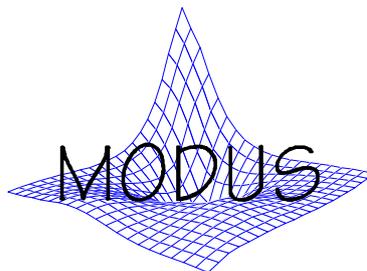


Seniorenpolitisches Gesamtkonzept für den Landkreis Erlangen-Höchstadt

*Teilbericht 1: Bestands- und Bedarfsermittlung
nach Art. 69 Abs. 1 AGSG*



MODUS - Wirtschafts- und Sozialforschung
Dipl.-Pol. Edmund Görtler

Schillerplatz 6, D-96047 Bamberg
Tel.: (0951) 26772, Fax: (0951) 26864
Internet: www.modus-bamberg.de
E-mail: info@modus-bamberg.de

Auftraggeber:

Landkreis Erlangen-Höchstadt

Projektleitung:

Dipl.-Pol. Edmund Görtler
MODUS Sozialforschung

Verfasser:

Dipl.-Soz. (Univ.) / Dipl. Soz.päd. (FH) Manfred Zehe und Dipl.-Pol. Edmund Görtler

Unter Mitarbeit von:

Eric Beyer (Master of Science in Business Administration)

Erhebungsstichtag: 31.12.2019

Fertigstellung: 30.09.2020

Veröffentlichung: 10.11.2020

Hinweis: Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wurde weitgehend auf eine Differenzierung der beiden Geschlechter verzichtet, ohne dass damit eine Diskriminierung von Frauen verbunden ist

INHALTSVERZEICHNIS

	Seite
1. Einleitung	1
1.1 Vorbemerkung zum Seniorenpolitischen Gesamtkonzept	1
1.2 Gesetzliche Grundlagen zur Bedarfsermittlung	1
1.3 Methodisches Vorgehen bei der Bedarfsermittlung	2
2. Bestandsaufnahme der Seniorenhilfe im Landkreis Erlangen-Höchstadt	5
2.1 Bestandsaufnahme der ambulanten Pflege	5
2.1.1 Bestand an ambulanten Diensten im Landkreis Erlangen-Höchstadt	5
2.1.2 Personalstruktur der ambulanten Dienste	6
2.1.3 Betreutenstruktur der ambulanten Dienste	9
2.1.3.1 Alters- und Geschlechterstruktur der Betreuten	10
2.1.3.2 Familienstand und Haushaltsstruktur der Betreuten	13
2.1.3.3 Zeitraum der Betreuung durch ambulante Dienste	16
2.1.3.4 Betreuungsintensität (Häufigkeit und Dauer der Betreuung)	18
2.1.3.5 Gesundheitszustand der Betreuten nach Pflegegraden	22
2.1.4 Refinanzierung der ambulanten Dienste	24
2.2 Bestandsaufnahme der teilstationären Pflege	28
2.2.1 Vorbemerkung	28
2.2.2 Bestandsaufnahme im Bereich der Tagespflege	29
2.2.2.1 Vorbemerkung zur Organisationsstruktur im Bereich der Tagespflege	29
2.2.2.2 Bestand an Tagespflegeplätzen im Landkreis Erlangen-Höchstadt	29
2.2.2.3 Auslastung der Tagespflegeplätze	31
2.2.2.4 Struktur der Tagespflegegäste im Landkreis Erlangen-Höchstadt	34
2.2.2.4.1 Alters- und Geschlechterstruktur der Tagespflegegäste.....	34
2.2.2.4.2 Gesundheitszustand der Tagespflegegäste nach Pflegegraden	35
2.2.2.4.3 Herkunft der Tagespflegegäste	36
2.2.3 Bestandsaufnahme im Bereich der Kurzzeitpflege	37
2.2.3.1 Vorbemerkung zur Organisationsstruktur im Bereich der Kurzzeitpflege ..	37
2.2.3.2 Bestand an Kurzzeitpflegeplätzen im Landkreis Erlangen-Höchstadt	38
2.2.3.3 Auslastungsgrad der Kurzzeitpflegeplätze	39
2.2.3.4 Nutzungsdauer der Kurzzeitpflegeplätze	40

2.3	Bestandsaufnahme der vollstationären Pflege	42
2.3.1	Bestand an Heimplätzen	42
2.3.2	Belegung der Pflegeplätze	44
2.3.3	Wohnraumstruktur in den stationären Einrichtungen	46
2.3.4	Bewohnerstruktur	48
2.3.4.1	Geschlechterverteilung der Pflegeheimbewohner	48
2.3.4.2	Altersstruktur der Pflegeheimbewohner	49
2.3.4.3	Eintrittsjahr und Verweildauer der Pflegeheimbewohner	51
2.3.4.4	Gesundheitszustand der Pflegeheimbewohner	53
2.3.4.5	Regionale Herkunft der Pflegeheimbewohner	55
2.3.5	Analyse der stationären Pfl egetransferleistungen	57
2.3.6	Finanzierung der vollstationären Einrichtungen	60
2.3.6.1	Tagessätze der vollstationären Einrichtungen	61
3.	Bildung und Analyse von Versorgungsregionen im Landkreis Erlangen-Höchstadt	63
3.1	Grundsätzliches	63
3.2	Bildung von Versorgungsregionen im Landkreis Erlangen- Höchstadt	64
3.3	Analyse der Versorgungsregionen im Landkreis Erlangen- Höchstadt	67
3.3.1	Allgemeine Charakteristika der einzelnen Versorgungsregionen	67
3.3.2	Ambulante Versorgungsstruktur in den einzelnen Versorgungsregionen	69
3.3.3	Teilstationäre Versorgungsstruktur in den Versorgungsregionen	73
3.3.4	Stationäre Versorgungsstruktur in den einzelnen Versorgungs- regionen	77
3.3.5	Zusammenfassung der Ergebnisse der kleinräumigen Bestands- analyse	81
4.	Demographische Entwicklung	82
4.1	Vorbemerkung	82
4.2	Bevölkerungsprojektion für die drei Versorgungsregionen im Landkreis Erlangen-Höchstadt.....	83
5.	Entwicklung der pflegebedürftigen älteren Menschen.....	86
5.1	Vorbemerkung	86
5.2	Pflegebedürftige Menschen im Landkreis Erlangen-Höchstadt im bayerischen Vergleich	86
5.3	Entwicklung der pflegebedürftigen älteren Menschen im Landkreis Er- langen-Höchstadt	88
5.4	Entwicklung der pflegebedürftigen älteren Menschen in den einzelnen Versorgungsregionen	90

6.	Bedarfsermittlung und Bedarfsprognose	92
6.1	Vorbemerkungen zu den Substitutionswirkungen zwischen den einzelnen Pflegebereichen.....	92
6.2	Bedarfsermittlung für den Bereich der ambulanten Pflege	96
6.2.1	Vorbemerkung	96
6.2.2	Ermittlung des Bedarfs an Pflegekräften im Landkreis Erlangen-Höchstadt	97
6.2.3	Ist-Soll-Vergleich für den Bereich der ambulanten Pflege im Landkreis Erlangen-Höchstadt.....	102
6.2.4	Bedarfsprognose für den Bereich der ambulanten Pflege	103
6.2.5	Bedarfsermittlung für den Bereich der ambulanten Pflege auf kleinräumiger Ebene	105
6.2.6	Bedarfsprognose für den Bereich der ambulanten Pflege auf kleinräumiger Ebene	106
6.3	Bedarfsermittlung für den Bereich der teilstationären Pflege	110
6.3.1	Vormerkung	110
6.3.2	Bedarfsermittlung für den Bereich der Tagespflege	110
6.3.2.1	Ermittlung des Bedarfs an Tagespflegeplätzen	110
6.3.2.2	Ist-Soll-Vergleich für den Bereich der Tagespflege	113
6.3.2.3	Bedarfsprognose für den Bereich der Tagespflege	114
6.3.2.4	Bedarfsermittlung für den Bereich der Tagespflege auf kleinräumiger Ebene	116
6.3.2.5	Bedarfsprognose für den Bereich der Tagespflege auf kleinräumiger Ebene	118
6.3.3	Bedarfsermittlung für den Bereich der Kurzzeitpflege	121
6.3.3.1	Ermittlung des Bedarfs an Kurzzeitpflegeplätzen	121
6.3.3.2	Ist-Soll-Vergleich für den Bereich der Kurzzeitpflege	124
6.3.3.3	Bedarfsprognose für den Bereich der Kurzzeitpflege	125
6.3.3.4	Bedarfsermittlung für den Bereich der Kurzzeitpflege auf kleinräumiger Ebene	127
6.3.3.5	Bedarfsprognose für den Bereich der Kurzzeitpflege auf kleinräumiger Ebene	128
6.4	Bedarfsermittlung für den Bereich der vollstationären Pflege	131
6.4.1	Vorbemerkung	131
6.4.2	Ermittlung des Bedarfs an Pflegeplätzen	133
6.4.3	Ist-Soll-Vergleich für den Bereich der vollstationären Pflege im Landkreis Erlangen-Höchstadt	136
6.4.4	Bedarfsprognose für den Bereich der vollstationären Pflege	138
6.4.5	Bedarfsermittlung für den Bereich der vollstationären Pflege auf kleinräumiger Ebene	140
6.4.6	Bedarfsprognose für den Bereich der vollstationären Pflege auf kleinräumiger Ebene	142
6.5	Zusammenfassung der Bedarfsermittlung	145

Verzeichnis der Abbildungen**Seite**

Abb. 2.1: Entwicklung der Mitarbeiterzahl in den ambulanten Diensten seit 1996.....	7
Abb. 2.2: Entwicklung der Vollzeitstellen seit 1996	8
Abb. 2.3: Entwicklung der Betreuten der ambulanten Dienste seit 1996	9
Abb. 2.4: Entwicklung der Geschlechterstruktur der Betreuten seit 1996	10
Abb. 2.5: Altersstruktur der Betreuten nach Geschlecht	11
Abb. 2.6: Entwicklung der Altersstruktur der Betreuten seit 1996	12
Abb. 2.7: Familienstand der Betreuten nach Geschlecht	13
Abb. 2.8: Haushaltsstruktur der Betreuten nach Geschlecht	14
Abb. 2.9: Entwicklung der Haushaltsstruktur der Betreuten seit 1996	15
Abb. 2.10: Zeitraum der Betreuung durch ambulante Dienste	16
Abb. 2.11: Entwicklung des Betreuungszeitraumes seit 1996	17
Abb. 2.12: Häufigkeit der Betreuung durch ambulante Dienste	18
Abb. 2.13: Entwicklung der Betreuungshäufigkeit seit 1996	19
Abb. 2.14: Wöchentliche Betreuungsdauer	20
Abb. 2.15: Entwicklung der wöchentlichen Betreuungsdauer seit 1996	21
Abb. 2.16: Betreute der ambulanten Dienste nach Pflegegraden	22
Abb. 2.17: Vergleich der Betreuten nach Pflegestufen 2016 und Pflegegraden 2019	23
Abb. 2.18: Refinanzierung der ambulanten Dienste im Jahr 2019.....	25
Abb. 2.19: Refinanzierung der ambulanten Dienste seit 1996.....	27
Abb. 2.20: Entwicklung der Tagespflegeplätze im Landkreis Erlangen-Höchstadt ...	30
Abb. 2.21: Auslastung der Tagespflegeeinrichtungen im Landkreis Erlangen-Höchstadt im Laufe des letzten Jahres	32
Abb. 2.22: Auslastung der Gesamtheit der Tagespflegeplätze im Landkreis Erlangen-Höchstadt im Laufe des letzten Jahres	33
Abb. 2.23: Altersstruktur der Tagespflegegäste nach Geschlecht	34
Abb. 2.24: Gesundheitszustand der Tagespflegegäste im Vergleich	35
Abb. 2.25: Herkunft der Tagespflegegäste im Jahr 2019	36
Abb. 2.26: Bestandsentwicklung im Bereich der Kurzzeitpflege	38
Abb. 2.27: Durchschnittliche Auslastung der Kurzzeitpflegeplätze im Jahr 2019	39
Abb. 2.28: Nutzungsdauer der Kurzzeitpflegeplätze im Laufe des Jahres 2019.....	40
Abb. 2.29: Entwicklung der Nutzungsdauer von Kurzzeitpflegeplätzen seit 1998.....	41
Abb. 2.30: Entwicklung der Platzzahlen nach Heimbereichen	43
Abb. 2.31: Belegung der Pflegeplätze.....	44
Abb. 2.32: Entwicklung der dauerbelegten Pflegeplätze seit 1996	45
Abb. 2.33: Wohnraumstruktur der stationären Einrichtungen	46
Abb. 2.34: Entwicklung der stationären Wohnraumstruktur seit 1996	47
Abb. 2.35: Geschlechterverteilung nach Pflegeheimbereichen	48
Abb. 2.36: Altersstruktur der Pflegeheimbewohner nach Geschlecht	49
Abb. 2.37: Entwicklung der Altersstruktur der Pflegeheimbewohner seit 1996.....	50
Abb. 2.38: Eintrittsjahr der Pflegeheimbewohner	51
Abb. 2.39: Entwicklung der durchschnittlichen Verweildauer	52
Abb. 2.40: Pflegeheimbewohner nach Pflegegraden	53
Abb. 2.41: Pflegeheimbewohner nach Pflegestufen und Pflegegrade im Vergleich ..	54
Abb. 2.42: Regionale Herkunft der Pflegeheimbewohner	55
Abb. 2.43: Entwicklung der Pflegeheimbewohner nach Herkunft seit 1996.....	56

Abb. 2.44: Stationäre Pflgeetransferleistungen zwischen der Landkreis Erlangen-Höchstadt und den umliegenden Landkreisen und kreisfreien Städten ...	58
Abb. 2.45: Finanzierung der vollstationären Einrichtungen.....	60
Abb. 2.46: Tagessätze der vollstationären Einrichtungen.....	61
Abb. 3.1: Ambulanter Pflgeetransfer zwischen den Versorgungsregionen	64
Abb. 3.2: Ambulante Pflgedienste im Landkreis Erlangen-Höchstadt.....	66
Abb. 3.3: Personal der ambulanten Dienste nach Versorgungsregionen	70
Abb. 3.4: Entwicklung der Pflgefachkräfte in den Versorgungsregionen	71
Abb. 3.5: Tages- und Kurzzeitpflgeplätze im Landkreis Erlangen-Höchstadt	73
Abb. 3.6: Teilstationäre Versorgungsstruktur in den Versorgungsregionen	74
Abb. 3.7: Vollstationäre Pflgeplätze im Landkreis Erlangen-Höchstadt	77
Abb. 3.8: Bestand an Pflgeheimplätzen nach Versorgungsregionen.....	78
Abb. 3.9: Entwicklung der Pflgeplätze nach Versorgungsregionen	79
Abb. 4.1: Entwicklung der Bevölkerung ab 65 Jahren bis zum Jahr 2039 in den einzelnen Versorgungsregionen	83
Abb. 4.2: Entwicklung der Bevölkerung ab 75 Jahren bis zum Jahr 2039 in den einzelnen Versorgungsregionen	84
Abb. 4.3: Entwicklung der Bevölkerung ab 80 Jahren bis zum Jahr 2039 in den einzelnen Versorgungsregionen	85
Abb. 5.1: Pflgebedürftige nach Leistungsart im Vergleich	86
Abb. 5.2: Anteil der Leistungsempfänger an der Bevölkerung im Vergleich	87
Abb. 5.3: Entwicklung der als pflgebedürftig anerkannten Menschen ab 65 bzw. 75 Jahren bis zum Jahr 2039	89
Abb. 5.4: Entwicklung der als pflgebedürftig anerkannten Menschen ab 65 Jahren in den einzelnen Versorgungsregionen	90
Abb. 5.5: Entwicklung der als pflgebedürftig anerkannten Menschen ab 75 Jahren in den einzelnen Versorgungsregionen	91
Abb. 6.1: Substitutionswirkungen zwischen den einzelnen Bereichen der Seniorenhilfe	94
Abb. 6.2: Indikatorenmodell für den Bereich der ambulanten Pflge.....	99
Abb. 6.3: Ist-Soll-Vergleich für den Bereich der ambulanten Pflge im Landkreis Erlangen-Höchstadt zum 31.12.2019.....	102
Abb. 6.4: Entwicklung des Bedarfs an ambulanten Pflgekräften im Landkreis Erlangen-Höchstadt bis zum Jahr 2039	104
Abb. 6.5: Bestand und Bedarf an Pflgekräften in den Versorgungsregionen	106
Abb. 6.6: Entwicklung des Bedarfs an ambulanten Pflgekräften in der Versorgungsregion Höchstadt bis zum Jahr 2039.....	107
Abb. 6.7: Entwicklung des Bedarfs an ambulanten Pflgekräften in der Versorgungsregion Herzogenaurach bis zum Jahr 2039.....	108
Abb. 6.8: Entwicklung des Bedarfs an ambulanten Pflgekräften in der Versorgungsregion „Erlanger Land“ bis zum Jahr 2039	109
Abb. 6.9: Ist-Soll-Vergleich für den Bereich der Tagespflge im Landkreis Erlangen-Höchstadt zum 31.12.2019	114
Abb. 6.10: Entwicklung des Bestands und des Bedarfs an Tagespflgeplätzen im Landkreis Erlangen-Höchstadt bis zum Jahr 2039	115
Abb. 6.11: Bestand und Bedarf an Tagespflgeplätzen in den Versorgungsregionen	117

Abb. 6.12: Entwicklung des Bedarfs an Tagespflegeplätzen in der Versorgungsregion Höchstadt bis zum Jahr 2039.....	118
Abb. 6.13: Entwicklung des Bedarfs an Tagespflegeplätzen in der Versorgungsregion Herzogenaurach bis zum Jahr 2039.....	119
Abb. 6.14: Entwicklung des Bedarfs an Tagespflegeplätzen in der Versorgungsregion Erlanger Land bis zum Jahr 2039.....	120
Abb. 6.15: Ist-Soll-Vergleich für den Bereich der Kurzzeitpflege im Landkreis Erlangen-Höchstadt zum 31.12.2019.....	124
Abb. 6.16: Entwicklung des Bedarfs an Kurzzeitpflegeplätzen im Landkreis Erlangen-Höchstadt bis zum Jahr 2039.....	126
Abb. 6.17: Bestand und Bedarf an Kurzzeitpflegeplätzen in den Versorgungsregionen	127
Abb. 6.18: Entwicklung des Bedarfs an Kurzzeitpflegeplätzen in der Versorgungsregion Höchstadt bis zum Jahr 2039.....	128
Abb. 6.19: Entwicklung des Bedarfs an Kurzzeitpflegeplätzen in der Versorgungsregion Herzogenaurach bis zum Jahr 2039.....	129
Abb. 6.20: Entwicklung des Bedarfs an Kurzzeitpflegeplätzen in der Versorgungsregion Erlanger Land bis zum Jahr 2039.....	130
Abb. 6.21: Indikatorenmodell für den Bereich der stationären Pflege	134
Abb. 6.22: Ist-Soll-Vergleich für den Bereich der vollstationären Pflege im Landkreis Erlangen-Höchstadt zum 31.12.2019.....	137
Abb. 6.23: Entwicklung des Bestands und des Bedarfs an vollstationären Pflegeplätzen im Landkreis Erlangen-Höchstadt bis zum Jahr 2039.....	139
Abb. 6.24: Bestand und Bedarf an vollstationären Pflegeplätzen in den Versorgungsregionen	141
Abb. 6.25: Entwicklung des Bedarfs an vollstationären Pflegeplätzen in der Versorgungsregion Höchstadt bis zum Jahr 2039	142
Abb. 6.26: Entwicklung des Bedarfs an vollstationären Pflegeplätzen in der Versorgungsregion Herzogenaurach bis zum Jahr 2039.....	143
Abb. 6.27: Entwicklung des Bedarfs an vollstationären Pflegeplätzen in der Versorgungsregion Erlanger Land bis zum Jahr 2039.....	144

Verzeichnis der Tabellen

	Seite
Tab. 2.1: Entwicklung der ambulanten Pflegedienste nach Trägerschaft seit 1996	5
Tab. 2.2: Ausbildungsstruktur des Personals der ambulanten Dienste	6
Tab. 2.3: Vorhandene Plätze in stationären Einrichtungen	42
Tab. 3.1: Gemeinden in den einzelnen Versorgungsregionen	67
Tab. 3.2: Allgemeine Charakteristika der einzelnen Versorgungsregionen	68
Tab. 3.3: Ambulante Versorgungsquoten in den Versorgungsregionen	72
Tab. 3.4: Versorgungsquoten der Tagespflege in den Versorgungsregionen	75
Tab. 3.5: Versorgungsquoten der Kurzzeitpflege in den Versorgungsregionen	76
Tab. 3.6: Stationäre Versorgungsquoten in den Versorgungsregionen	80
Tab. 3.7: Vergleich der Versorgungsregionen anhand der Versorgungsquoten.....	81

1. Einleitung

1.1 Vorbemerkung zum Seniorenpolitischen Gesamtkonzept

Das „Seniorenpolitische Gesamtkonzept für den Landkreis Erlangen-Höchstadt“ umfasst insgesamt drei Teilberichte. Der vorliegende Bericht „Bestands- und Bedarfsermittlung nach Art. 69 Abs. 1 AGSG“ stellt die Fortschreibung des ersten Teilberichtes zum „Seniorenpolitischen Gesamtkonzept für den Landkreis Erlangen-Höchstadt“ aus dem Jahr 2010 dar. Da die Konzeption zum „Seniorenpolitischen Gesamtkonzept für den Landkreis Erlangen-Höchstadt“ ausführlich im Teilbericht 3 erläutert wird, soll die Darstellung an dieser Stelle auf die Bedarfsermittlung nach Art. 69 AGSG beschränkt bleiben.

1.2 Gesetzliche Grundlagen zur Bedarfsermittlung

Mit Einführung der gesetzlichen Pflegeversicherung wurden die Landkreise und kreisfreien Städte ab dem Jahr 1995 deutlicher als vorher in die Pflicht genommen. Aufgrund des Art. 3 des bayerischen Ausführungsgesetzes zum Pflegeversicherungsgesetz (AGPflegeVG) wurden die Landkreise und kreisfreien Städte verpflichtet, den „längerfristigen Bedarf an Pflegeeinrichtungen“ festzustellen. Vorher war dies eine Aufgabe der Länder. Auf Länderebene war es allerdings selten möglich, eine den regionalen Gegebenheiten entsprechende Bedarfsplanung zu verwirklichen. Meist erschöpften sich die Vorgaben der Länder in Richtwerten, die aufgrund ihrer Starrheit kaum für die kommunale Seniorenhilfeplanung geeignet waren. Von daher kann es durchaus als Fortschritt gewertet werden, dass mit Einführung der Pflegeversicherung und dem bayerischen Ausführungsgesetz zum Pflegeversicherungsgesetz die Landkreise und kreisfreien Städte zur Bedarfsermittlung verpflichtet wurden. Diese Aussage gilt allerdings nur, wenn dieser Verpflichtung auch qualifiziert nachgekommen wird. Hier lassen sich allerdings große Qualitätsunterschiede bei der Umsetzung der Verpflichtung zur Bedarfsermittlung in den Landkreisen und kreisfreien Städten erkennen. Dies gilt nicht nur für die Landkreise und kreisfreien Städte, die die Bedarfsermittlung in Eigenregie durchgeführt haben, sondern auch für diejenigen, die für diese Aufgabe externe Institute beauftragt haben. Hier geht die Bandbreite von fundierten Bedarfsermittlungen nach dem in der Fachwelt anerkannten Indikatorenmodell über das veraltete Richtwertverfahren bis hin zur Festschreibung des bestehenden Bestandes als Bedarf.

Eine Erweiterung der gesetzlichen Verpflichtung fand in Bayern am 8. Dezember 2007 statt, als das Ausführungsgesetz zum Pflegeversicherungsgesetz (AGPflegeVG) durch das Gesetz zur Ausführung der Sozialgesetze (AGSG) ersetzt wurde.

Zwar blieb die Grundlage für die Verpflichtung zur Bedarfsermittlung nach wie vor erhalten, denn der im Jahr 1995 in Art. 3 des AGPflegeVG festgelegte Passus – die Landkreise und kreisfreien Städte haben „den für ihren Bereich erforderlichen längerfristigen Bedarf an Pflegeeinrichtungen“ festzustellen – wurde auch in den Art. 69 des Gesetzes zur Ausführung der Sozialgesetze (AGSG) aufgenommen. Zusätzlich wurde in den Art. 69 AGSG allerdings ein Abs. 2 aufgenommen, in dem deutlich gemacht wird, dass die Bedarfsermittlung als „Bestandteil eines integrativen, regionalen seniorenpolitischen Gesamtkonzeptes“ anzusehen ist. Durch diesen Absatz 2 werden in Bayern somit erstmals die Landkreise und kreisfreien Städte verpflichtet, eine umfassende Seniorenhilfeplanung durchzuführen, die über eine reine Bedarfsermittlung im Bereich der Pflege hinausgeht und auch andere Bereiche, wie z.B. die offene Seniorenhilfe, umfasst.

1.3 Methodisches Vorgehen bei der Bedarfsermittlung

Da die Bedarfsermittlung gemäß Art. 69 AGSG, Abs. 1 (früher: Art. 3 AGPflegeVG) nach wie vor das Zentrum der Seniorenhilfeplanung bildet, sollte ihr auch im Rahmen des zu erstellenden seniorenpolitischen Gesamtkonzeptes ein entsprechender Stellenwert eingeräumt werden. Da im Landkreis Erlangen-Höchststadt bereits drei Bedarfsermittlungen aus den Jahren 1996, 1998, und 2009 vorliegen und deshalb auch eine umfassende Analyse der Veränderungen in den letzten zwei Jahrzehnten möglich ist, ist es üblich, die Bedarfsermittlung als ersten Teilbericht des seniorenpolitischen Gesamtkonzeptes in kürzeren Abständen fortzuschreiben als das gesamte Konzept.

Was die methodischen Voraussetzungen der Bedarfsermittlung betrifft, gilt nach wie vor, dass weder das Pflegeversicherungsgesetz noch die dazugehörigen Ausführungsgesetze Auskunft darüber geben, auf welche Art und Weise die Bedarfsermittlung durchzuführen ist. Da es jedoch maßgeblich von den Ergebnissen der Bedarfsermittlung abhängig ist, in welchen Bereichen der Seniorenhilfe die Landkreise und kreisfreien Städte öffentliche Gelder investieren, muss der örtliche Bedarf möglichst exakt ermittelt werden.

Für die vorliegende Bedarfsermittlung wurde deshalb ein Verfahren gewählt, das von der *Forschungsgesellschaft für Gerontologie* im Auftrag des *Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales Nordrhein-Westfalen* (MAGS 1995) entwickelt wurde. Es handelt sich dabei um ein Verfahren, das auf verschiedenen sozialen Indikatoren basiert, die für eine fundierte Bedarfsermittlung von entscheidender Bedeutung sind.

Während die bisher benutzten Richtwertverfahren lediglich auf dem Indikator „Altersstruktur“ aufbauten, werden bei diesem Verfahren weitere wichtige soziale Indikatoren, wie z.B. die Zahl der Pflegebedürftigen, das häusliche Pflegepotential, der Anteil der Einpersonenhaushalte etc., in die Analyse miteinbezogen. Damit werden im Gegensatz zum „starrten“ Richtwertverfahren die örtlichen Bedingungen gezielt bei der Ermittlung des Bedarfs berücksichtigt und es kann somit der Anspruch einer wissenschaftlich fundierten und regional differenzierten Bedarfsermittlung erhoben werden.

Außerdem trägt zur Erhöhung der Sicherheit der vorliegenden Bedarfsermittlung auch bei, dass im Gegensatz zur *Forschungsgesellschaft für Gerontologie*, die das Indikatorenmodell ausschließlich auf der Basis der *Infratest*-Daten aus dem Jahr 1991 aufbaute, zusätzlich die regionalen Begutachtungsdaten zur Pflegebedürftigkeit des *MDK Bayern* in die Analyse einbezogen wurden. Unter Berücksichtigung der *MDK*- und der *Infratest*-Daten kann die Anzahl der Pflegebedürftigen relativ exakt ermittelt werden. Nur so ist es möglich, die Größenordnung der Hauptzielgruppen der einzelnen Einrichtungen und Dienste im Bereich der Seniorenhilfe zu manifestieren. Durch die Berücksichtigung der *MDK*-Daten – die der *Forschungsgesellschaft für Gerontologie* noch nicht zur Verfügung standen – und weiteren aktuellen Bestandsdaten, die der MODUS in seiner Begutachtungstätigkeit seit 1995 für rund 40 Landkreise und kreisfreie Städte in Bayern erhoben und analysiert hat, war es möglich, das Indikatorenmodell zur kommunalen Bedarfsplanung weiterzuentwickeln.

Um fundierte Aussagen darüber machen zu können, in welchen Bereichen ein ungedeckter Bedarf bzw. ein Überangebot besteht, ist neben der Methode der Bedarfsermittlung jedoch auch eine präzise Bestandsaufnahme der vorhandenen Dienste und Einrichtungen von großer Bedeutung. Es muss deshalb auch hierbei mit größtmöglicher Sorgfalt vorgegangen werden. Insbesondere im Bereich der ambulanten Dienste treten, aufgrund der Trägervielfalt, nicht selten Ungenauigkeiten auf, was die Zahl der zur Verfügung stehenden Mitarbeiter betrifft. Auch die vom *Bayerischen Landesamt für Statistik und Datenverarbeitung* veröffentlichten Daten zur Mitarbeiterstruktur der ambulanten Dienste in Bayern sind ungenau, wie verschiedene örtliche Bestandsaufnahmen im Rahmen der Seniorenhilfeplanung zeigen. Sie sollten deshalb lediglich den Stellenwert von groben Orientierungsgrößen einnehmen, können aber nicht differenzierte Bestandsaufnahmen ersetzen. Im Rahmen der vorliegenden Bedarfsermittlung wurden deshalb für die verschiedenen Bereiche der Seniorenhilfe eigene Bestandserhebungen anhand von detaillierten Fragebögen durchgeführt.

Es wurde somit nicht nur für die Bedarfsermittlung das bestmögliche Verfahren gewählt, auch bei der Bestandsaufnahme wurde auf eine größtmögliche Genauigkeit geachtet, um einen sinnvollen Ist-Soll-Vergleich durchführen zu können und damit realitätsgetreue Aussagen hinsichtlich des momentanen Standes der Bedarfsdeckung treffen zu können.

Zur Beurteilung der zukünftigen Bedarfsentwicklung wurden zusätzlich Bedarfsprognosen durchgeführt. Auch wenn sowohl in der wissenschaftlichen Fachwelt als auch beim Gesetzgeber weitgehend Einigkeit darüber besteht, dass sich in den nächsten Jahren ein grundlegender Wandel der Pflegeinfrastruktur ereignen wird und deshalb regelmäßige Bedarfsermittlungen unabdingbar sind, so kann durch eine gewissenhaft erstellte Bedarfsprognose die Planungssicherheit um einiges erhöht werden, wenn sie auf realistischen Annahmen der betreffenden Parameter beruht.

Die einzelnen Annahmen, die den Projektionen der ambulanten, teilstationären und vollstationären Seniorenhilfe zugrunde liegen, finden sich in den entsprechenden Abschnitten des vorliegenden Berichtes. Grundlage für die Bedarfsprognosen bildet dabei die durchgeführte Bevölkerungsprojektion (vgl. Kap. 4.) und die darauf aufbauende Prognose der pflegebedürftigen Personen unter Berücksichtigung der MDK-Begutachtungsdaten (vgl. Kap. 5.).

Um die Planungssicherheit zusätzlich zu erhöhen, wurde die Bedarfsermittlung nicht nur für den gesamten Landkreis durchgeführt, sondern auch auf kleinräumiger Ebene. Dazu wurde der Landkreis Erlangen-Höchstadt anhand der erhobenen Bestandsdaten und weiterer soziodemographischer Daten in Versorgungsregionen eingeteilt (vgl. Kap. 3.). Für diese Versorgungsregionen wurden auf der Basis der demographischen Struktur zunächst wiederum eine Berechnung der Anzahl der pflegebedürftigen Menschen und eine aktuelle Bedarfsermittlung durchgeführt. Anschließend wurde eine kleinräumige Bevölkerungsprojektion für einen Zwanzig-Jahres-Zeitraum, also bis zum 31.12.2039 erstellt und auf dieser Basis eine Bedarfsprognose für die einzelnen Versorgungsregionen errechnet (vgl. Kap. 6.).

2. Bestandsaufnahme der Seniorenhilfe im Landkreis Erlangen-Höchstadt

2.1 Bestandsaufnahme der ambulanten Pflege

2.1.1 Bestand an ambulanten Diensten im Landkreis Erlangen-Höchstadt

Am Stichtag der Bestandsaufnahme zum 31.12.2019 hatten elf ambulante Pflegedienste aus dem Bereich der Seniorenhilfe ihren Standort im Landkreis Erlangen-Höchstadt. Die folgende Tabelle zeigt zunächst eine Gegenüberstellung des Bestandes nach Trägerschaft im Vergleich zu den früheren Erhebungen.

Tab. 2.1: Entwicklung der ambulanten Pflegedienste nach Trägerschaft seit 1996

Stichtag	Gemeinnützige Träger		Private Träger		Gesamt
	Anzahl	in %	Anzahl	in %	
31.12.1996	11	91,7	1	8,3	12
31.12.1998	12	75,0	4	25,0	16
31.12.2009	10	76,9	3	23,1	13
31.12.2016	7	63,6	4	36,4	11
31.12.2019	7	63,6	4	36,4	11

Quelle: Eigene Erhebungen zu den angegebenen Stichtagen

Im Landkreis Erlangen-Höchstadt bestehen derzeit also sieben ambulante Pflegedienste unter frei-gemeinnütziger Trägerschaft und vier privat-gewerbliche Pflegedienste. Damit gab es keine Veränderungen seit der letzten Erhebung im Jahr 2016.

Seit der ersten Erhebung im Jahr 1996 hat sich die Zahl der ambulanten Pflegedienste unter gemeinnütziger Trägerschaft allerdings um vier Pflegedienste verringert und bei den privaten Trägern um drei Pflegedienste erhöht. Dementsprechend ist der Anteil der privaten Pflegedienste auf über 36% angestiegen und der Anteil der gemeinnützigen Pflegedienste beträgt mittlerweile nur noch weniger als 64%.

Zudem kann der Rückgang um fünf Pflegedienste seit 1998 als ungewöhnlich bezeichnet werden, denn in anderen Regionen ist die Anzahl der ambulanten Pflegedienste – insbesondere durch private Träger – in den letzten zwanzig Jahren relativ stark angestiegen. Entscheidend für die Bedarfsermittlung ist jedoch nicht die Anzahl der Pflegedienste, sondern die Personalkapazität der Dienste, auf die im Folgenden detailliert eingegangen wird.

2.1.2 Personalstruktur der ambulanten Dienste

In den im Landkreis Erlangen-Höchstadt zur Verfügung stehenden ambulanten Pflegediensten waren am Stichtag 31.12.2019 insgesamt 353 MitarbeiterInnen beschäftigt. Die folgende Tabelle zeigt die Ausbildungsstruktur des beschäftigten Personals. Dabei wurde das Personal auf der Grundlage der tatsächlichen Wochenarbeitszeit in „Vollzeitäquivalente“ umgerechnet, um einen adäquaten Vergleich mit den älteren Bestandsdaten durchführen zu können.

Tab. 2.2: Ausbildungsstruktur des Personals der ambulanten Dienste

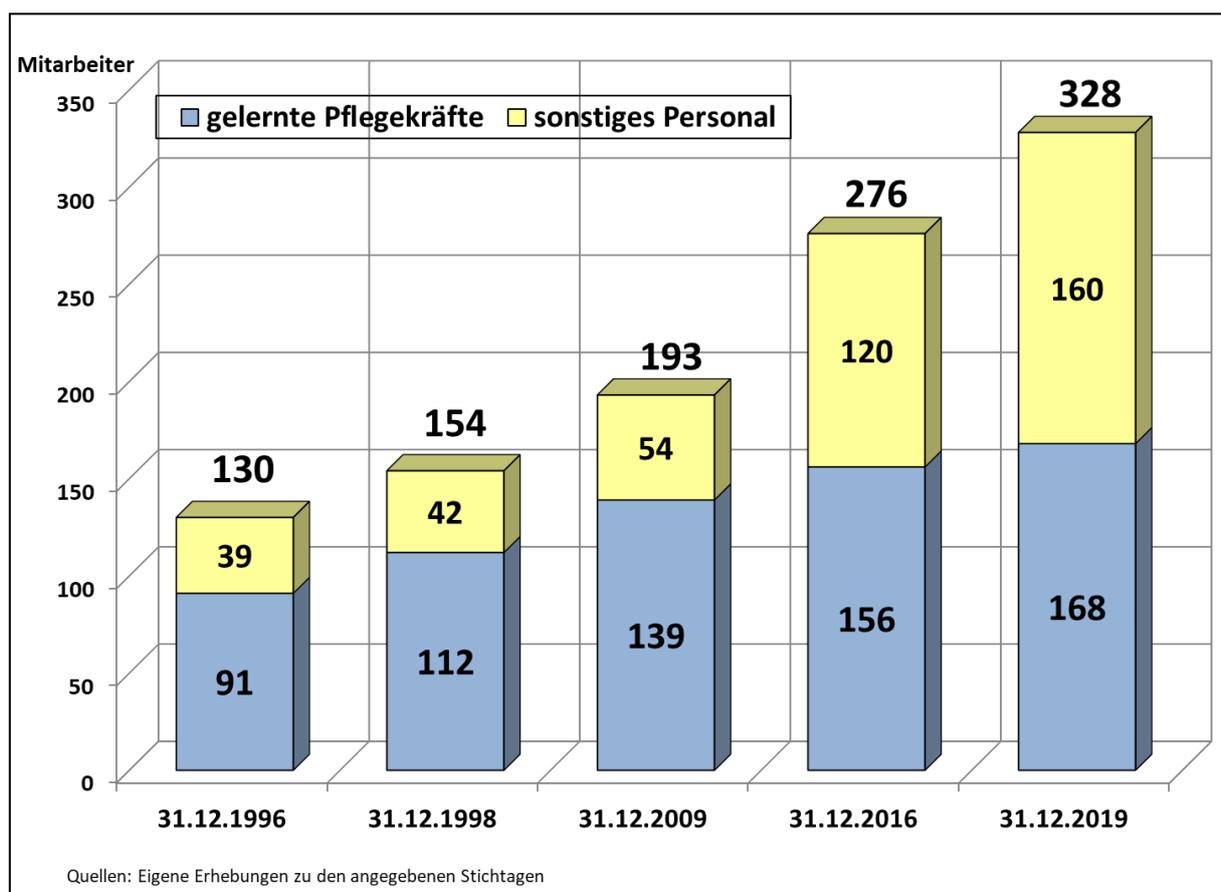
Ausbildung	Anzahl	in %	VZK*	in %
AltenpflegerInnen	86	26,2	62,0	29,3
Krankenschwestern/-pfleger	55	16,8	26,7	12,6
Alten-/KrankenpflegehelferInnen	24	7,3	15,8	7,5
Sonstige gelernte Pflegekräfte	3	0,9	3,0	1,4
Hauswirtschaftliche Fachkräfte	32	9,8	18,8	8,9
Hilfskräfte ohne Fachausbildung	94	28,7	60,5	28,6
Verwaltungspersonal	34	10,4	24,6	11,6
Beschäftigte insgesamt	333	100,0	211,4	100,0

* Die Umrechnung in Vollzeitkräfte erfolgte auf der Grundlage der tatsächlichen Stundenzahl des Personals

Quelle: Eigene Erhebung zum Stichtag 31.12.2019

Wie die Tabelle zeigt, stellen in den ambulanten Diensten im Landkreis Erlangen-Höchstadt die examinierten Pflegefachkräfte mit zwei- bzw. dreijähriger Fachausbildung (AltenpflegerInnen, Krankenschwestern bzw. -pfleger) die am stärksten vertretene Berufsgruppe dar. Addiert man dazu noch die Alten- und KrankenpflegehelferInnen, die ebenfalls über eine pflegerische Fachausbildung verfügen, ergibt sich eine Zahl von insgesamt 168 gelernten Pflegekräften, was einem Anteilswert von 51,2% der Beschäftigten in den ambulanten Diensten im Landkreis Erlangen-Höchstadt entspricht. Umgerechnet auf Vollzeitkräfte resultiert eine Zahl von insgesamt 107,5 gelernten Pflegekräften, was einem Anteilswert von 50,8% entspricht.

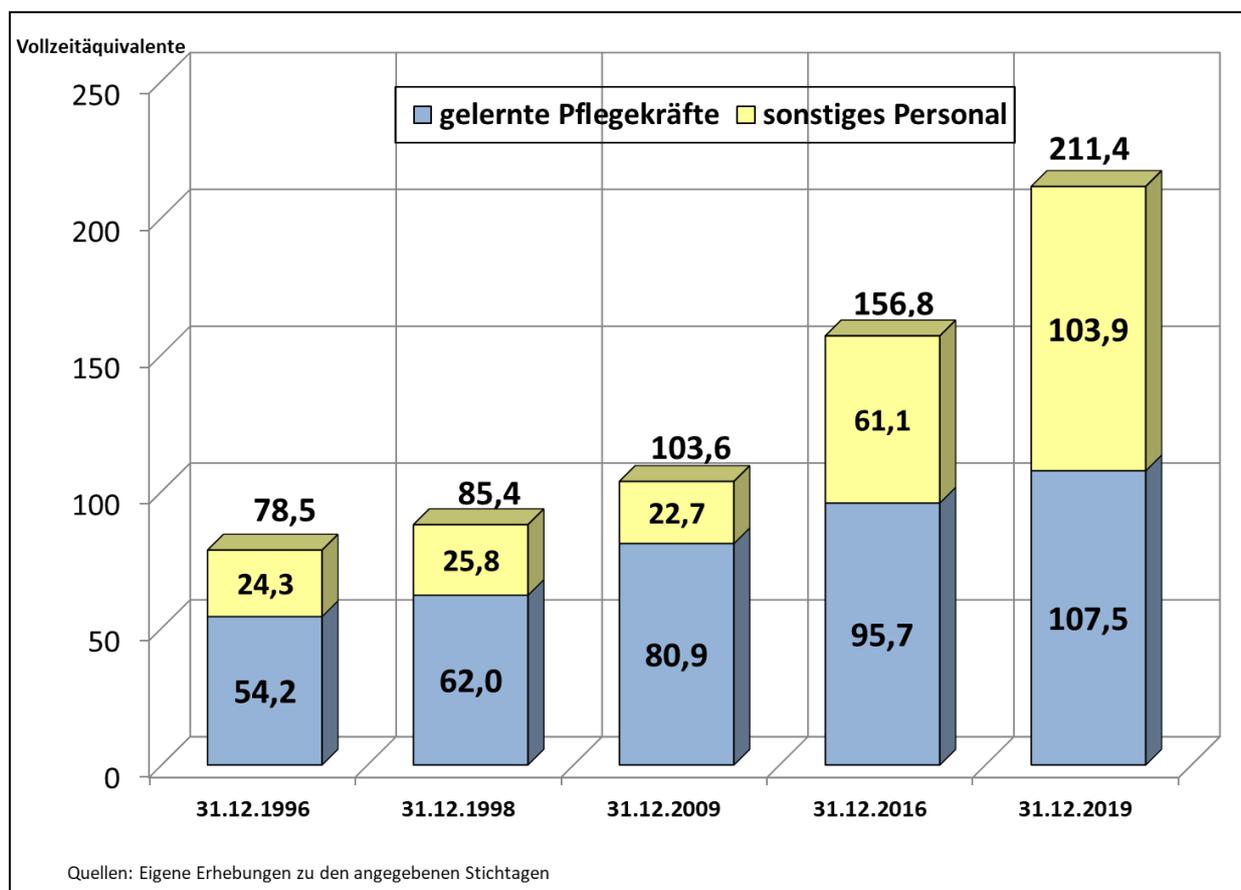
Wie der folgende Vergleich mit den entsprechenden Bestandsdaten aus den Jahren 1996 bis 2019 zeigt, hat die Anzahl der MitarbeiterInnen in den ambulanten Diensten in den letzten Jahren relativ stark zugenommen.

Abb. 2.1: Entwicklung der Mitarbeiterzahl in den ambulanten Diensten seit 1996

Wie die Abbildung zeigt, hat die Gesamtzahl der MitarbeiterInnen von 1996 bis 2009 nur um 63 MitarbeiterInnen, in den Jahren von 2009 bis 2019 dagegen um 135 MitarbeiterInnen zugenommen. Damit hat sich die Gesamtmitarbeiterzahl in den ambulanten Diensten im Landkreis Erlangen-Höchstadt in den letzten 23 Jahren mehr als verdreifacht.

Aus der Differenzierung nach „gelernten Pflegekräften“ und „sonstigem Personal“ wird allerdings deutlich, dass die Gruppe der gelernten Pflegekräfte in den letzten 23 Jahren lediglich um 77 Personen bzw. 85% zugenommen hat, während sich das „sonstige Personal“ vervierfacht hat.

Noch aussagekräftiger als ein Vergleich der Mitarbeiterzahlen ist es, wenn man die Entwicklung der Vollzeitstellen für die beiden Berufsgruppen betrachtet. Es wurden deshalb in folgender Abbildung für alle Stichtage die Vollzeitstellen für diese beiden Berufsgruppen gegenübergestellt.

Abb. 2.2: Entwicklung der Vollzeitstellen seit 1996

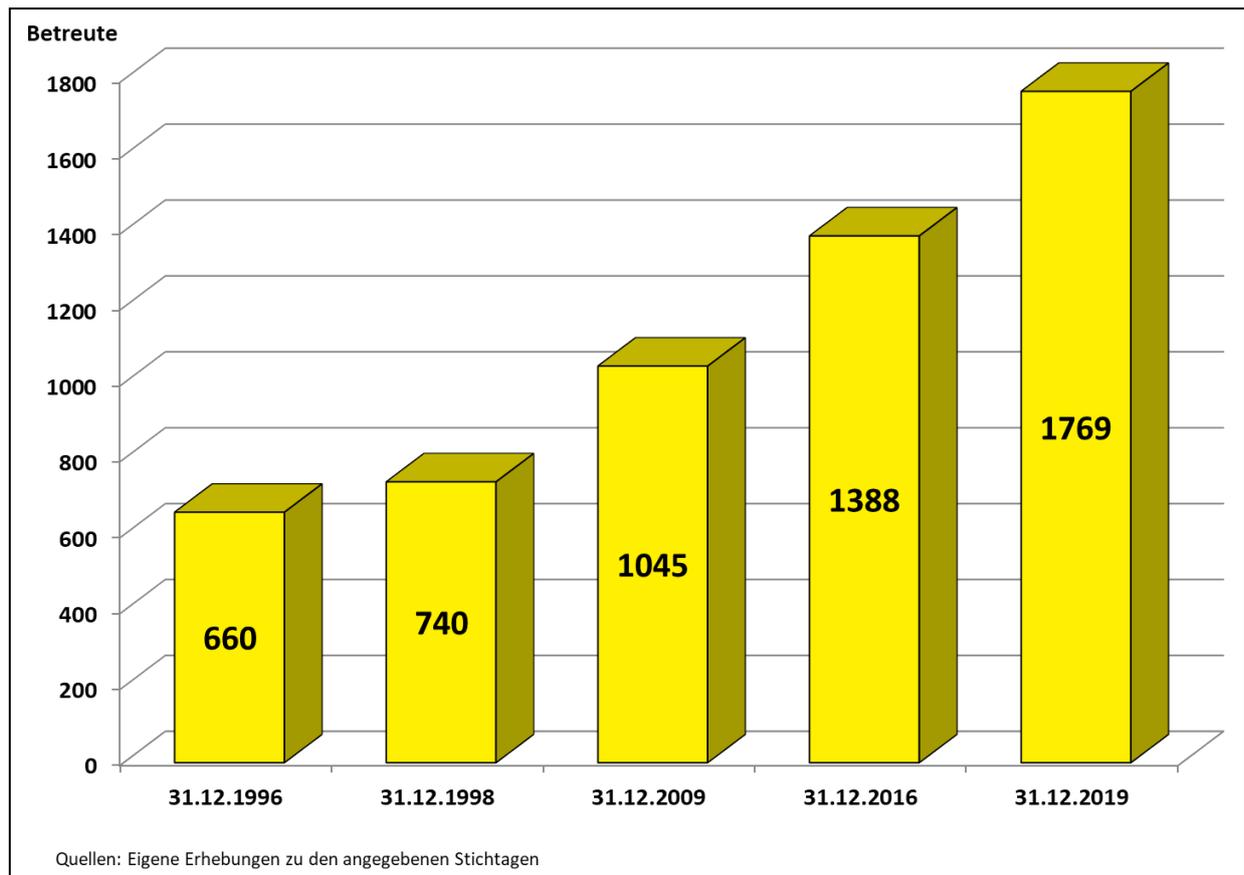
Wie die Gegenüberstellung zeigt, hat die Personalkapazität in den ambulanten Diensten im Landkreis Erlangen-Höchstadt seit 1996 um insgesamt 132,9 Vollzeitstellen zugenommen, was fast einer Verdreifachung entspricht. Dabei hat sich die Gruppe der gelernten Pflegekräfte in den letzten 23 Jahren nur knapp verdoppelt, während sich das „sonstige Personal“ mehr als vervierfacht hat.

Nach der Umrechnung in Vollzeitstellen zeigt sich somit, dass die Gruppe der gelernten Pflegekräfte in den ambulanten Diensten im Landkreis Erlangen-Höchstadt kontinuierlich angestiegen ist, während das „sonstige Personal“ von 1998 bis 2009 sogar geringfügig abgenommen hat, in den letzten Jahren aber sprunghaft angestiegen ist, was zu einer deutlich höheren Steigerung als bei den gelernten Pflegekräften führte.

2.1.3 Betreutenstruktur der ambulanten Dienste

Die ambulanten Dienste im Landkreis Erlangen-Höchstadt betreuen nach eigenen Angaben zum Stichtag 31.12.2019 insgesamt 1.769 Personen. Die folgende Abbildung zeigt, wie sich die Betreuzahl seit 1996 entwickelt hat.

Abb. 2.3: Entwicklung der Betreuten der ambulanten Dienste seit 1996



Wie die Abbildung zeigt, ist die Zahl der Betreuten in den Jahren von 1996 bis 2009 um 385 Personen bzw. 58% angestiegen, während ihre Zahl von 2009 bis Ende 2019 um 724 Personen bzw. 69% zugenommen hat. Insgesamt ergibt sich damit seit 1996 ein Anstieg von 1.109 Personen bzw. 168%.

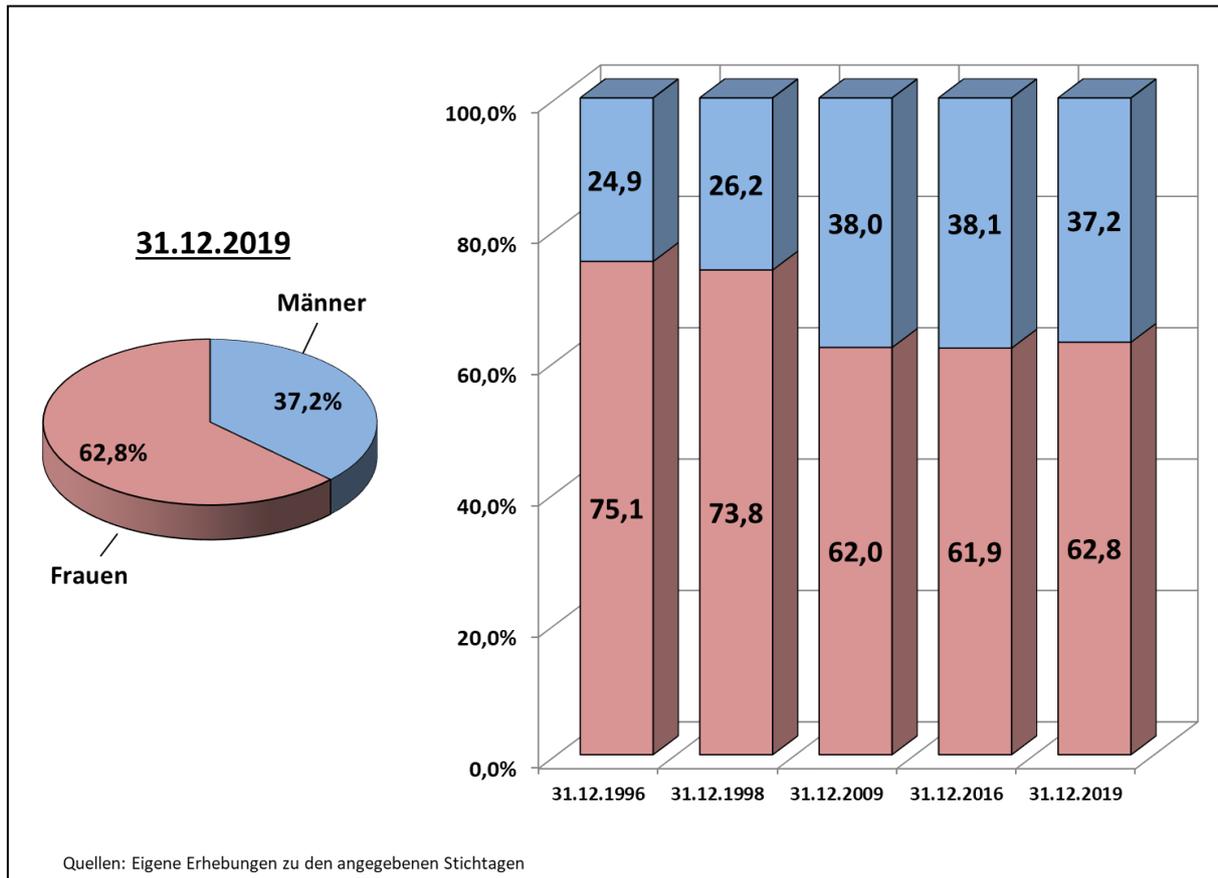
Bezieht man die Betreuzahl auf die Zahl der gelernten Pflegekräfte, kommen mit einem Verhältnis von 16,5 Betreute pro Pflegekraft heute nicht nur deutlich mehr Betreute auf eine Pflegekraft als in den 90er Jahren mit einem Verhältnis von 12 zu 1, sondern auch im Vergleich zur letzten Erhebung im Jahr 2016 mit einem Verhältnis von 14,5 zu 1.

Im Folgenden werden die im Landkreis Erlangen-Höchstadt ambulant betreuten Menschen anhand ihrer wichtigsten soziodemographischen Merkmale beschrieben.

2.1.3.1 Alters- und Geschlechterstruktur der Betreuten

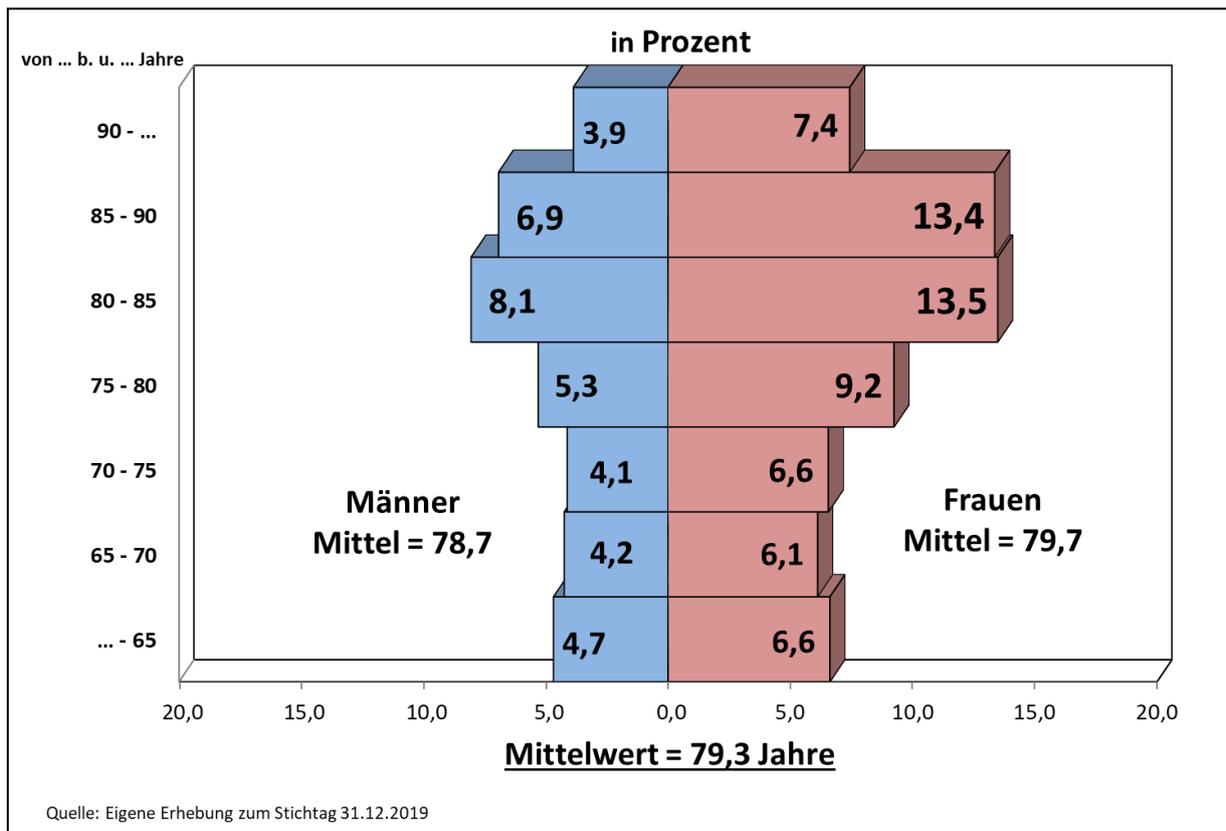
Die folgende Abbildung zeigt zunächst, wie sich die Geschlechterstruktur der Betreuten seit 1996 verändert hat.

Abb. 2.4: Entwicklung der Geschlechterstruktur der Betreuten seit 1996



Wie die Abbildung zeigt, hat der Männeranteil unter den Betreuten von 1996 bis 2009 kontinuierlich zugenommen. Während am 31.12.1996 noch weniger als 25% der Betreuten männlichen Geschlechts waren, ist ihr Anteil bis zum Jahr 2009 bereits auf über 38% angestiegen. Es schien sich damals somit ein Trend dahingehend abzuzeichnen, dass auch immer mehr Männer die Hilfe von ambulanten Pflegediensten in Anspruch nehmen. In den letzten zehn Jahren sind die Geschlechteranteile allerdings relativ konstant.

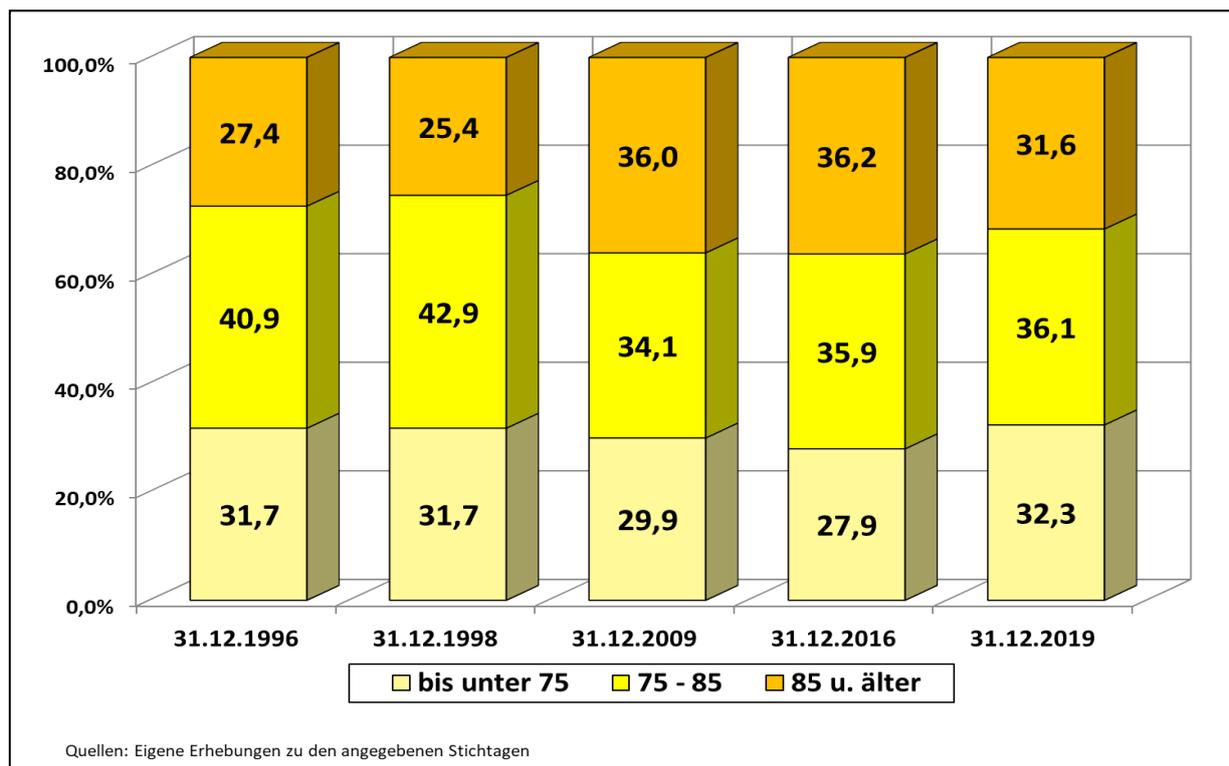
Was die Altersstruktur betrifft, so besteht mit einem Anteilswert von fast 89% die überwiegende Mehrheit der Betreuten aus Personen ab dem 65. Lebensjahr. Dabei steigt besonders der Anteil der hochbetagten Menschen. Die Altersgruppe ab 85 Jahren macht mit einem Anteil von fast 32% schon etwa als ein Drittel der Betreuten aus, wie die folgende Abbildung zeigt.

Abb. 2.5: Altersstruktur der Betreuten nach Geschlecht

Das Durchschnittsalter der Betreuten beträgt 79,3 Jahre. Die in der Abbildung dargestellte geschlechterspezifische Differenzierung zeigt, dass das hohe Durchschnittsalter insbesondere durch die Frauen bestimmt wird. Besonders in den höheren Altersgruppen dominieren die weiblichen Betreuten deutlich.

Mit einem Anteilswert von 20,8% stellen die hochbetagten Frauen im Alter ab 85 Jahren bereits mehr als ein Fünftel der Betreuten. Dementsprechend ergibt sich für die weiblichen Betreuten mit fast 80 Jahren auch ein deutlich höheres Durchschnittsalter als bei den Männern mit weniger als 79 Jahren.

Gegenüber der letzten Erhebung ist das Durchschnittsalter der Betreuten allerdings erstmals seit Erhebungsbeginn wieder leicht zurückgegangen. Die hierfür verantwortlichen Ursachen können durch folgende Abbildung verdeutlicht werden, die die Entwicklung der Altersstruktur der Betreuten seit 1996 aufzeigt.

Abb. 2.6: Entwicklung der Altersstruktur der Betreuten seit 1996

Wie die Abbildung zeigt, ist der Anteil der hochbetagten Menschen ab 85 Jahren unter den Betreuten im Landkreis Erlangen-Höchstadt von 1996 bis zum Jahr 1998 zunächst leicht zurückgegangen, in den Jahren 1999 bis 2009 sehr stark angestiegen, in den letzten drei Jahren allerdings wieder auf unter 32% gesunken.

Anders verhält es sich allerdings mit der Altersgruppe zwischen 75 und 85 Jahren. Hier hat sich zwischen 1996 und 1998 zunächst ein leichter Anstieg, danach bis 2009 ein sehr starker Rückgang und in den letzten zehn Jahren allerdings wieder ein Anstieg auf über 36% ereignet.

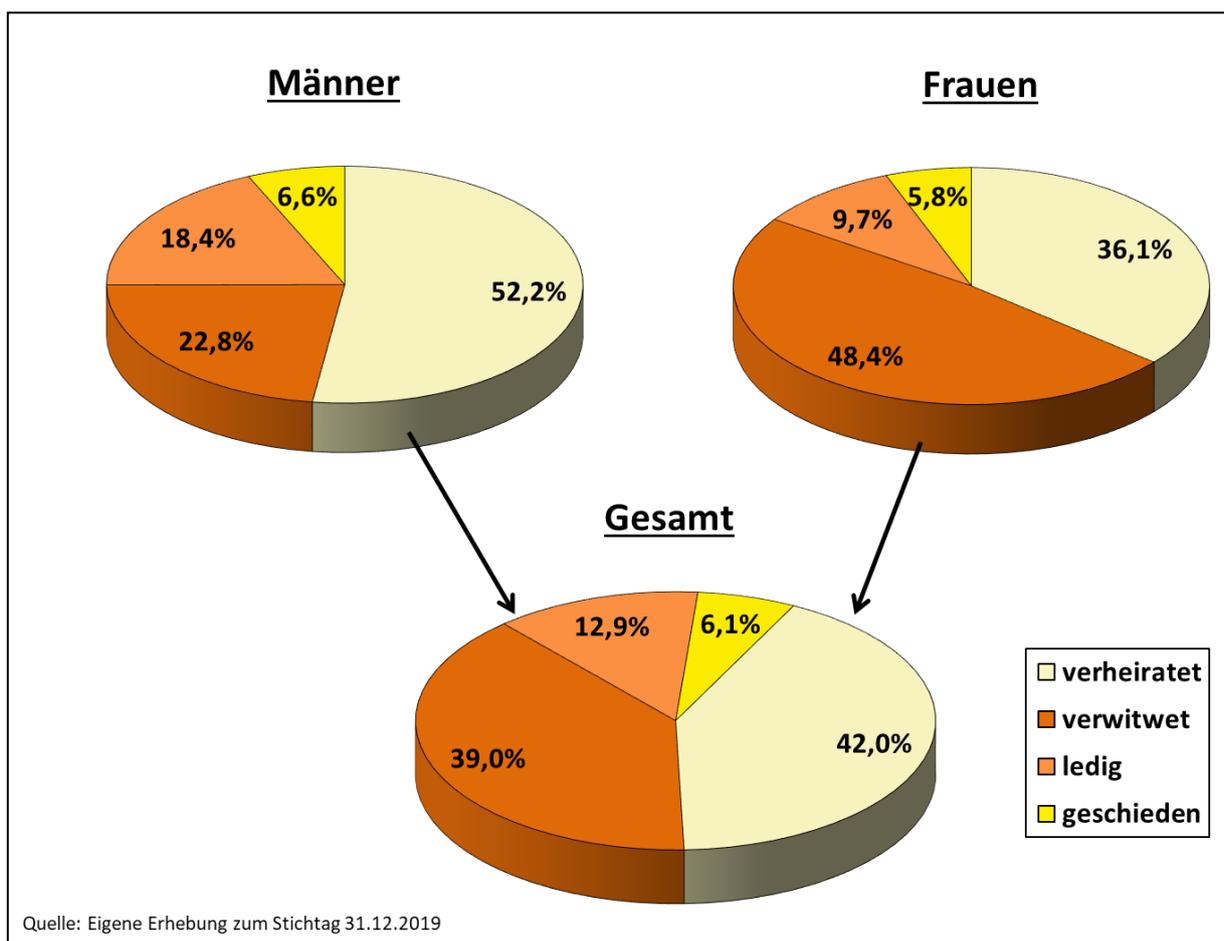
Die Entwicklung der jüngeren Betreuten unter 75 Jahren ist dadurch gekennzeichnet, dass von 1996 bis zum Jahr 1998 zunächst keine Veränderung zu beobachten war, bis 2016 allerdings ein kontinuierlicher Rückgang und in den letzten drei Jahren wieder ein Anstieg auf über 32% festzustellen ist.

Die beschriebene Entwicklung führte dazu, dass das Durchschnittsalter der Betreuten zunächst von 76,5 im Jahr 1996 auf 76,2 im Jahr 1998 geringfügig sank, danach aber bis 2016 auf 80,0 Jahre anstieg, in den letzten drei Jahren allerdings wieder auf 79,3 Jahre zurückging. Das zurückgehende Durchschnittsalter der Betreuten ist dabei primär auf den Anstieg der jüngeren Betreuten unter 75 Jahren zurückzuführen, der höchstwahrscheinlich mit der Erweiterung der Pflegegrade noch unten zusammenhängt, da jetzt auch einige derjenigen, die nach dem alten Verfahren an der 90-Minuten pro Tag-Grenze gescheitert sind, den Pflegegrad 1 erhalten (vgl. Kap 2.1.4.5).

2.1.3.2 Familienstand und Haushaltsstruktur der Betreuten

Der Hauptgrund für den erhöhten Anteil hochbetagter Frauen unter den Betreuten von ambulanten Diensten ist darin zu sehen, dass die verheirateten Männer im Falle der Hilfe- und Pflegebedürftigkeit aufgrund der höheren Lebenserwartung von Frauen in der Regel noch auf die Hilfe ihres Ehepartners zurückgreifen können, während dies umgekehrt nur selten der Fall ist. Dementsprechend ist auch der Anteil von verwitweten Frauen sehr hoch, wie aus folgender Abbildung hervorgeht.

Abb. 2.7: Familienstand der Betreuten nach Geschlecht



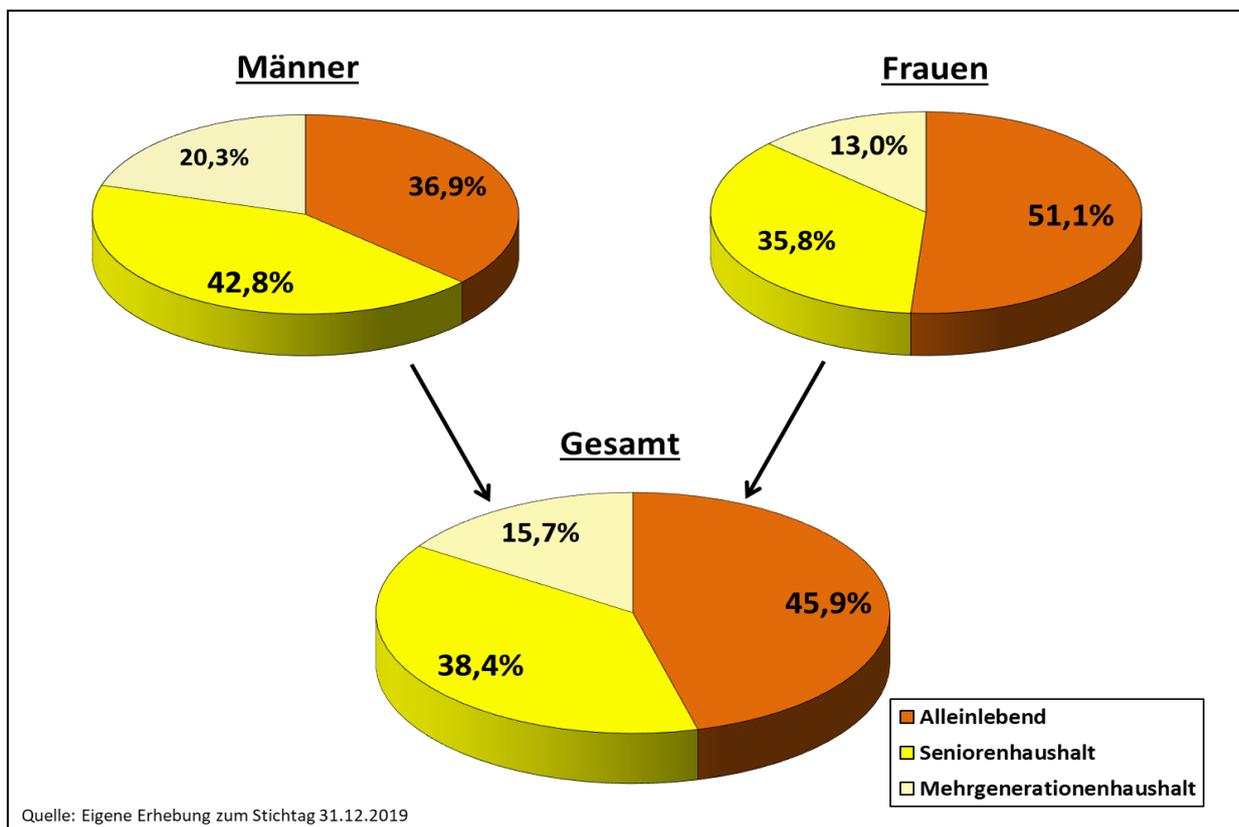
Wie die Abbildung zeigt, sind bereits 39% der Betreuten verwitwet. Die verheirateten Betreuten machen einen größeren Anteil von 42% der Betreuten aus und die ledigen und geschiedenen Betreuten kommen zusammen auf einen Anteilswert von 19%.

Die geschlechterspezifische Differenzierung zeigt, dass für den hohen Anteil der Verwitweten unter den Betreuten in erster Linie die Frauen verantwortlich sind. Mit einem Anteilswert von 48,4% ist fast die Hälfte der weiblichen Betreuten verwitwet, während dies bei den Männern auf weniger als einem Viertel zutrifft.

Fasst man die Kategorien „verwitwet“, „ledig“ und „geschieden“ zusammen, ist festzustellen, dass unter den Frauen fast zwei Drittel, bei den Männern dagegen lediglich weniger als die Hälfte vom Familienstand her als „alleinstehend“ zu bezeichnen sind. Insgesamt ergibt sich ein Anteilswert von mehr als 58% Alleinstehender unter den Betreuten. Diese Gruppe der alleinstehenden älteren Menschen wird in der Fachliteratur oft als Hauptzielgruppe der ambulanten Dienste bezeichnet. Diese Aussage ist jedoch nicht ganz richtig, denn auch ältere Menschen, die vom Familienstand als „alleinstehend“ zu bezeichnen sind, leben des öfteren in einer häuslichen Gemeinschaft mit Geschwistern, Kindern oder einem Partner.

Der Begriff „alleinstehend“ ist deshalb nicht mit dem Begriff „alleinlebend“ gleichzusetzen, der wohl besser geeignet ist, um die Hauptzielgruppe von ambulanten Diensten zu charakterisieren. Es wurde deshalb im Rahmen der durchgeführten Bestandsaufnahmen zusätzlich zum Familienstand auch die Haushaltsstruktur der Betreuten abgefragt, um genaueren Aufschluss über das zur Verfügung stehende häusliche Pflegepotential zu bekommen. Die ambulanten Dienste sollten also angeben, ob der Betreute alleine lebt, und wenn dies nicht der Fall ist, sollte zwischen „Seniorenhaushalt“ und „Mehrgenerationenhaushalt“ unterschieden werden. Die folgende Abbildung zeigt zunächst die geschlechterspezifischen Ergebnisse der aktuellen Erhebung.

