3. Zukünftige Entwicklung der Nachfrage	4
3.1 Demografische Entwicklung	4
3.2 Pflegequoten	5
3.3 Verschiedene Szenarien zur Berechnung der Nachfrage	6
3.4 Personalbedarf und Pflegeinfrastruktur	8
4. Ergebnisse.....	10
4.1 Basisszenario	10
4.2 Vergleich der Szenarien	11
4.3 Verteilung auf Gemeindeebene	13
5. Fazit	14
Referenzen	15
Appendix	16

Zusammenfassung

Im November 2013 wurde die hcb GmbH vom Rhein-Kreis Neuss mit der Erstellung eines Gutachtens zur Entwicklung der Pflegeinfrastruktur im Rhein-Kreis Neuss beauftragt. Dabei sollten insbesondere eine Darstellung der Ist-Situation anhand der amtlichen Daten der Pflegestatistik und detaillierte Projektionen für die Nachfrage nach Pflegeleistungen im Rhein-Kreis Neuss bis in das Jahr 2030 erfolgen. Ausgehend von den vorliegenden Daten der amtlichen Pflegestatistik sind außerdem Bedarfsrechnungen für vollstationäre Platzzahlen und Personal nach Vollkräften und Qualifikationsniveau beauftragt worden. Die Nachfrageprojektionen sind auf die acht kreisangehörigen Kommunen heruntergebrochen worden. Eine besondere Berücksichtigung der teilstationären Pflege konnte nicht erfolgen, da im gesamten Kreisgebiet lt. vorliegenden Daten lediglich elf Personen in vollstationären Heimen teilstationäre Pflegeleistungen erhalten haben. Aufgrund der geringen Fallzahl kann daher keine valide Projektion durchgeführt werden. Der Auftrag wird mit Vorlage dieses Gutachtens abgeschlossen.

Die Pflege älterer Menschen gewinnt in unserer Gesellschaft immer mehr an Bedeutung. In den vergangenen Jahren stieg die Anzahl pflegebedürftiger Menschen an, gleichzeitig wuchsen die Ausgaben für Pflegeleistungen im Vergleich zu anderen Gesundheitsleistungen deutlich überproportional. Aufgrund der demografischen Entwicklung wird sich diese Zunahme in den nächsten Jahren und Jahrzehnten unvermindert fortsetzen. Während die Gesamtbevölkerung im Rhein-Kreis Neuss und in anderen Teilen Deutschlands leicht rückläufig ist, wird die Zahl der über 80-jährigen im Rhein-Kreis Neuss bis 2030 um rund 73% zunehmen. Dieser Anstieg liegt deutlich über den Vergleichswerten für NRW (+50%) und für Deutschland (+50%) insgesamt.

Unter der Annahme konstanter Pflegequoten, d.h. Prävalenzraten, wird auch die Nachfrage nach Pflegeleistungen im Rhein-Kreis Neuss entsprechend weiter zunehmen. Bis 2020 ist mit insgesamt etwa 4.100 vollstationären Pflegebedürftigen im Kreis zu rechnen, bis 2030 mit 5.250. Gegenüber 2011 bedeutet dies einen Anstieg um 35% bzw. 73% — deutlich über dem erwarteten Nachfrageanstieg in NRW bzw. Deutschland. Bei den ambulanten Sachleistungsempfängern und den Pflegegeldempfängern ist bis 2030 mit einer Zunahme auf 3.100 bzw. 10.000 zu rechnen.

Das geschilderte Nachfragewachstum führt zu einem zusätzlichen Bedarf von rund 1.400 bis 2.600 stationären Pflegeplätzen bis 2030. Ein erster Bedarf zwischen 37 und 266 Plätzen dürfte dabei bereits ab 2015 bestehen. Darüber hinaus ist mehr Personal erforderlich. Bis 2030 rechnen wir mit insgesamt 1.000 bis 1.700 zusätzlichen Stellen (Vollkräfte) in der stationären und mit 330 bis 700 in der ambulanten Pflege. Bezogen auf Pflegefachkräfte erwarten wir bis 2030 einen zusätzlichen Bedarf in der stationären und ambulanten Pflege zusammen zwischen 620 bis 960.

1. Einleitung und Datengrundlage

Die Pflege älterer Menschen gewinnt in unserer Gesellschaft immer mehr an Bedeutung. In den vergangenen Jahren stieg die Anzahl pflegebedürftiger Menschen an, gleichzeitig wuchsen die Ausgaben für Pflegeleistungen im Vergleich zu anderen Gesundheitsleistungen deutlich überproportional. Aufgrund der demografischen Entwicklung wird sich diese Zunahme in den nächsten Jahren und Jahrzehnten fortsetzen. Pflegeleistungen werden entweder informell unter Bezug von Pflegegeld, meist durch Angehörige, oder durch ambulante Pflegedienste und in Heimen erbracht. Vorübergehend könnte die Pflege durch Angehörige relativ an Bedeutung gewinnen, weil derzeit die „Babyboomer“-Generation die pflegenden Angehörigen stellt. Dies wird sich spätestens dann ändern, wenn die Babyboomer selbst Pflegebedarf anmelden. Der Bedarf an professionellen Pflegeleistungen wird langfristig also voraussichtlich stark zunehmen.

Grundlage dieses Gutachtens bilden die Daten der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder nach § 109 Abs. 1 SGB XI in Verbindung mit der Pflegestatistikverordnung vom 24.11.1999. Die Pflegestatistik wird von den Statistischen Ämtern seit 1999 alle zwei Jahre erhoben. Es werden sowohl ambulante und stationäre Einrichtungen¹ zum Stichtag 15. Dezember befragt als auch Informationen zu den Pflegegeldleistungen der Spitzenverbände der Pflegekassen und des Verbands der privaten Krankenversicherung zum Stichtag 31. Dezember erfasst. Die letzte Erhebung fand im Dezember 2011 statt. Die Erhebungsmerkmale umfassen für die Pflegeeinrichtungen u.a.:

- Art der Pflegeeinrichtung und deren Trägerschaft,
- Anzahl und Art der Pflegeplätze,
- Zahl der beschäftigten Personen nach Geschlecht, Beschäftigungsverhältnis, Tätigkeitsbereich sowie Qualifikation,
- Zahl der betreuten Pflegebedürftigen² nach Geschlecht, Geburtsjahr und Grad der Pflegebedürftigkeit sowie
- von den Pflegebedürftigen zu zahlende Entgelte für Pflegeleistungen nach Pflegestufen sowie für Unterkunft und Verpflegung (nur stationäre Einrichtungen).

Die Informationen zu den Pflegegeldleistungen nach §§ 37 und 38 SGB XI beinhalten

- Art des Leistungsträgers und des privaten Versicherungsnehmers sowie
- Geschlecht, Geburtsjahr, Wohnort nach Postleitzahl und Grad der Pflegebedürftigkeit des Pflegegeldempfängers.

Diese Daten liegen auf Kreisebene auch für den Rhein-Kreis Neuss vor. Die amtlichen Daten aus dem Jahr 2011 stellen somit – sofern nicht anders vermerkt – die Basis für alle weiteren Analysen im Rahmen dieses Gutachtens dar.

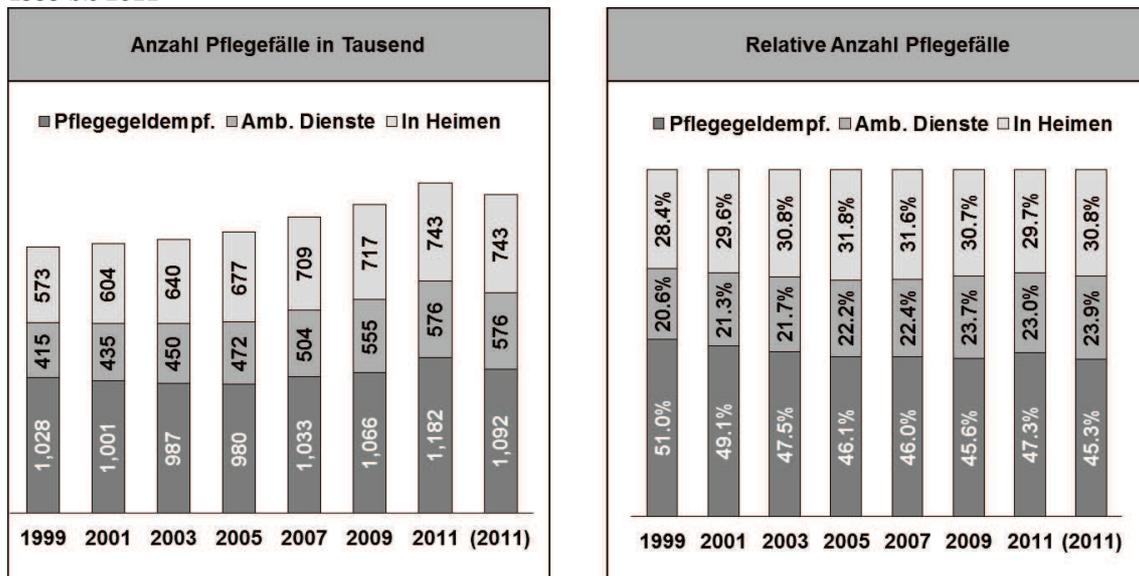
2. Pflegebedürftige in Deutschland

Für Ende 2011 wurden 2,50 Mill. Menschen von der Statistik als pflegebedürftig ausgewiesen, 163.000 bzw. 7% mehr als Ende 2009 und 24% mehr als 1999 (Schaubild 1). Allerdings könnte dieser Wert über-

¹ *Pflegeeinrichtungen im Sinne der Verordnung sind „ambulante Pflegeeinrichtungen (Pflegedienste) sowie teilstationäre und vollstationäre Pflegeeinrichtungen (Pflegeheime), mit denen ein Versorgungsvertrag nach dem Elften Sozialgesetzbuch besteht (zugelassene Pflegeeinrichtungen).“*

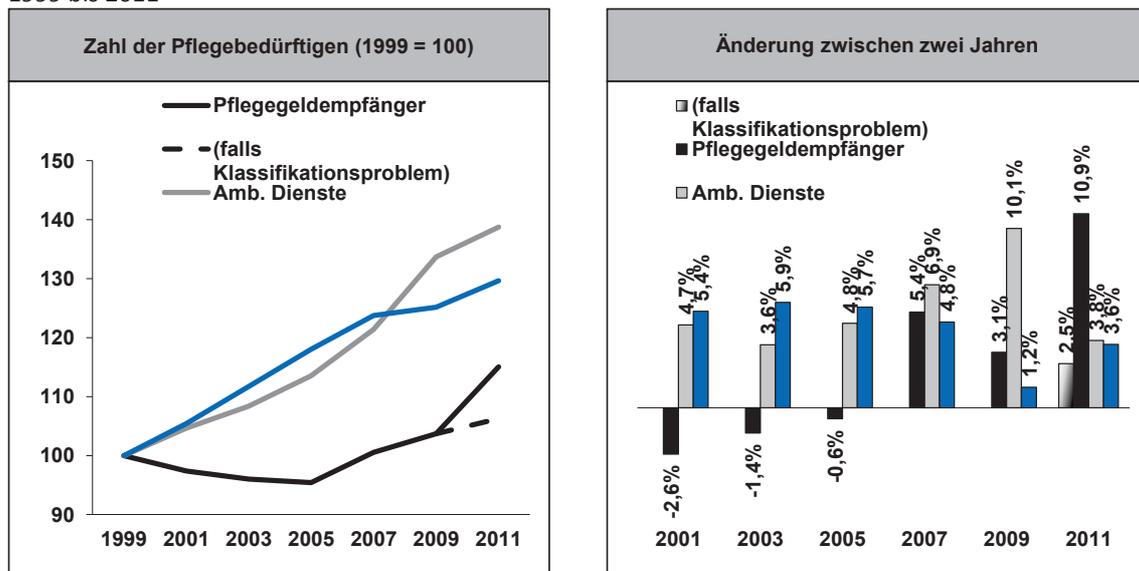
² *Erfasst werden hier nur Pflegebedürftige nach SGB XI. Vollständig selbst zahlende Heimbewohner der so genannten Pflegestufe 0 werden nicht mit einbezogen.*

Schaubild 1: Verteilung der Zahl der Pflegebedürftigen nach Art der Pflege 1999 bis 2011



Quelle: Augurkzy et al. (2013).

Schaubild 2: Änderung der Zahl der Pflegebedürftigen nach Art der Pflege 1999 bis 2011



Quelle: Augurkzy et al. (2013).

höht sein. Aufgrund einer Erfassungsänderung bei den Pflegekassen kann die Zahl der Pflegegeldempfänger 2011 um bis zu 90.000 zu hoch ausgefallen sein. Geht man im Extremfall davon aus, dass 90.000 Pflegegeldempfänger zu viel gezählt wurden, würde der Zuwachs zwischen 2009 und 2011 nur 3,1% bzw. 73.000 betragen. Er läge dann im „normalen“ Bereich.

Sollte sich die starke Zunahme der Zahl der Pflegegeldempfänger als korrekt erweisen, wäre es zu einer spürbaren Änderung bei der Art der in Anspruch genommenen Leistungen gekommen: Die Pflege in Heimen wäre um 1%-Punkt und der Anteil der ambulanten Pflege um 0,7%-Punkte zurückgegangen, während der Anteil der Pflegegeldempfänger um 1,7%-Punkte gestiegen wäre. Sollte sich die Zahl der Pflegegeldempfänger dagegen um 90 000 weniger erhöht haben, hätte es keine nennenswerten Verschiebungen in der Verteilung der Pflegearten gegeben.

Je nachdem, ob eine Fehlklassifikation um 90.000 vorliegt oder nicht, stieg die Zahl der Pflegegeldempfänger mehr oder weniger stark, mindestens um 2,5%, höchstens um 10,9% (Schaubild 2). Bis 2005 war die Zahl der Pflegegeldempfänger noch rückläufig, seitdem ist sie jedoch kontinuierlich gestiegen. Ausnahmslos zunehmend war die Zahl der Pflegebedürftigen, die durch ambulante Dienste oder in Heimen versorgt werden, wobei die Bedeutung der ambulanten Dienste gegenüber den Pflegeheimen seit 2007 zugenommen hat.

3. Zukünftige Entwicklung der Nachfrage

3.1 Demografische Entwicklung

Die zukünftige Nachfrage nach Pflegeleistungen wird zum überwiegenden Teil durch die demografische Entwicklung bestimmt. Auf Basis von Pflegequoten und der erwarteten Bevölkerungsentwicklung schreiben wir die Pflegenachfrage bis 2030 fort. Dafür verwenden wir als Basis die aktuellen zensuskorrigierten Bevölkerungszahlen auf Kreisebene zum Jahresende 2011, die mit den Basisvarianten der 12. koordinierten Bevölkerungsprognosen der Statistischen Landesämter fortgeschrieben wurden. Die Daten enthalten detaillierte Altersklassen für beide Geschlechter und erlauben regionale Projektionen bis 2030. Tabelle 1 zeigt die Bevölkerungsentwicklung im Rhein-Kreis Neuss im Vergleich zur Entwicklung in NRW und der Bundesrepublik insgesamt. Während die Gesamtbevölkerung im Rhein-Kreis Neuss und in anderen Teilen von Deutschland leicht rückläufig ist, wird die Zahl der Über-80-jährigen im Rhein-Kreis Neuss bis 2030 um rund 73% zunehmen. Dieser Anstieg liegt deutlich über den Vergleichswerten für NRW (49,5%) und für Deutschland (49,5%) insgesamt.

Tabelle 1: Bevölkerungsentwicklung im Rhein-Kreis Neuss

Bevölkerung	2011	2012	2013	2015	2020	2030
Gesamt						
Rhein-Kreis Neuss	437.732	437.648	437.365	436.717	434.858	427.420
	100,0	100,0	99,9	99,8	99,3	97,6
NRW	100,0	100,0	99,9	99,7	99,0	96,8
Deutschland	100,0	99,9	99,7	99,3	98,2	95,3
Über-80-Jährige						
Rhein-Kreis Neuss	21.802	22.650	23.325	25.305	33.398	37.802
	100,0	103,9	107,0	116,1	153,2	173,4
NRW	100,0	102,2	103,9	109,3	135,9	149,5
Deutschland	100,0	101,7	103,0	110,2	137,1	149,5

Quelle: Eigene Berechnungen anhand von IT.NRW (2012).

Die Zahl der Menschen im Alter von 80 Jahren und mehr wird im Vergleich zu allen anderen Altersklassen in den kommenden Jahrzehnten den größten Zuwachs erfahren. 2004 betrug der Anteil dieser Altersklasse in Deutschland noch 4,3%, bis 2050 wird er sich auf voraussichtlich 12,4% nahezu verdreifachen. Gleichzeitig besitzt diese Altersklasse die größte Wahrscheinlichkeit, pflegebedürftig zu werden, sodass die Nachfrage nach Pflegeleistungen in einem ähnlichen Maß zunehmen dürfte. Es wird deutlich, dass die unterstellte demografische Entwicklung einen maßgeblichen Einfluss auf die zukünftige Nachfrage nach Pflegeleistungen haben wird.

Aus diesem Grund werden die in diesem Gutachten verwendeten Bevölkerungsprojektionen mit den vom Rhein-Kreis Neuss zur Verfügung gestellten Angaben des Sozioökonomischen Monitorings verglichen. Tabelle 2 vergleicht die Anteile der Über-80-jährigen 2011 und 2030 für die verschiedenen Datensätze. Für den Rhein-Kreis Neuss insgesamt ist von einer recht guten Übereinstimmung zwischen den unterschiedlichen Bevölkerungsvorausrechnungen auszugehen. In den acht kreisangehörigen Kommunen kommt es allerdings insbesondere für das Ende des Betrachtungszeitraums 2030 zu Abweichungen. So gibt es 2030 für Kaarst eine Abweichung von rund drei Prozentpunkten. Auch in Dormagen ist

der Anteil der Über-80-jährigen für 2030 in der Bevölkerungsvorausberechnung von IT.NRW rund ein Prozentpunkt höher als in den Daten des Monitorings, während es für Jüchen umgekehrt der Fall ist.

Für die Projektionen auf Gemeindeebene werden aber die von IT.NRW veröffentlichten Daten zur Bevölkerungsentwicklung auf Gemeindeebene verwendet. Die Daten des Monitorings sind ungeeignet für eine Projektion, da die Altersklassen zu grob sind, und damit nicht alle notwendigen Angaben zur Projektion der Pflegebedürftigkeit vorliegen. Es kann davon ausgegangen werden, dass Projektionen auf Basis von beiden Vorausberechnungen für die gesamte Nachfrage nach Pflegeleistungen auf Kreisebene zu ähnlichen Ergebnissen kommen würden. Aufgrund der Unterschiede in den Projektionen für Kaarst und Dormagen ist allerdings davon auszugehen, dass die in diesem Gutachten ausgewiesenen Angaben für diese Gemeinden geringer ausgefallen wären, wenn eine Projektion mit Daten des Monitorings möglich gewesen wäre. Weitere Vergleiche zwischen den unterschiedlichen Bevölkerungsvorausberechnungen für andere Altersklassen befinden sich im Appendix.

Tabelle 2: Anteil der Über-80-jährigen im Rhein-Kreis Neuss in %

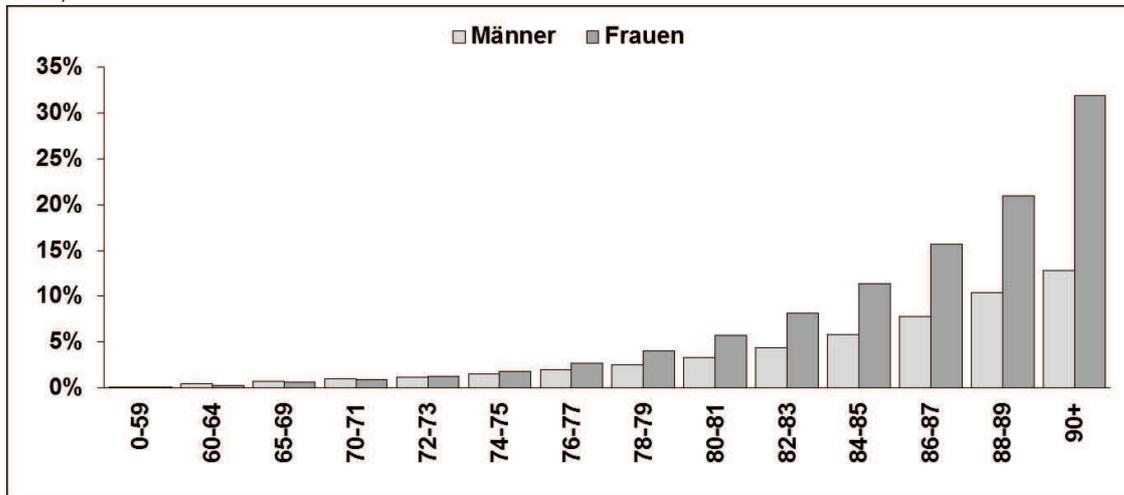
	Bevölkerungsvorausberechnung von IT.NRW		Daten des Sozioökonomischen Monitorings	
	2011	2030	2011	2030
Rhein-Kreis Neuss	5	8	5	8
- Dormagen	5	10	5	9
- Grevenbroich	5	7	5	7
- Jüchen	5	7	5	8
- Kaarst	5	13	6	10
- Korschenbroich	5	8	5	8
- Meerbusch	6	9	6	9
- Neuss	5	7	5	7
- Rommerskirchen	5	8	5	7

Quelle: Eigene Berechnungen anhand von IT.NRW (2012) und Tabelle 3.1.9 aus dem Sozioökonomischen Monitoring.

3.2 Pflegequoten

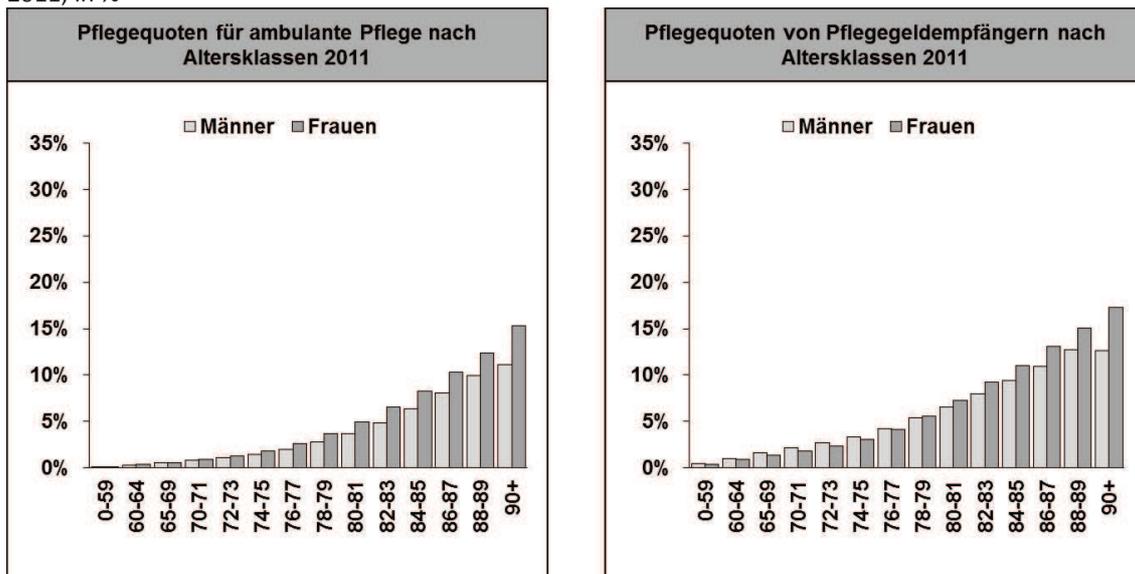
Zur Berechnung der Pflegequoten wird die Zahl der Pflegebedürftigen (getrennt nach Pflegeart, Altersklasse, Geschlecht und Pflegestufe) durch die Bevölkerungszahl (getrennt nach Geschlecht und Altersklasse) geteilt. Der Quotient daraus ergibt die Pflegequote bzw. Pflegewahrscheinlichkeit. Da die Pflegequoten auf regionaler Ebene variieren, differenzieren wir dabei nicht nur nach Alter und Geschlecht, sondern auch nach Regionen. Eine noch feinere Differenzierung ist aus statistischen Gründen jedoch nicht sinnvoll und aus Datenschutzgründen nicht möglich. Es ist erkennbar, wie die Pflegehäufigkeit ab 80 Jahre stark zunimmt (Schaubild 3). Auffällig ist auch, dass Frauen eine erheblich höhere Pflegehäufigkeit aufweisen als Männer. In der ambulanten Pflege und bei Pflegegeldempfängern ist dieses Muster ebenfalls sichtbar, aber schwächer ausgeprägt (Schaubild 4).

Schaubild 3: Vollstationäre Pflegequoten nach Alter und Geschlecht 2011; in %



Quelle: Augurzky et al. (2013).

Schaubild 4: Ambulante Pflegequoten und Pflegequoten Pflegegeldempfänger nach Alter und Geschlecht 2011; in %



Quelle: Augurzky et al. (2013).

3.3 Verschiedene Szenarien zur Berechnung der Nachfrage

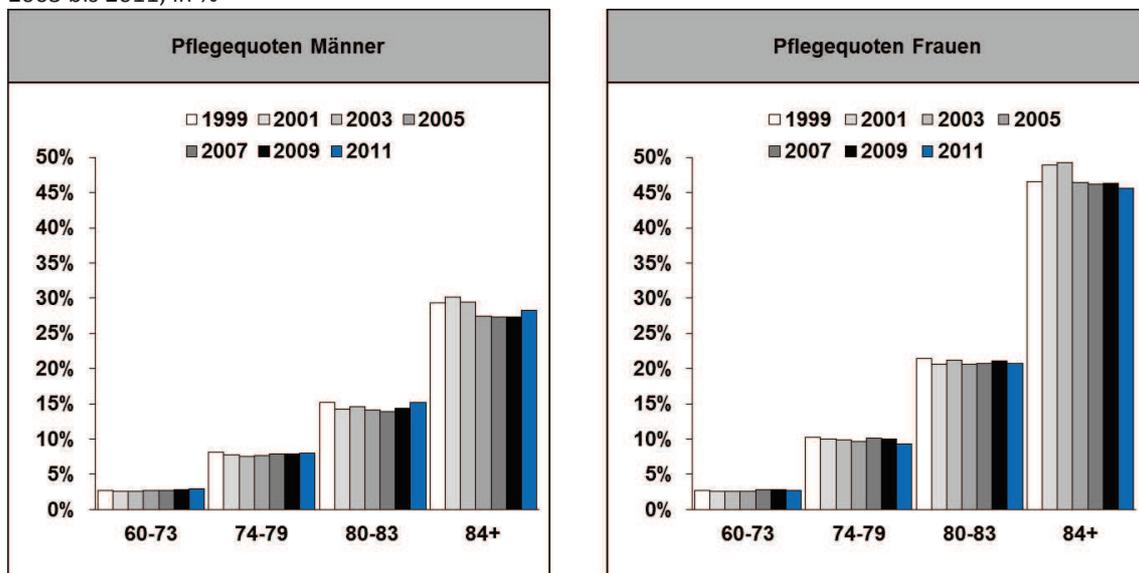
In einem Basisszenario unterstellen wir für die Zahl der Pflegefälle für jede Art der Pflege (vollstationär, ambulant und Pflegegeldempfänger³) jeweils konstante Pflegequoten. Im Szenario „Nachfragereduktion“ nehmen wir an, dass sinkende Pflegequoten und eine rückläufige Verweildauer in der Pflege bis 2030 die Nachfrage gegenüber dem Basisszenario um insgesamt 5% verringern. Im Szenario „Professionalisierung“ bilden wir eine Verlagerung der Nachfrage von der informellen Pflege (Pflegegeldempfänger) zur professionellen Pflege (stationär und ambulant) ab. Dazu nehmen wir an, dass es gegenüber dem Basisszenario bis 2023 zu einer Verlagerung von 5% der Pflegegeldempfänger (0,37% p.a.) und zwischen 2023 und 2030 zu weiteren 7,5% (1,11% p.a.) kommt. Diese werden je hälftig auf den ambu-

³ In den nachfolgenden Projektionen sind die Pflegegeldempfänger um die potenzielle Überschätzung von 90.000 Pflegebedürftigen reduziert.

lanten und stationären Bereich verteilt. Im Szenario „Ambulantisierung“ werden 10% der stationären Fälle bis 2030 ambulant erbracht. Schließlich werden alle Szenarien miteinander kombiniert. Für die Zahl der Pflegebedürftigen insgesamt sind nur das Basisszenario und das Szenario „Nachfragereduktion“ von Bedeutung. Die beiden anderen Szenarien führen nur zu einer unterschiedlichen Verteilung auf die Arten der Pflege.

Sinkende Pflegequoten (Szenario „Nachfragereduktion“) würden den Nachfragezuwachs dämpfen. Sollte die steigende Lebenserwartung auch die Jahre in Gesundheit erhöhen, reduzierten sich die Pflegequoten je Altersklasse, sodass der Anstieg der Zahl der Pflegebedürftigen geringer ausfiele. Allerdings sind bislang keine Anzeichen sinkender Pflegequoten zu erkennen. Es gab einen leichten Rückgang bei den Hochbetagten von 2003 auf 2005, aber auch in dieser Altersgruppe blieb die Pflegequote seitdem fast konstant. 2011 gab es einen leichten Anstieg bei den Pflegequoten der Männer während die Quoten der Frauen leicht zurückgingen (Schaubild 5). Demgegenüber dürfte die professionelle Pflege einen zusätzlichen Nachfrageschub durch die zunehmende Singularisierungen der Gesellschaft bekommen. Eine wachsende Zahl der Senioren hat entweder keine eigenen Kinder, die sie als Angehörige pflegen könnten, oder die Kinder sind aus beruflichen Gründen nicht dazu in der Lage. Eine steigende Erwerbsquote, vor allem von Frauen, dürfte zudem die Bereitschaft zur häuslichen Pflege in der Zukunft senken.

Schaubild 5: Pflegequoten insgesamt (Summe stationär, ambulant und Pflegegeldempfänger) 2003 bis 2011; in %



Quelle: Augurzky et al. (2013).

Innerhalb der professionellen Pflege kann es zu einer Verschiebung vom stationären in den ambulanten Bereich kommen (Szenario „Ambulantisierung“). Mit dem Pflege-Weiterentwicklungsgesetz (PfWG) wurde die ambulante Pflege gegenüber der stationären insofern gestärkt, als die Pflegesätze der SPV für die Stufe I und II der stationären Pflege nicht erhöht wurden und wohl auch in den nächsten Jahren nicht erhöht werden – allerdings die Sätze für die ambulante Pflege aller Stufen. Ab 2015 sollen die Pflegesätze im Durchschnitt gemäß der Inflation angehoben werden, die stationären unter- und die ambulanten Sätze überproportional, um eine Konvergenz der stationären und ambulanten Sätze zu erreichen. Zusätzlich wurde der Gesamtanspruch aus der Kombination von teilstationären Leistungen mit ambulanten Sachleistungen oder Pflegegeld erhöht, sodass ein zunehmender Parallelbezug festzustellen ist (Statistisches Bundesamt 2011).⁴

⁴ Aufgrund der Zunahme des Parallelbezugs von ambulanten Sachleistungen oder Pflegegeld und teilstationären Leistungen werden in der Projektion der stationären Leistungen erst einmal nur vollstationäre Pflegebedürftige betrachtet. Augurzky et al. (2013) weisen für den Rhein-Kreis Neuss in 2011 lediglich 11 Personen aus, die teilstationäre Leistungen erhalten. Eine gesonderte Betrachtung der teilstationär Versorgten ist daher nicht möglich.

