

## I. Vorlage

- zur Beschlussfassung  
 als Bericht

Gremium

Sitzungsteil

Datum

	bisherige Beratungsfolge	Sitzungstermin	Abstimmungsergebnis				
			einst.	mit Mehrheit		Ja-Stimmen	Nein-Stimmen
				angen.	abgel.		
1							
2							
3							

**Betreff**  
**Landesplan für Altenhilfe;  
 Staatliche Investitionskostenförderung für stationäre Altenpflegeeinrichtungen**

Zum Schreiben/Zur Vorlage der Verwaltung vom

Anlagen  
 -1-

### **Beschlussvorschlag**

Von der Vorlage des Referat IV vom 09.06.2006 nimmt der Beirat Kenntnis.

## Sachverhalt

Das Schreiben des Bayer. Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen vom 13.02.2006 wird dem Beirat zur Kenntnisnahme vorgelegt.

Feststeht, dass die Einstellung der staatlichen Förderung von Ersatzneubauten sowie Sanierungs- und Modernisierungsinvestitionen von Altenpflegeeinrichtungen erhebliche negative Auswirkungen auf die Lebenssituation älterer pflegebedürftiger Menschen und längerfristig auf die Kostenbelastung der Kommunen haben.

Fördert der Staat nicht mehr bei den Investitionskosten, müssen diese Mittel fremdfinanziert werden, so dass es zu höheren Ansätzen bei den Pflegesätzen führen wird. Da zudem die Zahl älterer pflegebedürftiger Menschen in der Zukunft deutlich steigen wird, droht eine Unterversorgung mit sanierten und modernisierten Altenpflegeeinrichtungen.

Finanzielle Auswirkungen		jährliche Folgekosten	
<input checked="" type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Gesamtkosten €		€	
Veranschlagung im Haushalt		Budget-Nr.	
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	im	<input type="checkbox"/> Vwhh <input type="checkbox"/> Vmhh
wenn nein, Deckungsvorschlag:			
Zustimmung der Käm		Beteiligte Dienststellen:	
liegt vor:	<input type="checkbox"/> RA	<input type="checkbox"/> RpA	<input type="checkbox"/> weitere: <input checked="" type="checkbox"/> Käm
Beteiligung der Pflegerin/des Pflegers erforderlich:		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Falls ja: Pflegerin/Pfleger wurde beteiligt		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

II. POA/SD zur Versendung mit der Tagesordnung

III. Ref. IV/SzA

Fürth, 09.06.2006

I.V.

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Referenten

Sachbearbeiter/in:  
Herr Lippmann

Tel.:  
974-1760