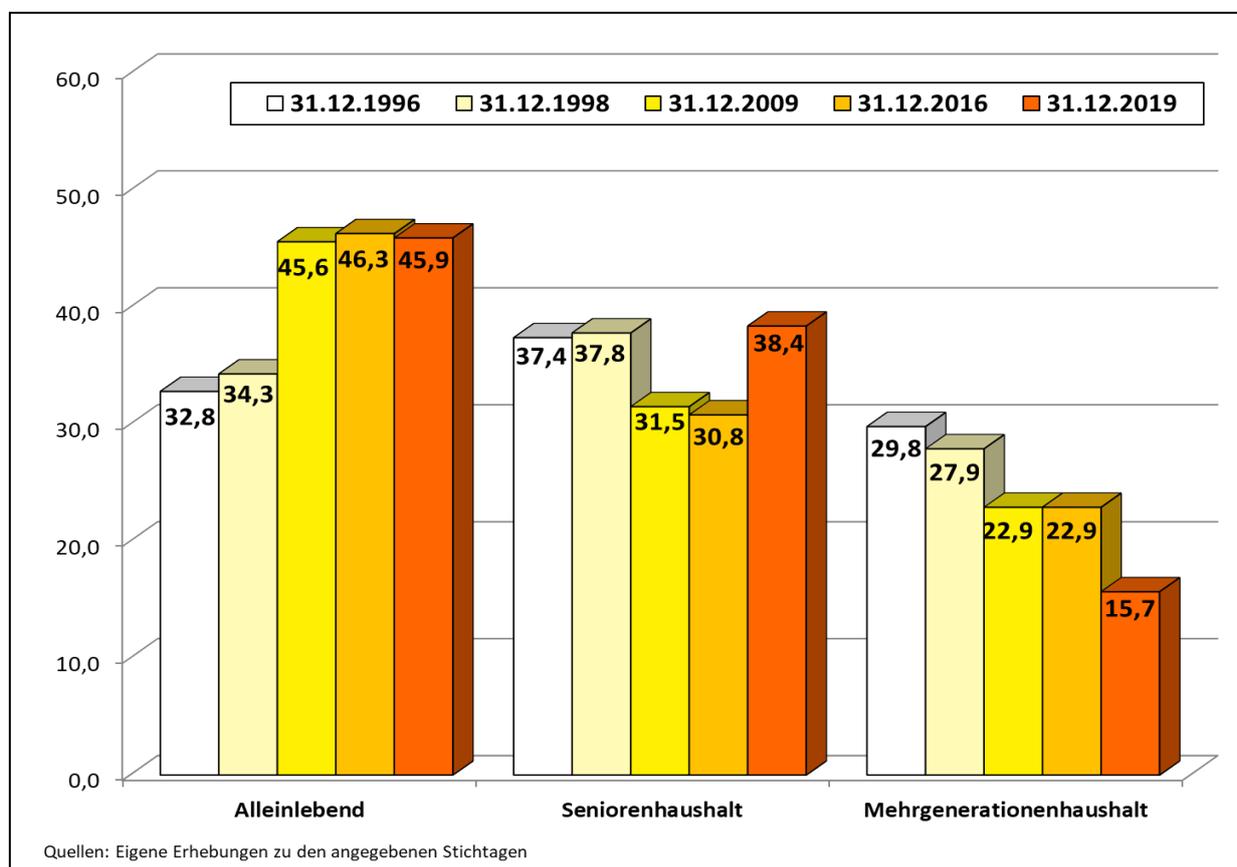
Abb. 2.8: Haushaltsstruktur der Betreuten nach Geschlecht



Wie bereits aufgrund der Familienstandstruktur der Betreuten abzuleiten war, unterscheidet sich die Haushaltsstruktur der männlichen und weiblichen Betreuten sehr stark. Während bei den Männern mehr als 43% mit ihrer Ehepartnerin oder sonstigen älteren Menschen in einem „Seniorenhaushalt“ leben und weniger als 37% alleine wohnen, leben unter den Frauen mehr als die Hälfte alleine. Auf die Gesamtheit der Betreuten bezogen ergibt sich ein Anteil von rund 46% „Alleinlebender“.

Ob und inwieweit der Anteil der Alleinlebenden unter den ambulant Betreuten in den letzten Jahren gestiegen ist, kann durch den in folgender Abbildung dargestellten Vergleich der aktuellen Haushaltsstrukturdaten mit den Ergebnissen der Bestandsaufnahmen seit dem Jahr 1996 festgestellt werden.

Abb. 2.9: Entwicklung der Haushaltsstruktur der Betreuten seit 1996



Wie die Abbildung zeigt, hat der Anteil der alleinlebenden Betreuten von 1996 bis zum Jahr 1998 nur leicht zugenommen, von 1998 bis 2016 ist der Anteil allerdings relativ stark auf rund 46% angestiegen. Zunächst relativ stark zurückgegangen ist der Anteil der „reinen Seniorenhaushalte“, und zwar von knapp 38% im Jahr 1998 bis auf einen Wert von unter 31% im Jahr 2016. In den letzten drei Jahren ist der Anteil der „reinen Seniorenhaushalte“ allerdings wieder auf über 38% angestiegen.

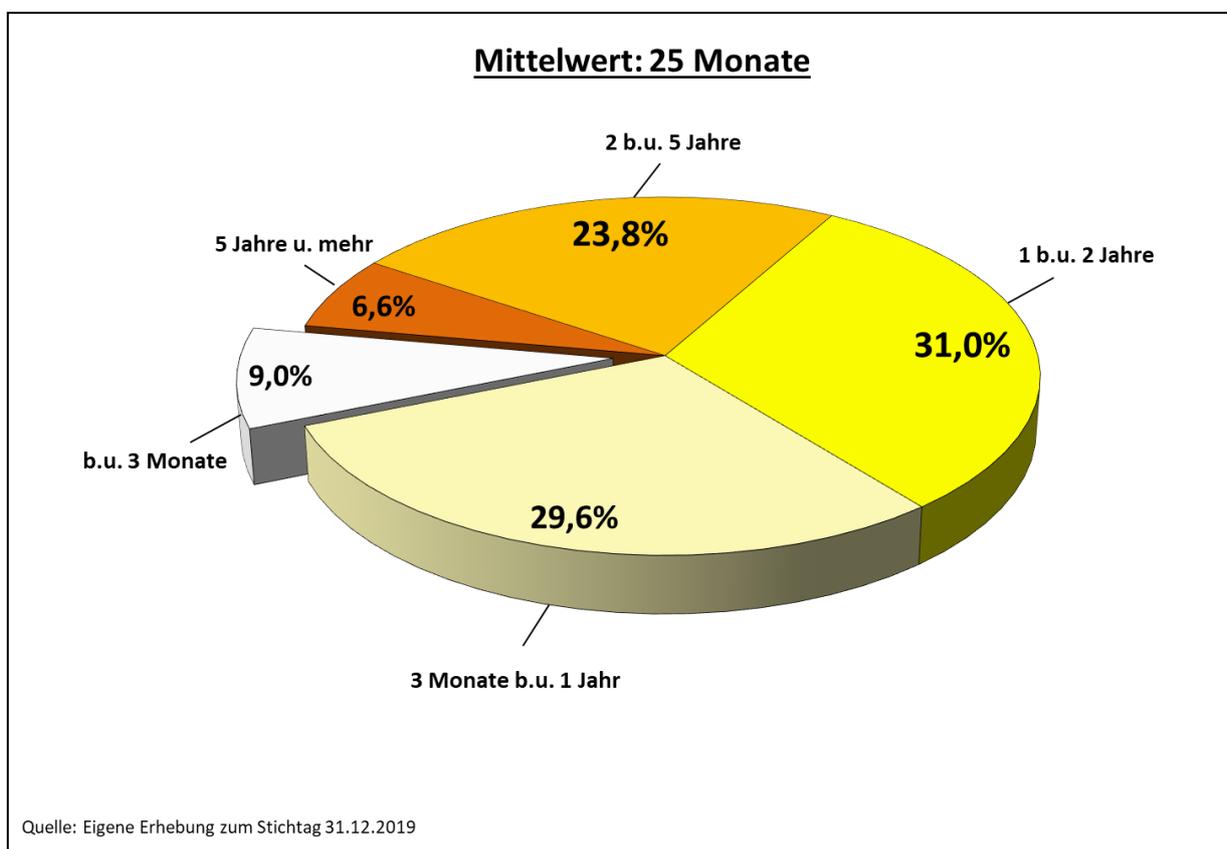
Der Anteil der „Mehrgenerationenhaushalte“ ist von 1996 bis zum Jahr 1998 zunächst auf knapp 28% zurückgegangen und von bis zum Jahr 2009 nochmals um 5%-Punkte auf einen Anteil von unter 16% gefallen. In den letzten drei Jahren ist der Anteil der „Mehrgenerationenhaushalte“ nochmals um 5%-Punkte auf einen aktuellen Anteil von unter 16% gesunken und hat sich damit seit 1996 fast halbiert.

Bereits dieses Ergebnis unterstreicht die öffentliche Diskussion über die „Singularisierung des Alters“ deutlich, da auch aufgrund der Bevölkerungsentwicklung davon auszugehen ist, dass der Anteil der „Mehrgenerationenhaushalte“ zukünftig noch weiter zurückgehen und somit das zur Verfügung stehende häusliche Pflegepotential noch stärker abnehmen wird.

2.1.3.3 Zeitraum der Betreuung durch ambulante Dienste

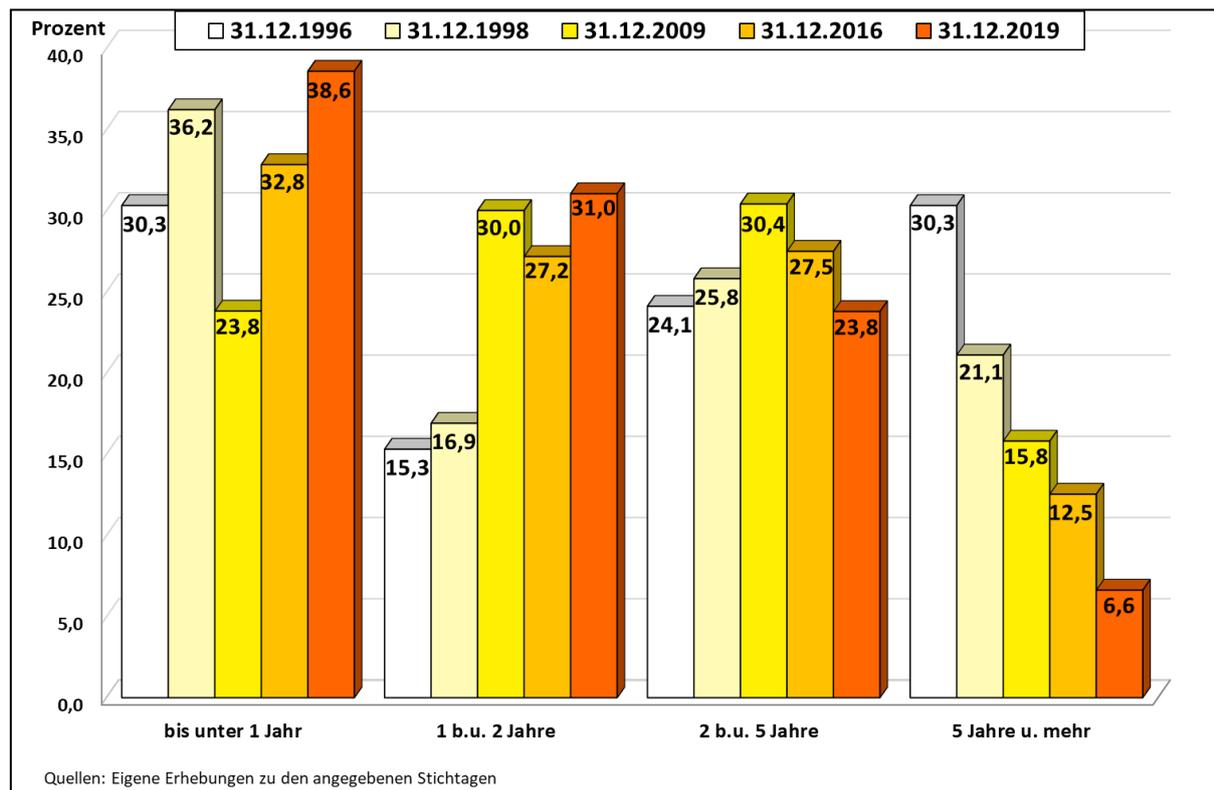
Um die häufig geäußerte Mutmaßung – ambulante Dienste würden lediglich in einem Übergangsstadium vor der Heimunterbringung beansprucht – zu überprüfen, wurde im Rahmen der Bestandsaufnahmen auch der Betreuungszeitraum untersucht. Die folgende Abbildung zeigt zunächst die diesbezüglichen Ergebnisse der aktuellen Bestandserhebung.

Abb. 2.10: Zeitraum der Betreuung durch ambulante Dienste



Die Auswertung der aktuellen Bestandsdaten ergab, dass die Betreuten der ambulanten Dienste im Durchschnitt seit etwa 25 Monaten – also etwas mehr als zwei Jahre – betreut wurden. Dabei wurden mehr als 61% bereits länger als ein Jahr und mehr als 30% der Patienten sogar schon länger als 2 Jahre von einem ambulanten Dienst betreut. Anhand folgender Abbildung kann überprüft werden, inwieweit sich in den letzten Jahren Veränderungen bezüglich des Betreuungszeitraumes ergeben haben.

Abb. 2.11: Entwicklung des Betreuungszeitraumes seit 1996



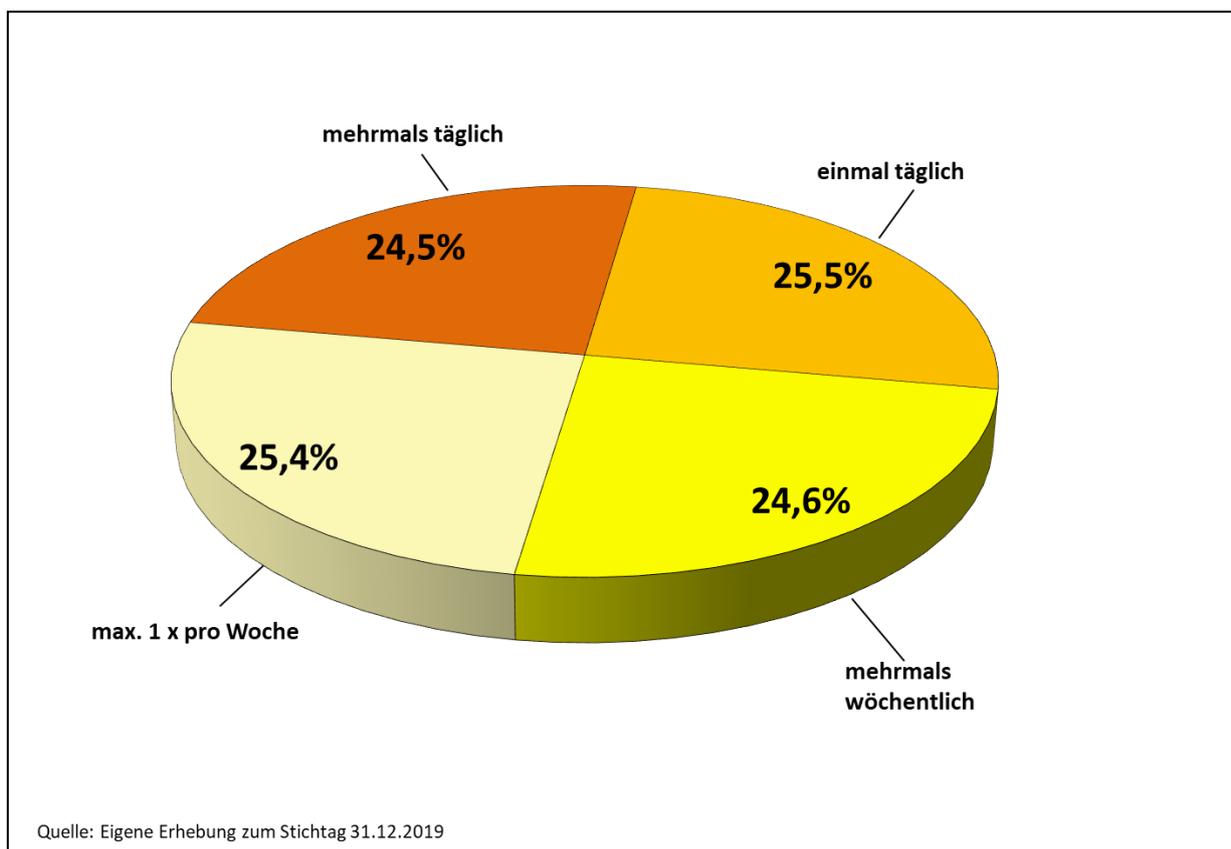
Wie die Gegenüberstellung zeigt, ist der Anteil der „Kurzzeitbetreuungen“ bis zu einem Jahr von 1998 bis 2009 von über 36% bis 2009 auf unter 24% zurückgegangen, in den letzten Jahren aber wieder auf fast 39% angestiegen. Der Anteil der Betreuten mit einem Betreuungszeitraum von 1 bis unter 2 Jahren hat dagegen in den Jahren 1998 bis 2009 um rund 13%-Punkte zugenommen und ist auch aktuell wieder auf einem relativ hohen Niveau von 31%. Ein etwas anderer Verlauf ist auch beim Betreuungszeitraum von 2 bis unter 5 Jahren festzustellen. Hier hat der Anteil von 1996 bis 2009 zunächst um mehr als 6%-Punkte zugenommen, während in den letzten zehn Jahren ein Rückgang um rund 7%-Punkte stattgefunden hat. Die Gruppe der „Langzeitbetreuungen“ mit mehr als 5 Jahren hat dagegen seit 1996 ständig abgenommen und zwar von rund 30% im Jahr 1996 auf unter 16% im Jahr 2009 und seitdem hat sich bis heute nochmals ein Rückgang auf einen aktuellen Wert von unter 7% ereignet.

Insbesondere letztgenannte Entwicklung ist dafür verantwortlich, dass der durchschnittliche Betreuungszeitraum in den letzten 23 Jahren kontinuierlich von 3,7 auf 2,1 Jahre und damit um rund eineinhalb Jahre zurückgegangen ist.

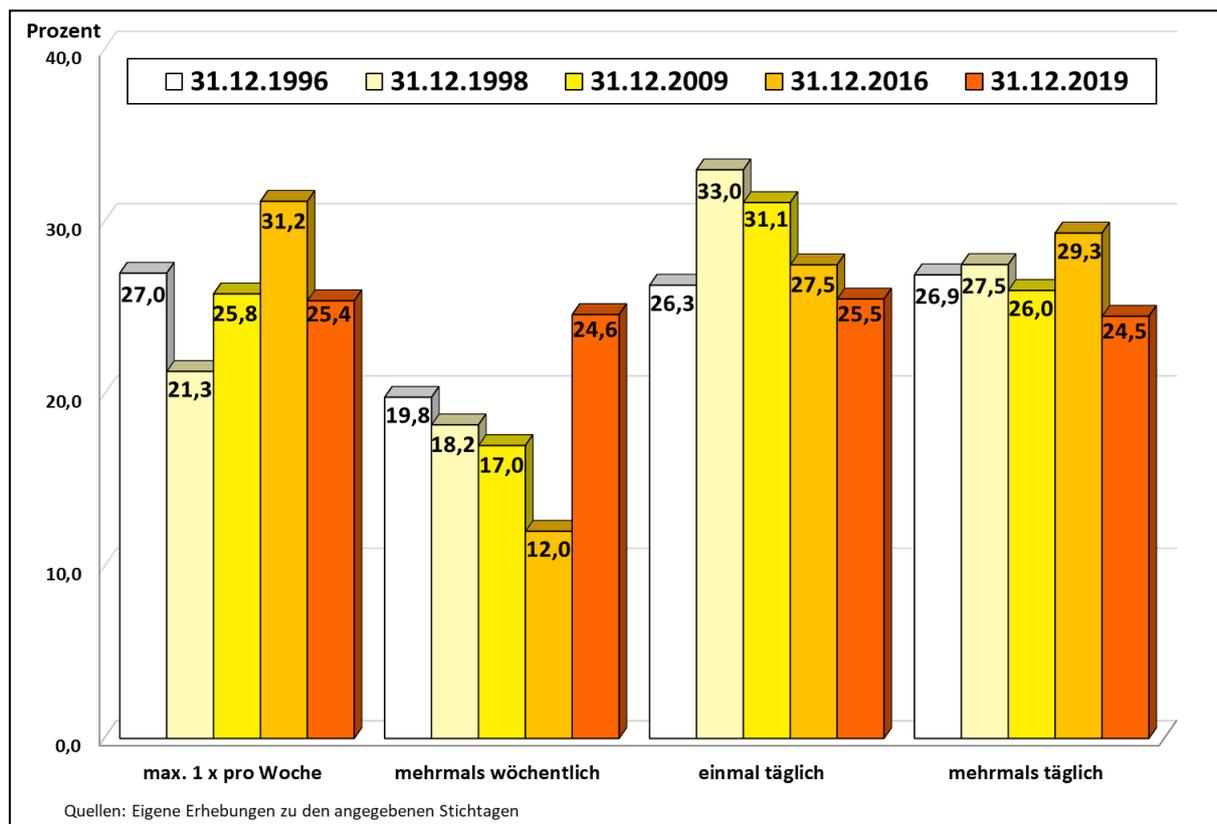
2.1.3.4 Betreuungsintensität (Häufigkeit und Dauer der Betreuung)

Die Betreuungsintensität wurde anhand der zwei Komponenten Betreuungshäufigkeit und Betreuungsdauer untersucht. Folgende Abbildung soll zunächst darüber informieren, wie häufig Hausbesuche durch die MitarbeiterInnen der ambulanten Dienste stattfinden.

Abb. 2.12: Häufigkeit der Betreuung durch ambulante Dienste



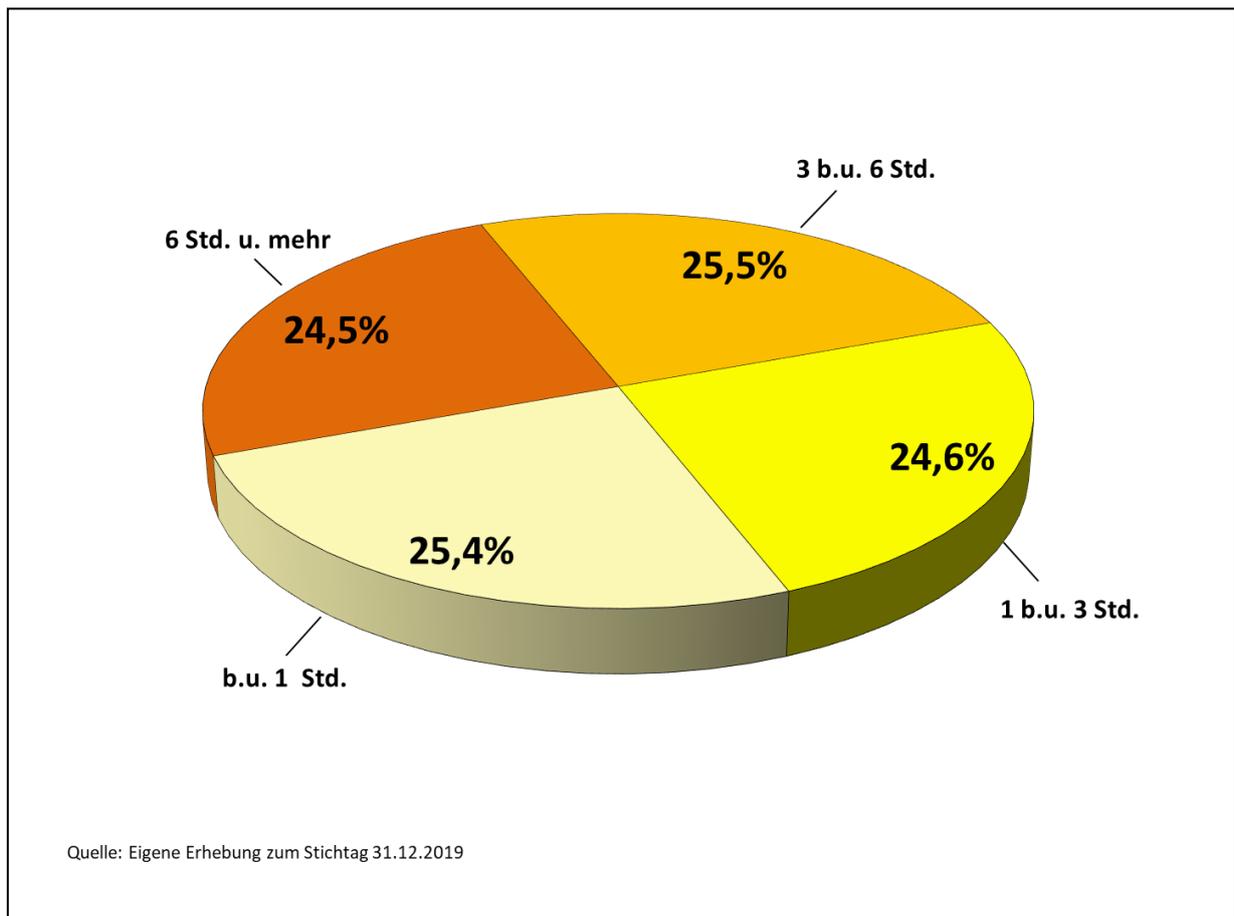
Die Abbildung zeigt, dass die Hälfte der Betreuten eine tägliche Versorgung erfährt, während nur rund ein Viertel der Patienten lediglich einmal pro Woche oder seltener betreut werden. Die folgende Gegenüberstellung informiert darüber, ob sich die Betreuungshäufigkeit gegenüber den älteren Erhebungen seit 1996 verändert hat.

Abb. 2.13: Entwicklung der Betreuungshäufigkeit seit 1996

Wie die Gegenüberstellung zeigt, haben sich in den letzten Jahren wieder einige Veränderungen bezüglich der Betreuungshäufigkeit vollzogen. Betrachtet man beispielsweise die Kategorie der „mehrmals täglichen“ Betreuung ist eine wellenförmige Entwicklung festzustellen. In den letzten Jahren von 1996 bis 1998 zunächst zugenommen, dann in den Jahren von 1999 bis 2009 fand allerdings ein deutlicher Rückgang auf einen Tiefstwert von 24,5% statt.

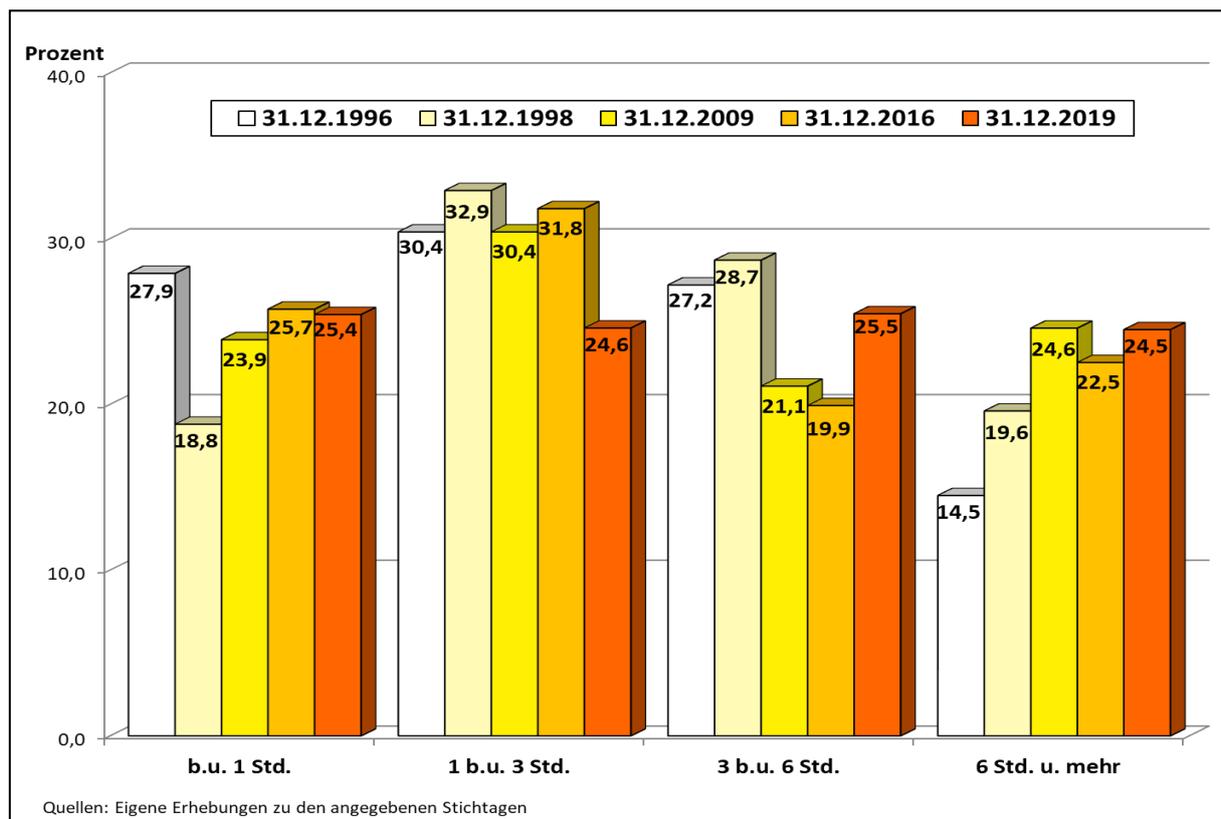
Etwas anders verhält es sich mit der Betreuungshäufigkeit von maximal einmal pro Woche. Hier ist der Anteil der betreuten Personen in den Jahren von 1996 bis 1998 zunächst um fast 6%-Punkte gesunken, dann allerdings bis 2016 wieder um fast 9%-Punkte angestiegen und in den letzten drei Jahren fand allerdings wieder ein deutlicher Rückgang auf nur noch rund 25% statt.

Aufgrund der genannten Ergebnisse ist in den letzten 23 Jahren somit kein eindeutiger Trend festzustellen, da sowohl die häufigere als auch die seltene Betreuungshäufigkeit zugenommen hat. Inwieweit jedoch die beschriebene Entwicklung auch zu einer veränderten Betreuungsintensität geführt hat, kann nicht entschieden werden, ohne die zweite Komponente – die wöchentliche Betreuungsdauer – in die Analyse einzubeziehen. Die folgende Abbildung zeigt die diesbezüglichen Ergebnisse der aktuellen Erhebungsdaten.

Abb. 2.14: Wöchentliche Betreuungsdauer

Fast ein Viertel der Betreuten benötigen offensichtlich eine sehr intensive Versorgung. Hier liegt die Betreuungsdauer bei mindestens sechs Stunden in der Woche, also bei ungefähr einer Stunde pro Tag. Eine Betreuungsdauer von 3 bis unter 6 Stunden benötigt etwas mehr als ein Viertel der Betreuten. Weiterhin wird knapp ein Viertel der Patienten zwischen einer und drei Stunden pro Woche betreut. Und das letzte Viertel der Patienten benötigt eine Betreuungsdauer von nur einer Stunde pro Woche.

Um eine Aussage darüber treffen zu können, ob und inwieweit sich die Betreuungsintensität in den letzten Jahren verändert hat, erfolgt mit folgender Abbildung eine Gegenüberstellung der entsprechenden Bestandsdaten.

Abb. 2.15: Entwicklung der wöchentlichen Betreuungsdauer seit 1996

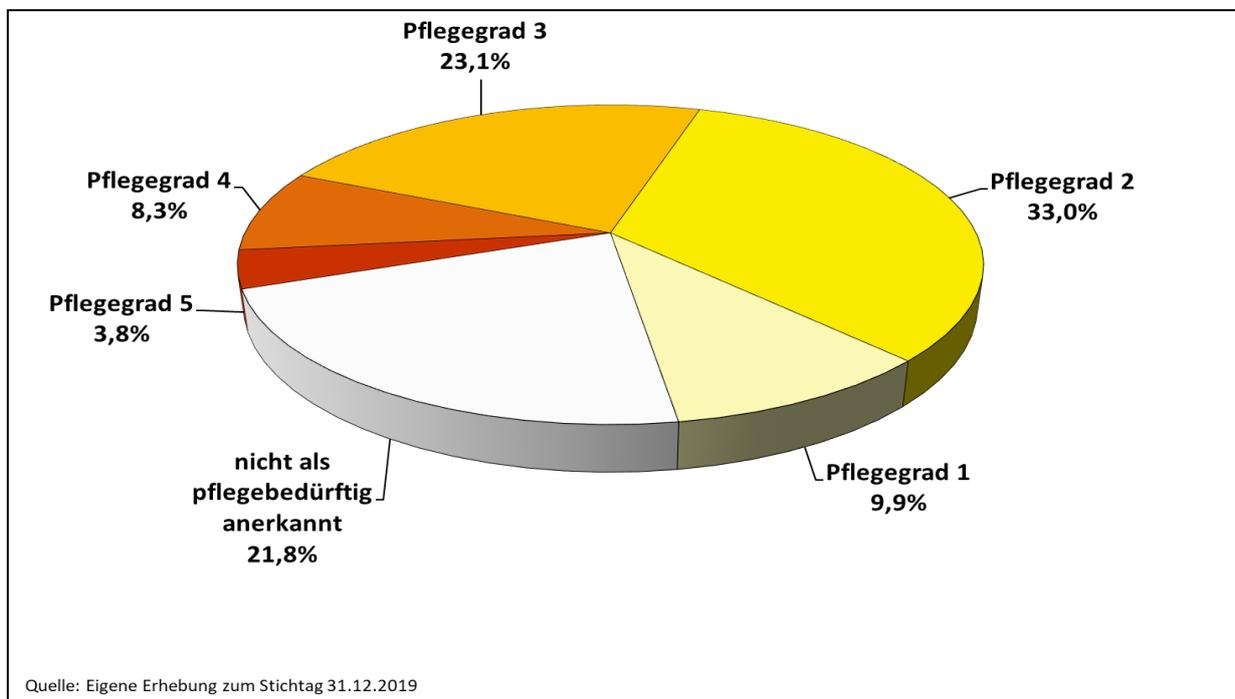
Wie aus der Abbildung hervorgeht, haben sich in den letzten Jahren erhebliche Veränderungen ereignet, was die wöchentliche Betreuungsdauer betrifft. So sind die Patienten mit einer Betreuungsdauer bis unter einer Stunde pro Woche in den Jahren von 1996 bis 1998 von knapp 28% auf rund 19% zunächst erheblich zurückgegangen, danach allerdings wieder auf einen aktuellen Anteil von fast 26% angestiegen. Der Anteilswert der Patienten mit einer Betreuungsdauer von 1 bis unter 3 Stunden schwankte dagegen von 1996 bis 2016 nur geringfügig zwischen 30% und 33%, ist in den letzten drei Jahren allerdings auf unter 25% zurückgegangen. Bei den Patienten mit einer Betreuungsdauer von 3 bis unter 6 Stunden pro Woche ist der Anteilswert von 1996 bis 1998 von rund 27% auf fast 29% gestiegen, danach aber bis 2016 wieder relativ stark auf nur noch rund 20% gesunken, um in den letzten Jahren wieder auf 25% zuzunehmen. Bei den Intensivbetreuungen von 6 Stunden und mehr pro Woche ist festzustellen, dass sich der Anteilswert bis zum Jahr 2009 zunächst auf fast 25% erhöht hat, danach wieder leicht gefallen und in den letzten Jahren aber wieder auf fast 25% angestiegen ist.

Die letztgenannte Entwicklung ist auch der Hauptgrund dafür, dass die durchschnittliche Betreuungsdauer im Bereich der ambulanten Pflege von Ende des Jahres 1996 bis Ende des Jahres 2009 um fast eine Stunde pro Woche angestiegen ist und auch in den letzten drei Jahren nochmals leicht auf 5,6 Stunden pro Woche zunahm.

2.1.3.5 Gesundheitszustand der Betreuten nach Pflegegraden

Bereits seit dem 1. April 1995 werden die Leistungen der häuslichen Pflege von der Pflegeversicherung übernommen. Seitdem gibt es bestimmte Kriterien, ab welchem Ausmaß der Hilfebedürftigkeit ein Mensch nach dem Gesetz als pflegebedürftig anerkannt wird. Der Medizinische Dienst der Krankenkassen (MDK) überprüft bei allen Antragstellern, ob die entsprechenden Voraussetzungen vorliegen. Da die vorgegebenen Kriterien zur Anerkennung der Pflegebedürftigkeit jedoch sehr restriktiv waren (vgl. Zehe 1996, S. 69 ff.), erfüllten relativ viele der Betreuten der ambulanten Pflegedienste – insbesondere viele Demenzzranke - die Anspruchsvoraussetzungen nicht. Dies war auch der Hauptgrund dafür, dass mit dem zweiten Pflegestärkungsgesetz (PSG II) zum 01.01.2017 ein neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff und neue Begutachtungsinstrumente eingeführt wurden, die die bisherigen drei Pflegestufen durch fünf Pflegegrade ersetzen. In folgender Abbildung wurde dementsprechend die Pflegebedürftigkeit der Betreuten der ambulanten Pflegedienste im Landkreis Erlangen-Höchststadt nicht mehr nach dem alten, sondern nach dem neuen Verfahren dargestellt.

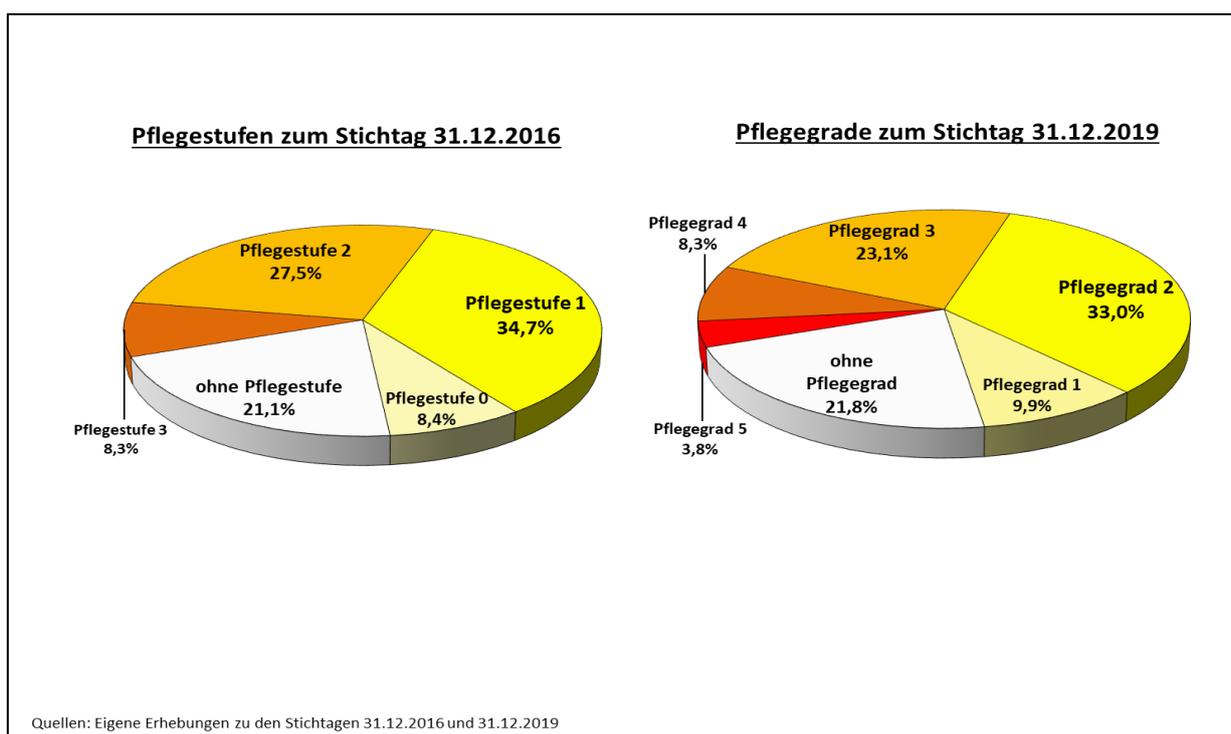
Abb. 2.16: Betreute der ambulanten Dienste nach Pflegegraden



Wie die Abbildung zeigt, haben fast 4% der Betreuten den höchsten Pflegegrad 5, rund 8% der Betreuten den Pflegegrad 4, mehr als 23% der Betreuten haben den Pflegegrad 3, fast ein Drittel der Betreuten hat den Pflegegrad 2 und knapp 10% der Betreuten haben den Pflegegrad 1. Keinen Pflegegrad haben weniger als 22% der Betreuten erhalten.

Im Folgenden soll nun überprüft werden, inwieweit sich die Anteile der Pflegebedürftigen unter den Betreuten der ambulanten Pflegedienste gegenüber den zum Zeitpunkt der letzten Erhebung noch geltenden Pflegestufen verändert haben. Dazu erfolgt wiederum eine Gegenüberstellung der aktuellen Bestandsdaten und den entsprechenden Daten, die zum Stichtag 31.12.2016 bei den ambulanten Pflegediensten im Landkreis Erlangen-Höchstadt erhoben wurden.

Abb. 2.17: Vergleich der Betreuten nach Pflegestufen 2016 und Pflegegraden 2019



Wie der linke Teil der Abbildung zeigt, waren am 31.12.2016 nach den Angaben der ambulanten Pflegedienste nur knapp 70% ihrer Betreuten als pflegebedürftig anerkannt (Pflegestufe 1 bis 3). Zusätzlich waren 8,4% der Betreuten der sogenannten „Pflegestufe 0“ zugeordnet. Diese Personen wiesen ebenfalls einen Pflegebedarf auf, da dieser jedoch niedriger als der vom Pflegeversicherungsgesetz geforderte Mindestbedarf von täglich 90 Minuten lag, konnte die Finanzierung der Pflege für diese Personen lange Zeit nicht über das Pflegeversicherungsgesetz erfolgen. Erst seit Einführung des Pflegeweiterentwicklungsgesetzes im Jahr 2008 konnten Personen mit Pflegestufe 0 Leistungen aus der Pflegeversicherung erhalten.

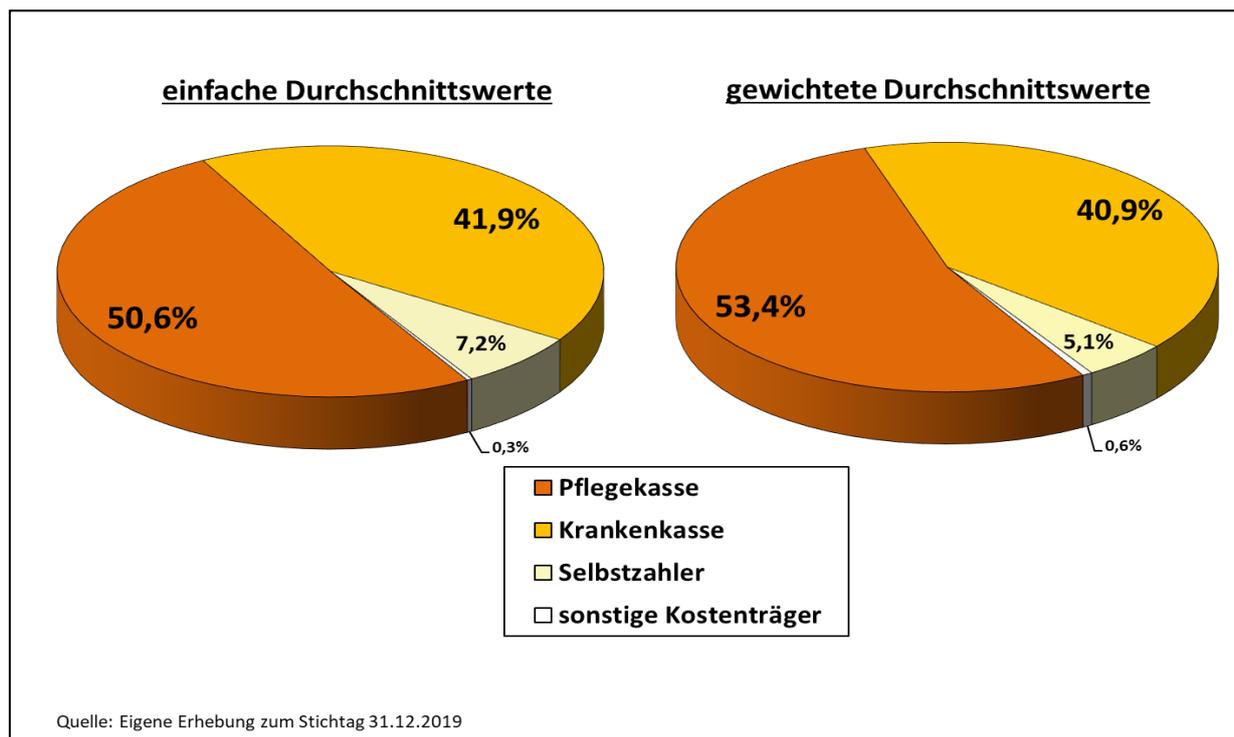
Nicht zur Gruppe der Pflegebedürftigen gehörten die „Hilfebedürftigen“ ohne Pflegestufe, die zum Stichtag 31.12.2019 einen Anteil von rund 21% der Betreuten ausmachten. Diese Teilgesamtheit benötigte entweder ausschließlich Hilfe im Bereich der Behandlungspflege oder im hauswirtschaftlichen Bereich.

Anhand des Vergleichs der aktuellen Erhebungsergebnisse zu den Pflegegraden mit den älteren Daten nach dem alten Begutachtungsverfahren im linken Teil der Abbildung ist zunächst festzustellen, dass im Landkreis Erlangen-Höchstadt nach dem neuen Begutachtungsverfahren in etwa ein Anteil von 9% der ambulant Betreuten mehr als pflegebedürftig anerkannt sind als vor der Neudefinition des Pflegebedürftigkeitsbegriffes. Beim weitaus größten Teil dieser 9% ambulant betreuten Menschen dürfte es sich um Demenzkranke handeln, die kaum klassische Pflegeleistungen, wie Grund- und Behandlungspflege, erhalten. Diese wurden nach dem neuen Verfahren mindestens in Pflegegrad 1 eingestuft. Weiterhin wurden die Pflegebedürftigen der Stufe 1 nach dem neuen Verfahren zum größeren Teil mindestens in Pflegegrad 2 eingestuft. Diejenigen, die nach dem neuen Begutachtungsverfahren den Pflegegrad 3 bekommen, setzen sich zum größeren Teil aus denjenigen zusammen, die nach dem alten Begutachtungsverfahren Pflegestufe 2 bekamen. Die Schwerpflegebedürftigen mit Pflegegrad 4 setzen sich etwa je zur Hälfte aus denjenigen zusammen, die nach dem alten Begutachtungsverfahren die Pflegestufe 2 und 3 bekamen und der restliche Teil der Schwerstpflegebedürftigen mit Pflegestufe 3 findet sich jetzt im Pflegegrad 5.

Der Vergleich der aktuellen Erhebungsergebnisse zu den Pflegegraden mit den älteren Daten nach dem alten Begutachtungsverfahren zeigt somit, dass nicht nur ein größerer Anteil der Pflegebedürftigen nach dem neuen Begutachtungsverfahren als pflegebedürftig anerkannt ist als vor der Neudefinition des Pflegebedürftigkeitsbegriffes, sondern auch, dass die Leistungsbezieher nach dem neuen Begutachtungsverfahren mindestens eine und zum Teil zwei Stufen noch oben gewandert sind.

2.1.4 Refinanzierung der ambulanten Dienste

Da die ambulanten Dienste seit Einführung des Pflegeversicherungsgesetzes von den kreisfreien Städten bzw. Landkreisen eine Investitionsförderung gemäß ihres SGB-XI-Anteils erhalten, ist es sehr wichtig, diesen Anteil exakt zu bestimmen. Dabei wird seltener vom Anteil der ambulant betreuten Personen ausgegangen, die SGB-XI-Leistungen erhalten, vielmehr wird sich hierbei überwiegend auf die Höhe der Einnahmen bezogen, die den ambulanten Diensten von den einzelnen Kostenträgern zufließen. Im Rahmen der Bestandsaufnahmen wurde deshalb zusätzlich erhoben, über welche Kostenträger sich die ambulanten Dienste refinanzieren. Die folgende Abbildung zeigt die diesbezüglichen Erhebungsergebnisse, wobei im linken Teil die einfachen Durchschnittswerte der Dienste dargestellt sind und im rechten Teil der Abbildung eine mit der Größe der einzelnen ambulanten Dienste gewichtete Durchschnittsberechnung zugrunde gelegt wurde.

Abb. 2.18: Refinanzierung der ambulanten Dienste im Jahr 2019

Wie die Abbildung zeigt, finanzieren sich die ambulanten Dienste im Landkreis Erlangen-Höchstadt zu 91% bzw. 94% über die Leistungsentgelte, die sie von den Kassen erhalten. Es zeigen sich hierbei jedoch leichte Unterschiede, je nachdem, ob man von den einfachen oder den gewichteten Durchschnittswerten ausgeht. So ist der Anteilswert der Pflegekassen bei den gewichteten Durchschnittswerten mit 53,4% deutlich höher als bei den einfachen Durchschnittswerten mit nur 50,6%, d.h. die größeren ambulanten Dienste im Landkreis Erlangen-Höchstadt finanzieren sich stärker über die Pflegekassen als kleinere Dienste.

Die Anteilswerte der Krankenkassen und der „Selbstzahler“ ist dagegen bei den gewichteten Durchschnittswerten etwas niedriger. Die kleineren ambulanten Dienste im Landkreis Erlangen-Höchstadt finanzieren sich also etwas stärker über die Krankenkassen und „Selbstzahlerbeiträge“ als größere Dienste.

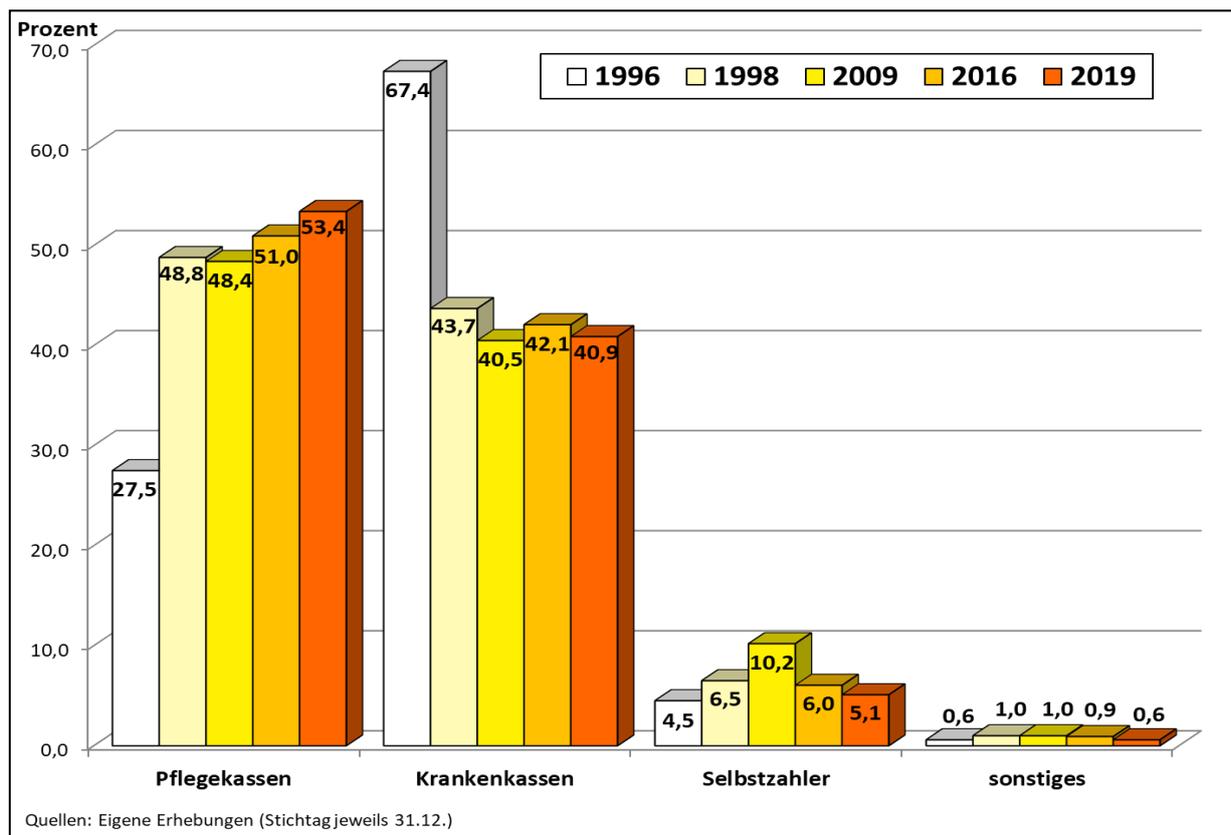
Beim Anteil der „sonstigen Kostenträger“ ist die Differenz dagegen wesentlich geringer. Diese spielen bei der Refinanzierung der ambulanten Dienste nach wie vor ohnehin eine geringere Rolle. Diese Aussage gilt unabhängig davon, ob man von den einfachen oder den gewichteten Durchschnittswerten ausgeht.

Was den SGB-XI-Anteil betrifft, der als Grundlage für die Investitionsförderung herangezogen wird, ist festzustellen, dass dieser sehr stark davon abhängig ist, von welcher Berechnungsgrundlage ausgegangen wird.

Legt man der Berechnung den Anteil der Betreuten zugrunde, die gesetzlich als pflegebedürftig anerkannt sind, ergibt sich ein Anteil von rund 78%. Geht man bei der Berechnung des SGB-XI-Anteils von den Abrechnungen aus, gibt es zwei Varianten. Berechnet man den einfachen Durchschnittswert, über welche Kostenträger sich die ambulanten Dienste refinanzieren, ergibt sich aus den von den Pflegekassen zufließenden Leistungsentgelten ein Anteil von etwa 51%. Berücksichtigt man bei dieser Durchschnittswertberechnung zusätzlich die Größe der Dienste, ergibt sich ein Anteilswert von rund 53%.

Diesen Sachverhalt gilt es bei der Investitionsförderung der ambulanten Dienste zu berücksichtigen, wobei der Vollständigkeit halber noch darauf hinzuweisen ist, dass es außer den dargestellten Berechnungsgrundlagen noch andere Verfahren gibt, die von einigen kreisfreien Städten und Landkreisen bei der Investitionsförderung praktiziert werden. Einige nehmen das Wort „Investitionsförderung“ als Grundlage, lassen sich von den ambulanten Diensten die getätigten Investitionen nachweisen und fördern ausschließlich diesen Betrag. Andere setzen für den SGB-XI-Anteil, aus Gründen des geringeren Verwaltungsaufwandes, pauschal einen bestimmten Wert an – meist zwischen 40% und 60% – und fördern das Personal der ambulanten Dienste entsprechend des festgelegten SGB-XI-Anteils. Welches Verfahren nun tatsächlich das „Richtige“ ist, darüber herrscht weitgehend Uneinigkeit, vor allem auch deshalb, weil die diesbezügliche gesetzliche Regelung erheblichen Interpretationsspielraum bietet.

In folgender Abbildung soll nun noch, hinsichtlich der Refinanzierung, eine Gegenüberstellung der aktuellen mit den entsprechenden älteren Bestandsdaten erfolgen, um feststellen zu können, ob und inwieweit sich der Anteil der einzelnen Kostenträger bei der Refinanzierung der ambulanten Dienste im Landkreis Erlangen-Höchstadt in den letzten Jahren verändert hat.

Abb. 2.19: Refinanzierung der ambulanten Dienste seit 1996

Wie die Gegenüberstellung der Bestandsdaten zeigt, ist bezüglich der Refinanzierung der ambulanten Dienste ein deutlicher Trend festzustellen. So ist der Anteil, den die Leistungsentgelte der Pflegekassen bei der Refinanzierung der ambulanten Dienste ausmachen, von 27,5% im Jahr 1996 zunächst auf fast 49% im Jahr 1998 und seitdem nochmals auf einen aktuellen Wert von 53% angestiegen. Die Pflegekassen steuern somit heute mehr als die Hälfte zur Refinanzierung der ambulanten Dienste im Landkreis Erlangen-Höchstadt bei.

Der Anteil der Krankenkassen hat sich seit 1996 erheblich verringert und zwar um rund 26%-Punkte auf einen aktuellen Wert von 40,9%.

Der Anteil der Selbstzahler ist von 1996 bis 2009 deutlich angestiegen und machte im Jahr 2009 schon mehr als 10% bei der Refinanzierung der ambulanten Dienste im Landkreis Erlangen-Höchstadt aus. In den letzten Jahren ist der Anteil der Selbstzahler, wohl auch durch die verbesserten finanziellen Rahmenbedingungen bei gerontopsychiatrisch erkrankten Menschen, allerdings wieder auf rund 5% zurückgegangen.

Der Anteil der „sonstigen Kostenträger“ ist dagegen nahezu auf demselben niedrigen Niveau geblieben und spielt daher nach wie vor kaum eine Rolle bei der Refinanzierung der ambulanten Dienste.

2.2 Bestandsaufnahme der teilstationären Pflege

2.2.1 Vorbemerkung

Der Begriff „teilstationäre Pflege“ umfasst alle Einrichtungen, die eine zeitlich begrenzte außerhäusliche Versorgung sicherstellen und somit zur Stabilisierung der häuslichen Pflegesituation beitragen. In erster Linie werden darunter Tages- und Nachtpflegeeinrichtungen verstanden. Verwendet man als Zugehörigkeitskriterium die „zeitliche Begrenzung“, können auch Einrichtungen der Kurzzeitpflege unter diesen Begriff subsumiert werden, obwohl es sich streng genommen um eine vollstationäre Einrichtung handelt, die für einen bestimmten Zeitraum genutzt wird.

In Einrichtungen der Tagespflege werden pflegebedürftige, aber auch dementiell erkrankte ältere Menschen tagsüber versorgt, die in der Nacht und am Wochenende von ihren Angehörigen betreut werden. Damit befinden sich die Tagespflegegäste unter ständiger Betreuung, ohne in eine vollstationäre Einrichtung umziehen zu müssen.

In Einrichtungen der Kurzzeitpflege werden pflegebedürftige Menschen, die ansonsten durch Angehörige und/oder ambulante Dienste zu Hause betreut werden, für eine bestimmte Zeit aufgenommen. Die Zielrichtung von Kurzzeitpflegeeinrichtungen liegt dabei primär in der Entlastung der Angehörigen im Sinne der Krisenintervention oder der Urlaubspflege.

Sowohl bei der Tagespflege als auch bei der Kurzzeitpflege steht die Entlastung der pflegenden Angehörigen im Vordergrund. Beide Einrichtungen dienen somit dazu, eine vollstationäre Unterbringung und damit die Ausgliederung aus dem familiären Gefüge zu vermeiden oder zumindest zu verzögern. Da nach den Bestimmungen des Pflegeversicherungsgesetzes die vollstationäre Seniorenhilfe nur noch dann beansprucht werden soll, wenn eine ambulante oder teilstationäre Betreuung nicht ausreichend ist, werden Einrichtungen der Tages- und Kurzzeitpflege bundesweit sehr stark ausgebaut.

Einrichtungen der Nachtpflege werden dagegen aufgrund des geringen Bedarfs nur sehr selten als eigenständige Einrichtungen geschaffen. Meist werden Tagespflegeeinrichtungen so ausgebaut, dass sie sich bei Bedarf auch für die Nachtpflege eignen.

2.2.2 Bestandsaufnahme im Bereich der Tagespflege

2.2.2.1 Vorbemerkung zur Organisationsstruktur im Bereich der Tagespflege

Grundsätzlich gibt es von der Organisationsform her gesehen mehrere Möglichkeiten Tagespflegeplätze anzubieten, und zwar ...

1. als selbständig wirtschaftende Einrichtung, die ausschließlich Tagespflege anbietet. Diese Organisationsform ist im Bundesland Bayern aufgrund der relativ unsicheren Finanzierungsstruktur noch relativ selten anzutreffen.
2. als Einrichtung, die organisatorisch an einen ambulanten Pflegedienst angebunden ist. Diese Organisationsform ist am häufigsten verbreitet und hat sich aus sozialplanerischer Sicht aufgrund der Überschneidung der potentiellen Klientel bisher bestens bewährt.
3. von einer vollstationären Einrichtung, die Tagespflegeplätze räumlich und organisatorisch in ihren Betrieb integriert. Diese Organisationsform entsteht meist aus fiskalischen Überlegungen, ist jedoch aus sozialplanerischer Sicht nicht in größerem Rahmen zu befürworten, da sich durch die Nähe zur vollstationären Einrichtung bei den potentiellen Klienten oft eine psychologisch bedingte Hemmschwelle ergibt, die zu Belegungsproblemen führt.
4. als Einrichtung, die neben der Tagespflege gleichzeitig Kurzzeitpflegeplätze anbietet. Diese Organisationsform ist bisher in Bayern noch relativ selten verbreitet, hat allerdings einerseits ebenfalls fiskalische Vorteile und andererseits ist die Gefahr der Belegungsprobleme geringer, da eine derartige Organisationsform nicht den Charakter einer vollstationären Einrichtung hat.

2.2.2.2 Bestand an Tagespflegeplätzen im Landkreis Erlangen-Höchstadt

Im Landkreis Erlangen-Höchstadt standen zum Zeitpunkt der Bestandsaufnahme am 31.12.2019 für den Bereich der Tagespflege vier selbstständige bzw. an einen ambulanten Dienst angebundene Einrichtungen mit insgesamt 95 Tagespflegeplätzen zur Verfügung. Im Einzelnen sind dies nach den Angaben der jeweiligen Träger:

- 28 Tagespflegeplätze in der „Tageseinrichtung für ältere Menschen e.V.“ in Herzogenaurach seit 2008 (Anfang 2022 Reduktion auf 24 Tagespflegeplätze)
- 14 Tagespflegeplätze in der privaten Tagespflegeeinrichtung „Hand in Hand“ in Höchstadt a.d. Aisch seit 2015 (Anfang 2022 Erhöhung auf 16 Tagespflegeplätze)
- 35 Tagespflegeplätze in der „Tagespflege Baiersdorf“ (seit 04/2019, davor 27 Tagespflegeplätze in Anbindung an die „SeniVita-Sozialstation St. Martin“ in Baiersdorf seit 2011)

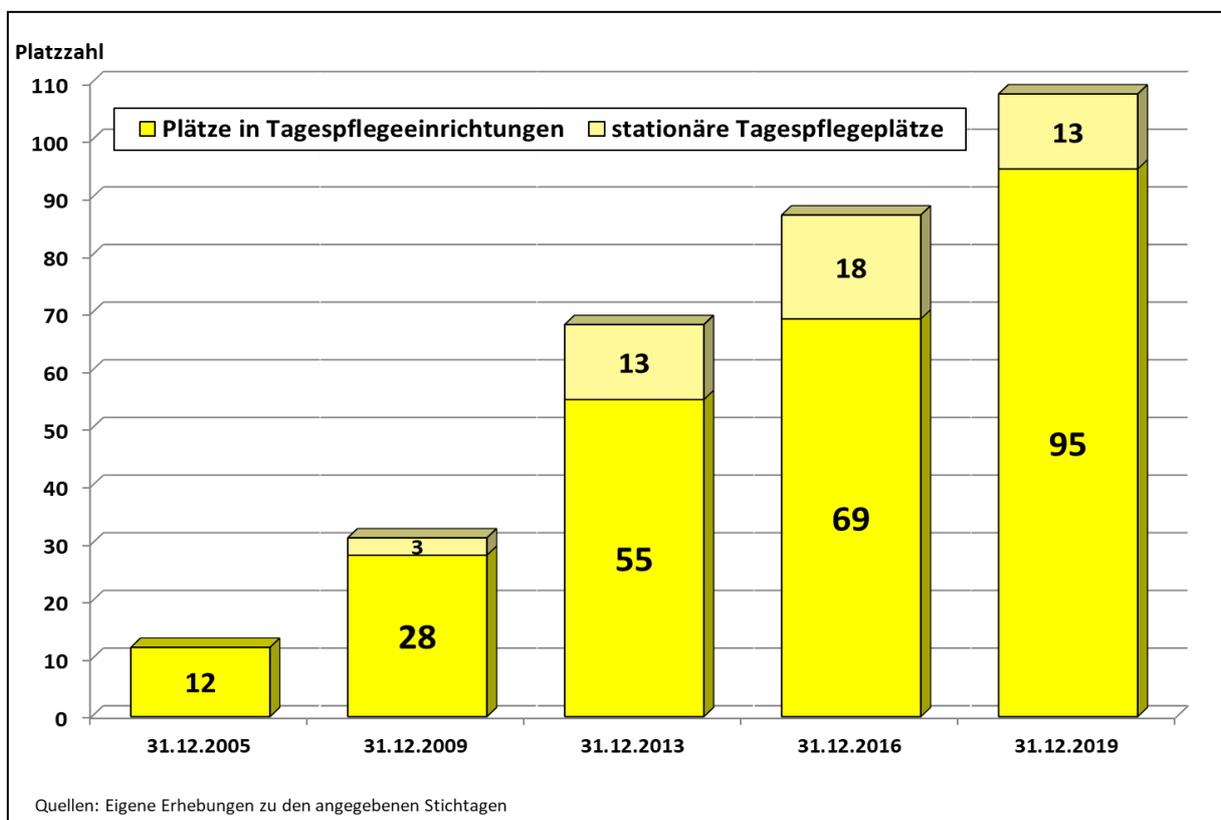
- 18 Tagespflegeplätze in der Caritas-Tagespflege „St. Barbara“ in Röttenbach seit 05/2019

Weitere 13 Tagespflegeplätze werden im Landkreis Erlangen-Höchstadt innerhalb von stationären Einrichtungen angeboten. Im Einzelnen sind dies nach den Angaben der jeweiligen Träger:

- 3 „ganzjährige“ Tagespflegeplätze im „Seniorenheim Haus Heinrich“ in Hemhofen seit 2009
- 5 „zeitweise eingestreute“ Tagespflegeplätze im „Vitanas Seniorenzentrum St. Anna“ in Höchstadt a.d. Aisch seit 2013
- 5 „zeitweise eingestreute“ Tagespflegeplätze im „Seniorenzentrum Martha-Maria“ in Eckental-Forth seit 2015

Die folgende Abbildung zeigt die Entwicklung der Tagespflegeplätze im Landkreis Erlangen-Höchstadt von 2005 bis heute.

Abb. 2.20: Entwicklung der Tagespflegeplätze im Landkreis Erlangen-Höchstadt



Bezieht man die 13 Tagespflegeplätze innerhalb der stationären Einrichtungen mit ein, ergibt sich im Landkreis Erlangen-Höchstadt insgesamt ein Bestand von 108 Tagespflegeplätzen. Damit haben sich die Tagespflegeplätze im Landkreis Erlangen-Höchstadt im Laufe der letzten 14 Jahre mehr als verneunfacht.

2.2.2.3 Auslastung der Tagespflegeplätze

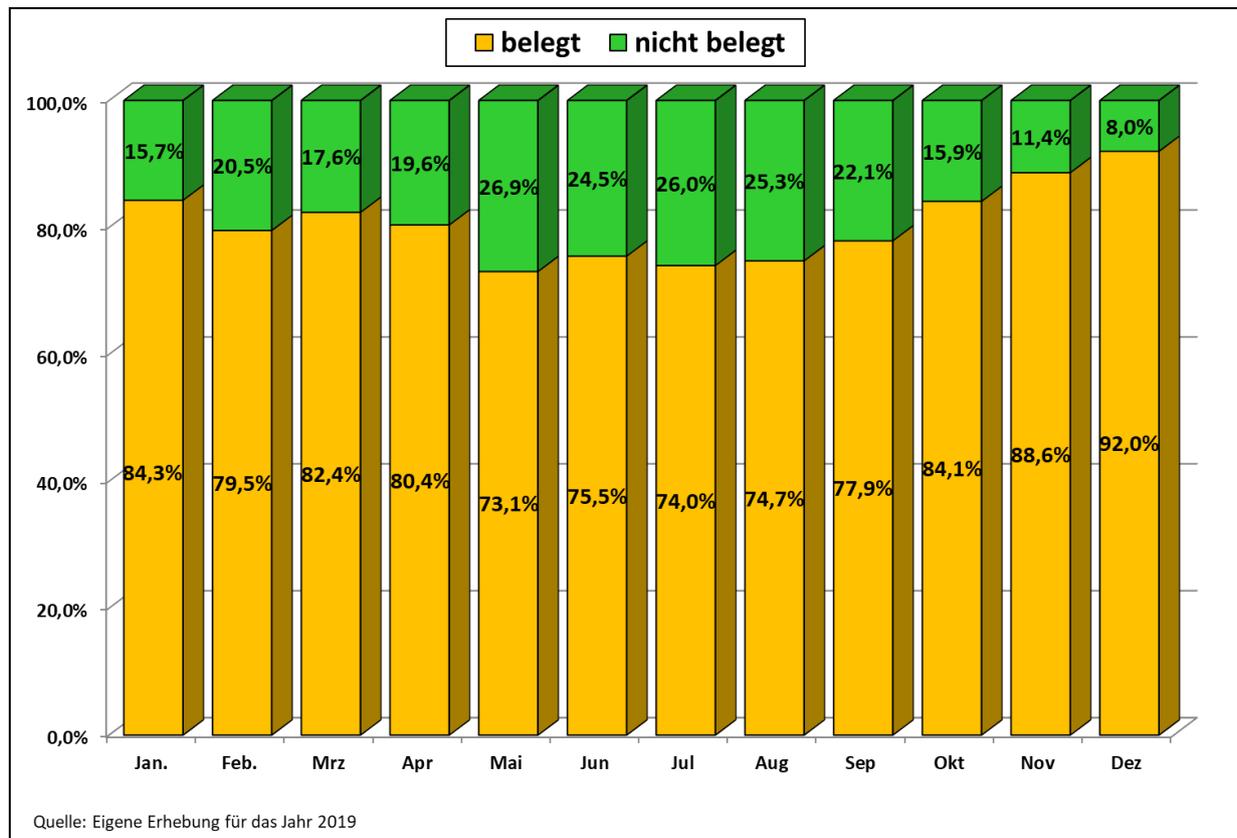
Bei der Tagespflege handelt es sich im Bundesland Bayern immer noch um eine relativ neuartige und daher auch noch weniger bekannte Versorgungsform für ältere Menschen, die sich hier allgemein noch nicht so etablieren konnte wie beispielsweise in den Bundesländern Baden-Württemberg, Nordrhein-Westfalen oder auch in Hessen. Um auch in Bayern einen hohen Auslastungsgrad von Tagespflegeeinrichtungen zu erreichen, ist deshalb derzeit noch eine intensive Öffentlichkeitsarbeit notwendig.

In einigen bayerischen Regionen werden im Bereich der Tagespflege jedoch trotz intensiver Öffentlichkeitsarbeit nur sehr niedrige Auslastungsgrade erreicht und es wird daher von den potentiellen Trägern von einem weiteren Ausbau abgesehen. Auffallend ist dabei aber, dass die schlecht ausgelasteten Tagespflegeplätze fast alle organisatorisch an eine vollstationäre Einrichtungen angebunden sind.

In Fachkreisen wird der Grund hierfür im psychologischen Bereich gesehen. Es wird davon ausgegangen, dass eine an den stationären Bereich angeschlossene Tagespflege für die potentiellen Nutzer zu sehr den Charakter einer vollstationären Einrichtung annimmt und sich deshalb eine Hemmschwelle aufbaut. Folglich wird u.a. von der *Forschungsgesellschaft für Gerontologie* die Konzeption einer eigenständigen Einrichtung oder die Anbindung an einen ambulanten Dienst empfohlen (vgl. z.B. MAGS 1995, S. 314).

Bei den im Landkreis Erlangen-Höchststadt vorhandenen selbstständigen Tagespflegeeinrichtungen traten die oben beschriebenen Probleme jedoch nicht auf, weil hier die Nachfrage nach den vorhandenen Tagespflegeplätzen ausreichend groß ist. Wie allerdings bereits im Kapitel 2.2.2.2 erläutert, werden im Landkreis Erlangen-Höchststadt auch eine Reihe von Tagespflegeplätzen in Anbindung an stationären Einrichtungen angeboten. Es verwundert daher nicht, dass die oben beschriebene Problematik auf die Auslastung der an die stationären Einrichtungen angebotenen Tagespflegeplätze zutrifft (vgl. Abb. 2.23).

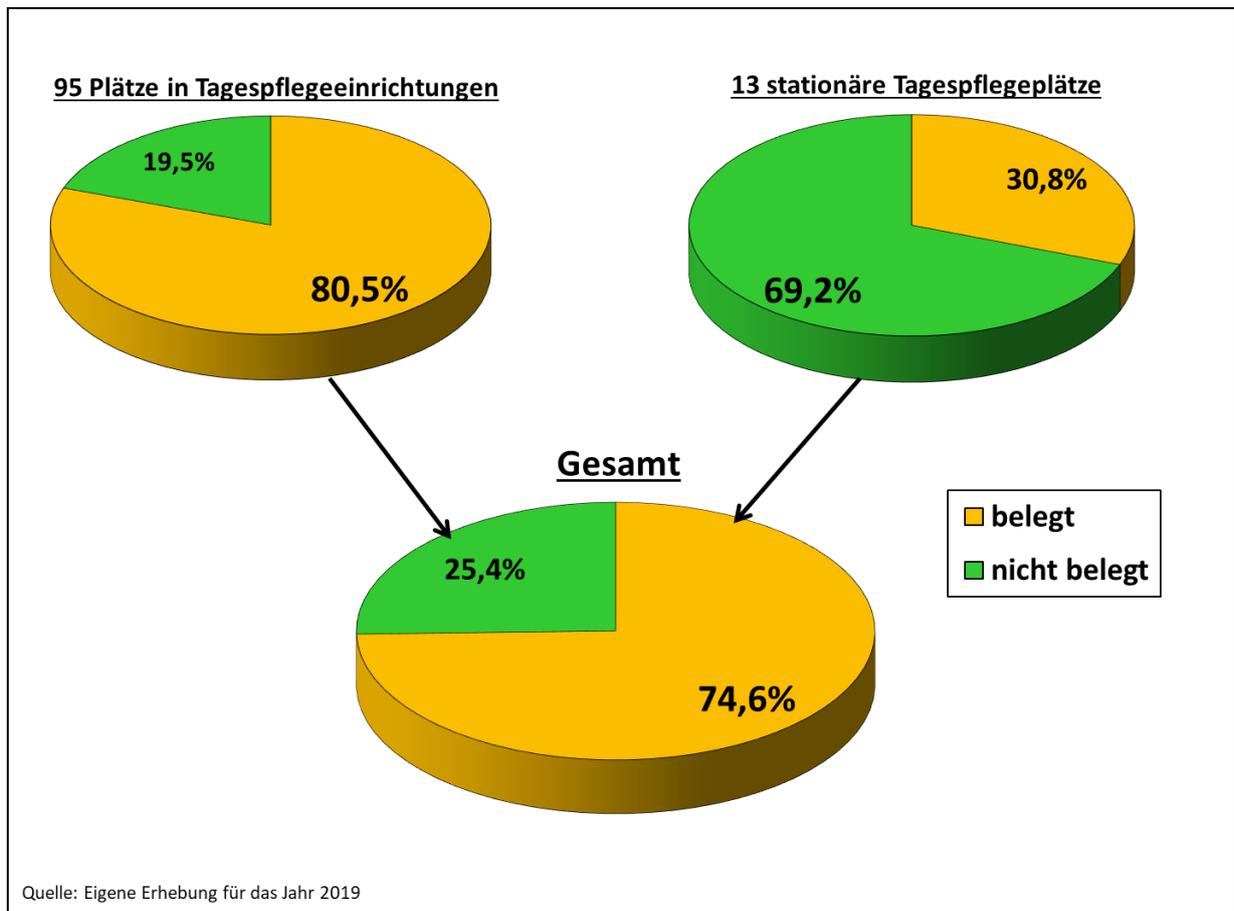
In folgender Abbildung 2.22 wird jedoch zunächst die Auslastung der „autonomen“ Tagespflegeplätze dargestellt, da hier – im Gegensatz zu den Tagespflegeplätzen in Anbindung an stationären Einrichtungen – differenzierte Zahlen für die einzelnen Monate des Jahres 2019 vorliegen.

Abb. 2.21: Auslastung der Tagespflegeeinrichtungen im Landkreis Erlangen-Höchstadt im Laufe des letzten Jahres

Insgesamt konnte in den vier Tagespflegeeinrichtungen mit insgesamt 95 Tagespflegeplätzen im Jahr 2019 ein Auslastungsgrad von 80,5% erreicht werden. Absolut gesehen waren im Laufe des Jahres 2019 damit durchschnittlich 76,5 der 95 Tagespflegeplätze belegt.

Ein sehr viel geringerer Auslastungsgrad wurde allerdings bei den 13 Tagespflegeplätzen in den verschiedenen stationären Einrichtungen erreicht, wie die folgende Gegenüberstellung zeigt.

Abb. 2.22: Auslastung der Gesamtheit der Tagespflegeplätze im Landkreis Erlangen-Höchstadt im Laufe des letzten Jahres



Wie der rechte Teil der Abbildung zeigt, resultiert bei den 13 Tagespflegeplätzen in den verschiedenen stationären Einrichtungen im Laufe des letzten Jahres insgesamt lediglich ein Auslastungsgrad von weniger als 31%, woraus sich eine Zahl von nur vier belegten Plätzen ergibt.

Insgesamt waren die im Landkreis Erlangen-Höchstadt vorhandenen Tagespflegeplätze im Laufe des letzten Jahres zu fast 75% ausgelastet, d.h. es waren durchschnittlich 80,5 der 108 vorhandenen Plätze belegt. Damit war die Gesamtbelegung der im Landkreis Erlangen-Höchstadt vorhandenen Tagespflegeplätze wesentlich höher als bei der letzten Bestandserhebung im Jahr 2016, denn damals waren im Jahresdurchschnitt nur 67 der 87 damals existierenden Tagespflegeplätze belegt.