Die verschiedenen Szenarien dienen der Verdeutlichung der Unsicherheit, die mit jedweder Projektion zukünftiger Entwicklungen verbunden ist. Die Szenarien sollen daher den hypothetischen Charakter der Projektionen betonen. Eindeutige Angaben für die Nachfrage nach Pflegeleistungen sowie die damit verbundenen Schätzungen zum Platz- und Personalbedarf können für die Zukunft nicht geliefert werden, wobei die Unsicherheit für weiter entfernte Zeitpunkte in der Zukunft zunimmt.

Ist die Gesamtnachfrage im Kreis wie beschrieben projiziert, geht es um die Frage ihrer Verteilung auf die acht kreisangehörigen Kommunen. Dazu werden in einer weiteren Projektion die Pflegequoten der Region NRW von 2011 auf die nach Altersklassen und Geschlecht differenzierte Bevölkerungsentwicklung in den kreisangehörigen Kommunen (IT.NRW 2012) bezogen (sog. Kommunalprojektion). Die auf Kreisebene aufsummierte Anzahl der Pflegebedürftigen dieser Projektion auf Kommunalebene wird allerdings von der Kreisprojektion abweichen. Aus diesem Grund wird die sich aus der Kommunalprojektion ergebende künftige Verteilung der Pflegefälle auf die Kommunen auf die Kreisprojektion angewendet. Die Kreisprojektion wird damit auf die Kommunen heruntergebrochen.

3.4 Personalbedarf und Pflegeinfrastruktur

Für das Jahr 2011 ist nach Augurzky et al. (2013) für den Rhein-Kreis Neuss von insgesamt fast 2.600 Vollkräften⁵ auszugehen, die in ambulanten Pflegediensten und vollstationären Pflegeheimen beschäftigt sind (Tabelle 3). Davon sind ca. 1.050 Pflegefach- und 425 Pflegehilfskräfte. Fast 1.100 Vollkräfte (Andere) sind therapeutischen und sozialen Berufen oder auch der Hauswirtschaft zuzuordnen.

Tabelle 3: Personal in Vollkräften nach Qualifikationsniveau
In Vollkräften 2011

	Rhein-Kreis Neuss	NRW	BRD
Pflegefachkräfte			
Vollstationär	700	38.630	170.962
Ambulant	352	21.272	106.393
Gesamt	1.052	59.902	277.355
Pflegehilfskräfte			
Vollstationär	313	16.161	76.331
Ambulant	113	6.671	34.113
Gesamt	425	22.832	110.444
Andere			
Vollstationär	923	51.684	225.327
Ambulant	175	10.238	52.796
Gesamt	1.097	61.822	278.123
Summe			
Vollstationär	1.935	106.376	472.621
Ambulant	639	38.181	193.301
Gesamt	2.574	144.556	665.922

Quelle: Eigene Berechnungen anhand von Augurzky et al. (2013).

Nicht nur aufgrund des Zuwachses bei der Nachfrage nach Pflegeleistungen im vergangenen Jahrzehnt werden mehr Pflegekräfte benötigt, sondern auch weil mehr Pflegefachkräfte⁶ je Bewohner eingesetzt werden. 2011 betreuten im bundesweiten Durchschnitt 0,226 Pflegefachkräfte einen Heimbewohner, 10% mehr als 1999 (0,205, Schaubild 6) – und dies, obwohl der Anteil der leichteren Pflegefälle in Stufe I

⁵ Die Vollkräfte wurden von Augurzky et al. (2013) nach den „Faktoren zur Berechnung von geschätzten Vollzeitäquivalenten“ des Statistischen Bundesamts berechnet. Sie drücken aus, wie viele Vollzeitstellen besetzt wären, wenn alle Teilzeitstellen in Vollzeitstellen umgewandelt würden und sind damit ein Maß für das tatsächlich verfügbare Arbeitsvolumen. Die reine Zahl der Mitarbeiter wie sie bspw. in der Pflegestatistik 2009 angegeben ist, berücksichtigt dagegen den Beschäftigungsumfang der einzelnen Mitarbeiter nicht.

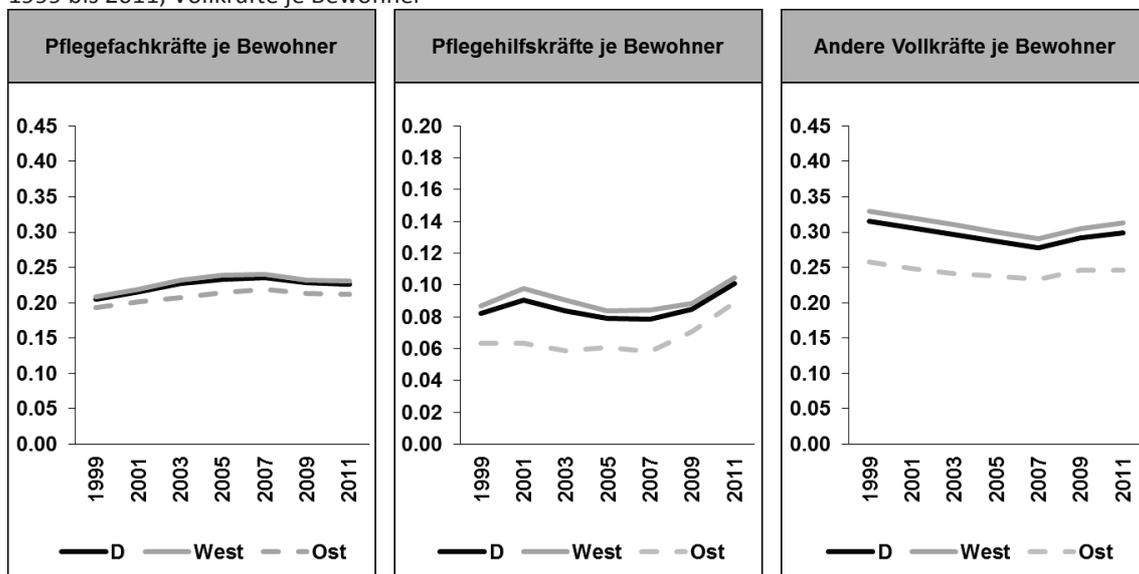
⁶ Pflegefachkräfte umfassen Beschäftigte mit einem Abschluss in Altenpflege, Krankenpflege, Kinder-Krankenpflege, Heil(erziehungs)pflge oder einen pflegewissenschaftlichen Abschluss.

seitdem kontinuierlich zugenommen hat. Möglicherweise ist der Anstieg in der Betreuungsrelation auf wachsende bürokratische Anforderungen zurückzuführen, die vermehrt in der Öffentlichkeit unter Kritik geraten (Stoffer 2011). Die Zahl der Pflegehilfskräfte je Bewohner blieb bis 2009 weitgehend unverändert und stieg erst 2011 deutlich um über 20% an. Die Zahl der nicht-pflegerisch tätigen anderen Beschäftigten je Bewohner sank in den ersten Jahren sogar, aber auch hier sind die Zahlen seit 2007 wieder angestiegen, sodass 2011 (0,298) fast wieder das Niveau von 1999 (0,315) erreicht wurde.

Unter der Annahme eines gleichbleibenden Verhältnisses der Zahl der Beschäftigten und der Zahl zu versorgender Pflegebedürftiger lässt sich für jedes der in Abschnitt 3.2 beschriebenen Szenarien der Personalbedarf bis 2030 schätzen. Wir gehen dabei für die Jahre 2012 bis 2030 vom gesamtdeutschen Durchschnitt mit einer konstanten Betreuungsrelation von 0,23 Pflegefachkräften, 0,09 Pflegehilfskräften und 0,30 anderen Vollkräften je vollstationären Pflegebedürftigem aus. Zur Abschätzung des Personalbedarfs in der professionellen häuslichen Pflege werden ebenfalls die Betreuungsrelationen von 2011 mit 0,18 Pflegefachkräften, 0,06 Pflegehilfskräften und 0,09 anderen Fachkräften je ambulanten Sachleistungsempfänger angenommen (Augurzky et al. 2013).

Schaubild 6: Personal je Bewohner in Pflegeheimen

1999 bis 2011; Vollkräfte je Bewohner



Quelle: Augurzky et al. (2013).

Mit dieser Annahme wird implizit angenommen, dass es keinen Produktivitätsfortschritt gibt. Bei der Pflege von Menschen scheint diese Annahme auf den ersten Blick plausibel. Dennoch sind auch hier durch Betriebsoptimierungen z.B. im nicht-pflegerischen, aber auch im pflegerischen Bereich sicherlich noch Personaleinsparungen möglich, wie regionale und trägerspezifische Vergleiche zeigen (Augurzky et al. 2013). Die Reduktion von bürokratischen Vorgaben könnte hierzu einen Beitrag leisten. Ziel ist jedoch die Hochrechnung des Personalbedarfs unter den Rahmenbedingungen des Status quo, d.h. ohne die Berücksichtigung von betrieblichen oder gesetzlichen Optimierungen. Letztere sind vielmehr Teile der Lösung, um die aufgezeigte Bedarfslücke zu reduzieren.

Um den zukünftigen Bedarf an vollstationären Pflegeplätzen abzuschätzen, werden die Platzzahlen des Rhein-Kreises Neuss in Höhe von 3.356 Plätzen zum Stichtag 15. August 2013 auch in der Zukunft konstant gehalten. Weiterhin wird unterstellt, dass in vollstationären Pflegeheimen dauerhaft eine maximale Auslastung von 99% erreicht werden kann. Eine konstante Auslastung von 100% kann durch natürliche Fluktuationen in der Belegung nicht dauerhaft gehalten werden. Eine stets 100%ige Auslastung wäre auch aus Sicht der Pflegebedürftigen und deren Angehörigen nicht wünschenswert, weil sie dann kaum noch Wahlmöglichkeiten zwischen Heimen und vereinzelt mit Wartelisten zu rechnen hätten. Mit diesen Angaben lässt sich ebenfalls für jedes der genannten Nachfrageszenarien die Zahl der benötigten Pflegeplätze abschätzen.

4. Ergebnisse

4.1 Basisszenario

In Tabelle 4 werden die zentralen Ergebnisse der Basisprojektion in absoluten Zahlen für den Rhein-Kreis Neuss sowie prozentuale Änderungen gegenüber 2011 für den Kreis, NRW und Deutschland gezeigt. Die Pflegestatistik 2011 weist für den Rhein-Kreis Neuss im Jahr 2011 3.043 vollstationäre Pflegebedürftige aus. Die Ergebnisse der Basisprojektion für 2013 mit 3.287 vollstationären Pflegebedürftigen stimmt dabei fast exakt mit den zum 15. August 2013 gemeldeten 3.290 Pflegebedürftigen in den Heimen des Rhein-Kreis Neuss überein.

Bis 2020 ist im Kreis mit einem Anstieg um rund 35% auf ca. 4.100 Pflegebedürftige zu rechnen, bis 2030 auf 5.254 Pflegebedürftige (+73%). Der Anstieg liegt damit deutlich über den zu erwartenden Fallzahlsteigerungen in NRW (+53%) und in Deutschland insgesamt (+48%). Auch die Zahl der ambulanten Pflegebedürftigen wird von 1.905 im Jahr 2011 auf fast 3.100 bis 2030 (+62%) ansteigen. Die Zahl der Pflegegeldempfänger wird im Jahr 2030 auf fast 10.000 ansteigen. Auch für diese beiden Bereiche liegt damit der prozentuale Anstieg im Rhein-Kreis Neuss deutlich über den Steigerungen in NRW und Deutschland insgesamt.

Tabelle 4: Projektion der Nachfrage nach Pflegeleistungen

Anzahl Pflegebedürftige und normiert auf 2011

Basisszenario	2011	2012	2013	2015	2020	2030
Vollst. Pflegebedürftige						
Rhein-Kreis Neuss	3.043	3.166	3.287	3.519	4.116	5.254
	100,0	104,0	108,0	115,6	135,3	172,7
NRW	100,0	103,2	106,3	111,9	125,6	153,5
Deutschland	100,0	102,8	105,4	110,5	123,0	148,5
Amb. Pflegebedürftige						
Rhein-Kreis Neuss	1.905	1.975	2.046	2.184	2.536	3.089
	100,0	103,7	107,4	114,6	133,1	162,2
NRW	100,0	102,8	105,6	111,0	124,2	147,7
Deutschland	100,0	102,6	105,1	110,2	122,8	143,8
Pflegegeldempfänger						
Rhein-Kreis Neuss	7.198	7.372	7.547	7.887	8.722	9.973
	100,0	102,4	104,8	109,6	121,2	138,5
NRW	100,0	101,8	103,7	107,2	115,7	130,7
Deutschland	100,0	101,8	103,5	107,0	115,3	128,6

Quelle: Eigene Berechnungen anhand von Augurzky et al. (2013).

Im Basisszenario ist bereits 2015 mit einem weiteren Platzbedarf von rund 200 vollstationären Pflegeplätzen im Rhein-Kreis Neuss zu rechnen (Tabelle 5), bis zum Jahr 2030 mit rund 1.900 weiteren Pflegeplätzen. Zusätzlicher gesamter Personalbedarf besteht bis 2030 von rund 1.700 Vollkräften (Tabelle 6), davon rund 500 Pflegefachkräfte im stationären und 200 Pflegefachkräfte im ambulanten Bereich.

Tabelle 5: Erwarteter Bedarf an vollstationären Pflegeplätzen

Pflegeinfrastruktur	2011	2012	2013	2015	2020	2030
Auslastung						
Rhein-Kreis Neuss	92,6%	96,3%	98,0%	104,9%	122,7%	156,6%
NRW	90,0%	92,9%	95,7%	100,8%	113,1%	138,1%
Deutschland	87,0%	89,5%	91,7%	96,2%	107,1%	129,2%
Bedarf an Plätzen						
Rhein-Kreis Neuss	0	0	0	197	794	1.932
NRW	0	0	0	3.095	24.804	69.015
Deutschland	0	0	0	0	68.756	258.215

Quelle: Eigene Berechnungen anhand von Augurzky et al. (2013).

Tabelle 6: Erwarteter Personalbedarf

Zusätzliche Vollkräfte 2030 gegenüber 2011

	Pflegfachkräfte	Pflegehilfskräfte	Andere	Insgesamt
Vollstationär	508	160	654	1.322
Ambulant	204	73	103	380
Summe	713	233	757	1.703

Quelle: Eigene Berechnungen anhand von Augurzky et al. (2013).

4.2 Vergleich der Szenarien

Für den Rhein-Kreis Neuss werden in Tabelle 7 alle Szenarien miteinander verglichen. Für das Jahr 2015 weisen die verschiedenen Projektionen eine erwartete Nachfrage nach vollstationären Pflegeleistungen zwischen 3.359 (Nachfragereduktion) und 3.586 (Professionalisierung) aus. 2030 können im Kreis zwischen 4.729 (Ambulantisierung) und 5.859 (Professionalisierung) vollstationäre Pflegebedürftige erwartet werden.

Hinsichtlich der Zahl der ambulanten Sachleistungsempfänger zeigt sich für das Jahr 2015 eine Spannweite von 2.161 (Nachfragereduktion) bis zu 2.305 (alle Szenarien kombiniert) Pflegebedürftigen. Das kombinierte Szenario führt hier zu einer stärkeren Zunahme, weil das Szenario „Ambulantisierung“ eine Verlagerung der Fälle aus dem stationären Bereich in den ambulanten Bereich unterstellt. Auch 2030 geben diese beiden Szenarien eine Unter- (2.936) und Obergrenze (4.066) für die Entwicklung der Nachfragen an.

Die Zahl der Pflegegeldempfänger würde im Basisszenario ebenfalls stetig zunehmen – bis 2030 um 39%. Jedoch würde die Professionalisierung der Pflege diese Entwicklung abschwächen. Grund dafür ist die Annahme, dass dann die Generation der Babyboomer nicht mehr in dem Alter ist, selbst zu pflegen. Das Szenario „Ambulantisierung“ ist für die Pflegegeldempfänger nicht zutreffend, weil in diesem Szenario nur Verschiebungen innerhalb der professionellen Pflege angenommen werden.

Tabelle 7: Erwartete Nachfrage nach Pflegeleistungen für alle Szenarien

Erwartete Anzahl Pflegebedürftiger

	2011	2012	2013	2015	2020	2030
Vollst. Pflegebedürftige						
Basis		3.166	3.287	3.519	4.116	5.254
Nachfragereduktion		3.157	3.149	3.359	3.903	4.965
Professionalisierung	3.043	3.181	3.319	3.586	4.281	5.859
Ambulantisierung		3.148	3.251	3.442	3.916	4.729
Alle Szenarien kombiniert		3.155	3.266	3.471	3.983	5.074
Amb. Pflegebedürftige						
Basis		1.975	2.046	2.184	2.536	3.089
Nachfragereduktion		1.970	2.035	2.161	2.476	2.936
Professionalisierung	1.905	1.991	2.078	2.251	2.700	3.694
Ambulantisierung		1.992	2.082	2.261	2.736	3.614
Alle Szenarien kombiniert		2.003	2.103	2.305	2.841	4.066
Pflegegeldempfänger						
Basis		7.372	7.547	7.887	8.722	9.973
Nachfragereduktion		7.352	7.507	7.804	8.515	9.480
Professionalisierung	7.198	7.341	7.483	7.754	8.393	8.763
Ambulantisierung				Nicht zutreffend		
Alle Szenarien kombiniert		7.321	7.443	7.670	8.186	8.271

Quelle: Eigene Berechnungen anhand von Augurzky et al. (2013).

In Tabelle 8 wird der sich daraus ableitende jeweilige Bedarf an Plätzen dargestellt. Sollte der Bedarf aufgrund einer Nachfragereduktion gering ausfallen, werden 2015 nur rund 40 weitere Plätze benötigt. Im Szenario Professionalisierung ist dagegen von einem Bedarf von über 260 Plätzen auszugehen. Alle Szenarien weisen aber ab 2015 einen weiteren Bedarf an vollstationären Pflegeplätzen aus, der bis 2030 zwischen 1.421 und 2.562 Plätzen variieren kann. Tabelle 9 vergleicht die Personalbedarfe für die unterschiedlichen Szenarien in der professionellen ambulanten und vollstationären Pflege. Insgesamt ist in der vollstationären Pflege von einem zusätzlichen Bedarf an Personal zwischen fast 1.000 (Ambulantisierung) bis zu 1.700 Vollkräften (Professionalisierung) auszugehen. In der ambulanten Pflege werden bis 2030 zwischen 330 und 700 zusätzliche Vollkräfte benötigt.

Tabelle 8: Erwarteter Bedarf an vollstationären Plätzen nach Szenarien

Bedarf an neuen Plätzen

	2011	2012	2013	2015	2020	2030
Basis	0	0	0	197	794	1.932
Nachfragereduktion	0	0	0	37	587	1.659
Professionalisierung	0	0	0	266	968	2.562
Ambulantisierung	0	0	0	121	599	1.421
Alle Szenarien zusammen	0	0	0	151	667	1.769

Quelle: Eigene Berechnungen anhand von Augurzky et al. (2013).

Tabelle 9: Erwarteter Personalbedarf in der professionellen Pflege nach Szenarien
Zusätzliche Vollkräfte 2030 gegenüber 2011

	Pflegefachkräfte	Pflegehilfskräfte	Andere	Insgesamt
Vollstationär				
Basis	508	160	654	1.322
Nachfragereduktion	442	134	567	1.143
Professionalisierung	647	215	835	1.697
Ambulantisierung	388	113	496	997
Alle Szenarien kombiniert	467	144	600	1.211
Ambulant				
Basis	204	73	103	380
Nachfragereduktion	177	63	90	330
Professionalisierung	313	109	158	580
Ambulantisierung	299	104	151	554
Alle Szenarien kombiniert	380	131	191	703

Quelle: Eigene Berechnungen anhand von Augurzky et al. (2013).

4.3 Verteilung auf Gemeindeebene

Tabelle 10 zeigt die Verteilung der vollstationären Pflegebedürftigen für die Basisprojektion bis 2030, die aufgrund der Pflegequoten und der demografischen Zusammensetzung in den Gemeinden zu erwarten wäre. Insbesondere in den Gemeinden Dormagen und Kaarst kann sich die Zahl der stationären Pflegebedürftigen bis 2030 mehr als verdoppeln.

Tabelle 10: Erwartete Verteilung der vollstationären Pflegebedürftigen nach Gemeinden
Erwartete Anzahl Pflegebedürftige

	2011	2012	2013	2015	2020	2030
Dormagen	414	438	460	509	632	887
Grevenbroich	424	440	454	482	547	638
Jüchen	150	155	158	164	180	211
Kaarst	313	328	344	375	470	700
Korschenbroich	223	230	236	251	289	380
Meerbusch	430	445	462	493	577	729
Neuss	1004	1040	1079	1142	1302	1552
Rommerskirchen	85	90	94	102	121	156

Quelle: Eigene Berechnungen anhand von Augurzky et al. (2013) und IT.NRW (2012).

Die Verteilung der ambulanten Sachleistungsempfänger wird in Tabelle 11 ebenfalls für das Basisszenario dargestellt. Wenig überraschend ist hier auch für die Gemeinden Dormagen und Kaarst der starke Anstieg von über 80% auf 478 bzw. 363. Lediglich in Jüchen bleibt der Anstieg bis 2030 auf 139 Pflegebedürftige unter 50%. Für die restlichen Kommunen liegen die Steigerungsraten zwischen 53% (Grevenbroich) und 67% (Rommerskirchen).

Tabelle 11: Erwartete Verteilung der ambulanten Sachleistungsempfänger nach Gemeinden

Erwartete Anzahl Pflegebedürftige

	2011	2012	2013	2015	2020	2030
Dormagen	262	276	289	317	422	478
Grevenbroich	265	274	282	298	309	405
Jüchen	94	97	99	104	110	139
Kaarst	197	206	216	235	337	363
Korschenbroich	139	142	147	155	189	218
Meerbusch	267	276	287	305	345	430
Neuss	627	647	668	706	749	968
Rommerskirchen	53	56	58	63	76	89

Quelle: Eigene Berechnungen anhand von Augurzky et al. (2013) und IT.NRW (2012).

Schließlich zeigt Tabelle 12 die Verteilung der Pflegegeldempfänger im Basisszenario auf die acht Kommunen des Rhein-Kreises Neuss. Auch hier zeigen Dormagen (ca. 500 Pflegegeldempfänger) und Kaarst (ca. 390 Pflegegeldempfänger) einen Anstieg von über 50%.

Tabelle 12: Erwartete Verteilung der Pflegegeldempfänger nach Gemeinden

Erwartete Anzahl Pflegebedürftige

	2011	2012	2013	2015	2020	2030
Dormagen	1.005	1.040	1.072	1.142	1.408	1.511
Grevenbroich	1.010	1.032	1.052	1.090	1.108	1.334
Jüchen	361	367	372	383	397	465
Kaarst	734	756	780	829	1.071	1.120
Korschenbroich	527	536	547	569	651	715
Meerbusch	971	995	1.019	1.065	1.158	1.350
Neuss	2.388	2.437	2.490	2.582	2.666	3.189
Rommerskirchen	203	209	215	227	263	288

Quelle: Eigene Berechnungen anhand von Augurzky et al. (2013) und IT.NRW (2012).

5. Fazit

Hauptgrund für das Wachstum des Pflegemarkts ist die rasche Alterung der Gesellschaft, die in den kommenden Jahrzehnten weiter anhalten wird. Unter der Annahme konstanter Pflegequoten, d.h. Prävalenzraten, wird die Nachfrage nach Pflegeleistungen ungebrochen weiter zunehmen. Im Rhein-Kreis Neuss ist bis 2020 mit rund 4.100 vollstationären Pflegebedürftigen zu rechnen, bis 2030 mit etwa 5.250 was gegenüber 2011 einen Anstieg um 35% bzw. 73% bedeutete und damit deutlich über dem erwarteten Nachfragewachstum in NRW bzw. Deutschland liegt. Bei den ambulanten Sachleistungsempfängern und den Pflegegeldempfängern ist bis 2030 mit einem Anstieg auf rund 3.100 bzw. 10.000 Fälle zu rechnen.

Das Nachfragewachstum führt zu einem zusätzlichen Bedarf von etwa 1.400 bis 2.600 stationären Pflegeplätzen bis 2030, wobei ein konkreter Bedarf zwischen 37 und 266 Plätzen bereits ab 2015 bestehen wird. Darüber hinaus ist auch mehr Personal erforderlich. Bis 2030 rechnen wir mit insgesamt 1.000 bis 1.700 zusätzlichen Stellen (Vollkräfte) in der stationären und mit 330 bis 700 in der ambulanten Pflege. Bei Pflegefachkräften gehen wir bis 2030 von einem zusätzlichen Bedarf zwischen 620 bis 960 in der stationären und ambulanten Pflege aus.

Referenzen

- Augurzky, B., C. Hentschker, S. Krolop und R. Mennicken (2013), Pflegeheim Rating Report 2013 – Ruhiges Fahrwasser erreicht. Hannover: Vincentz Network.
- Information und Technik Nordrhein-Westfalen (IT.NRW) (2012), Vorausberechnung der Bevölkerung in den kreisfreien Städten und Kreisen Nordrhein-Westfalens 2011 bis 2030/2050, Zugriff am 21. November 2013 von http://www.it.nrw.de/statistik/analysen/stat_studien/2012/band_72/z089201251.pdf.
- Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2011), Pflegestatistik - Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung - Deutschlandergebnisse - 2009. Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2013), Pflegestatistik - Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung - Deutschlandergebnisse - 2011. Wiesbaden.
- Stoffer, F.J. (2011), Bürokratie versus Lebensqualität, Altenheim (6), S. 22-24.

Appendix

Tabelle 13: Anteil der 0 bis 2-jährigen
in %

	Bevölkerungs- vorausberechnung von IT.NRW		Daten des Sozioökonomischen Monitorings	
	2011	2030	2011	2030
Rhein-Kreis Neuss	3	2	3	2
Dormagen	2	2	2	2
Grevenbroich	2	2	2	2
Jüchen	2	2	2	2
Kaarst	2	2	2	2
Korschenbroich	2	2	2	2
Meerbusch	3	2	3	3
Neuss	3	3	3	3
Rommerskirchen	2	2	2	2

Quelle: Eigene Berechnungen anhand von IT.NRW (2012) und Tabelle 3.1.3 aus dem Sozioökonomischen Monitoring.

Tabelle 14: Anteil der 3 bis 5-jährigen
in %

	Bevölkerungs- vorausberechnung von IT.NRW		Daten des Sozioökonomischen Monitorings	
	2011	2030	2011	2030
Rhein-Kreis Neuss	3	3	3	3
Dormagen	2	2	2	2
Grevenbroich	3	3	3	2
Jüchen	3	2	3	3
Kaarst	2	2	2	2
Korschenbroich	2	3	2	2
Meerbusch	3	3	3	3
Neuss	3	3	3	3
Rommerskirchen	3	2	3	3

Quelle: Eigene Berechnungen anhand von IT.NRW (2012) und Tabelle 3.1.4 aus dem Sozioökonomischen Monitoring

Tabelle 15: Anteil der 65 bis 79-jährigen
in %

	Bevölkerungs- vorausberechnung von IT.NRW		Daten des Sozioökonomischen Monitorings	
	2011	2030	2011	2030
Rhein-Kreis Neuss	16	19	16	19
Dormagen	16	20	16	21
Grevenbroich	15	19	15	20
Jüchen	16	23	15	20
Kaarst	18	19	19	21
Korschenbroich	15	25	16	22
Meerbusch	18	18	18	20
Neuss	15	17	15	18
Rommerskirchen	14	20	14	19

Quelle: Eigene Berechnungen anhand von IT.NRW (2012) und Tabelle 3.1.7 aus dem Sozioökonomischen Monitoring.

Tabelle 16: Erwartete Verteilung der vollstationären Pflegebedürftigen nach Gemeinden

Erwartete Anzahl Pflegebedürftige – Szenario Nachfragereduktion

	2011	2012	2013	2015	2020	2030
Dormagen	414	437	441	486	599	839
Grevenbroich	424	439	435	460	519	603
Jüchen	150	155	151	157	171	199
Kaarst	313	327	330	358	445	662
Korschenbroich	223	229	226	240	274	359
Meerbusch	430	443	443	471	547	689
Neuss	1.004	1.037	1.033	1.090	1.234	1.466
Rommerskirchen	85	90	90	98	114	148

Quelle: Eigene Berechnungen anhand von Augurzky et al. (2013) und IT.NRW (2012).

Tabelle 17: Erwartete Verteilung der vollstationären Pflegebedürftigen nach Gemeinden

Erwartete Anzahl Pflegebedürftige – Szenario Professionalisierung

	2011	2012	2013	2015	2020	2030
Dormagen	414	440	464	519	657	990
Grevenbroich	424	442	459	491	569	712
Jüchen	150	156	159	167	188	235
Kaarst	313	330	348	383	488	781
Korschenbroich	223	231	239	256	300	424
Meerbusch	430	447	467	503	600	813
Neuss	1004	1045	1089	1163	1354	1731
Rommerskirchen	85	90	95	104	125	174

Quelle: Eigene Berechnungen anhand von Augurzky et al. (2013) und IT.NRW (2012).

Tabelle 18: Erwartete Verteilung der vollstationären Pflegebedürftigen nach Gemeinden

Erwartete Anzahl Pflegebedürftige – Szenario Ambulantisierung

	2011	2012	2013	2015	2020	2030
Dormagen	414	436	455	498	601	799
Grevenbroich	424	437	449	471	520	574
Jüchen	150	154	156	161	172	190
Kaarst	313	326	340	367	447	630
Korschenbroich	223	229	234	245	275	342
Meerbusch	430	442	457	483	548	656
Neuss	1004	1034	1067	1117	1238	1397
Rommerskirchen	85	89	93	100	115	141

Quelle: Eigene Berechnungen anhand von Augurzky et al. (2013) und IT.NRW (2012).

Tabelle 19: Erwartete Verteilung der vollstationären Pflegebedürftigen nach Gemeinden

Erwartete Anzahl Pflegebedürftige – Kombiniertes Szenario

	2011	2012	2013	2015	2020	2030
Dormagen	414	437	457	503	612	857
Grevenbroich	424	438	451	475	529	616
Jüchen	150	154	157	162	174	204
Kaarst	313	327	342	370	454	676
Korschenbroich	223	229	235	248	279	367
Meerbusch	430	443	459	487	558	704
Neuss	1004	1037	1072	1126	1259	1499
Rommerskirchen	85	90	93	101	117	151

Quelle: Eigene Berechnungen anhand von Augurzky et al. (2013) und IT.NRW (2012).

Tabelle 20: Erwartete Verteilung der ambulanten Sachleistungsempfänger nach Gemeinden

Erwartete Anzahl Pflegebedürftige – Szenario Nachfragereduktion

	2011	2012	2013	2015	2020	2030
Dormagen	262	275	288	314	412	454
Grevenbroich	265	273	281	295	302	385
Jüchen	94	97	99	103	107	132
Kaarst	197	206	215	233	329	345
Korschenbroich	139	142	146	154	184	207
Meerbusch	267	276	285	302	337	409
Neuss	627	645	665	698	731	921
Rommerskirchen	53	56	58	62	74	85

Quelle: Eigene Berechnungen anhand von Augurzky et al. (2013) und IT.NRW (2012).

Tabelle 21: Erwartete Verteilung der ambulanten Sachleistungsempfänger nach Gemeinden

Erwartete Anzahl Pflegebedürftige – Szenario Professionalisierung

	2011	2012	2013	2015	2020	2030
Dormagen	262	278	294	307	449	571
Grevenbroich	265	276	287	307	329	484
Jüchen	94	98	101	107	117	166
Kaarst	197	208	219	242	359	434
Korschenbroich	139	144	149	160	201	260
Meerbusch	267	279	291	315	367	514
Neuss	627	652	679	727	798	1158
Rommerskirchen	53	56	59	65	81	106

Quelle: Eigene Berechnungen anhand von Augurzky et al. (2013) und IT.NRW (2012).

Tabelle 22: Erwartete Verteilung der ambulanten Sachleistungsempfänger nach Gemeinden

Erwartete Anzahl Pflegebedürftige – Szenario Ambulantisierung

	2011	2012	2013	2015	2020	2030
Dormagen	262	279	294	329	455	559
Grevenbroich	265	276	287	309	333	474
Jüchen	94	98	101	108	119	163
Kaarst	197	208	220	244	364	424
Korschenbroich	139	144	149	161	204	255
Meerbusch	267	279	292	316	372	503
Neuss	627	652	680	731	808	1133
Rommerskirchen	53	56	59	65	82	104

Quelle: Eigene Berechnungen anhand von Augurzky et al. (2013) und IT.NRW (2012).

Tabelle 23: Erwartete Verteilung der ambulanten Sachleistungsempfänger nach Gemeinden

Erwartete Anzahl Pflegebedürftige – Kombiniertes Szenario

	2011	2012	2013	2015	2020	2030
Dormagen	262	280	297	335	473	629
Grevenbroich	265	278	290	315	346	533
Jüchen	94	99	102	110	123	183
Kaarst	197	209	222	248	378	477
Korschenbroich	139	144	151	164	211	287
Meerbusch	267	280	295	322	386	566
Neuss	627	656	687	745	839	1275
Rommerskirchen	53	57	60	66	85	117

Quelle: Eigene Berechnungen anhand von Augurzky et al. (2013) und IT.NRW (2012).

Tabelle 24: Erwartete Verteilung der Pflegegeldempfänger nach Gemeinden

Erwartete Anzahl Pflegebedürftige – Szenario Nachfragereduktion

	2011	2012	2013	2015	2020	2030
Dormagen	1005	1037	1067	1130	1375	1436
Grevenbroich	1010	1029	1046	1078	1082	1268
Jüchen	361	366	370	379	387	442
Kaarst	734	754	776	821	1045	1065
Korschenbroich	527	535	544	563	636	680
Meerbusch	971	992	1014	1054	1131	1284
Neuss	2388	2430	2476	2555	2603	3031
Rommerskirchen	203	209	213	224	257	274

Quelle: Eigene Berechnungen anhand von Augurzky et al. (2013) und IT.NRW (2012).

Tabelle 25: Erwartete Verteilung der Pflegegeldempfänger nach Gemeinden

Erwartete Anzahl Pflegebedürftige – Szenario Professionalisierung

	2011	2012	2013	2015	2020	2030
Dormagen	1005	1036	1063	1122	1355	1328
Grevenbroich	1010	1028	1043	1071	1067	1172
Jüchen	361	365	369	377	382	409
Kaarst	734	753	774	815	1030	984
Korschenbroich	527	534	542	559	626	629
Meerbusch	971	990	1011	1047	1115	1187
Neuss	2388	2426	2468	2539	2565	2802
Rommerskirchen	203	208	213	223	253	253

Quelle: Eigene Berechnungen anhand von Augurzky et al. (2013) und IT.NRW (2012).

Tabelle 26: Erwartete Verteilung der Pflegegeldempfänger nach Gemeinden

Erwartete Anzahl Pflegebedürftige – Kombiniertes Szenario

	2011	2012	2013	2015	2020	2030
Dormagen	1005	1033	1058	1110	1322	1253
Grevenbroich	1010	1025	1037	1060	1040	1106
Jüchen	361	364	367	373	372	386
Kaarst	734	750	770	807	1005	929
Korschenbroich	527	533	539	553	611	593
Meerbusch	971	988	1005	1036	1087	1120
Neuss	2388	2420	2455	2511	2502	2645
Rommerskirchen	203	208	212	220	247	239

Quelle: Eigene Berechnungen anhand von Augurzky et al. (2013) und IT.NRW (2012).

Konferenz für Gesundheit, Pflege und Alter

2. Sitzung | Grevenbroich, den 3. Juni 2014



Foto: Thinkstock



Pflegebedarfsanalyse Rhein-Kreis Neuss

Pflegebedarfsanalyse Rhein-Kreis Neuss

- 40 Jahre Silberner Plan
- 2008: Gutachten zur Nachfrageentwicklung, Forschungsgesellschaft für Gerontologie
- 2013: Sozioökonomisches Monitoring, Institut NIERS (Hochschule Niederrhein)
- Dezember 2013: Pflegebedarfsanalyse, Institute for Health Care Business GmbH

Pflegebedarfsanalyse Rhein-Kreis Neuss

➤ Datengrundlagen des Gutachtens

- Daten der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder nach § 109 Abs. 1 SGB XI
- Jahr: 2011
- IT.NRW

Pflegebedarfsanalyse Rhein-Kreis Neuss

✓ Bevölkerungsentwicklung

Tabelle 1: Bevölkerungsentwicklung im Rhein-Kreis Neuss

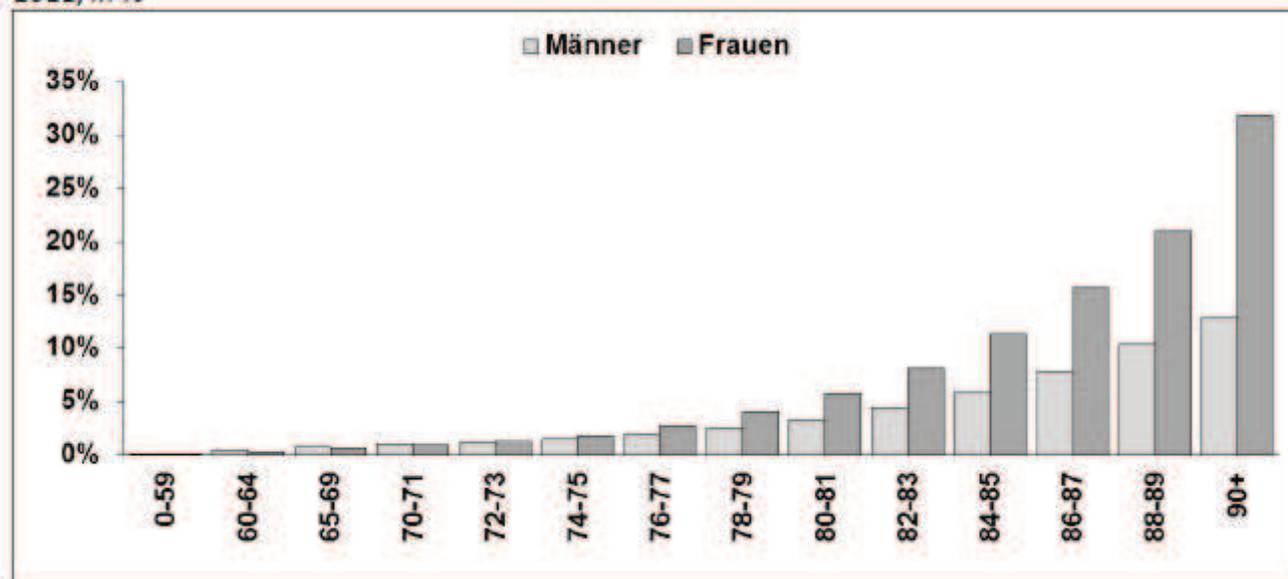
Bevölkerung	2011	2012	2013	2015	2020	2030
Gesamt						
Rhein-Kreis Neuss	437.732	437.648	437.365	436.717	434.858	427.420
	100,0	100,0	99,9	99,8	99,3	97,6
NRW	100,0	100,0	99,9	99,7	99,0	96,8
Deutschland	100,0	99,9	99,7	99,3	98,2	95,3
Über-80-Jährige						
Rhein-Kreis Neuss	21.802	22.650	23.325	25.305	33.398	37.802
	100,0	103,9	107,0	116,1	153,2	173,4
NRW	100,0	102,2	103,9	109,3	135,9	149,5
Deutschland	100,0	101,7	103,0	110,2	137,1	149,5

Quelle: Eigene Berechnungen anhand von IT.NRW (2012).

Pflegebedarfsanalyse Rhein-Kreis Neuss

✓ Pflegequoten (vollstationär)

Schaubild 3: Vollstationäre Pflegequoten nach Alter und Geschlecht
2011; in %

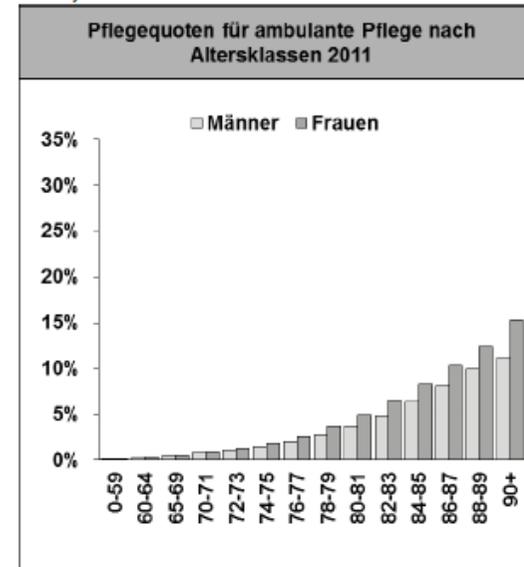
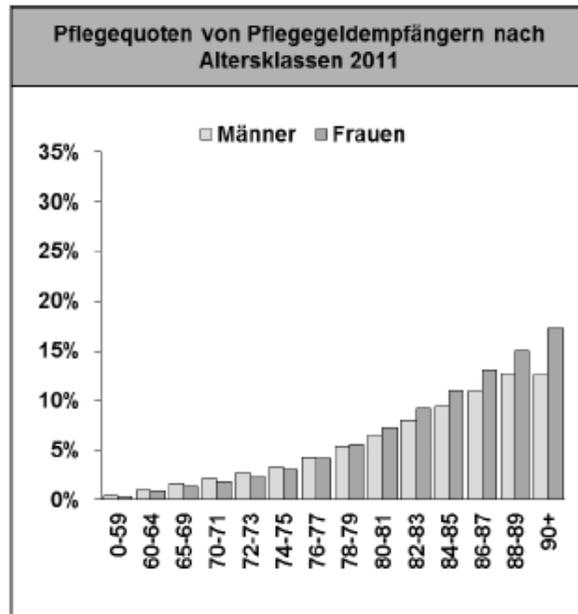


Quelle: Augurzky et al. (2013).

Pflegebedarfsanalyse Rhein-Kreis Neuss

✓ Pflegequoten

- ambulant
- Pflegegeldempfänger



Pflegebedarfsanalyse Rhein-Kreis Neuss

✓ Ergebnis der Bedarfsprognose

Tabelle 4: Projektion der Nachfrage nach Pflegeleistungen

Anzahl Pflegebedürftige und normiert auf 2011

Basisszenario	2011	2012	2013	2015	2020	2030
Vollst. Pflegebedürftige						
Rhein-Kreis Neuss	3.043	3.166	3.287	3.519	4.116	5.254
	100,0	104,0	108,0	115,6	135,3	172,7
NRW	100,0	103,2	106,3	111,9	125,6	153,5
Deutschland	100,0	102,8	105,4	110,5	123,0	148,5
Amb. Pflegebedürftige						
Rhein-Kreis Neuss	1.905	1.975	2.046	2.184	2.536	3.089
	100,0	103,7	107,4	114,6	133,1	162,2
NRW	100,0	102,8	105,6	111,0	124,2	147,7
Deutschland	100,0	102,6	105,1	110,2	122,8	143,8
Pflegegeldempfänger						
Rhein-Kreis Neuss	7.198	7.372	7.547	7.887	8.722	9.973
	100,0	102,4	104,8	109,6	121,2	138,5
NRW	100,0	101,8	103,7	107,2	115,7	130,7
Deutschland	100,0	101,8	103,5	107,0	115,3	128,6

Quelle: Eigene Berechnungen anhand von Augurzky et al. (2013).

Pflegebedarfsanalyse Rhein-Kreis Neuss

- Bestand an stationären Pflegeeinrichtungen
(Stand: 01.06.2014)
3.602 Plätze in 41 Einrichtungen
- Planungen
480 Plätzen in 6 Einrichtungen
- ✓ Anzahl ambulanter Pflegedienste
(Stand: 01.06.2014)
54 zugelassene Pflegedienste

Pflegebedarfsanalyse Rhein-Kreis Neuss

- Gegenüberstellung Bestand und Bedarf 2015

Bestand	=	3.602 Plätze
Nachfrage	=	3.519 Plätze
Überkapazität	=	83 Plätze

- Die Berechnung der Nachfrage durch die Verwaltung auf Grundlage des Gutachtens von FFG lag für 2015 bei 3.830 Plätzen, was eine geringere Überkapazität bedeutet hätte.

Pflegebedarfsanalyse Rhein-Kreis Neuss

- Gegenüberstellung Bestand, **Planung** und Bedarf 2015

Bestand + Planung	=	4.082 Plätze
Nachfrage	=	3.519 Plätze
Überkapazität	=	563 Plätze

- Die Berechnung der Nachfrage durch die Verwaltung auf Grundlage des Gutachtens von FFG lag für 2015 bei 3.830 Plätzen, was eine geringere Überkapazität bedeutet hätte.

Pflegebedarfsanalyse Rhein-Kreis Neuss

Tatsächliche Belegung der vollstationären
Pflegeeinrichtungen im Rhein-Kreis Neuss

Datum	Plätze	Belegt	frei
15.11.2013	3.356	3.270	86
15.02.2014	3.522	3.319	203
15.05.2014	3.522	3.345	177
01.06.2014	3.602
31.12.2015	3.922

Pflegebedarfsanalyse Rhein-Kreis Neuss

- Gegenüberstellung Bestand, Planung und Bedarf 2020

Bestand + Planung	=	4.082 Plätze
Nachfrage	=	4.116 Plätze
Fehlkapazität	=	34 Plätze

- Die Bedarfsberechnung der Verwaltung auf Grundlage des Gutachtens von FFG lag für 2020 bei 4.460 Plätzen.

Pflegebedarfsanalyse Rhein-Kreis Neuss

**Der Stand der
Entwicklung von
stationären Pflegeplätzen
ist 5 Jahre zu früh!**

Pflegebedarfsanalyse Rhein-Kreis Neuss

✓ Bedarf an Pflegepersonal

Tabelle 6: Erwarteter Personalbedarf
Zusätzliche Vollkräfte 2030 gegenüber 2011

	Pflegefachkräfte	Pflegehilfskräfte	Andere	Insgesamt
Vollstationär	508	160	654	1.322
Ambulant	204	73	103	380
Summe	713	233	757	1.703

Quelle: Eigene Berechnungen anhand von Augurzky et al. (2013).

Pflegebedarfsanalyse Rhein-Kreis Neuss

Vielen Dank für
Ihre Aufmerksamkeit!

Sitzungsvorlage-Nr. 50/0327/XVI/2014

Gremium	Sitzungstermin	Behandlung
Sozial- und Gesundheitsausschuss	20.11.2014	öffentlich

**Tagesordnungspunkt:
Erstes Pflegestärkungsgesetz**

Sachverhalt:

Ausgehend vom Regierungsentwurf für ein Fünftes Gesetz zur Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch (Fünftes SGB XI-Änderungsgesetz – 5. SGB XI-ÄndG) hat der Deutsche Bundestag am 17.10.2014 das nun „Gesetz zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und weitere Vorschriften – Erstes Pflegestärkungsgesetz“ genannte Gesetz beschlossen.

Das Gesetz sieht umfangreiche Leistungsverbesserungen in der Pflegeversicherung vor und tritt zum 01.01.2015 in Kraft.

Besonders Menschen in der sog. Pflegestufe 0 (Demenzkranke) haben erstmals einen Anspruch auf teilstationäre Tages- / Nachtpflege, Kurzzeitpflege, den Zuschlag für Mitglieder von ambulant betreuten Wohngruppen sowie auf die Anschubfinanzierung für die Gründung ambulant betreuter Wohngruppen.

In der beigegeführten Unterlage des Bundesministeriums für Gesundheit sind die Neuerungen im Einzelnen dargestellt. Die Verwaltung wird in der Sitzung hierzu nochmals vortragen.

Beschlussvorschlag:

Der Sozial- und Gesundheitsausschuss nimmt den Bericht zur Kenntnis.



PFLEGELEISTUNGEN NACH EINFÜHRUNG DES PFLEGESTÄRKUNGSGESETZ 1

– Stand: Bundesrat, 7. November 2014 –

Der Entwurf eines Fünften Gesetzes zur Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch (Pflegestärkungsgesetz 1) sieht eine Anpassung der Pflegeleistungen ab dem 1. Januar 2015 vor. Hier erhalten Sie einen Überblick, wie sich die Leistungen nach Inkrafttreten des Gesetzes zum 1. Januar 2015 erhöhen würden.

PFLEGEGELD FÜR HÄUSLICHE PFLEGE

Stufe der Pflegebedürftigkeit	Leistungen 2014 pro Monat (Angaben in Euro)	Leistungen ab 2015 pro Monat (Angaben in Euro)
Pflegestufe 0 (mit Demenz*)	120	123
Pflegestufe I	235	244
Pflegestufe I (mit Demenz*)	305	316
Pflegestufe II	440	458
Pflegestufe II (mit Demenz*)	525	545
Pflegestufe III	700	728
Pflegestufe III (mit Demenz*)	700	728

* Gilt für Personen mit dauerhaft erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz im Sinne von § 45a SGB XI - das sind vor allem an Demenz erkrankte Menschen

Das Pflegegeld kann in Anspruch genommen werden, wenn Angehörige oder Ehrenamtliche die Pflege übernehmen. Das Pflegegeld kann auch mit Pflegesachleistungen kombiniert werden.

ANSPRÜCHE AUF PFLEGESACHLEISTUNGEN FÜR HÄUSLICHE PFLEGE

Stufe der Pflegebedürftigkeit	Leistungen 2014 pro Monat (Angaben in Euro) bis zu	Leistungen ab 2015 pro Monat (Angaben in Euro) bis zu
Pflegestufe 0 (mit Demenz*)	225	231
Pflegestufe I	450	468
Pflegestufe I (mit Demenz*)	665	689
Pflegestufe II	1.100	1.144
Pflegestufe II (mit Demenz*)	1.250	1.298
Pflegestufe III	1.550	1.612
Pflegestufe III (mit Demenz*)	1.550	1.612
Härtefall	1.918	1.995
Härtefall (mit Demenz*)	1.918	1.995

* Gilt für Personen mit dauerhaft erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz im Sinne von § 45a SGB XI - das sind vor allem an Demenz erkrankte Menschen

Pflegesachleistungen können für die Hilfe durch einen ambulanten Pflegedienst eingesetzt werden. Pflegesachleistungen können auch mit dem Pflegegeld kombiniert werden.

PFLEGEHILFSMITTEL

Stufe der Pflegebedürftigkeit	Leistungen 2014 pro Monat (Angaben in Euro) bis zu	Leistungen ab 2015 pro Monat (Angaben in Euro) bis zu
Pflegestufe 0 (mit Demenz*)	31	40
Pflegestufe I, II oder III	31	40

* Gilt für Personen mit dauerhaft erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz im Sinne von § 45a SGB XI - das sind vor allem an Demenz erkrankte Menschen

Grundsätzlich werden unter dem Begriff Pflegehilfsmittel Geräte und Sachmittel verstanden, die zur häuslichen Pflege notwendig sind, sie erleichtern und dazu beitragen, dem Pflegebedürftigen eine selbstständige Lebensführung zu ermöglichen.

**PFLEGE BEI VERHINDERUNG EINER PFLEGEPERSON DURCH PERSONEN,
DIE KEINE NAHEN ANGEHÖRIGEN SIND**

Stufe der Pflegebedürftigkeit	Leistungen 2014 pro Kalenderjahr bis zu	Leistungen ab 2015 pro Kalenderjahr bis zu
Pflegestufe 0 (mit Demenz*)	1.550 Euro für Kosten einer notwendigen Ersatzpflege bis zu 4 Wochen	1.612 Euro für Kosten einer notwendigen Ersatzpflege bis zu 6 Wochen
Pflegestufe I, II oder III	1.550 Euro für Kosten einer notwendigen Ersatzpflege bis zu 4 Wochen	1.612 Euro für Kosten einer notwendigen Ersatzpflege bis zu 6 Wochen

* Gilt für Personen mit dauerhaft erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz im Sinne von § 45a SGB XI - das sind vor allem an Demenz erkrankte Menschen

Macht die private Pflegeperson Urlaub oder ist sie durch Krankheit vorübergehend an der Pflege gehindert, übernimmt die Pflegeversicherung die Kosten einer Ersatzpflege.

Ab dem 1. Januar 2015 ist eine Ersatzpflege bis zu 6 Wochen pro Kalenderjahr möglich. Außerdem kann bis zu 50% des Leistungsbetrags für Kurzzeitpflege (das sind bis zu 806 Euro) künftig zusätzlich für Verhinderungspflege ausgegeben werden. Verhinderungspflege kann dadurch auf max. 150% des bisherigen Betrages ausgeweitet werden. Der für die Verhinderungspflege in Anspruch genommene Erhöhungsbetrag wird auf den Leistungsbetrag für eine Kurzzeitpflege angerechnet.

Bei einer Ersatzpflege durch nahe Angehörige wird die Verhinderungspflege auch ab 1. Januar 2015 auf bis zu 6 Wochen im Kalenderjahr ausgedehnt. Die Aufwendungen sind grundsätzlich auf den 1,5fachen Betrag des Pflegegeldes der festgestellten Pflegestufe beschränkt.

TEILSTATIONÄRE LEISTUNGEN DER TAGES-/NACHTPFLEGE

Stufe der Pflegebedürftigkeit	Leistungen 2014 pro Monat (Angaben in Euro) bis zu	Leistungen ab 2015 pro Monat (Angaben in Euro) bis zu
Pflegestufe 0 (mit Demenz*)	0	231
Pflegestufe I	450	468
Pflegestufe I (mit Demenz*)	450	689
Pflegestufe II	1.100	1.144
Pflegestufe II (mit Demenz*)	1.100	1.298
Pflegestufe III	1.550	1.612
Pflegestufe III (mit Demenz*)	1.550	1.612

* Gilt für Personen mit dauerhaft erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz im Sinne von § 45a SGB XI - das sind vor allem an Demenz erkrankte Menschen

Unter Tages- und Nachtpflege (teilstationäre Versorgung) versteht man die zeitweise Betreuung im Tagesverlauf in einer Pflegeeinrichtung.

Ab dem 1. Januar 2015 können die Leistungen der Tages- und Nachtpflege neben der ambulanten Pflegesachleistung /dem Pflegegeld in vollem Umfang in Anspruch genommen werden.

KURZZEITPFLEGE

Stufe der Pflegebedürftigkeit	Leistungen 2014 pro Kalenderjahr bis zu	Leistungen ab 2015 pro Kalenderjahr bis zu
Pflegestufe 0 (mit Demenz*)	kein Anspruch	1.612 Euro für Kosten einer notwendigen Ersatzpflege bis zu 4 Wochen
Pflegestufe I, II oder III	1.550 Euro für Kosten einer notwendigen Ersatzpflege bis zu 4 Wochen	1.612 Euro für Kosten einer notwendigen Ersatzpflege bis zu 4 Wochen

* Gilt für Personen mit dauerhaft erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz im Sinne von § 45a SGB XI - das sind vor allem an Demenz erkrankte Menschen

Viele Pflegebedürftige (im Sinne des Rechts der Pflegeversicherung) sind nur für eine begrenzte Zeit auf vollstationäre Pflege angewiesen, insbesondere zur Bewältigung von Krisensituationen bei der häuslichen Pflege oder übergangsweise im Anschluss an einen Krankenhausaufenthalt. Für sie gibt es die Kurzzeitpflege in entsprechenden stationären Einrichtungen.

Ab dem 1. Januar 2015 wird gesetzlich klargestellt, dass der im Kalenderjahr bestehende, noch nicht verbrauchte Leistungsbetrag für Verhinderungspflege auch für Leistungen der Kurzzeitpflege eingesetzt werden kann. Dadurch kann der Leistungsbetrag der Kurzzeitpflege maximal verdoppelt werden; parallel kann auch die Zeit für die Inanspruchnahme von 4 auf bis zu 8 Wochen ausgeweitet werden. Der für die Kurzzeitpflege in Anspruch genommene Erhöhungsbetrag wird auf den Leistungsbetrag für eine Verhinderungspflege angerechnet.

ZUSÄTZLICHE LEISTUNGEN FÜR PFLEGEBEDÜRFTIGE IN AMBULANT BETREUTEN WOHNGRUPPEN

Stufe der Pflegebedürftigkeit	Leistungen 2014 pro Monat (Angaben in Euro)	Leistungen ab 2015 pro Monat (Angaben in Euro)
Pflegestufe 0 (mit Demenz*)	kein Anspruch	205
Pflegestufe I, II oder III	200	205

* Gilt für Personen mit dauerhaft erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz im Sinne von § 45a SGB XI - das sind vor allem an Demenz erkrankte Menschen

Neue Wohnformen, unter anderem Senioren-Wohngemeinschaften sowie Pflege-Wohn-Gemeinschaften, bieten die Möglichkeit, zusammen mit Frauen und Männern in der selben Lebenssituation zu leben und Unterstützung zu erhalten – ohne auf Privatsphäre und Eigenständigkeit zu verzichten.

Durch das Pflegestärkungsgesetz I wird die Inanspruchnahme der oben genannten Leistungen deutlich entbürokratisiert und vereinfacht.

WOHNUMFELDVERBESSERENDE MASSNAHMEN

Stufe der Pflegebedürftigkeit	Leistungen 2014 pro Maßnahme bis zu	Leistungen ab 2015 pro Maßnahme bis zu
Pflegestufe 0 (mit Demenz*)	2.557 Euro (bis 10.228 Euro, wenn mehrere Anspruchsberechtigte zusammen wohnen)	4.000 Euro (bis 16.000 Euro, wenn mehrere Anspruchsberechtigte zusammen wohnen)
Pflegestufe I, II oder III	2.557 Euro (bis 10.228 Euro, wenn mehrere Anspruchsberechtigte zusammen wohnen)	4.000 Euro (bis 16.000 Euro, wenn mehrere Anspruchsberechtigte zusammen wohnen)

* Gilt für Personen mit dauerhaft erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz im Sinne von § 45a SGB XI - das sind vor allem an Demenz erkrankte Menschen

Wenn ein Pflegebedürftiger oder jemand, der in seiner Alltagskompetenz dauerhaft erheblich eingeschränkt ist, zu Hause gepflegt und betreut wird, kann es hilfreich sein, das Wohnumfeld an die besonderen Belange des Pflege- oder Betreuungsbedürftigen individuell anzupassen.

LEISTUNGEN BEI VOLLSTATIONÄRER PFLEGE

Stufe der Pflegebedürftigkeit	Leistungen 2014 pro Monat (Angaben in Euro)	Leistungen ab 2015 pro Monat (Angaben in Euro)
Pflegestufe 0 (mit Demenz*)	0	0
Pflegestufe I	1.023	1.064
Pflegestufe I (mit Demenz*)	1.023	1.064
Pflegestufe II	1.279	1.330
Pflegestufe II (mit Demenz*)	1.279	1.330
Pflegestufe III	1.550	1.612
Pflegestufe III (mit Demenz*)	1.550	1.612
Härtefall	1.918	1.995
Härtefall (mit Demenz*)	1.918	1.995

* Gilt für Personen mit dauerhaft erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz im Sinne von § 45a SGB XI - das sind vor allem an Demenz erkrankte Menschen

Durch Leistungen der vollstationären Pflege werden Pflegebedürftige, die zum Beispiel in einem Pflegeheim leben, unterstützt.

PFLEGE IN VOLLSTATIONÄREN EINRICHTUNGEN DER HILFE FÜR BEHINDERTE MENSCHEN

Stufe der Pflegebedürftigkeit	Leistungen 2014 pro Monat (Angaben in Euro)	Leistungen ab 2015 pro Monat (Angaben in Euro)
Pflegestufe I-III	256	266

ZUSÄTZLICHE BETREUUNGS- (UND ENTLASTUNGS-)LEISTUNGEN

Stufe der Pflegebedürftigkeit	Leistungen 2014 pro Monat (Angaben in Euro) bis zu	Leistungen ab 2015 pro Monat (Angaben in Euro) bis zu
Pflegestufe I, II oder III (ohne erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz)	0	104
Pflegestufe 0, I, II oder III (mit dauerhaft erheblich einge- schränkter Alltagskompetenz, der zur Inanspruchnahme des Grundbetrages berechtigt)	100	104
Pflegestufe 0, I, II oder III (mit dauerhaft erheblich einge- schränkter Alltagskompetenz, der zur Inanspruchnahme des erhöhten Betrages berechtigt)	200	208

Den Betreuungsbetrag erhalten Versicherte mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz (psychisch kranke, behinderte oder demenziell erkrankte Menschen). Es wird je nach Betreuungsbedarf ein Grundbetrag oder ein erhöhter Betrag gewährt.

Ab dem 1. Januar 2015 werden zusätzliche Betreuungsleistungen um die Möglichkeit ergänzt, niedrighschwellige Entlastungsleistungen in Anspruch zu nehmen.

Wer seinen Anspruch auf ambulante Pflegesachleistungen nicht voll ausschöpft, kann zudem ab 1. Januar 2015 den nicht für den Bezug von ambulanten Sachleistungen genutzten Betrag – maximal aber 40 Prozent des hierfür vorgesehenen Leistungsbetrages – für niedrighschwellige Betreuungs- und Entlastungsangebote verwenden.