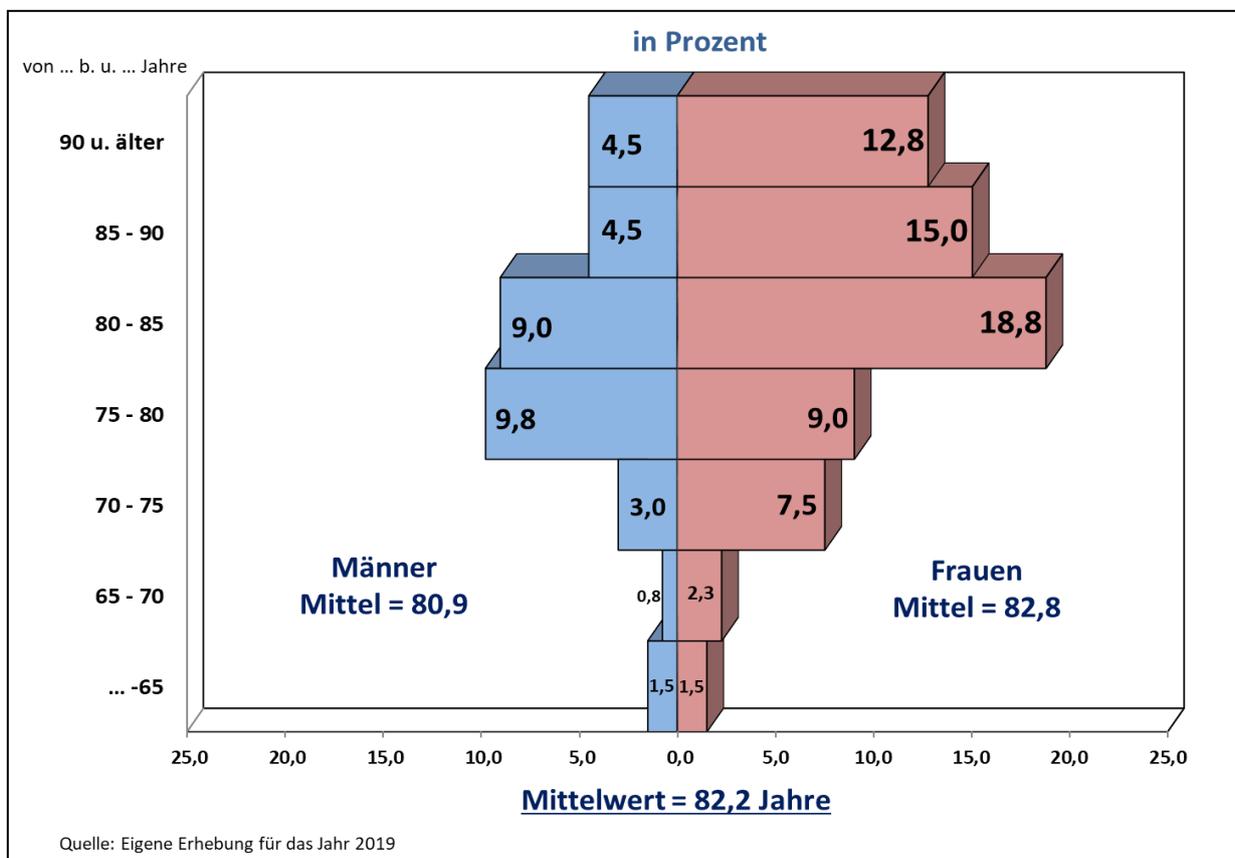
2.2.2.4 Struktur der Tagespflegegäste im Landkreis Erlangen-Höchstadt

Die vier selbstständigen Tagespflegeeinrichtungen im Landkreis Erlangen-Höchstadt wurden nach Angaben der jeweiligen Träger im Laufe des Jahres 2019 von insgesamt 133 Personen in Anspruch genommen. Die Zahl der Tagespflegegäste ist somit um einiges höher als die Anzahl der zur Verfügung stehenden Plätze. Für diese 133 Tagespflegegäste wurden von den Trägern Angaben zur Verteilung der Betreuten nach der Alters- und Geschlechterstruktur, ihren Pflegegraden sowie zur regionalen Herkunft gemacht, die im Folgenden dargestellt sind.

2.2.2.4.1 Alters- und Geschlechterstruktur der Tagespflegegäste

Was die Geschlechterstruktur der Tagespflegegäste betrifft, so ist hier mit rund ein Drittel ein ähnlicher Männeranteil festzustellen wie im ambulanten Pflegebereich (vgl. Kap. 2.1.4.1). Die Altersstruktur der Tagespflegegäste unterscheidet sich allerdings deutlich vom ambulanten Pflegebereich.

Abb. 2.23: Altersstruktur der Tagespflegegäste nach Geschlecht



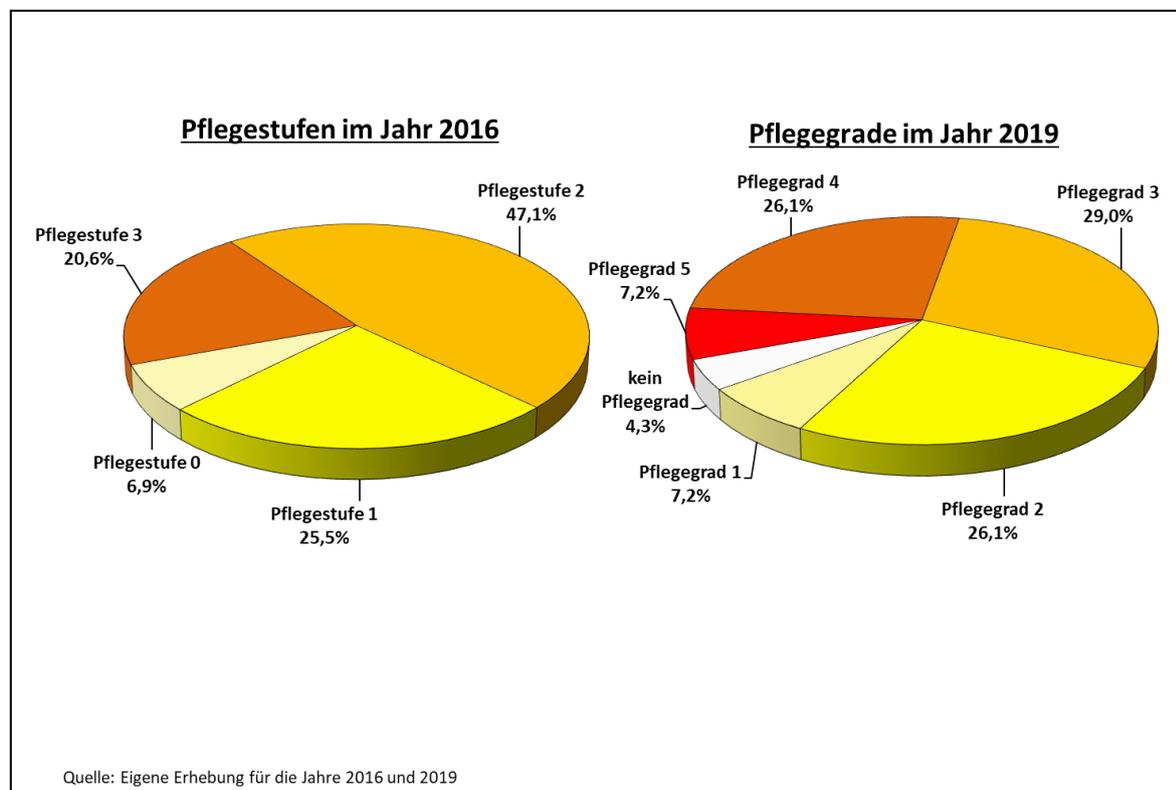
Wie die Abbildung zeigt, stellten die hochbetagten Personen ab dem 80. Lebensjahr mit einem Anteil von rund 65% fast zwei Drittel der Tagespflegegäste. Dabei machen die hochbetagten Frauen alleine bereits fast 37% der Tagespflegegäste aus.

Dementsprechend ergibt sich für die Frauen mit fast 83 Jahren auch ein deutlich höheres Durchschnittsalter als bei den männlichen Tagespflegegästen mit weniger als 81 Jahren. Insgesamt ergibt sich für die 133 Tagespflegegäste im Jahr 2019 ein Durchschnittsalter von mehr als 82 Jahren, das um fast drei Jahre höher liegt als im Bereich der ambulanten Pflege (vgl. Kap. 2.1.4.1).

2.2.2.4.2 Gesundheitszustand der Tagespflegegäste nach Pflegegraden

Die Betreuung in einer Tagespflegeeinrichtung eignet sich nicht nur für pflegebedürftige Menschen, sie kann auch eine große Hilfe für ältere Menschen mit gerontopsychiatrischen Erkrankungen sein. Es war deshalb früher nicht unbedingt zu erwarten, dass alle Nutzer der Tagespflege pflegebedürftig sind. Zum Stichtag 01.01.2017 wurden die bisher geltenden Pflegestufen durch die neuen Pflegegrade abgelöst, wodurch auch die meisten gerontopsychiatrisch erkrankten Menschen Leistungen nach dem Pflegeversicherungsgesetz erhalten. So werden die Tagespflegeplätze im Landkreis Erlangen-Höchstadt aktuell auch von einigen nicht als pflegebedürftig anerkannten Personen beansprucht, wie die folgende Gegenüberstellung mit den entsprechenden Daten aus dem Jahr 2016 zu den früheren Pflegestufen zeigt.

Abb. 2.24: Gesundheitszustand der Tagespflegegäste im Vergleich



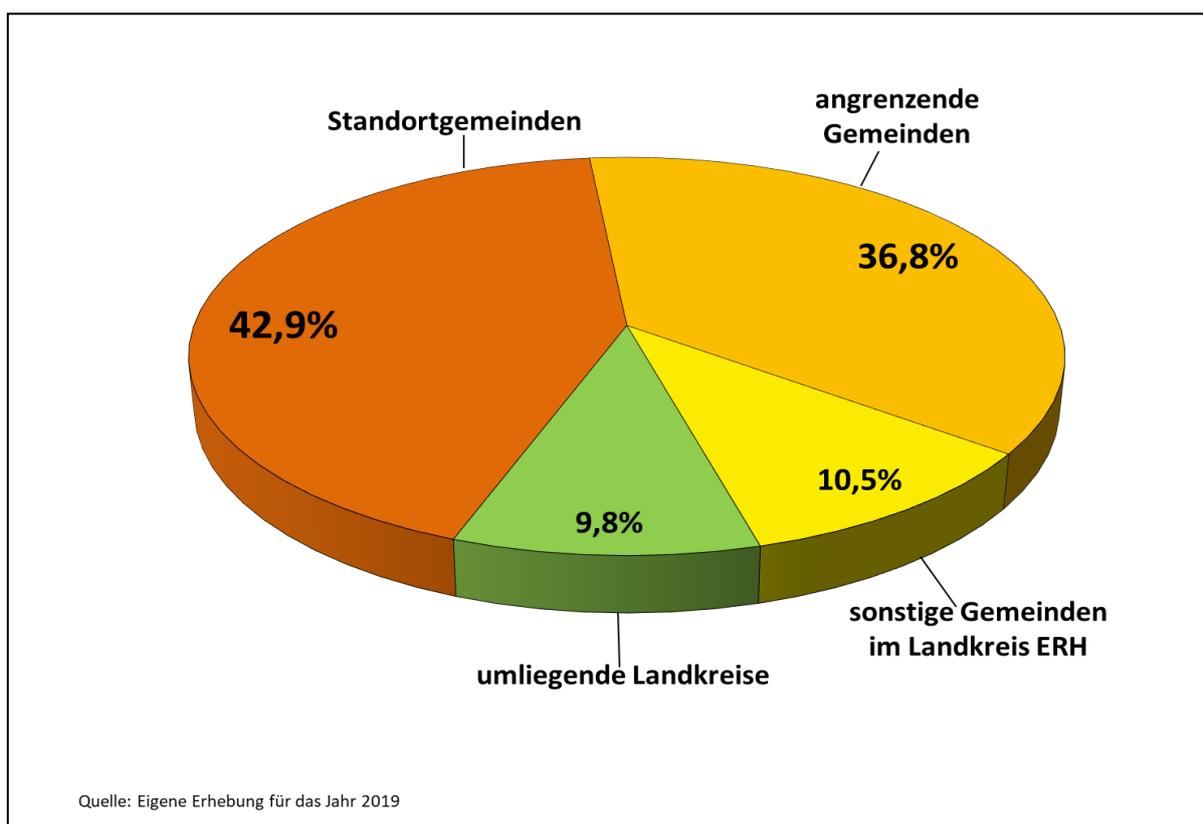
Wie der rechte Teil der Abbildung zeigt, gehört die überwiegende Mehrheit der Tagespflegegäste, die im letzten Jahr eine der vier Tagespflegeeinrichtungen genutzt haben, den Pflegegraden 2 bis 4 an.

Vergleicht man allerdings die Anteile der Pflegestufen 1 bis 3 aus dem Jahr 2016 mit den aktuellen Anteilen der Pflegegrade, ist festzustellen, dass der Pflegegrad 5 mit nur rund 7% wesentlich schwächer besetzt ist als die damalige Pflegestufe 3 mit fast 21%. Es muss somit davon ausgegangen werden, dass die Verteilung durch die Umstellung auf die neuen Pflegegrade etwas nach unten verschoben wurde.

2.2.2.4.3 Herkunft der Tagespflegegäste

Da „längere“ Anfahrtswege die Inanspruchnahme von Tagespfleegeeinrichtungen negativ beeinflussen, besteht im Bereich der Tagespflege die Notwendigkeit einer wohnortnahen Versorgungsstruktur. Um im Rahmen des vorliegenden Berichtes auch zu diesem Themenkomplex eine Aussage treffen zu können, wurde auch der Wohnort der Tagespflegegäste abgefragt und in folgender Abbildung dargestellt.

Abb. 2.25: Herkunft der Tagespflegegäste im Jahr 2019



Wie die Abbildung zeigt, waren mit einem Anteil von knapp 43% die meisten der Tagespflegegäste in der jeweiligen Standortgemeinde wohnhaft. Knapp dahinter rangieren mit einem Anteil von fast 37% die an den Standort angrenzenden Gemeinden, während aus den „sonstigen Gemeinden im Landkreis Erlangen-Höchstadt“ weniger als 11% der Tagespflegegäste kommen. Die restlichen knapp 10% der Tagespflegegäste kommen überwiegend aus der Stadt Erlangen, aber vereinzelt auch aus den Landkreisen Fürth und Bamberg.

2.2.3 Bestandsaufnahme im Bereich der Kurzzeitpflege

2.2.3.1 Vorbemerkung zur Organisationsstruktur im Bereich der Kurzzeitpflege

Ähnlich wie bei der Tagespflege gibt es auch im Bereich der Kurzzeitpflege verschiedene Organisationsformen. Im Einzelnen wird Kurzzeitpflege angeboten von ...

1. selbständig wirtschaftenden Einrichtungen, die ausschließlich Kurzzeitpflege anbieten.
2. Einrichtungen, die organisatorisch an einen ambulanten Pflegedienst angebunden sind.
3. Einrichtungen, die neben der Tagespflege gleichzeitig Kurzzeitpflegeplätze anbieten.
4. vollstationären Einrichtungen, die Kurzzeitplätze räumlich und organisatorisch in ihren Betrieb integrieren.

Während in anderen Bundesländern die unter 1. bis 3. genannten Organisationsformen stärker vertreten sind, wird in Bayern die Kurzzeitpflege zu einem Großteil innerhalb von stationären Einrichtungen angeboten. Der Hauptgrund dafür besteht darin, dass der vollstationäre Bereich in Bayern bereits sehr stark ausgebaut ist und aufgrund fiskalischer Überlegungen ein Teil der vorhandenen Plätze als sogenannte "eingestreute Plätze" für die Kurzzeitpflege genutzt werden sollen.

Dem fiskalischen Vorteil steht jedoch das Problem gegenüber, dass die „eingestreuten Kurzzeitpflegeplätze“ innerhalb stationärer Einrichtungen oft nur dann für die Kurzzeitpflege zur Verfügung gestellt werden, wenn freie Plätze in der Einrichtung vorhanden sind. Dies hat den Nachteil, dass für die sogenannte „Urlaubspflege“, insbesondere in den Sommermonaten, nicht genügend Plätze zur Verfügung stehen.

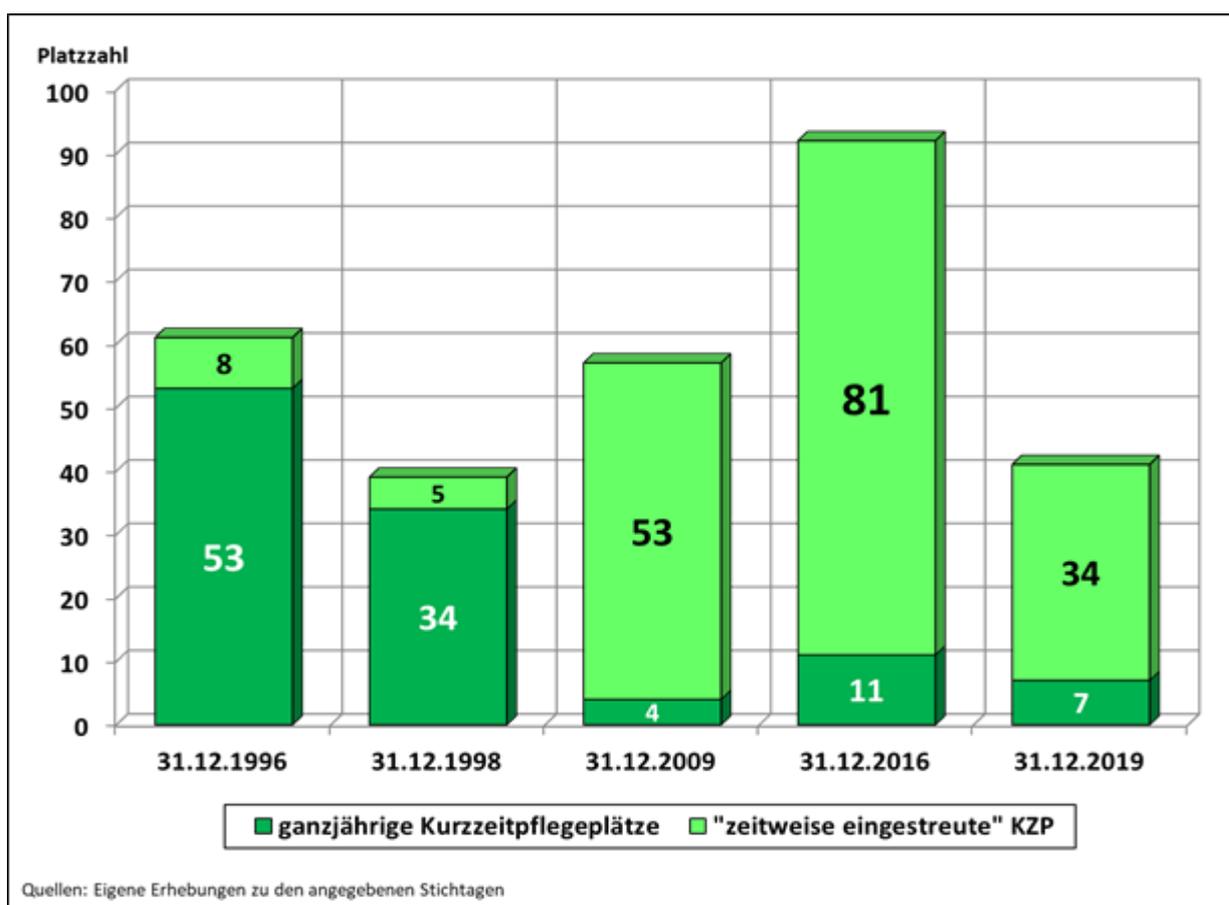
Um den tatsächlich an einem bestimmten Stichtag in einer Region zur Verfügung stehenden Bestand an Kurzzeitpflegeplätzen adäquat ermitteln zu können, ist deshalb im Bereich der Kurzzeitpflege innerhalb von vollstationären Einrichtungen zu unterscheiden ...

- zwischen „ganzjährigen“ Kurzzeitpflegeplätzen und
- „eingestreuten Plätzen“, die nur dann für die Kurzzeitpflege genutzt werden, wenn freie Plätze in der Einrichtung vorhanden sind.

2.2.3.2 Bestand an Kurzzeitpflegeplätzen im Landkreis Erlangen-Höchstadt

Während im Landkreis Erlangen-Höchstadt in den Neunziger Jahren mit der Kurzzeitpflegeeinrichtung des Diakonievereins Eckental und der Fachklinik Herzogenaurach noch zwei Einrichtungen zur Verfügung standen, die im größeren Ausmaß Kurzzeitpflegeplätze anboten, gibt in den letzten Jahren nur noch innerhalb von vollstationären Einrichtungen ein Kurzzeitpflegeangebot. Zum Zeitpunkt der Bestandsaufnahme am 31.12.2019 bestanden nach Auskunft der Träger der vollstationären Einrichtungen im Landkreis Erlangen-Höchstadt insgesamt 41 „eingestreute“ Kurzzeitpflegeplätze. Von diesen Plätzen werden allerdings lediglich sieben „ganzjährig“ angeboten. Die restlichen 34 Plätze stehen nur dann für die Kurzzeitpflege zur Verfügung, wenn freie Plätze in der Einrichtung vorhanden sind. Letztere wurden daher in folgender Abbildung, die die Entwicklung im Bereich der Kurzzeitpflege im Landkreis Erlangen-Höchstadt seit der ersten Bestandsaufnahme im Jahr 1996 aufzeigt, gesondert ausgewiesen.

Abb. 2.26: Bestandsentwicklung im Bereich der Kurzzeitpflege



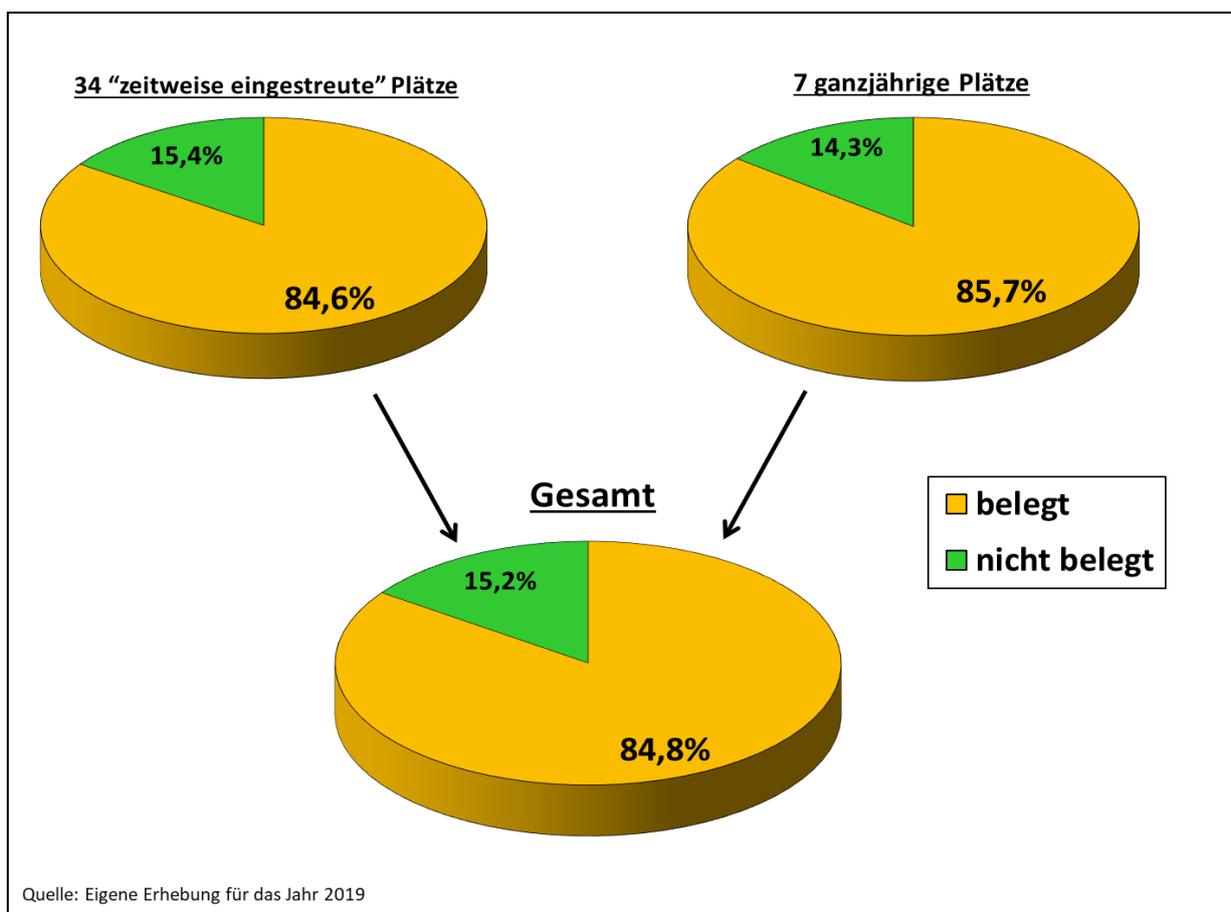
Der Bestand an ganzjährigen Kurzzeitpflegeplätzen hat sich im Landkreis Erlangen-Höchstadt – nach einer kurzzeitigen Erhöhung in den Jahren 2009 bis 2016 – in den letzten Jahren wieder von 11 auf 7 Plätze verringert. Einschließlich der „zeitweise eingestreuerten Plätze“ hat der Bestand an Kurzzeitpflegeplätzen im Landkreis Erlangen-Höchstadt mit insgesamt 41 Plätzen den Tiefstwert der letzten zehn Jahre erreicht.

2.2.3.3 Auslastungsgrad der Kurzzeitpflegeplätze

In Fachkreisen besteht Einigkeit darüber, dass eine hundertprozentige Auslastung im Bereich der Kurzzeitpflege aufgrund der saisonalen Belegungsschwankungen unrealistisch ist. Nach den von der *Forschungsgesellschaft für Gerontologie* durchgeführten Analysen ist deshalb bei Kurzzeitpflegeeinrichtungen von einem jährlichen Auslastungsgrad von maximal 85% auszugehen (vgl. MAGS 1995: 245).

Da der Auslastungsgrad bei den „eingestreuten Plätzen“ in den stationären Einrichtungen – insbesondere wenn sie nur zeitweise (bei freien Plätzen) für die Kurzzeitpflege zur Verfügung gestellt werden – meist erheblich geringer ist, wurde der Auslastungsgrad getrennt für die „ganzjährigen Plätze“ und die „zeitweise eingestreuten Plätze“ berechnet.

Abb. 2.27: Durchschnittliche Auslastung der Kurzzeitpflegeplätze im Jahr 2019

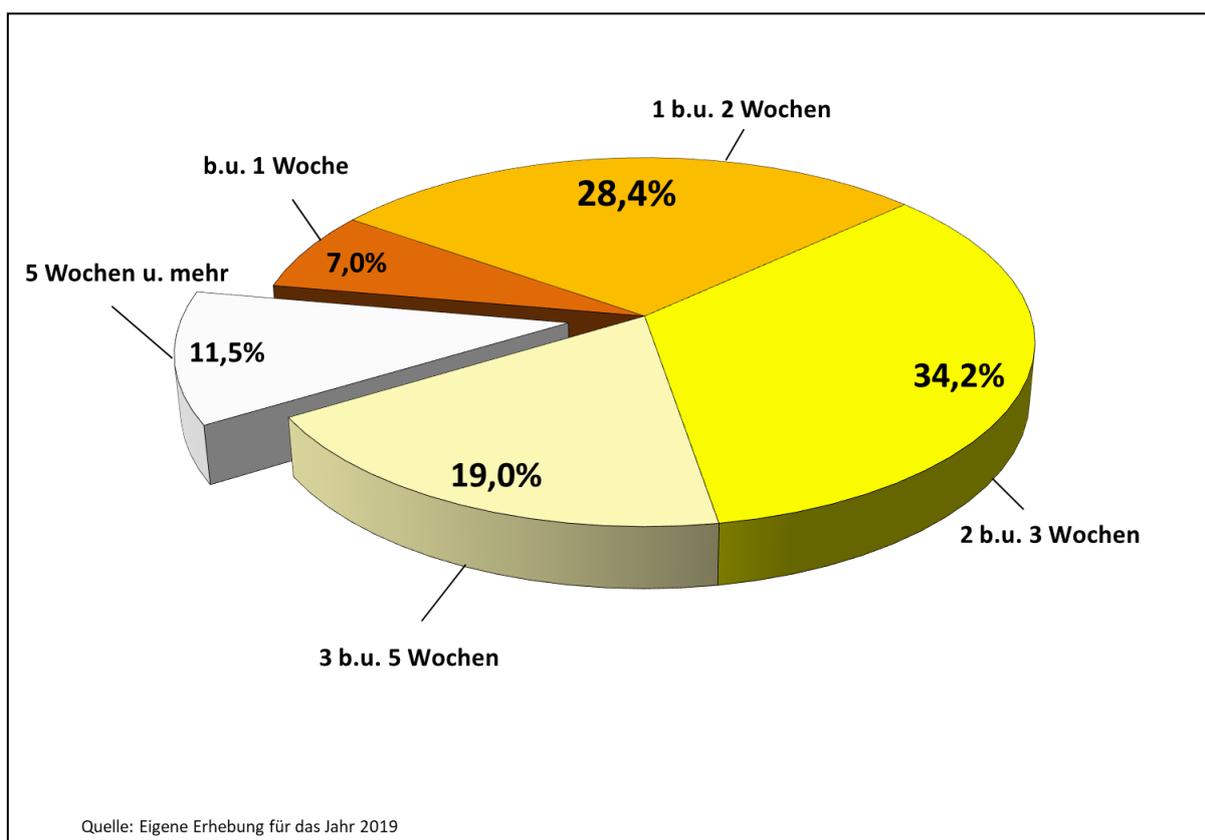


Wie die Abbildung zeigt, ergibt sich für die ganzjährig zur Verfügung stehenden Kurzzeitpflegeplätze ein durchschnittlicher Auslastungsgrad von fast 86%. Die „zeitweise eingestreuten Plätze“ waren im Jahr 2019 nach den Angaben der Träger mit rund 85% fast genauso stark belegt. Dementsprechend ergibt sich für den durchschnittlichen Auslastungsgrad der im Landkreis Erlangen-Höchstadt zur Verfügung stehenden Kurzzeitpflegeplätze für das Jahr 2019 ebenfalls ein Wert von knapp 85%.

2.2.3.4 Nutzungsdauer der Kurzzeitpflegeplätze

Da Auslastungsgrad und Nutzungsdauer in einer engen Verbindung dahingehend stehen, dass ein Sinken der Nutzungsdauer einen Rückgang des Auslastungsgrades zur Folge hat, werden auch die diesbezüglichen Daten bei Bestandserhebungen regelmäßig erfasst. Die folgende Abbildung zeigt die entsprechenden Daten zur Nutzungsdauer der Kurzzeitpflegeplätze im Landkreis Erlangen-Höchstadt.

Abb. 2.28: Nutzungsdauer der Kurzzeitpflegeplätze im Laufe des Jahres 2019

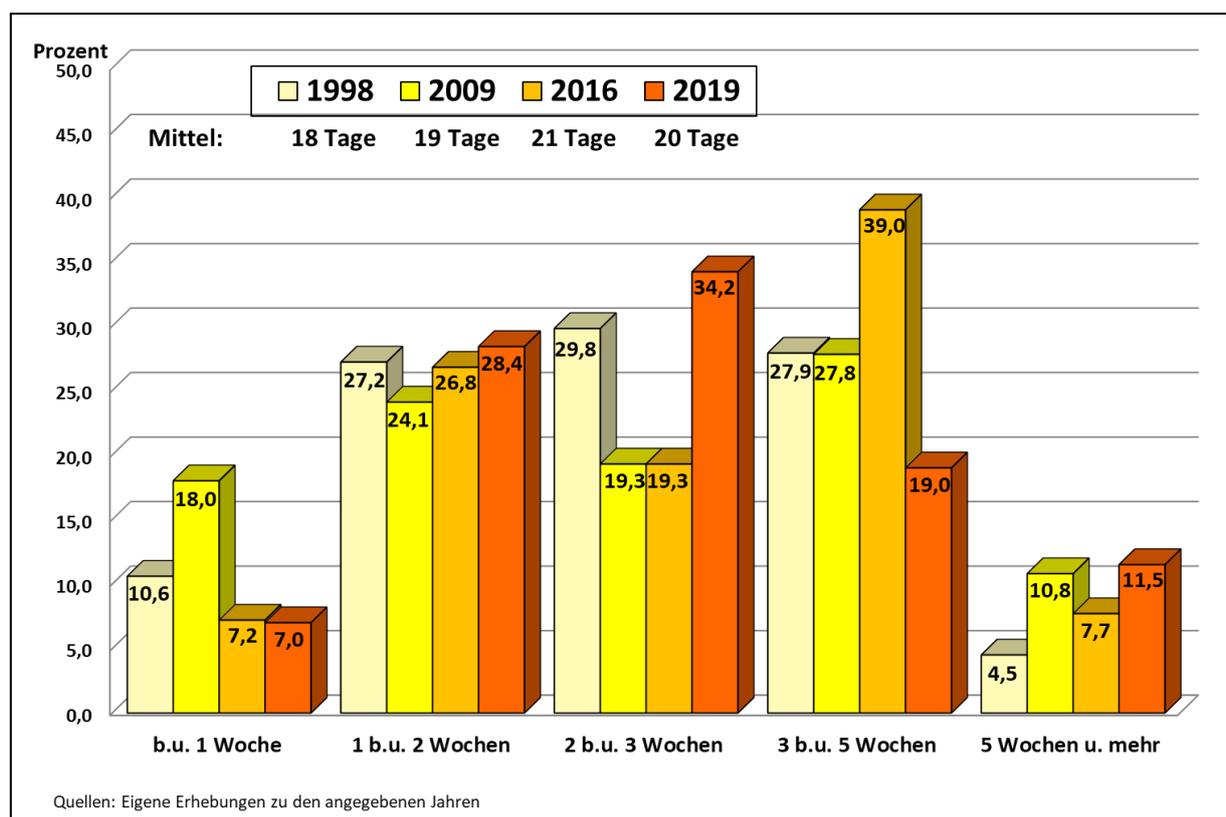


Wie die Abbildung zeigt, konzentriert sich die Nutzungsdauer schwerpunktmäßig auf einen Zeitraum von einer Woche bis fünf Wochen. Diese Nutzungsdauer trifft auf fast 82% der Personen zu, die die Kurzzeitpflegeplätze im Laufe des Jahres 2019 genutzt haben.

Für die durchschnittliche Nutzungsdauer ergibt sich für die Kurzzeitpflegeplätze im Landkreis Erlangen-Höchstadt ein Wert von 20 Tagen. Im Vergleich mit anderen Regionen, in denen der Bamberger Forschungsverbund in den letzten Jahren entsprechende Untersuchungen angestellt hat, liegt die durchschnittliche Nutzungsdauer der Kurzzeitpflegeplätze im Landkreis Erlangen-Höchstadt damit deutlich über dem ermittelten Gesamtdurchschnittswert von 18 Tagen.

Um feststellen zu können, inwieweit sich hinsichtlich der Nutzungsdauer von Kurzzeitpflegeplätzen gegenüber den letzten Bestandserhebungen seit 1998 Veränderungen vollzogen haben, werden die entsprechenden Bestandsdaten in folgender Abbildung gegenübergestellt.

Abb. 2.29: Entwicklung der Nutzungsdauer von Kurzzeitpflegeplätzen seit 1998



Die Struktur der Nutzungsdauer von Kurzzeitpflegeplätzen unterlag seit 1998 erheblichen Schwankungen. So ist der Anteilswert der „Kurzzeitbetreuungen“ bis unter einer Woche zunächst von weniger als 11% im Jahr 1998 bis ins Jahr 2009 auf 18% angestiegen, dann allerdings wieder auf einen Wert von rund 7% gefallen.

Der Anteil der Personen mit einer Verweildauer von einer bis unter zwei Wochen schwankte von 1998 bis heute weit weniger und ist in den letzten zehn Jahren auf einen Wert von 28% gestiegen.

Bei den Personen mit einer Verweildauer von zwei bis unter drei Wochen erfolgte von 1998 bis 2009 zunächst ein starker Rückgang von fast 30% auf nur noch rund 19% im Jahr 2009, in den Jahren von 2016 bis 2019 ereignete sich allerdings wieder ein starker Anstieg auf über 34%.

Bezüglich der „Langzeitbetreuungen“ von 3 Wochen und mehr ist der Anteilswert zunächst von fast 11% auf unter 8% im Jahr 2016 gefallen, in den letzten drei Jahren jedoch wieder deutlich auf einen Höchstwert von fast 12% angestiegen.

2.3 Bestandsaufnahme der vollstationären Pflege

2.3.1 Bestand an Heimplätzen

Zum Zeitpunkt der Bestandsaufnahme am 31.12.2019 standen nach Auskunft der Träger im Landkreis Erlangen-Höchstadt insgesamt 1.203 Plätze in den stationären Einrichtungen zur Verfügung. Die folgende Tabelle informiert über die Kapazitäten der einzelnen Einrichtungen.

Tab. 2.3: Vorhandene Plätze in stationären Einrichtungen

Einrichtung	Standort	Plätze gesamt*	davon Dauer- pflegeplätze
Seniotel Adelsdorf	Adelsdorf	68	68
SeniVita Seniorenhaus St. Martin	Baiersdorf	79	77
Caritas Alten- und Pflegeheim St. Franziskus	Bubenreuth	75	74
Seniorenzentrum Martha-Maria	Eckental-Forth	92	92
Seniorenheim Haus Heinrich	Hemhofen	113	107
Haus Phönix Gründlach	Heroldsberg	102	102
Kursana Domizil Herzogenaurach - Haus Martin	Herzogenaurach	98	98
Wohn- und Pflegezentrum Liebfrauenhaus	Herzogenaurach	90	89
Korian Zentrum für Betreuung und Pflege	Herzogenaurach	43	20
BRK Leben und Wohnen Etzelskirchen	Höchstadt a.d. Aisch	159	159
Vitanas Seniorenzentrum St. Anna	Höchstadt a.d. Aisch	161	144
Parkwohnanlage für Senioren	Uttenreuth	123	123
Gesamtzahl der Plätze		1.203	1.153

* einschließlich der Wohnplätze und der ganzjährig zur Verfügung stehenden „teilstationären Plätze“.

Quelle: Eigene Erhebung zum Stichtag: 31.12.2019

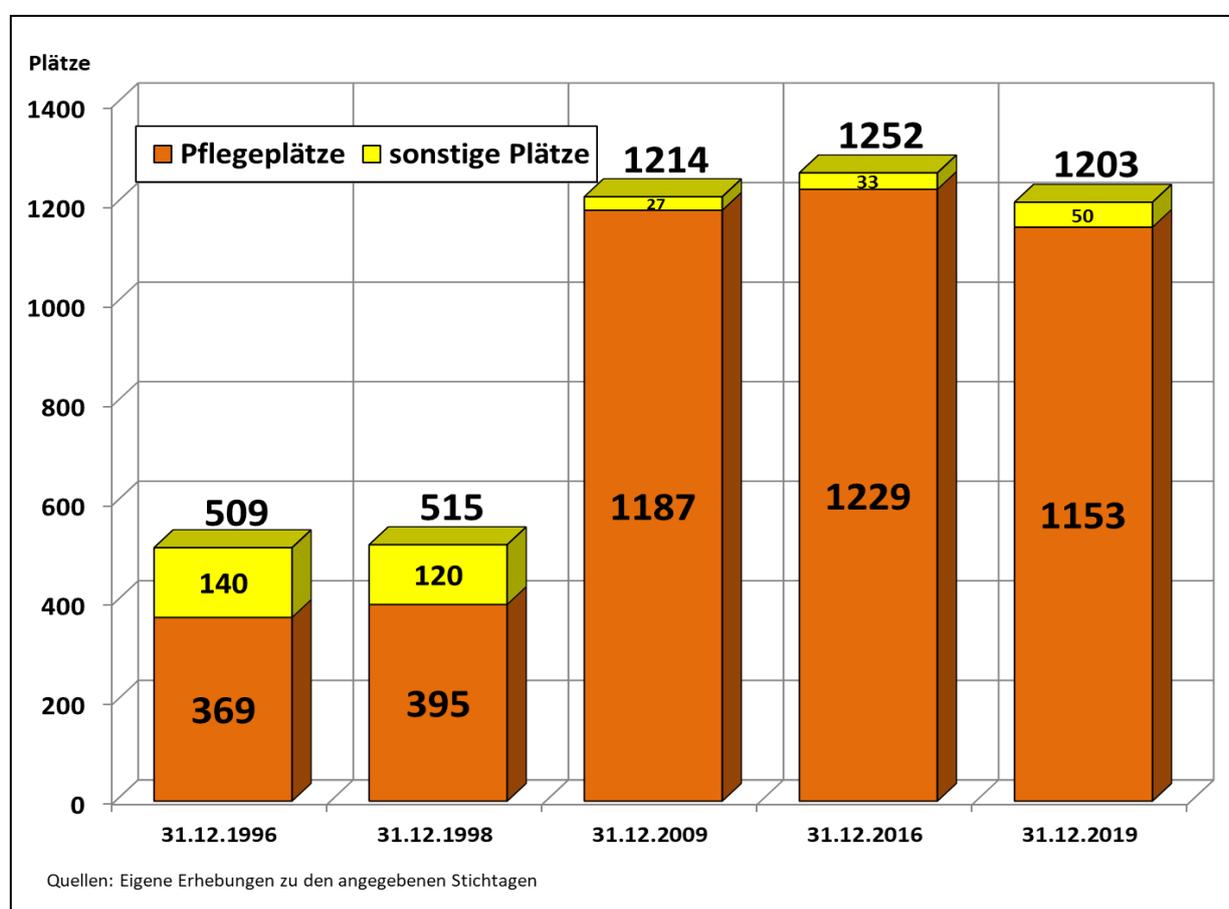
Bei einer Differenzierung nach Heimbereichen zeigt sich, dass die Mehrheit der bestehenden Einrichtungen ausschließlich über Pflegeplätze verfügt. Insgesamt ergibt sich für den Pflegebereich eine Zahl von 1.153 Plätzen. Den Pflegeplätzen wurden dabei auch die 66 zur Verfügung stehenden “beschützenden Plätze” zugeordnet, da diese ausnahmslos mit pflegebedürftigen Heimbewohnern belegt sind.

Einschließlich der “beschützenden Plätze” machen die Pflegeplätze einen Anteil von fast 96% aller im Landkreis Erlangen-Höchstadt zur Verfügung stehenden Heimplätze aus.

Damit ist der Pflegeplatzanteil in den letzten 23 Jahren um etwa 19%-Punkte angestiegen, denn zum Zeitpunkt der Bestandserhebung am 31.12.1998 betrug der Pflegeplatzanteil nur rund 77% aller zur Verfügung stehenden Heimplätze.

Um die Veränderungen des Pflegeplatzbestandes im Landkreis Erlangen-Höchstadt zu verdeutlichen, wurden in folgender Abbildung die aktuellen Bestandsdaten den Ergebnissen der älteren Erhebungen nach Heimbereichen differenziert gegenübergestellt. Um adäquate Bezugsgrößen gegenüberstellen zu können, wurden hierbei die ganzjährigen Kurzzeitpflegeplätze ausgeklammert.

Abb. 2.30: Entwicklung der Platzzahlen nach Heimbereichen



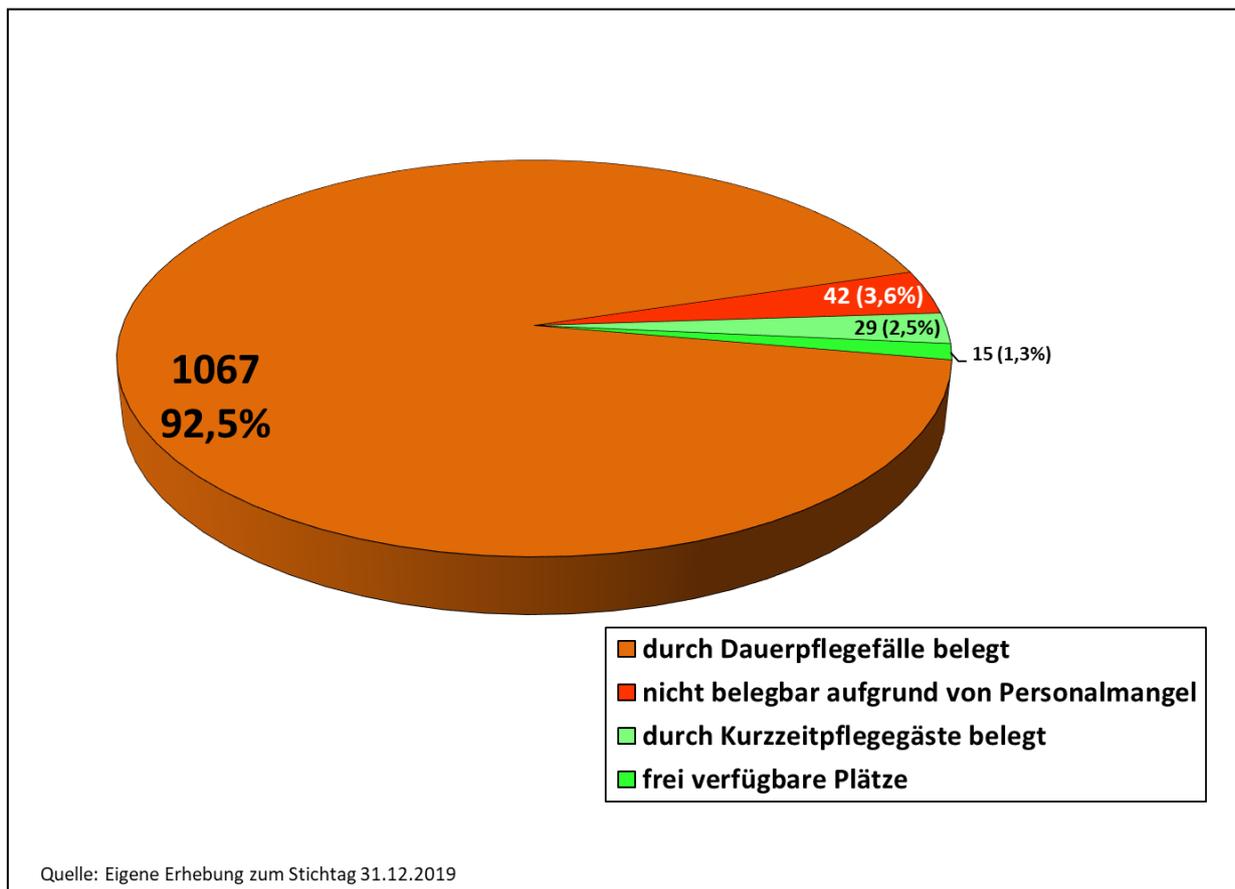
Wie die Gegenüberstellung zeigt, hat die Gesamtzahl der Plätze in den stationären Einrichtungen im Landkreis Erlangen-Höchstadt von Ende 1996 bis Ende 1998 nur um sechs Plätze zugenommen. Von 1998 bis 2009 ist die Gesamtzahl der stationären Heimplätze allerdings um 699 Plätze angestiegen und hat sich damit mehr als verdoppelt. Von 1998 bis 2009 ist der Platzbestand nur geringfügig angestiegen, und zwar insgesamt lediglich um 38 Plätze. In den letzten drei Jahren ist dagegen erstmals im Erhebungszeitraum wieder ein Rückgang des Platzbestandes um 49 Plätze zu konstatieren (hauptsächlich durch die Umwandlung von Doppel- in Einzelzimmer, vgl. auch Kap. 2.3.3.1).

Die Differenzierung nach Heimbereichen macht zudem deutlich, dass sich von 1996 bis Ende 2009 die Platzzahl im Pflegebereich von 369 auf 1.187 Plätze mehr als verdreifacht hat. Von 2009 bis 2016 ist der Platzbestand nur geringfügig angestiegen, und zwar um 42 Plätze im Pflegebereich. In den letzten drei Jahren ist ein Rückgang im Pflegebereich um 76 Plätze festzustellen.

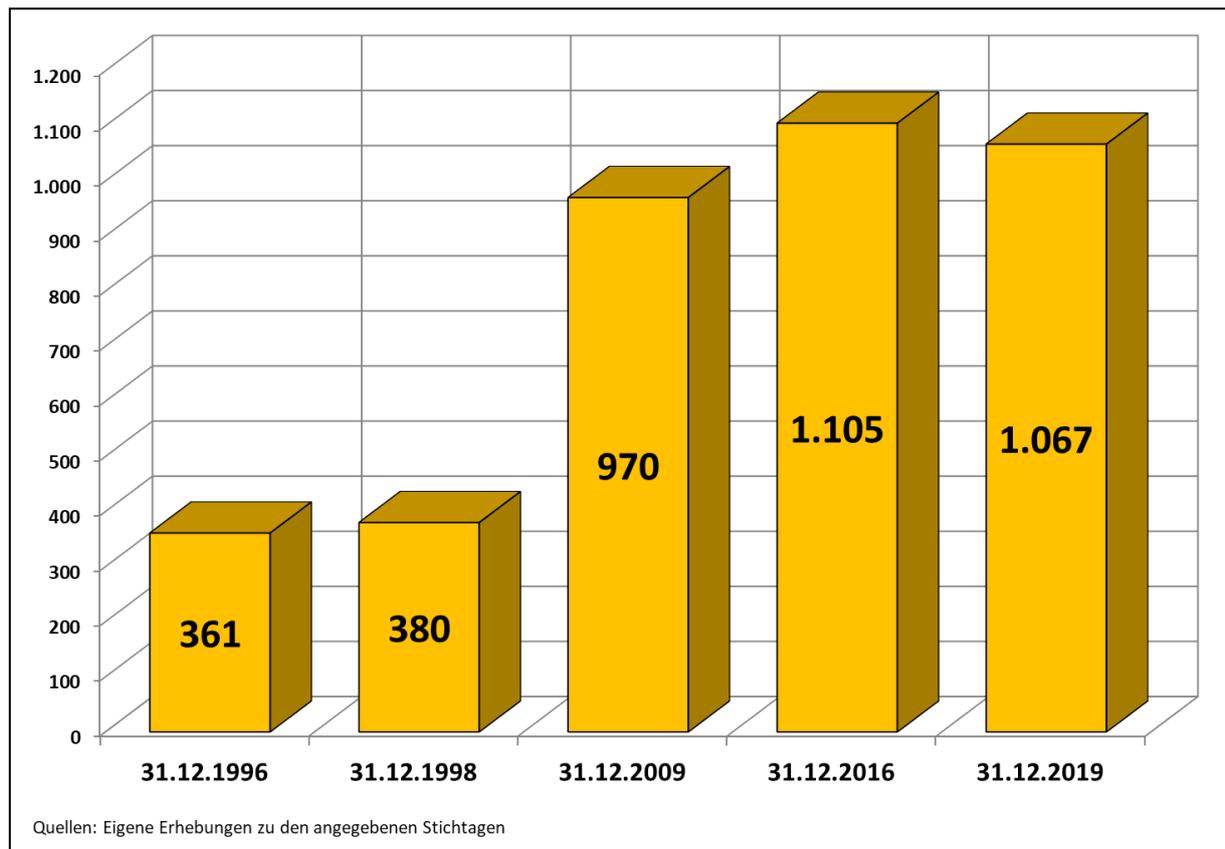
2.3.2 Belegung der Pflegeplätze

Zum Stichtag 31.12.2019 lag die Belegungsquote in den stationären Einrichtungen im Landkreis Erlangen-Höchstadt im Pflegebereich bei fast 93%.

Abb. 2.31: Belegung der Pflegeplätze



Wie sich die freien Plätze in den stationären Einrichtungen im Vergleich zu den früheren Erhebungen seit 1996 im Landkreis Erlangen-Höchstadt entwickelt haben, zeigt folgende Abbildung.

Abb. 2.32: Entwicklung der dauerbelegten Pflegeplätze seit 1996

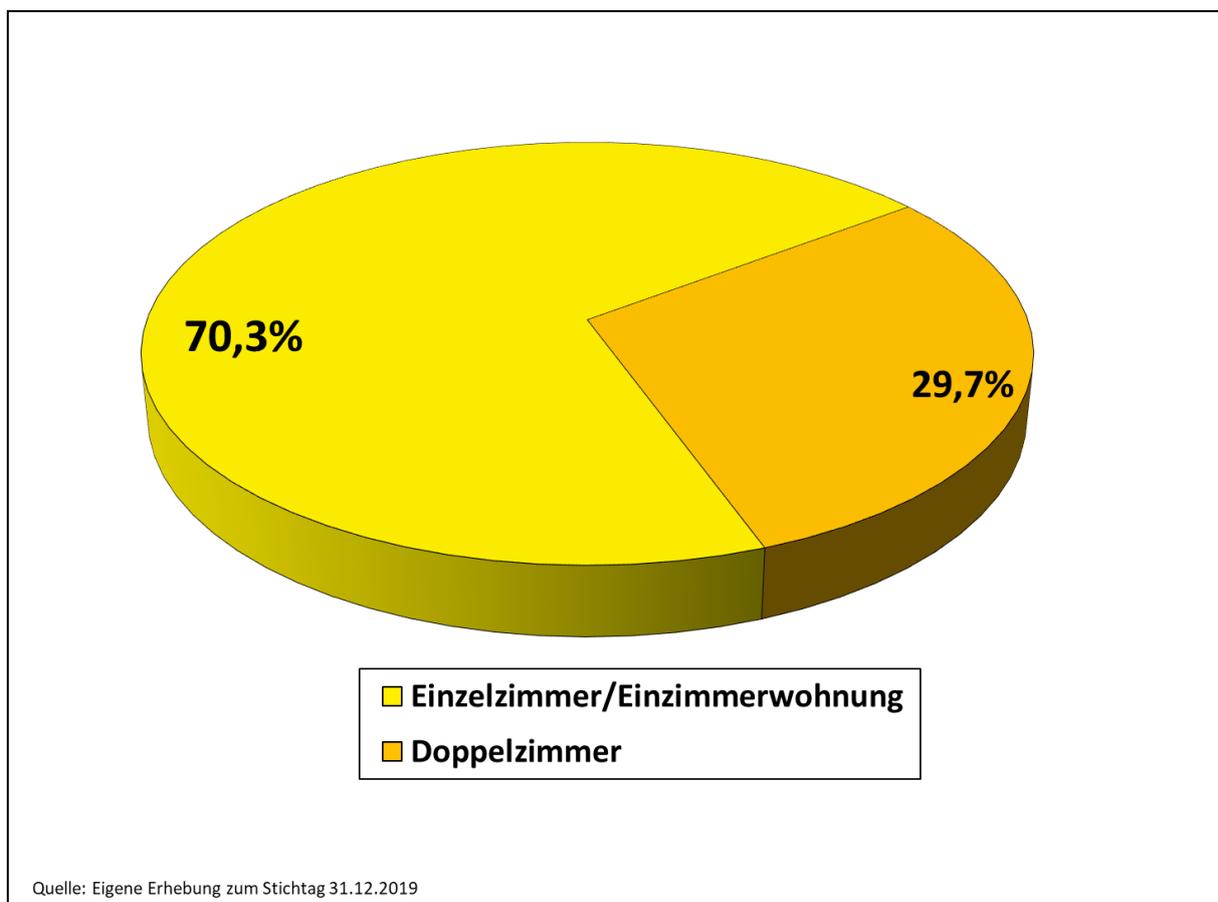
Wie die Abbildung zeigt, hat sich die Zahl der belegten Pflegeplätze gegenüber den neunziger Jahren erheblich erhöht. Während in den neunziger Jahren im Landkreis Erlangen-Höchstadt weniger als 400 Pflegeplätze belegt waren, waren es 2009 aufgrund des starken Platzanstieges schon 970 und Ende des Jahres 2016 bereits 1.105 belegte Pflegeplätze. In den letzten drei Jahren ist dagegen im Erhebungszeitraum erstmals wieder ein Rückgang des belegten Pflegeplatzbestandes um 38 Plätze zu konstatieren.

Die geschilderte Entwicklung kann zwar bereits als erster Hinweis für eine knapper gewordene Versorgung des Landkreises Erlangen-Höchstadt im stationären Bereich gewertet werden. Wie sich die Versorgung mit Pflegeplätzen allerdings genau darstellt, kann jedoch nicht allein aus den Belegungsquoten abgeleitet werden, da bei einer fundierten Bedarfsermittlung weitere wichtige bedarfsbeeinflussende Faktoren in die Berechnung einbezogen werden müssen. Die Methode, die der Bedarfsermittlung für den stationären Bereich zugrunde liegt, ist ausführlich im entsprechenden Kapitel des vorliegenden Berichtes erläutert.

2.3.3 Wohnraumstruktur in den stationären Einrichtungen

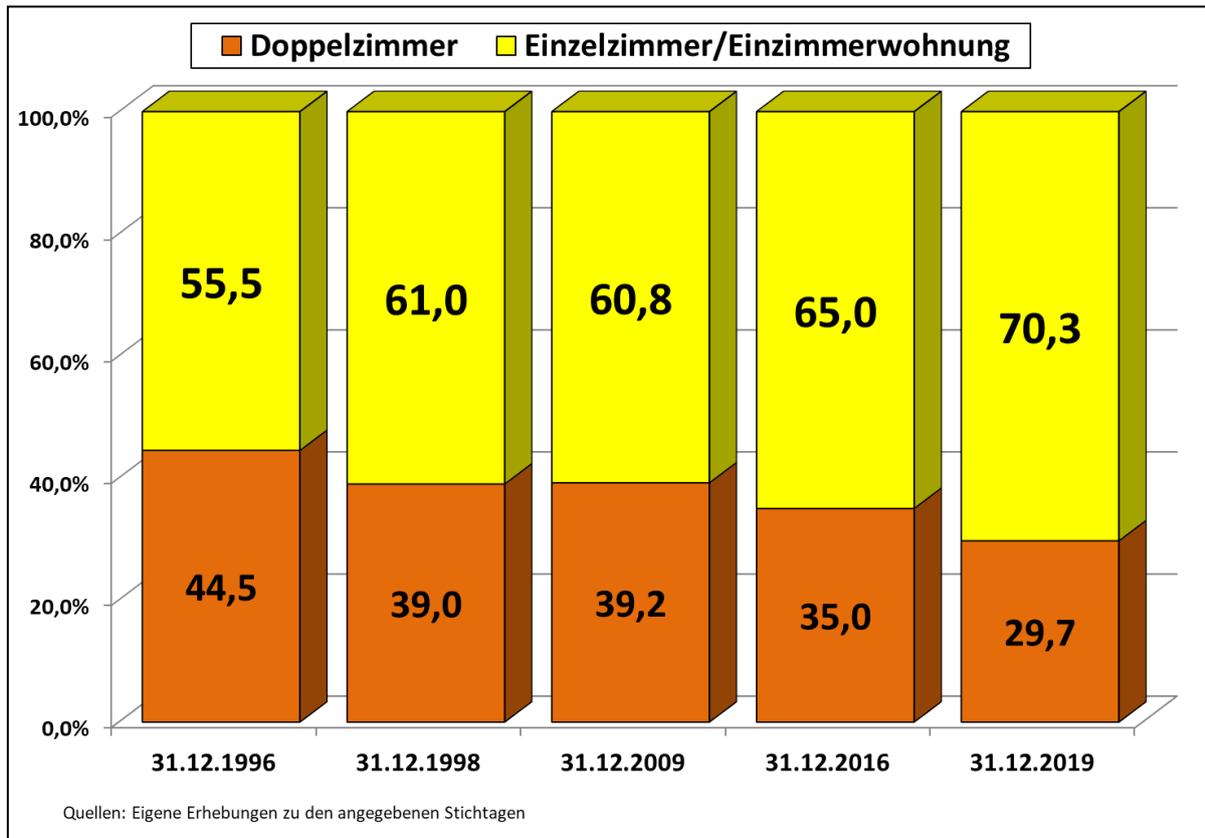
Die Wohnraumstruktur ist i.d.R. sehr stark vom Heimbereich abhängig. Während im Wohnbereich hauptsächlich Einzelzimmer oder häufiger sogar mehrere Zimmer zur Verfügung stehen, sind im Pflegebereich neben Einzelzimmern auch noch relativ oft Doppelzimmer üblich. Da es in den stationären Einrichtungen im Landkreis Erlangen-Höchstadt jedoch kaum noch Wohn- bzw. Rüstigenplätze gibt, beziehen sich die folgenden Ausführungen ebenfalls nur auf den Pflegebereich.

Abb. 2.33: Wohnraumstruktur der stationären Einrichtungen



Bezüglich der Wohnraumstruktur in den stationären Pflegeeinrichtungen im Landkreis Erlangen-Höchstadt ergibt sich für die Einzelzimmer mittlerweile ein Anteilswert von über 70% und für Doppelzimmer lediglich noch ein Anteil von weniger als 30%.

Die folgende Gegenüberstellung der aktuellen Bestandsdaten mit den entsprechenden Vergleichsdaten aus den Jahren von 1996 bis 2016 informiert darüber, inwieweit sich die Wohnraumstruktur in den stationären Pflegeeinrichtungen im Landkreis Erlangen-Höchstadt in den letzten 23 Jahren verändert hat.

Abb. 2.34: Entwicklung der stationären Wohnraumstruktur seit 1996

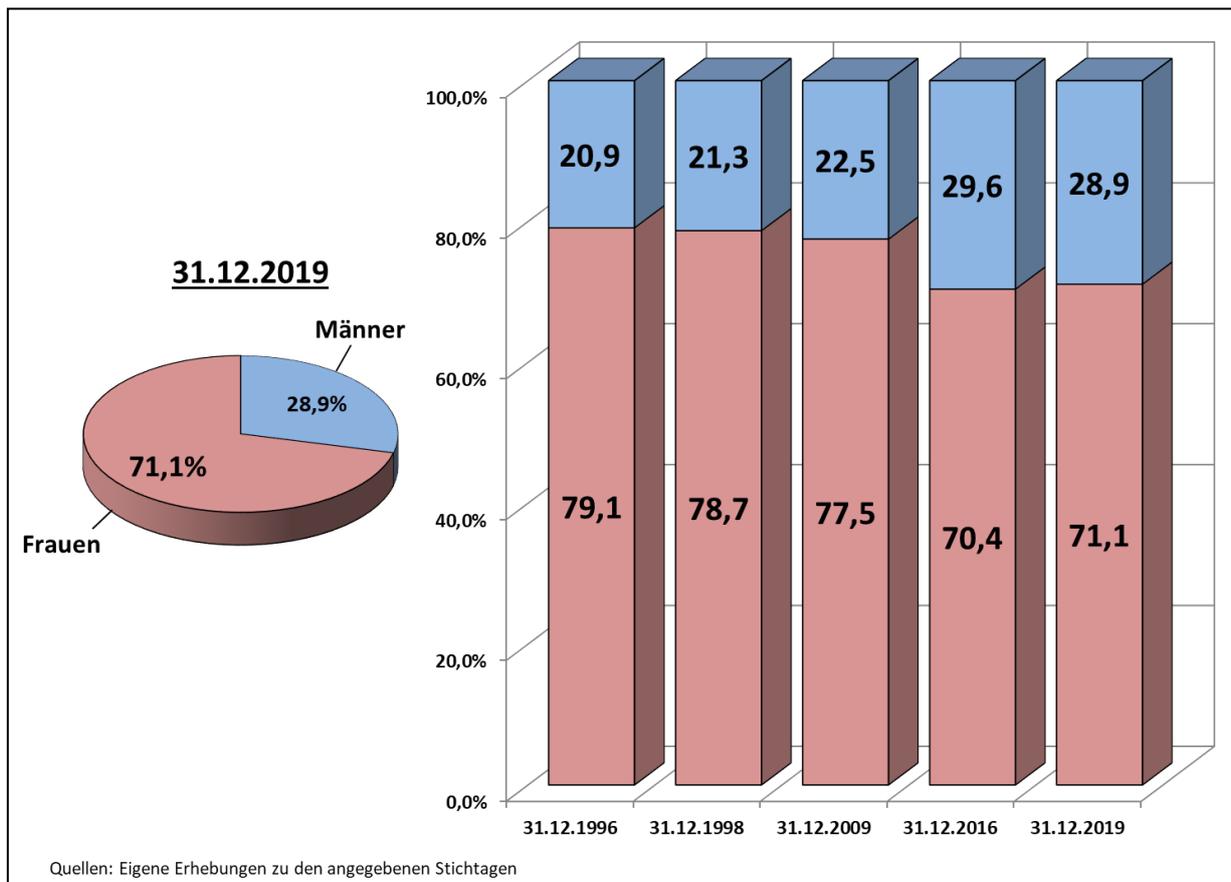
Wie die Abbildung zeigt, hat sich das Verhältnis von Einzelzimmern und Doppelzimmern in den stationären Pflegeeinrichtungen im Landkreis Erlangen-Höchstadt in den letzten 23 Jahren erheblich verändert. Während die Einzelzimmer im Jahr 1996 lediglich einen Anteil von 55,5% ausmachten, ist ihr Anteil aktuell schon auf über 70% und damit fast um 15%-Punkte angestiegen und der Doppelzimmeranteil entsprechend zurückgegangen. Der Vergleich mit den älteren Bestandsdaten zeigt somit, dass der Trend im Pflegebereich eindeutig in die Richtung von Einzelzimmern geht.

2.3.4 Bewohnerstruktur

2.3.4.1 Geschlechterverteilung der Pflegeheimbewohner

Frauen stellen mit mehr als drei Viertel den weitaus größten Anteil der Bewohner der stationären Einrichtungen der Seniorenhilfe im Landkreis Erlangen-Höchstadt dar. In folgender Abbildung zeigt sich, inwieweit sich der Männeranteil in den letzten Jahren verändert hat.

Abb. 2.35: Geschlechterverteilung nach Pflegeheimbereichen

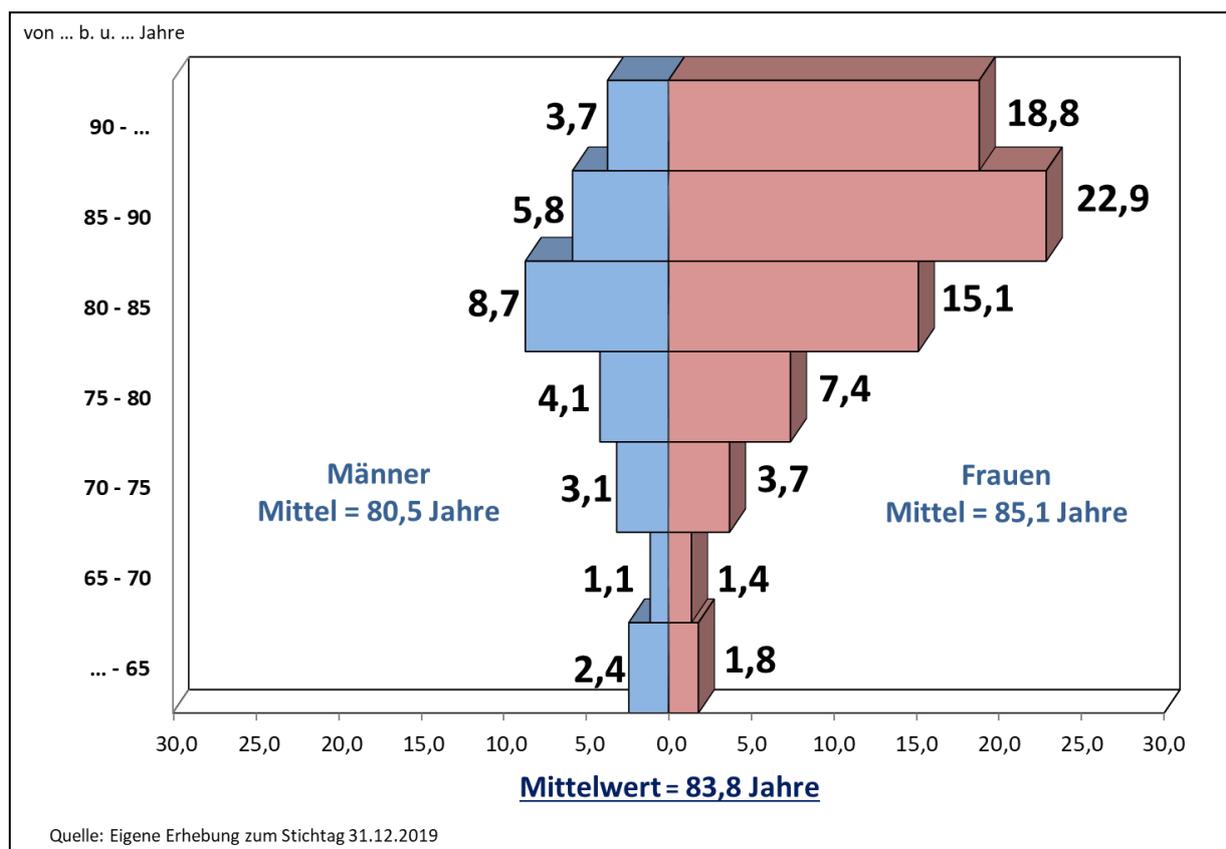


Der in der Abbildung dargestellte Vergleich mit den entsprechenden Bestandsdaten aus den Jahren 1996 bis 2016 zeigt, dass der Männeranteil in den stationären Einrichtungen im Landkreis Erlangen-Höchstadt von 1996 bis 2016 kontinuierlich zugenommen hat. Besonders innerhalb der Jahre von 2009 bis 2016 ist der Männeranteil von 22,5% auf einen Höchstwert von 29,6%, und damit um fast 7%-Punkte angestiegen. In den letzten drei Jahren ist der Männeranteil zwar wieder geringfügig auf unter 29% gefallen, liegt aber immer noch deutlich höher als in der Zeit von 1996 bis 2009.

2.3.4.2 Altersstruktur der Pflegeheimbewohner

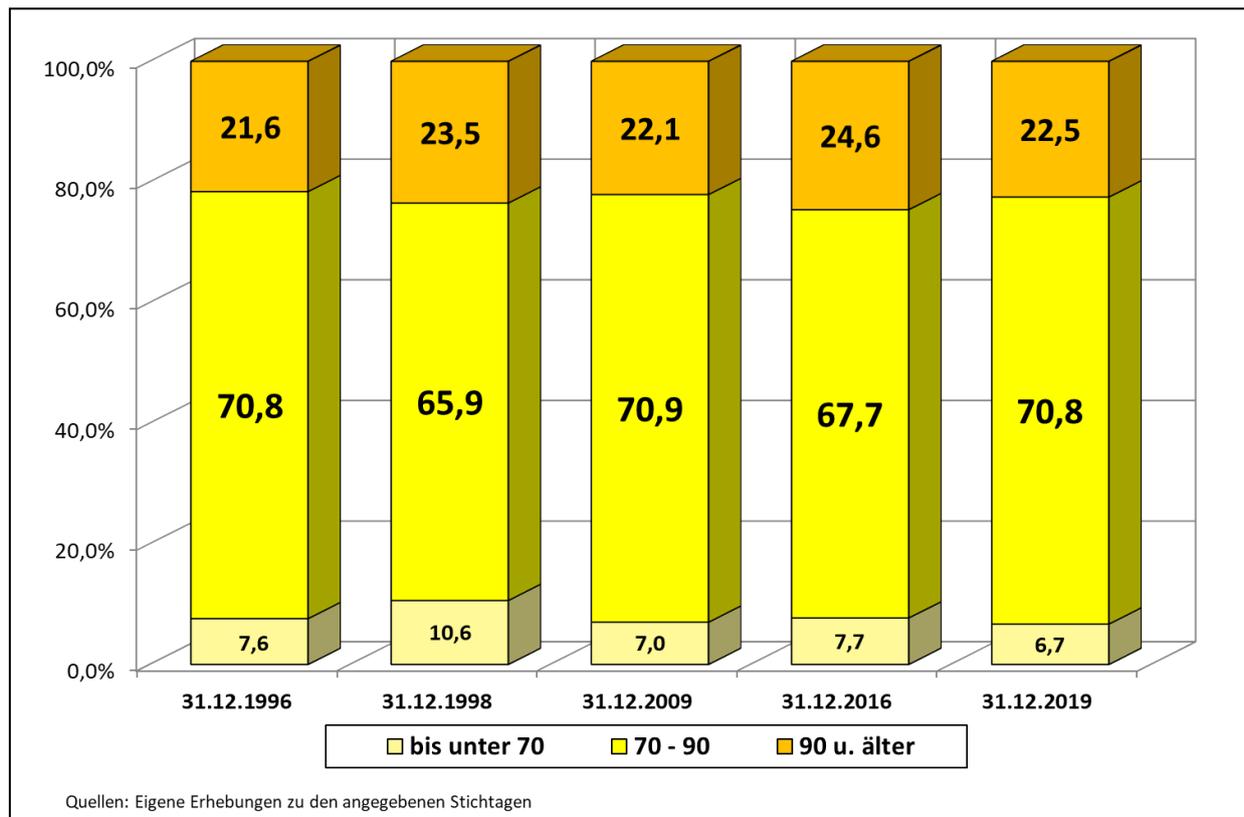
Das Durchschnittsalter der Bewohner von stationären Einrichtungen im Landkreis Erlangen-Höchstadt liegt bei 83,8 Jahren. Dabei kommen die Frauen mit mehr als 85 Jahren auf einen deutlich höheren Wert als die Männer mit einem Durchschnittsalter von unter 81 Jahren, wie die folgende Gegenüberstellung der Altersstruktur zeigt.

Abb. 2.36: Altersstruktur der Pflegeheimbewohner nach Geschlecht



Aus der Abbildung lassen sich einige geschlechtsspezifische Unterschiede bezüglich der Altersstruktur erkennen. So ist beispielsweise festzustellen, dass der Anteil der hochbetagten Frauen ab 80 Jahren mit einem Anteil fast 57% deutlich höher ist als bei den Männern mit nur rund 18%.

Der hohe Anteil an hochbetagten Frauen ist auch der Hauptgrund dafür, dass das Durchschnittsalter in den letzten 23 Jahren von 81,8 auf 83,8 Jahre um ganze zwei Jahre angestiegen ist, wie auch der folgende Vergleich mit den älteren Erhebungsdaten zeigt.

Abb. 2.37: Entwicklung der Altersstruktur der Pflegeheimbewohner seit 1996

Wie die Abbildung zeigt, unterlag der Anteil der hochbetagten Menschen ab 90 Jahren unter den Pflegeheimbewohnern im Landkreis Erlangen-Höchstadt zwar einer Wellenbewegung. So ist ihr Anteil von 1996 bis 1998 zunächst fast 2%-Punkte angestiegen, anschließend bis zum Jahr 2009 aber wieder um 1,4% gefallen. Danach ist der Anteil der hochbetagten Menschen ab 90 Jahren unter den Betreuten im Landkreis Erlangen-Höchstadt bis Ende des Jahres 2016 aber wieder um 2,5%-Punkte auf fast 25% angestiegen und erreichte damit seinen bisherigen Höchstwert, da der Anteil der hochbetagten Menschen in den letzten drei Jahren wieder um 2,1%-Punkte gefallen ist.