Sitzungsvorlage-Nr. 50/0328/XVI/2014

Gremium	Sitzungstermin	Behandlung
Sozial- und Gesundheitsausschuss	20.11.2014	öffentlich

**Tagesordnungspunkt:
Ausländische Flüchtlinge und Asylbewerber**

Sachverhalt:

Aufgrund des Anstiegs der zugewiesenen und aufzunehmenden ausländischen Flüchtlinge ist in den letzten Monaten auf allen Ebenen über die aktuellen Entwicklungen und Perspektiven der Flüchtlingspolitik gesprochen worden. Die Lage wird mit den 1990er-Jahren verglichen, als überall in Deutschland Notunterkünfte gebaut werden mussten, um Asylbewerber unterzubringen.

Die gesetzlichen Zuständigkeiten verpflichten die Städte und Gemeinden zur Aufnahme, Unterbringung und Versorgung der Flüchtlinge. Hierdurch entstehen auch für die kreisangehörigen Städte und Gemeinden des Rhein-Kreises Neuss enorme finanzielle Belastungen.

Der Sozial- und Gesundheitsausschuss wird mit den nachstehenden Ausführungen allgemein über die Situation informiert.

1. Personenkreis

Unter ausländischen Flüchtlingen versteht man diejenigen Personen, die – im Gegensatz zu den Spätaussiedlerinnen und Spätaussiedlern - nach der Zuwanderung ins Bundesgebiet zunächst nicht die deutsche Staatsangehörigkeit erhalten. Zu den ausländischen Flüchtlingen gehören vor allem die Asylbewerberinnen und Asylbewerber. Auch die durch das Kompetenzzentrum für Integration verteilten Kontingentflüchtlinge zählen zu den ausländischen Flüchtlingen. Weitere Personengruppen sind Bürgerkriegsflüchtlinge und sonstigen Aufnahmegruppen, denen aus humanitären Gründen eine Einreise und Aufnahme in der Bundesrepublik gewährt wird (z.B. verfolgte Minderheiten).

2. Aufnahmepflicht

Die Verpflichtung zur Aufnahme und Unterbringung von ausländischen Flüchtlingen ergibt sich aus §§ 23 ff des Aufenthaltsgesetzes des Bundes (AufenthG) sowie durch das Flüchtlingsaufnahmegesetzes NRW (FlüAG).

Nach dem FlüAG sind die Städte und Gemeinden verpflichtet, die ihnen zugewiesenen ausländischen Flüchtlinge aufzunehmen und unterzubringen. Es handelt sich um eine Pflichtaufgabe zur Erfüllung nach Weisung. Die Zuweisung von ausländischen Flüchtlingen erfolgt in NRW durch die Bezirksregierung Arnsberg nach einem festgelegten Zuweisungsschlüssel.

Von den Städten und Gemeinden sind in ausreichender Zahl Unterkünfte für neu zugewiesene Flüchtlinge bereitzuhalten bzw. zu unterhalten. Für die Aufnahme und Unterbringung erhalten die Städte und Gemeinden eine pauschalierte Landeszuweisung nach dem FlüAG für zugewiesene ausländische Flüchtlinge und nach dem Teilhabe- und Integrationsgesetz (TIG) eine Integrationspauschale für Spätaussiedler, jüdische Kontingentflüchtlinge und andere Personen mit Dauerbleiberecht (§ 11 TIG). Sozialleistungen an die ausländischen Flüchtlinge (Asylbewerber) werden nach dem Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG) zu Lasten der Städte und Gemeinden gewährt.

3. Erstaufnahme

Das Land NRW unterhielt in Unna-Massen eine Landesstelle für Aussiedler, Zuwanderer und ausländische Flüchtlinge, die zuständig war für die Aufnahme, Betreuung und Weiterleitung von [Spätaussiedlern](#), [jüdischen Emigranten](#) und anderen [Zuwanderern](#) mit einem [Dauerbleiberecht](#) in Deutschland. Am 1. Januar 2008 wurde die Landesstelle als „[Kompetenzzentrum für Integration](#)“ in die [Bezirksregierung Arnsberg](#) eingegliedert und mit Wirkung zum 30.06.2009 wurde die „Erstaufnahmeeinrichtung in Unna-Massen geschlossen. Das Land NRW hat zu diesem Zeitpunkt mehrere kleinere „Erstaufnahmeeinrichtungen“ in Dortmund und Bielefeld eröffnet. Die dem Land NRW zugewiesenen Flüchtlinge werden zunächst in diesen „Erstaufnahmeeinrichtungen“ des Landes NRW in Dortmund und Bielefeld und zur Zeit u.a. auch in Neuss untergebracht zur Entlastung der Erstaufnahmeeinrichtung in Dortmund.

Diese „Erstaufnahmeeinrichtung ehem. St. Alexius-Krankenhaus Neuss“ wird auch betreut durch die Stadt Dortmund über die Organisation European Homecare, die im Auftrag des Landes in Neuss und anderen Landeseinrichtungen Organisation und Betreuung übernimmt. Nach einer relativ kurzen Aufenthaltsdauer in der „Erstaufnahmeeinrichtung St. Alexius Neuss“ werden die ausländischen Flüchtlinge nach dem eingangs zitierten Zuweisungsschlüssel landesweit auf die Kommunen in NRW verteilt.

4. aktuell aufgenommene Asylbewerber im Rhein-Kreis Neuss

Zum Stand 14.10.2014 haben die aufnahmepflichtigen kreisangehörigen Städte und Gemeinden folgende Zahlen gemeldet:

Anlage zum Bericht vom 14.10.2014

	Asyl-antrag-steller § 2 Nr. 1 FlüAG	Asylfolge-antrag-steller §2 Nr. 1a FlüAG	Aufenthalts-erlaubnis nach § 24 AufenthG § 2 Nr. 2 FlüAG	Aufenthalts-erlaubnis nach § 23 Abs. 1 AufenthG § 2 Nr. 3 FlüAG	unerlaubt eingereiste Ausländer nach § 15 AufenthG § 2 Nr. 4 FlüAG
Dormagen	120	9	0	0	0
Grevenbroich	141	9	0	0	0

Jüchen	37	3	0	0	1
Kaarst	74	37	0	0	0
Korschenbroich	67	13	0	0	0
Meerbusch	123	17	0	0	0
Neuss	174	16	0	8	2
Rommerskirchen	29	5	0	0	0
gesamt	765	109	0	8	3

5. Herkunftsländer der Asylbewerber und Entwicklung der Asylzugangszahlen

Hierzu besteht eine monatlich aktualisierte Statistik des BAMF – Bundesamt für Migration und Flüchtlinge. Mit 4.929 Erstanträgen war Syrien Hauptherkunftsland im Monat Oktober, gefolgt von Serbien (1.962 Erstanträge) und Eritrea (1.451 Erstanträge). Insgesamt wurden im laufenden Jahr 135.634 Asylverfahren gestellt. Im Monat Oktober nahm das Bundesamt 18.415 Asylverfahren entgegen. Im Vergleichsmonat des Vorjahres waren es 12.940 Erstanträge, was einen Zuwachs von 42,3 Prozent bedeutet.

Auch die Zahl der Folgeanträge stieg im Oktober gegenüber dem vergleichbaren Vorjahreswert um 23,9 Prozent auf 2.864 Folgeanträge. Damit gingen im vergangenen Monat insgesamt 21.279 Asylanträge beim Bundesamt ein.

Im bisherigen Berichtsjahr 2014 wurden insgesamt 158.080 Asylanträge vom Bundesamt entgegen genommen. Davon waren 135.634 Erstanträge und 22.446 Folgeanträge. Dies stellt gegenüber dem vergleichbaren Vorjahreszeitraum eine Steigerung von 55,1 Prozent bzw. 66,3 Prozent dar.

Die Oktober-Ausgabe der Statistik ist beigelegt.

6. Aufwendungen der Städte und Gemeinden im Rhein-Kreis Neuss

Ämterliche Statistik nach IT NRW, Zahlen sind nicht gemeindeschärf verfügbar.

		Ausgaben				
Jahr	Insgesamt	davon für				
		Leistungen in besonderen Fällen	Grundleistungen	Leistungen bei Krankheit, Schwangerschaft und Geburt	Arbeitsgelegenheiten	sonstige Leistungen
2009	3.684.925 €	1.030.781 €	1.358.002 €	1.216.660 €	8.150 €	71.332 €
2010	3.685.493 €	1.048.862 €	1.721.515 €	831.693 €	10.257 €	73.166 €
2011	4.412.303 €	1.021.927 €	2.192.166 €	1.141.520 €	9.973 €	46.717 €
2012	4.859.164 €	1.022.545 €	2.780.539 €	1.002.880 €	8.712 €	44.488 €
2013	6.437.908 €	992.316 €	4.128.098 €	1.257.277 €	7.170 €	53.047 €

Jahr	Einnahmen	reine Ausgaben		
		Zusammen	je 1.000 Einwohner	Anteil an den Ausgaben
2009	184.229 €	3.500.696 €	7.899 €	95,0%
2010	122.393 €	3.563.100 €	8.032 €	96,7%
2011	152.336 €	4.259.967 €	9.603 €	96,5%
2012	194.978 €	4.664.186 €	10.514 €	96,0%
2013	240.363 €	6.197.545 €	14.088 €	96,3%

7. Gesundheitsfürsorge für Asylbewerber

Die Gesundheitsfürsorge in der zentralen Erstaufnahmeeinrichtung in Neuss übernehmen schwerpunktmäßig zwei niedergelassene Ärzte und ein weiterer Arzt aus dem Kreis Heinsberg.

Erwartungsgemäß treten in der Einrichtung immer wieder Infektionskrankheiten auf. Außerdem sind etliche Tuberkulose-Verdachtsfälle abzuklären, hierbei werden auch manifeste Tuberkulosen diagnostiziert.

Hinsichtlich der Tuberkuloseabklärung bei Kindern wurde bei Frau Ministerin Steffens angefragt (s. beigefügtes Schreiben).

Ansonsten erhalten ausländische Flüchtlinge Krankenhilfe über das Asylbewerberleistungsgesetz. Die örtlichen Sozialämter stellen hierfür Berechtigungsscheine aus.

Beschlussvorschlag:

Der Sozial- und Gesundheitsausschuss nimmt den Bericht zur Kenntnis.



Aktuelle Zahlen zu Asyl



Ausgabe: Oktober 2014

Tabellen
Diagramme
Erläuterungen

www.bamf.de



Inhalt

Aktuelle Zahlen zu Asyl

1. Asylzugangszahlen

Entwicklung der jährlichen Asylantragszahlen seit 1995
sowie der monatlichen Asylantragszahlen im laufenden Jahr

Entwicklung der monatlichen Asylantragszahlen im laufenden Jahr
sowie Vorjahreswerte zum Vergleich

Entwicklung der Asylerstantragszahlen im Jahresvergleich

Entwicklung der Asylfolgeantragszahlen im Jahresvergleich

2. Herkunftsländer

Die zehn zugangsstärksten Herkunftsländer (Monat)

Die zehn zugangsstärksten Herkunftsländer (Jahr)

3. Dublinverfahren

Übernahmeersuchen von Deutschland an die Mitgliedstaaten

Übernahmeersuchen von den Mitgliedstaaten an Deutschland

4. Entscheidungen

Entscheidungen und Entscheidungsquoten seit 2005 in Jahreszeiträumen

Entwicklung der einzelnen Entscheidungsarten seit 2005 in Prozent

Entwicklung der einzelnen Entscheidungsarten seit 2005 in absoluten Werten

Entwicklung der jährlichen Asylantragszahlen seit 1995 sowie der monatlichen Asylantragszahlen ab Januar 2014

Entwicklung der jährlichen Asylantragszahlen seit 1995

ZEITRAUM	ASYLANTRÄGE		
	insgesamt	davon Erstanträge	davon Folgeanträge
1995	166.951	127.937	39.014
1996	149.193	116.367	32.826
1997	151.700	104.353	47.347
1998	143.429	98.644	44.785
1999	138.319	95.113	43.206
2000	117.648	78.564	39.084
2001	118.306	88.287	30.019
2002	91.471	71.127	20.344
2003	67.848	50.563	17.285
2004	50.152	35.607	14.545
2005	42.908	28.914	13.994
2006	30.100	21.029	9.071
2007	30.303	19.164	11.139
2008	28.018	22.085	5.933
2009	33.033	27.649	5.384
2010	48.589	41.332	7.257
2011	53.347	45.741	7.606
2012	77.651	64.539	13.112
2013	127.023	109.580	17.443
Jan-Okt 2014	158.080	135.634	22.446
Jan 2014	14.463	12.556	1.907
Feb 2014	11.220	9.828	1.392
Mrz 2014	11.280	9.839	1.441
Apr 2014	11.503	10.199	1.304
Mai 2014	12.457	11.160	1.297
Jun 2014	14.019	12.077	1.942
Jul 2014	19.431	16.191	3.240
Aug 2014	17.695	15.138	2.557
Sep 2014	19.043	16.214	2.829
Okt 2014	21.279	18.415	2.864
Nov 2014			
Dez 2014			

Die Monatswerte können wegen evtl. nachträglicher Änderungen nicht zu einem Jahreswert addiert werden.

Im bisherigen Berichtsjahr 2014 wurden 135.634 Erstanträge vom Bundesamt entgegen genommen. Im Vergleichszeitraum des Vorjahres waren es 87.442 Erstanträge; dies bedeutet einen hohen Zuwachs um 55,1%. Die Zahl der Folgeanträge im bisherigen Jahr 2014 hat sich gegenüber dem vergleichbaren Vorjahreswert (13.495 Folgeanträge) um 66,3 % auf 22.446 Folgeanträge erhöht. Damit sind insgesamt 158.080 Asylanträge im bisherigen Jahr 2014 beim Bundesamt eingegangen; im Vergleich zum Vorjahreszeitraum mit 100.937 Asylanträgen bedeutet dies einen deutlichen Anstieg um 56,6%.



Entwicklung der monatlichen Asylantragszahlen ab Januar 2014 sowie Vorjahreswerte zum Vergleich

Im Berichtsmonat Oktober wurden 18.415 Erstanträge beim Bundesamt verzeichnet. Gegenüber dem Vormonat (September: 16.214 Personen) ist die Zahl der Erstanträge um 13,6 % gestiegen. Im Vergleich zum Vorjahr (Oktober 2013: 12.940 Personen) ist eine Steigerung des Monatswertes um 42,3 % zu verzeichnen.

Im Oktober 2014 waren folgende Herkunftsländer am stärksten vertreten:

- Syrien mit 4.929 Erstanträgen, im Vormonat Rang 1 mit 4.187 Erstanträgen (+17,7%), im Vorjahr Rang 1 mit 1.629 Erstanträgen (+202,6%).
- Serbien mit 1.962 Erstanträgen, im Vormonat mit 1.482 Erstanträgen auf Rang 3 (+32,4%), im Vorjahr Rang 2 mit 1.553 Erstanträgen (+26,3%).
- Eritrea mit 1.451 Erstanträgen, im Vormonat Rang 2 mit 1.645 Erstanträgen (-11,8%), im Vorjahr Rang 4 mit 691 Erstanträgen (+110,0%).

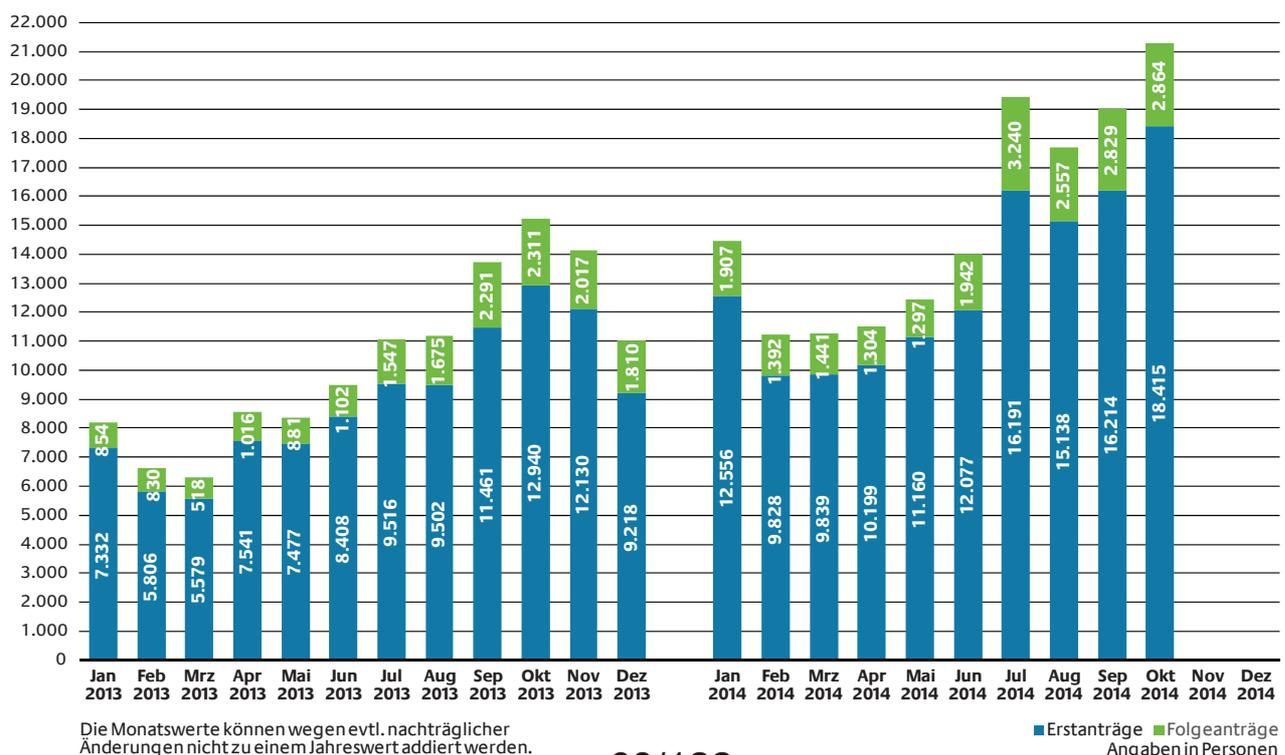
Fast ein Viertel aller Erstantragsteller (23,1%, 4.246 Personen) kam im Berichtsmonat aus den bereits im Vorjahr dominierenden Westbalkanländern (Serbien: 1.962, Kosovo: 972, Bosnien und Herzegowina: 626, Mazedonien: 581, Montenegro: 105). Zudem wurden weitere 593 Erstanträge aus Albanien gezählt.

Folgende Herkunftsländer waren im bisherigen Zeitraum Januar bis Oktober 2014 am stärksten vertreten:

- Syrien mit 28.661 Erstanträgen, im Vorjahr Rang 2 mit 9.427 Erstanträgen (+204,0%).
- Serbien mit 13.174 Erstanträgen, im Vorjahr Rang 3 mit 8.016 Erstanträgen (+64,3%).
- Eritrea mit 11.111 Erstanträgen, im Vorjahr mit 2.006 Erstanträgen auf Rang 12 (+453,9%).

Im Oktober 2014 sind 2.864 Folgeanträge eingegangen. Im Vergleich zum Vormonatswert (2.829 Folgeanträge) blieb die Zahl der Folgeanträge auf gleichem Niveau. Im Vergleich zum Vorjahreswert (2.311 Folgeanträge) hat sich die Zahl der Folgeanträge um 23,9 % erhöht. Drei Viertel aller Folgeanträge (74,2%; 2.126 Folgeanträge) des Berichtsmonats sind aus den fünf Ländern Serbien (1.160), Mazedonien (369), Bosnien und Herzegowina (343), Kosovo (224) und Montenegro (30) zu verzeichnen. Weitere 5,9% der Folgeanträge (169 Folgeanträge) wurden im Oktober von Personen aus dem Irak gestellt. Im laufenden Jahr wurden die meisten Folgeanträge aus Serbien (30,9%, 6.935 Personen) und dem Irak (15,8%, 3.536 Personen) erfasst.

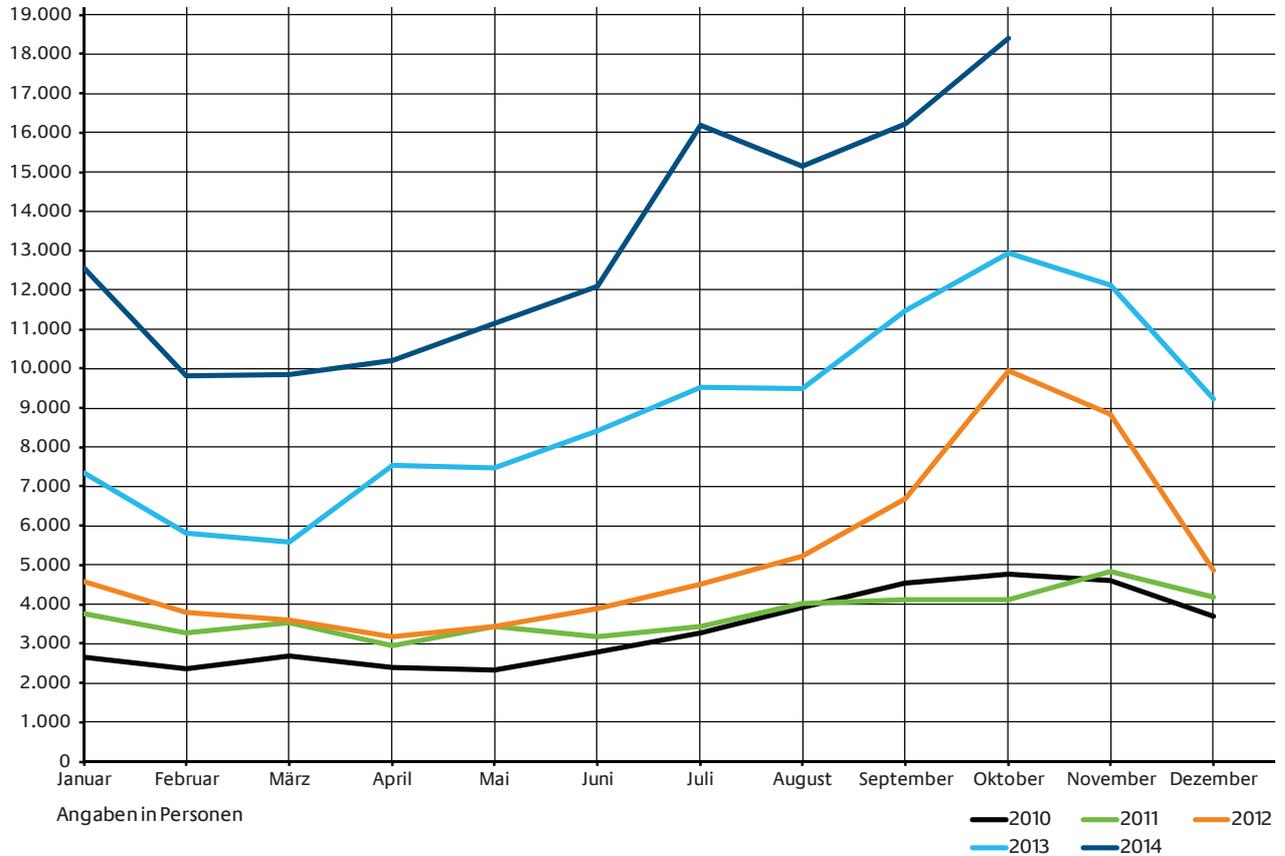
Entwicklung der monatlichen Asylantragszahlen seit Januar 2013



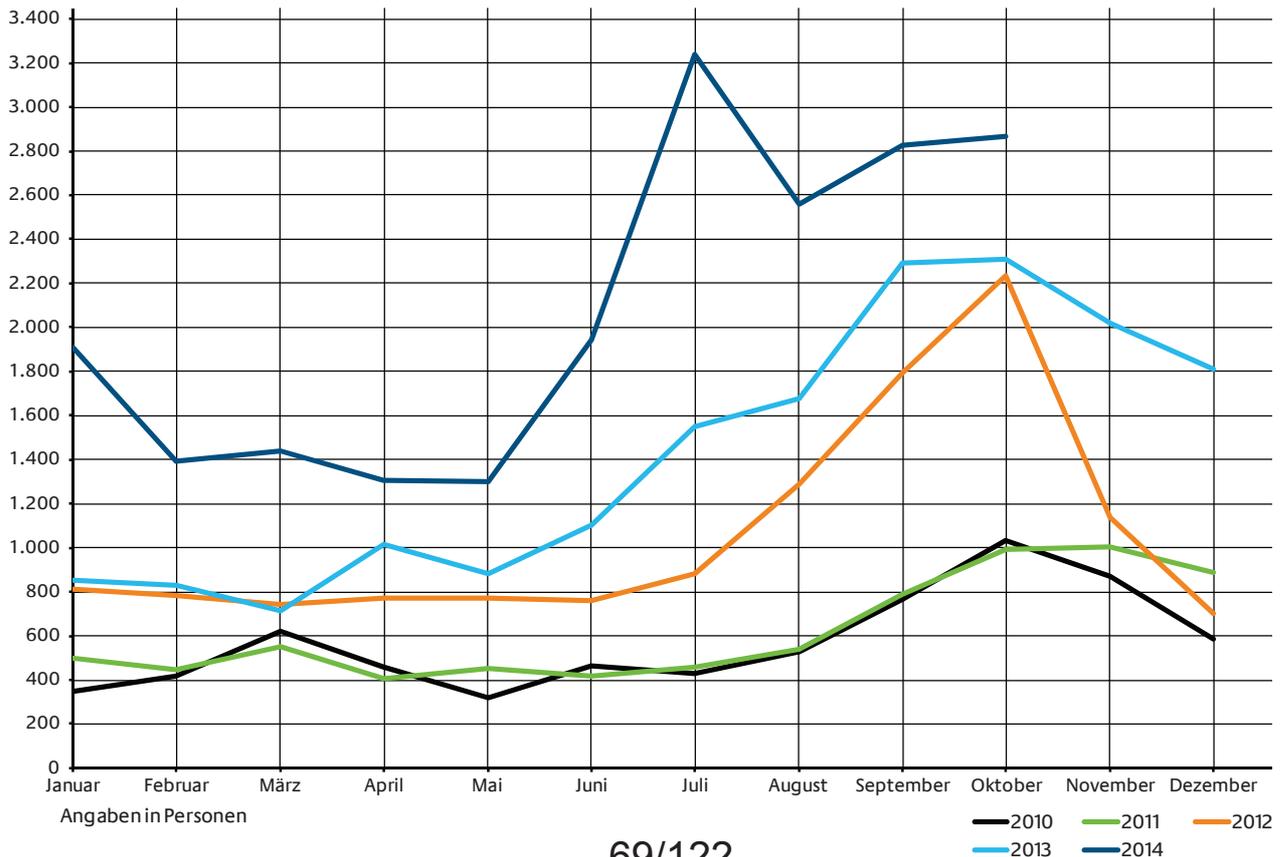


Asylzugangszahlen im Jahresvergleich

Entwicklung der Asyl^{er}stantragszahlen im Jahresvergleich (2010 bis 2014)



Entwicklung der Asylfolgeantragszahlen im Jahresvergleich (2010 bis 2014)

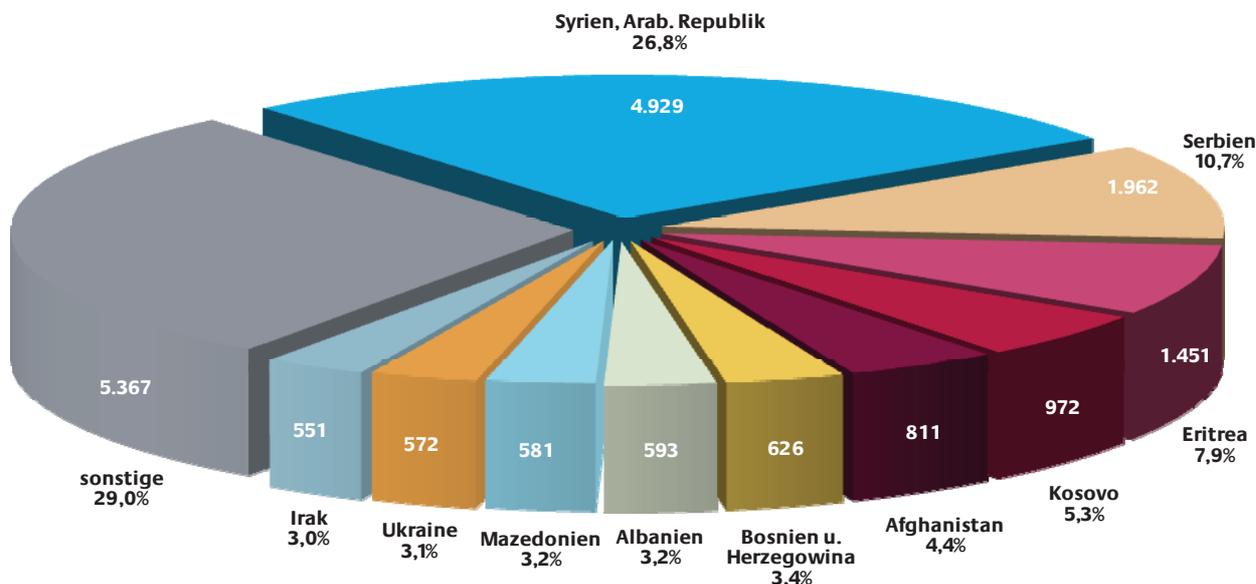




Die zehn zugangsstärksten Herkunftsländer

Hauptherkunftsländer im Oktober 2014

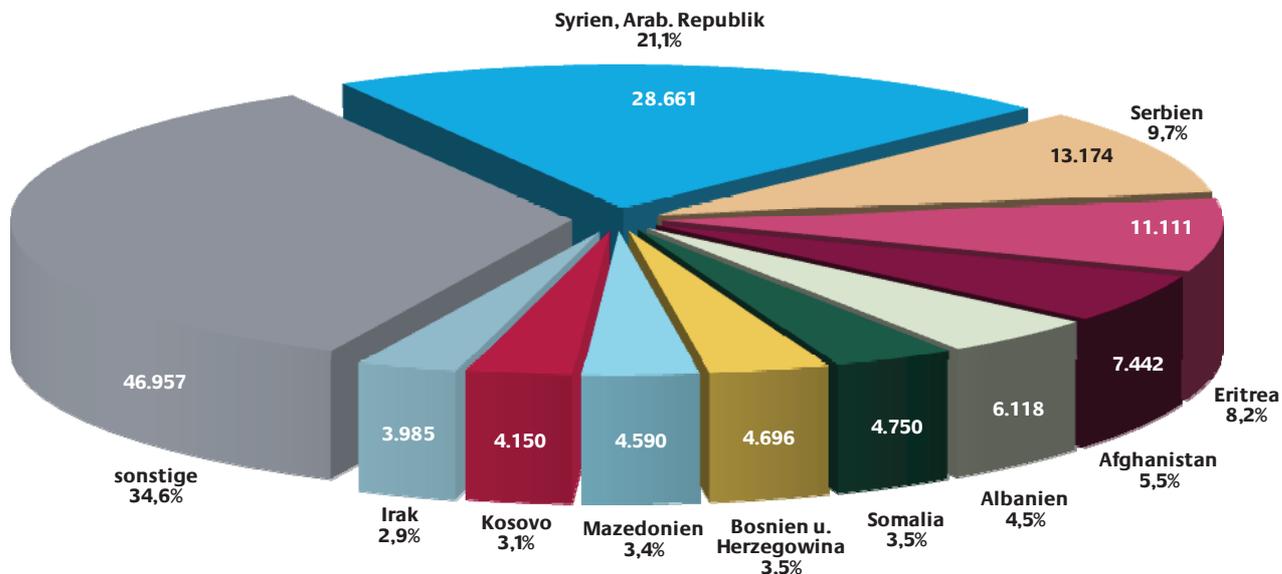
Gesamtzahl der Erstanträge: 18.415



Bei den Top-Ten-Ländern des Monats Oktober steht Syrien an erster Stelle mit einem Anteil von 26,8%. Den zweiten Platz nimmt Serbien mit einem Anteil von 10,7 % ein. Danach folgt Eritrea mit 7,9%. Fast die Hälfte (45,3%) aller gestellten Erstanträge entfällt damit auf diese ersten drei Herkunftsländer.