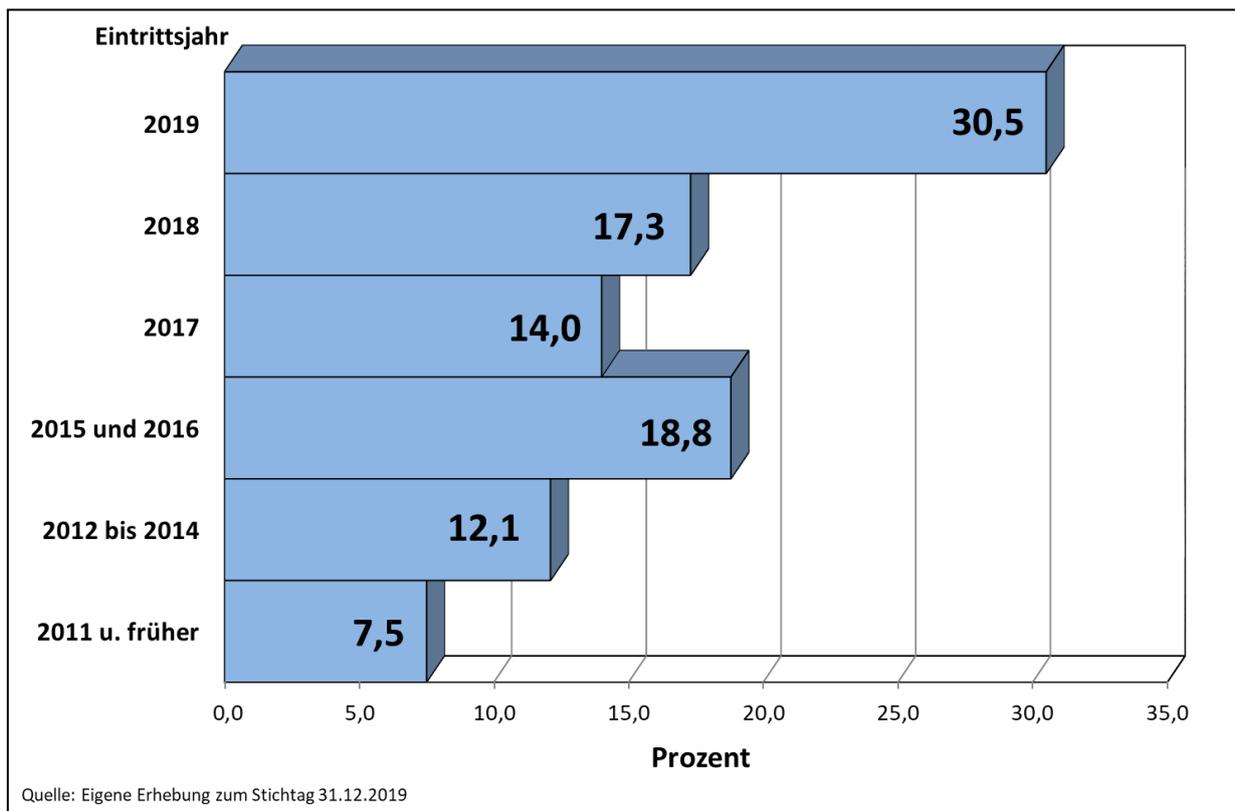
Umgekehrt verlief die Wellenbewegung in der Altersgruppe zwischen 70 und 90 Jahren. Hier ist den letzten drei Jahren nun aber wieder ein Anstieg um mehr als 3%-Punkte zu beobachten.

Die Entwicklung der jüngeren Betreuten unter 70 Jahren ist dadurch gekennzeichnet, dass mit der Ausnahme von mehr als 10% im Jahr 1998 ein relativ gleichbleibender Anteil um die 7% in den letzten 23 Jahren zu verzeichnen ist.

2.3.4.3 Eintrittsjahr und Verweildauer der Pflegeheimbewohner

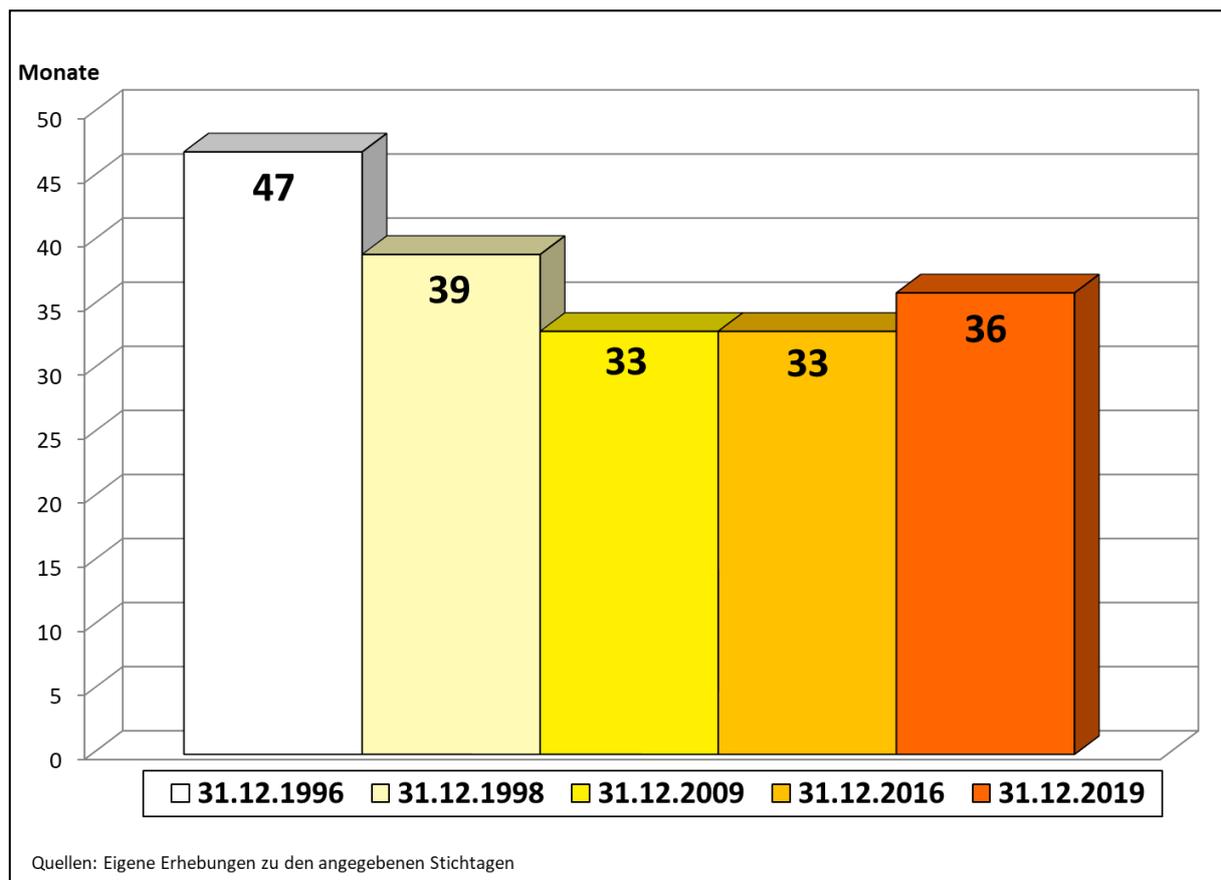
Neben den soziodemographischen Merkmalen Geschlecht und Alter der Pflegeheimbewohner wurde auch das Eintrittsjahr erhoben, um daraus die durchschnittliche Verweildauer zu ermitteln. In folgender Abbildung wird zunächst das Eintrittsjahr der Bewohner dargestellt.

Abb. 2.38: Eintrittsjahr der Pflegeheimbewohner



Wie die Abbildung zeigt, sind weit fast die Hälfte der Pflegeheimbewohner erst im Laufe der letzten zwei Jahre eingezogen, während weniger als 20% schon länger als fünf Jahre in der Einrichtung leben. Dementsprechend ergibt sich im Vergleich mit den anderen untersuchten Regionen eine relativ niedrige durchschnittliche Verweildauer von 36 Monaten.

Vergleicht man die Ergebnisse der aktuellen Bestandsaufnahme mit den älteren Bestandsdaten, ist festzustellen, dass die durchschnittliche Verweildauer in den stationären Einrichtungen im Landkreis Erlangen-Höchststadt in den letzten drei Jahren allerdings wieder zugenommen hat.

Abb. 2.39: Entwicklung der durchschnittlichen Verweildauer

Insgesamt hat die durchschnittliche Verweildauer der Pflegeheimbewohner von 47 Monaten im Jahr 1996 zunächst bis zum Jahr 1998 auf 42 Monate und danach bis zum Jahr 2009 auf einen Wert von 33 Monaten abgenommen, wo er auch im Jahr 2016 noch lag. Damit ist die durchschnittliche Verweildauer von 1998 bis 2016 um 14 Monate, also um mehr als ein Jahr zurückgegangen. In den letzten drei Jahren hat die durchschnittliche Verweildauer in den stationären Einrichtungen im Landkreis Erlangen-Höchstadt allerdings wieder um 3 Monate zugenommen und liegt jetzt exakt bei 3 Jahren.

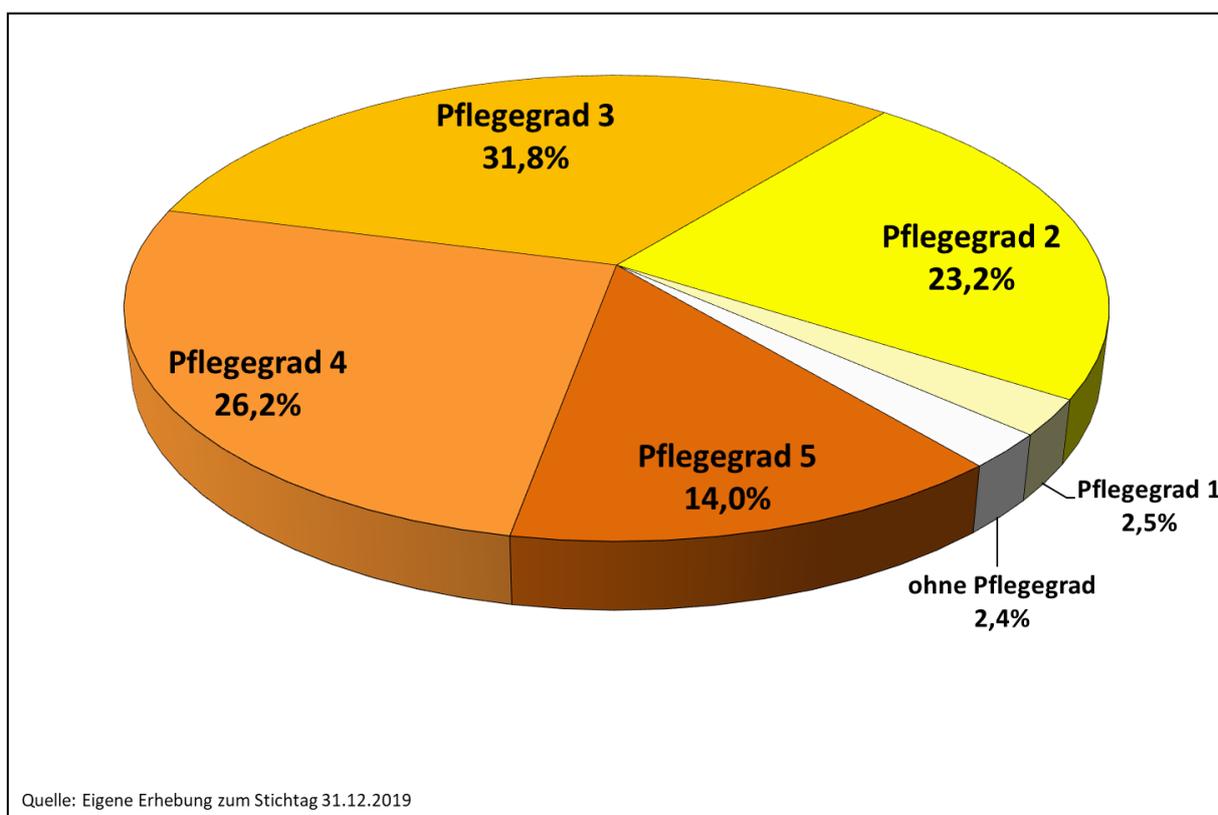
Zusammenfassend kann somit festgestellt werden, dass sich in den stationären Einrichtungen im Landkreis Erlangen-Höchstadt von 1996 bis 2009 ein deutlicher Trend hin zu einer kürzeren Verweildauer ereignet hat, mittlerweile aber wieder eine Erhöhung auf drei Jahre eingetreten ist.

Im Vergleich mit den anderen untersuchten Regionen handelt es sich dabei aber immer noch um eine unterdurchschnittliche Verweildauer, d.h. im Landkreis Erlangen-Höchstadt gehen die pflegebedürftigen älteren Menschen tendenziell später ins Pflegeheim als in anderen Regionen, was wohl auch mit der vergleichsweise guten ambulanten Versorgungsstruktur zusammenhängt.

2.3.4.4 Gesundheitszustand der Pflegeheimbewohner

Das Pflegeversicherungsgesetz zur Finanzierung der stationären Unterbringung pflegebedürftiger Menschen ist am 01.07.1996 in Kraft getreten. Während im stationären Bereich zu Beginn große Unsicherheit herrschte, was die Begutachtungspraxis des *Medizinischen Dienstes der Krankenkassen (MDK)* betraf, so hat sich diese mittlerweile eingespielt. Zum Stichtag 01.01.2017 wurden die bisher geltenden Pflegestufen durch die neuen Pflegegrade abgelöst, wodurch auch die meisten gerontopsychiatrisch erkrankten Menschen erstmals Leistungen nach dem Pflegeversicherungsgesetz erhalten.

Abb. 2.40: Pflegeheimbewohner nach Pflegegraden



Wie die Abbildung zeigt, waren am 31.12.2019 den Angaben der Träger zufolge in den stationären Einrichtungen im Landkreis Erlangen-Höchstadt 14% der Bewohner dem Pflegegrad 5 zugeordnet, etwa 26% der Bewohner haben den Pflegegrad 4 und knapp 32% den Pflegegrad 3, rund 23% haben den Pflegegrad 2 und weniger als 3% der Bewohner haben den Pflegegrad 1. Insgesamt sind auf den stationären Pflegeplätzen im Landkreis Erlangen-Höchstadt somit fast 98% anerkannte Pflegebedürftige untergebracht.

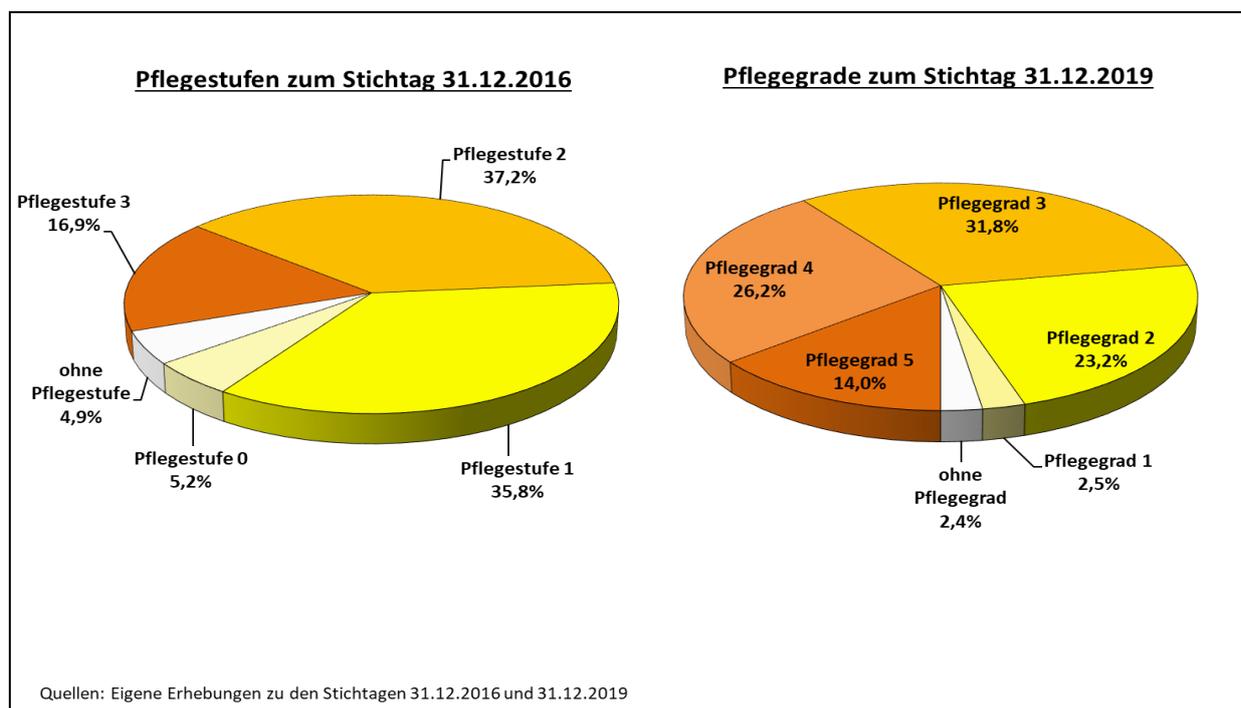
Im Pflegebereich sind also nur noch relativ wenige Personen untergebracht, die nach dem Gesetz nicht als pflegebedürftig anerkannt sind.

Doch auch die Unterbringung dieser Personen auf Pflegeplätzen stellt heutzutage keine Ausnahme mehr dar, weil die Heimbereiche zum einen immer mehr verschmelzen und zum anderen in den letzten Jahren die meisten Träger die Wohnplätze in ihren Einrichtungen abgebaut bzw. vollständig in Pflegeplätze umgewidmet haben.

Absolut gesehen waren am 31.12.2019 in den stationären Einrichtungen im Landkreis Erlangen-Höchststadt somit nur noch 25 nicht als pflegebedürftig anerkannte Personen auf Pflegeplätzen untergebracht. Wären die Pflegeplätze im Landkreis Erlangen-Höchststadt also alle nur mit Heimbewohnern belegt, die als pflegebedürftig anerkannt sind, würde sich einschließlich der zum Stichtag der Bestandserhebung freien 15 Pflegeplätze (vgl. Kap. 2.3.2) – rein rechnerisch – eine Zahl von 40 freien Pflegeplätzen ergeben.

Im Folgenden soll nun noch ein vergleichender Überblick über die Anteile der Pflegeheimbewohner bezüglich der zum Stichtag der letzten Erhebung noch geltenden Pflegestufen und der neuen Pflegegrade zum Stichtag 31.12.2019 gegeben werden.

Abb. 2.41: Pflegeheimbewohner nach Pflegestufen und Pflegegrade im Vergleich



Wie der Vergleich der bisherigen Pflegestufen und der neuen Pflegegrade zeigt, liegt der Anteil der Bewohner, die keine Pflegeeinstufung erhalten haben, mit 2,4% nur halb so hoch wie nach dem alten Begutachtungsverfahren.

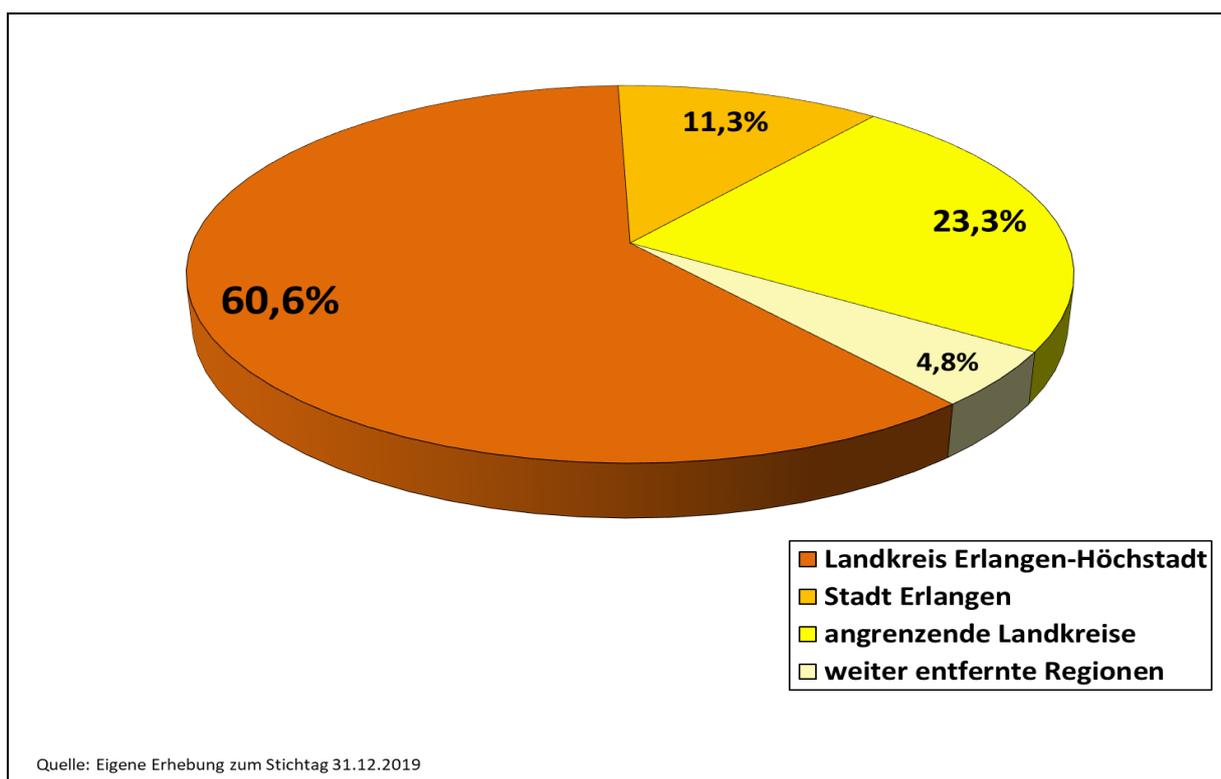
Weiterhin zeigt der Vergleich zwischen den alten Pflegestufen und den neuen Pflegegraden, dass nicht alle, die früher die Pflegestufe 3 hatten, sich jetzt im Pflegegrad 5 befinden, der Anteil des Pflegegrades 5 ist nämlich um fast 3%-Punkte niedriger als der Anteil der früheren Pflegestufe 3.

Ansonsten erhielten diejenigen, die früher die Pflegestufe 0 hatten, jetzt offensichtlich mehrheitlich den Pflegegrad 2. Außerdem erhielten diejenigen mit Pflegestufe 1 aktuell mehrheitlich den Pflegegrad 3 und diejenigen, die früher die Pflegestufe 2 hatten, erhielten zu etwa einem Drittel den Pflegegrad 3 und zu etwa zwei Drittel den Pflegegrad 4.

2.3.4.5 Regionale Herkunft der Pflegeheimbewohner

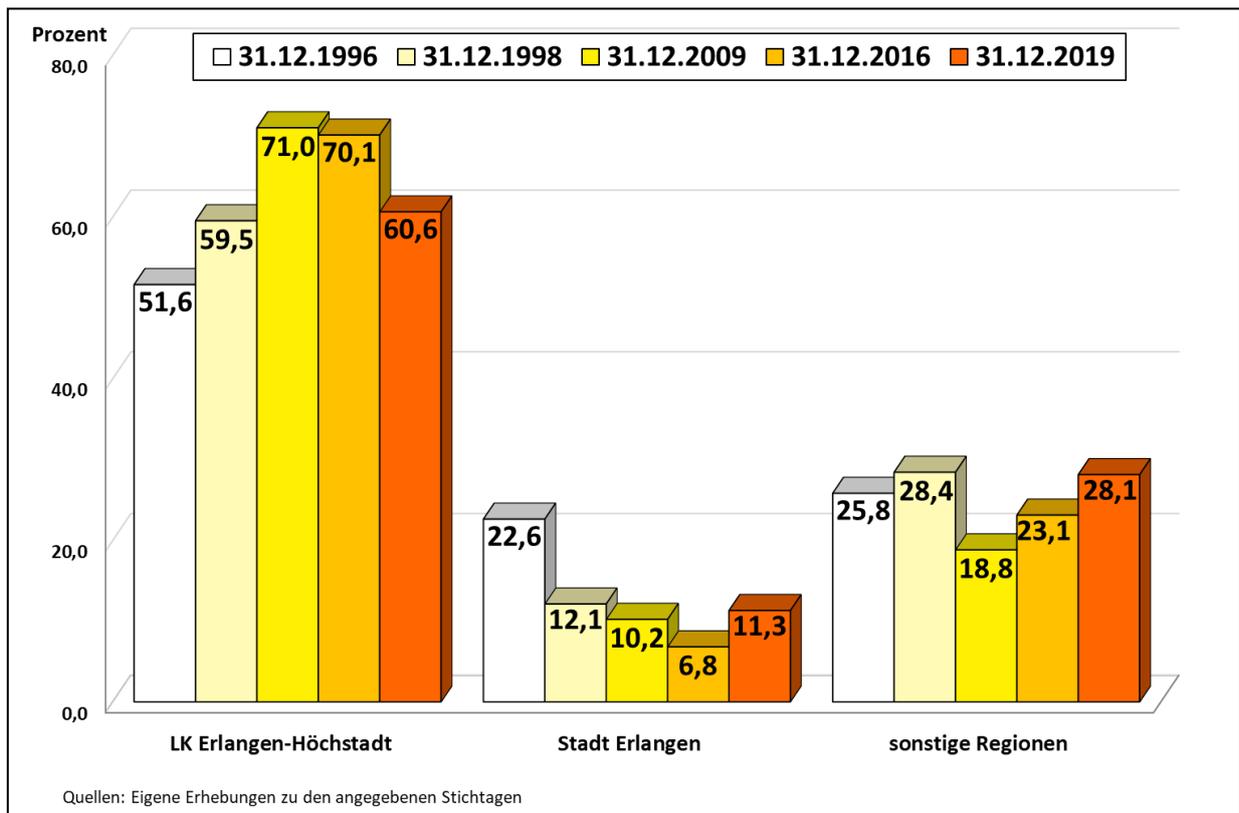
Ebenfalls ein wichtiger Indikator zur Einschätzung der Versorgungsstruktur ist die sogenannte „Fremdbelegungsquote“. Es wurde deshalb im Rahmen der Bestandsaufnahme zusätzlich erhoben, aus welchen Regionen die Bewohner der stationären Einrichtungen im Landkreis Erlangen-Höchstadt stammen. Die folgende Abbildung zeigt die entsprechenden Erhebungsergebnisse.

Abb. 2.42: Regionale Herkunft der Pflegeheimbewohner



Der Anteil der „auswärtigen Bewohner“ liegt in den stationären Einrichtungen im Landkreis Erlangen-Höchstadt insgesamt bei über 39%. Davon stammt mit einem Anteilswert von fast 35% der größte Teil aus der Stadt Erlangen und den angrenzenden Landkreisen. Aus weiter entfernten Regionen stammen weniger als 5%.

Da die stationären Pflegeüberleistungen einen entscheidenden Einfluss auf die Belegungszahlen haben, wird auch die diesbezügliche Entwicklung in folgender Abbildung seit 1996 dargestellt.

Abb. 2.43: Entwicklung der Pflegeheimbewohner nach Herkunft seit 1996

Wie die Abbildung zeigt, hat sich in den stationären Einrichtungen im Landkreis Erlangen-Höchstadt bezüglich der Pflegetransferleistungen im Bereich der stationären Pflege bis Ende des Jahres 2009 eine kontinuierliche Entwicklung vollzogen. Es wird deutlich, dass in den Jahren von 1996 bis 2009 immer mehr „Einheimische“ in den Pflegeeinrichtungen im Landkreis Erlangen-Höchstadt betreut wurden, während der Pflegetransfer aus dem mittelfränkischen Raum und auch außerhalb Mittelfrankens in Richtung der Einrichtungen im Landkreis Erlangen-Höchstadt entsprechend abgenommen hatte. Insbesondere aus der Stadt Erlangen kamen mit einem Anteilswert von rund 10% im Jahr 2009 deutlich weniger pflegebedürftige Menschen als noch im Jahr 1996, wo der entsprechende Anteil noch bei fast 23% lag.

Von 2009 bis 2016 hat sich dann eine Änderung dahingehend vollzogen, dass sich die „Fremdbelegungsquote“ nach dem kontinuierlichen Rückgang in den Jahren von 1996 bis 2009 erstmals wieder leicht erhöht hat.

In den letzten drei Jahren fand nun ein deutlicher Anstieg der „Fremdbelegungsquote“ statt. Diese Entwicklung lag zum einen am Zuzug von Pflegebedürftigen aus der Stadt Erlangen, deren Anteil sich weiter auf über 11% erhöht hat, und zum anderen auch am Zuzug von Pflegebedürftigen aus den umliegenden Landkreisen, deren Anteil von rund 24% mittlerweile auf über 28% angestiegen ist.

2.3.5 Analyse der stationären Pflegetransferleistungen

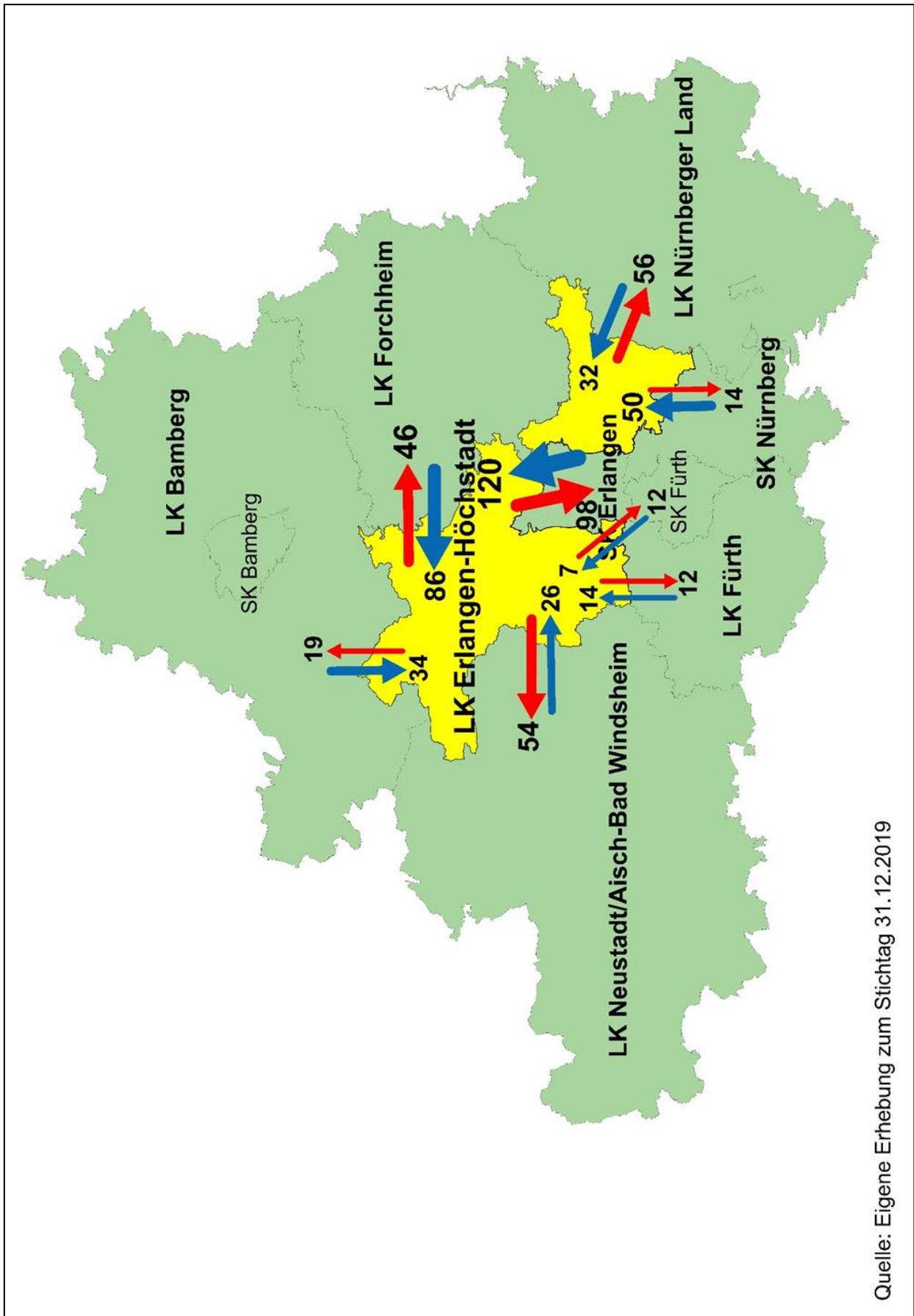
Um die Größenordnung der „stationären Pflegetransferleistungen“ insgesamt beurteilen zu können, müsste dem „stationären Pflegeimport“ (vgl. Kap. 2.3.3.4) der „stationäre Pflegeexport“ gegenübergestellt werden. Diesbezüglich ergibt sich allerdings das Problem, dass es keine bayernweite Statistik über die Herkunft der Pflegeheimbewohner gibt. Dementsprechend ist es auch nicht möglich, den „stationären Pflegeexport“ vollständig zu erfassen. Man ist somit bei der Analyse der „Pflegetransferleistungen“ zwischen verschiedenen Regionen immer darauf angewiesen, dass in den angrenzenden Regionen eine Statistik über die Herkunft der Pflegeheimbewohner existiert.

Was die Analyse der „stationären Pflegetransferleistungen“ in der Landkreis Erlangen-Höchstadt betrifft, ist die wichtigste Region die Stadt Erlangen. Hier liegen ganz aktuelle Daten vor, da die Stadt Erlangen bei MODUS zeitgleich eine Bedarfsermittlung in Auftrag gegeben hat.

Auch zu den anderen umliegenden Regionen liegen relativ aktuelle Daten zum Pflege-transfer vor, da MODUS in den letzten Jahren für alle an die Landkreis Erlangen-Höchstadt angrenzenden Landkreise und kreisfreien Städte eine entsprechende Bedarfsermittlung durchgeführt hat.

In folgender Abbildung können somit die „stationären Pflegetransferleistungen“ zwischen den Pflegeeinrichtungen in der Landkreis Erlangen-Höchstadt und den Einrichtungen der angrenzenden Landkreise und kreisfreien Städte vollständig dargestellt werden.

Abb. 2.44: Stationäre Pflegetransferleistungen zwischen dem Landkreis Erlangen-Höchstadt und den umliegenden Regionen



Wie die Abbildung zeigt, sind die „stationären Pflegetransferleistungen“ zwischen den Pflegeeinrichtungen in der Landkreis Erlangen-Höchstadt und den Einrichtungen der angrenzenden Landkreise und kreisfreien Städte nur was Stadt und Landkreis Fürth betrifft ausgeglichen.

Bezüglich anderer Regionen, wie z.B. dem Landkreis Forchheim und der Stadt Nürnberg stellt sich das Verhältnis so dar, dass deutlich mehr Pflegebedürftige Heimbewohner aus diesen Regionen im Landkreis Erlangen-Höchstadt untergebracht sind als das umgekehrt der Fall ist.

Dementsprechend ergibt sich auch insgesamt ein relativ starker stationärer „Pflegeimport“ von 369 Personen, während der „Pflegeexport“ nur bei 311 Personen liegt, so dass insgesamt ein Import-Exportüberschuss von 58 Personen resultiert.

In den stationären Einrichtungen in der Landkreis Erlangen-Höchstadt werden also 58 pflegebedürftige Bewohner mehr aus den angrenzenden Landkreisen und kreisfreien Städten versorgt als das umgekehrt der Fall ist.

Auch zwischen dem Landkreis Erlangen-Höchstadt und der Stadt Erlangen kein vollständig ausgeglichenes Verhältnis. Wie die Abbildung auch zeigt, hatten in den stationären Einrichtungen im Landkreis Erlangen-Höchstadt 120 Pflegeheimbewohner vor Heimaufnahme ihren Wohnsitz in der Stadt Erlangen.

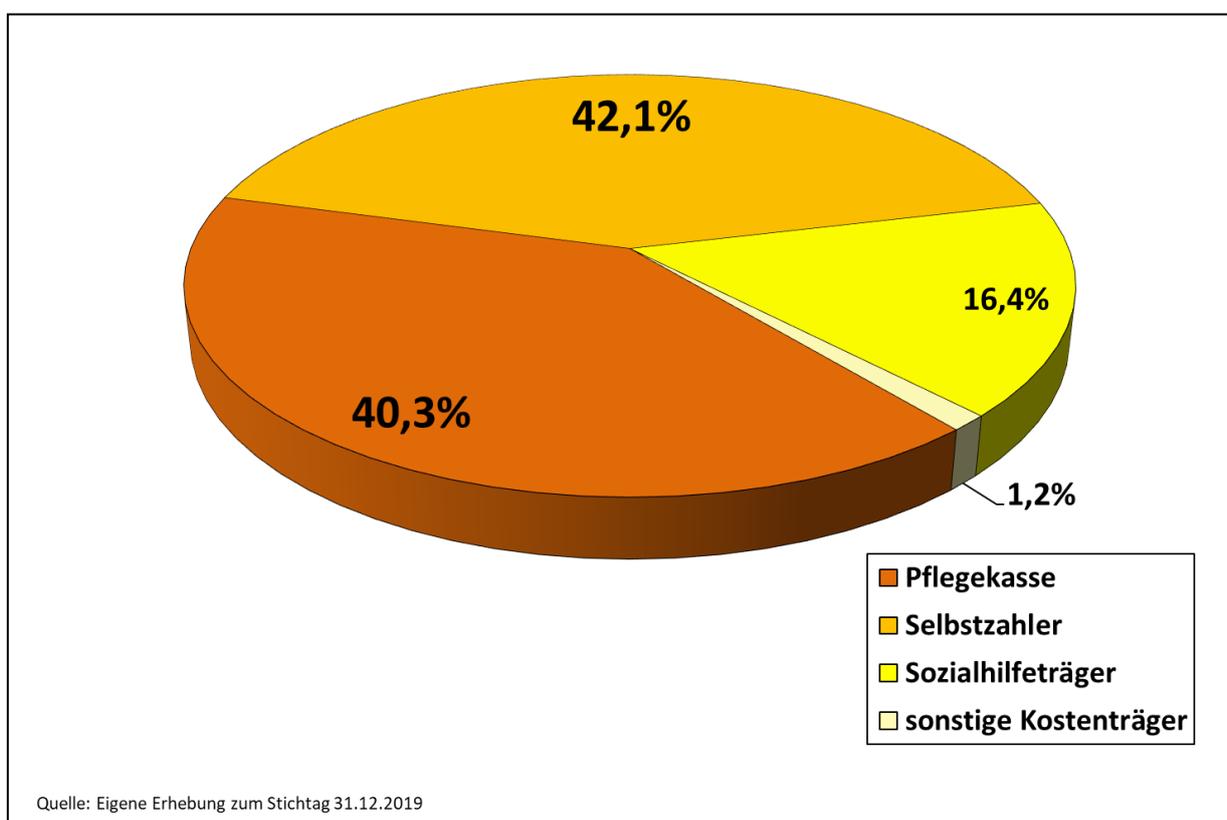
Stellt man diesen 120 Pflegeheimbewohnern die 98 pflegebedürftigen Heimbewohner gegenüber, die in den stationären Einrichtungen in der Stadt Erlangen untergebracht sind und ursprünglich aber aus dem Landkreis Erlangen-Höchstadt stammen, ergibt sich für den Landkreis Erlangen-Höchstadt ein „Import-Überschuss“ von 22 Personen.

In den stationären Einrichtungen im Landkreis Erlangen-Höchstadt werden also 22 pflegebedürftige Bewohner mehr aus der Stadt Erlangen versorgt, als das umgekehrt der Fall ist.

2.3.6 Finanzierung der vollstationären Einrichtungen

Die Finanzierungsstruktur von vollstationären Einrichtungen hat sich mit Einführung der Pflegeversicherung stark verändert. Während früher die Kosten, die nicht von den Bewohnern aufgebracht werden konnten, in den meisten Fällen von den Sozialhilfeträgern übernommen werden musste, finanziert sich die Einrichtung heute zu einem großen Teil über die Leistungsentgelte der Pflegekassen. Da jedoch auch die derzeit geltenden Pflegesätze nicht zur vollständigen Finanzierung der Pflegeplätze ausreichen, müssen die Bewohner für den restlichen Betrag selbst aufkommen, so dass sich heute folgende Finanzierungsstruktur in den stationären Einrichtungen im Landkreis Erlangen-Höchstadt ergibt.

Abb. 2.45: Finanzierung der vollstationären Einrichtungen



Wie die Abbildung zeigt, finanzieren sich die stationären Einrichtungen im Landkreis Erlangen-Höchstadt zu rund 42% durch die Leistungsentgelte der Pflegekassen, zu etwa 40% durch die Beiträge von Selbstzahlern und die Sozialhilfeträger steuern etwas mehr als 16% zur Finanzierung der stationären Einrichtungen bei. Bei einem Vergleich mit den älteren Erhebungsdaten bezüglich der Kostenträgerstruktur der stationären Einrichtungen im Landkreis Erlangen-Höchstadt ist festzustellen, dass die Sozialhilfeträger heute rund 9%-Punkte mehr als noch vor drei Jahren zur Finanzierung beitragen, während sowohl der Pflegekassenanteil als auch der Selbstzahleranteil um jeweils fast 5%-Punkte gesunken sind.

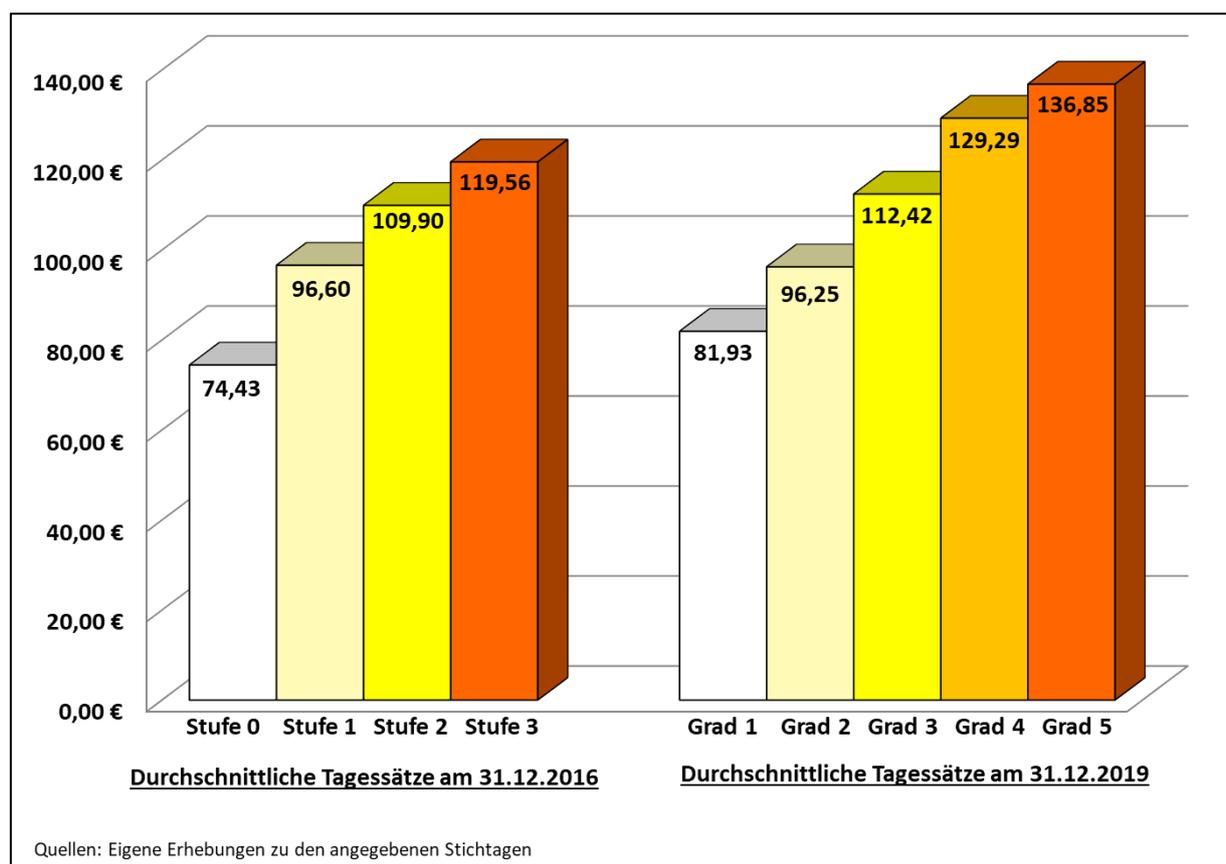
2.3.6.1 Tagessätze der vollstationären Einrichtungen

Die Tagessätze, die für die vollstationäre Unterbringung zu leisten sind, setzen sich im Einzelnen zusammen aus:

- Vergütung für allgemeine Pflegeleistungen (Pflegevergütung)
- Entgelt für Unterkunft und Verpflegung
- gesondert berechenbare Investitionskosten

Die folgende Abbildung zeigt für die einzelnen Pflegestufen sowohl die Mittelwerte, die sich in den stationären Einrichtungen im Landkreis Erlangen-Höchststadt für die am 31.12.2019 noch geltenden Pflegestufen ergeben, als auch die Mittelwerte, die für die seit 01.01.2017 geltenden Pflegegrade resultieren.

Abb. 2.46: Tagessätze der vollstationären Einrichtungen



Der rechte Teil der Abbildung zeigt die in den stationären Einrichtungen im Landkreis Erlangen-Höchststadt zum 31.12.2019 geltenden Tagessatz aufgrund der neu eingeführten Pflegegrade. Danach ergibt sich für den Pflegegrad 5 ein durchschnittlicher Tagessatz von fast 137 €, bei Pflegegrad 4 liegt der Durchschnittswert bei über 129 €, bei Pflegegrad 3 bei mehr als 112 €, bei Pflegegrad 2 bei rund 96 € und bei Pflegegrad 1 ergibt sich im Durchschnitt ein Tagessatz von knapp 82 €.

Für die „Entgelte für Unterkunft und Verpflegung“ und die „gesondert berechenbaren Investitionskosten“ ergab sich in den stationären Einrichtungen im Landkreis Erlangen-Höchstadt unabhängig von der Pflegestufe ein Durchschnittswert von rund 39 € pro Tag. Davon entfielen auf die „Unterkunft und Verpflegung“ rund 24 €, auf die „Investitionskosten“ knapp 15 € pro Tag.

Wie der linke Teil der Abbildung zeigt, resultierte am 31.12.2016 in den stationären Einrichtungen im Landkreis Erlangen-Höchstadt für Pflegestufe 3 ein durchschnittlicher Tagessatz von fast 120 €, bei Pflegestufe 2 lag der Durchschnittswert bei knapp 110 € und bei Pflegestufe 1 ergab sich im Durchschnitt ein Tagessatz von unter 97 €. Deutlich niedriger lag der Tagessatz bei Pflegestufe 0, hier ergab sich am 31.12.2016 im Durchschnitt lediglich ein Tagessatz von etwas mehr als 74 €.

Die Tagessätze in den stationären Einrichtungen im Landkreis Erlangen-Höchstadt aufgrund der neu eingeführten Pflegegrade unterscheiden also erheblich von den alten Tagessätzen, wobei die Spanne zudem mit 82 € bis 137 € auch deutlich breiter ist als bei den alten Tagessätzen mit einer von Spanne mit 74 € bis 120 €.

3. Bildung und Analyse von Versorgungsregionen im Landkreis Erlangen-Höchstadt

3.1 Grundsätzliches

Der Landkreis Erlangen-Höchstadt gehört mit 564,52 km² sowohl flächenmäßig als auch von der Bevölkerungszahl her gesehen mit 138.189 Einwohner zu den kleineren Landkreisen in Mittelfranken. Wenn man differenzierte Bedarfsabschätzungen für die einzelnen Bereiche der Seniorenhilfe in diesem Landkreis durchführen will, ist es dennoch notwendig, die Pflegeinfrastruktur nicht nur als „Ganzes“ zu untersuchen, sondern auch einer teilträumlichen Betrachtung zu unterziehen. Dieses Ziel ist durch die Bildung von Versorgungsregionen zu erreichen. Es sind deshalb die 25 Gemeinden des Landkreises nach folgenden Kriterien in Versorgungsregionen zu unterteilen:

- Fläche
- Bevölkerungszahl (insbesondere die ältere Bevölkerung)
- Versorgungsstruktur (insbesondere die ambulante Versorgungsstruktur)

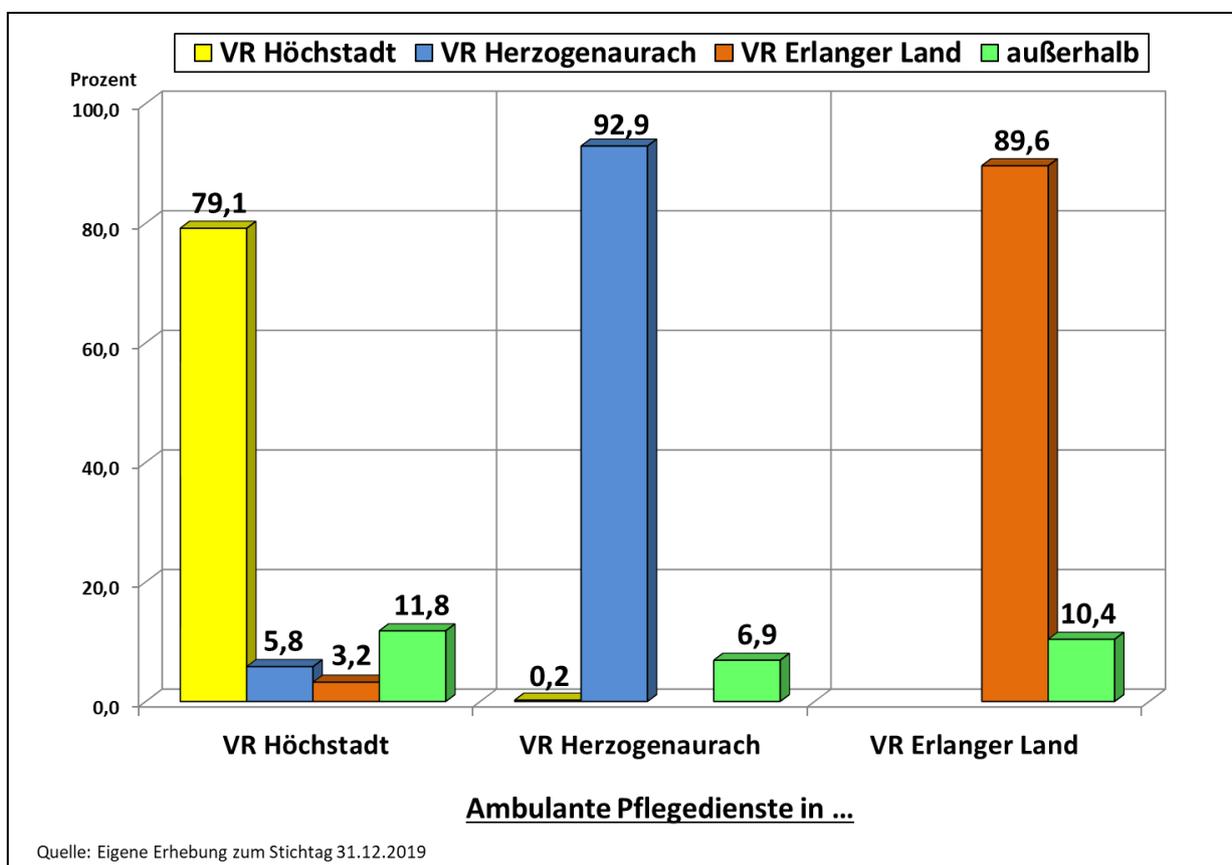
Die drei genannten Kriterien sollten in den zu bildenden Versorgungsregionen etwa die gleiche Größenordnung aufweisen. Was die Kriterien „Fläche“ und „Bevölkerungszahl“ betrifft, so wäre eine Vielzahl verschiedener Versorgungsregionen möglich. Diesen Kriterien muss daher eine sekundäre Bedeutung zukommen. Als entscheidendes Einteilungskriterium ist deshalb die vorhandene Versorgungsstruktur zu sehen. Hierbei ist weniger die stationäre Versorgungsstruktur von Bedeutung, da diese sehr stark von bedarfsfremden Kriterien bestimmt wird, sondern vielmehr die ambulante Versorgungsstruktur, da hier die Standortwahl in der Regel primär von Bedarfsgesichtspunkten abhängig gemacht wird. Nicht selten haben sich, in erster Linie durch das Engagement der Wohlfahrtsverbände, bereits bestimmte Regionen herausgebildet, in denen eine sehr gute ambulante Versorgungsstruktur gewährleistet ist. In weniger gut versorgten Regionen lassen sich seit Einführung des Pflegeversicherungsgesetzes verstärkt private Pflegedienste nieder. Es ist deshalb davon auszugehen, dass sich in den letzten Jahren auf relativ „natürlichem Weg“ eine einheitliche Versorgungsstruktur herausgebildet hat. Inwieweit diese Aussage auch auf den Landkreis Erlangen-Höchstadt zutrifft, wurde mit Hilfe verschiedener multivariater Verfahren (Clusteranalyse, Zusammenhangsanalysen etc.) untersucht.

3.2 Bildung von Versorgungsregionen im Landkreis Erlangen-Höchstadt

Ziel der Clusteranalyse ist es, bestimmte Gruppen („Cluster“, z.B. Regionen) zu finden, die hinsichtlich bestimmter Variablen relativ homogen und untereinander möglichst heterogen sind. Bei der Bildung von Versorgungsregionen auf der Grundlage der ambulanten Versorgungsstrukturen geht es also darum, die Gemeinden so zusammenzufassen, dass möglichst viele Klienten von ambulanten Diensten betreut werden, die ihren Sitz innerhalb der Versorgungsregion haben, in der die Klienten wohnhaft sind. Gleichzeitig sollen möglichst wenige Klienten innerhalb einer Versorgungsregion durch ambulante Dienste betreut werden, die ihren Sitz außerhalb dieser Versorgungsregion haben.

Da im Rahmen der Bestandserhebung bei den ambulanten Diensten im Landkreis Erlangen-Höchstadt auch der Wohnort der Betreuten abgefragt wurde, kann festgestellt werden, in welchen Regionen der einzelne Dienst aktiv ist. Auf der Basis dieser Bestandsdaten ergaben sich im Landkreis Erlangen-Höchstadt drei relativ homogene Versorgungsregionen. Folgende Abbildung zeigt das wesentlichste Abgrenzungskriterium: den ambulanten Pflegetransfer zwischen den drei ermittelten Versorgungsregionen.

Abb. 3.1: Ambulanter Pflegetransfer zwischen den Versorgungsregionen



Wie die Abbildung zeigt, betreuen die ambulanten Dienste in den einzelnen Versorgungsregionen zum weitaus größten Teil Personen, die ihren Wohnsitz ebenfalls in der jeweiligen Versorgungsregion haben.

In der Versorgungsregion „Erlanger Land“ ist es sogar so, dass keine einzige Person in den anderen beiden Regionen von den Pflegediensten im „Erlanger Land“ betreut wird. Stattdessen sind fast 90% der Betreuten auch in der Versorgungsregion „Erlanger Land“ wohnhaft und die restlichen rund 10% werden außerhalb des Landkreises Erlangen-Höchstadt betreut, und zwar in erster Linie im Landkreis Forchheim und der Stadt Erlangen.

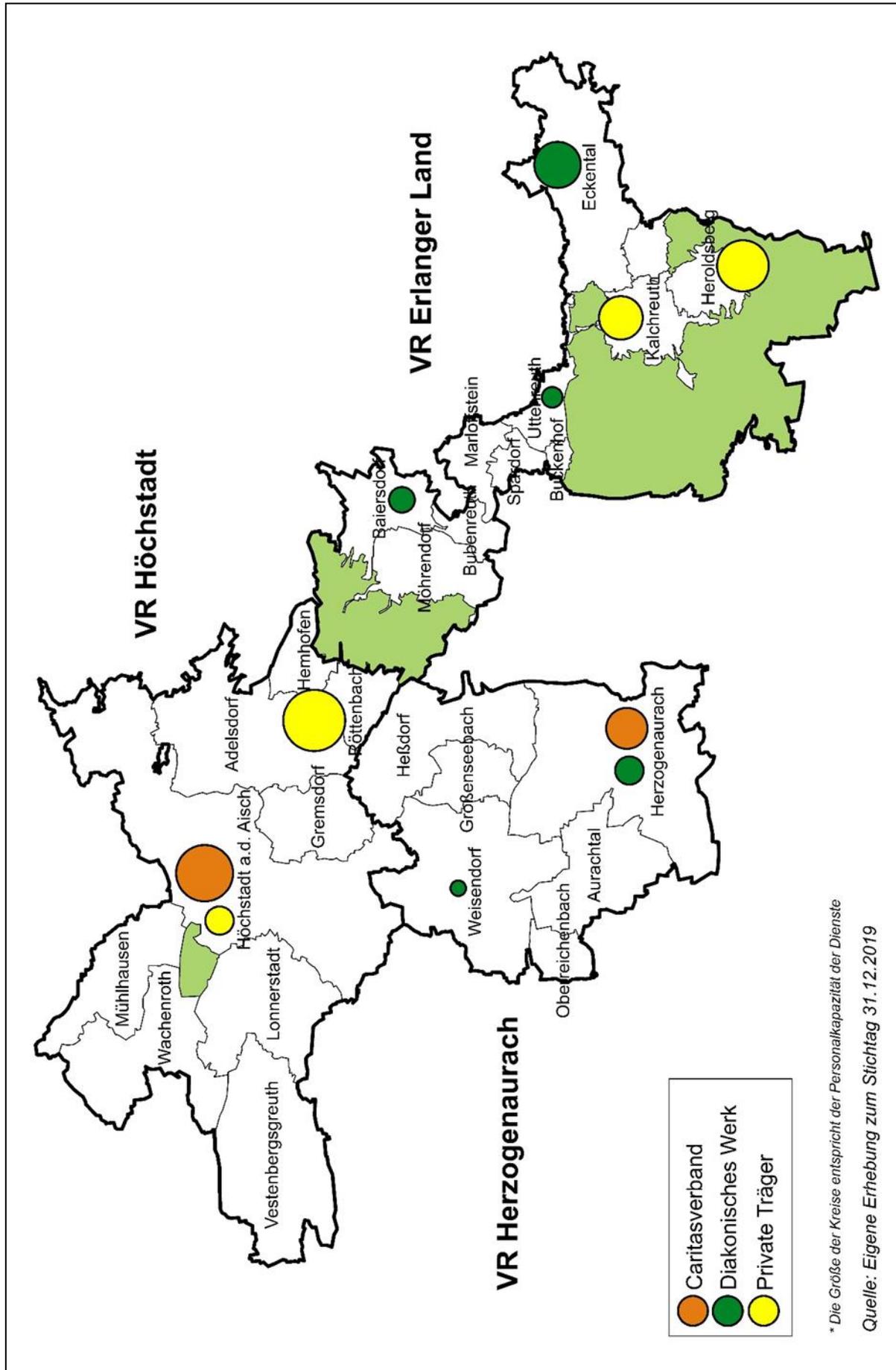
Auch in der Versorgungsregion „Herzogenaurach“ sind nur sehr geringe Pfelegetransferleistungen zu beobachten. Hier stammen fast 93% der Betreuten aus der eigenen Versorgungsregion. Die ambulanten Transferleistungen beziehen sich hier ebenfalls fast ausschließlich auf Gebiete außerhalb des Landkreises Erlangen-Höchstadt, und zwar nach Angaben des betreffenden Dienstes auf die Stadt Erlangen.

Lediglich in der Versorgungsregion „Höchstadt“ sind größere ambulante Pfelegetransferleistungen zu beobachten. Hier stammen „nur“ rund 79% der Betreuten aus der eigenen Versorgungsregion. Die ambulanten Transferleistungen beziehen sich hier zu fast 12% auf Gebiete außerhalb des Landkreises Erlangen-Höchstadt, zu knapp 8% auf die Versorgungsregion „Herzogenaurach“ zu rund 3% auf die Region „Erlanger Land“.

Insgesamt kann somit festgestellt werden, dass zwei der drei Versorgungsregionen absolut „trennscharf“ und nur in der Versorgungsregion „Höchstadt“ größere ambulante Pfelegetransferleistungen in die anderen Versorgungsregionen stattfinden. Dementsprechend ergibt sich bei einer bivariaten Korrelationsmessung anhand des Zusammenhangsmaßes Cramers V mit 0,95 ein außergewöhnlich hoher Wert, der die Berechtigung der gebildeten Versorgungsregionen nochmals eindeutig unterstreicht.

Die folgende kartographische Abbildung zeigt, welche Träger in den einzelnen Versorgungsregionen im Bereich der ambulanten Pflege aktiv sind.

Abb. 3.2: Ambulante Pflegedienste im Landkreis Erlangen-Höchstadt*



3.3 Analyse der Versorgungsregionen im Landkreis Erlangen-Höchstadt

3.3.1 Allgemeine Charakteristika der einzelnen Versorgungsregionen

Wie die vorstehenden Ausführungen gezeigt haben, kann der Landkreis Erlangen-Höchstadt aufgrund der ambulanten Versorgungsstruktur in drei relativ trennscharfe Versorgungsregionen aufgeteilt werden. Aus Gründen der Übersichtlichkeit werden die Gemeinden, die den jeweiligen Versorgungsregionen angehören, in folgender Tabelle alphabetisch dargestellt.

Tab. 3.1: Gemeinden in den einzelnen Versorgungsregionen

VR Höchstadt	VR Herzogenaurach	VR Erlanger Land
<ul style="list-style-type: none"> • Adelsdorf • Gremsdorf • Hemhofen • Höchstadt/Aisch • Lonnerstadt • Mühlhausen • Röttenbach • Wachenroth • Vestenbergsgreuth 	<ul style="list-style-type: none"> • Aurachtal • Großenseebach • Herzogenaurach • Heßdorf • Oberreichenbach • Weisendorf 	<ul style="list-style-type: none"> • Baiersdorf • Bubenreuth • Buckenhof • Eckental • Heroldsberg • Kalchreuth • Marloffstein • Möhrendorf • Spardorf • Uttenreuth

Wie die Übersicht zeigt, differiert die Zahl der zusammengefassten Gemeinden. Während die Versorgungsregion „Herzogenaurach“ nur aus sechs Gemeinden besteht, vereint die Versorgungsregion „Höchstadt“ neun Gemeinden und die Versorgungsregion „Erlanger Land“ besteht aus zehn Gemeinden.

Die Anzahl der Gemeinden in einer Versorgungsregion gehört allerdings zu den sekundären Merkmalen bezüglich der Charakteristika von Versorgungsregionen, da die einzelnen Gemeinden sowohl von der Fläche als auch von der Bevölkerungszahl sehr unterschiedlich sind.

Wie bereits angedeutet, gelten neben der Versorgungsstruktur die Fläche und die Anzahl der älteren Bevölkerung als wesentliche Kriterien zur Einteilung von Versorgungsregionen. Die folgende Tabelle informiert u.a. über diese Kriterien.

Tab. 3.2: Allgemeine Charakteristika der einzelnen Versorgungsregionen

Versorgungsregion	Höchstadt		Herzogenaurach		Erlanger Land	
	Abs.	in %	Abs.	in %	Abs.	in %
Anzahl der Gemeinden	9	36,0	6	24,0	10	40,0
Fläche in km ²	224,3	39,7	139,6	24,7	200,6	35,5
Einwohner ab 65 Jahren	8.160	28,7	7.855	27,7	12.369	43,6

Quelle: Berechnungen von MODUS-Sozialforschung auf der Grundlage der Gemeindedaten 2020

Von der Bevölkerung her gesehen handelt es sich bei der Versorgungsregion „Erlanger Land“ mit fast 44% der Bevölkerung ab 65 Jahren um die größte Versorgungsregion. Die kleineren Versorgungsregionen „Höchstadt“ und „Herzogenaurach“ liegen mit geringfügig unter 29% bzw. knapp 28% der Bevölkerung ab 65 Jahren in einer ähnlichen Größenordnung.

Von der Fläche her gesehen handelt es sich bei der Region „Höchstadt“ mit etwa 224 km² um die größte Versorgungsregion. Die Versorgungsregion „Erlanger Land“ kommt auf rund fast 201 km² und die Region „Herzogenaurach“ stellt mit knapp 140 km² flächenmäßig die kleinste der drei Versorgungsregionen dar.

Trotz der genannten Unterschiede kann davon ausgegangen werden, dass durch die Einteilung in die drei Versorgungsregionen die Pflegeinfrastruktur auf kleinräumiger Ebene sehr gut beschrieben werden kann, da sich die vorhandene ambulante Versorgungsstruktur, als wichtigstes Kriterium, als sehr trennscharf erwiesen hat.

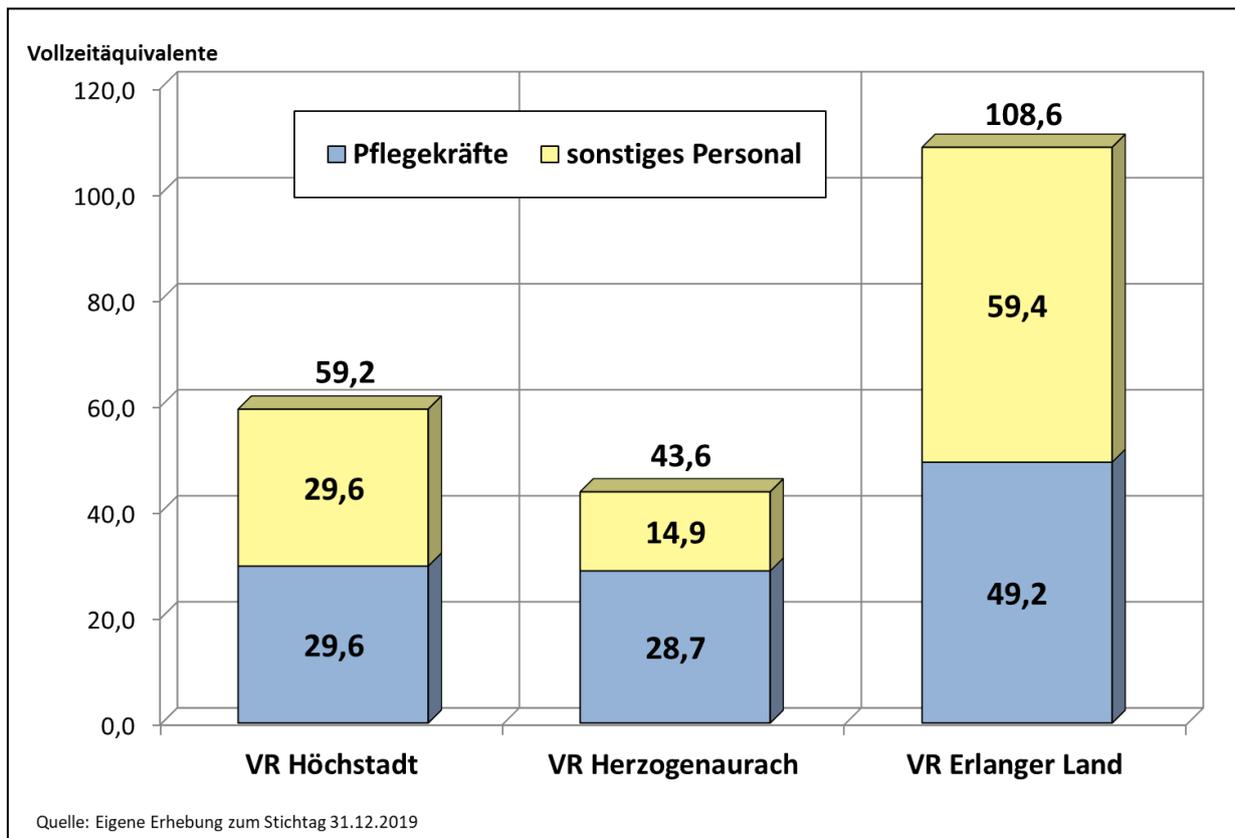
3.3.2 Ambulante Versorgungsstruktur in den einzelnen Versorgungsregionen

Durch die einzelnen ambulanten Dienste werden, je nach Größe des Dienstes, im Landkreis Erlangen-Höchstadt ältere Menschen in bis zu sieben Gemeinden betreut. Dennoch kristallisieren sich anhand der versorgten Gemeinden bestimmte Versorgungsregionen heraus, die homogen sind, da die Dienste fast ausschließlich innerhalb ihrer Region aktiv sind und somit nur geringe Pfllegetransferleistungen in andere Regionen stattfinden (vgl. Abb. 3.1).

Da in Abbildung 3.2 die bestehenden ambulanten Dienste eingezeichnet sind, kann beurteilt werden, wie sich diese über den Landkreis Erlangen-Höchstadt verteilen. Es zeigt sich, dass in der Versorgungsregion „Erlanger Land“ fünf Dienste bestehen, während in den Versorgungsregionen „Höchstadt“ und „Herzogenaurach“ nur jeweils drei ambulante Dienste existieren.

Für die Beurteilung der ambulanten Versorgungsstruktur stellt die Anzahl der vorhandenen Dienste jedoch nur eine sehr grobe Orientierungsgröße dar. Es sind deshalb zusätzlich die Kapazitäten der Dienste in den einzelnen Versorgungsregionen in die weiteren Analysen einzubeziehen.

Die Kapazitäten der einzelnen Dienste können am besten durch die Anzahl der beschäftigten Mitarbeiter dargestellt werden. Die folgende Abbildung informiert dementsprechend über die Zahl der Vollzeitstellen, die in den ambulanten Diensten in den einzelnen Versorgungsregionen am Stichtag 31.12.2019 zur Verfügung standen.

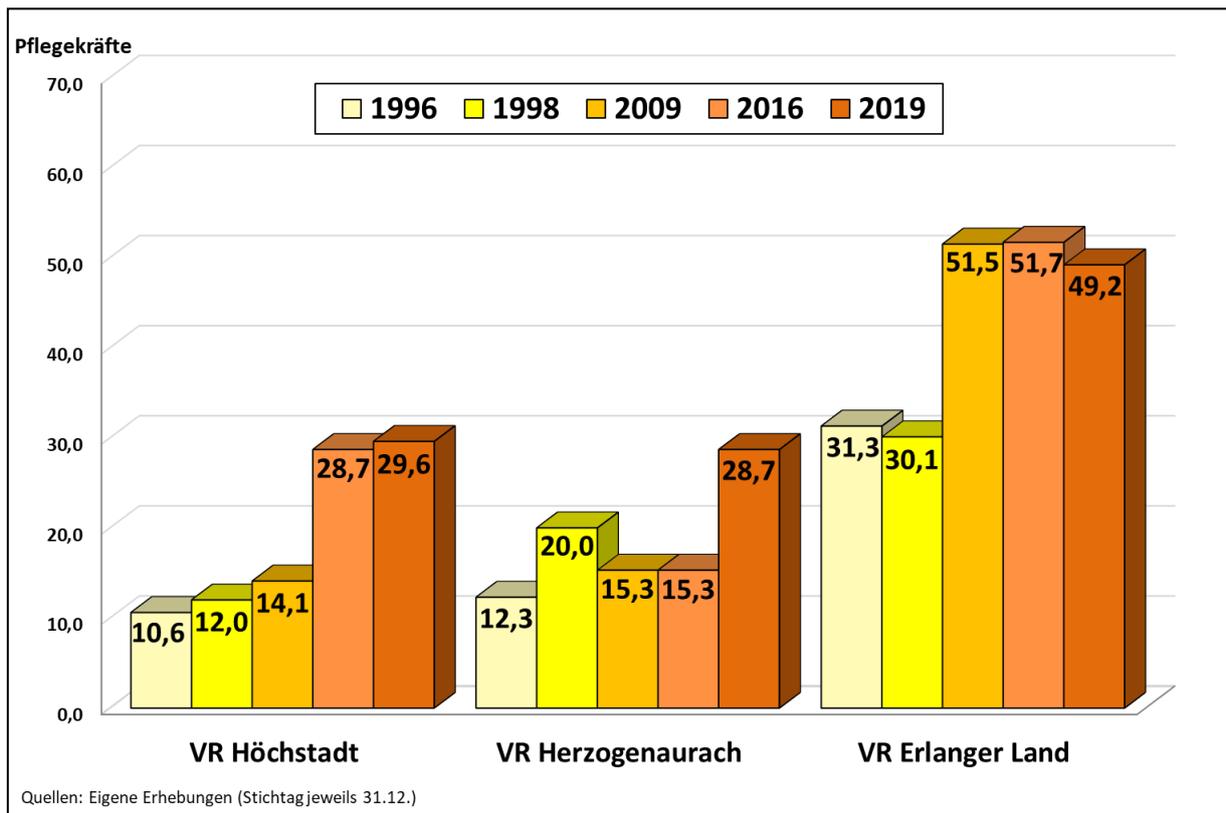
Abb. 3.3: Personal der ambulanten Dienste nach Versorgungsregionen

Wie die Abbildung zeigt, stehen in der größten Versorgungsregion „Erlanger Land“ mit Abstand die meisten Stellen im Bereich der ambulanten Pflege zur Verfügung.

Beim Vergleich der verschiedenen Versorgungsregionen ist durch die Umrechnung des Personals in „Vollzeitäquivalente“ festzustellen, dass in der Versorgungsregion „Erlanger Land“ fast doppelt so viele Vollzeitstellen existieren wie in der Region „Herzogenaurach“ und im Vergleich zur Versorgungsregion „Höchstadt“ sogar mehr als doppelt so viele Vollzeitstellen zur Verfügung stehen.

Betrachtet man nur die Pflegekräfte, kommt die Versorgungsregion „Erlanger Land“ ebenfalls auf mehr als doppelt so viele Vollzeitstellen wie die Regionen „Höchstadt“ und „Herzogenaurach“.

Um feststellen zu können, wie sich die Zahl der ambulanten Pflegekräfte in den einzelnen Versorgungsregionen in den letzten Jahren entwickelt hat, werden in folgender Abbildung die älteren Bestandsdaten in die Betrachtung mit einbezogen.

Abb. 3.4: Entwicklung der Pflegekräfte in den Versorgungsregionen

Wie die Abbildung zeigt, hat sich die Anzahl der Vollzeitstellen für Pflegekräfte in der Versorgungsregion „Höchstadt“ im Laufe der Jahre 1996 bis 2009 nur leicht erhöht, danach hat sich die Zahl der zur Verfügung stehenden Pflegekräfte durch die Eröffnung eines privaten Pflegedienstes bis Ende 2016 jedoch mehr als verdoppelt und liegt auch heute noch auf diesem hohen Niveau.

Eine ganz andere Entwicklung ist in der Versorgungsregion „Herzogenaurach“ festzustellen. Hier erhöhten sich die Pflegekräfte von 1996 bis 1998 zunächst „sprunghaft“ von 12,3 auf 20 Vollzeitstellen. Von 1998 bis 2009 hat sich allerdings wieder ein Rückgang um fast fünf Vollzeitstellen ereignet, der primär durch die Schließung von drei privaten Pflegediensten bedingt ist. In den letzten drei Jahren ergab sich in der Versorgungsregion „Herzogenaurach“ durch die Eröffnung eines zusätzlichen Pflegedienstes jedoch wieder eine sehr starke Erhöhung.

In der Versorgungsregion „Erlanger Land“ hat ebenfalls ein „sprunghafter“ Anstieg stattgefunden. Dieser ereignete sich in den Jahren von 1998 bis 2009 und seitdem ist das Personal in etwa gleich geblieben.

Der im Landkreis Erlangen-Höchstadt konstatierte Anstieg im Bereich der ambulanten Pflege in den letzten drei Jahren ist somit primär auf den Anstieg der ambulanten Pflegekräfte in der Versorgungsregion „Herzogenaurach“ zurückzuführen.

Durch folgende Tabelle, in der die Versorgungsquoten bezüglich der zur Verfügung stehenden Pflegekräfte pro 1.000 Einwohner ab 65 Jahre dargestellt sind, kann dieser Sachverhalt unterstrichen werden.

Tab. 3.3: Ambulante Versorgungsquoten in den Versorgungsregionen

Versorgungsregion	Bevölkerung ab 65 Jahre	Pflegekräfte (Vollzeitstellen)	Versorgungsquote*
Höchstadt	8.160	29,6	3,6
Herzogenaurach	7.855	28,7	3,7
Erlanger Land	12.369	49,2	4,0
Gesamt	28.384	107,5	3,8

* Vollzeitpflegekräfte pro 1.000 Einwohner ab 65 Jahre

Quelle: Berechnung von MODUS-Sozialforschung zum Stichtag 31.12.2019

Wie ein Vergleich der Versorgungsquoten zeigt, ist der ambulante Bereich in der Versorgungsregion „Erlanger Land“ am besten mit Pflegekräften ausgestattet. Hier stehen pro 1.000 Einwohner ab 65 Jahre 4,0 Vollzeitstellen für Pflegekräfte zur Verfügung, während die Region „Herzogenaurach“ mit 3,7 Vollzeitstellen auf einen etwas geringeren Wert kommt und in der Region „Höchstadt“ mit 3,6 Vollzeitstellen pro 1.000 Einwohner ab 65 Jahren die wenigsten gelernten Pflegekräfte zur Verfügung stehen.

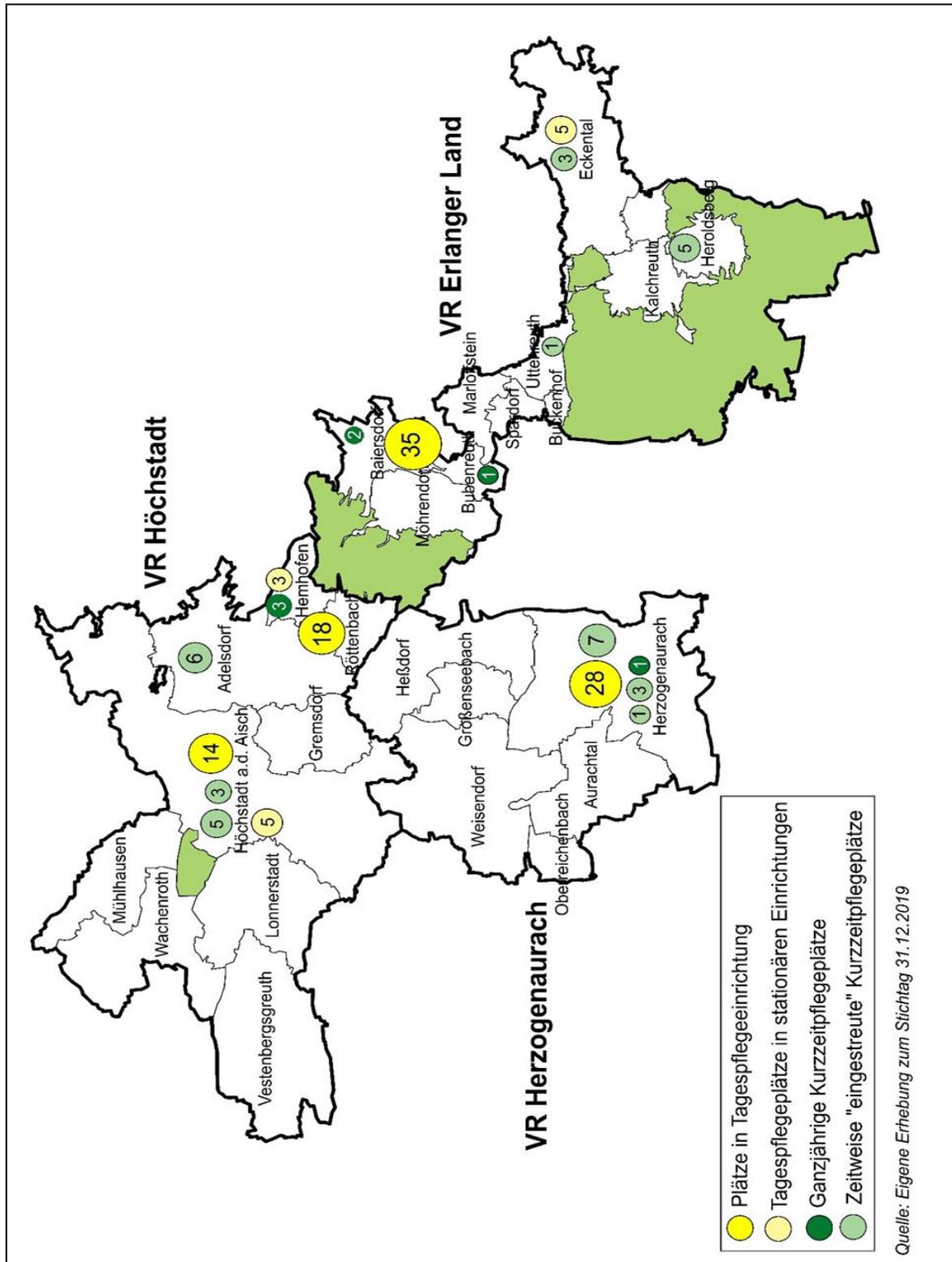
Bei einem Vergleich mit dem Landkreisdurchschnitt ist demnach festzustellen, dass die Versorgungsregion „Erlanger Land“ und etwas besser mit ambulanten Pflegekräften ausgestattet ist als die Versorgungsregionen „Herzogenaurach“ und „Höchstadt“.

Aus der vergleichenden Analyse der Versorgungsregionen anhand der Versorgungsquoten können somit bereits wichtige Erkenntnisse zur ambulanten Versorgungssituation in den einzelnen Regionen abgeleitet werden. Es lässt sich daraus allerdings lediglich ablesen, ob eine Region besser oder schlechter versorgt ist als eine andere Region. Somit können also nur relative, aber keine absoluten Aussagen zur Versorgungssituation getroffen werden. Um absolute Aussagen über die Größenordnung des Bedarfs in einer Region treffen zu können, muss eine differenzierte Bedarfsermittlung durchgeführt werden, die bestandsunabhängigen Faktoren – wie die Anzahl der pflegebedürftigen Menschen, das zur Verfügung stehende häusliche Pflegepotential, den Anteil der Einpersonenhaushalte etc. – in die Analyse mit einbezieht. Eine derartige Bedarfsermittlung wurde im Rahmen des vorliegenden Berichtes auch für die einzelnen Versorgungsregionen durchgeführt und in Kapitel 6 dargestellt.

3.3.3 Teilstationäre Versorgungsstruktur in den Versorgungsregionen

Bevor auf die teilstationäre Versorgungsstruktur in den einzelnen Versorgungsregionen eingegangen wird, soll mit der folgenden kartographischen Abbildung zunächst ein Überblick über die regionale Verteilung der Tages- und Kurzzeitpflegeplätze im Landkreis Erlangen-Höchstadt erfolgen.

Abb. 3.5: Tages- und Kurzzeitpflegeplätze im Landkreis Erlangen-Höchstadt



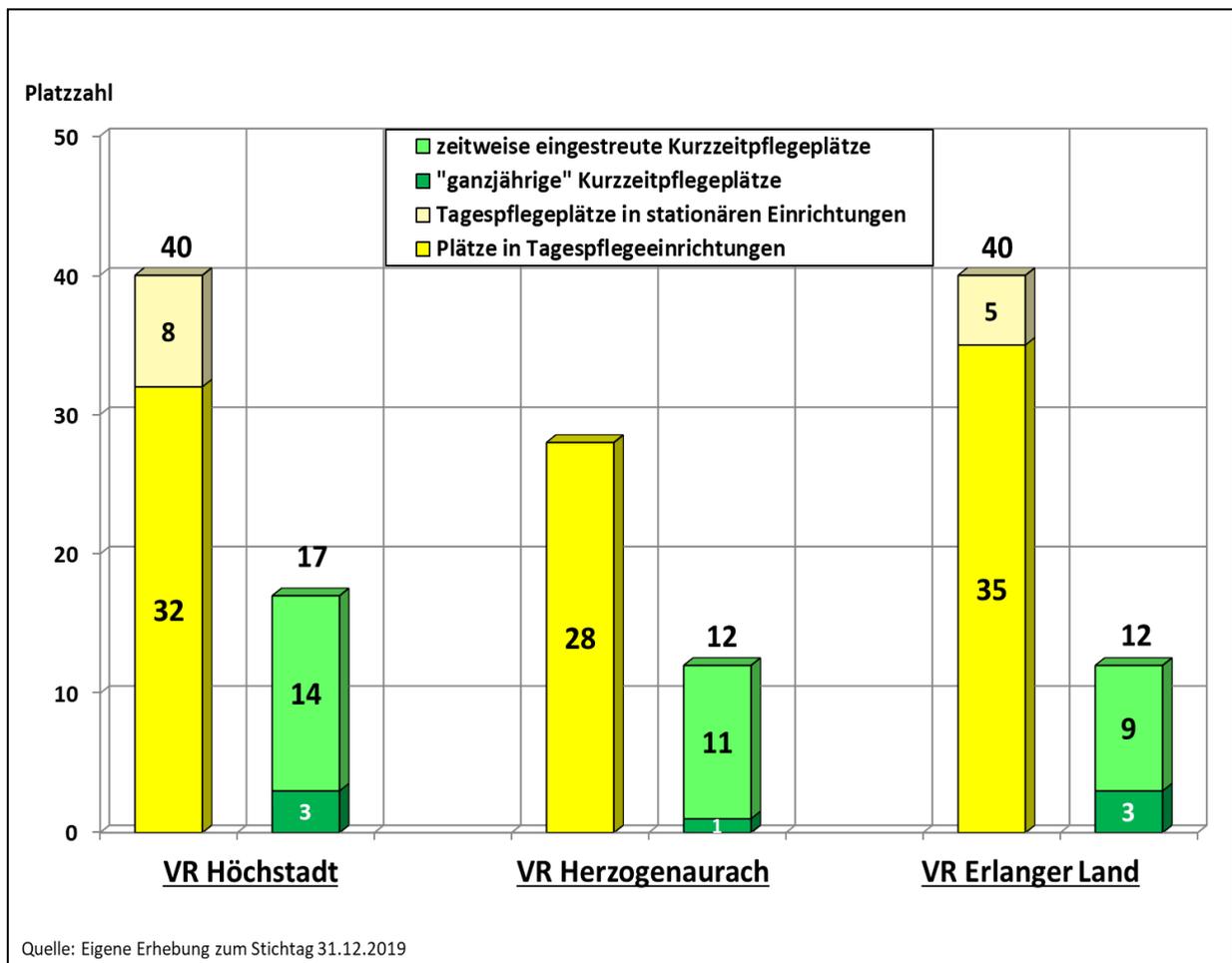
Quelle: Eigene Erhebung zum Stichtag 31.12.2019

Wie die kartographische Abbildung verdeutlicht, existierte zum Stichtag der Bestands-erhebung in allen drei Versorgungsregionen jeweils eine größere Tagespflegeeinrich-tung. Daneben bestehen in zwei Versorgungsregionen noch einige Tagespflegeplätze in vollstationären Einrichtungen.

Die regionale Verteilung im Bereich der Kurzzeitpflege scheint ähnlich ausgeglichen zu sein. Auch hier stehen in allen Versorgungsregionen sowohl „ganzjährige“ als auch „zeitweise eingestreute“ Kurzzeitpflegeplätze zur Verfügung. Da Kurzzeitpflege im Landkreis Erlangen-Höchstadt allerdings nicht von eigenständigen Einrichtungen, sondern ausschließlich von vollstationären Einrichtungen angeboten wird, ist ihre regi-onale Verteilung selbstverständlich eng mit der Verteilung der Heime verknüpft.

Die folgende Abbildung zeigt die Platzzahlen, die sich für die beiden Bereiche in den einzelnen Versorgungsregionen ergeben, wobei bei den Kurzzeitpflegeplätzen zwi-schen den „ganzjährigen“ Angeboten und den Plätzen, die in den stationären Einrich-tungen bei bestehenden freien Plätzen für die Kurzzeitpflege genutzt werden, unter-schieden werden muss.

Abb. 3.6: Teilstationäre Versorgungsstruktur in den Versorgungsregionen



Die Versorgungsquoten, die sich für den Bereich der Tagespflege in den einzelnen Versorgungsregionen ergeben, zeigt folgende Tabelle.

Tab. 3.4: Versorgungsquoten der Tagespflege in den Versorgungsregionen

Versorgungsregion	Bevölkerung ab 75 Jahre	Anzahl der Tagespflegeplätze	Versorgungsquote*
Höchstadt	3.749	32 + (8)	8,5 – 10,7
Herzogenaurach	3.627	28 + (0)	7,7
Erlanger Land	6.693	35 + (5)	5,2 – 6,0
Gesamt	14.069	95 + (13)	6,8 – 7,7

* Plätze pro 1.000 Einwohner ab 75 Jahre

Quelle: Berechnung von MODUS-Sozialforschung zum Stichtag 31.12.2019

Zum Stichtag der Bestandserhebung stand in der Versorgungsregion „Herzogenaurach“ eine selbstständige Tagespflegeeinrichtung mit 28 Plätzen zur Verfügung, woraus sich in dieser Region eine Versorgungsquote von 7,7 Plätzen pro 1.000 Einwohner ab 75 Jahren ergibt.

Für die Versorgungsregion „Höchstadt“, in der zwei Tagespflegeeinrichtungen mit insgesamt 32 Plätzen und zusätzlich 8 Tagespflegeplätze in zwei vollstationären Einrichtungen existieren, resultiert für die Tagespflegeeinrichtungen eine Versorgungsquote von 8,5 Plätzen und einschließlich der 8 Plätze in den stationären Einrichtungen eine Versorgungsquote von 10,7 Plätzen pro 1.000 Einwohner ab 75 Jahren.

In der Versorgungsregion „Erlanger Land“ ergibt sich aufgrund der 35 Plätze in der Tagespflegeeinrichtung in Baiersdorf eine Quote von 5,2 Plätzen und einschließlich der fünf „stationären Tagespflegeplätze“ eine Versorgungsquote von 6,0 Plätzen pro 1.000 Einwohner ab 75 Jahren.

Anhand des Vergleichs der Versorgungsquoten kann somit festgestellt werden, dass der Landkreis Erlangen-Höchstadt im Nordwesten unabhängig davon, ob nur die Plätze in den Tagespflegeeinrichtungen oder zusätzlich auch die „stationären Tagespflegeplätze“ in die Betrachtung einbezogen werden, am besten mit Tagespflegeplätzen versorgt ist.

Was die ganzjährigen Kurzzeitpflegeplätze betrifft, so bestehen in den Versorgungsregionen „Höchstadt“ und „Erlanger Land“ jeweils drei Plätze, während in der Region „Herzogenaurach“ nur ein ganzjähriger Kurzzeitpflegeplatz zur Verfügung steht. Einschließlich der „zeitweise eingestreuten Plätze“ bestehen in den Versorgungsregionen „Herzogenaurach“ und „Erlanger Land“ jeweils 12 Plätze, während in der Region „Höchstadt“ 17 ganzjährige Kurzzeitpflegeplätze zur Verfügung stehen.

Somit scheint die Versorgungsregion „Höchstadt“ auf den ersten Blick am besten mit Kurzzeitpflegeplätzen ausgestattet zu sein. Dies zeigt sich auch, wenn man für die einzelnen Regionen die Versorgungsquoten auf der Basis der Bevölkerung ab 75 Jahre berechnet.

Tab. 3.5: Versorgungsquoten der Kurzzeitpflege in den Versorgungsregionen

Versorgungsregion	Bevölkerung ab 75 Jahre	Anzahl der Kurzzeitpflegeplätze	Versorgungsquote*
Höchstadt	3.749	3 + (14)	0,8 – 4,5
Herzogenaurach	3.627	1 + (11)	0,3 – 3,3
Erlanger Land	6.693	3 + (9)	0,4 – 1,8
Gesamt	14.069	7 + (34)	0,5 – 2,9

* Plätze pro 1.000 Einwohner ab 75 Jahre

Quelle: Berechnung von MODUS-Sozialforschung zum Stichtag 31.12.2019

Bei den in der Tabelle ausgewiesenen Versorgungsquoten schneidet die Versorgungsregion „Höchstadt“ am besten ab. Hier resultiert mit einem Wert von 4,5 eine höhere Versorgungsquote als in der Region „Herzogenaurach“, für die sich ein Wert von 3,3 ergibt. Die Region „Erlanger Land“, in der lediglich 1,8 Kurzzeitpflegeplätze pro 1.000 Einwohner ab 75 Jahren zur Verfügung stehen, schneidet mit Abstand am schlechtesten ab.

Betrachtet man nur die ganzjährigen Kurzzeitpflegeplätze, schneidet ebenfalls die Versorgungsregion „Höchstadt“ besser ab als die anderen beiden Regionen. So resultiert hier eine Versorgungsquote von 0,8, während sich in der Region „Erlanger Land“ lediglich ein halb so hoher Wert von 0,4 und in der Region „Herzogenaurach“ ein noch niedrigerer Wert von 0,3 ganzjährigen Kurzzeitpflegeplätzen pro 1.000 Einwohner ab 75 Jahren ergibt.

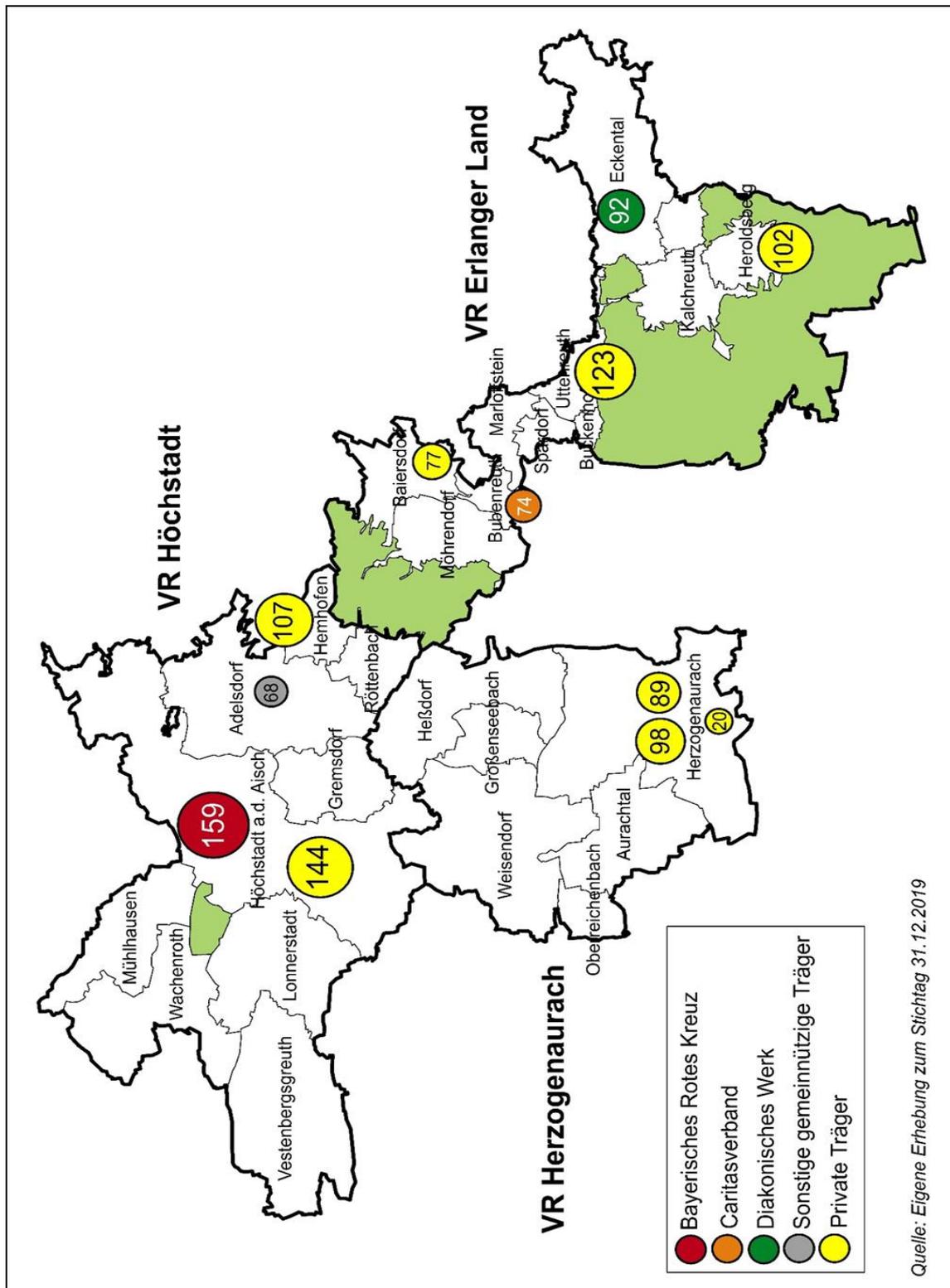
Anhand des Vergleichs der Versorgungsquoten kann somit festgestellt werden, dass der Landkreis Erlangen-Höchstadt im Nordwesten unabhängig davon, ob nur die „ganzjährigen“ oder zusätzlich auch die „zeitweise eingestreuten“ Plätze in die Betrachtung einbezogen werden, am besten mit Kurzzeitpflegeplätzen versorgt ist.

Es kann anhand des Vergleichs der Versorgungsquoten somit zusammenfassend festgestellt werden, dass sowohl im Bereich der Tagespflege als auch im Bereich der Kurzzeitpflege die Region „Höchstadt“ besser versorgt ist als die anderen beiden Regionen. Wie viele Plätze jedoch genau in den einzelnen Versorgungsregionen notwendig sind, um den Bedarf im Bereich der Tages- und Kurzzeitpflege vollständig abdecken zu können, ist von vielen Faktoren abhängig und muss deshalb durch eine differenzierte Bedarfsermittlung geklärt werden.

3.3.4 Stationäre Versorgungsstruktur in den einzelnen Versorgungsregionen

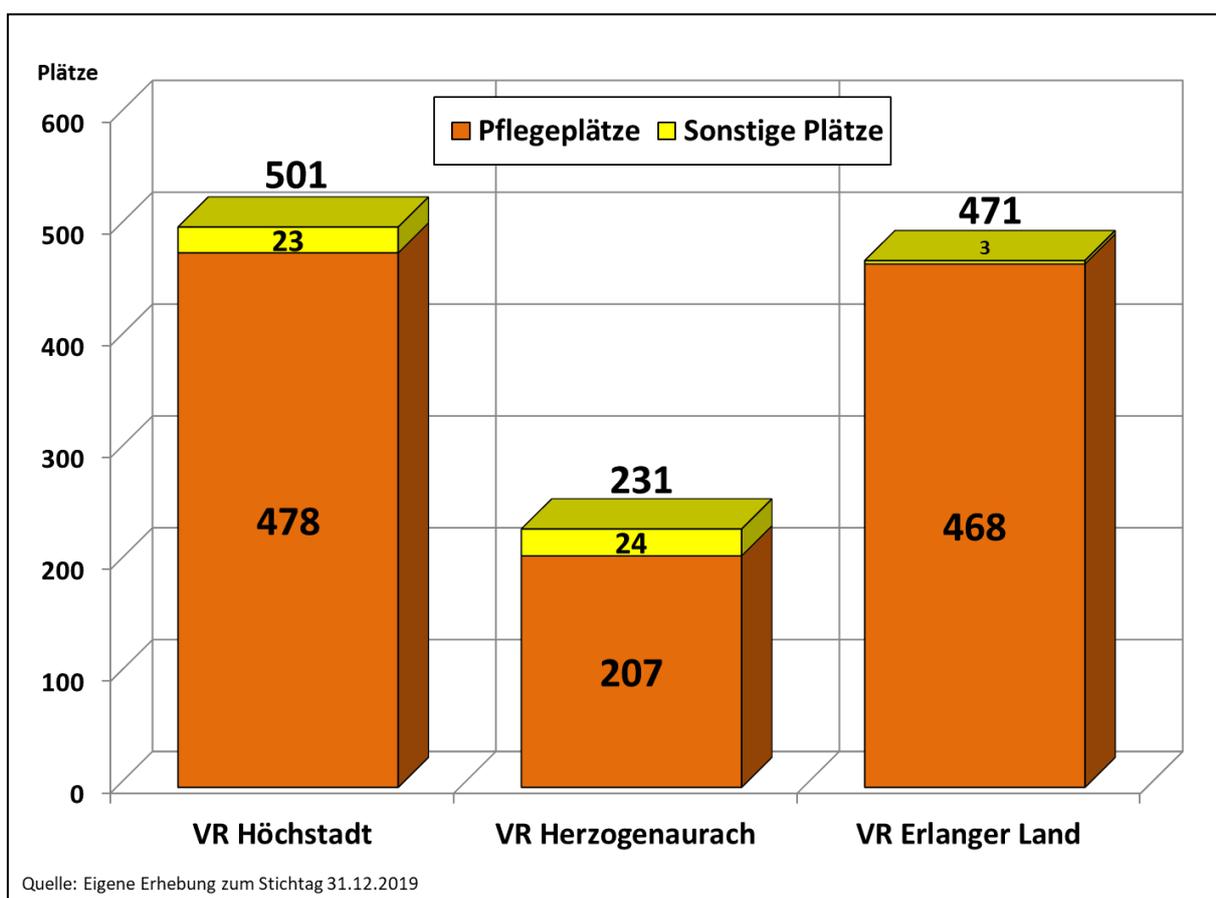
Wie für den ambulanten und teilstationären Sektor, soll auch für den vollstationären Bereich der Seniorenhilfe eine Analyse auf kleinräumiger Ebene durchgeführt werden. Zunächst soll auch hier anhand der folgenden kartographischen Darstellung ein Überblick über die regionale Verteilung der stationären Einrichtungen in den einzelnen Versorgungsregionen gegeben werden.

Abb. 3.7: Vollstationäre Pflegeplätze im Landkreis Erlangen-Höchstadt



Wie aus der kartographischen Abbildung zu erkennen ist, sind die zwölf vorhandenen Einrichtungen nicht gleichmäßig über den Landkreis verteilt. Lediglich im östlichen Landkreis zeigt sich mit fünf vorhandenen Einrichtungen eine relativ gleichmäßige stationäre Versorgungsstruktur. In den anderen Versorgungsregionen konzentriert sich das stationäre Angebot auf die größeren Städte. So befinden sich die zwei größten der vier im nordwestlichen Landkreis vorhandenen Einrichtungen in der Stadt Höchststadt und im südwestlichen Landkreis konzentrieren sich alle vorhandenen Einrichtungen auf die Stadt Herzogenaurach. Die folgende Abbildung zeigt die stationären Platzkapazitäten in den einzelnen Versorgungsregionen.

Abb. 3.8: Bestand an Pflegeheimplätzen nach Versorgungsregionen

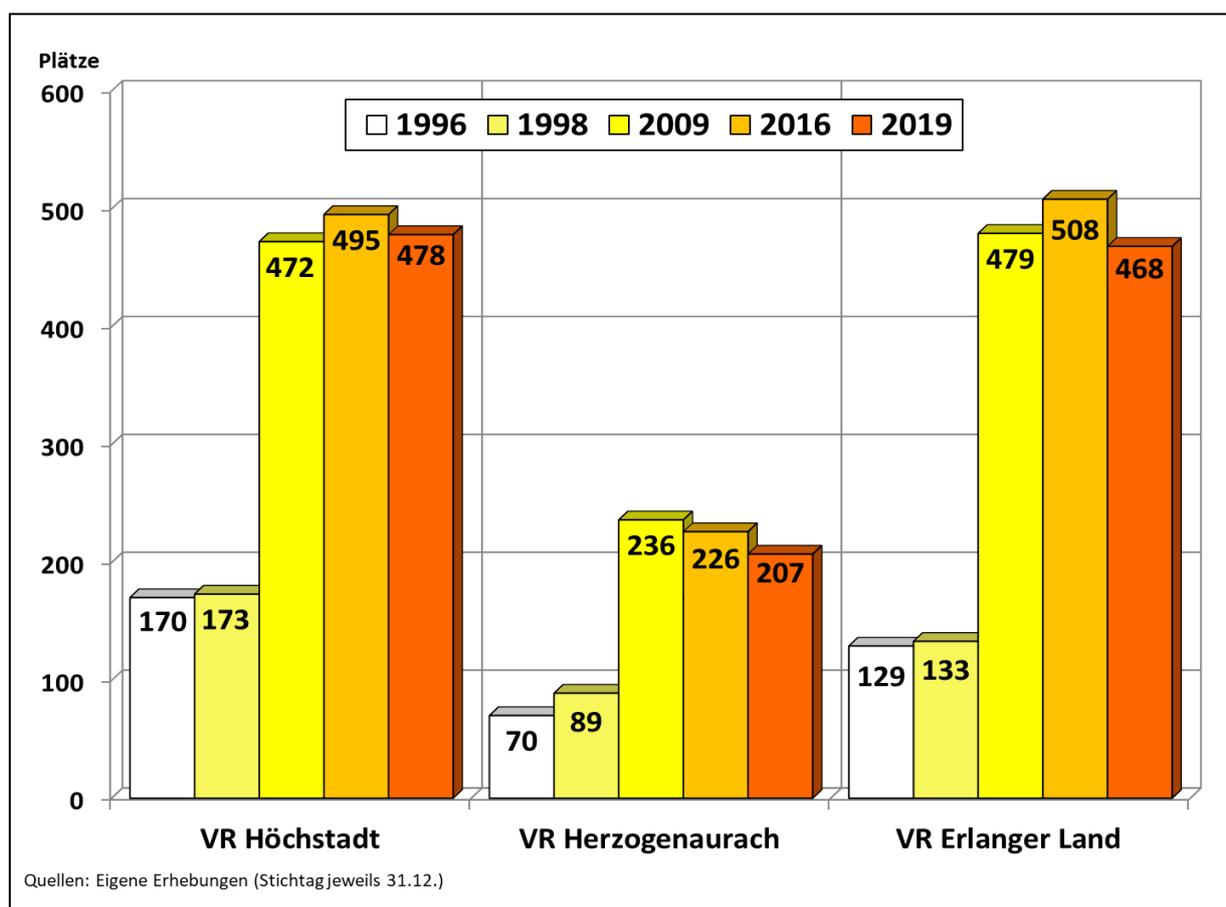


Mit einer Zahl von insgesamt 501 Plätzen stehen in der nordwestlichen Versorgungsregion „Höchstadt“ die meisten stationären Plätze zur Verfügung, gefolgt von der Versorgungsregion „Erlanger Land“ mit insgesamt 471 Plätzen und die Versorgungsregion „Herzogenaurach“ stellt mit nur 231 stationären Plätzen mit Abstand das „Schlusslicht“ dar.

Für die Beurteilung der Pflegeinfrastruktur ist jedoch weniger die Gesamtzahl der Plätze in stationären Einrichtungen interessant, sondern vielmehr die vollstationären Pflegeplätze.

Hier liegt die Versorgungsregion „Erlanger Land“ mit 468 Plätzen knapp hinter der Versorgungsregion „Höchstadt“ mit 478 stationären Pflegeplätzen. In der Versorgungsregion „Herzogenaurach“ stehen dagegen weniger als halb so viele Plätze zur Verfügung. Da in der Versorgungsregion „Höchstadt“ wesentlich weniger Menschen leben als in der Region „Erlanger Land“, kann bereits ohne weitere Berechnung festgestellt werden, dass diese Region besser als die anderen Regionen mit stationären Pflegeplätzen versorgt ist. Die unterschiedliche regionale Versorgungsstruktur lässt sich durch die Berechnung von spezifischen Versorgungsquoten konkret beziffern. Bevor diese Berechnungen durchgeführt werden, soll zunächst jedoch die Pflegeplatzentwicklung seit 1996 in den einzelnen Versorgungsregionen anhand der folgenden Abbildung dargestellt werden.

Abb. 3.9: Entwicklung der Pflegeplätze nach Versorgungsregionen



Wie die Abbildung zeigt, hat die Pflegeplatzzahl von 1998 bis 2009 in allen Versorgungsregionen sehr stark zugenommen und danach haben sich die Platzzahlen nur noch geringfügig verändert. Berechnet man die Steigerungsraten innerhalb des Beobachtungszeitraumes ereignete sich der höchste Anstieg in der Versorgungsregion „Erlanger Land“ mit einer Steigerungsrates von 263%, während in den anderen beiden Versorgungsregionen lediglich Steigerungsrates von 195% und 181% resultieren.

Die folgende Tabelle zeigt die Versorgungsquoten, die sich, bezogen auf die Bevölkerung ab 80 Jahre als Hauptzielgruppe von vollstationären Pflegeplätzen, in den einzelnen Versorgungsregionen ergeben.

Tab. 3.6: Stationäre Versorgungsquoten in den Versorgungsregionen

Versorgungsregion	Bevölkerung ab 80 Jahre	Anzahl der Pflegeplätze	Versorgungsquote*
Höchstadt	2.137	478	22,4
Herzogenaurach	2.067	207	10,0
Erlanger Land	3.814	468	12,3
Gesamt	8.018	1.153	14,4

* Pflegeplätze pro 100 Einwohner ab 80 Jahre

Quelle: Berechnung von MODUS-Sozialforschung zum Stichtag 31.12.2019

Bei dem Vergleich der regionalen Versorgungsquoten zeigt sich, dass die Versorgungsregion „Höchstadt“ mit sehr großem Abstand am besten mit stationären Pflegeplätzen ausgestattet ist. Hier stehen pro 100 Einwohner ab 80 Jahren 22,4 Pflegeplätze zur Verfügung, während die Versorgungsregion „Erlanger Land“ lediglich auf einen Wert von 12,3 Plätzen kommt und in der Versorgungsregion „Herzogenaurach“ mit einem Wert von 10 Pflegeplätzen pro 100 Einwohner ab 80 Jahren die niedrigste Versorgungsquote resultiert.

Bei einem Vergleich mit dem Landkreisdurchschnitt ist dementsprechend festzustellen, dass die Versorgungsregion „Höchstadt“ erheblich über dem Durchschnittswert liegt, während die Versorgung mit Pflegeplätzen in der Region „Herzogenaurach“ und auch in der Region „Erlanger Land“ (trotz des starken Zuwachses an stationären Pflegeplätzen seit den 90er Jahren) unter dem Landkreisdurchschnitt liegt.

3.3.5 Zusammenfassung der Ergebnisse der kleinräumigen Bestandsanalyse

Zur Erhöhung der Übersichtlichkeit werden die Ergebnisse der kleinräumigen Bestandsanalyse anhand der für die einzelnen Bereiche der Seniorenhilfe ermittelten Versorgungsquoten in folgender Tabelle zusammengefasst.

Tab. 3.7: Vergleich der Versorgungsregionen anhand der Versorgungsquoten

	VR Höchstadt	VR Herzogenaurach	VR Erlanger Land
Ambulante Pflege	∅	∅	∅
Tagespflege */**	++ / ++	+ / ∅	-- / --
Kurzzeitpflege */**	++ / ++	-- / -	- / --
Stationäre Pflege	++ / ++	--	-

* = nur Plätze in Tagespflegeeinrichtungen / ** = einschließlich „stationäre Tagespflegeplätze“

* = nur „ganzjährige“ Kurzzeitpflegeplätze / ** = einschließlich „zeitweise eingestreute“ Plätze

++ = erheblich über dem Landkreisdurchschnitt (> 20%); + = leicht über dem Landkreisdurchschnitt (5 bis 20%);

∅ = entspricht etwa dem Landkreisdurchschnitt (< 5%); - = leicht unter dem Landkreisdurchschnitt (5 bis 20%);

-- = erheblich unter dem Landkreisdurchschnitt (> 20%).

Quelle: Berechnungen von MODUS-Sozialforschung 2020

Vergleicht man die einzelnen Versorgungsregionen anhand des Landkreisdurchschnitts, so stellt sich heraus, dass die Versorgungsregion „Höchstadt“ in den Bereichen der vollstationären- und teilstationären Pflege erheblich über dem Landkreisdurchschnitt liegt und im Bereich ambulanten Pflege eine durchschnittliche Versorgung aufzuweisen hat.

Die Versorgungsregion „Herzogenaurach“ liegt dagegen in den Bereichen der vollstationären Pflege und der Kurzzeitpflege erheblich unter dem Landkreisdurchschnitt und im Bereich der Tagespflege leicht über dem Landkreisdurchschnitt

Die Versorgungsregion „Erlanger Land“ liegt in den Bereichen der vollstationären- und teilstationären Pflege zum Teil erheblich über dem Landkreisdurchschnitt und hat nur im Bereich der ambulanten Pflege eine durchschnittliche Versorgung aufzuweisen.

Es lassen sich aufgrund der vergleichenden Bestandsanalyse damit erste Trends zur regionalen Versorgungsstruktur in den einzelnen Bereichen der Seniorenhilfe im Landkreis Erlangen-Höchstadt ableiten. Ob es sich allerdings um eine bedarfsgerechte Versorgungsstruktur handelt, wenn eine Region über dem Landkreisdurchschnitt liegt, oder ob bereits der Landkreisdurchschnitt dafür ausreicht, kann nicht ohne die Durchführung einer fundierten Bedarfsermittlung für die einzelnen Bereiche der Seniorenhilfe endgültig entschieden werden (vgl. Kap. 6.).

4. Demographische Entwicklung

4.1 Vorbemerkung

Zahl und Struktur der älteren Bevölkerung haben eine entscheidende Bedeutung für die Ermittlung des Bedarfs im ambulanten, teilstationären und vollstationären Bereich der Seniorenhilfe. Sie bilden eine wesentliche Grundlage für die Berechnung der notwendigen Pflegekräfte und Plätze in den verschiedenen Diensten und Einrichtungen der Seniorenhilfe. Für die Abschätzung des Bedarfs im Bereich der Seniorenhilfe ist deshalb die detaillierte, wissenschaftlich korrekte Beschreibung der zukünftigen Bevölkerungsentwicklung sehr wichtig. Da die demographische Entwicklung von verschiedenen Faktoren abhängig ist, müssen der Vorausschätzung möglichst realitätsgetreue Annahmen zur Entwicklung der maßgeblichen Parameter zugrunde gelegt werden. Bei der Bedarfsermittlung im Bereich der Seniorenhilfe stehen in erster Linie die demographische Struktur der Seniorenbevölkerung und deren zukünftige Entwicklung im Mittelpunkt. Dementsprechend stellen für diese Personengruppe die Parameter Mortalität und Migration die wichtigste Grundlage der Bevölkerungsprojektion dar. Da mit Hilfe einer realitätsnahen Bevölkerungsprojektion sowohl festzustellen ist, wie sich in den nächsten Jahren Zahl und Anteil der älteren Menschen ab 65 Jahren entwickeln wird, als auch wie die Entwicklung der hochbetagten Menschen verlaufen wird, sind die Planungsträger frühzeitig in der Lage, den entsprechenden Institutionen der Seniorenhilfe Planungshilfen an die Hand zu geben, die es ihnen ermöglichen, mit entsprechenden Angeboten auf die demographische Entwicklung zu reagieren, d.h. es wird für die Anbieter eine längerfristige Planung der Angebotspalette ermöglicht.

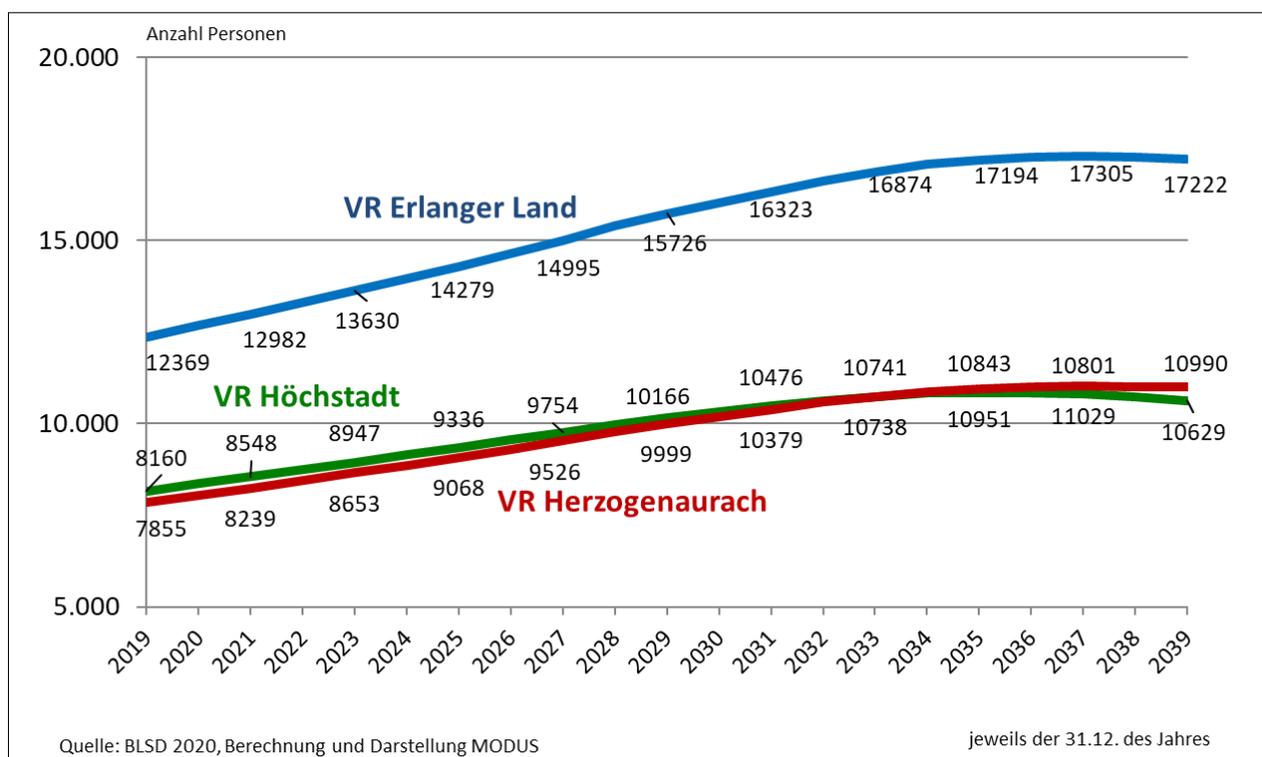
Die Berechnung der kleinräumigen Bevölkerungsprojektion wurde unter Verwendung zahlreicher Parameter (Fertilität, Mortalität, Migration, Bautätigkeit etc.) nach der Komponentenmethode durchgeführt. Grundlage sind die Daten der amtlichen Statistik hinsichtlich der relevanten Parameter. Somit sind nicht nur Aussagen über den Gesamtlandkreis, sondern auch Aussagen auf kleinräumiger Ebene sowie für spezifische Altersgruppen möglich.

Im Folgenden werden die Ergebnisse der Bevölkerungsentwicklung für die relevanten Bevölkerungsgruppen der Seniorenhilfe für die drei gebildeten Versorgungsregionen dargestellt.

4.2 Bevölkerungsprojektion für die drei Versorgungsregionen im Landkreis Erlangen-Höchstadt

Die Entwicklung der Personen ab 65 Jahren ist für die drei Versorgungsregionen in der folgenden Abbildung dargestellt.

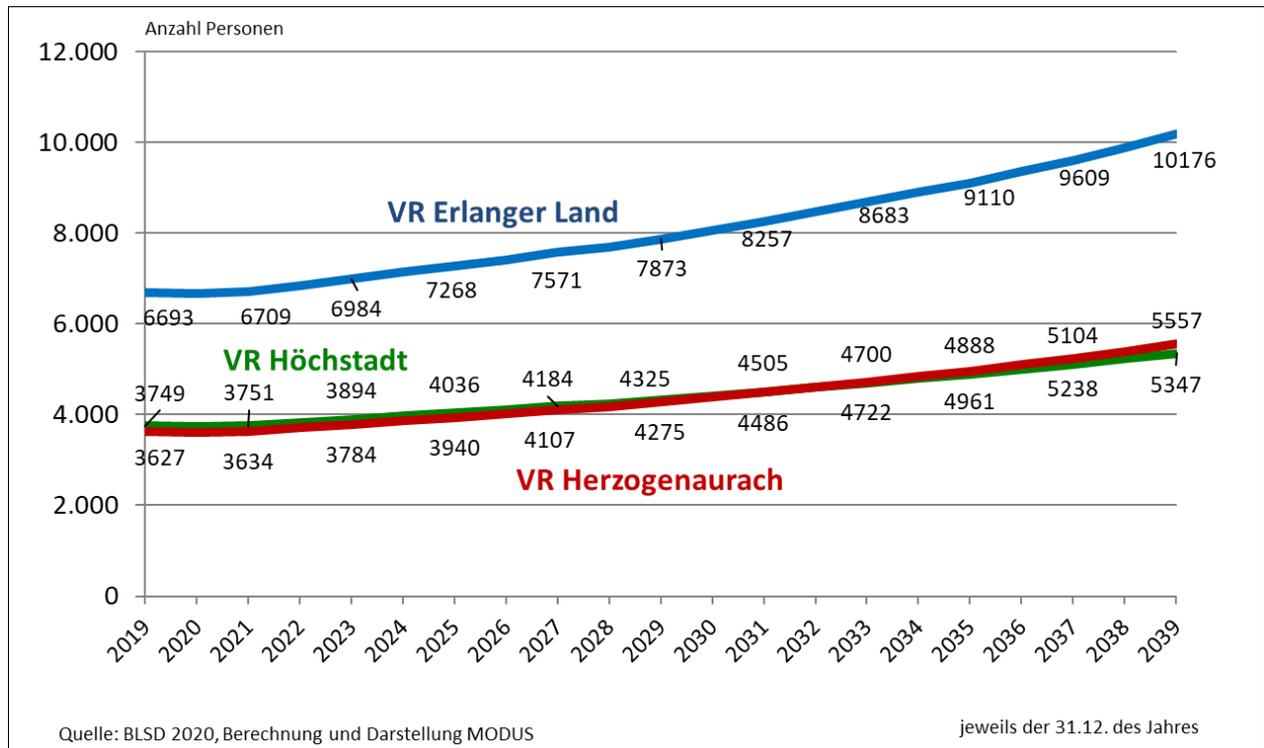
Abb. 4.1: Entwicklung der Bevölkerung ab 65 Jahren bis zum Jahr 2039 in den einzelnen Versorgungsregionen



In allen drei Versorgungsregionen sind deutliche Zuwächse bei der Bevölkerung ab 65 Jahren in den kommenden Jahren zu erwarten. Bis zum Jahr 2039 steigt die Bevölkerung ab 65 Jahren in der Versorgungsregion Erlanger Land von 12.369 Personen auf 17.222 Personen an, was einer Steigerung um 39,2% entspricht. In der Versorgungsregion Höchststadt nimmt die Zahl der Personen ab 65 Jahren ebenfalls bis zum Jahr 2039 zu, und zwar um 30,3%. In der Versorgungsregion Herzogenaurach liegt die Zunahme bei 39,9%.

Neben der Bevölkerung ab 65 Jahren als Zielgruppe für die ambulante Versorgung ist auch die Entwicklung der Personen ab 75 Jahren als Hauptzielgruppe für die teilstationäre Versorgung von Bedeutung. Die folgende Abbildung beschreibt die Entwicklung dieser Bevölkerungsgruppe für die vier Versorgungsregionen des Landkreises Erlangen-Höchstadt.

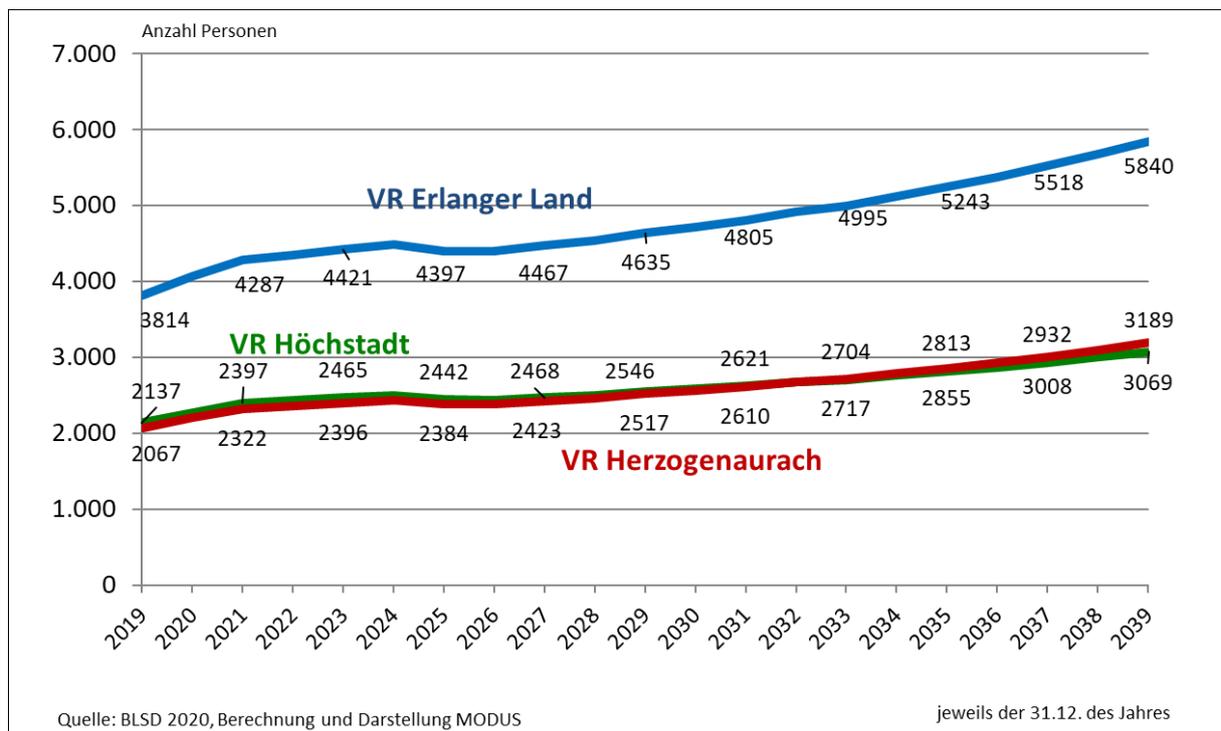
Abb. 4.2: Entwicklung der Bevölkerung ab 75 Jahren bis zum Jahr 2039 in den einzelnen Versorgungsregionen



Bei den Personen ab 75 Jahren ist in allen Versorgungsregionen eine deutliche Zunahme zu verzeichnen. Der Anstieg liegt in der Versorgungsregion Erlanger Land bei 52,0%. In den Versorgungsregionen Höchststadt und Herzogenaurach ist eine sehr ähnliche Entwicklung in der Altersgruppe ab 75 Jahren bis zum Jahr 2039 zu prognostizieren. In der Versorgungsregion Höchststadt liegt der Zuwachs bei 42,6% und in der Versorgungsregion Herzogenaurach bei 53,2%. Aufgrund der Tatsache, dass die Geburten in den letzten Kriegsjahren des 2. Weltkrieges und danach deutlich zurückgegangen sind, bleiben in den Anfangsjahren der Prognose die Bevölkerungszahlen in den Jahren von 2019 bis 2021 bei den ab 75-Jährigen auf dem gleichen Niveau.

Ebenfalls von näherem Interesse für die Seniorenhilfeplanung ist die Bevölkerung ab 80 Jahren als Hauptzielgruppe für die stationäre Versorgung. Die Entwicklung dieser Personengruppe in den vier Versorgungsregionen des Landkreises Erlangen-Höchstadt ist in der folgenden Abbildung dargestellt.

Abb. 4.3: Entwicklung der Bevölkerung ab 80 Jahren bis zum Jahr 2039 in den einzelnen Versorgungsregionen



Die Bevölkerung ab 80 Jahren als Hauptzielgruppe der vollstationären Versorgung wird im Landkreis Erlangen-Höchstadt voraussichtlich ebenfalls deutlich zunehmen. Insgesamt ist von 2019 bis zum Jahr 2039 in der Versorgungsregion Höchststadt mit einer Steigerung um 43,6% zu rechnen. Die Steigerung in der Versorgungsregion Herzogenaurach liegt bei 54,3%. In der Versorgungsregionen Erlanger Land ist mit einer Steigerung um 53,1% zu rechnen.

Auf der Basis der nach Altersgruppen und Geschlecht differenzierten Ergebnisse der Bevölkerungsprojektion wurde die nachfolgende Berechnung der zukünftigen Entwicklung der pflegebedürftigen älteren Menschen durchgeführt, die wiederum die Grundlage der Bedarfsprognosen für die einzelnen Bereiche der Seniorenhilfe darstellt.

5. Entwicklung der pflegebedürftigen älteren Menschen

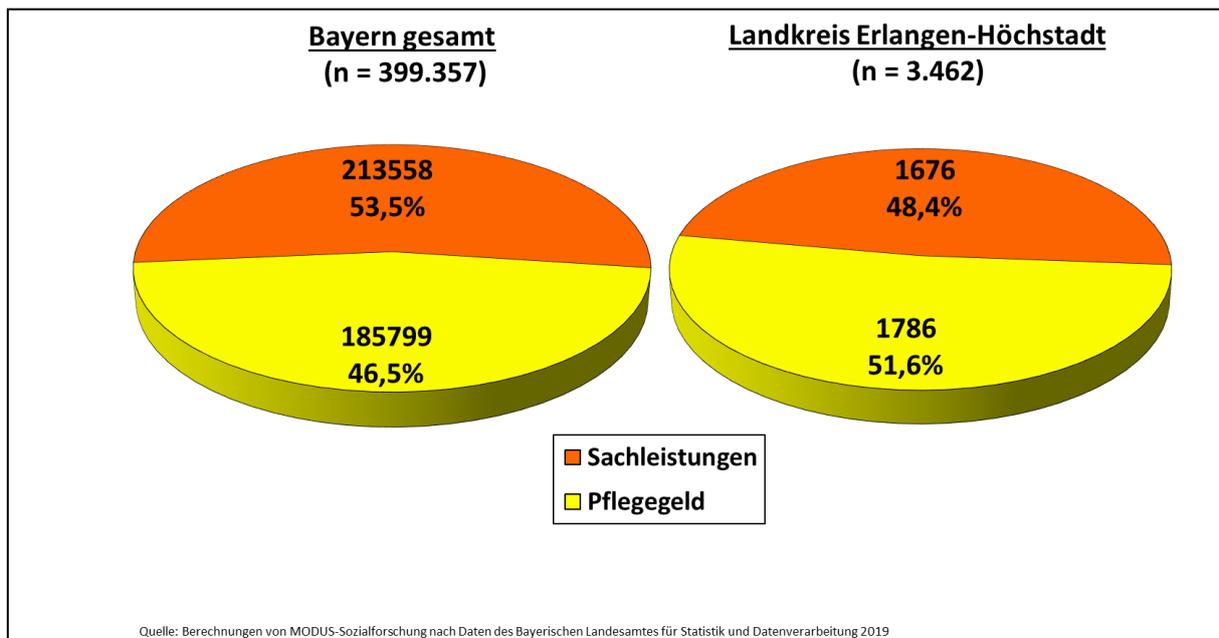
5.1 Vorbemerkung

Bis Mitte der 90er Jahre wurde der Pflegebedarf noch auf der Grundlage von Repräsentativerhebungen abgeschätzt. Durch die Einführung der gesetzlichen Pflegeversicherung im Jahre 1996 hat sich die Situation entscheidend geändert, denn bevor eine Person als pflegebedürftig anerkannt wird und Leistungen nach dem Pflegeversicherungsgesetz erhält, muss sie sich einer Untersuchung des *Medizinischen Dienstes der Krankenkassen (MDK)* unterziehen. Es existieren somit seit 1996 Zahlen zur Pflegebedürftigkeit, die auf der Grundlage medizinischer Untersuchungen basieren und somit den Ergebnissen von Repräsentativerhebungen vorzuziehen sind.

5.2 Pflegebedürftige Menschen im Landkreis Erlangen-Höchstadt im bayerischen Vergleich

Laut den aktuellen Begutachtungsdaten des *MDK Bayern* leben im Landkreis Erlangen-Höchstadt insgesamt 3.462 als pflegebedürftig anerkannte Menschen. Die folgende Abbildung zeigt diese Pflegebedürftigen nach Leistungsart im Vergleich zu Gesamtbayern.

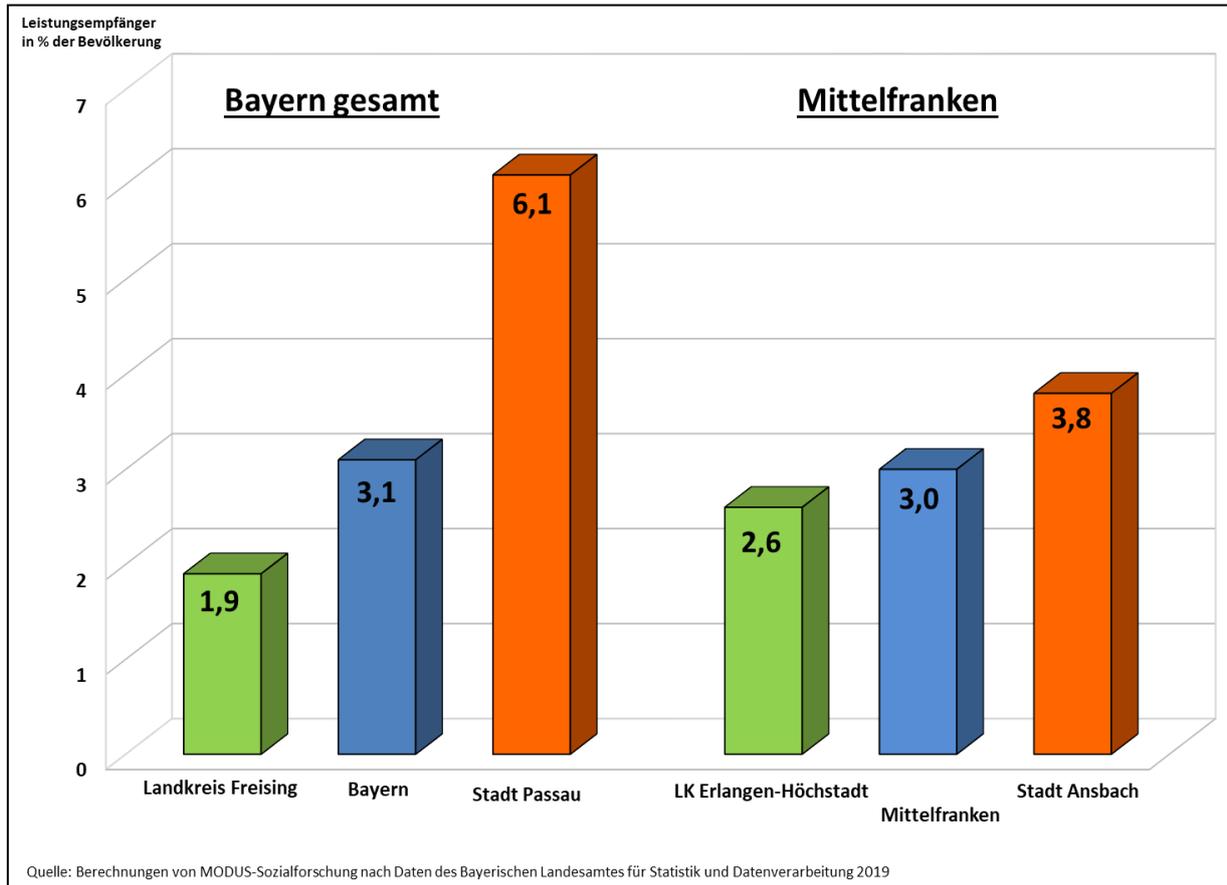
Abb. 5.1: Pflegebedürftige nach Leistungsart im Vergleich



Wie die Abbildung zeigt, liegt der Anteil der Pflegegeldempfänger im Landkreis Erlangen-Höchstadt mit fast 52% deutlich über und dementsprechend der Anteil der Sachleistungsempfänger mit nur rund 48% deutlich unter dem bayerischen Durchschnitt.

Auch wenn man die Gesamtzahl der Leistungsempfänger auf die jeweilige Bevölkerung bezieht, liegt der Anteil der Leistungsempfänger im Landkreis Erlangen-Höchstadt unter dem bayerischen Durchschnitt, wie der folgende Vergleich zeigt.

Abb. 5.2: Anteil der Leistungsempfänger an der Bevölkerung im Vergleich



Während sich der linke Teil der Abbildung auf die Regionen mit dem höchsten und dem niedrigsten Anteil an Leistungsempfängern an der Bevölkerung im Vergleich zum bayerischen Durchschnitt bezieht, zeigt der rechte Teil der Abbildung den entsprechenden Wert im Landkreis Erlangen-Höchstadt im Vergleich mit den mittelfränkischen Regionen.

Im Landkreis Erlangen-Höchstadt ergibt sich mit einem Anteil von 2,6% Leistungsempfängern an der Bevölkerung nicht nur ein deutlich niedrigerer Wert als in Gesamt-Bayern mit 3,1% oder Gesamt-Mittelfranken mit 3,0%, sondern auch der niedrigste Wert aller Landkreise und kreisfreien Städte in Mittelfranken.

5.3 Entwicklung der pflegebedürftigen älteren Menschen im Landkreis Erlangen-Höchstadt

Der weitaus größte Teil der 3.462 anerkannten Pflegebedürftigen setzt sich aus der älteren Bevölkerung zusammen. Mit einer Zahl von 2.707 sind 78,2% der anerkannten Pflegebedürftigen 65 Jahre oder älter. Im Alter ab 75 Jahren sind 2.323 Personen, was einem Anteilswert von 67,1% entspricht. Da die älteren Menschen ab 65 bzw. 75 Jahren die Hauptzielgruppe für die institutionelle Seniorenhilfe darstellen, müssen die Bedarfsermittlungen für die verschiedenen Pflegedienste und Einrichtungen auf der Basis der genannten Zahlen durchgeführt werden.

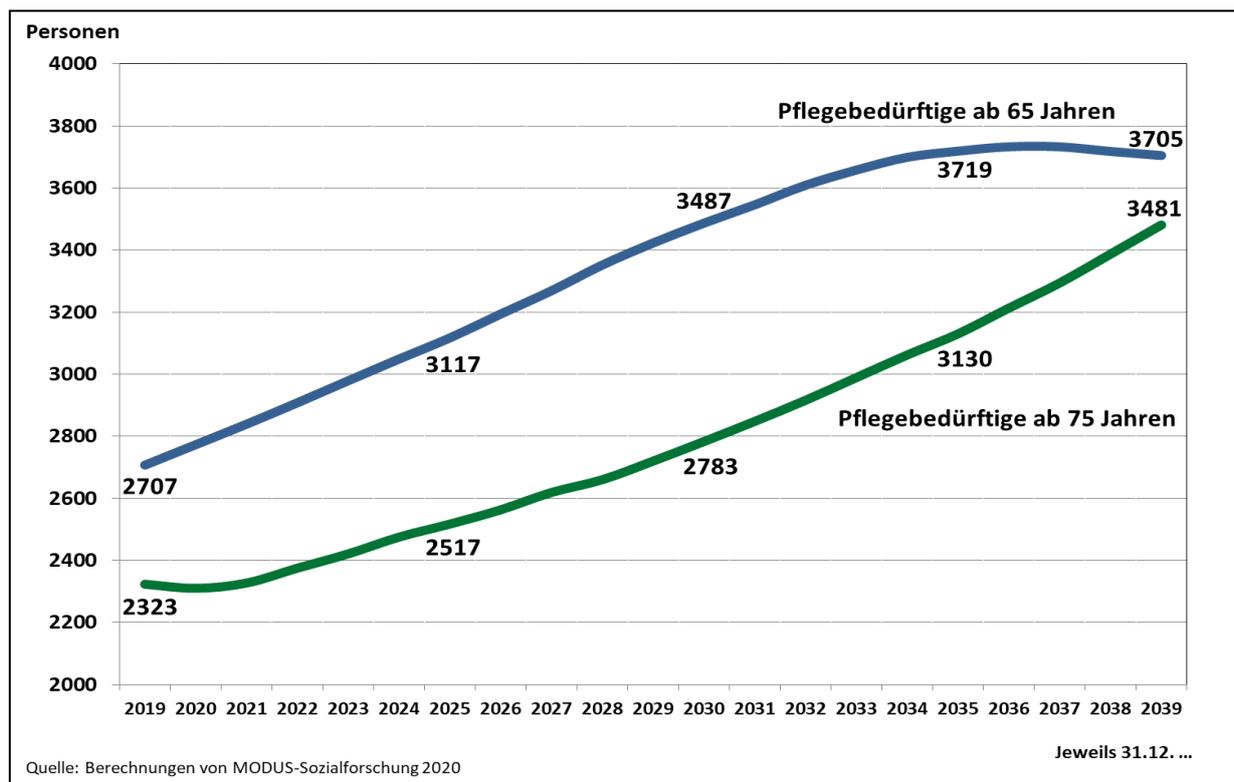
Um im Rahmen des vorliegenden Gutachtens nicht nur eine Status-Quo-Aussage zu treffen, sondern gleichzeitig den Pflegediensten und Einrichtungen auch eine gewisse Planungssicherheit an die Hand zu geben, soll zusätzlich eine Bedarfsprognose durchgeführt werden. Für eine fundierte Bedarfsprognose ist abzuschätzen, wie die zahlenmäßige Entwicklung der pflegebedürftigen älteren Menschen zukünftig verlaufen wird.

Die Grundlage für eine derartige Prognose bilden neben den Pflegebedürftigkeitsdaten die Ergebnisse der Bevölkerungsprojektion für den Landkreis Erlangen-Höchstadt. Dabei ist allerdings zu berücksichtigen, dass nicht nur die Zahl, sondern auch der Anteil der nach dem Pflegeversicherungsgesetz als pflegebedürftig anerkannten Menschen an der älteren Bevölkerung in den bayerischen Regionen sehr unterschiedlich ist.

Für diese Tatsache können verschiedene Gründe verantwortlich sein. Es ist jedoch davon auszugehen, dass die unterschiedlichen Anteile weniger darauf zurückzuführen sind, dass in bestimmten Regionen das Risiko der Pflegebedürftigkeit stärker ausgeprägt ist als in anderen Gebieten, sondern dass der Grund eher in einer regional unterschiedlichen Begutachtungspraxis liegt. Eine bloße Fortschreibung der aktuellen Pflegebedürftigkeitsdaten aufgrund der Bevölkerungsentwicklung würde somit dazu führen, dass in einigen Regionen der zukünftige Pflegebedarf langfristig überschätzt, in anderen Gebieten dagegen unterschätzt wird. Um diese Gefahr zu minimieren, wurde den folgenden Berechnungen deshalb die Annahme zugrunde gelegt, dass sich die Anteile der pflegebedürftigen Menschen der einzelnen Pflegegrade in den jeweiligen Altersgruppen im Laufe des Prognosezeitraums langsam den bayernweiten Durchschnittswerten annähern.

Bei der in folgender Abbildung dargestellten quantitativen Entwicklung der pflegebedürftigen Menschen ab 65 bzw. 75 Jahren werden somit Verzerrungen, die durch eine unterschiedliche regionale Begutachtungspraxis entstehen, im Zeitablauf sukzessive reduziert.

Abb. 5.3: Entwicklung der als pflegebedürftig anerkannten Menschen ab 65 bzw. 75 Jahren bis zum Jahr 2039



Wie die Abbildung zeigt, wird die Zahl der pflegebedürftigen Menschen ab 65 Jahren im Landkreis Erlangen-Höchstadt bis zum Jahr 2035 kontinuierlich ansteigen, danach aber voraussichtlich wieder leicht zurückgehen. Insgesamt ergibt sich bis zum Ende des Projektionszeitraumes für die Pflegebedürftigen ab 65 Jahren im Landkreis Erlangen-Höchstadt voraussichtlich ein Anstieg auf 3.705 Personen, was einer Zunahme um fast 37% entspricht.

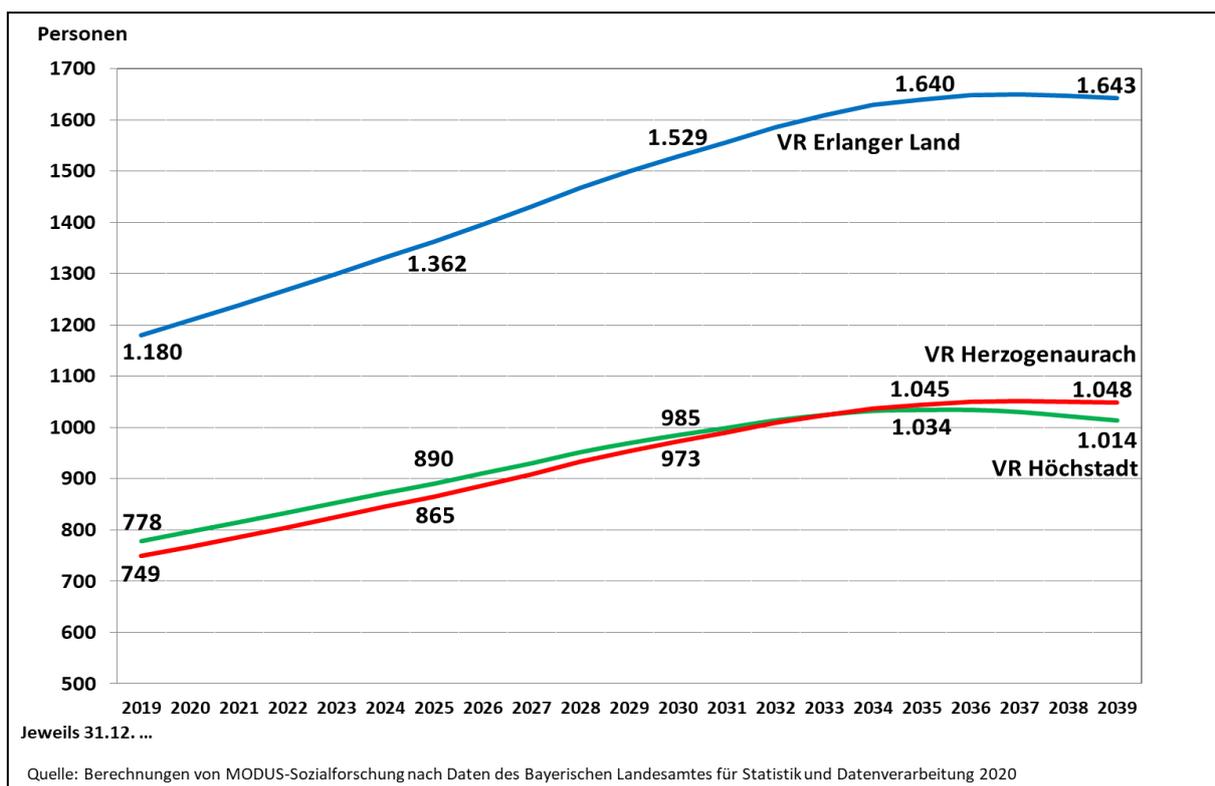
Wie die Abbildung ebenfalls zeigt, ist bei den betagten Pflegebedürftigen ab 75 Jahren zunächst ein leichter Rückgang, danach bis zum Jahr 2038 aber ein sehr starker Anstieg auf voraussichtlich 3.481 Personen zu erwarten. Insgesamt beträgt die Steigerung der pflegebedürftigen Menschen ab 75 Jahren bis zum Jahr 2039 gegenüber den Ausgangsdaten damit fast 50%.

Diese Entwicklung wird sich auf den künftigen Bedarf an institutionalisierten Pflegeleistungen im Landkreis Kitzingen auswirken. Im Folgenden soll nun anhand von kleinräumigen Prognosen untersucht werden, ob sich hierbei Unterschiede in den verschiedenen Versorgungsregionen zeigen.

5.4 Entwicklung der pflegebedürftigen älteren Menschen in den einzelnen Versorgungsregionen

Genauso wie bei der Bedarfsprognose für den gesamten Landkreis Erlangen-Höchstadt ist auch bei den kleinräumigen Bedarfsprognosen für die definierten Versorgungsregionen von entscheidender Bedeutung, wie die zahlenmäßige Entwicklung der pflegebedürftigen älteren Menschen zukünftig verlaufen wird. Es müssen deshalb auch für die einzelnen Versorgungsregionen entsprechende Berechnungen durchgeführt werden, wie sich die Zahl der pflegebedürftigen Menschen voraussichtlich entwickeln wird. Die folgende Abbildung zeigt zunächst, wie die Entwicklung der anerkannten pflegebedürftigen Menschen ab 65 Jahren in den einzelnen Versorgungsregionen voraussichtlich verlaufen wird.

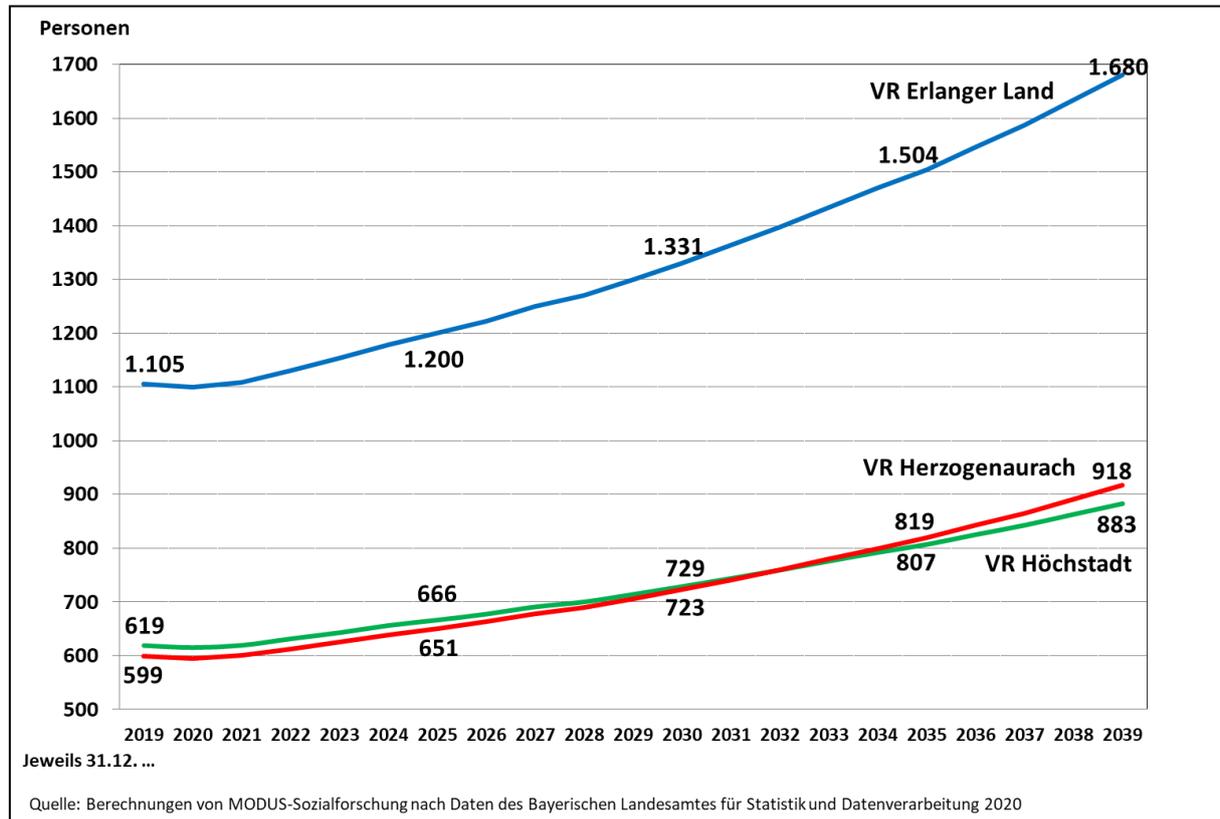
Abb. 5.4: Entwicklung der als pflegebedürftig anerkannten Menschen ab 65 Jahren in den einzelnen Versorgungsregionen



Auf den ersten Blick scheinen sich in den verschiedenen Versorgungsregionen nur geringfügige Unterschiede zu zeigen, was die zukünftige Entwicklung der pflegebedürftigen Menschen ab 65 Jahren betrifft. Vergleicht man jedoch die Steigerungsraten, die sich für die einzelnen Regionen ergeben, werden zum Teil beträchtliche Unterschiede deutlich. So ist in der Versorgungsregion „Höchstadt“ bis Ende des Jahres 2039 mit nur rund 30% eine deutlich geringere Zunahme als in den beiden anderen Versorgungsregionen zu erwarten, da die pflegebedürftigen Menschen ab 65 Jahren hier voraussichtlich um rund 40% bzw. 39% ansteigen werden.

Folgende Abbildung zeigt, wie sich die Gruppe der anerkannten pflegebedürftigen Menschen ab 75 Jahren in den einzelnen Versorgungsregionen voraussichtlich entwickeln wird.

Abb. 5.5: Entwicklung der als pflegebedürftig anerkannten Menschen ab 75 Jahren in den einzelnen Versorgungsregionen



Wie die Abbildung zeigt, ist bezüglich der pflegebedürftigen Menschen ab 75 Jahren in den nächsten Jahren ein anderer Verlauf als bei den jüngeren Senioren ab 65 Jahren zu erwarten. So ergibt sich hier in der Versorgungsregion „Herzogenaurach“ bis zum Jahr 2039 eine Zuwachsrate von über 53% und auch in der Region „Erlanger Land“ fällt der entsprechende Wert mit rund 52% sehr hoch aus, während die Zahl der pflegebedürftigen Menschen ab 75 Jahren in der Region „Höchstadt“ bis Ende des Jahres 2039 voraussichtlich um weniger als 43% ansteigen wird.

Es ist somit festzustellen, dass die Zahl der betagten pflegebedürftigen Menschen in allen Versorgungsregionen ansteigen wird, wobei dieser Anstieg allerdings in den einzelnen Regionen sehr unterschiedlich ausgeprägt ist. Die im folgenden Abschnitt dargestellten Bedarfsprognosen zeigen, welche Auswirkungen diese Entwicklung auf die verschiedenen Bereiche der Seniorenhilfe haben wird.