Hauptherkunftsländer im Zeitraum 01.01. bis 31.10.2014

Gesamtzahl der Erstanträge: 135.634

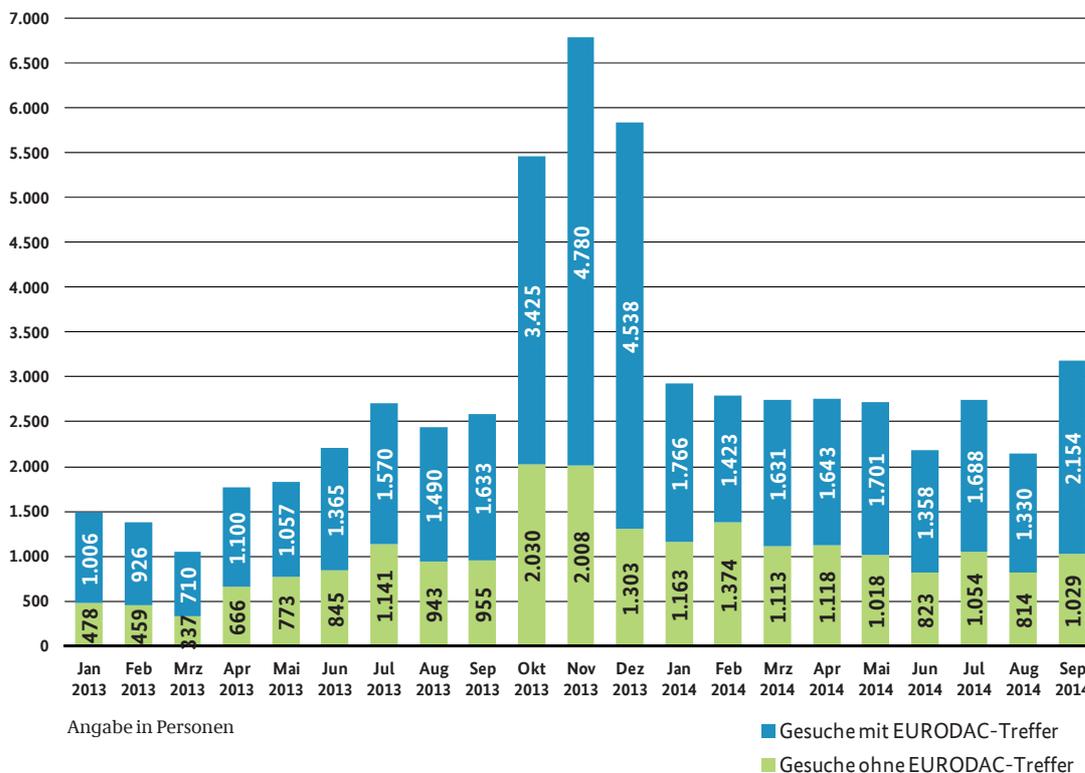


Bei den Top-Ten-Ländern im Zeitraum Januar – Oktober 2014 steht Syrien an erster Stelle mit einem Anteil von 21,1%. Den zweiten Platz nimmt Serbien mit einem Anteil von 9,7% ein. Danach folgt Eritrea mit 8,2%. Damit entfällt mehr als ein Drittel (39,0%) aller seit Januar 2014 gestellten Erstanträge auf die ersten drei Herkunftsländer.



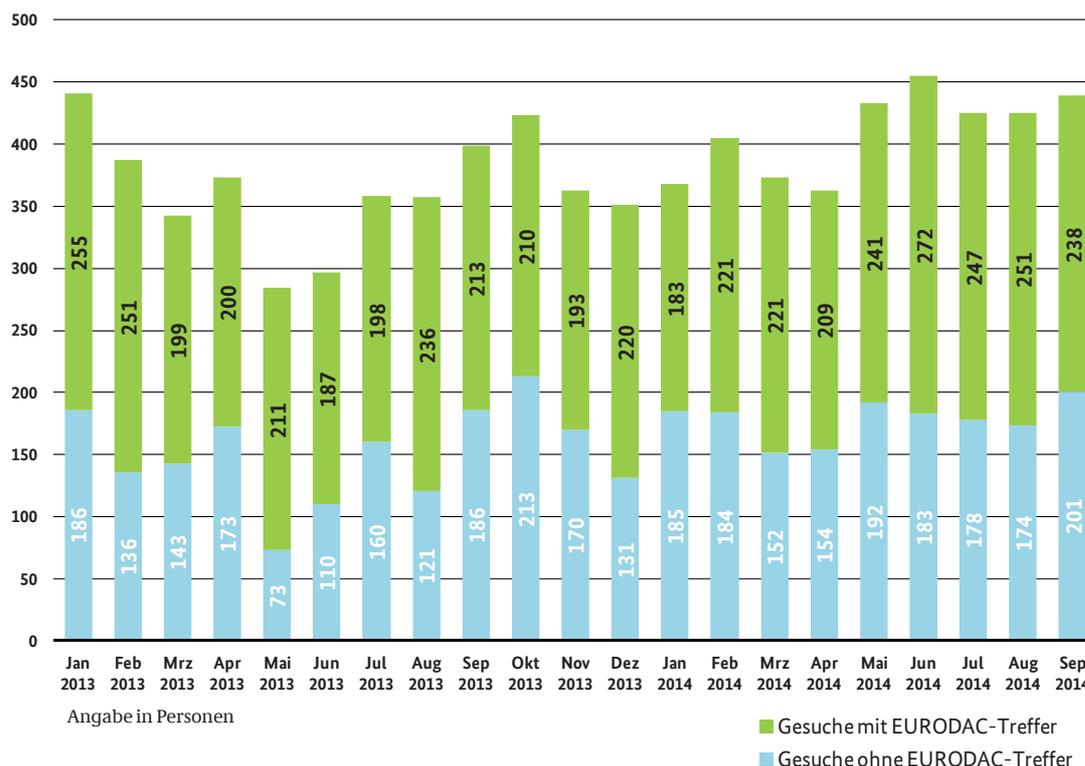
Übernahmeersuchen von Deutschland an die Mitgliedstaaten seit Januar 2013

Im September wurden wieder mehr Übernahmeersuchen an die Mitgliedstaaten gestellt, der Anteil der auf EURODAC-Treffern beruhenden Ersuchen stieg auf 68 %.



Übernahmeersuchen von den Mitgliedstaaten an Deutschland seit Januar 2013

Die Anzahl der Übernahmeersuchen von den Mitgliedstaaten an das Bundesamt ist im September angestiegen, der Anteil der EURODAC-Treffer lag bei 54 %.



Die Monatswerte können wegen evtl. nachträglicher Änderungen nicht zu einem Jahreswert addiert werden.

Entscheidungen und Entscheidungsquoten

Im Berichtsmonat Oktober 2014 wurden Asylverfahren von 13.015 Personen (10.739 Erst- und 2.276 Folgeanträge) vom Bundesamt entschieden. Die meisten Entscheidungen wurden dabei für Syrien (2.338) und Serbien (3.166) getroffen.

Im Monat Oktober lag die Gesamtschutzquote für alle HKL (Anerkennungen als Asylberechtigte, Flüchtlingsschutz gem. § 3 Abs. 1 AsylVfG, subsidiärer Schutz gem. § 4 Abs. 1 AsylVfG und Abschiebungsverbot gem. § 60 Abs. 5 o. 7 AufenthG) bei 25,8% (3.357 positive Entscheidungen von insgesamt 13.015).

Im bisherigen Berichtsjahr 2014 wurden insgesamt 99.546 Entscheidungen über Asylanträge getroffen. Dabei lag die Gesamtschutzquote für alle HKL im bisherigen Jahr 2014 bei 29,1% (29.006 positive Entscheidungen von insgesamt 99.546).

Im Monat Oktober 2014 wurden 4.372 Personen beim Bundesamt angehört.

Im bisherigen Berichtsjahr 2014 wurden insgesamt 42.831 Personen beim Bundesamt angehört. Von den 42.831 im Jahr 2014 angehörten Personen entfielen 90,7% (38.856 Anhörungen) auf Erstantragsverfahren.

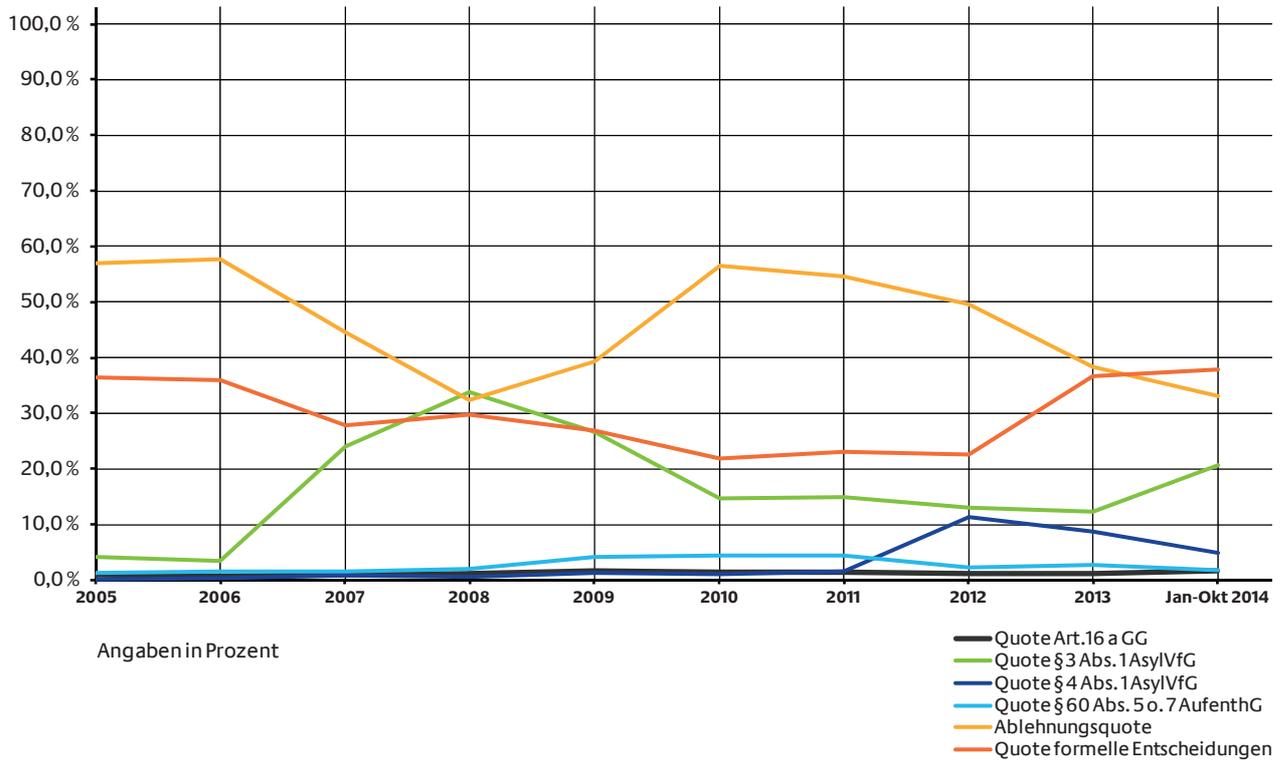
Entscheidungen und Entscheidungsquoten seit 2005 in Jahreszeiträumen

JAHR	ENTSCHEIDUNGEN über Asylanträge												
	insgesamt	SACHENTSCHEIDUNGEN										FORMELLE ENTSCHEIDUNGEN	
		davon Anerkennungen als Asylberechtigte (Art. 16 a GG und Familienasyl)	davon Anerkennungen als Flüchtling gem. § 3 Abs. 1 AsylVfG*	davon Gewährung von subsidiärem Schutz gem. § 4 Abs. 1 AsylVfG*	davon Feststellung eines Abschiebungsverbot gem. § 60 Abs. 5 o. 7 AufenthG*	davon Ablehnungen (unbegründet abgel./ offens. unbegr. abgel.)							
2005	48.102	411 0,9%	2.053 4,3%	71 0,1%	586 1,2%	27.452 57,1%	17.529 36,4%						
2006	30.759	251 0,8%	1.097 3,6%	144 0,5%	459 1,5%	17.781 57,8%	11.027 35,8%						
2007	28.572	304 1,1%	6.893 24,1%	226 0,8%	447 1,6%	12.749 44,6%	7.953 27,8%						
2008	20.817	233 1,1%	7.058 33,9%	126 0,6%	436 2,1%	6.761 32,5%	6.203 29,8%						
2009	28.816	452 1,6%	7.663 26,6%	395 1,4%	1.216 4,2%	11.360 39,4%	7.730 26,8%						
2010	48.187	643 1,3%	7.061 14,7%	548 1,1%	2.143 4,4%	27.255 56,6%	10.537 21,9%						
2011	43.362	652 1,5%	6.446 14,9%	666 1,5%	1.911 4,4%	23.717 54,7%	9.970 23,0%						
2012	61.826	740 1,2%	8.024 13,0%	6.974 11,3%	1.402 2,3%	30.700 49,7%	13.986 22,6%						
2013	80.978	919 1,1%	9.996 12,3%	7.005 8,7%	2.208 2,7%	31.145 38,5%	29.705 36,7%						
Jan-Okt 2014	99.546	1.657 1,7%	20.685 20,8%	4.969 5,0%	1.695 1,7%	32.904 33,1%	37.636 37,8%						

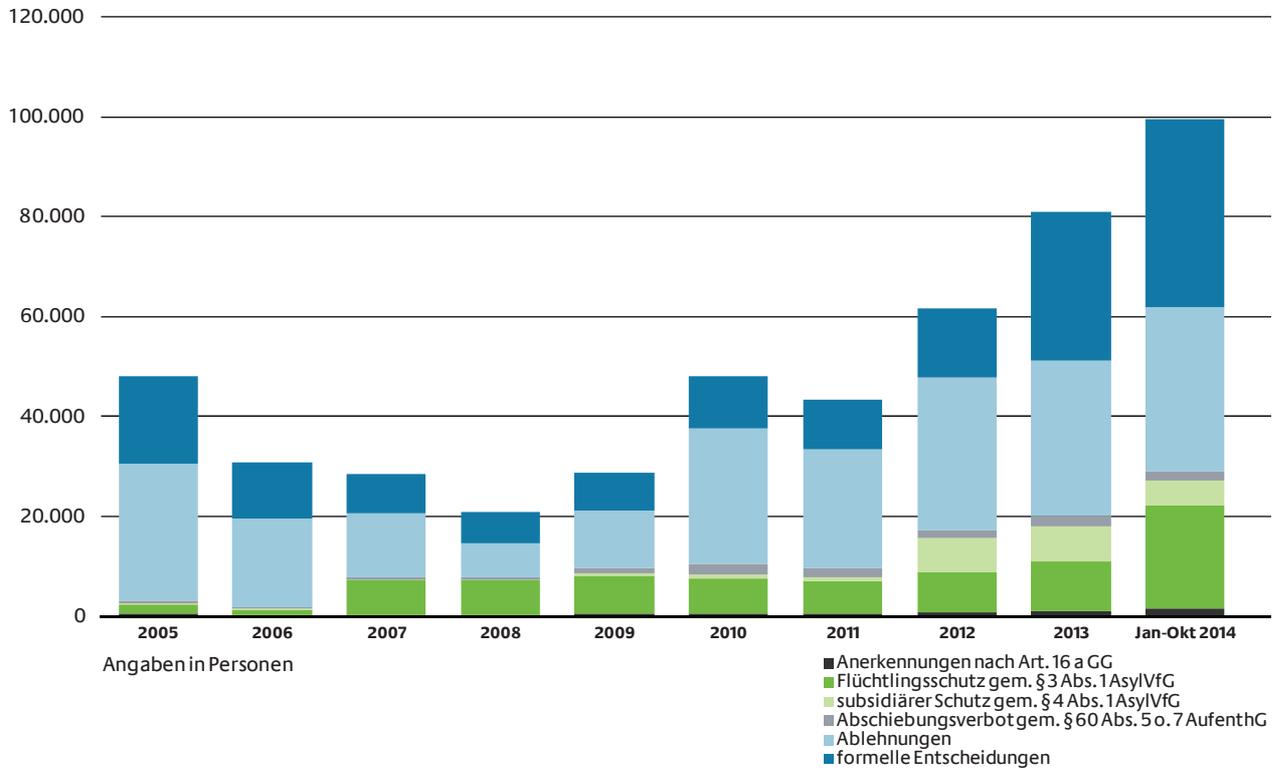
* Rechtsgrundlage für Entscheidungen zu Flüchtlingsschutz, subsidiärem Schutz und Abschiebungsverboten, die bis zum 30.11.2013 getroffen wurden, war § 60 Abs. 1, § 60 Abs. 2, 3 oder 7 S. 2 bzw. § 60 Abs. 5 oder 7 S. 1 AufenthG. Entsprechende Entscheidungen, die ab dem 01.12.2013 getroffen werden, gründen auf § 3 Abs. 1 AsylVfG, § 4 Abs. 1 AsylVfG bzw. § 60 Abs. 5 oder 7 AufenthG.



Entwicklung der einzelnen Entscheidungsarten seit 2005 in Prozent



Entwicklung der einzelnen Entscheidungsarten seit 2005 in absoluten Werten



Rechtsgrundlage für Entscheidungen zu Flüchtlingsschutz, subsidiärem Schutz und Abschiebungsverboten, die bis zum 30.11.2013 getroffen wurden, war § 60 Abs. 1, § 60 Abs. 2, 3 oder 7 S. 2 bzw. § 60 Abs. 5 oder 7 S. 1 AufenthG. Entsprechende Entscheidungen, die ab dem 01.12.2013 getroffen werden, gründen auf § 3 Abs. 1 AsylVfG, § 4 Abs. 1 AsylVfG bzw. § 60 Abs. 5 oder 7 AufenthG.

Sitzungsvorlage-Nr. 53/0330/XVI/2014

Gremium	Sitzungstermin	Behandlung
Sozial- und Gesundheitsausschuss	20.11.2014	öffentlich

**Tagesordnungspunkt:
Palliativversorgung und Hospizarbeit**

Sachverhalt:

Darum, dass die Menschen mit einer fortschreitenden nicht heilbaren Krankheit im Rhein-Kreis Neuss gut versorgt werden, kümmern sich qualifizierte Haus- und Fachärzte und qualifizierte Palliativmediziner, geschulte Palliativpflegedienste, die qualifizierten Ärzte an den Krankenhäusern mit Palliativbetten und nicht zuletzt die stationären und ambulant tätigen Hospizdienste sowie die Pflegekräfte in den Seniorenheimen.

Viele Schwerstkranke und Sterbende wollen die letzte Phase ihres Lebens zu Hause verbringen. Das ambulante Palliativnetzwerk „WiN – Wir in Neuss“ in der Kasterstr. 54, in Neuss, das die Allgemeinmediziner Dr. Steiner und Dr. Stenmanns mit Kollegen gegründet haben, kümmert sich um die allgemeine ambulante palliative Versorgung von Schwerkranken im Rhein-Kreis Neuss. Zu dem Netz gehören weitere Hausärzte, Urologen, Anästhesisten, Theologen / Seelsorger, ambulante Pflegedienste, 10 - qualifizierte Palliativärzte mit Rund-um-die-Uhr-Bereitschaftsdienst, 2 Apotheken, Pflegedienste der Caritas, AKN, Ambulante und stationäre Hospizdienste, Altenpflegeheime, geistlicher Beistand.

Interessant: Obwohl die allgemeine ambulante Palliativversorgung (AAPV) quasi das Fundament für die gesetzlich geregelte spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) bildet, haben Versicherte keinen gesetzlichen Anspruch darauf, da sie nicht, anders als die spezialisierte Palliativversorgung - im SGB V definiert ist. Die KV Nordrhein bemüht sich seit Jahren, diese gesetzliche Lücke zu schließen. Die spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) ist seit 2007 im Sozialgesetzbuch V verankert. Diese ist als Ergänzung zur AAPV konzipiert. Der Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) geht in der Richtlinie zur SAPV davon aus, dass rund zehn Prozent aller Palliativpatienten SAPV-Leistungen benötigen. Diese Leistungen sind vorgesehen für Patienten mit einer nicht heilbaren, progredienten Erkrankung, bei denen ein hochkomplexes Symptomgeschehen und ein besonders aufwändiger Versorgungsbedarf vorliegen. Die Hürden der SAPV sind hoch: entsprechende Qualifikation des Personals, die Sicherstellung einer 24-Stunden-Bereitschaft an sieben Tagen in der Woche, Kooperationsverpflichtungen mit Hospizen oder ambulanten Hospizdiensten. Auch die Zusammenarbeit mit einer örtlichen Apotheke verlangt die Richtlinie, um eine optimale Schmerztherapie zu gewährleisten.

Im Rhein-Kreis Neuss darf bisher als einziger seit März 2014 das SAPV-Palliative Care Team in Dormagen um Dr. Udo Kratel (Burgstr. 8 in Dormagen) SAPV bei der KV Nordrhein abrechnen. Sein Team soll Dormagen, Rommerskirchen, Grevenbroich und den Neusser Süden sowie Pulheim (90.000 bis 150.000 Einwohner) versorgen. Hier kümmern sich vier qualifizierte Palliativ-Ärzte verschiedener Fachgebiete (Allgemeinmedizin, Innere Medizin, Notfallmedizin und Spezielle Schmerztherapie) und 21 qualifizierte Palliativ-Pflegefachkräfte des Caritasverbandes und des Diakonischen Werkes um die schwerstkranken und sterbenden Patienten. Im Mittelpunkt steht dabei die Linderung der Schmerzen. Das Palliativ-Care-Team arbeitet mit ambulanten Hospizen und Apotheken zusammen. Hat der Patient vom Haus-, Fach- oder Krankenhaus-Arzt eine Verordnung bekommen, besucht das Palliative-Care-Team den Kranken zu Hause und plant die optimale häusliche Versorgung unter Einbeziehung des bisher betreuenden Haus- oder Facharztes. Dieser kann auch weiter in die Versorgung eingebunden werden.

Die Palliativversorgung am Krankenhaus stellt ein ergänzendes Konzept zur ambulanten palliativmedizinischen Versorgung insbesondere für Menschen mit wechselnden Krankheitsbildern dar. Nach derzeitigem Krankenhausplan gibt es 15 abrechenbare Palliativbetten im Rhein-Kreis Neuss, die auf die Krankenhäuser in Grevenbroich und das Lukas-Krankenhaus in Neuss verteilt sind. Besonders bitter war dies Entscheidung für das Kreiskrankenhaus Dormagen, da hier im November 2011 eine moderne Palliativstation mit sieben Betten und Übernachtungsmöglichkeiten für Angehörige eingeweiht worden war. Diskussionen gab es seinerzeit auch über den angeblichen Abbau der Palliativbetten im Etienne-Krankenhaus.

Inzwischen hat sich auch die medikamentöse Versorgung im Notfalldienst verbessert: Die Apotheken im Rheinland halten gezielt Arzneimittel für Palliativpatienten bereit. Die Initiative der Ärzte- und der Apothekerkammer Nordrhein soll sicherstellen, dass ambulante Palliativpatienten auch im ärztlichen Notdienst dringend benötigte Arzneimittel möglichst schnell erhalten. Festgelegt wurde eine Liste mit Medikamenten, die üblicherweise in palliativmedizinischen Krisensituationen verschrieben werden. Diese sollen in allen rheinischen Apotheken ständig vorrätig sein. Die Liste umfasst unter anderem starke Schmerzmittel, Mittel gegen Übelkeit und Erbrechen sowie beruhigende und angstlösende Benzodiazepine.

Das Thema Palliativmedizin war 2007, 2008 und 2012 Thema in der Gesundheitskonferenz. Die vier Krankenhäuser der Grundversorgung (KKH Grevenbroich, KKH Dormagen, Lukas-Krankenhaus und das Johanna-Etienne) hatten in 2007 einen gemeinsamen Antrag an die Krankenkassen auf Einrichtung und Abrechnung von dezentralen Palliativstationen in allen vier Häusern gestellt. Zu dem Zeitpunkt hatten die Häuser bereits Palliativbetten eingerichtet, konnten sie aber teilweise nicht mit den Krankenkassen abrechnen, weil sie über die Bezirksregierung nicht anerkannt waren. Die palliativmedizinische Versorgung für Kinder ist in der Kinderklinik am Lukaskrankenhaus gewährleistet. Zu den stationären Hospizeinrichtungen im Kreis gehören: das Augustinus-Hospiz in Neuss und das Marienheim-Hospiz in Kaarst. Ambulante Hospizdienste erbringen keine pflegerischen Leistungen, sondern ausschließlich psychosoziale Aufgaben. Hier eine Auflistung: Hospizbewegung Meerbusch E.v. (Meerbusch), Häuslicher Hospizdienst des Diakonischen Werkes in Neuss (Neuss), Ambulanter Hospizdienst Cor unum (Neuss), Initiative Schmetterling (für Kinder! In Neuss), Jona Hospizbewegung (Grevenbroich), Hospizbewegung Dormagen (Dormagen), Hospizbewegung Kaarst (Kaarst).

Probleme, die in der Gesundheitskonferenz diskutiert worden waren:

Der Bedarf palliativmedizinischer Versorgung steigt parallel zum Älterwerden der Gesellschaft, vor allem nicht-onkologische Patienten sind in den vorhandenen Anhaltzahlen zur Ermittlung des Personalbedarfs nicht berücksichtigt. Herr Schell (Pro Pflege - Selbsthilfenetzwerk) hat darauf hingewiesen, dass in Pflegeeinrichtungen Mediziner und Pflegepersonal bei der Palliativversorgung zusammenarbeiten müssen. Eine palliativmedizinische Weiterbildung muss in jedem Pflegeheim gesichert sein. Außerdem sind in den Heimen die Willenserklärungen der Patienten nicht ausreichend

bekannt oder liegen nicht vor. Diese Themen sind mittlerweile in im Arbeitskreis der Heimleitungen erörtert worden.

Zur Finanzierung

Die spezialisierte Ambulante Palliativversorgung und die stationären Hospize werden durch die gesetzliche Krankenversicherung vergütet: „Versicherte mit einer nicht heilbaren, fortschreitenden und weit fortgeschrittenen Erkrankung bei einer zugleich begrenzten Lebenserwartung, die eine besonders aufwendige Versorgung benötigen, haben nach § 37b SGB V Anspruch auf spezialisierte ambulante Palliativversorgung.“

„Die Krankenkassen leisten nach § 39a Abs. 1 SGB V Zuschüsse zur stationären Hospizversorgung in Höhe von 90 Prozent – in Kinderhospizen 95 Prozent – der mit den jeweiligen Hospizen vereinbarten tagesbezogenen Bedarfssätze.“

Die Krankenkassen fördern nach § 39a Abs. 2 SGB V ambulante Hospizdienste durch angemessene Zuschüsse zu den notwendigen Personalkosten.

Da die Kosten für die ambulanten Hospizdienste nicht vollständig abgedeckt werden, unterstützt der Rhein-Kreis Neuss auf Grundlage der §§ 2, 5 SGB XII die 7 ambulanten Hospizdienste finanziell zur Deckung der ungedeckten Sachkosten sowie der Ausgaben für die Trauerbegleitung in Höhe je 13.000 EUR (insgesamt mit 91.000 EUR).

Sitzungsvorlage-Nr. 50/0326/XVI/2014

Gremium	Sitzungstermin	Behandlung
Sozial- und Gesundheitsausschuss	20.11.2014	öffentlich

Tagesordnungspunkt:

Bericht über die Zusammenarbeit der Flankierenden Dienste, des Gesundheitsamtes des Rhein-Kreises Neuss und des Jobcenters Rhein-Kreis Neuss 2013

Sachverhalt:

Der Rhein-Kreis Neuss fördert im Rahmen der sozialen Daseinsvorsorge seit vielen Jahren verschiedenste Beratungsdienste der Wohlfahrtsverbände. Als kommunaler Träger der Grundsicherung für Arbeitsuchende hat der Rhein-Kreis Neuss speziell für Leistungsberechtigte des SGB II sog. Flankierende Dienstleistungen zu erbringen. Hierunter fallen nach § 16 Abs. 2 Nr. 2 – 4 SGB II die Schuldnerberatung, die psychosoziale Betreuung und die Suchtberatung.

Für das laufende Haushaltsjahr stehen hierfür im Kreishaushalt insgesamt 745.118 € zur Verfügung.

Um diesen Versorgungsauftrag auch formal zu erfüllen, haben der Rhein-Kreis Neuss und die Träger der Beratungsstellen für die genannten Bereiche in 2005 eine Leistungsvereinbarung geschlossen, die auch Basis der Zusammenarbeit der Verbände mit dem Jobcenter Rhein-Kreis Neuss ist.

Die Grundsätze und Einzelheiten dieser Zusammenarbeit sind in dem beigefügten gemeinsamen Bericht der Beratungsstellen und dem Jobcenter dargestellt; der Bericht behandelt die Entwicklung des Jahres 2013.

Beschlussvorschlag:

Der Ausschuss nimmt den Bericht zur Kenntnis.