6. Bedarfsermittlung und Bedarfsprognose

6.1 Vorbemerkungen zu den Substitutionswirkungen zwischen den einzelnen Pflegebereichen

Im Rahmen des vorliegenden Berichtes werden für die Bereiche der ambulanten, teilstationären und vollstationären Pflege aktuelle Bedarfsanalysen durchgeführt. Darüber hinaus werden für die genannten Bereiche auf der Grundlage der zukünftigen Bevölkerungsentwicklung und der vorliegenden Daten zur Pflegebedürftigkeit langfristige Bedarfsprognosen bis zum Jahr 2039 erstellt, die den Trägern der vorhandenen Pflegedienste und Einrichtungen eine gewisse Planungssicherheit bieten können. Bei diesen Bedarfsprognosen wurde der aktuelle wissenschaftliche Kenntnisstand über die zukünftige Entwicklung der Pflegeinfrastruktur so weit wie möglich berücksichtigt. Neben der veränderten Bedürfnisstruktur der älteren Menschen wird die zukünftige Entwicklung auch wesentlich von der Gesetzgebung beeinflusst. So gibt der im Pflegeversicherungsgesetz deutlich formulierte Grundsatz „ambulant und teilstationär vor vollstationär“ die Prioritätensetzung im Bereich der Seniorenhilfe vor.

Die dargestellten Bedarfsprognosen orientieren sich an diesem Grundsatz. Dementsprechend wurde bei der Bedarfsprognose für den Bereich der ambulanten Pflege eine kontinuierliche Erhöhung der Versorgungsquote zugrunde gelegt. Das Gleiche gilt für den teilstationären Bereich der Seniorenhilfe. Um dem Anspruch einer praxisorientierten Bedarfsermittlung gerecht werden zu können, wurde auch hier von einer kontinuierlichen Erhöhung der Inanspruchnahme ausgegangen, da sich der teilstationäre Bereich im Bundesland Bayern derzeit noch im Aufbaustadium befindet.

Der vollstationäre Bereich der Seniorenhilfe ist dagegen im Bundesland Bayern schon sehr stark ausgebaut. Seit der Einführung der zweiten Stufe der gesetzlichen Pflegeversicherung im Jahr 1996 wandelten die Träger der stationären Einrichtungen ihre immer weniger nachgefragten Rüstigen- und Wohnplätze in Pflegeplätze um. Dadurch wurden insbesondere in den Jahren 1996 bis 2010 relativ viele zusätzliche Pflegeplätze geschaffen. In dieser Zeit drängten auch verstärkt relativ viele private Anbieter auf den Markt und bauten neue stationäre Einrichtungen, wodurch sich eine demographieunabhängige Steigerung der Inanspruchnahme der stationären Pflege ergab.

Nach dem massiven Ausbau der stationären Pflegeplätze war danach eine weitgehende Stagnation im Bereich der stationären Pflege festzustellen und seit Einführung der Pflegestärkungsgesetze und insbesondere der Neudefinition des Pflegebedürftigkeitsbegriffes Anfang des Jahres 2017 ist nun insbesondere durch die Stärkung der ambulanten und teilstationären Pflege in einigen Regionen sogar ein Rückgang im vollstationären Sektor zu beobachten.

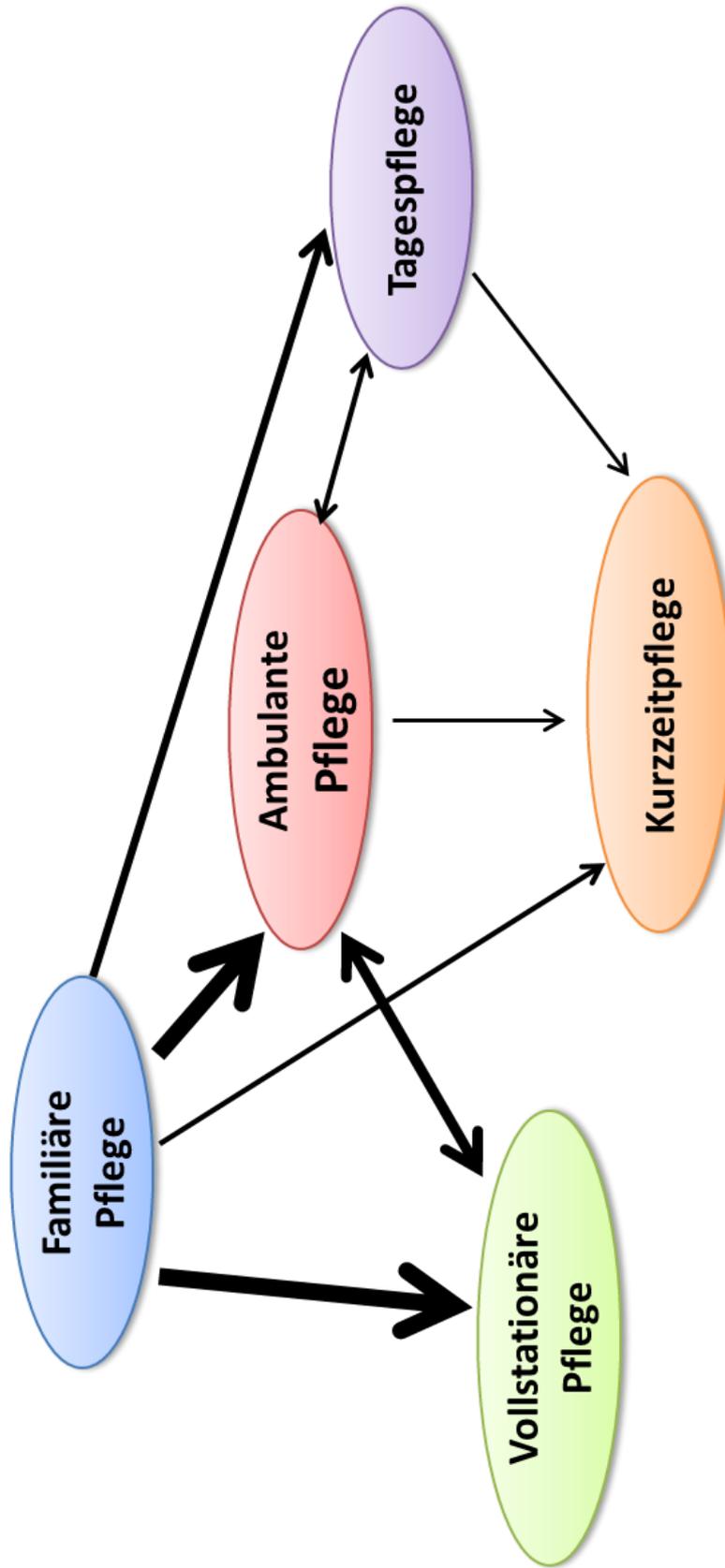
Aus diesem Grund wird in der Bedarfsprognose für den stationären Bereich, nicht wie in den anderen Pflegebereichen, eine kontinuierliche Erhöhung, sondern erstmals eine Verringerung der Versorgungsquote über den gesamten Prognosezeitraum angenommen.

Wie die Beschreibung der Entwicklung der Pflegeinfrastruktur zeigt, bestehen zwischen den verschiedenen Pflegebereichen deutliche Substitutionswirkungen. Um diese bei der vorliegenden Bedarfsermittlung angemessen berücksichtigen zu können, werden die Bedarfsprognosen als Intervall angegeben.

Da laut Gesetz dem ambulanten Bereich der Seniorenhilfe Priorität zukommt, soll dies auch der Ausgangspunkt der Interpretation dieser Bedarfsintervalle sein. Wenn der ambulante Bereich der Seniorenhilfe bereits bedarfsgerecht ausgebaut ist, reicht es für die Bedarfsdeckung im vollstationären oder teilstationären Bereich aus, den angegebenen Mindestwert anzustreben. Zeigt sich in einem Bereich der Seniorenhilfe ein Wert in der Nähe des ermittelten Maximalbedarfs, hängt dies in den meisten Fällen mit einem Defizit in einem der anderen Bereiche zusammen. In diesem Fall kann der angegebene Mindestbedarfswert in allen anderen Bereichen als ausreichend angesehen werden.

Wie die durchgeführten Bedarfsprognosen gezeigt haben, ist zukünftig allgemein von einem Anstieg des Pflegebedarfs auszugehen. Die finanziell günstigste Variante, diesem ansteigenden Pflegebedarf zu begegnen, besteht im Ausbau der ambulanten Angebote. Gekoppelt mit dem Ausbau des teilstationären Sektors, der sich im Bundesland Bayern immer noch im Aufbaustadium befindet, könnte hierdurch ein beträchtlicher Teil des demographisch bedingten ansteigenden Pflegebedarfs genauso kompensiert werden wie der sozialstrukturell bedingte Anstieg des Bedarfs an institutionalisierten Angeboten, der durch den seit Jahren stattfindenden Rückgang der familiären Pflege gekennzeichnet ist. Eine Übersicht über die stattfindenden Substitutionseffekte zeigt folgende Abbildung.

Abb. 6.1: Substitutionswirkungen zwischen den einzelnen Bereichen der Seniorenhilfe



Alternative Wohnformen

Stationäre Unterbringung

Zusätzlich zu den beschriebenen Substitutionswirkungen zwischen den ambulanten, voll- und teilstationären Bereichen der Seniorenpflege kann sich auch durch weitere Wohnformen, wie z.B. dem „Betreuten Wohnen“, eine Substitutionswirkung auf die verschiedenen Bereiche der Seniorenhilfe ergeben. An erster Stelle ist hier der vollstationäre Sektor zu nennen. Verschiedene wissenschaftliche Untersuchungen haben gezeigt, dass insbesondere das Angebot des „Betreuten Wohnens“ den Bedürfnissen der nachwachsenden Generationen eher entspricht als eine vollstationäre Unterbringung. Bei entsprechender Ausgestaltung des „Betreuten Wohnens“ ist deshalb von einer Substitutionswirkung dieses Angebotes auf den stationären Sektor der Seniorenhilfe auszugehen. Auf die vorliegende Bedarfsermittlung hat der Ausbau des Betreuten Wohnens allerdings nur einen indirekten Einfluss, da es sich dabei (auch vom Gesetz her) um eine ambulante Betreuungsform handelt. Da die ambulante Betreuung in der Regel durch ambulante Pflegedienste vor Ort übernommen wird, hat das Entstehen einer betreuten Wohneinrichtung auf die Bedarfsermittlung somit nur den dahingehenden Einfluss, dass der ambulante Bereich stärker expandiert. Diese Expansion ist allerdings bereits bei der Bestandserhebung berücksichtigt, da das Pflegepersonal, das in den betreuten Wohneinrichtungen eingesetzt wird, bei der Bestandserhebung einbezogen wurde. Bei der Bedarfsprognose kommt die Expansion ebenfalls zum Ausdruck, da für den ambulanten Bereich eine wesentlich höhere Steigerungsrate angenommen wird als für den stationären Sektor (ambulant vor stationär).

Ähnlich sieht es mit anderen neuartigen Versorgungsformen, wie z.B. den „ambulant betreuten Wohngemeinschaften“ aus. Auch diese Betreuungsform ist im ambulanten Bereich angesiedelt und genauso wie beim „betreuten Wohnen“ wird die Versorgung in der Regel durch ambulante Pflegedienste vor Ort übernommen. Ein weiteres Beispiel ist das sich seit kurzem entwickelnde Wohn- und Pflegekonzept „Altenpflege 5.0“. Im Rahmen dieses Pflegekonzepts werden die Zimmer in den stationären Einrichtungen in sogenannte „Pflegehwohnungen“ umgebaut und die Betreuung der Bewohner wird tagsüber i.d.R. in einer angeschlossenen Tagespflege sowie ansonsten über den hausinternen ambulanten Pflegedienst geleistet. Diese Betreuungsform ist - genauso wie das „betreute Wohnen“ und die „ambulant betreuten Wohngemeinschaften“ - im ambulanten Bereich angesiedelt, bedient sich aber zusätzlich des teilstationären Bereichs. Deshalb führt auch das Ausbreiten dieser neuen Versorgungsformen primär zu einer Expansion des ambulanten und teilweise des teilstationären Sektors, was sich einerseits bei der Bestandserhebung niederschlägt und andererseits durch die stärker zunehmende Steigerungsrate bei der Bedarfsprognose für den ambulanten und ggf. teilstationären Bereich Eingang in die vorliegende Bedarfsermittlung findet. Eigene Bedarfsermittlungen für die sich neu etablierenden Wohnformen machen aufgrund des beschriebenen Sachverhaltes also wenig Sinn, da es sich lediglich um „Mischformen“ der klassischen Pflegearten handelt.

6.2 Bedarfsermittlung für den Bereich der ambulanten Pflege

6.2.1 Vorbemerkung

Der Bedarf i. S. des SGB XI kann nur dann als abgedeckt gelten, wenn der Gesamtbedarf an ambulanter Pflege vollständig abgedeckt ist. Es ist deshalb weder sinnvoll noch möglich, eine Bedarfsermittlung ausschließlich für den SGB XI-Bereich durchzuführen. Vielmehr gilt es zu überprüfen, inwieweit der Gesamtbedarf im Bereich der ambulanten Pflege abgedeckt ist. Um hierbei auch dem qualitativen Aspekt der ambulanten Pflege Rechnung zu tragen, wird die Anzahl der in den Pflegediensten zur Verfügung stehenden gelernten Pflegekräfte als Bestandsindikator für die Bedarfsermittlung herangezogen.

Es ist also zunächst exakt zu ermitteln, wie viele gelernte Pflegekräfte zur bedarfsgerechten Versorgung in einer Region notwendig sind (Soll-Wert). Eine Aussage, inwieweit eine Bedarfsdeckung mit gelernten Pflegekräften erreicht ist, wird durch einen Ist-Soll-Vergleich getroffen. Der Ist-Stand ergibt sich dabei aus der Addition der in einer Region zur Verfügung stehenden gelernten Pflegekräfte und deren Umrechnung in Vollzeitäquivalente. Als Fachkräfte gelten i.d.R. Pflegekräfte mit zwei- bzw. dreijähriger Fachausbildung (AltenpflegerInnen, Krankenschwestern und -pfleger). Oft werden in der ambulanten Pflege stattdessen aber auch Altenpflege- und KrankenpflegehelferInnen eingesetzt. Da diese ebenfalls über eine mindestens einjährige Fachausbildung verfügen, sollen sie im Rahmen der vorliegenden Bedarfsermittlung dem Kreis der gelernten Pflegekräfte zugeordnet werden.

Nicht berücksichtigt werden dagegen un- und angelesene HelferInnen, wie z.B. PflegehelferInnen. Dieses Personal ist selbstverständlich für die Sicherung der ambulanten Versorgungsstruktur ebenfalls von erheblicher Bedeutung. Bei der folgenden Bedarfsermittlung wird es allerdings ausgeklammert, um zu ermöglichen, dass adäquate Bezugsgrößen zueinander in Beziehung gesetzt werden können.

6.2.2 Ermittlung des Bedarfs an gelernten Pflegekräften im Landkreis Erlangen-Höchstadt

Die vorgelegte Bedarfsermittlung für den Bereich der ambulanten Pflege basiert auf dem von der *Forschungsgesellschaft für Gerontologie* entwickelten Indikatorenmodell zur kommunalen Bedarfsplanung. Dieses Verfahren wurde auf der Grundlage der Bestandsdaten der Personal- und Betreutenstruktur von rund 500 ambulanten Pflegediensten modifiziert, um den aktuellen Bestimmungen des Pflegeversicherungsgesetzes entsprechen zu können.

Ziel der Bedarfsanalyse für den Bereich der ambulanten Pflege ist es, den notwendigen Personalbestand zur Bedarfsdeckung im Bereich der häuslichen Pflege zu ermitteln. Als Ergebnis der Bedarfsanalyse müssen somit konkrete Werte für die Anzahl der gelernten Pflegekräfte ermittelt werden, die für eine bedarfsgerechte Ausgestaltung des Bereichs der ambulanten Pflege im Landkreis Erlangen-Höchstadt notwendig sind. Alle folgenden Berechnungen beziehen sich somit auf die Anzahl der benötigten Vollzeitpflegekräfte. Der Personalbedarf errechnet sich dabei nach folgender Formel:

$$\text{Personalbedarf} = \frac{\text{Pflegebedürftige} \times \text{Versorgungsquote} \times \text{Pflegeaufwand}}{\text{Wochennettoarbeitszeit} \times 100}$$

Der grundlegende Indikator für die Bedarfsanalyse im Bereich der ambulanten Pflege besteht in der Anzahl der pflegebedürftigen Menschen ab einer bestimmten Altersstufe. Die *Forschungsgesellschaft für Gerontologie* schlägt hierzu die Anzahl der Pflegebedürftigen ab 65 bzw. 75 Jahren vor, je nachdem, welche Gruppe als Hauptzielgruppe der ambulanten Pflegedienste identifiziert wird (vgl. MAGS 1995, S. 150).

Nach den Ergebnissen der Bestandsaufnahme bei den ambulanten Pflegediensten im Landkreis Erlangen-Höchstadt liegt der Anteil der Betreuten ab 65 Jahren bei 88% (vgl. Kap. 2.1.3.1). Es wird deshalb als Hauptzielgruppe der ambulanten Pflegedienste die Anzahl der pflegebedürftigen Menschen ab 65 Jahren festgelegt.

Aufgrund einer Auswertung der vorliegenden Pflegestatistik ist nach Abzug der pflegebedürftigen Heimbewohner davon auszugehen, dass im Landkreis Erlangen-Höchstadt insgesamt 1.641 anerkannte pflegebedürftige Menschen ab 65 Jahren in Privathaushalten leben.

Als potentielle Klientel der ambulanten Pflegedienste mit regelmäßigem grundpflegerischem Hilfebedarf ergibt sich für den Landkreis Erlangen-Höchstadt somit eine Zahl von insgesamt 1.641 Personen ab 65 Jahren. Diese Zahl kann allerdings nicht vollständig in die Bedarfsermittlung einfließen, da nur ein Teil tatsächlich ambulante Pflegedienste in Anspruch nimmt. Es musste somit ermittelt werden, von welcher Versorgungsquote bei der Bedarfsanalyse für den Bereich der ambulanten Pflege auszugehen ist.

Aufgrund einer Auswertung der entsprechenden Daten, die im Rahmen der von MODUS durchgeführten Bedarfsermittlungen in den letzten Jahren in den 45 untersuchten bayerischen Landkreisen und Städten erhoben wurden, ist die durchschnittliche Inanspruchnahmequote in den letzten Jahren insbesondere seit der Neudefinition des Pflegebedürftigkeitsbegriffes Anfang des Jahres 2017 erheblich gestiegen und liegt mittlerweile bei 49,2%.

Um die Substitutionswirkungen zwischen den einzelnen Bereichen der Seniorenhilfe berücksichtigen zu können, wurde die genannte durchschnittliche Inanspruchnahmequote einem Mittelwerttest unterzogen und ein Konfidenzintervall mit einer Sicherheit von 95% berechnet. Als Untergrenze resultierte für dieses Konfidenzintervall ein Wert von 39,7% und als Obergrenze ein Wert von 58,7%. Die genannten Werte werden nun mit der Anzahl der pflegebedürftigen Personen ab 65 Jahren in der jeweiligen Region multipliziert, um ermitteln zu können, wie viele pflegebedürftige Personen ab 65 Jahren in der entsprechenden Region durchschnittlich ambulante Pflegeleistungen beanspruchen.

Die Zahl der durchschnittlichen Inanspruchnehmer von ambulanten Pflegediensten wird anschließend mit dem Pflegeaufwand multipliziert. Der Pflegeaufwand ergibt sich dabei aus der Kombination der Pflegehäufigkeit (Einsätze pro Woche) und der Pflegeintensität (Dauer des Einsatzes) bei regelmäßig Pflegebedürftigen.

Hier ergab sich aufgrund der Auswertungen der entsprechenden Daten in den bayerischen Landkreisen und Städten, die im Rahmen der von MODUS durchgeführten Bedarfsermittlungen erhoben wurden, ein durchschnittlicher Pflegeaufwand von 5,4 Stunden pro Woche. Auch hier ist festzustellen, dass bei den Landkreisen und Städten, bei denen eine Fortschreibung durchgeführt wurde, sich der durchschnittliche Pflegeaufwand in den letzten Jahren überproportional erhöht hat. Auch hier ist davon auszugehen, dass hierfür die verbesserten finanziellen Bedingungen der ambulanten Pflege seit Inkrafttreten des Pflegeweiterentwicklungsgesetzes und der Pflegestärkungsgesetze verantwortlich sind.

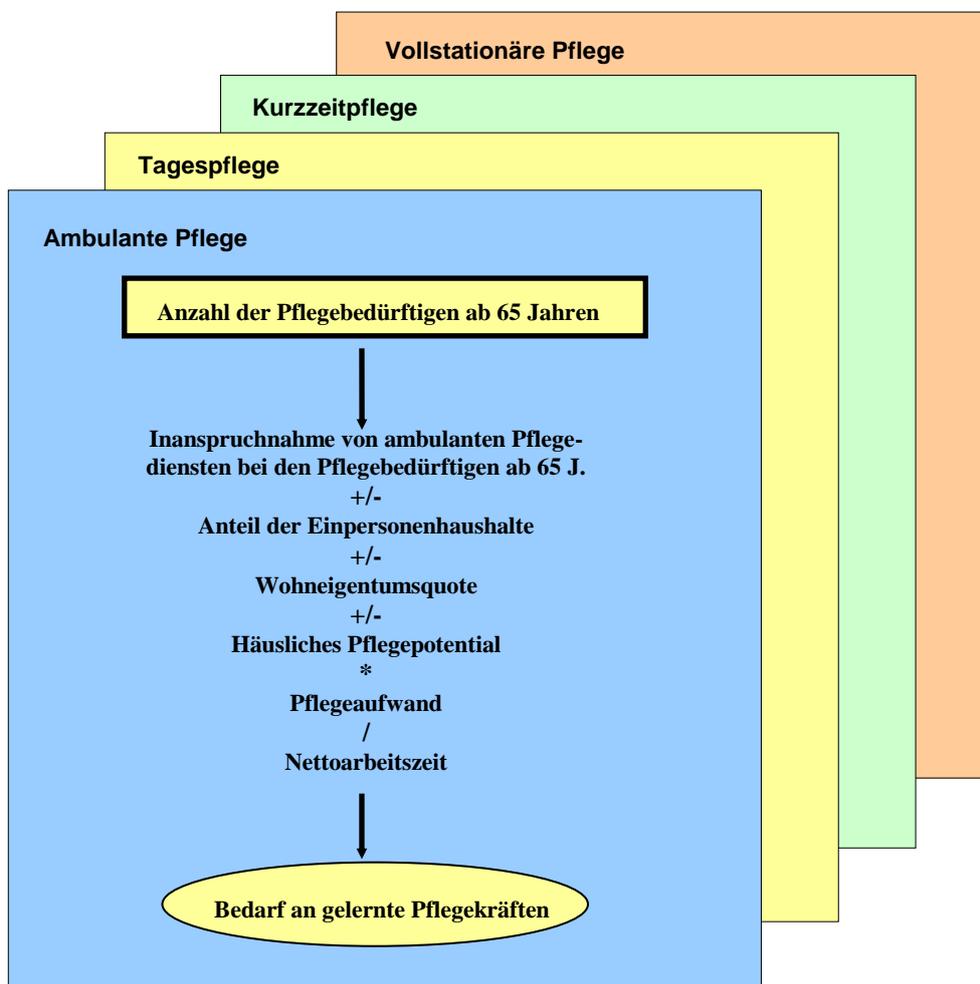
Zur Berücksichtigung der Substitutionswirkungen zwischen den einzelnen Bereichen der Seniorenhilfe wurde auch bezüglich des durchschnittlichen Pflegeaufwandes ein Konfidenzintervall berechnet. Hier ergab sich als Untergrenze ein Wert von 4,9 Stunden und als Obergrenze ein Wert von 5,9 Stunden pro Woche. Diese Werte werden nun auch als Unter- und Obergrenze für das zu bestimmende Bedarfsintervall benutzt.

Durch die Multiplikation der Indikatoren im Zähler der Formel (Pflegebedürftige, Versorgungsquote und Pflegeaufwand) kann dann der ambulante Pflegebedarf im Landkreis Erlangen-Höchstadt ermittelt werden.

Um allerdings den notwendigen Personalbedarf zur Bedarfsdeckung ermitteln zu können, muss der Pflegebedarf noch durch die Pflegekapazität dividiert werden. Die Pflegekapazität ergibt sich dabei aus der Arbeitszeit der Pflegekräfte abzüglich der „Ausfallzeiten“, wie Krankheit, Fortbildung etc., so dass sich eine Nettoarbeitszeit ergibt. Die *Forschungsgesellschaft für Gerontologie* hat die „Ausfallzeiten“ über einen längeren Zeitraum analysiert und schlägt für die Bedarfsermittlung einen Durchschnittswert von 1.545 Arbeitsstunden einer Vollzeitpflegekraft pro Jahr vor (vgl. MAGS 1995, S. 208). Umgerechnet auf die wöchentliche Arbeitszeit resultiert daraus für eine Vollzeitkraft eine effektive Wochennettoarbeitszeit von rund 30 Stunden, die in den Nenner der Formel einzusetzen ist.

Da die Inanspruchnahme von ambulanten Pflegediensten allerdings aufgrund unterschiedlicher regionaler Gegebenheiten in Städten höher ist als in ländlichen Regionen, ist dies bei einer fundierten regionalen Bedarfsermittlung zusätzlich zu berücksichtigen. Die Indikatoren, mit denen der Stadt-Land-Unterschied zum Ausdruck gebracht werden kann, sind in folgender Abbildung dargestellt, die die Methode des Indikatorenmodells zur kommunalen Bedarfsermittlung für den Bereich der ambulanten Pflege zusammenfassend veranschaulicht.

Abb. 6.2: Indikatorenmodell für den Bereich der ambulanten Pflege



Da in ländlichen Gebieten das Verwandtschaftssystem noch etwas gefestigter ist und dementsprechend Familienmitglieder häufiger als in der Stadt pflegerische Leistungen übernehmen, werden auf dem Land tendenziell seltener ambulante Pflegedienste in Anspruch genommen. Einen Indikator, mit dem dieser Aspekt in die Bedarfsanalyse einfließen kann, stellt der Anteil der Einpersonenhaushalte dar. Je höher dieser Anteil ist, desto weniger Menschen können bei Pflegebedürftigkeit auf die Unterstützung einer Pflegeperson innerhalb des eigenen Haushalts zurückgreifen.

Es wird dabei von der Abweichung des Anteils der Einpersonenhaushalte unter der Bevölkerung ab 65 Jahren vom bayerischen Durchschnittswert ausgegangen. Da aufgrund der vorliegenden Daten davon auszugehen ist, dass der Anteil der Einpersonenhaushalte unter der älteren Bevölkerung im Landkreis Erlangen-Höchstadt mehr als 2,5% unter dem bayerischen Durchschnittswert liegt, ist nach den Empfehlungen der *Forschungsgesellschaft für Gerontologie* eine Verringerung der Versorgungsquote um 1%-Punkt notwendig (vgl. MAGS 1995, S. 202).

Ein zweiter Indikator, der die Inanspruchnahme von ambulanten Diensten beeinflusst, ist die Wohneigentumsquote. Es konnte durch verschiedene Studien nachgewiesen werden, dass es sich hierbei um einen wesentlichen Indikator für die erwartbare Unterstützung durch informelle soziale Netze handelt (vgl. DZA 1991, S. 17; Schubert 1990, S. 20).

Aufgrund der vorliegenden Daten ist die Wohneigentumsquote im Landkreis Erlangen-Höchstadt um mehr als 15%-Punkte höher als die bayerische Durchschnittsquote. In solchen Fällen ist nach den Empfehlungen der *Forschungsgesellschaft für Gerontologie* eine Verringerung der Versorgungsquote um 2%-Punkte notwendig (vgl. MAGS 1995, S. 204).

Als dritter Indikator ist das grundsätzlich vorhandene häusliche Pflegepotenzial im Versorgungsgebiet zu berücksichtigen. Es ist hinlänglich bekannt, dass sich der Großteil der Pflegepersonen aus der weiblichen Bevölkerung zwischen 50 und 75 Jahren rekrutiert. Es wird deshalb die Zahl der Frauen dieser Altersgruppe in Beziehung zur Bevölkerung ab 80 Jahren gesetzt.

Aufgrund der aktuellen Altersstrukturdaten für den Landkreis Erlangen-Höchstadt gab es am 31.12.2019 insgesamt 23.861 Frauen im Alter von 50 bis 75 Jahren und die Wohnbevölkerung ab 80 Jahren lag bei 8.018 Personen. Setzt man diese beiden Werte in Beziehung, ergibt sich ein Verhältnis von 1:3,0, das etwas günstiger ist als der bayerische Durchschnittswert. Da die Abweichung allerdings kleiner als 0,5 ist, wird die durchschnittliche Versorgungsquote den Empfehlungen der *Forschungsgesellschaft für Gerontologie* folgend nur um 1%-Punkt verringert (vgl. MAGS 1995, S. 205).

Um nun die regionale Versorgungsquote zu ermitteln, werden die genannten Hilfsindikatoren zur Modifikation der durchschnittlichen Versorgungsquote verwendet. Im Landkreis Erlangen-Höchstadt liegt danach die regionale Versorgungsquote zwischen 35,7% (Minimum) und 54,7% (Maximum).

Um nun den Mindestpersonalbedarf im Bereich der ambulanten Pflege ermitteln zu können, wird anstatt der durchschnittlichen Versorgungsquote die regionale Mindestversorgungsquote von 35,7% und der Mindestpflegeaufwand von 4,9 Stunden pro Woche in die Formel zur Bedarfsermittlung eingesetzt. Danach ergibt sich folgender Mindestpersonalbedarf an gelernten Pflegekräften in den ambulanten Pflegediensten im Landkreis Erlangen-Höchstadt.

$$\text{Mindestpersonalbedarf} = \frac{1.641 \times 35,7 \times 4,9}{30 \times 100} = 95,7 \text{ Pflegekräfte}$$

Nach den Ergebnissen der Bedarfsanalyse werden im Landkreis Erlangen-Höchstadt unter Berücksichtigung der örtlichen Gegebenheiten derzeit im Bereich der ambulanten Pflege mindestens 95,7 Vollzeitstellen für gelernte Pflegekräfte benötigt.

Dieser Bedarfswert kann dann als ausreichend bezeichnet werden, wenn sowohl im stationären als auch im teilstationären Bereich eine vollständige Bedarfsdeckung gegeben ist. Ist dies nicht der Fall, muss von einem höheren Bedarf ausgegangen werden.

Einen Anhaltspunkt hierfür gibt der Maximalpersonalbedarf. Um diesen zu ermitteln, wird die regionale Maximalversorgungsquote von 54,7% und ein Pflegeaufwand von 5,9 Stunden pro Woche in die Formel zur Bedarfsermittlung eingesetzt. Danach ergibt sich folgender Maximalpersonalbedarf an gelernten Pflegekräften in den ambulanten Pflegediensten im Landkreis Erlangen-Höchstadt.

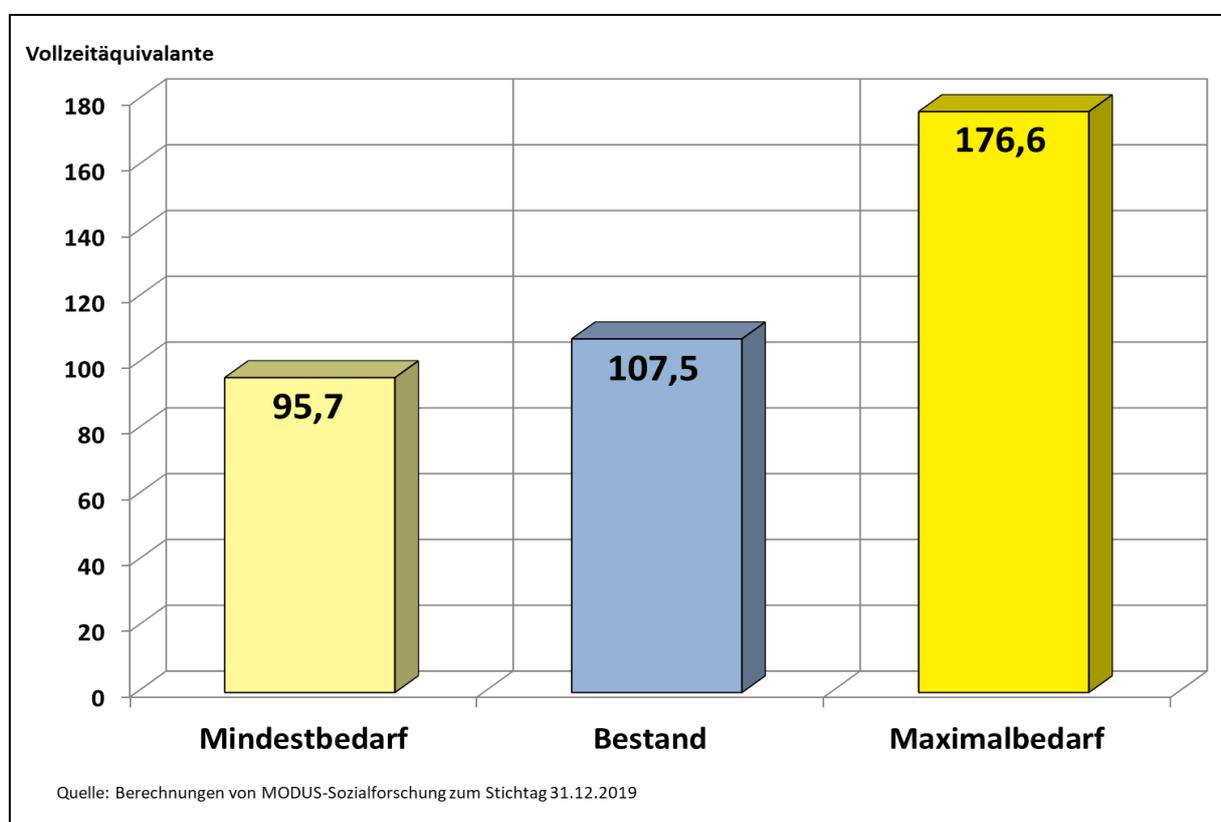
$$\text{Maximalpersonalbedarf} = \frac{1.641 \times 54,7 \times 5,9}{30 \times 100} = 176,6 \text{ Pflegekräfte}$$

Nach den Ergebnissen der Bedarfsanalyse werden im Landkreis Erlangen-Höchstadt unter Berücksichtigung der örtlichen Gegebenheiten derzeit maximal 176,6 Stellen für gelernte Pflegekräfte im Bereich der ambulanten Pflege benötigt. Dieser Wert ist dann als bedarfsnotwendig zu bezeichnen, wenn im stationären oder teilstationären Bereich noch keine vollständige Bedarfsdeckung gegeben ist.

6.2.3 Ist-Soll-Vergleich für den Bereich der ambulanten Pflege im Landkreis Erlangen-Höchstadt

Nach den Ergebnissen der Bedarfsanalyse werden derzeit unter Berücksichtigung der örtlichen Gegebenheiten im Landkreis Erlangen-Höchstadt mindestens 95,7 und maximal 176,6 Vollzeitstellen für Pflegekräfte im Bereich der ambulanten Pflege benötigt, um eine bedarfsgerechte Versorgung sicherzustellen. In der folgenden Abbildung wird diesen Werten der Bestand an Pflegekräften gegenübergestellt, der aufgrund der örtlichen Bestandsaufnahme im Landkreis Erlangen-Höchstadt ermittelt wurde.

Abb. 6.3: Ist-Soll-Vergleich für den Bereich der ambulanten Pflege im Landkreis Erlangen-Höchstadt zum 31.12.2019



Durch die Bestandsaufnahme wurde am 31.12.2019 in den ambulanten Pflegediensten im Landkreis Erlangen-Höchstadt ein Bestand von insgesamt 107,5 Vollzeitpflegekräften ermittelt (vgl. Kap. 2.1.2). Wie die Abbildung zeigt, liegt dieser Wert näher am Mindest- als am Maximalbedarf. Es ist somit im Landkreis Erlangen-Höchstadt derzeit von einer unterdurchschnittlichen Versorgung im Bereich der ambulanten Pflege auszugehen.

In welcher Größenordnung angesichts der voraussichtlichen Bedarfsentwicklung eine Steigerung im Bereich der ambulanten Pflege notwendig ist, um eine durchschnittlichen Versorgung im Bereich der ambulanten Pflege zu erreichen, zeigt die im folgenden Abschnitt dargestellte Bedarfsprognose.

6.2.4 Bedarfsprognose für den Bereich der ambulanten Pflege

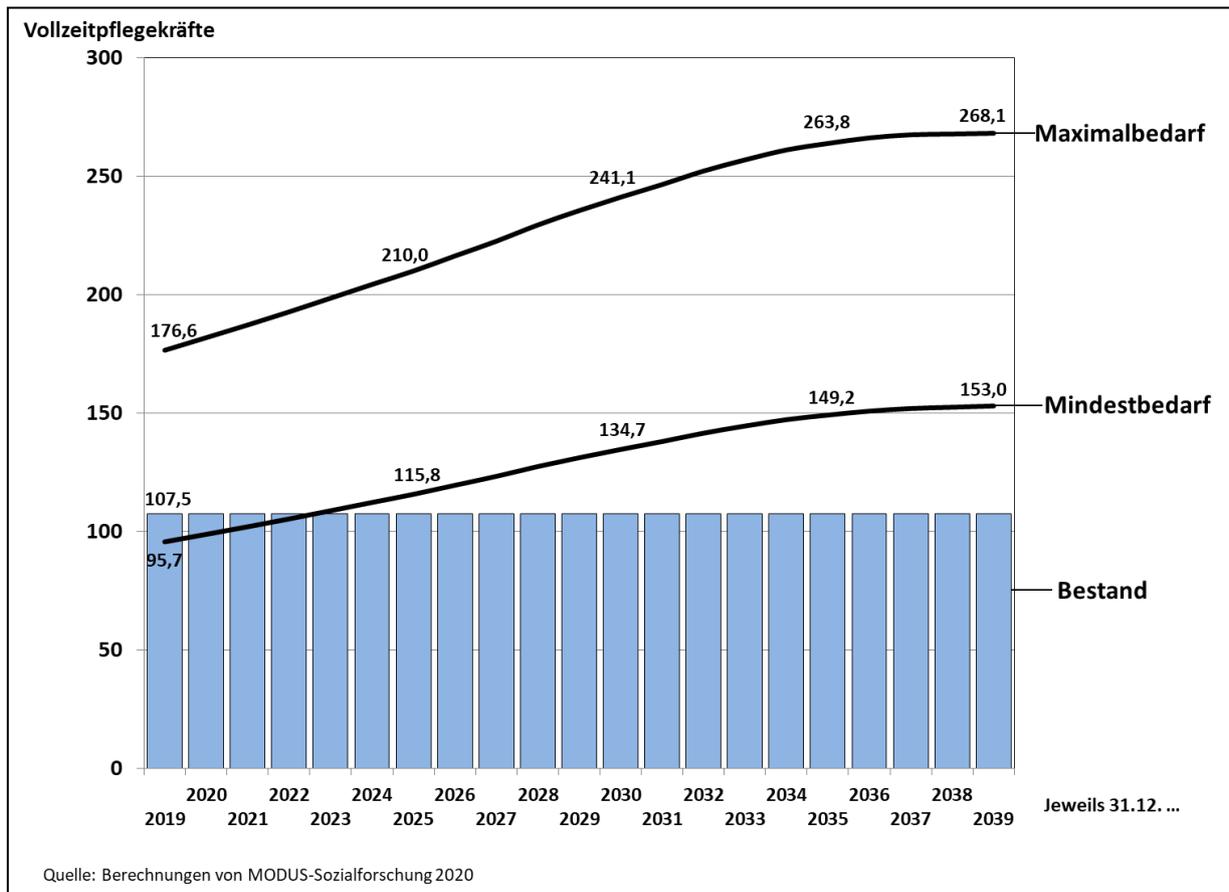
Die Träger der ambulanten Pflegedienste sind nach eigenen Angaben in der Lage, auf Veränderungen des Bedarfs zu reagieren. Es wird somit anders als im vollstationären und teilstationären Sektor der Seniorenhilfe im ambulanten Bereich relativ kurzfristig geplant. Primär wird dabei versucht, einen erhöhten Pflegebedarf durch eine Erhöhung der Stundenzahl des bereits beschäftigten Personals zu kompensieren. Wenn hier die Kapazitäten ausgeschöpft sind, wird jedoch auch versucht, kurzfristig zusätzliche MitarbeiterInnen einzustellen, wobei dies insbesondere was die Pflegefachkräfte betrifft aufgrund des zunehmenden Fachkräftemangels allerdings immer schwieriger wird.

Inwieweit dies in Anbetracht der zu erwartenden Bedarfsentwicklung im Landkreis Erlangen-Höchstadt in den nächsten Jahren notwendig ist, um den Bedarf im Bereich der ambulanten Pflege zu decken, darüber soll die folgende Bedarfsprognose informieren. Da die Prognose bis zum Jahr 2039 angelegt ist, kann hierdurch nicht nur die kurzfristige, sondern auch die mittel- bis langfristige Entwicklung des Bedarfs eingeschätzt werden. Es wird somit eine längerfristig angelegte Personalpolitik im Bereich der ambulanten Pflege ermöglicht.

Um mit der folgenden Prognose den Personalbedarf im Bereich der ambulanten Pflege realitätsgetreu abschätzen zu können, muss zunächst ermittelt werden, wie sich die Hauptzielgruppe der ambulanten Pflegedienste zukünftig entwickeln wird. Nach den Ergebnissen der Projektion wird die Zahl der in Privathaushalten lebenden pflegebedürftigen Menschen ab 65 Jahren bis zum Jahr 2039 erheblich ansteigen. Während bei der aktuellen Bedarfsermittlung für den Landkreis Erlangen-Höchstadt eine Zahl von 1.641 potentieller Klienten von ambulanten Pflegediensten zugrunde gelegt wurde, ist nach den Ergebnissen der Bedarfsprojektion davon auszugehen, dass ihre Zahl bis zum Ende des Projektionszeitraums im Jahr 2039 voraussichtlich auf 2.246 Personen zunehmen wird.

Seit Einführung der gesetzlichen Pflegeversicherung für den Bereich der „häuslichen Pflege“ ist der ambulante Pflegebedarf jedoch nicht nur bevölkerungsstrukturell bedingt angestiegen, sondern auch die Inanspruchnahme von ambulanten Pflegediensten hat sich seitdem deutlich erhöht. Diese Entwicklung wird im Rahmen der folgenden Bedarfsprognose berücksichtigt, indem die für den Landkreis Erlangen-Höchstadt ermittelte örtliche Versorgungsquote sukzessive erhöht wird, und zwar um 0,3%-Punkte pro Jahr. Auf der Grundlage der Bevölkerungsprojektion und der daraus abgeleiteten Prognose der potentiellen Klienten von ambulanten Pflegediensten ergibt sich somit für die nächsten Jahre der in folgender Abbildung dargestellte Personalbedarf an gelernten Pflegekräften im Landkreis Erlangen-Höchstadt.

Abb. 6.4: Entwicklung des Bedarfs an ambulanten Pflegekräften im Landkreis Erlangen-Höchstadt bis zum Jahr 2039



Aufgrund der durchgeführten Berechnungen wird der Bedarf im Bereich der ambulanten Pflege im Landkreis Erlangen-Höchstadt in den nächsten Jahren weiter ansteigen. So ergibt die Prognose bereits für das Jahr 2030 eine Zahl von mindestens 134,7 bis maximal 241,1 Vollzeitstellen für gelernte Pflegekräfte. Bis zum Ende des Projektionszeitraumes im Jahr 2039 ist aufgrund des weiter ansteigenden Klientenpotentials voraussichtlich ein Personalbedarf von 153,0 bis maximal 268,1 gelernten Pflegekräften notwendig.

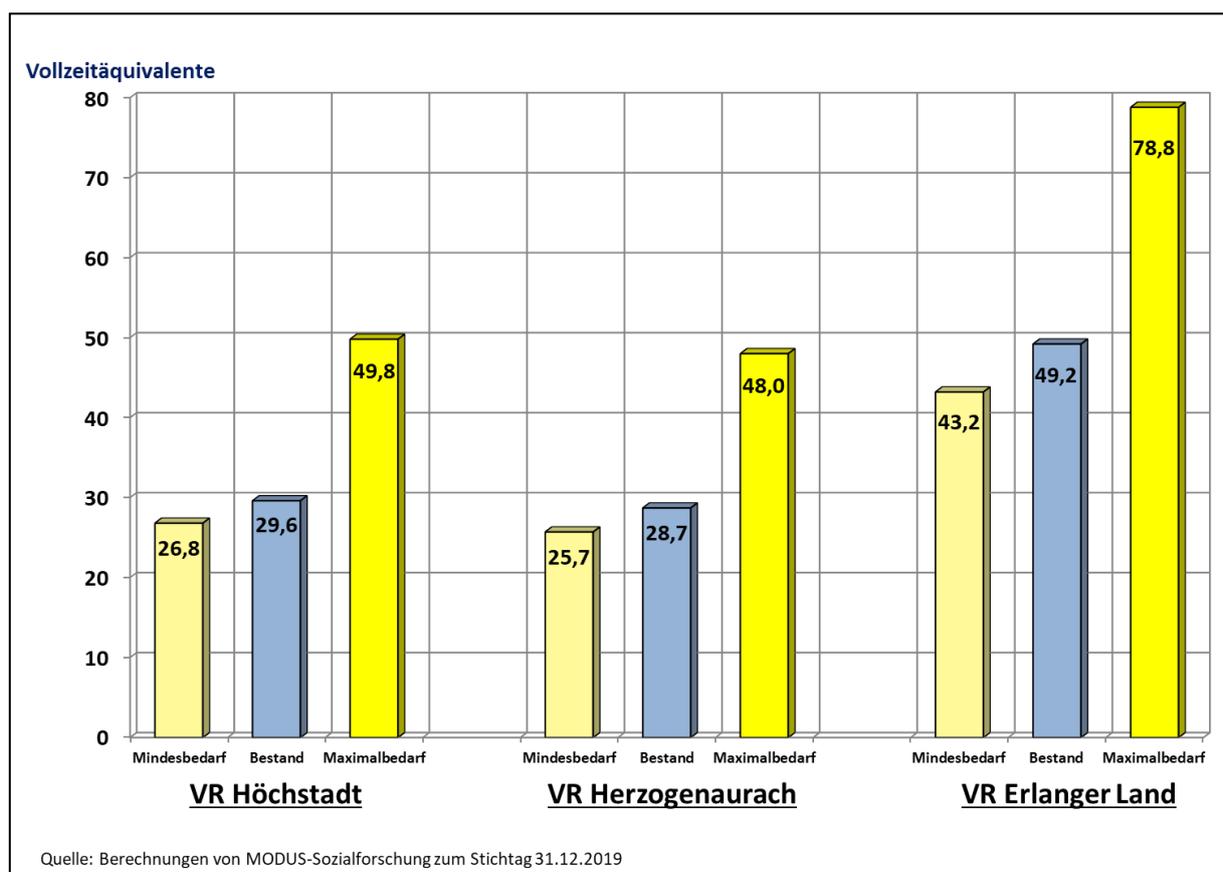
Wie die Abbildung zeigt, kann der Bedarf im Bereich der ambulanten Pflege mit den derzeit im Landkreis Erlangen-Höchstadt vorhandenen Pflegekräften aufgrund der zu erwartenden Bedarfssteigerung voraussichtlich bereits mittelfristig nicht mehr abgedeckt werden. Um das derzeitige Versorgungsniveau auch mittel- bis langfristig aufrechtzuerhalten, wäre eine jährliche Erhöhung um drei bis vier Vollzeitstellen für ambulante Pflegekräfte notwendig. Um mittel- bis langfristig ein durchschnittliches Versorgungsniveau zu erreichen, wäre eine etwas höhere jährliche Erhöhung um fünf bis sechs Vollzeitstellen für ambulante Pflegekräfte notwendig.

6.2.5 Bedarfsermittlung für den Bereich der ambulanten Pflege auf kleinräumiger Ebene

Das Ziel der kleinräumigen Bedarfsermittlung besteht darin, zu überprüfen, ob eine quantitativ ausreichende ambulante Versorgung im Landkreis Erlangen-Höchstadt auch auf kleinräumiger Ebene flächendeckend gewährleistet ist. Da die definierten Versorgungsregionen allerdings sowohl von der Bevölkerungsstruktur als auch von der Zahl der pflegebedürftigen Menschen her deutliche Unterschiede aufweisen, kann die für den Landkreis Erlangen-Höchstadt ermittelte Zahl der bedarfsnotwendigen Pflegekräfte nicht einfach anteilig auf die verschiedenen Versorgungsregionen aufgeteilt werden. Stattdessen wird auch für die Ermittlung des Bedarfs der in den einzelnen Versorgungsregionen zur Bedarfsdeckung notwendigen Pflegekräfte das Indikatorenmodell verwendet.

Um hierbei die strukturellen Unterschiede der einzelnen Versorgungsregionen adäquat berücksichtigen zu können, müssen wiederum die in Kapitel 6.2.2 dargestellten Indikatoren für die einzelnen Versorgungsregionen überprüft werden. Hierbei ist festzustellen, dass sich für die Versorgungsregion „Erlanger Land“ bezüglich der dargestellten Indikatoren deutlich ungünstigere Werte ergeben als für die anderen beiden Versorgungsregionen. So ergibt sich beispielsweise für das häusliche Pflegepotential ein Wert von nur 2,5, der deutlich unter den Werten der anderen beiden Versorgungsregionen liegt, die beide auf einen deutlich höheren Wert von 3,4 kommen. Um diesen Sachverhalt bei der kleinräumigen Bedarfsermittlung berücksichtigen zu können, wird die durchschnittliche Versorgungsquote in der Versorgungsregion „Erlanger Land“ statt um 4%-Punkte nur um 2,7%-Punkte und dafür in den anderen beiden Versorgungsregionen um 5%-Punkte abgesenkt.

Nach der Modifikation der landkreisspezifischen Versorgungsquote resultiert dann für die Versorgungsregion „Erlanger Land“ ein Intervall von 34,7% bis 53,7% und für die anderen beiden Versorgungsregionen ein Intervall von 37,0% bis 56,0%. Auf dieser Grundlage kann nun der Bedarf an ambulanten Pflegekräften für die einzelnen Versorgungsregionen ermittelt und den erhobenen Bestandswerten gegenübergestellt werden.

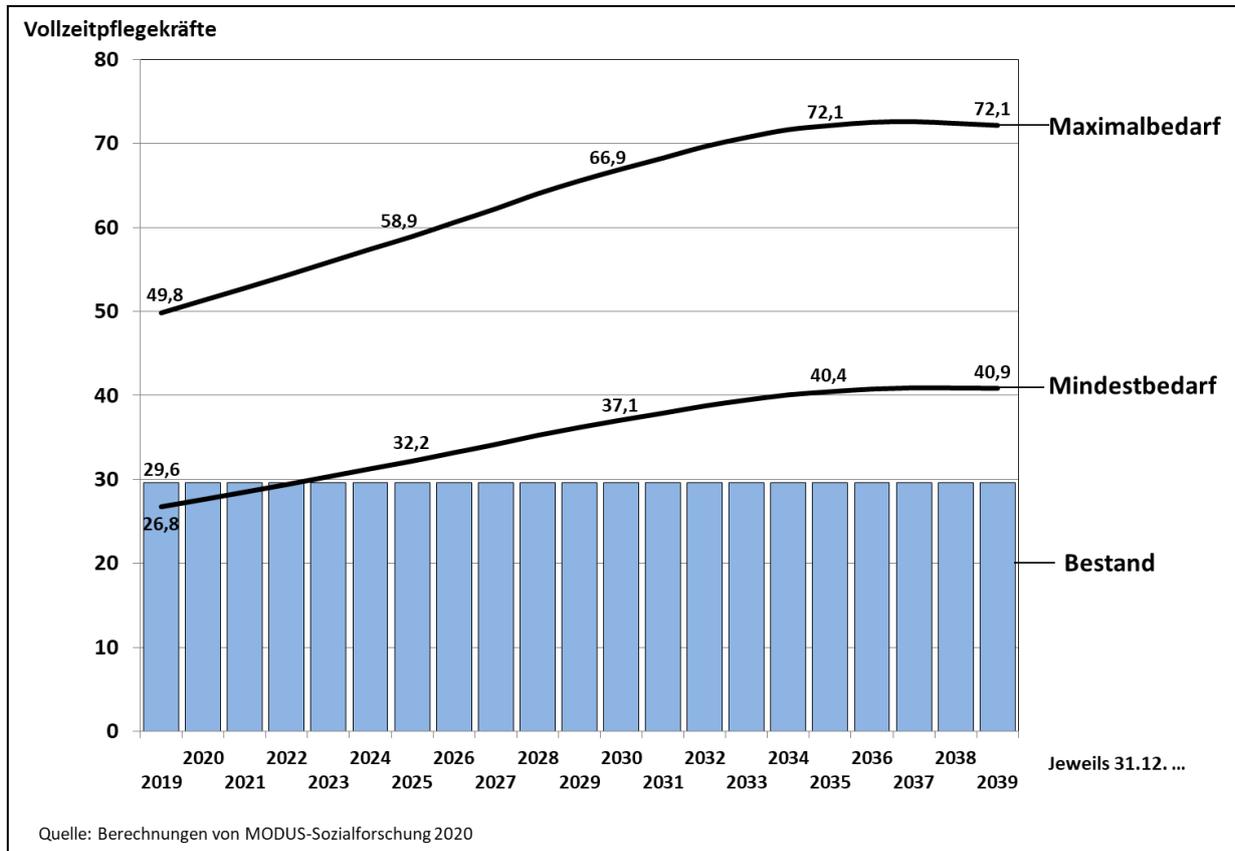
Abb. 6.5: Bestand und Bedarf an Pflegekräften in den Versorgungsregionen

Wie die Abbildung zeigt, liegt der Bestand an Pflegekräften in allen drei Versorgungsregionen näher am Mindest- als am Maximalbedarf. Es ist somit auch kleinräumig betrachtet in allen drei Versorgungsregionen derzeit von einer unterdurchschnittlichen Versorgung im Bereich der ambulanten Pflege auszugehen.

6.2.6 Bedarfsprognose für den Bereich der ambulanten Pflege auf kleinräumiger Ebene

Genauso wie bei der Bedarfsprognose für den gesamten Landkreis Erlangen-Höchststadt ist auch bei den Bedarfsprognosen für die definierten Versorgungsregionen von entscheidender Bedeutung, wie die zahlenmäßige Entwicklung der pflegebedürftigen älteren Menschen zukünftig verlaufen wird. Die Grundlage der folgenden Prognosen für die einzelnen Versorgungsregionen bilden die in Kapitel 4 dargestellte kleinräumige Bevölkerungsprojektion und die darauf aufbauende Prognose der pflegebedürftigen Menschen. In der folgenden Abbildung wird zunächst die Bedarfsentwicklung in der Versorgungsregion „Höchststadt“ dargestellt.

Abb. 6.6: Entwicklung des Bedarfs an ambulanten Pflegekräften in der Versorgungsregion „Höchstadt“ bis zum Jahr 2039

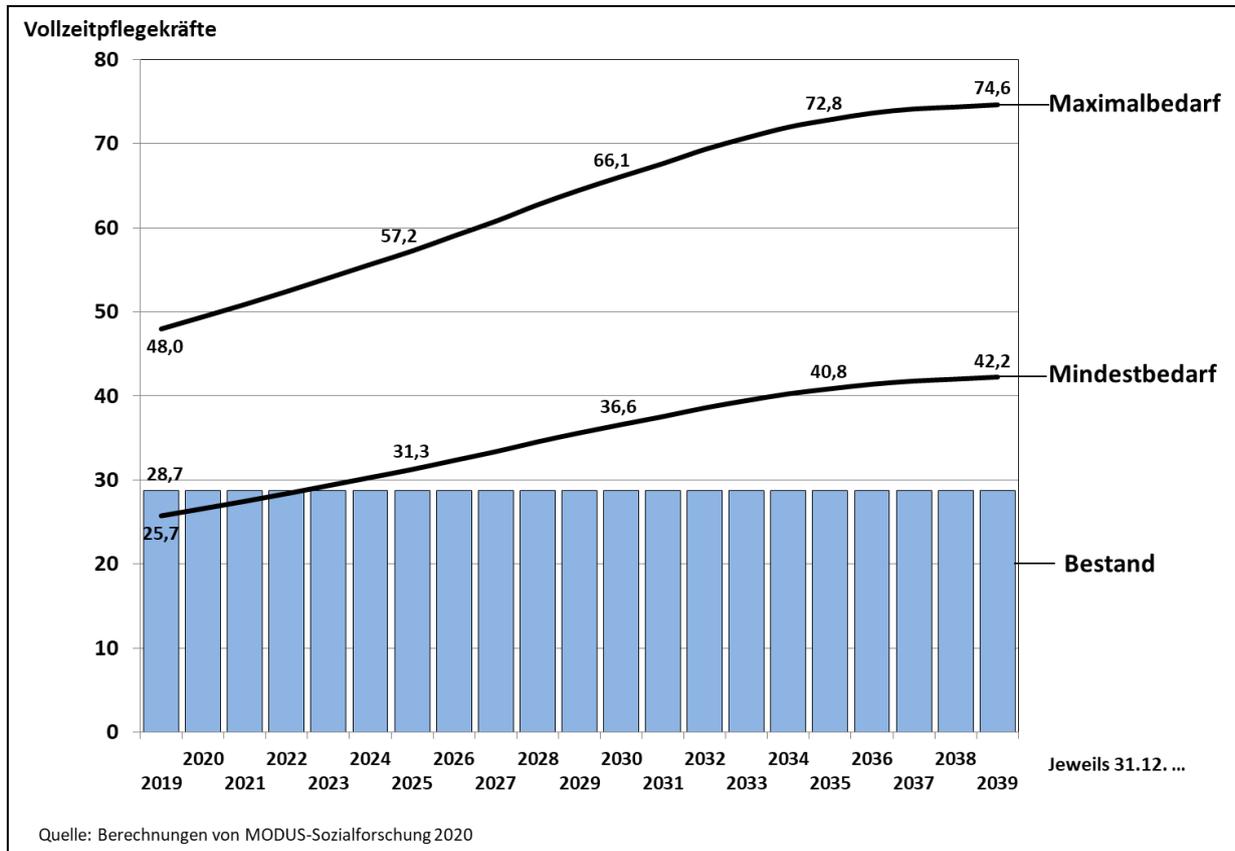


Wie bereits festgestellt, lag der zum 31.12.2019 in der Versorgungsregion Höchstadt festgestellte Bestand an ambulanten Pflegekräften nur knapp über dem ermittelten Mindestbedarf. Mittel- bis langfristig ist jedoch in dieser Region mit einem kontinuierlich ansteigenden ambulanten Pflegebedarf zu rechnen. So werden im Jahr 2039 voraussichtlich bereits 40,9 bis 72,1 Vollzeitstellen für Pflegekräfte notwendig sein, um den Bedarf in dieser Region vollständig abdecken zu können.

Um das derzeitige Versorgungsniveau auch mittel- bis langfristig aufrechtzuerhalten, wäre eine jährliche Erhöhung um rund eine Vollzeitstelle für ambulante Pflegekräfte notwendig. Um mittel- bis langfristig ein durchschnittliches Versorgungsniveau zu erreichen, wäre eine etwas höhere jährliche Erhöhung um eineinhalb Vollzeitstellen für ambulante Pflegekräfte notwendig.

Eine ähnliche Situation besteht in der Versorgungsregion Herzogenaurach. Hier liegt der derzeitige Bestand ebenfalls nur knapp über dem Mindestbedarf und der ambulante Pflegebedarf wird auch in dieser Versorgungsregion in den nächsten Jahren voraussichtlich relativ stark ansteigen, wie folgende Abbildung zeigt.

Abb. 6.7: Entwicklung des Bedarfs an ambulanten Pflegekräften in der Versorgungsregion „Herzogenaurach“ bis zum Jahr 2039

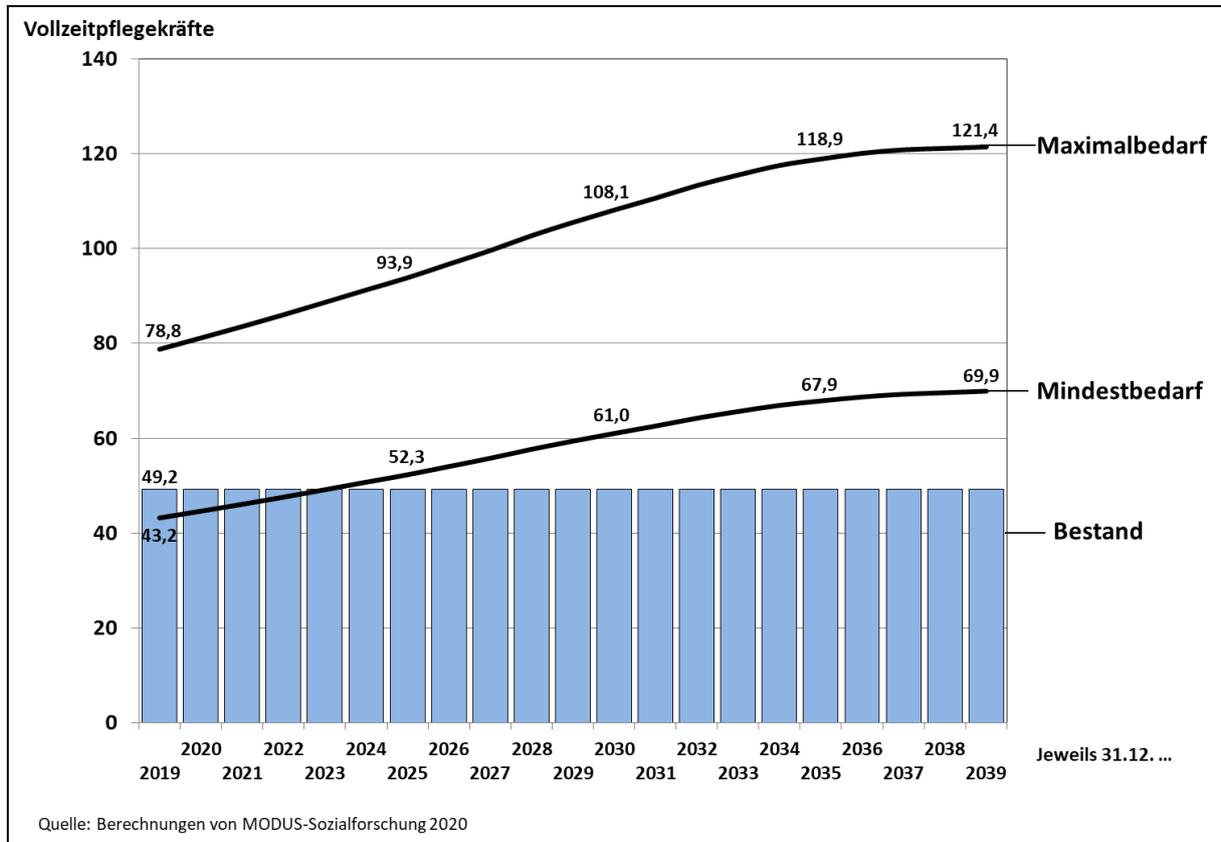


Wie bereits festgestellt, lag der Bestand am 31.12.2019 nur um drei Pflegekräfte über dem festgestellten Mindestbedarf. Nach der durchgeführten Bedarfsprognose werden in dieser Versorgungsregion im Jahr 2030 bereits 36,6 bis 66,1 Vollzeitstellen für ambulante Pflegekräfte notwendig sein und bis 2039 wird sich der Bedarf voraussichtlich auf 42,2 bis 74,6 Vollzeitstellen für ambulante Pflegekräfte erhöhen.

Daraus ergibt sich die Notwendigkeit einer Aufstockung der ambulanten Pflegekräfte um mindestens eine Vollzeitstelle pro Jahr, um das derzeitige Versorgungsniveau aufrechtzuerhalten. Da auch in dieser Region der Bestand derzeit nur leicht über dem ermittelten Mindestbedarf liegt, ist hier genauso wie in der Region Höchststadt allerdings auch eine Personalaufstockung um rund eineinhalb Vollzeitstellen pro Jahr zu empfehlen, um auch in dieser Region mittel- bis langfristig eine durchschnittliche Bedarfsdeckung zu erreichen.

In der Versorgungsregion Erlanger Land herrscht bereits eine ähnliche Versorgungsstruktur. Auch hier liegt der festgestellte Bestand an ambulanten Pflegekräften nur knapp über dem ermittelten Mindestbedarf.

Abb. 6.8: Entwicklung des Bedarfs an ambulanten Pflegekräften in der Versorgungsregion „Erlanger Land“ bis zum Jahr 2039



In der Versorgungsregion Erlanger Land werden im Jahr 2030 bereits 61,0 bis 108,1 Vollzeitstellen für ambulante Pflegekräfte notwendig sein und bis 2039 wird sich der Bedarf voraussichtlich auf 69,9 bis 121,4 Vollzeitstellen für ambulante Pflegekräfte erhöhen.

Um das derzeitige Versorgungsniveau auch in dieser Region mittel- bis langfristig aufrechtzuerhalten, wäre eine jährliche Erhöhung um rund eineinhalb Vollzeitstellen für ambulante Pflegekräfte notwendig. Um mittel- bis langfristig ein durchschnittliches Versorgungsniveau zu erreichen, wäre eine etwas höhere jährliche Erhöhung um zweieinhalb Vollzeitstellen für ambulante Pflegekräfte notwendig.

6.3 Bedarfsermittlung für den Bereich der teilstationären Pflege

6.3.1 Vorbemerkung

Unter den Begriff „teilstationäre Pflege“ wird im Rahmen des vorliegenden Berichtes sowohl die Tagespflege als auch die Kurzzeitpflege gefasst (zur Begründung vgl. Kap. 2.2.1).

6.3.2 Bedarfsermittlung für den Bereich der Tagespflege

6.3.2.1 Ermittlung des Bedarfs an Tagespflegeplätzen

Der Bereich der Tagespflege befindet sich bundesweit bisher noch im Aufbaustadium, der Bekanntheitsgrad ist in vielen Regionen daher noch geringer als bei den anderen Pflegeangeboten. Es muss deshalb bei einer praxisorientierten Ermittlung des Bedarfs an Tagespflegeplätzen besonders behutsam vorgegangen werden, damit einerseits keine Bedarfszahlen ausgewiesen werden, die zur Überversorgung und somit zu Fehlinvestitionen führen, andererseits aber die Etablierung dieses wichtigen Bereiches der Seniorenhilfe nicht durch die Bedarfsermittlung abgebremst wird.

Würde man bei der Bedarfsermittlung beispielsweise die derzeit üblichen Versorgungsrichtwerte zugrunde legen, die zwischen 0,25 und 0,3 Tagespflegeplätzen pro 100 Einwohner ab 65 Jahren liegen, würde sich für den Landkreis Erlangen-Höchstadt aufgrund des aktuellen Bevölkerungsbestandes ein Bedarf von 71 bis 85 Tagespflegeplätzen ergeben.

Wenngleich diese bundesweit verwendeten Richtwerte einen gewissen Anhaltspunkt über die ungefähre Größenordnung des Bedarfs geben können, so ist jedoch zu berücksichtigen, dass die Tagespflege in Bayern bisher noch recht unterschiedlich ausgebaut ist. Die genannten Richtwerte können somit nur grob die Bedarfslage abbilden. Zudem eignen sich derartige Richtwertverfahren nicht dazu, den Bedarf auf kleinräumiger Ebene zu ermitteln, da sie lediglich auf der Grundlage des einen Indikators „Bevölkerung ab 65 Jahren“ errechnet werden und somit andere regionale Besonderheiten keine Berücksichtigung finden.

Für eine praxisorientierte und zugleich wissenschaftlich fundierte Bedarfsermittlung auf kommunaler Ebene ist es jedoch von wesentlicher Bedeutung, verschiedene regionale Besonderheiten zu berücksichtigen. Die vorliegende Bedarfsermittlung wurde deshalb ebenfalls auf der Basis des von der *Forschungsgesellschaft für Gerontologie* entwickelten Indikatorenmodells zur kommunalen Bedarfsplanung durchgeführt, das mehrere wichtige soziale Bedarfsindikatoren einbezieht.

Grundannahme dieses Verfahrens im Bereich der Tagespflege ist die Erkenntnis, dass Tagespflege ein adäquates Angebot für diejenigen pflegebedürftigen älteren Menschen darstellt, die stationär übertsorgt wären und für die eine ambulante Betreuung nicht ausreicht. Der Bestand an Tagespflegeplätzen hat daher insbesondere eine Substitutionswirkung auf den Bereich der ambulanten Pflege.

Dementsprechend ist der Bedarf an Tagespflegeplätzen in erster Linie von der Zahl der pflegebedürftigen älteren Menschen abhängig, die bereits von ambulanten Pflegediensten betreut werden. Die *Forschungsgesellschaft für Gerontologie* ging davon aus, dass etwa ein Zehntel der pflegebedürftigen Personen ab 75 Jahren, die ambulante Pflegedienste in Anspruch nehmen, als Nutzer für Tagespflegeeinrichtungen in Frage kommen (vgl. MAGS 1995, S. 234). Die Anzahl der Tagespflegeplätze, die für diesen Personenkreis notwendig ist, errechnet sich somit nach folgender Formel:

$$\text{Platzbedarf} = \frac{\text{Pflegebedürftige ab 75 J.} \times \text{Inanspruchnahme von häuslicher Pflege}}{10}$$

Als Hauptzielgruppe für Tagespflegeeinrichtungen werden hier also die pflegebedürftigen Menschen ab 75 Jahren gesehen, die zu Hause leben und Leistungen nach dem Pflegeversicherungsgesetz erhalten. Im Landkreis Erlangen-Höchststadt beläuft sich die Zahl dieser Personengruppe auf insgesamt 1.422 Personen. Diese Zahl wird mit der Versorgungsquote aus dem Bereich der ambulanten Pflege gewichtet (vgl. Kap. 6.2.2).

Um dabei die Substitutionswirkung angemessen berücksichtigen zu können, wird wie in den anderen Pflegebereichen ein Bedarfsintervall berechnet. Dieses Intervall wird im Wesentlichen von den folgenden drei Faktoren beeinflusst:

- Inanspruchnahmequote der häuslichen Pflege
- Anteil der ambulanten betreuten Pflegebedürftigen ab 75 Jahren, die zusätzlich Tagespflege beanspruchen
- Durchschnittliche Inanspruchnahme der Tagespflege pro Woche

Die Berechnung der Inanspruchnahmequote der häuslichen Pflege wurde bereits in Kap. 6.2.2 ausführlich erläutert und liegt durchschnittlich bei 49,2%.

Was den Anteil der ambulant betreuten Pflegebedürftigen ab 75 Jahren betrifft, die zusätzlich Tagespflege beanspruchen, ging die *Forschungsgesellschaft für Gerontologie* davon aus, dass etwa ein Zehntel dieser Personengruppe als potentielle Nutzer der Tagespflege zu sehen sind (vgl. MAGS 1995, S. 234).

Diese Größenordnung war jedoch nur bis Mitte des Jahres 2008 realistisch. Seit Inkrafttreten des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes am 01.07.2008 steht jedoch für die Tagespflege erstmals auch ein eigenes Budget zur Verfügung, welches sich seit Inkrafttreten des Pflegestärkungsgesetzes und der Neudefinition des Pflegebedürftigkeitsbegriffes zum 01.01.2017 nochmals erheblich erhöht hat, wodurch in vielen Regionen ein wahrer Boom im Bereich der Tagespflege ausgelöst wurde.

Dies hat zur Folge, dass immer mehr Pflegebedürftige eine Tagespflegeeinrichtung aufsuchen. Um diese aktuelle Entwicklung zu berücksichtigen, wurden deshalb alle relevanten Informationen verarbeitet, die im Rahmen der von MODUS durchgeführten Bedarfsermittlungen in den letzten Jahren in den untersuchten bayerischen Landkreisen und Städten erhoben wurden. Danach ist die durchschnittliche Inanspruchnahmequote in den letzten Jahren insbesondere seit der Neudefinition des Pflegebedürftigkeitsbegriffes Anfang des Jahres 2017 erheblich gestiegen und liegt mittlerweile bei 29,5% der ambulanten betreuten Pflegebedürftigen ab 75 Jahren, die zusätzlich Tagespflege beanspruchen.

Um die Substitutionswirkungen zwischen den einzelnen Bereichen der Seniorenhilfe berücksichtigen zu können, wurde die genannte durchschnittliche Inanspruchnahmequote einem Mittelwerttest unterzogen und ein Konfidenzintervall mit einer Sicherheit von 95% berechnet. Als Untergrenze resultierte für dieses Konfidenzintervall ein Wert von 15,1 und als Obergrenze ein Wert von 43,9. Die genannten Werte werden nun mit der Anzahl der in Privathaushalten ambulant betreuten pflegebedürftigen Personen ab 75 Jahren in der jeweiligen Region multipliziert, um das Bedarfsintervall für den regionalen Tagespflegeplatzbedarf zu ermitteln.

Auch der dritte Indikator, die durchschnittliche Inanspruchnahme der Tagespflege pro Woche, wird wesentlich von den verbesserten Bedingungen durch die Pflegestärkungsgesetze beeinflusst. Bevor diese Gesetze in Kraft getreten sind, wurde von MODUS in den bayerischen Tagespflegeeinrichtungen im Rahmen der Begutachtungstätigkeit für zahlreiche Landkreise und kreisfreie Städte pro Tagespflegegast eine durchschnittliche Inanspruchnahme von 2,1 Tagen pro Woche ermittelt. Dieser Wert ist in den letzten Jahren allerdings erheblich angestiegen. Aufgrund der entsprechenden Daten der Tagespflegeeinrichtungen, die in den letzten Jahren von MODUS im Rahmen der Bedarfsermittlung untersucht wurden, ergibt sich hierfür pro Tagespflegegast nun eine durchschnittliche Inanspruchnahme von 2,8 Tagen pro Woche. Um auch diese aktuelle Entwicklung zu berücksichtigen, wurde bezüglich der durchschnittlichen Inanspruchnahme der Tagespflege ein Konfidenzintervall berechnet. Hier ergab sich als Untergrenze ein Wert von 2,4 Tagen und als Obergrenze ein Wert von 3,2 Tagen pro Woche, die nun als Unter- und Obergrenze für das zu bestimmende Bedarfsintervall benutzt wurden.

Nach dem Einsetzen der genannten Indikatoren in die obige Formel ergibt sich für den Mindestbedarf im Bereich der Tagespflege folgender Wert.

$$\text{Mindestplatzbedarf} = \frac{1.422 \times 49,2\% \times 15,1\% \times 2,4}{5} = 50,7 \text{ Tagespflegeplätze}$$

Wenn man davon ausgeht, dass etwa 15,1% der in Privathaushalten ambulant betreuten pflegebedürftigen Menschen ab 75 Jahren eine Tagespflegeeinrichtung nutzen, sind im Landkreis Erlangen-Höchstadt derzeit also mindestens 51 Tagespflegeplätze zur bedarfsgerechten Versorgung notwendig.