Diakonie
Rhein-Kreis Neuss

rhein
kreis
neuss

ib
Internationaler Bund



Diakonie
Neuss



Caritas Sozialdienste

Rhein-Kreis Neuss GmbH

Bericht:

**Zusammenarbeit der Flankierenden Dienste, des Gesundheitsamtes
des Rhein- Kreises Neuss und des Jobcenters Rhein- Kreis Neuss**

Rechtsgrundlage:

§ 16 a des Zweiten Sozialgesetzbuch (SGB II)

Berichtszeitraum:

01.01.2013 bis 31.12.2013

Inhaltsverzeichnis	Seite
Vorwort	5
I. Einleitung	6
II. Aufgaben und Ziele der Beratungsstellen im Rahmen der Zusammenarbeit mit dem Jobcenter Rhein- Kreis Neuss	7
1. Aufgaben und Ziele	7
2. Personenkreis SGB II -Auswirkungen auf die Beratungssituation	8
2.1 Allgemeine Ausführungen	8
2.2 Suchtberatung	8
2.3 Psychosoziale Beratung	10
2.4 Schuldnerberatung	17
III. Rahmenbedingungen	19
1. Zuständigkeiten	19
1.1 Suchtberatung	19
1.2 Psychosoziale Beratung	19
1.3 Schuldnerberatung	20
2. Abläufe	20
2.1 Suchtberatung und psychosoziale Beratung	21
2.2 Schuldnerberatung	22

IV. Zusammenarbeit	23
1. Kommunikationsstruktur im Beratungsprozess	23
1.1 Formale Kommunikationsstruktur und Abwicklung der Beratung	23
1.2 Kundenorientierte Kommunikationsstruktur	24
2. Zusammenarbeit mit den Beratungsstellen	25
2.1 Suchtberatung und psychosoziale Beratung	25
2.2 Schuldnerberatung	26
V. Statistik/ Controlling	28
1. Anzahl von Zuweisungen und erfolgter Beratungen	28
1.1 Gesamt	28
1.2 Suchtberatung	29
1.3 Psychosoziale Beratung	30
1.4 Schuldnerberatung	31
2. Qualitative Kontrolle	32
2.1 Allgemeines	32
2.2 Suchtberatung	33
2.3 Psychosoziale Beratung	34
2.4 Schuldnerberatung	36

VI. Resümee	38
1. Suchtberatung	38
1.1 Caritas Sozialdienste Rhein- Kreis Neuss	
1.2 Sozialpsychiatrischer Dienst des Rhein-Kreis Neuss	
2. Psychosoziale Beratung	38
2.1 Sozialpsychiatrischer Dienst des Rhein-Kreis Neuss	38
2.2 Sozialpsychiatrisches Zentrum Diakonisches Werk Neuss	39
2.3 Sozialpsychiatrisches Zentrum des Diakonischen Werkes im Rhein-Kreis Neuss	39
3. Schuldnerberatung	40
VII. Ausblick	41

Vorwort

Der Träger Rhein-Kreis Neuss, die flankierenden Dienste, das Gesundheitsamt des Rhein-Kreises Neuss und das Jobcenter Rhein-Kreis Neuss arbeiten bereits seit 2005, das Jobcenter damals noch unter dem Namen ARGE, eng unter einander vernetzt zusammen. Die Kooperation und der ständige Austausch unter den Mitarbeitern der Beratungsstellen und den Integrationsfachkräften (IFK) sowie den Leistungssachbearbeitern des Jobcenters bewähren sich jedes Jahr aufs Neue und werden in einem fortlaufenden Prozess weiterhin optimiert und ausgebaut.

Die gemeinsamen Berichte, die sich seit 2009 etabliert haben, werden jährlich erstellt, um die Zusammenarbeit und die dahinter stehenden Bemühungen sowie Schwierigkeiten und Erfolge abzubilden und die Entwicklungen zu verfolgen. Die Auswertung der Ergebnisse und die Feststellung der Veränderungen, geben uns die Möglichkeit auf den gesellschaftlichen und wirtschaftlichen Wandel zu reagieren und somit die Beratungsangebote und die Arbeit mit der gemeinsamen Klientel anzupassen.

Wie bereits in den vergangenen Jahren, geht es in dem Bericht für das Jahr 2013 um die Informationen und Ergebnisse. Er erläutert die Angebote der Beratungsstellen im gesamten Rhein-Kreis Neuss, zeigt die Bemühungen bei der Zuweisungs- und Beratungsarbeit, gibt Hinweise zu der qualitativen und quantitativen Gestaltung der Beratungsangebote und legt die Schnittstellen sowie die gemeinsamen Ziele und gegebenenfalls die dabei entstehenden Differenzen dar.

I. Einleitung

Ziel der Vereinbarung nach § 17 Absatz 2 SGB II zwischen dem Rhein-Kreis Neuss, dem Kreisgesundheitsamt und den Flankierenden Diensten ist es, die kommunalen Leistungen nach § 16a Ziffern 2-4 SGB II (Schuldnerberatung, psychosoziale Betreuung, Suchtberatung) in die vorhandenen Netzwerke einzubinden und durch die bestehenden Einrichtungen und Dienste Dritter durchführen zu lassen. Neben einer Regelung zur örtlichen Zuständigkeit und dem Personenkreis, werden auch die Leistungsinhalte, der Leistungsumfang und die Anforderungen an die Leistungsträger beschrieben. Das grundsätzliche Verfahren, die Vergütung und die Abrechnung der Leistungen sind ebenfalls geregelt.

Die engagierte und zielgerichtete Umsetzung der Vereinbarung zur Unterstützung der Aufgaben und Ziele des SGB II liegt allen Beteiligten in besonderem Maße am Herzen. Das Jobcenter Rhein-Kreis Neuss verfolgt mit der Umsetzung des SGB II das Ziel, Hilfebedürftige

zu fördern und zu fordern, um sie (wieder) in den Arbeitsmarkt zu integrieren und ihnen ein Leben ohne staatliche Unterstützung zu ermöglichen.

Die Wiedereingliederung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt ist für einen nicht unerheblichen Anteil an Hilfebedürftigen nicht erfolgreich, da akute Vermittlungshemmnisse (Überschuldungssituation, Suchtmittelabhängigkeit, psychische Erkrankung oder Instabilität) eine Integration nicht oder noch nicht zulassen. Umso wichtiger war und ist es, sich diesem Personenkreis in besonderem Maße zu widmen, die Handlungsbedarfe aktiv anzugehen und Perspektiven aufzuzeigen. Die konstruktive und reibungslose Zusammenarbeit mit den entsprechenden Beratungsstellen ist für die erfolgreiche Integrationsarbeit entscheidend.

Mit der Einführung des SGB II kam auf die Beratungsstellen eine größere Zahl von Hilfesuchenden zu, die besondere Problematiken aufwiesen und sehr gezielte Anliegen und Erwartungen mitbrachten.

Im Folgenden wird auf die Erfahrungen, Aufgaben und Ziele der Beratungsstellen, die Rahmenbedingungen, die Zusammenarbeit und die Ergebnisse die bei der Betreuung dieser Hilfesuchenden gemacht wurden, näher eingegangen.

II. Aufgaben und Ziele der Beratungsstellen im Rahmen der Zusammenarbeit mit dem Jobcenter Rhein-Kreis Neuss

1. Aufgaben und Ziele

Die Flankierenden Dienste und das Gesundheitsamt des Rhein-Kreises Neuss haben den Auftrag, Unterstützungsangebote im Kontext der beruflichen Integration erwerbsfähiger Hilfebedürftiger mit vermittlungsrelevanten Handlungsbedarfen zu unterbreiten. Die gesundheitliche, psychische und soziale Lebenssituation ist zu stabilisieren und nachhaltig zu verbessern, um so eine Integration in den Arbeitsmarkt zu ermöglichen.

Die Schuldnerberatung verfolgt ihren Auftrag ohne konkret benannte zeitliche Vorgaben. Die Beratung ist darauf ausgerichtet, Informationen zu vermitteln, psychosoziale Beratung anzubieten, die Existenz zu sichern, einen Überblick über die vorhandenen Forderungen zu erhalten und deren Regulierung im Sinne einer Entschuldung anzustoßen sowie die Einleitung und Begleitung weiterer auch präventiver Maßnahmen abzustimmen. Der Beratungsprozess ist grundsätzlich langfristig angelegt und nicht auf die Dauer der Basisberatung (4 Beratungstermine bzw. 3 Monate) begrenzt.

Die Suchtberatung und die psychosoziale Beratung verwirklichen ihren Auftrag im Kern durch das Angebot einer sogenannten Basisberatung. Diese Basisberatung umfasst maximal 4 Beratungseinheiten. Mit dieser Form der Beratung gelingt es, Kontakt zum Ratsuchenden aufzunehmen, den konkreten Hilfebedarf zu klären, Informationen zu vermitteln, Erwartungen abzuklären, eine vorläufige psychosoziale Diagnose zu erstellen, eine konkrete Hilfeempfehlung abzugeben und möglichst zielgerichtete Vereinbarungen zu treffen.

Alle Beratungsfachkräfte haben ihre Beratungsstruktur an die Bedarfe und die Zielausrichtung des Jobcenters und der zugewiesenen Hilfebedürftigen angepasst. Im Vordergrund der Beratung stand und steht das mittel- bis langfristige Ziel, der Beseitigung bzw. Verringerung des Hilfebedarfs durch Integration in Beschäftigung

2. Personenkreis SGB II - Auswirkungen auf die Beratungssituation

2.1. Allgemeine Ausführungen

Vom Jobcenter zugewiesene Personen unterscheiden sich auffallend von denjenigen, die von sich aus das Beratungsangebot nutzen.

Ein Teil des Personenkreises SGB II hat auch ohne Zuweisung die Notwendigkeit der Beratung erkannt und ist sehr erfreut, durch die Zuweisung innerhalb kürzester Zeit einen Termin zu erhalten. Diese Menschen sind in der Regel sehr motiviert, halten Termine ein und arbeiten mit.

Der übrige Teil der Personen hätte aus eigenem Antrieb die Beratung nicht aufgesucht. Hier reicht das Spektrum der Reaktionen auf das Beratungsangebot von positiver Überraschung, über häufige Terminversäumnisse bis hin zur Verweigerung. Jede Form der flankierenden Beratung setzt Einsicht und den Willen zur Verhaltensänderung voraus. Sofern eine Zuweisung ohne den ausdrücklichen Wunsch des Ratsuchenden erfolgt, muss verstärkt Motivationsarbeit geleistet und erst langsam eine Grundlage für die Beratung geschaffen werden.

2.2. Suchtberatung

Caritas Sozialdienste Rhein-Kreis Neuss (Suchtkrankenhilfe)

Zur Suchtberatung des Sozialpsychiatrischen Dienstes des Rhein-Kreises Neuss siehe Ausführungen unter 2.3

Die Klienten, die vom Jobcenter Rhein-Kreis Neuss an die Suchtkrankenhilfe verwiesen werden, haben häufig anfänglich eine geringe Eigenmotivation, die Basisberatung in Anspruch zu nehmen. Entsprechend werden Termine manchmal erst nach telefonischen und schriftlichen Einladungen wahrgenommen. Oft erschweren die gesundheitliche, die psychosoziale, aber auch die finanzielle Situation die zuverlässige Einhaltung der Termine seitens des Klienten. Ein wiederholtes Einladen ist jedoch sinnvoll, wie die Erfahrung nach mittlerweile mehrjähriger Praxis zeigt. Mehr als die Hälfte der anfänglich wenig motivierten Klienten bleibt in Anschluss an die vier Basisberatungsgespräche in der Einzelberatung und zum Teil auch in den Gruppenangeboten. In vielen Fällen kann in der ersten Beratungsphase bereits eine Verbesserung der aktuellen Situation erreicht werden, in dem z.B. Hilfestellungen bei der Kontaktaufnahme zu Ärzten und anderen Hilfeeinrichtungen, bei der Einleitung tagesstrukturierender Maßnahmen oder bei finanziellen Fragestellungen geleistet wird. Eine positive Erfahrung, die sich im Rahmen der Beratung mit Zuweisungskontext über die Jahre ergeben hat, ist die Tatsache, dass Klienten, welche die Basisberatung zu einem früheren Zeitpunkt bereits einmal abgebrochen hatten, oft mit klaren Veränderungsabsichten ein zweites Mal die Beratung in Anspruch nehmen. Dieses ist mit Blick auf das Krankheitsbild einer Suchterkrankung als positiv zu bewerten, da besonders in der Phase der Absichtsbildung (am Suchtmittelkonsum etwas verändern zu wollen) die Inanspruchnahme von Hilfsangeboten ein starkes Motivationsmerkmal darstellt.

Als Zuweisungs- und Informationsmedium zum Stand der Beratung und geplanter, weiterführender Maßnahmen wurde nach Abschalten der ISI-Datenbank ab 01.01.2013 der postalische Weg per Zuweisungs- und Rückmeldebögen eingeführt. Damit fiel die digitale Erfolgsmessung der Basisberatung weg. Die Caritas Suchtkrankenhilfe hat entsprechend der Erfolgskriterien aus der Datenbank ein eigenes Instrument zur Erfolgsmessung entwickelt

und dieses den anderen flankierenden Diensten zur Verfügung gestellt, damit die Erfolgsmessung unter den Einrichtungen vergleichbar bleibt.

Die qualitative Auswertung der Basisberatung anhand der erarbeiteten Kriterien zeigt, dass die Basisberatung bei 90% aller Fälle zum aktuellen Zeitpunkt notwendig war und 83 % der erschienenen Klienten zu einem Zweitgespräch kamen. Die Hälfte der zugewiesenen Personen blieb nach der Basisberatung weiter in der Beratung. Einige haben sich nach einer längeren Motivationsphase zu einer weiterführenden Behandlung entschlossen. Das Ziel der Einbindung in das Suchthilfesystem zum Zweck der Beseitigung von Vermittlungshemmnissen über das Konstrukt Basisberatung ist damit gelungen. In fachlicher Übereinstimmung braucht es eine solche längerfristige Hilfe bei Vorliegen dieser chronischen Erkrankung, um eine Integration in den Arbeitsmarkt erfolgreich zu gestalten.

Der persönliche und telefonische Austausch mit den Fallmanagern und Arbeitsvermittlern war in vielen Fällen zusätzlich notwendig, um passgenaue Hilfestellung abstimmen zu können. Mehrfach konnte bei Treffen mit Fallmanagern, Mitarbeitern der Suchtkrankenhilfe, weiteren Mitarbeitern anderer sozialer Einrichtungen (Arbeit und Beschäftigung, ambulant betreutes Wohnen, Jugendamt, etc.) und den jeweiligen Klienten der Einsatz bedarfsgerechter Maßnahmen und Hilfestellungen besprochen und eingeleitet werden.

Um die Zusammenarbeit weiter zu entwickeln und zu optimieren, finden in regelmäßigen Abständen Praktikertreffen der flankierenden Dienste statt, bei denen regelmäßig von der Caritas Suchtkrankenhilfe suchtspezifische Themen eingebracht werden. So referierte eine Suchttherapeutin der Caritas Fachambulanz in einem Praktikertreffen zum Thema „Systemische Therapie“ und für ein weiteres Praktikertreffen organisierte ein Mitarbeiter der Caritas Suchtkrankenhilfe einen gemeinsamen Besuch in der Entzugsstation des St. Alexius Krankenhauses um die Vernetzung in der Suchthilfe weiter zu intensivieren.

2.3. Psychosoziale Beratung

Sozialpsychiatrisches Zentrum des Diakonischen Werkes im Rhein-Kreis Neuss

Psychosoziale Beratung von Kunden des Jobcenters wurde an den Standorten Dormagen und Grevenbroich durchgeführt.

Nicht selten erschüttert langfristige Arbeitslosigkeit und die Frustration über erfolglose Bewerbungen das Selbstwertgefühl. Das wiederum kann zu Kontaktmangel führen, die Tagesstruktur geht verloren, Depressionen stellen sich ein, finanzielle Probleme erhöhen Ängste und es kommt zur Resignation.

Die Integrationsfachkraft des Jobcenters nimmt diese Hemmnisse wahr und stellt dem Kunden einen Beratungsschein aus, der ihm auf Basis des § 16 SGB II zur Wiedereingliederung ins Arbeitsleben verhelfen soll. Die Basisberatung dient dazu herauszufinden, an welchen Punkten des Arbeitslebens es zu einem Bruch kam und was die Ursache war. Informationen über Therapiemöglichkeiten und Therapeuten, Tageskliniken oder Selbsthilfegruppen können erste Hilfeangebote sein. Während der Beratung kommt es nicht selten zu ersten Kontakten mit Fachärzten und speziellen Fachberatungsstellen.

Manchmal ist auch die Vermittlung an eine Freiwilligenagentur eine gute Idee, um Kontaktmangel und fehlende Struktur zu überwinden. Klienten, die eine intensivere Unterstützung wünschen, werden über entsprechende ambulante oder stationäre Betreuungsformen informiert.

Insbesondere der gute Kontakt der Fallmanager des Jobcenters zu den beratenden Kollegen im Sozialpsychiatrischen Zentrum hat in den vergangenen Jahren dazu geführt, dass schnell und unbürokratisch Vermittlungshemmnisse aufgedeckt und fachlich behandelt werden

konnten, so dass arbeitsuchende Kunden neue Orientierung und Hilfe bekamen.

In Grevenbroich wurden – 69 Kunden vom Jobcenter an das Diakonische Werk zur Basisberatung überwiesen, davon wurden 48 Klienten beraten und 35 erfolgreich beraten. Mit 34 Klienten besteht auch nach abgeschlossener Beratung noch ein loser Kontakt, der hauptsächlich dazu genutzt wird, bei auftretenden Krisen Unterstützung zu bekommen.

In Dormagen wurden 22 Menschen zugewiesen, 4 davon sind nicht erschienen. 18 Beratungen wurden abgeschlossen

Sozialpsychiatrisches Zentrum Diakonisches Werk Neuss

Die psychosoziale Beratung beschäftigte sich fallbezogen mit den aktuellen Problemstellungen der zugewiesenen Kunden des Jobcenters.

Die zugewiesenen Kunden unterscheiden sich teilweise von der sonstigen Klientel der Beratungsstelle. Viele Kunden haben keine gesicherte psychiatrische Diagnose und waren auch noch nie in psychiatrischer Behandlung. Andere sehen die Beratung eher als Zwang, dem sie sich nur beugen, da sonst Konsequenzen folgen.

Meist war die Problematik der zugewiesenen Kunden sehr komplex und es brauchte einige Zeit und unterschiedliche Maßnahmen bis eine Lösung oder auch nur teilweise Lösung erzielt werden konnte.

Zunächst ist es also notwendig, das Vertrauen der Klienten zu gewinnen und herauszufinden, inwieweit eine psychische Beeinträchtigung den Menschen behindert. Die eigentliche Beratung ist sehr individuell. Sie reicht von Gesprächen zur emotionalen Entlastung, Reflektion der aktuellen Lebenssituation und Bearbeiten von Konflikten über Unterstützung bei Behördenangelegenheiten bis hin zur Vermittlung in konkrete Behandlungen oder andere Maßnahmen (Arztbesuch, Tagesklinik, Psychotherapie, Mutter - Kind – Kur, medizinische Rehabilitation, Ambulant Betreutes Wohnen etc.)

Die Rückmeldungen an die Fallmanager und Vermittler erfolgen nicht generalisiert, sondern individuell nach Absprache.

Von den 93 zugewiesenen und bei uns angekommenen Kunden, verließen 67 nach der Basisberatung mit einer Empfehlung die Beratungsstelle. 26 Kunden befinden sich weiter in unserer Beratung, mit regelmäßigen Terminen. Sie nutzen die Beratung, um weiter lösungsorientiert an ihrer Problematik zu arbeiten.

Sozialpsychiatrischer Dienst des Rhein-Kreis Neuss

Als Netzwerkpartner ist der Sozialpsychiatrische Dienst des Gesundheitsamtes gemäß des bestehenden Kooperationsvertrages seit dem 01.07.2005 für die psychosoziale- und/ oder Suchtberatung in den Städten Kaarst, Korschenbroich, Meerbusch sowie in den Gemeinden Jüchen und Rommerskirchen zuständig.

Im Kontext der beruflichen Integration sollen gemäß der gesetzlichen Grundlage alle erwerbsfähigen Hilfebedürftigen, die über ein oder mehrere Vermittlungshemmnisse verfügen, die Angebote der psychosozialen Betreuung sowie der Suchtberatung mit dem Ziel des Abbaus von Integrationseinschränkungen durch die Inanspruchnahme professioneller Hilfe erhalten.

Wie bereits bekannt ist der Sozialpsychiatrische Dienst des Rhein-Kreises Neuss eine Beratungsstelle für Menschen mit psychischen Erkrankungen und/ oder für Abhängigkeitserkrankte aller Altersgruppen und deren Angehörige.
Zielgruppen sind:

- ⊗ Menschen, die an Psychosen erkrankt sind,
- ⊗ Menschen mit Persönlichkeitsstörungen,
- ⊗ Menschen in psychischen Ausnahmesituationen, die in ihren Auswirkungen einer psychischen Erkrankung gleichkommen,
- ⊗ gerontopsychiatrisch erkrankte Menschen,
- ⊗ Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen (vorrangig Alkohol- und/oder Medikamentenabhängige) – auch die mit Verwahrlosungstendenzen, die aufgrund mangelnder Motivation aus herkömmlichen Hilfesystemen herausfallen,
- ⊗ polymorbide Klienten, d.h. Menschen mit Mehrfachdiagnosen.

Für die Beratungs- und Interventionsarbeit sind das Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten (PsychKG) des Landes Nordrhein – Westfalen in der Neufassung vom 23.12.1999 das Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGDG) des Landes Nordrhein – Westfalen sowie das SGB I §10 (Rechtsanspruch auf Beratung) und Leistungen zur Eingliederung gemäß SGB II § 16 und § 17 gesetzliche Grundlage.

Ergänzend zu den im Kooperationsvertrag vereinbarten Zuständigkeiten ist die Beratungsstelle für Menschen mit psychischen Erkrankungen und/ oder für Abhängigkeitserkrankte aller Altersgruppen und deren Angehörige im gesamten Kreisgebiet zuständig.

Der Sozialpsychiatrische Dienst ist eine Abteilung des Gesundheitsamtes.

Zur Wahrnehmung der gesetzlichen Aufgaben stehen ein Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie sowie sechs Diplom – SozialarbeiterInnen und zwei Diplom – SozialpädagogInnen davon zwei MitarbeiterInnen in Teilzeitbeschäftigung zur Verfügung.

Angeboten wird: Unterstützung in Krisensituationen, Informationen zu psychiatrischen Krankheitsbildern, Alkohol-, Medikamenten- und Drogenabhängigkeit und deren Behandlungsmöglichkeiten, Vermittlung in fachärztliche/ therapeutische Behandlung, Klärung des erforderlichen Hilfebedarfes, Vorbereitung, Antragstellung und Vermittlung in ambulante, stationäre oder teilstationäre Entwöhnungstherapien, Hilfestellung bei Schwierigkeiten mit der Familie, dem sozialen Umfeld oder sonstigen Bezugspersonen, Informationen bei Fragen zu Wohnungsangelegenheiten, Arbeit und Freizeitstrukturierung, Beratung und Begleitung bei Behördenangelegenheiten, beratende Nachsorge nach Entwöhnungsbehandlungen.

Es werden präventive, begleitende und nachsorgende Hilfen geleistet. Der Sozialpsychiatrische Dienst stellt sich individuell und flexibel auf den jeweiligen Fall und die vorliegende Ausgangssituation ein, führt z.B. Hausbesuche durch, wenn diese notwendig sind und bietet in den Bezirken Grevenbroich (auch für Klienten aus Rommerskirchen und Jüchen), Meerbusch und Korschenbroich Außensprechstunden an.

Seitens des Sozialpsychiatrischen Dienstes wird grundsätzlich auf eine eigenverantwortliche Wahrnehmung der Basisberatung Wert gelegt, weil das Recht auf Selbstbestimmung trotz Erkrankung des Betroffenen respektiert wird. In Bezug auf die vom Sozialpsychiatrischen Dienst zu beratende Zielgruppe psychisch kranker und suchtkranker Menschen ergeben sich hierbei jedoch Differenzierungen:

Vor allem bei Abhängigkeitserkrankten ist die eigenverantwortliche Wahrnehmung von Terminen gerade auch mit Blick auf die notwendige Änderungsbereitschaft und Motivation besonders wichtig, weil ansonsten die Gefahr einer Co- Abhängigkeit des Hilfesystems und einer Verschleppung der Problematik gegeben ist. Aus diesem Grund werden bei nicht eingehaltenen Terminen der Basisberatung ausdrücklich keine Erinnerungsschreiben oder neue Einladungen verschickt, vielmehr wird erwartet, dass der Betroffene von sich aus den Kontakt zur Beratungsstelle sucht und somit deutlich macht, dass er etwas gegen seine Suchterkrankung unternehmen möchte.

Ausnahmen bei dieser Zielgruppe liegen dann vor, wenn die Abhängigkeitserkrankung schon so weit fortgeschritten ist, dass der Betroffene nicht mehr von sich aus Hilfe in Anspruch nehmen kann und sich Interventionen aus dem PsychKG und/ oder Betreuungsgesetz ergeben. In diesem Fall ist der Sozialpsychiatrische Dienst unabhängig von der Zuweisung des Jobcenters zuständig und die Durchführung der Basisberatung wäre zu diesem Zeitpunkt ohnehin hinfällig.

Bei psychisch erkrankten Menschen wird die Kontaktschwelle zur Beratungsstelle niedriger angesetzt, weil psychische Erkrankungen oftmals mit einer fehlenden Krankheitseinsicht und hohen Schamgefühlen verbunden sind und den Betroffenen ein Zugang zum Hilfesystem erleichtert werden soll. In Bezug auf die Durchführung der Basisberatung bei dieser Zielgruppe bedeutet dies, dass Betroffene bei Bedarf und fachlicher Einschätzung des Mitarbeiters im Einzelfall erneut angeschrieben und/ oder bei Bedarf Hausbesuche durchgeführt werden.

Auch hier greift die Regelung, dass in besonders schweren Fällen und nach Vorliegen der Voraussetzungen Maßnahmen nach dem PsychKG und/ oder Betreuungsgesetz eingeleitet werden müssen und eine Basisberatung somit in den Hintergrund tritt.

Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Sozialpsychiatrischen Dienstes haben die Möglichkeit, die Fallarbeit regelmäßig in internen Fallbesprechungen und einer extern geleiteten Supervision zu reflektieren.

Die Basisberatung:

Mit der vom Fallmanager oder Arbeitsvermittler ausgestellten Anmeldung zur Basisberatung erfolgte im Berichtszeitraum die Zuweisung der Klienten an den Sozialpsychiatrischen Dienst. Erstgespräche wurden in Absprache mit dem Kunden entweder über den Zuweiser telefonisch oder persönlich vereinbart und/ oder die Klienten meldeten sich selbst in der Beratungsstelle, um einen Termin zu vereinbaren. Die Zuweisung wurde von den Mitarbeitern des Jobcenters auf dem Postweg mit dem beigefügten Ergebnisbogen zugeschickt, die Kunden selbst erhielten vom Zuweiser ebenfalls eine Ausfertigung, die bei Vorsprache abgestempelt und unterschrieben wurde. Nach dem Erstgespräch, Abschluss der Beratung und/ oder abgebrochener Beratung erfolgte wie vereinbart durch Übersendung des Ergebnisbogens eine Information an das Jobcenter. Ergänzend war es möglich, bei Bedarf mit dem Klienten eine prognostische Zielerreichungseinschätzung auf dem Ergebnisbogen auszufüllen.

Die in der Regel vier stattfindenden Gespräche der Basisberatung beinhalten:

- ⌚ Vorstellung der Aufgaben des Sozialpsychiatrischen Dienstes, Abklärung der Erwartungen, Klärung der Formalitäten,
- ⌚ Vereinbarung über den Ablauf der Beratung, Erstellung eines individuellen Hilfeplanes,
- ⌚ Aufbau einer tragfähigen Beratungsbeziehung,
- ⌚ Erstellung einer vorläufigen psychosozialen Diagnose, bei Bedarf Abklärung durch Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie,
- ⌚ Erarbeitung einer Behandlungsmotivation und/ oder Unterstützung bei der Kontaktaufnahme zum Behandlungssystem
- ⌚ Informationsvermittlung zur Sucht- und/ oder psychischen Erkrankung
- ⌚ Informationen zum Hilfesystem.

Das Problem bzw. die Erkrankung des Betroffenen wird im Rahmen der Basisberatung durch eine fachliche Einzelfallanalyse identifiziert. Die Hilfeplanung wird dementsprechend individuell danach ausgerichtet und durchgeführt. Der Sozialpsychiatrische Dienst hat dabei

häufig auch die Funktion einer Clearingstelle und vermittelt die Klienten passgenau an komplementäre Einrichtungen und Dienste.

Seit dem 01.01.2010 gibt es einheitliche Erfolgskriterien für die Basisberatung der flankierenden Dienste, die den folgenden Fragenkatalog umfassen und nach Abschluss einer Basisberatung vollständig beantwortet werden müssen:

- Ⓟ Der Kunde kommt zum Zweitgespräch
- Ⓟ Basisberatung ist zum aktuellen Zeitpunkt notwendig und/ oder angezeigt
- Ⓟ Fallerfassung/ Anamnese ist erfolgt
- Ⓟ Es konnte eine tragfähige Beziehung aufgebaut werden
- Ⓟ Kunde erkennt im Laufe der Beratung das Problem
- Ⓟ Kunde setzt sich mit seinem Problem auseinander
- Ⓟ Es konnte eine Zielanalyse & Zieldefinition erstellt werden
- Ⓟ Unterstützung in Behördenangelegenheiten/ Schriftverkehr ist erfolgt
- Ⓟ Kunde verändert sein Verhalten
- Ⓟ Basisberatung erfolgreich beendet, weitere Beratung nicht mehr notwendig
- Ⓟ Vermittlung zu anderen Fachstellen
- Ⓟ Der Kunde kommt auch über die Basisberatung hinaus

Bei umfassendem Beratungs- und Betreuungsbedarf und vorhandener Bereitschaft des Klienten wird eine ziel- und ergebnisorientierte Beratung und Betreuung durch den Sozialpsychiatrischen Dienst weitergeführt.

Kooperation, Arbeitskreise und Geschäftsführertreffen

Die Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen des Sozialpsychiatrischen Dienstes waren bei Bedarf auf der Grundlage der Schweigepflichtentbindung und nach Information und in Absprache mit dem Klienten Ansprechpartner für Fallbesprechungen mit der zuweisenden Stelle.

Die Teilnahme am Geschäftsführertreffen erfolgte durch den ärztlichen Leiter des Gesundheitsamtes Herrn Dr. Dörr bzw. dessen Vertretung Herrn Düss, fachärztliche Leitung des Sozialpsychiatrischen Dienstes.

Die Mitarbeiterin Frau Fiore des Sozialpsychiatrischen Dienstes hat im Berichtszeitraum regelmäßig am Praktikertreffen „Sucht und Psyche“ teilgenommen.

Darüber hinaus erfolgte die Vorstellung der Arbeit des Sozialpsychiatrischen Dienstes von zwei Mitarbeiterinnen des Sozialpsychiatrischen Dienstes (Frau Fiore und Frau Schubert) bei den Arbeitsvermittlern des Jobcenters, um das Beratungsangebot hier bekannt zu machen.