Diese Platzzahl, die wesentlich unter dem Maximalbedarf liegt, kann allerdings nur dann als bedarfsgerecht angesehen werden, wenn neben dem ambulanten Bereich auch der stationäre Sektor bereits bedarfsgerecht ausgebaut ist. Geht man davon aus, dass nicht nur 15,1%, sondern bereits 43,9% der in Privathaushalten lebenden pflegebedürftigen Menschen ab 75 Jahren eine Tagespflegeeinrichtung besuchen, ergibt sich für den Landkreis Erlangen-Höchstadt für den Bereich der Tagespflege folgender Maximalbedarf:

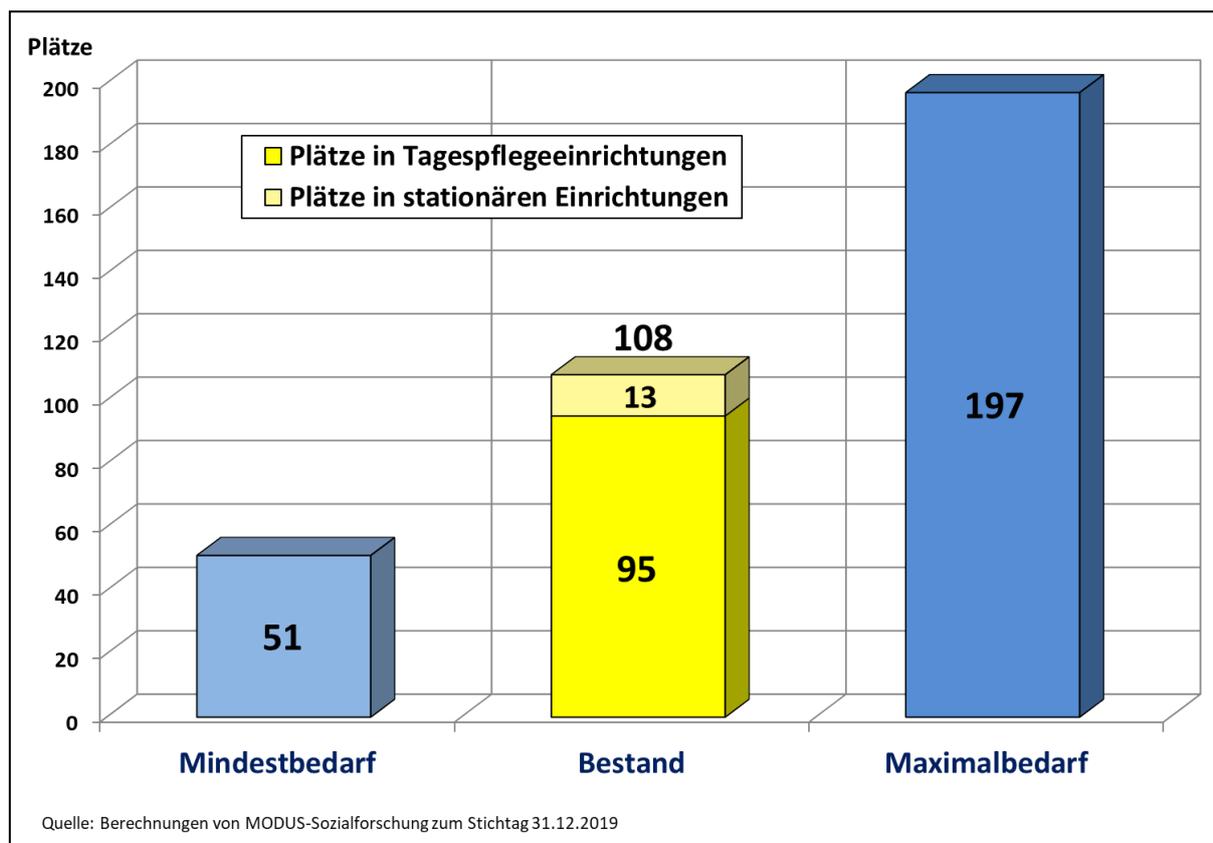
$$\text{Maximaler Platzbedarf} = \frac{1.422 \times 49,2\% \times 43,9\% \times 3,2}{5} = 196,6 \text{ Tagespflegeplätze}$$

Für den Bereich der Tagespflege resultiert nach dem modifizierten Indikatorenmodell für den Landkreis Erlangen-Höchstadt also ein aktueller Maximalbedarf von 197 Tagespflegeplätzen.

6.3.2.2 Ist-Soll-Vergleich für den Bereich der Tagespflege

Für die bedarfsgerechte Ausgestaltung des Bereichs der Tagespflege sind im Landkreis Erlangen-Höchstadt nach der durchgeführten Bedarfsermittlung mindestens 51 bis maximal 197 Plätze notwendig. In der folgenden Abbildung wird diesen Werten der Bestand an Tagespflegeplätzen im Landkreis Erlangen-Höchstadt gegenübergestellt.

Abb. 6.9: Ist-Soll-Vergleich für den Bereich der Tagespflege im Landkreis Erlangen-Höchstadt zum 31.12.2019



Durch die Bestandsaufnahme am 31.12.2019 wurde einschließlich der Tagespflegeplätze innerhalb der stationären Einrichtungen ein Bestand von insgesamt 108 Tagespflegeplätzen ermittelt (vgl. Kap. 2.2.2.2). Wie die Abbildung zeigt, liegt dieser Wert fast in der Mitte des ermittelten Bedarfsintervalls. Es war somit im Landkreis Erlangen-Höchstadt am 31.12.2019 von einer durchschnittlichen Versorgung im Bereich der Tagespflege auszugehen.

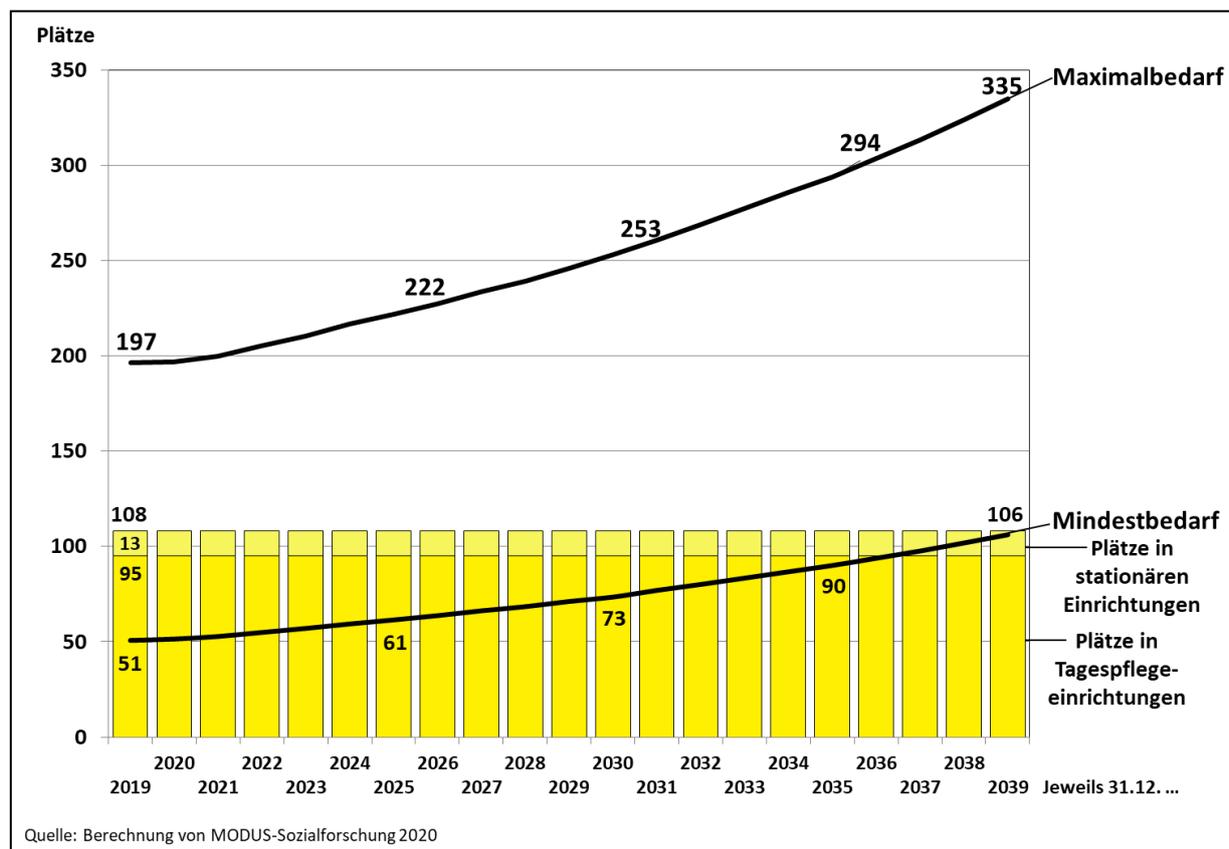
6.3.2.3 Bedarfsprognose für den Bereich der Tagespflege

An der in Kapitel 4 dargestellten Prognose ist zu erkennen, dass die Zahl der anerkannten pflegebedürftigen Menschen ab 75 Jahren im Landkreis Erlangen-Höchstadt bis zum Jahr 2039 relativ stark ansteigen wird (vgl. Kap. 4.5).

Wie bereits im letzten Kapitel ausführlich erläutert, ist seit Inkrafttreten des Pflegeweiterentwicklungsgesetzes Mitte des Jahres 2008 und insbesondere seit Inkrafttreten des Pflegestärkungsgesetzes und der Neudefinition des Pflegebedürftigkeitsbegriffes zum 01.01.2017 die Inanspruchnahmequote im Bereich der Tagespflege relativ stark angestiegen. Da es in Bayern aber auch noch Regionen gibt, in denen sich die Tagespflege erst im Aufbau befindet, ist davon auszugehen, dass die Inanspruchnahmequote zukünftig weiter ansteigen wird.

Um diese Tatsache bei der folgenden Bedarfsprognose zu berücksichtigen, wird davon ausgegangen, dass sich die Versorgungsquote voraussichtlich um 0,3%-Punkte pro Jahr erhöht. Auf der Grundlage der Bevölkerungsprojektion und der daraus abgeleiteten Prognose der Nutzer von Tagespflegeeinrichtungen ergibt sich zukünftig der in folgender Abbildung dargestellte Platzbedarf.

Abb. 6.10: Entwicklung des Bestands und des Bedarfs an Tagespflegeplätzen im Landkreis Erlangen-Höchstadt bis zum Jahr 2039



Nach der durchgeführten Bedarfsprognose ist davon auszugehen, dass im Landkreis Erlangen-Höchstadt bereits bis zum Jahr 2030 voraussichtlich mindestens 73 bis maximal 253 Plätze notwendig sind, um den Bedarf im Bereich der Tagespflege abdecken zu können. In den Jahren danach wird die benötigte Zahl der Tagespflegeplätze im Landkreis Erlangen-Höchstadt bis zum Ende des Projektionszeitraumes im Jahr 2039 voraussichtlich noch stärker auf mindestens 106 bis maximal 335 Plätze ansteigen.

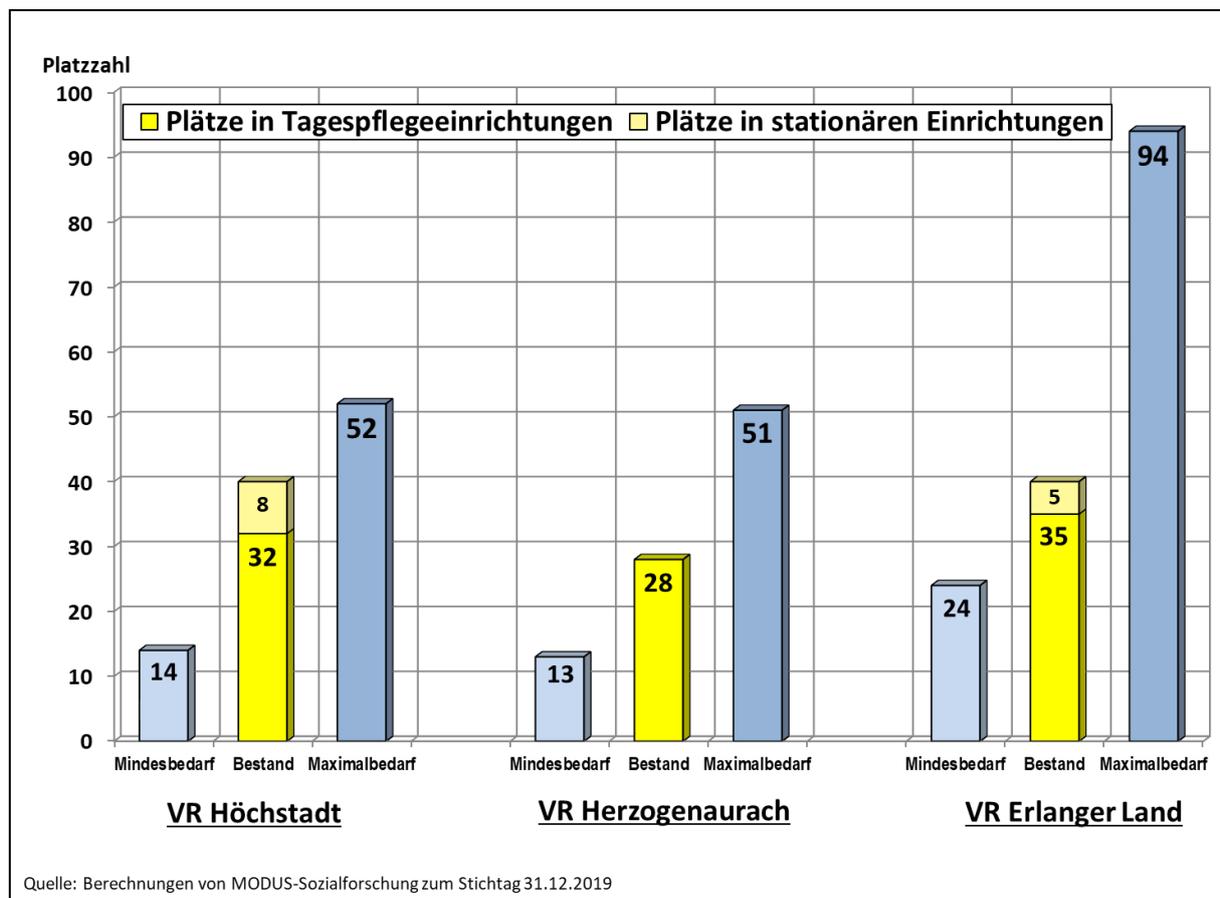
Wie die Abbildung zeigt, kann der Bedarf im Bereich der Tagespflege im Landkreis Erlangen-Höchstadt mit den zum Stichtag 31.12.2019 bestehenden 108 Plätzen langfristig nur noch sehr knapp abgedeckt werden. Mittel- bis langfristig sollte im Landkreis Erlangen-Höchstadt somit ein weiterer Ausbau der Tagespflege stattfinden.

6.3.2.4 Bedarfsermittlung für den Bereich der Tagespflege auf kleinräumiger Ebene

Die in Kapitel 3 definierten Versorgungsregionen weisen sowohl von der Bevölkerungsstruktur als auch von der Zahl der pflegebedürftigen Menschen her z.T. deutliche Unterschiede auf. Es kann deshalb die ermittelte Zahl der bedarfsnotwendigen Tagespflegeplätze für den gesamten Landkreis nicht einfach auf die verschiedenen Versorgungsregionen übertragen werden. Stattdessen wird auch für die Ermittlung des Bedarfs an Tagespflegeplätzen in den einzelnen Versorgungsregionen das in Kapitel 6.2.2.1 dargestellte Verfahren verwendet.

Genauso wie bei der Bedarfsermittlung für den Bereich der Tagespflege im gesamten Landkreis Erlangen-Höchstadt besteht die Grundannahme dieses Verfahrens auch auf kleinräumiger Ebene in der Erkenntnis, dass Tagespflege ein adäquates Angebot für diejenigen pflegebedürftigen älteren Menschen darstellt, die stationär überversorgt wären und für die eine ambulante Betreuung eine Unterversorgung bedeuten würde. Der Bestand an Tagespflegeplätzen hat somit insbesondere eine Substitutionswirkung auf den Bereich der ambulanten Seniorenhilfe. Dementsprechend ist der Bedarf an Tagespflegeplätzen in erster Linie von der Zahl der pflegebedürftigen älteren Menschen abhängig, die ambulante Pflegeleistungen beanspruchen.

Aufgrund der empirisch ermittelten Inanspruchnahmerquoten, wonach mittlerweile zwischen 15% und 44% der pflegebedürftigen Personen ab 75 Jahren in ambulanter Betreuung sind, zusätzlich auch die Tagespflege beanspruchen, ergibt sich auf der Basis der in Kapitel 6.2.5 für die einzelnen Versorgungsregionen ermittelten Versorgungsquoten folgender Platzbedarf im Bereich der Tagespflege.

Abb. 6.11: Bestand und Bedarf an Tagespflegeplätzen in den Versorgungsregionen

Zum Stichtag 31.12.2019 standen in der nordwestlichen Versorgungsregion Höchstadt 32 Plätze in der eigenständigen Tagespflegeeinrichtung und zusätzlich acht „stationäre Tagespflegeplätze“ zur Verfügung. Wie die Abbildung zeigt, liegen die Plätze in der eigenständigen Tagespflegeeinrichtung in etwa in der Mitte des ermittelten Bedarfsintervalls und einschließlich der Tagespflegeplätze innerhalb der stationären Einrichtungen nur um zwölf Plätze unter dem ermittelten Maximalbedarf, so dass dieser Region zum Stichtag 31.12.2019 eine gute Versorgung im Bereich der Tagespflege bescheinigt werden kann.

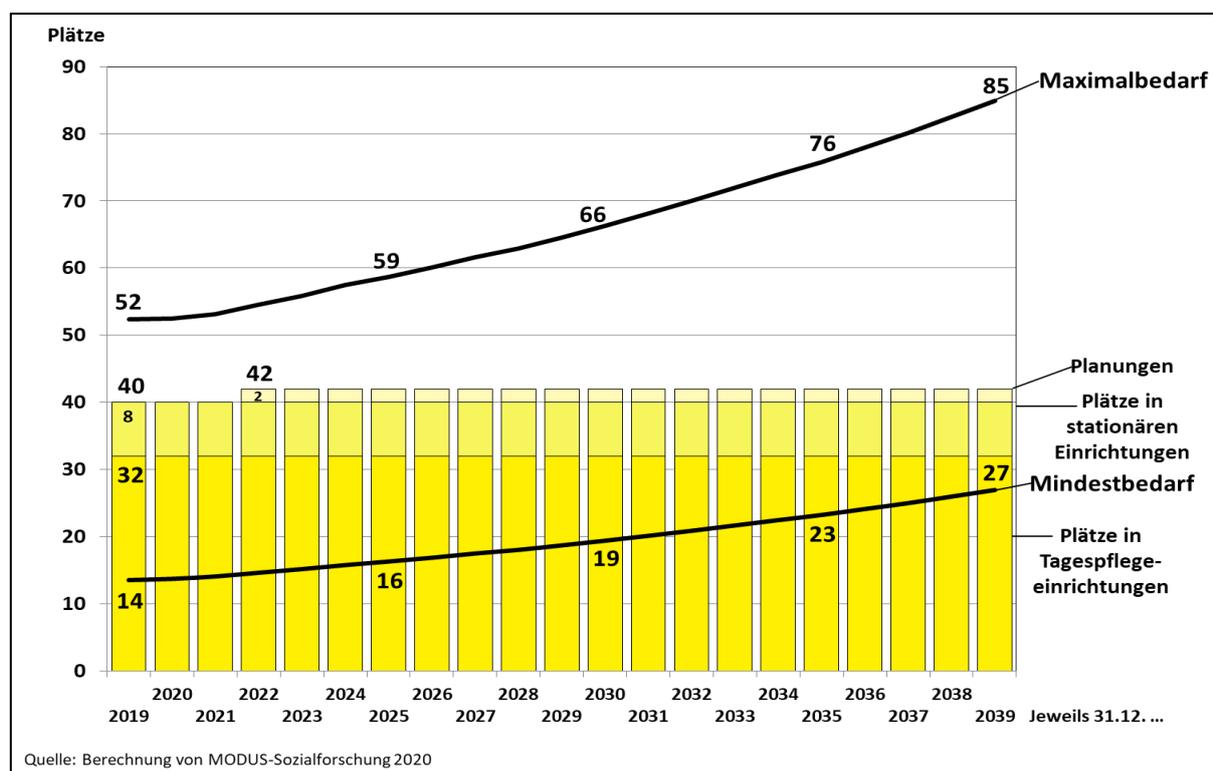
In der Versorgungsregion Herzogenaurach existierten zum Stichtag 31.12.2019 im Bereich der Tagespflege 28 Plätze. Damit liegen die Plätze in etwa in der Mitte des ermittelten Bedarfsintervalls, so dass auch in dieser Region zum Stichtag 31.12.2019 von einer durchschnittlichen Versorgung im Bereich der Tagespflege auszugehen ist.

In der südöstlichen Versorgungsregion Erlanger Land stehen neben den 35 Plätzen in der eigenständigen Tagespflegeeinrichtung zusätzlich fünf „stationäre Tagespflegeplätze“ zur Verfügung. Wie die Abbildung zeigt, liegt der Bestand hier näher am ermittelten Mindestbedarf, so dass in dieser Region zum Stichtag 31.12.2019 von einer unterdurchschnittlichen Versorgung im Bereich der Tagespflege auszugehen ist.

6.3.2.5 Bedarfsprognose für den Bereich der Tagespflege auf kleinräumiger Ebene

Genauso wie bei der Bedarfsprognose für den gesamten Landkreis Erlangen-Höchststadt ist auch bei den Bedarfsprognosen für die definierten Versorgungsregionen von entscheidender Bedeutung, wie die zahlenmäßige Entwicklung der pflegebedürftigen älteren Menschen zukünftig verlaufen wird. Die Grundlage der folgenden Prognosen für die einzelnen Versorgungsregionen bildet die in Kap. 4 dargestellte kleinräumige Bevölkerungsprojektion und die darauf aufbauende Prognose der pflegebedürftigen Menschen ab 75 Jahren. Auf dieser Grundlage und einer zu erwartenden jährlichen Erhöhung der Inanspruchnahme um 0,3%-Punkte ergibt sich für die Versorgungsregion Höchststadt folgende Bedarfsentwicklung im Bereich der Tagespflege.

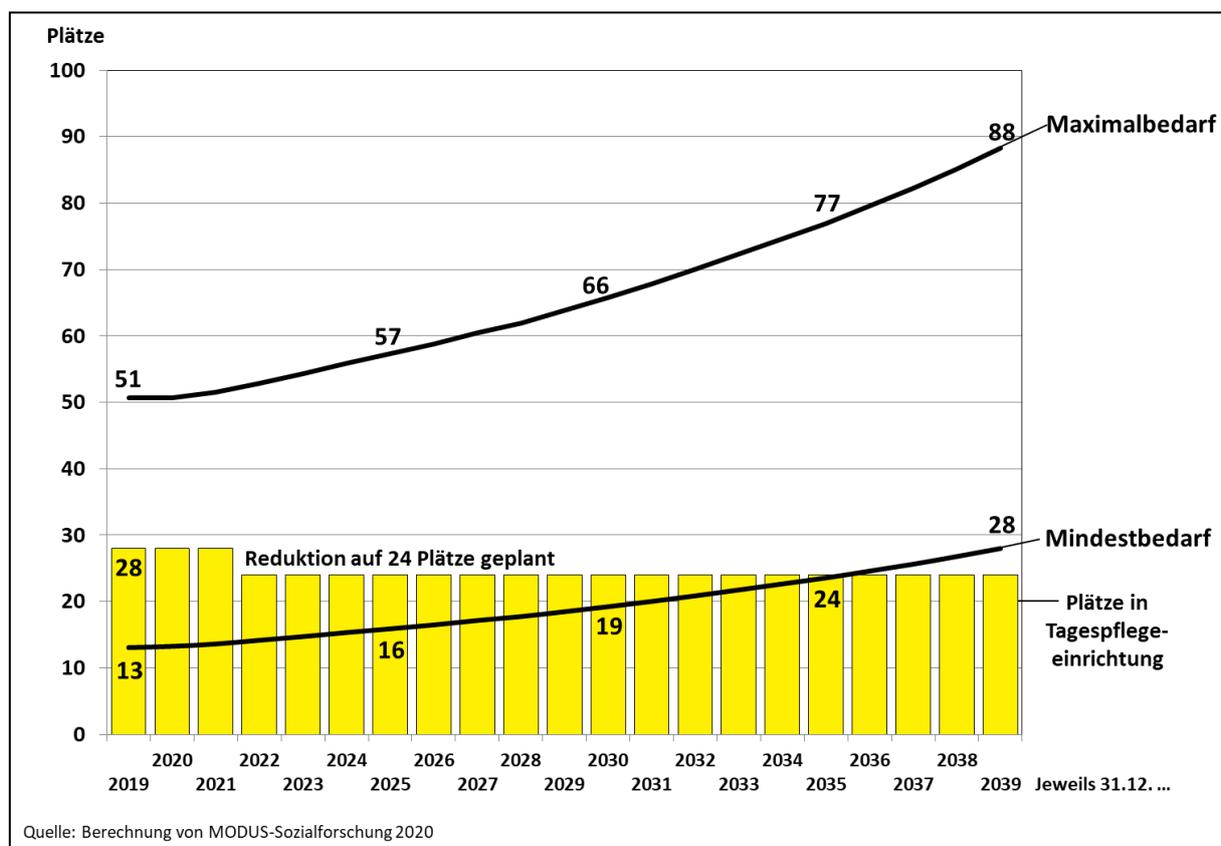
Abb. 6.12: Entwicklung des Bestands und des Bedarfs an Tagespflegeplätzen in der Versorgungsregion Höchststadt bis zum Jahr 2039



Wie die Abbildung zeigt, wird der Bedarf im Bereich der Tagespflege in der Versorgungsregion Höchststadt in den nächsten Jahren relativ stark ansteigen und zwar bis zum Jahr 2030 auf 19 bis 66 und bis zum Jahr 2039 auf 27 bis 85 Plätze. Da in der Versorgungsregion Höchststadt 35 Plätze in eigenständigen Tagespflegeeinrichtungen (Erhöhung auf 37 Plätze Anfang des Jahres 2022) und zusätzlich acht „stationäre Tagespflegeplätze“ zur Verfügung stehen, kann also trotz der zu erwartenden Bedarfsanstieges davon ausgegangen werden, dass mit dem derzeitigen Bestand von 40 Tagespflegeplätzen in der Versorgungsregion Höchststadt der regionale Bedarf im Bereich der Tagespflege auch mittel- bis langfristig ausreichend abgedeckt werden kann.

In der Versorgungsregion Herzogenaurach gibt es derzeit 28 Tagespflegeplätze. Wie die aktuelle Bedarfsermittlung gezeigt hat, liegt diese Platzzahl in etwa in der Mitte des ermittelten Bedarfsintervalls, so dass in dieser Region zum Stichtag 31.12.2019 von einer durchschnittlichen Versorgung im Bereich der Tagespflege auszugehen war. Inwieweit dies aufgrund des zu erwartenden Bedarfsanstiegs auch in Zukunft noch der Fall sein wird, zeigen die Ergebnisse der Bedarfsprognose für diese Versorgungsregion.

Abb. 6.13: Entwicklung des Bestands und des Bedarfs an Tagespflegeplätzen in der Versorgungsregion Herzogenaurach bis zum Jahr 2039

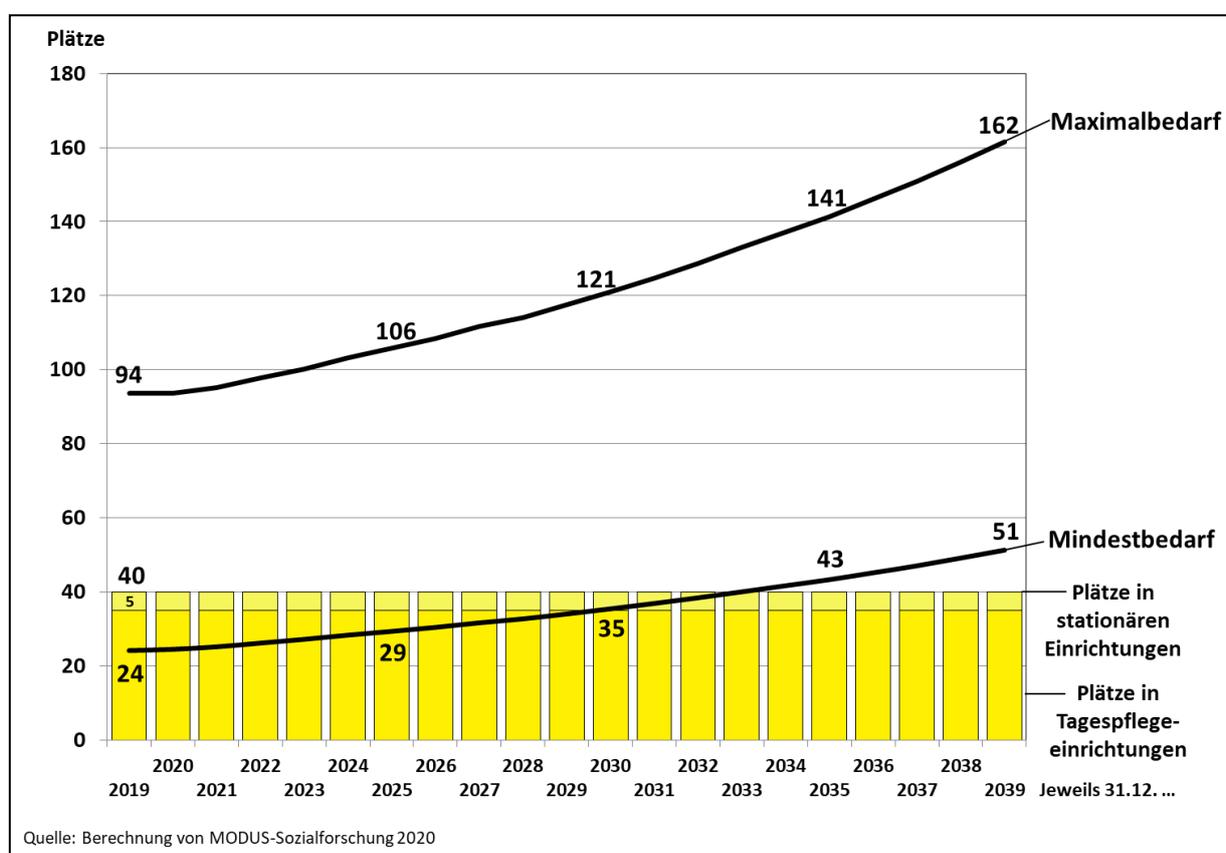


Nach den Ergebnissen der durchgeführten Bedarfsprognose wird sich der Bedarf an Tagespflegeplätzen jedoch auch in dieser Region in den nächsten Jahren relativ stark erhöhen, und zwar auf 19 bis 66 Plätze bis zum Jahr 2030 und bis zum Jahr 2039 voraussichtlich auf 28 bis 88 Plätze.

Es muss aufgrund des zu erwartenden Bedarfsanstiegs somit davon ausgegangen werden, dass mit dem derzeitigen Bestand von 28 Tagespflegeplätzen in der südwestlichen Versorgungsregion Herzogenaurach langfristig gerade mal der regionale Mindestbedarf abgedeckt werden kann. Wird jedoch die für Anfang des Jahres 2022 in der Tagespflegeeinrichtung in Herzogenaurach geplante Reduktion auf 24 Plätze realisiert und auch sonst keine zusätzlichen Tagespflegeplätze geschaffen, kann es langfristig zu einer Unterversorgung in der Versorgungsregion Herzogenaurach kommen.

In der östlichen Versorgungsregion Erlanger Land stehen neben den 35 Plätzen in den beiden Tagespflegeeinrichtungen zusätzlich fünf „stationäre Tagespflegeplätze“ zur Verfügung. Damit liegt der Bestand in dieser Region näher am ermittelten Mindestbedarf, so dass in dieser Region zum Stichtag 31.12.2019 von einer unterdurchschnittlichen Versorgung im Bereich der Tagespflege auszugehen war. Auch in dieser Region wird der Tagespflegebedarf in den nächsten Jahren jedoch relativ stark ansteigen, wie folgende Abbildung zeigt.

Abb. 6.14: Entwicklung des Bedarfs an Tagespflegeplätzen in der Versorgungsregion Erlanger Land bis zum Jahr 2039



Nach der durchgeführten Bedarfsprognose wird sich in der Versorgungsregion Erlanger Land der Bedarf an Tagespflegeplätzen voraussichtlich bis zum Jahr 2030 auf 35 bis 121 Plätze und bis zum Jahr 2039 auf mindestens 51 bis 162 Plätze erhöhen.

Wie die Abbildung zeigt, kann aufgrund des zu erwartenden Bedarfsanstieges davon ausgegangen werden, dass mit dem derzeitigen Bestand von 40 Tagespflegeplätzen der regionale Bedarf im Bereich der Tagespflege in der Versorgungsregion Erlanger Land mittel- bis langfristig nicht mehr ausreichend abgedeckt werden kann. Es müssten also in den nächsten Jahren in dieser Region weitere Tagespflegeplätze geschaffen werden, um den Bedarf der Bevölkerung in dieser Region weiterhin wohnortnah abdecken zu können.

6.3.3 Bedarfsermittlung für den Bereich der Kurzzeitpflege

6.3.3.1 Ermittlung des Bedarfs an Kurzzeitpflegeplätzen

Genauso wie früher bei der Tagespflege muss heute bei der Kurzzeitpflege immer noch berücksichtigt werden, dass sich dieser Bereich in Bayern in einer für die Träger schwierigen Finanzierungssituation befindet. Es kann deshalb bei der Ermittlung des Bedarfs auch in diesem Bereich nicht von den derzeit üblichen Bedarfsrichtwerten ausgegangen werden. So würde sich bei einer Übertragung des gängigen Richtwertes von 0,3 Kurzzeitpflegeplätzen pro 100 Einwohnern ab 65 Jahren auf den aktuellen Bevölkerungsbestand im Landkreis Erlangen-Höchstadt ein Bedarf von 85 Kurzzeitpflegeplätzen ergeben.

Der tatsächliche Bedarf im Bereich der Kurzzeitpflege hängt jedoch nicht primär von der Zahl der Einwohner ab 65 Jahren ab, sondern vielmehr von der Anzahl der in einer Region lebenden pflegebedürftigen Menschen und von der Frage, wie hoch der Anteil der Personengruppe ist, die eine Kurzzeitpflege benötigt.

Als Hauptzielgruppe der Kurzzeitpflege sind dabei diejenigen zu sehen, die nach dem Pflegeversicherungsgesetz als pflegebedürftig anerkannt sind. Für diese Personengruppe werden von den Pflegekassen maximal vier Wochen jährlich als sogenannte Urlaubspflege finanziert. Diese Tatsache veranlasste die *Forschungsgesellschaft für Gerontologie* bei der Bedarfsermittlung für die Kurzzeitpflege von einer durchschnittlichen Verweildauer von 28 Tagen auszugehen (vgl. MAGS 1995, S. 245).

Eine hundertprozentige Auslastung ist im Bereich der Kurzzeitpflege utopisch, da Kurzzeitpflegeplätze in den Sommermonaten sowie in den Ferienzeiten sehr stark nachgefragt werden, was im restlichen Jahr nicht unbedingt der Fall ist. Es ist deshalb für den dritten Indikator zur Bedarfsermittlung im Bereich der Kurzzeitpflege ein realistischer Wert zu bestimmen. Aufgrund einer von der *Forschungsgesellschaft für Gerontologie* durchgeführten Analyse zum Auslastungsgrad von Kurzzeitpflegeeinrichtungen ist ein jährlicher Auslastungsgrad von 85% als realistisch einzuschätzen (vgl. MAGS 1995, S. 245). Auf dieser Grundlage wurde der Platzbedarf im Bereich der Kurzzeitpflege von der *Forschungsgesellschaft für Gerontologie* anhand folgender Berechnungsformel ermittelt.

$$\text{Platzbedarf} = \frac{\text{Pflegebedürftige, die eine Kurzzeitpflege benötigen} \times \text{Verweildauer}}{85\% \times 365 \text{ Tage}}$$

Neben der durchschnittlichen Verweildauer und dem durchschnittlichen Auslastungsgrad liegt der Kernpunkt der Bedarfsermittlung in der Frage, wie viele pflegebedürftige Menschen eine Kurzzeitpflege beanspruchen.

Dieser Indikator ist aus den Pflegebedürftigkeitsdaten abzuleiten. Dabei ist zu berücksichtigen, dass die Hauptzielgruppe für die Kurzzeitpflege in der Personengruppe der pflegebedürftigen Menschen ab 75 Jahren liegt. Es kann jedoch nicht davon ausgegangen werden, dass alle pflegebedürftigen Personen dieser Altersgruppe Kurzzeitpflegeeinrichtungen in Anspruch nehmen. Zum einen wird ein Teil der Zielgruppe nicht durch Angehörige, sondern durch ambulante Pflegedienste gepflegt und dementsprechend wird nicht in allen Fällen eine Entlastung der Angehörigen durch Kurzzeitpflegeeinrichtungen benötigt. Zum anderen ist davon auszugehen, dass bisher noch nicht alle Betroffenen von diesem Angebot Gebrauch machen. Es wird deshalb bei der Bedarfsermittlung für den Platzbedarf im Bereich der Kurzzeitpflege davon ausgegangen, dass unter den pflegebedürftigen Menschen ab 75 Jahren mindestens 75% bis maximal 95% bei Pflegegrad 5, bei Pflegegrad 4 mindestens 60% bis 80%, bei Pflegegrad 3 mindestens 45% bis 65%, bei Pflegegrad 2 mindestens 30% bis 50% und bei Pflegegrad 1 mindestens 15% bis maximal 35% einmal jährlich eine Kurzzeitpflegeeinrichtung beanspruchen. Aus den Pflegebedürftigkeitsdaten ergibt sich für den definierten Personenkreis im Landkreis Erlangen-Höchstadt eine Zahl von mindestens 559 bis maximal 843 potentiellen Nutzern von Kurzzeitpflegeeinrichtungen. Diese Werte werden nun gemäß der Berechnungsformel mit der durchschnittlichen Verweildauer multipliziert und anschließend durch den jährlichen Auslastungsgrad dividiert.

Die von MODUS durchgeführten Analysen zeigen, dass der von der *Forschungsgesellschaft für Gerontologie* bei der Bedarfsberechnung zugrunde gelegte jährliche Auslastungsgrad von 85% durchaus realistisch ist. Was die durchschnittliche Verweildauer dagegen betrifft, bei der die *Forschungsgesellschaft für Gerontologie* von 28 Tagen ausging, zeigen die Analysen deutliche Unterschiede.

Im Rahmen der von MODUS durchgeführten Bedarfsermittlungen seit 1996 in mehr als 45 bayerischen Landkreisen und Städten wurde die Verweildauer von 15 eigenständigen Kurzzeitpflegeeinrichtungen mit insgesamt rund 200 Kurzzeitpflegeplätzen untersucht. Dabei ergab sich lediglich eine durchschnittliche Verweildauer von 23 Tagen.

Im Rahmen der Seniorenhilfeplanung in mehreren Landkreisen und kreisfreien Städten bestand zusätzlich die Möglichkeit, bei einigen eigenständigen Kurzzeitpflegeeinrichtungen über Jahre hinweg eine detaillierte Untersuchung der Verweildauer anhand von Beleglisten durchzuführen. Da diese Einrichtungen von mehr als 1.000 Kurzzeitpflegegästen genutzt wurden, liegt eine ausreichende Datengrundlage für die exakte Berechnung der durchschnittlichen Verweildauer vor. Hierbei resultierte insgesamt eine durchschnittliche Verweildauer von 18,2 Tagen. Da dieser Wert weit unter dem früheren Durchschnittswert liegt, ist davon auszugehen, dass die durchschnittliche Verweildauer in Kurzzeitpflegeeinrichtungen in den letzten Jahren noch weiter zurückgegangen ist.

Es kann deshalb mit hoher Sicherheit davon ausgegangen werden, dass die von der *Forschungsgesellschaft für Gerontologie* zugrunde gelegte durchschnittliche Verweildauer von 28 Tagen – zumindest für das Bundesland Bayern – unrealistisch ist und zu einer enormen Überschätzung des Bedarfs im Bereich der Kurzzeitpflege führen würde. Abweichend von der Empfehlung der *Forschungsgesellschaft für Gerontologie* wird deshalb zur Ermittlung des Bedarfs an Kurzzeitpflegeplätzen für den Mindestbedarf der Durchschnittswert von 18 Tagen zugrunde gelegt, der aufgrund der durchgeführten Längsschnittanalysen resultierte. Danach ergibt sich im Landkreis Erlangen-Höchstadt folgender Mindestplatzbedarf für den Bereich der Kurzzeitpflege:

$$\text{Mindestplatzbedarf} = \frac{559 \times 18}{85\% \times 365} = 32,4 \text{ Kurzzeitpflegeplätze}$$

Nach den Ergebnissen der Bedarfsermittlung werden für den Landkreis Erlangen-Höchstadt auf der Basis einer durchschnittlichen Auslastung von 85% und einer durchschnittlichen Verweildauer von 18 Tagen derzeit mindestens 32 Kurzzeitpflegeplätze benötigt, um die Mindestversorgung sicherzustellen.

Für die Ermittlung des maximalen Platzbedarfes im Bereich der Kurzzeitpflege wird eine Zahl von 843 Kurzzeitpflegegästen und eine durchschnittliche Verweildauer von 23 Tagen angesetzt. Es ergibt sich somit folgende Berechnungsgrundlage:

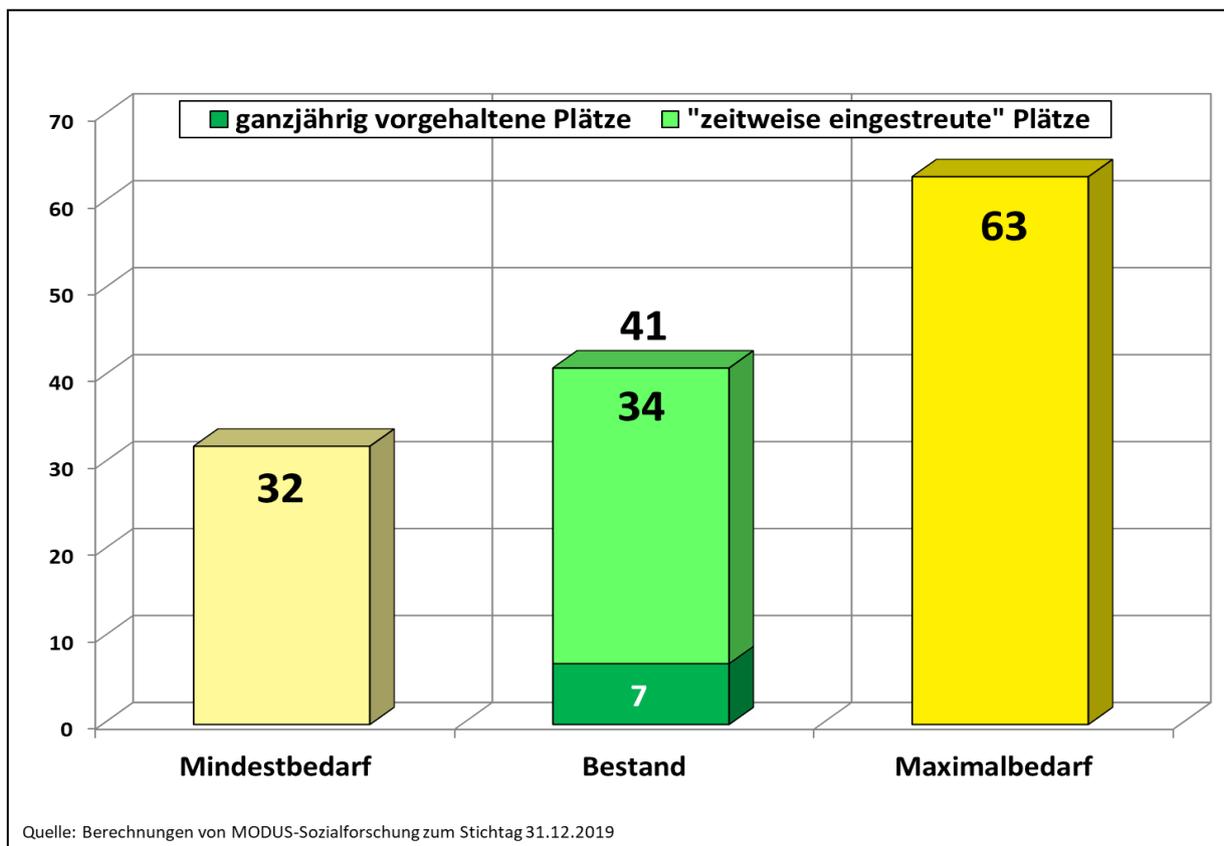
$$\text{Maximaler Platzbedarf} = \frac{843 \times 23}{85\% \times 365} = 62,5 \text{ Kurzzeitpflegeplätze}$$

Nach den Ergebnissen der Bedarfsermittlung werden für den Landkreis Erlangen-Höchstadt auf der Basis einer durchschnittlichen Auslastung von 85% und einer durchschnittlichen Verweildauer von 23 Tagen derzeit maximal 63 Kurzzeitpflegeplätze benötigt, um eine bedarfsgerechte Versorgung sicherzustellen.

6.3.3.2 Ist-Soll-Vergleich für den Bereich der Kurzzeitpflege

Zum Zeitpunkt der Bestandsaufnahme am 31.12.2019 bestanden nach Auskunft der Träger im Landkreis Erlangen-Höchstadt insgesamt sieben „ganzjährige“ und zusätzlich 34 „zeitweise eingestreute“ Kurzzeitpflegeplätze (vgl. 2.2.3.2). In folgender Abbildung wird diese Bestandszahl den ermittelten Bedarfswerten gegenübergestellt.

Abb. 6.15: Ist-Soll-Vergleich für den Bereich der Kurzzeitpflege im Landkreis Erlangen-Höchstadt zum 31.12.2019



Aufgrund der Bedarfsermittlung ergaben sich für den Landkreis Erlangen-Höchstadt zum 31.12.2019 ein Mindestbedarf von 32 und ein Maximalbedarf von 63 Kurzzeitpflegeplätzen. Wie die Abbildung zeigt, lag der Bestand an Kurzzeitpflegeplätzen im Landkreis Erlangen-Höchstadt am 31.12.2019 selbst einschließlich der „zeitweise eingestreuten“ Kurzzeitpflegeplätze nur knapp über dem ermittelten Mindestbedarf. Da es sich zudem größtenteils um „zeitweise eingestreute“ Kurzzeitpflegeplätze handelt, die nur dann angeboten werden, wenn freie Plätze in den stationären Einrichtungen vorhanden sind, ist die Zahl der tatsächlich zur Verfügung stehenden Kurzzeitpflegeplätze außerdem sehr stark vom stationären Bereich abhängig. Da im Laufe des Jahres 2019 in den stationären Einrichtungen jedoch noch ausreichend viele Plätze für die Kurzzeitpflege genutzt werden konnten (vgl. Kap. 2.2.3.3), kann im Landkreis Erlangen-Höchstadt zum Stichtag 31.12.2019 noch von einer knapp ausreichenden Versorgung im Bereich der Kurzzeitpflege ausgegangen werden.

6.3.3.3 Bedarfsprognose für den Bereich der Kurzzeitpflege

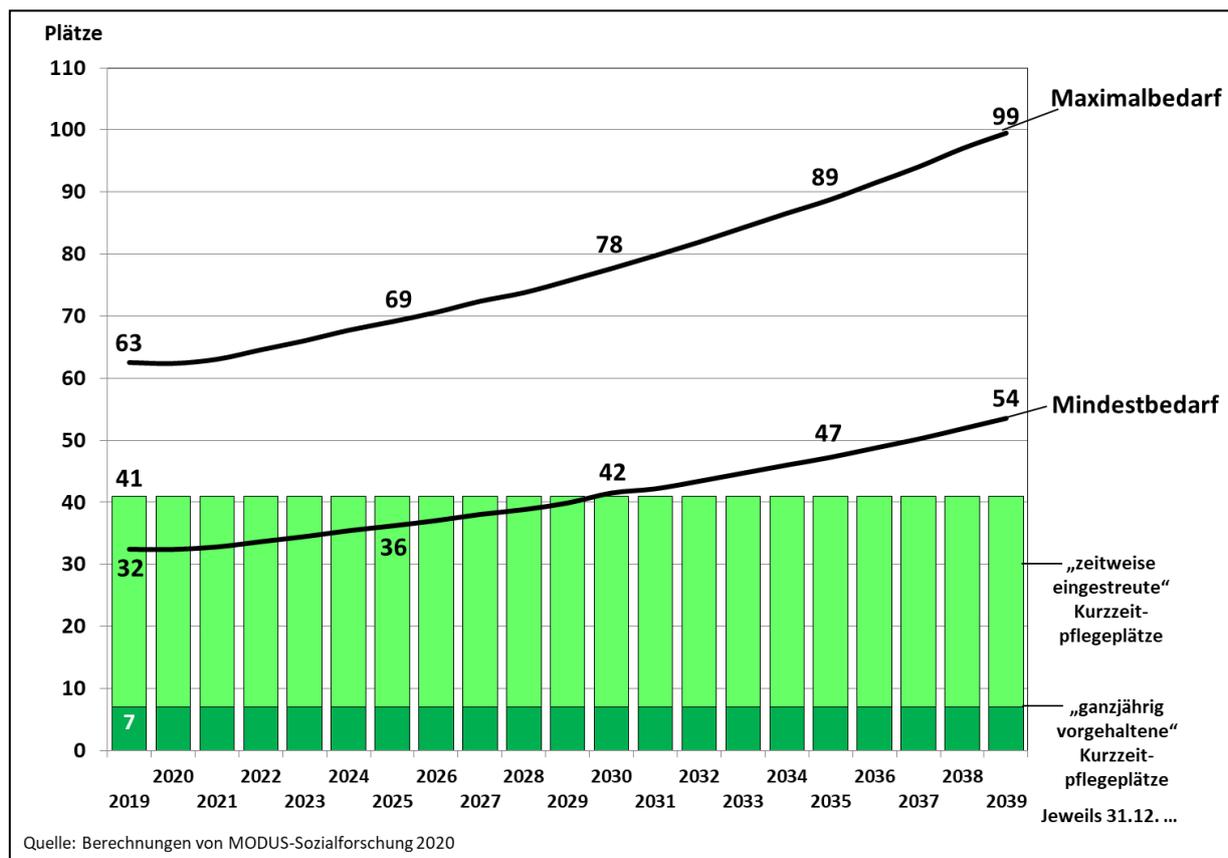
Wie bereits ausgeführt, wird der Pflegebedarf im Landkreis Erlangen-Höchstadt mittel- bis langfristig relativ stark ansteigen (vgl. Kap. 6.3). Bei einer Bedarfsprognose für den Bereich der Kurzzeitpflege sind jedoch nicht nur die zahlenmäßige Entwicklung der Zielgruppe, sondern auch andere Entwicklungen zu berücksichtigen.

Experten gehen davon aus, dass sich aufgrund der DRG's (Diagnosis Related Groups) in den Krankenhäusern die Verweildauer der Patienten nach und nach verringert und dadurch insbesondere bei älteren Menschen oft die Notwendigkeit einer institutionellen Nachbetreuung entsteht, die zu einer Bedarfssteigerung im Bereich der Kurzzeitpflege führen kann.

Wie MODUS im Rahmen der Auftragstätigkeit für verschiedene Landkreise und kreisfreie Städte festgestellt hat, macht sich der beschriebene Sachverhalt bisher allerdings noch nicht sehr stark bemerkbar. Es ist jedoch davon auszugehen, dass die DRG's mittel- bis langfristig den Nutzungsgrad von Kurzzeitpflegeeinrichtungen zukünftig stärker beeinflussen. Um diesen Aspekt zu berücksichtigen, wird bei der folgenden Bedarfsprognose deshalb davon ausgegangen, dass der Bedarf an Kurzzeitpflegeplätzen jährlich um 0,2%-Punkte ansteigen wird.

Auf der Grundlage der Bevölkerungsprojektion und der daraus abgeleiteten Prognose der pflegebedürftigen Menschen sowie der dargestellten Annahmen bezüglich der Inanspruchnahme von Kurzzeitpflegeeinrichtungen wird sich die Anzahl der bedarfsnotwendigen Kurzzeitpflegeplätze im Landkreis Erlangen-Höchstadt in den nächsten Jahren deutlich erhöhen, wie folgende Abbildung zeigt.

Abb. 6.16: Entwicklung des Bedarfs an Kurzzeitpflegeplätzen im Landkreis Erlangen-Höchstadt bis zum Jahr 2039



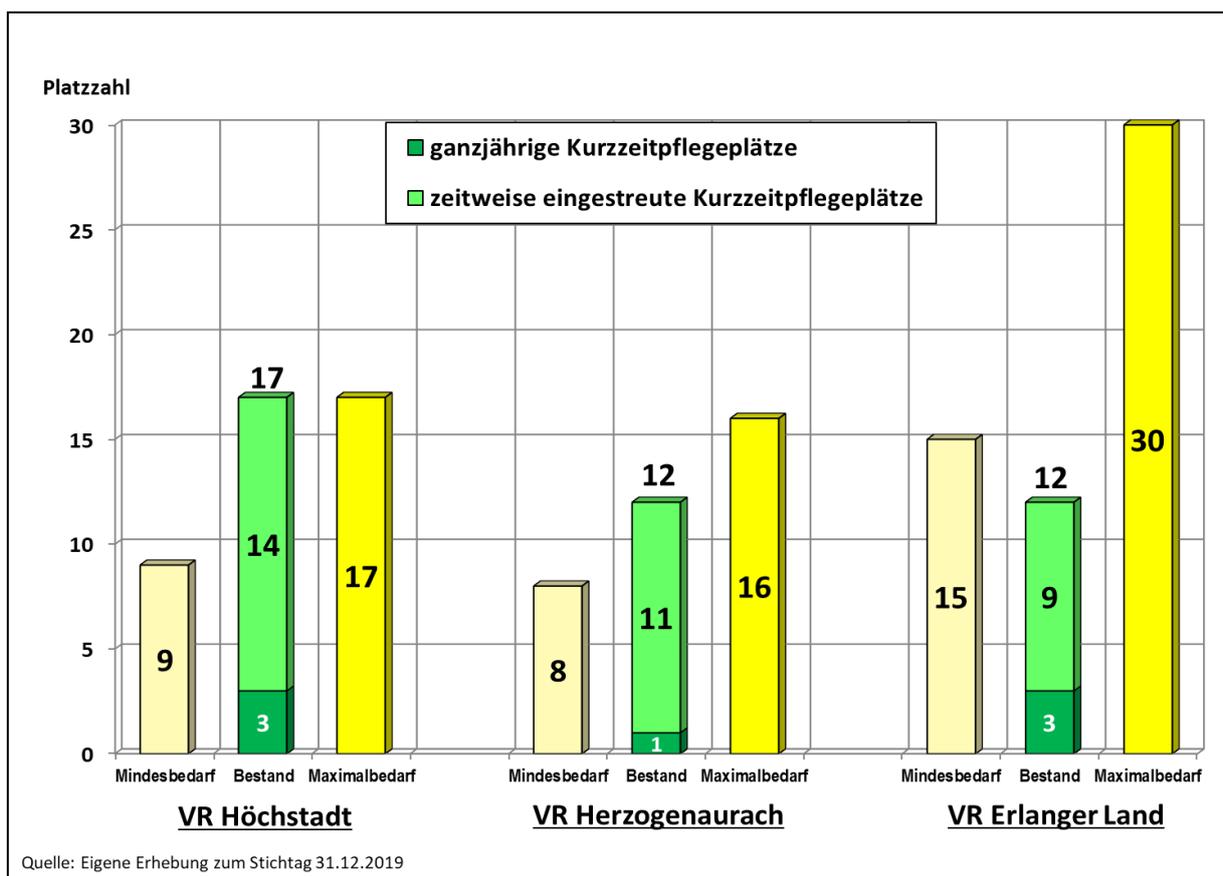
Nach der durchgeführten Bedarfsprognose ist im Landkreis Erlangen-Höchstadt ab dem Jahr 2030 auch im Bereich der Kurzzeitpflege eine relativ starke Bedarfssteigerung zu erwarten. Es ist davon auszugehen, dass im Landkreis Erlangen-Höchstadt bereits bis zum Jahr 2030 voraussichtlich mindestens 42 bis 78 Plätze notwendig sind, um den Bedarf im Bereich der Kurzzeitpflege abdecken zu können. In den Jahren danach wird die benötigte Zahl der Kurzzeitpflegeplätze bis zum Ende des Projektionszeitraumes voraussichtlich noch stärker auf 54 bis 99 Plätze ansteigen.

Selbst einschließlich der „zeitweise eingestreuten“ Plätze könnte der Bedarf im Bereich der Kurzzeitpflege im Landkreis Erlangen-Höchstadt aufgrund des zu erwartenden Bedarfsanstieges langfristig also nicht mehr ausreichend abgedeckt werden. Hierzu müsste in den stationären Einrichtungen eine höhere Zahl an freien Platzkapazitäten wie heute zur Verfügung stehen, die für die Kurzzeitpflege genutzt werden können. Dass dies aufgrund des bestehenden Fachkräftemangels und der dadurch angespannten Personalsituation im stationären Bereich immer schwieriger wird, zeichnet sich jedoch heute schon ab.

6.3.3.4 Bedarfsermittlung für den Bereich der Kurzzeitpflege auf kleinräumiger Ebene

Im Sinne einer flächendeckenden Versorgungsstruktur sollten die bestehenden Kurzzeitpflegeplätze über den gesamten Landkreis entsprechend der potentiellen Nutzer gleichmäßig verteilt sein, damit den pflegenden Angehörigen in allen Regionen des Landkreises die notwendige Entlastung durch die Kurzzeitpflege zu Gute kommt. Es wird deshalb im Folgenden dargestellt, wie sich die bestehenden Kurzzeitpflegeplätze bisher auf die einzelnen Versorgungsregionen verteilen und wie viele Plätze aufgrund der kleinräumigen Bedarfsermittlung notwendig sind. Die kleinräumige Bedarfsermittlung für die einzelnen Versorgungsregionen erfolgt dabei unter Verwendung des in Kapitel 6.3.3.1 dargestellten Verfahrens. Danach ergeben sich für die einzelnen Versorgungsregionen folgende Werte:

Abb. 6.17: Bestand und Bedarf an Kurzzeitpflegeplätzen in den Versorgungsregionen



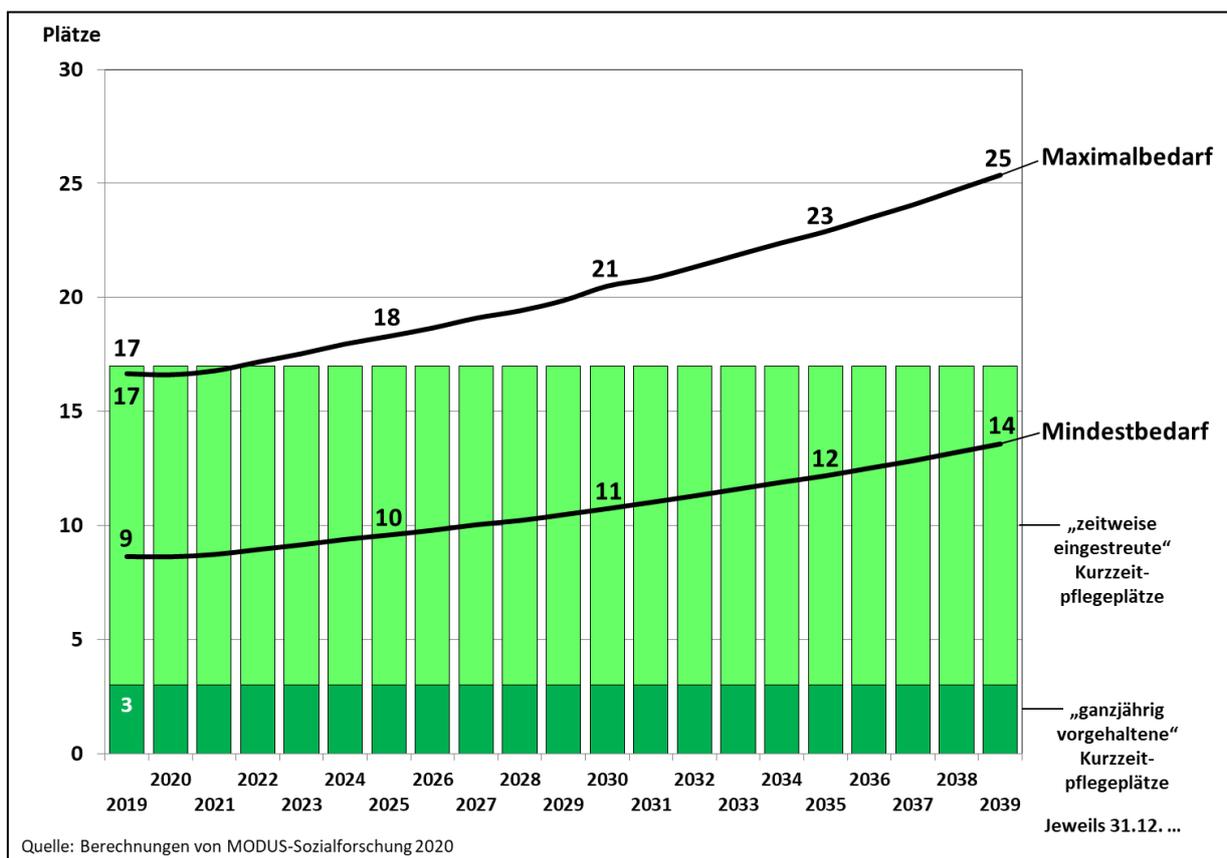
Berücksichtigt man bei dem Ist-Soll-Vergleich nur die ganzjährigen Kurzzeitpflegeplätze, kann im Landkreis Erlangen-Höchstadt keine Versorgungsregion als bedarfsgerecht eingestuft werden. Bezieht man allerdings die „zeitweise eingestreuten“ Plätze in die Betrachtung mit ein, liegt der Bestand in der Versorgungsregion Höchststadt in der Höhe des ermittelten Maximalbedarfs und in der Region Herzogenaurach ungefähr in der Mitte des ermittelten Bedarfsintervalls.

In der Versorgungsregion Erlangen Land liegt der Bestand selbst einschließlich der „zeitweise eingestreuten“ Plätze um drei Plätze unter dem ermittelten Mindestbedarf. Im Gegensatz zu den anderen zwei Versorgungsregionen kann der Region Erlanger Land somit keine ausreichende Versorgung mit Kurzzeitpflegeplätzen bescheinigt werden.

6.3.3.5 Bedarfsprognose für den Bereich der Kurzzeitpflege auf kleinräumiger Ebene

Genauso wie bei der Bedarfsprognose für den gesamten Landkreis Erlangen-Höchstadt ist auch bei den Bedarfsprognosen für die definierten Versorgungsregionen von entscheidender Bedeutung, wie die zahlenmäßige Entwicklung der pflegebedürftigen älteren Menschen zukünftig verlaufen wird. Die Grundlage der folgenden Prognosen für die einzelnen Versorgungsregionen bildet die kleinräumige Bevölkerungsprojektion und die darauf aufbauende Prognose der pflegebedürftigen Menschen ab 75 Jahren sowie eine zu erwartende Erhöhung der Inanspruchnahme von Kurzzeitpflegeplätzen. Auf dieser Grundlage ist in der nordwestlichen Versorgungsregion Höchststadt die in folgender Abbildung dargestellte Bedarfsentwicklung im Bereich der Kurzzeitpflege zu erwarten.

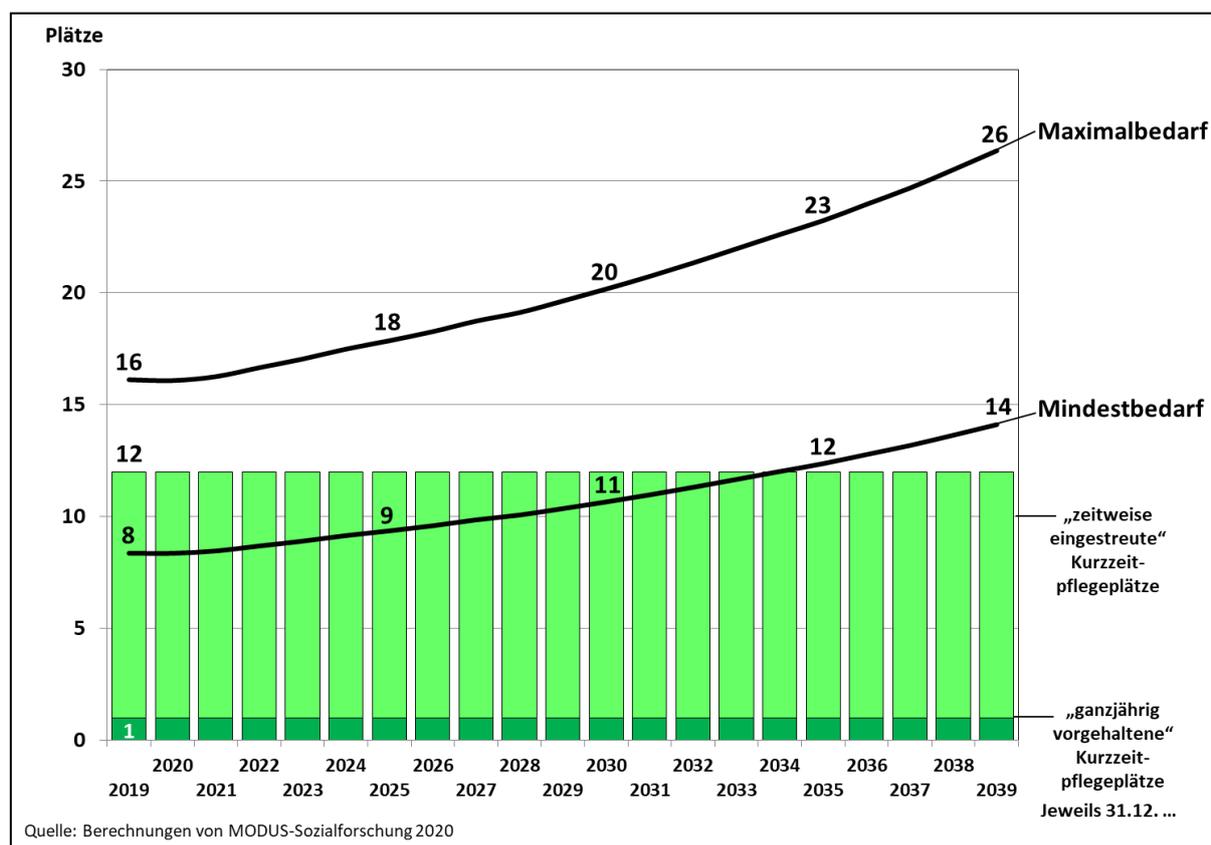
Abb. 6.18: Entwicklung des Bedarfs an Kurzzeitpflegeplätzen in der Versorgungsregion Höchststadt bis zum Jahr 2039



Nach der durchgeführten Bedarfsprognose wird sich der Bedarf an Kurzzeitpflegeplätzen in der Versorgungsregion Höchststadt bis zum Jahr 2039 voraussichtlich auf 14 bis 25 Plätze erhöhen. Einschließlich der „zeitweise eingestreuten“ Kurzzeitpflegeplätze reicht der Bestand in der Versorgungsregion Höchststadt aus, um auch langfristig den Mindestbedarf ausreichend abzudecken. Dies setzt allerdings voraus, dass auch zukünftig mindestens drei Viertel der „zeitweise eingestreuten“ Kurzzeitpflegeplätze auch tatsächlich belegt werden können.

Die folgende Abbildung zeigt die zu erwartende Bedarfsentwicklung in der Versorgungsregion Herzogenaurach.

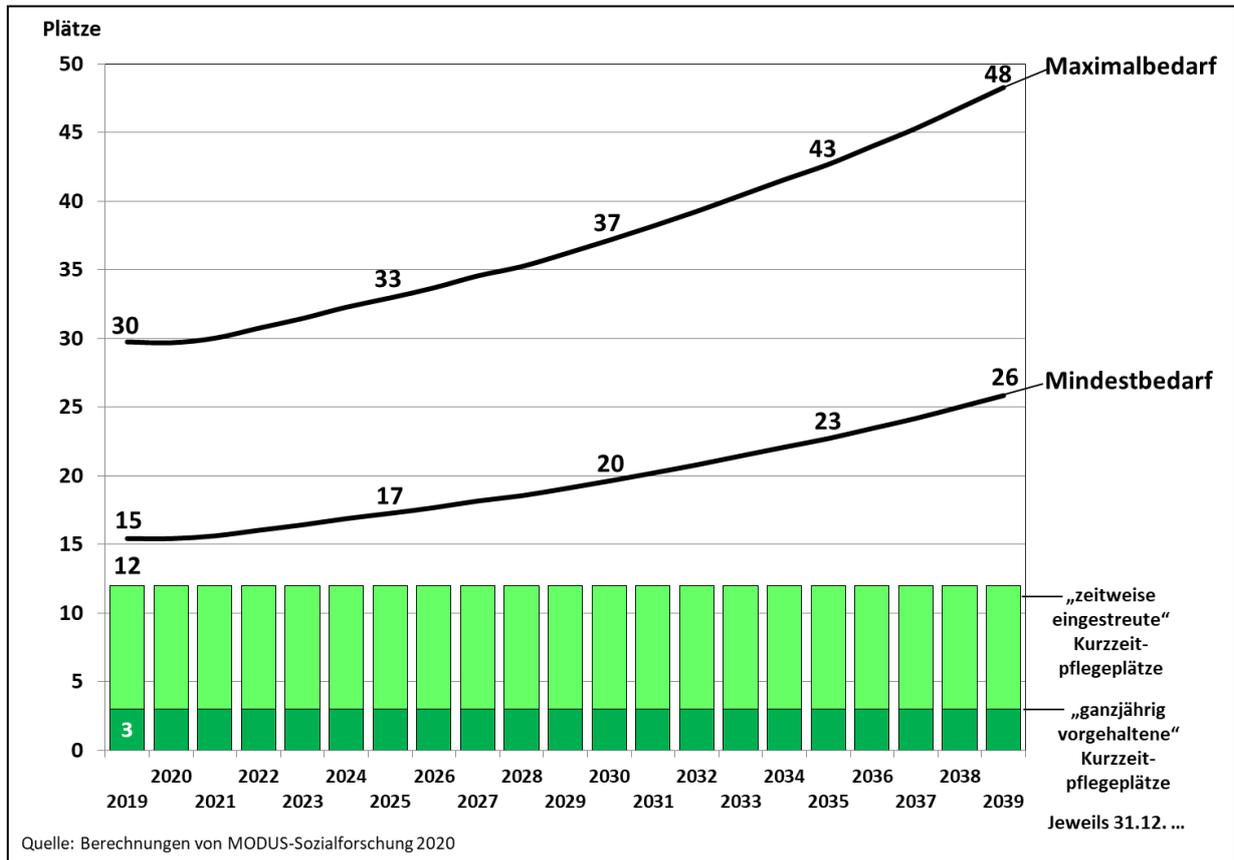
Abb. 6.19: Entwicklung des Bedarfs an Kurzzeitpflegeplätzen in der Versorgungsregion Herzogenaurach bis zum Jahr 2039



Auch in der Versorgungsregion Herzogenaurach wird in den nächsten Jahren der Bedarf im Bereich der Kurzzeitpflege ansteigen und zwar bis zum Jahr 2039 voraussichtlich auf 14 bis 26 Plätze. Aktuell kann mit den zur Verfügung stehenden 12 Plätzen zwar der ermittelte Bedarf noch ausreichend abgedeckt werden, mittel- bis langfristig könnten in dieser Region jedoch insbesondere in Urlaubszeiten Engpässe auftreten, da hier fast nur „zeitweise eingestreute“ Kurzzeitpflegeplätze zur Verfügung stehen. Mittel- bis langfristig sollten deshalb in dieser Region insbesondere die „ganzjährigen“ Kurzzeitpflegeplätze erhöht werden.

Die folgende Abbildung zeigt die im Bereich der Kurzzeitpflege zu erwartende Bedarfsentwicklung in der größten Versorgungsregion Erlanger Land bis zum Jahr 2039.

Abb. 6.20: Entwicklung des Bedarfs an Kurzzeitpflegeplätzen in der Versorgungsregion Erlanger Land bis zum Jahr 2039



Mit dem derzeitigen Bestand konnte der regionale Bedarf im Bereich der Kurzzeitpflege bereits zum Stichtag 31.12.2019 nicht mehr ausreichend abgedeckt werden. Nach der durchgeführten Prognose wird der Bedarf im Bereich der Kurzzeitpflege in der Versorgungsregion Erlanger Land zudem bis zum Jahr 2039 auf 26 bis 48 Plätze ansteigen.

Aufgrund des zu erwartenden Bedarfsanstiegs, geht in der Versorgungsregion Erlanger Land die Schere zwischen Bestand und Bedarf somit weiter auseinander, wenn in den nächsten Jahren keine zusätzlichen Kurzzeitpflegeplätze bereitgestellt werden.

6.4 Bedarfsermittlung für den Bereich der vollstationären Pflege

6.4.1 Vorbemerkung

Im Gegensatz zum teilstationären Bereich, der sich in Bayern immer noch im Aufbaustadium befindet, wurde der vollstationäre Bereich in Bayern in den letzten 40 Jahren sehr stark ausgebaut. Auch wenn das Pflegeversicherungsgesetz dem ambulanten und teilstationären Bereich deutlich den Vorrang gegenüber der vollstationären Pflege vorschreibt, kann dieser Bereich bei Bedarfsanalysen nicht völlig außer Acht gelassen werden, denn vollstationäre Einrichtungen werden aller Voraussicht nach auch zukünftig ein unverzichtbarer Teil des Versorgungssystems für ältere Menschen bleiben.

Die Bestimmungen des Pflegeversicherungsgesetzes sowie die veränderten Bedürfnisstrukturen der älteren Menschen haben allerdings dazu geführt, dass vollstationäre Einrichtungen jetzt primär erst dann beansprucht werden, wenn häusliche oder teilstationäre Betreuung eine Unterversorgung bedeuten würden. Dementsprechend ist das durchschnittliche Eintrittsalter in stationäre Einrichtungen in den letzten Jahren angestiegen. Wie die im Rahmen der Bedarfsermittlung durchgeführten Bestandsaufnahmen gezeigt haben, ist dies auch im Landkreis Erlangen-Höchstadt der Fall, denn hier lag das Durchschnittsalter in den stationären Einrichtungen am 31.12.2019 bereits bei 83,8 Jahren (vgl. Kap. 2.3.4.2).

Das Indikatorenmodell zur kommunalen Bedarfsermittlung berücksichtigt die beschriebene Entwicklung, indem der stationäre Versorgungsbedarf nicht – wie auch heute noch in relativ vielen Bedarfsermittlungen üblich – von der Bevölkerung ab 65 Jahren abgeleitet wird, sondern als Basisindikator hier die Bevölkerung ab 80 Jahren Verwendung findet. Das Indikatorenmodell zur kommunalen Bedarfsermittlung basiert deshalb auf folgender Berechnungsformel:

$$\text{Pflegeplatzbedarf} = \frac{\text{Regionaler Versorgungsbedarf} \times \text{Bevölkerung ab 80 Jahren}}{100}$$

Der stationäre Pflegeplatzbedarf ergibt sich aus der Multiplikation des regionalen Versorgungsbedarfs und der Wohnbevölkerung ab 80 Jahren. Der regionale Versorgungsbedarf resultiert dabei aus der regionalspezifischen Gewichtung des allgemeinen Versorgungsbedarfs.

Bei der Bestimmung des Versorgungsbedarfs sind bestimmte Sachverhalte zu berücksichtigen. So sind zum einen die veränderten Bedingungen seit Einführung des Pflegeversicherungsgesetzes zu beachten.

In den letzten Jahren wurden die nicht mehr nachgefragten Rüstigenplätze sukzessive in Pflegeplätze umgewandelt, wodurch sich der stationäre Pflegeplatzbestand – auch ohne die Schaffung neuer Einrichtungen – wesentlich erhöht hat.

Zum anderen ist zu berücksichtigen, dass die Anzahl der zur Verfügung stehenden Pflegeplätze in den verschiedenen Regionen Bayerns sehr unterschiedlich ist, da bei der Bestimmung des stationären Versorgungsbedarfs früher primär berücksichtigt wurde, ob innerhalb einer größeren Region – in der Regel auf Regierungsbezirksebene – genügend Plätze zur Verfügung stehen. Diese Tatsache hatte zur Folge, dass die pflegebedürftigen älteren Menschen, die in ihrer Heimatregion keinen Platz bekamen, in besser versorgte Regionen übersiedelten. Es entwickelte sich somit im stationären Bereich ein zahlenmäßig nicht unerheblicher Pflege transfer zwischen den einzelnen Städten und Landkreisen.

Aufgrund des Bayerischen Ausführungsgesetzes zum Pflegeversicherungsgesetz sind die kreisfreien Städte und Landkreise seit 1996 allerdings verpflichtet, den Bedarf für ihren Zuständigkeitsbereich zu ermitteln. Dabei kann aufgrund des beschriebenen stationären Pflege transfers nicht nur von den örtlichen Bestandsdaten ausgegangen werden, da ein derartiges Verfahren zu erheblichen Fehleinschätzungen führen würde. Um den stationären Pflegeplatzbedarf präzise abschätzen zu können, muss somit eine größere Region analysiert werden.

MODUS verfügt durch die mehrjährige Begutachtungspraxis in insgesamt 45 bayerischen Landkreisen und Städten über differenzierte Bestandsdaten von 450 stationären Einrichtungen mit rund 45.000 Bewohnern. Auf dieser Basis konnten differenzierte Bedarfsabschätzungen für den vollstationären Bereich in den einzelnen Landkreisen und kreisfreien Städten abgeleitet werden.

Da MODUS in den letzten Jahren in 30 Landkreisen und kreisfreien Städten mit der Fortschreibung der Bedarfsermittlung bzw. der weiterführenden Seniorenhilfeplanung beauftragt wurde, liegen mittlerweile aktuelle Bestandsdaten von über 30.000 Heimbewohnern vor. Auf dieser Grundlage konnten die Entwicklungen seit der Einführung der zweiten Stufe der Pflegeversicherung in die Analysen einbezogen und das Verfahren zur Bedarfsermittlung nach Art. 69 AGSG systematisch weiterentwickelt werden.

6.4.2 Ermittlung des Bedarfs an Pflegeplätzen

Aufgrund des Bayerischen Ausführungsgesetzes zum Pflegeversicherungsgesetz sind die kreisfreien Städte und Landkreise nach wie vor verpflichtet, den Bedarf an stationären Pflegeplätzen in ihrem Zuständigkeitsbereich zu ermitteln. Auch wenn die finanzielle Förderung von Einrichtungen der Seniorenpflege durch das neue Gesetz zur Ausführung der Sozialgesetze (AGSG) von einer „Muss-Bestimmung“ in eine „Kann-Bestimmung“ umgewandelt wurde, ist die Förderung weiterhin abhängig vom Ergebnis der Bedarfsfeststellung, so dass die Bedarfsermittlung nach wie vor auf einer fundierten Grundlage geschehen muss. Der regionale Bedarf kann deshalb nicht anhand des immer noch relativ oft benutzten Richtwertverfahrens erfolgen. Stattdessen ist es sinnvoll, ein dynamisches Indikatorenmodell zur Bedarfsermittlung zu verwenden, das die regionalen Besonderheiten der einzelnen Landkreise und Städte berücksichtigt.

Da das Pflegeversicherungsgesetz ausschließlich auf Menschen ausgerichtet ist, die einen erheblichen Pflegebedarf aufweisen, ist bei einer Bedarfsermittlung nicht die Gesamtzahl der stationären Heimplätze relevant, sondern ausschließlich der Bedarf an Pflegeplätzen. Geht man von den Bestimmungen des Pflegeversicherungsgesetzes aus, dürften in vollstationären Einrichtungen nur noch anerkannt pflegebedürftige Menschen untergebracht werden und alle anderen wären ambulant und/oder teilstationär zu versorgen. Es wird aber auch in Zukunft mit hoher Sicherheit Menschen geben, die auch ohne Pflegebedürftigkeit aus irgendwelchen anderen Gründen in eine Einrichtung der Seniorenhilfe umziehen werden. Diese Menschen fallen dann allerdings nicht unter die Bestimmungen des Pflegeversicherungsgesetzes und sind somit bei der Bedarfsermittlung nicht zu berücksichtigen.

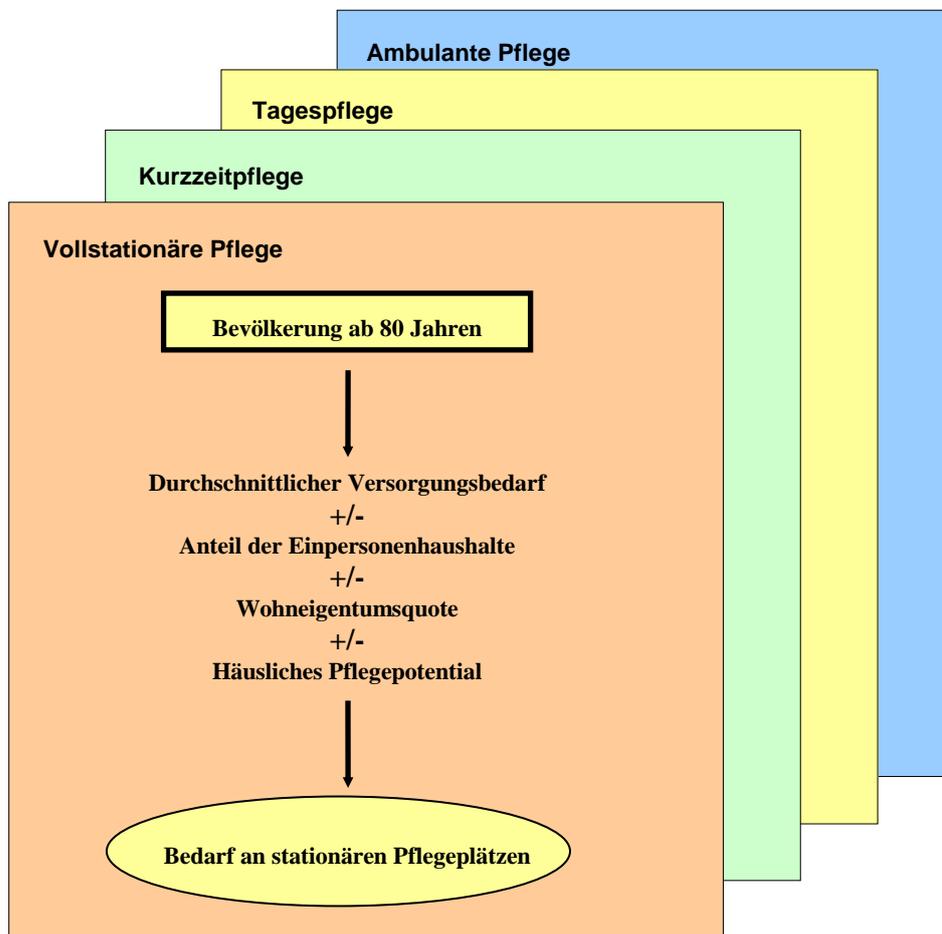
Der Ansatzpunkt der vorliegenden Bedarfsermittlung liegt also bei den pflegebedürftigen Menschen, die in eine vollstationäre Pflegeeinrichtung umziehen müssen, weil eine ambulante und/oder teilstationäre Betreuung eine Unterversorgung darstellen würde. Ihre Zahl ist allerdings keinesfalls mit der Zahl der zur Verfügung stehenden Pflegeplätze gleichzusetzen, da der Umwidmungsprozess in einigen Regionen in Bayern noch nicht abgeschlossen ist und deshalb pflegebedürftige Menschen statt auf Pflegeplätzen noch auf Wohnplätzen untergebracht werden müssen. Es ist deshalb zu ermitteln, wie viele pflegebedürftige Menschen sich insgesamt in stationären Einrichtungen der Seniorenhilfe befinden.

In den stationären Einrichtungen der Landkreise und kreisfreien Städte, für die MODUS die Bedarfsermittlung in den letzten Jahren durchgeführt hat, befanden sich insgesamt rund 30.000 pflegebedürftige Menschen. Bezogen auf die Hauptzielgruppe der stationären Pflege ergibt sich daraus ein durchschnittlicher Versorgungsbedarf von 19,4 Plätzen pro 100 Personen ab 80 Jahren.

Während der durchschnittliche Versorgungsbedarf im Bereich der vollstationären Pflege seit 1996 relativ gleichmäßig angestiegen ist und den höchsten Stand im Jahr 2014 erreicht hat, hat sich der stationäre Versorgungsbedarf aufgrund des massiven Ausbaus des ambulanten und teilstationären Sektors seitdem nicht mehr erhöht. Die verbesserten Rahmenbedingungen im ambulanten und teilstationären Sektor seit Inkrafttreten des Pflegeweiterentwicklungsgesetzes und anschließend des Pflegestärkungsgesetzes scheinen somit bereits deutliche Wirkungen zu zeigen und tatsächlich zur Intension des Gesetzes: „ambulant und teilstationär“ vor „vollstationär“ beizutragen.

Dennoch ist die stationäre genauso wie die ambulante und teilstationäre Versorgung in den einzelnen kreisfreien Städten und Landkreisen immer noch sehr unterschiedlich. Insbesondere ist nach wie vor ein erheblicher Stadt-Land-Unterschied festzustellen, so dass die indikatorgestützte Bedarfsermittlung auch im Bereich der stationären Pflege nach wie vor seine Berechtigung besitzt. In folgender Abbildung sind die Indikatoren, die bei der Berechnung des nachweisbaren Stadt-Land-Unterschieds von Bedeutung sind, zusammenfassend dargestellt.

Abb. 6.21: Indikatorenmodell für den Bereich der stationären Pflege



Wie sich die einzelnen Indikatoren, die den Pflegebedarf beeinflussen und den Stadt-Land-Unterschied zum Ausdruck bringen, im Landkreis Erlangen-Höchstadt im Vergleich zum gesamt-bayerischen Durchschnitt verhalten, wurde in Kapitel 6.2.2 des vorliegenden Berichtes bereits ausführlich erläutert:

Da der Anteil der Einpersonenhaushalte unter der älteren Bevölkerung im Landkreis Erlangen-Höchstadt um mehr als 2,5% unter dem bayerischen Durchschnittswert liegt, ist nach den Empfehlungen der *Forschungsgesellschaft für Gerontologie* eine Verringerung der Versorgungsquote um 0,4%-Punkt notwendig (vgl. MAGS 1995, S. 181).

Da die Wohneigentumsquote im Landkreis Erlangen-Höchstadt um mehr als 15% höher ist als in Gesamtbayern, ist die Versorgungsquote nach den Empfehlungen der *Forschungsgesellschaft für Gerontologie* in diesem Fall um 0,8%-Punkte zu verringern (vgl. MAGS 1995, S. 181).

Da zudem auch das „häusliche Pflegepotential“ im Landkreis Erlangen-Höchstadt etwas günstiger als im bayerischen Durchschnitt ist, wird die Versorgungsquote den Empfehlungen der *Forschungsgesellschaft für Gerontologie* folgend um weitere 0,4%-Punkte verringert (vgl. MAGS 1995, S. 203).

Aufgrund der genannten Indikatoren ist somit davon auszugehen, dass der stationäre Pflegebedarf um 1,6%-Punkte niedriger liegt als im Durchschnitt. Übertragen auf die durchschnittliche Versorgungsquote von 19,4 würde sich somit für den Landkreis Erlangen-Höchstadt ein Bedarf von 17,8 Plätzen pro 100 Personen ab 80 Jahren ergeben.

Um allerdings die Substitutionswirkungen zwischen den einzelnen Bereichen der Seniorenhilfe berücksichtigen zu können, wird auch für den vollstationären Sektor ein Bedarfsintervall berechnet. Hierzu wurde auf der Basis der verschiedenen regionalen Versorgungsquoten für die durchschnittliche Versorgungsquote von 19,4 ein Mittelwerttest durchgeführt und ein Konfidenzintervall berechnet. Als Untergrenze resultierte für dieses Konfidenzintervall ein Wert von 14,3 und als Obergrenze ein Wert von 24,5.

Diese Werte können nun zur Ermittlung des regionalen Bedarfsintervalls für den Bereich der stationären Pflege im Landkreis Erlangen-Höchstadt verwendet werden. Damit ergibt sich für den Mindestbedarf an stationären Pflegeplätzen im Landkreis Erlangen-Höchstadt folgende Berechnungsgrundlage:

$$\text{Mindestplatzbedarf} = \frac{(14,3 - 0,4 - 0,8 - 0,4) \times 8.018}{100} = 1.018 \text{ Pflegeplätze}$$

Für den Landkreis Erlangen-Höchstadt ergibt sich auf der Basis der regionalen Versorgungsquote von 12,7 Plätzen pro 100 Personen ab 80 Jahren ein maximaler Versorgungsbedarf von 1.018 Pflegeplätzen. Diese Pflegeplatzzahl ist dann als bedarfsgerecht einzustufen, wenn sowohl im ambulanten als auch im teilstationären Bereich bereits eine vollständige Bedarfsdeckung erreicht ist.

Die Obergrenze des Intervalls wird auf der Grundlage einer Versorgungsquote von 24,5 Pflegeplätzen pro 100 Personen ab 80 Jahren berechnet. Damit ergibt sich für den Maximalbedarf an stationären Pflegeplätzen im Landkreis Erlangen-Höchstadt folgende Berechnungsgrundlage:

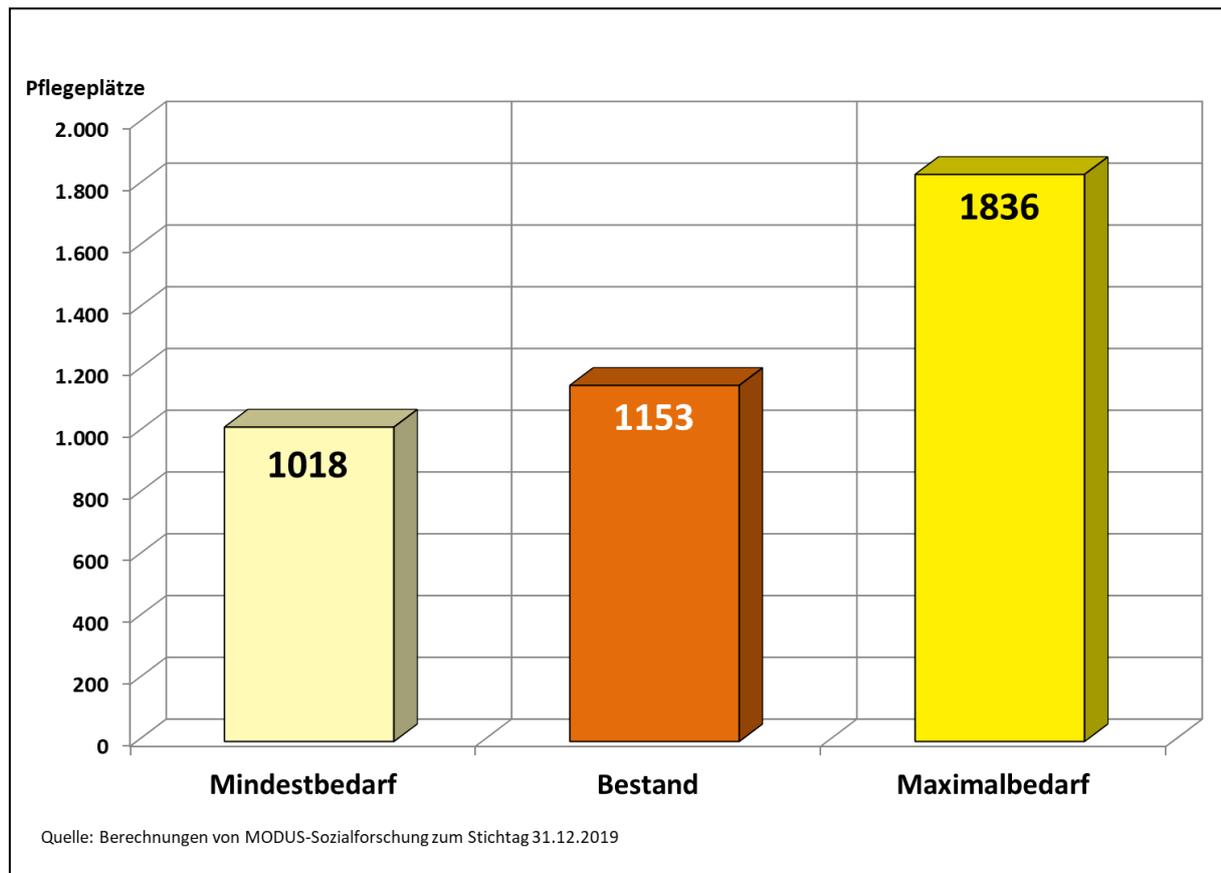
$$\text{Maximalplatzbedarf} = \frac{(24,5 - 0,4 - 0,8 - 0,4) \times 8.018}{100} = 1.836 \text{ Pflegeplätze}$$

Für den Landkreis Erlangen-Höchstadt ergibt sich auf der Basis der regionalen Versorgungsquote von 22,9 Plätzen pro 100 Personen ab 80 Jahren ein Versorgungsbedarf von 1.836 Pflegeplätzen. Diese Pflegeplatzzahl ist dann als bedarfsgerecht einzustufen, wenn im ambulanten oder teilstationären Bereich noch keine vollständige Bedarfsdeckung erreicht ist.

6.4.3 Ist-Soll-Vergleich für den Bereich der vollstationären Pflege im Landkreis Erlangen-Höchstadt

Wie die Bestandsaufnahme gezeigt hat, standen am 31.12.2019 in den stationären Einrichtungen im Landkreis Erlangen-Höchstadt insgesamt 1.153 Plätze im Bereich der stationären Pflege zur Verfügung. Dieser Wert wird in folgender Abbildung den ermittelten Bedarfswerten gegenübergestellt.

Abb. 6.22: Ist-Soll-Vergleich für den Bereich der vollstationären Pflege im Landkreis Erlangen-Höchstadt zum 31.12.2019



Aufgrund der Bedarfsermittlung ergeben sich für den Landkreis Erlangen-Höchstadt ein Mindestbedarf von 1.018 und ein Maximalbedarf von 1.836 Pflegeplätzen. Der zum Stichtag 31.12.2019 im Landkreis Erlangen-Höchstadt ermittelte Pflegeplatzbestand liegt somit nur um 135 Plätze über dem ermittelten Mindestbedarf.

Es ist dementsprechend davon auszugehen, dass im Landkreis Erlangen-Höchstadt zum Stichtag 31.12.2019 eine unterdurchschnittliche, aber noch ausreichende Versorgung der Bevölkerung mit stationären Pflegeplätzen bestand.

Allerdings muss auch an dieser Stelle noch einmal darauf hingewiesen werden, dass derzeit ein Teil der nicht belegten Plätze aufgrund des herrschenden Fachkräftemangels nicht belegt werden kann (vgl. Kap. 2.3.2). Für die potentiellen Nutzer heißt das, auch wenn es im Landkreis Erlangen-Höchstadt derzeit noch eine ausreichende Versorgung mit stationären Pflegeplätzen gibt, wird es immer schwieriger, einen freien Pflegeplatz zu bekommen.

6.4.4 Bedarfsprognose für den Bereich der vollstationären Pflege

Der seit einigen Jahren zu beobachtende Trend, dass ältere Menschen nur noch dann in eine stationäre Einrichtung der Seniorenhilfe ziehen, wenn keine anderen Alternativen zur Verfügung stehen, setzte sich in den letzten Jahren verstärkt fort. Damit steigt der Anteil der pflegebedürftigen Heimbewohner kontinuierlich an. Es werden dementsprechend immer mehr Pflegeplätze und immer weniger Rüstigenplätze nachgefragt. Die Träger vieler stationärer Einrichtungen reagierten auf diese Entwicklung mit der Umwidmung ihrer Rüstigenplätze in Pflegeplätze. In vielen Regionen – wie auch im Landkreis Erlangen-Höchstadt (vgl. Kap. 2.3.1) – wurden aber auch zusätzlich stationäre Pflegeplätze durch Neubauten geschaffen. Inwieweit dies zukünftig im Landkreis Erlangen-Höchstadt notwendig wird, ist entscheidend davon abhängig, wie sich die regionale Bedarfssituation in den nächsten Jahren entwickeln wird.

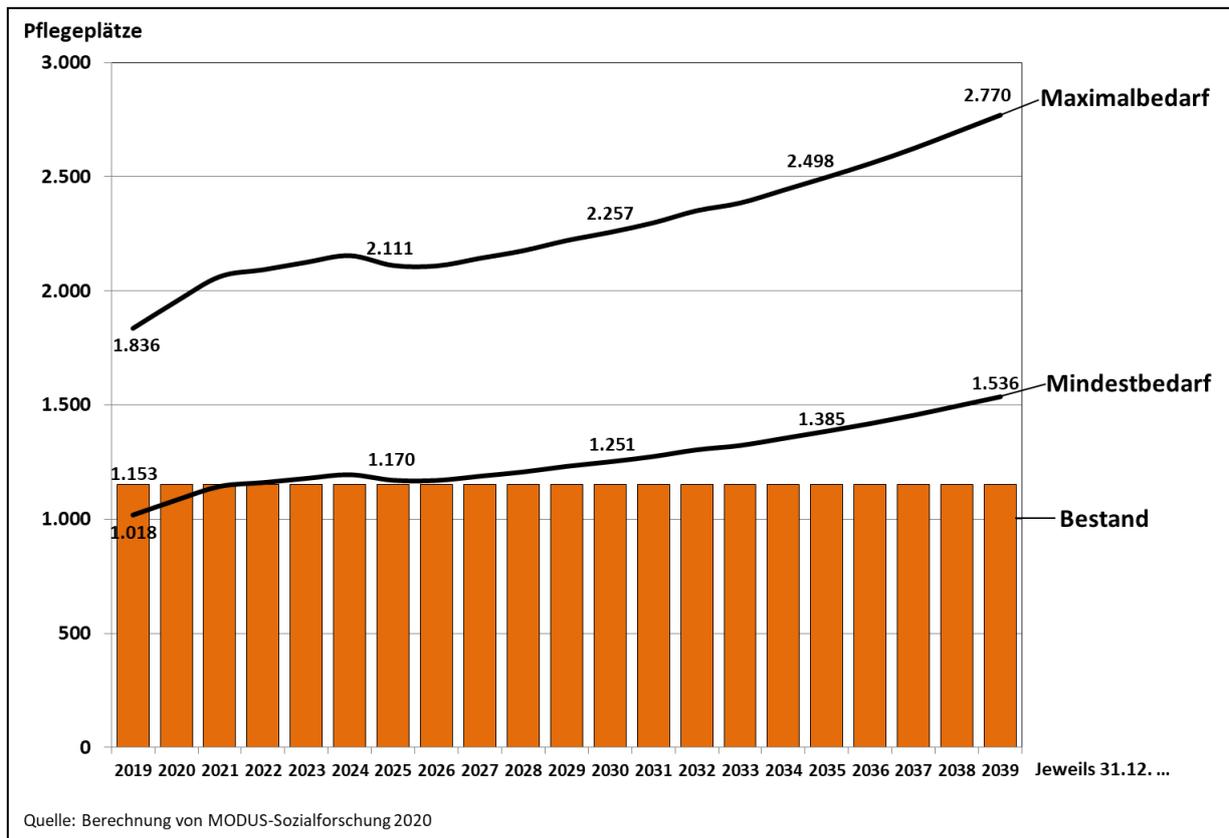
Der Bedarf an Pflegeplätzen ist dabei maßgeblich von der quantitativen Entwicklung der betagten Menschen ab 80 Jahren abhängig, da diese die Hauptzielgruppe der vollstationären Pflege darstellen. Wie aus den Ergebnissen der Bevölkerungsprojektion hervorgeht, wird die Hauptzielgruppe von stationären Pflegeeinrichtungen im Landkreis Erlangen-Höchstadt in den nächsten Jahren deutlich zunehmen. So steigt die Zahl der im Landkreis Erlangen-Höchstadt lebenden hochbetagten Menschen ab 80 Jahren bis zum Jahr 2039 voraussichtlich auf 12.098 Personen und damit um mehr als 50% an.

Aufgrund der Bevölkerungsprojektion wäre somit davon auszugehen, dass auch der Bestand an stationären Pflegeplätzen relativ stark ansteigen wird. Die vom MODUS-Institut durchgeführten Auswertungen der Bedarfsentwicklungen der letzten Jahre zeigen allerdings, dass die durchschnittliche Versorgungsquote im Bereich der stationären Pflege seit einigen Jahren nicht mehr ansteigt.

Während die Entwicklung im Bereich der stationären Pflege in den 90er und 2000er Jahren durch einen massiven Ausbau gekennzeichnet war, zeichnet sich in der jüngsten Vergangenheit eine Stagnation bzw. in einigen Regionen bereits wieder eine Reduzierung der Pflegeplätze ab, die i.d.R. mit dem Ausbau der vorgelagerten Bereiche der Tagespflege und dem ambulanten Sektor einhergeht. Aus diesem Grund wird für die Bedarfsprognose im Bereich der stationären Pflege im Gegensatz zu früheren Prognosen keine demographieunabhängige Steigerung des Bedarfs mehr angenommen.

Wie sich der Bedarf im Bereich der stationären Pflege aufgrund dieser veränderten Annahmen im Landkreis Erlangen-Höchstadt voraussichtlich entwickeln wird, zeigt die folgende Abbildung.

Abb. 6.23: Entwicklung des Bedarfs an vollstationären Pflegeplätzen im Landkreis Erlangen-Höchstadt bis zum Jahr 2039



Der Pflegeplatzbedarf wird sich im Landkreis Erlangen-Höchstadt aufgrund der demographischen Entwicklung der hochbetagten Menschen ab 80 Jahren in den nächsten Jahren vorerst nur moderat erhöhen, und zwar bis Ende des Jahres 2025 auf mindestens 1.170 bis maximal 2.111 Plätze. Danach wird die benötigte Pflegeplatzzahl dann aufgrund der Entwicklung der Hochbetagtenbevölkerung aber voraussichtlich sehr stark ansteigen, so dass sich für das Jahr 2039 ein wesentlich höherer Bedarf von mindestens 1.536 bis maximal 2.770 Plätze ergibt.

Wie in der Abbildung zu erkennen ist, wird der aktuelle Bestandswert zwar bereits in nächsten Jahren den prognostizierten Mindestbedarf leicht unterschreiten, so dass es im Landkreis Erlangen-Höchstadt bereits in naher Zukunft zu Engpässen im Bereich der stationäre Pflege kommen könnte. Richtig eng wird es aufgrund der Entwicklung der Hochbetagtenbevölkerung aber voraussichtlich erst ab dem Jahr 2025, wenn bis dahin keine zusätzlichen Pflegeplätze geschaffen werden.

Bei einer Gesamtbetrachtung des Landkreises Erlangen-Höchstadt kann aufgrund des Vergleichs der Bestands- und der Bedarfsentwicklung im Bereich der stationären Pflege davon ausgegangen werden, dass bereits kurz- bis mittelfristig ein weiterer Ausbau des Pflegeplatzbestandes notwendig ist. Inwieweit diese Aussage auch auf die einzelnen Versorgungsregionen gleichermaßen zutrifft, wird im Folgenden mit entsprechenden kleinräumigen Bedarfsprognosen geklärt.

6.4.5 Bedarfsermittlung für den Bereich der vollstationären Pflege auf kleinräumiger Ebene

Wenngleich eine flächendeckende Versorgungsstruktur insbesondere im Bereich der ambulanten und teilstationären Seniorenhilfe von größerer Bedeutung ist als im vollstationären Sektor, so sollte doch auch in diesem Bereich eine Konzentration der Angebote vermieden werden und die stationären Einrichtungen gleichmäßig über den gesamten Landkreis verteilt sein, damit regelmäßige Besuche von Freunden und Verwandten nicht an der Entfernung zum ursprünglichen Wohnort scheitern. Es ist dementsprechend im Rahmen des vorliegenden Berichtes auch für die in Kapitel 3 definierten Versorgungsregionen sowohl eine aktuelle Bedarfsermittlung als auch eine längerfristige Bedarfsprognose bis zum Jahr 2039 durchzuführen.

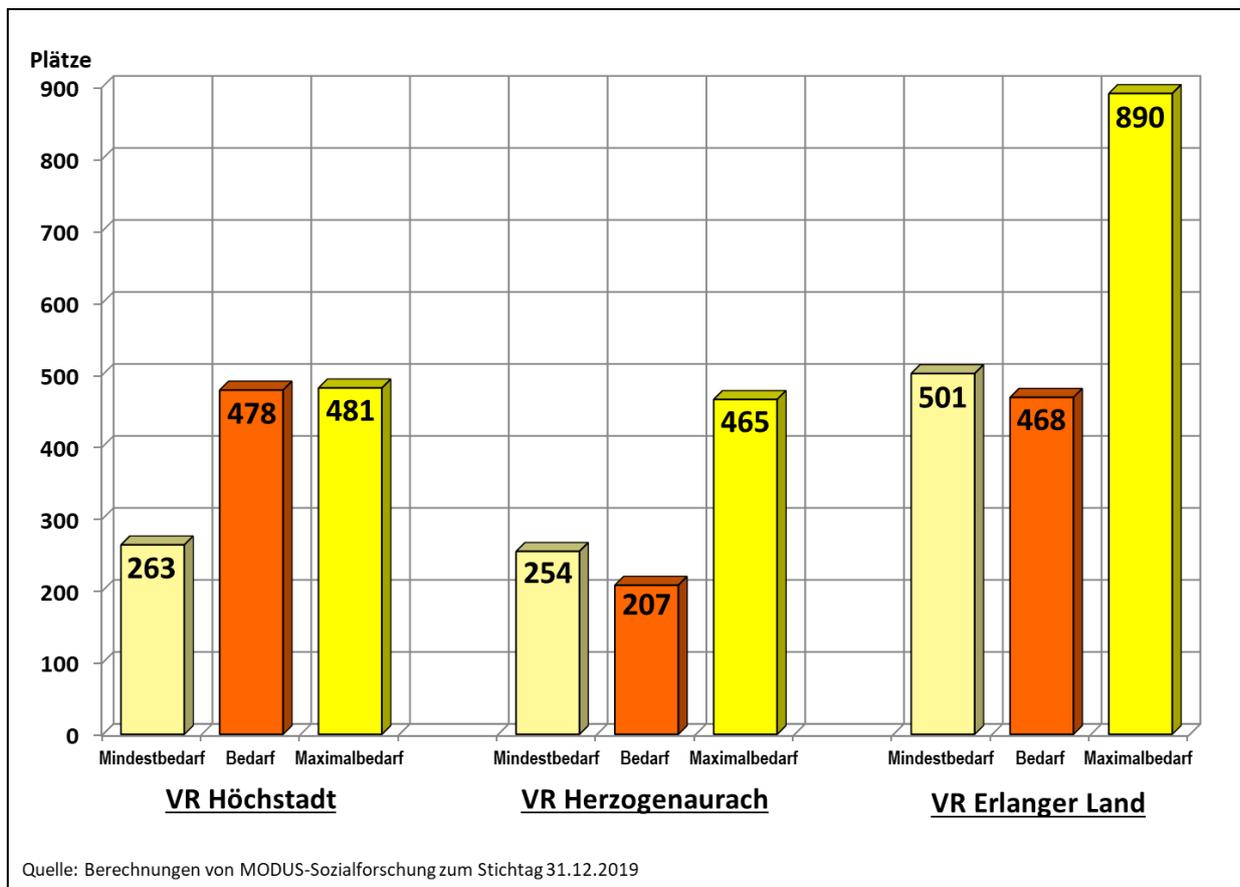
Die Grundlage dieser Bedarfsermittlung bildet dabei die in Kapitel 6.4.1 dargestellte Berechnungsformel, die zum einen auf der Bevölkerungszahl der Menschen ab 80 Jahren als Hauptzielgruppe der stationären Pflege und zum anderen auf verschiedenen sozialen Indikatoren beruht, die den notwendigen Pflegebedarf beeinflussen. Um auch hier die regionalen Unterschiede gezielt berücksichtigen zu können, kann die für den Landkreis Erlangen-Höchstadt ermittelte Zahl der bedarfsnotwendigen Pflegeplätze nicht einfach anteilig auf die verschiedenen Versorgungsregionen aufgeteilt werden. Stattdessen wird auch für die Ermittlung des Bedarfs der in den einzelnen Versorgungsregionen zur Bedarfsdeckung notwendigen Pflegeplätze das Indikatorenmodell verwendet.

Da die Vorgehensweise und die Ausprägung der einzelnen Indikatoren in den einzelnen Versorgungsregionen bereits in Kapitel 6.2.5 des vorliegenden Berichtes beschrieben wurden, ist nur noch darauf hinzuweisen, dass aufgrund der unterschiedlichen Ausprägungen der Indikatoren auch bei der kleinräumigen Bedarfsermittlung für den Bereich der stationären Pflege die durchschnittliche Versorgungsquote in der Versorgungsregion „Erlanger Land“ im Vergleich zu den anderen beiden Versorgungsregionen etwas erhöht werden musste.

Entgegen der Versorgungsquote, die für den Gesamtlandkreis benutzt wurde, wird für die Versorgungsregion „Erlanger Land“ somit eine etwas höhere Versorgungsquote von 13,13 bis 23,33 verwendet, während für die anderen beiden Versorgungsregionen ein Intervall von 12,3 bis 22,5 zugrunde gelegt wird.

Die Bedarfsintervalle, die auf dieser Basis für die einzelnen Versorgungsregionen resultieren, sind in folgender Abbildung den Bestandsdaten gegenübergestellt, die sich bei der Bestandsaufnahme vom 31.12.2019 ergeben haben.

Abb. 6.24: Bestand und Bedarf an vollstationären Pflegeplätzen in den Versorgungsregionen



Wie bereits festgestellt, besteht im Landkreis Erlangen-Höchstadt – als „Ganzes“ betrachtet – noch eine knapp ausreichende Versorgung mit Pflegeplätzen.

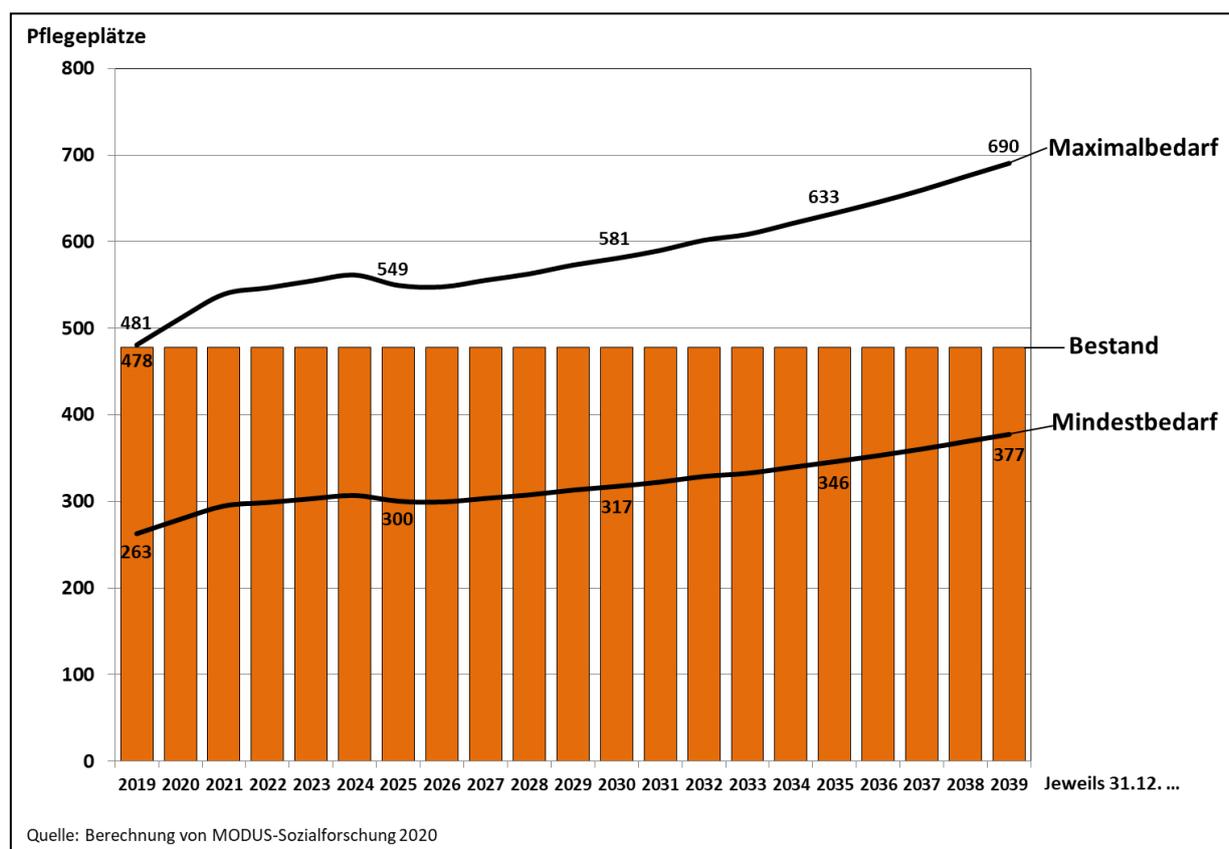
Die kleinräumige Bedarfsermittlung zeigt nun, dass in der Region „Höchstadt“ eine sehr gute Versorgung mit Pflegeplätzen besteht. So liegt der Bestand in dieser Region nur um drei Plätze unter dem ermittelten Maximalbedarf, während der Bestand in der Versorgungsregion „Herzogenaaurach“ aktuell bereits um 47 Pflegeplätze und in der Region „Erlanger Land“ um 33 Plätze unter dem ermittelten Mindestbedarf liegt. Es ist somit festzustellen, dass derzeit in der Region „Höchstadt“ kein Ausbau des Pflegeplatzbestandes nötig ist, während in den Versorgungsregionen „Erlanger Land“ und insbesondere „Herzogenaaurach“ bereits kurzfristig ein Ausbau des Pflegeplatzbestandes zur bedarfsgerechten Abdeckung der wohnortnahen Versorgung notwendig erscheint.

In welcher Größenordnung der Ausbau der Pflegeplatzkapazitäten angesichts der zukünftigen Bedarfsentwicklung notwendig ist, darüber informieren die folgenden kleinräumigen Bedarfsprognosen.

6.4.6 Bedarfsprognose für den Bereich der vollstationären Pflege auf kleinräumiger Ebene

Um auch bei den kleinräumigen Bedarfsprognosen die regionalen Besonderheiten der einzelnen Versorgungsregionen berücksichtigen zu können, wird auch hier auf das Indikatorenmodell zurückgegriffen. Die folgenden Bedarfsprognosen basieren somit auf der demographischen Entwicklung der Personen ab 80 Jahren in den einzelnen Versorgungsregionen. Aus Gründen der Übersichtlichkeit werden den Bedarfswerten die regionalen Bestandsdaten gegenübergestellt. Um die Bestandsentwicklung dabei vollständig darzustellen, werden gleichzeitig auch die derzeit geplanten Maßnahmen zum Ausbau des stationären Pflegebereichs in den einzelnen Versorgungsregionen berücksichtigt. Die folgende Abbildung zeigt zunächst die Bestands- und Bedarfsentwicklung in der Versorgungsregion Höchststadt.

Abb. 6.25: Entwicklung des Bedarfs an vollstationären Pflegeplätzen in der Versorgungsregion Höchststadt bis zum Jahr 2039

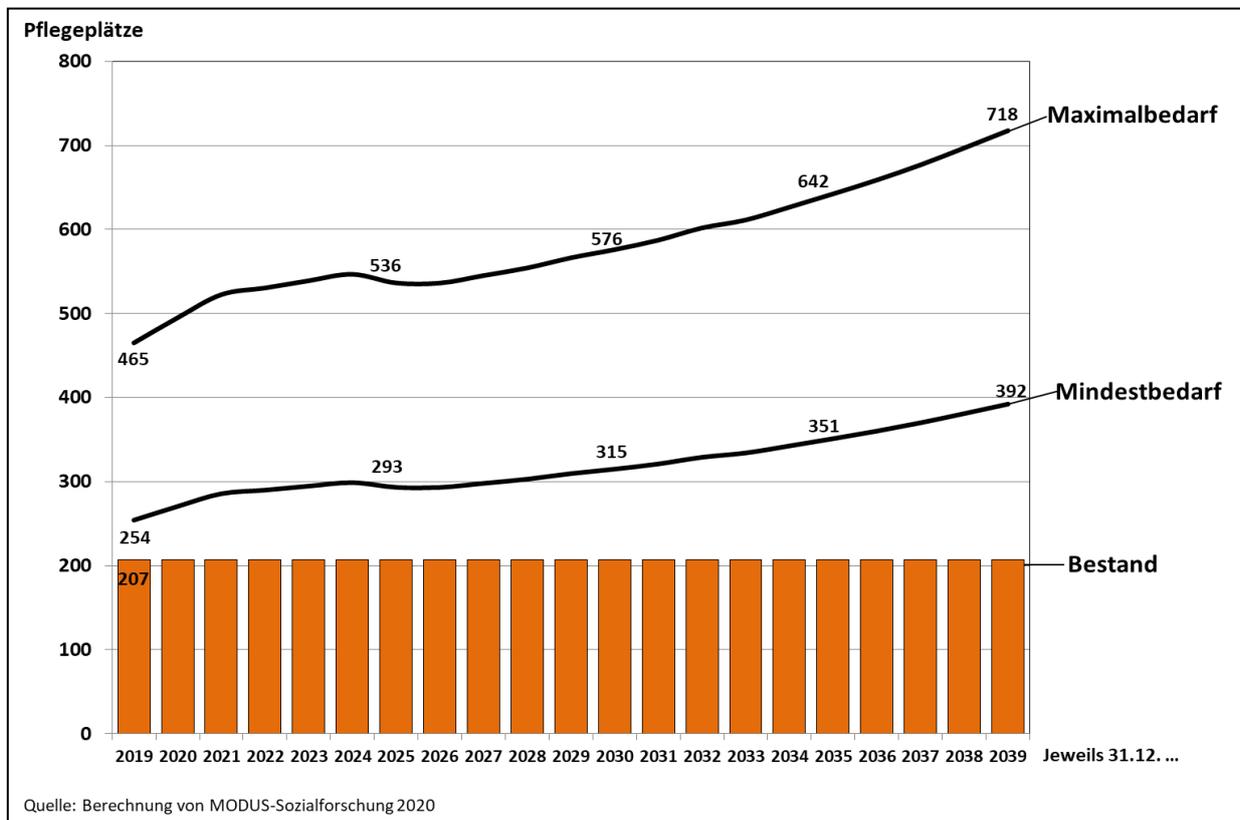


Nach der durchgeführten Bedarfsprognose wird der stationäre Pflegebedarf in der Versorgungsregion Höchststadt bis zum Jahr 2030 bereits auf 317 bis 581 Pflegeplätze und bis zum Jahr 2039 auf 377 bis 690 Pflegeplätze ansteigen.

Wie bereits festgestellt, lag der Bestand an stationären Pflegeplätzen in der Versorgungsregion Höchststadt mit 478 Pflegeplätzen am 31.12.2019 nur um drei Plätze unter dem ermittelten Maximalbedarf. Angesichts dieses hohen Bestands an Pflegeplätzen kann der örtliche Bedarf im Bereich der stationären Pflege in dieser Region auch ohne einen weiteren Ausbau mittelfristig sehr gut und auch langfristig noch ausreichend abgedeckt werden.

Wie sich der stationäre Pflegebedarf in der Versorgungsregion Herzogenaurach in den nächsten Jahren voraussichtlich entwickeln wird, zeigt folgende Abbildung.

Abb. 6.26: Entwicklung des Bedarfs an vollstationären Pflegeplätzen in der Versorgungsregion Herzogenaurach bis zum Jahr 2039

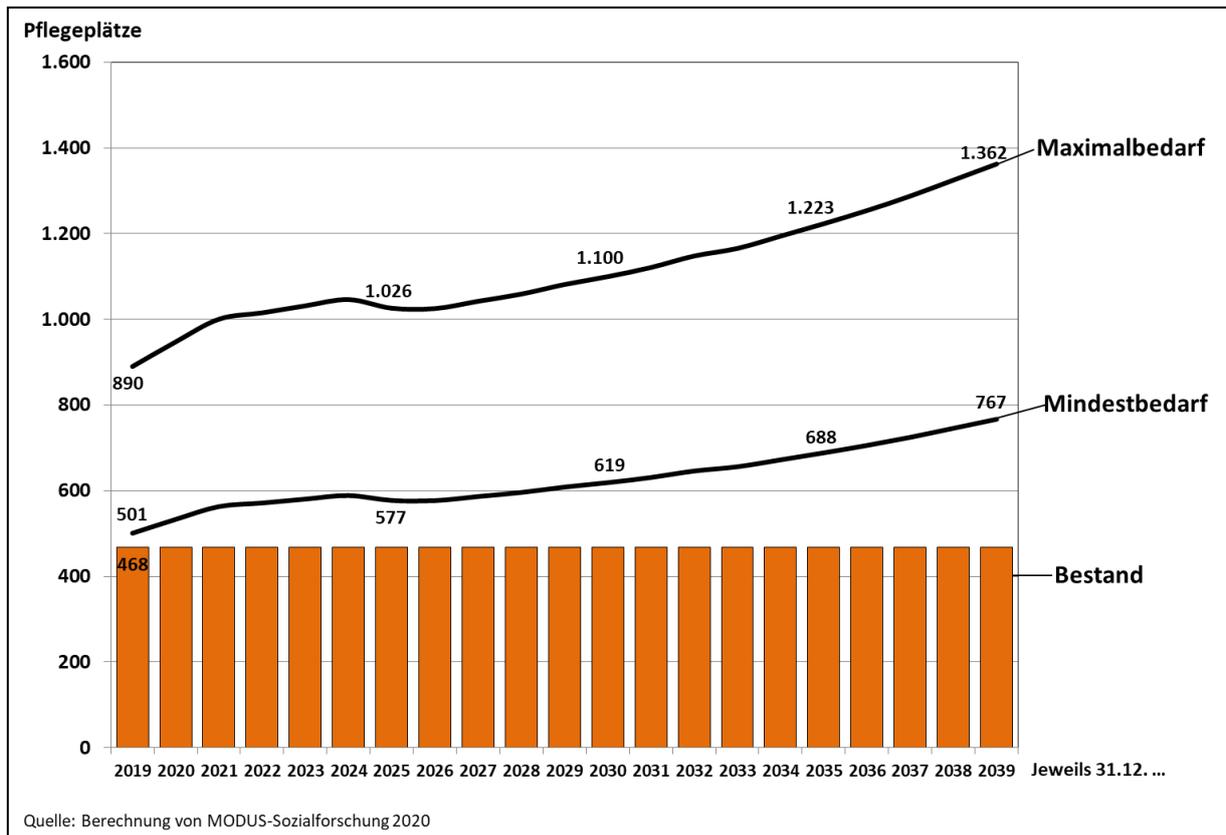


Nach der durchgeführten Bedarfsprognose wird der stationäre Pflegebedarf in der Versorgungsregion Herzogenaurach bis zum Jahr 2030 auf 315 bis 576 Pflegeplätze und anschließend bis zum Jahr 2039 auf 392 bis 718 Pflegeplätze ansteigen.

Da der Bestand an stationären Pflegeplätzen in der Versorgungsregion Herzogenaurach mit nur 207 Pflegeplätzen am 31.12.2019 bereits um 47 Plätze unter dem ermittelten Mindestbedarf lag, ist in dieser Region somit bereits kurzfristig ein Ausbau der Pflegeplätze notwendig. Um in dieser Versorgungsregion den Mindestbedarf zu erreichen, wäre mittelfristig ein Ausbau um ca. 110 Plätze und langfristig um knapp 200 Pflegeplätze notwendig.

In folgender Abbildung ist dargestellt, wie sich der Pflegeplatzbedarf in der Versorgungsregion Erlanger Land voraussichtlich entwickeln wird.

Abb. 6.27: Entwicklung des Bedarfs an vollstationären Pflegeplätzen in der Versorgungsregion Erlanger Land bis zum Jahr 2039



Wie die Abbildung zeigt, wird der stationäre Pflegebedarf in der Versorgungsregion Erlanger Land bis zum Jahr 2030 auf 619 bis 1.100 Pflegeplätze und bis zum Jahr 2039 voraussichtlich auf 767 bis 1.362 Plätze ansteigen.

Da der Bestand an stationären Pflegeplätzen in der Versorgungsregion Erlanger Land mit 468 Pflegeplätzen am 31.12.2019 bereits um 33 Plätze unter dem ermittelten Mindestbedarf lag, ist auch in dieser Region bereits kurzfristig ein Ausbau der Pflegeplätze notwendig, und zwar mittelfristig um ca. 150 Plätze und langfristig um knapp 300 Pflegeplätze, um den regionalen Mindestbedarf im Bereich der stationären Pflege zu erreichen.

6.5 Zusammenfassung der Bedarfsermittlung

Die vorgelegte Bedarfsermittlung nach Art. 69 AGSG für die verschiedenen Bereiche der Seniorenhilfe basiert auf dem Indikatorenmodell, das von der *Forschungsgesellschaft für Gerontologie* unter der Leitung von *Prof. Dr. Naegele* entwickelt wurde und in Nordrhein-Westfalen zur kommunalen Bedarfsplanung eingesetzt wird. Es handelt sich dabei um ein Verfahren, das auf der Grundlage wissenschaftlich fundierter Erkenntnisse basiert und gleichermaßen zur kommunalen Bedarfsplanung in Städten als auch in ländlichen Regionen geeignet ist (vgl. MAGS 1995).

Dieses Indikatorenmodell konnte mittlerweile vom Bamberger Forschungsverbund aufgrund seiner mehrjährigen Begutachtungstätigkeit für 45 Landkreise und kreisfreie Städte in Bayern in entscheidenden Bereichen weiterentwickelt werden. Auf dieser Grundlage wurden im Rahmen des vorliegenden Berichtes aktuelle Bedarfsermittlungen für den Bereich der ambulanten Pflege sowie für die Bereiche der teilstationären und vollstationären Seniorenhilfe durchgeführt. Über diese Status-Quo-Analysen hinaus wurden für die genannten Bereiche zusätzlich Bedarfsprognosen bis zum Jahr 2039 erstellt, um den Trägern im Bereich der Seniorenhilfe eine gewisse Planungssicherheit an die Hand zu geben.

Als Grundvoraussetzung für eine fundierte Bedarfsermittlung gilt es, adäquate Bezugsgrößen gegenüberzustellen.

Im Bereich der **ambulanten Pflege** musste deshalb exakt ermittelt werden, wie viele Pflegekräfte in den ambulanten Diensten im Landkreis Erlangen-Höchstadt am Stichtag zur Verfügung standen. Aus der Bestandsaufnahme ergab sich, dass in den ambulanten Diensten im Landkreis Erlangen-Höchstadt am 31.12.2019 insgesamt 168 Pflegekräfte beschäftigt waren. Umgerechnet auf Vollzeitäquivalente resultiert daraus eine Zahl von 107,5 Pflegekräften (vgl. Kap. 2.1.2).

Nach den Ergebnissen der Bedarfsermittlung wären unter Berücksichtigung der örtlichen Gegebenheiten zum Stichtag 31.12.2019 im Landkreis Erlangen-Höchstadt zwischen 95,7 und 176,6 Pflegekräfte im Bereich der ambulanten Pflege notwendig gewesen, um eine bedarfsgerechte Versorgung sicherzustellen. Der Bestand an Pflegekräften liegt damit näher am Mindest- als am Maximalbedarf. Es ist somit im Landkreis Erlangen-Höchstadt derzeit von einer unterdurchschnittlichen Versorgung im Bereich der ambulanten Pflege auszugehen (vgl. Kap. 6.2.3).

Um überprüfen zu können, inwieweit diese Aussage auch auf kleinräumiger Ebene zutrifft, wurde zusätzlich auch eine Bedarfsermittlung für die gebildeten Versorgungsregionen im Landkreis Erlangen-Höchstadt durchgeführt.

Bei der kleinräumigen Bedarfsermittlung zeigte sich, dass der Bestand an Pflegekräften in allen drei Versorgungsregionen näher am Mindest- als am Maximalbedarf liegt. Es ist somit auch kleinräumig betrachtet in allen drei Versorgungsregionen derzeit von einer unterdurchschnittlichen Versorgung im Bereich der ambulanten Pflege auszugehen (vgl. Kap. 6.2.5).

Inwieweit aufgrund der zukünftigen Bedarfsentwicklung ein weiterer Ausbau im Bereich der ambulanten Pflege notwendig werden wird, wurde anhand einer kleinräumigen Bedarfsprognose überprüft. Danach ist in den nächsten Jahren in allen Versorgungsregionen mit einem relativ stark ansteigenden ambulanten Pflegebedarf zu rechnen. So werden im Jahr 2039 in der Versorgungsregion Höchstadt voraussichtlich bereits 40,9 bis 72,1 Vollzeitstellen für Pflegekräfte notwendig sein, um den Bedarf in dieser Region vollständig abdecken zu können. Um das derzeitige Versorgungsniveau auch mittel- bis langfristig aufrechtzuerhalten, wäre eine jährliche Erhöhung um rund eine Vollzeitstelle für ambulante Pflegekräfte notwendig. Um mittel- bis langfristig ein durchschnittliches Versorgungsniveau zu erreichen, wäre eine etwas höhere jährliche Erhöhung um eineinhalb Vollzeitstellen für ambulante Pflegekräfte notwendig (vgl. Kap. 6.2.6).

In der Versorgungsregion Herzogenaurach ist davon auszugehen, dass im Jahr 2039 mindestens 42,2 bis maximal 74,6 Vollzeitstellen für ambulante Pflegekräfte notwendig sind. Daraus ergibt sich die Notwendigkeit einer Aufstockung der ambulanten Pflegekräfte um mindestens eine Vollzeitstelle pro Jahr, um das derzeitige Versorgungsniveau aufrechtzuerhalten. Da auch in dieser Region der Bestand derzeit nur leicht über dem ermittelten Mindestbedarf liegt, ist hier genauso wie in der Region Höchstadt allerdings auch eine Personalaufstockung um rund eineinhalb Vollzeitstellen pro Jahr zu empfehlen, um auch in dieser Region mittel- bis langfristig eine durchschnittliche Bedarfsdeckung zu erreichen (vgl. Kap. 6.2.6).

In der Versorgungsregion Erlanger Land werden im Jahr 2039 voraussichtlich bereits 69,9 bis 121,4 Vollzeitstellen für Pflegekräfte notwendig sein, um den Bedarf in dieser Region vollständig abdecken zu können. Um das derzeitige Versorgungsniveau auch in dieser Region mittel- bis langfristig aufrechtzuerhalten, wäre eine jährliche Erhöhung um rund eineinhalb Vollzeitstellen für ambulante Pflegekräfte notwendig. Um mittel- bis langfristig ein durchschnittliches Versorgungsniveau zu erreichen, wäre eine etwas höhere jährliche Erhöhung um zweieinhalb Vollzeitstellen für ambulante Pflegekräfte notwendig (vgl. Kap. 6.2.6).

Im Bereich der **teilstationären Pflege** wurde sowohl für den Bereich der Tages- als auch für den Bereich der Kurzzeitpflege eine aktuelle Bedarfsermittlung und eine längerfristige Bedarfsprognose für den Landkreis Erlangen-Höchstadt sowie für die einzelnen Versorgungsregionen durchgeführt.

Die Bestandsaufnahme im Bereich der Tagespflege hat ergeben, dass im Landkreis Erlangen-Höchstadt am 31.12.2019 vier Tagespflegeeinrichtungen mit insgesamt 95 Plätzen und zusätzlich 13 Tagespflegeplätze in drei stationären Einrichtungen zur Verfügung standen. Einschließlich der Tagespflegeplätze in den stationären Einrichtungen ergibt sich also ein Bestand von insgesamt 108 Plätzen im Bereich der Tagespflege (vgl. Kap. 2.2.2.2). Da die im Landkreis Erlangen-Höchstadt zur Verfügung stehenden Tagespflegeplätze fast in der Mitte des ermittelten Bedarfsintervalls liegt, war somit im Landkreis Erlangen-Höchstadt am 31.12.2019 von einer durchschnittlichen Versorgung im Bereich der Tagespflege auszugehen (vgl. Kap. 6.3.2.2).

Um die bedarfsgerechte Ausgestaltung der Tagespflege im Landkreis Erlangen-Höchstadt mittel- bis langfristig sicherstellen zu können, wird der Bedarf an Tagespflegeplätzen nach der durchgeführten Bedarfsprognose bis zum Jahr 2039 voraussichtlich auf mindestens 106 bis maximal 335 Plätze ansteigen. Mit den derzeit bestehenden 108 Tagespflegeplätzen kann der landkreisweite Bedarf im Bereich der Tagespflege also langfristig nur noch sehr knapp abgedeckt werden. Mittel- bis langfristig sollte im Landkreis Erlangen-Höchstadt somit ein weiterer Ausbau der Tagespflege stattfinden (vgl. Kap. 6.3.2.3).

Wie auch in den anderen Bereichen wurde der für den Bereich der Tagespflege ermittelte Gesamtbedarf anhand des Indikatorenmodells auf die drei gebildeten Versorgungsregionen aufgeteilt.

In der nordwestlichen Versorgungsregion Höchstadt standen zum Stichtag 31.12.2019 zum einen 32 Plätze in einer eigenständigen Tagespflegeeinrichtung und zusätzlich acht „stationäre Tagespflegeplätze“ zur Verfügung. Da die Plätze in den eigenständigen Tagespflegeeinrichtungen in etwa in der Mitte des ermittelten Bedarfsintervalls und einschließlich der Tagespflegeplätze innerhalb der stationären Einrichtungen nur um zwölf Plätze unter dem ermittelten Maximalbedarf liegen, kann dieser Region zum Stichtag 31.12.2019 somit eine gute Versorgung im Bereich der Tagespflege bescheinigt werden (vgl. Kap. 6.3.2.4).

In der südwestlichen Versorgungsregion Herzogenaurach existierten zum Stichtag 31.12.2019 im Bereich der Tagespflege 28 Plätze. Damit liegen die Plätze in etwa in der Mitte des ermittelten Bedarfsintervalls, so dass auch in dieser Region zum Stichtag 31.12.2019 von einer durchschnittlichen Versorgung im Bereich der Tagespflege auszugehen ist (vgl. Kap. 6.3.2.4).

In der südöstlichen Versorgungsregion Erlanger Land stehen neben den 35 Plätzen in der eigenständigen Tagespflegeeinrichtung zusätzlich fünf „stationäre Tagespflegeplätze“ zur Verfügung. In dieser Region liegt der Bestand allerdings näher am ermittelten Mindestbedarf, so dass in dieser Region zum Stichtag 31.12.2019 von einer unterdurchschnittlichen Versorgung im Bereich der Tagespflege auszugehen ist.

Aufgrund der Ergebnisse der kleinräumigen Bedarfsprognosen ist davon auszugehen, dass der Bedarf an Tagespflegeplätzen zukünftig in allen Versorgungsregionen sehr stark ansteigen wird. So wird sich der Bedarf an Tagespflegeplätzen in der Versorgungsregion Höchstadt bis zum Jahr 2039 voraussichtlich auf 27 bis 85 Plätze erhöhen. Da in der Versorgungsregion Höchstadt 35 Plätze in eigenständigen Tagespflegeeinrichtungen (Erhöhung auf 37 Plätze Anfang des Jahres 2022) und zusätzlich acht „stationäre Tagespflegeplätze“ zur Verfügung stehen, kann also trotz des zu erwartenden Bedarfsanstieges davon ausgegangen werden, dass mit dem derzeitigen Bestand von 40 Tagespflegeplätzen in der Versorgungsregion Höchstadt der regionale Bedarf im Bereich der Tagespflege auch mittel- bis langfristig ausreichend abgedeckt werden kann (vgl. Kap. 6.3.2.5).

In der südwestlichen Versorgungsregion Herzogenaurach lag der Bestand an Tagespflegeplätzen am 31.12.2019 ebenfalls in etwa in der Mitte des ermittelten Bedarfsintervalls. Nach den Ergebnissen der durchgeführten Bedarfsprognose wird sich der Bedarf an Tagespflegeplätzen in dieser Region allerdings bis zum Jahr 2039 voraussichtlich auf 28 bis 88 Plätze erhöhen. Es muss aufgrund der zu erwartenden Bedarfssteigerung somit davon ausgegangen werden, mit dem derzeitigen Bestand von 28 Tagespflegeplätzen in der südwestlichen Versorgungsregion Herzogenaurach langfristig gerade mal der regionale Mindestbedarf abgedeckt werden kann. Wird jedoch die für Anfang des Jahres 2022 in der Tagespflegeeinrichtung in Herzogenaurach geplante Reduktion auf 24 Plätze realisiert und auch sonst keine zusätzlichen Tagespflegeplätze geschaffen, kann es langfristig zu einer Unterversorgung in der Versorgungsregion Herzogenaurach kommen (vgl. Kap. 6.3.2.5).

In der östlichen Versorgungsregion Erlanger Land wird der Bedarf im Bereich der Tagespflege bis zum Jahr 2039 voraussichtlich auf 51 bis 162 Plätze ansteigen. Aufgrund dieses Bedarfsanstieges muss davon ausgegangen werden, dass mit dem derzeitigen Bestand von 40 Tagespflegeplätzen der regionale Bedarf im Bereich der Tagespflege in der Versorgungsregion Erlanger Land mittel- bis langfristig nicht mehr ausreichend abgedeckt werden kann. Es müssten also in den nächsten Jahren in dieser Region weitere Tagespflegeplätze geschaffen werden, um den Bedarf der Bevölkerung in dieser Region weiterhin wohnortnah abdecken zu können (vgl. Kap. 6.2.2.5).

Für den Bereich der **Kurzzeitpflege** standen im Landkreis Erlangen-Höchstadt zum Zeitpunkt der Bestandsaufnahme am 31.12.2019 insgesamt nur sieben Plätze ganzjährig zur Verfügung. Darüber hinaus stehen in den stationären Einrichtungen insgesamt 34 „zeitweise eingestreute“ Plätze für die Kurzzeitpflege zur Verfügung, wenn freie Plätze in der Einrichtung vorhanden sind. Es ist somit festzustellen, dass sich der Bestand im Optimalfall auf maximal 41 Kurzzeitpflegeplätze erhöht, wenn die Einrichtungen in die Betrachtungen einbezogen werden, die dann Kurzzeitpflege anbieten, wenn freie Plätze in den Einrichtungen vorhanden sind (vgl. Kap. 2.3.3.2).

Bei der Bedarfsermittlung resultierten für den Landkreis Erlangen-Höchstadt ein Mindestbedarf von 32 und ein Maximalbedarf von 63 Kurzzeitpflegeplätzen. Damit lag der Bestand an Kurzzeitpflegeplätzen im Landkreis Erlangen-Höchstadt am 31.12.2019 selbst einschließlich der „zeitweise eingestreuten“ Kurzzeitpflegeplätze nur knapp über dem ermittelten Mindestbedarf. Da es sich zudem größtenteils um „zeitweise eingestreute“ Kurzzeitpflegeplätze handelt, die nur dann angeboten werden, wenn freie Plätze in den stationären Einrichtungen vorhanden sind, ist die Zahl der tatsächlich zur Verfügung stehenden Kurzzeitpflegeplätze außerdem sehr stark vom stationären Bereich abhängig. Da im Laufe des Jahres 2019 in den stationären Einrichtungen jedoch noch ausreichend viele Plätze für die Kurzzeitpflege genutzt werden konnten (vgl. Kap. 2.2.3.3), kann im Landkreis Erlangen-Höchstadt zum Stichtag 31.12.2019 noch von einer knapp ausreichenden Versorgung im Bereich der Kurzzeitpflege ausgegangen werden (vgl. Kap. 6.3.3.2).

In den nächsten Jahren wird nach der durchgeführten Bedarfsprognose die zur Bedarfsdeckung benötigte Platzzahl im Bereich der Kurzzeitpflege im Landkreis Erlangen-Höchstadt ansteigen, und zwar bis zum Ende des Projektionszeitraumes im Jahr 2039 voraussichtlich auf mindestens 54 bis maximal 99 Kurzzeitpflegeplätze. Selbst einschließlich der „zeitweise eingestreuten“ Plätze könnte der Bedarf im Bereich der Kurzzeitpflege im Landkreis Erlangen-Höchstadt aufgrund des zu erwartenden Bedarfsanstieges langfristig also nicht mehr ausreichend abgedeckt werden. Hierzu müsste in den stationären Einrichtungen eine höhere Zahl an freien Platzkapazitäten wie heute zur Verfügung stehen, die für die Kurzzeitpflege genutzt werden können. Dass dies aufgrund des bestehenden Fachkräftemangels und der dadurch angespannten Personalsituation im stationären Bereich immer schwieriger wird, zeichnet sich jedoch heute schon ab (vgl. Kap. 6.3.3.3).

Um feststellen zu können, wie die Entwicklung der Kurzzeitpflegeplätze in den einzelnen Versorgungsregionen verläuft, wurde auch für diesen Bereich eine kleinräumige Bedarfsermittlung und anschließend eine kleinräumige Bedarfsprognose durchgeführt.

Berücksichtigt man bei dem Ist-Soll-Vergleich nur die ganzjährigen Kurzzeitpflegeplätze kann im Landkreis Erlangen-Höchstadt keine Versorgungsregion als bedarfsgerecht eingestuft werden. Bezieht man allerdings die „zeitweise eingestreuten“ Plätze in die Betrachtung mit ein, liegt der Bestand in der Versorgungsregion Höchstadt in der Höhe des ermittelten Maximalbedarfs und in der Region Herzogenaurach ungefähr in der Mitte des ermittelten Bedarfsintervalls (vgl. Kap. 6.3.3.4).

Nach der durchgeführten Bedarfsprognose wird sich der Bedarf an Kurzzeitpflegeplätzen in der Versorgungsregion Höchstadt bis zum Jahr 2039 voraussichtlich auf 14 bis 25 Plätze erhöhen.

Einschließlich der „zeitweise eingestreuten“ Kurzzeitpflegeplätze reicht der Bestand in der Versorgungsregion Höchstadt aus, um auch langfristig den Mindestbedarf ausreichend abzudecken. Dies setzt allerdings voraus, dass auch zukünftig mindestens drei Viertel der „zeitweise eingestreuten“ Kurzzeitpflegeplätze auch tatsächlich belegt werden können (vgl. Kap. 6.3.3.5).

In der Versorgungsregion Herzogenaurach wird der Bedarf im Bereich der Kurzzeitpflege bis zum Jahr 2039 voraussichtlich auf 14 bis 26 Plätze ansteigen. Aktuell kann mit den zur Verfügung stehenden 12 Plätzen zwar der ermittelte Bedarf noch ausreichend abgedeckt werden, mittel- bis langfristig könnten in dieser Region jedoch insbesondere in Urlaubszeiten Engpässe auftreten, da hier fast nur „zeitweise eingestreuten“ Kurzzeitpflegeplätze zur Verfügung stehen. Mittel- bis langfristig sollten deshalb in dieser Region insbesondere die „ganzjährigen“ Kurzzeitpflegeplätze erhöht werden (vgl. Kap. 6.3.3.5).

In der Versorgungsregion Erlanger Land wird nach der durchgeführten Prognose der Bedarf im Bereich der Kurzzeitpflege bis zum Jahr 2039 auf 26 bis 48 Plätze ansteigen. Da mit dem derzeitigen Bestand der regionale Bedarf im Bereich der Kurzzeitpflege bereits zum Stichtag 31.12.2019 nicht mehr ausreichend abgedeckt werden könnte, geht in der Versorgungsregion Erlanger Land die Schere zwischen Bestand und Bedarf aufgrund des zu erwartenden Bedarfsanstiegs somit weiter auseinander, wenn in den nächsten Jahren keine zusätzlichen Kurzzeitpflegeplätze bereitgestellt werden (vgl. Kap. 6.3.3.5).

Über die Bereiche der ambulanten und teilstationären Pflege hinaus wurden auch für die **vollstationäre Pflege** sowohl aktuelle Bedarfsermittlungen als auch Bedarfsprognosen für den Gesamtlandkreis und für die einzelnen Versorgungsregionen durchgeführt.

Zum Zeitpunkt der Bestandsaufnahme (31.12.2019) standen in den stationären Einrichtungen im Landkreis Erlangen-Höchstadt insgesamt 1.203 Heimplätze zur Verfügung. Bei der Bedarfsermittlung nach Art. 69 AGSG ist jedoch nicht die Gesamtzahl der Heimplätze, sondern lediglich die Zahl der Pflegeplätze relevant. Bei einer entsprechenden Differenzierung nach Heimbereichen ergibt sich für den Pflegebereich eine Zahl von 1.153 Plätzen (vgl. Kap. 2.4.1).

Auf der Grundlage des Indikatorenmodells zur kommunalen Bedarfsermittlung resultierte für den Landkreis Erlangen-Höchstadt unter Berücksichtigung der örtlichen Gegebenheiten ein Mindestbedarf von 1.018 und ein Maximalbedarf von 1.836 Pflegeplätzen. Da der aktuelle Bestand von 1.153 Pflegeplätzen nur 135 Plätze über dem ermittelten Mindestbedarf liegt, ist davon auszugehen, dass im Landkreis Erlangen-Höchstadt zum 31.12.2019 eine unterdurchschnittliche, aber noch ausreichende Versorgung der Bevölkerung mit stationären Pflegeplätzen bestand (vgl. Kap. 6.4.3).

Nach den Ergebnissen der Bedarfsprognose wird sich der Pflegeplatzbedarf aufgrund der demographischen Entwicklung der hochbetagten Menschen ab 80 Jahren in den nächsten Jahren vorerst nur moderat erhöhen, und zwar bis Ende des Jahres 2025 auf mindestens 1.170 bis maximal 2.111 Plätze. Danach wird die benötigte Pflegeplatzzahl dann aufgrund der Entwicklung der Hochbetagtenbevölkerung aber voraussichtlich sehr stark ansteigen, so dass sich für das Jahr 2039 ein wesentlich höherer Bedarf von mindestens 1.536 bis maximal 2.770 Plätze ergibt.

Wie der IST-Soll-Vergleich zeigt, wird der aktuelle Bestandwert zwar bereits in nächsten Jahren den prognostizierten Mindestbedarf leicht unterschreiten, so dass es im Landkreis Erlangen-Höchstadt bereits in naher Zukunft zu Engpässen im Bereich der stationäre Pflege kommen könnte. Richtig eng wird es aufgrund der Entwicklung der Hochbetagtenbevölkerung aber voraussichtlich erst ab dem Jahr 2025, wenn bis dahin keine zusätzlichen Pflegeplätze geschaffen werden (vgl. Kap. 6.4.4)..

Bei einer Gesamtbetrachtung des Landkreises Erlangen-Höchstadt kann aufgrund des Vergleichs der Bestands- und der Bedarfsentwicklung im Bereich der stationären Pflege davon ausgegangen werden, dass bereits kurz- bis mittelfristig ein weiterer Ausbau des Pflegeplatzbestandes notwendig ist. Inwieweit diese Aussage auch auf die einzelnen Versorgungsregionen gleichermaßen zutrifft, wird im Folgenden mit entsprechenden kleinräumigen Bedarfsprognosen geklärt

Durch die kleinräumige Bedarfsermittlung zeigt sich, dass in der Region „Höchstadt“ eine sehr gute Versorgung mit Pflegeplätzen besteht. So liegt der Bestand in dieser Region nur um drei Plätze unter dem ermittelten Maximalbedarf, während der Bestand in der Versorgungsregion „Herzogenaurach“ aktuell bereits um 47 Pflegeplätze und in der Region „Erlanger Land“ um 33 Plätze unter dem ermittelten Mindestbedarf liegt. Es ist somit festzustellen, dass derzeit in der Region „Höchstadt“ kein Ausbau des Pflegeplatzbestandes nötig ist, während in den Versorgungsregionen „Erlanger Land“ und insbesondere „Herzogenaurach“ bereits kurzfristig ein Ausbau des Pflegeplatzbestandes zur bedarfsgerechten Abdeckung der wohnortnahen Versorgung notwendig erscheint (vgl. Kap. 6.4.5).

Nach der durchgeführten Bedarfsprognose wird der stationäre Pflegebedarf in der Versorgungsregion Höchstadt bis zum Jahr 2030 bereits auf 317 bis 581 Pflegeplätze und bis zum Jahr 2039 auf 377 bis 690 Pflegeplätze ansteigen. Da der Bestand an stationären Pflegeplätzen in der Versorgungsregion Höchstadt mit 478 Pflegeplätzen am 31.12.2019 nur um drei Plätze unter dem ermittelten Maximalbedarf lag, kann der örtliche Bedarf im Bereich der stationären Pflege in dieser Region auch ohne einen weiteren Ausbau mittelfristig sehr gut und auch langfristig noch ausreichend abgedeckt werden (vgl. Kap. 6.4.6).

Eine etwas andere Situation ist in den Versorgungsregionen Herzogenaurach und Erlanger Land gegeben. Hier wird der stationäre Pflegebedarf nach der durchgeführten Bedarfsprognose bis zum Jahr 2039 auf 392 bis 718 Pflegeplätze ansteigen. Da der Bestand an stationären Pflegeplätzen in der Versorgungsregion Herzogenaurach mit nur 207 Pflegeplätzen am 31.12.2019 bereits um 47 Plätze unter dem ermittelten Mindestbedarf lag, ist in dieser Region somit bereits kurzfristig ein Ausbau der Pflegeplätze notwendig. Um in dieser Versorgungsregion den Mindestbedarf zu erreichen, wäre mittelfristig ein Ausbau um ca. 110 Plätze und langfristig um knapp 200 Pflegeplätze notwendig (vgl. Kap. 6.4.6).

In der Versorgungsregion Erlanger Land wird der stationäre Pflegebedarf bis zum Jahr 2039 voraussichtlich auf 767 bis 1.362 Pflegeplätze ansteigen. Da der Bestand an stationären Pflegeplätzen in der Versorgungsregion Erlanger Land mit 468 Pflegeplätzen am 31.12.2019 bereits um 33 Plätze unter dem ermittelten Mindestbedarf lag, ist auch in dieser Region bereits kurzfristig ein Ausbau der Pflegeplätze notwendig, und zwar mittelfristig um ca. 150 Plätze und langfristig um knapp 300 Pflegeplätze, um den regionalen Mindestbedarf im Bereich der stationären Pflege zu erreichen (vgl. Kap. 6.4.6).

Zusammenfassend zeigen die Ergebnisse der Bedarfsermittlung, dass der Landkreis Erlangen-Höchstadt als Ganzes betrachtet derzeit in den allen Pflegebereichen noch ausreichend versorgt ist.

Bei der durchgeführten kleinräumigen Analyse zeigen sich jedoch zum Teil sehr starke regionale Unterschiede. So stellte sich bezüglich der Versorgungsregion „Höchstadt“ heraus, dass diese in den Bereichen der vollstationären Pflege und einschließlich der „zeitweise eingestreuten Plätze“ auch im Bereich der Kurzzeitpflege wesentlich besser versorgt ist als die anderen beiden Regionen, und außerdem auch in der Tagespflege bessere Versorgungssituation als in den anderen beiden Regionen besteht.

In der Versorgungsregion „Herzogenaurach“ sieht es im Bereich der stationären Versorgung dagegen weniger gut aus, da hier bereits zum jetzigen Zeitpunkt der Bedarf nicht mehr vollständig wohnortnah abgedeckt werden kann.

Auch in der Versorgungsregion „Erlanger Land“ besteht im Bereich der stationären Versorgung bereits kurzfristig ein Ausbaubedarf. Außerdem ist in dieser Versorgungsregion auch im Bereich der Kurzzeitpflege eine wesentlich ungünstigere Versorgung als in den anderen beiden Regionen gegeben.

In welcher Größenordnung der Ausbau in den einzelnen Bereichen im Landkreis Erlangen-Höchstadt aus sozialplanerischer Sicht sinnvoll ist, darüber geben die durchgeführten Bedarfsprognosen einen sehr guten Anhaltspunkt.

Dennoch ist es aufgrund der starken Veränderungen im Bereich der institutionalisierten Pflege seit Einführung des Pflegeversicherungsgesetzes und den stattfindenden Substitutionswirkungen zwischen den verschiedenen Bereichen der Seniorenhilfe notwendig, die zugrunde gelegten Annahmen regelmäßig zu überprüfen, um bei Veränderungen bedarfsbeeinflussender Faktoren die vorgelegten Bedarfsprojektionen entsprechend modifizieren zu können. Das im Rahmen des vorgelegten Berichtes verwendete Indikatorenmodell eröffnet diese Möglichkeit der gezielten und kontinuierlichen Bedarfsplanung und eignet sich somit dazu, Fehlinvestitionen zu vermeiden.

Die größte Herausforderung der nächsten Jahre besteht aufgrund des zu erwartenden Bedarfsanstiegs jedoch darin, dass es trotz des derzeit bestehenden Fachkräftemangels zukünftig gelingt, wieder genügend Fachkräfte für den Pflegebereich zu rekrutieren. Andernfalls wird es für die pflegebedürftigen Menschen auch im Landkreis Erlangen-Höchstadt immer schwieriger werden, eine adäquate pflegerische Versorgung zu erhalten.