Statistische Angaben 2013/ Auswertung der intern geführten Statistik

Der zeitliche Aufwand für die insgesamt erbrachten Leistungen betrug: **292 Stunden**

Auf der Grundlage des SGB II wurden zum Sozialpsychiatrischen Dienst vermittelt: **80 Klienten**

davon

Ⓟ Frauen,	37
Ⓟ Männer,	43
Ⓟ Personen mit Zuweisung,	79
Ⓟ Personen ohne Zuweisung	1
Ⓟ Die Basisberatung wurde nicht angetreten	34
Ⓟ Die Basisberatung wurde abgeschlossen	27
Ⓟ Die Basisberatung wurde abgebrochen	18
Ⓟ Die Klienten wurden nach Abschluss der Basisberatung weiterführend beraten	6
Ⓟ Das Durchschnittsalter der Klienten betrug	38

Jahre		
⊕ Personen mit Migrationshintergrund		11
⊕ Klienten mit Suchtproblemen	6	
⊕ Klienten mit psychischen Problemen & psychischen Erkrankungen		34
⊕ Klienten mit Doppeldiagnose		11
⊕ face to face Kontakte	130	
⊕ vereinbarte nicht wahrgenommene Termine	29	
⊕ notwendige Hausbesuche		8
⊕ Fallbesprechungen mit den Fallmanagern		20
⊕ Aufwand für Dokumentation und fachlichen Austausch mit den Fallmanagern	53	
Stunden		

2.4. Schuldnerberatung

Über die Basisberatung kommen Menschen in die Schuldnerberatung, die aufgrund der Verschuldungsstruktur und der daraus resultierenden Probleme die gleichen Fragen und Nöte haben, wie Menschen ohne Berechtigungsschein. Der Personenkreis mit Zuweisung kommt jedoch wesentlich häufiger erst in desolaten finanziellen Situationen, so dass bei 56 % zunächst eine Beratung zur Existenzsicherung notwendig ist. Neben Informationen zum Vollstreckungsschutz sind vor allem Hilfen bei der Klärung von Ansprüchen auf Sozialleistungen zu geben. Der Personenkreis zeigt weniger eigene Handlungskompetenzen und benötigt langwierige Begleitung und Beratung. Erst nach Klärung der Einkommensverhältnisse kann eine Entschuldungsberatung beginnen. In vielen Fällen ist die oft schon lange bestehende Arbeitslosigkeit eine besondere Belastung. Die Menschen sehen die Überschuldung oft als Vermittlungshemmnis, haben Angst vor Lohnpfändungen in der Probezeit oder Sorge, dem Arbeitgeber kein Gehaltskonto nennen zu können. Viele Klienten und Klientinnen berichten von gesundheitlichen Problemen aufgrund der psychischen Belastung. Sie leiden vermehrt unter Ängsten, Schlaflosigkeit oder Kopfschmerzen. Ein Gefühl der Ohnmacht und Hilflosigkeit und der Verlust des Überblicks führt in der Regel zur Vereinbarung von „Angstraten“, die im Bezug von Sozialleistungen die Situation noch verschlimmern. Durch Aufklärung und Erarbeiten eines Beratungsziels werden die Menschen in ihren Handlungskompetenzen gestärkt und die Bemühungen um Arbeit unterstützt.

Überschuldung bedeutet für die Betroffenen oft eine existenzielle Bedrohung. Insbesondere die Suche nach neuem und bezahlbarem Wohnraum gestaltet sich schwierig. Eine Verschärfung der Situation ist besonders für alleinstehende Männer und Familien mit Kindern zu beobachten. Bezahlbarer Wohnraum steht kaum zur Verfügung. Vermehrt wird von Vermietern die Überprüfung der finanziellen Situation durch eine Schufa-Auskunft gefordert. Die Kündigung von Krediten oder Verträgen führt in der Regel zu einem negativen Schufa Eintrag. Auch wenn bisher noch keine Mietschulden entstanden sind, ist dies häufig Grund für eine Ablehnung. Sind Kinder im Haushalt entsteht dadurch enormer Druck für die Familien nicht selten muss ein Umzug in eine andere Region in Kauf genommen werden, der mit Kindergarten- oder Schulwechsel verbunden ist. Darüber hinaus haben immer mehr Menschen Probleme, ihre Strom- und Gasrechnung zu bezahlen. Insbesondere einkommensschwache Haushalte sind betroffen. Die steigenden Energiepreise verschärfen die Situation. Es droht eine Energiesperre und damit ein Leben ohne Heizung, warmes Wasser, Licht und ohne die Möglichkeit eine Mahlzeit zu kochen.

Durch fehlende finanzielle Möglichkeiten ist eine Entschuldung oft nicht aus eigenen Kräften möglich und die Beantragung eines Insolvenzverfahrens ist die letzte Möglichkeit auf absehbare Zeit eine Regulierung zu erreichen. Die möglichst eigenständige Erarbeitung eines Insolvenzantrages, die eigene, strukturierte Auseinandersetzung mit den Gläubigern, aber auch die Obliegenheit, sich um Arbeit zu bemühen, gehen Hand in Hand mit den Intentionen des Jobcenters.

Der Beratungs- und Zeitaufwand ist in der Regel höher und zeitintensiver als bei den

sonstigen Ratsuchenden der Schuldnerberatung.

III. Rahmenbedingungen

1. Zuständigkeiten

1.1. Suchtberatung

Im Rhein-Kreis Neuss ist die Zuständigkeit für die Beratung von Suchtkranken wie folgt auf die Verbände und das Kreisgesundheitsamt verteilt:

Ort	Träger
Grevenbroich	Caritas Sozialdienste Rhein-Kreis Neuss
Dormagen	Caritas Sozialdienste Rhein-Kreis Neuss
Jüchen	Sozialpsychiatrischer Dienst des Kreisgesundheitsamtes
Kaarst	Sozialpsychiatrischer Dienst des Kreisgesundheitsamtes
Korschenbroich	Sozialpsychiatrischer Dienst des Kreisgesundheitsamtes
Meerbusch	Sozialpsychiatrischer Dienst des Kreisgesundheitsamtes
Neuss	Caritas Sozialdienste Rhein-Kreis Neuss
Rommerskirchen	Sozialpsychiatrischer Dienst des Kreisgesundheitsamtes

1.2. Psychosoziale Beratung

Im Rhein-Kreis Neuss ist die Zuständigkeit im Bereich Psychosoziale Beratung wie folgt auf die Verbände und das Kreisgesundheitsamt verteilt:

Ort	Träger
Dormagen	Psychosoziale Beratung des Diakonischen Werkes Rhein-Kreis Neuss
Grevenbroich	Psychosoziale Beratung des Diakonischen Werkes Rhein-Kreis Neuss
Jüchen	Sozialpsychiatrischer Dienst des Kreisgesundheitsamtes
Kaarst	Sozialpsychiatrischer Dienst des Kreisgesundheitsamtes
Korschenbroich	Sozialpsychiatrischer Dienst des Kreisgesundheitsamtes
Meerbusch	Sozialpsychiatrischer Dienst des Kreisgesundheitsamtes

Neuss	Sozialpsychiatrisches Zentrum des Diakonischen Werkes Neuss
Rommerskirchen	Sozialpsychiatrischer Dienst des Kreisgesundheitsamtes

1.3. Schuldnerberatung

Im Rhein-Kreis Neuss ist die Zuständigkeit im Bereich Schuldnerberatung wie folgt auf die Verbände verteilt:

Ort	Träger	Träger
Dormagen	Internationaler Bund e.V.	
Grevenbroich	Caritas Sozialdienste Rhein-Kreis Neuss GmbH	
Jüchen	Caritas Sozialdienste Rhein-Kreis Neuss GmbH	Internationaler Bund
Kaarst	Sozialdienst Kath. Männer Neuss e. V.	
Korschenbroich	Diakonisches Werk Neuss	
Meerbusch	Sozialdienst Kath. Männer Neuss e. V	
Neuss	Diakonisches Werk Neuss	Sozialdienst Kath. Männer Neuss e. V.
Rommerskirchen	Internationaler Bund	Caritas Sozialdienste Rhein-Kreis Neuss GmbH

Die ausführliche Darstellung zu jedem Beratungsangebot mit den genauen Kontaktdaten sowie Öffnungszeiten ist auf der Homepage des Jobcenters Rhein-Kreis Neuss unter <http://www.jobcenter-rhein-kreis-neuss.de> abgebildet.

2. Abläufe

Das umfangreiche Angebot der Flankierenden Dienste und des Kreisgesundheitsamtes ist sehr vielseitig und ergänzt sich in der Unterschiedlichkeit der Beratungsangebote und Möglichkeiten der Träger sehr gut. Der Erfolg wird durch die hohe Kompetenz aller getragen.

Das Fachwissen, die Beratungsabläufe und das Zuweisungsverfahren wurden im Laufe der Zeit optimiert, den datenschutzrechtlichen Rahmen angepasst sowie durch gegenseitige Schulungen und Gespräche entsprechend verfeinert. Der unmittelbare Kontakt und der Austausch sind für den Erfolg der Beratung mit dem Ziel der Wiedereingliederung des Hilfebedürftigen unumgänglich.

2.1. Suchtberatung und psychosoziale Beratung

In den meisten Fällen wird der Erstkontakt durch die Jobcenter -Mitarbeiter hergestellt. Ein wichtiger Bestandteil der Arbeit sind Gespräche mit Sachbearbeitern und Fallmanagern des Jobcenters. Viele Unstimmigkeiten können schon auf telefonischem Wege bereinigt werden oder es wird die weitere Vorgehensweise festgelegt.

Die Psychosoziale Beratung und die Suchtberatung arbeiteten vernetzend. Es werden Erstkontakte zu

externen Beratungsstellen, wie z. B. der Schuldner-, Sucht-, Erziehungs-, Eheberatung etc. und Ärzten unterschiedlicher Fachrichtungen hergestellt. Bei Bedarf wird der Erstkontakt durch den Berater begleitet.

Die Zuweisung der Klienten an die Beratungsstellen erfolgt mittels eines vom Mitarbeiter des Jobcenters ausgestellten Zuweisungsscheins. Die Hilfeplanung für die Betroffenen wird zeitnah mit den Fallmanagern abgestimmt, so dass Eingliederungsprozesse ohne Probleme eingeleitet werden können. Das Fallmanagement und die Beratungsstelle werden durch den Klienten gegenseitig von der Schweigepflicht entbunden.

In der Basisberatung, die in der Regel vier Beratungsgespräche umfassen soll, wird der individuelle Hilfebedarf ermittelt, durch:

- Kontaktaufnahme, Abklärung der Erwartungen, Klärung der Formalitäten
- Vereinbarung über den Ablauf der Beratung, Erstellung eines Hilfeplanes
- Aufbau einer tragfähigen Beratungsbeziehung
- Erstellung einer vorläufigen psychosozialen Diagnose, bei Bedarf Abklärung durch Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie
- Erarbeitung einer Behandlungsmotivation
- Informationsvermittlung zur Sucht- und/ oder psychischen Erkrankung
- Informationen zum Hilfesystem

Das Problem bzw. die Erkrankung des Betroffenen wird im Rahmen der Basisberatung durch eine fachliche Einzelfallanalyse identifiziert. Die Hilfeplanung wird dementsprechend individuell danach ausgerichtet und durchgeführt. Die Psychosoziale Beratung hat dabei häufig auch die Funktion einer Clearingstelle und die Suchtberatungsstelle die Funktion einer Vermittlungsstelle für eine stationäre Rehabilitation. Bei umfassendem Beratungs- und Betreuungsbedarf und vorhandener Bereitschaft des Klienten wird eine ziel- und ergebnisorientierte Beratung und Betreuung durch die Beratungseinrichtung weitergeführt. Die Mitarbeiter der Beratungsstellen bieten auf der Grundlage der Schweigepflichtentbindung regelmäßige Fallbesprechungen mit dem Fallmanager an. Bei Bedarf wird er auch in fachlicher Hinsicht im Umgang mit dem Kunden/ Klienten beraten und über Krankheitsbilder und Therapiewege aufgeklärt. Nach Abschluss der Basisberatung erfolgt eine Rückmeldung über den Verlauf und das Fazit der Gespräche mit dem Klienten.

2.2. Schuldnerberatung

- Zuweisung zur Schuldnerberatung durch das Jobcenter
- Gegenseitige Entbindung von der Schweigepflicht
- Telefonische oder persönliche Anmeldung zur Beratung einschließlich kurzer Beratung zur Abklärung der aktuellen Situation und unaufschiebbarer Fragen
- Erstberatung nach telefonischer, persönlicher oder schriftlicher Terminvergabe
- Basisberatung mit Anamnese (ggf. Existenzsicherung, Haushaltsplanung, Aufklärung/ Information etc.)
- Forderungsprüfung, Aktivierung der Selbsthilfe
- Sanierungsplanung
- Umsetzung der Sanierungsplanung möglichst unter Einbeziehung der Eigeninitiative und Leistungsfähigkeit des Klienten. Je nach Möglich- und Fähigkeiten z.B. Vorbereiten des Insolvenzverfahrens als Serviceleistung der Schuldnerberatung oder bspw. im Rahmen der Gruppenarbeit unter gelenkter Hilfe der Beratung, jedoch in Eigenleistung des Klienten.

Der Internationale Bund bietet an den Standorten Jüchen und Nievenheim und das Diakonische Werk Neuss an den Standorten Neuss und Korschenbroich, eine offene Sprechstunde an.

IV. Zusammenarbeit

1. Kommunikationsstruktur im Beratungsprozess

Die Form der Kommunikation lässt sich wie folgt abbilden:

1.1 Formale Zuweisungsverfahren und Abwicklung der Beratung

Die Zuweisung zu den Beratungsstellen erfolgt über den Zuweisungsschein des Jobcenters, der über den BK-Browser erstellt wird und die Kontaktdaten des ausgewählten Beratungsangebotes, die Kontaktdaten des Kunden sowie die Schweigepflichtentbindung beinhaltet.

Der Zuweisungsvordruck wird dreifach ausgedruckt und auch dreifach von dem Kunden unterschrieben. Die Zuweisung erfolgt postalisch, in dem die Integrationsfachkraft oder der Leistungssachbearbeiter ein Exemplar des beschriebenen Zuweisungsscheins an die ausgewählte Beratungsstelle versendet. Zusätzlich wird empfohlen telefonisch Kontakt aufzunehmen, um diese über die Zuweisung zu informieren. Eine Ausfertigung des Zuweisungsscheins wird dem Kunden für seine Unterlagen ausgehändigt, das letzte Exemplar verbleibt bei dem Zuweisenden. Außerdem versendet der Mitarbeiter des Jobcenters an die Beratungsstelle zusammen mit dem Zuweisungsschein einen Ergebnisbogen in zweifacher Ausfertigung.

Nach der ersten Vorsprache bei der Beratungsstelle erfolgt durch den Mitarbeiter der Beratungsstelle eine schriftliche Mitteilung an das Jobcenter. Hierzu wird ein Exemplar des Ergebnisbogens mit der Vermerk „Erstgespräch wurde durchgeführt am...“ postalisch an den zuweisenden Mitarbeiter geleitet. Spricht der Kunde nicht innerhalb von drei Monaten in der Basisberatung vor, erfolgt dort die Mitteilung „Erstgespräch wurde nicht wahrgenommen“. Außerdem besteht die Möglichkeit, die häufig genutzt wird, dass die Mitarbeiter der Beratungsstelle und des Jobcenters mit einander telefonieren.

Nimmt der Kunde nach der Zuweisung Kontakt zur Beratungsstelle auf und spricht zur ersten Beratung vor, startet die flankierende Beratung (Basisberatung).

Die Basisberatung beinhaltet vier Termine und soll nach 3 Monaten beendet werden, auch die Rückmeldung zum Jobcenter erfolgt innerhalb dieser Zeit.

Nach Beendigung der Basisberatung informiert die Beratungsstelle den zuständigen Mitarbeiter des Jobcenters über die Ergebnisse der Basisberatung. Dies erfolgt ebenfalls per Post über das Zusenden des zweiten Exemplars des Ergebnisbogens in dem die prognostische Zielerreichungseinschätzung und andere notwendige Informationen dokumentiert werden. Auch hier nutzen viele Mitarbeiter die Möglichkeit des zusätzlichen Informationsaustauschs bezüglich der Ergebnisse per Telefon.

Die Mitarbeiter des Jobcenters sind zudem verpflichtet die Zuweisungen in einer dafür konzipierten Datenbank zu dokumentieren. Die Dokumentation wird unterteilt nach Zuweisungsstellen, Zuweisungsdatum und Zuweisungsergebnissen (Vorsprache oder keine Wahrnehmung des Beratungstermins).

1.2 Kundenorientierte Kommunikationsstruktur

Die Kundenorientierte Kommunikationsstruktur ist ein Austausch, der weit über das formale Zuweisungsverfahren und die beschriebene Abwicklung der Beratung hinaus geht.

In den meisten Fällen findet zeitgleich mit der Zuweisung oder nach Abschluss der Basisberatung ein persönliches Gespräch zwischen der Fachkraft des Jobcenters und der Beratungsstelle statt. Zielsetzungen, Erwartungen und Besonderheiten werden ausgetauscht. Nach Beendigung der Basisberatung wird häufig weiterhin gemeinsam an der Zielerreichung und der Förderung der Hilfebedürftigen gearbeitet.

Die zunehmende Abstimmung über den Zeitpunkt einer Maßnahmenaufnahme, die Kontaktintensität, die kurz-, mittel-, oder langfristigen Ziele, die Entwicklungen, Außeneinflüsse, Teilschritte etc. sind gute Beispiele für einen Kunden- und zielorientierten gemeinsamen Beratungsprozess, der im Laufe der Zeit professionell weiter entwickelt wurde.

Die unabdingbare Voraussetzung für die beschriebenen Kommunikationswege ist eine Entbindung von der Schweigepflicht. Mit der Zuweisung zu einer Beratungsstelle nimmt das Jobcenter eine Erklärung zur Entbindung der Beratungsstelle von der Schweigepflicht auf. Diese ist in dem Zuweisungsformular enthalten und gilt für die Dauer der Basisberatung, also für drei Monate nach der Ausstellung der Zuweisung. Die Schweigepflichtentbindung wird dem Berater der flankierenden Maßnahmen (Wohlfahrtsverbände, Sozialpsychiatrischer Dienst) vom Betroffenen ausgehändigt und zusätzlich, wie bereits im Zuweisungsverfahren erläutert, per Post vom Zuweiser mit der Unterschrift des Hilfesuchenden zugeschickt. Erst nach Erhalt der Entbindung zur Schweigepflicht kann unter weiterer Beachtung des Datenschutzes der Informationsaustausch starten. Der Datenschutz umfasst dabei bereits die Information, ob der Hilfebedürftige Kontakt zur Beratungsstelle aufgenommen hat oder nicht. Häufig werden die datenschutzrechtlichen Bestimmungen als hinderlich, kompliziert und arbeitsintensiv empfunden. Der Schutz und die Persönlichkeitsrechte des Einzelnen sind aber zu wahren und rechtfertigen die o.g. Vorgehensweise.

2. Zusammenarbeit mit den Beratungsstellen

2.1 Suchtberatung und psychosoziale Beratung

Für die Berater und Beraterinnen/innen ist der direkte persönliche Kontakt zu den Fallmanagern, Arbeitsvermittlern und ggf. Mitarbeitern der Leistungsabteilung von großer Wichtigkeit. So können durch diesen persönlichen Kontakt passgenau Lösungen für die Kunden des Jobcenters gesucht und gefunden werden. Koordination und Prozessablauf sind exzellent und ökonomisch organisiert. Schulungen der Fallmanager und Vermittler erhöhen zusätzlich die Kompetenz und optimieren die Abläufe.

Nicht alle Hilfebedürftigen haben eine Problemeinsicht oder verfügen über eine Veränderungsmotivation, wenn sie über die Basisberatung den entsprechenden Stellen zugewiesen werden. Im Vergleich zu den überschuldeten Hilfebedürftigen treffen die Mitarbeiter der psychosozialen- und Suchtberatung sehr häufig auf Krankheitsbilder, die eine kurzfristige Veränderung nicht oder nur minimal zulassen. Der Abbau der vorliegenden Hemmnisse ist hierdurch nur in sehr kleinen Schritten und über einen längeren Prozess möglich. Auch hier wird das langfristige Ziel einer Integration verfolgt. Die hohe Fachlichkeit, die durch die Mitarbeiter der Beratungseinrichtungen sichergestellt wird, kann durch die Fachkräfte des Jobcenter Rhein-Kreis Neuss nicht geleistet werden.

Für das Jobcenter Rhein-Kreis Neuss nimmt die Möglichkeit, Hilfebedürftige, die sich in einer

Lebenskrise befinden, suchtmittelabhängig oder psychisch krank sind, kurzfristig an die Flankierenden Dienste anbinden zu können, einen hohen Stellenwert ein. Die erforderliche, spezifische Beratung ist auf dem Weg zur (Wieder-) Herstellung der Integrationsfähigkeit eine zwingende Voraussetzung.

Die unterschiedlichen Beratungsansätze der Wohlfahrtsverbände und des Kreisgesundheitsamtes bieten eine Vielzahl von Facetten und bereichern das Angebot. So laden die Caritas Sozialdienste die Hilfebedürftigen aktiv zum Beratungsgespräch ein. Bei Terminversäumnis erhalten die Hilfebedürftigen ein weiteres Beratungsangebot. Diese aktive Vorgehensweise soll zu einem "Schwellenabbau" führen und die Quote der erfolgreichen Beratungen erhöhen. Der sozialpsychiatrische Dienst des Gesundheitsamtes setzt dagegen auf die selbstverantwortliche Kontaktaufnahme und Wahrnehmung der Beratungstermine. Die notwendige Änderungsbereitschaft und die Motivation werden hier bereits abgefragt. Der Gefahr einer Co- Abhängigkeit des Helfersystems und einer Verschleppung der Problematik soll so vorgebeugt werden. Beide Vorgehensweisen haben ihre Berechtigung und zeigen Erfolge. Positiv ist, dass sich beide Träger bewusst und fachlich begründet für ihre Vorgehensweise entschieden haben.

Besonders Positives

Der fallbezogene Austausch hat sich sehr gut weiterentwickelt. Die Fallberatung im Rahmen der quartalsmäßigen Treffen bietet den Praktikern eine Reflexionsmöglichkeit und fördert den Einblick in das Aufgabengebiet des anderen. Erwartungshaltungen, Unsicherheiten und Handlungsstrategien können so aufgedeckt, besprochen und angegangen werden. Neben den Fallbesprechungen erfolgen prozessorientierte Rücksprachen, die ein Reagieren auf die aktuelle Falldynamik ermöglichen. Die Mitarbeiterinnen des Sozialpsychiatrischen Dienstes bieten auf der Grundlage der Schweigepflichtentbindung regelmäßige Fallbesprechungen mit dem Fallmanager an. Dieser wird bei Bedarf auch in fachlicher Hinsicht im Umgang mit dem Kunden/ Klienten beraten und über Krankheitsbilder und Therapiewege aufgeklärt. Nach Abschluss der Basisberatung erfolgt eine Rückmeldung über den Verlauf und das Fazit der Gespräche mit dem Klienten. Im Berichtszeitraum zeigte sich, dass sich die Kooperation mit den Fallmanagern weiterhin bewährt hat. Die Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen des Sozialpsychiatrischen Dienstes haben darüber hinaus wie bisher regelmäßig am Praktiker treffen „Sucht und Psyche“ des Jobcenters teilgenommen, das im Berichtszeitraum dreimal zu bestimmten Fachthemen tagte.

2.2 Schuldnerberatung

Eine Überschuldungssituation und das Leben von ALG II bindet bei einigen Hilfebedürftigen so viel Energie, dass sie es nicht schaffen, sich aktiv und erfolgreich um Arbeit zu bemühen. Sie sehen wegen Pfändungen keinen Sinn in der Aufnahme einer Arbeit oder sind trotz Motivation wegen drohender Lohnpfändungen für den Arbeitgeber uninteressant. Die Schuldnerberatung ist daher ein wichtiges Förderinstrument, um den bestehenden Kreislauf zu durchbrechen und für die Hilfebedürftigen eine Perspektive für die Zukunft zu schaffen.

Durch den bestehenden Kooperationsvertrag und die Fördermöglichkeiten genießen die Hilfebedürftigen, die den Beratungsstellen über die Basisberatung zugewiesen werden, verkürzte Wartezeiten. Grundsätzlich sollte die erste persönliche Beratung innerhalb von 14 Tagen stattfinden.

Wegen der steigenden Zuweisungszahlen und der gesellschaftlichen Gesamtentwicklung (immer mehr verschuldete Haushalte) kommt es phasenweise standortbezogen zu zeitlichen Verzögerungen. Die Beratungsstellen begegnen dieser Entwicklung durch das Angebot, die offene Sprechstunde zu nutzen, um dringliche Fragen beantworten zu können oder den Hilfebedürftigen eine "Checkliste" mitzugeben, damit der Termin weitestgehend vorbereitet werden kann.

Insgesamt kann von einer guten Zusammenarbeit gesprochen werden. Gegenseitige Hospitation, enge Kontakte und räumliche Nähe haben hier zu erheblichen Verbesserungen geführt.

V. Statistik/ Controlling

1. Anzahl von Zuweisungen und erfolgter Beratungen im Berichtszeitraum

1.1 Gesamt

Statistik Jobcenter Rhein-Kreis Neuss in 2013 über die Rückmeldungen von Beratungsstellen und Erfassung in der Zuweisungsdatenbank

Ergänzend soll erwähnt werden, dass unter Daten der Suchtberatung ausschließlich die Daten der Suchtkrankenhilfe Caritas Sozialdienste Rhein-Kreis Neuss gezählt sind. Sozialpsychiatrischer Dienst des Rhein-Kreis Neuss bietet ebenfalls Suchtberatung an, allerdings wurden bis Ende 2013 die Zuweisungen und somit auch die Rückmeldungen nicht nach Psychosoziale- und Suchtberatung unterschieden so, dass keine getrennte Erhebung der Daten möglich war.

Bei den Daten der Psychosozialen Beratung sind somit bei dem Psychiatrischen Dienst des Rhein-Kreis Neuss alle Zuweisungen inklusive Doppeldiagnosen und Suchtberatung aufgeführt.

Ab 2014 werden die Daten getrennt erhoben, so dass auch die nächste Statistik genauer dargestellt werden kann.

Zeitraum 01.01.2013 – 31.12.2013

Flankierender Dienst	Anzahl der Zuweisungen	Anzahl Erfolgreicher Zuweisungen	Anzahl Erfolgloser Zuweisungen
Suchtberatung <i>(Caritas soziale Dienste RKN)</i>	168	117	51
Psychosoziale Beratung <i>(inklusive alle Zuweisungen Sozialpsychiatrischer Dienst des RKN)</i>	291	155	136
Schuldnerberatung	916	559	357
Gesamt	1375	739	636

1.2 Suchtberatung

(Caritas Soziale Dienste RKN)

<u>Gesamt</u>	168
erfolgreiche Zuweisung	117
erfolglose Zuweisung	51

Daten Zuweisungsdatenbank 2013 Jobcenter Rhein-Kreis Neuss

1.3 Psychosoziale Beratung

(inklusive alle Zuweisungen Sozialpsychiatrischer Dienst des RKN)

<u>Gesamt</u>	<u>291</u>
Erfolgreiche Zuweisung	155
Erfolglose Zuweisung	136

Daten Zuweisungsdatenbank 2013 Jobcenter Rhein-Kreis Neuss

1.4 Schuldnerberatung

<u>Gesamt</u>	<u>916</u>
Erfolgreiche Zuweisung	559
Erfolgreiche Zuweisung	357

Daten Zuweisungsdatenbank 2013 Jobcenter Rhein-Kreis Neuss

2. Qualitative Kontrolle

2.1 Allgemeines

Die Messung der Erfolge der Zusammenarbeit im Bereich Flankierende Dienste ist schwierig. Der Einsatz der Flankierenden Dienste ist stets darauf gerichtet, den Integrationsprozess zu fördern und möglichst erfolgreich abzuschließen. Es bleibt offen, ob dies die einzige Erfolgsdefinition sein und wie diese Zielsetzung valide gemessen werden kann. Die Notwendigkeit zur Weiterentwicklung der Erfolgsbeschreibung und –messung wurde von allen Beteiligten bereits 2009 gesehen. Es wurde ein Arbeitskreis eingerichtet und ein erstes Konzept entwickelt. Die Ergebnisse der Arbeitsgruppe dienen nicht der Messung und Darstellung von Misserfolg. Eine Bewertung über einen Umkehrschluss der erhobenen Messpunkte ist daher auszuschließen. Der Beratungsprozess und die Erfolgsdefinition hängt maßgeblich vom Kunden ab und muss sich an den individuellen Ressourcen und dem Potential des/der Kunden/in orientieren. Es wurde ein Fragenkatalog mit 12 Fragen erarbeitet, der ab 1.1.2010 als Grundlage für den Einstieg in das Thema Erfolgsmessung dient.

Im Jobcenter erfolgt eine Messung der erfolgten Zuweisungen und der Anzahl der durchgeführten sowie nicht angetretenen Beratungen, die alle flankierenden Dienste des Rhein-Kreises Neuss umfasst. Dazu wird eine interne Datenbank benutzt und die Auswertung am Ende des Jahres allen Beteiligten präsentiert.

Ziel der Erhebung ist es, die sehr gute Zusammenarbeit und den Erfolg der Beratung nach innen und außen darzustellen und den Blick für das mittel- bis langfristige Ziel (Integration in den Arbeitsmarkt) zu schärfen. Nur so ist es möglich, die notwendige und kleinschrittige Arbeit der Beratungsstellen hervorzuheben, die zur Zielerreichung erforderlich ist.

2.2. Suchtberatung

Caritas Soziale Dienste Rhein-Kreis Neuss:

Gesamtzweisungen 2013:
163
(Beratung in 2013 aufgenommen oder nie erschienen)

Beratung in 2013 aufgenommen:
134

Beratung in 2013 abgeschlossen:
115

Gesamtberatungen 2013 mit Klienten aus Vorjahr:
168

Frage	Ja	Nein	Nicht notwendig
Der Kunde kommt zum Zweitgespräch	95	20	
Basisberatung ist zum aktuellen Zeitpunkt notwendig oder angezeigt	104	11	
Fallerfassung/ Anamnese erfolgt	95	20	
Es konnte eine tragfähige Beziehung aufgebaut werden	81	34	
Kunde erkennt im Laufe der Beratung das Problem	78	37	
Kunde setzt sich mit seinem Problem auseinander	78	37	
Es konnte eine Zielanalyse und Zieldefinition erstellt werden	74	35	6
Unterstützung in Behördenangelegenheiten/Schriftverkehr ist erfolgt	35	10	70
Kunde verändert sein Verhalten	56	56	3
Basisberatung erfolgreich beendet, weitere Beratung nicht mehr notwendig	12	103	
Vermittlung zu anderen Fachstellen	40	56	19
Der Kunde kommt auch über die Basisberatung hinaus	58	57	

~~2.3. Psychosoziale Beratung~~ der Erfolgskriterien aufgeführt. Die Erfolgskriterien wurden
Sozialpsychiatrischer Dienst des Rhein Kreis Neuss
Abschaffung der ISI Datenbank ab dem 01.01.2013 intern erhoben.

Klienten haben in 2013 keinen Kontakt bzw. kein Erstgespräch wahrgenommen 35
Beratung in 2013 abgeschlossen 80

Frage	Ja	Nein	Nicht notwendig
Der Kunde kommt zum Zweitgespräch	35	8	
Basisberatung ist zum aktuellen Zeitpunkt notwendig oder angezeigt	41	2	1
Fallerfassung/ Anamnese erfolgt	40	3	
Es konnte eine tragfähige Beziehung aufgebaut werden	35	8	
Kunde erkennt im Laufe der Beratung das Problem	33	10	
Kunde setzt sich mit seinem Problem auseinander	32	11	
Es konnte eine Zielanalyse und Zieldefinition erstellt werden	35	8	
Unterstützung in Behördenangelegenheiten/Schriftverkehr ist erfolgt	8	13	22
Kunde verändert sein Verhalten	27	16	
Basisberatung erfolgreich beendet, weitere Beratung nicht mehr notwendig	20	23	
Vermittlung zu anderen Fachstellen	30	13	
Der Kunde kommt auch über die Basisberatung hinaus	6	34	

Auswertung der Erfolgskriterien:

**Ja Nein Nicht
notwendig**

- ⊕ ¾ der Klienten kam zum Zweitgespräch,
- ⊕ die Basisberatung war bei nahezu allen Klienten zum aktuellen Zeitpunkt notwendig und angezeigt
- ⊕ eine Fallerfassung und Anamnese erfolgte ebenfalls bei dem Großteil der Klienten,
- ⊕ eine tragfähige Beziehung konnte ebenfalls bei dem überwiegenden Teil der Klienten aufgebaut werden,
- ⊕ die überwiegende Anzahl der Klienten setzte sich mit dem erkannten Problem auseinander, so dass gemeinsam eine Zielanalyse und Zieldefinition erstellt werden konnte
- ⊕ im Vergleich zum Vorjahr war mehr Unterstützung in Behördenangelegenheiten erforderlich
- ⊕ zum Zeitpunkt der Basisberatung veränderte die überwiegende Zahl der Klienten ihr Verhalten
- ⊕ die Mehrheit der Klienten beendete die Basisberatung nicht erfolgreich
- ⊕ einige Klienten kamen anschließend zur weiterführenden Beratung
- ⊕ ein Großteil der Klienten wurde darüber hinaus zu anderen Fachstellen vermittelt.

Sozialpsychiatrisches Zentrum Diakonisches Werk Neuss

Frage

Der Kunde kommt zum Zweitgespräch	80	8	5
Basisberatung ist zum aktuellen Zeitpunkt notwendig oder angezeigt	88	5	
Fallerfassung/ Anamnese erfolgt	80	13	
Es konnte eine tragfähige Beziehung aufgebaut werden	80	13	
Kunde erkennt im Laufe der Beratung das Problem	77	16	
Kunde setzt sich mit seinem Problem auseinander	77	16	
Es konnte eine Zielanalyse und Zieldefinition erstellt werden	77	16	
Unterstützung in Behördenangelegenheiten/Schriftverkehr ist erfolgt	35	8	50
Kunde verändert sein Verhalten	64	16	13
Basisberatung erfolgreich beendet, weitere Beratung nicht mehr notwendig	67	26	

Vermittlung zu anderen Fachstellen	37	6	48
Der Kunde kommt auch über die Basisberatung hinaus	26	67	

Sozialpsychiatrisches Zentrum des Diakonischen Werkes im Rhein-Kreis Neuss

Frage	Ja	Nein	Nicht notwendig
Der Kunde kommt zum Zweitgespräch	64	7	2
Basisberatung ist zum aktuellen Zeitpunkt notwendig oder angezeigt	71		
Fallerfassung/ Anamnese erfolgt	67		6
Es konnte eine tragfähige Beziehung aufgebaut werden	61	4	8
Kunde erkennt im Laufe der Beratung das Problem	62	9	2
Kunde setzt sich mit seinem Problem auseinander	61	9	3
Es konnte eine Zielanalyse und Zieldefinition erstellt werden	59	14	
Unterstützung in Behördenangelegenheiten/Schriftverkehr ist erfolgt	40	29	4
Kunde verändert sein Verhalten Seite 28	34	9	17
Basisberatung erfolgreich beendet, weitere Beratung nicht mehr notwendig	36	12	

2.4 Schuldnerberatung

Da nicht jede Zuweisung auf Wunsch der Klientinnen und Klienten durchgeführt wird, ist es ein Erfolg, dass 88 % weitere Termine nach dem Erstgespräch vereinbaren und wahrnehmen.

Für die verbleibenden 12 % ohne weitere Gespräche ist es wichtig, dass die Klientinnen und Klienten im Rahmen der Basisberatung die ersten Schritte gemacht haben und nicht selten aufgrund dieser Erfahrungen zu einem späteren Zeitpunkt erneut den Kontakt zur Beratungsstelle aufnehmen. Durch die Ergebnisoffenheit der Beratung wird den Klientinnen und Klienten die Möglichkeit zur Selbstbestimmung gelassen. Auf Zwänge reagieren gerade schwierige Klientinnen und Klienten mit Abwehr. Ein Veränderungsprozess wird in solchen Fällen häufig erst mit der Zuweisung zur Basisberatung begonnen und kann sich über mehrere Jahre entwickeln. Ohne die Zuweisung zur Schuldnerberatung hätte ein großer Teil der Klientinnen und Klienten den Weg nicht in die Schuldnerberatung gefunden. Viele berichten von großer Erleichterung und neuem Mut, weil bisher unlösbare Probleme bearbeitet werden.

Unterstützung in Behördenangelegenheiten/Schriftverkehr ist erfolgt	238	60	200
Kunde verändert sein Verhalten	181	88	229
Basisberatung erfolgreich beendet, weitere Beratung nicht mehr notwendig	65	433	
Vermittlung zu anderen Fachstellen	107	104	287
Der Kunde kommt auch über die Basisberatung hinaus	332	166	

VI. Resümee; Erfahrungen aus dem Berichtszeitraum:

1. Suchtberatung

1.1 Caritas Sozialdienste Rhein-Kreis Neuss (Suchtkrankenhilfe)

(siehe dazu Seite 8)

1.2 Sozialpsychiatrischer Dienst des Rhein-Kreis Neuss

(siehe dazu Seite 11)

2. Psychosoziale Beratung

2.1 Sozialpsychiatrischer Dienst des Rhein-Kreis Neuss

Die meisten Zuweisungen im Berichtszeitraum erfolgten nach Auswertung im Berichtszeitraum unverändert in den Bezirken Korschenbroich und Meerbusch. In den Bezirken Jüchen und Rommerskirchen hat die Anzahl der Zuweisungen deutlich im Vergleich zu den Vorjahren zugenommen. Im Bezirk Kaarst erfolgten die meisten Zuweisungen über Arbeitsvermittler, kaum jedoch über den zuständigen Fallmanager.

Hilfreich war die Angabe der jeweiligen Adresse des Zuweisers auf dem Ergebnisbogen, so dass die Ergebnisbögen auch an den korrekten Ansprechpartner zurückgeschickt werden konnten.

Analog zu den Berichten der Vorjahre lässt sich festhalten, dass bei der Klientel, die vom Jobcenter zugewiesen wird, viele Probleme häufig schon sehr lange bestehen und negative Sichtweisen, Einstellungen und Probleme sich aufgrund verschiedener Bedingungen oftmals über Jahre hinweg entwickelt haben und einigen Betroffenen nicht mehr bewusst sind, so dass es für den Berater häufig die erste Aufgabe ist, zunächst eine Offenheit und Akzeptanz für die Annahme von Hilfen mit motivierenden Gesprächstechniken zu erarbeiten. Entschließt sich eine Klientin oder ein Klient zur Annahme von Hilfen bedarf dies häufig der kontinuierlichen Unterstützung und Motivation, da die Entscheidung Hilfe anzunehmen oft

noch durch viele Unsicherheiten, Schamgefühle, Ängste und Zweifel blockiert ist und die Lebenssituation der psychisch erkrankten und/ oder suchtmittelabhängigen Menschen durch zusätzliche Belastungen wie die oft langjährig bestehende Arbeitslosigkeit und damit verbunden Perspektiv- und Hoffnungslosigkeit und existentielle Nöte sowie Schulden, instabile und/ oder keine sozialen Beziehungen und insgesamt schlechte Lebensbedingungen geprägt ist. Auch bestehen für psychiatrische und psychotherapeutische Behandlungen in der Regel Wartezeiten und manche Klienten sind so belastet, dass sie es nicht schaffen, Vorgespräche bei Behandlern zu vereinbaren und wahrzunehmen und/ oder geben bei Wartezeiten ihr Bemühen frühzeitig auf, so dass auch hierbei bei Bedarf Unterstützung angeboten wird, ebenso bei der Vermittlung zu anderen Fachstellen. Bei der zugewiesenen Klientel präsentiert sich häufig in der Situationssichtung in der Basisberatung eine unzulängliche Versorgung in vielen Lebensbereichen, verbunden mit einer weitreichenden Hilflosigkeit im Umgang mit ihren Problemen, Erkrankungen und unzureichenden Informationen über Unterstützungs- und Behandlungsmöglichkeiten, die der Berater im persönlichen Gespräch aufzeigt und/ oder vermittelt, um gemeinsam mit dem Klienten Wege zu erarbeiten, eine Verbesserung der psychischen/ gesundheitlichen Verfassung und demzufolge der Lebenssituation sowie langfristig dem Abbau der ein längerer Prozess ist. In den Beratungsgesprächen werden realistische Zielvorstellungen mit dem Klienten erarbeitet. Als hilfreich und entlastend wird von den Klienten häufig die Betreuung im Fallmanagement ohne den Druck der Arbeitsvermittlung erlebt. Fehlende Arbeitsplätze und sich mit zunehmendem Alter verschlechternde Chancen, auf dem Arbeitsmarkt wieder Fuß zu fassen, erschweren die Situation der Betroffenen überdies. Unverändert sehen wir den „Erfolg“ darin, wenn ein Klient Kontakt zum Versorgungssystem gefunden hat, um hierüber die Chance zu erhalten, an einer Verbesserung der psychischen Verfassung und demzufolge auch der Lebenssituation zu arbeiten.

2.2 Sozialpsychiatrisches Zentrum Diakonisches Werk Neuss

(siehe dazu Seite 11)

2.3 Sozialpsychiatrisches Zentrum des Diakonischen Werkes im Rhein-Kreis Neuss

Die Basisberatung kann in vielen Fällen zur Klärung der persönlichen Situation eines Arbeitssuchenden beitragen und dazu führen, dass ein Weg zur Arbeit oder zumindest zur weiterführenden Hilfen gefunden wird. Der Erfolg ist von einer guten Zusammenarbeit zwischen den Fallmanagern des Jobcenters und den Mitarbeitern der flankierenden Dienste abhängig. Leider verliert die Basisberatungsstelle nach erfolgreicher Tätigkeit häufig den Klienten aus dem Auge und erfährt nicht, was aus ihm geworden ist. Jedoch gibt es immer wieder auch Rückkoppelungen nach abgeschlossener Beratung, wenn sich im Notfall der ehemalige Ratsuchende wieder an uns wendet. Im Berichtszeitraum waren dies immerhin 34 Menschen.

3. Schuldnerberatung des Diakonischen Werkes Neuss, Sozialdienst Kath. Männer Neuss e.V., Caritas Sozialdienste Rhein-Kreis Neuss, Internationaler Bund e.V

Von den im Jahre 2013 zugewiesenen Personen haben 561 die Beratungsstellen persönlich aufgesucht, so dass die Basisberatung begonnen werden konnte.

Im Berichtsjahr wurden 498 Beratungen abgeschlossen. Die Erfolgsevaluation bezieht sich nur auf die abgeschlossenen Basisberatungen.

Die Erfolgsevaluation zeigt, dass 67 % dieser Fälle in einen längerfristigen Beratungsprozess münden, der weit über die Basisberatung hinaus geht und in vielen Fällen eine Insolvenzberatung erforderlich ist. Zusätzlich konnten bereits 13 % nach der Basisberatung als erfolgreich abgeschlossen werden. Bei 3 % war eine Basisberatung nicht notwendig oder nicht angezeigt.

Sofern eine Zuweisung ohne den Wunsch des Ratsuchenden erfolgt, sind die MitarbeiterInnen der Schuldnerberatung verstärkt gefordert. Die Motivation der KlientInnen zur Selbstreflexion des eigenen Verhaltens gilt es zu entwickeln und zu fördern. Dies kann nicht immer gelingen, denn Schuldnerberatung setzt Einsicht und den Willen zur Verhaltensänderung voraus. Da nicht jede Zuweisung auf Wunsch der KlientInnen durchgeführt wird, ist es ein Erfolg, dass 88 % weitere Termine nach dem Erstgespräch vereinbaren und wahrnehmen.

Für die verbleibenden 12 % ohne weitere Gespräche ist es wichtig, dass die KlientInnen im Rahmen der Basisberatung die ersten Schritte gemacht haben und nicht selten aufgrund dieser Erfahrungen zu einem späteren Zeitpunkt erneut den Kontakt zur Beratungsstelle aufnehmen. Durch die Ergebnisoffenheit der Beratung wird den KlientInnen die Möglichkeit zur Selbstbestimmung gelassen. Auf Zwänge reagieren gerade schwierige KlientInnen mit Abwehr. Ein Veränderungsprozess wird in solchen Fällen häufig erst mit der Zuweisung zur Basisberatung begonnen und kann sich über mehrere Jahre entwickeln. Ohne die Zuweisung zur Schuldnerberatung hätte ein großer Teil der KlientInnen den Weg nicht in die Schuldnerberatung gefunden. Viele berichten von großer Erleichterung und neuem Mut, weil bisher unlösbare Probleme bearbeitet werden.

Die Kooperation mit dem Jobcenter hat sich bis heute stetig weiter entwickelt und wird ständig optimiert. Auch im Jahr 2013 wurden wieder Informationsveranstaltungen in den Teams des Jobcenters durchgeführt. In persönlichen Gesprächen werden regelmäßig individuelle Probleme der Ratsuchenden erörtert. Die intensive Zusammenarbeit trägt in erheblichem Maße zum Gelingen der Beratung bei. Die Situation der Betroffenen wird durch Informationen der Schuldnerberatung verbessert und die Motivation zur Arbeitsaufnahme wird dadurch gefördert.

VII. Ausblick

Die enge Zusammenarbeit und die gute Vernetzung zwischen den flankierenden Diensten und dem Jobcenter haben auch im Jahr 2013 für eine positive Bewegung bei der Beratung und der Begleitung der Hilfebedürftigen gesorgt. Durch das Engagement und den Einsatz aller Beteiligten wurde viel erreicht. Die gemeinsame Arbeit zeichnete sich vor allem durch den Willen für den Betroffenen das Beste zu erreichen aus. Es besteht Einigkeit darüber, dass der bereits begonnene Prozess fortgesetzt und weiter gemeinsam an der Förderung und der Unterstützung der Hilfebedürftigen gearbeitet werden muss.

Die Erfolgskriterien werden, wie bisher, von den flankierenden Diensten erhoben und zum Ende des Berichtszeitraumes ausgewertet. Die Dokumentation und die Auswertung der Zuweisungszahlen im Jobcenter wurden verfeinert. Es wird noch intensiver daran gearbeitet, dass zu jedem einzelnen Kunden eine schriftliche oder telefonische Rückmeldung geben und dokumentiert werden soll.

Die umzugsbedingten, kommunikativen Schwierigkeiten, die Ende des Jahres entstanden waren, wurden behoben. Die flankierenden Dienste haben die aktuellen Kontaktdaten der mitwirkenden Mitarbeiter des Jobcenters erhalten, so dass die Zusammenarbeit zwischen den Beratungsstellen und dem Jobcenter weiterhin ausgeführt und ausgebaut werden kann.

In Korschenbroich wurden neue Räumlichkeiten für eine Außensprechstunde gefunden, so dass auch in diesem Bezirk das ortsnahe Beratungsangebot aufrechterhalten werden kann. Die Außensprechstunde in Grevenbroich findet jetzt im Gesundheitsamt Grevenbroich, Erdgeschoss, Zimmer 8, Auf der Schanze 1 in Grevenbroich statt.

Die gemeinsamen Gesprächsrunden zwischen den flankierenden Diensten, dem Gesundheitsamt des Rhein-Kreises Neuss, dem Rhein-Kreis Neuss als Träger und dem

Jobcenter Rhein-Kreis Neuss finden auch im folgenden Jahr vierteljährlich statt.

Sitzungsvorlage-Nr. 53/0247/XVI/2014

Gremium	Sitzungstermin	Behandlung
Sozial- und Gesundheitsausschuss	20.11.2014	öffentlich

Tagesordnungspunkt:

Anfrage der SPD-Fraktion zur Novelle der Trinkwasserverordnung 2012

Sachverhalt:

Die Anfrage der SPD Kreistagsfraktion zur Novelle der Trinkwasserverordnung wird wie folgt beantwortet:

Zu 1.

Das Gesundheitsamt des Rhein-Kreises Neuss hat seit Inkrafttreten der 1. bzw. 2. Verordnung zur Änderung der Trinkwasserverordnung 2011 bzw. 2012 Hauseigentümer und Hausverwaltungen über die neuen bzw. geänderten Untersuchungs- und Anzeigepflichten mehrfach und auf unterschiedlichen Wegen informiert.

- Mehrere Presseinformationen
- Informationsveranstaltung im Kreishaus
- Erstellung von Merkblättern und Veröffentlichungen im Internet

In welchem Umfang die Vorgaben der Trinkwasserverordnung zur Anwendung kommen, kann das Gesundheitsamt nicht beurteilen, weil die Anzeigepflicht für den Bestand von Großanlagen zur Trinkwassererwärmung sowie die Pflicht zur Übersendung einwandfreier Untersuchungsergebnisse an das Gesundheitsamt mit der 2. Novellierung der Trinkwasserverordnung entfallen sind.

Zu 2.

Das Gesundheitsamt kann keine Angaben machen, wie viele Anlagen bis zum 31.12.13 hinsichtlich eines Legionellenvorkommens untersucht worden sind, weil nur noch Überschreitungen des technischen Maßnahmenwertes von 100 Legionellen pro 100 ml angezeigt werden müssen. Die Übermittlung einwandfreier Untersuchungsergebnisse entfällt.

Dem Gesundheitsamt wurden auf Grundlage der 1. VO zur Änderung der Trinkwasserverordnung rund 1600 Gebäude mit Großanlagen zur Trinkwassererwärmung angezeigt. Dies sind schätzungsweise nur 15 - 20 % der tatsächlich unter die Untersuchungspflicht fallenden Gebäude.

Bis zum 31.12.2013 wurden die Ergebnisse (sowohl einwandfreie, als auch Überschreitungen des technischen Maßnahmenwertes) aus rund 900 vermieteten Gebäuden übermittelt.

Zu 3.

Dem Gesundheitsamt sind für rund 200 Gebäude Überschreitungen (bei insg. 900 Gebäuden) des technischen Maßnahmenwertes für Legionellen angezeigt worden. In allen Fällen ist der Hauseigentümer nach § 16 Abs. 7 der Trinkwasserverordnung verpflichtet, eine Ortsbesichtigung, eine Prüfung, ob die allgemein anerkannten Regeln der Technik eingehalten werden und eine Gefährdungsanalyse durchzuführen bzw. durchführen zu lassen. Das Gesundheitsamt verschickt in allen Fällen ein Informationsschreiben an den Hauseigentümer bzw. Verwalter.

Bei niedrigen bis mittleren Belastungen (101 - 10.000 Legionellen pro 100 ml) sind als Sofortmaßnahmen eine thermische Desinfektion und eine erweiterte Untersuchung zu veranlassen und die Nutzer zu informieren. Bei mehr als 10.000 Legionellen pro 100 ml wird ein sofortiges Duschverbot oder alternativ das Anbringen von Sterilfiltern angeordnet. Das Gesundheitsamt überprüft dann, ob die Verantwortlichen ihren Pflichten nach § 16 Abs. 7 TrinkwV nachkommen, und ordnet ggf. die notwendigen Maßnahmen an.

In Altenheimen und Krankenhäusern sind je nach Risiko schon bei sehr viel geringeren Werten Maßnahmen zum Schutz der Gesundheit erforderlich.

Der Leiter der Produktgruppe Infektionsschutz / Umweltmedizin Gesundheitsingenieur Siegfried Hauswirth berichtet in einem Kurzvortrag in der Sitzung zu dem Thema.

Beschlussvorschlag:

Der Sozial- und Gesundheitsausschuss nimmt die Ausführungen des Gesundheitsamtes zustimmend zur Kenntnis.

Anlagen:

Anfrage der SPD-Fraktion vom 30.09.2014 zur Novelle der Trinkwasserverordnung 2012



30.09.2014

An
Den Vorsitzenden des Sozial und Gesundheitsausschusses
Herrn Dr. Hans Ulrich Klose
Kreisverwaltung

41460 Neuss

Anfrage für die Sitzung des Sozial- und Gesundheitsausschusses am 20. November 2014: Novelle der Trinkwasserverordnung 2012

Sehr geehrter Herr Dr. Klose,

Am 14. Dezember 2012 ist die novellierte Trinkwasserverordnung in Kraft getreten.

Die Frist, bis zu der alle betroffenen Trinkwasseranlagen erstmals auf Legionellen zu überprüfen sind ist auf den 31. Dezember 2013 festgelegt worden.

Hierbei handelt es sich um „Großanlagen zur Trinkwasserversorgung“ die folgende Kriterien erfüllen:
a) Speicher- Trinkwassererwärmer oder zentrale Durchfluss- Trinkwassererwärmer mit einem Inhalt von mehr als 400 Litern oder
b) einem Inhalt von mehr als drei Litern in mindestens einer Rohrleitung zwischen Abgang des Trinkwassererwärmers und Entnahmestelle
Durch diese Novellierung der Trinkwasserverordnung sind nahezu alle Gebäude mit zentralen Warmwasserversorgungsanlagen in Mehrfamilienhäusern betroffen. Grundeigentümer und Vermieter, aber auch Verwalter von Wohnungseigentum mit Vermietung stehen durch die novellierte Trinkwasserverordnung in der Pflicht, diese Regelungen aktiv umzusetzen.

Die SPD-Kreistagsfraktion bittet aus diesem Grund um Beantwortung folgender Fragen für die Sitzung des Kreissozial- und Gesundheitsausschusses am 20. November 2014:

1. Kann davon ausgegangen werden, dass die Vorgaben der novellierten Trinkwasserverordnung 2012 bei Vermietern und Verwaltern hinlänglich bekannt sind und zur Anwendung kommen?
2. Wie viele Anlagen wurden in dem vorgeschriebenen Zeitraum bis 31.12.2013 im Rhein-Kreis Neuss untersucht – Vorlage an das Gesundheitsamt gemäß § 15 (3) TrinkwV?
3. Bei wie vielen der untersuchten Anlagen im Rhein-Kreis Neuss wurden die Grenzwerte überschritten und welche Maßnahmen wurden – z.B. auch in Form einer Gefährdungsanalyse – gemäß § 16 TrinkwV eingeleitet?

Mit freundlichen Grüßen

Rainer Thiel MdL
Vorsitzender

Udo Bartsch
- Kreistagsabgeordneter -

Sitzungsvorlage-Nr. 53/0321/XVI/2014

Gremium	Sitzungstermin	Behandlung
Sozial- und Gesundheitsausschuss	20.11.2014	öffentlich

Tagesordnungspunkt:

Beratung und Prävention bei HIV-Infektion bzw. Erkrankung im Rhein-Kreis Neuss

Sachverhalt:

Die Anfrage der Anfrage der Fraktion DIE LINKE/Piraten im Rhein-Kreis Neuss an den Sozial- und Gesundheitsausschuss am 20.11.2014 zur Beratung und Prävention bei HIV-Infektion bzw. Erkrankung im Rhein-Kreis Neuss wird wie folgt beantwortet:

Zu 1.

Gemäß § 7 (3) Infektionsschutzgesetz ist der direkte oder indirekte Nachweis von HIV nichtnamentlich zu melden. Die Mitteilungen des Gesundheitsamtes basieren auf den dementsprechend veröffentlichten Zahlen.

Eine regionale Zuordnung ist hierbei nur über die ersten drei Ziffern der Postleitzahl möglich. Somit lassen sich auch Fallzahlen nicht ausschließlich auf den Rhein-Kreis Neuss beziehen.

Zu 2.

Generelle gibt es zu allen Hausärzten im Rhein-Kreis Neuss gute Kontakte. Eine sehr fruchtbare Zusammenarbeit hat sich aber insbesondere zu dem niedergelassen Facharzt für Innere Medizin, Herrn Dr. Robert Baumann, in Neuss entwickelt, der die einzige HIV-Schwerpunktpraxis im Kreis besitzt.

Aktuell lässt sich ein Interview mit Dr. Baumann im Rahmen des Internet-Auftrittes des Gesundheitsamtes unter <http://www.rhein-kreis-neuss.de/de/themen/gesundheit/gesundheitskalender-2014/dezember.html> abrufen.

Zu 3.

Die Betroffenen, Angehörigen und Freunde von Betroffenen sowie alle interessierten Bürger können sich vertraulich an die Aidsberaterin des Gesundheitsamtes wenden.

Im Jahr 2013 wurden beim Rhein-Kreis Neuss insgesamt 467 Tests, davon mit 5 mit positivem Ergebnis durchgeführt. Des Weiteren wurden insgesamt 19 Gespräche mit Betroffenen sowie ca. 200 sonstige Gespräche Beratungsgespräche geführt.

Auf die Zusammenarbeit mit Herrn Dr. Baumann wurde bereits hingewiesen.

Zu 4.

Präventionsmaßnahmen werden von der Aidsberaterin des Rhein-Kreises angeboten und auf Anfrage unterschiedlicher Einrichtungen und Institutionen durchgeführt.

Insgesamt fanden im Jahre 2013 ca. 90 Veranstaltungen / Aktionen in Form von Seminaren, Vorträgen, Workshops und Projekten statt. Mit der Aufführung von Theaterspielen in Schulen und Jugendeinrichtungen wurden so etwa 3.250 Schülerinnen und Schüler erreicht. Weitere etwa 550 Schülerinnen und Schüler wurden mit dem Projekt „Komm auf Tour“ erreicht.

Zu 5.

Die Pflegebestimmungen richten sich nach den allgemein gültigen Hygienevorschriften, die bereits im „normalen Pflegealltag“ Berücksichtigung finden. Zudem sind durch die neuen Therapien HIV-Positive und Aidskranke derzeit länger in einem besseren gesundheitlichen Zustand, so dass sich die Pflegesituation erst viel später ergibt.

Anlagen:

A_HIV_Sozial und Gesundheitsausschuss_2014_11_20

Ansprechpartner:

Oliver Schulz

oliver-schulz@gmx.net
+49 (0)2131 405169 2

An:

Rhein-Kreis Neuss
Der Landrat
-Kreistagsbüro-

Lindenstraße 2
41515 Grevenbroich

Neuss den 3.11.2014

Anfrage zum Sozial- und Gesundheitsausschuss 20.11.2014 Beratung/Prävention HIV-Infektion/Erkrankungen im Rhein-Kreis Neuss

Sehr geehrter Herr Dr. Klose,
wir bitten die Verwaltung um Informationen zum Thema HIV, Prävention, Beratung, Betreuung und Entwicklung im Rhein-Kreis Neuss, mitzuteilen.

1. Datengrundlage

Auf welchen statistischen Auswertungen greift der Rhein-Kreis Neuss zurück?

Da nur die Neuerkrankten 2013 in Ihrem Bericht genannt wurden bitten wir sie auch die Daten und Ihren Erfassungsmodus der letzten Jahre zu nennen.

2. Kooperation

Eine HIV-Infektion/Erkrankung unterliegt im Sinne des Infektionsschutzgesetzes nicht der namentlichen Meldepflicht. Bei positiv bestätigten Testergebnissen liegt gegenüber dem Robert-Koch-Institut (RKI) in Berlin eine sog. Labormeldepflicht vor. Eine Meldung einer Behandlung eines Aids-Erkrankten durch einen Arzt ist freiwillig. Gibt es eine Zusammenarbeit mit den Hausärzten und dem Rhein-Kreis Neuss im Bereich Meldungen, Beratung und Behandlung von HIV erkrankten Menschen?

3. Beratung

Welche Beratungsangebote (medizinisch/psychologisch/rechtlich) gibt es für HIV erkrankte Menschen und ihre Angehörigen, im Rhein-Kreis Neuss?

Wie werden sie genutzt und welche Erfahrungswerte gibt es?

4. Präventionsangebote

Welche Präventionsangebote werden im Rhein-Kreis Neuss an Schulen, Jugendeinrichtungen sowie med./pflegerischen Einrichtungen angeboten?

5. Pflege

Auf Grund der höheren Lebenserwartung von Menschen mit HIV und Aids zeichnet sich bereits jetzt ein Bedarf an Altenpflegeplätzen ab. Wie sind die Pflegeheime und ambulanten Pflegedienste im Rhein-Kreis Neuss auf eine spezialisierte Pflege vorbereitet?



Kirsten Eickler
Fraktionsvorsitzende

Inhaltsverzeichnis

Sitzungsdokumente	
Einladung	1
Vorlagendokumente	
TOP Ö 2 GEPA NRW	
Vorlage 50/0324/XVI/2014	5
2012-12-05 rhein-kreis neuss 50/0324/XVI/2014	9
Vortrag TOP 6 hcb 50/0324/XVI/2014	31
TOP Ö 3 Erstes Pflegestärkungsgesetz	
Vorlage 50/0327/XVI/2014	47
Pflegeleistungen nach Einführung des Pflegestärkungsgesetz 1 50/0327/	49
TOP Ö 4 Ausländische Flüchtlinge und Asylbewerber	
Vorlage 50/0328/XVI/2014	61
Aktuelle Zahlen zu Asyl 50/0328/XVI/2014	65
TOP Ö 5 Palliativversorgung und Hospizarbeit im Rhein-Kreis Neuss	
Vorlage 53/0330/XVI/2014	75
TOP Ö 6.1 Bericht über die Zusammenarbeit der Flankierenden Dienste, des Gesund	
Vorlage 50/0326/XVI/2014	79
Gesamtbericht_Flankierende Dienste_Jobcenter_2013_ 50/0326/XVI/2014	81
TOP Ö 7.1 Novelle der Trinkwasserverordnung-Anfrage der SPD-Kreistagsfraktion	
Vorlage 53/0247/XVI/2014	115
Anfrage der SPD-Fraktion vom 30.09.2014 zur Novelle der Trinkwasserver	117
TOP Ö 7.2 Beratung /Prävention bei HIV-Infektion / Erkrankung im Rhein-Kreis Ne	
Vorlage 53/0321/XVI/2014	119
A_HIV_Sozial und Gesundheitsausschuss_2014_11_20 53/0321/XVI/2014	121
Inhaltsverzeichnis	123